

Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΟΝΤΑ
ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΓΟΓΑΛΗ ΜΑΡΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : ΣΙΟΥΡΟΥΝΗ ΕΛΕΝΗ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2008

ΠΕΡΙΛΗΨΗ



Η φροντίδα των ασθενών μετά το τέλος Β΄ Παγκοσμίου πολέμου ήταν κυρίως νοσοκομειακή. Η τεράστια όμως αύξηση των δαπανών για την υγεία χωρίς την αντίστοιχη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και τη σημαντική μείωση της θνησιμότητας οδήγησε τα κράτη σε εφαρμογή εναλλακτικών εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, όπως είναι τα προγράμματα φροντίδων υγείας στο σπίτι.

Απώτερος στόχος της παρούσας εργασίας είναι να περιγράψει τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, κυρίως των ατόμων της τρίτης ηλικίας μέσω της λειτουργίας του προγράμματος φροντίδα υγείας στο σπίτι, να εκτιμηθεί η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς επίσης να αναδείξει την αναγκαιότητα του προγράμματος σε μια ευάλωτη ομάδα πληθυσμού που ζει σε συνθήκες γήρατος.

Για την επίτευξη αυτού του στόχου πραγματοποιήθηκε αναδρομή στην ελληνική βιβλιογραφία σχετικά με το θέμα και το ιστορικό του προγράμματος, ανασκόπηση επιστημονικών περιοδικών και διαδικτυακή αναζήτηση με την επίσκεψη κατάλληλων διαδικτυακών βάσεων δεδομένων και βιβλιοθηκών. Επίσης υπήρξε επαφή με συναφή φορείς, πινακοποίηση και ανάλυση του ερευνητικού υλικού, συζητήσεις με εργαζομένους και εξυπηρετούμενους δείγματος προγραμμάτων της χώρας.

Ως αποτέλεσμα της συγκεκριμένης μελέτης καταλήγουμε στο γεγονός ότι το πρόγραμμα φροντίδα υγείας στο σπίτι αποτελεί ουσιαστικό και ζωτικό κομμάτι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, και συμφέρει οικονομικά κάποιες ομάδες πληθυσμού.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	1
---------------	---

Κεφάλαιο 1

Η Τρίτη Ηλικία

1.1 Γήρας και θεωρίες περί γήρατος.....	4
1.2 Ο πληθυσμός της Τρίτης Ηλικίας.....	9
1.3 Επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού.....	13
1.4 Δείκτης Γήρανσης.....	14
1.5 Ο Υπερήλικας και η κοινωνία	14
1.6 Η Τρίτη Ηλικία σε «θέση μάχης».....	16
1.7 Κοινωνική πρόνοια για τους ηλικιωμένους στην Ευρώπη και στην Ελλάδα.....	18

Κεφάλαιο 2

Το πρόγραμμα Φροντίδα Υγείας στο πλαίσιο της Βοήθειας στο Σπίτι

2.1 Εισαγωγικά.....	23
2.2 Βασικές Αρχές.....	24
2.3 Τα όρια της φροντίδας στην κοινότητα και στο σπίτι.....	25
2.4 Πλαίσιο μέσα στο οποίο εντάσσεται η Βοήθεια στο Σπίτι.....	26
2.5 Σκοπός και Στόχος του προγράμματος.....	30
2.6 Προβλεπόμενες Υπηρεσίες.....	31
2.7 Υπηρεσίες που προσφέρθηκαν.....	31
2.8 Χαρακτηριστικά Εξυπηρετηθέντων.....	40
2.9 Εξέλιξη του προγράμματος και χρηματοδότησή του.....	43
2.9.1 Η χρηματοδότηση του προγράμματος.....	46
2.10 Το προσωπικό του προγράμματος.....	47
2.11 Τα προβλήματα των εργαζομένων του προγράμματος.....	48
2.12 Εθελοντές που εργάστηκαν στο πρόγραμμα.....	49

2.13 Εποπτεία – Διοίκηση.....	51
2.14 Έκταση του προγράμματος και εξεύρεση περιπτώσεων.....	52
2.14.1 Εξεύρεση περιπτώσεων.....	53

Κεφάλαιο 3

Η εμπειρία άλλων Ευρωπαϊκών χωρών

3.1 Δανία.....	54
3.2 Γαλλία.....	57
3.3 Μεγάλη Βρετανία.....	59
3.4 Αυστρία.....	61

Κεφάλαιο 4

Περιπτώσεις εξυπηρετηθέντων και αξιολόγηση του προγράμματος

4.1 Περιγραφή Περιπτώσεων.....	62
4.2 Αξιολόγηση του προγράμματος.....	66
4.3 Προτάσεις.....	69

Βιβλιογραφία.....	71
--------------------------	-----------

Παράρτημα

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- Ε. Ε.Σ. : Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός
Π.Φ.Υ. : Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Π.Ο.Υ. : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Μ.Ο. : Μέσος Όρος
Ν.Δ. : Νομοθετικό Διάταγμα
Ε.Σ. : Ερυθρός Σταυρός
Ν.Π.Δ.Δ. : Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου
Ν.Π.Ι.Δ. : Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου
Κ.Α.Π.Η. : Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων
Κ.Π.Σ. : Κυβερνητικό Πλαίσιο Στήριξης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλεία στο σπίτι έχει τις ρίζες της στα βάθη των αιώνων. Η νοσηλευτική φροντίδα ήταν παντού παρούσα, όπου υπήρχε ανθρώπινη ζωή, όχι όμως σαν επάγγελμα, δηλαδή συστηματική και οργανωμένη άσκηση αμειβόμενης δραστηριότητας. Οι πρώτες μορφές οργανωμένων υπηρεσιών υγείας εμφανίζονται πριν από τον 6^ο π.Χ. αιώνα στην Αρχαία Ελλάδα και προσφέρονταν στα Ασκληπιεία, τα Ιδιωτικά Ιατρεία και αργότερα, στη Ρωμαϊκή ιστορική περίοδο με τα *Valetudinaria*.¹ Το σπίτι ήταν σχεδόν ο αποκλειστικός χώρος φροντίδας των αρρώστων μέχρι την οργάνωση των μοναστηριών και την ίδρυση των νοσοκομείων με τη σύγχρονη μορφή την εποχή του Βυζαντίου, περίπου στα τέλη του 4^{ου} μ.Χ. αιώνα.

Η πρώτη οργανωμένη επίσκεψη στο σπίτι ξεκίνησε με την ίδρυση από τη Χριστιανική εκκλησία, του Τάγματος των Διακονισσών, οι οποίες είχαν συγκεκριμένες ευθύνες για τη φροντίδα του φτωχού ατόμου με ανάγκες. Η φροντίδα τους που διήρκησε μέχρι τον 5^ο και τον 6^ο αιώνα, είχε ως κύριο σκοπό να ανακουφίσει τον πόνο προσφέροντας υποστήριξη χωρίς να θεραπεύει ή να προλαμβάνει την ασθένεια.²

Οι πρώτες μορφές οργανωμένων μονάδων υγείας τόσο στην Ευρώπη όσο και στις Η.Π.Α. εμφανίζονται με την λειτουργία των πτωχοκομείων και των λοιμοκαθαρηρίων στα μεγάλα αστικά κέντρα της Ευρώπης τον 15^ο και τον 16^ο αιώνα και των Η.Π.Α. τον 18^ο αιώνα. Στην Ευρώπη πριν την εποχή της Florence Nightgale ήταν γνωστό ότι λαϊκές και θρησκευτικές ομάδες παρείχαν νοσηλεία στο σπίτι. Συνήθως αυτές ανήκαν στις κατώτερες τάξεις χωρίς εκπαίδευση που εργάζονταν αφιλοκερδώς, εμπνευσμένες από την αγάπη προς τον συνάνθρωπο. Η Nightgale ανέβασε το επίπεδο της νοσηλευτικής και δημιούργησε σχολές που παρείχαν νοσηλευτές εκπαιδευμένους έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των οξέων περιστατικών αλλά και των χρόνιων πασχόντων στην κοινότητα. Ο William Rathbone το 1859 στο Λίβερπούλ της Αγγλίας ίδρυσε το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι. Στις Η.Π.Α. το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι λειτούργησε το 1796 στη Βοστώνη, ενώ το πρώτο πρόγραμμα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι εγκαινιάστηκε το 1877 από την ιεραποστολή της Νέας Υόρκης όταν προσέλαβε τις πρώτες νοσηλεύτριες γι' αυτή την εργασία.³

Στην Ελλάδα το 1875 η Βασίλισσα Όλγα, ίδρυσε το «Νοσοκομειακό Εκπαιδευτήριο», και μετέπειτα Σχολή Επισκεπτριών-Νοσηλευτών «Ευαγγελισμός», για να χρησιμοποιηθούν για την προώθηση της κατ' οίκον νοσηλείας. Κυρίως όμως στελέχωσαν τις ανάγκες των

νοσοκομείων. Το 1923 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (Ε.Ε.Σ.) ειδίκευσε επί ένα εξάμηνο νοσηλεύτριες στη δημόσια υγιεινή οι οποίες προσέφεραν προληπτικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες στους καταυλισμούς των προσφύγων. Στη συνέχεια το 1979 Ε.Ε.Σ. άρχισε προσφέρει την κατ' οίκον νοσηλεία σε ηλικιωμένους αρρώστους σε ορισμένες περιοχές της Αθήνας. Το 1985 οι υπηρεσίες του Ε.Ε.Σ. συστηματοποιήθηκαν και σήμερα λειτουργούν δύο οργανωμένα κέντρα στην Αθήνα στις περιοχές των Αμπελοκήπων και Καλλιθέας που προσφέρουν νοσηλευτική φροντίδα σε υπερήλικες και χρόνιους πάσχοντες που ζουν μόνοι τους στο σπίτι. Το 1990 ο Ε.Ε.Σ. οργάνωσε προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι για όλες τις περιπτώσεις ασθενών και λειτουργούν μέχρι σήμερα. Επίσης υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι παρέχει και το νοσοκομείο "Μεταξά" που άρχισε πειραματικά να λειτουργεί το 1979, ενώ γνωστά είναι ανάλογα προγράμματα του νοσοκομείου "Άγιοι Ανάργυροι"⁴. Βασικός όμως στόχος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε αυτό τον τομέα είναι ότι τέτοιου είδους προγράμματα πρέπει να σχεδιάζονται και να λειτουργούν αυτόνομα στην κοινότητα όπου η εκτίμηση των αναγκών θα γίνεται σε πραγματικές συνθήκες στο χώρο που ζει ή εργάζεται το άτομο και στο περιβάλλον μέσα στο οποίο κινείται.

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με το να παρέχουν φροντίδα στο σπίτι, πρέπει ν' αναλάβουν έναν ιδιαίτερο ρόλο από αυτή την άποψη προς τον πληθυσμό τους, δρώντας μαζί του ως συμπαραγωγοί της υγείας και της φροντίδας υγείας: πληροφορώντας και συμβουλευόντας τους ανθρώπους πώς να διατηρούν την υγεία τους και στηρίζοντάς τους όταν αυτοί φροντίζουν τον εαυτό τους. Τέλος, η Π.Φ.Υ. πρέπει επίσης να στηρίζει τους ηλικιωμένους, ενόψει μάλιστα του αυξανόμενου αριθμού τους και της αυξανόμενης κοινωνικής απομόνωσης και δυσκολίας, ιδιαίτερα αυτούς που υποφέρουν από χρόνια νόσο ή ανικανότητα. Πρέπει να παρέχει και να συντονίζει τη φροντίδα γι' αυτή την ομάδα των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας στο σπίτι και -όταν απαιτείται- της ιδρυματοποιημένης φροντίδας στα γηροκομεία.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν θα δοθούν σύντομες πληροφορίες γενικότερα για την τρίτη ηλικία (θεματική ενότητα 1.1), για τον πληθυσμό της τρίτης ηλικίας σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες του πληθυσμού (θεματική ενότητα 1.2), για τις επιπτώσεις από τη δημογραφική γήρανση (θεματική ενότητα 1.3), για τον δείκτη γήρανσης (θεματική ενότητα 1.4), για τον υπερήλικα μέσα στην κοινωνία (θεματική ενότητα 1.5), για τη δραστηριοποίηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας (θεματική ενότητα 1.6) και για την κοινωνική πρόνοια όσον αφορά τους ηλικιωμένους (θεματική ενότητα 1.7). Εν συνεχεία στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα προγράμματα φροντίδων υγείας στο σπίτι

(θεματική ενότητα 2.1),στις βασικές αρχές στις οποίες στηρίζεται(θεματική ενότητα 2.2),στα όρια της φροντίδας των ηλικιωμένων στην κοινότητα και στο σπίτι(θεματική ενότητα 2.3),στο πλαίσιο μέσα στο οποίο εντάσσεται η βοήθεια στο σπίτι (θεματική ενότητα 2.4), στο σκοπό και στόχο του προγράμματος (θεματική ενότητα 2.5),στις προβλεπόμενες υπηρεσίες(θεματική ενότητα 2.6),στις μορφές υπηρεσιών που προσφέρονται(θεματική ενότητα 2.7),στα χαρακτηριστικά των εξυπηρετηθέντων (θεματική ενότητα 2.8), στην εξέλιξη του προγράμματος και στην χρηματοδότησή του (θεματική ενότητα 2.9), στο προσωπικό του προγράμματος (θεματική ενότητα 2.10), στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι (θεματική ενότητα 2.11), στην ανάπτυξη του εθελοντισμού στα πλαίσια του προγράμματος (θεματική ενότητα 2.12), στην εποπτεία-διοίκηση(θεματική ενότητα 2.13), και στην έκταση του προγράμματος και στην εξεύρεση περιπτώσεων(θεματική ενότητα 2.14). Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η εμπειρία άλλων ευρωπαϊκών χωρών όπως της Δανίας (θεματική ενότητα 3.1), της Γαλλίας (θεματική ενότητα 3.2), της Μεγάλης Βρετανίας (θεματική ενότητα 3.3) και της Αυστρίας (θεματική ενότητα 3.4). Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο αναφέρονται κάποιες περιπτώσεις εξυπηρετηθέντων (θεματική ενότητα 4.1),γίνεται μια αξιολόγηση του προγράμματος (θεματική ενότητα 4.2) και τέλος αναφέρονται κάποιες προτάσεις για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος(θεματική ενότητα 4.3).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ο όρος Τρίτη Ηλικία πρωτοεμφανίστηκε στη γαλλική βιβλιογραφία και αναφέρεται στην ομάδα των ατόμων, που έχουν ξεπεράσει τα 60 ή 65 χρόνια ζωής. Ο αριθμός των ατόμων αυτής της ομάδας συνεχώς αυξάνει.

Μια σύντομη αναδρομή στην ιστορία, μας δίνει την πληροφορία πως ο μέσος όρος ζωής του πρωτόγονου ανθρώπου ήταν περίπου 12 χρόνια, του ανθρώπου της εποχής του χαλκού περίπου 18 χρόνια. Από μελέτες ανθρώπων σκελετών υπολογίστηκε ότι το 5% περίπου των ανθρώπων, που έζησαν πριν από 100.000 χρόνια, ζούσε μέχρι τα 45 χρόνια, το 45% μέχρι τα 20-35 χρόνια και το 50% μέχρι τα 20 χρόνια. Στην Αρχαία Ελλάδα, στα χρόνια του Περικλή το προσδόκιμο ζωής ενός νεογέννητου ήταν 20 χρόνια και στην Ελληνορωμαϊκή εποχή 31 χρόνια, στον 9^ο αιώνα 35 χρόνια, κατά τα μέσα και τέλος του 19^{ου} αιώνα τα 40 χρόνια. Σήμερα, ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου κυμαίνεται από 70,1 χρόνια έως 75 χρόνια.⁵

Το γήρας εντάσσεται στο πλαίσιο της φυσιολογικής ανέλιξης της ζωής, δηλαδή, το γήρας δεν είναι νόσος αλλά μια φυσιολογική κατάσταση. Μια φυσιολογική κατάσταση όμως με πολλές παραδοξότητες. Οι περισσότερες λειτουργίες του σώματος μειώνονται κατά 1% το χρόνο μετά την ηλικία 20-30 ετών. Δικαιολογημένα έτσι λοιπόν, φτάνοντας κανείς στο κατώφλι της τρίτης ηλικίας, αυξάνονται οι ανάγκες και τα προβλήματά του. Με την πάροδο του χρόνου το αμυντικό σύστημα των ηλικιωμένων αποδυναμώνεται. Οι ηλικιωμένοι είναι επιρρεπείς σε τραυματισμούς, λοιμώξεις και παρουσιάζουν διάφορες δυσλειτουργίες στα συστήματα του οργανισμού τους. Δηλαδή στο κυκλοφορικό σύστημα, στο αναπνευστικό, στο νευρικό και στα αισθητήρια όργανα.

Η αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης, διάφορα σωματικά νοσήματα, ο φόβος των γηρατειών και η άρνηση αποδοχής τους, αποτελούν βασικές αιτίες αύξησης της συχνότητας των καταθλίψεων στην γεροντική ηλικία. Η άσχημη ψυχολογική κατάσταση οφείλεται συχνά τόσο στη μοναξιά και στην αποξένωση της μεγαλούπολης, όσο και στην εγκατάλειψη της υπαίθρου από τους νέους.

Μάλιστα έχει επισημανθεί ότι οι περισσότερες αυτοκτονίες συμβαίνουν σε καταθλιπτικούς ασθενείς προχωρημένης ηλικίας.

Σημαντικό παράγοντα ψυχολογικής στήριξης για τους ηλικιωμένους αποτελεί η εργασιακή απασχόληση, εφόσον δεν γίνεται αποκλειστικά για βιοποριστικούς λόγους.

Αποτελέσματα έρευνας έχουν δείξει ότι τα άτομα της τρίτης ηλικίας αποτελούν το 25% του οικονομικά ενεργού πληθυσμού της χώρας και ασχολούνται κυρίως με αγροτικές εργασίες.¹⁶ Η δυνατότητα θετικής συμμετοχής των ηλικιωμένων στη ζωή της χώρας δεν εξαρτάται μόνο από την εμπιστοσύνη που έχουν οι ίδιοι στον εαυτό τους, από την πίστη στις ικανότητές τους και την επιθυμία τους να παραμείνουν ενεργά και χρήσιμα μέλη της κοινωνίας, εξαρτάται επίσης και από την εμπιστοσύνη που θα τους δείξει το κοινωνικό σύνολο, θεωρώντας τους άτομα ικανά να προσφέρουν στην κοινωνία. Αυτό βέβαια έχει σχέση με το πολιτιστικό επίπεδο κάθε χώρας, με τις αντιλήψεις κάθε εποχής, τις συνήθειες ζωής και τα "πρότυπα ζωής" που επικρατούν κατά καιρούς. Η σημερινή κοινωνία, διακατέχεται από το πνεύμα της οικονομικής αποτελεσματικότητας και ζητεί από τα άτομα ό,τι και από τις μηχανές. Παραγωγική ικανότητα και εμπορεύσιμη εμφάνιση. Οι γέροντες όμως δεν διαθέτουν ούτε την απαιτούμενη δύναμη και ταχύτητα, ούτε την φυσική έλξη. Επομένως μπαίνουν περιθώριο της ζωής, και από ρόλους δυναμικούς που είχαν λίγο πριν πρέπει να περιορισθούν σε αδύνατους και δευτέρους.

Παρόλα αυτά ένα σημαντικό ποσοστό των ηλικιωμένων αδυνατεί να συμμετέχει ενεργά στην οικονομική ζωή και στηρίζεται αποκλειστικά στην συνταξιοδότηση και σε διάφορα επιδόματα που έχουν νομοθετηθεί για τους ανασφάλιστους ηλικιωμένους. Η έλλειψη ικανοποιητικών οικονομικών πόρων οδηγεί στην πτώση του βιοτικού επιπέδου των ηλικιωμένων ατόμων. Συχνά μάλιστα παρατηρείται το φαινόμενο ένα σημαντικό ποσοστό ηλικιωμένων να ζουν σε ακατάλληλα σπίτια που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις υγιεινής και που είναι ανεπαρκή για τις ανάγκες τους. Φαινόμενο που παρατηρείται ιδιαίτερα στην σημερινή εποχή εξαιτίας της αστυφιλίας, της μετανάστευσης και της επικράτησης της πυρηνικής οικογένειας.

1.1 Γήρας και θεωρίες περί γήρατος

Πολλές προσπάθειες έγιναν κατά καιρούς από επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων (βιολόγους, κοινωνιολόγους, ψυχολόγους κλπ.) για τον ακριβή καθορισμό του γήρατος και τον χαρακτηρισμό του "ηλικιωμένου" ατόμου. Απεδείχθη όμως ότι δεν είναι καθόλου εύκολο να δοθεί ένας σαφής, περιεκτικός και συγκεκριμένος ορισμός του όρου "ηλικιωμένος", ο οποίος να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλες τις περιπτώσεις και να καλύπτει όλους τους τομείς και τις διαστάσεις του ατόμου.

Βιολογικά το γήρας αρχίζει ουσιαστικά από την περίοδο της εφηβείας, αποτελεί δε μια συνεχή, εξελικτική διεργασία που διαρκεί σε όλη την ζωή του ενήλικα. Από πλευράς κοινωνικής, τα χαρακτηριστικά των μελών μιας κοινότητας που θεωρούνται ηλικιωμένοι, ποικίλουν ανάλογα με τα πολιτιστικά και εθνολογικά χαρακτηριστικά της κοινότητας ή του έθνους στο οποίο ανήκουν αλλά και μεταβάλλονται από τη μια γενιά στην άλλη. Χρονολογικά το γήρας είναι ακόμη πιο δύσκολο να καθοριστεί διότι οι συνεχείς αλλαγές στη νοσηρότητα, στην θνησιμότητα και στον μέσο όρο της ζωής των ατόμων μεταβάλλει αναγκαστικά και το χρονικό όριο του γήρατος. Το 1980 ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) καθόρισε σαν όριο γήρατος το 60^ο έτος της ηλικίας. Στατιστικά στοιχεία όμως από αναπτυγμένες χώρες του κόσμου οδηγούν στο συμπέρασμα, ότι ηλικιωμένο στις χώρες αυτές θεωρείται το άτομο των 80 ετών και άνω. Γενικά επικράτησε να καθορίζεται σαν όριο γήρατος για τεχνικούς και στατιστικούς και μόνο λόγους ο χρόνος συνταξιοδότησης των ατόμων, ο οποίος κυμαίνεται γύρω στο 65^ο έτος της ηλικίας.

Τα τελευταία χρόνια έγινε μεγάλη προσπάθεια και παρατηρήθηκε σημαντική πρόοδος στην κατανόηση της βιολογίας του γήρατος, εξακολουθούν όμως να υπάρχουν ακόμη αρκετά σκοτεινά σημεία. Κανένα μοντέλο ή θεωρίες από όσες παρουσιάστηκαν κατά καιρούς δεν εξηγεί ικανοποιητικά την διεργασία του γήρατος. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. το πραγματικό γήρας είναι αποτέλεσμα της αλληλοεπίδρασης και της επικοινωνίας μεταξύ των ενδογενών γενετικών παραγόντων και των εξωγενών ή περιβαλλοντικών επιδράσεων. Η επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων στην διεργασία του γήρατος διαπιστώνεται από τη διαφορά που παρουσιάζεται στην διεργασία αυτή μεταξύ ομάδων ατόμων τα οποία ζουν κάτω από διαφορετικές συνθήκες περιβάλλοντος. Αν χρησιμοποιηθεί το παράδειγμα της πιο συχνής νόσου, του καρκίνου, διαπιστώνεται ότι παρά το ότι υπάρχει στα άτομα μια ενδογενής γενετική επιρρέπεια, διεθνείς μελέτες αποδεικνύουν ότι περίπου 70% των περιστατικών αυτών οφείλεται σε αθροιστική έκθεση των ατόμων σε καρκινογόνους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Τα τελευταία χρόνια ο υπολογισμός έναρξης του γήρατος βασίζεται περισσότερο στη γενετική αξιολόγηση της φυσικής και ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου και της ικανότητάς του να ζει αποδοτικά και δραστήρια στο κοινωνικό σύνολο, και λιγότερο στον υπολογισμό της χρονολογικής ηλικίας του. Έτσι συμβαίνει πολλές φορές, ένα άτομο 45-50 χρόνων να είναι "ηλικιωμένο", ενώ κάποιο άλλο να είναι "νέο" και μετά τα 100 χρόνια του. Πάντως, η σημερινή κοινωνία μας επηρεασμένη από τον χρόνο που συνήθως συνταξιοδοτούνται τα άτομα "αποφάσισε" ότι το γήρας αρχίζει στα 65 χρόνια. Μετά από

αυτό το όριο οι διάφοροι ερευνητές κοινωνιολόγοι, ψυχολόγοι, γηρίατροι κλπ. τοποθετούν το άτομο στην ομάδα των ηλικιωμένων.⁶

Για την επεξήγηση του γήρατος αναπτύχθηκαν πάρα πολλές θεωρίες, οι οποίες αναλύονται ως εξής:

Κατά τον J.Loed, Αμερικανό φυσιολόγο, κάθε ζωντανός οργανισμός από τη γέννησή του περιέχει μέσα του ορισμένη ποσότητα κάποιας χημικής ουσίας (ουσία της ζωής), απαραίτητη για τη ζωή. Η ουσία αυτή καταναλίσκεται κατά την ανάπτυξη του οργανισμού στην ανταλλαγή της ύλης, μετά δε την εξάντλησή της το άτομο γηράσκει και πεθαίνει.

Ο Cattell παρατηρεί ότι όλα τα κύτταρα, κάτω από κατάλληλες συνθήκες, είναι δυνατόν να παραμείνουν αθάνατα και ότι το γήρας πιθανότατα οφείλεται σε αλλοίωση των χυμών που περιβάλλουν τα κύτταρα.

Από παρατηρήσεις, ο Weitzmann έφθασε στο συμπέρασμα ότι πιθανόν μέσα στο αίμα των γερόντων να υπάρχουν μερικές ουσίες, οι οποίες όχι μόνο να αναστέλλουν την ανάπτυξη των κυττάρων, αλλά και προκαλούν βαριές εκφυλιστικές αλλοιώσεις σ' αυτά.

Η θεωρία του Pearl βασίζεται σε προηγούμενες πειραματικές έρευνες των Cattell και Weitzmann και καταλήγει, ότι το γήρας οφείλεται στη βαθμιαία συσσώρευση τοξικών προϊόντων της ανταλλαγής της ύλης, τα οποία, όπως είναι γνωστό, δηλητηριάζουν βαθμιαία τα ζωντανά κύτταρα και τους ιστούς του οργανισμού.

Ο Greppi θεωρεί το γήρας ως χρόνια μεταβολική νόσο, θανατηφόρου εξέλιξης. Γι' αυτόν, κύρια φυσικοχημική σημασία έχει η επεξεργασία, την οποία παρουσιάζει ο μεσεγγυματικός ιστός.

Περισσότερο γενική και λιγότερο εκτεθειμένη σε επικρίσεις θεωρία, είναι ότι το γήρας κάθε έμβιου οργανισμού αποτελεί προοδευτική «απώλεια πληροφοριών» και ότι η απώλεια αυτή, θεωρητικά βρίσκεται στο κυτταρικό επίπεδο (DNA), μπορεί να οφείλεται στη φθορά που δημιουργείται από τη χρήση και είναι δυνατόν να συνδέεται και με την προοδευτική κυτταρική διαφοροποίηση, από την οποία χάνονται συνθετικές ικανότητες.

Στο ρόλο της κληρονομικότητας, ειδικά για την μακροζωία και τις νοσηρές επεξεργασίες του οργανισμού, δίνεται ιδιαίτερη προσοχή.

Η ανάπτυξη και η εκδήλωση του γήρατος βιολογικά σχετίζεται όχι μόνο με όλες τις ηλικίες, αρχίζοντας από την εμβρυϊκή, αλλά και με τη νοσηρή κατάσταση των γονέων και κυρίως της μητέρας. Η διαταραχή της λειτουργίας του νευρικού και πεπτικού συστήματος καθώς και των ενδοκρινών αδένων είναι υπαίτιος στην αιτιολογία του πρώιμου γήρατος και της πρώιμης γεροντικής νοσηρότητας. Η ανεπαρκής λειτουργία των πιο πάνω συστημάτων ή οργάνων προκαλεί διαταραχές ολόκληρου του οργανισμού, με αποτέλεσμα

τη διαταραχή της ανταλλαγής της ύλης των κυττάρων και τη δημιουργία εκφυλιστικών επεξεργασιών, που προδιαθέτουν στο «γήρας νόσος». Ακόμη το πρώιμο γήρας φαίνεται να σχετίζεται με κληρονομικούς παράγοντες και επιταχύνεται από τις έντονες συγκινήσεις. Το όψιμο, παρατηρείται συχνά σε άτομα που υπήρξαν δραστήρια, με ευχάριστη διάθεση και ευρείες αντιλήψεις.⁵

Ο Hayflick (1970) πιστεύει ότι κάθε οργανισμός έχει στα κύτταρά του ένα εσωτερικό γενετικό πρόγραμμα, που καθορίζει τον αριθμό των μιτώσεων, επομένως και τη διάρκεια της ζωής του. Ο αριθμός των μιτώσεων στο κάθε είδος καθορίζεται από τα γονίδια του, ώστε να προσφέρεται στο είδος η πιο μεγάλη πιθανότητα αναπαραγωγής. Όταν το είδος φθάνει στα ανώτατα όρια παραγωγής τότε η επιβίωση γίνεται προοδευτικά πιο δύσκολη, ενώ ο θάνατος προοδευτικά πιο εύκολος. Κατά τη θεωρία αυτή, η πρωτεϊνοσύνθεση που χρειάζεται για τις διαδοχικές μιτώσεις δέχεται ξαφνικά ανασταλτικό σήμα που είναι ειδικό σε κάθε είδος. Αυτή είναι η θεωρία του «προγραμματισμένου γήρατος».

Μια άλλη θεωρία γήρατος στηρίζεται στην άποψη ότι το γήρας οφείλεται σε σφάλματα πρωτεϊνικής σύνθεσης. Δύο είναι τα πιθανά σημεία σφαλμάτων, είτε στην παραγωγή παραμορφωμένου RNA από το DNA, είτε στην παραγωγή παραμορφωμένης πρωτεΐνης από το φυσιολογικό RNA.

Ακόμη πιστεύεται πως τα φαινόμενα του γήρατος είναι πιο χαρακτηριστικά όταν ο συνολικό αριθμός κυτταρικών μονάδων ελαττώνεται σημαντικά. Η μείωση τόσο του αριθμού των κυττάρων όσο και της απόδοσης αυτών που έμειναν, αποτελεί την επικρατέστερη θεωρία του γήρατος. Η κύρια ευθύνη για το φαινόμενο αυτό αποδίδεται στη μείωση της παροχής αίματος.

Ο Leat, καθηγητής του Harvard ύστερα από παρατηρήσεις πληθυσμών όπου υπάρχουν πολλοί αιωνόβιοι, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, εάν υπάρχει ένα μυστικό για το πώς θα γίνεις αιωνόβιος, αυτό είναι η καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής σκληρή σωματική εργασία.

Η θεωρία της αυτοανοσίας υποστηρίζει πως, όσο προχωρεί η ηλικία του ατόμου, αυξάνονται και οι αυτοανοσολογικές αντιδράσεις στο άτομο. Τα ανοσοβιολογικά σώματα προσκολλούνται στα υγιή κύτταρα που επιφέρουν την καταστροφή τους. Καταστάσεις που στηρίζονται στη θεωρία αυτή είναι η Pernicious αναιμία, η νόσος του Addison και η χρόνια θυρεοειδίτιδα.

Η θεωρία του Seley, «περί συνδρόμου έντασης», μπορεί σε γενικές γραμμές να εφαρμοστεί στους υπερήλικες. Το «σύνδρομο έντασης» αναπτύσσεται σε τρία στάδια:

1. Το στάδιο της ξαφνικής αντίδρασης
2. Το στάδιο της αντίστασης και

3. Το στάδιο της εξάντλησης.

Το τελευταίο εκφράζει εκκένωση και μπορεί να παραλληλισθεί με το στάδιο της υπερηλικίωσης.

Από όλες τις πιο πάνω θεωρίες προκύπτει, ότι με την πάροδο του χρόνου και με διάφορους μηχανισμούς για την κάθε θεωρία, το αμυντικό σύστημα του ηλικιωμένου αποδυναμώνεται. Αποτέλεσμα αυτού είναι η μεγάλη επιρρέπειά του σε τραυματισμούς και λοιμώξεις από διάφορους μικροοργανισμούς, με συχνότερη την κοινή γρίπη, η οποία αυξάνει την θνησιμότητα στην ομάδα αυτή του πληθυσμού. Όλες οι εκφυλιστικές καταστάσεις που παρουσιάζονται με την πάροδο της ηλικίας ακόμη και το άσπρισμα των τριχών της κεφαλής δείχνουν την πτώση του ανοσοβιολογικού μηχανισμού στον ηλικιωμένο. Σαν παράδειγμα αναφέρεται η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η οποία αυξάνει με την ηλικία και παρουσιάζεται στους ηλικιωμένους σε ποσοστό 50%.

Τελευταία από την Αμερική προήλθε μια νέα θεωρία, σύμφωνα με την οποία ο οργανισμός γηράσκει διότι δεν μπορεί να αμυνθεί εναντίον των βλαπτικών παραγόντων. Αιτία είναι η εξασθένηση των λευκών αιμοσφαιρίων(παράγων Τ). Αν αλλάξουμε κατά τους επιστήμονες αυτούς τα κύτταρα των ηλικιωμένων με τα κύτταρα νεώτερου ατόμου, τότε το άτομο ξαναγίνεται σφριγηλό και έχει μεγαλύτερη αντοχή στους βλαπτικούς παράγοντες. Η θεωρία αυτή αποδείχθηκε πειραματικά σε ποντίκια, τα οποία έζησαν διπλάσιο χρόνο από την ομάδα σύγκρισης.⁷

1.2 Ο Πληθυσμός της Τρίτης Ηλικίας

Οι διεθνής και περιφερειακοί οργανισμοί, οι τοπικοί παράγοντες της κάθε μιας χώρας, οι ασχολούμενοι με την υγεία, την κοινωνιολογία και την οικονομία, ενδιαφέρθηκαν για τον συνεχώς αυξανόμενο πληθυσμό των ηλικιωμένων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), σε ειδικά αφιερωμένη στους ηλικιωμένους συνέλευση η οποία έγινε στην Βιέννη το 1982, τόνισε αφενός την αναγκαιότητα της συστηματικής ερευνητικής μελέτης και συγκέντρωσης πληροφοριών σχετικά με τις ανάγκες υγείας των ηλικιωμένων, και αφετέρου τις επιπτώσεις της αύξησης του ποσοστού του ηλικιωμένου πληθυσμού στην Εθνική και Διεθνή Οικονομία και στην κοινωνική και πολιτική ζωή.

Είναι πια γεγονός γνωστό σε όλους ότι η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού της γης έχει μεταβληθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Το ποσοστό των ηλικιωμένων έχει

αυξηθεί και αυξάνεται συνέχεια, ενώ περιορίζεται συγχρόνως η νεανική ομάδα του πληθυσμού. Αυτό αποτελεί φαινόμενο Παγκόσμιο, Ευρωπαϊκό και Ελληνικό.

Οι ηλικιωμένοι στον κόσμο το 1980 ήταν 376 εκατομμύρια και υπολογίζεται ότι το 2020 θα είναι 976 εκατομμύρια. Σε ποσοστά δε από 8,5% το 1980, θα φθάσουν 12,5% το 2020, σε όλο τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένων και των χωρών με την μεγάλη ακόμη θνησιμότητα και του πολύ χαμηλού μέσου όρου (Μ.Ο.) ζωής όπως οι χώρες της Αφρικής και της Ασίας. Στην Ευρώπη, την γηραιά Ήπειρο όπως ονομάζεται, το ποσοστό των ηλικιωμένων κυμαίνεται ανάλογα σε κάθε χώρα μεταξύ 12%-16%. Στην Σουηδία οι ηλικιωμένοι θα αποτελέσουν το 26% του πληθυσμού το 2025 και θα την τοποθετούν σαν τη δεύτερη κατά σειρά πιο γερασμένη χώρα του κόσμου, μετά την Ιαπωνία που θα είναι η πρώτη με 27%. Ο ρυθμός αύξησης των ηλικιωμένων στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι πολύ πιο ταχύς απ' ότι στις αναπτυγμένες, κυμαίνεται δε στην διάρκεια των ετών 1980-2020 από 55%-70%.⁶

Η αύξηση αυτή οφείλεται αφενός μεν στην αύξηση του μέσου όρου ζωής και αφετέρου στο δραστικό περιορισμό των γεννήσεων που παρατηρείται σε ορισμένες χώρες όπως η Κίνα. Οι πιο ανεπτυγμένες χώρες πέρασαν από το στάδιο αυτό της περιορισμένης γονιμότητας και της πτώσης της θνησιμότητας κατά το πρώτο ήμισυ του αιώνας αυτού, γι' αυτό και ο ρυθμός της αύξησης είναι πιο περιορισμένος. Ο μέσος όρος ζωής στις αναπτυσσόμενες και ανεπτυγμένες χώρες μας δείχνει την αλλαγή αυτή.

Πίνακας 1.1 : Ρυθμός αύξησης Μ.Ο. ζωής στις ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες.

	ΕΤΟΣ	
	1875	2020-2025
ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΕΣ	55 χρόνια	75 χρόνια
ΑΝΕΠΤΥΓΜΕΝΕΣ	75 χρόνια	74,5 χρόνια

Πηγή: Κυριακίδου Ε. Θ., "Κοινωνική Νοσηλευτική", 2^η έκδοση, σελ. 305, Αθήνα 1997.

Ο συνολικός πληθυσμός στις αναπτυσσόμενες χώρες θα αυξηθεί από το 1980-2020 κατά 95% ενώ ο πληθυσμός των ηλικιωμένων κατά 240%. Έτσι, σταδιακά ο ηλικιωμένος

πληθυσμός θα αυξηθεί πολύ περισσότερο στις χώρες αυτές σε σχέση με τις Ευρωπαϊκές που κατέχουν τα σκήπτρα, μέχρι τώρα. Το 1987, οι ηλικιωμένοι αποτελούσαν το 13,6% του πληθυσμού των χωρών της Ε.Ο.Κ.

Στην Ελλάδα το πρόβλημα παρουσιάζεται πολύ πιο έντονο τα τελευταία χρόνια, αφού οι ηλικιωμένοι από 7,4% που ήταν το 1951 φθάνουν σήμερα στο 14%, ενώ συγχρόνως υπάρχει μεγάλος περιορισμός της γονιμότητας. Αναλογούν 14 γεννήσεις σε 1000 άτομα στην Ελλάδα και 30/1000 στην Τουρκία. Δείκτης γονιμότητας στην Ελλάδα 1,2 παιδιά. Είναι φυσικό λοιπόν η αύξηση αυτή σε ηλικιωμένο πληθυσμό να γίνει ακόμη πιο αισθητή τα επόμενα χρόνια και επομένως η άμεση παρέμβαση και ανάλογη προσαρμογή των υπηρεσιών υγείας, ώστε όχι μόνο να διατίθενται υπηρεσίες, αλλά να είναι και αποτελεσματικές στην κάλυψη των αναγκών υγείας για τους ηλικιωμένους περιγράφονται από επιστήμονες που ασχολήθηκαν με το θέμα στις Η.Π.Α. και τον Καναδά: το Ατομικό, το Διοικητικό και το Επιστημονικό μοντέλο. (Σχήμα 1)

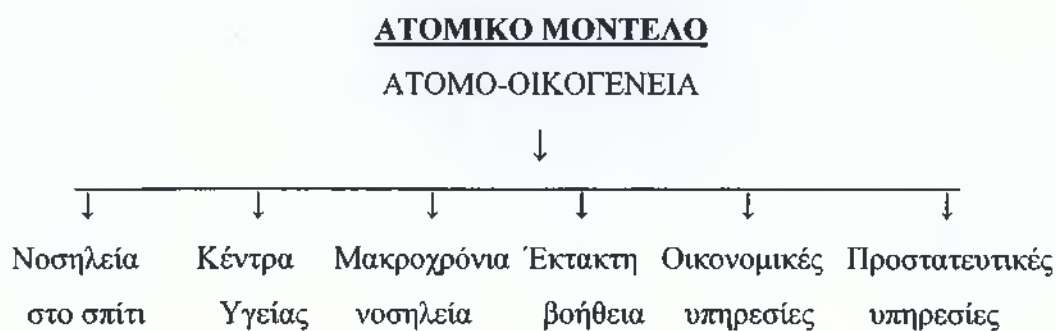
Στο **Ατομικό μοντέλο**, το άτομο και η οικογένειά του έχουν την πρωτοβουλία επιλογής των υπηρεσιών υγείας, και μόνοι τους αποφασίζουν τι τους χρειάζεται και ποια υπηρεσία τους εξυπηρετεί. Τα πλεονεκτήματα είναι: Η ελευθερία που έχουν τα άτομα να επιλέξουν τις υπηρεσίες που προτιμούν και τα ερεθίσματα και η κατεύθυνση που δίδεται στους αρμόδιους σχετικά με το είδος των υπηρεσιών που χρειάζονται, ώστε να κάνουν τον ανάλογο προγραμματισμό. Βασικό μειονέκτημα: η έλλειψη ενημέρωσης του κοινού πριν από την επιλογή.

Στο **Διοικητικό μοντέλο**, οι υπεύθυνοι των υπηρεσιών ενημερώνουν πριν από την επιλογή το κοινό, προκειμένου να επιλέξουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται. Πλεονέκτημα: Η ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα υγείας που οδηγεί σε καλύτερη επιλογή. Μειονέκτημα: Η δυσκολία στο να προβλεφθούν οι υπηρεσίες που χρειάζονται και να οργανωθούν ανάλογα με τη ζήτηση.

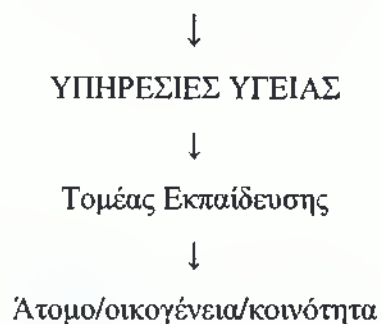
Στο **Επιστημονικό μοντέλο**, η έμφαση δίδεται στον επιστήμονα που δίδει τη φροντίδα, στο νοσηλευτή γηροντολογίας ο οποίος αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ατόμου-υπηρεσιών. Αξιολογεί το άτομο και σε συνεργασία μαζί του, αφού το ενημερώσει σχετικά, επιλέγει και συντονίζει τη φροντίδα που χρειάζεται. Αυτό φαίνεται ότι έχει τα περισσότερα πλεονεκτήματα.

Τα μοντέλα αυτά δεν λειτουργούν απόλυτα ξεχωριστά αλλά σε συνδυασμό. Το τι θα εφαρμοστεί σε κάθε χώρα, θα από τις συνθήκες τις τοπικές, τις υπηρεσίες που διατίθενται, τους επιστήμονες που στελεχώνουν αριθμητικά και ποιοτικά τις υπηρεσίες υγείας, τις οικονομικές δυνατότητες και γενικά την πολιτική υγείας που ακολουθείται.⁶

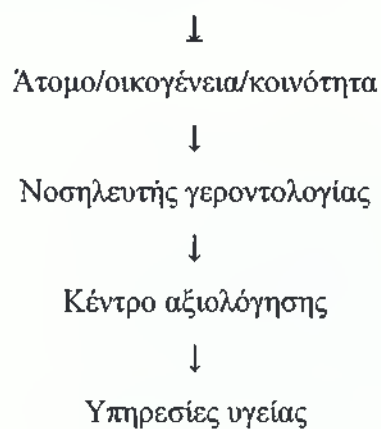
Σχήμα 1.1 : Μοντέλα οργάνωσης υπηρεσιών υγείας



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ



Πηγή: Κυριακίδου Ε.Θ., "Κοινωνική νοσηλευτική", 2^η έκδοση, σελ. 308, Αθήνα 1997.

