

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**«Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ 2002-2006
Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΠΟΛΗΣ»**

Σπουδάστριες:

**ΦΩΤΕΙΝΗ ΜΑΝΤΑ
ΙΩΑΝΝΑ ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΥ**

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

ΕΥΓΕΝΙΑ ΜΠΙΤΣΑΝΗ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ – ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2005

*“ Η Ιθάκη του Ψυχαργός
βρίσκεται στο νου και τις καρδιές των ανθρώπων
που καθημερινά εργάζονται σε όλη την Ελλάδα,
για μια Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση
που δεν αναγνωρίζεται μόνο στα « αναμενόμενα αποτελέσματα»
και τον «αριθμό των έμμεσα επωφελομένων»
αλλά στην προσδοκία ν’αποκτήσει πραγματικό περιεχόμενο
το όραμα μιας κοινωνίας
χωρίς διακρίσεις και αποκλεισμούς”*

Περιοδικό «Εμφύχωση»

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ.....	8
1.1 Η έννοια της μεταρρύθμισης και το θεωρητικό πλαίσιο της διαχείρισης της αλλαγής	8
1.2 Διαχείριση των μεταρρυθμίσεων στα σύγχρονα συστήματα υγείας.....	9
1.3 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση.....	10
1.4 Οι κατευθύνσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) για την ψυχική υγεία.....	11
1.5 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στις Η.Π.Α και στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ -ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	
2.1 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση μέσω του Κανονισμού(ΕΟΚ) 815/84.....	22
2.2 Το Πρόγραμμα HORIZON 1993-1994.....	23
2.3 Το «Ε.Π.» Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας....	24
2.4 Το Κοινοτικό πρόγραμμα HORIZON 1998-1999.....	26
2.5 Το Πρόγραμμα «Ψυχαργός» -Α΄Φάση (1997-2001).....	26
2.6 Το Πρόγραμμα «Ψυχαργός» -Β΄Φάση (2002-2006).....	29
2.7 Το νομοθετικό πλαίσιο.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	
3.1 Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης	34
3.2 Οι πρώτες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης.....	36
3.2.1 Οι ευκαιρίες που δόθηκαν μέσω του Κανονισμού(ΕΟΚ) 815/84.....	36

3.2.2	Το Πρόγραμμα HORIZON 1993-1994.....	36
3.2.3	Το «Ε.Π.» Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας....	37
3.2.4	Το Πρόγραμμα HORIZON 1998-1999.....	38
3.2.5	Η Α΄ Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργώς».....	38
3.3	Η Β΄ Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργώς» .Δράσεις του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης	42
3.3.1	Το επιχειρησιακό Σχέδιο του Ψ.Ν. Τρίπολης	42
3.3.2	Δράσεις Αποασυλοποίησης χρόνιων ασθενών του Ψ. Ν. Τρίπολης	44
3.3.3	Λοιπές Δράσεις.....	45
3.4	Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης κατά την Β΄ Φάση της Μεταρρύθμισης.....	48
3.4.1	Το προφίλ των χρηστών των υπηρεσιών του Ψ.Ν.Τρίπολης.....	48
3.4.2	Στελέχωση –ανθρώπινοι πόροι.....	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

4.1	Αξιολόγηση σε Εθνικό επίπεδο.....	69
4.2	Αξιολόγηση στη περίπτωση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης..	71
4.2.1	Αξιολόγηση της πορείας μετασχηματισμού του Ψυχιατρείου.....	71
4.2.2	Αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού.....	75
4.2.3	Αξιολόγηση της κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης των ασθενών	77
4.2.4	Οικονομική αξιολόγηση.....	80
4.3	Αποτελέσματα - Επιτεύγματα - Προβλήματα	87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	90
--------------------------------------	-----------

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	94
----------------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	95
---------------------------	-----------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Πίνακες δομών αποασυλοποίησης και κοινοτικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ΠεΣΥΠ Πελοποννήσου και Δυτικής Ελλάδος.....	100
1.1 Πίνακες δομών αποασυλοποίησης και κοινοτικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ΠεΣΥΠ Πελοποννήσου.....	100

1.2 Πίνακες δομών αποασυλοποίησης και κοινοτικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ΠεΣΥΠ Δυτικής Ελλάδος.....	102
2. Πίνακες οικονομικών στοιχείων Ψ.Ν.Τρίπολης οικονομικής χρήσης 2003.....	106
3. Πίνακες χρονοδιαγραμμάτων επιλεγμένων δομών ΠεΣΥΠ Πελοποννήσου και Δυτικής Ελλάδος	109
4. Νομοθεσία (Νόμος 2071/1992 και Νόμος 2716/1999)	

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα θέματα της Ψυχικής Υγείας στη χώρα μας, όπως και στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, δεν αντιμετωπίζονται πλέον ως περιφερειακά της Δημόσιας Υγείας. Έτσι, με την πρόοδο των θεραπευτικών μέσων για την ψύχωση και την συνειδητοποίηση της σημασίας των κοινωνικών παραγόντων στην αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής, άρχισε βαθμιαία σε όλες τις χώρες του κόσμου και ιδιαίτερα στην Ευρώπη και Αμερική, μία αλλαγή στην φιλοσοφία και την πρακτική της αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών. Οι αλλαγές αυτές, είχαν ως αποτέλεσμα την προσπάθεια βαθμιαίας μετάβασης από την ψυχιατρική του ασύλου στην περίθαλψη στην κοινότητα. Η διεργασία αυτή στην χώρα μας, βρίσκεται σε εξέλιξη, ενώ σε άλλες χώρες έχει προχωρήσει σημαντικά ή και έχει συμπληρωθεί. (Α. Λιάκος, 2003)

Κατά την διεργασία αυτή, η οποία αποτελεί την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, γεννήθηκαν νέες ιδέες, προβληματισμοί αλλά και αμφισβητήσεις. Υπήρξαν προσπάθειες απότομης μετάβασης από την ασυλική στην κοινοτική ψυχιατρική, όπως για παράδειγμα στην Τεργέστη της Ιταλίας, όπου με Νόμο έκλεισαν τα Ψυχιατρεία και άλλες που άρχισαν και για λόγους οικονομικούς, επιβραδύνθηκαν ή σταμάτησαν εντελώς.

Σήμερα, γίνεται αντιληπτό ότι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση είναι μια πολύπλοκη και πρακτικά δύσκολη διαδικασία, η οποία μπορεί να επιτευχθεί μόνο με τη βαθμιαία συρρίκνωση της ασυλικής νοσηλείας, τη διαδοχική ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης, τη σωστή κατανομή των πόρων, σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης, την ευαισθητοποίηση και επιμόρφωση της κοινότητας, ώστε να αποδεχθεί τις νέες πρακτικές και να καμφθούν οι αντιστάσεις που προέρχονται από τις προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να δούμε κατά πόσο, η διαδικασία της εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, όπως έχει σχεδιαστεί εθνικά με το Πρόγραμμα «Ψυχαργός», είναι εφικτό να οδηγήσει στο στόχο του Προγράμματος, που είναι η πλήρης κατάργηση των Ψυχιατρείων και συγκεκριμένα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης, το οποίο, ως ένα από τα μεγαλύτερα Ψυχιατρεία της χώρας μας, αποτελεί ειδικό βάρος στην επιχειρούμενη σήμερα Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Στην εργασία γίνεται αρχικά, μία σύντομη περιγραφή όλων των μέχρι σήμερα Μεταρρυθμιστικών προσπαθειών στον τομέα Ψυχικής Υγείας και του Νομοθετικού πλαισίου της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην χώρα μας, με αναφορά στην διεθνή εμπειρία και τις κατευθύνσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ), για την ψυχική υγεία. Στη

συνέχεια, περιγράφεται η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση όπως έχει σχεδιασθεί Εθνικά αλλά και ειδικά για το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης, για το οποίο γίνεται πλήρης καταγραφή του ιστορικού και της ταυτότητάς του και αξιολογούνται όλες οι βασικοί παράμετροι, που αποτελούν την προϋπόθεση υλοποίησης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Γίνεται μια αξιολόγηση της πορείας των έργων, από την ολοκλήρωση των οποίων επωφελούμενο είναι το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης, ώστε από την μέχρι σήμερα πορεία τους, να οριστεί το χρονικό διάστημα που απομένει μέχρι την πλήρη κατάργησή του.

Παράλληλα, εκπονήθηκε συγκριτική μελέτη κόστους νοσηλείας των ασθενών που διαβιούν τόσο στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης, όσο και σε κοινοτικές δομές (Οικοτροφεία, Ξενώνες, Προστατευμένα Διαμερίσματα), προκειμένου να αποδειχθούν και τα οικονομικά οφέλη που μακροπρόθεσμα και αθροιστικά θα αποφέρει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, εκτός από την βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ψυχικά ασθενών.

Τέλος και με βάση τα παραπάνω στοιχεία, προσπαθήσαμε να εντοπίσουμε τα προβλήματα, τις δυσχέρειες, τα εμπόδια αλλά και τις αντιστάσεις που αναπτύχθηκαν, ώστε μέσα από τις κατάλληλες παρεμβάσεις, να εξουδετερωθούν και να διαφανεί η ολοκλήρωση αυτής της πολύπλοκης, αλλά πλέον αναγκαίας διεργασίας.

Για τη συγγραφή της εργασίας χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από δευτερογενείς πηγές. Συγκεκριμένα, ελληνική και ξένη βιβλιογραφία, στοιχεία από το επιχειρησιακό σχέδιο ανάπτυξης του ΨΝ Τρίπολης και στοιχεία που συλλέχτηκαν μετά από προσωπική επαφή με στελέχη του ΠεΣΥΠ Πελοποννήσου αλλά και του Ψ. Ν. Τρίπολης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

1.1 Η έννοια μεταρρύθμισης και το θεωρητικό πλαίσιο της διαχείρισης της αλλαγής

Ο όρος «μεταρρύθμιση», είναι όρος συνώνυμος με το μετασχηματισμό, την τροποποίηση, την καινοτομία, τη μετατροπή, την αλλαγή. Η διαδικασία μιας οργανωτικής ή διαχειριστικής αλλαγής, είναι πολύπλοκη ιδιαίτερα μάλιστα όταν η αλλαγή είναι μεγάλης έκτασης και απαιτείται να πραγματοποιηθεί σε σχετικά μικρή χρονική περίοδο, περιλαμβάνει δε, την αναδιοργάνωση πολλαπλών επιπέδων ενός συστήματος, σε πολλαπλά στάδια και με πολλαπλά βήματα.

Η «διαχείριση των μεταρρυθμίσεων», είναι μία πλατιά έννοια και φαίνεται να απασχολεί ιδιαίτερα, όσους ασχολούνται με την αναδιοργάνωση και αναμόρφωση του τομέα της υγείας. Η ανάπτυξη μιας συλλογικής κουλτούρας, ο τρόπος με τον οποίο γίνονται αντιληπτές οι αλλαγές, τα εναύσματα που δίδονται από τους κατάλληλους ανθρώπους την κατάλληλη στιγμή, καθώς και ο τρόπος διάχυσης νέων ιδεών, είναι μερικές μόνο από τις μεταβλητές που συνιστούν την έννοια της διαχείρισης των αλλαγών (Ζάβρας και συν., 2002:31).

Η αλλαγή αμφισβητεί το κατεστημένο (status quo) και συνήθως αναπόφευκτα θεωρείται απειλή στην εγκατεστημένη κουλτούρα, τις διαδικασίες και τις πρακτικές ενός οργανισμού. Αυτό συμβαίνει στις περιπτώσεις όπως στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής περίθαλψης, όπου το προσωπικό είναι το μέσον επίτευξης των στόχων του οργανισμού και εκεί όπου οι διαφορετικές πολιτικές και επαγγελματικές ιδεολογίες είναι ισχυρές και αντιμάχονται τις επιρροές. Η αλλαγή, εύκολα θεωρείται ως απειλή στην εργασιακή ασφάλεια, στο επαγγελματικό κατεστημένο και στις εργασιακές πρακτικές που είναι εξατομικευμένα αλλά και συλλογικά βολικές.

Στην πραγματικότητα, είναι πολύ δύσκολο και μάλλον αδύνατο να επιτευχθεί η αλλαγή σε έναν οργανισμό, όπου οι εργαζόμενοι στον ίδιο τον οργανισμό, δεν έχουν κατανοήσει και δεν έχουν αποδεχθεί, ότι ο υφιστάμενος τρόπος λειτουργίας του, είναι ακατάλληλος. Οι οργανισμοί αλλάζουν, μόνο όταν οι άνθρωποί τους αλλάζουν και οι άνθρωποι αλλάζουν, μόνο όταν αποδεχθούν ότι η αλλαγή πρέπει να συμβεί και θα είναι προς όφελός τους.

Η αλλαγή θα συμβεί μόνο όταν οι άνθρωποι πιστέψουν μέσα τους, ότι η αλλαγή πρέπει να συμβεί και αυτό θα είναι προς όφελός τους. Αλλά το να επιτύχεις κάτι τέτοιο δεν είναι

εύκολο. Οι άνθρωποι (προσωπικό), είναι πιο ρεαλιστές για την αλλαγή και πιο πρόθυμοι να συνεργασθούν, από ότι συχνά πιστεύουν οι διοικήσεις. Αυτό συμβαίνει, ιδιαίτερα όταν το προσωπικό αισθάνεται αναμεμιγμένο στην έλευση της αλλαγής, παρά όταν εξαναγκάζεται να τη δεχτεί.

Συνοπτικά, υπάρχουν δύο κύριοι περιορισμοί στην «διαχείριση της αλλαγής»

- 1) Κανείς δεν διαχειρίζεται την αλλαγή, αλλά την απελευθερώνει και την καθοδηγεί.
- 2) Οι οργανισμοί αλλάζουν, όταν οι άνθρωποι τους πιστέψουν στην αλλαγή (Smith, 1995).

1.2. Διαχείριση των μεταρρυθμίσεων στα σύγχρονα συστήματα υγείας.

Η μεταρρύθμιση των σύγχρονων συστημάτων υγείας, είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο το οποίο χρονικά εντοπίζεται στο τέλος του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου και παρατηρείται μέχρι σήμερα. Η πρώτη, έγινε τη δεκαετία του 1940, με τη προώθηση συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και τη δημιουργία εθνικών συστημάτων υγείας, εξασφαλίζοντας, για τους ταλαιπωρημένους από το πόλεμο Ευρωπαίους πολίτες, ελεύθερη και ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Το δεύτερο κύμα αλλαγών, έγινε τη δεκαετία του 1970. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στα προβλήματα της δομής και οργάνωσης των συστημάτων υγείας, συνηγορώντας υπέρ της δημιουργίας περιφερειακών συστημάτων. Τέλος κατά τη δεκαετία του 1980, η πλειοψηφία των μεταρρυθμίσεων στην Ευρωπαϊκή Ένωση, επικεντρώθηκε σε θέματα διαχείρισης συστημάτων πληροφορικής και γενικότερα στη λήψη μέτρων για την καλύτερη διαχείριση των υπηρεσιών της υγείας (Ζάβρας και συν., 2002:38).

Σήμερα, όπου οι υγειονομικοί πόροι είναι περιορισμένοι, παρατηρείται έντονος προβληματισμός σε ότι αφορά στην οργάνωση των συστημάτων υγείας, τις δαπάνες για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και τη σύγχρονη τεχνολογία και γενικότερα για τη καλύτερη σχέση μεταξύ αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας και ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών. Μεγάλος αριθμός χωρών, έχει προχωρήσει σε ανασυστάσεις και αλλαγές συστημάτων υγείας, οι οποίες έχουν επιφέρει θετικά αποτελέσματα, χωρίς όμως να μπορεί να χαρακτηριστεί, καμία από αυτές, ως απόλυτα επιτυχής.

Συγκεκριμένα, για χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι οποίες βρίσκονται σε μια ρευστή υγειονομική κατάσταση, τα θέματα αναφορικά με την πολιτική και τις προτεραιότητες του τομέα υγείας, είναι αμφιλεγόμενα. Έτσι, οι μεταρρυθμίσεις συχνά αρκούνται σε συμβιβαστικές και όχι δραστικές λύσεις (Blairpain, 1994). Αλλά γενικότερα στις χώρες του ΟΟΣΑ, τα συστήματα υγείας παρουσιάζουν μια «αστάθεια» ως προς τους

στόχους τους, είναι περίπλοκα, ενώ κατέχονται από μια συνεχή τάση για αλλαγή (Hurst,1991).

Η παρέμβαση της πολιτείας στον τομέα της υγείας, είναι κοινό χαρακτηριστικό σε όλα τα Ευρωπαϊκά κράτη, αλλά οι λόγοι και τα χαρακτηριστικά των παρεμβάσεων ποικίλουν. Η ποικιλία οφείλεται, κυρίως στις διαφορετικές κοινωνικοοικονομικές και πολιτικές δομές, το ιστορικό παρελθόν και την κουλτούρα του κάθε κράτους. Επίσης, η υφιστάμενη οργανωτική δομή και τα ισχύοντα πλαίσια της κοινωνικής ασφάλισης και της δημόσιας υγείας του Κράτους, καθώς και η κοινωνική κατάσταση που επικρατεί, καθορίζουν την πολιτική της υγείας που θα ακολουθηθεί και το αποτέλεσμα που αναμένεται να έχει. Είναι αξιοσημείωτο πάντως, ότι αν και υπάρχει μια ετερογένεια μεταξύ των συστημάτων υγείας των διαφόρων κρατών, η ανταλλαγή εμπειριών, δύναται να συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων και στην πιθανή εύρεση αποτελεσματικών λύσεων (Boufford, 1994).

Δεδομένων των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο και παρά τις παρεμβάσεις που γίνονται κατά περιόδους, η ανάγκη για συνεχή μεταρρύθμιση, εξακολουθεί να υφίσταται. Είναι σίγουρο, ότι θα υπάρξουν νέες αλλαγές, οι οποίες θα αφορούν τόσο στην αναδιάρθρωση της οργάνωσης, δομής και χρηματοδότησης των οργανισμών της υγείας, όσο και στην παροχή υπηρεσιών. Το αποτέλεσμα αυτών των μεταρρυθμίσεων, θετικό ή αρνητικό, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, από τον σχεδιασμό και τον τρόπο εφαρμογής της εκάστοτε μεταρρύθμισης.

Σε κάθε περίπτωση ο στόχος των μεταρρυθμίσεων, είναι η μεγιστοποίηση του οφέλους για τον χρήστη και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Ζάβρας και συν., 2002: 36).

1.3. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Μεταρρύθμιση σημαίνει αλλαγή. Άρα μεταρρύθμιση είναι η μετατροπή ενός συστήματος. Σε τι αναφέρεται όμως αυτή η αλλαγή στη Ψυχιατρική; Αφορά στη μετατροπή της αντίληψης και της στάσης απέναντι στον ψυχικά ασθενή; Συνδέεται με την αλλαγή του θεσμικού πλαισίου; Ή μήπως και στα δύο αυτά; Μπορούμε να δούμε την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, με γνώμονα την αλλαγή ως προς τον τρόπο, τον τόπο και τον χρόνο που παρέχονται οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Μαυρατζώτου, 2003).

Στη περίπτωση της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, πρέπει να επέρχεται ένας μετασχηματισμός, όλων εκείνων των θεσμικών και δομικών στοιχείων που ρυθμίζουν και καθορίζουν τις διαστάσεις του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μία χώρα και

αφορούν στο νομικό, οργανωτικό, διοικητικό και διαχειριστικό πλαίσιο του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών. Βέβαια, η μεταρρύθμιση των τεσσάρων αυτών πλαισίων, πρέπει να είναι προϊόν ιδεολογικών ζυμώσεων, αναζητήσεων και προτάσεων από τη βάση και όχι αποτέλεσμα κυβερνητικών επιλογών. Η μεταρρύθμιση, εάν αποτελεί κρατική επιλογή, θα παραμείνει ένας ανεκπλήρωτος στόχος-ή ακόμη μια ουτοπία-αν δεν συμπεριλάβει και τους τέσσερις παραπάνω τομείς, οι οποίοι καθορίζουν την μορφή και τη ποιότητα της παροχής της ψυχιατρικής περίθαλψης ή καλύτερα της φροντίδας ψυχικής υγείας (Μαδιανός, 1994: 25-26).

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, είναι μια συλλογική προσπάθεια της Πολιτείας, των ψυχιάτρων, των άλλων επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας και της κοινωνίας, για την οριστική αντιμετώπιση των αναγκών του ανθρώπου που δημιουργούνται από την ψυχική ασθένεια. Με τον όρο «Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση», εννοούμε το σύνολο των παρεμβάσεων που επιτρέπουν στον ψυχικά ασθενή να παραμείνει ενεργός πολίτης, μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον, με αυτονομία, οικονομική δράση και κοινωνική ένταξη. Να έχει δηλαδή, μια ζωή εντελώς διάφορη από εκείνη που έχει ο μακροχρόνια έγκλειστος στο Ψυχιατρείο. Βεβαίως η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση δεν αποτελεί πανάκεια, ικανή να επιτύχει με αυτόματο τρόπο την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας- η οποία άλλωστε διαφοροποιείται σημαντικά κατά ασθενή και κατά περίπτωση. Πλην όμως, αποτελεί τη μόνη μέχρι σήμερα γνωστή και επιτυχή διαδικασία, για την αντιμετώπιση των σύνθετων αναγκών του ψυχικά πάσχοντα, με ευεργετικά αποτελέσματα για τον ίδιο, την οικογένειά του και τη τοπική κοινωνία γενικότερα, ανεξάρτητα από το μακρύ χρονικό διάστημα που απαιτεί σε αρκετές περιπτώσεις, για να αναδείξει την αποτελεσματικότητά της (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, 2001: 7, 11).

1.4 Οι κατευθύνσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) για τη Ψυχική Υγεία.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), έχει αναγνωρίσει την σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας, από την ίδρυσή του, και αυτό αντικατοπτρίζεται στον ορισμό της υγείας που υπάρχει στο καταστατικό του, ο οποίος αναφέρει ότι υγεία δεν είναι «απλώς η απουσία νόσου ή ασθένειας», αλλά, «μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας». Τα τελευταία χρόνια, ο ορισμός αυτός έχει διευκρινισθεί πληρέστερα, από τις τεράστιες προόδους στις βιολογικές και συμπεριφορικές επιστήμες. Αυτές με την σειρά τους, έχουν διευρύνει την κατανόησή μας για τις ψυχικές λειτουργίες και την βαθιά σχέση μεταξύ ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής υγείας. Από αυτή τη νέα κατανόηση, αναδύεται η νέα ελπίδα (Π.Ο.Υ., 2002: 3). Ο Π.Ο.Υ. διασαφηνίζει, ότι τα κράτη και οι κυβερνήσεις είναι

υπεύθυνες για την ψυχική υγεία των πολιτών, όπως και για την σωματική τους υγεία. Ένα από τα μηνύματα-κλειδιά προς τις κυβερνήσεις είναι ότι τα ύσυλα, όπου αυτά υπάρχουν ακόμα, πρέπει να κλείσουν και να αντικατασταθούν με φροντίδα που θα βασίζεται σε κοινοτικές δομές και ψυχιατρικές κλίνες, μέσα στα γενικά νοσοκομεία. Οι γενικές συστάσεις του Π.Ο.Υ., βασίζονται στις παρακάτω δέκα προτάσεις για δράση και έχουν ως εξής:

1. **Δυνατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.).** Η αντιμετώπιση και η θεραπεία ψυχικών διαταραχών, στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, είναι ένα βασικό βήμα, το οποίο δίνει την ευκαιρία στον μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων, να έχουν ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες.
2. **Διαθεσιμότητα ψυχοτρόπων φαρμάκων.** Τα βασικά ψυχοτρόπα φάρμακα, πρέπει να διατίθενται πάντα σε όλα τα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης.
3. **Παροχή περίθαλψης μέσα στην κοινότητα.** Η περίθαλψη στην κοινότητα, έχει καλύτερα αποτελέσματα από αυτήν που προσφέρεται στα ιδρύματα, τόσο στην έκβαση, όσο και στην ποιότητα ζωής, των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.
4. **Εκπαίδευση του κοινού.** Πρέπει να αρχίσουν εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης, για θέματα ψυχικής υγείας.
5. **Συνεργασία κοινοτήτων, οικογενειών και χρηστών.** Οι κοινότητες, οι οικογένειες και οι χρήστες των υπηρεσιών, θα πρέπει να συμμετέχουν στην ανάπτυξη πολιτικών και στις αποφάσεις, στα προγράμματα και στις υπηρεσίες.
6. **Ύπαρξη Εθνικών Πολιτικών, Προγραμμάτων και Νομοθεσίας.** Η πολιτική για την ψυχική υγεία, τα προγράμματα και η νομοθεσία, είναι αναγκαία βήματα που οδηγούν σε σημαντική και σε βάθος χρόνου, δράση.
7. **Ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων.** Οι περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, χρειάζεται να αυξήσουν και να βελτιώσουν την εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που θα παρέχουν εξειδικευμένη περίθαλψη και θα υποστηρίζουν τα προγράμματα πρωτοβάθμιας υγείας.
8. **Δεσμοί με άλλους τομείς.** Τομείς εκτός της υγείας, όπως της εκπαίδευσης, εργασίας, δικαιοσύνης και άλλων κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και μη κυβερνητικές οργανώσεις, θα πρέπει να εμπλακούν στην προσπάθεια βελτίωσης της ψυχικής υγείας του πληθυσμού.
9. **Καταγραφή της ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο.** Η ψυχική υγεία των κοινοτήτων, θα πρέπει να ερευνάται και να καταγράφεται, με την κατάλληλη εφαρμογή δεικτών ψυχικής υγείας, που πρέπει να ενσωματωθούν στα υπάρχοντα πληροφοριακά συστήματα για την υγεία.

10. Υποστήριξη περισσότερης έρευνας. Περισσότερη έρευνα στις βιολογικές και ψυχοκοινωνικές πλευρές της ψυχικής υγείας είναι αναγκαία, ώστε να κατανοήσουμε καλύτερα τις ψυχικές διαταραχές και να αναπτύξουμε αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις.

1.5 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στις Η.Π.Α. και στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες

Ο Δυτικός πολιτισμός, εδώ και πολλές δεκαετίες, γνωρίζει μεγάλες κοινωνικοοικονομικές και πολιτισμικές αλλαγές, που οδηγούν σε πολυάριθμες μεταβολές στον τρόπο ζωής στην κοινωνία και για πολλά άτομα, προβλήματα στο επίπεδο της κοινωνικής ένταξης: οικονομική κρίση, μόνιμη ανεργία, εξέλιξη των ηθών και των αξιών, διάσπαση της οικογένειας, ρήξη του κοινωνικού ιστού και της έννοιας της κοινότητας.

Κατά τον ίδιο χρόνο, οι βιομηχανικές χώρες γνώρισαν ένα κίνημα ψυχιατρικής αποϊδρυματοποίησης, χαρακτηριζόμενο από την μαζική έξοδο ασθενών από τα Νοσοκομεία, υπό την επίδραση διαφόρων παραγόντων, μεταξύ των οποίων: η επανάσταση στην ψυχοφαρμακολογία, η γενική τάση, οι ψυχιατρικές θεραπείες να προσανατολίζονται εξ' αρχής στην χορήγησή τους μέσα στην κοινότητα και η ανακάλυψη νέων φαρμάκων που οι παρενέργειές τους, δεν εμποδίζουν τις γνωστικές δυνατότητες ή την ικανότητα για εργασία .

Παρ' όλες αυτές τις εξελίξεις, οι θεραπείες αυτές κυρίως επέτυχαν την βελτίωση ή εξάλειψη των συμπτωμάτων της νόσου και σπάνια συνοδεύτηκαν από αυτό που θα ονομαζόταν «κοινωνική ίαση». Αποτελεί όμως θετική εξέλιξη το γεγονός, ότι διάφορες επιδημιολογικές μελέτες, δείχνουν ότι τα τελευταία είκοσι χρόνια, το ποσοστό των ασθενών στα ψυχιατρικά άσυλα, έχει μειωθεί κατά 40 %. Τα επιμέρους αποτελέσματα, ποικίλουν από χώρα σε χώρα και σχετίζονται με τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες που διαμόρφωσαν το «αίτιμα» για την αλλαγή της στάσης, απέναντι στην ψυχική νόσο. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες και κυρίως στην Ιταλία, Μεγάλη Βρετανία αλλά και στον Καναδά η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τίθεται ως προτεραιότητα στην έκφραση γενικότερων πολιτικών αιτημάτων, για αλλαγές στην κοινωνία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, ο Μάης του 1968 στη Γαλλία, με τον οποίο συμπίπτει η έναρξη των αλλαγών (Gartabe & Kapsambelis, 1993).

Σε άλλες λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, κυρίως της Αφρικής και Λατινικής Αμερικής, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, δεν ακολούθησε μία συνεχή πορεία και εξαρτήθηκε σε μεγάλο βαθμό, από τις πολιτειακές αλλαγές ή τις προτεραιότητες της εκάστοτε εξουσίας, χωρίς φυσικά σε αυτές τις περιπτώσεις να ολοκληρωθεί.

Σε μια συνοπτική αναφορά στην ψυχιατρική πραγματικότητα, στις διάφορες χώρες, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τα εξής σχετικά με την ιστορία των μεταρρυθμίσεων:

1.Στις Ηνωμένες Πολιτείες, μετά το 2^ο Παγκόσμιο πόλεμο, δημιουργείται Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, ενώ παράλληλα δημιουργείται μια ομάδα πίεσης (lobby) (Garrabe & Karsambelis, 1993), που συγκεντρώνει ενεργά μέλη από επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, ανθρωπιστικές οργανώσεις, θρησκευτικές κ.λ.π., οι οποίοι υιοθετούν την άποψη, «της αποτελεσματικής εμπλοκής» της ομοσπονδιακής κυβέρνησης, στην πολιτική της ψυχικής υγείας και την εξέλιξη του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δηλαδή των μεγάλων ασύλων των αποκαλούμενων «δρυμάτων», αυτό που θα ονομαστεί κίνημα αποϊδρωματισμού (Wallot, 1988). Η πίεση αυτού του κινήματος, οδηγεί στην υπογραφή, από τον Πρόεδρο Κέννεντυ το 1963, της “Community Mental health Act”, που πρόβλεπε την δημιουργία Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας σε όλη την χώρα. Η κίνηση για συστήματα ανοικτής περίθαλψης, εξελίσσεται ραγδαία κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 1960. Πρόκειται για εξωνοσοκομειακές δομές επανδρωμένες με διεπιστημονικές ομάδες, προκειμένου να στηρίξουν την αποκατάσταση των χρόνιων ασθενών, από τα Κρατικά Νοσοκομεία. Τελικώς επί προεδρίας Ρέιγκαν, υπήρξε μια δραματική αλλαγή πολιτικής στην αποκατάσταση αρρώστων στην κοινότητα, ενώ η έξοδος από τα νοσοκομεία συνεχιζόταν. Στις δεκαετίες που ακολούθησαν, η κοινή γνώμη που ήταν αρχικά ευαισθητοποιημένη, συνειδητοποίησε ότι η αποασυλοποίηση δεν απάντησε στις προσδοκίες της (Lecomte, 1988). Οι συνθήκες ζωής των ασθενών στην κοινότητα, δεν είναι οι καλύτερες. Τέλος, μετά από 35 χρόνια εμπλοκής, η Αμερικανική κυβέρνηση αποδεσμεύεται και αφήνει στις πολιτείες, την διαχείριση της Ψυχικής Υγείας. Στις επόμενες δεκαετίες δημιουργούνται περισσότερα από 700 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, τα οποία καλύπτουν το 50% του γενικού πληθυσμού. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι ο αριθμός των ψυχιάτρων έχει μειωθεί κατά 50% από τη δεκαετία του 1970. Αντίθετα, έχουν αυξηθεί οι κοινωνικοί λειτουργοί και έχουν διπλασιασθεί οι ψυχολόγοι (Freeman, 1983, Παπαδάτος, 1987).

2.Η Αγγλική ψυχιατρική, υπήρξε εκ των πρωτοπόρων της αποασυλοποίησης και της ανάπτυξης μιας κοινοτικής προσέγγισης, της ψυχιατρικής περίθαλψης. Η υιοθέτηση του “Mental Health Act “ το 1952, έδωσε συνέχεια σε ένα ρεύμα που είχε ξεκινήσει από τις εμπειρίες της «Αποκατάστασης περιπτώσεων «νεύρωσης του πολέμου» και την δημιουργία «της θεραπευτικής κοινότητας» Maxwell Jones (Jones, 1953). Η ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών, υπήρξε τόσο σημαντική, ώστε στα μέσα της δεκαετίας του 1960,

αντιμετωπιζόταν σοβαρά η προοπτική κλεισίματος των ασύλων, μέσα στην επόμενη δεκαετία. Η επιβεβαίωση, ότι η χρόνια Ψυχιατρική ανικανότητα, σε ένα μεγάλο βαθμό οφειλόταν στο θεσμικό καθεστώς της εποχής και επιβεβαιωνόταν από την ιδέα ότι η χρόνια ψυχική νόσος θα ήταν αποδυναμωμένη, εάν αποδυναμωνόταν το άσυλο. Οι κοινωνικές δομές που είχαν δημιουργηθεί, καταγράφονταν ως μεταβατικές, όπως ένα στάδιο ανάμεσα στην πλήρη νοσηλεία και στην πλήρη επανένταξη στην κοινότητα.

Σήμερα ο εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής Υγείας είναι μια από τις κύριες προτεραιότητες της Κυβέρνησης. Έχει εκπονηθεί δεκαετές πρόγραμμα με σκοπό τη δημιουργία νέων προτύπων φροντίδας. Επιπρόσθετες επενδύσεις που έχουν διατεθεί έχουν σκοπό να οδηγήσουν μέχρι τέλος του 2004 στην δημιουργία 500 κλινών υψηλής ασφαλείας, περίπου 320 κλινών 24ωρης παρακολούθησης, 170 ομάδων ενεργητικής – προληπτικής φροντίδας και υπηρεσιών πρόσβασης σε 24ωρη και 7μερη βάση για άτομα με σύνθετες ανάγκες ψυχικής υγείας. Η πρώτη προτεραιότητα είναι η διασφάλιση παροχής υπηρεσιών που ν' ανταποκρίνονται στις ανάγκες ατόμων με βαριές και χρόνιες παθήσεις.

3. Στην Ιταλία ο Νόμος 180 που ψηφίστηκε το 1978, μετά από πρωτοβουλία των κομμάτων της αριστεράς και ήρθε να ανατρέψει ριζικά μια ψυχιατρική κατάσταση, ιδιαίτερα αρχαϊκή «όπου η ιδρυματική ψυχιατρική» σε τέσσερις από τις πέντε περιπτώσεις, δεν κατάφερε να ξεπεράσει το επίπεδο της γραφικότητας» (Balduzzi & Balduzzi, 1989). Επρόκειτο για ένα Νόμο πλαίσιο, που εισήγαγε μεν την υποχρέωση να κλείσουν τα άσυλα και να μετατεθούν η περίθαλψη και η ψυχιατρική φροντίδα στη κοινότητα, άφηνε όμως στις Περιφέρειες, την δυνατότητα της εφαρμογής του. Έτσι, υπάρχουν τεράστιες διαφορές μεταξύ περιοχών της Βόρειας Ιταλίας από τη μία πλευρά και του Νότου από την άλλη, στην υλοποίηση του αποϊδρυματισμού, οι οποίες διατηρούν πολλές ανισότητες των δύο περιοχών της χώρας. Αν και αυτός ο Νόμος θεωρήθηκε ο πλέον «εξτρεμιστικός», υπό την έννοια της εναλλακτικής ψυχιατρικής, δεν έδωσε την ευκαιρία, παρά για πολλές εμπειρίες αλλά μεμονωμένες και όχι συνδεδεμένες μεταξύ τους: Η Ιταλική ψυχιατρική επομένως, δεν μπορεί να θεωρηθεί ως ομοιογενής.

Οι εθνικές στατιστικές παρ' όλα αυτά, τεκμηριώνουν ότι μόνο ένας στους έξι ασθενείς θα νοσηλευθεί και λιγότερο από ένας στους δύο ασθενείς το χρόνο θα κλεισθεί στο ψυχιατρείο, σε ένα Τομέα 90.000 κατοίκων περίπου, κατά την περίοδο 1984–1986 (De Salvia, 1989). Στον ίδιο χρόνο, παρατηρήθηκε μια πραγματική μείωση του αριθμού των νοσηλειών μακράς διάρκειας, παράλληλα με την εξωνοσοκομειακή φροντίδα (Νοσοκομείο Ημέρας, Κέντρο Ψυχικής Υγείας).

Παρά τα αποτελέσματα ερευνητικών εργασιών πολλές φορές αντιφατικών, ανάλογα με τις εμπειρίες, μερικά συμπεράσματα φαίνεται ότι είναι δυνατό να εξαχθούν:

- Τα θετικά μέτρα επικεντρωμένα στην κατάργηση των ασύλων αποδεικνύουν, ότι η Ιταλική μεταρρύθμιση είναι δυνατή, εφόσον υποστηρίζεται από μία ρεαλιστική βούληση και την κατάλληλη πολιτικό-διοικητική υποστήριξη (De Girolamo & Tumminello, 1989).
- Οι αρνητικές εμπειρίες φαίνεται να μαρτυρούν, την εκ των προτέρων μη εφαρμογή του Νόμου, παρά την αποτυχία του Νόμου αυτού καθ' αυτού. Η τοπική διασπορά των μέσων για την μεταρρύθμιση, υπάρχουν πάντα με αποκλίσεις που φτάνουν στη δεκαδική κλίμακα μεταξύ του 1 και του 10 σε μερικές περιπτώσεις.
- Σε καμιά περίπτωση, δεν αποδεικνύεται να συνδέεται, το ποσοστό αυτοκτονιών με την μείωση των κρεβατιών, στα ψυχιατρικά νοσοκομεία (Williams, De Salvia, Tansella, 1986).
- Η οριστική κατάργηση του ασύλου η οποία έχει καθυστερήσει λόγω κάποιων «λαθραίων» εισαγωγών, θα έχει πραγματοποιηθεί σε μερικά χρόνια (De Salvia, 1989).
- Η εγκληματικότητα των ψυχιατρικών αρρώστων, δεν αυξήθηκε εξαιτίας της μεταρρύθμισης (De Salvia, 1989).
- Σε ότι αφορά στην ιδιωτική ψυχιατρική, η κίνηση των κλινικών δεν επηρέασε, ούτε επηρεάστηκε από τη νέα πολιτική ψυχικής υγείας .
-

4. Η πολιτική της Τομεοποίησης, είναι *Γαλλική ιδέα* και ξεκίνησε από το 1945, αλλά ουσιαστικά μια δεκαετία αργότερα, οι εργασίες της Επιτροπής Ψυχικών Παθήσεων και η έκθεση του Duchesne δημιούργησαν το 1960, το πρώτο επίσημο κείμενο για τη λειτουργία του Τομέα. Αυτό το κείμενο, προέτασε τρεις αντικειμενικούς στόχους:

- Την καλύτερη μεταχείριση των έγκλειστων ασθενών
- Την παροχή πρόληψης και μετανοσοκομειακής παρακολούθησης
- Την ψυχιατρική βοήθεια κοντά στον τόπο κατοικίας

Στην πραγματικότητα, η Τομεοποίηση τέθηκε σε εφαρμογή το έτος 1971, με την ένταξη των ψυχιάτρων στους νοσοκομειακούς ιατρούς. Έτσι, τέθηκαν σε λειτουργία τα πρώτα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και ακολούθησαν στη συνέχεια τα Νοσοκομεία Ημέρας¹. Παρόλα αυτά, η ανάπτυξη των εξωνοσοκομειακών δομών ήταν άنيση και σχετιζόταν με τις προθέσεις των διαφόρων περιφερειών, δηλαδή σε σχέση με τις προτεραιότητες της τοπικής εξουσίας που

¹ Πράγμα που δεν ίσχυσε για την Ελληνική Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, όπου ουσιαστικά η Πρωτοβάθμια Περιθαλψη έπεται των διαδικασιών και δομών Αποασυλοποίησης .

ήταν και οι χρηματοδότες αυτής της πολιτικής. Εκείνο που προώθησε και επιτάχυνε την ανάπτυξη των εξωνοσοκομειακών δομών, ήταν η ικανοποίηση του αιτήματος των ψυχιάτρων, για ενιαιοποίηση του προϋπολογισμού των ενδονοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών δραστηριοτήτων.

Η λειτουργία του Τομέα, πάντα απειλείτο και υπέφερε και εξακολουθεί και σήμερα να υποφέρει, από την έλλειψη οικονομικών πόρων. Έγινε αντιληπτό όλα αυτά τα χρόνια, ότι η υιοθέτηση της νοοτροπίας-κουλτούρας του Τομέα, από την μεγάλη πλειοψηφία των νοσοκομειακών ψυχιάτρων, να υπερασπιστούν τον Τομέα της υλοποίησης, συνέπεσε με τις κινήσεις της αποασυλοποίησης που εξελισσόταν σε όλο τον κόσμο την ίδια περίοδο. Η Γαλλική πολιτική, σε ότι αφορά την οργάνωση των υπηρεσιών στους ψυχικά ασθενείς, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 50 χρόνων, είναι δυνατόν να γίνει κατανοητή ως συνδυασμός δύο κινήσεων :

1. Η συνέχεια της φροντίδας των αρρώστων σε επίπεδο πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης στους συνήθεις χώρους ζωής των ασθενών, με τη διαρκή έγνοια να αποφευχθεί ο κλινικός αποκλεισμός και να ευνοηθεί η κοινωνική επανένταξη, στηριζόμενη από άλλους τοπικούς συνομιλητές (κοινωνική υπηρεσία, διοίκηση, ιδιωτικοί ιατροί, εθελοντικές ομάδες, κ.λ.π.)
2. Η διαρκής ανάλυση του τρόπου λειτουργίας των διαφόρων δομών του Τομέα, προκειμένου να αποφευχθούν τα φαινόμενα αθροιστικών δυσκολιών.
Σίγουρα, το κίνημα αποασυλοποίησης επηρεάστηκε επίσης από αυτές τις ιδέες της κοινοτικής-κοινωνικής ψυχιατρικής, με φυσικό επακόλουθο την ανάπτυξη και παροχή υπηρεσιών από τις «ενδιάμεσες δομές».