1.3 Επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού

Ο "γκρίζος" πληθυσμός της γης, αποτελεί ένα φαινόμενο στο οποίο και οι πιο ανεπτυγμένες τεχνολογικά χώρες του κόσμου προσπαθούν ακόμη να προσαρμοστούν. Οι επιπτώσεις της δημογραφικής αλλαγής του πληθυσμού είναι ποικίλες και επεκτείνονται πολύ πέραν της υγείας και αρρώστιας, είναι επιπτώσεις οικονομικές, πολιτικές, εθνικές, κοινωνικές.⁶

Οικονομικές επιπτώσεις

Επιπτώσεις στη χρηματοδότηση των δαπανών κοινωνικής ασφάλισης και στις δαπάνες υγείας. Η αυξανόμενη δυσαναλογία συνταξιούχων προς εργαζόμενους προκαλεί δυσχέρειες στη χρηματοδότηση των συντάξεων ή και βελτίωση των ιδιαίτερα χαμηλών συντάξεων ορισμένων ταμείων. Τέλος, η δημογραφική γήρανση προκαλεί μεγάλη αύξηση των δαπανών για την υγεία υπό την επίδραση της αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων και της αύξησης της ροπής για κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών στις μεγάλες ηλικίες.

Πολιτικές επιπτώσεις

Οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύονται όλο και περισσότερο στο εκλογικό σώμα, μ' αποτέλεσμα να δυσχεραίνονται οι κοινωνικές αλλαγές, αφού είναι περισσότερο "συντηρητικοί" με έλλειψη τόλμης και επιθυμίας για αλλαγή και αφοσίωση στην παράδοση.

Εθνικές επιπτώσεις

Εδώ παρουσιάζονται συνήθως επιπτώσεις στην άμυνα, με μείωση του στρατεύσιμου πληθυσμού, αύξηση της στρατιωτικής θητείας και αύξηση των κονδυλίων για πολεμικούς εξοπλισμούς.

Κοινωνικές επιπτώσεις

Αναφέρονται κυρίως η σύγκρουση γενεών, η διερεύνηση χάσματος ανάμεσα στους ηλικιωμένους και τους νέους, η ένταση του αγώνα για κατάληψη και διατήρηση θέσεων εργασίας, η διερεύνηση της φτώχειας, η περιθωριοποίηση κοινωνικών ομάδων και οι μεταβολές στην συμβολή της κοινωνίας και της οικογένειας στην προσφορά προς τους ηλικιωμένους.

1.4 Δείκτης γήρανσης

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

$$\text{Δείκτης γήρανσης} = (N_{65} / N_{0-14}) * 100$$

Η αύξησή του μπορεί να προέλθει είτε από την αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων είτε από την μείωση των γεννήσεων. Ένας άλλος σημαντικός δείκτης, είναι ο δείκτης εξάρτησης ο οποίος εκφράζει πόσα εξαρτώμενα άτομα αναλογούν σε κάθε 100 παραγωγικά. Η άνοδος του δείκτη εξάρτησης μπορεί να προέλθει είτε από την αύξηση των εξαρτώμενων ατόμων, είτε από τη μείωση του ενεργού πληθυσμού.⁹

1.5 Ο Υπερήλικας και η κοινωνία

Οι αντιλήψεις για τους ηλικιωμένους σ' όλο τον κόσμο έχουν κληρονομηθεί από δύο, αντίθετες διαμετρικά απόψεις.

Μια άποψη είναι η Κλασική Ελληνική, κατά την οποία η υπερηλικίωση είναι μια αμείωτη δυστυχία και όταν η περίοδος της άνοιξης της ζωής περάσει, τότε η πραγματικότητα του θανάτου είναι προτιμότερη από την πραγματικότητα της ζωής. Η αντίληψη όμως αυτή δεν απέβαλε το σεβασμό στο γήρας το οποίο χαρακτηριζόταν όχι απλώς σαν ηθικό χρέος, αλλά και σαν η κυριότερη απόδειξη του ευγενούς και αγαθού ανθρώπου. Στην αρχαία Ελλάδα το συμβουλευτικό σώμα της Πυθίας αποτελούσαν επτά σοφοί γέροντες, στη δε Σπάρτη η Γεροντοκρατία ήταν απόλυτη.

Η άλλη είναι η άποψη των λαών της Ανατολής. Γι' αυτούς η μεγάλη ηλικία είναι η κορυφή της ζωής, δίνει αξία και γόητρο στο άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία. Η τοποθέτηση του ηλικιωμένου στις περισσότερες κοινωνίες, είναι μάλλον απόρροια των απόψεων της Κλασικής Ελληνικής Φιλοσοφίας. Οι άνθρωποι σήμερα δίνουν προβάδισμα στη νεότητα και φοβούνται το γήρας, αφού αυτό οδηγεί στην απώλεια της αξιοπρέπειάς τους.

Η έμφαση στη νεότητα, καρπός παλαιότερων εποχών, κατά τους οποίους η νεότητα και η δύναμη ήταν διακριτικά πλεονεκτήματα, έχει εμποδίσει την ανθρωπότητα να υιοθετήσει μια λογική στάση προς το γήρας. Σήμερα ο άνθρωπος μάχεται ενάντια στις ρυτίδες και απελπίζεται μπροστά σε κάθε λευκή τρίχα των μαλλιών του.

Το γήρας παρουσιάζει μερικά από τα χαρακτηριστικά των κοινωνικών μειονοτήτων. Ένδειξη της θέσης αυτής των ηλικιωμένων είναι ότι :

1. Η κοινωνία επλαμβάνεται των προβλημάτων του γήρατος με τη βοήθεια οργανισμών και φιλανθρωπικών οργανώσεων και
2. Οι υπερήλικες αποτελούν κοινωνικό πρόβλημα.

Σαν καθολικό επίσης φαινόμενο πρέπει να σημειωθεί, ότι η τοποθέτηση των ηλικιωμένων στην κοινωνία -χωρίς αυτό βέβαια να είναι απόλυτο- επηρεάζεται από την τεχνολογική πρόοδο της χώρας. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες οι ηλικιωμένοι -άνδρες και γυναίκες- αναγνωρίζονται και εκτιμούνται ως αρχηγοί. Θεωρούνται πηγή των γνώσεων και της σοφίας.

Στην πλειονότητα των βιομηχανικών χωρών, από το άλλο μέρος, οι ηλικιωμένοι θεωρούνται απώλεια, ανεπάρκεια, δυσλειτουργία και ανικανότητα.

Από αρχαιοτάτων χρόνων η ανθρωπότητα καταβάλλει προσπάθεια για να βρει τρόπους να παρατείνει τη ζωή του ανθρώπου. Σήμερα, που ο άνθρωπος βρίσκεται σ' αυτό το επίτευγμα, καλείται να αγωνισθεί για να προσφέρει και δημιουργικότητα στα χρόνια της ζωής που του απομένουν. Δεν είναι λοιπόν χωρίς βάση η επιτακτική ανάγκη που δημιουργήθηκε σήμερα, καθώς ο καιρός περνάει και αυξάνεται ο αριθμός των υπερηλικών, να αναπτυχθεί παράλληλα με τη στοργική φροντίδα και το αμέριστο ενδιαφέρον της οικογένειας, η οποία αποτελεί το φυσικό περιβάλλον του ηλικιωμένου ατόμου, και ανάλογο ενδιαφέρον από τη κοινότητα και ολόκληρο το έθνος. Το ενδιαφέρον αυτό θα βοηθήσει να προφυλαχθεί ο υπερήλικας από τα ατυχήματα, τις αρρώστιες, την απραξία, το «γήρας νόσος», την κατάθλιψη, το άγχος, την απογοήτευση και πάνω απ' όλα τη μοναξιά, ή να του προσφέρουμε το υποκατάστατο της οικογένειας. Επίσης το κοινωνικό ενδιαφέρον, θα αντικαταστήσει, σε κάποιο βαθμό την οικογένεια, όταν αυτή δεν υπάρχει ή δεν μπορεί να προσφερθεί στον υπερήλικα και, τέλος, θα του δώσει τη θέση που του ανήκει μέσα στο κοινωνικό σύνολο.

Φαίνεται πως το ανθρώπινο πνεύμα δεν είναι καλά προετοιμασμένο να αντιμετωπίσει τη νίκη αυτής της μεγάλης ηλικίας. Τελικά η παράταση της ζωής παραμένει σε πολλές περιπτώσεις «δώρον άδωρον», καθώς οι νικητές μπορούν να την υποφέρουν μόνο κάτω από το κάλυμμα των φαρμάκων, εφόσον δεν είναι σε θέση να της δώσουν νόημα και

ομορφιά μέσα στις δυνατότητες της εποχής. Έτσι για τους περισσότερους, η ενηλικίωση σημαίνει περίοδο καρτερίας και όχι απόλαυσης.

Τα τελευταία χρόνια, εμφανίζεται σ' όλο τον κόσμο η ίδρυση και η ταχεία ανάπτυξη επιτροπών, συμβουλίων, ιδρυμάτων, κλπ. με σκοπό τη βοήθεια της τόσο συμπαθητικής αλλά και πολύ ευαίσθητης «τρίτης ηλικίας» προκειμένου τα ώριμα χρόνια τη ζωής να είναι ευτυχισμένα και γεμάτα δραστηριότητα. Πρέπει να υπογραμμισθεί πως η βασική ανάγκη όλων των ηλικιωμένων, ανεξάρτητα αν ζουν στις αναπτυσσόμενες ή στις ανεπτυγμένες χώρες, στην οικογένεια ή σε κάποιο ίδρυμα, είναι η ίση μεταχείριση με τα άτομα των άλλων ηλικιών. Συνήθως, τα ηλικιωμένα άτομα είναι πιο φτωχά, μειονεκτούν σε σχέση με τα άτομα άλλων ηλικιών στη σύγχρονη κοινωνία. Αυτό όμως αποτελεί αδικία γι' αυτούς που όπως γράφει ο Καλλίνικος «εκοπίασαν, εμόχθησαν, ίδρωσαν, επόνεσαν, εξαντλήθηκαν δια την ανάπτυξιν μας...».⁵

1.6 Η Τρίτη Ηλικία σε «θέση μάχης»

Η γήρανση είναι μια φυσική φυσιολογική διαδικασία κατά την οποία το σώμα διέρχεται μια σειρά αλλαγές. Υπάρχει ένα πολύ πλατύ φάσμα ποικιλιών του τι αυτό σημαίνει για τα άτομα και την ικανότητά τους να βιώνουν μια ενεργεί ζωή που να τους γεμίζει. Πολλοί ηλικιωμένοι παραμένουν ενεργητικοί και πλήρως ανεξάρτητοι μέχρι πολύ κοντά στο τέλος της ζωής τους. Οι μεγαλύτερες απειλές για την υγεία των ηλικιωμένων είναι η άνοια, η οστεοπόρωση, η ακράτεια και οι κακώσεις.

Αν και οι ηλικιωμένοι είναι πιο ευάλωτοι στις παραπάνω απειλές, αυτές δεν είναι σε καμία περίπτωση ένα αναπόφευκτο κομμάτι της διαδικασίας γήρανσης για όλους. Σε πολλά μέρη της Ευρώπης, δίνεται πάρα πολύ έμφαση στην εξασθένηση των λειτουργιών και πολύ λίγη στις ευκαιρίες να παραμείνει κάποιος ενεργός. Λίγη προσοχή δίνεται στις περιπτώσεις στην υγεία των σταδιακά μειούμενων κοινωνικών ρόλων στη διάρκεια της ζωής. Ενώ ως ενήλικοι επωμίζονται πολλαπλούς οικονομικούς και κοινωνικούς ρόλους, αντίθετα συχνά είναι κακώς προετοιμασμένοι για μια κοινωνική ζωή που να τους γεμίζει μετά το πέρας της κανονικής τους εργασιακής απασχόλησης, τη φυγή των παιδιών από το σπίτι και την εξασθένηση των σωματικών τους λειτουργιών. Αρκετή από την κακή υγεία δημιουργείται εξαιτίας της παρανόησης ότι γεράματα σημαίνει αδράνεια, και ότι ξεκινούν στην ηλικία των 65.

Υπάρχουν πολλές ευκαιρίες να παραμείνει κάποιος ενεργός και να έχει ενδιαφέρον για τη ζωή. Το επίπεδο εκπαίδευσης των ανθρώπων ηλικίας 65 και άνω αυξάνεται, και υπάρχουν καινούργιες ευκαιρίες για τους ηλικιωμένους να συνεχίσουν τη μόρφωσή τους.

Σε μερικές χώρες, πιθανόν ως αποτέλεσμα του υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης, οι ηλικιωμένοι έχουν ιδρύσει πολιτικές ομάδες και ομάδες δράσης συνταξιούχων για να εκφράσουν τα αιτήματά τους για ανάπτυξη κοινωνικής και υγειακής πολιτικής και υπηρεσιών. Ωστόσο, σε ευρεία κλίμακα, πολύ λίγες προσπάθειες γίνονται για να καλύψουν τις μεταβαλλόμενες ανάγκες και προσδοκίες των ηλικιωμένων, και να προετοιμάσουν για μια Ευρώπη που όλο και περισσότερο γεράζει.

Οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άντρες, αλλ' αυτά τα επιπρόσθετα χρόνια συχνά συνοδεύονται από χρόνιες αρρώστιες, ανικανότητα και δυσκολίες να λειτουργούν ανεξάρτητα, ειδικά στην υποομάδα των "υπέργηρων" ("old - olds", των ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω). Η εξάρτηση έχει σωματικές, ψυχολογικές, οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις οι οποίες έχουν έναν ισχυρό αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των πολύ ηλικιωμένων, μιας ηλικιακής ομάδας όπου οι γυναίκες αποτελούν σήμερα περίπου το 60%-64%. Ένας λόγος για την κατά φύλο διαφορά της λειτουργικής ικανότητας μπορεί να είναι ότι, καθώς η μυϊκή μάζα μειώνεται, οι γυναίκες βρίσκονται κάτω από το «κρίσιμο όριο» ("critical threshold") νωρίτερα από τους άντρες. Οι γυναίκες τείνουν να έχουν μικρότερα εισοδήματα και οικονομίες από τους άντρες, μια τάση που είναι πιθανό να συνεχιστεί και την επόμενη δεκαετία, με επιπτώσεις στις δημόσιες δαπάνες και στην υγεία και ποιότητα ζωής των γυναικών.¹⁰

Το φυσικό περιβάλλον είναι ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας της ικανότητας των ηλικιωμένων να διατηρούν την ανεξαρτησία τους, και στ σπίτια τους και όταν βγαίνουν έξω στην τοπική κοινωνία. Η στέγαση, η μεταφορά και ο σχεδιασμός των τοπικών υπηρεσιών είναι, προς το παρόν, συχνά εμπόδια στη διατήρηση των λειτουργικών επιπέδων πολλών ηλικιωμένων, και ένα κώλυμα στη βιωσιμότητα των κοινωνικών δικτύων τους. Πολλά μεταφορικά μέσα, ιδιαίτερα, στην Ευρώπη δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους ηλικιωμένους. Η πρόσβαση στα λεωφορεία και στα τρένα είναι συχνά δύσκολη.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι πολίτες θέλουν να παραμείνουν στα σπίτια τους όσο γίνεται περισσότερο. Ωστόσο, σ' έναν αριθμό χωρών της Ευρώπης, απουσιάζουν οι κατάλληλες υπηρεσίες φροντίδας υγείας στο σπίτι- ειδικά για ανθρώπους με άνοια. Σε πολλές χώρες, οι ηλικιωμένοι δεν έχουν πρόσβαση σε προληπτικές υπηρεσίες. Όμως, τέτοιες υπηρεσίες είναι πολύ σημαντικές για τους ηλικιωμένους, όπως φαίνεται από την

πολύ υψηλή ζήτηση για φροντίδα σχετικές με τις κακώσεις. Σε γενικές γραμμές, η αποκατάσταση έχει αποδείξει ότι είναι μεγάλης χρησιμότητας στο να βοηθά τους ηλικιωμένους να ζήσουν ανεξάρτητοι και ν' αυξήσουν την αυτονομία τους και την ποιότητα της ζωής τους.¹⁰

1.7 Κοινωνική πρόνοια για τους ηλικιωμένους στην Ευρώπη και στην Ελλάδα

Όπως κάθε ηλικιακή και πληθυσμιακή ομάδα έχει ιδιαιτερότητες έτσι και οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια ειδική πληθυσμιακή ομάδα που απ' ό,τι παρουσιάζουν τα στοιχεία, συνεχώς θα αυξάνεται τα επόμενα χρόνια. Αυτό είναι ευχάριστο, διότι σημαίνει αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, χωρίς όμως να σημαίνει τίποτα αν τα χρόνια ζωής που προστίθενται δεν είναι χρόνια ευχάριστα και αποδοτικά για τους ανθρώπους τις τρίτης ηλικίας και δεν τους εξασφαλίζεται τελικά μια αξιοπρεπή διαβίωση. Στην κατεύθυνση αυτή η πολιτεία είναι υποχρεωμένη να αναπτύξει δομές, μέτρα, υπηρεσίες και προγράμματα για να προλάβει να αντιμετωπίσει και να αποκαταστήσει προβλήματα και ανάγκες των ηλικιωμένων. Και οι πολίτες είναι απαραίτητο να δραστηριοποιηθούν σε τομείς κοινωνικής αλληλεγγύης, ενισχύοντας την κοινωνική θωράκιση και τον κοινωνικό ιστό.

Για την τρίτη ηλικία και την βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης των ηλικιωμένων, έντονο ενδιαφέρον έχει δείξει και η Ευρωπαϊκή Ένωση, η οποία έχει εκπονήσει διάφορα προγράμματα ειδικά για το σκοπό αυτό.¹¹

Συγκεκριμένα:

- Το 1989 καθιερώθηκε η "κάρτα του Ευρωπαίου πολίτη ηλικίας 60 ετών και άνω". Στόχος του μέτρου αυτού είναι η εξασφάλιση παροχής ιδίων πλεονεκτημάτων των υπηκόων των κρατών-μελών που είναι 60 ετών και άνω με αυτά που απολαμβάνουν οι πολίτες του κράτους-μέλους υποδοχής, όσον αφορά τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς και τις πολιτιστικές δραστηριότητες (εκπτώσεις, δωρεάν πρόσβαση κλπ.). Η Ελληνική πλευρά ανταποκρίθηκε κατά το ήμισυ στην εν λόγω σύσταση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου. Και αυτό γιατί μόνο το υπουργείο Μεταφορών και Επικοινωνιών δηλώνει ότι αδυνατεί λόγω οικονομικών δυσχερειών.

- Το Νοέμβριο του 1990 αποφασίστηκε από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο η εφαρμογή του προγράμματος κοινοτικών δράσεων υπέρ των ηλικιωμένων (πρόγραμμα ELDERLY). Η διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος καθορίζεται από την 1^η Ιανουαρίου 1991 μέχρι 31^η Δεκεμβρίου 1993. Στόχος του προγράμματος αυτού είναι η συνοχή της δράσης των κρατών –μελών για την κοινωνική ένταξη των ηλικιωμένων, την προώθηση της αλληλεγγύης των γενεών και την αξιοποίηση της θετικής συμβολής των ηλικιωμένων στη κοινωνία. Αυτό θα επιτευχθεί με την οργάνωση διασκέψεων, σεμιναρίων και μελετών για τη διευκόλυνση της ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των υπευθύνων του προγράμματος των κρατών-μελών, αλλά και με την εφαρμογή μέτρων που αποβλέπουν στην ενίσχυση της αυτονομίας των ηλικιωμένων είτε με την ένταξή τους στο εργατικό δυναμικό της κοινότητας που διαβιούν είτε με εθελοντική-εργασία των ηλικιωμένων. Το πρόγραμμα ELDERLY χρηματοδοτήθηκε με ποσό ύψους 2,4 εκατομμύρια ευρώ για τα δύο πρώτα έτη.

- Μέρος του προγράμματος αυτού αποτελεί η ανακήρυξη του 1993 ως Ευρωπαϊκό Έτος των ηλικιωμένων και της αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών. Στόχος του Ευρωπαϊκού Έτους των ηλικιωμένων είναι η ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου απέναντι στα προβλήματα των ηλικιωμένων, στις συνέπειες της δημογραφικής γήρανσης, στην ανάπτυξη της αλληλεγγύης των γενεών και στην πληρέστερη συμμετοχή των ηλικιωμένων στα κοινωνικά δρώμενα. Μέσα επίτευξης των παραπάνω αποτελούν διάφορες ενέργειες όπως διοργάνωση κοινών διασκέψεων, ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ οργανισμών των κρατών-μελών καθώς και ενέργειες ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης σε εθνικό επίπεδο όπως βραβεία και διαγωνισμοί, εκστρατείες πληροφόρησης και διαφημίσεις, δημοσίευση των πληροφοριών και οργάνωση εκδηλώσεων. Το πρόγραμμα αυτό χρηματοδοτήθηκε με ποσό ύψους 6,9 εκατομμύρια ευρώ, ενώ η κοινοτική συμμετοχή καλύπτει το 30% μέχρι και το 1005 των συνολικών δαπανών.

Για τα δύο αυτά προγράμματα υπεύθυνες αρχές από ελληνικής πλευράς ήταν το υπουργείο Εθνικής Οικονομίας και το υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει ένας ενιαίος φορέας για τη συντονισμένη και ομοιόμορφη προστασία των ηλικιωμένων. Οι βασικοί νόμοι που εφαρμόστηκαν για την προστασία των υπερηλικών και των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις είναι: Το Ν.Δ. 162/24-9-1973. Με το Νομοθετικό αυτό Διάταγμα η προστασία των ηλικιωμένων υπάγεται στις αρμοδιότητες του υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών και εκδηλώνεται ως ιδρυματική περίθαλψη ή ως κοινωνική αρωγή στην κατοικία και με την μορφή της οικονομικής

ενίσχυσης ή άλλης φύσεως υλικής βοήθειας που έχει σκοπό να εξασφαλίσει τα μέσα επιβίωσης και περίθαλψης των ατόμων αυτών. Άλλο σημαντικό Ν.Δ. είναι το υπ' αριθμόν 57/19-7-1973 "περί μέτρων προστασίας των οικονομικών αδυνάτων και καταργήσεως των διατάξεων που διέπουν το θεσμό απορίας". Βάσει του νομοθετήματος αυτού, όταν οι ανάγκες οι οποίες δημιουργούνται από την κατάσταση στην οποία βρίσκονται τα άτομα αυτά δεν καλύπτονται ούτε από τον ασφαλιστικό τομέα ούτε από τα ίδια τα μέσα των μελών της οικογένειάς τους, παρέχεται σ' αυτά υγειονομική περίθαλψη και οικονομική βοήθεια.¹²

Στη χώρα μας δεν υπάρχουν σήμερα όπως σε άλλες χώρες ειδικές υπηρεσίες υγείας με γηριάτρους για την αποκλειστική φροντίδα των ηλικιωμένων. Η προστασία των ηλικιωμένων παρέχεται είτε από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είτε από διάφορες κοινωνικές υπηρεσίες. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης περιλαμβάνει ένα μεγάλο αριθμό ασφαλιστικών ταμείων στα οποία είναι διαφορετική η στάθμη των παροχών των κλάδων ασθένειας, σύνταξης, επικουρικής ασφάλισης, επιδομάτων προς τους ασφαλισμένους που έχουν συνταξιοδοτηθεί. Βασικός φορέας των κοινωνικών υπηρεσιών είναι το υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, η Εκκλησία, η ιδιωτική πρωτοβουλία, ο Ε.Σ. και οι φιλανθρωπικές δραστηριότητες.

Η κοινωνική προστασία στα άτομα τρίτης ηλικίας ασκείται και με τη λειτουργία ειδικών ιδρυμάτων (γηροκομεία, άσυλα, οίκοι ευγηρίας) και με την εφαρμογή προγραμμάτων περίθαλψης ηλικιωμένων.

Οι φορείς της ιδρυματικής προστασίας διακρίνονται σε Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και σε ιδιωτικές επιχειρήσεις.

Τα Ν.Π.Δ.Δ. που λειτουργούν σήμερα σε όλη τη χώρα είναι 11. Από αυτά τα τρία ιδρύθηκαν από την ιδιωτική πρωτοβουλία η οποία τα παραχώρησε στο δημόσιο, 3 είναι μικτά (γηροκομεία, θεραπευτήρια) και τα υπόλοιπα 5 είναι δημοτικά.

Και τα Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, δηλαδή η ιδιωτική πρωτοβουλία, καλύπτει ένα σημαντικό μέρος των αναγκών της ιδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων. Από τα Ν.Π.Ι.Δ. τα 36 εκκλησιαστικά. Υπάρχουν επίσης 40 ιδιωτικές επιχειρήσεις οι οποίες βρίσκονται σχεδόν όλες στο Νομό Αττικής και ειδικότερα στο Ανατολικό διαμέρισμα.¹³

Όσον αφορά την εξωιδρυματική περίθαλψη, μέχρι τώρα περιοριζόταν σε άτυπες μορφές φροντίδας όπως η οικογένεια, συγγενείς και γείτονες. Οι περιορισμένες εξωιδρυματικές υπηρεσίες που παρεχόταν μέχρι πρόσφατα ήταν απρογραμμάτιστες και ανοργάνωτες. Διάφοροι μικροί εθελοντικοί οργανισμοί καθώς και η εκκλησία προσφέρουν

χρηματική και υλική βοήθεια σε ηλικιωμένα άτομα της περιοχής τους. Η εκκλησία παλιότερα είχε εφαρμόσει το πρόγραμμα "σπίτια γαλήνης" που είχε προοδευτικό χαρακτήρα και περιελάμβανε νοσηλεία στο σπίτι, εκπαίδευση εθελοντών και πολιτιστικές δραστηριότητες.

Το 1979 το κράτος άρχισε να δημιουργεί τα πρώτα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) στην περιφέρεια της πρωτεύουσας σε πειραματική βάση. Με τη χρηματοδότηση της πολιτείας μεγάλες εθελοντικές οργανώσεις όπως η Χριστιανική Ένωση Νεανίδων (Χ.Ε.Ν.), Ο Ερυθρός Σταυρός, το Κέντρο Οικογενειακής και Παιδικής Μέριμνας, ο Όμιλος Εθελοντών κλπ. λειτούργησαν τα πρώτα Κ.Α.Π.Η. Μέχρι το 1981 είχαν λειτουργήσει 11 Κ.Α.Π.Η. της μορφής αυτής στην Αθήνα.

Το 1981 αποφασίστηκε η ανάπτυξη τέτοιων κέντρων τα οποία θα λειτουργούσαν αποκλειστικά με την ευθύνη της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Η εφαρμογή του προγράμματος αυτού άρχισε το 1982. Το 1983 τα Κ.Α.Π.Η. που λειτουργούσαν μέχρι τότε από τους εθελοντικούς οργανισμούς μεταφέρθηκαν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και λειτούργησαν όπως τα Κ.Α.Π.Η. που στο μεταξύ είχε ιδρύσει αυτή.

Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. που αναπτύχθηκε στη δεκαετία του '80 έγινε αποδεκτός με ενθουσιασμό από το σύνολο των ηλικιωμένων και αποτέλεσε το πρώτο αποκεντρωμένο πρωτοβάθμιο θεσμό κοινωνικής φροντίδας. Η μέχρι σήμερα προσφορά στους ηλικιωμένους δεν έχει αμφισβητηθεί από κανέναν και μάλιστα έχει συμβάλει στην ευαισθητοποίηση των φορέων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης ώστε να αναπτύξουν προνοιακές δράσεις.

Επιδίωξη των Κέντρων αυτών είναι να παραμείνει το ηλικιωμένο και αυτοεξυπηρετούμενο άτομο στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του και να συμμετέχει ενεργά στην κοινωνικοπολιτιστική ζωή του τόπου.

Μια από τις αρμοδιότητες των Κ.Α.Π.Η. η οποία καταγράφεται και στα Φ.Ε.Κ. ίδρυσης (Φ.Ε.Κ. 1982- 83-84) και στους κανονισμούς λειτουργίας τους είναι και η παροχή βοήθειας στο σπίτι για ηλικιωμένους.

Η παραμονή στο σπίτι αποτελεί σήμερα την κυρίαρχη αντίληψη στο χώρο της κοινωνικής φροντίδας για τον ηλικιωμένο και καθιστά αναγκαία την εφαρμογή προγραμμάτων κατ' οίκον βοήθειας για τα άτομα αυτά. Τα προγράμματα αυτά έχουν στην ψυχική και σωματική υγεία των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας.

Μέσα στα πλαίσια του προγράμματος οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης εντάσσονται οι «Ξενώνες Ενηλίκων». Σε αυτούς τους ξενώνες φιλοξενούνται άτομα χωρίς διάκριση ηλικίας και φύλου. Μπορούν να φιλοξενηθούν ηλικιωμένοι όταν τα παιδιά τους

πυγαίνουν διακοπές ή σε περιόδους οικογενειακών κρίσεων και γενικά όταν ένα ηλικιωμένο άτομο, σε κάποια φάση της ζωής του, βρεθεί στερημένο του οικογενειακού του περιβάλλοντος του.

Ακόμα, η κατάσταση και εφαρμογή Προγραμμάτων Στέγασης των Ηλικιωμένων απηχεί στις σύγχρονες αντιλήψεις για ένταξη στην κοινότητα, των ατόμων αυτών και καθιερώνει την ισόβια οίκηση, λύση απλή και αποτελεσματική, γιατί είναι αυτονόητο ότι στην ηλικία αυτή η απόκτηση κατοικίας είναι πολύ δύσκολη. Το όλο πνεύμα του προγράμματος αυτού είναι ο περιορισμός της ιδρυματικής περίθαλψης αφού το κίνητρο που οδηγεί τους ηλικιωμένους στην επιλογή κάποιου ιδρύματος είναι οι κακές στεγαστικές συνθήκες διαβίωσης. Αντίθετα, ένα μικρό σπιτάκι ή διαμέρισμα που θα διαθέτει τις βασικές ανέσεις, δημιουργεί ουσιαστικές προϋποθέσεις για την παραμονή του ηλικιωμένου στην κοινότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

2.1 Εισαγωγικά

Είναι παρατηρημένο, ότι οι ηλικιωμένοι δύσκολα απομακρύνονται με τη θέλησή τους από την κατοικία τους στην οποία αισθάνονται περισσότερη ασφάλεια. Όταν όμως από την πίεση των περιστάσεων εξαναγκάζονται να εγκατασταθούν στα ιδρύματα, συναντούν δυσκολίες προσαρμογής στο καινούργιο περιβάλλον που πρόκειται να ζήσουν.

Είναι υποχρεωμένοι να εγκαταλείψουν τις συνήθειες που είχαν και τις δραστηριότητες που ασκούσαν στο παρελθόν, και ως ένα σημείο να απομονωθούν και να αποξενωθούν από τους δεσμούς που διατηρούσαν στην προηγούμενη κοινωνική τους ζωή. Μετά την οριστική μετάβασή τους στα ιδρύματα συχνά αισθάνονται δυστυχημένοι από τη μοναξιά και την απραξία τους, αποκλεισμένοι από την κοινωνία και φοβισμένοι για το μέλλον τους.

Για να καλυφθούν οι ποικίλες κοινωνικές ανάγκες των ηλικιωμένων οι οποίες έχουν βάση τις φυσιολογικές, ψυχολογικές, οικονομικές μεταβολές που παρουσιάζονται με την πάροδο της ηλικίας, είναι απαραίτητο να βρεθούν αποτελεσματικοί και προσιτοί τρόποι για να λειτουργεί το σύμπλεγμα άνθρωπος – περιβάλλον στο μέγιστο της αποδοτικότητάς του. Η κοινωνική αρωγή και συμπαράσταση στην κατοικία των ηλικιωμένων είναι μια λύση τόσο ανθρωπιστική όσο και οικονομική, διότι εξοικονομούνται πόροι από την ελαχιστοποίηση της χρήσης ιδρυματικής – νοσοκομειακής περίθαλψης, αφού το 40% των νοσοκομειακών κρεβατιών καταλαμβάνεται από ηλικιωμένους.

Κάτω απ' αυτές τις συνθήκες και στα πλαίσια της άποψης που υποστηρίζει την αποϊδρυματοποίηση και την παραμονή των ηλικιωμένων στο οικείο περιβάλλον, δημιουργήθηκαν και αναπτύχθηκαν πολλά νεωτεριστικά προγράμματα βοήθειας στο σπίτι, νοσηλείας στο σπίτι και γενικότερα φροντίδας ατόμων τρίτης ηλικίας και ατόμων με ειδικές ανάγκες στην κοινότητα. Τα προγράμματα αυτά εφαρμόζονται άλλοτε από την τοπική αυτοδιοίκηση και άλλοτε από μη κυβερνητικές /εθελοντικές οργανώσεις ή την εκκλησία.

2.2 Βασικές αρχές

Στη βάση της ανάπτυξης των προγραμμάτων φροντίδας στο σπίτι είναι η αποδοχή των ακόλουθων αρχών:

1. Η φροντίδα στο σπίτι θεωρείται **δικαίωμα του πολίτη**, μιας και είναι ο μόνος τρόπος να εξασφαλιστεί η παραμονή του στο σπίτι του και την κοινότητα που επιλέγει να ζήσει, όταν αντιμετωπίζει προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης.
2. Η **παραμονή σε νοσοκομείο ή ίδρυμα πρέπει να περιορίζεται** στο χρονικό διάστημα που ωφελεί τον πολίτη.
3. Η φροντίδα στο σπίτι έχει σαν **σκοπό** να ενθαρρύνει, να μεγιστοποιήσει και να αποκαταστήσει, όσο γίνεται, **την ανεξαρτησία του ατόμου** στηρίζοντας και υποβοηθώντας το ώστε να αποφευχθεί η φυσική ή κοινωνική αναπηρία ή ο εγκλεισμός.
4. Η φροντίδα στο σπίτι στοχεύει στην **διατήρηση της ψυχικής υγείας** την οποία υποσκάπτει η ανημποριά, η απομόνωση, η απόρριψη και η απομάκρυνση από την κοινωνική συναναστροφή και συμμετοχή.

Σε σχέση με τους ηλικιωμένους πολίτες τονίζεται ότι:

- Είναι αυτονόητο, ότι οι ηλικιωμένοι είναι υπεύθυνοι για την δική τους ζωή και ότι δεν θα πρέπει να παρεμποδίζονται από τις διάφορες υπηρεσίες στην ανάληψη των ευθυνών. Έστω και αν έχουν χάσει εν μέρει ή τελείως την φυσική ή ακόμη και την πνευματική τους αυτονομία, η άποψη και η επιθυμία τους πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν και να μην αντιμετωπίζονται σαν ανήλικοι που έχουν ανάγκη κηδεμονίας. Αν προτιμούν να διακινδυνεύσουν ακόμη και την σωματική τους ακεραιότητα παραμένοντας στο σπίτι τους, η απόφασή τους θα πρέπει να γίνει σεβαστή. Εξ' άλλου ατυχήματα μπορούν να συμβούν οπουδήποτε και η προσπάθεια προστασίας τους δεν είναι σκόπιμο να τους κάνει να αισθανθούν φυλακισμένοι.

- Είναι δικαίωμα του ηλικιωμένου πολίτη να έχει την στήριξη που του είναι απαραίτητη προκειμένου να εξασφαλιστεί, να υποβοηθηθεί ή και να αποκατασταθεί η ανεξαρτησία και αυτονομία του. Η πολιτεία θα πρέπει να προσφέρει εκείνα τα μέσα και τις υπηρεσίες που κάνουν τον πολίτη αυτόνομο. Η απρόσκοπτη κυκλοφορία και πρόσβαση μέσα και έξω από το σπίτι του για το άτομο με μειωμένη όραση, ακοή ή κινητικότητα είναι ευθύνη της πολιτείας. Η εξασφάλιση της άσκησης, της φυσικοθεραπείας και της

αποκατάστασης στις μεγάλες ηλικίες δεν είναι ακριβή πολυτέλεια, αλλά σωστή αξιοποίηση πόρων που μειώνει το οικονομικό και κοινωνικό κόστος της εξάρτησης για τον πολίτη αλλά και για την πολιτεία. Η πρόβλεψη κανονισμών δόμησης σε δημόσια και ιδιόκτητα κτίρια, ώστε όλοι να εξυπηρετούνται σε κάθε στιγμή που η ζωή τους περιορίζει την κινητικότητα (εγκυμοσύνη, προσωρινή αναπηρία, γήρας, χρόνιες παθήσεις ή καταστάσεις δυσλειτουργίας) δημιουργεί ένα αίσθημα σιγουριάς σε όλους, το δε κόστος, όταν αυτή η πρόβλεψη είναι έγκαιρη, δεν υπερβαίνει το ένα τοις εκατό του συνόλου της κατασκευής.

- Οι ηλικιωμένοι, σαν όλους τους πολίτες έχουν το δικαίωμα στις φιλικές, οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις, να έχουν τα ενδιαφέροντα και τις ιδιαιτερότητές τους, και τον προγραμματισμό για το μέλλον. Επίσης θα ήταν επιθυμητό να έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν τον τρόπο ή την μορφή φροντίδας τους όταν καταπέσουν. Αυτή η επιλογή δεν είναι πάντοτε εφικτή ιδιαίτερα σε χώρες ή περιοχές όπου οι μορφές φροντίδας είναι περιορισμένες ή ακόμη και ανύπαρκτες.

- Υποχρέωση της πολιτείας είναι η διασφάλιση του εισοδήματος των ηλικιωμένων.

- Στις υπηρεσίες που εξυπηρετούν ηλικιωμένους δεν είναι λογικό να διαχωρίζεται η κοινωνική πλευρά από την πλευρά της υγείας και της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας, μια και στις μεγάλες ηλικίες αυτές οι δύο πλευρές είναι άρρηκτα συνδεδεμένες μια αλληλοεπηρεαζόμενες.

2.3 Τα όρια της φροντίδας στην κοινότητα και στο σπίτι

Οι περισσότερες έρευνες δείχνουν, ότι ένα ικανό ποσοστό ηλικιωμένων που βρίσκονται σε ιδρύματα ή σε νοσοκομεία θα μπορούσαν να βρίσκονται στο σπίτι τους και την κοινότητά τους αν υπήρχαν οι απαραίτητες υποστηρικτικές υπηρεσίες.

Δείχνουν επίσης ότι το κόστος της κλειστής περίθαλψης είναι τουλάχιστον διπλάσιο αυτού της ανοιχτής φροντίδας και ότι, ακόμα πιο σημαντικά είναι τα μέτρα πρόληψης αναπηριών και ασθενειών.

Ένα από τα κύρια θέματα που παρουσιάστηκαν στο 16^ο Παγκόσμιο Συνέδριο Γεροντολογίας (1997) ήταν σχετικό με προγράμματα πρόληψης και γηριατρικής αξιολόγησης στο σπίτι των ηλικιωμένων ατόμων.

Έρευνες που έγιναν στις Η.Π.Α., Αυστραλία, Δανία, Ιταλία, Ελβετία και Μεγάλη Βρετανία δείχνουν ότι η περιοδική επίσκεψη ακόμα και υγιών και καθ' όλα ανεξάρτητων

ηλικιωμένων από ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές ή γιατρούς, η προσφορά υποστηρικτικών και βοηθητικών υπηρεσιών νωρίς μόλις αυτές είναι απαραίτητες, η έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και η αποκατάσταση οδηγούν σε βελτιωμένη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων, σε μειωμένη θνησιμότητα και μειωμένη χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών.¹⁴

Οι επισκέψεις από εθελοντές δεν είχαν την ίδια αποτελεσματικότητα. Παρ' όλα αυτά τα προγράμματα φροντίδας στο σπίτι δεν μπορούν να εξαλείψουν τελείως την ιδρυματική περίθαλψη. Την περιορίζουν όμως στα άτομα εκείνα που έχουν χάσει τελείως την αυτονομία τους και που έχουν ανάγκη συνεχούς ιατρικής παρέμβασης και νοσηλευτικής φροντίδας.

2.4 Πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται η βοήθεια στο σπίτι

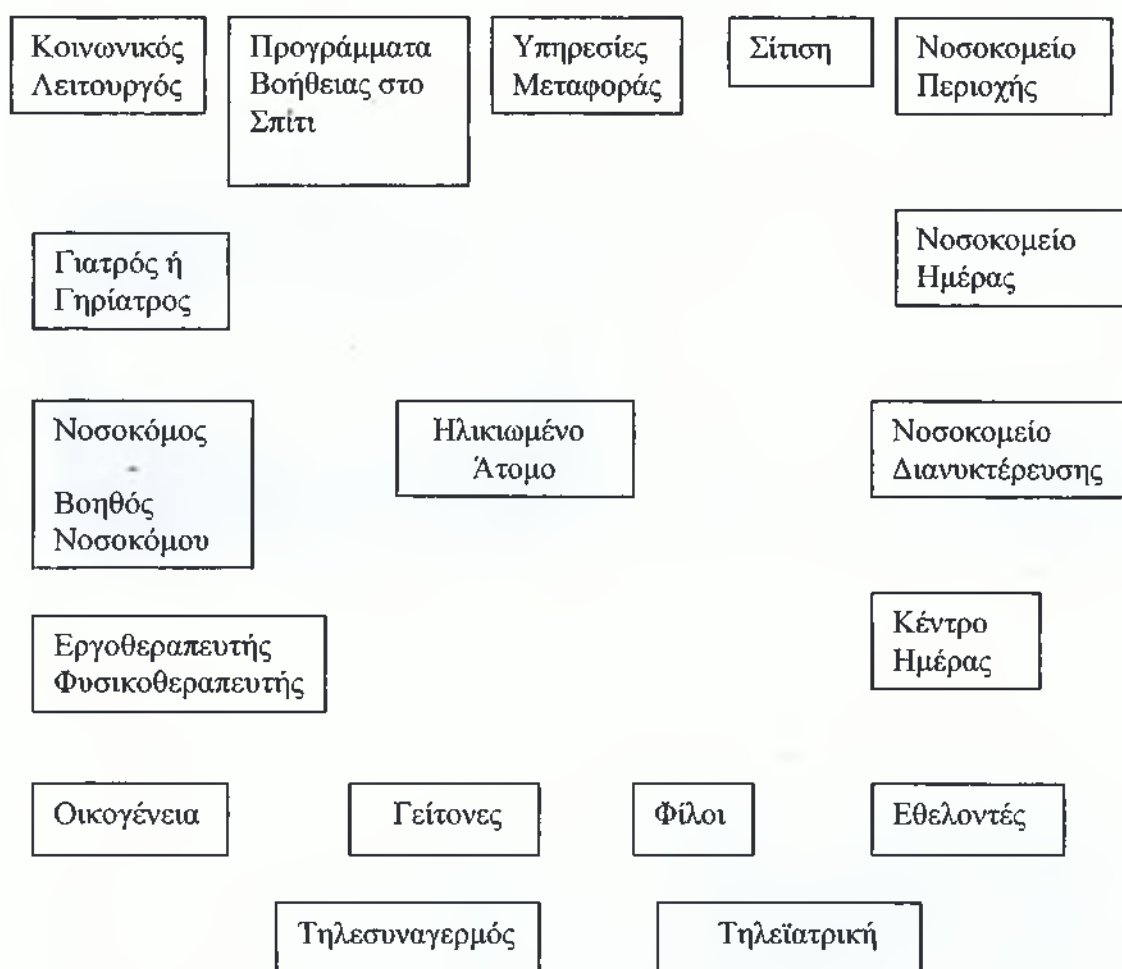
Στις χώρες όπου εφαρμόζονται με αποτελεσματικότητα, τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι εντάσσονται μέσα σε ένα ευρύτερο πλέγμα υπηρεσιών. Το πλέγμα αυτό περιλαμβάνει:

1. Υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι.
2. Κέντρα και νοσοκομεία μόνο ημερήσιας ή μόνο νυχτερινής φροντίδας.
3. Κέντρα παραμονής κατά τη διάρκεια διακοπών.
4. Υπηρεσίες προσωρινής παραμονής και συμπαράστασης ηλικιωμένων ατόμων και των φροντιστών τους.
5. Κέντρα ανάρρωσης και αποκατάστασης.
6. Κέντρα τελικής περίθαλψης(hospice).
7. Υπηρεσίες ενημέρωσης, συμβουλευτικής και ψυχολογικής στήριξης.
8. Διαμερίσματα προστατευμένα ή στέγες μόνιμης, ανεξάρτητης μεν, αλλά προστατευμένης παραμονής.
9. Γηροκομεία.
10. Ιδρύματα μακρόχρονης νοσηλευτικής φροντίδας για ηλικιωμένα άτομα δίχως προοπτική βελτίωσης, πλήρως εξαρτημένα.
11. Υπηρεσίες ενημέρωσης και δοκιμής βοηθημάτων (αμαξίδια, ειδικά λουτρά για κατάκοιτους, γερανούς, κρεβάτια, ανελκυστήρες κλιμακοστασίων, κ.ο.κ.).
12. Υπηρεσίες ενοικίασης βοηθημάτων.
13. Υπηρεσίες μεταφοράς.

14. Κινητές μονάδες φροντίδας, ιατρικού και ψυχιατρικού ελέγχου και νοσηλείας.
15. Τηλεσυναγερμός.
16. Τηλεϊατρική.

Το πλέγμα των υπηρεσιών που είναι απαραίτητες και των ατόμων ή ομάδων που μπορεί να αξιοποιηθούν προκειμένου να κρατηθούν οι ηλικιωμένοι πολίτες στο σπίτι τους και στην κοινότητά τους όσο γίνεται περισσότερο χρόνο παρουσιάζεται σχηματικά παρακάτω:

Σχήμα 2.1 : Πλέγμα Υπηρεσιών



Πηγή: " Πιλοτικό πρόγραμμα Βοήθειας Στο Σπίτι, Έκθεση εφαρμογής", Επιτροπή Παρακολούθησης του προγράμματος, Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Συμμετοχής, Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.,σελ.16, Αθήνα 2002.

Οι υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι που προσφέρονται στις χώρες όπου τα προγράμματα αυτά είναι οργανωμένα είναι οι ακόλουθες:

1. Συντροφιά -Ενημέρωση -Ψυχαγωγία.
2. Καθαρισμός σπιτιού ,τακτοποίηση.
3. Ψώνια.
4. Πληρωμή λογαριασμών κλπ.
5. Μεταφορά σε νοσοκομείο ή σε άλλη υπηρεσία -Συνοδεία-Βόλτα.
6. Επιδιόρθωση σπιτιού.
7. Μαγείρεμα.
8. Προσωπική φροντίδα εξυπηρετούμενου:
 - Πλύσιμο, λούσιμο.
 - Ντύσιμο.
 - Βοήθεια αφόδευσης.
 - Γύρισμα στο κρεβάτι για να αποφευχθούν οι κατακλίσεις.
 - Βοήθεια στο κάθισμα.
 - Βοήθεια στο περπάτημα.
 - Φροντίδα νυχιών(πόδια, χέρια).

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, το φάσμα των υπηρεσιών είναι ευρύ, η δε συχνότητα και η ένταση της προσφοράς των υπηρεσιών ποικίλει σημαντικά. Το ίδιο και ο χρόνος. Υπάρχουν περιστατικά όπου ο καθαρισμός σπιτιού μια φορά το δεκαπενθήμερο αρκεί για να ανακουφίσει ή να στηρίξει ένα άτομο ή ένα ζεύγος, και υπάρχουν περιστατικά όπου κάποιος από την υπηρεσία επισκέπτεται το εξυπηρετούμενο άτομο τρεις και τέσσερις φορές την ημέρα. Υπάρχουν περιστατικά όπου μια μικρή βοήθεια για μία έως τέσσερις εβδομάδες επαναφέρει το σπιτικό στην αυτονομία του και υπάρχουν άλλα όπου η καθημερινή, έντονη και πιθανά ισόβια παρουσία του προγράμματος αποκαθιστά την αυτονομία του ατόμου στο βαθμό που του επιτρέπει να μείνει στο σπίτι του και στην κοινότητά του και να αποφευχθεί το ίδρυμα ή το νοσοκομείο που έχει υψηλό κοινωνικό, ψυχολογικό αλλά και οικονομικό κόστος τόσο για τον εξυπηρετούμενο όσο και για το κοινωνικό σύνολο ή το ασφαλιστικό του ταμείο.¹⁴

Τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι δεν είναι μόνο για το εξυπηρετούμενο άτομο. Δεν είναι μόνο για τα μεμονωμένα άτομα. Τα προγράμματα αυτά έχουν συχνά σκοπό να στηρίζουν την οικογένεια ή το /την σύντροφο, τα παιδιά, τους φίλους ώστε να κρατήσουν το άτομο με τις ειδικές ανάγκες στο σπίτι του ή στο σπίτι τους. Η στήριξη αυτή είναι

κρίσιμη σε μία πρόσφατη έξοδο από το νοσοκομείο, στην αρχή μιας χρόνιας κατάστασης, σε στιγμή αρρώστιας του φροντιστή, σε στιγμή που πρέπει ο φροντιστής να φροντίσει για ένα άλλο μέλος της οικογένειας (π.χ. το παιδί του που δίνει εξετάσεις), να κάνει κάποιο ταξίδι ή απλά να βγει να διευθετήσει κάποιες υποθέσεις του, να εργαστεί ή να ξεκουραστεί.

Τα μέλη του προσωπικού που στελεχώνουν αυτά τα προγράμματα, είτε είναι αυτά της τοπικής αυτοδιοίκησης είτε μη –κυβερνητικών οργανώσεων, μπορεί να είναι αμοιβόμενοι ή εθελοντές. Όπως και να είναι όμως, είναι αναγκαία η εκπαίδευσή τους δεδομένου ότι ακόμη και η γυναίκα που θα καθαρίσει το σπίτι ή το παιδί που θα κάνει τα ψώνια ή ο τεχνίτης που θα επιδιορθώσει τα υδραυλικά, είναι τα μάτια και τα αυτιά του παθολόγου, του καρδιολόγου, του ψυχιάτρου, του κοινωνικού λειτουργού. Μέρος της εκπαίδευσης είναι η συνειδητοποίηση ότι:

- Όλοι μαζί αποτελούν ένα πλέγμα έγνοιας και φροντίδας ενάντια στην κατάρρευση της κοινότητας και ενάντια στην οικονομική επιβάρυνση του κάθε πολίτη.
- Όλοι μαζί εξασφαλίζουν ένα αίσθημα ασφάλειας που νιώθει κάθε πολίτης όταν οι υπηρεσίες αυτού του είδους και του επιπέδου προσφέρονται στο δήμο του.

Τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι είναι πιο αποδεκτά και επιτυχή όταν εντάσσονται μέσα στα πλαίσια των υπηρεσιών της τοπικής αυτοδιοίκησης. Είναι υπηρεσίες που δέχεται ο πολίτης όπως την φροντίδα των πεζοδρομίων και την αποκομιδή των σκουπιδιών. Δεν είναι φιλανθρωπία που τον μειώνει.

Στις χώρες όπου οι υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι έχουν ποιότητα, συνέχεια και συνέπεια, ανεξαρτήτως κυβερνητικών αλλαγών και ιδεολογικών τοποθετήσεων, οι πολίτες είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν γι' αυτές είτε μέσω των δημοτικών φόρων είτε άμεσα για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες, ανάλογα με την οικονομική του δυνατότητα.

Η συνεχής παρακολούθηση των αναγκών των εξυπηρετούμενων, αλλά και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών είναι απαραίτητη. Η εποπτεία έχει τόσο το ρόλο του ελέγχου των εργαζομένων όσο και της συνειδητοποίησης των αναγκών τους για εκπαίδευση, ψυχολογική υποστήριξη και ανανέωση παροχών. Η σε τακτά χρονικά διαστήματα, αξιολόγηση των αναγκών, των υπηρεσιών και των αποτελεσμάτων τους είναι αναπόσπαστο μέρος της λειτουργίας των προγραμμάτων. Για το λόγο αυτό απαιτείται μια ομοιογένεια τήρησης κάποιων στοιχείων σχετικά με την εφαρμογή.

Η βοήθεια στο σπίτι είναι μέρος ενός φάσματος υπηρεσιών που συμπεριλαμβάνει νοσηλεία στο σπίτι, άσκηση και φυσικοθεραπεία στο σπίτι αλλά και προθανάτια φροντίδα στο σπίτι. Οι εργαζόμενοι στα προγράμματα αυτά καλό είναι να είναι έτοιμοι να

αντιμετωπίσουν όλες αυτές τις καταστάσεις μια και χτυπώντας την πόρτα ενός σπιτιού που χρήζει ή ζητάει βοήθεια στο σπίτι δεν μπορεί να ξέρει κανείς τι θα αντιμετωπίσει. Ο εργαζόμενος είναι αναγκαίο να είναι σε θέση τουλάχιστον να αξιολογήσει την κατάσταση και να γνωρίζει πού και πώς να παραπέμπει.

2.5 Σκοπός και στόχος του προγράμματος

Γενικός σκοπός του προγράμματος, είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων, με προτεραιότητα σ' αυτούς που α) δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως, β) χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα, γ) διαβιούν μοναχικά, δ) δεν έχουν επαρκείς πόρους ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους αφενός και αφετέρου να διατηρηθούν οι ίδιοι και οι οικογένειές τους στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.

Στόχος του προγράμματος είναι η παροχή του προγράμματος, είναι η παροχή οργανωμένης και συστηματικής κοινωνικής φροντίδας από ειδικού επιστήμονες, στελέχη, εθελοντές και φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας στα άτομα που απευθύνεται το πρόγραμμα.

Επιδίωξη του προγράμματος είναι:¹⁵

- Η ανίχνευση, διερεύνηση, καταγραφή και μελέτη των αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων στο σπίτι.
- Η παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους, από ειδικούς επιστήμονες, καταρτισμένα στελέχη και εθελοντές για να καλύψουν τις άμεσες ανάγκες αξιοπρεπούς επιβίωσης.
- Ο εντοπισμός και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων του Δήμου, των αναγκών των ηλικιωμένων δημοτών.
- Η σύνδεση των ηλικιωμένων, εξυπηρετούμενων του προγράμματος, με το Κ.Α.Π.Η. και η ταυτόχρονη αξιοποίηση και δραστηριοποίηση των μελών του Κ.Α.Π.Η. προς τους εξυπηρετούμενους στο σπίτι.
- Η συστηματική αξιοποίηση των εθελοντικών πρωτοβουλιών, η ανάπτυξη της Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η διαρκής ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της ευρύτερης κοινότητας για τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες και τις δυνατότητες των ηλικιωμένων με έμφαση στην αλληλεγγύη των γενεών.

- Η οργάνωση και η συστηματική παροχή υπηρεσιών Κοινωνικής Εργασίας, Νοσηλευτικής Φροντίδας, Φυσικοθεραπείας, Εργοθεραπείας και Οικογενειακής Βοήθειας για την κάλυψη αυτών των αναγκών.

- Η διαρκής επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων εφαρμογής και των αποτελεσμάτων του προγράμματος για την επανατροφοδότηση του σχεδιασμού και των μεθόδων που εφαρμόζονται.

2.6 Προβλεπόμενες υπηρεσίες

- Η διερεύνηση, καταγραφή, επεξεργασία και μελέτη των αναγκών των ηλικιωμένων στους δήμους όπου λειτουργεί πρόγραμμα και η κοινωνική χαρτογράφησή τους.
- Η εκπαίδευση εθελοντών και διοργάνωση δράσεων Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Η Κοινωνική Εργασία με άτομα, ομάδες και οικογένειες.
 - I. Η ενημέρωση για τα προνοιακά δικαιώματα των εξυπηρετούμενων.
 - II. Η διασυνδετική με υπηρεσίες, Υγείας-Πρόνοιας και άλλες , που καλύπτουν ανάγκες ηλικιωμένων (Ασφαλιστικοί Οργανισμοί κλπ.)
- Η ιατρική παρακολούθηση, νοσηλευτική φροντίδα και φυσικοθεραπεία στο σπίτι ή όπου αλλού παρέχεται.
- Οι υπηρεσίες οικογενειακής βοηθητικής φροντίδας (ατομική και οικιακή καθαριότητα, κάλυψη καθημερινών αναγκών διαβίωσης, κ.α)
- Η διευκόλυνση για συμμετοχή στις πολιτιστικές, θρησκευτικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες των ηλικιωμένων.
- Η συστηματοποίηση του δικτύου υπηρεσιών του δήμου για την κοινωνική φροντίδα ηλικιωμένων στο σπίτι και σύνδεση με αντίστοιχες υπηρεσίες της ευρύτερης κοινότητας.¹⁴

2.7 Υπηρεσίες που προσφέρθηκαν

Μορφές Φροντίδας που προσφέρθηκαν στο σύνολο των εξυπηρετηθέντων:

1. Κοινωνική Εργασία

- Υποστηρικτική Κοινωνική Εργασία.
- Συμβουλευτική Οικογένειας.
- Κοινωνικοπρονοιακά Θέματα.
- Συνεργασία με Φορείς.
- Παραπομπής Περιπτώσεων.

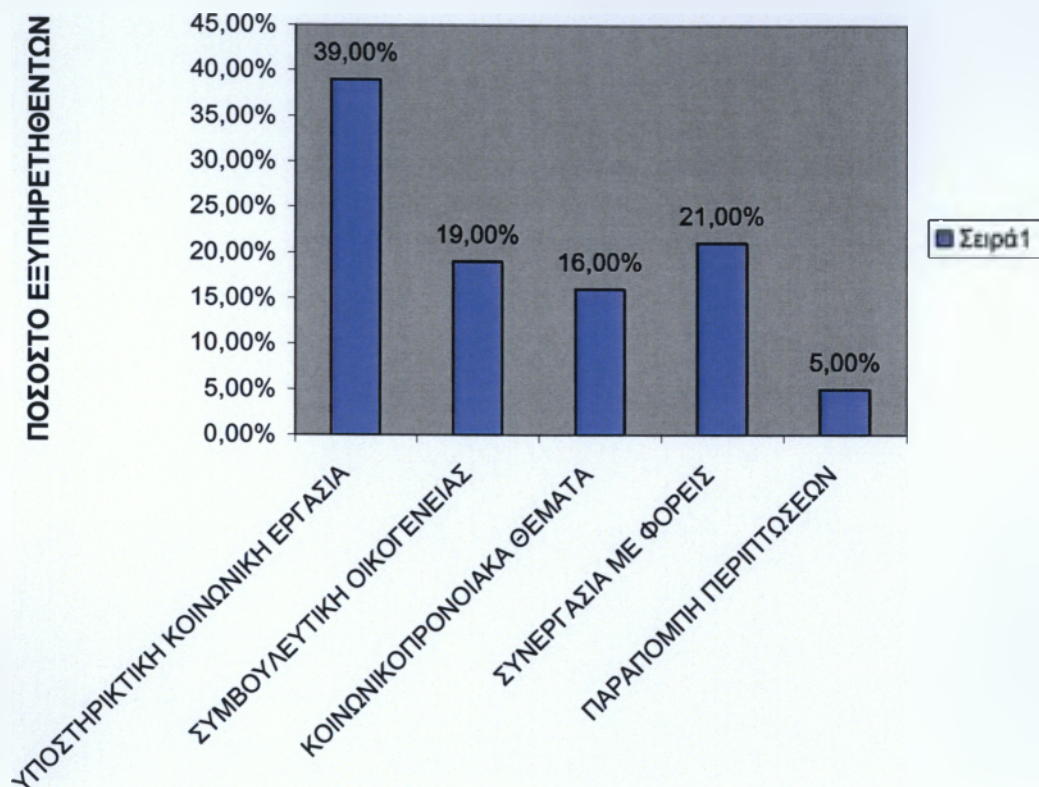
2. Νοσηλευτική Φροντίδα

- Συνοδεία.
- Ατομική Υγιεινή.
- Θεραπευτικές Παρεμβάσεις.
- Συνεργασία με Φορείς.
- Αγωγή Υγείας.
- Εκπαίδευση Οικογένειας.

3. Οικογενειακή Βοήθεια

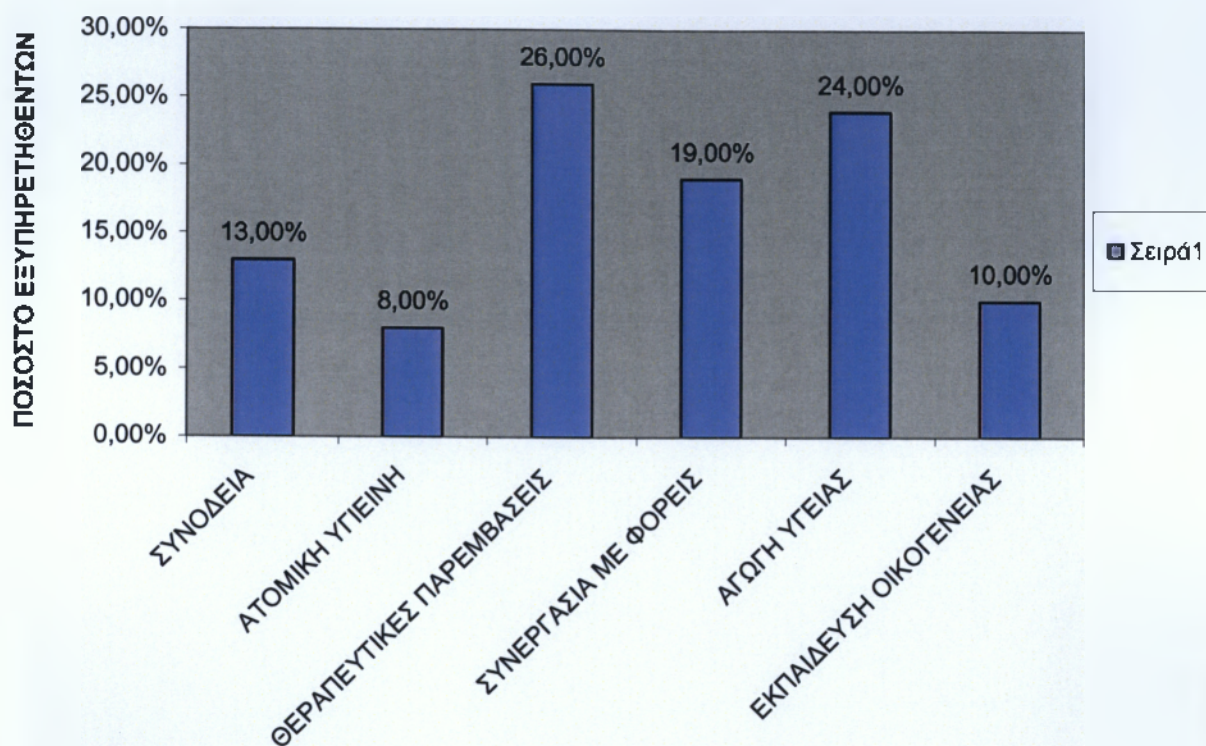
- Καθαριότητα κατοικίας.
- Εξωτερικές Εργασίες.
- Σίτιση.
- Συντροφιά.
- Βοήθεια σε Ατομική Υγιεινή.

Σχεδιάγραμμα 2.1: Μορφές κοινωνικής εργασίας για το σύνολο των εξυπηρετηθέντων



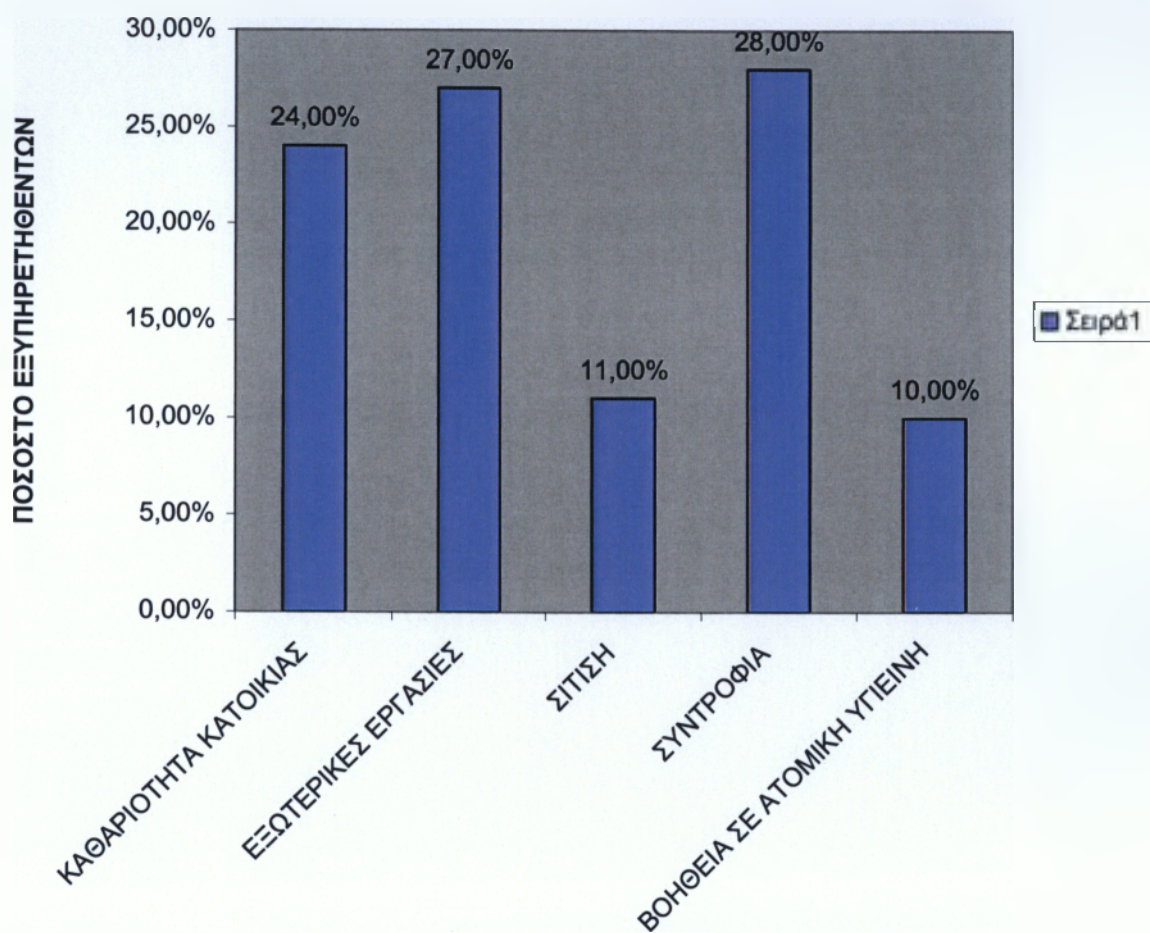
Πηγή: "Πιλοτικό Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, Έκθεση Εφαρμογής", Επιτροπή Παρακολούθησης του Προγράμματος, Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής, Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.,σελ.39, Αθήνα 2002.

Σχεδιάγραμμα 2.2 : Μορφές νοσηλευτικής φροντίδας για το σύνολο των εξυπηρετηθέντων



Πηγή: "Πιλοτικό Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, Έκθεση Εφαρμογής", Επιτροπή Παρακολούθησης του Προγράμματος, Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής, Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.,σελ.40, Αθήνα 2002.

Σχεδιάγραμμα 2.3 : Μορφές οικογενειακής βοήθειας για το σύνολο των εξυπηρετηθέντων

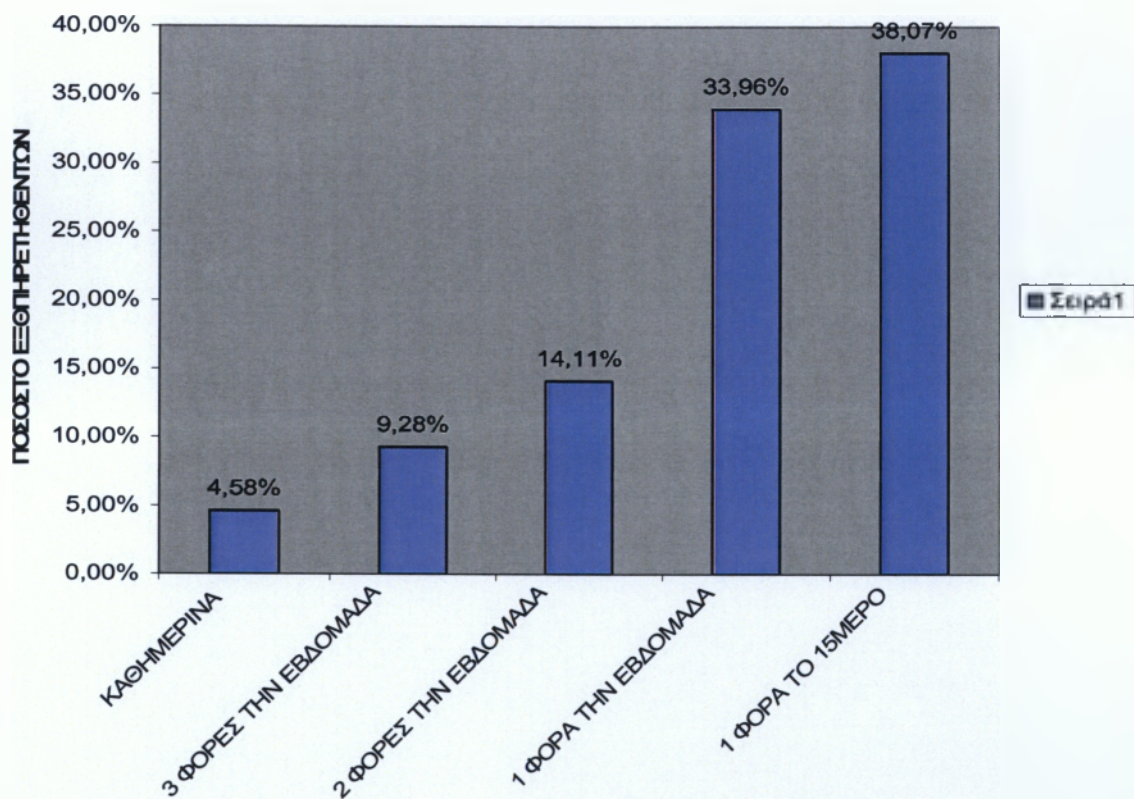


Πηγή: "Πιλοτικό Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, Έκθεση Εφαρμογής", Επιτροπή Παρακολούθησης του Προγράμματος, Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής, Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.,σελ.41, Αθήνα 2002.

Οι τρεις μορφές υπηρεσιών προσφέρθηκαν στους εξυπηρετηθέντες με την ακόλουθη συχνότητα :

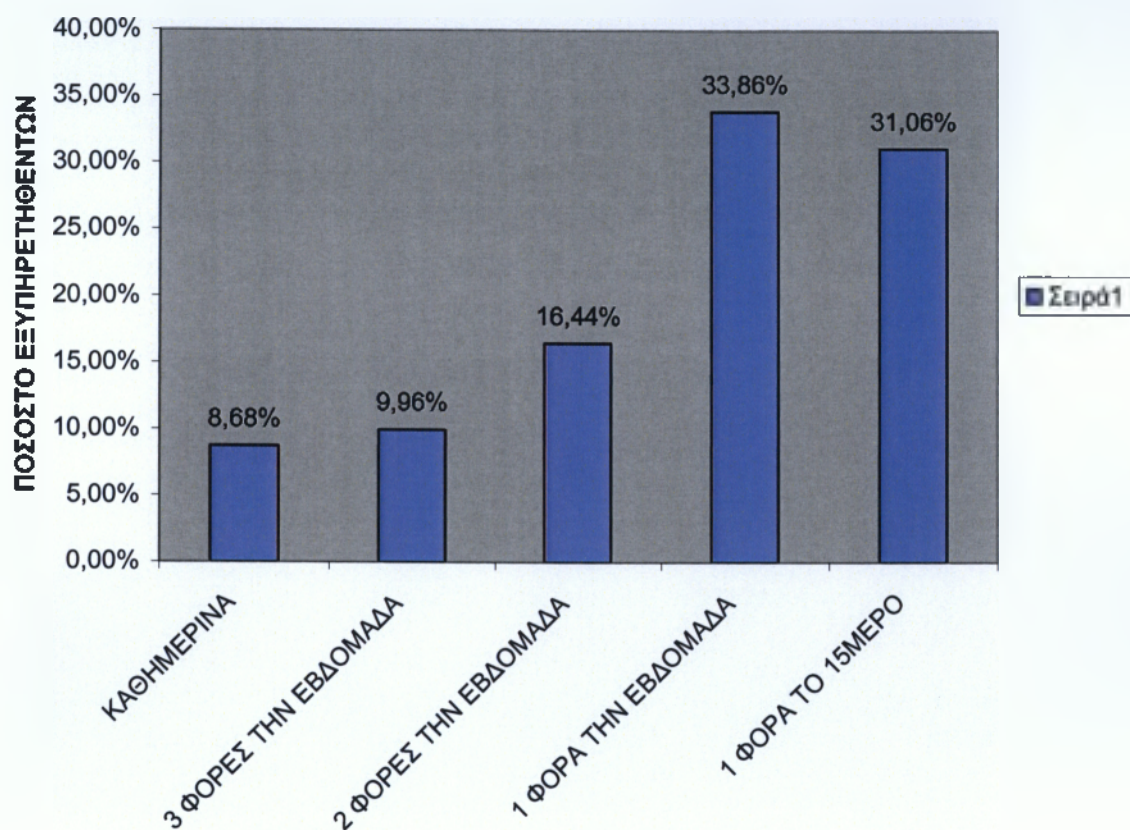
- Καθημερινά
- 3 Φορές την εβδομάδα
- 2 Φορές την εβδομάδα
- 1 Φορά την εβδομάδα
- 1 Φορά το 15μερο

Σχεδιάγραμμα 2.4 : Συχνότητα παροχής κοινωνικής εργασίας



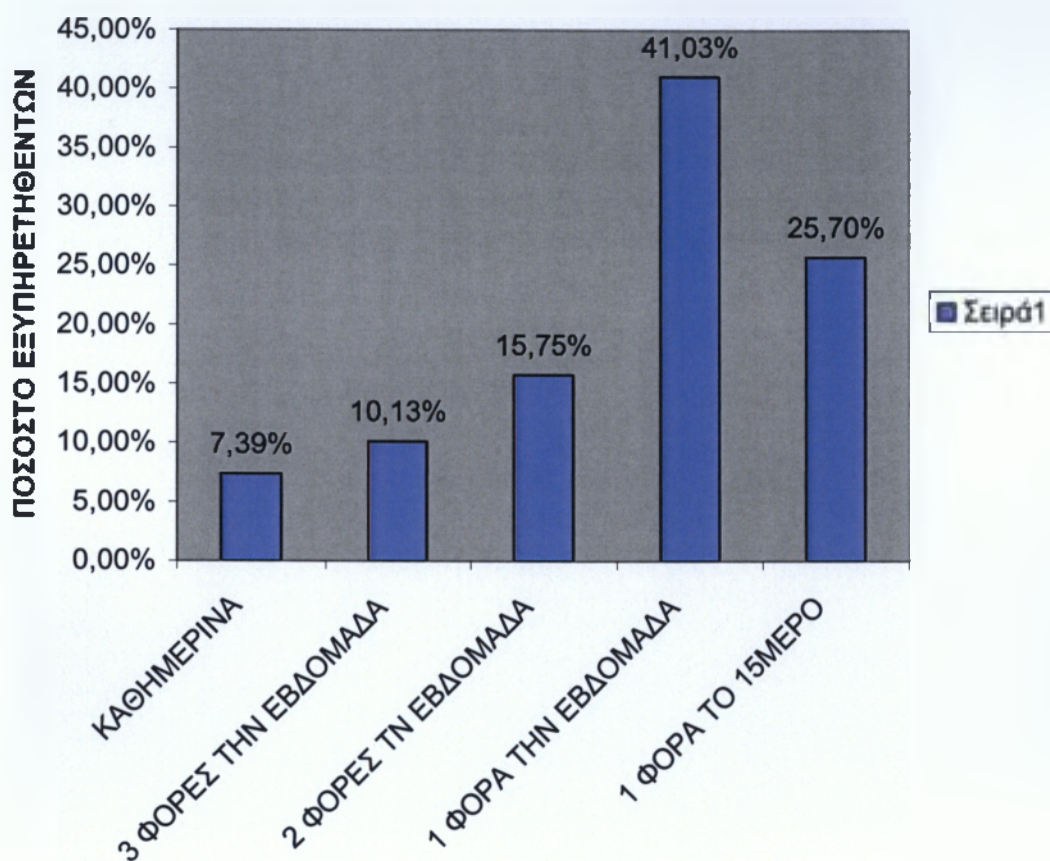
Πηγή: "Πιλοτικό Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, Έκθεση Εφαρμογής", Επιτροπή Παρακολούθησης του Προγράμματος, Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής, Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.,σελ.43, Αθήνα 2002.

Σχεδιάγραμμα 2.5 : Συχνότητα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας



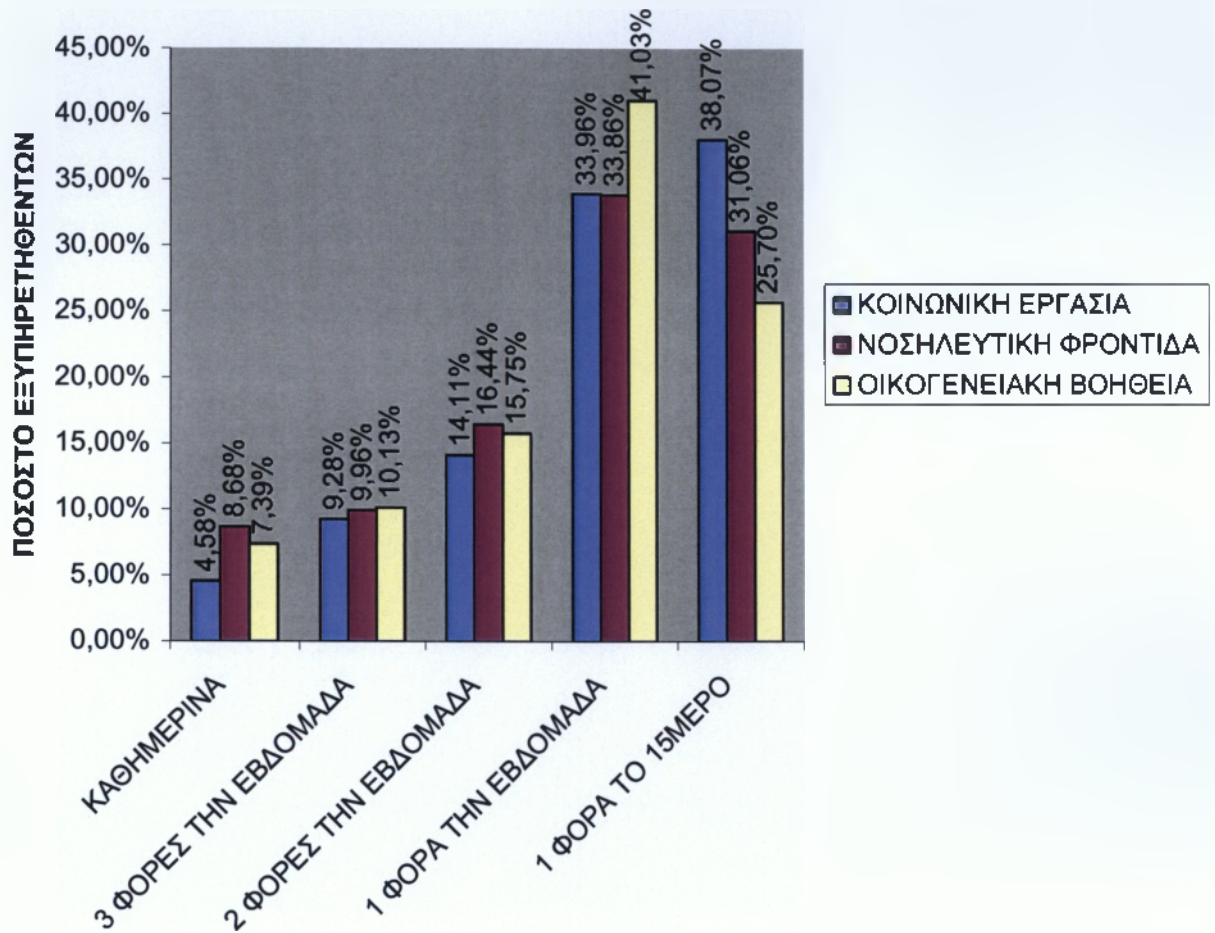
Πηγή: "Πιλοτικό Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, Έκθεση Εφαρμογής", Επιτροπή Παρακολούθησης του Προγράμματος, Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής, Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.,σελ.44, Αθήνα 2002.

Σχεδιάγραμμα 2.6 : Συχνότητα παροχής οικογενειακής βοήθειας



Πηγή: "Πιλοτικό Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, Έκθεση Εφαρμογής", Επιτροπή Παρακολούθησης του Προγράμματος, Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής, Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.,σελ.45, Αθήνα 2002.

Σχεδιάγραμμα 2.7 : Συγκριτική παρουσίαση συχνότητας προσφοράς υπηρεσιών κατά κατηγορία



Πηγή: "Πιλοτικό Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, Έκθεση Εφαρμογής", Επιτροπή Παρακολούθησης του Προγράμματος, Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής, Κ.Ε.Α.Κ.Ε.,σελ.46, Αθήνα 2002.

2.8 Χαρακτηριστικά εξυπηρετηθέντων

Το σύνολο των εξυπηρετηθέντων από τα προγράμματα που ορίζει η Υπουργική Απόφαση Π4β/5814(Φ.Ε.Κ. 917,17.10.97,Τεύχος Β) έχουν μέχρι στιγμής φτάσει τον αριθμό των + 9000.

Οι περισσότεροι εξυπηρετούμενοι έχουν τα χαρακτηριστικά που προδιαγράφονται από την Υπουργική Απόφαση. Δηλαδή, είναι άτομα που:

- Δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως.
- Χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα.
- Διαβιούν μοναχικά.
- Δεν έχουν επαρκείς πόρους.

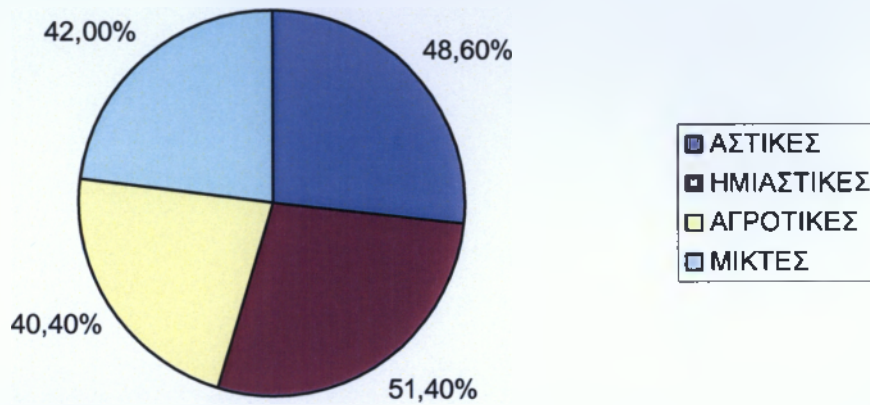
Από το σύνολο των εξυπηρετηθέντων το 47,4% είναι άτομα μεμονωμένα. Δεν είναι, απαραίτητα, άτομα που δεν έχουν κανέναν στον κόσμο. Μπορεί να έχουν παιδιά και εγγόνια, αλλά δεν κατοικούν στην ίδια περιοχή ή δεν έχουν καλές σχέσεις μαζί τους.

Το ποσοστό των μεμονωμένων ατόμων κατά βαθμό αστικότητας της περιοχής έχει ως ακολούθως :

- Αστικές περιοχές 48,6%
- Ημιαστικές περιοχές 51,4%
- Αγροτικές περιοχές 40,4%
- Μικτές περιοχές 42,0%

Διαπιστώνεται λοιπόν, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό μεμονωμένων ατόμων είναι σε ημιαστικές περιοχές και το μικρότερο σε αγροτικές.

Σχεδιάγραμμα 2.8 : Ποσοστό μεμονωμένων ατόμων κατά βαθμό αστικότητας

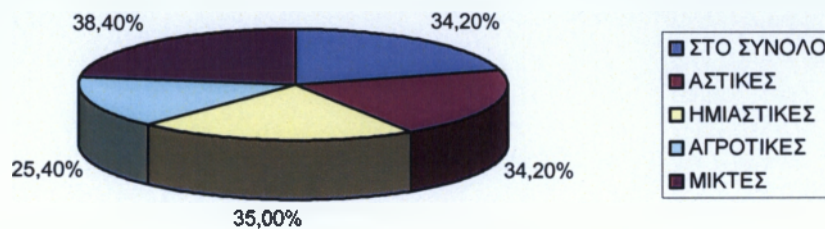


Πηγή: "Πιλοτικό Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, Έκθεση Εφαρμογής", Επιτροπή Παρακολούθησης του Προγράμματος, Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής, Κ.Ε.Α.Κ.Ε.,σελ.48, Αθήνα 2002.

Τα ποσοστά των μη αυτοεξυπηρετούμενων που βοηθούνται από τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι είναι τα ακόλουθα:

- Στο σύνολο 34,2%
- Σε αστικές περιοχές 34,2%
- Σε ημιαστικές περιοχές 35,0%
- Σε αγροτικές περιοχές 25,4%
- Σε μικτές περιοχές 38,4%

Σχεδιάγραμμα 2.9 : Ποσοστό μη αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων



Πηγή: "Πιλοτικό Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, Έκθεση Εφαρμογής", Επιτροπή Παρακολούθησης του Προγράμματος, Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής, Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.,σελ.48, Αθήνα 2002.

Τα μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα εφ' όσον μπορούν, φεύγουν από τις αγροτικές περιοχές και πηγαίνουν στα παιδιά τους συνήθως που έχουν εγκατασταθεί στις κωμοπόλεις ή πόλεις. Πολλά από τα μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα, σε όλες τις περιοχές, είναι και μεμονωμένα. Αυτά είναι και τα πιο δύσκολα περιστατικά που έχουν ανάγκη των υπηρεσιών του προγράμματος.

Εκτός από την έλλειψη δυνατότητας αυτοεξυπηρέτησης και την μοναχική διαβίωση, τα περιστατικά που εντάσσονται στο πρόγραμμα στο πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι έχουν τα ακόλουθα αναγνωριστικά χαρακτηριστικά :

- Περιπτώσεις παλαιάς ψυχοπάθειας, νοητικής ή ψυχικής αναπηρίας στην οποία προστίθεται το γήρας και η απώλεια μελών οικογένειας, κυρίως γονέων, που τους φρόντιζαν.