Τα στατιστικά δεδομένα για την αποϊδρυματοποίηση στη Γαλλία, αναφέρουν ότι (INSERM – DGS – Ministwre de la Sante, 1994):

1. Ο αριθμός των Ψυχιατρικών κρεβατιών, μειώθηκε από τις 120.000 το 1980, σε λιγότερο από 80.000 μέχρι το έτος 1995. Το 90 % των τομέων, έχουν αναπτύξει Κέντρα Ψυχικής Υγείας και 80 % διαθέτουν Νοσοκομείο Ημέρας.
2. Η μέση διάρκεια νοσηλείας, τα τελευταία 20 χρόνια μειώθηκε από τις 247 ημέρες, στις 57 ημέρες. Οι ακούσιες νοσηλείες, άλλοτε γενικευμένες, δεν αφορούν παρά το 16% των εισαγωγών και το 26% του πληθυσμού των νοσηλευόμενων ασθενών.
3. Περισσότερο από το 60% των ασθενών που παρακολουθούνται στις δομές του Τομέα εξωνοσοκομειακά, δεν επανεισάγονται και ένα 20% μεταξύ αυτών παρακολουθούνται κατ' οίκον. Μια άλλη έρευνα (Antoine, 1993), έδειξε ότι σε περίπου 59.000 νοσηλευόμενους αρρώστους, μόνο 20.000 μεταξύ αυτών νοσηλεύονταν πάνω από ένα (1) χρόνο. Μια

πρόσφατη σχετικά εργασία (Kovess et al., 1995), που μελετά τις επιπτώσεις στο Γαλλικό πληθυσμό, μπόρεσε να αντικειμενοποιήσει τα εξής:

- «Η ανάπτυξη ενός μεγάλου αριθμού εναλλακτικού τρόπου περίθαλψης, συνέπεσε με μια σημαντική μείωση του χρόνου πλήρους νοσηλείας»
- Η μείωση του αριθμού των νοσηλευόμενων ασθενών στα ιδρύματα κάθε χρόνο, συμβαδίζει με την αύξηση του αριθμού των ασθενών που παρακολουθούνται εξωνοσοκομειακά,
- Η μείωση των επανεισαγωγών, ξεκινάει χρονικά μετά το 1985 (χρονολογία της «Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης») και αυτό μπορεί, αν θεωρηθεί ως δείκτης της αποτελεσματικότητας της λειτουργίας του Τομέα
- Η πολιτική της Τομεοποίησης, φαίνεται ότι προφυλάσσει τους πιο σοβαρά ασθενείς από την εγκατάλειψη. Πιο σφαιρικά, επέτρεψε την διατήρηση ενός συστήματος περίθαλψης σε ισορροπία, προκειμένου να αποφευχθούν οι σοβαρές συνέπειες μιας απότομης μείωσης των κρεβατιών.

Πρέπει να επισημανθεί ότι ο σχετικός Νόμος του 1993, εισάγει στην έννοια της Τομεοποίησης, της συνέχισης της ανάπτυξης των εναλλακτικών δομών Περίθαλψης και την ανάπτυξη προγραμμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών.

5. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ανδαλουσία, ξεκίνησε επίσημα το 1984, με την υπογραφή του νόμου για τη δημιουργία του Ινστιτούτου για την Ψυχική Υγεία της Ανδαλουσίας. Η πρωτοβουλία αυτή, επεδίωκε να βάλει τέλος στη επαισχυντη κατάσταση των δημόσιων υπηρεσιών ψυχιατρικής φροντίδας, οι οποίες ήταν μοιρασμένες σε πέντε διαφορετικές διοικήσεις, άνισα κατανεμημένες στην περιφέρεια της Ανδαλουσίας, διαχωρισμένες από τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας και βασισμένες κατά κύριο λόγο σε δύο τύπους ιδρυμάτων, (τα 8 Περιφερειακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και τα 69 Συμβουλευτικά Νευροψυχιατρικά Κέντρα της Δημόσιας Ασφάλισης), τα οποία είχαν υποστεί ισχυρότατη κριτική, από τους επαγγελματίες και τον κόσμο.

Ακολουθώντας τις κατευθύνσεις που εμπεριέχονται στο Γενικό Νόμο για την Υγεία και το πόρισμα της Υπουργικής Επιτροπής για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και με γενικότερο στόχο τη δημιουργία συνθηκών για αποτελεσματική φροντίδα, που δεν θα περιορίζεται μόνο σε αυτούς που έχουν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας, αναπτύχθηκαν από το Ινστιτούτο για την Ψυχική Υγεία της Ανδαλουσίας, διάφορες δραστηριότητες, πλαισιωμένες από τέσσερις κατευθυντήριες γραμμές στρατηγικού χαρακτήρα, που ήταν προσανατολισμένες στα εξής:

- Στην επίτευξη της **κατάργησης** των βασικών στυλοβατών του παραδοσιακού συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας και ειδικότερα των **ασύλων** (για τα οποία ήταν απαραίτητο να περιοριστούν οι λειτουργίες τους και να βρεθούν εναλλακτικές δομές πιο κατάλληλες για τους εσωτερικούς ασθενείς τους)
- Στην εγκαθίδρυση ενός **δικτύου νέων μηχανισμών παροχής υγείας**, ικανών να ξεπεράσουν τα προβλήματα των παραδοσιακών μηχανισμών (αυτό σημαίνει ότι οι υπηρεσίες θα ήταν διαφοροποιημένες, προσανατολισμένες στην κοινότητα, ενσωματωμένες λειτουργικά και χωροθετικά στο γενικό σύστημα υγείας)
- Στην ενεργοποίηση **διατομεακών και συμπληρωματικών μηχανισμών**, για την παροχή υπηρεσιών υγείας (διερευνώντας εναλλακτικές λύσεις που θα συντονίζονται από τις Κοινωνικές Υπηρεσίες, το Υπουργείο Εργασίας, το Υπουργείο Δικαιοσύνης, κλπ, χωρίς τις οποίες φαινόταν αδύνατο, τόσο η κατάργηση των ασύλων όσο και η παροχή σωστής φροντίδας σε ένα σημαντικό αριθμό ανθρώπων με ψυχικές ασθένειες.)
- Στην επίτευξη της **ενεργούς συμμετοχής των φορέων**, που είναι υπεύθυνοι στις διαφορετικές βαθμίδες περίθαλψης: επαγγελματίες ψυχικής υγείας, άλλοι επαγγελματίες υγείας, και μη, συγγενείς και ο πληθυσμός εν γένει. Η ενεργή αυτή εμπλοκή, είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη νέων μορφών παρέμβασης, οι οποίες απαιτούν ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων (από τη δημιουργία άτυπων και τοπικών δικτύων συμμετοχής, έως τη δημιουργία προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης και την αναζήτηση εξωτερικής αναγνώρισης, εθνικής ή διεθνούς).

Το 1990, μετά από συνοπτικές διαδικασίες, **καταργείται το Ινστιτούτο για την Ψυχική Υγεία της Ανδαλουσίας**, το οποίο μέχρι τότε ήταν ο επικεφαλής οργανισμός της Μεταρρύθμισης, και ενσωματώνεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας, που ως τότε διευθύνονταν από το Ινστιτούτο (συμπεριλαμβανομένων και των εναπομεινάντων Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και του διοικητικού μηχανισμού του Ινστιτούτου), στις Υπηρεσίες Υγείας της Ανδαλουσίας.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί, ότι μέσω της διαδικασίας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, προέκυψαν τα παρακάτω θετικά σημεία:

A. Απλοποιήθηκε σημαντικά μεγάλος αριθμός διοικητικών υπηρεσιών που υπήρχαν ως τότε, χάρη στην ενοποίηση όλων των υπηρεσιών και των αρμοδιοτήτων σε ένα μόνο δίκτυο.

B. Άλλαξε σημαντικά η παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μέσω της αύξησης της προσβασιμότητας (με καλύτερη εδαφική κατανομή των υπηρεσιών) και της ικανότητας για

παρέμβαση (με μεγαλύτερο αριθμό και είδος επαγγελματιών, μηχανισμών και τεχνικών παρέμβασης).

Γ. Εξελίχθηκε σημαντικά, η διαδικασία του κλεισίματος των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, με τη μείωση τόσο των βασικών λειτουργιών τους όσο και του 80% των χρόνιων ασθενών τους, χωρίς όμως να υπάρξουν μεγάλες εσωτερικές ή εξωτερικές διαμάχες, χωρίς να εγκαταλειφθούν οι ασθενείς και με τη χρήση εναλλακτικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ανώτερης ποιότητας.

Δ. Υπήρξε μια σχετική ανάπτυξη και στα διατομεακά προγράμματα, μεταξύ των Περιφερειακών Υπουργείων Δικαιοσύνης, Εργασίας και των Κοινωνικών Υπηρεσιών.

Ε. Υπήρξε μια θετική αποδοχή και εμπλοκή του μεγαλύτερου μέρους των εργαζομένων, οι οποίοι σε ορισμένες περιπτώσεις επέδειξαν πολύ υψηλό βαθμό αφοσίωσης (τόσο στις διάφορες Θέσεις του διοικητικού μηχανισμού, όσο και στους μηχανισμούς φροντίδας), όπως ακριβώς έγινε και με τους συλλόγους των συγγενών και των χρηστών.

Σ.Τ. Τέλος, υπήρξε σημαντική δημόσια αναγνώριση, εθνική και διεθνής, για τα αποτελέσματα της Μεταρρύθμισης, και έτσι το πρόγραμμα της Ψυχικής Υγείας των Υπηρεσιών Υγείας της Ανδαλουσίας, συμπεριλήφθηκε στο δίκτυο των Συνεργαζόμενων Κέντρων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (συμμετέχει μεταξύ άλλων και στην υποστήριξη και ανάπτυξη του προγράμματος αναδιοργάνωση της ψυχιατρικής φροντίδας στη Λατινική Αμερική).

Το 1994, δημιουργήθηκε το **Ίδρυμα για την Κοινωνική ενσωμάτωση των Ψυχικά Ασθενών** στην Ανδαλουσία, το οποίο επιτρέπει πιο αποτελεσματική ανάπτυξη του συνόλου των υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης. Είναι σημαντικό να αναφερθεί επίσης, ότι μέσω της διαδικασίας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης προέκυψαν, τα παρακάτω αρνητικά σημεία:

Α. Λειτουργούν ακόμη κάποια από τα παλιά ψυχιατρεία τα οποία, αν και αποτελούν τη μειοψηφία και το περιθώριο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κρατούν ακόμα ένα μεγάλο αριθμό, από τους χρόνιους ασθενείς τους.

Β. Δεν έχει στελεχωθεί πλήρως το δίκτυο των υπηρεσιών που είχαν σχεδιαστεί αρχικά, η κάλυψη ανέρχεται γύρω στο 90%, όμως υπάρχουν ακόμη σοβαρές ελλείψεις σε κάποιους τομείς, όπως είναι οι ειδικοί μηχανισμοί φροντίδας για ψυχωτικούς ασθενείς (μονάδες αποκατάστασης και μονάδες θεραπευτικές).

Γ. Προέκυψαν προβλήματα διοικητικής οργάνωσης και λειτουργίας, τα οποία στο μεγαλύτερο μέρος τους, οφείλονται στη διαφορά μεταξύ κάποιων λύσεων που δόθηκαν στην αρχή της διαδικασίας της Μεταρρύθμισης και στην περαιτέρω εξέλιξη του γενικότερου πλαισίου οργάνωσης, των Υπηρεσιών Υγείας της Ανδαλουσίας

Δ. Τέλος, δεν αναπτύχθηκε και δεν σταθεροποιήθηκε πλήρως, μια μέθοδος εργασίας που να είναι σύμφωνη με τις αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και γενικότερα εμφανίστηκαν δυσλειτουργίες, στη διαχείριση και την ποιότητα των παροχών.

Σήμερα, μέσα από τη διαδικασία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης οι **Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας της Ανδαλουσίας**, έχουν αναπτύξει ένα εκτεταμένο δίκτυο εξειδικευμένων υπηρεσιών, σε στενή συνεργασία με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, οι οποίες υπάγονται σε 15 Τομείς Ψυχικής Υγείας. Μπορούμε να συνοψίσουμε αυτές τις υπηρεσίες στις εξής:

- 71 ομάδες Ψυχικής Υγείας
- 19 Ψυχιατρικά τμήματα
- 11 Παιδοψυχιατρικά τμήματα
- 9 μονάδες αποκατάστασης
- 3 Νοσοκομεία Ημέρας
- 6 Θεραπευτικές μονάδες και
- τα εναπομείναντα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ-ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

2.1 Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, μέσω του Κανονισμού(ΕΟΚ) 815/1984.

Η κατάσταση της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα, παραμένει ακόμα και σήμερα σε επίπεδα που προσβάλλουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και αποτελεί μία μελανή σελίδα της γενικότερης ιατρικής περίθαλψης. Σίγουρα, τα τελευταία χρόνια έχουν υπάρξει θετικά βήματα για αλλαγή της φοράς των πραγμάτων. Απομένουν όμως πολλά να γίνουν.

Στη χώρα μας η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, άρχισε ουσιαστικά στις αρχές της δεκαετίας του 1980, με την είσοδό μας στην Ευρωπαϊκή κοινότητα και με αφορμή μια διεθνή ευαισθητοποίηση που αφορούσε στις συνθήκες νοσηλείας στο Ψυχιατρείο της Λέρου. Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα, αποφάσισε να χρηματοδοτήσει την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην χώρα μας και στις 26 Μαρτίου του 1984 υιοθέτησε τον **Κανονισμό του Συμβουλίου 815/84**. Σύμφωνα με ένα σχέδιο που εκπονήθηκε από Έλληνες και ξένους εμπειρογνώμονες, αρχικά πενταετούς διάρκειας, άρχισε η βαθμιαία ανάπτυξη κοινοτικών μορφών ψυχιατρικής περίθαλψης και ταυτόχρονα η αναμόρφωση και ο εκσυγχρονισμός όλων των Ψυχιατρείων της χώρας. Βάσει του Κανονισμού αυτού, η χρηματοδότηση των προγραμμάτων αυτών κατά 55%, έγινε από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Το πρόγραμμα αφορούσε στην ανάπτυξη της κτιριακής υποδομής, την πειραματική λειτουργία κοινοτικών δομών περίθαλψης και την εκπαίδευση του κατάλληλου προσωπικού.

Ο Κανονισμός 815/84, των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, υπήρξε καταλυτικός ως προς την οργάνωση των πρώτων συγκεκριμένων κατασκευαστικών και πιλοτικών προγραμμάτων για τον αποϊδρυματισμό των χρόνιων αρρώστων και την επανένταξή τους στην κοινότητα. Έτσι από το 1985, άρχισε να υλοποιείται με κανονικούς ρυθμούς ή με καθυστερήσεις, μια σειρά προγραμμάτων ευρέως φάσματος, σε όλα τα κρατικά ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας (Μαδιανός, 1994: 172).

Η περίοδος δράσης του προγράμματος, ήταν από 1ης Ιανουαρίου 1984 έως 31ης Δεκεμβρίου 1989, ο ρυθμός εφαρμογής όμως, παρουσίαζε καθυστερήσεις σε σχέση με το χρονοδιάγραμμα, λόγω διοικητικών δυσκολιών και λόγω της φύσης των θεμελιωδών αλλαγών που απαιτούνται, για τη μετάβαση από την παραδοσιακή ψυχιατρική περίθαλψη των ασθενών, στο ψυχιατρικό νοσοκομειακό περιβάλλον, στις δομές που προβλέπονταν στα πλαίσια ενός ολοκληρωμένου μοντέλου που στρέφεται γύρω από την κοινότητα. Ο

Τροποποιημένος Κανονισμός Αρ.4130/88 του Συμβουλίου, προσέφερε την ευκαιρία επέκτασης της περιόδου εφαρμογής και υλοποίησης του προγράμματος. Καταρτίστηκε ένα νέο, τροποποιημένο πρόγραμμα δράσης και κατόπιν της συμφωνίας της Επιτροπής, ξεκίνησε να υλοποιείται το 1999. Επετεύχθη σημαντική επιτάχυνση του ρυθμού υλοποίησης του νέου προγράμματος. Εφαρμόστηκε προγραμματισμός με στόχους και χρονοδιάγραμμα και θεσπίστηκε ένα σύστημα παρακολούθησης και αξιολόγησης, με την υποστήριξη ανεξάρτητων εμπειρογνομόνων, που αποτέλεσαν καθοριστικούς παράγοντες για το ρυθμό προόδου που επετεύχθη.

Με το κλείσιμο του Κανονισμού 815, υλοποιήθηκαν στη χώρα μας 128 μεταρρυθμιστικά προγράμματα, δηλαδή 1,6 προγράμματα ανά 100.000 κατοίκους. Παρά το γεγονός ότι, ο αριθμός αυτός φαίνεται πολύ ικανοποιητικός, δυστυχώς, λόγω απουσίας τομεοποίησης της χώρας, η κατανομή των προγραμμάτων δεν έγινε σύμφωνα με τις πληθυσμιακές ανάγκες. Τα περισσότερα προγράμματα έγιναν στις μεγάλες πόλεις (2,2 προγράμματα ανά 100.000 κατοίκους στην Αθήνα και 3,1 στην Θεσσαλονίκη), ενώ για τον υπόλοιπο πληθυσμό της χώρας αντιστοιχεί μόνο 1,1 πρόγραμμα ανά 100.000 κατοίκους. Εν τούτοις, ο Κανονισμός 815 έδωσε την ευκαιρία για σημαντική πρόοδο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα μας. Με την υλοποίηση των προγραμμάτων του Κανονισμού 815, δημιουργήθηκε επίσης ένας πυρήνας επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που αναμφισβήτητα θα συμβάλλει στην παραπέρα εξέλιξη του συστήματος (Λιάκος Α., 2003)

Ο χάρτης της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα, άλλαξε δραματικά αφού, παρά τις μεγάλες ελλείψεις που ακόμα υπάρχουν, έχουν επέλθει μεταβολές τόσο στον αριθμό των υπηρεσιών-κυρίως εξωνοσοκομειακών-που έχουν ιδρυθεί και λειτουργούν, όσο και σε άλλους τομείς όπως ο νομοθετικός και ο διοικητικός. Η ψήφιση των νόμων 2071/1992 και 2716/1999, καθώς και η ίδρυση της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, αποτέλεσαν σημαντική υποστήριξη για την προώθηση της βελτίωσης του συστήματος της ψυχιατρικής περίθαλψης στην χώρα μας. Ιδιαίτερη σημασία είχε η ψήφιση των δύο νόμων, στους οποίους θα αναφερθούμε αναλυτικότερα στην επόμενη παράγραφο.

2.2 Το Πρόγραμμα HORIZON 1993-1994.

Το πρόγραμμα αυτό στόχευε στην ανάπτυξη δεξιοτήτων, ικανοτήτων και επαγγελματικών προσόντων, των ατόμων που ανήκουν στις ομάδες-στόχους του προγράμματος και διευκόλυνση της πρόσβασης τους στην αγορά εργασίας. Τα αντικείμενα

απασχόλησης των ψυχικά ασθενών μέσα από το πρόγραμμα αυτό, αφορούσαν στους τομείς πληροφορικής, κτηνοτροφίας, βιβλιοδεσίας ξυλουργικής κ.λ.π.

2.3 Το «Ε.Π.» Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας.

Το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα, «Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από τη Αγορά Εργασίας», το οποίο εγκρίθηκε σαν μέρος του Β΄ Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης (Κ.Π.Σ) της χώρας μας, για το διάστημα (1994-1999), αποτέλεσε ένα μέσο της Πολιτικής, Οικονομικής και Κοινωνικής συνοχής που εκφράζει την ενδοκοινοτική αλληλεγγύη. Στο πλαίσιο της διατήρησης του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Μοντέλου και εν όψει των επερχόμενων οικονομικών και κοινωνικών αλλαγών, του Αυγούστου του 1993, η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, αναθεώρησε το στόχο 3 των Διαρθρωτικών Ταμείων αναφορικά με την «καταπολέμηση της μακροχρόνιας ανεργίας (άνω των 12 μηνών)» και τον αντικατέστησε με το νέο στόχο, που μεταξύ άλλων αποσκοπεί στην διευκόλυνση της επαγγελματικής αποκατάστασης των προσώπων που απειλούνται με αποκλεισμό από την αγορά εργασίας.

Με βάση την πολιτική αυτή της Ε.Ε. και την Εθνική Πολιτική ένταξης όλων των κοινωνικών ομάδων, που ως ένα βαθμό είναι αποκλεισμένες ή απειλούνται με αποκλεισμό από την εργασία, σχεδιάστηκε το εν λόγω Επιχειρησιακό Πρόγραμμα. Το «Ε.Π.», αντιλαμβάνεται τον Αποκλεισμό από την Αγορά Εργασίας, ως ένα περίπλοκο κοινωνικό πρόβλημα, η αντιμετώπιση του οποίου, απαιτεί πολυδιάστατες και ολοκληρωμένες παρεμβάσεις.

Οι βραχυπρόθεσμοι και άμεσοι στόχοι του Επιχειρησιακού Προγράμματος ήταν:

1. Καταπολέμηση των αντικειμενικών και υποκειμενικών συνθηκών, αιτίων και μηχανισμών που οδηγούν στον αποκλεισμό από την αγορά εργασίας και συμβολή στην αναστολή των διαδικασιών αναπαραγωγής και διαίωνισης του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού.
2. Ανάπτυξη των δεξιοτήτων, ικανοτήτων και επαγγελματικών προσόντων των ατόμων που ανήκουν στις ομάδες-στόχους του Ε.Π. και διευκόλυνση της πρόσβασής τους στην αγορά εργασίας.
3. Κοινωνική και ψυχολογική στήριξη και ενίσχυση των ατόμων και πληθυσμιακών ομάδων του Ε.Π., προκειμένου να υπερβούν τις πάσης φύσεως υποκειμενικές αναστολές και τους κάθε μορφής αντικειμενικούς φραγμούς, που εμποδίζουν την πρόσβαση στην τυπική αγορά εργασίας.

4. Καταπολέμηση των διακρίσεων, των αρνητικών κοινωνικών στερεοτύπων και του κοινωνικού στιγματισμού και προαγωγή της κοινωνικής αλληλεγγύης.
5. Προώθηση της ισότητας των ευκαιριών και της κοινωνικής αλληλεγγύης.
6. Προώθηση της κοινωνικής συνοχής και της κοινωνικής σύγκλισης.
7. Πλήρης άσκηση των κοινωνικών και πολιτικών δικαιωμάτων και της κοινωνικής συμμετοχής των προσώπων και των ομάδων- στόχων.
8. Ενθάρρυνση για τη δημιουργία νέων θέσεων απασχόλησης.
9. Μεταφορά εμπειριών και τεχνογνωσίας.

Το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα, στόχευε επίσης να συμβάλει:

1. Στην άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων, καθώς και των φυλετικών, θρησκευτικών και πολιτισμικών διακρίσεων.
2. Στην επιτάχυνση των αναπτυξιακών διαδικασιών της χώρας, που επιδιώκεται με τη βελτίωση της ποιότητας των επαγγελματικών προσόντων, την αύξηση της παραγωγικής ικανότητας, την ενεργοποίηση των μέχρι σήμερα οικονομικά αδρανών πληθυσμιακών ομάδων και την αξιοποίηση του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού.
3. Στη συγκρότηση μιας διευρυμένης αγοράς εργασίας, στην οποία θα είναι δυνατό να έχουν διαρκή και απρόσκοπτη πρόσβαση, όλες οι μονάδες της κοινωνίας.

Με βάση τις αρχές διαχείρισης ενός προγράμματος, με συγκεκριμένους στόχους, δεδομένους πόρους και προκαθορισμένο χρόνο υλοποίησης, η στρατηγική επίτευξης των στόχων του Ε.Π., επικεντρώνεται στα εξής σημεία:

- Πολυδιάστατη προσέγγιση- συμπληρωματικότητα των ενεργειών.
- Συμμετοχικότητα των χρηστών.
- Σύνδεση με την αγορά εργασίας.
- Εταιρικότητα

Το Ε.Π., αποτελείται από έξι Υποπρογράμματα. Τα τέσσερα πρώτα, είναι θεματικά και προσδιορίζονται από τις ομάδες-στόχους, δηλαδή αφορούν αποκλειστικά στις συγκεκριμένες ομάδες-στόχους. Το πέμπτο και το έκτο, είναι οριζόντια, συνεργούν με τα τέσσερα θεματικά και τα στηρίζουν, υπό την έννοια ότι περιλαμβάνουν κοινές υποδομές, υπηρεσίες και λειτουργικές ενέργειες που εξυπηρετούν την πλειοψηφία των χρηστών του Ε.Π. Συγκεκριμένα τα 6 Υποπρογράμματα έχουν ως εξής:

ΥΠΟΠΡ.1: Ένταξη-επανένταξη Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και ειδικότερα με κινητικά προβλήματα, προβλήματα αισθητηρίων οργάνων και νοητική υστέρηση.

ΥΠΟΠΡ.2: Ένταξη-επανένταξη Μεταναστών, Παλιννοστούντων και Προσφύγων.

ΥΠΟΠΡ.3: Ένταξη- επανένταξη λοιπών κοινωνικών ομάδων.

ΥΠΟΠΡ.4: Ένταξη-επανένταξη ατόμων με Ψυχικές Ασθενείς και Νοητική Υστέρηση, διαβιούντα σε Ιδρύματα.

ΥΠΟΠΡ.5: Κοινές Υποδομές και Υπηρεσίες.

ΥΠΟΠΡ.6: Εφαρμογή.

2.4 Το Κοινοτικό Πρόγραμμα HORIZON 1998-1999.

Το Κοινοτικό αυτό πρόγραμμα, στόχευε επίσης στην ανάπτυξη δεξιοτήτων, ικανοτήτων και επαγγελματικών προσόντων στις ομάδες στόχους του Προγράμματος και διευκόλυνση της πρόσβασής τους στην αγορά εργασίας και περιελάμβανε ως αντικείμενα κατάρτισης: 1. Αμπελουργία 2. Κηπευτικά 3.Σύνθεση ανθέων 4. Εκτροφή σκύλων ράτσας και 5. Εκτροφή γαλοπούλας.

2.5 Το Πρόγραμμα «Ψυχαργός» - Α΄ Φάση(1997-2001).

Από το 1997, έχει ξεκινήσει ένα φιλόδοξο πρόγραμμα το οποίο χρηματοδοτείται από εθνικούς και κοινοτικούς πόρους. Το πρόγραμμα αυτό που φέρει την ονομασία «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», είναι ένα διαρκές- δεκαετούς ανάπτυξης-πρόγραμμα δράσεων, που στοχεύει να καλύψει σταδιακά, όλες τις ανάγκες σε εθνικό επίπεδο, στον τομέα της ψυχικής υγείας. Η κωδική του ονομασία, προέρχεται από τη μυθολογική «Αργώ» και την επιστροφή του χρυσόμαλλου δέρατος. Ο συμβολισμός παραπέμπει στην «επιστροφή» των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα που επιφέρει η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

Το πρόγραμμα διαμορφώθηκε κατά το έτος 1997, για τη περίοδο 1997-2006 με μια πρώτη αναθεώρηση, για τη περίοδο 2001-2010. **Η περίοδος 1997-2001, αποτελεί την Α΄ φάση υλοποίησης και η περίοδος 2002-2006 την Β΄ φάση**, στο τέλος της οποίας προγραμματίζεται να πραγματοποιηθεί η δεύτερη Αναθεώρηση του προγράμματος, για την περίοδο 2006-2015.

Το πρόγραμμα αποτελείται από δύο μέρη: το πρώτο αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την αποασυλοποίηση των ασθενών, από τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και διαμορφώνεται με βάση την διασπορά των ασθενών κάθε Ψυχιατρείου, στους τόπους από τους οποίους αυτοί προέρχονται. Το δεύτερο μέρος, αναφέρεται στις δομές στην κοινότητα, για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα. Κατά την **Α΄ Φάση του προγράμματος «Ψυχαργός»**, το μεγαλύτερο βάρος, δόθηκε στην αποασυλοποίηση των

ασθενών. Δημιουργήθηκαν 49 ξενώνες, 6 οικοτροφεία, και 10 διαμερίσματα στα οποία εγκαταστάθηκαν 769 περίπου ασθενείς από όλα τα Ψυχιατρεία της χώρας, 1 οικοτροφείο για αυτιστικά άτομα, 1 ξενώνας για πρόσφυγες ψυχικά ασθενείς και 71 εργαστήρια κατάρτισης ψυχικά ασθενών, ενώ προσελήφθησαν 630 άτομα για τις δομές αυτές (νέοι επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας), που καταρτίστηκαν μέσω ειδικών προγραμμάτων εκπαίδευσης 910 άτομα.

Η Α΄ Φάση «Ψυχαργός», τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 1997-2001, στο πλαίσιο ενός προγράμματος συγχρηματοδοτούμενου από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέσω του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Επικεντρώθηκε στη συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της Ελλάδας.

Το πρόγραμμα ξεκίνησε, με τη δημιουργία συνεργασιών μεταξύ των ψυχιατρείων και των γενικών περιφερειακών ή νομαρχιακών νοσοκομείων, προκειμένου να ενισχυθεί η συμμετοχή όλων των παραγόντων των αρχών υγείας και πρόνοιας. Τα ψυχιατρεία συμμετείχαν ενεργά στη διαδικασία προετοιμασίας των ασθενών για την κοινωνική επανένταξη, συμπεριλαμβανομένης της επαγγελματικής κατάρτισης για την αγορά εργασίας και την ανεξάρτητη διαβίωσή τους στην κοινότητα. Οι ομάδες-στόχοι στα ψυχιατρεία, αποτελούνται από ασθενείς που πάσχουν από ψυχικές παθήσεις και ασθενείς με νοηπική καθυστέρηση που νοσηλεύονται στα ψυχιατρεία αυτά.

Τα γενικά νοσοκομεία έλαβαν μέτρα, για την πρόσληψη του πρόσθετου προσωπικού, για το πρόγραμμα αποϊδρυματισμού και την ενοικίαση κτιρίων για την επαρκή κάλυψη των απαιτούμενων παρεμβάσεων. Το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο καλύπτει τα έξοδα για τις νέες δομές, για ένα χρόνο. Τα γενικά νοσοκομεία, ενσωμάτωσαν τις δαπάνες αυτές, στους γενικούς τους προϋπολογισμούς από τον Ιανουάριο 2002.

Στα επιτεύγματα στο τέλος του 2001 συγκαταλέγονται οι 55 εγκεκριμένες μονάδες στέγασης, η πρόσληψη προσωπικού περίπου 650 ατόμων και η μεταφορά ποσοστού περίπου 80% του αρχικού αριθμού στόχου ασθενών, προκειμένου να κατοικήσουν στις εναλλακτικές δομές διαμονής. Τα προγράμματα κατάρτισης για επαγγελματικές δεξιότητες ολοκληρώθηκαν. Η Φάση Α΄ του προγράμματος «Ψυχαργός» ανέλαβε μια σημαντική δέσμευση για τη βασική εκπαίδευση του νέου προσωπικού στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τη συνεχή επαγγελματική επιμόρφωση, για όλους τους επαγγελματίες στις υπηρεσίες αυτές.

Για την περίοδο 2001-2010 (1^η Αναθεώρηση) προβλέπεται, όσον αφορά στην αποασυλοποίηση, η δημιουργία 300 στεγαστικών δομών (κυρίως οικοτροφεία, αλλά και ξενώνες και προστατευόμενα διαμερίσματα) για 3.500 ασθενείς που διαβιούν σε Ψυχιατρεία

ή νοσηλεύονται σε Ψυχιατρικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων και χρειάζονται υποστηριζόμενη διαβίωση στην κοινότητα, για κάποιο χρονικό διάστημα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που διαβιούν σήμερα στα Ψυχιατρεία, είναι ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, στην πλειονότητά τους ψυχογηριατρικοί ασθενείς, ενώ ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού αυτού, είναι ασθενείς με διπλή διάγνωση (ψυχική ασθένεια και νοητική υστέρηση). Ως εκ τούτου, επιβάλλεται η δημιουργία σημαντικού αριθμού οικοτροφείων στην φάση αυτή, αφού είναι αναγκαία, η σε μακροχρόνια βάση, προστατευόμενη διαμονή των ατόμων αυτών. Οι δομές αυτές (οικοτροφεία μακράς παραμονής), αναπτύσσονται έτσι, ώστε κάθε μία να εξυπηρετεί έως 15 ασθενείς, με αυξημένο αριθμό και ποικιλία ειδικοτήτων προσωπικού. Επίσης επιλέγονται περιοχές στα άκρα οικιστικών ιστών, ώστε η εγκατάσταση και η διαμονή των ασθενών, να συντελεσθεί χωρίς προσκόμματα.

Αντίθετα, οι ξενώνες και ιδιαίτερα τα προστατευόμενα διαμερίσματα, αναπτύσσονται στις συνοικίες, έτσι ώστε οι ένοικοί τους, να μπορούν να λειτουργούν αυτοτελώς μέσα στο κοινωνικό σύνολο.

Στο μέρος που αφορά στην ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, προβλέπεται η ανάπτυξη:

- ↓ 69 Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά τμήματα, σε Γενικά Νοσοκομεία.
- ↓ 6 Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα, σε Γενικά Νοσοκομεία. (Κάθε ολοκληρωμένο τμήμα περιλαμβάνει: Τμήμα Νοσηλείας, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Κέντρο Παρέμβασης στην κρίση και Μονάδα Οξέων περιστατικών.
- ↓ 52 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής για ενήλικες.
- ↓ 51 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, για παιδιά και εφήβους.
- ↓ 35 Μονάδες άμεσης παρέμβασης στην Κρίση, για άτομα εξαρτημένα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, σε Γενικά Νοσοκομεία.
- ↓ 15 Μονάδες σωματικής, απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς.
- ↓ 18 Ολοκληρωμένες Μονάδες, για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου, που περιλαμβάνουν: Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας.
- ↓ 34 Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης.
- ↓ 24 Κέντρα Ημέρας, για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους.
- ↓ 56 Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής, διασυνδεδεμένοι με τα Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα.

- ✦ 46 Μονάδες Επαγγελματικής Επανεξέλιξης.
- ✦ 7 Ειδικές Μονάδες παροχής υπηρεσιών προς την οικογένεια.
- ✦ 34 Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα, για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου.
- ✦ 211 Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα, για την εγκατάσταση 3.500 ατόμων με μακρά διαβίωση στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
- ✦ 5 Κέντρα αντιμετώπισης της νόσου Αλτσχάιμερ.
- ✦ 2 Μονάδες για φύλαξη και νοσηλεία, ατόμων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα (σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης).
- ✦ 3 Μονάδες για απεξάρτηση από ουσίες, φυλακισμένων (σε συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης).
- ✦ 55 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.), ισάριθμοι προς τους Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.).

Κεντρικός άξονας της «Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης», είναι η ανάπτυξη των υπηρεσιών στη κοινότητα, ώστε ο ασθενής να εξυπηρετείται κοντά στο οικογενειακό του περιβάλλον και να υποστηρίζεται από αυτό, διατηρώντας με όλα τα μέσα την κοινωνική του δραστηριότητα. Για την εξυπηρέτηση του στόχου αυτού, σε επίπεδο δομών, είναι απαραίτητη κατ' αρχάς η ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο Γενικό Νοσοκομείο, παράλληλα με τον μετασχηματισμό των Ψυχιατρείων. Ταυτόχρονα, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη Κέντρων Ψυχικής Υγείας, Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Εργαστηρίων Επαγγελματικής Κατάρτισης, Κινητών Μονάδων, Κοινωνικών Συνεταιρισμών για την απασχόληση των ασθενών που δεν μπορούν να εργασθούν στις συνθήκες ελεύθερης αγοράς και άλλων εξειδικευμένων κατά περίπτωση Μονάδων.

2.6 Το Πρόγραμμα «Ψυχαργός» - Β' Φάση (2001-2006).

Η υλοποίηση του δεκαετούς προγράμματος «Ψυχαργός» (1^η Αναθεώρηση 2001-2010), χωρίζεται σε δύο χρονικές περιόδους, την περίοδο 2001-2006 και την περίοδο 2007-2010. **Κατά την περίοδο 2001-2006, η οποία αποτελεί και την Β' Φάση υλοποίησης του Προγράμματος «Ψυχαργός», προβλέπεται η ανάπτυξη δομών αποασυλοποίησης στην κοινότητα, για 3.000 χρόνιους ασυλικούς ασθενείς. Συγκεκριμένα προβλέπεται η ανάπτυξη:**

- ✦ 31 Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία.
- ✦ 5 Ολοκληρωμένα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία
- ✦ 34 Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής για ενήλικες.

- ↓ 32 Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, για παιδιά και εφήβους.
- ↓ 11 Μονάδες άμεσης παρέμβασης στην Κρίση, για άτομα εξαρτημένα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, σε Γενικά Νοσοκομεία.
- ↓ 10 Μονάδες σωματικής, απεξάρτησης και ψυχολογικής υποστήριξης για αλκοολικούς.
- ↓ 8 Ολοκληρωμένες Μονάδες, για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου, που περιλαμβάνουν: Κέντρο Ημέρας, Ξενώνα, Κέντρο Παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρο Εκπαίδευσης και Έρευνας.
- ↓ 21 Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, για περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης.
- ↓ 12 Κέντρα Ημέρας, για ενήλικες και παιδιά ή εφήβους.
- ↓ 16 Ξενώνες υψηλού ή μέσου βαθμού υποστήριξης και βραχείας ή μέσης διάρκειας παραμονής, διασυνδεδεμένοι με τα Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά Τμήματα.
- ↓ 46 Μονάδες Επαγγελματικής Επανάταξης.
- ↓ 15 Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα, για άτομα με διαταραχές αυτιστικού τύπου.
- ↓ 211 Ξενώνες, Οικοτροφεία και Προστατευμένα Διαμερίσματα, για την εγκατάσταση 3.500 ατόμων με μακρά διαβίωση στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
- ↓ 15 Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.).

Η εφαρμογή του προγράμματος, καθώς και η έναρξη άλλων ανάλογων στοχεύει να δώσει την δυνατότητα, ώστε μέχρι το 2006, μερικά ψυχιατρεία (Κέρκυρας, Πέτρας Ολύμπου, Χανίων, Τρίπολης & Παιδοψυχιατρικό Αθηνών) να κλείσουν, ενώ τα μεγαλύτερα (Θεσσαλονίκης, Αθηνών, Δρομοκαΐτειο) να συρρικνωθούν. Η ανάπτυξη εναλλακτικών λύσεων στην ενδονοσοκομειακή μακροχρόνια νοσηλεία, μέσω της λειτουργίας κοινοτικών μονάδων επανένταξης και αποκατάστασης, καθώς και η ανάπτυξη ψυχιατρικών τομέων στα Γενικά Νοσοκομεία, θα επιτρέψει να ξεπεράσει η χώρα μας την ανάγκη του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου (Γκιωνάκης & Στυλιανίδης, 2001: 40).

Ο συνολικός προϋπολογισμός του προγράμματος, ανέρχεται στο ποσό των 250δισ δρχ (74 εκατομμυρίων Ευρώ). Για την περίοδο 2001-2006 θα διατεθούν 75 δισ (22 εκατομμύρια Ευρώ) από το Γ' Κοινωνικό Πλαίσιο Στήριξης, 25 δισ (7,3 εκατομμύρια Ευρώ) από το Εθνικό Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, 108 δισ (31,5 εκατομμύρια Ευρώ) από τον Τακτικό Προϋπολογισμό και 45 δισ (13,2 εκατομμύρια Ευρώ) από την Κοινωνική Ασφάλιση, ενώ οι πηγές χρηματοδότησης για την δεύτερη περίοδο, θα προσδιορισθούν το 2005, ταυτόχρονα με

τον ακριβή προσδιορισμό του κόστους και την τελική διαμόρφωση του αντίστοιχου προγράμματος υλοποίησης των δράσεων.

2.7 Το νομοθετικό πλαίσιο.

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση θεσμοθετήθηκε στη χώρα μας το έτος 1983, με τον **Νόμο 1397** και ειδικότερα με το άρθρο 21 αυτού του νόμου, που αναφέρεται στη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, από δύο σύγχρονες και σε αντιδιαστολή με το ψυχιατρικό νοσοκομείο, «κοινοτικές μονάδες»: το Κέντρο Ψυχικής Υγείας και το Ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου.

Αν και η ψήφιση της συγκεκριμένης διάταξης, δε σήμαινε και την ανάπτυξη τέτοιων μονάδων, θεωρείται ότι αποτέλεσε μία τομή στη μέχρι τότε αντίληψη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αναφέρεται ως αφετηρία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης (Μαυρατζώτου, 2003: 93).

Ο νόμος **2716/1999**, με τίτλο «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας», καθορίζει το πλαίσιο μέσα στο οποίο κινείται η φροντίδα της ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Σύμφωνα μ' αυτόν τον νόμο, το Κράτος έχει την ευθύνη 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 αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα.

Επίσης, σύμφωνα με τον ίδιο νόμο, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στη προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Συνιστάται ειδική υπηρεσία για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών (Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές), που είναι ενταγμένη στην αυτοτελή υπηρεσία προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Ο νόμος καθορίζει επίσης, ποιες μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης συγκροτούν τον Τομέα Ψυχικής Υγείας, ενώ μεγάλο μέρος του είναι αφιερωμένο στη νομοθετική πλαισίωση των Κοινωνικών

Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.), που αποτελούν το κύριο εργαλείο για την επαγγελματική αποκατάσταση και εργασιακή ένταξη των ατόμων, με χρόνιες και αναπηροποιητικές ψυχικές διαταραχές και παρουσιάζουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- είναι Ν.Π.Ι.Δ., με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους
- αποβλέπουν στην κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και την οικονομική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, συμβάλλοντας στην θεραπεία τους και στην, κατά το δυνατόν, οικονομική τους αυτάρκεια
- είναι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, η ανάπτυξη και η εποπτεία τους ανήκουν στον Υπουργό Υγείας και ασκούνται από την Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας
- έχουν επιχειρηματικό χαρακτήρα
- μπορούν να είναι ταυτόχρονα παραγωγικές, καταναλωτικές, εμπορικές προμηθευτικές, μεταφορικές, τουριστικές, αναπτυξιακές κοινωνικές, εκπαιδευτικές και πολιτιστικές μονάδες που αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (αγροτική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική, αλιευτική, δασική, βιοτεχνική, παραγωγική, κατασκευαστική, τουριστική-ξενοδοχειακή, εμπορική, παροχής υπηρεσιών, κοινωνικής ανάπτυξης)

Μέλη των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.) είναι:

1. Άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, σε ποσοστό μεγαλύτερο ή ίσο με το 35% του συνόλου των μελών. Τα μέλη της κατηγορίας αυτής μπορούν να είναι συνέταιροι και παράλληλα να απασχολούνται στους Κοι.Σ.Π.Ε

2. Οι εργαζόμενοι σε μονάδες ψυχικής υγείας, σε ποσοστό μικρότερο ή ίσο του 45% του συνόλου των μελών. Τα μέλη της κατηγορίας αυτής, μπορούν να απασχολούνται παράλληλα, να μετακινούνται ή να αποσπώνται με την συναίνεσή τους, στους Κοι.Σ.Π.Ε.

3. Ν.Π.Δ.Δ., Δήμοι, Κοινότητες, σύλλογοι, άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου (εφόσον προβλέπεται από το καταστατικό του Κοι.Σ.Π.Ε.), σε ποσοστό μικρότερο του συνόλου των μελών.

Τέλος, ένας προηγούμενος νόμος, ο 2071/1992, καθορίζει τις προϋποθέσεις και συνθήκες ενός άλλου σημαντικού ζητήματος που αφορά ιδιαίτερα στα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές: πρόκειται για το ζήτημα της ακούσιας νοσηλείας. Ακούσια νοσηλεία,

είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και η παραμονή του για νοσηλεία, σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Η ακούσια νοσηλεία, αποτελεί μείζον ζήτημα και απασχολεί από χρόνια, τους επιστημονικούς και επαγγελματικούς κύκλους του χώρου της ψυχικής υγείας, αλλά και όσους ασχολούνται με θέματα αστικών και ατομικών δικαιωμάτων, είτε λόγω θέσης, π.χ. οι δικαστικοί, αλλά και τους ευαισθητοποιημένους πολίτες. Αφορά, όχι μόνο σε ζητήματα υγείας και ασθένειας, αλλά αγγίζει και άλλες ευαίσθητες περιοχές, όπως αυτή των ατομικών δικαιωμάτων και ελευθεριών, καθώς και των ορίων του κράτους, στις σχέσεις του με τους πολίτες (Γκιωνάκης & Στυλιανίδης, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΠΟΡΕΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΤΡΙΠΟΛΗΣ

3.1 Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης.