- Μεμονωμένοι άνδρες, πολυπροβληματικοί με σύνθετες δυσκολίες προσωπικότητας και οικονομικών.
- Άτομα με άνοιες, είτε μεμονωμένα, είτε μέσα στα πλαίσια οικογένειας που δεν μπορεί να τους φροντίσει δίχως την στήριξη του προγράμματος.
- Άτομα που έχουν ανάγκη προσωρινής στήριξης έως όταν υπερβούν δυσκολίες κάποιας ασθένειας με ορατή ίαση.
- Μετεγχειρητικές καταστάσεις που η μακρόχρονη παραμονή τους στο νοσοκομείο δεν είναι δυνατή, διότι πρέπει να ελευθερωθεί η κλίνη, αλλά εξακολουθούν να έχουν ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας και άλλης βοήθειας.
- Εγκεφαλικά, παραπληγίες, τετραπληγίες.
- Τελευταία στάδια καρκίνου που έχουν έντονα την ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας, αντιμετώπισης πόνων και οικιακής βοήθειας. Τα περιστατικά αυτά δεν είναι δεκτά στα νοσοκομεία. Υπάρχουν ιδιωτικές κλινικές που τους δέχονται στις μεγάλες πόλεις, αλλά και έτσι είναι απαραίτητη η παρουσία αποκλειστικής νοσοκόμας-όπως και σε όλες τις καταστάσεις μη αυτοεξυπηρέτησης-που ανεβάζει το κόστος σε δυσβάσταχτα επίπεδα.
- Κατάθλιψη και αποδιοργάνωση μετά από θάνατο συντρόφου ή παιδιού.
- Άγνοια σωστής αγωγής προβλημάτων υγείας, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης.
- Αδυναμία διατήρησης ορθής φαρμακευτικής αγωγής σε ψυχιατρικά περιστατικά.

2.9 Εξέλιξη του προγράμματος και χρηματοδότησή του

Το υπουργείο Υγείας – Πρόνοιας ξεκίνησε τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι στις αρχές της δεκαετίας του 1980 απαντώντας στις ανάγκες των ηλικιωμένων των Κ.Α.Π.Η. και των ανάπηρων παιδιών τους. Για το λόγο αυτό τα πιλοτικά εκείνα προγράμματα ήταν για ενήλικες γενικά, δεδομένου ότι οι κύριες αγωνίες των ηλικιωμένων ήταν:

- Το οικονομικό πρόβλημα.
- Το πρόβλημα των μη αυτοεξυπηρετούμενων και μεμονωμένων.
- Το ερώτημα τι θα γίνουν τα ανάπηρα, ενήλικα πια παιδιά τους όταν οι ίδιοι κλείσουν τα μάτια τους.

Το πρώτο πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι ξεκίνησε στην περιοχή μεταξύ Δραπετσώνας και Κερατσινίου όπου σήμερα στεγάζεται το Α' Κ.Α.Π.Η. Κερατσινίου. Είναι αξιοπερίεργο ότι το πρόγραμμα αυτό, α)ενώ βασίστηκε σε έρευνα χιλίων (1000)σπιτικών που χρηματοδότησε το υπουργείο Υγείας –Πρόνοιας, β)ενώ χρηματοδοτήθηκε αρχικά από το ως άνω υπουργείο και γ)ενώ εξακολουθεί να λειτουργεί στο Δήμο Κερατσινίου και μάλιστα πολύ αποτελεσματικά, δεν χρηματοδοτείται τώρα, δεν του δίδεται η αρμόζουσα σημασία ούτε αντλείται από αυτό η πλούσια εμπειρία είκοσι ολόκληρων χρόνων. Ίσως αυτό οφείλεται α)στο γεγονός ότι η περιοχή όπου στεγάζεται ανήκε αρχικά στο Δήμο Δραπετσώνας, μετά από 2-3 χρόνια η περιοχή αυτή έγινε Κερατσίνι, β)στο γεγονός ότι το 1981 τόσο το Κ.Α.Π.Η. όσο και το πρόγραμμα Προστασίας στο Σπίτι εφαρμόζονται από Όμιλο Εθελοντών. Τα προγράμματα αυτά υπήχθησαν στο Δήμο Κερατσινίου το 1983.

Η ουσία είναι ότι, το υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας από το έτος 1981 εφαρμόζει και χρηματοδοτεί προγράμματα βοήθειας στο σπίτι όχι μόνο σαν μέρος της ευθύνης των Κ.Α.Π.Η., αλλά και σαν αυτόνομα προγράμματα.

Από την αρχή των προγραμμάτων βοήθειας στο σπίτι το 1981 εγκρίθηκαν τα ακόλουθα προγράμματα:

- 1981 Ομίλου Εθελοντών

(Φ.Ε.Κ. 601/30.9.81)

Περιοχή Δραπετσώνας σε συνεργασία για

οργανωτικά και μόνο θέματα με το Διαγνωστικό

Κέντρο του Νοσοκομείου "Μεταξά"

- 1983 Δήμου Κερατσινίου

(Φ.Ε.Κ. 146/83, Τεύχος Β')

Τον Σεπτέμβριο του 1983 με την Υπ. Απόφαση

Γ3/284/11.4.83 το παραπάνω πρόγραμμα δόθηκε στο Δήμο Κερατσινίου μαζί με το Κ.Α.Π.Η.

- 1983 Δήμου Δραπετσώνας

(Φ.Ε.Κ. 146/83, Τεύχος Β')

Υπ. Απόφαση Γ3/187/28.2.83

- 1987 Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού

(Φ.Ε.Κ. 568/87)

- 1988 Δήμου Αργυρούπολης

(Φ.Ε.Κ. 821/88)

- 1989 Ηγουμενίτσας (Ε.Ε.Σ.)
(Φ.Ε.Κ. 701/89)
- 1989 Θεσσαλονίκης (Ε.Ε.Σ.)
(Φ.Ε.Κ. 701/89)
- 1989 Δήμου Βέροιας
- 1990 Δήμου Λαγκαδίων Αρκαδίας
(Φ.Ε.Κ. 413/90)

Όπως φαίνεται από την Υπουργική Απόφαση Π4β/οικ.2217 της 27/4/1994, προγράμματα βοήθειας στο σπίτι εγκρίθηκαν στις περιοχές :

- ο Κυψέλη-Πατήσια, Εξάρχεια, Βοτανικό, Κολωνό, Ηγουμενίτσα, Θεσσαλονίκη με συνεργασία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού.
- ο Λαγκάδια Αρκαδίας σε συνεργασία με το Δήμο Αρκαδίας.
- ο Δράμα σε συνεργασία με το Δήμο Δράμας.
- ο Δελβινακίου Ιωαννίνων σε συνεργασία με το Δήμο Ιωαννίνων.
- ο Βέροιας σε συνεργασία με το Δήμο Βέροιας.
- ο Κοινότητες Ευδήλου, Αρεθούσας, Καραβοστάμου και Δάφνης Ικαρίας σε συνεργασία με την Κοινότητα Ευδήλου.
- ο Χανιά σε συνεργασία με το Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Χανίων.
- ο Περιστέρι σε συνεργασία με το Γ' Θεραπευτήριο Αθηνών.

Είναι φανερό ότι η συμμετοχή του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού είναι σημαντική στην ανάπτυξη των προγραμμάτων βοήθειας στο σπίτι όπως και άλλων προγραμμάτων, όπως της κατάρτισης οικογενειακών βοηθών για την στελέχωση αυτών των προγραμμάτων, της τηλεϊατρικής και της τηλεϊεudoποίησης, που συμπληρώνουν κάθε δίκτυο βοήθειας στο σπίτι.

Η ουσιαστική εξάπλωση των προγραμμάτων βοήθειας στο σπίτι ήρθε με την Υπουργική Απόφαση Π4β/5814(Φ.Ε.Κ. 917,17.10.1997,τεύχος Β'). Προηγήθηκε όμως η εφαρμογή του πιλοτικού προγράμματος βοήθειας στο σπίτι στα πέντε (5) προγράμματα του Κ.Α.Π.Η. Δήμου Περιστερίου με την Απόφαση Π4β/οικ.4514(Φ.Ε.Κ. 801,3.9.1996,Τεύχος Β'). Θα πρέπει να αναφερθεί εδώ ότι ο Δήμος Περιστερίου είναι από τους πρωτοπόρους εφ' όσον και πριν το 1980 είχε λειτουργήσει ένα ευρύτατο πρόγραμμα ανοικτής γηριατρικής φροντίδας, με γιατρό, επισκέπτες υγείας και μικροβιολογικές εξετάσεις, σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας – Πρόνοιας και με πρόταση και

εποπτεία του καθηγητή Αναστασίου Δοντά. Παρόμοια προγράμματα είχαν λειτουργήσει τότε και στους Δήμους Βύρωνα και Δραπετσώνας, σε περιοχή του Δήμου που μετά εντάχθηκε στο Δήμο Κερατσινίου.

Ο εμπλουτισμός των προγραμμάτων βοήθειας στο σπίτι επετεύχθει με την εγκατάσταση **Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας** στους διάφορους δήμους της χώρας που υπάγονται στο Υπουργείο Εργασίας.

Σήμερα λοιπόν, λειτουργούν περισσότερες από 1000 μονάδες βοήθεια στο σπίτι ανά τη χώρα και απασχολούνται πάνω από 3700 εργαζόμενοι, οι οποίοι προσλήφθηκαν με συμβάσεις ορισμένου χρόνου, μετά από προκήρυξη θέσεων από το Α.Σ.Ε.Π. όπου απαιτούνται τίτλοι σπουδών ανάλογα με την ειδικότητα. Παράλληλα θα διατεθούν άλλα 123 πολυμορφικά αυτοκίνητα στα 500 που ήδη διαθέτουν, για την αποδοτικότερη λειτουργία και στήριξη του προγράμματος.

2.9.1 Η χρηματοδότηση του προγράμματος

Οι μονάδες βοήθειας στο σπίτι είναι ενταγμένες στο Γ' ΚΠΣ. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο κατά 75% και από εθνικούς πόρους (από τα Υπουργεία Υγείας Πρόνοιας, Εσωτερικών και Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης) κατά 25%.

Προβλέπεται η συνέχιση της χρηματοδότησης του προγράμματος έως 31/12/2010 από το Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο στο πλαίσιο Δ' Προγραμματικής περιόδου 2007-2013. Αυτό θα γίνει στη βάση ενός νέου νομικού, κανονιστικού και χρηματοδοτικού πλαισίου, με το οποίο αφενός θα διασφαλιστεί η περαιτέρω χρηματοδότησή του και αφετέρου θα επιδιώκεται η ενίσχυση της γυναικείας απασχολησιμότητας, με την προώθηση μέτρων εναρμόνισης της οικογένειας και επαγγελματικής ζωής.

Με τη χρηματοδότηση της λειτουργίας του προγράμματος επιδιώκεται η εξάλειψη χρόνιων δυσλειτουργιών της αγοράς εργασίας και η αποδέσμευση του γυναικείου δυναμικού από τη φροντίδα ηλικιωμένων και λοιπών ατόμων που τη χρειάζονται. Η συνέχιση της χρηματοδότησης του προγράμματος αυτού είναι ιδιαίτερα σημαντική, δεδομένου της ποιότητας ζωής των ωφελούμενων ατόμων και των ευρύτερων θετικών αποτελεσμάτων που απορρέουν απ' αυτή.¹⁶

2.10 Το προσωπικό του προγράμματος

Οι επαγγελματίες που εργάζονται στο πρόγραμμα (όπως προαναφέρθηκε) προσλαμβάνονται με συμβάσεις ορισμένου χρόνου, μετά από προκήρυξη θέσεων από το Α.Σ.Ε.Π. όπου ανάλογα με την ειδικότητα απαιτούνται και οι αντίστοιχοί τίτλοι σπουδών.

Η βασική ομάδα βοήθειας του προγράμματος απαρτίζεται από:

- Κοινωνικό Λειτουργό
- Νοσηλεύτη/τρια
- Οικογενειακό βοηθό

Ο κοινωνικός λειτουργός α)πραγματοποιεί συνεντεύξεις και εγγράφει τους ηλικιωμένους στο πρόγραμμα, β)επικοινωνεί και έρχεται σε επαφή με τους ηλικιωμένους με την πραγματοποίηση επισκέψεων στο σπίτι τους 2 φορές το μήνα για τη συναισθηματική υποστήριξη των ίδιων και των οικογενειών τους, γ)βοηθά τους ηλικιωμένους με τις υποχρεώσεις που έχουν ως προς τον ασφαλιστικό φορέα τους π.χ. επιδόματα, παροχές, υγειονομικές επιτροπές, και δ)έρχεται σε επαφή με φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας όπως ιδρύματα, νοσοκομεία και ορισμένες φορές συνοδεύει τον ηλικιωμένο σε προγραμματισμένα ραντεβού είτε σε νοσοκομείο, είτε σε επιτροπές ή άλλες υπηρεσίες.

Ο οικογενειακός γιατρός παρέχει α)οικογενειακή φροντίδα, β) ατομική υγιεινή, γ)φαρμακευτική φροντίδα, δ)φροντίδα νοικοκυριού, οικιακές εργασίες, μαγειρέμα, τακτοποίηση χώρου που βρίσκεται ο ηλικιωμένος, ε)συντροφιά ώστε να ενισχυθεί η επικοινωνία του ηλικιωμένου, και στ)συνοδεία σε προγραμματισμένα ραντεβού με γιατρού. Ο οικογενειακός βοηθός μπορεί να επισκέπτεται τον ηλικιωμένο μια φορά την εβδομάδα, ή και συχνότερα.

Ο/Η νοσηλεύτης/τρια ανάλογα με το πρόβλημα υγείας του ηλικιωμένου παρέχει και την αντίστοιχη πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα όπως :α) αγωγή υγείας και πρόληψης, β)ιατροφαρμακευτική φροντίδα, γ)μέτρηση αρτηριακής πίεσης και σακχάρου, δ)αιμοληψίες, ενεσοθεραπείες, εμβολιασμούς, ε)ατομική υγιεινή, στ)επικοινωνία και συνεργασία με φορείς υγείας και ζ)εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ηλικιωμένου.

Η διάρκεια της επίσκεψης σε κάθε ηλικιωμένο κυμαίνεται από μισή ώρα ως μιάμιση ώρα, ανάλογα με την περίπτωση. Ορισμένοι δήμοι ενδέχεται να παρέχουν και επιπλέον

υπηρεσίες, π.χ. να έχουν στελεχώσει τη βασική ομάδα με γιατρό και με φυσιοθεραπευτή, να προσφέρουν φαγητό καθημερινά ή να έχουν στη διάθεσή τους αυτοκίνητο για τις μετακινήσεις των πολιτών. Οι υπηρεσίες που παρέχονται από τον εκάστοτε δήμο εξαρτώνται από τις ειδικότητες που στελεχώνουν κάθε ομάδα, καθώς και από τις ανάγκες των ανθρώπων που ζητούν βοήθεια.

2.11 Τα προβλήματα των εργαζομένων του προγράμματος

Τα προβλήματα υγείας που αναφέρονται από τους εργαζόμενους σχετικά με το προσωπικό του προγράμματος είναι τα ακόλουθα :

1. Ανάγκη ενίσχυσης προσωπικού με μεγαλύτερο αριθμό οικογενειακών βοηθών, ιδιαίτερα στις περιοχές όπου υπάρχει μεγάλος αριθμός περιπτώσεων ή όπου η έκταση της καλυπτόμενης περιοχής είναι μεγάλη ή και δύσβατη.
2. Το προσωπικό δεν επαρκεί στα προγράμματα όπου απαιτείται η κάλυψη απομακρυσμένων κοινοτήτων που έχουν ενσωματωθεί σε Δήμους με τον "Καποδίστρια". Η κάλυψη των αναγκών των κοινοτήτων αυτών είναι πλημμελής, κατά δήλωση των εργαζομένων. Η κάλυψη είναι επαρκής μόνο όπου λειτουργούν αρκετά προγράμματα ή όπου έχουν συμπληρωθεί οι ανάγκες με την εγκατάσταση Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας και εφ' όσον υπάρχει συνεργασία.
3. Απαιτούνται επιπλέον ειδικότητες για αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των αναγκών των ηλικιωμένων όπως :
 - Φυσικοθεραπευτών
 - Εργοθεραπευτών
 - Ονυχοκόμων
 - Ψυχιάτρου
 - Ψυχολόγου

Στις περιοχές όπου υπάρχουν αυτές οι ειδικότητες στο Κ.Α.Π.Η., στο Νοσοκομείο ή στον ιδιωτικό τομέα, βρίσκονται λύσεις ή μπορούν να δοθούν λύσεις με την κατά περίπτωση χρησιμοποίησή τους. Το θέμα είναι οικονομικό. Όπου όμως δεν υπάρχουν αυτές οι ειδικότητες η κατά καιρούς πρόσκλησή τους έχει προσφέρει ουσιαστική βοήθεια όπου εφαρμόστηκε, έστω και αν έγινε με κάποια ευκαιρία σεμιναρίου ή εκπαίδευσης και μόνο.

4. Η έλλειψη μεταφορικού μέσου αποτελεί πρόβλημα σε πολλές περιοχές εφαρμογής του προγράμματος. Ιδιαίτερα προβληματική είναι η εξυπηρέτηση περιπτώσεων σε απομακρυσμένες, ορεινές περιοχές που συμβαίνει κάποιοι δήμοι να περιλαμβάνουν. Χρησιμοποιούνται ταξί, οχήματα του δήμου, ακόμη και ιδιωτικά αυτοκίνητα υπαλλήλων του δήμου. Αυτό το πρόβλημα απαιτεί λύση. Η χρησιμοποίηση εθελοντών στον τομέα αυτό ίσως να μπορούσε να δώσει απάντηση στο πρόβλημα, αν και απαιτεί ένα βαθμό συνέπειας που δεν μπορούν να έχουν πάντα οι εθελοντές.
5. Η μηχανογράφηση και κατά κοινό, σε όλα τα προγράμματα, τρόπος τήρησης στοιχείων είναι αναγκαία ούτως ώστε να υπάρχει ανά πάσα στιγμή δυνατότητα αξιολόγησης και προγραμματισμού.
6. Το θέμα των συμβάσεων απασχολεί πάντοτε τους εργαζομένους.

2.12 Εθελοντές που εργάστηκαν στο πρόγραμμα

Σύμφωνα με τα πρόσφατα στοιχεία στο πρόγραμμα γενικά προσφέρουν τις υπηρεσίες τους γύρω στους 1200 εθελοντές, αριθμός μεγαλύτερος κατά πολύ από αυτόν των εργαζομένων.

Οι εθελοντές εποπτεύονται από τους κοινωνικούς λειτουργούς του προγράμματος και εκπαιδεύονται όχι μόνο από τους επαγγελματίες του προγράμματος ή της περιοχής, αλλά και σε πολλές περιοχές από ειδικούς που προσκολλούνται για το λόγο αυτό από την Αθήνα ή Θεσσαλονίκη- ψυχολόγους, γιατρούς, κοινωνιολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς κ.ο.κ. Το θέμα της ανάγκης εκπαίδευσης των επαγγελματιών σε τρόπους προσέλευσης, καθοδήγησης, συνεργασίας και συγκρότησης των εθελοντών του προγράμματος.

Οι βοήθειες που προσφέρουν είναι πολλές και διάφορες όπως:

- Συντροφιά
- Συνοδεία
- Μεταφορά
- Βοήθεια μετακίνησης μέσα και έξω από το σπίτι
- Επισκευές σπιτιού
- Εξασφάλιση ή μεταφορά φαγητού
- Μαγείρεμα

- Ψώνια
- Πληρωμή λογαριασμών
- Εξασφάλιση χρημάτων για πληρωμή λογαριασμών
- Ό,τι άλλο είναι σε θέση και έχουν την διάθεση να προσφέρουν.

Οι εθελοντές δεν είναι πάντοτε άτομα. Πολλά προγράμματα συνεργάζονται στενά με οργανώσεις, συλλόγους ή σωματεία της περιοχής. Η συνεργασία αυτή είναι πάρα πολύ χρήσιμη και αποδοτική.

Από το σύνολο των εθελοντών που προσφέρουν το χρόνο τους στο πρόγραμμα:

- 57,0% απασχολούνται σε αστικές περιοχές
- 15,6% απασχολούνται σε ημιαστικές περιοχές
- 5,0% απασχολούνται σε αγροτικές περιοχές
- 22,2% απασχολούνται σε μικτές περιοχές

Το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό είναι σε αστικές ή ημιαστικές περιοχές οφείλεται στο ότι και τα περισσότερα προγράμματα είναι σε πόλεις ή κοινοπόλεις.

Στους μέσους όρους των αριθμών των εθελοντών που απασχολούνται δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ αστικών, ημιαστικών, αγροτικών και μικτών περιοχών. Ο μέσος όρος για όλες είναι +12 εθελοντές.

Ο μέσος όρος όμως δεν δίνει πάντοτε την καλύτερη εικόνα, διότι:

- Στις αστικές περιοχές έχουμε από καθόλου έως 47 εθελοντές
- Στις ημιαστικές περιοχές έχουμε από καθόλου έως 70 εθελοντές
- Στις μικτές περιοχές έχουμε από καθόλου έως 36 εθελοντές
- Στις αγροτικές περιοχές έχουμε από 5 έως 20

Αν γίνει μια διαφορετική κατανομή έχουμε την ακόλουθη εικόνα:

Σχήμα 2.2 : Ποσοστά εθελοντών κατά περιοχές

	Αστική		Ημιαστική		Μικτή		Αγροτική	
Καθόλου	4	8,7%	1	8,3%	1	5,9%	-	-
Έως 10	25	54,3%	8	66,7%	11	64,7%	2	50,0%
11-20	11	24,0%		16,7%	3	17,6%	2	50,0%
21-30	3	6,5%	2	-	-	-	-	-
31-40	1	2,2%	-	-	2	11,8%	-	-
41-50	2	4,3%	-	-	-	-	-	-
51-60	-	-	-	-	-	-	-	-
61-70	-	-	1	8,3%	-	-	-	-
Σύνολο	46		12		17		4	

Πηγή: Πιλοτικό πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι, Έκθεση εφαρμογής, Κ.Ε.Δ.Κ.Ε., σελ.37, Αθήνα 2002

Είναι εμφανές πως στα περισσότερα προγράμματα οι εθελοντές είναι μεταξύ 10 και 20. Η μέση αναλογία εθελοντών προς εξυπηρετούμενους κατά κατηγορία περιοχής είναι :

- Αστικές, 1 εθελοντής προς 9 εξυπηρετούμενους.
- Ημιαστικές, αγροτικές και μικτές, 1 εθελοντής προς 7 εξυπηρετούμενους.

Παρ' όλον ότι η διαφορά δεν παρουσιάζεται να είναι πολύ μεγάλη, μοιάζει ότι στις αστικές περιοχές είναι πιο δύσκολο να βρεθούν εθελοντές.

2.13 Εποπτεία-Διοίκηση

1. Η εφαρμογή του προγράμματος τελεί υπό την άμεση εποπτεία του υπουργείου Υγείας – Πρόνοιας και ασκείται από την αρμόδια Διεύθυνση των ηλικιωμένων με Ειδικές Ανάγκες, όπως και από τα αρμόδια Τμήματα Πρόνοιας της Περιφερειακής Διοίκησης. Η εφαρμογή του προγράμματος συντονίζεται από 7μελή Επιτροπή Παρακολούθησης(Ε.Π.), οποία εδρεύει στην Αθήνα και συστήνεται από την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. Η θητεία της Επιτροπής είναι ζετής με δυνατότητα ανανέωσης μέχρι τη λήξη του προγράμματος, δηλαδή για άλλα δύο χρόνια, (για τους αιρετούς εκπροσώπους ακολουθείται η διάρκεια της δημοτικής περιόδου).

Η σύνθεσή της είναι η εξής : δύο εκπρόσωποι του υπουργείου Υγείας –Πρόνοιας , εκ των οποίων ένας από τη Διεύθυνση Ηλικιωμένων και Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, δύο εκπρόσωποι του υπουργείου Εσωτερικών,Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, τρία μέλη της Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. και μεταξύ αυτών ο Πρόεδρος της Επιτροπής Παρακολούθησης του Προγράμματος.

2. Η Επιτροπή Παρακολούθησης έχει την ευθύνη της προετοιμασίας εκτέλεσης του προγράμματος και της προβολής του, της παρακολούθησης τήρησης των προγραμματικών συμβάσεων, της πιστής εφαρμογής και του συντονισμού του προγράμματος, της αντιμετώπισης των προβλημάτων εφαρμογής σε συνεργασία με τους φορείς υλοποίησης και τις αρμόδιες υπηρεσίες των αντίστοιχων υπουργείων, της σύνταξης εκθέσεων προόδου και αξιολόγησης του όλου προγράμματος.

2.14 Έκταση του προγράμματος και εξερεύνηση περιπτώσεων

Έκταση του προγράμματος προβλέπει η Υπουργική Απόφαση Π4β/5814(Φ.Ε.Κ. 917/17.10.1997, Τεύχος Β')εφαρμόστηκε σε 100 δήμους. Προϋπόθεση για την εφαρμογή του προγράμματος ήταν η ύπαρξη Κ.Α.Π.Η.

Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε σε 38 νομούς της χώρας και στην Αττική. Στην Αττική εφαρμόζονται 39 προγράμματα. Στον νομό Θεσσαλονίκης βρίσκουμε 13 προγράμματα. Ο νομός Πέλλας έχει 4 προγράμματα. Οι νομοί Δωδεκανήσων, Ηλείας, Ηρακλείου, Καβάλας, Μαγνησίας και Φθιώτιδας έχουν από 2 προγράμματα. Από ένα έχουν οι νομοί

:Αργολίδας, Αρκαδίας, Αχαΐας, Βοιωτίας, Γρεβενών, Δράμας, Έβρου, Ευρυτανίας, Ημαθίας, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων, Καρδίτσας, Κέρκυρας, Κεφαλληνίας, Κιλκίς, Κοζάνης, Κυκλάδων, Λέσβου, Μεσσηνίας, Πρεβέζης, Ροδόπης, Σάμου, Σερρών, Τρικάλων, Χαλκιδικής, Χανίων και Χίου.

2.14.1 Εξεύρεση περιπτώσεων

Προκειμένου να βρεθούν οι περιπτώσεις που θα είχαν κέρδος από το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι", αλλά και εθελοντές γι' αυτό, πραγματοποιήθηκαν :

- Διερευνητικές απογραφές.
- Ενημέρωση φορέων (ιατρεία, σύλλογοι, αστυνομία, εκκλησία, κλπ.)
- Εκδόθηκαν ενημερωτικά φυλλάδια και αφίσες
- Δόθηκαν συνεντεύξεις στον τύπο, το ραδιόφωνο και την τηλεόραση

Πάντως οι κύριοι φορείς παραπομπής περιπτώσεων είναι :

▪ Τα Κ.Α.Π.Η.	42,75% των περιπτώσεων
▪ Η γειτονιά	16,55% των περιπτώσεων
▪ Η οικογένεια	12,97% των περιπτώσεων
▪ Η εκκλησία	6,12% των περιπτώσεων
▪ Η πρόνοια	5,72% των περιπτώσεων
▪ Το νοσοκομείο	5,32% των περιπτώσεων
▪ Διάφορες πηγές	10,57% των περιπτώσεων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΛΛΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΧΩΡΩΝ

Πολλές χώρες, κυρίως της Ευρώπης, εφαρμόζουν από την αρχή ακόμα του 20ου αιώνα προγράμματα φροντίδας υγείας στο σπίτι με επιτυχία, αποτελεσματικότητα και ουσιαστική μείωση του οικονομικού, κοινωνικού και ψυχολογικού κόστους. Τα πιο οργανωμένα και καθολικά προγράμματα αυτού του τύπου απαντώνται στην Δανία, στην Γαλλία, στη Μεγάλη Βρετανία και στην Αυστρία. Η εμπειρία των άλλων χωρών από αυτή τη μακρόχρονη και συμφέρουσα εφαρμογή είναι χρήσιμη και για τη χώρα μας. Για το λόγο αυτό στη συγκεκριμένη εργασία παρουσιάζω μερικά από τα χαρακτηριστικά αυτών των προγραμμάτων.¹⁴

3.1 Δανία

Οι Δανοί έχουν μακρόχρονη πείρα στη φροντίδα των ηλικιωμένων μέσα στην κοινότητα. Θεωρούν ότι η εμπειρία τους αυτή όχι μόνο αποτελεί μια γερή βάση για μεγαλύτερη ανάπτυξη και ολοκλήρωση των υπηρεσιών για τους δικούς τους πολίτες, αλλά μπορεί να αποτελέσει μοντέλο για μίμηση από άλλες χώρες.

Στην πρωτεύουσα Κοπεγχάγη το 13% περίπου του πληθυσμού είναι άτομα άνω των 70 ετών. Πολλά από αυτά είναι μεμονωμένα άτομα. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι αυτοεξυπηρετούνται και καλύπτουν τις ανάγκες τους με την εθνική σύνταξη που δικαιούνται και λαμβάνουν, ζώντας ανεξάρτητα. Φροντίδα από το δήμο της Κοπεγχάγης απολαμβάνει το 40% περίπου των άνω των 70 ετών : 30% βοηθούνται από τα προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι και 10% περίπου διαμένουν σε κατοικίες στενής παρακολούθησης ή κλειστής προστασίας. Η Βοήθεια στο Σπίτι προσφέρει καθαρισμό του σπιτιού, πλύσιμο ρούχων, ψώνια, γεύματα στο σπίτι, αν είναι επιθυμητό και, για όσους έχουν προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης, προσφέρεται φροντίδα προσωπικής υγιεινής (πλύσιμο, λούσιμο, βοήθεια για αφόδευση, φροντίδα μαλλιών και νυχιών κ.ο.κ.).

Για κάθε 100 ηλικιωμένους (άνω των 67 ετών) ο δήμος της Κοπεγχάγης διαθέτει 20 κατοικίες προσαρμοσμένες στις ανάγκες των ηλικιωμένων. Από αυτές τις 20 οι 7 είναι διαμερίσματα σε Οίκους Νοσηλείας .

Το προσωπικό που διαθέτει ο δήμος Κοπεγχάγης είναι 110 εργαζόμενοι για κάθε χιλιάδα κατοίκων άνω των 67 ετών. Σε άλλες περιοχές της χώρας είναι περίπου 100 ανά χιλιάδα. Οι εργαζόμενοι είναι συνήθως γυναίκες. Ο δήμος προσφέρει στους εργαζόμενους με ηλικιωμένα άτομα εποπτεία, συμβουλευτική, εκπαίδευση και στήριξη. Οι ειδικότητες των εργαζομένων είναι :

1. φροντιστές ηλικιωμένων
2. προσωπικό καθαριότητας και ετοιμασίας γευμάτων
3. διοικητικό προσωπικό
4. κοινωνικοί λειτουργοί
5. νοσηλευτές
6. εκπαιδευτές υγείας
7. γιατροί
8. βοηθοί νοσοκόμοι
9. τραυματιοφορείς
10. οδοντίατροι και
11. τεχνικοί

Το 70% των εργαζομένων στα προγράμματα ηλικιωμένων είναι φροντιστές και προσωπικό καθαριότητας. Δεδομένου ότι αυτοί είναι κυρίως οι άνθρωποι που μπαίνουν καθημερινά στα σπίτια των ηλικιωμένων, η εκπαίδευσή τους είναι πολύ προσεγμένη, επικεντρωμένη στις κοινωνικές, ψυχολογικές και σωματικές ανάγκες των ατόμων που εξυπηρετούν. Για να είναι σε θέση να ενημερώσουν έγκαιρα το νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό για κάθε πρόβλημα που μπορεί να δημιουργήσει εμπόδια στην ανεξάρτητη διαβίωση του ηλικιωμένου, η εκπαίδευσή τους παίρνει από ένα ως δύομισι χρόνια.

Το κόστος των υπηρεσιών καλύπτεται από τους φόρους και τα δημοτικά τέλη. Η φιλοσοφία πίσω από τις υπηρεσίες αυτές, είναι ότι κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα να τον φροντίσει το κοινωνικό σύνολο και δεν είναι υποχρέωση της οικογένειας και των παιδιών να αναλάβουν αυτό το βάρος, ακόμα περισσότερο δε στη σημερινή εποχή που τα περισσότερα άτομα είναι μοναχικά. Ακόμα όμως και τα άτομα που έχουν παιδιά, προτιμούν τη φροντίδα του δήμου ή του κράτους δεδομένου ότι έχουν συμβάλει οικονομικά γι' αυτές υπηρεσίες που αποτελούν δικαίωμα τους. Δικαίωμα α)στην εθνική σύνταξη, β)στη βοήθεια στο σπίτι και γ) στη νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι, σε προστατευμένη διαβίωση ή σε ίδρυμα που προσφέρει νοσηλευτική φροντίδα μετά το νοσοκομείο. Οι υπηρεσίες φροντίδας προσφέρονται σε 24ωρη βάση.

Οι δημοτικές υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι συμπεριλαμβάνουν τα ακόλουθα :

- Βοήθεια με όλες τις δραστηριότητες φροντίδας του σπιτιού που ο ηλικιωμένος προσωρινά ή μόνιμα δεν μπορεί να κάνει από μόνος του:καθαρισμός σπιτιού, ψώνια, πλύσιμο ρούχων και πάτων, προετοιμασία γευμάτων, προσωπική υγιεινή. Η βοήθεια αυτή αν είναι αναγκαία σε μόνιμη βάση προσφέρεται δωρεάν. Αν είναι πρόσκαιρη ανάγκη και το άτομο έχει οικονομική ευμάρεια τότε μπορεί να χρειαστεί να πληρώσει.
- Νοσηλεία στο σπίτι προσφέρεται όταν και όσο συχνά είναι αναγκαία κατόπιν εισήγησης γιατρού νοσοκομείου. Οποιοσδήποτε κάτοικος στο δήμο Κοπεγχάγης έχει δικαίωμα σε νοσηλεία στο σπίτι επί 24ώρου βάσεως.
- Γεύματα με επιλογή. Η πληρωμή τους καθορίζεται από το δήμο.
- Οδοντιατρική φροντίδα για άτομα που δύσκολα βγαίνουν από το σπίτι.
- Όσοι θέλουν να εγγραφούν σ' αυτή την υπηρεσία πληρώνουν ένα ετήσιο, χαμηλό ποσό που τους εξασφαλίζει περιοδικό οδοντιατρικό έλεγχο και όλες τις θεραπείες που απαιτούνται.
- Επισκευές σπιτιού και προσαρμογές ώστε το άτομο να μπορεί να κινηθεί έστω και με αμαξίδιο, κλπ.
- Εξασφάλιση βοηθημάτων όπως αμαξίδια, περπατητήρες, ειδικά καθίσματα για το δωμάτιο ή για το αποχωρητήριο, ειδικά μπάνια, μικροί γερανοί, κ.ο.κ. Αυτά όλα δανείζονται δωρεάν.
- Ημερήσια φροντίδα για άτομα που μπορούν να μείνουν σπίτι τους το βράδυ, αλλά χρειάζονται νοσηλεία ή φροντίδα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η φροντίδα αυτή προσφέρεται σε κέντρα διημέρευσης. Η μεταφορά εξασφαλίζεται από τη δημοτική αρχή.
- Εντατική προθανάτια φροντίδα στο σπίτι. Η υπηρεσία αυτή προβλέπει όχι μόνο την απαραίτητη νοσηλεία και βοήθεια στο σπίτι, και την παραμονή ενός φροντιστή εξειδικευμένου, από το δήμο, που θα μένει μαζί με τον ετοιμοθάνατο. Αν κάποιος φίλος ή συγγενής θελήσει να καλύψει αυτή την παρουσία ο ίδιος, δικαιούται να υποβάλλει αίτηση οικονομικής αποζημίωσης για τις ημέρες εργασίας που θα χάσει.

3.2 Γαλλία

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται στους ηλικιωμένους Γάλλους μέσα στην κοινότητα και μέσα στο σπίτι τους παρουσιάζει μεγάλη ευρύτητα. Όπως και στη Μεγάλη Βρετανία δεν είναι πάντοτε χρηματοδοτούμενες από την Τοπική Αυτοδιοίκηση όμως ο δήμος –όπως στην περίπτωση της πόλεως Aix en Provence- έχει αναλάβει την πρωτοβουλία να συντονίσει όλες τις υπηρεσίες και να συνδέσει το ηλικιωμένο άτομο με τις υπηρεσίες αυτές για την πληρέστερη και αποτελεσματικότερη κάλυψη των αναγκών του. Ο δήμος της πόλης επιτυγχάνει αυτό το σκοπό μέσω του Κοινοτικού Κέντρου Κοινωνικής Δράσης. Για την ύπαρξη και λειτουργία αυτού του κέντρου συνεργάζονται με το Κεντρικό Ταμείο Ασφάλισης Ασθενείας, οι νοσοκομειακές και νοσηλευτικές μονάδες και το γεροντολογικό κέντρο της περιοχής. Οι υπηρεσίες πληρώνονται εν μέρει από το ασφαλιστικό ταμείο και εν μέρει από τον ίδιο τον ηλικιωμένο. Η συμμετοχή κάθε μέρους ποικίλει ανάλογα με την προσφερόμενη υπηρεσία και τους κανόνες του ασφαλιστικού οργανισμού. Σε κάποιες περιπτώσεις η οικονομική συμμετοχή του ηλικιωμένου μπορεί να είναι μηδενική.

Το πλήρες φάσμα των υπηρεσιών που τίθενται στη διάθεση του κάθε ηλικιωμένου έχει ως ακολούθως :

1. Υγεία :
 - Ο θεράπων γιατρός που είναι ο συντονιστής όλων των φροντίδων και παραπομπών συμπεριλαμβανομένου και του βοηθού ή νοσηλευτή στο σπίτι.
 - Το φαρμακείο της περιοχής που στην ανάγκη εξυπηρετεί και στο σπίτι.
 - Νοσηλευτική φροντίδα.
 - Νοσηλεία και βοήθεια στο σπίτι.
 - Κινησιοθεραπεία /φυσικοθεραπεία.
 - Φροντίδα νυχιών /ποδολόγος
 - Λογοθεραπεία- ιδιαίτερα μετά από ένα εγκεφαλικό ή σε περίπτωση άνοιας.
 - Ψυχολόγος.
 - Διάφορα τεχνικά βοηθήματα κίνησης, στήριξης κ.ο.κ. που καθιστούν την ανεξάρτητη καθημερινή διαβίωση πιο εύκολη όπως ειδικά κρεβάτια, αμαξίδια, μπαστούνια, ειδικά στρώματα αποφυγής κατακλίσεων, ανυψωτές λεκάνης αποχωρητηρίου, κ.ο.κ.

- Υπηρεσίες πρόληψης όπως περιοδικές εξετάσεις, εμβολιασμοί, κ.ο.κ.
- Νοσοκομειακή κάλυψη και άμεση βοήθεια.
- Νοσοκομείο ημέρας.
- Νοσηλευτική κάλυψη περιορισμένου χρόνου σε ειδικά νοσηλευτήρια για περιπτώσεις που ξαφνικά χάνουν την αυτονομία τους.
 - Γeronτολογικό κέντρο που διαθέτει νοσοκομείο ημέρας για ηλικιωμένους και προσφέρει γηριατρική φροντίδα.
 - Ημερήσια φροντίδα για τα άτομα με άνοια, τύπου Alzheimer ή άλλη.
 - Προσωρινή κατοικία σε ανεξάρτητα, αλλά εξυπηρετούμενα, διαμερίσματα ώστε π.χ. τα μέλη της οικογένειας που φροντίζουν ένα ηλικιωμένο άτομο να μπορέσουν να ξεκουραστούν, να φύγουν ταξίδι, να κάνουν διακοπές ή να νοσηλευτούν.
 - Νοσοκομειακή κάλυψη στο σπίτι του ασθενούς.
 - Κινητή μονάδα προθανάτιας φροντίδας και νοσηλείας στο σπίτι από ομάδα ιατρικών και παραϊατρικών ειδικοτήτων. Η υπηρεσία αυτή προσφέρεται δωρεάν.

2. Καθημερινή διαβίωση :

- Βοήθεια στο Σπίτι. Η βοήθεια είναι πρακτική αλλά και κοινωνική διότι εξασφαλίζει συντροφικότητα, φροντίδα νοικοκυριού, καθορισμό και τακτοποίηση σπιτιού, ψώνια και θελήματα, ετοιμασία φαγητού, κ.ο.κ.
 - Φύλαξη ηλικιωμένου για τα άτομα που χρειάζονται δίπλα τους κάποιον επί 24ώρου βάσεως.
 - Φαγητό στο σπίτι.
 - Επισκέψεις από εθελοντές.
 - Το τετράδιο επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων που βοηθούν το ηλικιωμένο άτομο ώστε να υπάρχει αλληλοενημέρωση.
 - Κινητές υπηρεσίες : κομμωτής/τρια, φροντιστής κατοικίδιων, μεταφορά, πληρωμή λογαριασμών και άλλα θελήματα.

3. Κατοικία :

- Βελτιώσεις κατοικίας και προσαρμογές.
- Μικροκατασκευές.
- Προσωρινή ή μόνιμη κατοικία σε ειδικά διαμερίσματα ή ιδρύματα.

4. Ασφάλεια :

- Τηλεσυναγεργμός και τηλεβοήθεια.
- Νομική κάλυψη.
- Μεταφορά ατόμου μειωμένης κινητικότητας.
- Συμπαράσταση σε περίπτωση κακοποίησης.

Όλες αυτές οι υπηρεσίες προσφέρονται από διάφορους φορείς, κρατικούς, κοινωνικούς εθελοντικούς ή ιδιωτικούς. Η πληρωμή τους καλύπτεται από τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους, από το ασφαλιστικό τους ταμείο ή από το γραφείο πρόνοιας του ταμείου. Το ποσοστό που πληρώνει κάθε μέρος ορίζεται από κανονισμούς των ταμείων. Για ορισμένες από αυτές τις υπηρεσίες το ποσό πληρωμής από τον ίδιο τον ηλικιωμένο εκπίπτει από την εφορία. Ο δήμος εξασφαλίζει κάποιες υπηρεσίες, τον συντονισμό όλων των φορέων και των υπηρεσιών της περιοχής τους και την ενημέρωση των δημοτών σχετικά με ό,τι μπορεί να βελτιώσει τη ζωή τους και να στηρίξει την ανεξάρτητη διαβίωσή τους έξω από ιδρύματα.

3.3 Μεγάλη Βρετανία

Η Ημερήσια Φροντίδα στη Μεγάλη Βρετανία έχει σαν σκοπό να στηρίξει τόσο τον ίδιο τον ηλικιωμένο, όσο και την οικογένειά του, ώστε να μείνει στο σπίτι του και την κοινότητα όσο γίνεται πιο ανεξάρτητος. Στην περίπτωση που θα χρειαστεί το ηλικιωμένο άτομο ένταξη σε πλαίσιο κλειστής περίθαλψη, η ημερήσια φροντίδα αποτελεί στάδιο προετοιμασίας γι' αυτή την ένταξη. Για την Ημερήσια Φροντίδα απαραίτητη είναι η παραπομπή του ηλικιωμένου ατόμου από Κοινωνική λειτουργό ή Γενικό Γιατρό, μετά από αξιολόγηση της κατάστασής του. Γι' αυτό μόνο το 4% των άνω των 65 ετών και το 7% των άνω των 75 ετών εμπίπτουν σ' αυτήν. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι οι ακόλουθες :

- Ιατροκοινωνική αξιολόγηση αναγκών.
- Συμβουλές, ενημέρωση και εκπαίδευση του ηλικιωμένου σε θέματα που τον ανεξαρτοποιούν όπως δικαιώματα, πρόσβαση σε υπηρεσίες, τρόποι υπερπήδησης προβλημάτων διαβίωσης, κ.ο.κ.
- Διατήρηση υγείας-πρόσβαση σε γενικό γιατρό, επισκέπτες υγείας, εργοθεραπευτές, οδοντίατρο, οπτικό, φυσιοθεραπευτή, μαθήματα διατήρησης υγείας.

- Φαγητό, υπηρεσία πλυσίματος ρούχων, φροντίδα καλλωπισμού- μαλλιά, νύχια, μπάνιο – ειδικές συσκευές φροντίδας π.χ. προσαρμοσμένες τουαλέτες, γερανοί, περπατητήρες, κλπ.
- Στήριξη φροντιστή ηλικιωμένου .
- Κοινωνική φροντίδα και αναψυχή.
- Ψυχολογική στήριξη.
- Υπηρεσίες μεταφοράς σε κέντρο ημερήσιας φροντίδας, νοσοκομεία, άλλες υπηρεσίες, ψυχαγωγία.
- Ξενώνες μικρόχρονης διαμονής για την πρόσκαιρη, πιο έντονη, φροντίδα ή για την προσωρινή ανακούφιση των συγγενών- φροντιστών.

Στη Μεγάλη Βρετανία η ημερήσια φροντίδα σε συνδυασμό με τη βοήθεια στο σπίτι και τη νοσηλεία στο σπίτι εξυπηρετεί άτομα που δίχως τις υπηρεσίες αυτές θα είχαν ανάγκη ιδρυματικής- άρα και πολυέξοδης- απομονωτικής περίθαλψης.

Η Βοήθεια στο Σπίτι είναι μια χωριστή υπηρεσία, ανεξάρτητη από τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας και προσφέρεται από την Τοπική Αυτοδιοίκηση σε συνεργασία με τους συλλόγους φροντιστών ηλικιωμένων (κυρίως μελών οικογένειας εξαρτημένων ηλικιωμένων).

Οι υπηρεσίες Βοήθειας στο Σπίτι συμπεριλαμβάνουν όλες τις υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας, αλλά και καθαρισμού – τακτοποίηση σπιτιού, επισκευές, πληρωμή λογαριασμών, προσωπική υγιεινή, ψώνια και ό,τι άλλο απαιτείται για να μείνει ένα μη πλήρως αυτοεξυπηρετούμενο άτομο στο σπίτι του. Συχνά συνοδεύονται με Νοσηλεία στο Σπίτι.

Το ενδιαφέρον των υπηρεσιών της Μ. Βρετανίας είναι :

- Ο συντονισμός. Ανεξάρτητα από το ποιος φορέας – κρατικό, τοπικής αυτοδιοίκησης ή μη κυβερνητικός- προσφέρει κάποια υπηρεσία, όλες οι υπηρεσίες μαζί προσφέρονται σαν ένα πακέτο στον ηλικιωμένο άτομο που έτσι δεν έχει ανάγκη να χτυπήσει εκατό πόρτες για να καλύψει τις ανάγκες του και μάλιστα αφού δεν αυτοεξυπηρετείται συνήθως.
- Ο εθελοντισμός. Η παρουσία των εθελοντών είναι εντονότατη. Αναγνωρίζεται απ' όλους τους φορείς ότι δίχως την εθελοντικά προσφερόμενη εργασία πολλών ατόμων της κοινότητας η παροχή ημερήσιας φροντίδας και βοήθειας στο σπίτι θα ήταν οικονομικά δυσβάσταχτη, αν όχι αδύνατη.

3.4 Αυστρία

Στην Αυστρία η τοπική αυτοδιοίκηση προσφέρει "Βοήθεια στο Σπίτι από Περιφερειακούς Νοσηλευτές ". Στόχος της υπηρεσίας αυτής είναι να προσφέρει νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι, αλλά και κάθε άλλη υποστηρικτική υπηρεσία σε άρρωστα άτομα που υποφέρουν από τις αναπηρίες που συνδέονται με το γήρας. Οι νοσηλευτές αυτοί έχουν ανώτατη εκπαίδευση και εξειδίκευση, δεδομένου α)ότι προσφέρουν όλες τις εξειδικευμένες υπηρεσίες ενός νοσοκομείου στο σπίτι και β)έχουν την παρακολούθηση και καθοδήγηση των συγγενών, των φροντιστών, των οικογενειακών βοηθών, αλλά και των νέων ανδρών που κάνουν την "στρατιωτική " τους θητεία σε κοινωνικά πλαίσια. Η υπηρεσία αυτή και το πλαίσιο της καθορίζεται από νόμο του κράτους για τη φροντίδα της υγείας και επάγγελμα του νοσηλευτή. Στην Αυστρία λειτουργούν και γενικότερα προγράμματα Ημερήσιας Φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΘΕΝΤΩΝ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

4.1 Περιγραφή περιπτώσεων

Πρώτη περίπτωση

Ο κος. Μ. είναι 70 χρονών, δεν έχει οικογένεια και ζει μόνος του. Είναι ψυχασθενής, πρώην τρόφιμος της Λέρου επί 40 χρόνια. Πάσχει από σχιζοφρένεια. Βρέθηκε στο πρόγραμμα μετά από παραπομπή της Κοινωνικής Υπηρεσίας της Λέρου η οποία έψαχνε να βρει τους συγγενείς του γιατί εδώ και είκοσι χρόνια είχε κοπεί η φαρμακευτική αγωγή του και δεν υπήρχε λόγος παραμονής του στη Λέρο. Η Κοινωνική Υπηρεσία Λέρου ενημερώθηκε για τη δημιουργία του προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι "και σε επικοινωνία με το Κ.Α.Π.Η. ο κος. Μ. εντάχθηκε στο προγράμματα.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην συγκεκριμένη περίπτωση είναι η παροχή ψυχολογικής στήριξης του ατόμου και κοινωνικής επανένταξης με εξόδους, ψυχαγωγία, ψώνια.

Ο κος Μ. με την ένταξή του στο πρόγραμμα έχει μάθει να αυτοεξυπηρετείται, να συμμετέχει σε εκδηλώσεις του Κ.Α.Π.Η. και να επικοινωνεί. Φυσικά η προσωπική του φροντίδα γίνεται με τη βοήθεια της νοσηλεύτρια (μπάνιο) και η οικογενειακή βοηθός βρίσκεται κοντά του καθημερινά (μαγείρεμα, πλύσιμο, καθαριότητα).

Δεν έχει όμως επιτευχθεί η επικοινωνία με τους συγγενείς του με αποτέλεσμα να στηρίζεται εξ' ολοκλήρου στις παροχές του προγράμματος.

Δεύτερη περίπτωση

Η κα. Ε. είναι 87 ετών χήρα, χωρίς παιδιά. Την φρόντιζε η βαφτησιμιά της. Βρίσκονταν κλειδωμένη σε κάποιο μικρό και βρώμικο σπίτι.

Στο Κ.Α.Π.Η έγινε γνωστή η περίπτωσή της από γείτονες που την γνώριζαν, οι οποίοι ζήτησαν την παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού . Σε συνεργασία με την πρόνοια γνωστοποιήθηκε το θέμα και με την καταγγελία του κοινωνικού λειτουργού του προγράμματος για κακοποίηση και παραμέληση ηλικιωμένου παρενέβει ο εισαγγελέας και η κα. Ε. μεταφέρθηκε σε κάποιους συγγενείς.

Η κα. Ε. βρισκόταν κλειδωμένη στο σπίτι για πολλά χρόνια χωρίς φροντίδα, παραμελημένη και εγκαταλελειμμένη, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί όσον αφορά την ατομική της υγιεινή. Δεν επικοινωνεί με το περιβάλλον και οι αναφορές της περιορίζονται στη θρησκεία και τους αγίους. Η κοινωνική επανένταξή της θεωρείται αδύνατη λόγω της κατάστασής της, καθώς επίσης και η δυνατότητα εκμάθησης αυτοεξυπηρέτησης.

Η προσπάθεια που γίνεται από την ομάδα είναι η στήριξή της καθώς επίσης και η νοσηλευτική φροντίδα.

Με τους συγγενείς γίνεται από την κοινωνική λειτουργό συμβουλευτική οικογένειας, έτσι ώστε να αποφευχθεί ο εγκλεισμός της σε ίδρυμα- γηροκομείο και αν ζήσει με αξιοπρέπεια, παραμένοντας στην κοινότητα με βελτίωση της ποιότητας ζωής της.

Τρίτη περίπτωση

Ο Κος. Π και η κα. Δ. είναι δύο ηλικιωμένα αδέρφια που μένουν μαζί σε επαρχιακή πόλη. Δική του οικογένεια δεν έχει κανείς. Η κα. Δ. έχει υποστεί εγκεφαλικό, είναι κατάκοιτη και δεν έχει επικοινωνία με το περιβάλλον. Έχει παραισθήσεις και παθαίνει διαλείψεις. Ο κος. Π. είναι σχετικά υγιής χωρίς σοβαρές ασθένειες και έχει αναλάβει εξ' ολοκλήρου τη φροντίδα της αδερφής του.

Και οι δύο στο παρελθόν ήταν τρόφιμοι στο Δρομοκαΐτειο μετά από παρέμβαση ανηψιών τους, οι οποίοι τους πήγαν εκεί χωρίς να συντρέχει λόγος εγκλεισμού. Μετά από ένα μήνα διαμονής τους στο Δρομοκαΐτειο βγήκαν έπειτα από παρέμβαση ανηψιάς τους που μένει στην Αθήνα.

Μεταξύ των συγγενών υπάρχει έντονη αντιπαράθεση όσον αφορά την ιδρυματική φροντίδα. Μετά την έρευνα που έγινε η μια πλευρά (που τους έκλεισε στο Δρομοκαΐτειο) ζητάει την κηδεμονία -δικαστικώς- των ηλικιωμένων για λόγους διαχείρισης της περιουσίας.

Μετά απ' αυτά τα γεγονότα ο κος. Π έχει αρχίσει να μην ενδιαφέρεται για τον εαυτό του, βρίσκεται σε ψυχολογική κατάπτωση και το μόνο του ενδιαφέρον είναι η περιποίηση της αδερφής του.

Στα πλαίσια του προγράμματος παρέχεται στον κο. Π. ψυχολογική και ηθική υποστήριξη από την κοινωνική λειτουργό. Η νοσηλευτική και οικογενειακή φροντίδα γίνεται σε περιορισμένο βαθμό, καθώς ο κος. Π. φροντίζει επαρκώς την αδερφή του.

Από τη μεριά του κοινωνικού λειτουργού γίνονται προσπάθειες κοινωνικής εργασίας με την οικογένεια χωρίς όμως ιδιαίτερο αποτέλεσμα.

Τέταρτη περίπτωση

Ο κος. Σ. είναι 64 ετών, είναι τυφλός εδώ και δεκαπέντε χρόνια μετά από ατύχημα. Βρίσκεται σε διάσταση με τη σύζυγό του και είναι πατέρας οκτώ παιδιών. Το μικρότερο είναι 8 ετών και το μεγαλύτερο 25.

Οι σχέσεις με την οικογένειά του ήταν ανύπαρκτες, καθώς κανένα από τα παιδιά του δεν τον επισκέπτονταν περισσότερο από μια φορά το μήνα, πριν ο κος. Σ. ενταχθεί στο πρόγραμμα.

Μετά από επαφές και παρεμβάσεις στην οικογένεια από την κοινωνική λειτουργό του τμήματος προστασίας ανηλίκων επιτεύχθηκε η ομαλοποίηση των σχέσεων των δύο μεγαλύτερων παιδιών του κος. Σ. τα οποία τώρα μένουν μαζί του. Λόγω της τυφλότητας του, ο κος. Σ. είναι μη αυτοεξυπηρετούμενος με αποτέλεσμα η παροχή φροντίδας να είναι ολοκληρωτική. Έξω βγαίνει μόνο με τη συνοδεία των παιδιών του ή με της κοινωνικής λειτουργού του προγράμματος.

Στην προσπάθεια ομαλοποίησης των σχέσεων του πατέρα με τα παιδιά ασκείται συμβουλευτική προς τα παιδιά και υποστηρικτική ή κοινωνική εργασία προς τον κο. Σ. για την κοινωνική επανένταξή του.

Η οικογενειακή φροντίδα που του παρέχεται είναι σχεδόν καθημερινή

Πέμπτη περίπτωση

Η κα. Σ. είναι 85 ετών, κατάκοιτη με σοβαρά προβλήματα υγείας. Μένει με το ανύπαντρο γιο της, 63 ετών, ο οποίος είναι άνεργος και συντηρούνται και οι δύο από τη σύνταξη του ΟΓΑ. Η κα. Σ. έχει άλλα 4 παιδιά, αλλά κανένα από αυτά δεν την φροντίζει, ούτε συνεισφέρει οικονομικά παρότι είναι αρκετά εύπορα. Τα συναισθήματα της απόρριψης και της μοναξιάς είναι πολύ έντονα εφόσον τα παιδιά της δεν ενδιαφέρονται γι' αυτήν.

Οικογενειακή φροντίδα δεν παρέχεται στους ηλικιωμένους μετά από άρνησή τους όπως επίσης και άρνηση παρέμβασης της οικογένειας. Η κα. Σ. αρνήθηκε να παρέμβει στα άλλα μέλη της οικογένειας γιατί φοβάται ότι οι σχέσεις τους θα γίνουν χειρότερες απ' ότι είναι τώρα.

Νοσηλευτική φροντίδα εφαρμόζεται εξ' ολοκλήρου καθώς επίσης και κοινωνική υποστήριξη.

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός συνεισφέρει και στηρίζει με υλικά αγαθά τους δύο ηλικιωμένους καθώς οι πόροι τους είναι ελάχιστοι, πράγμα το οποίο οδηγεί αρκετές φορές τον ηλικιωμένο γιο της κας. Σ. στην επαιτεία.

Έκτη περίπτωση

Ο κος. Λ. 80 ετών ,τυφλός σε καλή υγεία χηρεύει. Δεν έχει παιδιά. Εντάσσεται στο πρόγραμμα και του προσφέρεται φροντίδα του σπιτιού του από εθελοντές. Αρχίζει και μαθαίνει να φροντίζει τον εαυτό του και το νοικοκυριό του. Την περίπτωση παρακολουθεί από κοντά η κοινωνική λειτουργός. Μετά από κάποιο διάστημα οι εθελοντές του προξενεύουν κάποια κυρία της περιοχής. Παντρεύονται. Κλείνει η περίπτωση.

Έβδομη περίπτωση

Η κα. Α. χήρα 65 ετών φροντίζει επί πέντε χρόνια τώρα την μητέρα της που έχει υποστεί εγκεφαλικό και είναι κατάκοιτη, δίχως μνήμη και επίγνωση της κατάστασής της. Η εξάρτηση από την κόρη της είναι ολοκληρωτική. Το πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι προσφέρει στην κόρη στήριξη, τη δυνατότητα να βγαίνει λίγο από το σπίτι, και σε κάποια περίοδο που χρειάστηκε η κόρη να πάει στο νοσοκομείο το πρόγραμμα κάλυψε την μητέρα σε καθημερινή βάση. Ο γιος τη κας. Α., ανύπαντρος και εργαζόμενος, φρόντιζε τη γιαγιά του τη νύχτα έως ότου βγει η μητέρα του από το νοσοκομείο .Το πρόγραμμα κάλυψε την κα. Α. και στην ανάρρωσή της.

Όγδοη περίπτωση

Ψυχοπαθής γυναίκα που επαιτούσε επί χρόνια και συχνά γύριζε γυμνή δημιουργώντας όλων των ειδών τα προβλήματα στον εαυτό της και τους άλλους, εντάσσεται στο πρόγραμμα. Εξετάζεται από ψυχίατρο, εκτός νοσοκομείου και αναλαμβάνουν οι επαγγελματίες του προγράμματος την κοινωνική και ψυχολογική της στήριξη, την καθημερινή φαρμακευτική της αγωγή και τη φροντίδα του σπιτιού της, την καθαριότητα και τη σίτισή της. Η γυναίκα αυτή είναι πλέον αγνώριστη. Παρουσιάζει μια πολύ διαφορετική εικόνα, δείχνει να έχει ενταχθεί στο περιβάλλον, με αποτέλεσμα και η γειτονιά να την αποδέχεται, αναγνωρίζοντας τη βοήθεια που της έχει προσφερθεί μέσω του προγράμματος.

4.2 Αξιολόγηση του προγράμματος

1. Τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι που ορίζει η Υπουργική Απόφαση Π4β/5814(Φ.Ε.Κ. 917.17.10.1997, Τεύχος Β) λειτούργησαν σύμφωνα με τις προδιαγραφές της απόφασης :

- Εντάχθηκαν στους δήμους.
- Διασυνδέθηκαν με την κοινότητα.
- Πρόσφεραν συμβουλευτική, νοσηλευτική, οικιακή και όποια άλλη υπηρεσία ήταν απαραίτητη, ακόμη και πέρα από τα όσα προβλέπει η απόφαση, αν υπήρχε ανάγκη.
- Εξυπηρέτησαν άτομα μοναχικά, μη αυτοεξυπηρετούμενα και με περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες.
- Αξιοποίησαν πηγές της κοινότητας.
- Προσέλκυσαν και εκπαίδευσαν εθελοντές.

2. Οι κάτοικοι των περιοχών όπου λειτούργησαν τα προγράμματα δέχθηκαν πολύ θετικά την νέα αυτή υπηρεσία και την στήριξαν είτε με προσφορά ειδών και χρημάτων, είτε με την εθελοντική τους εργασία. 1200 εθελοντές καθώς και μεγάλος αριθμός ομάδων και συλλόγων συνέδραμαν στο πρόγραμμα.

3. Εξυπηρετήθηκαν +9000 άτομα συνολικά. Δεδομένου ότι καλύφθηκαν οι ανάγκες ελάχιστων δήμων της χώρας, ο αριθμός αυτός μπορεί να θεωρηθεί πολύ υψηλός. Υπολογίζεται ότι το 5% του συνόλου των ηλικιωμένων έχουν ανάγκη βοήθειας ανάλογης με αυτήν που προσφέρονταν από το πρόγραμμα. Αν έχουμε 1.600.000 ηλικιωμένους, τότε ο συνολικός αριθμός όσων έχουν ιδιαίτερη ανάγκη φθάνει τα 80.000. Οι διεθνείς στατιστικές λένε ότι τα 2/3 των όσων έχουν ανάγκη φροντίζονται από την οικογένειά τους. Άρα μένουν ακάλυπτες οι ανάγκες 27.000 ατόμων. Το μέχρι στιγμής εφαρμοσθέν πρόγραμμα κάλυψε το ένα τρίτο αυτών των ατόμων.

4. Το κόστος των υπηρεσιών ήταν πολύ χαμηλό. Αν κάθε πρόγραμμα κόστισε γύρω στα 10 έως 12 εκατομμύρια το χρόνο, άρα συνολικά τα 100 προγράμματα κόστισαν 1,2 δισεκατομμύρια δραχμές δηλαδή περίπου 3,5 εκατομμύρια ευρώ, τότε το κατά κεφαλήν κόστος του προγράμματος ήταν +381,51 ευρώ το χρόνο ή περίπου 32,28 ευρώ το μήνα. Βεβαίως υπήρχαν και άλλα έξοδα διότι οι δήμοι και οι ιδιώτες των περιοχών έχουν προσφέρει πολλά σε διάφορα είδη, μεταφορά, επιδιορθώσεις, επιδόματα, τρόφιμα, ρουχισμό, φάρμακα, πάνες, πληρωμή λογαριασμών νερού και ηλεκτρικού, πληρωμή ενοικίου και πολλά άλλα.

5. Θα ήταν επιθυμητό να πούμε με ακρίβεια ποιο ήταν το κέρδος με ακρίβεια από τη μη χρησιμοποίηση των νοσοκομείων για τα περιστατικά του προγράμματος. Αυτό δεν είναι δυνατόν να υπολογιστεί. Μπορεί αυτοί οι άνθρωποι να είχαν απασχολήσει κάποια κλίνη νοσοκομείου για μακρύ διάστημα, αλλά μπορεί και να μην πήγαιναν ποτέ. Δεν υπάρχει όμως αμφιβολία ότι περιορίστηκε ικανά η χρήση κλινών νοσοκομείων αν λάβουμε υπ' όψιν ότι τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι :

- Πρόσφεραν ένα αίσθημα ασφάλειας στους μόνους και ανήμπορους.
- Πρόσφεραν την απαραίτητη νοσηλευτική και υποστηρικτική φροντίδα σε όσους δεν ήταν πλέον απαραίτητο να παραμείνουν στο νοσοκομείο.
- Πρόσφεραν διάφορες δυνατότητες εξετάσεων - πίεση, σάκχαρο, άλλες μικροβιολογικές κλπ.- που θα απασχολούσαν τουλάχιστον τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων αν όχι κλίνη.
- Πρόλαβαν επιδείνωση καταστάσεων με την καθημερινή, ακόμη, χορήγηση φαρμάκων και με την παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής.
- Συνέβαλαν στην πρόληψη εξελίξεων παθήσεων με την παρακολούθηση και ορθή αγωγή, όπως π.χ. εγκεφαλικά, ακρωτηριασμούς, κρίσεις ψυχιατρικών παθήσεων κ.ο.κ.
- Πρόληψη πόνου, κατάθλιψης, υποσιτισμού ή κακής διατροφής κ.ο.κ.

6. Προβλήματα προέκυψαν σε σχέση με τα ακόλουθα :

- Κάλυψη αναγκών απομακρυσμένων κοινοτήτων Καμποδιστριακών Δήμων. Η κάλυψη αυτών ήταν σε πολλές περιπτώσεις πλημελής διότι ούτε το προσωπικό επαρκούσε ούτε μεταφορικό μέσο υπήρχε και η μετάβαση με λεωφορείο ήταν χρονοβόρα. Πολλές φορές χρησιμοποιήθηκαν ταξί, ιδιωτικά αυτοκίνητα ή οχήματα του δήμου, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί μια μόνιμη λύση.
- Οι συνταξιούχοι του ΟΓΑ και οι μικροσυνταξιούχοι άλλων ταμείων, μέσα στα πλαίσια μιας οικογένειας ή όταν οι ίδιοι αυτοεξυπηρετούνται , και ζουν σε περιοχή όπου μπορούν να καλλιεργούν ή να έχουν κάποια ζώα, καταφέρνουν και τα βγάζουν πέρα. Το μεμονωμένο, μη αυτοεξυπηρετούμενο άτομο με σύνταξη χαμηλή που πρέπει να πληρώσει και ενοίκιο, δεν μπορεί να επιβιώσει. Συχνά αναφέρονται τέτοια περιστατικά όπου ο δήμος ή κάποιοι εθελοντές ιδιώτες στρατεύονται στην κάλυψη ενοικίου, λογαριασμών ηλεκτρικού και νερού και στην εξασφάλιση φαγητού.
- Η εξασφάλιση επιδομάτων είναι προβληματική. Παράδειγμα :

- * Για να πάρει κάποιος επίδομα ενοικίου πρέπει να έχει συμβόλαιο ενοικίασης. Τα άτομα που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη αυτού του βοηθήματος συνήθως δεν έχουν συμβόλαιο.
- * Ένα άτομο κατάκοιτο που εξαρτάται τελείως από άλλους, αν είναι τετραπληγικό μπορεί να πάρει ειδικό επίδομα από τον ΟΓΑ, αν όμως είναι ολοκληρωτικά ανάπηρο από εγκεφαλικό, αλλά χαρακτηρίζεται ημιπληγικό, δεν δικαιούται.
- Όταν και όποτε άτομα μοναχικά μη αυτοεξυπηρετούμενα χρειαστεί να μεταβούν για κάποιο χρονικό διάστημα σε νοσοκομείο, προκύπτει το πρόβλημα απαίτησης συχνά να υπάρχει αποκλειστική νοσοκόμος με υψηλότατο κόστος, ακόμη για ανθρώπους που μπαίνουν στο νοσοκομείο με κρατικό βιβλιάριο δωρεάν νοσοκομειακής περίθαλψης, λόγω απορίας.
- Πολλά άτομα που εμπίπτουν στο πρόγραμμα δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να έχουν τηλέφωνο. Αυτό δυσκολεύει τόσο τη δική τους ζωή όσο και το έργο των εργαζομένων στο πρόγραμμα.
- Τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι δεν καλύπτουν όλους τους δήμους της χώρας. Οι Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας συμπληρώνουν πολλά κενά. Όταν υπάρχει συνεργασία και συντονισμός των δύο προγραμμάτων τα αποτελέσματα είναι παρά πολύ ικανοποιητικά . Σε κάποιες περιοχές όμως υπάρχει αντιπαλότητα και διεκδίκηση περιπτώσεων . Αναφέρονται επίσης Δήμοι όπου είναι απαίτηση των δημάρχων να υπάρχουν στεγανά μεταξύ των προγραμμάτων Βοήθειας στο Σπίτι, των Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας και των Κ.Α.Π.Η. Σε περιοχές και νομούς ή δήμους όπου η συνεργασία είναι αγαστή, ο συντονισμός γίνεται από κοινού και αξιοποιούνται όλες οι συναφείς υπηρεσίες, υπάρχουν πολύ θετικά αποτελέσματα και πληρέστερη κάλυψη αναγκών.
- Παρά την συμπλήρωση των προγραμμάτων Βοήθειας στο Σπίτι και με τις Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας υπάρχουν περιοχές που δεν καλύπτονται, κυρίως νησιωτικές και ορεινές, καθώς και ολόκληροι νομοί.
- Η προσέλκυση εθελοντών, καθώς και η συγκράτησή τους στο πρόγραμμα, απασχολούν τους εργαζόμενους που ζητούν βοήθεια για αποτελεσματικότερες στρατηγικές.
- Τόσο οι εργαζόμενοι όσο και οι εθελοντές έχουν εκφράσει επιθυμία εκπαίδευσης και ανταλλαγών μεταξύ προγραμμάτων με άλλες χώρες.

- Κατά την κρίση των εργαζομένων απαιτούνται επιπλέον ειδικότητες-όπως φυσικοθεραπευτών, γιατρών, ψυχιάτρων –για την αποτελεσματικότερη κάλυψη.
- Δεν υπάρχουν ενδιάμεσες δομές νοσηλευτικής φροντίδας, ανάμεσα στην ανοικτή και την νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Εκφράζεται αγωνία για την συνέχιση των προγραμμάτων και την τακτοποίηση θεμάτων προσωπικού.¹⁴

4.3 Προτάσεις

Κατά την άποψη μου, για να βελτιωθεί ακόμη καλύτερα η ποιότητα ζωής κυρίως των ατόμων της τρίτης ηλικίας, μέσω των υπηρεσιών υγείας στο σπίτι, καθώς και η ποιότητα της φροντίδας που προσφέρεται θα πρέπει να εφαρμοστούν τα εξής :

1. Ανάπτυξη συμπληρωματικών δομών κάλυψης αναγκών ηλικιωμένων σε περιφερειακό επίπεδο-κέντρα ημερήσιας κοινωνικής και νοσηλευτικής φροντίδας, κέντρα προσωρινής διαμονής, κινητές μονάδες φροντίδας, κέντρα μακροχρόνιας κλειστής νοσηλευτικής φροντίδας.

2. Συνέχιση συνεργασίας με τοπικούς φορείς-πρόνοια, νοσοκομεία, κέντρα υγείας, εκκλησία,σωματεία,κ.ο.κ.-και κοινός προγραμματισμός.Αποφυγή επικάλυψης/σύγκρουσης υπηρεσιών.

3. Συμπλήρωση των υπαρχόντων προγραμμάτων με περισσότερους οικογενειακούς βοηθούς και άλλες επιστημονικές ειδικότητες όπως ψυχιάτρου, γιατρού, φυσικοθεραπευτή με πλήρη ή μερική απασχόληση.

4. Εξασφάλιση μεταφοράς εργαζομένων και εξυπηρετούμενων με όποιο τρόπο κριθεί αποτελεσματικότερος και οικονομικότερος.

5. Επέκταση του προγράμματος σε στήριξη οικογενειών που έχουν ένα μη αυτοεξυπηρετούμενο άτομο ώστε να συνεχίσουν την φροντίδα του στο σπίτι και να μην επιδιώξουν την ιδρυματική ή νοσοκομειακή περίθαλψη, πράγμα που γίνεται συχνά.

6. Προγράμματα που περιορίζονται στους οικονομικά αδύναμους και μόνο, γρήγορα εγκαταλείπονται από τους χρήστες διότι θίγεται η αξιοπρέπειά τους. Εφ' όσον ο στόχος είναι η αποφυγή της κλειστής περίθαλψης που έχει και υψηλό κόστος και η αποσυμφόρηση των νοσοκομείων από περιστατικά που θα μπορούσαν να βρίσκονται στο σπίτι τους, καλό θα ήταν να εξεταστεί η δυνατότητα επέκτασης του προγράμματος σε κάθε

άτομο του δήμου. Ένα τέτοιο μέτρο θα εξασφάλιζε ένα αίσθημα σιγουριάς για όλους τους δημότες και ενδεχομένως να ενθάρρυνε και την προσφορά εθελοντικής εργασίας και παροχών στο πρόγραμμα. Η οικονομική επιβάρυνση δεν πρέπει να αποκλειστεί.

7. Εξέταση της δυνατότητας σύνδεσης των προγραμμάτων βοήθειας και νοσηλείας στο σπίτι με τα ασφαλιστικά ταμεία των εξυπηρετούμενων και κάλυψη του κόστους φροντίδας από αυτά.

8. Πρόσκληση μελετών ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών ζωής, ασθένειας, κ.ο.κ. για την πιθανή ομαδική κάλυψη βοήθειας και νοσηλείας στο σπίτι δημοτών, με οικονομική επιβάρυνση των ιδίων.

9. Μελέτη ατόμων που δεν ήταν δυνατό να καλυφθούν από το πρόγραμμα για αναγνώριση πιθανών κενών.

10. Κοινός τρόπος τήρησης στοιχείων, με κάποιο πρόγραμμα σε ηλεκτρονικό υπολογιστή διαχείρισης βάσης δεδομένων, ώστε να είναι δυνατό, ανά πάσα στιγμή, να βγουν στατιστικά στοιχεία και συμπεράσματα σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας του προγράμματος.

11. Προσδιορισμός –συσχετισμός ρόλου εθνικών φορέων ή συμβουλίων κοινωνικής φροντίδας ή μέριμνας, επιτροπών παρακολούθησης προγραμμάτων υπουργείων όπως Υγείας Πρόνοιας και Εργασίας.

12. Αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από τη σημερινή σχέση εργασίας των εργαζομένων στο πρόγραμμα, την αμοιβή τους και την ασφάλισή τους.

13. Εγρήγορση σχετικά με την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Αποφυγή εφησυχασμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Δρούμπαλης Φ. , *"Σύγχρονες Μονάδες Υγείας"*, σελ.9,Καλαμάτα 2005.
2. Κωνσταντινίδης Θ., Τζαγκαράκη Ε., *"Η Νοσηλευτική Φροντίδα στο Σπίτι. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας"*,τόμος 10, τεύχος:1,σελ.25, 1998.
3. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης, Σ., *"Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα"*,σελ.125, Αθήνα 1996.
4. Καρανίκα Ε., *"Εφαρμογή της κατ' οίκον νοσηλείας στην ΠΦΥ"*,σελ.14, Κως 1998.
5. Μαλγαρινού Μ., Γουλιά Ε., *"Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα"*,σελ.9-18, Αθήνα 1997.
6. Κυριακίδου Ε. Θ., *"Κοινωνική Νοσηλευτική"*, Έκδοση 2^η ,σελ.304-311, Αθήνα 1997.
7. Τζαμουράκα Α., *"Τα γηρατειά και τα προβλήματά τους"*, Έκδοση 2^η ,σελ.25, Θεσσαλονίκη 1986.
8. Ρόμπολης Σ. , Χλέτσος Μ.,*"Η Κοινωνική Πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας"*,σελ.87, Θεσσαλονίκη 1995.
9. Π.Ο.Υ., Γραφείο Περιοχής Ευρώπης, *"Υγεία για όλους τον 21^ο αιώνα"*,σελ.100-102, Βιβλιοθήκη Οικονομίας Διοίκησης και Πολιτικής Υγείας.
10. Πέρος Φ. Τ., Μιχαλοπούλου-Δώρη Λ. Α., *"Η Κοινωνική Πολιτική της ΕΟΚ. Ενημερωτικός Οδηγός Προσανατολισμού"*,σελ.388-393, Εκδόσεις Παπαζήση.
11. Μυριγάκης Ι., *"Ηλικιωμένοι στην Ελλάδα"*,σελ.207.
12. Πτυχιακή Εργασία, *"Υγειονομική Κάλυψη της τρίτης ηλικίας στο Ν. Μεσσηνίας"*, σπουδάστριας Γεωργακοπούλου Ζ.,σελ.1-16.
13. *"Πιλοτικό Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, Έκθεση Εφαρμογής"*, Επιτροπή Παρακολούθησης του Προγράμματος, Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής, ΚΕΔΚΕ, σελ.14-120, Αθήνα 2002.

14. Φ.Ε.Κ., 17 Οκτωβρίου 1997, Αρ.Φύλλου 917, Άρθρο 2 παρ.2
15. <http://protonoulies.nd.gr,25/08/2008>.
16. Επιθεώρηση Υγείας, "*Κατάθλιψη στους ηλικιωμένους*", Τόμος 7,Τεύχος 2,σελ. 17, Μάρτιος-Απρίλιος 1996.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄



01000301002030032



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 30

10 Φεβρουαρίου 2003

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3106

Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

Άρθρο 1

Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας

1. Στο τέλος της παραγράφου 3 του άρθρου 1 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α) προστίθεται περίπτωση γ, που έχει ως εξής:

γ) Η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών πρόνοιας σε επίπεδο περιφέρειας.

2. Τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και οι υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας (Ε.Ο.Κ.Φ.) που αναφέρονται στα επόμενα εδάφια καταργούνται και μετατρέπονται σε υπηρεσίες του Περιφερειακού Συστήματος Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.) στην Περιφέρεια του οποίου λειτουργούν. Τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.) μετονομάζονται σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.). Οι υπηρεσίες αυτές αποτελούν αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του Πε.Σ.Υ.Π. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια και η φέρηξ θα αναφέρονται ως μονάδες κοινωνικής φροντίδας.

Όπου στην ονομασία των φορέων που αναφέρονται στα επόμενα εδάφια συναντάται η φράση "Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες" αντικαθίσταται με τη φράση "Ατόμων με Αναπη-

Ειδικότερα αποτελούν μονάδες:

Α. Του Πε.Σ.Υ.Π. ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ:

α. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Δράμας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων: 443/1980 (ΦΕΚ 117 Α), 107/1984 (ΦΕΚ 38 Α), 519/1988 (ΦΕΚ 234 Α) και 149/1989 (ΦΕΚ 71 Α).

β. Το Κέντρο Παιδικής Μέριμνας Αρρένων Δράμας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των: Ν.Δ. 12.6.1926 (ΦΕΚ 291 Α) και Β.Δ. 273/1973 (ΦΕΚ 91 Α).

γ. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Καβάλας που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Π.Δ. 381/1990 (ΦΕΚ 151 Α).

δ. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Παιδών Κομοτηνής, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των προεδρικών διαταγμάτων: 276/1973 (ΦΕΚ 225 Α), 783/1979 (ΦΕΚ 230 Α) και 279/1985 (ΦΕΚ 104 Α).

ε. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Καβάλας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α).

στ. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Έβρου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α).

ζ. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Ξάνθης, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α).

η. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Ροδόπης, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α).

θ. Η Παιδαγωγική "ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ" Ξάνθης, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Ν.Δ. 572/1970 (ΦΕΚ 125 Α).

Β. Του Α' Πε.Σ.Υ.Π. ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ:

α. Το Κέντρο Περίθαλψης Παιδιών "Ο Άγιος Δημήτριος" Θεσσαλονίκης, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Β.Δ. 287/1973 (ΦΕΚ 85 Α) όπως τροποποιήθηκε και ισχύει σήμερα.

β. Το Κέντρο Παιδικής Μέριμνας Αρρένων "Παπάφειο" Θεσσαλονίκης, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Β.Δ. 273/1973 (ΦΕΚ 91 Α).

γ. Ο Οίκος Ευγηρίας - Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Κιλκίς, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των δια-

τάξεων των προεδρικών διαταγμάτων: 324/1983 (ΦΕΚ 116 Α') και 281/1985 (ΦΕΚ 105 Α').

δ. Το Κέντρο Αποθεραπείας - Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Νιγρίτα Σερρών, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων: 256/1973 (ΦΕΚ 215 Α'), 300/1985 (ΦΕΚ 112 Α') και 256/1996 (ΦΕΚ 190 Α').

ε. Το Κέντρο Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρίες Σερρών, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων: 515/1979 (ΦΕΚ 158 Α') και 267/1991 (ΦΕΚ 100 Α').

στ. Το Κέντρο Περιθαλψής Παιδιών Σιδηροκάστρου Σερρών, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Π.Δ.: 162/1978 (ΦΕΚ 34 Α').

ζ. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Χαλκίδας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ. 407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

Γ. Του Β' Πε.Σ.Υ.Π. ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ:

α. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Ημαθίας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

β. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Πέλλας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

γ. Το Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας "Ο Άγιος Παντελεήμων" Θεσσαλονίκης, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των: Ν. 4162/1961 (ΦΕΚ 73 Α'), Β.Δ. 318/1963 (ΦΕΚ 83 Α'), Π.Δ. 254/1973 (ΦΕΚ 215 Α').

Δ. Του Πε.Σ.Υ.Π. ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ:

α. Το Κέντρο Αποθεραπείας- Αποκατάστασης και Κοινωνικής Στήριξης Ατόμων με Αναπηρίες Καστοριάς, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων: 311/1985 (ΦΕΚ 114 Α') και 257/1996 (ΦΕΚ 190 Α').

β. Το Κέντρο Αποθεραπείας-Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Αμυνταίου Φλώρινας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων: 444/1980 (ΦΕΚ 117 Α'), 230/1985 (ΦΕΚ 104 Α') και 258/1996 (ΦΕΚ 190 Α').

γ. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Φλώρινας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

δ. Η Παιδόπολη "ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ" Φλώρινας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Ν.Δ. 572/1970 (ΦΕΚ 125 Α').

ε. Το Κέντρο Παιδικής Μέριμνας Αρρένων Φλώρινας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των: β.δ./9.3.1923 (ΦΕΚ 68 Α') και Β.Δ. 273/1973 (ΦΕΚ 81 Α').

Ε. Του Πε.Σ.Υ.Π. ΗΠΕΙΡΟΥ:

α. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Πρεβέ-

ζης, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

β. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Ηγουμενίτσας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Π.Δ. 357/1994 (ΦΕΚ 190 Α').

γ. Το Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας Φιλιατών Θεσπρωτίας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Π.Δ. 1/1984 (ΦΕΚ 519 Α').

δ. Το Κέντρο Παιδικής Μέριμνας Αρρένων Φιλιατών Θεσπρωτίας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Β.Δ. 273/1973 (ΦΕΚ 81 Α').

ε. Το Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας "Ο Νεομάρτυς Γεώργιος" Ιωαννίνων, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Π.Δ. 378/1990 (ΦΕΚ 149 Α').

στ. Το Κέντρο Παιδικής Μέριμνας Αρρένων Κόνιτσας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Β.Δ. 273/1973 (ΦΕΚ 81 Α').

ζ. Το Κέντρο Αποθεραπείας-Αποκατάστασης και Κοινωνικής Υποστήριξης Ατόμων με Αναπηρίες Άρτας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων: 150/1988 (ΦΕΚ 67 Α') και 365/1996 (ΦΕΚ 235 Α').

η. Η Παιδόπολη "ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ" Ιωαννίνων, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Ν.Δ. 572/1970 (ΦΕΚ 125 Α').

θ. Το Κέντρο Παιδικής Μέριμνας Θηλέων Ιωαννίνων, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των: β.δ./29.11.1922 (ΦΕΚ 257 Α') και Β.Δ. 273/1973 (ΦΕΚ 81 Α').

ι. Το Κέντρο Παιδικής Μέριμνας Πωγωνιανής Ιωαννίνων, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Β.Δ. 273/1973 (ΦΕΚ 81 Α').

ΣΤ. Του Πε.Σ.Υ.Π. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ:

α. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων "Ο Αριστέυς" Λάρισας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων: 548/1980 (ΦΕΚ 145 Α'), 336/1985 (ΦΕΚ 118 Α') και 129/2002 (ΦΕΚ 106 Α').

β. Το Κέντρο Προστασίας Ατόμων με Αναπηρίες "Ο Αριστέυς", που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων: 989/1980 (ΦΕΚ 247 Α') και 489/1988 (ΦΕΚ 221 Α').

γ. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Τρικάλων, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων: 782/1979 (ΦΕΚ 238 Α'), 337/1985 (ΦΕΚ 118 Α') και 42/2000 (ΦΕΚ 46 Α').

δ. Το Κέντρο Περιθαλψής Παιδιών Καρδίτσας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Δ.2/17285/1930 απόφασης του Υπουργού Κοινωνικής Πρόνοιας, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει σήμερα.

ε. Το Κέντρο Στήριξης Αυτιστικών Ατόμων Μαγνησίας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

στ. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Καρδίτσας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

ζ. Η Παιδόπολη "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ" Μαγνησίας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Ν.Δ. 572/1970 (ΦΕΚ 125 Α').

Ζ. Του Πε.Σ.Υ.Π. ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ:

α. Ο Οργανισμός Δημόσιας Αντίληψης Ζακύνθου (Ο-ΔΑΖ), που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων: 105/1973 (ΦΕΚ 178 Α'), 279/1984 (ΦΕΚ 106 Α'), 382/1990 (ΦΕΚ 151 Α') και 140/1997 (ΦΕΚ 125 Α').

β. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Κεφαλληνίας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

Η. Του Πε.Σ.Υ.Π. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ:

α. Το Κέντρο Αποθεραπείας-Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρίες Αμφιλοχίας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων 364/1989 (ΦΕΚ 162 Α') και 255/1996 (ΦΕΚ 96 Α').

β. Το Κέντρο Παιδικής Μέριμνας Θηλέων Πατρών, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Β.Δ. 273/1973 (ΦΕΚ 81 Α').

γ. Το Κέντρο Αποθεραπείας-Φυσικής Αποκατάστασης "Κλεισμένους Οικονόμου Ιατρού", που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων: 280/1984 (ΦΕΚ 106 Α') και 259/1996 (ΦΕΚ 190 Α').

δ. Το "Σκαγιπούλειο" Κέντρο Παιδικής Μέριμνας Αρρένων Πατρών, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Β.Δ. 273/1973 (ΦΕΚ 81 Α').

ε. Το Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας Πύργου "Άγιος Χαράλαμπος", που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Π.Δ. 384/1990 (ΦΕΚ 152 Α').

στ. Το Κέντρο Περίθαλψης Παιδιών Λεχαιών, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Π.Δ. 332/1987 (ΦΕΚ 153 Α').

ζ. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Αιτωλοακαρνανίας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

η. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Ηλείας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

θ. Το Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων Ν. Αχαΐας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Β.Δ. 334/1973 (ΦΕΚ 100 Α') και της Υ.Α. 74/φ20/88847/8.4.1983 (ΦΕΚ 252 Β').