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης, στεγάζεται σε ένα Σανατόριο της προπολεμικής περιόδου και απέχει 6 χμ από την πόλη της Τρίπολης. Είναι προφανές, ότι η λύση της εγκατάστασης του Ψυχιατρείου στο κτίριο αυτό, όταν τα Σανατόρια αποδείχθηκαν από την πορεία της εξέλιξης, χωρίς ουσιαστικό λειτουργικό περιεχόμενο, ήταν η οικονομικότερη και η απλούστερη λύση.

Δεν θα πρέπει όμως να μας διαφεύγει το γεγονός, ότι η λύση αυτή, δόθηκε σε μια εποχή που οι απόψεις για την Ψυχική Υγεία ήταν τελείως διαφορετικές από τις σημερινές και έτειναν περισσότερο προς το μεσαιωνικό μοντέλο της προστασίας της «υγιούς» κοινωνίας, από την «επικίνδυνη» κατηγορία των τροφίμων τέτοιων ιδρυμάτων, παρά στην θεραπεία των ψυχικά ασθενών. Σήμερα όμως, που έχει αποδειχτεί η αμφίδρομη ωφέλεια της σχέσης, μεταξύ Κοινωνίας και Θεραπευτηρίου και της συμμετοχής των ασθενών στην κοινωνική ζωή αφενός και αφετέρου, ότι το αντικείμενο της ενασχόλησης μας-ο ψυχικά ασθενής- μπορεί να είναι ισότιμο και ισοδύναμο μέλος του κοινωνικού μας ιστού, αρκεί να του δημιουργήσουμε τις κατάλληλες συνθήκες διαβίωσης και κοινωνικού περιβάλλοντος, η υπάρχουσα δομή, λειτουργικότητα και διαρρύθμιση και η εν γένει εμφάνιση του κτιρίου, κρίνεται σαν απόλυτα ακατάλληλη.

Το παλαιό κεντρικό κτίριο του Ψ.Ν. Τρίπολης, είναι ένα πενταόροφο κτίριο με χαρακτηριστική αρχιτεκτονική μορφή μεσοπολέμου, συνολικής έκτασης 14000μ² περίπου. Λόγω της διάταξης των νοσηλευτικών μονάδων και των λοιπών χώρων των ασθενών σε ορόφους, είναι κατανοητή και η ανάγκη των καγκελόφρακτων παραθύρων, και η ύπαρξη υψηλών κιγκλιδωμάτων που είναι σήμερα ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά του κτιρίου. Η εντύπωση αυτή του παλαιού κτιρίου φυλακής, είναι η πρώτη και άμεση εικόνα για οποιονδήποτε εισερχόμενο, που κατ' ανάγκη βλέπει, την μεγάλης έκτασης κύρια πρόσοψη του οικοδομήματος, καγκελόφρακτη, με τους ασθενείς πίσω από πυκνό σιδερένιο πλέγμα.

Το μειονέκτημα αυτό, αποτελεί και το κυριότερο ίσως πρόβλημα του Νοσοκομείου, εφόσον η πρακτική αυτή του εγκλεισμού των ασθενών, έχει εγκαταλειφθεί σαν αντίθετη, σε κάθε έννοια θεραπευτικής πρακτικής της νοσηλείας, με τις σύγχρονες κυριαρχούσες απόψεις.

Από τα πιο πάνω εκτιθέμενα είναι σαφές ότι, η υπάρχουσα κτιριακή διάταξη, περισσότερο ανταποκρίνεται στην κάλυψη απλών αναγκών στέγασης των ασθενών, παρά στην κάλυψη αναγκών ενός Θεραπευτηρίου σύγχρονων απαιτήσεων, χωρίς φυσικά αυτό να σημαίνει ότι στο Ψ.Ν. Τρίπολης δεν συμβαίνουν αποθεραπείες, αλλά ο αριθμός των αποθεραπειών θα ήταν πολύ μεγαλύτερος, αν η ποιότητα του χώρου βοηθούσε αντί να αντιστρατεύεται τις ανάγκες της θεραπείας.

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης, ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1967, έπειτα από μετατροπή του Σανατόριου της περιοχής. Αρχικά, οι συνθήκες για τους ασθενείς ήταν ιδιαίτερα αντίξοες και δυσχερείς, καθώς απέραντοι θάλαμοι ακόμα και των 60 ατόμων, εποπτεύονται από 1 έως 2 νοσηλευτές. Αλλά και η ίδια πόλη αντιδρά με φόβο και καχυποψία στην δημιουργία του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου, καθώς πολλοί είναι αυτοί που πιστεύουν σε επθέσεις ασθενών στους κατοίκους της πόλης. Το ιατρικό προσωπικό κατά την περίοδο αυτή, είναι εξαιρετικά περιορισμένο.

Η κατάσταση αυτή αμβλύθηκε ελαφρώς τις επόμενες δεκαετίες, ωστόσο η σημαντικότερη τομή πραγματοποιήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του '90. Τότε ανοίγει ξενώνας στις παρυφές της πόλης, ενώ οι πόρτες του Ψυχιατρείου ανοίγουν και η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών, κατεβαίνει στο περίβολο. Τα τείχη πέφτουν και όμως οι δραπετεύσεις, ειδικά μεταξύ των χρόνιων ασθενών, εκμηδενίζονται.

Η πρόσβαση είναι άνετη για τους κατοίκους της Τρίπολης και της ευρύτερης περιοχής. Λόγω της Εθνικής Οδού, η πρόσβαση είναι σχετικά εύκολη και από τις υπόλοιπες περιοχές της Πελοποννήσου, ακόμα και από περιοχές οι οποίες δεν ανήκουν στην διοικητική ευθύνη του Πε.Σ.Υ.Π. Πελοποννήσου (Αχαΐα, Ηλεία). Η προέλευση των ασθενών του Νοσοκομείου, δεν περιορίζεται στα στενά γεωγραφικά όρια του Νομού Αρκαδίας. Λόγω του γεγονότος ότι το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης είναι το μοναδικό στην Πελοπόννησο, η προέλευση είναι διάσπαρτη και καλύπτει ολόκληρο το γεωγραφικό διαμέρισμα της Πελοποννήσου, καθώς και Νομούς από το Πε.Σ.Υ.Π. Δυτικής Ελλάδας. Παράλληλα, στον νομό Αρκαδίας, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης, είναι το μοναδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο, ενώ δεν υπάρχουν ανταγωνιστικές ιδιωτικές κλινικές. Επισημαίνεται, ότι με την υλοποίηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, η περιοχή ευθύνης των νέων δομών που θα δημιουργηθούν, θα περιορίζεται στα όρια του Νομού που είναι εγκατεστημένες, προσδίδοντάς τους έτσι αυτάρκεια, ως προς την αντιμετώπιση ψυχιατρικών περιστατικών, ανακουφίζοντας ταυτόχρονα τον Νομό Αρκαδίας.

3.2 Οι πρώτες Μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης.

3.2.1 Οι ευκαιρίες που δόθηκαν μέσω του κανονισμού(ΕΟΚ) 815 του 1984.

Στα πλαίσια του κανονισμού 815/84 το Ψ.Ν. Τρίπολης ανέπτυξε:

- 1) Έναν ιδιόκτητο ξενώνα -οικοτροφείο «Αριάδνη» δυναμικότητας 15
- 2) ασθενών στην περιοχή «ΚΑΡΤΣΟΒΑ», στις παρυφές της πόλης της Τρίπολης, τριών (3) ορόφων, εμβαδού κτίσματος 988,960 m² και οικοπέδου 700m²..Φιλοξενεί άτομα με ψυχικές διαταραχές και μαθησιακές δυσχέρειες και πρακτικά είναι πλήρους κάλυψης και μόνιμης διαμονής- κτίσμα σύγχρονων προδιαγραφών. Έτος λειτουργίας 1990.
- 3) Μία Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, σε διώροφο κτίσμα σύγχρονων προδιαγραφών στην προέκταση του παλαιού Νοσοκομείου ανεξάρτητο, εμβαδού 803,12m².Έτος λειτουργίας 1997.
- 4) Ένα Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης, σε ισόγειο κτίσμα εντός του περιβάλλοντα χώρου του Νοσοκομείου, εμβαδού 763,86 m² που στεγάζονται και λειτουργούν τα εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης:
Κεντήματος, Αργαλειού, Κηροπλαστικής, Ανθοδετικής, Κοπτικής-Ραπτικής, Αγγειοπλαστικής, Ξυλογλυπτικής, Ξυλουργικής και Αγιογραφίας.
- 5) Δύο (2) ενοικιαζόμενα διαμερίσματα μακράς παραμονής 4 ατόμων έκαστο. Φιλοξενούν άτομα με ψυχικές διαταραχές και ήπιες μαθησιακές δυσχέρειες πρακτικά και είναι μόνιμης διαμονής. Κτίσμα σύγχρονων προδιαγραφών (90+90 m²).Εντός της πόλης της Τρίπολης στην οδό Γερμανού Πατρών 1-3. Έτος λειτουργίας 1997.

3.2.2 Το Πρόγραμμα HORIZON 1993-1994.

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης, πραγματοποίησε το πρόγραμμα, από 30/12/93 έως 31/12/94 στα αντικείμενα, πληροφορικής, κτηνοτροφίας, βιβλιοδεσίας και ξυλουργικής, εκπαιδύοντας ογδόντα (80) άτομα. Το πρόγραμμα αυτό ήταν προϋπολογισμού, εβδομήντα πέντε εκατομμυρίων (75.000.000), δραχμών.

3.2.3 Το «Ε.Π» Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας.

Στα πλαίσια αυτού του προγράμματος, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης, από το έτος 1995 έως το τέλος του 1997, υλοποίησε τα παρακάτω προγράμματα, λαμβάνοντας μέρος και στο Εθνικό και στο Περιφερειακό σκέλος όπως αναλυτικά παρουσιάζονται στον πίνακα 3.1 που ακολουθεί:

Πίνακας 3.1 Αντικείμενα κατάρτισης, αριθμός εκπαιδευομένων και προϋπολογισμός του «Ε.Π» Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας

	Έτος υλοποίησης	Αντικείμενα Κατάρτισης	Αριθμός καταρτισθέντων	Προϋπολογισμός
Καταπολέμηση αποκλεισμού από την αγορά εργασίας 1996-1997	30/10/96 έως 30/6/97	Ανθοκομία Ανθοδετική	70	58.500.000
Εθνικό σκέλος			ΣΥΝΟΛΟ:	58.500.000
Καταπολέμηση αποκλεισμού από την αγορά εργασίας Μεταβατικό στάδιο 1997	3/11/97 έως 31/12/97	Ανθοκομία Ανθοδετική	20 20	17.195.000 17.195.000
Εθνικό σκέλος			ΣΥΝΟΛΟ:	34.390.000
Καταπολέμηση αποκλεισμού από την αγορά εργασίας Μεταβατικό στάδιο 1997	3/11/97 έως 31/12/97	Υφαντική Κοπτική- Ραπτική Κτηνοτροφία Κηπευτικά	20 20 20 20	17.400.000 17.400.000 17.400.000 17.400.000
Εθνικό σκέλος			ΣΥΝΟΛΟ:	69.600.000
Καταπολέμηση αποκλεισμού από την αγορά εργασίας Επέκταση Μεταβατικού σταδίου 1997	1/11/98 έως 31/12/98	Ανθοκομία Ανθοδετική	17 17	16.082.000 16.082.000
Εθνικό σκέλος			ΣΥΝΟΛΟ:	32.164.000

Ακόμα, στο πλαίσιο του προγράμματος το Ψ.Ν. Τρίπολης, κατασκεύασε και λειτούργησε:

- Δύο (2) ξενώνες σύγχρονων προδιαγραφών Βραχείας Νοσηλείας 28 ατόμων έκαστος, εντός του περιβάλλοντος χώρου του Νοσοκομείου εμβαδού, 435,63m² έκαστος.

- **Μονάδα προεπαγγελματικής κατάρτισης:**Κτίσμα ανεξάρτητο, εντός του περιβάλλοντα χώρου του Νοσοκομείου. Συνολικού εμβαδού 150m² με αντικείμενα κατάρτισης πολλαπλών δραστηριοτήτων (ζωγραφική κόλας, ξυλοκοπτική, κ.τ.λ).
- **Δημιουργία Αγροτικής Μονάδας,** σε περιφραγμένο Αγρόκτημα εκτός περιοχής Νοσοκομείου στην κοινότητα Θάνα Αρκαδίας, που διαθέτει δύο (2) κλιματιζόμενα θερμοκήπια 100m². έκαστο, μονάδα συντήρησης ανθέων, ψυγείο, αγροτικά μηχανήματα κ.λ.π Ασχολείται με καλλιέργειες ανθέων, αλλά και κηπευτικών προϊόντων.
- **Δημιουργία κτηνοτροφικής μονάδας,** εντός του περιβάλλοντα χώρου του Νοσοκομείου, που αποτελείται από ανεξάρτητα κτίρια κονικλοτροφείου, ορνιθοτροφείου, αιγοπροβάτων, σκύλων ράτσας. Χώρος παραμονής και αποθήκης συνολικής εκτάσεως 1000m².
- **Μονάδα Βιολογικού Καθορισμού.**
- **Δημιουργία Εκθεσιακού χώρου-Καταστήματος** πώλησης παραγομένων ειδών από το Ψ.Ν. Τρίπολης, στην πόλη της Τρίπολης και επί της οδού Ταξιαρχών.

3.2.4 Το Πρόγραμμα «HORIZON» 1998-1999.

Το κοινοτικό αυτό πρόγραμμα στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης, στόχευε στην εκπαίδευση για απόκτηση ικανοτήτων και δεξιοτήτων, από 13 ψυχικά ασθενείς του, είχε συνολικό προϋπολογισμό 79.600.000 δρχ, και περιελάμβανε ως αντικείμενα κατάρτισης: 1. Αμπελουργία 2. Κηπευτικά 3. Σύνθεση ανθέων 4. Εκτροφή σκύλων ράτσας και 5. Εκτροφή γαλοπούλας.

3.2.5 Η Α' Φάση του Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».

Είναι χαρακτηριστικό ότι κατά την Α' φάση του προγράμματος «Ψυχαργώσ», το Ψυχιατρείο της Τρίπολης ανέπτυξε ως επικεφαλής φορέας, το μεγαλύτερο σε έκταση πρόγραμμα, από το σύνολο των ψυχιατρείων της χώρας. Συνεργάστηκε με οκτώ (8) Γενικά ή Περιφερειακά Νοσοκομεία όμορων Νομών, και δημιούργησε έντεκα (11) ψυχιατρικούς ξενώνες που στεγάζουν πάνω από εκατόν δέκα (110) χρόνιους ασυλικούς ασθενείς, που νοσηλεύονταν στο Ψυχιατρείο. Οι ξενώνες αυτοί, υλοποιήθηκαν σε συνεργασία με τα Γενικά Νοσοκομεία των όμορων Νομών της Αρκαδίας και συγκεκριμένα:

- Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης δεκατεσσάρων (14) ασθενών, στη Κόρινθο (Γ.Ν.Κορίνθου).
- Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης δεκατεσσάρων (14) ασθενών, στο Ναύπλιο (Γ.Ν.Ναυπλίου).
- Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης έντεκα (10) ασθενών, στη Σπάρτη (Γ.Ν.Σπάρτης).
- Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης δεκατεσσάρων (14) ασθενών, στην Καλαμάτα (Γ.Ν.Καλαμάτας).
- Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης δεκατεσσάρων (14) ασθενών, στον Πύργο (Γ.Ν.Πύργου).
- Α΄ Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης δώδεκα (12) ασθενών, στην Πάτρα (Γ.Ν. Ρίου Πατρών).
- Β΄ Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης έντεκα (11) ασθενών, στην Πάτρα (Γ.Ν. Ρίου Πατρών).
- Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης δεκατεσσάρων (14) ασθενών, στο Μεσολόγγι (Γ.Ν. Μεσολογγίου).
- Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης δέκα τριών (13) ασθενών, στο Αγρίνιο (Γ.Ν. Αγρινίου).

Επιπλέον στον ένα (1) ξενώνα και τα δύο (2) διαμερίσματα που είχαν δημιουργηθεί στην Τρίπολη με τον Κανονισμό 815 προστέθηκαν τρεις (3) ακόμη Ξενώνες.

- Ξενώνας Β΄ πέντε (5) ασθενών
- Ξενώνας Γ΄ δέκα (10) ασθενών
- Ξενώνας «Εστία» δέκα (10) ασθενών

Αποτέλεσμα όλων των ανωτέρω δράσεων, ήταν αφ΄ ενός μεν η αποασυλοποίηση περισσότερων από 140 ασθενείς και η εγκατάστασή τους σε σύγχρονες κοινοτικές δομές, αλλά κυρίως το γεγονός ότι έχει αντληθεί σημαντική εμπειρία και τεχνογνωσία και έχουν τεθεί οι βάσεις για τις δράσεις της νέας προγραμματικής περιόδου, δηλ της Β΄ Φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός».

Το ποσό που απορροφήθηκε για τη δημιουργία και λειτουργία των ανωτέρω δομών, ανήλθε στο ποσό του ένα δις, διακοσίων πενήντα εκατομμυρίων, οκτακοσίων σαράντα εννέα

χιλιάδων, διακοσίων οκτώ (1.250.849.208) δραχμών, πλέον εκατό τριάντα τριών εκατομμυρίων, οκτακοσίων έντεκα χιλιάδων, ενενήντα μίας (133.811.091) δραχμών, για την εκπαίδευση προσωπικού που στελέχωσε τις δομές αυτές.

**Πίνακας: 3.2 Εξωνοσοκομειακές δομές αποασυλοποίησης 815 και Α' Φάσης
Ψ.Ν. Τρίπολης και φιλοξενούμενα άτομα**

Α/Α	ΦΟΡΕΑΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΕΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟΣ	ΦΙΛΟΞΕ-
			ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΝΟΥΜΕΝΟΙ 31/12/2004
ΠΕΣΥΠ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ				
1	Ψ.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ- Ξενώνας- Οικοτροφείο «Αριάδνη» ΚΑΡΤΣΟΒΑ	815/1990	15	25
2	Ψ.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ – Ξενώνας Β'	12/2/2001	5	3
3	Ψ.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ – Ξενώνας Γ'	11/12/2000	10	6
4	Ψ.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ – Ξενώνας «Εστία»	11/12/2000	10	11
5	Ψ.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ -1° Διαμερίσμα	815-9/7/1997	4	2
6	Ψ.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ -2° Διαμερίσμα	815-9/7/1997	4	2
7	Γ.Ν. ΣΠΑΡΤΗΣ -Ξενώνας «Υάκινθος»	27/6/2001	10	4
8	Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ –Ξενώνας «Κιβωτός»	1/5/2000	14	14
9	Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ - Ξενώνας	13/10/2000	14	10
10	Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ – Ξενώνας «Ακεσώ»	25/1/2001	14	13
ΣΥΝΟΛΟ ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ			100	90
ΠΕΣΥΠ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ				
10	Π.Γ.Ν. ΡΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ - Ξενώνας	2000	12	
11	Π.Γ.Ν. ΡΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ - Ξενώνας	2001	11	
12	Γ.Ν. ΑΓΡΙΝΙΟΥ - Ξενώνας	2001	13	
13	Γ.Ν. ΠΥΡΓΟΥ - Ξενώνας	2001	14	
14	Γ.Ν. ΜΕΣΣΟΛΟΓΓΙΟΥ - Ξενώνας	2000	14	
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ			150	

Σημείωση: Άπαντα τα ανωτέρω οικήματα είναι μισθωμένα πλην Νοσοκομείου Καλαμάτας και ξενώνας Κάρτσοβα του ΨΝΤ που είναι ιδιόκτητα

Κέντρο Ψυχικής Υγείας Τρίπολης

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Τρίπολης, λειτουργεί από το τέλος του 1996 με πρωτοβουλία του Ψ.Ν. Τρίπολης, σε τριώροφο κτίριο, 350τ.μ. εντός σχεδίου πόλεως Όλα αυτά τα χρόνια λειτουργεί χωρίς να έχει συσταθεί σαν Μονάδα, με προσωπικό του ΨΝΤ(18 άτομα) Στις 31/03/2004 κατέθεσε το ΤΔΕ/Υ στην Διαχειριστική Αρχή.

Το προσωπικό που αναφέρεται πιο πάνω είναι προσωπικό του Ψυχιατρείου ενώ με το ΤΔΕ/Υ ζητείται νέο προσωπικό 6 ατόμων (2 ιατρικό και 4 λοιπό).

Στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας ανήκουν επίσης :

- ✘ το Διαμέρισμα Βραχείας Νοσηλείας, 6 κλινών (στο 2^ο όροφο), το Διαμέρισμα Μακράς Παραμονής Ψυχολογικό Εργαστήριο, Ιατρείο Άνοιας, Εξωτερικά Ψυχιατρικά Ιατρεία, Εργαστήρια νευροφυσιολογίας, Εργαστήριο Ελέγχου Αντιεπιληπτικών και τμήμα Φαρμάκων

3.3 Η Β΄ Φάση του Προγράμματος «Ψυχαργώς. Δράσεις του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης

3.3.1. Το Επιχειρησιακό Σχέδιο του Ψ.Ν. Τρίπολης

Η Έναρξη της Εφαρμογής του Προγράμματος Β΄ Φάση «Ψυχαργώς», στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης, συνέπεσε χρονικά με την αλλαγή του τρόπου Διοίκησης των Νοσοκομείων της χώρας μας, σε εφαρμογή της νέας Μεταρρυθμιστικής προσπάθειας για την βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του Ε.Σ.Υ., με την ψήφιση του Νόμου 2889/2000.

Οι Διοικήσεις των Νοσοκομείων παράλληλα με την το σημαντικό έργο των προηγούμενων ετών που παρέλαβαν, ανέλαβαν και την ευθύνη υλοποίησης της Β΄ Φάσης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, που προέβλεπε τον πλήρη μετασχηματισμό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης και την κατάργησή του, μέχρι το έτος 2006.

Στο πλαίσιο αυτής της μετεξέλιξής του, εκπονήθηκε ένα φιλόδοξο Επιχειρησιακό Σχέδιο σε αρμονική συνεργασία με το Πε.Σ.Υ.Π. Πελοποννήσου και το Παναρκαδικό Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης αφού, αυτό στο μέλλον θα είναι το Νοσοκομείο που θα αναλάβει, το «βάρος» της περίθαλψης των ψυχικά ασθενών του Νομού Αρκαδίας.

Η μεθοδολογία του Επιχειρησιακού Σχεδίου

Ως βασική ειδοποιός διαφορά, στην εκπόνηση ενός Business Plan ενός Ψυχιατρείου, με το αντίστοιχο ενός γενικού Νοσοκομείου, είναι το γεγονός ότι η οπτική μελέτης του Γενικού Νοσοκομείου, είναι προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης του οργανισμού αυτού, ενώ αντίθετα στο Επιχειρησιακό Σχέδιο του Ψυχιατρείου η οπτική θα πρέπει να είναι, προς την κατεύθυνση της συρρίκνωσης του, με τη σημερινή μορφή και αντικατάστασής του με ένα νέο – άλλο – σύστημα, κοινοτικό, ανοικτό, και με νέα αντίληψη για τις μορφές νοσηλείας και θεραπευτικής υποστήριξης των ψυχικά αρρώστων. Τα σημεία που θεωρήθηκαν κομβικά κατά τη διαδικασία του επιχειρησιακού σχεδιασμού είναι:

Α) Η ακριβής εκτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης στο Ψυχιατρείο και ιδιαίτερα των στοιχείων που αφορούν στην εξατομικευμένη επανεκτίμηση των ασθενών με σύγχρονα αξιολογητικά εργαλεία, προκειμένου να επιτευχθεί η βέλτιστη υποστήριξή τους, όταν θα εγκατασταθούν στις νέες κοινοτικές στεγαστικές δομές. Εάν καταστεί δυνατόν, να μη γίνονται επανεισαγωγές στο Ψυχιατρείο από τους ασθενείς αυτούς ή εάν αποφευχθούν οι πολλές μετακινήσεις από δομή σε δομή, τότε θα έχει επιτευχθεί ένα σημαντικό βήμα προς το

στόχο που έχει τεθεί. Η ακριβής επίσης εκτίμηση ή και επανεκτίμηση σε νέες βάσεις του ιδιαίτερου ρόλου και του κοινωνικού βάρους του Ψυχιατρείου στην περιοχή, θα δώσει στο διοικητικό, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου μια μεγάλη βοήθεια, για να συνεχίσουν να παρέχουν ενεργά τις υπηρεσίες τους. Και η ενεργός αυτή συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού του Νοσοκομείου, τώρα είναι περισσότερο από ποτέ απαραίτητη..

Β) Ο σχεδιασμός της στρατηγικής του Ψυχιατρείου με βάση κατευθυντήριες οδηγίες και σταθερές αξίες, που είτε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είτε από την ελληνική και διεθνή επιστημονική κοινότητα εκπορεύονται, δίδουν μια άνεση κινήσεων στο επίπεδο του σχεδιασμού. Η προσοχή που πρέπει να δοθεί εδώ έχει να κάνει με την προσαρμογή μοντέλων ή πρακτικών που εφαρμόζονται αλλού και όχι με την αντιγραφή τους.

Γ) Η έμφαση στα ενδιάμεσα στάδια του νέου συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε τοπικό επίπεδο. Με άλλα λόγια, η απόσταση από το σχεδιασμό της μετεξέλιξης, μέχρι την πλήρη και ισορροπημένη εφαρμογή του νέου συστήματος, είναι αρκετά μεγάλη και περιλαμβάνει «γκρίζες» περιοχές που πρέπει να προσεχθούν με επιμονή, προκειμένου να αποφύγουμε δυσάρεστες συνέπειες. Έτσι για παράδειγμα, δεν αρκεί να αδειάσει το Ψυχιατρείο από τους ασθενείς του, αλλά θα πρέπει παράλληλα να σταματήσουν και οι εισαγωγές σ' αυτό. Είναι φανερό, πως οποιαδήποτε προσπάθεια μετασχηματισμού του Ψυχιατρείου περνά από τα ενδιάμεσα στάδια ανάπτυξης κοινοτικών δομών παροχής υπηρεσιών στους όμορους Νομούς. Διαφορετικά το Ψυχιατρείο δεν πρόκειται ποτέ να κλείσει.

Δ) Επιλογή της στρατηγικής του νέου συστήματος στο πλαίσιο του ευρύτερου σχεδιασμού του Πε.Σ.Υ.Π.. Με άλλα λόγια και σε συνέχεια με το προηγούμενο σημείο, δεν είναι δυνατόν το Ψυχιατρείο να μετασχηματιστεί, αν το Πε.Σ.Υ.Π. δεν αναλάβει να σχεδιάσει συνολικά τις συντελούμενες αλλαγές στην Περιφέρεια της Πελοποννήσου, και σε ορισμένες περιπτώσεις χρειάζεται συνεννόηση και συνέργια ακόμη και σε διαφορετικά Πε.Σ.Υ.Π.

Ε) Εφαρμογή και έλεγχος του στρατηγικού σχεδιασμού του Ψυχιατρείου σε όλα τα επίπεδα. Για παράδειγμα, είναι άκρως απαραίτητο να διατυπωθούν μέσα από το Επιχειρησιακό Σχέδιο, διαδικασίες ελέγχου του σχεδιασμού σε ότι αφορά:

- Τις αλληλεπιδράσεις και τη συνέργια με άλλες μονάδες υγείας (π.χ. Γενικά Νοσοκομεία)
- Τη διαρκή έρευνα και παρακολούθηση των αλλαγών που συντελούνται

- Την καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Την αναγκαιότητα διαρκούς ανακατανομής των πόρων του Ψυχιατρείου προς όφελος του νέου συστήματος. Η προσοχή εδώ πρέπει να δοθεί στον κίνδυνο να χαθούν οι πόροι αυτοί (π.χ. απόσπαση εργαζομένων, μείωση κονδυλίων κ.λ.π.).

ΣΤ) Οργάνωση της επικοινωνίας με τα στελέχη και τους εργαζόμενους του Νοσοκομείου, με την τοπική κοινωνία και με τους πολίτες. Είναι απαραίτητη ως διαδικασία, προκειμένου να επιτευχθεί η ευαισθητοποίηση όλων αυτών και να καταστεί δυνατή η αντιμετώπιση πιθανών αντιδράσεων τους είτε αρνητικές (π.χ. άρνηση εγκατάστασης κοινοτικών δομών), είτε θετικές (ραγδαία αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών στις κοινοτικές δομές).

Ζ) Παρακολούθηση και διαρκής αξιολόγησης της διαδικασίας των αλλαγών και των παρεμβάσεων, προκειμένου να είναι δυνατή κάθε στιγμή η αξιολόγηση των μέχρι τότε βημάτων, ώστε να σχεδιάζονται τα επόμενα. Τα στοιχεία των αξιολογήσεων της πορείας, θα πρέπει να είναι προσβάσιμα σε όλους τους συντελεστές του μετασχηματισμού, ώστε να ενθαρρύνεται η συμμετοχή όλων.

3.3.2. Δράσεις Αποασυλοποίησης χρόνιων ασθενών του Ψ.Ν. Τρίπολης

Στη παρούσα Β' Φάση του προγράμματος «Ψυχαργός», το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης, συνεχίζοντας την έντονη δραστηριότητα που είχε αναπτύξει στα προηγούμενα προγράμματα και για την συνέχιση της αποασυλοποίησης χρόνιων ασθενών του, ανέπτυξε στην ευρύτερη περιοχή της Τρίπολης:

- ✦ **Ένα (1) Οικοτροφείο,** δυναμικότητας δέκα πέντε **(15) ατόμων,**
- ✦ **δύο (2) Ξενώνες,** Δυναμικότητας δώδεκα **(10) ατόμων** έκαστος και

τρία (3) Διαμερίσματα, δυναμικότητας τεσσάρων **(4) ατόμων** έκαστος, για τις οποίες στεγαστικές αυτές δομές χρηματοδοτήθηκε μόνο για την λειτουργία τους από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια», ενώ το κόστος επισκευών, διαρρυθμίσεων και το κόστος εξοπλισμού, χρηματοδοτήθηκαν από ίδιους πόρους του Ψυχιατρείου. Όσον αφορά στην στελέχωσή τους, έγινε από το προσωπικό του ψυχιατρείου το οποίο εκπαιδεύτηκε σε ειδικά προγράμματα, τόσο σε άλλες ψυχιατρικές κοινοτικές δομές της χώρας μας, όσο και σε ψυχιατρικές δομές του εξωτερικού, με μεγαλύτερη εμπειρία στην

ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Επίσης, συνεργάστηκε αρμονικά και με δύο φορείς του κοινωνικού τομέα (Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα), τα οποία ανέπτυξαν δύο οικοτροφεία στην περιοχή της Αχαΐας, για την αποασυλοποίηση τριάντα (30) ακόμα ατόμων, που νοσηλεύονταν στο Ψυχιατρείο της Τρίπολης και κατάγονταν κυρίως από την περιοχή αυτή. Στο σημείο αυτό, θα πρέπει ν' αναφέρουμε πως σύμφωνα με το γενικό σχεδιασμό για την μετεξέλιξη του Ψυχιατρείου ήταν προγραμματισμένο να συσταθούν και να λειτουργήσουν συνολικά τέσσερα (4) Ν.Π.Ι.Δ. μέχρι τέλος του 2003. Από αυτά, μέχρι το τέλος του 2004 λειτούργησε ένα (1).

3.3.3.Λοιπές δράσεις

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, οι υπηρεσίες που παρέχει το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης, αφορούν στην νοσηλεία των χρόνιων ασθενών (ασυλικοί ασθενείς), των ασθενών που έχουν μεταστεγασθεί σε διάφορες κοινοτικές δομές από προηγούμενα προγράμματα και από την Α' και Β' Φάση «Ψυχαργός» και στους διακινούμενους ασθενείς-εισαγωγές, από τις Περιφέρειες Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας και άλλων περιοχών, οι οποίοι νοσηλεύονται για κάποιο χρονικό διάστημα και μετά επιστρέφουν στο τόπο διαμονής τους.

Επομένως, η αποασυλοποίηση όλων των χρόνιων ασθενών, ο μετασχηματισμός και η κατάργηση του Ψυχιατρείου της Τρίπολης, είναι συνάρτηση των δράσεων για τη δημιουργία μονάδων αποασυλοποίησης των χρόνιων ασθενών του και ανάπτυξης δικτύου κοινοτικών δομών θεραπείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τόσο της Περιφέρειας Πελοποννήσου όσο και της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας και ο χρόνος που αυτό θα πραγματοποιηθεί, εξαρτάται από τον χρόνο που θα ολοκληρωθεί η ανάπτυξη όλων αυτών των δομών. Τότε ο κάθε Νομός θα μπορεί να αντιμετωπίζει τα δικά του περιστατικά, με αποτέλεσμα να συγκρατηθεί η ροή ασθενών προς το Ψυχιατρείο και έτσι οι λόγοι λειτουργίας του Ψυχιατρείου της Τρίπολης να πάψουν να υφίστανται.

Πίνακ.: 3.3 Εξωνοσοκομειακές δομές αποσυλοποίησης Ψ.Ν. Τρίπολης
Α' και Β' Φάσης και φιλοξενούμενα άτομα 12/2004

Α/Α	ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΔΟΜΕΣ	ΕΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΦΙΛΟΞΕ- ΝΟΥΜΕΝΟΙ 31/12/2004
ΠΕΣΥΠ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ				
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ				
1	ΞΕΝΩΝΑΣ- ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ «ΑΡΙΑΔΝΗ» ΚΑΡΤΣΟΒΑ – Ν/815	1990	15	25
2	ΞΕΝΩΝΑΣ Β' – Α' Φάση	12/2/2001	5	3
3	ΞΕΝΩΝΑΣ Γ' – Α' Φάση*	11/12/2000	10	6
4	ΞΕΝΩΝΑΣ «ΕΣΤΙΑ» – Α' Φάση*	11/12/2000	10	11
5	ΞΕΝΩΝΑΣ «ΖΕΦΥΡΟΣ» - Β' Φάση	1/8/2003	10	11
6	ΞΕΝΩΝΑΣ «ΛΕΥΚΟΘΕΑ- Β' Φάση	1/8/2003	10	11
7	ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ «ΗΩΣ» - Β' Φάση	1/8/2003	15	7
9	1 ^ο Προστατευόμενο Διαμέρισμα- Ν/815	9/7/1997	4	2
10	2 ^ο Προστατευόμενο Διαμέρισμα -Ν/815	9/7/1997	4	2
11	3 ^ο Προστατευόμενο Διαμέρισμα -Β' Φάση	1/8/2003	3	3
12	4 ^ο Προστατευόμενο Διαμέρισμα- Β' Φάση (Ισόγειο)	1/8/2004	3	3
12	5 ^ο Προστατευόμενο Διαμέρισμα- Β' Φάση (Α' όροφος)	1/8/2004	3	2
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΥΠΛΙΟΥ				
1	ΞΕΝΩΝΑΣ – Α' Φάση	13/10/2000	14	10
2	1 ^ο Προστατευόμενο Διαμέρισμα- Β' Φάση	1/10/2003	4	3
3	2 ^ο Προστατευόμενο Διαμέρισμα- Β' Φάση	1/10/2003	4	3
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ				
1	ΞΕΝΩΝΑΣ «Κιβωτός»- Α' Φάση	1/5/2000	14	14

2	1 ^ο Προστατευόμενο Διαμέρισμα- Β' Φάση	15/6/2005	3	2
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ				
1	ΞΕΝΩΝΑΣ «Υάκινθος» - Α' Φάση	27/6/2001	10	4
2	1 ^ο Προστατευόμενο Διαμέρισμα- Β' Φάση	18/5/2004	3	2
3	2 ^ο Προστατευόμενο Διαμέρισμα – Β' Φάση	29/10/2004	3	3
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ				
1	ΞΕΝΩΝΑΣ «Ακεσώ»- Α' Φάση	25/1/2001	14	13
2	Προστατευόμενο Διαμέρισμα- Β' Φάση**	-	-	-
ΠΕΣΥΠ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ				
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ				
1	ΞΕΝΩΝΑΣ	2000	14	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ				
1	ΞΕΝΩΝΑΣ	2001	13	
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΥΡΓΟΥ				
1	ΞΕΝΩΝΑΣ	2001	14	
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ				
1	ΞΕΝΩΝΑΣ	2000	12	
2	ΞΕΝΩΝΑΣ	2001	11	

* Ο ξενώνας Γ' και ο ξενώνας «Εστία» συστεγάζονται

** Η έναρξη του Προστατευόμενου Διαμερίσματος Κορίνθου προβλεπόταν για τις 30/3/2004 αλλά δεν έχει λειτουργήσει ακόμα

Στο Παράρτημα 1 και στους πίνακες 1.1 και 1.2 εμφανίζονται οι δομές αποασυλοποίησης, όσο και οι κοινοτικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της Περιφέρειας Πελοποννήσου και Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδος αντίστοιχα από την λειτουργία των οποίων επωφελούμενο Ψυχιατρείο είναι το Ψυχιατρείο της Τρίπολης κατά κύριο λόγο. Επίσης, στους πίνακες αυτούς εμφανίζεται και ο χρονικός σχεδιασμός έναρξης και λειτουργίας των έργων αυτών, καθώς και ο Προϋπολογισμός δημιουργίας ή λειτουργίας αυτών. Οι πίνακες έχουν ενημερωθεί με στοιχεία μέχρι το τέλος του 2004.

3.4 Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης κατά την Β΄ Φάση της Μεταρρύθμισης

3.4.1 Το προφίλ των χρηστών των υπηρεσιών του Ψ.Ν. Τρίπολης

Κατά την διάρκεια της τελευταίας εξαετίας (1999-2004), η οποία περιλαμβάνει το τέλος της Α΄ Φάσης και το ξεκίνημα της Β΄ Φάσης της Μεταρρύθμισης, το Νοσοκομείο παρείχε μια σειρά από εξειδικευμένες υπηρεσίες σε πολλούς και διαφορετικούς τομείς. Στον Πίνακα 3.4 που ακολουθεί, γίνεται ποσοτική παρουσίαση των παρεχόμενων υπηρεσιών του συνόλου του Νοσοκομείου για την περίοδο 1999-2004, ενώ στον Πίνακα 3.5 δίνονται αναλυτικά στοιχεία και δείκτες δραστηριότητας του Ψ.Ν. Τρίπολης για την περίοδο 2002-2004.

Πίνακας 3.4: Βασικοί δείκτες δραστηριότητας Νοσοκομείου 1999-2004

ΒΑΣΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		1999	2000	2001	2002	2003	2004
1	Αριθμός κλινών	360	360	360	360	452 (360+92)	452
2	Νοσηλευθέντες	1.328	1.410	1.520	1.180	1.121	1.203
3	Ημέρες Νοσηλείας	106.934	120.449	128.067	135.842	108.580	99.392
4	Ποσοστό κάλυψης κλινών ² (%)	81,3	91,7	97,5	103,38	68,8	60,2
5	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας ³	80,5	85,4	84,3	115,12	96,86	82,62
6	Ρυθμός εισροής ασθενών ⁴	3,7	3,9	4,2	3,27	2,45	2,65
7	Διάστημα Εναλλαγής ⁵	18,5	7,7	2,2	-3,8	50,3	54,5
8	Συνολικό Κόστος Νοσηλείας;	2.988.184	3.294.981	3.942.274	2.818.721	3.043.497	3.663.589
9	Μέσο Κόστος Νοσηλείας ⁶ (σε €)	2.250	2.337	2.594	2.389	2.715	3.045
10	Ημερ. Κόστος Νοσηλείας ⁷ (σε €)	27.94	27,30	30,78	20,75	28,03	36,86
11	Ασθενείς ανά κλίνη ⁸	3,69	3,92	4,22	3,28	2,48	2,66

² Το ποσοστό κάλυψης, υπολογίζεται με βάση τον τύπο: (Ημέρες Νοσηλείας/ αριθ. Κλινών * 365) * 100

³ Η μέση διάρκεια νοσηλείας υπολογίζεται με βάση τον τύπο: Ημέρες νοσηλείας/ αριθμό νοσηλ.

⁴ Ο ρυθμός εισροής ασθενών υπολογίζεται με βάση τον τύπο: 365 * % κάλυψης / 100 * Μέση διάρκεια νοσηλείας. Μετρά το ρυθμό με τον οποίο χρησιμοποιούνται οι κλίνες σε μια χρονική περίοδο.

⁵ Το διάστημα εναλλαγής υπολογίζεται ως εξής: (365 / ρυθμός εισροής) – Μέση διάρκεια νοσηλείας. Μετρά το ρυθμό εναλλαγής των ασθενών ή το μέσο αριθμό ημερών που μένει κενό το κρεβάτι.