ι. Η Μονάδα Σπαστικών Παιδιών Πατρών, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Π.Δ. 162/1978 (ΦΕΚ 34 Α').

Θ. Του Πε.Σ.Υ.Π. ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ:

α. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Εύβοιας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων: 77/1983 (ΦΕΚ 34 Α') και 371/1984 (ΦΕΚ 129 Α').

β. Το Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας Ευρυτανίας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Π.Δ.: 252/1990 (ΦΕΚ 103 Α').

γ. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Φθιώτιδος, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Π.Δ.: 509/1985 (ΦΕΚ 185 Α').

δ. Το Κέντρο Παιδικής Μέριμνας Αρρένων Λαμίας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Β.Δ. 273/1973 (ΦΕΚ 81 Α').

ε. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Ευβοίας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

στ. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Βοιωτίας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

ζ. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Φθιώτιδος, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

Ι. Του Α' Πε.Σ.Υ.Π. ΑΤΤΙΚΗΣ:

α. Ο Κοινωνικός Ξενώνας Καρδα, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων: 28/1985 (ΦΕΚ 10 Α') και 521/1985 (ΦΕΚ 189 Α'), όπως τροποποιήθηκαν και ισχύουν σήμερα.

β. Οι εδρεύουσες στην Περιφέρεια Αττικής υπηρεσίες του ΠΙΚΠΑ και του ΕΟΠ που είχαν συγχωνευτεί στον Ε.Ο.Κ.Φ., σύμφωνα με το άρθρο 7 του Ν. 2646/1998 και δεν υπάγονται ρητά με τις διατάξεις αυτού του νόμου σε Πε.Σ.Υ.Π. ή άλλο φορέα.

ΙΑ. Του Β' Πε.Σ.Υ.Π. ΑΤΤΙΚΗΣ:

α. Το Α' Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Αθηνών και Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Μελισσίων, τα οποία αποτελούν ενιαία μονάδα, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων: 1152/1981 (ΦΕΚ 283 Α'), 28/1985 (ΦΕΚ 10 Α'), 339/1985 (ΦΕΚ 118 Α'), 516/1985 (ΦΕΚ 188 Α'), 254/1998 (ΦΕΚ 189 Α') και της Υ.Α. Π4/3905/3.8.1993 (ΦΕΚ 606 Β').

β. Η Παιδόπολη "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ" Καλαμακίου Αττικής, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Ν.Δ. 572/1970 (ΦΕΚ 125 Α').

γ. Η Παιδόπολη "ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ" Νέας Σμύρνης Αττικής, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Ν.Δ. 572/1970 (ΦΕΚ 125 Α').

δ. Το Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών Βούλας (Κ.Α.Α.Π.Β.), που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Υ.Α. 11063Β/1952 (ΦΕΚ 178 Β') και του Β.Δ. 173/1960 (ΦΕΚ 40 Α').

ε. Το Αναρρωτήριο Πεντέλης, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Β.Δ. 170/1960 (ΦΕΚ 40 Α').

ΙΒ. Του Γ' Πε.Σ.Υ.Π. ΑΤΤΙΚΗΣ:

α. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Παιδιών Αθηνών, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των Π.Δ.: 120/1985 (ΦΕΚ 36 Α'), 433/1988 (ΦΕΚ 217 Α') και 4/1/2000 (ΦΕΚ 40 Α').

β. Το Παιδικό Αναπτυξιακό Κέντρο Πειραιά, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Π.Δ. 263/1989 (ΦΕΚ 124 Α').

γ. Το Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Β.Δ. 564/1961 (ΦΕΚ 139 Α') και του Ν. 2345/1995 (ΦΕΚ 213 Α').

δ. Το Κέντρο Προστασίας Παιδιών "Μιχαλήνιο", που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Β.Δ. 660/1962 (ΦΕΚ 179 Α').

ε. Το Κέντρο Βρεφών "Η ΜΗΤΕΡΑ", που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Π.Δ. 830/1980 (ΦΕΚ 206 Α').

στ. Το Β' Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Αθηνών, Γ Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Αθηνών και το Κέντρο Κοινωνικής Αποκατάστασης Χανσενικών, τα οποία αποτελούν ενιαία Μονάδα, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των: Ν. 1137/1981 (ΦΕΚ 60 Α') και των προεδρικών διαταγμάτων 27/1985 (ΦΕΚ 10 Α'), 385/1990 (ΦΕΚ 152 Α'), 294/1998 (ΦΕΚ 212 Α') και 254/1998 (ΦΕΚ 189 Α').

ΙΓ. Του Πε.Σ.Υ.Π. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ:

α. Το Κέντρο Αποθεραπείας-Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρίες Φιλιατρών, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των: Ν.Δ. 928/1971 (ΦΕΚ 144 Α'), Π.Δ. 156/1973 (ΦΕΚ 50 Α') και Π.Δ. 37/1998 (ΦΕΚ 42 Α').

β. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Μεσσηνίας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

γ. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Αργολίδας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

δ. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Κορίνθου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων: 380/1990 (ΦΕΚ 150 Α') και 103/2000 (ΦΕΚ 99 Α').

ΙΔ. Του Πε.Σ.Υ.Π. ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ:

α. Το Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας "Η Θεομήτωρ" Αγιάσου Λέσβου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των: Β.Δ. 629/1972 (ΦΕΚ 179 Α') και Π.Δ. 250/1973 (ΦΕΚ 215 Α').

β. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Λέσβου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

γ. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Χίου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

δ. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Σάμου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

ΙΕ. Του Α' Πε.Σ.Υ.Π. ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ:

Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Κυκλάδων, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

ΙΣΤ. Του Β' Πε.Σ.Υ.Π. ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ:

α. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Παιδιών Ρόδου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των: Ν. 2851/1922 (ΦΕΚ 114 Α'), Ν.Δ. 4525/1966 (ΦΕΚ 141 Α'), Π.Δ. 281/1981 (ΦΕΚ 78 Α') και Π.Δ. 303/1989 (ΦΕΚ 139 Α').

β. Το Κέντρο Παιδικής Μέριμνας Θηλέων Ρόδου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Β.Δ. 273/1973 (ΦΕΚ 81 Α').

γ. Ο Οίκος Ευγηρίας Δωδεκανήσου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Β.Δ. 456/1972 (ΦΕΚ 135 Α').

δ. Το Κέντρο Αποθεραπείας-Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρίες Ρόδου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων: 14/1986 (ΦΕΚ 6 Α') και 254/1996 (ΦΕΚ 190 Α').

ε. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Δωδεκανήσου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

ΙΖ. Του Πε.Σ.Υ.Π. ΚΡΗΤΗΣ:

α. Το Κέντρο Παιδικής Μέριμνας Θηλέων Ηρακλείου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Β.Δ. 273/1973 (ΦΕΚ 81 Α').

β. Το Κέντρο Περιθάλψης Παιδιών Πόμπιος Ηρακλείου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Π.Δ. 469/1985 (ΦΕΚ 168 Α').

γ. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Λασιθίου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των: Β.Δ. 393/1966 (ΦΕΚ 101 Α'), Π.Δ. 340/1985 (ΦΕΚ 118 Α') και Π.Δ. 330/1996 (ΦΕΚ 222 Α').

δ. Το Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας Ρεθύμνου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Π.Δ. 102/1973 (ΦΕΚ 158 Α').

ε. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Χανίων, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων: 579/1977 (ΦΕΚ 151 Α') και 13/1986 (ΦΕΚ 6 Α').

στ. Το Κέντρο Αποκατάστασης Παιδιών και Νέων Κρήτης, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των: Ν. 2851/1922 (ΦΕΚ 114 Α'), Ν.Δ. 15/1966 (ΦΕΚ 275 Α'), Β.Δ. 273/1973 (ΦΕΚ 81 Α'), Β.Δ. 314/1973 (ΦΕΚ 93 Α'), Π.Δ. 267/1991 (ΦΕΚ 100 Α') και Π.Δ. 294/1999 (ΦΕΚ 265 Α').

ζ. Το Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) Ρεθύμνης, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της: Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

η. Το Παιδικό Αναπτυξιακό Κέντρο Ηρακλείου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Π.Δ. 263/1989 (ΦΕΚ 124 Α').

θ. Η Παιδόπολη Νεάπολης Λασιθίου Κρήτης, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του: Ν.Δ. 572/1970 (ΦΕΚ 125 Α').

3. Το Πε.Σ.Υ.Π. υπεισέρχεται αυτοδικαίως στα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των μονάδων κοινωνικής φροντίδας, από την ημέρα έναρξης της λειτουργίας τους ως αποκεντρωμένων μονάδων αυτού, κατά τις διατάξεις του άρθρου 20.

4. Από την έναρξη λειτουργίας των μονάδων κοινωνικής φροντίδας, που αναφέρονται στην παράγραφο 2 του άρθρου αυτού, η κυριότητα και κάθε άλλο εμπράγματο δικαίωμα επί του συνόλου της κινητής και ακίνητης περιουσίας τους, περιέρχεται αυτοδικαίως, χωρίς την τήρηση οποιουδήποτε τύπου, πράξης ή συμβολαίου και χωρίς αντάλλαγμα, στα Πε.Σ.Υ.Π., στα οποία υπάγονται.

Οι μονάδες κοινωνικής φροντίδας των Πε.Σ.Υ.Π. εξακολουθούν να έχουν την αποκλειστική χρήση και διαχείριση των περιουσιακών τους στοιχείων, που μεταβιβάστηκαν σ' αυτά.

Το Πε.Σ.Υ.Π. διαθέτει τα περιουσιακά στοιχεία των μονάδων κοινωνικής φροντίδας αυτού, για τα οποία υπάρχει δέσμευση από τις περί κληρονομιών, κληροδοσιών και δωρεών διατάξεις, ειδικά και αποκλειστικά για το σκοπό για τον οποίο αφιερώθηκαν και με τους όρους που τέθηκαν με τις πράξεις εν ζωή ή απία θανάτου.

Μέσα σε προθεσμία έξι μηνών από τη δημοσίευση της απόφασης που προβλέπεται στην παρ. 1 του άρθρου 20 αυτού του νόμου, το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.) του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. υποχρεούται στη διενέργεια απογραφής όλων των κινητών και ακινήτων, που κατά τις διατάξεις των προηγούμενων εδαφίων περιέρχονται στην κυριότητά του. Απόσπασμα της έκθεσης απογραφής, που περιγράφει τα ακίνητα που αποκτώνται κατά κυριότητα από το Πε.Σ.Υ.Π., καθώς και τα λοιπά εμπράγματα δικαιώματα επί των ακινήτων, καταχωρίζεται απελάς στα οικεία βιβλία του υποθηκοφυλακείου.

5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας επιτρέπεται για λειτουργικούς λόγους να υπάγονται ορισμένες περιοχές ή μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρόνοιας ορισμένων περιοχών ενός Πε.Σ.Υ.Π. σε άλλο Πε.Σ.Υ.Π.

6. Μέχρι την κατάρτιση νέου οργανισμού, οι μονάδες κοινωνικής φροντίδας των Πε.Σ.Υ.Π. διατηρούν τον οργανισμό που έχουν. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π., ο Οργανισμός αυτός μπορεί να τροποποιείται, ως προς τη διάρθρωση των υπηρεσιακών μονάδων και την κατανομή του προσωπικού.

Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας, καθορίζεται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, η διάρθρωση των υπηρεσιών, οι θέσεις και τα προσόντα πρόσληψης του προσωπικού των μονάδων κοινωνικής φροντίδας των Πε.Σ.Υ.Π., οι οποίες κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου δεν έχουν οργανισμό. Μέχρι την έκδοση των παραπάνω οργανισμών οι μονάδες κοινωνικής φροντίδας των Πε.Σ.Υ.Π. λειτουργούν με το υ-

πάρχον προσωπικό, στο οποίο ανατίθενται καθήκοντα με απόφαση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π.

Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Δ.Σ. του οικείου Πε.Σ.Υ.Π., μπορεί να ιδρύονται νέες μονάδες παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας του Πε.Σ.Υ.Π. και να καθορίζεται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, η διάρθρωση των υπηρεσιών, οι θέσεις και τα προσόντα πρόσληψης του προσωπικού.

Με όμοια προεδρικά διατάγματα, κατόπιν εισήγησης του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π., μπορεί να συγχωνεύονται ή να καταργούνται ολκώς ή μερικώς μονάδες κοινωνικής φροντίδας και να ρυθμίζονται όλα τα ζητήματα που ανακύπτουν σχετικά με το προσωπικό αυτών.

7. Το προσωπικό των φορέων που αναφέρονται στην παρ. 2 αυτού του άρθρου διατηρεί τους κλάδους και τις θέσεις, που κατέχει κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, οι οποίες μετατρέπονται αυτοδίκαια σε οργανικές θέσεις αντίστοιχου κλάδου, κατηγορίας και ειδικότητας των μονάδων κοινωνικής φροντίδας του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. με την ίδια σχέση εργασίας. Για την κατά το προηγούμενο εδάφιο αυτοδίκαιη μετατροπή θέσεων, εκδίδεται διαπιστωτική πράξη του Προέδρου του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Κατ' εξαίρεση οι θέσεις με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου τις οποίες κατέχει το προσωπικό του Ε.Ο.Κ.Φ. που προέρχεται από συγχώνευση με το Κέντρο Βρεφών "Η ΜΗΤΕΡΑ", το Παιδιατρικό-Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας και Αντιληψής (Π.Ι.Κ.Π.Α.) και τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας (Ε.Ο.Π.) και το οποίο διέπεται από τις διατάξεις των παραγράφων 3, 4 και 5 του άρθρου 7 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α') και του άρθρου 20 του Ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96 Α'), μετατρέπονται σε μόνιμες θέσεις δημοσίου δικαίου ή σε θέσεις με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου, όπως ορίζουν οι διατάξεις αυτές. Η δήλωση του προσωπικού προβλέπεται στο άρθρο 20 του Ν. 2716/1999, υποβάλλεται στον Πρόεδρο του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. εντός προθεσμίας δύο μηνών από τη δημοσίευση του νόμου αυτού. Ο Πρόεδρος του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. εκδίδει πράξη κατάταξης και ένταξης του προσωπικού στις ανωτέρω θέσεις. Η πράξη αυτή δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Το προσωπικό των φορέων που αναφέρονται στην παράγραφο 2 αυτού του άρθρου υπάγεται στις διατάξεις του Ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α').

Ο συνολικός χρόνος υπηρεσίας του υπαλλήλου, που έχει διανυθεί στο φορέα από τον οποίο αυτός προέρχεται λαμβάνεται υπόψη για τη μισθολογική του εξέλιξη. Επιπλέον τακτικές αποδοχές που ελάμβανε από τον εργοδότη του φορέα, πριν την ανωτέρω ένταξη, διατηρούνται ως προσωπική διαφορά, η οποία μειώνεται με οποιαδήποτε αύξηση των αποδοχών ή απολαβών, από οποιαδήποτε αιτία και αν προέρχεται, μέχρι πλήρους εξισώσεως με τις αποδοχές και τις απολαβές της νέας θέσης. Ο συνολικός χρόνος υπηρεσίας, που έχει διανυθεί στο φορέα από τον οποίο προέρχεται ο υπάλληλος, θεωρείται ως πραγματική υπηρεσία για όλα τα θέματα της υπηρεσιακής του κατάστασης.

8. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέν-

ντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας, κενές ή κενούμενες οργανικές θέσεις που αναφέρονται στην παράγραφο 7 αυτού του άρθρου μπορεί να ανακατανέμονται μεταξύ των μονάδων κοινωνικής φροντίδας κάθε Πε.Σ.Υ.Π., κατά κατηγορία, κλάδο ή ειδικότητα. Με όμοια απόφαση, που εκδίδεται μετά από εισήγηση του οικείου Πε.Σ.Υ.Π., καταργούνται όσες από τις παραπάνω θέσεις θεωρηθεί ότι πλεονάζουν.

9. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας το προσωπικό των μονάδων κοινωνικής φροντίδας των Πε.Σ.Υ.Π., μόνιμο ή με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου, μπορεί να μετατάσσεται ή μεταφέρεται, με την ίδια εργασιακή σχέση, ύστερα από αίτησή του και γνώμη των οικείων υπηρεσιακών συμβουλίων, σε κενή θέση της ίδιας κατηγορίας, κλάδου και ειδικότητας Πε.Σ.Υ.Π. άλλης Περιφέρειας ή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή Ν.Π.Δ.Δ. που εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Η αίτηση για μετάταξη υποβάλλεται μέσα σε προθεσμία ενός έτους από τη δημοσίευση του νόμου αυτού. Για το έτος πραγματοποιήσεως των μετατάξεων η δαπάνη που προκαλείται καλύπτεται με μεταφορά της σχετικής πίστωσης από τον προϋπολογισμό του Πε.Σ.Υ.Π. από το οποίο προέρχεται ο υπάλληλος στον προϋπολογισμό της υπηρεσίας υποδοχής.

10. Για τη στελέχωση των Κέντρων Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) και των: α) Κέντρου Αποθεραπείας - Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Νιγρίτας-Σερρών, β) Κέντρου Αποθεραπείας - Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Άργους Ορεστικής Καστοριάς, γ) Κέντρου Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρίες Σερρών, δ) Κέντρου Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Φλώρινας, ε) Κέντρου Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρίες Αμφιλοχίας, στ) Κέντρου Αποθεραπείας Αποκατάστασης και Κοινωνικής Υποστήριξης Ατόμων με Αναπηρίες Ηλείου, ζ) Κέντρου Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρίες "ο Αριστέας", η) Κέντρου Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρίες Αιγίου, θ) Κέντρου Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρίες Φιλιατρών, ι) Κέντρου Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρίες Ρόδου, συνιστώνται διακόσιες θέσεις μόνιμου προσωπικού με σχέση δημοσίου δικαίου. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Ευρωπαϊκών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας, κατανομούνται οι θέσεις αυτές, κατά υπηρεσία, κατηγορία και κλάδο και ορίζεται η διαβαθμισή τους.

11. Από τη δημοσίευση του νόμου αυτού καταργούνται τα ακόλουθα Ν.Π.Δ.Δ.:

α. Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Αχαΐας, που συστάθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Ν. 1156/1981 (ΦΕΚ 122 Α').

β. Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Έβρου, που συστάθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Π.Δ. 346/1983 (ΦΕΚ 120 Α') και του Π.Δ. 298/1985 (ΦΕΚ 111 Α').

γ. Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Παιδιών Ιωαννίνων, που συστάθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Π.Δ. 261/1973 (ΦΕΚ 218 Α').

δ. Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Κομοτηνής, που συστάθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Π.Δ. 783/1979 (ΦΕΚ 230 Α').

Η κινητή και ακίνητη περιουσία των νομικών αυτών προσώπων περιέρχεται αυτοδικαίως στα αντίστοιχα Πε.Σ.Υ.Π. στην περιφέρεια των οποίων υπάγονται, σύμφωνα με όσα ορίζονται στην παράγραφο 4 αυτού του άρθρου.

Τα Πε.Σ.Υ.Π. διαθέτουν τα περιουσιακά στοιχεία των καταργούμενων φορέων, για τα οποία υπάρχει δέσμευση από τις περί κληρονομιών, κληροδοσιών και δωρεών διατάξεις, ειδικά και αποκλειστικά για το σκοπό για τον οποίο αφιερώθηκαν και με τους όρους που τέθηκαν με τις πράξεις εν ζωή ή απία θανάτου.

Οι οργανικές θέσεις που προβλέπονται στις παραπάνω διατάξεις όπως αυτές ισχύουν και το προσωπικό των καταργούμενων φορέων μεταφέρονται στο Πε.Σ.Υ.Π. στην περιφέρεια του οποίου κάθε φορέας υπάγεται και κατανέμονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση του Δ.Σ., στις μονάδες κοινωνικής φροντίδας του Πε.Σ.Υ.Π.

12. Από τη δημοσίευση αυτού του νόμου καταργούνται οι Ειδικές Εστίες Π.Ι.Κ.Π.Α. Καρπενησίου, Δελβινακίου, Αμφιλοχίας, Καρδίτσας, Σερρών, Αλεξανδρούπολης και Δεσκάτης Γρεβενών, που συστάθηκαν και λειτουργούν δυνάμει των διατάξεων του Β.Δ. 170/1960 (ΦΕΚ 40 Α'), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει. Οι οργανικές θέσεις των παραπάνω φορέων μεταφέρονται αυτοδικαίως στο αντίστοιχο Πε.Σ.Υ.Π. και κατανομούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση του Δ.Σ., στις μονάδες κοινωνικής φροντίδας του Πε.Σ.Υ.Π. Το προσωπικό των παραπάνω φορέων μετατάσσεται αυτοδικαίως στο αντίστοιχο Πε.Σ.Υ.Π. και εντάσσεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου σε κενές θέσεις των μονάδων κοινωνικής φροντίδας. Για το προσωπικό αυτό ισχύουν οι διατάξεις της παραγράφου 7 αυτού του άρθρου. Μέχρι την έναρξη της λειτουργίας των μονάδων κοινωνικής φροντίδας των οικείων Πε.Σ.Υ.Π., σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 20 του παρόντος νόμου, το προσωπικό των ανωτέρω ειδικών εστίων εκπαιδεύεται καθήκοντα, που του ανατίθενται με απόφαση του Προέδρου του Πε.Σ.Υ.Π.

Άρθρο 2

Αρμοδιότητες του Δ.Σ. των Πε.Σ.Υ.Π. στον τομέα της Κοινωνικής Φροντίδας

1. Όλες οι αρμοδιότητες των διοικητικών συμβουλίων των φορέων, που μετατρέπονται σε μονάδες κοινωνικής φροντίδας των Πε.Σ.Υ.Π., περιέρχονται στην αρμοδιότητα του Δ.Σ. του οικείου Πε.Σ.Υ.Π., εκτός από αυτές που ειδικώς προβλέπονται στις παραγράφους 4 και 5 του άρθρου 4 αυτού του νόμου, οι οποίες παρέχονται στην Επιτροπή Διοίκησης και τον Πρόεδρο της μονάδας κοινωνικής φροντίδας.

2. Το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π., στο τομέα της κοινωνικής φροντίδας έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

α) Συντονίζει, εξειδικεύει και ασκεί την πολιτική παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στην Περιφέρειά του.

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

γ) Εκπονεί και ενημερώνει το Χάρτη Πρόνοιας της Περιφέρειας και εισηγείται τις ενέργειες εφαρμογής του. Ο Χάρτης Πρόνοιας περιλαμβάνει ιδίως την καταγραφή και ταξινόμηση των υπηρεσιών και δομών κοινωνικής φροντίδας, την εισαγωγή στοιχείων, που αφορούν σε ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες, καθώς και την καταγραφή των παροχών που διατίθενται σ' αυτές, την αναγνώριση και αποτύπωση των αναγκών και τη διαμόρφωση δεικτών, που αφορούν παρακολούθηση από άποψη ποιότητας και ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι φορείς του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας της Περιφέρειας κάθε Πε.Σ.Υ.Π. διασυνδέονται με την τράπεζα πληροφοριών του Χάρτη Πρόνοιας και υποχρεούνται στην εισαγωγή των αναγκαίων στοιχείων της αρμοδιότητάς τους για την κατάρτιση και συνεχή ενημέρωση αυτού.

δ) Εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας σχετικά με:

1. Τη χωροταξική κατανομή των μονάδων κοινωνικής φροντίδας.

2. Τους νέους Οργανισμούς των μονάδων κοινωνικής φροντίδας.

3. Την ίδρυση νέων μονάδων κοινωνικής φροντίδας, την κατάργηση ή τη συγχώνευση αυτών.

ε) Παρακολουθεί τη λειτουργία και αξιολογεί το παραγόμενο έργο των μονάδων κοινωνικής φροντίδας, με βάση ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες και γενικότερα συντονίζει την εφαρμογή της πολιτικής κοινωνικής προστασίας, που εκπονείται και ασκείται στην Περιφέρεια του Πε.Σ.Υ.Π.

στ) Αποφασίζει για την αξιολόγηση των περιουσιακών στοιχείων των μονάδων κοινωνικής φροντίδας, ύστερα από γνώμη της Επιτροπής Διοίκησης της μονάδας.

ζ) Εγκρίνει τον προϋπολογισμό, απολογισμό και τον ισολογισμό των μονάδων του.

η) Καταρτίζει τον ενιαίο προϋπολογισμό, απολογισμό και ισολογισμό των μονάδων κοινωνικής φροντίδας του Πε.Σ.Υ.Π.

θ) Ασκεί αυτεπαγγέλτως ιεραρχικό έλεγχο νομιμότητας και ουσίας των πράξεων για θέματα που αφορούν τις αρμοδιότητες τις σχετικές με την αναδοχή και υιοθεσία, που ασκούνται κατά τις ισχύουσες διατάξεις από τις μονάδες κοινωνικής φροντίδας του Πε.Σ.Υ.Π.

3. Οι αρμόδιες υπηρεσίες των περιφερειών και των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού υποχρεούνται να συνεργάζονται με το Πε.Σ.Υ.Π., για θέματα που αφορούν παροχές υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

4. Το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π. μπορεί με κανονιστική πράξη του να μεταβιβάζει αρμοδιότητές του στον Πρόεδρο του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π., στον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ.Π., στους Προέδρους και στις Επιτροπές Διοίκησης των μονάδων κοινωνικής φροντίδας που προβλέπονται στο άρθρο 4 αυτού του νόμου. Στην απόφαση αυτή μπορεί να προβλέπεται ότι ορισμένες από τις μεταβιβαζόμενες αρμοδιότητες ασκούνται παράλληλα και από το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π.

5. Ο Πρόεδρος του Πε.Σ.Υ.Π. μπορεί με κανονιστική πράξη του να εξουσιοδοτεί τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή και τους Προέδρους των Επιτροπών Διοίκησης των μονάδων κοινωνικής φροντίδας, καθώς και άλλα ιεραρχικά υφιστάμενά του όργανα της Κεντρικής Υπηρεσίας του Πε.Σ.Υ.Π. και των μονάδων κοινωνικής φροντίδας να

υπογράφουν, με εντολή του, πράξεις ή άλλα έγγραφα της αρμοδιότητάς του και γενικώς να ασκούν αρμοδιότητες που αυτός έχει από τις ισχύουσες διατάξεις ή του έχουν μεταβιβαστεί σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 αυτού του άρθρου.

6. Οι Πρόεδροι των Επιτροπών Διοίκησης των μονάδων κοινωνικής φροντίδας μπορούν με κανονιστικές πράξεις τους να εξουσιοδοτούν ιεραρχικά υφιστάμενά τους όργανα να υπογράφουν με εντολή τους πράξεις ή άλλα έγγραφα της αρμοδιότητάς τους και γενικά να ασκούν αρμοδιότητές τους που αυτοί έχουν από τις ισχύουσες διατάξεις ή τους έχουν μεταβιβασθεί σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 αυτού του άρθρου.

7. Οι Επιτροπές Διοίκησης των μονάδων κοινωνικής φροντίδας μπορούν με κανονιστικές πράξεις τους να μεταβιβάζουν αρμοδιότητες τις οποίες αυτές έχουν από ισχύουσες διατάξεις ή τους έχουν μεταβιβασθεί σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 αυτού του άρθρου σε προϊστάμενους οργανικών μονάδων. Στην κανονιστική αυτή πράξη μπορεί να προβλέπεται ποιες από τις μεταβιβαζόμενες αρμοδιότητες επιτρέπεται να ασκούνται παράλληλα και από τις Επιτροπές Διοίκησης.

8. Οι κανονιστικές πράξεις, που εκδίδονται σύμφωνα με τις διατάξεις των παρ. 4 - 7 του άρθρου αυτού, δημοσιεύονται με τοιχοκόλληση στον πίνακα ανακοινώσεων του καταστήματος των οργάνων που τις εξέδωσαν, καθώς και στους πίνακες ανακοινώσεων των καταστημάτων των οργάνων στα οποία γίνεται μεταβίβαση αρμοδιοτήτων ή εξουσιοδότηση για υπογραφή. Για τις τοιχοκολλησεις αυτές συντάσσονται αυθημερόν αποδεικτικά που υπογράφονται από δύο υπαλλήλους, ενώπιον των οποίων έγινε η τοιχοκόλληση. Τα αποδεικτικά αυτά πρωτοκολλούνται στα οικεία βιβλία πρωτοκόλλου των αρμόδιων υπηρεσιών την ίδια ημέρα που έγινε η πρωτοκόλληση. Οι κατά τα ανωτέρω κανονιστικές πράξεις ισχύουν από την ημέρα της πρωτοκόλλησής τους στις υπηρεσίες των οργάνων στα οποία έχουν μεταβιβασθεί οι αρμοδιότητες ή έχουν εξουσιοδοτηθεί για την άσκησή τους.

Άρθρο 3

Αναδιοργάνωση της Κεντρικής Υπηρεσίας των Πε.Σ.Υ.Π.

1. Σε κάθε Πε.Σ.Υ.Π. συστάται αυτοτελές Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών, που υπάγεται απευθείας στον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ.Π., ο οποίος προστίθεται στα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ.Π.

Στις αρμοδιότητες του τμήματος ανήκουν η διερεύνηση των κοινωνικών αναγκών και των κοινωνικών προβλημάτων σε επίπεδο Περιφέρειας, ο σχεδιασμός, η ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας, η επιστημονική εποπτεία, ο συντονισμός και η παρακολούθηση εφαρμογής των προγραμμάτων των μονάδων κοινωνικής φροντίδας, η συνεργασία με το τμήμα περιφερειακού χάρτη υγείας του Πε.Σ.Υ.Π. για την κατάρτιση του Χάρτη Πρόνοιας της Περιφέρειας και η αξιολόγηση των ιδιωτικών και δημόσιων φορέων παροχής κοινωνικής φροντίδας της Περιφέρειας.

2. Οι Διευθύνσεις του Πε.Σ.Υ.Π. που προβλέπονται στην παρ. 4 του άρθρου 3 του Ν. 2889/2001, όπως αυτές αναφέρονται και στο Π.Δ. 357/2001 (ΦΕΚ 357 Α') ήτοι: α) Η Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών

Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, β) Η Διεύθυνση Οργάνωσης και Διοικητικής Υποστήριξης, γ) Η Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας μετονομάζονται αντίστοιχα σε:

α. Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας,

β. Διεύθυνση Οργάνωσης και Διοικητικής Υποστήριξης Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας και

γ. Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας.

3. Σε κάθε Πε.Σ.Υ.Π. συνιστώνται οι εξής θέσεις μόνιμου προσωπικού για τη στελέχωση του Τμήματος Κοινωνικών Υπηρεσιών:

α. Κατηγορία Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (Π.Ε.):

α.α. Κλάδου ΠΕ Ψυχολόγων, θέσεις δύο, με βαθμούς Δ - Α.

α.β. Κλάδου ΠΕ Κοινωνικής Διοίκησης κατεύθυνσης Κοινωνικής Εργασίας, θέσεις δύο με βαθμούς Δ - Α.

α.γ. Κλάδου ΠΕ διοικητικού / οικονομικού, θέσεις δύο με βαθμούς Δ - Α.

β. Κατηγορία Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (Τ.Ε.):

Κλάδου ΤΕ Κοινωνικής Εργασίας, θέσεις τέσσερις με βαθμούς Δ - Α.

Σε όλους κλάδους περιλαμβάνονται περισσότερες από μία ειδικότητες, οι θέσεις κατά ειδικότητα ορίζονται με την προκήρυξη πλήρωσης κενών θέσεων.

Ο Προϊστάμενος του τμήματος μπορεί να προέρχεται από οποιονδήποτε από τους παραπάνω κλάδους.

4. Σε κάθε Πε.Σ.Υ.Π. συνιστάται επταμελές Επιστημονικό Συμβούλιο για θέματα Κοινωνικής Φροντίδας (ΕΠΙ.ΣΥ.Κ.Φ.)

Το Συμβούλιο αποτελείται από:

α) Τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ.Π., ως Πρόεδρο.

β) Έναν Κοινωνικό Επιστήμονα με ειδικότητα στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής, που ορίζεται από το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π.

γ) Έναν εκπρόσωπο από το προσωπικό των μονάδων κοινωνικής φροντίδας του Πε.Σ.Υ.Π., τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, που εκλέγεται από όλους τους εργαζόμενους στις μονάδες αυτές. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η διαδικασία και ο τρόπος εκλογής του παραπάνω εκπροσώπου.

δ) Έναν Πρόεδρο των μονάδων κοινωνικής φροντίδας της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.Π., που ορίζεται από το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π.

ε) Έναν εκπρόσωπο της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, που ορίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο.

στ) Έναν Κοινωνικό Λειτουργό, που ορίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο του Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος.

ζ) Έναν Ψυχολόγο, που ορίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο του Συλλόγου Ελλήνων Ψυχολόγων.

Η θητεία του Επιστημονικού Συμβουλίου είναι τριετής και η συγκρότησή του γίνεται με πράξη του Προέδρου του Πε.Σ.Υ.Π., με την οποία ορίζεται και ένας υπάλληλος του Πε.Σ.Υ.Π. ως Γραμματέας του Συμβουλίου. Για όλα τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου και το Γραμματέα ορίζεται αντίστοιχος αναπληρωτής.

5. Το ΕΠΙ.ΣΥ.Κ.Φ. έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

α) Γνωμοδοτεί και εισηγείται στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π. για θέματα κοινωνικής φροντίδας.

β) Γνωμοδοτεί σε ερωτήματα του Δ.Σ. ή του Προέδρου του Πε.Σ.Υ.Π.

6. Στον Πρόεδρο, στα μέλη και στο γραμματέα του ΕΠΙ.ΣΥ.Κ.Φ. καταβάλλεται αποζημίωση, το ύψος της οποίας καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

7. Στην έδρα κάθε Πε.Σ.Υ.Π. συνιστάται κατά τις διατάξεις του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ. Υπηρεσιακό Συμβούλιο, στο οποίο υπάγονται όλοι οι μόνιμοι ή συνδεδεμένοι με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου υπάλληλοι των μονάδων κοινωνικής φροντίδας του Πε.Σ.Υ.Π.

Κατά την πρώτη συγκρότησή του και μέχρι την ανάδειξη των αιρετών εκπροσώπων των εργαζομένων, το Υπηρεσιακό Συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα με τα υπόλοιπα μέλη του.

Οι υπάλληλοι του τμήματος κοινωνικών υπηρεσιών της Κεντρικής Υπηρεσίας του Πε.Σ.Υ.Π. υπάγονται στο Υπηρεσιακό Συμβούλιο του άρθρου 3 παρ. 15 του Ν. 2889/2001.

Άρθρο 4

Διοίκηση των αποκεντρωμένων μονάδων κοινωνικής φροντίδας

1. Όργανα διοίκησης των αποκεντρωμένων μονάδων κοινωνικής φροντίδας των Πε.Σ.Υ.Π. είναι:

α) Η Επιτροπή Διοίκησης.

β) Ο Πρόεδρος.

2. Η Επιτροπή Διοίκησης είναι πενταμελής και αποτελείται από:

α) Τέσσερα πρόσωπα με ιδιαίτερη εμπειρία και γνώσεις στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής, εκ των οποίων ο ένας ορίζεται Πρόεδρος.

β) Έναν εκπρόσωπο των εργαζομένων.

γ) Στις Επιτροπές Διοίκησης των μονάδων κοινωνικής φροντίδας, που έχουν σκοπούς σχετικούς με τα άτομα με αναπηρίες, συμμετέχει ένας εκπρόσωπος της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΕΣΑΕΑ), με περιορισμό των προσώπων της περίπτωσης α' από τέσσερα σε τρία. Αν δεν υπάρχει στην περιφέρεια του Πε.Σ.Υ.Π. εκπρόσωπος της ΕΣΑΕΑ, ορίζονται ως μέλη τέσσερα πρόσωπα της περίπτωσης α'.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται ο τρόπος και η διαδικασία εκλογής του εκπροσώπου των εργαζομένων.

Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Επιτροπής Διοίκησης, με τους αντίστοιχους αναπληρωτές τους, διορίζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π., μετά από εισήγηση του Προέδρου του Πε.Σ.Υ.Π. και η θητεία τους είναι τριετής. Με την ίδια απόφαση ορίζεται ένα από τα τακτικά μέλη αναπρόεδρος της Επιτροπής Διοίκησης, που αναπληρώνει τον Πρόεδρο στα καθήκοντά του, όταν απουσιάζει ή κωλύεται. Η Επιτροπή Διοίκησης εξαντλούμενη να ασκεί τα καθήκοντά της και μετά τη λήξη της θητείας της, μέχρι το διορισμό της νέας Επιτροπής Διοίκησης, όχι όμως πέραν των τριών μηνών.

3. Ο Πρόεδρος της Επιτροπής Διοίκησης των μονάδων κοινωνικής φροντίδας, που παρέχουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, εφόσον ο αριθμός που προβλέπεται να περιθάλπεται εσωτερικώς είναι μεγαλύτερος του εκατό, είναι πλήρους απασχόλησης και δικαιούται αμοιβή και αποζημίωση για έξοδα παράστασης, το ύψος των οποίων ο-

ρίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Με την ίδια απόφαση ορίζεται αποζημίωση για τα μέλη της Επιτροπής Διοίκησης και τον υπάλληλο που ασκεί καθήκοντα γραμματέα.

Στον Πρόεδρο, στα μέλη και στον υπάλληλο, που ασκεί καθήκοντα γραμματέα, των μονάδων κοινωνικής φροντίδας, που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, εφόσον ο αριθμός που προβλέπεται να περιθάλπεται εσωτερικώς, είναι μικρότερος του εκατό, καταβάλλεται αποζημίωση, το ύψος της οποίας ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Σε θέση Προέδρου της Επιτροπής Διοίκησης επιτρέπεται να διορίζονται και δημόσιοι λειτουργοί ή υπάλληλοι δημόσιων υπηρεσιών και Ν.Π.Δ.Δ. ή άλλων φορέων του δημόσιου τομέα, εφαρμοζομένων των διατάξεων του άρθρου 32 παρ. 18 του Ν. 2190/1994, της παρ. 6 του άρθρου 8 του Ν. 2194/1994 και του άρθρου 4 του Ν. 2198/1994, όπως κάθε φορά ισχύουν.

Μετά τη λήξη ή τη διακοπή της θητείας τους οι λειτουργοί και υπάλληλοι του προηγούμενου εδαφίου επανέρχονται στην προτέρα θέση τους και ο αντίστοιχος χρόνος της θητείας τους θεωρείται ως πραγματική υπηρεσία σε θέση προϊσταμένου τμήματος ή διεύθυνσης, προκειμένου να κριθούν για προαγωγή, αντίστοιχα, στο βαθμό του Διευθυντή ή του Γενικού Διευθυντή. Η μισθοδοσία των ανωτέρω βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού της αποκεντρωμένης μονάδας, ανεξάρτητα από την επιλογή των αποδοχών αυτού του άρθρου ή τριτοβάθμιας οργανικής τους θέσης.

4. Η Επιτροπή Διοίκησης έχει τις εξής αρμοδιότητες:

α) Ασκεί τις αρμοδιότητες, που της μεταβιβάζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π.

β) Ασκεί τις γνωμοδοτικές αρμοδιότητες, που είχαν δυνάμει γενικών ή ειδικών διατάξεων τα Δ.Σ. των μονάδων που καταργούνται.

γ) Γνωμοδοτεί προς τον Πρόεδρο ή το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π., κατά περίπτωση, για τη λήψη μέτρων που εξασφαλίζουν την εύρυθμη λειτουργία της μονάδας και την ορθολογική και αποδοτική διαχείριση των οικονομικών πόρων και της περιουσίας της.

δ) Συντάσσει τον προϋπολογισμό της μονάδας, καθώς και τον ισολογισμό και απολογισμό της οικονομικής χρήσης κάθε έτους και τον υποβάλλει για έγκριση στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π.

ε) Είναι ο κύριος διατάκτης για τις εγγεγραμμένες στον προϋπολογισμό του φορέα του πιστώσεις.

στ) Εισηγείται στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π. το σχεδιασμό και τα επί μέρους προγράμματα για την ανάπτυξη της υλικοτεχνικής υποδομής της μονάδας και εγκρίνει το σχεδιασμό και την εκτέλεση έργων επέκτασης, διαρρύθμισης, επισκευών, βελτίωσης και αναβάθμισης της κτιριακής υποδομής και των χώρων της μονάδας, των οποίων η προϋπολογιζόμενη δαπάνη κατά κωδικό αριθμό δεν υπερβαίνει ετησίως το ποσό των δεκαπέντε χιλιάδων ευρώ. Το παραπάνω ποσό μπορεί να αναπροσαρμόζεται με απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

ζ) Αποφασίζει για τις προμήθειες ειδών, των οποίων η δαπάνη προβλέπεται στον προϋπολογισμό κατά κωδικό αριθμό ειδών δεν υπερβαίνει ετησίως το ποσό

των δεκαπέντε χιλιάδων ευρώ. Το παραπάνω ποσό μπορεί να αναπροσαρμόζεται με απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

η) Εισηγείται την αναμόρφωση, συμπλήρωση και τροποποίηση του οργανισμού, καθώς και τη σύσταση ή μετατροπή θέσεων προσωπικού.

θ) Εισηγείται στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π. για την αποδοχή δωρεών και κληροδοτημάτων υπέρ της μονάδας.

5. Ο Πρόεδρος ασκεί τις εξής αρμοδιότητες:

α) Προεδρεύει στην Επιτροπή Διοίκησης.

β) Λαμβάνει όλες τις αποφάσεις που απαιτούνται για την εκπλήρωση των σκοπών και των στόχων της μονάδας μέσα στα πλαίσια της γενικής πολιτικής και του προγραμματισμού.

γ) Συντάσσει και υποβάλλει στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π. το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης της μονάδας.

δ) Προϊσταται όλων των υπηρεσιών της μονάδας.

ε) Έχει την ευθύνη της οργάνωσης, συντονισμού και ελέγχου των υπηρεσιών της μονάδας, ώστε να ανταποκρίνονται στην αποστολή τους.

στ) Αποφασίζει για τη σύσταση και συγκρότηση επιτροπών εργασίας ή ομάδων εκτέλεσης συγκεκριμένου έργου.

ζ) Αποφασίζει για τις μετακινήσεις του προσωπικού της μονάδας στα διάφορα τμήματα αυτής.

η) Καταρτίζει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων του έργου και των δραστηριοτήτων της μονάδας, την οποία υποβάλλει στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π.

θ) Μερικά για την κατάρτιση από την Επιτροπή Διοίκησης του προϋπολογισμού, απολογισμού, ισολογισμού και την υποβολή τους για έγκριση στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π.

ι) Ανομορφώνει και τροποποιεί τον προϋπολογισμό για ποσά μέχρι τριακοσίων ευρώ ανά κωδικό αριθμό.

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

6. Ο Πρόεδρος του Πε.Σ.Υ.Π. εκπροσωπεί δικαστικώς και εξωδικαστικώς το Πε.Σ.Υ.Π., για τα θέματα που αφορούν τις μονάδες κοινωνικής φροντίδας. Συντονίζει τη δράση άλλων των μονάδων κοινωνικής φροντίδας.

7. Σε όσες από τις Επιτροπές Διοίκησης ή άλλες επιτροπές που συνιστώνται με διατάξεις του νόμου αυτού συμμετέχουν άτομα με προβλήματα δράσης ή με κινητικές αναπηρίες, τα οποία έχουν απολυτή ανάγκη συνοδείας, καταβάλλονται δαπάνες κίνησης, διατροφής και διαμονής για τα ίδια τα άτομα και τους συνοδούς τους, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τους δημοσίους υπαλλήλους. Το ίδιο ισχύει και για τα κωφά άτομα για τα οποία συνοδός θεωρείται ο δωροληψίας νοηματικής γλώσσας. Οι παραπάνω δαπάνες βαρύνουν τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, στον οποίο εγγράφονται κατ' έτος οι πιστώσεις που απαιτούνται.