⁶ Το μέσο Κόστος Νοσηλείας υπολογίζεται με βάση τον τύπο: Συνολ. Κόστος /Συνολ. αριθμός ασθενών

⁷ Το ημερήσιο Κόστος Νοσηλείας, υπολογίζεται με βάση τον τύπο: Συνολ. κόστος/ ημέρες νοσηλείας. Στο κόστος, δεν έχει συμπεριληφθεί και η μισθοδοσία προσωπικού και δεν συμπεριλαμβάνονται οι επενδύσεις

⁸ Εισαγωγή ανά κλίνη: Εισαγωγές έτους / αριθμό κλινών

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.5. Αναλυτικά Στοιχεία και Δείκτες Αρστηριότητας Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης(2002-2004)
Εξέλιξη Τριών Δεικτών και Στοιχείων

		Αριθμός Εσωτερικών Κλινών (Ψ.Ν.Τ.)	Αριθμός Εξωτερικών Κλινών (Δομές)	Σύνολο Κλινών	Εκούσιες Εισαγωγές	Ακούσιες Εισαγωγές	Εισαγωγές από Πε.Σ.Υ.Π. Πελοποννήσου	Εισαγωγές από άλλα Πε.Σ.Υ.Π.	αλλοδαποι	Σύνολο Εισαγωγών	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	Ποσοστό κάλυψης	Ρυθμός Εισροής	Διακομιδές από Πε.Σ.Υ.Π. Πελοποννήσου	Διακομιδές από άλλα Πε.Σ.Υ.Π.	Διακομιδές προς τα άλλα Πε.Σ.Υ.Π.
2002		360	-	360	522	658	774	406		1.180	115,12	103,38	3,27	97	4	5
2003		360	92	452	447	674	712	409		1.121	96,86	64,96	2,45	80	4	3
% 01-02			-	-	-	2,4	- 8,0	0,7		- 5,3	- 15,9	37,2	33,5	- 17,5	-	- 40,0
2004		360	92	452	466	737	642	525	36	1.203	82,62	60	2,65	97	2	2
% 02-03		-	-	-	4,3	8,5	- 10,9	22,1		6,8	- 14,7	7,6	8,2	21,3	- 50,0	- 33,3
% 01-03		-		0,0	10,7	12,0	- 17,1	29,3		1,9	- 28,2	42,0	19,0	-	- 50,0	- 60,0
2002	Επισκέψεις στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	857	Επισκέψεις στο Κ.Ψ.Υ.	4.195	Εκτακτα Περιστατικά	0	5.052	22	84	820	0	503				
2003		1093		5.109		0	6.202	102	95	685	0	542				
%02-03		27,5		21,8			22,8	363,6	13,1	- 16,5		7,8				
2004		1.153		4.777		0	5.930	448	104	395	0	564				
% 02-03		5,5		6,5			4,4	339,2	9,5	- 42,3		4,1				
%02-04		34,5					17,4	1.936,4	23,8	- 51,8		12,1				

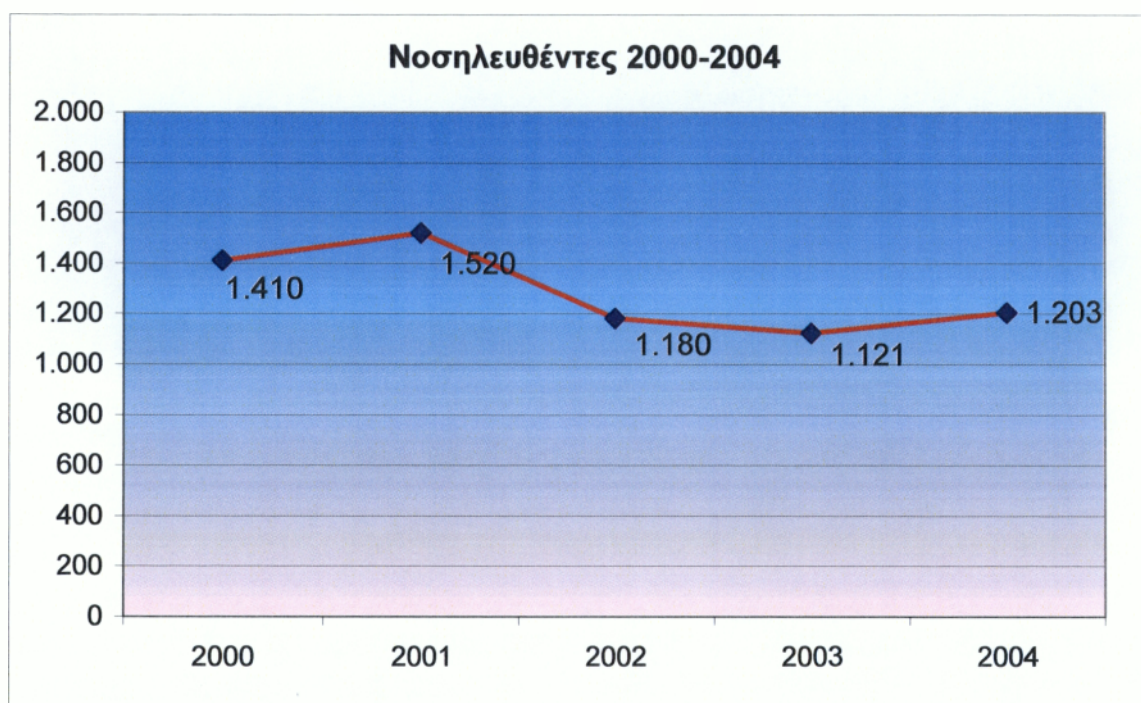
Εκτός όμως τη συνοπτική παρουσίαση της δραστηριότητας του Νοσοκομείου, είναι ενδιαφέρον, να εξετάσουμε και διαγραμματικά τα σημαντικότερα μεγέθη του Πίνακα 3.4, γεγονός που θα μας βοηθήσει να αποκτήσουμε καλύτερη εικόνα αυτών των δεικτών. Αυτό ακριβώς πραγματοποιείται στην συνέχεια.

1. Νοσηλευθέντες

Στο γράφημα που ακολουθεί, παρουσιάζεται ο συνολικός αριθμός των νοσηλευθέντων του Νοσοκομείου, κατά την τελευταία 5ετία. Όπως παρατηρούμε, ο συνολικός αριθμός των νοσηλευθέντων, παρουσιάζει αύξηση μέχρι το 2001, ενώ τα έτη 2002 και 2003 παρουσιάζεται σημαντική μείωση.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι το μεγαλύτερο μέρος των εισαγωγών, προέρχεται από εισαγγελική εντολή και συγκεκριμένα 737 ασθενείς (ποσοστό 61% επί του συνόλου των ασθενών) για το 2004, ενώ οι υπόλοιπες αφορούν εκούσιες εισαγωγές ή διακομιδές από άλλα Νοσοκομεία.

Διάγραμμα 3.1: Νοσηλευθέντες στο Νοσοκομείο 2000-2004



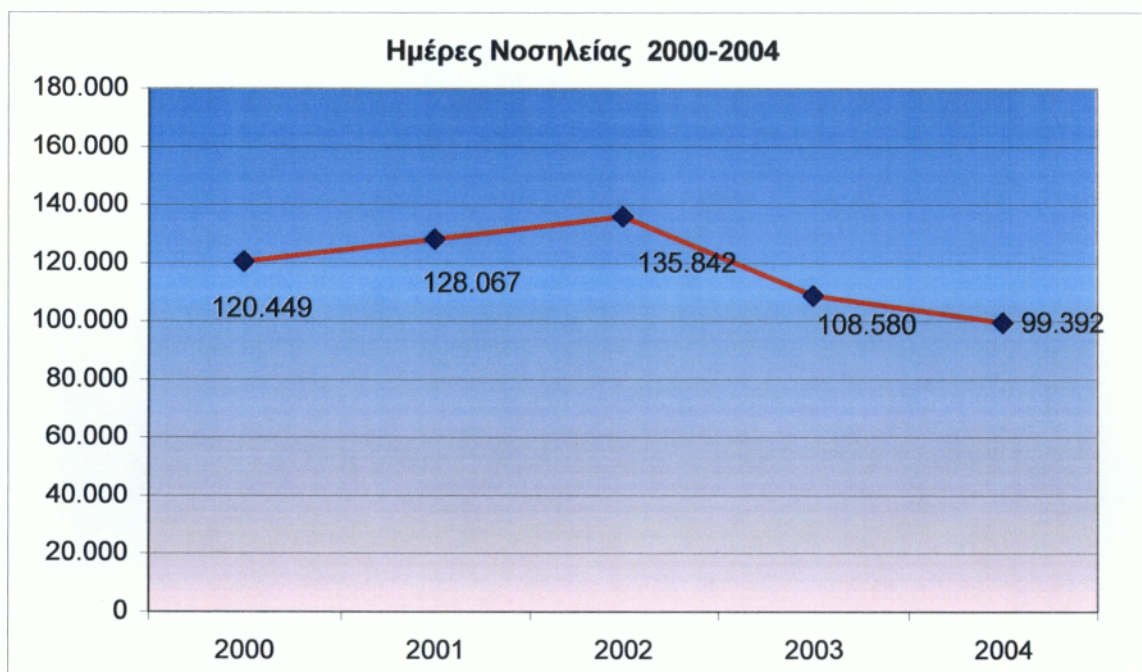
Βεβαίως στον πληθυσμό των νοσηλευθέντων του Νοσοκομείου, περιλαμβάνονται και οι ασθενείς του Ψυχιατρείου που αποασυλοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της Α' φάσης του προγράμματος "Ψυχαργός" (έτος 2000) και τώρα φιλοξενούνται στους Ξενώνες που δημιουργήθηκαν. Το δυναμικό των 11 Ξενώνων αποασυλοποίησης της Α' φάσης του "Ψυχαργός", ανήλθε σε 137 άτομα τα οποία εμφανίζονται ακόμη ως νοσηλευόμενα στο Ψυχιατρείο. Ακόμη το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης, στο πλαίσιο παλαιότερων

ενεργειών αποασυλοποίησης, φιλοξενεί σε στεγαστικές κοινοτικές δομές (1 Ξενώνας και 2 Διαμερίσματα) ακόμη 34 άτομα, εμφανιζόμενα και αυτά στους νοσηλευόμενους του. Επί της ουσίας επομένως ο αριθμός των νοσηλευθέντων κατά το έτος 2001 ήταν 1.349 άτομα.

2. Ημέρες Νοσηλείας

Οι ημέρες νοσηλείας του Νοσοκομείου παρουσιάζουν αύξηση έως το 2002 ενώ αντιστρέφονται κατά την τελευταία 2ετία, όπου παρουσιάζεται σημαντική μείωση ειδικότερα το 2003 λόγω σημαντικής μείωσης του αριθμού των νοσηλευθέντων.

Διάγραμμα 3.2: Ημέρες νοσηλείας κατά την περίοδο 2000-2004



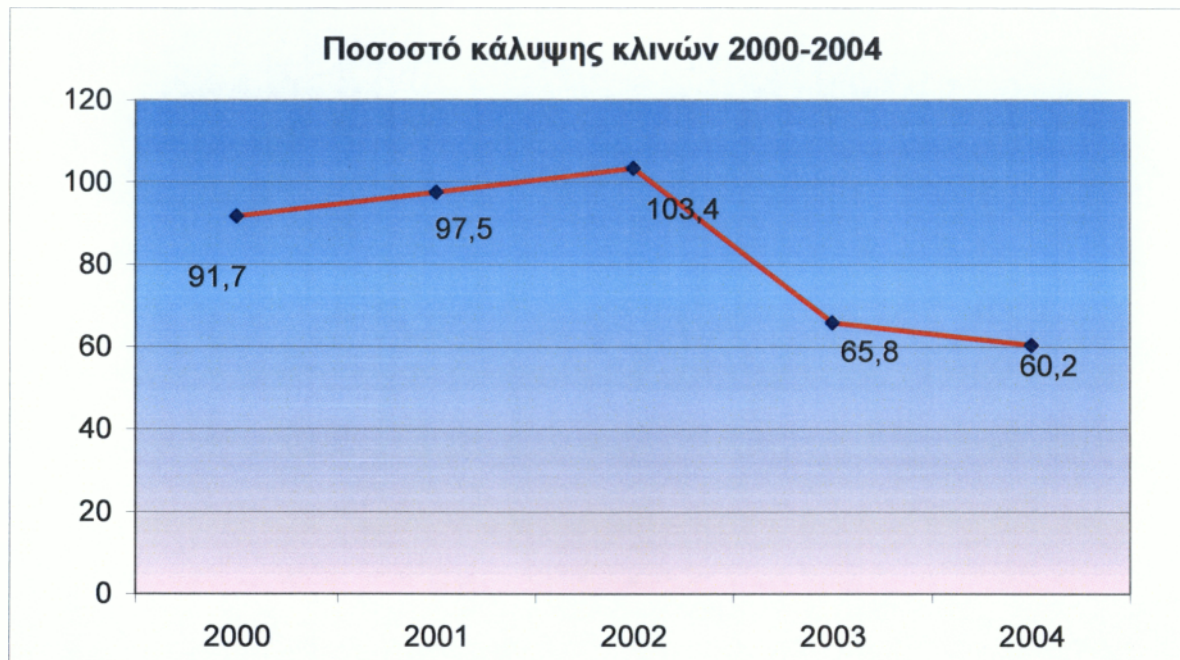
3. Ποσοστό Κάλυψης Κλινών

Το ποσοστό κάλυψης κλινών, αποτελεί έναν πολύ χρήσιμο δείκτη, διότι αφενός σχετίζεται άμεσα με την βιωσιμότητα ενός οργανισμού, αφετέρου αναδεικνύει και θέματα που σχετίζονται τόσο με το εσωτερικό περιβάλλον του Νοσοκομείου (π.χ. ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αρτιότητα εξοπλισμού και εγκαταστάσεων κ.α.), καθώς και με το εξωτερικό περιβάλλον αυτού (π.χ. γεωγραφική θέση, ευκολία πρόσβασης, έλλειψη ανταγωνισμού στην περιοχή κ.λ.π.)

Το ποσοστό κάλυψης του Νοσοκομείου, παρουσιάζει σημαντική αύξηση το διάστημα 2000- 2002 λόγω της αντίστοιχης αύξησης των ημερών νοσηλείας. Αντίθετα την τελευταία 2ετία, παρατηρείται σημαντική μείωση του ποσοστού κάλυψης λόγω του ότι στον συνολικό

αριθμό των κλινών προστέθηκαν οι κλίνες των εξωτερικών δομών, σε συνδυασμό με τη μείωση των ημερών νοσηλείας.

Διάγραμμα 3.3: Ποσοστό κάλυψης κλινών 2000-2004

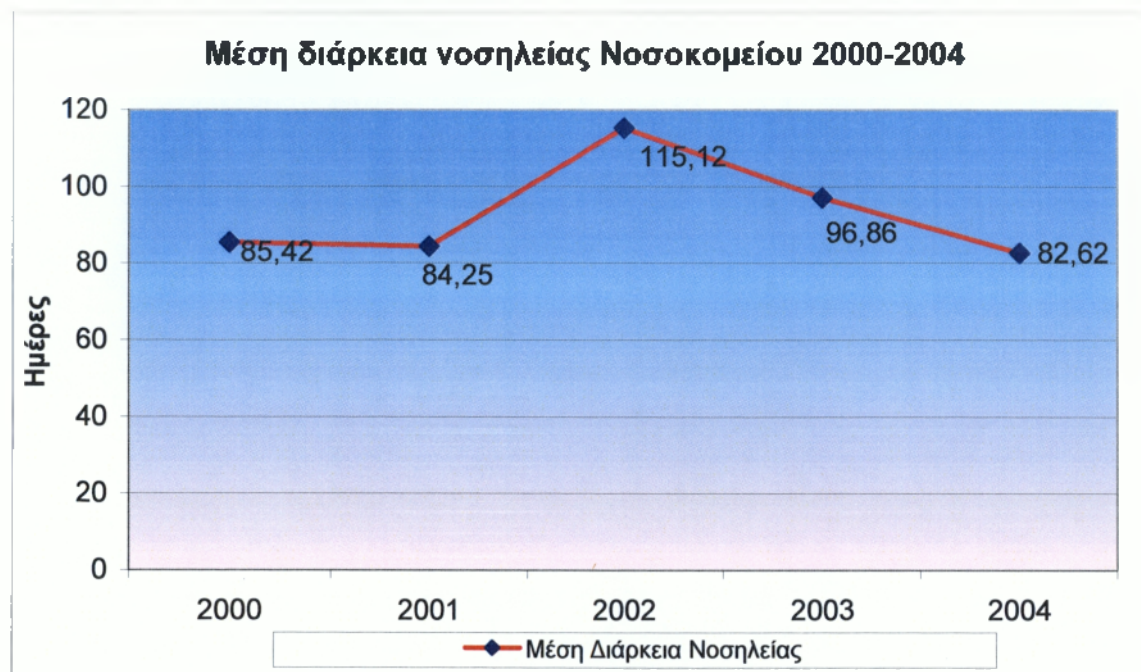


4. Μέση Διάρκεια Ημερών Νοσηλείας

Η μέση διάρκεια νοσηλείας, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία για ένα Νοσοκομείο, καθώς δεν αποτελεί μόνο ποσοτικό, αλλά και ποιοτικό δείκτη, ενώ παράλληλα σχετίζεται άμεσα με την οικονομική αποδοτικότητα του Νοσοκομείου. Αξίζει να σημειωθεί, ότι η τάση για μείωση της διάρκειας νοσηλείας, είναι γενική και εμφανίζεται σε πολλά Νοσοκομεία του εξωτερικού αλλά και της χώρας μας. Αποδίδεται κυρίως στα επιτεύγματα της σύγχρονης βιοϊατρικής τεχνολογίας που επιτρέπουν αναίμακτες επεμβάσεις, καινούργια φάρμακα, νέες τεχνικές, νέα θεραπευτικά σχήματα κ.α.

Στο γράφημα που ακολουθεί, παρουσιάζεται η μέση διάρκεια νοσηλείας του Νοσοκομείου κατά την περίοδο 2000-2004. Όπως παρατηρούμε, η μέση διάρκεια νοσηλείας παρουσιάζει αποκλίσεις, ωστόσο με εξαίρεση το 2002, όπου ο δείκτης εμφανίζεται σημαντικά αυξημένος, η διάρκεια νοσηλείας κυμαίνεται περίπου στις 87 ημέρες.

Διάγραμμα 3.4: Μέση διάρκεια νοσηλείας Νοσοκομείου (2000-2004)



Παρατήρηση: Σχετικά με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης, η μέση διάρκεια νοσηλείας όπως εμφανίζεται, δεν αποτυπώνει την πραγματικότητα, αφού αναφέρεται σε δύο διαφορετικά είδη νοσηλευομένων: αφενός μεν στους χρόνιους ασυλικούς ασθενείς που νοσηλεύονται για 365 ημέρες το χρόνο ή για μεγάλα χρονικά διαστήματα και στους υπόλοιπους ασθενείς που εισάγονται στο Νοσοκομείο, νοσηλεύονται και εξέρχονται κανονικά.

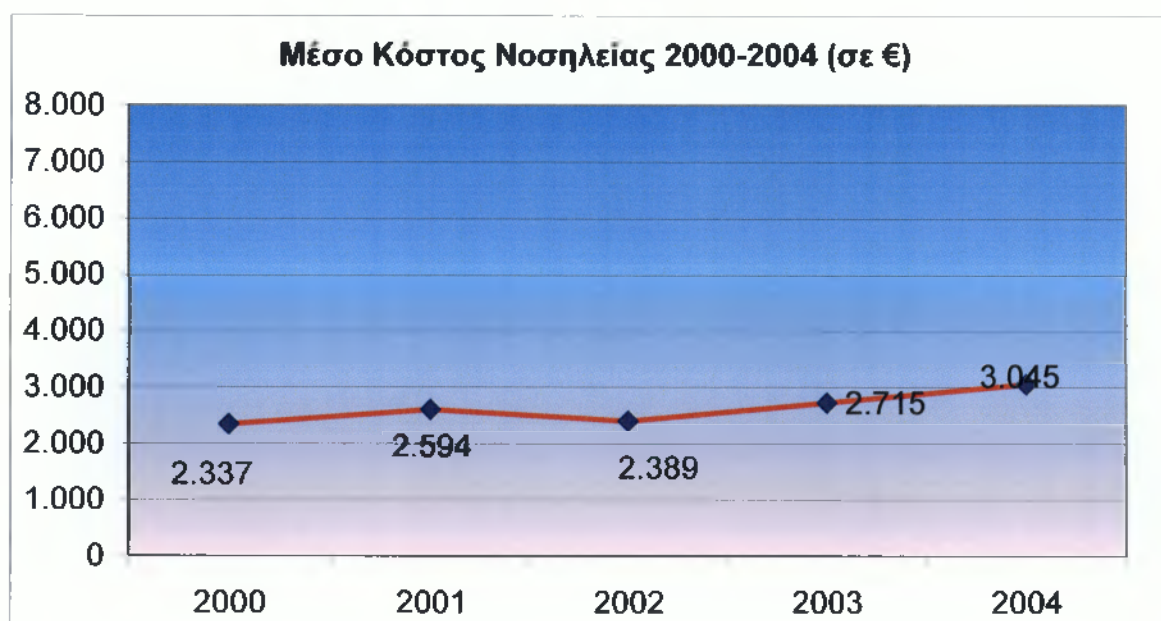
Έτσι για παράδειγμα αν από το σύνολο των 1.520 νοσηλευθέντων κατά το 2001 αφαιρεθούν οι 130 χρόνιοι ασυλικοί ασθενείς που νοσηλεύονται διαρκώς στο Νοσοκομείο (σημ. Το στοιχείο αυτό έχει γίνει γνωστό από τα στελέχη του Νοσοκομείου) και οι 171 ασθενείς που φιλοξενούνται ήδη στους Ξενώνες αποασυλοποίησης της Α΄ φάσης του “Ψυχαργός” και παλαιότερων προγραμμάτων, τότε η *Μέση Διάρκεια Νοσηλείας* για τους υπόλοιπους νοσηλευθέντες υπολογίζεται στις 14,9 ημέρες, κατά πολύ χαμηλότερη από αυτή του Διαγράμματος 3.4.

Με αυτές τις προϋποθέσεις δεν είναι δυνατόν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για την ακρίβεια της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας.

5. Μέσο Κόστος Νοσηλείας

Στο διάγραμμα 3.5 που ακολουθεί, παρουσιάζεται το Μέσο κόστος νοσηλείας του Νοσοκομείου. Ως προς την τάση, το μέσο κόστος νοσηλείας παρουσιάζει σχετική σταθερότητα, ωστόσο ως προς τις απόλυτες τιμές που λαμβάνει ο δείκτης, αυτές δεν είναι ιδιαίτερα υψηλές, για το λόγο ότι στο λειτουργικό κόστος δεν συμπεριλαμβάνεται το κόστος μισθοδοσίας του προσωπικού. Για παράδειγμα, το κόστος μισθοδοσίας για το 2004 ήταν 5.181.618 €. Αν προσθέσουμε σε αυτό το λειτουργικό κόστος προκύπτει το ποσό των 8.845.207,12 το οποίο αντιστοιχεί σε μέσο κόστος νοσηλείας 7.325 €.

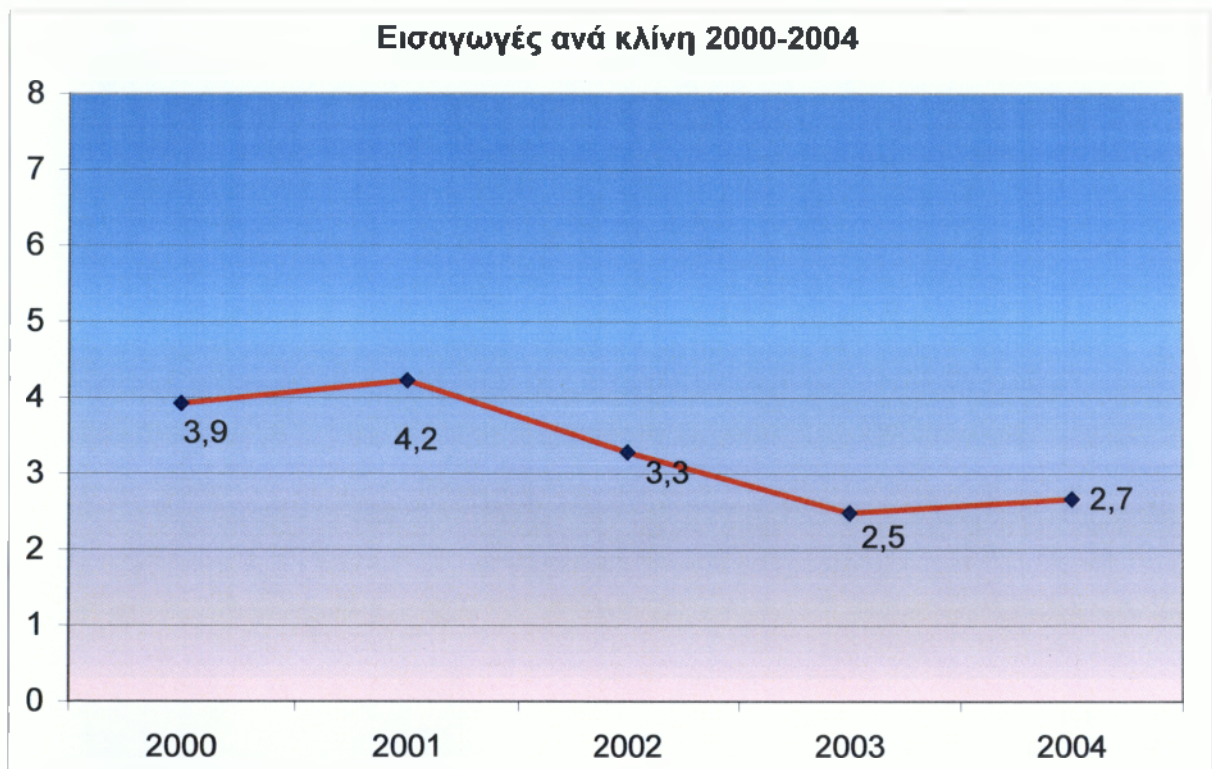
Διάγραμμα 3.5: Μέσο κόστος νοσηλείας (2000-2004)



6. Εισαγωγές ανά κλίνη

Στο Διάγραμμα 3.6 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι εισαγωγές ασθενών ανά κλίνη. Ο δείκτης παρουσιάζει σημαντική αύξηση για την περίοδο 2000-2001, ως αποτέλεσμα της αύξησης του αριθμού των νοσηλευθέντων, συγκριτικά με την σταθερότητα των ανεπτυγμένων κλινών του Νοσοκομείου. Αντίθετα το 2002 παρατηρείται πτώση λόγω της σημαντικής μείωσης του αριθμού νοσηλευμένων.

Διάγραμμα 3.6: Εισαγωγές ανά κλίνη κατά την περίοδο 2000-2004



Παρατηρήσεις

Από την ανάλυση των συγκεντρωτικών στοιχείων δράσης του Νοσοκομείου της τελευταίας 5ετίας (2000-2004) που προηγήθηκε, μπορούμε να προβούμε στις ακόλουθες γενικές παρατηρήσεις: Η πρώτη γενική παρατήρηση, αφορά τους δείκτες χρησιμοποίησης υπηρεσιών του Νοσοκομείου. Στους περισσότερους παρατηρείται αύξηση από χρόνο σε χρόνο και ιδιαίτερα κατά την περίοδο 2000- 2001. Επίσης, οι δείκτες που ενσωματώνουν και μια ποιοτική ή ακόμη και μια οργανωτική λειτουργική διάσταση, όπως είναι η μέση διάρκεια νοσηλείας, ή οι οικονομικοί δείκτες του Νοσοκομείου, εμφανίζουν τάσεις σταθεροποίησης. Εκτός από τις παραπάνω γενικές παρατηρήσεις, θα μπορούσαμε να κάνουμε και τις ακόλουθες επιμέρους διαπιστώσεις:

Ο *συνολικός αριθμός των νοσηλευθέντων*, έχει παρουσιάσει αύξηση κατά τα έτη 1999-2001 ενώ το 2002 παρουσιάζεται μείωση του αριθμού των νοσηλευομένων κατά 22% συγκριτικά με το 2001, γεγονός που αναδεικνύει την αυξημένη ζήτηση παροχής υπηρεσιών υγείας στο Νοσοκομείο. Βεβαίως στον πληθυσμό των νοσηλευθέντων του Νοσοκομείου

περιλαμβάνονται και οι ασθενείς του Ψυχιατρείου που αποασυλοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της Α' φάσης του προγράμματος "Ψυχαργός" (έτος 2000) και τώρα φιλοξενούνται στους Ξενώνες που δημιουργήθηκαν. Συναρτήσει με τον αυξημένο αριθμό των νοσηλευθέντων και ακολουθώντας την εξέλιξη της μέσης διάρκειας νοσηλείας, οι **ημέρες νοσηλείας** του Νοσοκομείου, παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις μέχρι το 2002, ενώ οι τάσεις αυτές φαίνεται να αντιστρέφονται κατά την τελευταία 2ετία, όπου παρουσιάζεται σημαντική μείωση του δείκτη κατά 14,55%. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το 2003 στο σύνολο των κλινών του Νοσοκομείου προστέθηκαν και οι 92 κλίνες των εξωτερικών δομών. Έτσι από 360 οι κλίνες αυξήθηκαν σε 452.

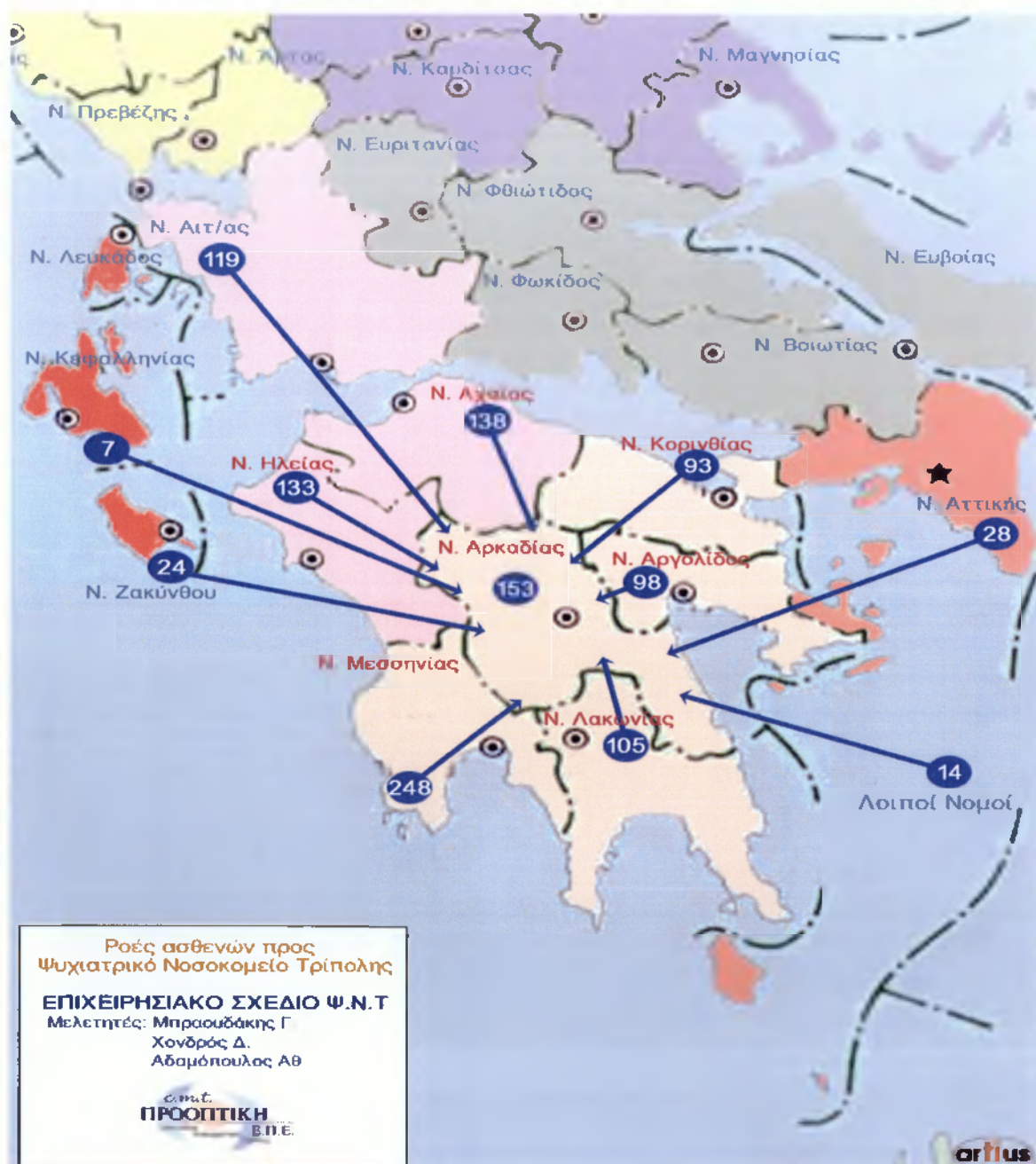
Η **μέση κάλυψη** του Νοσοκομείου, παρουσιάζει μεγάλη αύξηση μέχρι το 2002, λόγω της αύξησης των ημερών νοσηλείας, που είχαν σαν αποτέλεσμα η πληρότητα του Νοσοκομείου να ξεπεράσει το 100%(103,38%). Αυτό αντιστρέφεται το 2003, με τη μείωση των νοσηλευθέντων, σε συνδυασμό κυρίως με την αύξηση των κλινών.

Τέλος, αύξηση παρουσιάζει ο δείκτης **εισαγωγές ανά κλίνη για το διάστημα μέχρι το 2001**, ως αποτέλεσμα της μεγαλύτερης και συνεχούς αύξησης των νοσηλευθέντων συγκριτικά με την σταθερότητα των ανεπτυγμένων κλινών του Νοσοκομείου. Αντίθετα στη συνέχεια παρουσιάζει μείωση λόγω της μείωσης των νοσηλευθέντων το 2002 και της αύξησης των κλινών το 2003.

Όσον αφορά τους **οικονομικούς δείκτες** οι οποίοι σκιαγραφούν την γενικότερη οικονομική αποδοτικότητα του Νοσοκομείου, παρατηρούμε πως γενικά ακολουθούν μία σταθεροποιητική τάση.

Παρουσίαση της εξέλιξης των χρηστών των υπηρεσιών του Νοσοκομείου

Η γεωγραφική προέλευση των ασθενών αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό στατιστικό στοιχείο, γιατί αφενός προσδιορίζει την περιοχή ευθύνης του Νοσοκομείου, αφετέρου προσδιορίζει τις προϋποθέσεις (παράλληλη δημιουργία και λειτουργία νέων δομών σε όλη την χώρα) στα πλαίσια της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.



Στον χάρτη που προηγείται, παρουσιάζονται οι ροές των ασθενών προς το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο για το έτος 2001. Όπως παρατηρούμε, το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών προέρχεται από το γεωγραφικό διαμέρισμα της Πελοποννήσου, ωστόσο υπάρχουν σημαντικές ροές ασθενών (περίπου 30%) και από την Αττική, το Ιόνιο την Δυτική Στερεά και λοιπές περιοχές της χώρας.

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης, ως το μοναδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο στην Πελοπόννησο, δέχεται περιστατικά των οποίων η προέλευση είναι διάσπαρτη και καλύπτει ολόκληρο το γεωγραφικό διαμέρισμα της Πελοποννήσου, καθώς και Νομούς από το Πε.Σ.Υ.Π. της Δυτικής Ελλάδας. Επίσης δέχεται περιστατικά από τη Αθήνα αλλά και από άλλες περιοχές της Ελλάδας, όπως Άρτα, Ηγουμενίτσα κ.λ.π, ενώ παράλληλα σε όλη την περιοχή ευθύνης του, δεν υπάρχουν ανταγωνιστικές ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές και έτσι «σηκώνει», όλο το βάρος της παροχής υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας μιας πολύ μεγάλης γεωγραφικής περιοχής. Αυτό είναι ένα γεγονός, ιδιαίτερα σημαντικό όπως

θα δούμε παρακάτω, στα πλαίσια υλοποίησης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης της οποίας απώτερος σκοπός στην συγκεκριμένη περιοχή, είναι το οριστικό κλείσιμο του Ψυχιατρείου και η μεταφορά της ψυχιατρικής φροντίδας και περίθαλψης σε δομές της κοινότητας και στα Γενικά Νοσοκομεία της Περιφέρειας. Επίσης, εκτός από τις πιο πάνω εισαγωγές στο ψυχιατρείο μετά την ανάπτυξη των δομών της Α΄ Φάσης και την αποασυλοποίηση σ΄ αυτές, χρόνιων ασθενών, εξακολουθεί να νοσηλεύει ακόμη 83 χρόνιους ασθενείς που υπολογίζεται να μετακινηθούν στις δομές αποασυλοποίησης που θα αναπτυχθούν τόσο από το ψυχιατρείο όσο και από τα γενικά νοσοκομεία της Περιφέρειας στα πλαίσια εφαρμογής της Β΄ Φάσης Ψυχαργός.

Στον πίνακα που ακολουθεί, εμφανίζονται η ροές των ασθενών- εισαγωγές προς το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης (πίνακας3.6).

Πίνακας3.6:Ροές ασθενών (εισαγωγές) στο Ψ.Ν.Τ. 2000-2004

ΝΟΜΟΣ	2000	2001	2002	2003	2004
Αρκαδίας	122	153	137	132	137
Λακωνίας	114	105	112	108	107
Μεσσηνίας	208	248	259	239	232
Κορινθίας	88	93	87	80	85
Αργολίδας	89	98	100	112	118
Αχαΐας	150	138	146	131	164
Αιτωλ/νίας	105	119	109	87	104
Ηλείας	140	133	119	133	158
Άλλοι	91	92	111	108	98
ΣΥΝΟΛΟ	1.107	1.179	1.180	1.130	1203

Στον Πίνακα 3.7 που ακολουθεί, επιχειρείται κατηγοριοποίηση των ασθενών με βάση την διάγνωση της νόσου κατά την εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο. Το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευθέντων, πάσχει από ψυχωτική συνδρομή (46%), ενώ σημαντικό επίσης μέρος των διαγνώσεων, αφορά τον αλκοολισμό (6%), την διπολική διαταραχή (6%) και την σχιζοφρενική ψύχωση (4%).

Πίνακας 3.7.: Κατηγοριοποίηση ασθενών με βάση την διάγνωση 2001-2002

Διάγνωση	2001	2002
Ψυχωτική συνδρομή	508	250
Συναισθηματική διαταραχή	12	5
Σχιζοφρενική ψύχωση	41	41
Διαταραχές συμπεριφοράς	23	8
Παρανοειδής διαταραχή	2	1
Ψυχοαναγκαστική διαταραχή	-	2
Διαταραχή προσωπικότητας	18	7
Παρυληρητική διαταραχή	9	1
Καταθλιπτική συνδρομή	32	33
Διπολική διαταραχή	62	43
Χρήση τοξικών ουσιών	20	15
Αλκοολισμός	69	42
Delirium Freneus	1	-
Ψυχωτικές εκδηλώσεις	17	7
Ανεπαρκής χρόνος νοσηλείας	16	7
Υπό παρακολούθηση	62	67
Σύνδρομο DOWN	2	-
Άνοια	6	3
Σχιζοσυναισθηματική ψύχωση	9	9
Άνευ Ψυχοπαθολογίας	11	9
Μείζων κατάθλιψη	39	25
Υποστροφική κατάθλιψη	3	1
Αγχώδης κατάθλιψη	2	2
Νευρωτικές εκδηλώσεις	6	3
Ψύχωση	29	7
Σχιζοειδής διαταραχή	4	1
Νοητική υστέρηση	21	14
Επιλωματική ψύχωση	6	8
Επιληψία	12	4
Νόσος Alzheimer	-	2
Ψυχωτικό επεισόδιο	5	1
Καταθλιπτικό επεισόδιο	1	1
Οργανικό ψυχοσύνδρομο	20	13
Διαταραχή άγχους-κρίση πανικού	4	-

Διάγραμμα: 3.7 Κατηγοριοποίηση ασθενών με βάση τη διάγνωση, 2001



Στον Πίνακα 3.8 που ακολουθεί, επιχειρείται κατηγοριοποίηση των ασθενών του Νοσοκομείου, με βάση τον φορέα στον οποίο είναι ασφαλισμένοι. Το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών, είναι ασφαλισμένο στον Ο.Γ.Α (48,4%), το Ι.Κ.Α (24,6%), Απορίας (8,2%), το Δημόσιο (5,3%), ενώ 5,5% περίπου των νοσηλευθέντων είναι ανασφάλιστοι.

Πίνακας 3.8: Κατηγοριοποίηση ασθενών με βάση τον Ασφαλιστικό Φορέα

Ασφαλιστικός φορέας	2001	2002
Ο.Γ.Α	466	269
Ι.Κ.Α	237	128
Απορίας	79	126
Δημόσιο	51	44
Ανασφάλιστοι	53	35
ΤΕΒΕ	12	7
ΔΕΗ	3	4
ΟΤΕ	6	5
ΤΑΕ	3	3
ΤΡΑΠΕΖΕΣ	10	2
ΤΣΑΥ	1	3
ΝΑΤ	9	4
ΤΑΚΕ	3	-
ΤΕΜΕΔΕ	-	1
ΤΑΞΥ	-	1
ΤΥΔΚΥ	3	2
ΕΥΠΟΡΙΑΣ	5	4
ΤΥΔΥΥ	2	-
ΤΑΠΟΤΕ	1	2
Τ.Λ	-	1
Δωρεάν Νοσηλεία (Ε.Ε)	10	2
Δωρεάν Νοσηλεία (Δ.Σ.)	9	2

3.4.2 Στελέχωση – Ανθρώπινοι Πόροι

Το ανθρώπινο δυναμικό, αποτελεί για κάθε επιχείρηση τον σημαντικότερο ίσως παράγοντα για την επίτευξη των στόχων ενός επιχειρησιακού σχεδίου, καθώς από αυτό θα εξαρτηθεί τόσο η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, όσο και η αύξηση της παραγωγικότητας και ελαχιστοποίηση στοιχείων του κόστους. Επομένως, κάθε πλάνο που στοχεύει σε διαρθρωτικές αλλαγές στην λειτουργία ενός φορέα, είναι απαραίτητο να ενσωματώνει δυναμικά την συνιστώσα αυτή στον προγραμματισμό του. Στην περίπτωση του Νοσοκομείου, η αναγκαιότητα αυτή είναι περισσότερο επιτακτική, από οποιονδήποτε άλλο εργασιακό περιβάλλον, καθώς απαιτείται ο συντονισμός μεγάλου αριθμού επαγγελματιών, διαφορετικής εκπαίδευσης, ειδικότητας και κουλτούρας. Στο πλαίσιο λοιπόν της ενότητας αυτής, θα παρουσιαστεί το συνολικό προσωπικό του Νοσοκομείου κατά υπηρεσία, εκπαίδευση και ειδικότητα, ενώ παράλληλα θα γίνει αναφορά στην εξέλιξη, τις μετακινήσεις και αποσπάσεις του προσωπικού.

Στον Πίνακα 3.9Α που ακολουθεί, παρουσιάζεται η εξέλιξη του προσωπικού του Νοσοκομείου, για τα έτη 1998-2004. Όπως παρατηρούμε, υπάρχει σημαντική απόκλιση μεταξύ των θέσεων που προβλέπονται στον οργανισμό, σε σχέση με τους υπηρετούντες στο Νοσοκομείο. Στον πίνακα 3.9Β το συνολικό προσωπικό του Νοσοκομείου ανά επίπεδο εκπαίδευσης.

Πιο συγκεκριμένα στο νοσοκομείο υπηρετεί το παρακάτω προσωπικό:

A. Ιατρικό προσωπικό:

Στην ιατρική υπηρεσία, απασχολούνται συνολικά 12 ειδικευμένοι ιατροί, επί συνόλου 24 ιατρών (50% κάλυψη θέσεων) που προβλέπεται από τον οργανισμό. Υπάρχουν κενές θέσεις, οι οποίες αφορούν ελλείψεις σε Διευθυντές 4 άτομα, 1 Επιμελητή Α', 7 Επιμελητές Β'. Επίσης στο Ιατρικό προσωπικό συγκαταλέγονται 13 ειδικευόμενοι ιατροί και 1 επικουρικός.

B. Νοσηλευτικό προσωπικό

Ιδιαίτερα σημαντικές ελλείψεις σε προσωπικό, συναντάμε στη νοσηλευτική υπηρεσία. Το απασχολούμενο προσωπικό είναι 207 άτομα από τα 278 άτομα που προβλέπει ο οργανισμός (75%). Ειδικότερα στην κατηγορία Τ.Ε. απασχολούνται 31 άτομα από 60 που προβλέπονται(52%).

Γ. Επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό

Ως επιστημονικό μη ιατρικό προσωπικό απασχολούνται συνολικά 13 άτομα από τα 21 που προβλέπει ο οργανισμός του Νοσοκομείου., ενώ οι κενές θέσεις αναφέρονται σε 2 άτομα ΠΕ και 5 άτομα ΤΕ.

Δ. Διοικητικό προσωπικό

Απασχολούνται 43 άτομα, από τα 38 που προβλέπεται από τον οργανισμό του Νοσοκομείου (88%), ενώ υπάρχουν συνολικά 5 κενές θέσεις. Οι κενές θέσεις αφορούν 4 άτομα ΠΕ, και 1 ΔΕ.

Ε. Τεχνικό προσωπικό και Λοιπό προσωπικό

Απασχολούνται 140 άτομα, επί συνόλου 242 ατόμων που προβλέπονται στον οργανισμό του Νοσοκομείου(58%), ενώ υπάρχουν 102 κενές θέσεις (2 ΠΕ, 17 ΔΕ και 83 ΥΕ).

Πίν.3.9.Α

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΠΟΛΗΣ							
Ψ.Ν.ΤΡΙΠΟΛΗΣ	31/12/1998	31/12/1999	31/12/2000	30/06/2001	31/12/2002	31/12/2003	31/12/2004
ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ							
<i>Οργανικές θέσεις Ε.Σ.Υ.</i>	20	20	20	24	24	24	24
Υπηρετούντες Ε.Σ.Υ.	10	10	12	11	13	13	12
<i>Οργανικές ειδικευομένων</i>	14	14	14	14	14	14	14
Ειδικευόμενοι υπηρετούντες	3	2	6	9	9	14	13
Αγροτικοί υπηρετούντες							-
«Τριμηνίτες» υπηρετούντες						1	-
Επικουρικοί Ιατροί						0	1
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	13	12	18	20	22	28	26
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ							
<i>Οργανικές θέσεις νοσηλευτικής</i>	275	275	275	278	278	278	278
Υπηρετούντες	188	183	183	189	191	191	185
Ι.Δ.Α.Χ. – ΨΥΧΑΡΓΩΣ			31	41	21	20	22
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	188	183	214	230	212	211	207
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ – ΤΕΧΝΙΚΟ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ							
<i>Οργανικές</i>	292	294	294	301	301	296	306
Υπηρετούντες	187	181	183	180	197	179	170
Ι.Δ.Α.Χ. – ΨΥΧΑΡΓΩΣ					22	22	21
ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ-ΤΕΧΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	187	181	183	180	219	201	191
ΑΠΟΣΠΑΣΕΙΣ (ΑΦΙΞΕΙΣ)	1	1	2	1	1	1	1
ΑΠΟΣΠΑΣΕΙΣ (ΑΝΑΧΩΡΗΣΕΙΣ)	5	2	1	3	2	8	8
ΑΔΕΙΕΣ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ						6	6
ΣΥΝΟΛΟ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	384	375	416	428	452	427	424
ΠΡΟΣΩΡΙΝΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ							
Προσωπικό Ο.Α.Ε.Δ.		4	12				2
Προσωπικό μερικής απασχόλησης							
Εποχικοί- ΙΔΟΧ					2		2
ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΣΩΡΙΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	0	4	12	0	2	0	2
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΩΝ	384	379	428	428	454	427	424

Πίνακας 3.9B: Κατάσταση Πλήρωσης Θέσεων Μόνιμων (και αποσπασμένων) Προσωπικού 2004

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡ/ΝΤΕΣ	ΚΕΝΕΣ	ΑΠΟΣ/ΝΟΙ ΣΤΟ ΝΟΣ.	ΑΠΟΣ/ΝΟΙ ΑΠΟ	ΤΕΛΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ
1. ΙΑΤΡΙΚΟ						
ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ	6	2	4			2
ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΣ Α	6	5	1			5
ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΣ Β	12	5	7			5
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	14	13	1			13
ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΙ		1				1
ΣΥΝΟΛΟ	38	26	13			26
2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ						
Π.Ε.	10		10			
Τ.Ε.	60	31	29		4	27
Δ.Ε.	123	137*			3	134
Υ.Ε.	85	39	46	1		40
ΣΥΝΟΛΟ	278	207	85	1	7	201
3. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΜΗ ΙΑΤΡΙΚΟ						
Π.Ε.	9	2	7			2
Τ.Ε.	6	5	1			5
Δ.Ε.	6	6				6
ΣΥΝΟΛΟ	21	13	8			13
4. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ						
Π.Ε.	8	4	4		1	3
Τ.Ε.	5	4	1			4
Δ.Ε.	30	30	0			30
ΣΥΝΟΛΟ	43	38	5		1	37
5. ΤΕΧΝΙΚΟ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟ						
Π.Ε.	2		2			
Τ.Ε.						
Δ.Ε.	51	34	17			34
Υ.Ε.	189(170+19)	106(87+19)	83			106
ΣΥΝΟΛΟ	242	140	102			140
ΤΕΛΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	622	424	213*	1	8	417

*Στο σύνολο των υπηρετούντων συμπεριλαμβάνεται και ο αριθμός των Ιδιωτικού Δικαίου Αορίστου Χρόνου υπηρετούντων. Για το λόγο αυτό μπορεί να φαίνεται ο αριθμός των υπηρετούντων μεγαλύτερος από τις οργανικές θέσεις.

Επίπεδο εκπαίδευσης προσωπικού

Στον Πίνακα 3.9Α και 3.9Β που προηγήθηκαν, παρουσιάζεται η αποτύπωση κατά κλάδο του απασχολούμενου προσωπικού του Νοσοκομείου. Στην παρακάτω ενότητα θα ασχοληθούμε με τη ανάλυση του επιπέδου εκπαίδευσης του προσωπικού του Νοσοκομείου.

Αυτό που προκύπτει από την ανάλυση που ακολουθεί, είναι ότι το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού του Νοσοκομείου, ανήκει στην υποχρεωτική και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις σε προσωπικό ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης. Το γεγονός αυτό βέβαια δικαιολογείται και από τον ίδιο τον οργανισμό του Νοσοκομείου, που δίνει ιδιαίτερη έμφαση στις κατηγορίες ΥΕ και ΔΕ. Ωστόσο, ακόμα και οι λίγες σχετικά θέσεις που προβλέπονται για τις κατηγορίες Τεχνολογικής ή Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, παραμένουν στο μεγαλύτερο μέρος τους κενές (π.χ. ΠΕ κάλυψη 21%, ΤΕ κάλυψη 56%). Ειδικότερα:

Νοσηλευτικό προσωπικό: Σύμφωνα με τον οργανισμό του Νοσοκομείου, προβλέπονται συνολικά 278 θέσεις και συγκεκριμένα: 10 θέσεις ΠΕ, 60 ΤΕ, 123 ΔΕ και 85 ΥΕ. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.10Β, το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού ανήκει στην κατηγορία ΔΕ όπου έχουν υπερκαλυφθεί οι θέσεις, λόγω της ύπαρξης υπηρετούντων Ι.Δ.Α.Χ. . Ακολουθεί η κατηγορία ΥΕ, στην οποία έχει καλυφθεί το 46% των θέσεων ενώ στην κατηγορία ΤΕ έχει καλυφθεί το 52%. Στη κατηγορία ΠΕ, δεν έχει καλυφθεί καμία από τις 10 προβλεπόμενες θέσεις. Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού στη Νοσηλευτική υπηρεσία –και σε σύγκριση πάντα με τον οργανισμό του Νοσοκομείου- ανήκει στην δευτεροβάθμια και υποχρεωτική εκπαίδευση και σε μικρότερο βαθμό στην ανώτερη εκπαίδευση.

Διοικητικό προσωπικό: Σύμφωνα με τον οργανισμό του Νοσοκομείου, προβλέπονται συνολικά 43 θέσεις και συγκεκριμένα: 8 θέσεις ΠΕ, 5 ΤΕ και 30 ΔΕ. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.10Β, όλες οι θέσεις στην κατηγορία ΔΕ έχουν καλυφθεί, ενώ υπολείπεται 1 θέση στην κατηγορία ΤΕ, και 4 θέσεις στην κατηγορία ΠΕ.

Επιστημονικό μη Ιατρικό προσωπικό: Σύμφωνα με τον οργανισμό του Νοσοκομείου, προβλέπονται συνολικά 21 θέσεις και συγκεκριμένα: 9 θέσεις ΠΕ, 6 ΤΕ και 6 ΔΕ. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.10Β, το μεγαλύτερο μέρος του Επιστημονικού μη ιατρικού προσωπικού (ποσοστιαία) ανήκει στη κατηγορία ΔΕ, όπου οι θέσεις έχουν καλυφθεί κατά 100%. Ακολουθεί η κατηγορία ΤΕ, στην οποία έχει καλυφθεί το 83% των θέσεων ενώ στη κατηγορία ΠΕ, έχει καλυφθεί το 22% των θέσεων. Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι

το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού στη κατηγορία του Επιστημονικού μη Ιατρικού—και σε σύγκριση πάντα με τον οργανισμό του Νοσοκομείου— ανήκει στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση και σε μικρότερο βαθμό στην ανώτερη και ανώτατη.

Τεχνικό και Λοιπό προσωπικό: Σύμφωνα με τον οργανισμό του Νοσοκομείου, προβλέπονται συνολικά 242 θέσεις και συγκεκριμένα: 2 θέσεις ΠΕ, 51 ΔΕ και 189 ΥΕ. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.10Β, το μεγαλύτερο μέρος του Τεχνικού προσωπικού ανήκει στη κατηγορίες ΔΕ, όπου οι θέσεις έχουν καλυφθεί κατά 67%, ενώ ακολουθεί η κατηγορία ΥΕ, στην οποία έχει καλυφθεί το 56% των θέσεων. Αξίζει πάντως να σημειωθεί η παντελής έλλειψη προσωπικού ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης, στη κατηγορία αυτή, στο Νοσοκομείο.

Εκπαιδευτικά Προγράμματα

Τα Προγράμματα που μέχρι σήμερα έχουν υλοποιηθεί στο πλαίσιο της συνεχούς κατάρτισης και εκπαίδευσης του προσωπικού του Νοσοκομείου, έχουν ως ακολούθως:

1. Εκπαίδευση στη Ψυχιατρική Σχολή 2ετούς εκπαίδευσης.
2. Εκπαίδευση στο Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Κοινωνικής Ιατρικής Καθηγητών Ιωαννίνων και Αλεξανδρούπολης κκ Λιάκου και Σακελλαρόπουλου.
3. Εκπαίδευση στους Επαγγελματίες Υγείας των ΚΑΠΗ, του Προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι και Κέντρων Υγείας
 - α. Στην Κατάθλιψη
 - β. Στην Άνοια
4. Εκπαίδευση των 130 νεοπροσληφθέντων του «Ψυχαργός» και 80 ακόμα υπαλλήλων από το ΨΝΤ.
5. Εκπαίδευση στη διάγνωση της άνοιας του δικτύου Alzheimer.
6. Οργάνωση σεμιναρίων για Επαγγελματίες Υγείας σε θέματα Αγωγής Υγείας.
7. Έκδοση φυλλαδίων και ενημερωτικών βιβλίων για την ψυχιατρική αποκατάσταση και την ψυχογηριατρική κατάθλιψη.
8. Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, για την κατάθλιψη ηλικιωμένων
9. Εκπροσώπηση της χώρας στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή, για την οργάνωση Ευρωπαϊκού Master Γεροντολογίας στα πλαίσια σχετικού Ευρωπαϊκού Προγράμματος, με την συμμετοχή εκπροσώπων από όλες τις χώρες της Κοινότητας (1998-2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

4.1 Αξιολόγηση σε εθνικό επίπεδο

Με την ένταξη της Ελλάδας στην Ε.Ε., υιοθετήθηκε ο **Κανονισμός 815** στις 26 Μαρτίου 1984, ο οποίος προέβλεπε έκτακτη οικονομική στήριξη που αφορούσε στη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης σε όλη την Ελλάδα. Σχεδιάστηκε ένα πρόγραμμα δράσης για την ανάπτυξη νέων δομών και υπηρεσιών, με στόχο την κοινωνική ενσωμάτωση και επαγγελματική επανένταξη των ψυχικά ασθενών, καθώς και τη βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης στα δημόσια ψυχιατρεία. Σημαντικό αποτέλεσμα του Κανονισμού 815, για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, ήταν η εμφανής μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Εμφανίστηκε μια νέα μορφή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την ανάπτυξη εξωτερικών ιατρείων, κέντρων ψυχικής υγείας, ψυχιατρικών μονάδων σε γενικά νοσοκομεία, προγραμμάτων προ-επαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης σε κέντρα αποκατάστασης και τη δημιουργία ξενώνων και προστατευμένων διαμερισμάτων στην κοινότητα

Προκειμένου να διασφαλισθεί η συνέχιση των σημαντικών αυτών πρωτοβουλιών μεταρρύθμισης, το Υπουργείο Υγείας ανέλαβε μια πιο μακροπρόθεσμη δέσμευση για τη συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης σε όλη την Ελλάδα. Έτσι αναπτύχθηκε το πρόγραμμα «Ψυχαργός», με στόχο την συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης, με μεγαλύτερη έμφαση, στη σημασία της κοινωνικής επανένταξης και της εισόδου στον εργασιακό χώρο, για τα άτομα με ψυχικές παθήσεις. Συνέχισε τη δημιουργία νέων δομών, για τη παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με βάση την κοινότητα, σε όλη την Ελλάδα, προσφέροντας κατ' αυτόν τον τρόπο τοπικές υπηρεσίες σε όλο τον πληθυσμό και σε όλο το εύρος ηλικιών. Το πρόγραμμα **Α' φάση «Ψυχαργός»**, ξεκίνησε με την δημιουργία συνεργασιών μεταξύ των ψυχιατρείων και των γενικών νοσοκομείων, προκειμένου να ενισχυθεί η συμμετοχή όλων των παραγόντων των αρχών υγείας και πρόνοιας. Τα ψυχιατρεία συμμετείχαν ενεργά στη διαδικασία προετοιμασίας των ασθενών για την κοινωνική επανένταξη, συμπεριλαμβανομένης της επαγγελματικής κατάρτισης για την αγορά εργασίας και την ανεξάρτητη διαβίωσή τους στην κοινότητα. Στα επιτεύγματα του προγράμματος, στο τέλος του 2001, συγκαταλέγονται οι πενήντα πέντε (55) εγκεκριμένες κοινοτικές μονάδες στέγασης ψυχικά ασθενών, η πρόσληψη προσωπικού

περίπου 650 ατόμων και η εκπαίδευσή τους σε θέματα ψυχικής υγείας, για την στελέχωση των δομών αυτών και η αποασυλοποίηση μεγάλου αριθμού χρόνιων ψυχικά ασθενών που διαβιούσαν για πολλά χρόνια στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Επίσης, ένα σημαντικό αποτέλεσμα των προσπαθειών που έγιναν σ' αυτή τη φάση, είναι ότι αντλήθηκε σημαντική εμπειρία και τεχνογνωσία και τέθηκαν οι βάσεις για τις δράσεις της επόμενης προγραμματικής περιόδου, της Β' φάσης «Ψυχαργώζ», πρόγραμμα το οποίο είναι σε εξέλιξη. Το πρόγραμμα αυτό στοχεύει στην αποασυλοποίηση του συνόλου των χρόνιων ασθενών που νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η ανάπτυξη δομών και υποδομών, έχει σχεδιασθεί με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής. Δίδεται έμφαση αφενός στην αποϊδρυματοποίηση, τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και τη κοινωνική επανένταξη 3.500 ασθενών, με μακροχρόνια παραμονή στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας και αφετέρου στη πρωτοβάθμια φροντίδα, την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου. Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία, αντικαθιστά βαθμιαία το μοντέλο νοσηλείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, ενώ η παράλληλη δράση της αποασυλοποίησης, επιτρέπει τη μείωση του μεγέθους και του ρόλου των ψυχιατρικών νοσοκομείων, με στόχο την οριστική κατάργησή τους.

Η πρώτη αναφορά στο θεσμικό-κανονιστικό πλαίσιο για την ανάπτυξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και τη καθιέρωση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής Φροντίδας, γίνεται στο **Νόμο 2071/ 1992**. Έτσι θεσμοθετούνται αρχές όπως η τομεοποίηση, η αποασυλοποίηση και η ανάπτυξη κοινοτικών δομών και υπηρεσιών. Η θεσμοθέτηση των αρχών της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, μέσω των Νόμων 2071/1992 και 2716/1999 έδωσε την δυνατότητα, να αναπτυχθεί μια περιφερειακή πολιτική, στον τομέα παροχής υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην χώρα μας. Η θέσπιση του Νόμου 2716/1999, για την «*Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*», συνέβαλλε σημαντικά στην εφαρμογή και υλοποίηση του προγράμματος «Ψυχαργώζ». Επίσης, διευκόλυνε την ευρύτερη δυνατή συμμετοχή δημοσίων, κυβερνητικών και ιδιωτικών φορέων, στην αλλαγή νοοτροπίας της κοινωνίας, ενθαρρύνοντας τη κατανόηση και τη πιο ευνοϊκή αντιμετώπιση των αναγκών, των ασθενών με προβλήματα ψυχικής υγείας.

4.2 Αξιολόγηση στη περίπτωση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης

Στη παρούσα ενότητα, παρουσιάζεται η διαδικασία παρακολούθησης και ελέγχου, όλων εκείνων των παραμέτρων, που αποτελούν βασική προϋπόθεση της επιτυχούς υλοποίησης των στόχων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, στο Ψυχιατρείο της Τρίπολης. Η διαδικασία αυτή κρίνεται αναγκαία για την εκτίμηση της προόδου του εγχειρήματος και την έγκυρη ανάδειξη τυχόν προβλημάτων και παρεκκλίσεων, με στόχο την διόρθωσή τους.

Η παρακολούθηση της υλοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο Ψ.Ν.Τρίπολης, πρέπει να κινηθεί πάνω σε τέσσερις βασικούς άξονες:

- Στην παρακολούθηση για τη τήρηση του χρονοδιαγράμματος υλοποίησης των νέων δομών, για τον μετασχηματισμό του ψυχιατρείου,
- στις δυνατότητες του προσωπικού του ψυχιατρείου, να στηρίξει αυτή την αλλαγή,
- στην μελέτη για τη δυνατότητα οικονομικής αυτονομίας και βιωσιμότητας των νέων στεγαστικών δομών, μετά τη λήξη της χρηματοδότησης από την Ε.Ε.,
- στις δυνατότητες για Κοινωνική και Επαγγελματική Επανάταξη των ασθενών, μετά την αποϊδρυματοποίησή τους.

4.2.1 Αξιολόγηση της πορείας μετασχηματισμού του Ψυχιατρείου

Η στρατηγική μετεξέλιξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Περιφέρεια Πελοποννήσου και δυτικής Ελλάδας και η παύση λειτουργίας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Τρίπολης, εξαρτάται από την αλλαγή της στρατηγικής των Γενικών Νοσοκομείων των δύο αυτών Περιφερειών. Μόνο εφ' όσον τα Γενικά αυτά Νοσοκομεία, δραστηριοποιηθούν έγκαιρα και με επάρκεια, στην ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας και συγκρατήσουν τους ψυχικά ασθενείς των περιοχών ευθύνης τους, είναι δυνατή η επίτευξη των στόχων της συντελούμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Η τήρηση των χρονοδιαγραμμάτων ανάπτυξης, όλων των δράσεων που αναφέραμε στο προηγούμενο κεφάλαιο, θα οδηγήσει στην διακοπή της ροής ασθενών προς το ψυχιατρικό Νοσοκομείο, με άμεσο αποτέλεσμα την δυνατότητα για παύση της λειτουργίας του. Κάθε καθυστέρηση ή αδυναμία υλοποίησης των νέων δομών, αυτόματα θα οδηγήσει σε παρεκκλίσεις και θα μεταθέσει χρονικά την παύση την κατάργηση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Τρίπολης (Ψ.Ν.Τ.,2003).

Στο 3^ο κεφάλαιο του παραρτήματος, παρουσιάζονται πίνακες με χρονοδιαγράμματα επιλεγμένων δομών, των οποίων θα έπρεπε να έχει ολοκληρωθεί η ανάπτυξή τους και να έχει αρχίσει η λειτουργία τους, στο τέλος του 2003. Οι πίνακες αυτοί, έχουν ενημερωθεί με στοιχεία μέχρι τέλους του 2004 και η παρουσίαση είναι ενδεικτική, δεδομένου του μεγάλου αριθμού των έργων, από την υλοποίηση των οποίων επωφελούμενο Ψυχιατρείο είναι το Ψ.Ν. Τρίπολης (συνολικός αριθμός έργων 73). Σκοπός μας είναι, να καταγράψουμε τη μέχρι σήμερα πορεία υλοποίησης, να εντοπίσουμε τα στάδια εκείνα στα οποία υπήρξε χρονική απόκλιση από τον αρχικό σχεδιασμό, να προσπαθήσουμε να αιτιολογήσουμε τις παρατηρούμενες αποκλίσεις, ώστε να προβλέψουμε τη περαιτέρω πορεία υλοποίησης της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης που θα σηματοδοτήσει και τον χρονικό ορίζοντα κατάργησης του Ψυχιατρείου. Τέλος, σημαντικό βήμα είναι η καταγραφή των αιτίων των καθυστερήσεων αυτών, ώστε με τις κατάλληλες επεμβάσεις και διορθωτικές κινήσεις, να αποφευχθούν περαιτέρω παρατάσεις που θα απομακρύνουν περισσότερο τον στόχο μας.

Από την παρουσίαση των παραπάνω στοιχείων, παρατηρούμε πως στη πλειοψηφία των έργων, υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ προγραμματισμένου και πραγματικού χρόνου έναρξης λειτουργίας των κοινοτικών δομών θεραπείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, καθώς και των δομών αποασυλοποίησης. Οι καθυστερήσεις μάλιστα αυτές, σε κάποιες περιπτώσεις πλησιάζουν ακόμα και τα 2 χρόνια, γεγονός που δυσχεραίνει σε μεγάλο βαθμό την επιτυχή υλοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και φυσικά αναβάλει την παύση λειτουργίας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης. Έχει ωστόσο ιδιαίτερο ενδιαφέρον να σταθούμε στις αιτίες οι οποίες αναθεωρούν τον αρχικό σχεδιασμό. Από την ανάλυση των χρονοδιαγραμμάτων των έργων που προαναφέραμε, οι σημαντικότερες καθυστερήσεις κατά σειρά σπουδαιότητας, συνδέονται με:

- Καθυστέρηση στον έλεγχο και στην έγκριση των Τεχνικών Δελτίων των έργων, από την Διαχειριστική Αρχή του «Ε.Π. Υγεία- Πρόνοια».
- Δυσκολία στην εύρεση χώρων για την στέγαση των επιμέρους δομών, που είναι αποτέλεσμα του κοινωνικού στίγματος για τη ψυχική ασθένεια, το οποίο δεν ευνοεί την προσφορά κτιρίων για στέγαση ψυχιατρικών δομών.
- Προμήθεια εξοπλισμού, που σχετίζεται με την εν γένει γραφειοκρατία του Δημόσιου Τομέα.

- Επιλογή-πρόσληψη και κατάρτιση προσωπικού. Οι καθυστερήσεις εδώ, οφείλονται τόσο στην γραφειοκρατία των Υπουργείων, Υγείας και Οικονομικών για τις σχετικές εγκρίσεις, αλλά κυρίως στις χρονοβόρες διαδικασίες του ΑΣΕΠ.

Όπως έχει ήδη επισημανθεί, οι ροές των ασθενών προς το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης, εξαρτώνται άμεσα από την υλοποίηση των ψυχιατρικών τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία του ΠεΣΥΠ Πελοποννήσου, καθώς επίσης και του ΠεΣΥΠ Δυτικής Ελλάδας. Η δημιουργία κάθε νέου ψυχιατρικού τμήματος, σηματοδοτεί αυτόματα τη διακοπή της εισροής των ασθενών, από τον αντίστοιχο νομό, ενώ η έναρξη λειτουργίας των κοινοτικών δομών και των δομών αποασυλοποίησης, θα απορροφήσουν τους υφιστάμενους ασθενείς του Νοσοκομείου.

Στον πίνακα 4.1, που ακολουθεί, παρουσιάζεται με πορτοκαλί χρώμα η πρόβλεψη λειτουργίας των νέων ψυχιατρικών τμημάτων, σε σχέση με την αρχικά προβλεπόμενη, σύμφωνα με το Ε.Π «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006». Ως απόρροια των σημαντικών καθυστερήσεων που παρατηρούνται, η εισροή των ασθενών προς το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο θα παραταθεί τουλάχιστον μέχρι το 2007 (Πίνακας 4.2). Σε περίπτωση που τα συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα σημειώσουν νέες καθυστερήσεις, η παύση λειτουργίας του Νοσοκομείου, θα μετατίθεται για το αντίστοιχο κάθε φορά χρονικά διάστημα.

Πίνακας 4.1: Πρόβλεψη έναρξης λειτουργίας Ψυχιατρικών τμημάτων

ΝΟΜΟΣ	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Αρκαδία		**				
Λακωνίας		**				
Μεσσηνία	**					
Κορινθίας			*			
Αργολίδας			*			
Αχαΐας		**				
Αιτωλοκαρνανίας			*			
Ηλείας		**				

*: έναρξη λειτουργίας σύμφωνα με τον αρχικό σχεδιασμό

** : δεν έγινε έναρξη λειτουργίας

Πίνακας 4.2: Πρόβλεψη ροών ασθενών προς το Ψ.Ν.Τ.

ΝΟΜΟΣ	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Αρκαδία	137	132	132	132	0	0	0
Λακωνίας	112	108	92	90	85	0	0
Μεσσηνία	259	239	172	0	0	0	0
Κορινθίας	87	80	60	64	69	0	0
Αργολίδας	100	112	108	115	120	120	0
Αχαΐας	146	131	164	176	189	0	0
Αιτωλοκαρνανίας	109	87	104	112	0	0	0
Ηλείας	119	133	148	159	0	0	0
Άλλοι Νομοί	111	108	68	65	60	50	0
ΣΥΝΟΛΟ	1.180	1.130	1.048	913	523	170	0

Σημ: Η πρόβλεψη έχει υπολογισθεί, λαμβάνοντας υπόψη τις τάσεις των στατιστικών στοιχείων παρελθόντων ετών του Νοσοκομείου.

Αντίστοιχες είναι και οι διαπιστώσεις, σχετικά με την έναρξη λειτουργίας των δομών αποασυλοποίησης (Οικοτροφεία, προστατευόμενα διαμερίσματα, ξενώνες). Η μετάθεση της έναρξης λειτουργίας, «μπλοκάρει» ουσιαστικά την μεταφορά των υφιστάμενων χρονίων ασθενών του Νοσοκομείου, καθιστώντας της λειτουργία του απολύτως αναγκαία.. Παράλληλα, όσο συνεχίζονται οι εισροές προς το Ψ.Ν.Τ., ελλοχεύει ο κίνδυνος αύξησης των ασθενών που ασυλοποιείται, με αποτέλεσμα την αύξηση των χρονίων ασθενών, καθώς και την ανάγκη για την δημιουργία νέων δομών αποασυλοποίησης. Στον Πίνακα 4.3 που ακολουθεί, επιχειρείται μία πρόβλεψη των ροών των χρονίων ασθενών προς το Ψ.Ν.Τ.:

Πίνακας 4.3: Πρόβλεψη ροών χρονίων ασθενών στο Ψ.Ν.Τ.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ	2004	2005	2006	2007	Σύνολο
Χρόνιοι ασθενείς	58	64	37	12	171

Σημ: Η πρόβλεψη έχει βασισθεί σε στοιχεία παρελθόντων ετών, βάσει των οποίων υπολογίζουμε τους χρόνιους ασθενείς ως περίπου 7-9% επί του συνόλου.

Με βάση τις παραπάνω διαπιστώσεις, καθίσταται σαφές πως η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, επιτυγχάνεται με πολύ πιο αργούς ρυθμούς από αυτούς που είχαν προβλεφθεί και εκτιμηθεί, κατά τον αρχικό σχεδιασμό. Η υψηλή γραφειοκρατία που χαρακτηρίζει τον δημόσιο τομέα, οι δυσκολίες επιλογής, πρόσληψης και κατάρτισης προσωπικού, σε συνδυασμό με μία σειρά από άλλες αδυναμίες λόγω της φύσης και του μεγέθους του εγχειρήματος, οδήγησαν στην σοβαρή επιβράδυνση του προγράμματος. Οι καθυστερήσεις στο μεγαλύτερο μέρος των δομών, οι οποίες σε κάποιες περιπτώσεις προσεγγίζουν ακόμη και τα δύο χρόνια, αναπόφευκτα θα επηρεάσουν και την παύση λειτουργίας του Ψ.Ν.Τ. Με βάση τις εκτιμήσεις που περιγράψαμε, οι ροές αυτές θα πάνουν οριστικά (και εφόσον δεν υπάρξουν νέες καθυστερήσεις), στα τέλη του 2007.

Παράλληλα, ο αυξημένος αριθμός των χρόνιων ασθενών που αναμένεται να νοσηλεύεται στο Ψ.Ν.Τ. και εκτιμάται ότι θα προσεγγίζει τους 171 στα τέλη του 2007, δημιουργεί πρόσθετες ανάγκες δομών αποασυλοποίησης, οι οποίες φαίνεται αρκετά δύσκολο να έχουν ολοκληρωθεί πριν το 2008. Υπό το πρίσμα αυτό, φαίνεται πως η παύση της λειτουργίας του Ψ.Ν.Τ., δεν είναι δυνατό να επιτευχθεί μέσα στην προσεχή 5ετία, γεγονός που θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στα πλαίσια διαρκούς στήριξής του από το αρμόδιο ΠεΣΥΠ, τόσο από πλευράς προσωπικού, όσο και από πλευράς υποδομών και εξοπλισμού.

4.2.2 Αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού

Το Ψ.Ν.Τρίπολης είναι σε μια διαδικασία μετασχηματισμού, που επιβάλλεται από τη μεταρρύθμιση που επιχειρείται στο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης της χώρας μας. Η αλλαγή από την κλασική στην κοινοτική ψυχιατρική απαιτεί επάρκεια εκπαιδευμένου προσωπικού, κυρίως νοσηλευτών ψυχικής υγείας, οι οποίοι θα διαθέτουν όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά, όπως επιστημονικές γνώσεις εμπειρία, δεξιότητες, ταχεία σκέψη και αντίληψη, ορθότητα κρίσης και ικανότητα επίλυσης των προβλημάτων, εντιμότητα, φαντασία δημιουργικότητα, εχεμύθεια και προ πάντων υπομονή, προκειμένου να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην προσπάθεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών (Ο.Πολυχρονοπούλου, 2003:263). Ο ρόλος των εργαζομένων ενός Ψυχιατρικού Νοσοκομείου, στην διαδικασία μετασχηματισμού, είναι καίριας σημασίας: η θετική ή αρνητική τους στάση, η λιγότερο ή περισσότερο ενεργός εμπλοκή τους στις προσπάθειες αλλαγής, αποτελούν σημαντική παράμετρο όχι μόνο για την επίτευξη των στόχων, αλλά και για τη μέτρηση αυτής της ίδιας της αποτελεσματικότητας της μεταρρύθμισης. Η διερεύνηση των απόψεων των εργαζομένων, πάνω στα θέματα που

αφορούν στην εργασία τους και στις συνθήκες στις οποίες αυτή διεξάγεται, αλλά κυρίως ο βαθμός ικανοποίησης ή ματαίωσης των προσδοκιών τους και ο βαθμός κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out), από τη δύσκολη εργασία της παροχής φροντίδας σε ψυχικά πάσχοντες, είναι ένα από τα βασικότερα ζητήματα που απασχολούν ένα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.

Ο αριθμός ερευνών σχετικά με το burnout στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται ως χαμηλός (Τικταπανίδου, 2002). Ειδικά για εργαζομένους ψυχιατρικών οι έρευνες είναι πραγματικά ελάχιστες. Μία έρευνα στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Τουλούμης και συν, 1992), αφορούσε στο εργασιακό στρες στο σύνολο του προσωπικού και αναφέρει ότι το νοσηλευτικό και το τεχνικό προσωπικό παρουσιάζει υψηλότερα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας. Ο Αλεκτορίδης (2003), μελέτησε όλες της κατηγορίες επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε θεραπευτικές δομές για άτομα εξαρτημένα από ψυχοδραστικές ουσίες και ανέφερε ότι πάνω από 50% του δείγματος του παρουσίαζαν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Είναι σημαντικό να λαμβάνουμε υπόψη, ότι τα αίτια του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης δεν σχετίζονται μόνο με την φύση της εργασίας, που για το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει επισημανθεί ότι το 1/3 νοσηλευτών στον κόσμο εμφανίζει συμπτώματα στρες και εξάντλησης (Fitzth-Cozens, 1997) και το οργανωσιακό πλαίσιο της υπηρεσίας που εργάζονται, αλλά και με δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, καταγωγή, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση) και τα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων (Αντωνίου, 1999). Ιδιαίτερα τονίζεται η σημασία του πλαισίου κοινωνικής υποστήριξης, όπως αυτό που προσφέρει η οικογένεια.

Έντονα εμφανής είναι η έλλειψη μεθοδολογίας πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου. Τα τελευταία χρόνια, επισημάνθηκε η ανάγκη για λήψη μέτρων στο χώρο της ψυχικής υγείας, λόγω μάλιστα και των νέων συνθηκών που επιφέρει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση που βρίσκεται σε εξέλιξη. Μία πρώτη προσπάθεια έγινε μέσω μίας σύμπραξης φορέων από την Ελλάδα με αντίστοιχους του εξωτερικού (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής). Αποτέλεσμα αυτής, ήταν η έκδοση ενός οδηγού με τίτλο «Πρόληψη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στις ψυχιατρικές θεραπευτικές και αποκαταστασιακές δραστηριότητες» (ΕΠΑΨΥ, 2003). Η δράση περιελάμβανε την εκπαίδευση προσωπικού και την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών και του κοινού σχετικά με την πρόληψη και την αντιμετώπιση του burnout. Ανάλογες δράσεις οφείλουν να αναλάβουν και άλλοι φορείς στο

χώρο, προσαρμόζοντας τις δράσεις στις ανάγκες του προσωπικού τους και στην ιδιαιτερότητα του πλαισίου, έτσι ώστε να διασφαλισθεί όχι μόνο η ψυχολογική και σωματική υγεία των εργαζομένων, αλλά και να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς όφελος των χρηστών.

4.2.3 Αξιολόγηση της κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης των ασθενών.

Μέχρι πριν από μερικές δεκαετίες, ο εγκλεισμός στο ψυχιατρείο και συχνά, η ισόβια παραμονή σ' αυτό, ήταν η κύρια μορφή απάντησης στην σοβαρή ψυχική διαταραχή. Η βαθύτερη αιτία του αποκλεισμού, όμως, ήταν και εξακολουθεί να είναι το γεγονός ότι οι ψυχικά ασθενείς θεωρούνταν «κοινωνικό βάρος» για το οποίο δεν επιφυλασσόταν παρά η «καταπιεστική προστασία» του ασύλου. Μετά το τέλος του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου, μια σειρά από παράγοντες, όπως:

- οι καταγγελίες για την αθλιότητα των ασύλων και την καταπάτηση των δικαιωμάτων των ασθενών,
- τα κοινωνικά κινήματα, για την αποϊδρυματοποίηση των ψυχικά ασθενών, σαν μέρος της διεύρυνσης του πεδίου των ανθρωπίνων δικαιωμάτων,
- αναδιρθρώσεις στις κοινωνικές δαπάνες και στη δημοσιονομική διαχείριση διαφόρων χωρών, στη βάση της αντίληψης, ότι ο ασθενής κοστίζει πιο ακριβά (κόστος νοσοκομειακής κλίνης) στο μεγάλο ίδρυμα, απ' ότι η διαχείρισή του στην κοινότητα κ.α.,

συνετέλεσαν στην αλλαγή των αντιλήψεων και των πρακτικών και, με διαφορετικούς τρόπους και ρυθμούς σε κάθε χώρα, στο ξεκίνημα της Αποϊδρυματοποίησης των ασθενών των μεγάλων ψυχιατρείων και στη κοινωνική τους επανένταξη. Εκεί όμως, που η αποϊδρυματοποίηση έγινε στη βάση μόνο της λογικής της δημοσιονομικής αναδιάρθρωσης, το αποτέλεσμα δεν ήταν η κοινωνική ένταξη του πρώην εγκλείστου αλλά η απλή μεταφορά του σε μικρότερα ιδρύματα.

Όταν μιλάμε λοιπόν για **Κοινωνική Επανένταξη**, δεν εννοούμε τη μεταφορά του ασθενή από τον «χώρο του εγκλεισμού» στον χώρο του «κοινωνικού αποκλεισμού» στο χώρο δηλ. του κοινωνικού περιθωρίου. Οι κοινοτικές δομές, όπου διαβιούν οι ψυχικά ασθενείς, δεν πρέπει να είναι παρά μια μεταβατική μορφή στέγασης και διαμεσολαβητής ανάμεσα στην ιδρυματική ζωή των ενοίκων του και στην κοινότητα. Αυτό σημαίνει ότι η δραστηριότητα

των λειτουργιών των κοινοτικών δομών και η θεραπευτική δουλειά με τους ενοίκους, δεν μπορεί να ολοκληρωθεί αν δεν έλθει σε αμοιβαία σχέση με τον μετασχηματισμό του κοινωνικού πεδίου, έτσι που η ένταξη των ασθενών να μη βασίζεται σε ανοχή αλλά σε ουσιαστική αποδοχή. Επομένως όταν μιλάμε για κοινωνική επανένταξη, δεν σημαίνει καθόλου ότι η ευθύνη του κράτους και της κοινωνίας τελειώνει με την εγκατάσταση των ασθενών σε ξενώνες. Αυτό όμως, είναι ένα πρόβλημα που δεν έχει λυθεί ακόμα: ποια δηλαδή μορφή θα πάρει η έξοδος των ασθενών από τα ψυχιατρεία και ποιοι κοινωνικοί και επαγγελματικοί ρόλοι τους επιφυλάσσονται. Το πρόβλημα αυτό, είναι υπαρκτό και έντονο και στην περίπτωση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Τρίπολης. Έχοντας ολοκληρώσει την ανάπτυξη των κοινοτικών του δομών και την εγκατάσταση ασθενών του-με καταγωγή κυρίως από την Αρκαδία σ' αυτές, βρίσκεται αντιμέτωπο με κρίσιμα ερωτήματα: Υπάρχει η κοινωνική αποδοχή και η υποστήριξη του εγχειρήματος, ώστε να πραγματοποιηθεί μια ουσιαστική κοινωνική επανένταξη αυτών των ασθενών; Υπάρχει η προοπτική για την επαγγελματική τους αποκατάσταση και σε ποιο βαθμό είναι αυτή δυνατή σε αυτό τον κόσμο της επισφαλούς εργασίας και της μαζικής ανεργίας;

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης, για την υποστήριξη της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών, στο πλαίσιο ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού της Αρκαδίας, αλλά και της ευρύτερης περιοχής των Περιφερειών Πελοποννήσου και Δυτικής Ελλάδας, έχει διαμορφώσει και έχει υποβάλλει στο Υπουργείο Υγείας για έγκριση, ένα διετές και εκ των ιδίων του πόρων (αποθεματικό), σχέδιο επικοινωνιακής πολιτικής με στόχο:

- Να περιορισθούν στο ελάχιστο δυνατόν οι κοινωνικές αντιδράσεις και
- Να ενημερωθεί το ευρύ κοινό για τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας τόσο στα πλαίσια λειτουργίας του Γενικού Νοσοκομείου όσο και στις υπό ανάπτυξη εξωνοσοκομειακές δομές.

Οι προτάσεις του σχεδίου αυτού, περιλαμβάνουν δημιουργία τηλεοπτικού και ραδιοφωνικού SPOT, λειτουργία εκθέσεων παραγομένων έργων ασθενών, στις πόλεις που θα αναπτυχθούν ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία, δημιουργία ομάδων ασθενών που θα αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες κοινωνικού ενδιαφέροντος, όπως καθαρισμός ακτών, δενδροφυτεύσεις κ.λ.π., με παράλληλη προβολή τους από τα Μ.Μ.Ε., διοργάνωση ενημερωτικών ημερίδων στις πρωτεύουσες των Νομών της Πελοποννήσου και της Δυτικής Ελλάδας με την συμμετοχή ανθρώπων της τέχνης και του πολιτισμού, καλλιτεχνικές και αθλητικές εκδηλώσεις, δημιουργία ιστοσελίδας από το Ψ.Ν.Τρίπολης κ.λ.π. Τέλος και

προκειμένου να υπάρχει ο συντονισμός όλων των φορέων και των ενεργειών που οι ανωτέρω προτάσεις συνεπάγονται, προτείνεται η σύσταση και λειτουργία με ευθύνη του Ψ.Ν. Τρίπολης, Ειδικού Γραφείου Συντονισμού, με ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό.

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, στον ευρωπαϊκό χώρο, ταυτόχρονα με την τάση για κατάργηση των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων, αναπτύσσονται δραστηριότητες εργασιακής επανένταξης των ψυχικά ασθενών, ενώ παρατηρείται η τάση για μετατροπή των προστατευμένων εργαστηρίων για ψυχικά πάσχοντες, σε παραγωγικές μονάδες, οργανωμένες πάνω σε επιχειρηματική βάση και με πραγματικές συνθήκες εργασίας. Η τάση αυτή, έχει φέρει στο προσκήνιο, νέου τύπου οργανωτικές-νομικές μορφές όπως ο «Κοινωνικός Συνεταιρισμός» και η «Κοινωνική Επιχείρηση» που αποτελούν τα τελευταία χρόνια, τις πλέον διαδεδομένες μορφές, για την ανάληψη τέτοιων δραστηριοτήτων.

Η γενικότερη αυτή τάση, αντανakλάται και στην Ελλάδα, με τη θέσπιση του νέου νομικού πλαισίου για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» (Νόμος 2716/99) και ειδικότερα με τη θεσμοθέτηση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε. - άρθρο 12). Με την αξιοποίηση του νέου και καινοτόμου θεσμού των Κοι.Σ.Π.Ε. από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης, είναι δυνατή η αξιοποίηση όλων των μέχρι σήμερα πρωτοβουλιών του, που αποσκοπούσαν στην κοινωνικο-επαγγελματική ένταξη των ψυχικά ασθενών του (θεραπευτικά εργαστήρια κατάρτισης).

Για την υποστήριξη της επαγγελματικής αποκατάστασης, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης, είτε μέσα από Ευρωπαϊκά συγχρηματοδοτούμενα Προγράμματα, είτε με πρωτοβουλία των στελεχών του, έχει αναπτύξει έντονη δραστηριότητα στη δημιουργία, Συνεταιριστικών Θεραπευτικών Μονάδων και Εργαστηρίων Κατάρτισης, όπου εκπαιδεύεται και απασχολείται σημαντικά μεγάλος αριθμός ψυχικά ασθενών. Η μη ύπαρξη όμως του κατάλληλου θεσμικού πλαισίου, είχε δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία των δομών αυτών.

Οι δομές που δημιουργήθηκαν στο παρελθόν από το Νοσοκομείο, αποτελούσαν στην μεγάλη πλειοψηφία τους, προστατευμένες θεραπευτικές δομές, με μικρή παραγωγική και εμπορική δραστηριότητα. Ο επιχειρησιακός αναπροσανατολισμός τους, τίθεται πλέον ως μια πραγματικότητα, που πηγάζει από την ανάγκη της ένταξης των ατόμων της ομάδας στόχου σε δομές, που αφενός εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις βιωσιμότητάς τους, αφετέρου,

προσφέρουν συνθήκες πραγματικής εργασίας και κατ' επέκταση, αξιοπρεπούς διαβίωσης των εργαζομένων ψυχικά πασχόντων.

Στο πλαίσιο αυτό, επιβάλλεται η δημιουργία ενός Κοι.Σ.Π.Ε. στη περιοχή της Τρίπολης, που θα υποστηρίξει αφενός μεν τις προσπάθειες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ασθενών του Νοσοκομείου, αλλά θα δημιουργήσει και τις προϋποθέσεις, εναλλακτικής διαδικασίας προώθησης στην απασχόληση, ψυχικά ασθενών που δεν έχουν νοσηλευθεί και διαβιούν στην ευρύτερη περιοχή της Αρκαδίας.