8. Ο Πρόεδρος της μονάδας κοινωνικής φροντίδας του Πε.Σ.Υ.Π., ορίζεται πειθαρχικώς προϊστάμενος του προσωπικού της και μπορεί να επιβάλλει τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών.

9. Η Επιτροπή Διοίκησης μπορεί να επιβαρύνει συλλογικά όργανα και μπορεί να επιβάλλει τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι τις αποδοχές ενός μήνα.

Η Επιτροπή Διοίκησης επιλαμβάνεται αυτεπαγγέλτως ή κατόπιν παραπομπής του θέματος με πράξη του Προέδρου της.

Το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π. ασκεί πειθαρχική δικαιοδοσία κατά του προσωπικού των μονάδων κοινωνικής φροντίδας είτε σε πρώτο βαθμό είτε σε δεύτερο βαθμό, ύστερα από άσκηση ένστασης κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Προέδρου ή της Επιτροπής Διοίκησης. Για την ένσταση έχουν εφαρμογή οι διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 12 του Ν. 2889/2001.

Το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π., όταν δικάζει σε πρώτο βαθμό πειθαρχικά παραπτώματα του προσωπικού, μπορεί να επιβάλλει τις ποινές που προβλέπονται στην παρ. 1 περ. α', β' και γ' του άρθρου 109 του Ν. 2683/1999. Κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π. επιτρέπεται η άσκηση ένστασης ενώπιον του Πρωτοβάθμιου Υπηρεσιακού Συμβουλίου, σύμφωνα με τη διάταξη του πέμπτου εδαφίου της παρ. 3 του άρθρου 12 του Ν. 2889/2001. Το ανωτέρω Υπηρεσιακό Συμβούλιο, όταν δικάζει σε πρώτο βαθμό, μπορεί να επιβάλει οποιαδήποτε ποινή.

Κατά των οριστικών αποφάσεων του πρωτοβάθμιου Υπηρεσιακού Συμβουλίου επιτρέπεται η άσκηση ένστασης ενώπιον του δευτεροβάθμιου Πειθαρχικού Συμβουλίου του άρθρου 163 α. του Ν. 2683/1999, που προστέθηκε με το άρθρο 15 του Ν. 2839/2000 και εφαρμόζονται, κατά τα λοιπά, οι πειθαρχικές διατάξεις του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.

Άρθρο 5

Μετάταξη και μεταφορά προσωπικού κεντρικών υπηρεσιών του Ε.Ο.Κ.Φ.

1. Ο Εθνικός Οργανισμός Κοινωνικής Φροντίδας (Ε.Ο.Κ.Φ.) καταργείται έξι μήνες μετά τη δημοσίευση αυτού του νόμου στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

2. Το μόνιμο ή με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου προσωπικό των Κεντρικών Υπηρεσιών του Ε.Ο.Κ.Φ. μετατάσσεται ή μεταφέρεται με την ίδια σχέση εργασίας, στην ίδια κατηγορία, κλάδο, βαθμό και ειδικότητα που έχει κατά τη δημοσίευση αυτού του νόμου, στο Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας, στο Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας, στις μονάδες κοινωνικής φροντίδας των τριών Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής και στις κεντρικές υπηρεσίες των τριών Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής. Το ανωτέρω προσωπικό κατατάσσεται σε αντίστοιχες κενές οργανικές θέσεις και, αν δεν υπάρχουν, σε προσωρινές προσωποπαγείς θέσεις, που συνιστώνται αυ.οδικαίως με την απόφαση της μετάταξης ή μεταφοράς.

Η μετάταξη ή μεταφορά και η κατάταξη του προσωπικού στις οικείες θέσεις γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ανάλογα με τις υπηρεσιακές ανάγκες των φερών υποδοχής, οι οποίες καθορίζονται μετά από γνώμη των οικείων Υπηρεσιακών Συμβουλίων και, αν αυτά λείπουν ή δεν λειτουργούν, μετά από γνώμη του Δ.Σ. των φερών αυτών.

Το προσωπικό με σχέση εργασίας αορίστου χρόνου ιδιωτικού δικαίου, που προέρχεται από το Κέντρο Βρεφών "Η ΜΗΤΕΡΑ", τον Ε.Ο.Π. και το Π.Ι.Κ.Π.Α., και διέπεται από τις διατάξεις των παραγράφων 3, 4 και 5 του άρθρου 7 του Ν. 2646/1998 και του άρθρου 20 του Ν. 2716/1999, τη δήλωση επιλογής για ένταξη σε μόνιμη θέση δημοσίου δικαίου υποβάλλει στο Δ.Σ. του Ε.Ο.Κ.Φ. μέσα σε προθεσμία δύο μηνών από τη δημοσίευσή του

νόμου αυτού. Η ένταξη σε μόνιμη θέση δημοσίου δικαίου και η κατάταξη σε μισθολογικό κλιμάκιο γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 20 του Ν. 2716/1999. Αν δεν υπάρχει κενή θέση, η θέση που κατέχει ο υπάλληλος μετατρέπεται αυτοδικαίως σε προσωρινή προσωποπαγή θέση δημοσίου δικαίου, στην οποία αυτός εντάσσεται. Η θέση αυτή διαβαθμίζεται αυτοδικαίως από τον εισαγωγικό έως τον καταληκτικό ενιαίο βαθμό. Η απόφαση για ένταξη και κατάταξη σε μισθολογικό κλιμάκιο εκδίδεται από τον Πρόεδρο του συλλογικού οργάνου διοίκησης των ανωτέρω νομικών προσώπων. Η απόφαση αυτή δημοσιεύεται σε περίληψη στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Οι διατάξεις του προτελευταίου εδαφίου της παρ. 7 του άρθρου 1 του παρόντος νόμου εφαρμόζονται στο προσωπικό που εντάσσεται σε μόνιμες θέσεις δημοσίου δικαίου.

Άρθρο 6

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας

1. Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Κ.Β.), που έχει συσταθεί με το άρθρο 13 του Ν. 2646/1998 ως αποκεντρωμένη μονάδα του Ε.Ο.Κ.Φ., μετατρέπεται σε αυτοτελές νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, με την ίδια επωνυμία και με έδρα την Αθήνα. Υπάγεται στην εποπτεία και τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

2. Σκοπός του Ε.Κ.Α.Κ.Β. είναι ο συντονισμός του δικτύου παροχής υπηρεσιών κοινωνικής στήριξης σε άτομα, οικογένειες, πληθυσμιακές ομάδες που περιέρχονται σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Ειδικότερα, οι υπηρεσίες που παρέχονται περιλαμβάνουν:

- α) Επείγουσες κοινωνικές παρεμβάσεις.
- β) Προσωρινή παροχή στέγης, διατροφής και ένδυσης.
- γ) Παροχή πληροφοριών και ενημέρωσης για προνοιακά θέματα.
- δ) Συμβουλευτική στήριξη σε ατομικό, ομαδικό και κοινοτικό επίπεδο.
- ε) Συντονισμό και εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής αλληλεγγύης και εθελοντικής προσφοράς για αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών.
- στ) Ψυχολογική βοήθεια βραχείας διάρκειας σε άτομα, οικογένειες και πληθυσμιακές ομάδες.

3. Το Ε.Κ.Α.Κ.Β. διοικείται από πενταμελές διοικητικό συμβούλιο με ισάριθμα αναπληρωματικά μέλη και αποτελείται από:

- α) Τρεις επιστήμονες με εξειδίκευση ή εμπειρία σε τομείς της κοινωνικής φροντίδας, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.
- β) Έναν εκπρόσωπο της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων (Π.Ο.Ε.Δ.Η.Ν.), που προτείνεται από το Δ.Σ. αυτής.
- γ) Έναν εκλεγμένο εκπρόσωπο των εργαζομένων στο Ε.Κ.Α.Κ.Β., ο οποίος κατά την πρώτη εφαρμογή του νόμου προτείνεται από το Δ.Σ. της Ανώτατης Διοίκησης Ενώσεως Δημοσίων Υπαλλήλων (Α.Δ.Ε.Δ.Υ.).

4. Το Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Κ.Β. συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και διορίζεται με τριετή θητεία. Με την ίδια απόφαση, ο Υπουργός ορίζει δύο από τα μέλη του Δ.Σ. ως Πρόεδρο και Αντιπρόεδρο του Ε.Κ.Α.Κ.Β. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται ο τρόπος και η διαδικασία εκλογής του εκπροσώπου των εργαζομένων.

Το Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Κ.Β. εξακολουθεί να ασκεί τα καθήκοντά του και μετά τη λήξη της θητείας του, μέχρι το διορισμό του νέου Δ.Σ., όχι όμως πέραν των τριών μηνών.

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Κ.Β. είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Στον Πρόεδρο του Δ.Σ. καταβάλλεται αμοιβή και αποζημίωση για έξοδα παράστασης, το ύψος των οποίων καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Με όμοια απόφαση καθορίζεται αποζημίωση για τα μέλη και το Γραμματέα του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Κ.Β.

5. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Δ.Σ., καταρτίζεται ο οργανισμός του Ε.Κ.Α.Κ.Β. Με τον οργανισμό ορίζεται η διάρθρωση των υπηρεσιών του, προσδιορίζονται οι αρμοδιότητες του Διοικητικού Συμβουλίου και του Προέδρου αυτού, κατανέμονται οι θέσεις προσωπικού κατά κατηγορία, κλάδο, βαθμό και ειδικότητα και ορίζονται τα πρόσθετα προσόντα για την κατάληψή τους. Με τον οργανισμό του Ε.Κ.Α.Κ.Β. μπορεί να συνιστώνται περιφερειακές υπηρεσίες και να ορίζονται η οργάνωση, η στελέχωση και ο τρόπος λειτουργίας τους.

6. Το προσωπικό που διορίστηκε για κάλυψη αναγκών του Ε.Κ.Α.Κ.Β. σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 διατηρεί τις θέσεις που κατέχει κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου και οι οποίες μετατρέπονται αυτοδικαίως σε αντίστοιχες οργανικές θέσεις του νομικού προσώπου του Ε.Κ.Α.Κ.Β. Το προσωπικό αυτό αποτελεί αυτοδικαίως προσωπικό του νέου νομικού αυτού προσώπου. Για την αυτοδικαίως αυτή μεταφορά θέσεων και κατάταξη εκδίδεται διαπιστωτική πράξη του Προέδρου του Ε.Κ.Α.Κ.Β. που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

7. Πόροι του Ε.Κ.Α.Κ.Β. είναι:

α) Επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό.

β) Επιχορηγήσεις από τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων.

γ) Δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων.

δ) Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων.

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

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

8. Στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας εγγράφονται κάθε χρόνο πιστώσεις για τη μισθολογία του προσωπικού και την κάλυψη των δαπανών λειτουργίας του Ε.Κ.Α.Κ.Β.

9. Στο Ε.Κ.Α.Κ.Β. συνιστώνται εκατό θέσεις μόνιμου προσωπικού, επιπλέον των θέσεων που αναφέρονται στην παρ. 6 του άρθρου αυτού. Με τον οργανισμό κατανέμονται οι θέσεις κατά κατηγορία, κλάδο και βαθμό.

10. Η ημέρα έναρξης της λειτουργίας του Ε.Κ.Α.Κ.Β. ως αυτοτελούς Ν.Π.Δ.Δ. ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Μέχρι τότε το Ε.Κ.Α.Κ.Β. εξακολουθεί να λειτουργεί ως αποκεντρωμένη μονάδα του Ε.Ο.Κ.Φ. Εάν η παραπάνω απόφαση του Υπουργού

Υγείας και Πρόνοιας δεν εκδοθεί μέσα σε προθεσμία έξι μηνών από τη δημοσίευση του νόμου αυτού, το Ε.Κ.Α.Κ.Β. από την επομένη της λήξεως του εξαμήνου θα λειτουργεί ως Ν.Π.Δ.Δ.

Μέχρι τη δημοσίευση του οργανισμού του το Ε.Κ.Α.Κ.Β. λειτουργεί με το υπάρχον προσωπικό, στο οποίο ανατίθενται προσωρινά καθήκοντα με αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου.

11. Από την ημέρα έναρξης της λειτουργίας του Ε.Κ.Α.Κ.Β. ως αυτοτελούς Ν.Π.Δ.Δ. η κυριότητα και κάθε άλλο εμπράγματο δικαίωμα επί του συνόλου της κινητής και ακίνητης περιουσίας του Ε.Ο.Κ.Φ. που χρησιμοποιείται από τις υπηρεσίες του Ε.Κ.Α.Κ.Β. περιέρχεται στο νέο φορέα αυτοδικαίως, χωρίς την πύρση οποιασδήποτε τύπου, πράξης ή συμβολαίου και χωρίς αντάλλαγμα.

Μέσα σε προθεσμία έξι μηνών από την έναρξη της λειτουργίας του Ε.Κ.Α.Κ.Β. ως αυτοτελούς Ν.Π.Δ.Δ., το Διοικητικό Συμβούλιο αυτού υποχρεούται στη διενέργεια απογραφής όλων των κινητών και ακινήτων που, κατά τις διατάξεις του προηγούμενου εδαφίου, περιέρχονται στην κυριότητα του νομικού προσώπου. Η έκθεση απογραφής εγκρίνεται με πράξη του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Απόσπασμα της συγκεκριμένης εκθέσεως, που περιγράφει τα αποκτώμενα από το νομικό πρόσωπο ακίνητα, καθώς και τα λοιπά εμπράγματα δικαιώματα επί ακινήτων, καταχωρίζεται στελώς στα οικεία βιβλία του αρμόδιου υποθηκοφυλακείου.

Άρθρο 7

Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας

1. Συνιστάται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, με την επωνυμία Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας (Ε.Σ.Υ.Κ.Φ.), και έδρα την Αθήνα. Το Συμβούλιο αυτό υπάγεται στην εποπτεία και τον έλεγχο του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

2. Σκοπός του Ε.Σ.Υ.Κ.Φ. είναι η βοήθεια του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας στη χάραξη πολιτικών στον τομέα της Πρόνοιας. Ειδικότερα το Ε.Σ.Υ.Κ.Φ.:

α. Προωθεί το δημόσιο διάλογο για ζητήματα κοινωνικής φροντίδας.

β. Γνωμοδοτεί για κάθε θέμα πολιτικής που παραπέμπεται σε αυτό από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και εισηγείται μέτρα για την πραγματοποίηση των προγραμματικών στόχων στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας.

γ. Εισηγείται μέτρα και ενέργειες για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών που παρέχονται από τους φορείς κοινωνικής φροντίδας, το συντονισμό των σχετικών δράσεων και την τεκμηρίωσή τους.

δ. Γνωμοδοτεί στα αρμόδια όργανα, αναφορικά με τη χορήγηση της ειδικής πιστοποίησης που προβλέπεται στις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 2646/1998, και το χαρακτηρισμό προγραμμάτων ως καινοτόμων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 15 του ίδιου νόμου.

ε. Εισηγείται στα αρμόδια όργανα, αναφορικά με προγράμματα επιμόρφωσης εκπαιδευτών εθελοντών που πραγματοποιούνται από τις εθελοντικές οργανώσεις του άρθρου 12 του Ν. 2646/1998 και τα οποία είναι σχετικά με τους σκοπούς και τους στόχους των Εθνικών Προγραμμάτων.

στ. Γνωμοδοτεί στα αρμόδια όργανα, για το περιεχόμενο των Εθνικών Προγραμμάτων σύμφωνα με τις διατάξεις

του άρθρου 2 του Ν. 2646/1998 και για την ανάπτυξη της έρευνας στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 16 του ίδιου νόμου.

ζ. Μελετά, εκπονεί και εφαρμόζει εκπαιδευτικά προγράμματα στο χώρο της πρόνοιας.

η. Αναπτύσσει την επιστημονική έρευνα στο χώρο της πρόνοιας.

θ. Τηρεί το Εθνικό Μητρώο Υιοθεσιών και διαφυλάσσει τον απόρρητο χαρακτήρα του.

ι. Ασκεί τις αρμοδιότητες που ανήκαν στον Ε.Ο.Κ.Φ. σχετικά με την ταπητουργία, κλιμιοποιία, εργαστήρια και γενικά τις υπηρεσίες οικοτεχνίας του Ε.Ο.Π., μαζί με τα παραρτήματά τους σε όλη τη χώρα, που παρέμειναν στην αρμοδιότητα του Ε.Ο.Κ.Φ., κατ' εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 1 γ του άρθρου 7 του Ν. 2646/1998.

3. Το Ε.ΣΥ.Κ.Φ. διοικείται από ενδεκαμελές Διοικητικό Συμβούλιο, με ισάριθμα αναπληρωματικά μέλη, που αποτελείται από:

α. Έναν υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με βαθμό Γενικού Διευθυντή ή Διευθυντή.

β. Έναν εκπρόσωπο του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης.

γ. Έναν εκπρόσωπο του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

δ. Έναν εκπρόσωπο της Εκκλησίας της Ελλάδος, που ορίζεται από τη Διαρκή Ιερά Σύνοδο.

ε. Έναν εκπρόσωπο της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.) που προτείνεται από το Δ.Σ.

στ. Έναν εκπρόσωπο της Εθνικής Σπυροσπονδίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, που προτείνεται από το Διοικητικό της Συμβούλιο.

ζ. Έναν εκπρόσωπο της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων, που ορίζεται από το Δ.Σ. αυτής.

η. Έναν κοινωνικό λειτουργό, ως εκπρόσωπο του Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, που προτείνεται από το Διοικητικό του Συμβούλιο.

θ. Έναν εκπρόσωπο του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους.

ι. Έναν κοινωνιολόγο και έναν ψυχολόγο με εμπειρία στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

4. Το Δ.Σ. του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και διορίζεται με τριετή θητεία. Με όμοια απόφαση ορίζονται από τα μέλη του Δ.Σ. ο Πρόεδρος και ο Αντιπρόεδρος. Το Δ.Σ. του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας εξακολουθεί να ασκεί τα καθήκοντά του και μετά τη λήξη της θητείας του, μέχρι το διορισμό του νέου Δ.Σ. και πάντως όχι πέραν των τριών μηνών. Οι εκπρόσωποι, με τους αναπληρωτές τους, προτείνονται από τους οικείους φορείς μέσα σε προθεσμία ενός μήνα από την αποστολή σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Αν κάποιος φορέας δεν ορίσει εκπρόσωπο τον εκπρόσωπό του, αυτός ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Στις συνεδριάσεις του Δ.Σ. του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας μπορούν να συμμετέχουν, χωρίς δικαίωμα ψήφου, ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου του, οι Πρόεδροι και οι Αναπληρωτές Γενικοί Διευθυντές των Πε.Σ.Υ.Π., καθώς και στελέχη της Γενικής Διεύθυνσης Πρόνοιας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και

κάθε άλλου φορέα που είναι αρμόδιος για το συζητούμενο θέμα.

Στον Πρόεδρο του Δ.Σ. του Ε.ΣΥ.Κ.Φ. καταβάλλονται αμοιβή και αποζημίωση για έξοδα παράστασης, το ύψος των οποίων καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Με την ίδια απόφαση καθορίζεται αποζημίωση για τα μέλη και το γραμματέα του Διοικητικού Συμβουλίου.

5. Πόροι του Ε.ΣΥ.Κ.Φ. είναι:

α. Επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό.

β. Επιχορηγήσεις από τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων.

γ. Δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων.

δ. Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων.

ε. Κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τη δραστηριότητά του.

στ. Έσοδα από συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή άλλων ελληνικών ή διεθνών οργανισμών ή μη κερδοσκοπικών οργανισμών ή ερευνητικές δραστηριότητες.

6. Στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας εγγράφονται κάθε χρόνο πιστώσεις για τη μισθοδοσία του προσωπικού και για την κάλυψη των δαπανών λειτουργίας του Ε.ΣΥ.Κ.Φ.

7. Το Δ.Σ. του Ε.ΣΥ.Κ.Φ. μπορεί να συγκροτεί πενταμελή Εκτελεστική Επιτροπή, που απαρτίζεται από:

α. Τον Πρόεδρο του Δ.Σ., ως Πρόεδρο.

β. Τον Αντιπρόεδρο του Δ.Σ.

γ. Τρία μέλη που εκλέγονται με τους αναπληρωτές τους, από το Δ.Σ.

Η Εκτελεστική Επιτροπή συνεδριάζει τουλάχιστον δύο φορές το μήνα. Το Δ.Σ. μπορεί να μεταβιβάζει αρμοδιότητες του, που δεν έχουν γνωμοδοτική χαρακτήρα, στην Εκτελεστική Επιτροπή. Η απόφαση αυτή του Δ.Σ. δημοσιεύεται με τοιχοκόλλησή της στον πίνακα ανακοινώσεων του καταστήματος του Ε.ΣΥ.Κ.Φ.

Η Εκτελεστική Επιτροπή, για την προώθηση του έργου της και για την πραγματοποίηση των αποφάσεων της Ολομέλειας, μπορεί να εισηγείται την κατάρτιση ειδικών επιτροπών, συμβουλίων και ομάδων εργασίας, που συγκροτούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Με την απόφαση της συγκρότησης καθορίζονται το έργο της επιτροπής, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις των μελών της, ο τρόπος λειτουργίας και κάθε άλλο σχετικό θέμα. Η απόφαση αυτή δημοσιεύεται με τοιχοκόλλησή της στον πίνακα ανακοινώσεων του καταστήματος του Ε.ΣΥ.Κ.Φ.

8. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Δ.Σ. του Ε.ΣΥ.Κ.Φ., καθορίζεται η διάρθρωση των υπηρεσιών του, συνιστώνται μέχρι είκοσι θέσεις μόνιμου ή και με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου προσωπικού, κατανέμονται οι οργανικές θέσεις κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα και ορίζονται τα πρόσθετα προσόντα για την πλήρωσή τους.

Το προσωπικό του Ε.Ο.Κ.Φ., που υπηρετεί στις υπηρεσίες οικοτεχνίας και στη Διεύθυνση Ερευνών και Προγραμματισμού του Ε.Ο.Π., διατηρεί τις θέσεις που κατέχει κατά τη δημοσίευση του παρόντος νέμου, οι οποίες

του άρθρου 2 του Ν. 2646/1998 και για την ανάπτυξη της έρευνας στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 16 του ίδιου νόμου.

ζ. Μελετά, εκπονεί και εφαρμόζει εκπαιδευτικά προγράμματα στο χώρο της πρόνοιας.

η. Αναπτύσσει την επιστημονική έρευνα στο χώρο της πρόνοιας.

θ. Τηρεί το Εθνικό Μητρώο Υιοθεσιών και διαφυλάσσει τον απόρρητο χαρακτήρα του.

ι. Ασκεί τις αρμοδιότητες που ανήκαν στον Ε.Ο.Κ.Φ. σχετικά με την ταπητουργία, κλιμοποιία, εργαστήρια και γενικά τις υπηρεσίες οικοτεχνίας του Ε.Ο.Π., μαζί με τα παραρτήματά τους σε όλη τη χώρα, που παρέμειναν στην αρμοδιότητα του Ε.Ο.Κ.Φ., κατ' εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 1.γ του άρθρου 7 του Ν. 2646/1998.

3. Το Ε.ΣΥ.Κ.Φ. διοικείται από ενδεκαμελές Διοικητικό Συμβούλιο, με ισάριθμα αναπληρωματικά μέλη, που αποτελείται από:

α. Έναν υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με βαθμό Γενικού Διευθυντή ή Διευθυντή.

β. Έναν εκπρόσωπο του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημοσίας Διοίκησης και Αποκέντρωσης.

γ. Έναν εκπρόσωπο του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

δ. Έναν εκπρόσωπο της Εκκλησίας της Ελλάδος, που ορίζεται από τη Διαρκή Ιερά Σύνοδο.

ε. Έναν εκπρόσωπο της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.) που προτείνεται από το Δ.Σ.

στ. Έναν εκπρόσωπο της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, που προτείνεται από το Διοικητικό της Συμβούλιο.

ζ. Έναν εκπρόσωπο της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων, που ορίζεται από το Δ.Σ. αυτής.

η. Έναν κοινωνικό λειτουργό, ως εκπρόσωπο του Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, που προτείνεται από το Διοικητικό του Συμβούλιο.

θ. Έναν εκπρόσωπο του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους.

ι. Έναν κοινωνιολόγο και έναν ψυχολόγο με εμπειρία στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

4. Το Δ.Σ. του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και διορίζεται με τριετή θητεία. Με όμοια απόφαση ορίζονται από τα μέλη του Δ.Σ. ο Πρόεδρος και ο Αντιπρόεδρος. Το Δ.Σ. του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας εξακολουθεί να ασκεί τα καθήκοντά του και μετά τη λήξη της θητείας του, μέχρι το διορισμό του νέου Δ.Σ. και πάντως όχι πέραν των τριών μηνών. Οι εκπρόσωποι, με τους αναπληρωτές τους, προτείνονται από τους οικείους φορείς μέσα σε προθεσμία ενός μήνα από την αποστολή σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Αν κάποιος φορέας δεν ορίσει εμπρόθεσμα τον εκπρόσωπό του, αυτός ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Στις συνεδριάσεις του Δ.Σ. του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας μπορούν να συμμετέχουν, χωρίς δικαίωμα ψήφου, ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου του, οι Πρόεδροι και οι Αναπληρωτές Γενικοί Διευθυντές των Π.Σ.Υ.Π., καθώς και στελέχη της Γενικής Διεύθυνσης Πρόνοιας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και

κάθε άλλου φορέα που είναι αρμόδιος για το συζητούμενο θέμα.

Στον Πρόεδρο του Δ.Σ. του Ε.ΣΥ.Κ.Φ. καταβάλλονται αμοιβή και αποζημίωση για έξοδα παρόστασης, το ύψος των οποίων καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Με την ίδια απόφαση καθορίζεται αποζημίωση για τα μέλη και το γραμματέα του Διοικητικού Συμβουλίου.

5. Πόροι του Ε.ΣΥ.Κ.Φ. είναι:

α. Επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό.

β. Επιχορηγήσεις από τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων.

γ. Δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων.

δ. Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων.

ε. Κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τη δραστηριότητά του.

στ. Έσοδα από συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή άλλων ελληνικών ή διεθνών οργανισμών ή μη κερδοσκοπικών οργανισμών ή ερευνητικές δραστηριότητες.

6. Στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας εγγράφονται κάθε χρόνο πιστώσεις για τη μισθοδοσία του προσωπικού και για την κάλυψη των δαπανών λειτουργίας του Ε.ΣΥ.Κ.Φ.

7. Το Δ.Σ. του Ε.ΣΥ.Κ.Φ. μπορεί να συγκροτεί πενταμελή Εκτελεστική Επιτροπή, που απαρτίζεται από:

α. Τον Πρόεδρο του Δ.Σ., ως Πρόεδρο.

β. Τον Αντιπρόεδρο του Δ.Σ.

γ. Τρία μέλη που εκλέγονται με τους αναπληρωτές τους, από το Δ.Σ.

Η Εκτελεστική Επιτροπή συνεδριάζει τουλάχιστον δύο φορές το μήνα. Το Δ.Σ. μπορεί να μεταβιβάζει αρμοδιότητές του, που δεν έχουν γνωμοδοτικό χαρακτήρα, στην Εκτελεστική Επιτροπή. Η απόφαση αυτή του Δ.Σ. δημοσιεύεται με τοχοκόλλησή της στον πίνακα ανακοινώσεων του καταστήματος του Ε.ΣΥ.Κ.Φ.

Η Εκτελεστική Επιτροπή, για την πρόωθηση του έργου της και για την πραγματοποίηση των αποφάσεων της Ολομέλειας, μπορεί να εισηγείται την κατάρτιση ειδικών επιτροπών, συμβουλίων και ομάδων εργασίας, που συγκροτούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Με την απόφαση της συγκρότησης καθορίζονται το έργο της επιτροπής, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις των μελών της, ο τρόπος λειτουργίας και κάθε άλλο σχετικό θέμα. Η απόφαση αυτή δημοσιεύεται με τοχοκόλλησή της στον πίνακα ανακοινώσεων του καταστήματος του Ε.ΣΥ.Κ.Φ.

8. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Δ.Σ. του Ε.ΣΥ.Κ.Φ., καθορίζεται η διάρθρωση των υπηρεσιών του, συσταίνονται μέχρι είκοσι θέσεις μόνιμου ή και με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου προσωπικού, κατανέμονται οι οργανικές θέσεις κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα και ορίζονται τα πρόσθετα προσόντα για την πλήρωσή τους.

Το προσωπικό του Ε.Ο.Κ.Φ., που υπηρετεί στις υπηρεσίες οικοτεχνίας και στη Διεύθυνση Ερευνών και Προγραμματισμού του Ε.Ο.Π., διατηρεί τις θέσεις που κατέχει κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, οι οποίες

μετατρέπονται αυτοδικαίως σε αντίστοιχες οργανικές θέσεις του νομικού προσώπου, που συνιστάται με το άρθρο αυτό. Το ανωτέρω προσωπικό αποτελεί αυτοδικαίως προσωπικό του νομικού αυτού προσώπου. Όσο από το προσωπικό αυτό διέπεται από τις διατάξεις των παραγράφων 3, 4 και 5 του άρθρου 7 του Ν. 2646/1998 και του άρθρου 20 του Ν. 2716/1999 εντάσσεται σε συνιστώμενες αυτοδικαίως μόνιμες θέσεις, με ενιαία διαβάθμιση, αντίστοιχης με τα προσόντα του κατηγορίας και κλάδου. Η δήλωση που προβλέπεται στο άρθρο 20 του Ν. 2716/1999 υποβάλλεται στον Ε.Ο.Κ.Φ. εντός αποκλειστικής προθεσμίας δύο μηνών από τη δημοσίευση αυτού του νόμου. Η ένταξη γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 20 του Ν. 2716/1999. Οι θέσεις του λοιπού προσωπικού που δεν εντάσσεται σε μόνιμες θέσεις μετατρέπονται αυτοδικαίως σε οργανικές θέσεις με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου, αντίστοιχης ειδικότητας με τα προσόντα του προσωπικού που τις κατέχει.

Ο χρόνος υπηρεσίας που διανύθηκε από το προσωπικό αυτό στον Ε.Ο.Π. και τον Ε.Ο.Κ.Φ. θεωρείται ως χρόνος πραγματικής υπηρεσίας για όλα τα θέματα της προσωπικής του κατάστασης και τη μισθολογική του εξέλιξη.

9. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, καθορίζονται η διαδικασία και τα στοιχεία που εισάγονται στο Εθνικό Μητρώο υιοθεσιών το τρόπο διασφάλισης του απόρρητου χαρακτήρα του και κάθε άλλο σχετικό θέμα.

10. Το πιστοποιημένο Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.) του Ε.Ο.Κ.Φ. με τα παραρτήματά του περιέρχεται στην αρμοδιότητα του Ε.ΣΥ.Κ.Φ. από την ημέρα κατάρτησης του Ε.Ο.Κ.Φ.

11. Οι διατάξεις της παρ. 8 του άρθρου αυτού για θέματα υπηρεσιακής κατάστασης, έχουν εφαρμογή για το προσωπικό του Ε.Ο.Κ.Φ. που προέρχεται από τον Ε.Ο.Π. και απασχολείται στο πιστοποιημένο Κ.Ε.Κ.

12. Μέχρι την έκδοση του οργανισμού του και τη στελέχωση του, το Ε.ΣΥ.Κ.Φ. υποστηρίζεται διοικητικά από τις αρμόδιες καθ' ύλην υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 8

Υπαγωγή των ΚΕ.Φ.Ο. και άλλων υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας στους Ο.Τ.Α.

1. Τα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας (ΚΕ.Φ.Ο.) του Ε.Ο.Κ.Φ., που έχουν συσταθεί σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.Δ. 572/1970 (ΦΕΚ 125 Α'), από την έναρξη ισχύος του παρόντος άρθρου υπάγονται στους δήμους και στις κοινότητες, στη διοικητική περιφέρεια των οποίων λειτουργούν. Με απόφαση του οικείου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου ορίζεται αν τα ανωτέρω κέντρα θα λειτουργούν ως υπηρεσίες του δήμου ή της κοινότητας ή ως δημοτικά ή κοινοτικά νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου του άρθρου 203 του Π.Δ. 410/1995 (ΦΕΚ 231 Α'). Με την ίδια απόφαση τροποποιούνται ανάλογα, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν, οι οργανισμοί εσωτερικής υπηρεσίας του δήμου ή της κοινότητας ή συνιστώνται νομικά πρόσωπα, με ανάλογη εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 203 του Π.Δ. 410/1995. Με όμοιες αποφάσεις των δημοτικών ή κοινοτικών συμβουλίων

μπορεί να συγχωνεύονται σε ένα δημοτικό ή κοινοτικό νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου περισσότερα από ένα ΚΕ.Φ.Ο. ή να εντάσσονται σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που λειτουργούν και υπάγονται στην εποπτεία τους. Εάν τα δημοτικά ή κοινοτικά συμβούλια μέσα σε προθεσμία τριών μηνών, από τη δημοσίευση στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως των αποφάσεων που αναφέρονται στην παρ. 2 αυτού του άρθρου, δεν προβούν στην έκδοση των αποφάσεων που προβλέπονται στις διατάξεις των προηγούμενων εδαφίων, οι σχετικές αποφάσεις εκδίδονται με μόνη απόφαση του Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

2. Το προσωπικό των ΚΕ.Φ.Ο., που υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού και διέπεται από τις διατάξεις των παραγράφων 3, 4 και 5 του άρθρου 7 του Ν. 2646/1998 και του άρθρου 20 του Ν. 2716/1999, τη δήλωση που προβλέπεται στο άρθρο 20 του Ν. 2716/1999 υποβάλλει στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εντός αποκλειστικής προθεσμίας δύο μηνών από τη δημοσίευση του νόμου αυτού. Η ένταξη γίνεται στη θέση που κατέχει ο υπάλληλος. Η θέση αυτή αυτοδικαίως μετατρέπεται σε θέση δημοσίου δικαίου και διαβαθμίζεται επίσης αυτοδικαίως από τον εισαγωγικό έως τον καταληκτικό ενιαίο βαθμό. Η κατά τα ανωτέρω αυτοδικαίως μετατροπή της θέσης σε θέση δημοσίου δικαίου και η διαβάθμισή της διαπιστώνονται στην απόφαση με την οποία γίνεται η ένταξη. Η ένταξη και η κατάταξη σε μισθολογικό κλιμάκιο γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 20 του Ν. 2716/1999, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ή του εξουσιοδοτούμενου από αυτόν οργάνου της Κεντρικής Υπηρεσίας του Υπουργείου, που δημοσιεύεται περιληπτικά στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Με όμοια απόφαση, που δημοσιεύεται περιληπτικά στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, το λοιπό προσωπικό των ΚΕ.Φ.Ο. με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου που υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, κατατάσσεται στις θέσεις που αυτό κατέχει και οι οποίες μετατρέπονται αυτοδικαίως σε θέσεις ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου αντίστοιχης ειδικότητας.

Οι θέσεις που συνιστώνται κατά τα ανωτέρω και το προσωπικό που τις κατέχει μεταφέρονται στους οικείους δήμους ή κοινότητες και κατανέμονται κατά κατηγορία, κλάδο και βαθμούς ή ειδικότητα με τις αποφάσεις που αναφέρονται στην παρ. 1 αυτού του άρθρου.

3. Το προσωπικό των κεντρικών υπηρεσιών των ΚΕ.Φ.Ο., που λειτουργούν στις έδρες των νομών, μεταφέρεται σε δήμο ή κοινότητα του νομού ή σε μονάδα κοινωνικής φροντίδας του οικείου Π.Ε.Σ.Υ.Π., σύμφωνα με το προσωπικό αυτό με δήλωσή του, την οποία υποβάλλει στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μέσα σε αποκλειστική προθεσμία τριάντα ημερών από τη δημοσίευση του νόμου αυτού. Αν ο υπάλληλος παραλείψει να υποβάλλει τη δήλωση αυτή, ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας ή το εξουσιοδοτημένο από αυτόν όργανο της Κεντρικής Υπηρεσίας του Υπουργείου προσδιορίζει με απόφασή του το δήμο ή την κοινότητα ή τη μονάδα κοινωνικής φροντίδας στην οποία θα γίνει η μεταφορά. Αν η μεταφορά γίνει σε δήμο ή κοινότητα, εφαρμόζονται ανάλογα οι διατάξεις των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου αυτού. Αν η μεταφορά γίνει σε μονάδα κοινωνικής φροντίδας, εφαρμόζονται ανάλογα οι διατάξεις της πα-

ραγράφου 2 του άρθρου αυτού πλην του τελευταίου εδαφίου αυτής, οι δε θέσεις που συνιστώνται και το προσωπικό που τις κατέχει μεταφέρονται αυτοδικαίως στον οργανισμό της οικείας μονάδας κοινωνικής φροντίδας. Για τη μεταφορά αυτή θέσεων και προσωπικού εκδίδεται διαπιστωτική πράξη του Προέδρου του οικείου Π.Σ.Υ.Π.

4. Το ωρομίσθιο προσωπικό με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου, που κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού υπηρετεί στα ΚΕ.Φ.Ο. και στις κεντρικές υπηρεσίες αυτών, μεταφέρεται με την ίδια σχέση εργασίας στους δήμους και στις κοινότητες, στη διοικητική περιφέρεια των οποίων λειτουργούν. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ή του εξουσιοδοτημένου από αυτόν οργάνου, που δημοσιεύεται περιληπτικώς στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ορίζεται το προσωπικό κατά ειδικότητα και ο δήμος ή κοινότητα στην οποία αυτό μεταφέρεται. Με απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου ορίζονται οι υπηρεσίες και τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου αυτών στα οποία το ανωτέρω προσωπικό ανήκει, καθώς και τα καθήκοντα που εκτελεί. Εάν τα δημοτικά ή κοινοτικά συμβούλια, μέσα σε προθεσμία τριών μηνών από τη δημοσίευση της ανωτέρω υπουργικής απόφασης δεν προβούν στην έκδοση των αποφάσεων του προηγούμενου εδαφίου, οι σχετικές αποφάσεις εκδίδονται με μόνη απόφαση του Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας, που δημοσιεύεται περιληπτικώς στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

5. Η μισθοδοσία του παραπάνω προσωπικού που μεταφέρεται σε οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης εξακολουθεί να βαρύνει τον προϋπολογισμό του Ε.Ο.Κ.Φ. μέχρι την κατάργησή του. Μετά την κατάργησή του Ε.Ο.Κ.Φ. και μέχρι το τέλος του οικονομικού έτους, η μισθοδοσία βαρύνει τον Ο.Τ.Α., στον προϋπολογισμό του οποίου μεταφέρονται οι σχετικές πιστώσεις με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Ο χρόνος υπηρεσίας που διανύθηκε από το παραπάνω προσωπικό στον Ε.Ο.Π. και τον Ε.Ο.Κ.Φ. θεωρείται χρόνος πραγματικής υπηρεσίας για όλα τα θέματα της υπηρεσιακής του κατάστασης και υπολογίζεται για τη μισθολογική του εξέλιξη. Ο χρόνος αυτός αναγνωρίζεται, χωρίς δαπάνη, μετά από αίτηση του υπαλλήλου, για την καταβολή εφάπαξ χρηματικού βοηθήματος σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 103/1975.

6. Από την έναρξη ισχύος του παρόντος η κυριότητα και κάθε άλλο εμπράγματο δικαίωμα επί του συνόλου της κινητής και ακίνητης περιουσίας των ΚΕ.Φ.Ο. περιέρχεται αυτοδικαίως, χωρίς την τήρηση οποιαδήποτε τύπου, πράξης ή συμβολαίου και χωρίς αντάλλαγμα, στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης Α' βαθμού.

7. Οι διατάξεις των παραγράφων 1, 2 και 5 του άρθρου 12 του Ν. 2880/2001 (ΦΕΚ 9 Α') ισχύουν και για τους βρεφικούς - παιδικούς σταθμούς, βρεφονηπιοκομεία και νηπιαγωγεία του Π.Ι.Κ.Π.Α., Κ.Β. "ΜΗΤΕΡΑ" και των Ιδρυμάτων Βρεφονηπιακών Σταθμών Αθηνών, Θεσσαλονίκης και Λάρισας, καθώς και για τα προγράμματα παιδικών σταθμών του Ε.Ο.Π.

8. Οι δαπάνες λειτουργίας και συντήρησης των δημοτικών και κοινοτικών νομικών προσώπων που αναφέρονται στην προηγούμενη παράγραφο, καθώς και οι δαπάνες μισθοδοσίας του προσωπικού τους καλύπτονται στο εξής από τις πιστώσεις του άρθρου 25 του Ν.

1828/1989 του προϋπολογισμού του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Για το έτος που θα πραγματοποιηθεί η μεταβίβαση, οι εν λόγω πιστώσεις ενισχύονται με τα ανάλογα ποσά που έχουν προβλεφθεί στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την επιχορήγηση του Π.Ι.Κ.Π.Α., των προγραμμάτων παιδικών σταθμών του Ε.Ο.Π. και του Ιδρύματος Βρεφονηπιακών Σταθμών Αθηνών και στους προϋπολογισμούς των Περιφερειών Μακεδονίας και Θεσσαλίας για την επιχορήγηση των Ιδρυμάτων Βρεφονηπιακών Σταθμών Θεσσαλονίκης και Λάρισας, αντίστοιχα.

9. Το προσωπικό, μόνιμο ή με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, που υπηρετεί στις μονάδες που αναφέρονται στην παράγραφο 7 αυτού του άρθρου μετατάσσεται ή μεταφέρεται αυτοδικαίως, από την έναρξη ισχύος του παρόντος άρθρου, στους παιδικούς σταθμούς όπου υπηρετεί, με την ίδια σχέση εργασίας και στην ίδια κατηγορία, κλάδο και βαθμού ή ειδικότητα. Το ανωτέρω προσωπικό κατατάσσεται σε αντίστοιχες κενές οργανικές θέσεις και αν δεν υπάρχουν σε προσωρινές προσωποπαγείς, που συνιστώνται αυτοδικαίως με την απόφαση της μετάταξης ή μεταφοράς. Τις αποφάσεις μετάταξης ή μεταφοράς εκδίδει το οικείο δημοτικό ή κοινοτικό συμβούλιο, μέσα σε προθεσμία εξήντα ημερών από τη δημοσίευση του νόμου αυτού. Αν παρέλθει άπρακτη η προθεσμία αυτή, τις αποφάσεις εκδίδει ο Γενικός Γραμματέας Περιφέρειας. Το προσωπικό του Ι.Β.Σ.Α., του Ι.Β.Σ.Θ., του Ι.Β.Σ.Α. και των προγραμμάτων παιδικών σταθμών του Ε.Ο.Π., το οποίο διέπεται από τις διατάξεις

των παραγράφων 3, 4 και 5 του άρθρου 7 του Ν. 2646/1998 και του άρθρου 20 του Ν. 2716/1999, τη δήλωση επιλογής για ένταξη σε μόνιμη θέση δημοσίου δικαίου υποβάλλει στον οικείο δήμαρχο ή πρόεδρο κοινότητας εντός αποκλειστικής προθεσμίας δύο μηνών από τη δημοσίευση του νόμου αυτού. Η ένταξη σε μόνιμη θέση και η κατάταξη σε μισθολογικό κλιμάκιο γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 20 του Ν. 2716/1999. Αν δεν υπάρχει κενή θέση, η θέση που κατέχει ο υπάλληλος μετατρέπεται αυτοδικαίως σε προσωρινή προσωποπαγή θέση που διαβαθμίζεται αυτοδικαίως από τον εισαγωγικό έως τον καταληκτικό ενιαίο βαθμό. Στη θέση αυτή εντάσσεται ο υπάλληλος που την κατέχει. Η ένταξη και η κατάταξη σε μισθολογικό κλιμάκιο γίνεται με απόφαση του οικείου δημοτικού και κοινοτικού συμβουλίου, μέσα σε προθεσμία εξήντα ημερών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης. Αν παρέλθει άπρακτη η προθεσμία αυτή, τις αποφάσεις εκδίδει ο Γενικός Γραμματέας Περιφέρειας.