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης, ήδη βρίσκεται στη κατεύθυνση να αναλάβει στο πλαίσιο αυτό, σειρά υποστηρικτικών ενεργειών για τη σύσταση και λειτουργία Κοι.Σ.Π.Ε, όπως:

- Εκπόνηση επιχειρησιακής μελέτης (Business Plan)
- Έρευνα αγοράς, για προϊόντα ή υπηρεσίες με συγκριτικό πλεονέκτημα
- Διάθεση εξειδικευμένου προσωπικού, για την επιχειρησιακή λειτουργία του Συνεταιρισμού
- Διάθεση εξειδικευμένου προσωπικού, για τη ψυχολογική υποστήριξη των συμμετεχόντων ψυχικά ασθενών- συνεταιριστών
- Χρηματοδότηση της αγοράς συνεταιριστικών μεριδίων, από άπορους ασθενείς
- Ανάλυση πρωτοβουλιών ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της τοπικής κοινωνίας
- Παραχώρηση της χρήσης περιουσιακών στοιχείων (ακίνητα, αγροτεμάχια, εξοπλισμός), για τη παραγωγική και επιχειρησιακή οργάνωση του Κοι.Σ.Π.Ε.

Σκοπός της δραστηριότητας αυτής του Ψ.Ν.Τρίπολης, είναι να υποστηρίξει ενεργά τη διαδικασία σύστασης του Κοι.Σ.Π.Ε., σε συνεργασία με το απασχολούμενο προσωπικό του Νοσοκομείου, τους ψυχικά ασθενείς της Αρκαδίας και μελλοντικά ίσως και τους ασθενείς όλης της Περιφέρειας Πελοποννήσου, άλλους φορείς της περιοχής και πιθανά ευαισθητοποιημένα φυσικά πρόσωπα

4.2.4 Οικονομική αξιολόγηση

Η ανάγκη μακροχρόνιου και αποδοτικού προγραμματισμού, ως πηγή αποφάσεων με γνώμονα την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, προϋποθέτει την όσο το δυνατόν ακριβή γνώση του κόστους λειτουργίας των μονάδων παραγωγής έργου. Ο ρόλος της οικονομικής αξιολόγησης, είναι να υποστηρίξει τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, σχετικά με την επιλογή και χρηματοδότηση εκείνων των προγραμμάτων που μεγιστοποιούν τα οφέλη

υγείας που μπορούν να προέλθουν από τη δαπάνη μιας συγκεκριμένης ποσότητας πόρων (Ματσαγγάνης Μ.2002).

Σκοπός τη παρούσας μελέτης, είναι να γίνει μια συγκριτική μελέτη κόστους νοσηλείας, μεταξύ των ασθενών του Ψ.Ν.Τρίπολης, που διαβιούν στα τμήματα νοσηλείας του Ψυχιατρείου και σ' αυτά των εξωνοσοκομειακών δομών του προκειμένου να διαπιστωθεί αν ο αποϊδρυματισμός των ψυχικά ασθενών και η διαβίωσή τους σε μικρές κοινοτικές δομές, εκτός από τα οφέλη που προαναφέρθηκαν (αύξηση ικανοποίησης των ασθενών, κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση, βελτίωση συνθηκών και ποιότητα ζωής, απόκτηση δεξιοτήτων, ανάκτηση βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων κ.λ.π.), μειώνει ή αυξάνει το κόστος φροντίδας, σε σύγκριση με το νοσοκομειακό κόστος περίθαλψης των ασθενών.

Υλικό και μέθοδος αξιολόγησης

Οι υπό εξέταση μονάδες, είναι οι εξωνοσοκομειακές δομές, καθώς και τμήματα νοσηλείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης. Αντιμετωπίζοντας τις δομές ψυχικής αποκατάστασης, ως μονάδες παραγωγής σημαντικού έργου, προσπαθήσαμε να υπολογίσουμε το κόστος λειτουργίας τους. Είναι γνωστό ότι, το κόστος κάθε παραγωγικού τομέα, προκύπτει όταν προϋπάρχει κοστολογική οργάνωση η οποία προϋποθέτει εφαρμογή της αναλυτικής λογιστικής, η οποία με την σειρά της προϋποθέτει την εφαρμογή της Γενικής λογιστικής.

Το Ψ.Ν. Τρίπολης, δεν έχει αναπτύξει την αναλυτική λογιστική εφ' όσον η υποχρέωση που προκύπτει από το Π.Δ. 146/2003, αρχίζει από 01/01/2005. Εφαρμόζει όμως τη Γενική Λογιστική, από 01/01/2003 και είναι από τα λίγα Νοσοκομεία της χώρας, που έκλεισε ισολογισμό, με την διπλογραφική μέθοδο σύμφωνα με το Π.Δ. 205/98, την 31/12/2003.

Τα στοιχεία που παραθέτονται στην παρούσα μελέτη, προέρχονται από την Γενική Λογιστική, έτσι όπως αυτή εφαρμόζεται μηχανογραφικά στο Ψ.Ν.Τρίπολης, κατ' εφαρμογή των Π.Δ. 205/98 μέχρι 31/12/2003 και 146/03 από 1/1/2004.

Πίνακας 4.4: Εξωνοσοκομειακές δομές και τμήματα νοσηλείας του Ψ.Ν.Τρίπολης

A/A	ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΔΟΜΕΣ	ΤΜΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟΥ
1	1 ^ο Προστατευόμενο διαμέρισμα	Τμήματα Αποασυλοποίησης 2.
2	2 ^ο Προστατευόμενο διαμέρισμα	Τμήματα Αποασυλοποίησης 3.
3	3 ^ο Προστατευόμενο διαμέρισμα	Μονάδα βραχείας Νοσηλείας.
4	4 ^ο και 5 ^ο Προστατευόμενο διαμέρισμα	Κλειστό τμήμα Βραχείας νοσηλείας.
5	Ξενώνας «Εστία» και Γ'	Ενδονοσοκομειακός Ξενώνας «Πελασγία»
6	Ξενώνας Β	Ενδονοσοκομειακός Ξενώνας «Ηραία»
7	Ξενώνας «Ηώς»	Εξωτερικά ιατρεία.
8	Ξενώνας «Λευκοθέα»	
9	Οικοτροφείο «Αριάδνη»	
10	Οικοτροφείο «Ζέφυρος»	

Στοιχεία κόστους του Ψ.Ν.Τρίπολης και των Εξωνοσοκομειακών δομών για το 2004

A. Κόστος άμεσων υλικών παραγωγής

Κόστος άμεσων υλικών παραγωγής, είναι το κόστος κτήσεως των ενσωματωμένων στο παραγόμενο προϊόν, πρώτων και βοηθητικών υλών, κατά τρόπο άμεσο.

Στην προκειμένη περίπτωση, τα υλικά το κόστος των οποίων συμμετέχει στο σχηματισμό του αρχικού κόστους των παραγόμενων υπηρεσιών είναι:

1. Κόστος φαρμάκων
2. Κόστος τροφής
3. Κόστος αναλωσίμων υλικών

Πηγή των συγκεκριμένων πληροφοριών, είναι η Γενική Λογιστική του Νοσοκομείου και συγκεκριμένα τα δεδομένα των λογαριασμών της ομάδας 2 «Αποθέματα», που στους αναλυτικούς λογαριασμούς της, παρακολουθούνται οι διακινήσεις των υλικών, με τιμή κτήσεως.

Παρατίθενται πίνακες αναλώσεων φαρμάκων, τροφίμων και λοιπών υλικών, ανά δομή:

Πίνακας 4.5 : Κόστος άμεσων υλικών ανά Δομή.

ΔΟΜΕΣ	ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΔΟΜΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ (%)
ΦΑΡΜΑΚΑ		
ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ	19.369,14	10,78
ΞΕΝΩΝΕΣ	84.126,39	46,80
ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ	76.251,12	42,42
ΣΥΝΟΛΟ	179.746,65	100
ΤΡΟΦΗ		
ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ	33.548,61	18,44
ΞΕΝΩΝΕΣ	69.452,61	38,18
ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ	78.908,55	43,38
ΣΥΝΟΛΟ	181.909,77	100
ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ		
ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ	14.847,06	10,30
ΞΕΝΩΝΕΣ	65.602,53	45,48
ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ	63.773,34	44,22
ΣΥΝΟΛΟ	144.222,93	100

B. Κόστος άμεσης εργασίας παραγωγής

Άμεση εργασία είναι το πραγματικό κόστος του χρόνου εργασίας που διατίθεται στην παραγωγή της συγκεκριμένης υπηρεσίας.

Η πληροφορία αντλείται από την Γενική Λογιστική και από τον πρωτοβάθμιο λογαριασμό 60 «Αμοιβές και Έξοδα Προσωπικού». Πρόκειται για το σημαντικότερο στοιχείο κόστους των παραγόμενων υπηρεσιών, είναι δε δυνατόν να μετρηθεί με απόλυτη ακρίβεια και ως εκ τούτου, να αποτελέσει προσδιορισμό κόστους, υψηλού βαθμού αξιοπιστίας.

Παρατίθεται πίνακας κόστους Μισθοδοσίας ανά δομή. Στα διαμερίσματα δεν υπάρχει κόστος μισθοδοσίας γιατί δεν υπάρχει μόνιμο προσωπικό, εξυπηρετείται από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας.

Πίνακας 4.6 : Κόστος άμεσης εργασίας ανά Δομή.

ΔΟΜΕΣ	ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΔΟΜΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ
ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ		
ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ	-	0
ΞΕΝΩΝΕΣ	1.057.120,47	60,88
ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ	679.191,48	39,12
ΣΥΝΟΛΟ	1.736.311,95	100

Γ. Κόστος άμεσων λοιπών εξόδων παραγωγής

Στο κόστος άμεσων λοιπών εξόδων παραγωγής, συμμετέχουν έξοδα τα οποία δεν εντάσσονται στην κατηγορία της ανάλωσης των αποθεμάτων και της άμεσης εργασίας και είναι, ενοίκια , αμοιβές τρίτων και γενικά έξοδα.

Η πληροφορία αντλείται στην δεδομένη περίπτωση, από την ομάδα 6: «Οργανικά Έξοδα κατ' είδος».

Παρατίθενται πίνακες κατανομής δαπανών, ενοικίων και λοιπών διαφόρων εξόδων ανά δομή:

Πίνακας 4.7 : Κόστος άμεσων λοιπών εξόδων ανά Δομή.

ΔΟΜΕΣ	ΚΟΣΤΟΣ ΑΝΑ ΔΟΜΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ
ΕΝΟΙΚΙΑ		
ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ	12.568,32	21,35
ΞΕΝΩΝΕΣ	36.850,47	62,59
ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ	9.459,00	16,06
ΣΥΝΟΛΟ	58.877,79	100
ΔΙΑΦΟΡΑ ΕΞΟΔΑ		
ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ	15.900,00	8,65
ΞΕΝΩΝΕΣ	130.666,56	71,02
ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ	37.417,29	20,33
ΣΥΝΟΛΟ	183.983,85	100

Πίνακας 4.8 : Κόστος νοσηλείας Ασθενών ανά Δομή.

ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΔΟΜΗ					
		ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ	ΞΕΝΩΝΕΣ	ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ
ΑΜΕΣΑ ΥΛΙΚΑ	ΦΑΡΜΑΚΑ	19.369,14	84.126,39	76.251,12	179.746,65
	ΤΡΟΦΗ	33.548,61	69.452,61	78.908,55	181.909,77
	ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ	14.847,06	65.602,53	63.773,34	144.222,93
ΣΥΝΟΛΟ		67.764,81	219.181,53	218.933,01	505.879,35
ΑΜΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑ		0,00	1.057.120,47	679.191,48	1.736.311,95
ΛΟΙΠΑ ΕΞΟΔΑ	ΕΝΟΙΚΙΑ	12.568,32	..36.850,47	9.459,00	58.877,79
	ΔΙΑΦΟΡΑ ΕΞΟΔΑ	15.900,00	130.666,56	37.417,29	183.983,85
ΣΥΝΟΛΟ		28.468,32	167.517,03	46.876,29	242.861,64
ΑΠΟΣΒΕΣΕΙΣ		10.432,50	23.532,39	15.666,18	49.631,07
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ		106.665,63	1.467.351,42	960.666,96	2.485.052,94
ΑΣΘΕΝΕΙΣ		12	42	32	86
ΚΟΣΤΟΣ /ΑΣΘΕΝΗ		8.888,80	34.936,94	30.020,84	28.895,96
ΚΟΣΤΟΣ ΑΣΘΕΝΗ /ΗΜΕΡΑ		24,35	95,72	82,25	79,16

Δ. Κόστος νοσηλείας ασθενών, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης.

Πίνακας 4.9 :: Κόστος νοσηλείας ασθενών στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης

ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ Ψ.Ν.Τ.	
ΑΜΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	5.181.618,00 €
ΑΜΕΣΑ ΥΛΙΚΑ	1.155.540.00 €
ΛΟΙΠΑ ΕΞΟΔΑ	958.998.00 €
ΑΠΟΣΒΕΣΕΙΣ	708.612.00 €
ΣΥΝΟΛΟ	8.004.768.00 €
ΑΣΘΕΝΕΙΣ	1117
ΚΟΣΤΟΣ /ΑΣΘΕΝΗ	7.166,31€
ΚΟΣΤΟΣ ΑΣΘΕΝΗ /ΗΜΕΡΑ	175 €

Ε. Έσοδα εξωνοσοκομειακών δομών

Πίνακας 4.10 : Ανάλυση Εσόδων Εξωνοσοκομειακών Δομών

ΔΟΜΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΥΠΟΛΟΙΠΟ 2003	ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΑΜΕΙΑ 2004	ΕΣΟΔΑ/ΔΟΜΗ
ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ(5)	12	0,00	78.840	78.840
ΞΕΝΩΝΕΣ(4)	42	7.875,43	628.530	636.405,43
ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ(2)	32	8.336,15	408.800	417.136,15
ΣΥΝΟΛΟ	86	16.211,58	1.116.170	1.132.381,58.

Η στήλη Απαιτήσεις από Ταμεία προκύπτει αν πολλαπλασιάσουμε το ποσό που δικαιολογούν τα ταμεία για τη νοσηλεία κάθε ασθενή ημερησίως. Το ποσό αυτό διαφοροποιείται ανάλογα με τη δομή. Συγκεκριμένα, στα Διαμερίσματα αναλογούν 18 € ανά ασθενή την ημέρα, στους Ξενώνες 41 € και στα Οικοτροφεία 35 €. Στο σύνολο των εσόδων δεν υπολογίζονται οι επιχορηγήσεις για μισθοδοσία.

Συμπέρασμα

Η Ψυχική ασθένεια έχει αναγνωρισθεί διεθνώς, ότι τείνει να κατακτήσει μία από τις υψηλότερες θέσεις της λίστας των σύγχρονών ασθενειών. Το μέγεθος και η επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές παθήσεις και οι διαταραχές συμπεριφοράς, είναι τεράστιο σε όρους ανθρώπινους, κοινωνικούς και οικονομικούς.

Το υλικό κόστος, τόσο για τις οικογένειες των ψυχικά ασθενών, όσο και για τις εθνικές οικονομίες, είναι δυσβάσταχτο. Δεν είναι όμως μόνο το οικονομικό βάρος, που επιμερίζονται Κράτος και πολίτες, από τις συνέπειες των ψυχικών παθήσεων. Μετρήσιμα στοιχεία θεωρούνται, εκτός από τις ανάγκες των κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών, η αναγκαστική ανεργία και η μειωμένη παραγωγικότητα των ασθενών, η μειωμένη παραγωγικότητα άλλων μελών των οικογενειών τους, λόγω αναγκαστικής υποστήριξης των ασθενών, οι πρόωροι θάνατοι, καθώς και τα επίπεδα εγκληματικότητας και δημόσιας ασφάλειας.

Με την παρουσίαση των στοιχείων κόστους στην παρούσα μελέτη αποδεικνύεται, ότι το κόστος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις κοινοτικές ψυχιατρικές δομές, στη φάση που οι δομές λειτουργούν παράλληλα με το Ψυχιατρείο, είναι μεγαλύτερο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι κατά τη φάση ανάπτυξης των νέων δομών περίθαλψης απαιτείται ένα επιπρόσθετο κόστος, το οποίο όμως υποσκελίζεται από την καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών, σε συνδυασμό με την βελτίωση της υγείας τους (μείωση της φαρμακοθεραπείας). Το βέβαιο είναι ότι το κόστος λειτουργίας των δομών καλύπτεται πλήρως από τις εισφορές των ασφαλιστικών ταμείων των ασθενών, με την προϋπόθεση να μην επιβαρύνονται με το κόστος μισθοδοσίας.

4.3 Αποτελέσματα - Επιτεύγματα-Προβλήματα

Παρά τις δυσκολίες και τις αντιξοότητες που παρατηρήθηκαν κατά την εφαρμογή παλαιότερων Μεταρρυθμιστικών Προγραμμάτων στο τομέα ψυχικής υγείας στη χώρα μας, της Α΄ Φάσης του Προγράμματος «Ψυχαργώς», και μετά την μέχρι σήμερα πορεία στη παρούσα Β΄ Φάση, τα αποτελέσματα της προσπάθειας αυτής, έχουν αρχίσει να γίνονται ορατά και μπορούμε πλέον να μιλάμε για σημαντικά δεδομένα στη συντελούμενη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην χώρα μας. Όσον δε αφορά σε αυτήν, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Τρίπολης, έχουν γίνει μεν πολλά, αλλά υπολείπεται ένα τεράστιο ακόμα έργο, επιφορτισμένο ήδη με πολλά προβλήματα και αρκετές καθυστερήσεις που όμως, αφορούν και είναι στην

ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, των αρμοδίων Πε.Σ.Υ.Π. αλλά και των Διοικήσεων των Γενικών Νοσοκομείων των Περιφερειών Πελοποννήσου και Δυτικής Ελλάδος.

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης, ολοκλήρωσε με επιτυχία, όλα τα έργα για την ανάπτυξη των κοινοτικών δομών που προβλέπονταν στον σχεδιασμό της Β΄Φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός», με αποτέλεσμα την αποασυλοποίηση σε αυτές, ακόμα 50 περίπου χρόνιων ασθενών του. Η επιτυχής αυτή πορεία του Ψ.Ν. Τρίπολης και η ολοκλήρωση των έργων του μέσα στον χρονικό σχεδιασμό της Μεταρρύθμισης, οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, όπως ήδη αναφέρθηκε. Η τεχνογνωσία και η εμπειρία των στελεχών του, η αποδοχή των ενεργειών του από την κοινωνία της Τρίπολης και κυρίως η θετική-πλεονασματική οικονομική θέση του Νοσοκομείου, είναι οι βασικοί συντελεστές αυτής της πορείας. Όμως οι δράσεις του Ψ.Ν. Τρίπολης, είναι ένα μόνο μέρος της όλης διαδικασίας για την ολοκλήρωση του μετασχηματισμού του, μέχρι την οριστική παύση της λειτουργίας του και θα πρέπει οι προβληματισμοί μας να είναι ευρύτεροι, να αφορούν στο σύνολο των δράσεων που θα «ωφελήσουν» το Ψυχιατρείο της Τρίπολης και οι προτάσεις μας να έχουν ως στόχο, την αντιμετώπιση του συνόλου των προβλημάτων, που θα καθυστερήσουν ή και θα εμποδίσουν, την επιτυχή πραγματοποίηση αυτού του εγχειρήματος. Η ανάλυση που ακολουθεί, η οποία είναι βασισμένη στη SWOT ανάλυση, είναι μια συνοπτική παρουσίαση των πλεονεκτημάτων, των αδυναμιών, των δυνατοτήτων αλλά και των απειλών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης στην διαδικασία μετασχηματισμού του.

A.Πλεονεκτήματα(Strengths):

- Η εμπειρία του Ψ.Ν.Τρίπολης και των στελεχών του, στην ανάπτυξη προγραμμάτων αποασυλοποίησης.
- Η διακηρυγμένη εθνική πολιτική για τη μετεξέλιξη του Νοσοκομείου
- Το 10ετές πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης «Ψυχαργός» και οι σχεδιασμένες παρεμβάσεις του, για την κατάργηση των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.
- Η εξασφαλισμένη χρηματοδότηση, των δράσεων αποασυλοποίησης και ανάπτυξης κοινοτικών δομών, από πόρους του Ε.Π. «Υγεία –Πρόνοια 2002-2006» και η πλεονασματική οικονομική θέση του Νοσοκομείου.
- Το πολυάριθμο ήδη υπηρετούν ανθρώπινο δυναμικό του Νοσοκομείου.

Β. Αδυναμίες (Weaknesses) :

- Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, αλλά και τα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, του υπηρετούντος προσωπικού.
- Ο αυξανόμενος αριθμός εισαγωγών, στο Ψυχιατρείο.
- Η έλλειψη επαρκούς αριθμού ψυχιάτρων.

Γ. Δυνατότητες – Ευκαιρίες (Opportunities) :

- Η πλήρης αξιοποίηση, του Ε.Π. «Υγεία – Πρόνοια 2002-2006».
- Η πλήρης αξιοποίηση, του πολυαριθμού υπηρετούντος ήδη ανθρώπινου δυναμικού.

Δ. Κίνδυνοι (Threats) :

- Η εξάρτηση των στόχων του Νοσοκομείου, από δράσεις άλλων Νοσοκομείων στο ίδιο Πε.Σ.Υ.Π., αλλά και νοσοκομείων άλλων όμορων Πε.Σ.Υ.Π.
- Η καθυστέρηση του χρονοδιαγράμματος υλοποίησης των νέων δομών.
- Η ανεξέλεκτη αύξηση των ζητούμενων υπηρεσιών στις νέες δομές.
- Οι περιορισμένες δυνατότητες επέκτασης και δημιουργίας νέων, πέρα από τις προγραμματισμένες, δομών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με βάση τις κατευθύνσεις που έχουν τεθεί στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης, θα έπρεπε να συνεχίσει να παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μέχρι το τέλος του 2006, οπότε και να παύσει να λειτουργεί, μετεξελισσόμενο σε Ψυχιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου της Τρίπολης.

Η κατευθυντήρια αυτή προοπτική, καθορίζει και τον τρόπο διαχείρισης αυτής της αλλαγής, προκειμένου να επιτύχει αφενός μεν τη μεταστέγαση των χρόνιων ασυλικών ασθενών, που τώρα διαβιούν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, σε ειδικές αποκαταστασιακές κοινοτικές δομές και αφετέρου να διαχειριστεί όλους τους πόρους που σήμερα κατέχει (υποδομή, ανθρώπινο δυναμικό κ.α.) ενόψει της μετεξέλιξής του. Επίσης, προοπτική του Νοσοκομείου είναι η αξιοποίηση των πόρων του και της πλούσιας εμπειρίας των στελεχών του, στην κατεύθυνση της υποστήριξης των στόχων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στο Νομό Αρκαδίας. Η προοπτική αυτή υποβοηθά την επιχειρούμενη μετεξέλιξη του Νοσοκομείου, την ανάπτυξη των δομών ψυχικής υγείας στην ευρύτερη περιοχή, αλλά κυρίως υποβοηθά την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο Νομό Αρκαδίας.

Προβλήματα προκύπτουν από το γεγονός ότι η στρατηγική μετεξέλιξης του Νοσοκομείου, εξαρτάται και από την ανάπτυξη της στρατηγικής των Γενικών Νοσοκομείων των όμορων Νομών της Αρκαδίας, αφού μόνο εφόσον τα Γενικά αυτά Νοσοκομεία δραστηριοποιηθούν έγκαιρα και με επάρκεια, στην ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας και συγκαταστήσουν τους ψυχικά ασθενείς των περιοχών ευθύνης τους, είναι δυνατή η μετεξέλιξη του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Τρίπολης. Έτσι, είναι καθοριστικής σημασίας για την μετεξέλιξη του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου, το πόσο έγκαιρα θα αναπτυχθούν από τα Γενικά Νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής, τα προβλεπόμενα Ψυχιατρικά τους Τμήματα και οι υπόλοιπες προβλεπόμενες δομές ψυχικής υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση, Κέντρα Ημέρας κ.α.). Σύμφωνα με τα μέχρι τώρα δεδομένα το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης έχει ολοκληρώσει το σύνολο των δομών που προβλεπόταν ν' αναπτύξει ενώ τα Γενικά Νοσοκομεία της Περιφέρειας παρουσιάζουν σημαντικές καθυστερήσεις. Για το λόγο αυτό η παύση λειτουργίας του ΨΝΤ μετατίθεται για το 2008.

Πρέπει να επισημανθεί επίσης, πως ορθώνονται σημαντικές αντιστάσεις από μεμονωμένα πρόσωπα που κατέχουν θέσεις «κλειδιά» στην διαδικασία λήψης και εφαρμογής των αποφάσεων. Αντιστάσεις, οι οποίες στο μεγαλύτερο μέρος οφείλονται, σε έλλειψη γνώσης ή κατανόησης, της σημασίας των έργων, για την εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Με άλλα λόγια, αντιστάσεις που οφείλονται σε προκαταλήψεις απέναντι στην ψυχική διαταραχή.

Για να μην υπάρξει περαιτέρω καθυστέρηση στην ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης προτείνονται τα εξής:

- Ενεργοποίηση, κατά κύριο λόγο της διοίκησης των ΠεΣΥΠ αλλά και των Γενικών Νοσοκομείων, με στόχο, την στενή παρακολούθηση και ολοκλήρωση των απαραίτητων εξωνοσοκομειακών δομών, στις οποίες αποδέκτης υλοποίησης είναι το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο. Ειδικότερα, θα μπορούσε να συσταθεί μια ομάδα εξωτερικών συνεργατών και στελεχών Νοσοκομείων, με εξειδίκευση και εμπειρία, η οποία σε συνεργασία με τη Διοίκηση των ΠεΣΥΠ και των Νοσοκομείων, θα προωθεί και θα παρακολουθεί όλα των αναγκαία βήματα για την επίτευξη των νέων στόχων.
- Αξιοποίηση των διαθέσιμων οικονομικών-πόρων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου, αλλά και της πλούσιας εμπειρίας των στελεχών του, στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η οποία καθιστά το Νοσοκομείο ικανό φορέα στην ανάληψη πρωτοβουλιών ανάπτυξης κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας, που έχουν ήδη σχεδιαστεί και η σύσταση και λειτουργία τους έχει ανατεθεί σε άλλους φορείς υγείας. Πιο συγκεκριμένα, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης μπορεί να αναλάβει τη σύσταση κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας, όπως η Κινητή Μονάδα και το σύνολο των δομών για τον Αυτισμό, που προβλέπεται στο 10ετές Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης «Ψυχαργός» να συσταθούν από το «Παναρκαδικό» Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης. Είναι αυτονόητο, ότι η λειτουργία των νέων αυτών δομών, θα περιέλθει στην αρμοδιότητα του «Παναρκαδικού» Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης, με την παύση της λειτουργίας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου.
- Δραστηριοποίηση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου σε συνεργασία με τις διοικήσεις των Π.Ε.Σ.Υ.Π. Πελοποννήσου και Δυτικής Ελλάδας και των Γενικών Νοσοκομείων που εποπτεύουν, στη διοργάνωση συσκέψεων εργασίας και εκπαιδευτικών-ενημερωτικών σεμιναρίων με αντικείμενο την ενημέρωση,

πληροφόρηση και συνεπώς ενεργοποίηση αυτών στη φιλοσοφία και τις πρακτικές που εισάγει η συντελούμενη ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Τα σεμινάρια, θα πρέπει να απευθύνονται κατά τεκμήριο, στα διοικητικά και άλλα στελέχη των Γενικών Νοσοκομείων και να στοχεύουν στο να ενημερώσουν, να εκπαιδεύσουν και συνεπώς να ενεργοποιήσουν τα στελέχη αυτά, αφού θα κληθούν σύντομα να αναλάβουν την υποστήριξη των Φορέων τους, στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Να σημειωθεί ότι η δραστηριότητα αυτή, έχει ήδη ξεκινήσει σε ορισμένα Νοσοκομεία (Τρίπολη, Καλαμάτα, Σπάρτη), σε συνεργασία με το Πε.Σ.Υ.Π. Πελοποννήσου και έχει αποφέρει τα πρώτα θετικά αποτελέσματα.

- Ενημέρωση της τοπικής κοινωνίας της Τρίπολης και ευρύτερα της Αρκαδίας και των όμορων νομών, για την φιλοσοφία και τις προοπτικές της μεταρρύθμισης, μέσα από την διοργάνωση ημερίδων και λοιπών ανάλογων δραστηριοτήτων. Με τον τρόπο αυτό θα καμφθούν οι αντιστάσεις που προβάλλονται από την τοπική κοινωνία, οι οποίες οφείλονται σε προκαταλήψεις και έλλειψη γνώσης και θα οδηγήσουν στην κατανόηση της σημασίας των έργων για την εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού.

- Ανάπτυξη δραστηριοτήτων εργασιακής (επαν)ένταξης των ψυχικά ασθενών με τη δημιουργία Κοι.Σ.Π.Ε. στην περιοχή της Τρίπολης, που θα υποστηρίξει, αφενός μεν τις προσπάθειες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ασθενών του Νοσοκομείου, αλλά και θα δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για την επαγγελματική ένταξη, όλων των ψυχικά ασθενών που διαβιούν στην ευρύτερη περιοχή της Αρκαδίας. Ο προβλεπόμενος Κοι.Σ.Π.Ε. στην περιοχή της Τρίπολης, είναι απαραίτητο να συσταθεί και να λειτουργήσει μέσα από συναινετικές διαδικασίες της Διοίκησης του Νοσοκομείου, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που απασχολούνται στο Νοσοκομείο, αλλά και των ιδίων των χρηστών των υπηρεσιών που παρέχει το Νοσοκομείο, καθώς και ευαισθητοποιημένων φυσικών προσώπων από την περιοχή της Αρκαδίας. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο προτείνεται να αναλάβει στο πλαίσιο αυτό, σειρά υποστηρικτικών ενεργειών για τη σύσταση του Κοι.Σ.Π.Ε., όπως εκπόνηση επιχειρησιακών μελετών και ερευνών αγοράς, διάθεση εξειδικευμένου προσωπικού, χρηματοδότηση της αγοράς συνεταιριστικών μεριδίων από άπορους ασθενείς, παραχώρηση της χρήσης περιουσιακών στοιχείων κ.α.

- Ανάπτυξη προνοιακών δομών στην περιφέρεια. Δεδομένου ότι πολύ μεγάλος αριθμός χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι γηριατρικά ή ψυχογηριατρικά

περιστατικά, νοητικές υστερήσεις και λοιπά προνοιακού τύπου περιστατικά, χρειάζεται να λειτουργήσουν προνοιακές δομές, για την αποφυγή του κινδύνου παραμονής ασυλικών ασθενών στο Ψυχιατρείο της Τρίπολης. Προοδευτικά, αυτό θα αναδεικνύεται όλο και περισσότερο απαραίτητο, δεδομένων των δημογραφικών αλλαγών της Περιφέρειας (γήρανση του πληθυσμού) και του ρόλου των σύγχρονων οικογενειών

- Τέλος, ανάπτυξη των δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κινητές Ψυχιατρικές Μονάδες, Νοσηλεία κατ' οίκον κλπ) πριν από τη λειτουργία των ψυχιατρικών τομέων των γενικών νοσοκομείων. Η λειτουργία ψυχιατρικών τμημάτων στα Γενικά Νοσοκομεία, πολλές φορές απαιτεί πολύπλοκες διαδικασίες (απαλλοτριώσεις, προμελέτες, εγκρίσεις, χρηματοδοτήσεις) οι οποίες, πιθανότατα καθυστερούν περαιτέρω την τήρηση των χρονοδιαγραμμάτων. Εκτός από μικρότερο οικονομικό κόστος και χρόνο που οι δομές αυτές απαιτούν για να λειτουργήσουν, θα «φιλτράρουν» τη ροή ασθενών προς το Ψυχιατρείο και θα περιορίσουν τον κίνδυνο δημιουργίας νέων χρόνιων ασθενών και περαιτέρω παράτασης της λειτουργίας του.

Στο πλαίσιο αυτό, έχει προγραμματιστεί η έναρξη λειτουργίας του Κέντρου Ψυχικής Υγείας στην Τρίπολη, δομή η οποία έχει συσταθεί στο παρελθόν, έχει λειτουργήσει υποτυπωδώς από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, αλλά μέχρι σήμερα δεν έχει συστήσει το σύνολο των προβλεπόμενων θέσεων του προσωπικού. Η λειτουργία του Κέντρου, προβλέπεται στη Β' Φάση του «Ψυχαργός» και έχει προεγκριθεί για ένταξη στο Ε.Π. «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006». Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, θα λειτουργεί στο πλαίσιο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου έως το τέλος της λειτουργίας αυτού, οπότε και θα υπαχθεί στο Πε.Σ.Υ.Π Πελοποννήσου, ως ανεξάρτητη Μονάδα Υγείας του Νομού.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση είναι μια συλλογική προσπάθεια της Πολιτείας, των Ψυχιάτρων, των άλλων επαγγελματιών Ψυχική Υγείας και τη Κοινωνίας για την οριστική αντιμετώπιση των αναγκών του ανθρώπου, που δημιουργούνται από την ψυχική ασθένεια.

Η επιχειρούμενη στη χώρα μας, εφαρμογή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης με αφητηρία τον Κανονισμό 815/1984 και στη συνέχεια τα Προγράμματα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» Α' και Β', έτσι όπως έχει διαμορφωθεί μέχρι σήμερα, κινδυνεύει να αποδειχθεί ότι δεν είναι μια πραγματικά βαθιά τομή, στα ψυχιατρικά πράγματα, αλλά βιτρίνα για τον εξωραϊσμό του παλαιού, αναχρονιστικού ιδρυματικού συστήματος, που αποδείχθηκε ότι βρισκόταν σε βαθιά κρίση. Σε αυτά τα πλαίσια, η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, κινδυνεύει να αναχθεί σε απλή εφαρμογή των Κοινοτικών οδηγιών και απορρόφησης κονδυλίων, με στόχο τη κατάργηση των κλινών των Ψυχιατρείων και όχι σε υπέρβαση του Ιδρυματικού θεσμού σε επίπεδο θεραπευτικό, διοικητικό και κοινωνικό. Κινδυνεύει δηλαδή να είναι, μια κατ' όνομα και όχι κατ' ουσία Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση που εμείς θα πρέπει να επιδιώξουμε, χρειάζεται μια άλλη οργάνωση, όχι ιατροκεντρική, όχι νοσοκομειοκεντρική, όχι φαρμακοκεντρική, αλλά ανοικτή στην κοινότητα υψηλού επιστημονικού επιπέδου με ικανά σε αριθμό, εμπειρία και εξειδικευμένα στελέχη. Μια κοινότητα που δεν μπορεί και δεν πρέπει να ανάγεται σε έναν απλό διοικητικό-γεωγραφικό τομέα ευθύνης, αλλά να αφορά στους κοινωνικούς όρους σε όλη τη συγκεκριμένη πολυπλοκότητά τους με όλες τις αντιφάσεις που τους διέπουν, που αποτελούν το πεδίο όπου αναδύεται ο ψυχικός πόνος.

Καθίσταται επομένως σαφές ότι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση θα εδραιώνεται και θα διευρύνεται όσο θα αυξάνει ο αριθμός των επαγγελματιών που την υπηρετούν με πάθος και ανθρωπιά και όσο η κοινωνία θα τη στηρίζει και θα απαιτεί από την Πολιτεία τη σταθερή και διαρκώς αναβαθμιζόμενη παρέμβασή της και μέριμνα. Σε αντίθετη περίπτωση θα παραμείνει ένα μέτρο της Πολιτείας που θα συντηρούν άσβεστο εκείνοι οι ονειροπόλοι που την εμπνεύστηκαν, τη στηρίζαν και την υπηρετούν με όσες δυνάμεις διαθέτουν, διότι πρόκειται για μια δύσκολη και απαιτητική διαδικασία που δεν έχει τέλος, όπως δεν έχουν τέλος οι ανάγκες των ανθρώπων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Antoine D (1993). La psychiatrie en chiffres. *La Sante Mentale*,σελ.72
- Balduzzi E. & Balduzzi C. (1989). Le contexte actuel. *L'Information Psychiatrique*, τεύχος 7,
- Blanpain J. E. (1994). Health care reform: the European experience. In: Blanpain J. E., Blendon R. E., Benteley J. D. (Ed.). *Changing the health care system: models from here and abroad*. National Academy of Sciences: Washington.
- Boufford I. (1994). European health care reform and primary care. In: Blanpain J. E., Blendon R. E., Benteley J. D. (Ed.). *Changing the health care system: models from here and abroad*. National Academy of Sciences: Washington.
- DE Girolamo G. & Tumminello G. (1989). La reforme dans le paysage international. *L'Information Psychiatrique* 7: 157
- De Salvia D. (1989). Evolution de l'assistance après la reforme de 1978. *L'information Psychiatrique*, τεύχος 7,
- Firth-Cozens J (1997). *Stress in Health Professionals*. In Baum A, Newman S, Weinman J, West R, & Mc Manus, C. (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, UK: Cambridge University Press
- Freeman (1983). Concepts of community psychiatry. *British journal of hospital medicine*, 30: 90-96
- Garrabe J. & Kapsambelis V. (1993). Nouvelles structures intermédiaires et mouvement de désinstitutionalisation, *Psychiatrie*, 3790, σελ. 10,
- Hurst S. W. (1991). Reforming health care in seven European nations. *Health Affairs*, 10: 7-21
- INSERM – DGS – Ministre de la Santé (1994). Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale.
- Jones M. (1953). *The therapeutic community*. Basic books: New York
- Kovess V., Boisguerin B., Antoine D., Reynauld M. (1995). Has the sectorisation of psychiatric services in France really been effective? *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 30(3):132-8
- Lecomte Y. (1988). Le processus de désinstitutionalisation aux Etats –Unis, *Santé Mentale au Québec* τεύχος 13, σελ. 2,

- Smith A. (1995). *Greek Psychiatric Reform: The Management of change*. Εισήγηση στο Συνέδριο Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και οι νέες δομές ψυχιατρικής φροντίδας του ΕΣΥ στην Ελλάδα (πρακτικά συνεδρίου 26-27/11/1993 στο Εθνικό Κέντρο Ερευνών «ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ», επιμέλεια έκδοσης Α. Κωνσταντόπουλος, Αθήνα 1995).
- Wallot H. (1988) L' idéologie de la désinstitutionalisation en psychiatrie, *L'Information Psychiatrique*, τεύχος 10.
- Williams P., De Salvia D., Tansella M. (1986). Suicide, psychiatric reform and the provision of psychiatric services in Italy. *Social psychiatry*, τεύχος 21.
- Αλεκτορίδης Π. (2003). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες εργαζόμενους που εργάζονται σε θεραπευτικές δομές για άτομα εξαρτημένα από ψυχοδραστικές ουσίες. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 81, 26-32
- Αναγνωστόπουλος Φ & Παπαδάτου Δ (1992). Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογικά θέματα*, 5(3), 183-202
- Αντωνιάδη Χ. (2003). Ο ρόλος του Ψυχιατρικού Νοσηλευτή στην κοινότητα. Στο: Δαμίγος Δ. (Επιμ.) Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Παπαζήσης: Αθήνα.
- Γκιωνάκης Ν. και Στυλιανίδης Σ. (Επιμ.) (2001). Οδηγός Ψυχικής Υγείας. Ε.Π.Α.Ψ.Υ.: Αθήνα
- Ζάβρας Α.Ι., Κερασούλα Α., Βασιλικιώτης Ν. (2002). Διαχείριση των Μεταρρυθμίσεων σε Συστήματα Υγείας. *Υγειονομική Μεταρρύθμιση και Management, Προβληματισμοί και Προοπτικές*. Έκδοση επιλεγμένων εργασιών του 3^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας, Μάιος 2002.
- Λιάκος Α. (2003). Κοινωνική και κοινοτική ψυχιατρική και εφαρμογές της στην Ελλάδα. Στο: Δαμίγος Δ. (Επιμ.) Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Παπαζήσης: Αθήνα.
- Λιάκος Α. (2003). *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων-Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Εφαρμογές της στην Ελλάδα*, T.Lemperiere-A.Feline και συν. Αποσπάσματα από τον Β' Τόμο: Κοινωνική και Κοινοτική Ψυχιατρική, στο «Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη», Συντ. έκδοσης, Δημ Δαμίγος, σελ.62,64,68.
- Μαδιανός Μ. (1994). Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση. Από το άσυλο στην κοινότητα. Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα

- Μαδιανός Μ. Γ. (1994). Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της: από τη θεωρία στην πράξη. Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα
- Μαυρατζώτου Κ. (2001). *Το Δεκαετές Σχέδιο Ανάπτυξης και Εκσυγχρονισμού των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*. Στο: Μπρούμας Β. (Επιμ.) Πολιτισμός και Ψυχική Υγεία, Εργασίες Επιστημονικής Δημερίδας, Μεσολόγγι, Νοέμβριος 2001
- Μαυρατζώτου Κ. (2003) Ο σύνθετος ρόλος των φορέων ψυχικής υγείας, στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Στο: Δαμίγος Δ. (Επιμ.) Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Παπαζήσης: Αθήνα.
- Ματσαγγάνης Μ. (2002). «Η οικονομική αξιολόγηση στην υγεία» στο Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος Α' Πάτρα 2002, σελ. 187.
- Π.Ο.Υ. (2002). Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001: Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα. Επιμέλεια έκδοσης στα ελληνικά: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας
- Παπαδάτος Γ. (1987). «Η ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής. Ψυχική υγεία και τοπική αυτοδιοίκηση», στο Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή, Γ. Παπαδάτος Α. Στογιαννίδου Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, σελ. 24
- Παπαδάτου Δ & Αναγνωστόπουλος Φ (1999). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα.
- Ο. Πολυχρονοπούλου 2003, «Η Ψυχική Υγεία στην Κοινότητα: Νέες Νοσηλευτικές προσεγγίσεις στο: Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια περίθαλψη, Συντονιστής έκδοσης: Δημήτρης Δαμίγος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2003, σελ. 263.
- Σταλίκας Α, Τριλίβα Σ. και Ρούσση Π.(2002). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα, 220-221
- Τικταπανίδου Α (2002). *Το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Έλληνες Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας: Θεωρητικές και Πρακτικές Προσεγγίσεις*. Ε.Π.Α.Ψ.Υ.: Αθήνα
- Τουλούμης Χ, Μανηφάβας Α, Ζουμβρούλη Α, Μάτσα Κ, Παντέ Β, Πανέτας Κ, Κόντης Κ και Βερβενιώτης Σ (1991). Μελέτη δεικτών εργασιακού στρες και ψυχικής υγείας στον χώρο του Ψ.Ν.Α. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 36, 16-20.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2001). *Ψυχαργώς 2001 - 2010: Πρόγραμμα Ανάπτυξης Δομών και Υποδομών στον Τομέα Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα (επιμέλεια έκδοσης: Μ.Υ.Π.Ε.Π.)

- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης (2003). Επιχειρησιακό Σχέδιο Ανάπτυξης του Ψ.Ν.Τ. , εκπόνηση μελέτης ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΕΠΕ, Φεβρουάριος του 2003.
- Ε.Π. «Ανταγωνιστικότητα, 2004», Πρόγραμμα: «Ενίσχυση Επιχειρηματικότητας Ατόμων με Αναπηρίες, Μέτρο 2.8, 1^ο /2004 σελ. 6,7,

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Στο παράρτημα αυτό παρουσιάζονται:

1. Πίνακες δομών αποασυλοποίησης και κοινοτικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ΠεΣΥΠ Πελοποννήσου και Δυτικής Ελλάδος:
 - Πίνακας δομών αποασυλοποίησης και κοινοτικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ΠεΣΥΠ Πελοποννήσου (πίνακας 1.1)
 - Πίνακας δομών αποασυλοποίησης και κοινοτικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ΠεΣΥΠ Δυτικής Ελλάδος (πίνακας 1.2)
2. Πίνακες οικονομικών στοιχείων Ψ.Ν.Τρίπολης χρήσης 2003:
 - Ισολογισμός 31/12/2003
 - Αποτελέσματα χρήσεως και
 - Λογαριασμός γενικής εκμετάλλευσης
3. Πίνακες χρονοδιαγραμμάτων επιλεγμένων έργων, ΠεΣΥΠ Πελοποννήσου και ΠεΣΥΠ Δυτικής Ελλάδος (πίνακες)
4. Νομοθεσία (Νόμος 2716/1999 και Νόμος 2071/1992)

1. Πίνακες δομών αποασυλοποίησης και κοινοτικών δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ΠεΣΥΠ Πελοποννήσου και Δυτικής Ελλάδος Β' Φάσης.

Πίνακας 1.1: Δομές αποασυλοποίησης και κοινοτικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ΠεΣΥΠ Πελοποννήσου

A/A	Τίτλος Έργου	Νομός	Επωφελούμενο Ψυχιατρείο	Έναρξη Προετοιμασίας	Έναρξη Λειτουργίας	Π/Υ (σε χιλ. ευρώ)	Λειτουργία
Π ε . Σ . Υ . Π . Π Ε Λ Ο Π Ο Ν Ν Η Σ Ο Υ							
Γενικό Νοσοκομείο Άργους							
1	Ξενώνας Βραχείας Νοσηλείας Ενηλίκων	Αργολίδας	Ψ.Ν.Τ.	1/2005	2/2007	473,95	
2	Ψυχιατρικό Τμήμα	Αργολίδας	Ψ.Ν.Τ.	2/2003	2/2006	2320,31	
3	Πολυδύναμο Κέντρο αντιμετώπισης της κρίσης των χρηστών Ναρκωτικών	Αργολίδας	Ψ.Ν.Τ.	2/2004	2/2007	1186,95	
Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας							
1	Δύο (2) Διαμερίσματα	Καλαμάτα	Ψ.Ν.Τ.	4/2002	4/2003	95	ΝΑΙ-2004
2	Ψυχιατρικό Τμήμα	Μεσσηνίας	Ψ.Ν.Τ.	4/2001	1/2004	566,17	
3	Κέντρο Ψυχικής Υγείας	Μεσσηνίας	Ψ.Ν.Τ.	3/2002	4/2004	1138,28	ΟΧΙ
ΟΧΙ4	Ξενώνας Βραχείας Παραμονής	Μεσσηνίας	Ψ.Ν.Τ.	3/2002	4/2004	564,97	
5	Κέντρο Ημέρας	Μεσσηνίας	Ψ.Ν.Τ.	1/2004	2/2006	357,68	
6	Πολυδύναμο Κέντρο αντιμετώπισης της κρίσης των χρηστών Ναρκωτικών	Μεσσηνίας	Ψ.Ν.Τ.	3/2003	3/2006	1241,68	
7	Κινητή Μονάδα	Μεσσηνίας	Ψ.Ν.Τ.	2/2004	3/2006	238,04	

Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου							
1	2 Προστατευμένα Διαμερίσματα	Κορινθίας	Ψ.Ν.Τ.	1/2003	1/2004	95	ΟΧΙ
2	Ψυχιατρικό Τμήμα	Κορίνθου	Ψ.Ν.Τ.	3/2003	3/2006	2320,31	
3	Κέντρο Ημέρας για τον Αυτισμό	Κορίνθου	Ψ.Ν.Τ.	1/2005	2/2007	412,3	
4	Κινητή Μονάδα	Κορίνθου	Ψ.Ν.Τ.	1/2004	2/2006	238,04	
Γενικό Νοσοκομείο Ναυπλίου							
1	Δύο (2) Διαμερίσματα για 8 άτομα με ψυχικές διαταραχές	Ναύπλιο	Ψ.Ν.Τ.	3/2002	3/2003	158,47	ΝΑΙ
2	Κέντρο Ψυχικής Υγείας	Αργολίδας	Ψ.Ν.Τ.	1/2004	2/2006	657,61	
3	Κέντρο Ημέρας για τον Αυτισμό	Αργολίδας	Ψ.Ν.Τ.	1/2004	2/2006	412,3	
Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης							
1	Δύο (2) Προστατευμένα Διαμερίσματα	Σπάρτη	Ψ.Ν.Τ.	3/2002	3/2003	110	ΝΑΙ
2	Ψυχιατρικό Τμήμα	Λακωνίας	Ψ.Ν.Τ.	2/2003	2/2006	2320,31	
3	Κινητή Μονάδα	Λακωνίας	Ψ.Ν.Τ.	1/2004	2/2006	238,04	
Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης							
1	Ψυχιατρικό Τμήμα	Αρκαδίας	Ψ.Ν.Τ.	3/2003	3/2006	3220,31	
2	Ολοκληρωμένο Κέντρο για τον Αυτισμό	Αρκαδίας	Ψ.Ν.Τ.	3/2003	3/2006	3308,2	
3	Πολυδύναμο Κέντρο αντιμετώπισης της κρίσης των χρηστών Ναρκωτικών	Αρκαδίας	Ψ.Ν.Τ.	3/2003	3/2006	1241,68	
4	Κινητή Μονάδα	Αρκαδίας	Ψ.Ν.Τ.	2/2004	3/2006	238,04	

Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης							
1	Δύο (2) Ξενώνες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	Τρίπολη	Ψ.Ν.Τ.	2/2001	3/2003	695,89	ΝΑΙ
2	Οικοτροφείο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης 15 ασθενών	Τρίπολη	Ψ.Ν.Τ.	2/2001	3/2003	507,43	ΝΑΙ
3	Τρία (3) Διαμερίσματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	Τρίπολη	Ψ.Ν.Τ.	3/2002	3/2003	135	ΝΑΙ
4	Κέντρο Ψυχικής Υγείας	Αρκαδίας	Ψ.Ν.Τ.	2/2004	3/2006	630,16	ΝΑΙ
Ελλ. Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής & Περιθαλψης							
1	Οικοτροφείο	Κορινθίας	Ψ.Ν.Τ.	1/2003	1/2004	958,36	ΟΧΙ
Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας & Παιδιού							
1	Οικοτροφείο 15 ατόμων με βαριά νοητική υστέρηση "Προοπτική"	Αρκαδίας	Ψ.Ν.Τ.	4/2002	4/2003	1272,87	ΝΑΙ

Πίνακας1. 2: Δομές αποασυλοποίησης και κοινοτικές δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ΠεΣΥΠ Δυτικής Ελλάδας

Α/Α	Τίτλος Έργου	Νομ ός	Επωφελούμ ενο	Έναρξη Προετοιμα	Έναρξη Λειτουργ	Π/Υ (σε χιλ.	Λειτουργία
Π ε . Σ . Υ . Π . Δ Υ Τ Ι Κ Η Σ Ε Λ Λ Α Δ Α Σ							
Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου							
1	Διαμέρισμα (Δ1 Αγρινίου)	Αγρίνιο	Ψ.Ν.Τ.	4/2002	4/2003	65,121	ΝΑΙ
2	Διαμέρισμα (Δ2 Αγρινίου)	Αγρίνιο	Ψ.Ν.Τ.	4/2002	4/2003	65,121	ΝΑΙ
3	Διαμέρισμα (Δ3 Αγρινίου)	Αγρίνιο	Ψ.Ν.Τ.	4/2002	4/2003	65,146	ΝΑΙ
4	Διαμέρισμα (Δ4 Αγρινίου)	Αγρίνιο	Ψ.Ν.Τ.	4/2002	4/2003	63,89	ΟΧΙ

5	Ψυχιατρικό Τμήμα	Αιτωλ/νιας	Ψ.Ν.Τ.	4/2003	4/2006	2.310,71	
6	Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο	Αιτωλ/νιας	Π.Ν.Α.	4/2003	1/2006	657,61	
7	Κέντρο Ημέρας	Αιτωλ/νιας	Ψ.Ν.Τ.	3/2004	4/2006	357,68	
8	Κέντρο Ψυχικής Υγείας	Αγρίνιο	Ψ.Ν.Τ.	3/2001	4/2003	788,63	OXI
9	Κινητή Μονάδα	Αιτωλ/νιας	Ψ.Ν.Τ.	3/2003	4/2005	238,04	OXI
Γενικό Νοσοκομείου Μεσολογγίου «Χατζη-Κώστα»							
1	Διαμέρισμα (Δ1 Μεσολογγίου)	Μεσολόγγι	Ψ.Ν.Τ.	3/2002	3/2003	64,5	· NAI
2	Διαμέρισμα (Δ2 Μεσολογγίου)	Μεσολόγγι	Ψ.Ν.Τ.	4/2002	4/2003	63,89	OXI
3	Διαμέρισμα (Δ3 Μεσολογγίου)	Μεσολόγγι	Ψ.Ν.Τ.	1/2003	1/2004	63,89	OXI
4	Ξενώνας για Ενήλικες	Αιτωλ/νιας	Ψ.Ν.Τ.	3/2005	4/2007	573,95	
5	Οικοτροφείο	Αιτωλ/νιας	Ψ.Ν.Τ.	1/2003	2/2005	1.112,44	OXI
6	Εργαστήρια Κατάρτισης	Αιτωλ/νιας	Ψ.Ν.Τ.	3/2003	4/2005	376,08	OXI
7	Κέντρο Ημέρας	Αιτωλ/νιας	Ψ.Ν.Τ.	4/2003	1/2006	357,68	
8	Κινητή Μονάδα	Αιτωλ/νιας	Ψ.Ν.Τ.	3/2003	4/2005	238,04	OXI
9	Πολυδύναμο Κέντρο αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών Ναρκωτικών	Αιτωλ/νιας	Ψ.Ν.Τ.	1/2004	1/2007	1.241,68	
Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας»							
1	Κέντρο Ψυχικής Υγείας	Αχαΐας	Ψ.Ν.Τ.	3/2002	4/2004	603,05	NAI
2	Ολοκληρωμένο Κέντρο για τον Αυτισμό	Αχαΐας	Ψ.Ν.Τ.	1/2004	1/2007	3308,2	
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ρίου Πατρών							
1	Προστατευμένο Διαμέρισμα (Δ1)	Πάτρα	Ψ.Ν.Τ.	4/2002	4/2003	63,89	OXI
2	Προστατευμένο Διαμέρισμα (Δ2)	Πάτρα	Ψ.Ν.Τ.	4/2002	4/2003	63,89	OXI
3	Προστατευμένο Διαμέρισμα (Δ3)	Πάτρα	Ψ.Ν.Τ.	4/2002	4/2003	63,89	OXI

4	Προστατευμένο Διαμέρισμα (Δ4)	Πάτρα	Ψ.Ν.Τ.	4/2002	4/2003	63,89	OXI
5	Ψυχιατρικό Τμήμα	Αχαΐας	Ψ.Ν.Τ.	1/2003	1/2006	2320,31	
6	Παιδοψυχιατρικό Τμήμα	Αχαΐας	Π.Ν.Α.	3/2002	4/2004	521,53	OXI
7	Κέντρο Ψυχικής Υγείας & Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο	Αχαΐας	Ψ.Ν.Τ.	3/2005	4/2007	1165,42	
8	Κινητή Μονάδα	Αχαΐας	Ψ.Ν.Τ.	3/2003	4/2005	238,04	OXI
9	Ολοκληρωμένο Κέντρο για αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάϊμερ και άλλων ανοιών	Αχαΐας	Ψ.Ν.Τ.	1/2003	1/2006	1732,88	
10	Κέντρο αντιμετώπισης Αλκοολισμού	Αχαΐας	Ψ.Ν.Τ.	4/2002	4/2005	1212,34	OXI
11	Πολυδύναμο Κέντρο αντιμετώπισης της κρίσης χρηστών Ναρκωτικών	Αχαΐας	Ψ.Ν.Τ.	4/2002	4/2005	1241,68	OXI
Γενικό Νοσοκομείο Πύργου							
1	Δύο (2) Προστατευμένα Διαμερίσματα	Πύργος	Ψ.Ν.Τ.	4/2002	4/2003	107	OXI
2	Ξενώνας (από Δρομοκαΐτειο)	Ηλείας	Ψ.Ν.Δρ.	2/2002	3/2004	649,23	
3	Ψυχιατρικό Τμήμα	Ηλείας	Ψ.Ν.Τ.	3/2002	4/2004	820,31	OXI
4	Κέντρο Ψυχικής Υγείας & Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο	Ηλείας	Ψ.Ν.Τ.	3/2003	4/2005	1165,42	
5	Κινητή Μονάδα	Ηλείας	Ψ.Ν.Τ.	3/2003	4/2005	238,04	OXI
6	Πολυδύναμο Κέντρο αντιμετώπισης της κρίσης των χρηστών Ναρκωτικών	Ηλείας	Ψ.Ν.Τ.	3/2004	3/2007	1241,68	
Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής							
1	Οικοτροφείο (από Π.Ν.Α.)	Πάτρα	Π.Ν.Α.	1/2003	1/2004	1.112,43	
«ΙΡΙΣ» Ε.Π.Ψ.Υ.Π. & Ε.							
1	Οικοτροφείο (Β') για 15 άτομα	Αχαΐας	Ψ.Ν.Τ.	1/2002	1/2003	1173,74	

ΑμΚΕ «ΚΑΙΜΑΚΑ»							
1	Οικοτροφείο για άτομα με βαριά νοητική υστέρηση και δευτερογενείς ψυχικές διαταραχές	Πάτρα	Ψ.Ν.Τ.	2/2002	2/2003	1343,38	ΝΑΙ
Ε.Κ.Ψ. & Ψ.Υ.							
1	Οικοτροφείο για 15 άτομα με βαριά νοητική υστέρηση (ΨΝΑ)	Ναύπακτος	Ψ.Ν.Α.	3/2002	3/2003	1222,86	ΝΑΙ

2. Πίνακες οικονομικών στοιχείων Ψ.Ν.Τρίπολης, οικονομικής χρήσης 2003:

ΙΣΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΗΣ 31^{ης} ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2003
1^η ΧΡΗΣΗ (1 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ-31 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2003)

ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ

ΠΑΘΗΤΙΚΟ

	Ποσά κλειόμενης χρήσης 2003			Ποσά κλειόμενης χρήσης 2003
	Αξία κτήσεως	Αποσβέσεις	Αναποσβ.αξία	
Β. ΕΞΟΔΑ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ				Α. ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ
4. Λοιπά έξοδα εγκατάστασης	28.605,99	28.605,99	0,00	I. Κεφάλαιο
<u>11.420.303,52</u>	<u>28.605,99</u>	<u>28.605,99</u>	<u>0,00</u>	III. Διαφορές αναπροσαρμογής και επιχ. επενδύσεων
				4. Επιχορηγήσεις επενδύσεων
Γ. ΠΑΓΙΟ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ				IV. Αποτελέσματα εις νέον
II. Ενσώματες ακινητοποιήσεις				Υπόλοιτο πλεονάσματος εις νέον
<u>3.616.595,62</u>				
1. Γήπεδα – Οικόπεδα	900.637,75	0,00	900.637,75	
3. Κτίρια και τεχνικά έργα	6.293.123,23	503.449,86	5.789.673,37	
4. Μηχ/τα – Τεχν.Εγκατ. & λοιπός μηχ/κος εξοπλισμός	504.177,09	412.500,43	91.676,66	
5. Μεταφορικά μέσα	306.295,88	150.090,21	156.205,67	
<u>366.703,70</u>				
6. Έπιπλα και λοιπός εξοπλισμός	2.174.652,97	2.015.115,57	159.537,40	
				Σύνολο ιδίων κεφαλαίων (ΑΙ+ΑΠ+ΑΙΥ)
<u>15.403.602,84</u>	<u>10.178.886,92</u>	<u>3.081.136,07</u>	<u>7.097.730,85</u>	Γ. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ
Σύνολο ακινητοποιήσεων (Γ II)				II. Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις
Σύνολο πάγιου ενεργητικού (Γ II + Γ III)			<u>7.097.730,85</u>	1. Προμηθευτές
				5.Υποχρεώσεις από φόρους τέλη
569.984,71				6.Ασφαλιστικοί οργανισμοί
Δ. ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ				8.Πιστωτές Διάφοροι
0,00				Σύνολο υποχρεώσεων (ΓΙ+ΓΙΙ)
1. Αποθέματα				
0,00				
4. Πρώτες και βοηθητικές ύλες. Αναλώσιμα υλικά,				
<u>0,00</u>				
Ανταλλακτικά και είδη συσκευασίας			<u>113.260,61</u>	
<u>569.984,71</u>				

	<u>113.260,61</u>	
II. Απαιτήσεις		
1. Απαιτήσεις από πώληση αγαθών και υπηρεσιών	4.999.945,11	
	<u>4.999.945,11</u>	
IV. Διαθέσιμα		
3. Καταθέσεις όψεως και προθεσμίας	3.473.810,30	
	<u>3.473.810,30</u>	
E. ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ		
2. Έσοδα χρήσεως εισπρακτέα	288.840,68	
	<u>288.840,68</u>	
Σύνολο κυκλοφορούντος ενεργητικού (ΔII+ΔIV+IV)	<u>8.587.016,02</u>	
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ (B+Γ+Δ+E)	<u>15.973.587,55</u>	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ (Α+Γ)
<u>15.973.587,55</u>		
ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ ΤΑΞΕΩΣ ΧΡΕΩΣΤΙΚΟΙ		ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ ΤΑΞΕΩΣ ΠΙΣΤΩΤΙΚΟΙ
2. Χρεωστικοί λογαριασμοί Δημοσίου λογιστικού	<u>3.452.683,00</u>	2. Πιστωτικοί λογαριασμοί Δημοσίου Λογιστικού
<u>3.452.683,00</u>		

**ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΧΡΗΣΕΩΣ
31^{ης} ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2003 (1 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ- 31 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2003)**

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

	<u>Ποσά κλειόμενης χρήσεως 2003</u>		Ποσά κλειόμενης Χρήσης 2003
1. Αποτελέσματα εκμεταλλεύσεως			
1. Έσοδα από πώληση αγαθών και υπηρεσιών	3.346.867,60		
3. Τακτικές επιχορηγήσεις από κρατικό προϋπολογισμό	<u>7.724.359,94</u>	Καθαρά αποτελέσματα χρήσεως	366.703,70
Σύνολο	11.071.227,54	(+) Υπόλοιπο αποτελ. προηγ. χρήσεων	<u>0,00</u>
Μείον: Κόστος αγαθών και υπηρεσιών	<u>11.395.941,56</u>	Πλεόνασμα εις νέον	<u>366.703,70</u>
Μικτά αποτελέσματα(κέρδη-ζημιές)εκμεταλλεύσεως	-324.714,02		
Πλέον Άλλα έσοδα	<u>36.601,91</u>		
Σύνολο	-288.112,11		
Μερικά αποτελέσματα (ζημιές – κέρδη)εκμετακλεύσεως			
Πλέον 4.Πιστωτικοί τόκοι συναφή έσοδα	151.365,95		
Ολικά αποτελέσματα (ζημιές) εκμεταλλεύσεως			

II. ΠΛΕΟΝ: Έκτακτα αποτελέσματα

1. Έκτακτα και ανόργανα έσοδα	503.449,86
3. Έσοδα προηγούμενων χρήσεων	<u>0.00</u>
Οργανικά και έκτακτα αποτελέσματα(ζημιές-κέρδη)	
Μείον:Σύνολο αποσβέσεων παγίων στοιχείων	758.354,81
Μείον: Οι από αυτές ενσωματωμένες στο λειτουργικό κόστος	
ΚΑΘΑΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΧΡΗΣΕΩΣ(ζημιές – κέρδη)	

ΧΡΕΩΣΗ**Ποσά προηγούμενης χρήσεως****1.Αποθέματα ενάρξεως χρήσεως**

25 Αναλώσιμα υλικά	124.145,96
2.Αγορές	
25 Αναλώσιμα υλικά	1.668.391,28
Σύνολο αρχικών αποθεμάτων & αγορών	

3. ΜΕΙΟΝ Αποθέματα τέλους χρσεως

25 Αναλώσιμα υλικά	113.260,61
Αγορές και διαφορά (+-)αποθεμάτων	

4. Οργανικά έξοδα

60 Αμοιβές και έξοδα προσωπικού	7.756.453,00
61 Αμοιβές και έξοδα τρίτων	158.843,64
62 Παροχές τρίτων	828.438,23
63 Φόροι-Τέλη	895,00
64 Διάφορα έξοδα	213.679,25
65 Τόκοι και συναφή έξοδα	0.00
66 Αποσβ.παγίων στοιχ.ενσωματ.στο λειτουργ.κόστος	758.354,81
67 Χορηγήσεις-Επιχορηγήσεις-Επιδότησεις	0.00
68 Προβλέψεις εκμετάλλεσης	<u>0.00</u>
Συνολικό κόστος	<u>11.395.941,56</u>

758.354.81

366.703.70

ΠΙΣΤΩΣΗ

Ποσά κλειόμενης χρήσης 2003

1. Έσοδα κύριας δραστηριότητας

70	Πωλήσεις εμπορευμάτων	633,05
72	Έσοδα από φόρους, εισφορές, τέλη, πρόστιμα και προσαυξήσεις	0,00
73	Έσοδα από παροχή υπηρεσιών(ανταποδοτικά τέλη κ.λ.π.)	<u>3.346.234.55</u>
		3.346.234,55

2. Λοιπά οργανικά έσοδα

74	Επιχορηγήσεις	7.724.359,94
75	Έσοδα παρεπόμενων ασχολιών	36.601,91
76	Έσοδα κεφαλαίων	<u>151.365,95</u>
		7.912.327,80

Σύνολο εσόδων 11.259.195,40

80.00 Έλλειμα εκμεταλλεύσεως 136.746,16

11.395.941,56

3. Πίνακες χρονοδιαγράμματος επιλεγμένων έργων Πε.Σ.Υ.Π. Πελοποννήσου και Δυτικής Ελλάδος.

Στους κατωτέρω πίνακες παρουσιάζονται τα χρονοδιαγράμματα έργων των Πε.Σ.Υ.Π. Πελοποννήσου και Δυτικής Ελλάδος.

Πε.Σ.Υ.Π.: Πε.Σ.Υ.Π. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
 Πόλη: Αργίνο
 Είδος: Ν.Π.Δ.Δ. / χωρίς κτιριακά
 Τελικός Δικαιούχος: Γ.Ν. Αργινίου
 Νοσοκομείο: Ψ.Ν.Τ.

Διάρκεια: 10 τρίμηνα
 Από: 3/2001
 Έως: 4/2003

■ Αρχικά προβλεπόμενη Διάρκεια
 ✕ Ενεργή Διάρκεια
 Έναρξη Υλοποίησης στο επόμενο τρίμηνο
 ■ Ολοκληρώθηκε
 ■ Πρωτογενής Παράταση
 ■ Δευτερογενής Παράταση

	2001				2002				2003				2004				2005				2006			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Λίτημα για νέες προσλήψεις Προσωπικό			✕																					
Έγκριση προσλήψεων Προσωπικό				■		■	■	■																
Κατανομή θέσεων Προσωπικό				■		■	■	■																
Σύσταση νέων θέσεων Προσωπικό						■	■	■																
Έγκριση προκήρυξης Προσωπικό							■	■																
Προκήρυξη νέων θέσεων - Επιλογή προσωπικού Προσωπικό								■				■				■								
Πρόσληψη Προσωπικό												■				■								
Εύρεση χώρου Χώρος								■				■												
Ενοικίαση (ή προσύμφωνο) κτιρίου Χώρος												■												
Υποβολή ΤΔΕ 2.1/2.3				■																				
Απόφαση Ένταξης ΤΔΕ 2.1/2.3								■				■												
Έκδοση ΣΑΕ - Ορισμός Υπολόγου 2.1/2.3												■												
Ενέργειες Δ/σης Οικονομικού 2.1/2.3												■				■								
Υποβολή ΤΔΕ 2.4												■												
Απόφαση Ένταξης ΤΔΕ 2.4																								
Έκδοση ΣΑΕ - Ορισμός Υπολόγου 2.4																								
Ενέργειες Δ/σης Οικονομικού 2.4																								
Κατάρτιση 2.4																						■		
Υποβολή ΤΔΕ 2.2				■																				
Απόφαση Ένταξης ΤΔΕ 2.2												■												
Έκδοση ΣΑΕ - Ορισμός Υπολόγου 2.2																								
Ενέργειες Δ/σης Οικονομικού 2.2												■				■								
Προμήθεια Εξοπλισμού 2.2												■				■								
ΕΝΑΡΞΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ												■				■						■		

Έργο: Προστατευόμενο Διαμέρισμα (Δ1)
στην Πάτρα
Πε.Σ.Υ.Π.: Πε.Σ.Υ.Π. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
Πόλη: Πάτρα
Είδος: Ν.Π.Δ.Δ. / χωρίς κτιριακά / χωρίς προσωπικό
Τελικός Δικαιούχος: Π.Γ.Ν. Ρίου Πατρών
Νοσοκομείο: Ψ.Ν.Τ.

Διάρκεια: 9 τρίμηνα
Από: 4/2001
Έως: 4/2003

	2001				2002				2003				2004				2005				2006			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Εύρεση χώρου <i>Χώρος</i>								X																
Ενοικίαση (ή προσύμφωνο) κτιρίου <i>Χώρος</i>								X																
Υποβολή ΤΔΕ 2.1/2.3				X																				
Απόφαση Ένταξης ΤΔΕ 2.1/2.3						X	X																	
Έκδοση ΣΑΕ - Ορισμός Υπολόγου 2.1/2.3						X	X																	
Ενέργειες Δ/σης Οικονομικού 2.1/2.3										X	X	X				X								
Υποβολή ΤΔΕ 2.2				X																				
Απόφαση Ένταξης ΤΔΕ 2.2										X	X	X												
Έκδοση ΣΑΕ - Ορισμός Υπολόγου 2.2										X	X	X												
Ενέργειες Δ/σης Οικονομικού 2.2										X	X	X				X								
Προμήθεια Εξοπλισμού 2.2										X	X	X				X								
ΕΝΑΡΞΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

Έργο: Προστατευόμενο Διαμέρισμα (Δ3)
στην Πάτρα
Πε.Σ.Υ.Π.: Πε.Σ.Υ.Π. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
Πόλη: Πάτρα
Είδος: Ν.Π.Δ.Δ. / χωρίς κτιριακά / χωρίς προσωπικό
Τελικός Δικαιούχος: Π.Γ.Ν. Ρίου Πατρών
Νοσοκομείο: Ψ.Ν.Τ.

Διάρκεια: 9 τρίμηνα
Από: 4/2001
Έως: 4/2003

	2001				2002				2003				2004				2005				2006			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Εύρεση χώρου <i>Χώρος</i>								X																
Ενοικίαση (ή προσύμφωνο) κτιρίου <i>Χώρος</i>								X																
Υποβολή ΤΔΕ 2.1/2.3				X																				
Απόφαση Ένταξης ΤΔΕ 2.1/2.3						X	X																	
Έκδοση ΣΑΕ - Ορισμός Υπολόγου 2.1/2.3						X	X																	
Ενέργειες Δ/σης Οικονομικού 2.1/2.3										X	X	X				X								
Υποβολή ΤΔΕ 2.2				X																				
Απόφαση Ένταξης ΤΔΕ 2.2										X	X	X												
Έκδοση ΣΑΕ - Ορισμός Υπολόγου 2.2										X	X	X												
Ενέργειες Δ/σης Οικονομικού 2.2										X	X	X				X								
Προμήθεια Εξοπλισμού 2.2										X	X	X				X								
ΕΝΑΡΞΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

Διάρκεια

επόμενο τρίμηνο

Ολοκληρωθηκε

Πρωτογενής
Παράταση

Δευτερογενής
Παράταση

Έργο: Δύο (2) Προστατευόμενα Διαμερίσματα
Πε.Σ.Υ.Π.: Πε.Σ.Υ.Π. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
Πόλη: Πύργος
Είδος: Ν.Π.Δ.Δ. / χωρίς κτιριακά / χωρίς προσωπικό
Τελικός Δικαιούχος: Γ.Ν. Πύργου
Νοσοκομείο: Ψ.Ν.Τ.

Διάρκεια: 9 τρίμηνα
Από: 4/2001
Έως: 4/2003

	2001				2002				2003				2004				2005				2006			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Εύρεση χώρου <i>Χώρος</i>								■	■	■														
Ενοικίαση (ή προσύμφωνο) κτιρίου <i>Χώρος</i>									■	■														
Υποβολή ΤΔΕ 2.1/2.3				■																				
Απόφαση Ένταξης ΤΔΕ 2.1/2.3								■	■	■														
Έκδοση ΣΑΕ - Ορισμός Υπολόγου 2.1/2.3																								
Ενέργειες Δ/σης Οικονομικού 2.1/2.3											■	■	■	■	■	■								
Υποβολή ΤΔΕ 2.2				■																				
Απόφαση Ένταξης ΤΔΕ 2.2												■	■	■										
Έκδοση ΣΑΕ - Ορισμός Υπολόγου 2.2																								
Ενέργειες Δ/σης Οικονομικού 2.2											■	■	■	■	■	■								
Προμήθεια Εξοπλισμού 2.2											■	■	■	■	■	■								
ΕΝΑΡΞΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				■

Έργο: Δύο (2) Διαμερίσματα
Πε.Σ.Υ.Π.: Πε.Σ.Υ.Π. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
Πόλη: Καλαμάτα
Είδος: Ν.Π.Δ.Δ. / χωρίς κτιριακά / χωρίς προσωπικό
Τελικός Δικαιούχος: Γ.Ν. Καλαμάτας
Νοσοκομείο: Ψ.Ν.Τ.

Διάρκεια: 9 τρίμηνα
Από: 4/2001
Έως: 4/2003


	2001				2002				2003				2004				2005				2006			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Εύρεση χώρου <i>Χώρος</i>								■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Ενοικίαση (ή προσύμφωνο) κτιρίου <i>Χώρος</i>									■	■	■	■	■	■	■	■								
Υποβολή ΤΔΕ 2.1/2.3				■																				
Απόφαση Ένταξης ΤΔΕ 2.1/2.3								■	■	■														
Έκδοση ΣΑΕ - Ορισμός Υπολόγου 2.1/2.3																								
Ενέργειες Δ/σης Οικονομικού 2.1/2.3											■	■	■	■	■	■								
Υποβολή ΤΔΕ 2.2											■	■	■	■										
Απόφαση Ένταξης ΤΔΕ 2.2												■	■	■										
Έκδοση ΣΑΕ - Ορισμός Υπολόγου 2.2																								
Ενέργειες Δ/σης Οικονομικού 2.2											■	■	■	■	■	■								
Προμήθεια Εξοπλισμού 2.2											■	■	■	■	■	■								
ΕΝΑΡΞΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				■

Πόλη: Αργολίδας
 Είδος: Ν.Π.Δ.Δ. / νέο κτίριο
 Τελικός Δικαιούχος: Γ.Ν. Άργους
 Νοσοκομείο: Ψ.Ν.Τ.

Διάρκεια: 13 τρίμηνα
 Από: 2/2003
 Έως: 2/2006

 Αρχικά προβλεπόμενη
Διάρκεια



















 Ενεργή Διάρκεια

 Έναρξη Υλοποίησης στο
επόμενο τρίμηνο

 Ολοκληρώθηκε

 Πρωτογενής
Παράταση

 Δευτερογενής
Παράταση

	2002				2003				2004				2005				2006				2007			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Αίτημα για νέες προσλήψεις Προσωπικό																								
Έγκριση προσλήψεων Προσωπικό																								
Κατανομή θέσεων Προσωπικό																								
Σύσταση νέων θέσεων Προσωπικό																								
Έγκριση προκήρυξης Προσωπικό																								
Προκήρυξη νέων θέσεων - Επιλογή προσωπικού Προσωπικό																								
Πρόσληψη Προσωπικό																								
Εύρεση χώρου Χώρος																								
Υποβολή ΤΔΕ 2.1/2.3																								
Απόφαση Ένταξης ΤΔΕ 2.1/2.3																								
Έκδοση ΣΑΕ - Ορισμός Υπολόγου 2.1/2.3																								
Ενέργειες Δ/σης Οικονομικού 2.1/2.3																								
Υποβολή ΤΔΕ 2.4																								
Απόφαση Ένταξης ΤΔΕ 2.4																								
Έκδοση ΣΑΕ - Ορισμός Υπολόγου 2.4																								
Ενέργειες Δ/σης Οικονομικού 2.4																								
Κατάρτιση 2.4																								
Σύνταξη Προμελέτης 2.2																								
Υποβολή ΤΔΕ 2.2																								
Απόφαση Ένταξης ΤΔΕ 2.2																								
Έκδοση ΣΑΕ - Ορισμός Υπολόγου 2.2																								
Ενέργειες Δ/σης Οικονομικού 2.2																								
Σύνταξη και Έγκριση Μελέτης - Τεύχη Δημοπράτησης 2.2																								
Προκήρυξη Διαγωνισμού για την Κατασκευή 2.2																								
Σύμβαση με Εργολήπτη 2.2																								
Κατασκευή 2.2																								
Προμήθεια Εξοπλισμού 2.2																								
ΕΝΑΡΞΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ																								

Γ.Ν. Σπάρτης
 Πε.Σ.Υ.Π.: Πε.Σ.Υ.Π. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
 Πόλη: Λακωνίας
 Είδος: Ν.Π.Δ.Δ. / νέο κτίριο
 Τελικός Δικαιούχος: Γ.Ν. Σπάρτης
 Νοσοκομείο: Ψ.Ν.Τ.

Διάρκεια: 13 τρίμηνα
 Από: 2/2003
 Έως: 2/2006

■ Αρχικά προβλεπόμενη Διάρκεια
 ✕ Ενεργή Διάρκεια
 Εναρξη Υλοποίησης στο επόμενο τρίμηνο
 Ολοκληρώθηκε
 Πρωτογενής Παράταση
 Δευτερογενής Παράταση

	2002				2003				2004				2005				2006				2007						
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
Αίτημα για νέες προσλήψεις Προσωπικό																											
Έγκριση προσλήψεων Προσωπικό																											
Κατανομή θέσεων Προσωπικό																											
Σύσταση νέων θέσεων Προσωπικό																											
Έγκριση προκήρυξης Προσωπικό																											
Προκήρυξη νέων θέσεων - Επιλογή προσωπικού Προσωπικό																											
Πρόσληψη Προσωπικό																											
Εύρεση χώρου Χώρος																											
Υποβολή ΤΔΕ 2.1/2.3																											
Απόφαση Ένταξης ΤΔΕ 2.1/2.3																											
Έκδοση ΣΑΕ - Ορισμός Υπολόγου 2.1/2.3																											
Ενέργειες Δ/σης Οικονομικού 2.1/2.3																											
Υποβολή ΤΔΕ 2.4																											
Απόφαση Ένταξης ΤΔΕ 2.4																											
Έκδοση ΣΑΕ - Ορισμός Υπολόγου 2.4																											
Ενέργειες Δ/σης Οικονομικού 2.4																											
Κατάρτιση 2.4																											
Σύνταξη Προμελέτης 2.2																											
Υποβολή ΤΔΕ 2.2																											
Απόφαση Ένταξης ΤΔΕ 2.2																											
Έκδοση ΣΑΕ - Ορισμός Υπολόγου 2.2																											
Ενέργειες Δ/σης Οικονομικού 2.2																											
Σύνταξη και Έγκριση Μελέτης - Τεύχη Δημοπράτησης 2.2																											
Προκήρυξη Διαγωνισμού για την Κατασκευή 2.2																											
Σύμβαση με Εργολάπητη 2.2																											
Κατασκευή 2.2																											
Προμήθεια Εξοπλισμού 2.2																											
ΕΝΑΡΞΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ																											



ΕΦΗΜΕΡΙΣ 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

Εκδίδουμε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Άρθρο 1

Καταργείται η Γ.Α.Υ. 12, ν. 2194/94

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

Μέρη του κράτους

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

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

Άρθρο 2

Καταργείται η Γ.Α.Υ. 12, ν. 2194/94

Το άρθρο 2 του ν. 1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:

Υγειονομικές περιφέρειες

1 Η Χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες.

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

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

2. Η διεύθυνση αυτή ασκεί εποπτεία επί των φορέων περιθαλής 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 π περιφέρειας.

3. Ο διευθυντής της διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας 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, ορίζεται η οργάνωση, οι αρμοδιότητες των διευθύνσεων παρ. 1, καθώς και ο τρόπος άσκησης ελέγχου και επεί στους φορείς υγείας της περιφέρειας.

Άρθρο 4

Σύσταση ειδικών γραμματειών
Καταργείται η Γ.Α.Υ. 12, ν. 2194/94

1. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συσταίνονται τρεις (3) ειδικές γραμματείες για κάθε ειδικής γραμματείας συντονίζονται

2. Οι ειδικές γραμματείες είναι:

- α) Γραμματεία διοικητικών, οργανωτικών και θεμάτων, που αποτελείται από δύο (2) κατηγορίας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή του επιπέδου δημόσιου και τρεις (3) ειδικούς επιστήμονες με εμπειρία οργανωτικά και οικονομικά θέματα του Υπουργείου
- β) Γραμματεία επιστημονικών και υγειονομικών

ε) Έναν (1) εκπρόσωπο της Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοποιών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Π.Ε.Φ.Ν.Ι.) με τον αναπληρωτή του. Ως εισηγητής ορίζεται φαρμακοποιός που προτείνεται από την Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοποιών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Π.Ε.Φ.Ν.Ι.). Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 66 του νόμου αυτού. Κατά την πρώτη προκήρυξη των θέσεων λόγω μη υπάρξεως βαθμίδων διευθυντή ή επιμελητή Α' του κλάδου νοσοκομειακών φαρμακοποιών, ορίζονται αντί του διευθυντή ή επιμελητή Α' φαρμακοποιού, αντίστοιχα και με την ίδια διαδικασία, φαρμακοποιοί που υπηρετούν σε νοσοκομεία, με άδεια άσκησης επαγγέλματος τουλάχιστον επί μία δεκαετία.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνιστάται δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής νοσοκομειακών φαρμακοποιών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, με έδρα την Αθήνα. Το δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής νοσοκομειακών φαρμακοποιών αποτελείται από:

- α) Έναν (1) ανώτερο δικαστικό λειτουργό, ως πρόεδρο, που ορίζεται από τον προϊστάμενο του οικείου δικαστηρίου, τον οποίο απευθύνεται ο Υπουργός Δικαιοσύνης, με τον ρόλο αναπληρωτή του.
 - β) Έναν (1) εκπρόσωπο του Δ.Ε.Π. των φαρμακευτικών τμημάτων των Α.Ε.Ι., που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με κλήρο, από το σύνολο των εκπροσώπων που προτείνουν τα φαρμακευτικά τμήματα των Α.Ε.Ι. της Χώρας, με τον αναπληρωτή του.
 - γ) Έναν (1) εκπρόσωπο του ΚΕ.Σ.Υ. με τον αναπληρωτή του.
 - δ) Έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου με τον αναπληρωτή του.
 - ε) Έναν (1) εκπρόσωπο της Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοποιών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Π.Ε.Φ.Ν.Ι.).
- Ως εισηγητής στο συμβούλιο ορίζεται φαρμακοποιός που προτείνεται από τον Πανελληνίο Φαρμακευτικό Σύλλογο, με άδεια άσκησης επαγγέλματος τουλάχιστον δεκαπενταετή (15ετή) τουλάχιστον άσκησης του επαγγέλματος. Κατά τα λοιπά, ισχύουν οι διατάξεις των παρ. 3, 4 και 6, του άρθρου 67 του νόμου αυτού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Άρθρο 91 Σκοποι και αρχές

Το Κράτος μεριμνά για την προώθηση και το συντονισμό λειτουργιών της πρόληψης, της περίθαλψης και της νίκης αποκατάστασης παιδιών, εφήβων και ενηλίκων νοσήματα ψυχικής υγείας.

Για τον ανωτέρω σκοπό εφαρμόζονται οι αρχές της προτεραιότητας σε τομείς, της προτεραιότητας της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποασυλοποίησης και της ευαισθητοποίησης και συμμετοχής της κοινωνικής ομάδας στα θέματα ψυχικής υγείας.

Άρθρο 92 Διόρθωση σε τομείς

Σε κάθε νομό συνιστάται Τομέας Ψυχικής Υγείας. Νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης, κατ' εξαίρεση, δεν ανασταθούν περισσότεροι του ενός τομείς. Κάθε Τομέας Ψυχικής Υγείας, περιλαμβάνει ψυχιατρικές υπηρεσίες που καλούνται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.). Οι

υπηρεσίες αυτές μπορεί να είναι ν.π.δ.δ. ή ν.π.ε.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 αυτήν 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 προγραμματισμού ψυχικής υγείας και καταρτίζουν ανάλογα προγράμματα.

β) Εποπτεύουν και συντονίζουν τις δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

γ) Παρακολουθούν την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των ειδικότερων προγραμμάτων για την προώθηση της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό.

4. Οι Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι 5μελεις και απειλοποιούνται 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 αναπληρωτή 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 επταμελεις (7μελεις), 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 αναπληρωτές 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. Εξόφρηση είναι δυνατή μόνο στις περιπτώσεις: α) επείγουσας ανάγκης, β) παραπομπής από μονάδα του αρμόδιου Τομέα για λόγους αρτιότερης περίθαλψης, γ) επί οποιασδήποτε αιτίας 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 αναπέμει 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

νοσοκομείων, οι πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές, τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι παιδοψυχιατρικές κλινικές, οι ψυχογηριατρικές κλινικές, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, οι ξενώνες, τα κωμοτροφεία, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, οι ανάδοχοι οικογένειες, οι θεραπευτικές μονάδες αποκατάστασης, οι θεραπευτικές συνεταιριστικές μονάδες, τα νοσοκομεία ημερας 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 συνιστώνται 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 αναπλησούνται δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

3. Στα κέντρα ψυχικής υγείας και στα κέντρα υγείας στα οποία αναπτύσσονται δραστηριότητες Μ.Ψ.Υ., συνιστώνται 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 συνιστώνται 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 διοικούσα τριμελή επιτροπή, η οποία απαρτίζεται από τον αρχαιότερο επιστημονικό διευθυντή, που υπηρετεί σε αυτό 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 συνιστώνται 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 περίθαλψης και αντίστροφα.

Άρθρο 94

Εκούσια νοσηλεία

1. Εκούσια νοσηλεία είναι η με τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

2. Προϋποθέσεις 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 νόμιμος 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 εκούσια 'ζητήσει' την εκούσια νοσηλεία του, πρέπει να βεβαιωθεί από δύο ψυχιάτρους, ή επί αδυναμίας εξειδικευώς 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 άμεσα 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 του Ποιν. Κώδικα. Η αντιμετώπιση ταξικομανών, διέπεται από ειδική νομοθεσία.

2. Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι:

Ι. 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

ΙΙ. 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 φεραμένου στην αίτηση ως ασθενή, μπορούν να ζητήσουν ο συγγενής του ή συγγενής σε ευθεία γραμμή επιμέλειας ή συγγενής εκ πλάγιου μέγχι

Ρ. Λ. Γ. Γ. Ν. 2, 12. 11. 83. 55/96

και το δεύτερο βαθμό ή όποιος έχει την επιμέλεια του προσώπου του ή ο επίτροπος του δικαστικά απαγορευμένου. Εάν δεν υπάρχει κανένα από τα πρόσωπα αυτά, σε επείγουσα περίπτωση, την ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει και αυτεπάγγελα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενή.

2. Η αίτηση για την ακούσια νοσηλεία απευθύνεται στον εισαγγελέα πρωτοδικών του τόπου της κατοικίας ή διαμονής του προσώπου, που φέρεται στην αίτηση ως ασθενής. Την αίτηση πρέπει να συνοδεύουν αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων, ή επί αδυναμίας εξερεύσεως δύο ψυχιάτρων, ενός ψυχιάτρου και ενός ιατρού παρεμφερούς ειδικότητας, που θα αναφέρονται στις προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του άρθρου 95 είτε I είτε II. Οι ιατροί που συντάσσουν τις γνωματεύσεις δεν πρέπει να τελούν σε σχέση συγγενείας με τον αιτούντα ή το φερόμενο στην αίτηση ως ασθενή.

3. Οι ψυχίατροι ή παιδοψυχίατροι που συντάσσουν τις γνωματεύσεις προέρχονται από ειδικό κατάλογο, τον οποίο συντάσσουν ανά διετία οι κατά τόπους ιατρικοί σύλλογοι.

4. Ο εισαγγελέας, αφού διαπιστώσει τη συνδρομή των τυπικών προϋποθέσεων και εφόσον και οι δύο ιατρικές γνωματεύσεις συμφωνούν για την ανάγκη ακούσιας νοσηλείας, διατάσσει τη μεταφορά του ασθενή σε κατάλληλη μονάδα ψυχικής υγείας που υπάρχει στον "Τομέα" ψυχικής υγείας της κατοικίας του ασθενή, εκτός αν ειδικές συνθήκες επιβάλλουν τη νοσηλεία του αλλού. Εάν οι γνωματεύσεις των δύο ιατρών διαφέρουν μεταξύ τους, ο εισαγγελέας, μπορεί να διατάξει τη μεταφορά του φερόμενου ως ασθενή, εισάγει την αίτηση στο πολυμελές πρωτοδικείο κατά τη διαδικασία της παρ. 6 του άρθρου αυτού. Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται αμέσως μόλις γίνει η μεταφορά του στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, από το διευθυντή ή άλλο πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί το καθήκον αυτό, για τα δικαιώματά του και ειδικότερα το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσο. Για την ενημέρωση αυτή συντάσσεται πρακτικό που υπογράφεται, εκτός από τον υποχρεωμένο να ενημερώσει και από το συνοδό του ασθενή.

5. Στην περίπτωση που τη διαδικασία κινεί αυτεπάγγελα ο εισαγγελέας ή που στην αίτηση αναφέρεται ότι ήταν ανέφικτη η εξέταση του ασθενή, λόγω άρνησής του να εξετασθεί, ο εισαγγελέας πρωτοδικών δικαιούται να διατάξει τη μεταφορά του ασθενή για εξέταση και σύνταξη των γνωματεύσεων, σε δημόσια ψυχιατρική κλινική. Η μεταφορά του διενεργείται υπό συνθήκες που εξασφαλίζουν το σεβασμό στην προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια του ασθενή, η δε παραμονή του ασθενή εκεί για τις αναγκαίες εξετάσεις δεν μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από 48 ώρες.

6. Σε τρεις ημέρες από τότε που ο εισαγγελέας πρωτοδικών διέταξε τη μεταφορά του ασθενή, επιμελούμενος άμεσα για τη μεταφορά του στο πολυμελές πρωτοδικείο, ο ίδιος με αίτησή του ζητεί να επιληφθεί το πολυμελές πρωτοδικείο στο οποίο υπηρετεί, που συνεδριάζει μέσα σε 10 ημέρες κατά την κρίση του, "κλεισμένων των θυρών", ώστε να προστατεύεται η ιδιωτική ζωή του ασθενή. Στη συνεδρίαση καλείται πριν από 48 ώρες και ο ασθενής, ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο. Σε περίπτωση επικινδυνότητας του φερόμενου ως ασθενή οι ανωτέρω προθεσμίες δύναται να συντομηθούν.

7. Το δικαστήριο, που δικάζει με τη διαδικασία της ακούσιας δικαιοδοσίας, αν κρίνει ότι οι γνωματεύσεις των δύο ψυ-

χιάτρων που προσάγονται διαφέρουν μεταξύ τους ή δεν είναι πειστικές ή ο επιστημονικός διευθυντής του νοσοκομείου στο οποίο έχει εισαχθεί ο ασθενής διατυπώνει αντίθετη προς τις γνωματεύσεις γνώμη, διατάζει την εξέταση του ασθενή και από άλλο ψυχίατρο εγγεγραμμένο στους καταλόγους 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 προσαχθεί 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 επιστημονικός 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 διατάξεις 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 αιτά μέσα ασκούνται μέσα σε προθεσμία δύο (2) μηνών από τη δημοσίευση της απόφασης.

2. Η έφεση δικάζεται από το τριμελές εφετείο, "κλεισμένων 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 εξιπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας. Τα αναγκαία περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να αποκλείουν οσηραότητα 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 θεραπευτικών αυτών μέσων καθορίζονται ειδικότερα με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

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 αιτά την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας.

Άρθρο 99

Διακοπή-Διάρκεια-Λήξη ακούσιας νοσηλείας

1. Η ακούσια νοσηλεία διακόπτεται όταν νόμιμον 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 όλως 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 περίθαλψης 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 πρόταση 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 φέρουν τίτλο και άδεια άσκησης επαγγέλματος νοσηλεύτη. Οργανικές θέσεις νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ, δεν μεταφέρονται σε υποδεέστερο κλάδο. Θέσεις διευθυντών, τομεαρχών, προϊσταμένων και υπεύθυνων της νοσηλευτικής υπηρεσίας, νοσηλευτικών ιδρυμάτων και κέντρων υγείας, καταλαμβάνονται από νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ, με εξίχνωση τα μαιευτικά τμήματα και τα κοινωνικής ιατρικής στα οποία προϊστανται μαιές 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 οποίες υπηρετούσαν στο ίδρυμα πριν τη δημοσίωσή 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 Ε.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.

Βλ. νόμο 13 Π. Δ. 55/96.

Άρθρο 106

Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής

1. Συνιστάται Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής.



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

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Άρθρο 1

Γενικές Αρχές Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

1. Το Κράτος έχει την ευθύνη 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 τομεοποίησης 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. Συνιστάται, 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. Συνιστάται 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 δημοσίευσή 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 συνομεί κατ' ιδίαν με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα να προστατεύει την περικοπία 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 υπο-ερωτικές εκθέσεις των υπευθύνων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή των νόμιμων αναπληρωτών τους, καθώς και των τριμελών επιτροπών προάσπισης 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, σβάζει σε συστάσεις και αποστέλλει αναφορά στο ίδιο όργανο για την ποινική ή πειθαρχική δίωξη.

θ) Οργανώνει, εποπτεύει και συντονίζει σε συνεργασία τους Δικηγορικούς Συλλόγους του τόπου κατοικίας διαμονής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές την ελεγχόμενη δικηγορική αρωγή σε θέματα προστασίας των δικαιωμάτων τους, σύμφωνα με τις αρχές οργάνωσης του τμήματος δικηγορικής αρωγής του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών.

ι. 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 στην προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

ι. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός πέντε (5) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος, ορίζονται το ύψος της αμοιβής ή αποζημίωσης των Προέδρων και των μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν. 2519/1997 και της υπέρ των Ειδικών Επιτροπών κατά τις κείμενες διατάξεις, γραμματειακή υποστήριξη, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

ια) τις δαπάνες κίνησης των μετακινούμενων μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών και της Ειδικής Επιτροπής ισχύουν οι κείμενες διατάξεις της μετακίνησης με εντολή του Δημοσίου για εκτέλεση υπηρεσίας. Οι Πρόεδροι εκδίδουν 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.

ιβ) Στην παρ. 1 εδ. β' του άρθρου 1 του ν. 2519/1997 ορίζεται 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

Ομοίως Ψυχικής Υγείας - Ένταξη των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στους Τομείς Ψυχικής Υγείας

Οι Υγειονομικές Περιφέρειες διαιρούνται 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 νόμου.

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 όμοια 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 όμορους ή μη Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής Υγειονομικής Περιφέρειας.

δ) Η υπαγωγή των Τομέων Ψυχικής Υγείας που δεν διαθέτουν επαρκείς Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όμορους 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 στα νοσοκομεία 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 εξυπηρετούν 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, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές 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 νόμιμους ανασπληρωτές τους ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

γ) Ψυχιάτρους 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, 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 κύρους και με εμπειρία στην ψυχική υγεία. Ο Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας είναι ελευθέρως 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 τιμητικές 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 υπόλληλο 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 ανασπληρώνεται, 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. Για 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 στα άτομα 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 Τομέο Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, καθώς και Παιδιών

και Εφήβων, να εφημερεύουν Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε εικοσιτετράωρη βάση.

β) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη των επιστημονικών υπευθύνων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στο νοσοκομείο 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 θ, 9, 10 και 11 του παρόντος με σκοπό την αποϊδρυματοποίηση, 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) Προτείνουν, 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.ΥΠ.Υ. και το Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας.

η) Διαμορφώνουν και προάγουν διατομεακές 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 επιδόσεις 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

μορφές αποκατάστασης σε έναν ή περισσότερους τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής ή άλλης Περιφέρειας στο πλαίσιο των αντίστοιχων Τομέων Ψυχικής Υγείας. Αυτό ισχύει για τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, εφόσον ενταχθούν στους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται η οργάνωση και λειτουργία κοινών υπηρεσιών στο αντικείμενο της ψυχικής υγείας ή η συγγραφή, η μεταφορά και η ένταξη αυτών που ήδη υπάρχουν ή η συνεργασία για την εκτέλεση κοινών γραμμάτων λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που αναλαμβάνουν να παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στους αντίστοιχους Τομείς Ψυχικής Υγείας. 1. 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 ισχύει στις περιπτώσεις: α) επείγουσας ανάγκης, β) παροχής ανάλογης Μονάδας Ψυχικής Υγείας στον ίδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας. Σε κάθε περίπτωση ντίδας στόμου με ψυχικές διαταραχές από Μονάδα Ψυχικής Υγείας άλλου Τομέα Ψυχικής Υγείας, αυτή την υποχρέωση να ενημερώνει την αρμόδια Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας της κατοικίας και να αναπέμψει σε αυτήν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μετά τη λήξη της φροντίδας που τους παρέχθηκε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ' ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 4 Γενικές διατάξεις

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 Νοσοκομεία Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων Γενικών Νοσημάτων ή Περιφερειακών Νοσοκομείων, οι Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και οι επιστημονικές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο ψυχική υγεία, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία, οι Ιδιωτικές Κλινικές, τα Κέντρα Διευκρινισμένης Περιθαλψής, οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, τα Ειδικά Κέντρα ή οι Ειδικές Άδες Κοινωνικής Επανάταξης και οι Κοινωνικοί Σταθμοί Περιορισμένης Ευθύνης.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. μπορεί να ορίζονται και άλλες 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 αρμόδιου συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι διαδικασίες, ο τρόπος οργάνωσης, λειτουργίας και λειτουργικών επιμέτρων εφαρμογής.

Με όμοια απόφαση, η οποία εκδίδεται εντός έξι μηνών από της δημοσίευσής της απόφασης αυτής του Τομέα, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, οι διαδικασίες και ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των δημοσίων ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων, οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης ή άλλων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου και υπηρεσιών του Δημοσίου, που ήδη λειτουργούν και παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και όσων θα αναπτυχθούν για το σκοπό αυτόν.

4. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οποιασδήποτε νομικής μορφής, υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ως προς τον τρόπο παροχής ψυχιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού 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", "Φιλοξενούσες Οικογένειες", "Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής" 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 υπάγονται 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 δημοσίευση του παρόντος νόμου να αφαιρέσουν 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. Το 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 Κ.Ε.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 διάταγμα, 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 νυχτερινής). 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 συσταθούν 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 Τ.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 Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, μετά από γνώμη της αντίστοιχης Τ.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 Φιλοξενουσών Οικογενειών έχουν σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση, σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης, 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-

ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας. Οικοτροφεία και οι Ξενώνες συνιστώνται με απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Παιδείας και Απόκεντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τοπικής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες 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 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 Οικοτροφεία και οι Ξενώνες αναπτύσσονται 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 Απόκεντρωσης, 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 παρακολούθηση 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 ψυχιατρική παρακολούθηση ενηλίκων ατόμων με ψυχικές διαταραχές, σε διαμέρισμα ή άλλης μορφής αστακία 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 γι' 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 δαπανών διαβίωσης στο πλαίσιο της θεραπευτικής-εκπαιδευτικής διαδικασίας κοινωνικής τους επανένταξης, τα της επιλογής του υπολόγου διαχείρισης από τη θεραπευτική μονάδα, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

5. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα προγράμματα Φιλοξενουσών 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 μεμονωμένο άτομο.

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 Φιλοξενουσών Οικογενειών, τα κριτήρια και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

Άρθρο 10

Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης

1. Υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής-επαγγελματικής επανένταξης 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 Επανένταξης. Τα Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης μπορεί να είναι Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης και

έντρα Κοινωνικής Επανάταξης για ενήλικες, παιδιά εφήβους και Κέντρα Προεπαγγελματικής 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 Επανάταξης 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 συστήνονται 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 Ινστιτούτων 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, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συστήνονται 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 επανάταξη 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 Επανάταξης και Ειδικών Μονάδων Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης. 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 όμοια 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 διορισμού στο Δημόσιο ή για παράβαση που αφορά το νόμο για τα 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 το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια. 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 ανάπτυξή τους και η εποπτεία 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 αναπτύξουν οποιοδήποτε οικονομική δραστηριότητα αγροτική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική, αλιευτική, 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 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 με την έδρα. Μπορεί να περιλαμβάνει και διακριτικό ή άλλο. 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 ονόματα 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 (ΕΚ 196 Α') χωρίς τον περιορισμό για υπογραφή του καταστατικού από εκατό (100) τουλάχιστον πρόσωπα πρόκειται για καταναλωτικό συνεταιρισμό. Απαιτείται εια σκοπιμότητας, η οποία χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας μετά από εξέταση του σχετιζόμενου καταστατικού και αφού ληφθούν υπόψη 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.1667/36 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 Κατοικία, 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 φοιτητών ή ψυχολόγων κλάδου Ε.Σ.Υ.. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν είναι δυνατόν να υπερβαίνουν το 45% του συνόλου των μελών.

γ) Δήμοι, κοινότητες 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 υπόγονται 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 έδρα 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 σύνταξη γήρατος ή αναπηρίας ή επίδομα πρόνοιας ή επίδομα επανένταξης ή οποιασδήποτε μορφής νοσήλιο ή παροχή, δεν χάνουν αυτές τις παροχές, αλλά συνεχίζουν να τις εισπράττουν ταυτόχρονα και αθροιστικά με την αμοιβή 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 επισημονικούς, εκπαιδευτικούς και θεραπευτικούς σκοπούς μπορεί να απασχολούνται παράλληλα, να μετακινούνται ή να αποσπώνται 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

ες στις οποίες υποβλήθηκαν λόγω της εργασίας σε αυτούς.

Τα ιδρυτικά μέλη γίνονται μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. με υπογραφή του καταστατικού. Η εγγραφή νέων γίνεται πάντοτε ελεύθερη σε νομικά και φυσικά πρόσωπα που συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις του νόμου και του καταστατικού. Η διαδικασία εγγραφής γίνεται από τις διατάξεις του ν.1667/1986 άρθρο 2 παράγραφοι 4-6. Το μέλος μπορεί να αποχωρήσει από την 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 ειδικές περιπτώσεις να επιτρέψει την αποχώρηση των 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 υποχρεώσεών τους λήπτονται τα συμφέροντα των Κοι.Σ.Π.Ε.. Στο μέλος που αποχωρούν ή διαγράφονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε. υποδίδεται η συνεταιριστική μερίδα που εισέφεραν το αργότερο τρεις (3) μήνες από την έγκρισή 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 απόκτηση 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 εισοδή 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 ευθύνονται 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 πτώχευσης ή της εκκαθάρισης. Δεν απαγγέλλεται ποτέ προσωπική κράτηση 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 ισάριθμα 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 στερητική δικαστική συμπαράσταση.

Το Δ.Σ., με πρόσκληση του συμβούλου που πλειοψηφία, 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 Ειρηνοδίκου. 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 παρίστανται πέντε (5) τουλάχιστον μέλη του. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με πλειοψηφία των παρόντων μελών. Σε περίπτωση άρτιου αριθμού, υπερισχύει 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 δεύτερου βαθμού ή να είναι σύζυγοι. 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 το 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

υπάγεται στην αρμοδιότητα άλλου οργάνου ή εποπτεία και τον έλεγχο των οργάνων της.

Στην αποκλειστική αρμοδιότητα της Γ.Σ., οι τις προβλέψεις της παρ. 2 του άρθρου 6 7/1986, υπάγονται:

α) κρίση για συμμετοχή σε Ευρωπαϊκούς Ομίλους ή Σκοπού (Ε.Ο.Ο.Σ.), σε Εταιρείες ή Επιχειρήσεις οποιουδήποτε συμφέροντος, καθώς και η αποχώρησή τους.

β) κρίση για συμμετοχή των συνεταιρισμών σε μετρήσιμες ή Ενώσεις συνεταιριστικές ανώτερου βαθμού ή αποχώρησή τους από αυτές.

γ) αγωγή των μελών των οργάνων της Διοίκησης, ποτε, για σπουδαίο λόγο και κυρίως για παράβαση ή για ανικανότητα να ασκήσουν την διαχείριση.

δ) απαρτίζεται από όλα τα μέλη, που συνέρχονται ή έκτακτη συνεδρίαση όπως ορίζει ο παρών Νόμος. Όλα τα μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε., ανεξάρτητα από ηλικία, μετέχουν και ψηφίζουν αυτοπροσώπως, εκτός από καταστατικό προβλέπει την αντιπροσωπεία ή άλλου μέλους εξουσιοδοτούμενου από αυτά. ε) Όλα τα μέλη της πρώτης κατηγορίας παρέχουν εξουσιοδότηση κατά παρέκκλιση των διατάξεων του Κώδικα για δικαιοπρακτική ικανότητα. Η απόφαση γενικά παρέχεται με απλό έγγραφο. στ) Οποιοδήποτε μέλος μπορεί να αντιπροσωπεύει ή να απόν μέλος.

ζ) Η αγωγή σύγκλησης, λειτουργίας και εγκυρότητας των οργάνων της Γ.Σ. ρυθμίζονται από τις διατάξεις των άρθρων 2-6 και 8 του άρθρου 5 του ν.1667/1986. η) Η σύγκληση της Γ.Σ. γνωστοποιείται και στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας. Αιτήματα για σύγκληση έκτακτης Γ.Σ. υποβάλλονται από τουλάχιστον πέντε (5) μέλη στα οποία περιλαμβάνονται και μέλη του εδαφίου α' της παρ. 1 του παρόντος άρθρου.

θ) Οι πόροι των συνεταιρισμών προέρχονται από: α) τη χορήγηση από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό ή το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων αποδοτικών για συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα από Ευρωπαϊκή Ένωση ή Διεθνείς Οργανισμούς, β) Χρηματοδότηση από Εθνικούς Οργανισμούς, το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, Αναπτυξιακά Προγράμματα, καθώς και από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή άλλους Οργανισμούς.

ι) Κληροδοτήματα, δωρεές και παραχωρήσεις της περιουσιακών στοιχείων.

ια) Έσοδα από την άσκηση των δραστηριοτήτων των Κοι.Σ.Π.Ε.

ιβ) Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών τους στοιχείων.

ιγ) 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 των ειδικών αποθεματικών που τυχόν αποφασίζει η Γ.Σ.,

ε) τα ειδικά αποθεματικά σχηματίζεται από την παρακράτηση τουλάχιστον του ενός εικοστού (1/20) των κερδών χρήσης. Η συγκεκριμένη παρακράτηση γίνεται είναι υποχρεωτική όταν το ύψος του αποθεματικού είναι εξισωθεί με τη συνολική αξία των συνεταιριστικών στοιχείων. Επιπλέον περιέρχεται στο τακτικό αποθεματικό με άλλο έσοδο για το οποίο δεν υπάρχει ειδική πρόβλεψη στον παρόντα νόμο και στα καταστατικά.

στ) Τα ειδικά αποθεματικά σχηματίζεται από την εισφορά των μελών ανάλογη προς την καθαρή περιουσία των Κοι.Σ.Π.Ε., όπως αυτή προκύπτει από τον ισολογισμό

της τελευταίας χρήσης. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει την καταβολή μικρότερης εισφοράς.

ζ) Τα μέλη που είναι Ν.Π.Δ.Δ. ή μη κερδοσκοπικά Ν.Π.Ι.Δ. του ευρύτερου 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 όταν το 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.

η) Οι επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό, το 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 δαπανών 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.

θ) 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 περιληψή του ισολογισμού τους στον αθηναϊκό ή επαρχιακό τύπο, αναλόγως της έδρας 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 Δ.Σ.,

δ) βιβλίο πρακτικών Ε.Σ.,

ε) βιβλίο πρακτικών Γ.Σ.,

στα οποία καταχωρούνται τα πρακτικά των αντίστοιχων οργάνων.

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 μερίδων και η αξία τους, η εισφορά νέων μελών και η χρονολογία τυχόν αποχώρησης ή διαγραφής των μελών. Τα βιβλία υπό στοιχεία (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 πτώχευση, μόνο αφού αποτύχει η διαδικασία για έκτακτη εισφορά κατά τις διατάξεις του παρόντος άρθρου.

Η σχετική διαπιστωτική πράξη καταχωρείται, με μέριμνα του Δ.Σ., στο μητρώο συνεταιρισμών του Ειρη-

νοδικείου στην περιφέρεια του οποίου εδρεύουν οι Κοι.Σ.Π.Ε..

Κατά τα λοιπά, 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 αρμόδιου Ειρηνοδικείου, 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 στο Ειρηνοδικείο 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 ιαρόδο του ταμήνου, πριν από τη λήψη οποιουδήποτε άλλου μέτρου, ο Ειρηνοδικής συγκαλεί τους δανειστές για συμβιβασμό. Κατά το συμβιβασμό, στη συνέλευση των δανειστών προεδρεύει ο Ειρηνοδικής. Ο συμβιβασμός, εφόσον επιτευχθεί, επικυρώνεται από το Ειρηνοδικείο. Μετά την επικύρωση οι συνεταιρισμοί συνεχίζουν τις εργασίες τους. Η απόφαση αυτή κοινοποιείται στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας με φροντίδα 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 Ειρηνοδικής. Συνδίκος διορίζεται αυτός που υποδεικνύει η πλειοψηφία των δανειστών, εκτός αν σπουδαίος λόγος δεν το επιτρέπει.

15. Πεντε (5) τουλάχιστον Κοι.Σ.Π.Ε. που διέπονται 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 απαρτίζεται 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 μία 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 εργαζομένους που δεν είναι μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε.. Οι εργαζόμενοι που δεν είναι μέλη των συνεταιρισμών μπορεί να παρίστανται 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 προμηθεύονται αγαθά και δέχονται υπηρεσίες από τους Κοι.Σ.Π.Ε.. Η προμήθεια αγαθών και η παροχή υπηρεσιών της παρογράφου αυτής απαλλάσσεται από κάθε κράτηση υπέρ τρίτου.

Το Δημόσιο, οι Δημόσιοι Οργανισμοί, οι Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού και τα νομικά τους πρόσωπα επιτρέπεται 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 Πανεπιστημιακά 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 όποιες 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 ρυθμίζουν ψυχιατρικά θέματα.

19. Στο ν. 1892/1990, όπως κάθε φορά ισχύει, υπόγονται 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 επιχορήγησης 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

Όροι 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 δημοσίευσής 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 ανασφάλιστα, 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

μείου, στον οποίο εγγράφονται κάθε χρόνο α-
ρχες πιστώσεις σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό

Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά
πα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτή-
ρη εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας
εντός του ειδικού νοσηλίου της παρ. 1 του πα-
ρ. και των πόρων της παρ. α' του άρθρου 28 του
9/1997 για την παροχή των υπηρεσιών σε άτομα
με ψυχικές διαταραχές.

το άρθρο 28 του ν. 2519/1997 το τελευταίο
της παρ. δ' αριθμείται ως παρ. ε' και οι λοιπές
αυτοί αναριθμούνται αναλόγως.

Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Νοσοκομείων του
92/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά
Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα
Ψυχικής Υγιεινής και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες,
και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, που έχουν ως
μεντο την ψυχική υγεία, μπορούν να επιχορηγού-
ντο τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου
και Πρόνοιας για την ανάπτυξη ερευνών και
των του Τομέα της Ψυχικής Υγείας.

απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας
ζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις και κάθε
μέρεια που αφορά την εφαρμογή της παρογράφου

Άρθρο 14

Κίνητρα επανένταξης

απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η
εκδίδεται εντός οκταμήνου από της δημοσίευσής
ερόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις
της οργανωμένων προγραμμάτων αποκατάστασης,
οία προβλέπεται και χορήγηση χρηματικού ποσού
ως του προϋπολογισμού του προγράμματος είτε
ροπευτικού κινήτρου για άτομα με ψυχικές δια-
ες που έχουν μακρά παραμονή για νοσηλεία σε
ες Ψυχικής Υγείας είτε ως κινήτρου επανένταξης
μα που διαμένουν στην κοινότητα.

Άρθρο 15

Μετακίνηση του προσωπικού των Μονάδων Ψυχικής Υγείας

απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας,
κδίδεται μετά από εισήγηση της Τ.Ε.Ψ.Υ., το
πικό των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που υπάγο-
ον Τομέα Ψυχικής Υγείας μπορεί να απασχολείται
τροπή σε οποιαδήποτε Μονάδα Ψυχικής Υγείας
μέα, με πλήρη ή μερική απασχόληση εντός του
κού ωρορίου εργασίας του ή και για την πραγ-
οήση εφημεριών κατ' εξαίρεση των διατάξεων
αλληλικού Κώδικα και των διατάξεων του άρθρου
ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/τ.Α/15.7.1992) και
ρθρου 25 του ν. 2519/1997 για την εξυπηρέτηση
αγκών των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των
Δ. και Ν.Π.Ι.Δ. του ευρύτερου δημόσιου και του
ού τομέα των Τομέων Ψυχικής Υγείας.

α όμοια απόφαση το προσωπικό των Μονάδων
ς Υγείας κάθε τομέα μπορεί να απασχολείται
α οριζόμενα στην παρ.1 του παρόντος άρθρου
ονάδες Ψυχικής Υγείας όμορου ή μη Τομέα
ς Υγείας, σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 2 εδάφια
ου παρόντος νόμου. Η απασχόλησή του αυτή
ορεί να υπερβαίνει συνολικά τους τρεις (3) μήνες
ος.

Άρθρο 16

Ακούσια νοσηλεία

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας
καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις που πρέπει
να πληρούν οι ιδιωτικές κλινικές, προκειμένου να δέ-
χονται ασθενείς με ψυχικές διαταραχές για ακούσια
νοσηλεία και ορίζεται ο τρόπος διασύνδεσης αυτών
των ιδιωτικών κλινικών με την Ειδική Επιτροπή προ-
στασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές δια-
ταραχές και η παρακολούθηση των ασθενών από τις
Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

Άρθρο 17

Μεταβατικές διατάξεις

1. Τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδο-
σκοπικού χαρακτήρα που ανέπτυξαν μονάδες ψυχοκοι-
νωνικής αποκατάστασης και επανένταξης για άτομα με
ψυχικές διαταραχές ή και άλλες ειδικές ανάγκες, σύμ-
φωνα με τον Κανονισμό (Ε.Ο.Κ.) 815/1984, οι οποίες
εξακολουθούν να λειτουργούν με κρατική επιχορήγηση,
υποχρεούνται εντός δύο (2) μηνών από τη δημοσίευση
του νόμου να δηλώσουν στον Υπουργό Υγείας και
Πρόνοιας αν θα συνεχίσουν τουλάχιστον επί διετία ή
όχι την παροχή των ανωτέρω υπηρεσιών στον Τομέα
Ψυχικής Υγείας.

Εφόσον δηλώσουν ότι επιθυμούν τη συνέχιση, υπο-
χρεούνται κατά τις προϋποθέσεις των παραγράφων 4
και 6 του άρθρου 11 να προσαρμοστούν στις διατάξεις
του παρόντος νόμου και να λάβουν την άδεια λειτουρ-
γίας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δη-
μόσιας 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 Πανεπιστημιακών
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 πε-
ριοχής τους.

Σε Τομείς Ψυχικής Υγείας στους οποίους λειτουργούν
Μονάδες Ψυχικής Υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις
του παρόντος νόμου δύναται, με απόφαση του Διοικη-
τικού Συμβουλίου, που εγκρίνεται από τον Υπουργό
Υγείας και Πρόνοιας, να καταργούνται οι αντιστοιχες
μονάδες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Το προσωπικό των Μονάδων που καταργούνται και
που υπηρετεί με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αο-
ριστού χρόνου τοποθετείται με κοινή απόφαση των
Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομικών και Εσω-
τερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης σε
νοσοκομεία ή Μονάδες Ψυχικής Υγείας αυτών στον
αντίστοιχο Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) μετά από
αίτησή του και ύστερα από κρίση του υπηρεσιακού
συμβουλίου και εφόσον συγκεντρώνει τα νόμιμα προ-
σόντα καταλαμβάνει κενές οργανικές θέσεις με την
ίδια σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αοριστού χρόνου.
Σε περίπτωση έλλειψης κενών οργανικών θέσεων κα-
ταλαμβάνει προσωποπαγείς θέσεις οι οποίες καταρ-

γούνται με την καθ' οιονδήποτε 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 πέντε (5) 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 Φαρμακοποιηκάρων ως ισότιμο 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). Το 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. 1729/1957 (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 οποίων, απαγορεύεται. Κατ' εξαίρεση η χορήγηση των ουσιών αυτών επιτρέπεται από:

α. Ειδικές προς τούτο δημόσιες μονάδες στις οποίες χορηγείται η σχετική άδεια, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Ο.Κ.Α.ΝΑ..

β. Τον Ο.Κ.Α.ΝΑ. 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 οροι κάτω από τους οποίους θα χορηγούνται. Όποιος 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 δήλωσή του εντάσσεται σε μόνιμες θέσεις δημοσίου 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 επόμενο βαθμό και την επιλογή του ως Προϊσταμένου 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» μεταάσσονται 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 δήλωσή τους, σε μόνιμες θέσεις δημοσίου 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 κατοικηνώσεων 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 Δημόσια 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 α) με το από 7 Φεβρουαρίου 1925 προεδρικό διάταγμα (ΦΕΚ 33 Α'/1925) «Νοσοκομείο Φυματιώντων νομού Ηρακλείου», περιοχής Μονής Ιεραουαλήμ Μαλεβιζίου, β) με το π.δ. 608/1985 (ΦΕΚ 221 Α'/1985) «Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Παιδιών Ηρακλείου Κρήτης», καταργούνται ως αυτετελή 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

ρόνοιας με έδρα το Λουτράκι Μαλεβιζίου Ηρακλείου, κτιριακή και ακίνητη περιουσία των συνγχευνησόμενων μεταφέρεται στο νέο Ν.Π.Δ.Δ., το οποίο υφίσταται αυτοδικαίως σε όλα τα δικαιώματα και ευθύνες τους.

Το Κέντρο διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο διορίζεται με ισοριθμο αναπληρωματικά για τρία χρόνια, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αποτελείται από:

α) έναν εκπρόσωπο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, έναν εκπρόσωπο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης 2ης βαθμίδας, έναν εκπρόσωπο της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Κρήτης, δύο έσοτερα πρόσωπα με επιστημονικό κύρος ή εξειδίκευση ή εμπειρία στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας και

β) έναν προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομικών, κλιμακώνεται 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:

«Άτομα με ειδικές ανάγκες με ποσοστό αναπηρίας ίσχιον 67%, που επιδοτούνται με προνοιακό ή επίδομα, διατηρούν το επίδομά τους αυτό και υποβάλλονται σε φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, ψυχολογική στήριξη».

Άρθρο 23

Η παρ. 7 του ν. 2646/1998 προστίθεται παράγραφος 9, ως ακολούθως:

«Οι προϋπολογισμοί των καταργούμενων φορέων Π.Α., Ε.Ο.Π., Κ.Β. «ΜΗΤΕΡΑ», αποτελούν προϋπολογισμό του Ε.Ο.Κ.Φ. από το οικονομικό έτος 1999 σύμφωνα με την υλοποίηση των διατάξεων της προηγούμενης παραγράφου.

Η πληρωμή των πάσης φύσεως δαπανών των καταργούμενων πιστώσεων στους προϋπολογισμούς των καταργούμενων φορέων Π.Α., Ε.Ο.Π., Κ.Β. «ΜΗΤΕΡΑ», επιχορηγείται ο Ε.Ο.Κ.Φ. Η εκκαθάριση των λογαριασμών γίνεται σύμφωνα με τις επί μέρους διατάξεις διόρισμένων τους ως άνω φορείς.

Οι προϋπολογισμοί που έχουν γίνει στους επί μέρους φορείς δημοσίευσης του παρόντος νόμου θεωρούνται έσοδα».

Άρθρο 24

Η παρ. 1 του άρθρου 1 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«Άδεια ίδρυσης φαρμακείου χορηγείται μετά γνώμη του αρμόδιου φαρμακευτικού συλλόγου με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας: α) Για δήμο ή κοινότητα της χώρας, το οποίο δεν επλήθε μεταβολή με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α') και β) για οικισμό δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα δήμου ή κοινότητας που συνεστήθη με τις διατάξεις του ίδιου άρθρου».

Οι διατάξεις του άρθρου 2 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α') εφαρμόζονται ανάλογα και στις περιπτώσεις καταργηθέντων δήμων και κοινοτήτων, όπου δε σε

αυτές αναφέρεται ο όρος δήμος 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 «δήμος ή κοινότητα» αυτός συμπληρώνεται ως εξής: «δήμος ή κοινότητα ή δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα, των δήμων και κοινοτήτων που συστάθηκαν με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α')».

Η παρ. 1 του άρθρου 14 του ν. 5607/1932 (ΦΕΚ 300 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«1. Η μεταφορά φαρμακείων επιτρέπεται μόνο: α) εντός των ορίων των δήμων και κοινοτήτων στους οποίους 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 συνεστήθησαν 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, ραδιολογίας - ακτινολογίας και χειριστών - εμφανιστών 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 Δ.Σ. του Ν.Π.Δ.Δ. μετά από έγκριση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας χωρίς να απαιτείται Πρόξη 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 περιλαμβάνει 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 συμφωνη γνώμη του Α.Σ.Ε.Π.. Οι σχετικοί πίνακες κατάταξης των υποψηφίων αποστέλλονται στο Α.Σ.Ε.Π. το οποίο σκεύελε ελεγχό αυτεπαγγέλτως ή κατ'έναταση υποψηφίων. Μετά τον έλεγχο η επιτροπή του οικείου νοσοκομείου 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 αμέσως μετά την κατάρτιση των πινάκων κατάταξης των υποψηφίων και πριν το αυτεπαγγέλτω ή κατ'έναταση 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 αίτησή τους».

Αντίστοιχο τεύχος διατάξεων 138 17 του Ν. 2539/97

Αντίστοιχο τεύχος διατάξεων 138 17 του Ν. 2539/97

Προστίθεται ως άρθρο 20 ως 23 ως 6 Ν. 2738/94

3. Το πρώτο εδάφιο της παρ. 6 του άρθρου 5 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α'/21.8.1997) "Αναπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις" αντικαθίσταται ως εξής:

"Για την κατάληψη θέσης γιαιτρού δημόσιας υγείας απαιτείται, για βαθμό Β ηλικία μέχρι 40 ετών και κατοχή τίτλου 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 εκταετής 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 εκδίδουν ενστάσεις για ιατρικές θέσεις στις οποίες δικαιούνται να διορισθούν γιατροί περισσοτέρων της μιας ειδικοτήτων ως μέλη των Επιτροπών και εισηγητές, μετέχουν γιατροί όλων αυτών των ειδικοτήτων που προτείνονται αντιστοίχως από τους φορείς των περιπτώσεων β', γ', δ. Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος με την πρότασή του ορίζει το μέλος της επιτροπής που προεδρεύει.

5. Πιστοποιητικό 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 μετακπαιδευθεί 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 προαναφερόμενου 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 οναγνωρισμένα να παρέχουν άσκηση στην ειδικότητα της Ιατροδικαστικής, μπορούν να αναγνωρίσουν 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 επί θεμάτων που αφορούν σε υπαλλήλους των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., ως αιρετά μέλη κατά το εδάφιο (β) της παραγράφου 2 του άρθρου 160 του ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α') συμμετέχουν εκπρόσωποι των εργαζομένων των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. με βαθμό τουλάχιστον Α', που προτείνονται από την ΠΟΕΔΗΝ. Μέχρι τον ορισμό εκπροσώπων από την

ΠΟΕΔΗΝ, το 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 συνιστώμενες προσωρινές θέσεις κλάδου Νοσοκομειακών Φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 40 του αναφερόμενου 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 ΤΕ 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, μέσω στην αναλογία του 1/3, 1/5, της Α' Ζώνης και 1/2 της Β' και Γ' Ζώνης επί του συνόλου αντίστοιχα, από 1.1.1998 μέχρι την έκδοση των κανονιστικών αποφάσεων για κάθε Νοσοκομείο, θα καταβληθούν τα αναλογούντα σε αυτούς ποσά που θα καθαριστούν 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 επίδομα 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 ποδάση, με θη-

Άρθρο 26

όνιμους), που υπηρετούν σε περιφερειακά Ιατρεία, α Υγείας και στους αγροτικούς γιατρούς που τούν με οποιονδήποτε τρόπο σε Νοσοκομεία, ειδικών συνθηκών άσκησης του ιατρικού επαγ-
τος.

της διατηρούνται οι πρόσθετες αποδοχές των ων α' και γ' της παρ. 2 της Α3α/οικ. 15230/89 (732 Β'/2.10.1989) κοινής υπουργικής απόφασης 'πουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικ-
αι Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, κυρώθηκε με το ν. 1881/1990 (ΦΕΚ 42 Α/1990) και διατηρήθηκε με το άρθρο 20 παρ. 2 του 63/1991 και καταβάλλονται στους γιατρούς υπη-
ις υπαίθρου για όσο χρονικό διάστημα αυτοί υπη-
ν σε περιφερειακά Ιατρεία που έχουν χαρακτηρι-
ως άγωνα με τις Α3α/οικ.15230/89 (ΦΕΚ 732 /τ. 10.89), Α/ οικ.62876 /19.12.91/ΦΕΚ 771 τ.Β' 2.92 και ΔΥ1α/33202/2.9.93/ ΦΕΚ 703/τ.Β'/10.9.93
ς υπουργικές αποφάσεις των Υπουργών Προεδ-
ς της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρό-
ς και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ανωτέρω δεν ισχύουν: α) για τους οπλίτες γιατρούς
ρεους υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968 που
θενται από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας και β)
τους γιατρούς του κλάδου Ε.Σ.Υ..

Συμβάσεις εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου
ου προσωπικού, που έχει προσληφθεί στο Ψ.Ν.Α.
το πρόγραμμα Απεξάρτησης από τα Ναρκωτικά
ρωνα: α) με την αριθμ. 334/11.9.1995 Π.Υ.Σ., όπως
ποποιήθηκε με την αριθμ. 413/2.11.1995 Π.Υ.Σ., β)
την αριθμ. 124/20.5.1997 Π.Υ.Σ., όπως τροποποιή-
ε με την αριθμ. 200/28.7.1997 Π.Υ.Σ. και έληξαν,
αείνοντας έως τη δημοσίευση του παρόντος νόμου
ι παρέκκλιση των διατάξεων που καθορίζουν την
τατη διάρκεια της σύμβασης και η σχέση μετατρέ-
αι αυτοδίκαια σε σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου
ιστου χρόνου.

ο προσωπικό αυτό κατατάσσεται σε θέσεις ειδικό-
ς αντίστοιχης των τυπικών προσόντων ή ειδικό-
ς που καθορίζεται με την πράξη κατάταξης σε
εις που συνιστούν αυτοδίκαιως με την ίδια πράξη
συνιστώμενες θέσεις είναι προσωποπαγείς και κα-
γούνται με την ένταξη του προσωπικού αυτού σε
εις που θα συσταθούν με τον οργανισμό του Ψ.Ν.Α..
Γιατροί ή οδοντίατροι που έχουν ενταχθεί σύμφωνα
τη διάταξη της παραγράφου 11 του άρθρου 6 του
2519/1997 και υπηρετούν κατά την έναρξη ισχύος
ι παρόντος νόμου σε θέσεις του κλάδου γιατρών
όσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. του Υπουργείου Υγείας και
όνοιας, καθώς και των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων,
ανεξαρτήτως, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, μετά
ό κρίση από το Συμβούλιο της παραγράφου 4 του
θρου 6 του ν. 2519/1997, στον κλάδο που υπηρετούν
ι σε βαθμό αναλόγως με τα χρόνια συνολικής πρού-
ηρείας τους, όπως αυτά αναφέρονται στην παρά-
αφ 11 του άρθρου 6 του ανωτέρω νόμου.

Ο χρόνος προϋπηρεσίας που διανύθηκε μετά την
ιόκτηση των τυπικών προσόντων της παρ. 2 του
θρου 6 του ν. 2519/1997, προκειμένου για τους
ατρούς που θα επανενταχθούν στο βαθμό Β' και ο
χρόνος προϋπηρεσίας που διανύθηκε μετά τη συμπλή-
ωση της δεκαετίας, προκειμένου για τους γιατρούς
ου θα επανενταχθούν στο βαθμό Α', θεωρείται ως
λεονάζων χρόνος παραμονής στο βαθμό που θα ε-
ανενταχθούν και προσμετράται στο χρόνο που απαι-
είται για την προαγωγή τους στον επόμενο βαθμό.

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 Συμ-
βούλιο που αποτελείται από τον πρόεδρο, τον αντι-
πρόεδρο και επτά (7) μέλη. Ως μέλη του Δ.Σ. ορίζονται
με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας φαρ-
μακοποιοί, γιατροί, οδοντίατροι, κτηνίατροι, χημικοί, οι-
κονομολόγοι και ειδικοί στην πληροφορική, με ειδικές
γνώσεις και εμπειρία στο αντικείμενο του Ε.Ο.Φ., ένας
Διευθυντής Ελεγκτικού Συνεδρίου και ένας πάρεδρος
Νομικού Συμβουλίου του Κράτους.

2. Ως 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 απο-
κλειστική απασχόληση.

Με την απόφαση διορισμού του προέδρου και αντι-
πρόεδρου 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 νοσηλεία στα εξωτερικά των ασφαλισμένων
του Οίκου Ναύτου εφαρμόζονται οι εκάστοτε υπουργικές
αποφάσεις που εκδίδονται κατ' εξουσιοδότηση των δια-
τάξεων 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 δημοσίευση
του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορί-
ζουν διαφορετικά οι επί μέρους διατάξεις.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Ε-
φημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως Νό-
μου του Κράτους.

Αθήνα, 14 Μαΐου 1999

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜ. ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΕΝΤΡΙΣΗΣ
ΒΑΣ. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΓΙΑΝ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΕΥΑΓ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΣΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΓΕΡΑΣ. ΑΡΣΕΝΗΣΓΕΩΡΓΙΑΣ
ΓΕΩΡΓ. ΑΝΩΜΕΡΓΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΛΑΜΠΡ. ΠΑΠΑΔΗΜΑΣΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΜΙΛΤ. ΠΑΠΑΓΩΑΝΝΟΥ
ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ
ΕΥΑΓ. ΠΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΛΙΑΣ
ΣΤΑΥΡ. ΣΟΥΜΑΚΗΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους

Αθήνα, 14 Μαΐου 1999
Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΕΥΑΓ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