Ο χρόνος υπηρεσίας που διανύθηκε στα παραπάνω Ιδρύματα θεωρείται ως χρόνος πραγματικής υπηρεσίας για όλα τα θέματα της υπηρεσιακής κατάστασης του προσωπικού και υπολογίζεται για τη μισθολογική του εξέλιξη. Ο χρόνος αυτός αναγνωρίζεται, χωρίς δαπάνη, μετά από αίτηση του υπαλλήλου, για την καταβολή εφάπαξ χρηματικού βοηθήματος σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 103/1975.

Το υπηρεσιακό καθεστώς του μόνιμου και του με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου προσωπικού των ανωτέρω νομικών προσώπων διέπεται αντιστοίχως, από την έναρξη ισχύος των διατάξεων του παρόντος, από τις διατάξεις του Α' και Γ' μέρους του Ν. 1188/1981 (ΦΕΚ 204 Α').

Οι με τις διατάξεις του παρόντος συνιστώμενες θέσεις εντάσσονται στους Οργανισμούς Εσωτερικής Υπηρεσίας των ανωτέρω νομικών προσώπων, οι οποίοι εκδίδονται κατά τα οριζόμενα στην παρ. 3 του άρθρου 198 του Π.Δ. 410/1995.

10. Τα Ιδρύματα Βρεφονηπιακών Σταθμών Αθηνών (Ι.Β.Σ.Α.), Θεσσαλονίκης (Ι.Β.Σ.Θ.) και Λάρισας (Ι.Β.Σ.Λ.) εξακολουθούν να λειτουργούν μέχρι 30.6.2003, οπότε καταργούνται. Το προσωπικό των κεντρικών υπηρεσιών των παραπάνω φορέων, ανάλογα με τις υπηρεσιακές ανάγκες, μεταφέρεται, με την ίδια σχέση εργασίας που έχει κατά τη δημοσίευση του παρόντος, στα Π.Σ.Υ.Π. ή σε άλλα Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ. εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ή σε υπηρεσίες της Περιφέρειας ή της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, σε κενές οργανικές ή συνιστώμενες με την απόφαση μεταφοράς προσωπικών θέσεις, σε κλάδους της ίδιας κατηγορίας ή εκπαιδευτικής βαθμίδας αντίστοιχους με τα προσόντα ή την ειδικότητα που κατέχουν. Η μεταφορά γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ή με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας, εάν ο φορέας υποδοχής είναι υπηρεσία της Περιφέρειας ή της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης. Το προσωπικό των παραπάνω φορέων, που διέπεται από τις διατάξεις των παραγράφων 3, 4 και 5 του άρθρου 7 του Ν. 2646/1998 και του άρθρου 20 του Ν. 2716/1999, τη δήλωση που προβλέπεται στο άρθρο 20 του Ν. 2716/1999 υποβάλλει στη νέα του υπηρεσία εντός αποκλειστικής προθεσμίας δύο μηνών από τη γνωστοποίηση της απόφασης μεταφοράς ή μετάταξής του. Η ένταξη γίνεται στη θέση που κατέχει ο υπάλληλος. Η θέση αυτή αυτοδικαίως μετατρέπεται σε θέση δημοσίου δικαίου και διαβαθμίζεται επίσης αυτοδικαίως, από τον εισαγωγικό στον καταληκτικό ενιαίο βαθμό. Η κατά τα ανωτέρω αυτοδικαίως μετατροπή της θέσης σε θέση δημοσίου δικαίου και η διαβάθμισή της διαπιστώνονται στην απόφαση με την οποία γίνεται η ένταξη. Η ένταξη και η κατάταξη σε μισθολογικό κλιμάκιο γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 20 του Ν. 2716/1999 με απόφαση του αρμόδιου οργάνου της οικείας υπηρεσίας που δημοσιεύεται περιληπτικώς στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Οι προσωποπαγείς θέσεις που συνιστώνται με την απόφαση της μεταφοράς καταργούνται αυτοδικαίως με την κατώτατη οποιονδήποτε τρόπο αποχώρηση από την υπηρεσία των υπαλλήλων αυτών.

Ο χρόνος υπηρεσίας του υπαλλήλου που διανύθηκε στο φορέα από τον οποίο προέρχεται θεωρείται ως χρόνος πραγματικής υπηρεσίας και λαμβάνεται υπόψη για τη μισθολογική του εξέλιξη. Τυχόν επιπλέον τακτικές αποδοχές διατηρούνται ως προσωπική διαφορά, η οποία μειώνεται με οποιαδήποτε αύξηση των αποδοχών ή απολαβών μέχρι την πλήρη εξίσωσή τους με τις αποδοχές της νέας θέσης. Ο παραπάνω χρόνος αναγνωρίζεται, χωρίς δαπάνη, μετά από αίτηση του υπαλλήλου, για την καταβολή εφάπαξ χρηματικού βοηθήματος, σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 103/1975.

Η μεταφορά του παραπάνω προσωπικού στους αναφερόμενους φορείς και υπηρεσίες γίνεται μέσα στο νομό που υπηρετούσαν πριν από την κατάργηση των Ιδρυμάτων, εκτός αν υποβληθεί αντίθετη αίτηση, η οποία συνεκτιμάται με τις υπηρεσιακές ανάγκες.

Για το έτος, που θα πραγματοποιηθεί η μεταβίβαση, η προκαλούμενη δαπάνη βαρύνει τους προϋπολογισμούς των Ιδρυμάτων, με μεταφορά της σχετικής πίστωσης στους προϋπολογισμούς των φορέων υποδοχής. Για τα επόμενα έτη οι πιστώσεις εγγράφονται στους προϋπολογισμούς των φορέων υποδοχής.

Από την έναρξη της ισχύος των διατάξεων του παρόντος αίρονται οι αποσπάσεις της κάθε κατηγορίας και κλάδου προσωπικού των ανωτέρω νομικών προσώπων, με εξαίρεση τις αποσπάσεις για λόγους συνυπηρέτησης κατά τις διατάξεις των παραγράφων 2 και 3 του άρθρου 7 του Ν. 287/1976, καθώς και τις αποσπάσεις σε παιδικούς ή βρεφονηπιακούς σταθμούς, των οποίων η λειτουργία άρχισε μετά την 1.1.2000.

Άρθρο 9

Ιατροκοινωνικά Κέντρα Παιδικές Πολυκλινικές Π.Ι.Κ.Π.Α.

Από τη δημοσίευση αυτού του νόμου, τα Ιατροκοινωνικά Κέντρα και οι Παιδικές Πολυκλινικές του Π.Ι.Κ.Π.Α., που μεταφέρθηκαν στις υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ. με τη διάταξη του άρθρου 7 παρ. 1 στοιχ. δ' του Ν. 2646/1998, μεταφέρονται στο Π.Σ.Υ.Π. στην Περιφέρεια του οποίου λειτουργούν, μαζί με τα αντίστοιχα περιουσιακά τους στοιχεία, και συγχωνεύονται στις διάφορες αποκεντρωμένες μονάδες παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Με αποφάσεις του Δ.Σ. του Π.Σ.Υ.Π., που εγκρίνονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, προσδιορίζονται οι μονάδες αυτές. Το Δ.Σ. του οικείου Π.Σ.Υ.Π., με απόφασή του που εκδίδεται μέσα σε προθεσμία έξι μηνών από τη δημοσίευση αυτού του νόμου, υποχρεούται στη διενέργεια απογραφής όλων των κινητών και ακινήτων, που κατά τις διατάξεις του προηγούμενου εδαφίου περιέρχονται στην κυριότητα του Π.Σ.Υ.Π. Απόσπασμα της έκθεσης απογραφής, που περιγράφει τα αποκτώμενα κατά κυριότητα από το Π.Σ.Υ.Π. ακίνητα, καθώς και τα λοιπά εμπράγματα δικαιώματα επί των ακινήτων, καταχωρίζεται στελώς στα οικεία βιβλία του υποθηκοφυλακείου.

Οι οργανικές θέσεις του προσωπικού των παραπάνω φορέων μεταφέρονται αυτοδικαίως ως οργανικές θέσεις της αποκεντρωμένης μονάδας του οικείου Π.Σ.Υ.Π., αντίστοιχης κατηγορίας, κλάδου και βαθμού ή ειδικότητας μαζί με το προσωπικό που τις κατέχει. Για τη μεταφορά αυτή εκδίδεται διαπιστωτική πράξη του Προέδρου του οικείου Π.Σ.Υ.Π., που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Μέχρι την κατάργηση του Ε.Ο.Κ.Φ., οι δαπάνες των παραπάνω φορέων εξακολουθούν να βαρύνουν τον προϋπολογισμό του.

Από την ημέρα κατάργησης του Ε.Ο.Κ.Φ., οι πιστώσεις του προϋπολογισμού του Ε.Ο.Κ.Φ. (Π.Ι.Κ.Π.Α.), που αφορούν τις δαπάνες των παραπάνω μονάδων, μεταφέρονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας στους προϋπολογισμούς των οικείων Π.Σ.Υ.Π., ανάλογα με τις μονάδες που συγχωνεύονται και το προσωπικό που μεταφέρεται σε κάθε Π.Σ.Υ.Π.

Άρθρο 10

Εθνικό Παρατηρητήριο Ατόμων με Αναπηρίες

1. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία "Εθνικό Παρατηρητήριο Ατόμων με Αναπηρίες"

(Ε.ΠΑ. - ΑμεΑ) και έδρα την Αθήνα. Το νομικό αυτό πρόσωπο εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

2. Σκοποί του Ε.ΠΑ. - ΑμεΑ είναι:

α) Η συστηματική έρευνα, ανάλυση και παρουσίαση των εξελίξεων και των τάσεων, σχετικά με τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες στην Ελλάδα και διεθνώς.

β) Η προώθηση και ο έλεγχος της εφαρμογής μέτρων και προγραμμάτων που πραγματοποιούνται για τα άτομα με αναπηρίες, με σκοπό την ενεργό και ισότιμη συμμετοχή τους στην οικονομική και κοινωνική ζωή της χώρας.

γ) Ο έλεγχος της εφαρμογής προδιαγραφών και προτύπων σχετικών με την πρόσβαση των ατόμων με αναπηρίες στο φυσικό και δομημένο περιβάλλον, τις μεταφορές, τις επικοινωνίες, την κοινωνία της πληροφορίας, την εκπαίδευση, την εργασία, την ψυχαγωγία και τον αθλητισμό και η υποβολή σχετικών παρατηρήσεων και προτάσεων στους αρμόδιους φορείς.

δ) Η υποστήριξη της έρευνας για την ανάπτυξη τεχνολογιών και βοηθημάτων που αφορούν σε άτομα με αναπηρίες.

ε) Η υποβολή εισηγήσεων για θέματα που αφορούν την εθνική νομοθεσία και την εναρμόνισή της με τις συστάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών.

στ) Η επιστημονική υποστήριξη δημόσιων και ιδιωτικών φορέων, σχετικά με ζητήματα που αφορούν άτομα με αναπηρίες και

ζ) Η δημιουργία και συνεχής ανανέωση τράπεζας πληροφοριών με βάσεις δεδομένων για τις δράσεις και τα έργα, τα στατιστικά στοιχεία και τους δείκτες που αφορούν στα άτομα με αναπηρίες στην Ελλάδα και διεθνώς.

3. Το Ε.ΠΑ. - ΑμεΑ διοικείται από εννεαμελές Διοικητικό Συμβούλιο. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας συγκροτείται το Διοικητικό Συμβούλιο, ορίζονται ο πρόεδρος, ο αντιπρόεδρος και τα αναπληρωματικά μέλη. Το Συμβούλιο αποτελείται από:

α) Έναν υπάλληλο της Γενικής Διεύθυνσης Πρόνοιας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με βαθμό Γενικού Διευθυντή ή Διευθυντή.

β) Έναν υπάλληλο του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, με βαθμό Γενικού Διευθυντή ή Διευθυντή, που υποδεικνύεται από τον Υπουργό Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης.

γ) Έναν εκπρόσωπο του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών, που υποδεικνύεται από το Διοικητικό του Συμβούλιο.

δ) Έναν εκπρόσωπο της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρίες, που υποδεικνύεται από το Διοικητικό της Συμβούλιο.

ε) Έναν επιστήμονα με εξειδίκευση στους τομείς της κοινωνικής πολιτικής και της προστασίας των ανθρωπίνων και κοινωνικών δικαιωμάτων, που υποδεικνύεται από την Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος.

στ) Έναν εκπρόσωπο του Ιδρύματος Τεχνολογίας και Έρευνας, που υποδεικνύεται από τον Πρόεδρο αυτού.

ζ) Έναν υπάλληλο του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους, που υποδεικνύεται από τον Υπουργό Οικονομίας και Οικονομικών.

η) Έναν επιστήμονα με εξειδίκευση στους τομείς της κοινωνικής πολιτικής και της προστασίας των ανθρωπίνων και κοινωνικών δικαιωμάτων, μέλος ΔΕΠ Πανεπιστη-

μίου ή Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος, που ορίζει ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας.

θ) Έναν εκπρόσωπο της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Συλλόγων Γονέων και Κηδεμόνων Ατόμων Με Αναπηρίες (ΠΟΣΓΚΑΜΕΑ).

Το μέλος της περίπτωσης α' ορίζει ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας.

Η θητεία του Συμβουλίου ορίζεται τριετής. Οι εκπρόσωποι και οι αναπληρωτές τους προτείνονται από τους αρμόδιους φορείς, μέσα σε αποκλειστική προθεσμία ενός μήνα από την αποστολή σχετικού εγγράφου του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

4. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ρυθμίζονται τα θέματα που αφορούν την οργάνωση και λειτουργία, τη διοίκηση, την άσκηση και κατανομή αρμοδιοτήτων, τον τρόπο λήψης των αποφάσεων, τους πόρους, τη διαχείριση, τον αριθμό των οργανικών θέσεων και τα πρόσθετα προσόντα του απαραίτητου για τη λειτουργία του Ε.ΠΑ. - ΑμεΑ προσωπικού κατά κλάδο και ειδικότητα, τη διάρθρωση των υπηρεσιών, τον τρόπο πρόσληψης και τα θέματα υπηρεσιακής κατάστασης του προσωπικού, την ίδρυση περιφερειακών παραρτημάτων και κάθε ζήτημα σχετικό με την οργάνωση και λειτουργία του Ε.ΠΑ. - ΑμεΑ.

5. Το Διοικητικό Συμβούλιο συνεδριάζει τακτικά μια φορά το μήνα και έκτακτα όποτε το ζητήσει ο Πρόεδρος, βρίσκεται δε σε απαρτία όταν είναι παρόντα τουλάχιστον τέσσερα από τα μέλη του. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται αποζημίωση για έξοδα παράστασης και κίνησης για τον Πρόεδρο, τα μέλη του Δ.Σ. και τους υπαλλήλους που ασκούν καθήκοντα γραμματέα.

6. Για τη στελέχωση των υπηρεσιών του Ε.ΠΑ. - ΑμεΑ και για μία διετία από τη δημοσίευση αυτού του νόμου επιτρέπεται η απόσπαση προσωπικού που υπηρετεί στο Δημόσιο και στον ευρύτερο δημόσιο τομέα, όπως αυτός καθορίζεται εκάστοτε, καθώς και προσωπικού που υπηρετεί στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης Α' βαθμού. Η απόσπαση γίνεται, μετά από αίτηση του ενδιαφερομένου, με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, ύστερα από γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου του φέρει στον οποίο ανήκει ο υπάλληλος και του Δ.Σ. του Ε.ΠΑ. - ΑμεΑ. Η δαπάνη των αποδοχών των αποσπασμένων βαρύνει το Ε.ΠΑ. - ΑμεΑ. Ο χρόνος της απόσπασης λογίζεται ότι έχει διανυθεί στην οργανική θέση του υπαλλήλου για όλες τις συνέπειες.

Άρθρο 11

Προγραμματικές Συμβάσεις - Προγράμματα Κοινωνικής Φροντίδας - Ειδικά Προγράμματα Εθελοντισμού

1. Επιτρέπεται να συνάπτονται προγραμματικές συμβάσεις μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, των λοιπών Υπουργείων, των Περιφερειών, των Π.ε.Σ.Υ.Π., του Ε.Κ.Α.Κ.Β. και των Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού, καθώς και μεταξύ αυτών και οποιουδήποτε δημόσιου ή ιδιωτικού φορέα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που έχει ειδικώς πιστοποιηθεί σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 2646/1998 ή μη κυβερνητικής οργάνωσης εγγεγραμμένης στο ειδικό μητρώο που τηρείται, κατά τις διατάξεις του άρθρου 12 του ίδιου νόμου, από το Τμήμα Ανάπτυξης Εθελοντισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Στις προγραμματικές συμβάσεις καθορίζονται το περιεχόμενο του προγράμματος, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις των συμβαλλομένων, τα της χρηματοδότησης, ο χρόνος ισχύος της σύμβασης, η διαδικασία παρακολούθησης και κάθε άλλο σχετικό θέμα.

Οι συμβαλλόμενοι φορείς για την εκτέλεση των προγραμματικών συμβάσεων μπορεί να χρηματοδοτούνται από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό και από τους προϋπολογισμούς τους.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται τα κριτήρια, οι όροι και κάθε σχετική λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων αυτής της παραγράφου.

2. Με τις προγραμματικές συμβάσεις επιδιώκεται ο συντονισμός δράσης και η αποτελεσματικότερη παρέμβαση σε κοινούς τομείς αρμοδιοτήτων, ιδίως όσον αφορά την κοινωνική επανένταξη και ενσωμάτωση ατόμων και ομάδων, καθώς και η μελέτη και εκτέλεση προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας και ειδικών προγραμμάτων εθελοντισμού.

3. Οι αποκεντρωμένες μονάδες κοινωνικής φροντίδας των Π.Σ.Υ.Π. μπορούν να οργανώνουν και να θέτουν σε λειτουργία υπηρεσίες, που συμβάλλουν στην αποϊδρυματοποίηση, αποκατάσταση και επανένταξη των ατόμων με αναπηρίες, όπως ξενώνες, προστατευόμενα ή νοικοκυριά διαμερίσματα, προστατευόμενα εργαστήρια και εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης και επανένταξης.

Στους ξενώνες παρέχεται στέγη, θεραπεία, κοινωνική στήριξη, καλλιτεχνικές, πολιτιστικές και άλλες υπηρεσίες. Στα προστατευόμενα διαμερίσματα παρέχονται υπηρεσίες ήπιας θεραπείας, παρακολούθηση και εποπτεία περιορισμένης μορφής από προσωπικό του οικείου φορέα. Στα προστατευόμενα εργαστήρια και στα εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης παρέχονται υπηρεσίες εκμάθησης επαγγελματικών δεξιοτήτων με σκοπό την αυτονομία, την κοινωνική επανένταξη και την επαγγελματική αποκατάσταση ατόμων με αναπηρίες. Το προσωπικό που απαιτείται για τη λειτουργία των εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης και εκπαίδευσης προσλαμβάνεται στα πλαίσια συγκεκριμένων προγραμμάτων.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις και ο τρόπος οργάνωσης των παραπάνω υπηρεσιών και ρυθμίζεται κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων αυτής της παραγράφου.

Άρθρο 12

Ερανικά Συστήματα Μακράς Διάρκειας

1.α. Ερανικό Σύστημα Μακράς Διάρκειας (Ε.Σ.Μ.Δ.) αποτελεί κάθε μορφή ανάπτυξης δικτύων συλλογής χρημάτων, μέσω συσκευών ή κατά οποιονδήποτε άλλον πρόσφορο τρόπο για χρονικό διάστημα από μία εβδομάδα μέχρι έξι μήνες. Τα Ε.Σ.Μ.Δ. αναπτύσσονται σε δημόσιους χώρους είτε σε όλη την επικράτεια είτε σε ορισμένες περιφέρειες αυτής.

β. Με κοινές αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και των κατά περίπτωση αρμόδιων Υπουργών ρυθμίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις έκδοσης αδειών Ε.Σ.Μ.Δ., η χρονική διάρκειά τους και οι διαδικασίες δια-

μόρφωσης, εγκατάστασης και λειτουργίας, καθώς και συλλογής, καταγραφής, αξιοποίησης και ελέγχου των πόρων αυτών. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη χορήγηση άδειας Ε.Σ.Μ.Δ. αποτελεί η προηγούμενη γνώμη του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας.

2. Τα Ε.Σ.Μ.Δ. επιτρέπεται να οργανώνονται:

(1) Από διεθνείς οργανισμούς και οργανώσεις μη κυβερνητικού χαρακτήρα που έχουν παραρτήματα στην Ελλάδα και δεν επιχορηγούνται τακτικά από οποιαδήποτε πηγή του εσωτερικού ή του εξωτερικού.

(2) Από την Εκκλησία.

(3) Από συνομοσπονδίες ή ομοσπονδίες συλλόγων ή φορέων που λειτουργούν και δραστηριοποιούνται στην Ελληνική Επικράτεια σύμφωνα με την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία, εφόσον έχουν ως σκοπό την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης, κοινωνικής ένταξης και οργάνωσης σχετικών εκδηλώσεων και τους χορηγηθεί η σχετική άδεια.

(4) Από οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης πρώτου και δεύτερου βαθμού. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να χορηγούνται άδειες Ε.Σ.Μ.Δ. στους Ο.Τ.Α. πρώτου και δεύτερου βαθμού, για άνοιγμα λογαριασμών σε τραπεζικά ιδρύματα που έχουν συσταθεί και λειτουργούν νομίμως εντός της Ελληνικής Επικράτειας, με αποκλειστικό σκοπό την αξιοποίηση των εσόδων που θα προκύψουν για την κάλυψη των τοπικών αναγκών που απορρέουν από τις συγκεκριμένες έκτακτες ανάγκες ή ειδικές καταστάσεις και οι οποίες προσδιορίζονται στην απόφαση αυτή.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εξωτερικών και Υ-

γείας και Πρόνοιας επιτρέπεται να χορηγούνται άδειες προς διενέργεια Ε.Σ.Μ.Δ. ή για το άνοιγμα λογαριασμών σε τραπεζικά ιδρύματα, που λειτουργούν εντός της Ελληνικής Επικράτειας, σε πρεσβείες ή προξενεία ξένων χωρών, που είναι διαπιστευμένες νομίμως στην Ελληνική Δημοκρατία, ή στις Ελληνικές πρεσβείες ή προξενεία στη δοκιμαζόμενη χώρα, για αντιμετώπιση έκτακτων κοινωνικών αναγκών ή ειδικών καταστάσεων, με αποκλειστικό σκοπό την αξιοποίηση των εσόδων που θα προκύψουν για την κάλυψη των αναγκών, που απορρέουν από τις συγκεκριμένες έκτακτες ανάγκες ή ειδικές καταστάσεις.

4. Κάθε διοργανωτής, από αυτούς που αναφέρονται στις παραγράφους 2 και 3 του άρθρου αυτού, επιτρέπεται να λαμβάνει μέχρι τρεις φορές άδεια ανάπτυξης Ε.Σ.Μ.Δ. κατά τη διάρκεια μίας πενταετίας.

5. Επιτρέπεται η διενέργεια ραδιοηλεκτρονικών ερανικών συστημάτων. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Υγείας και Πρόνοιας και Τύπου και Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του Εθνικού Ραδιοηλεκτρονικού Συμβουλίου, ρυθμίζονται οι φορείς διενέργειας του εράνου, οι όροι, οι προϋποθέσεις, οι διαδικασίες, η χρονική διάρκεια, ο τρόπος ελέγχου και αξιοποίησης των εσόδων, καθώς και κάθε άλλο σχετικό θέμα για την έκδοση αδειών οργάνωσης των ερανικών αυτών συστημάτων.

Άρθρο 13

Προγράμματα "Βοήθεια στο Σπίτι"

1. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εγκρίνει, συντονίζει και εποπτεύει τα προγράμματα "Βοήθεια στο Σπίτι".

Σκοπός των προγραμμάτων "Βοήθεια στο Σπίτι" είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων, καθώς και των στόμων που αντιμετωπίζουν πρόσκαιρα ή μόνιμα κοινωνικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας ή αναπηρίας.

Τα προγράμματα "Βοήθεια στο Σπίτι" έχουν ιδίως ως περιεχόμενο:

α. Τη διερεύνηση, καταγραφή, επεξεργασία και μελέτη των αναγκών των κατηγοριών που αναφέρονται στο προηγούμενο εδάφιο και την κοινωνική χαρτογράφησή τους.

β. Την κάλυψη βασικών αναγκών των εξυπηρετούμενων με την οργάνωση και συστηματική παροχή υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας, ψυχοκοινωνικής στήριξης, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και οικογενειακής βοήθειας.

γ. Την ενημέρωση των εξυπηρετούμενων για τα δικαιώματά τους και την επαφή τους με τις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας - πρόνοιας.

δ. Τη διευκόλυνση των εξυπηρετούμενων για τη συμμετοχή τους στις θρησκευτικές, πολιτιστικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες.

2. Προγράμματα "Βοήθεια στο Σπίτι" μπορούν να υποβάλλουν για έγκριση, στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, οι παρακάτω φορείς:

α) Υπηρεσίες Υπουργείων και Περιφερειών, β) Ν.Π.Δ.Δ., γ) Ν.Π.Ι.Δ., ειδικώς πιστοποιημένα σύμφωνα με το άρθρο 5 του Ν. 2646/1998, δ) οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού και οι επιχειρήσεις τους και ε) η Εκκλησία, οι οργανωτικές υποδιαιρέσεις και φορείς της. Τα προγράμματα "Βοήθεια στο Σπίτι" εγκρίνονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, εφόσον ο φορέας καλύπτει όλες τις απαιτούμενες προϋποθέσεις για την ομαλή πραγματοποίηση του προγράμματος.

Η εφαρμογή του προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι" τελεί υπό την εποπτεία της αρμόδιας Διεύθυνσης του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, η οποία μπορεί να την αναθέτει στο αρμόδιο Τμήμα του οικείου Π.ε.Σ.Υ.Π. ή της οικείας Περιφέρειας.

Με την εγκριτική απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να συγκροτείται και τριμελής Επιτροπή Παρακολούθησης (Ε.Π.) του προγράμματος από υπαλλήλους των αρμόδιων υπηρεσιών. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να ορίζεται αμοιβή για τα μέλη της Επιτροπής Παρακολούθησης, η οποία βαρύνει το φορέα υλοποίησης.

Η Επιτροπή Παρακολούθησης συνεπικουρεί την υπηρεσία που είναι αρμόδια για την εποπτεία του προγράμματος, με την παρακολούθηση της τήρησης των όρων της εγκριτικής απόφασης, την αντιμετώπιση των προβλημάτων εφαρμογής του προγράμματος, σε συνεργασία με τους φορείς υλοποίησης, καθώς και με τη σύνταξη εκθέσεων προόδου και αξιολόγησης του όλου προγράμματος.

Προϋπόθεση έγκρισης προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι" αποτελεί η διάθεση των απαιτούμενων οικονομικών πόρων από το φορέα υλοποίησης. Επικουρικά, τα προγράμματα επιτρέπεται να ενισχύονται από κρατικούς ή άλλους φορείς.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση

συναρμόδιου Υπουργού καθορίζεται ο τρόπος και το ύψος της εκάστοτε επιχορήγησης.

Τα υφιστάμενα προγράμματα "Βοήθεια στο Σπίτι" εξακολουθούν να εφαρμόζονται μέχρι τη λήξη τους με τις ισχύουσες μέχρι τη δημοσίευση αυτού του νόμου διατάξεις.

Άρθρο 14

Παιδικές Εξοχές Κρατικού Προγράμματος

Η οργάνωση και η λειτουργία των Παιδικών Εξοχών του Κρατικού Προγράμματος, που αποτελούσε αρμοδιότητα του Ν.Ι.Κ.Π.Α., ανατίθεται από το έτος 2003 στις οικείες Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις ή σε νομικά πρόσωπα που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας είναι αρμόδιο για το γενικό σχεδιασμό του ετήσιου κρατικού κατασκηνωτικού προγράμματος. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας ορίζονται πριν την έναρξη κάθε κατασκηνωτικής περιόδου και το αργότερο μέχρι την 31η Μαρτίου, οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις στις οποίες ανατίθεται η οργάνωση και η λειτουργία των παιδικών εξοχών. Με τις ίδιες αποφάσεις καθορίζεται ο τρόπος διοίκησης και λειτουργίας της παιδικής εξοχής, οι κατηγορίες και ο αριθμός των φιλοξενουμένων, ο αριθμός κατά ειδικότητα του προσωπικού που απαιτείται για τη λειτουργία της, η πρόσληψη του εποχιακού προσωπικού, η τοποθεσία, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια. Στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας εγγράφονται κάθε έτος πιστώσεις για τη λειτουργία των παιδικών εξοχών, οι οποίες μεταβιβάζονται στους προϋπολογισμούς των οικείων Περιφερειών για την επιχορήγηση των εξουσιοδοτημένων για το σκοπό αυτών Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων ή νομικών προσώπων.

Το προσωπικό που υπηρετεί στις παραπάνω κατασκηνώσεις μετατάσσεται στις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις, με μεταφορά της θέσης του και ανάλογη κατά τα λοιπά εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 3 του άρθρου 19 του Ν. 2646/1998.

Άρθρο 15

Προγράμματα διερμηνείας στη νοηματική γλώσσα

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να ανατίθεται στην Ομοσπονδία Κωφών Ελλάδος η εκπόνηση και εφαρμογή προγραμμάτων για την παροχή διερμηνείας στη νοηματική γλώσσα σε κωφά άτομα, για την κάλυψη αναγκών επικοινωνίας αυτών των στόμων με δημόσιες, δικαστικές και άλλες αρχές. Στον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας εγγράφονται κάθε χρόνο πιστώσεις για την κάλυψη αυτών των δαπανών. Το περιεχόμενο των προγραμμάτων, ο τρόπος πραγματοποίησής τους και κάθε άλλη λεπτομέρεια καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 16

Επέκταση του προγράμματος οικονομικής ενίσχυσης ανασφάλιστων τετραπληγικών - παραπληγικών σε ασφαλισμένους του Δημοσίου

Η οικονομική ενίσχυση που χορηγείται από το πρόγραμμα ανασφάλιστων τετραπληγικών - παραπληγικών

και ακρωτηριασμένων ατόμων, που προβλέπεται και ρυθμίζεται από τις υπ' αριθμ. 115750/3006 (ΦΕΚ 572 Β', 16.9.1981), Γ4/Φ298/οικ.1931 (ΦΕΚ 724 Β', 30.9.1982), Γ4α/Φ29/1499 (ΦΕΚ 366 Β', 30.6.1983) κοινές υπουργικές αποφάσεις, όπως ισχύουν, επεκτείνεται και στους ακρωτηριασμένους που είναι ασφαλισμένοι άμεσα ή έμμεσα στο Δημόσιο, εργαζόμενους και συνταξιούχους, σύμφωνα με τα όσα ισχύουν στο πρόγραμμα τετραπληγικών - παραπληγικών ασφαλισμένων Δημοσίου, όπως αυτό ορίζεται με το άρθρο 3 του ν.1284/1982 (ΦΕΚ 114 Α') και την 61384/1638 (ΦΕΚ 324 Β', 1983) Κ.Υ.Α., όπως τροποποιήθηκε και ισχύει μέχρι σήμερα. Ακρωτηριασμένοι με διπλό ακρωτηριασμό εντάσσονται στο πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης τετραπληγικών - παραπληγικών, ενώ όσοι έχουν μονό ακρωτηριασμό εντάσσονται στο πρόγραμμα της βαριάς κινητικής αναπηρίας.

Οι ακρωτηριασμένοι που θα εντάσσονται στα προγράμματα οικονομικών ενισχύσεων ακρωτηριασμένων ανασφαλιστών και ασφαλισμένων του Δημοσίου πρέπει να έχουν παθολογοανατομικό ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67% προερχόμενο από ακρωτηριασμό.

Κατά τα λοιπά ισχύουν οι όροι και οι προϋποθέσεις χορήγησης των οικονομικών ενισχύσεων, όπως αυτές ρυθμίζονται από τις ανωτέρω αναφερόμενες Κ.Υ.Α.

Άρθρο 17

Ξενώνες Νοσηλευτικής Φροντίδας και Ανακουφιστικής Αγωγής Ασθενών

Κοινωφελή ιδρύματα, καθώς και λοιπά νομικά πρόσωπα και ενώσεις προσώπων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα επιτρέπεται, μετά από άδεια της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, να ιδρύουν και λειτουργούν "Ξενώνες Νοσηλευτικής Φροντίδας και Ανακουφιστικής Αγωγής Ασθενών", με σκοπό τη φροντίδα ασθενών που έχουν εξαντλήσει κάθε θεραπευτικό χειρισμό στο νοσοκομείο και χρειάζονται μόνο ανακουφιστική αγωγή και νοσηλευτική φροντίδα.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημόσιων Έργων, με την επιφύλαξη των διατάξεων του Γενικού Οικοδομικού Κανονισμού και των Ειδικών Οικοδομικών Κανονισμών που ισχύουν στον τόπο ανέγερσης των κτισμάτων, ορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις για την ίδρυση και λειτουργία "Ξενώνων Νοσηλευτικής Φροντίδας και Ανακουφιστικής Αγωγής Ασθενών" και ιδίως:

α. Οι τεχνικές προδιαγραφές των κτιρίων και των μηχανολογικών, ηλεκτρολογικών, υδραυλικών και λοιπών εγκαταστάσεων.

β. Ο απαραίτητος εξοπλισμός και ο αναγκαίος αριθμός ιατρικού και λοιπού εξειδικευμένου προσωπικού.

γ. Οι υπεύθυνοι για τη λειτουργία.

δ. Ο τρόπος άσκησης της εποπτείας και της επιστημονικής αξιολόγησης του έργου των Ξενώνων από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, των Πε.Σ.Υ.Π. και τις οικείες Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις.

ε. Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά και κάθε άλλο σχετικό θέμα.

Άρθρο 18

Εκκρεμείς περιπτώσεις παλαιάς αυτοστέγασης

1. Η εξαμηνιαία προθεσμία που ορίζεται από τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 47 του Ν. 2956/2001 (ΦΕΚ 258 Α') παρατείνεται μέχρι 31 Δεκεμβρίου του έτους 2003.

2. Παρατείνεται για πέντε έτη από τη δημοσίευση του παρόντος η προθεσμία για την υποβολή αίτησης και δικαιολογητικών της παρ. 4 του άρθρου 23 του Ν. 2646/1998.

3. α. Οικήματα του ενός δωματίου, χωρίς οποιονδήποτε βοηθητικό χώρο, τα οποία ανήκουν στην κυριότητα του Ελληνικού Δημοσίου, προορισμένα για τη στεγαστική αποκατάσταση προσφυγικών οικογενειών, κατά τις διατάξεις του Β.Δ. 330/1960 (ΦΕΚ 169 Α') παραχωρούνται στους κατόχους τους με τίμημα ίσο με το 50% της τρέχουσας αξίας του ακινήτου κατά το χρόνο της παραχώρησης, το οποίο θα εξοφληθεί σε δέκα άτοκες εξαμηνιαίες δόσεις.

β. Στις οικογένειες αστών προσφύγων με βασικό προσφυγικό δικαίωμα ή στα μέλη της οικογένειας των αρχικών δικαιούχων, που κατέχουν οίκημα του ενός δωματίου με οριστικό παραχωρητήριο, κατοικούν σε αυτό και έχουν καταλάβει γειτονικά οικήματα τους ενός δωματίου ή παρακείμενους κοινόχρηστους χώρους που ανήκουν στην κυριότητα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, διαμορφώνοντας αυτά σε ενιαίο ακίνητο για τη στέγαση της οικογένειάς τους, παραχωρούνται τα κτίσματα αυτά τα οποία αποτελούν ενιαίο ακίνητο, χωρίς την καταβολή τμήματος, εάν πληρούν τις προϋποθέσεις της κείμενης νομοθεσίας (άρθρο 4 του Β.Δ. 330/1960), ανεξαρτήτως προσφυγικής ιδιότητας των μελών της οικογένειας. Εάν δεν πληρούν τις παραπάνω προϋποθέσεις του νόμου, θα καταβληθεί τίμημα ίσο με το 50% της τρέχουσας αξίας του ακινήτου κατά το χρόνο της παραχώρησης, το οποίο θα εξοφληθεί σε δέκα άτοκες εξαμηνιαίες δόσεις. Στις περιπτώσεις που έχει καταληφθεί κοινόχρηστος χώρος, η παραχώρηση μπορεί να συντελεστεί μόνο όταν το επιτρέπουν οι ισχύουσες πολεοδομικές διατάξεις.

Άρθρο 19

Ρύθμιση ειδικών θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας

1. Η διαχείριση των κονδυλίων που απατούνται για το σύνολο των δράσεων του Ευρωπαϊκού Έτους ΑμεΑ - 2003, το οποίο ανακηρύχθηκε με την 2001/903/ΕΚ Απόφαση του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης της 3ης Δεκεμβρίου 2001, συμπεριλαμβανομένης και της εναρκτήριας εκδήλωσης, θα πραγματοποιηθεί μέσω του 26298/0 "Ειδικού Λογαριασμού για προγράμματα Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες" (άρθρο 50 του Ν. 2082/1992, ΦΕΚ 158 Α'/21.9.1992), σύμφωνα με τις ισχύουσες εκάστοτε διατάξεις. Για το σκοπό αυτόν, ο ανωτέρω ειδικός λογαριασμός πιστώνεται με εθνικούς πόρους, καθώς και με τους προερχόμενους από την Ευρωπαϊκή Ένωση, σχετικού με το "Ευρωπαϊκό Έτος ΑμεΑ - 2003" πόρους.

2. Από την παράγραφο 4 του άρθρου 7 του Ν. 1137/1981 "Περί νοσηλείας και κοινωνικής προστασίας των Χανσενικών ασθενών" (ΦΕΚ 60 Α') καταργείται το εδάφιο "Οι Χανσενικοί ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στην κλινική του Κέντρου Χανσενικών του Νοσοκομείου Λοιμωδών Νόσων ή κατ' οίκον παίρνουν το ανωτέρω επίδομα προσαυξημένο κατά 50%, εφόσον δεν μπορούν να εργασθούν εξαιτίας της ασθένειας."

3. Δεν καταβάλλεται συμμετοχή από τους ασφαλισμένους του Δημοσίου στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης των τέκνων τους, που πάσχουν από νεοπλασματική ή μη νεοπλασματική ασθένεια και υποβάλλονται σε μετα-

μόσχευση ήπατος στο εξωτερικό. Διαγράφονται ποσά που δεν έχουν εισπραχθεί από καταλογισμούς σε βάρους ασφαλισμένων, για συμμετοχή τους σε δαπάνες αυτής της κατηγορίας και καταλογισμοί που δεν έχουν εκτελεστεί παύουν να ισχύουν.

4. Οι δαπάνες που έγιναν κατ' εφαρμογή των παρακάτω κοινών αποφάσεων των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας: 1) Γ3β/3287/9.12.1999, 2) Γ3/2332/15.12.1999, 3) Γ3/3370/21.12.1999, 4) Γ3α/3370α/21.12.1999, 5) Γ3α/οικ. 555/17.2.2000, 6) Γ3β/986/29.3.2000, 7) Π2α/698/28.6.2000, 8) Π2α/3091/12.3.2000, 9) Π2α/οικ.2479/ 6.8.2001 είναι νόμιμες.

5. Ο τρόπος, η διαδικασία και γενικά τα θέματα πραγματοποίησης της άσκησης προσαρμογής και της διενέργειας της δοκιμασίας επάρκειας, καθώς και η ρύθμιση κάθε αναγκαίας λεπτομέρειας για την αναγνώριση της επαγγελματικής εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 2 έως 8 του Π.Δ. 231/1998 (ΦΕΚ 178 Α'), ρυθμίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Πρόνοιας.

6. Το άρθρο 8 του Ν. 2072/1992 "Ρύθμιση επαγγέλματος ειδικού τεχνικού προσθετικών και ορθωτικών κατασκευών και λοιπών ειδών αποκατάστασης και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 125 Α') καταργείται.

7. Η προβλεπόμενη από τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 17 και της παρ. 2 του άρθρου 19 του Π.Δ. 235/2000 (ΦΕΚ 199 Α') προθεσμία προσαρμογής των ιδιωτικών κλινικών, όπως αυτή έχει παραταθεί με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 15 του Ν. 2920/2001 (ΦΕΚ 131 Α') και της παρ. 2 του άρθρου 14 του Ν. 2955/2001 (ΦΕΚ 256 Α'), παράτείνεται μέχρι 31.12.2003. Η ισχύς της διάταξης της δεύτερης περιόδου της παρ. 1 του άρθρου 18 του Π.Δ. 235/2000 αρχίζει από 31.12.2003.

8. α. Η προκήρυξη για την πλήρωση θέσεων κλάδων νοσηλευτικού προσωπικού, τεχνολόγων ιατρικών εργαστηρίων, παρασκευαστών, ραδιολογίας - ακτινολογίας, χειριστών - εμφανιστών, χειριστών ιατρικών συσκευών, χειριστών ιατρικών μηχανημάτων, πληρωμάτων ασθενοφόρων, κοινωνικών λειτουργών, φυσικοθεραπευτών, βρεφονηπιοκόμων και εργοθεραπευτών σε αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ.Π., νοσοκομεία της παρ. 10 του άρθρου 13 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α'), καθώς και στο Ε.Κ.Α.Β., γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται μετά την εγκριτική απόφαση της τριμελούς Επιτροπής της παρ. 1 του άρθρου 2 της Π.Υ.Σ. 55/1998 (ΦΕΚ 252 Α', 12.11.1998), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει. Δεν απαιτείται απόφαση εγκρίσεως από την τριμελή Επιτροπή της παρ. 1 του άρθρου 2 της Π.Υ.Σ. 55/1998, αν οι θέσεις των ανωτέρω κλάδων έχουν κενωθεί, για οποιονδήποτε λόγο, πριν της μετάταξης, οπότε η προκήρυξη εκδίδεται μέχρι το τέλος του επόμενου έτους κατά το οποίο η θέση κενώθηκε.

β. Η προκήρυξη του Υπουργού δημοσιεύεται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τις προκηρύξεις του Α.Σ.Ε.Π. Η προκήρυξη αποστέλλεται, πριν από τη δημοσίευσή της, στο Α.Σ.Ε.Π., το οποίο οφείλει να την ελέγξει από άποψη νομιμότητας εντός δέκα ημερών. Αν παρέλθει άπρακτη η προθεσμία των δέκα ημερών, τεκμαίρεται η σύμφωνη γνώμη του Α.Σ.Ε.Π.

γ. Η κατάταξη των υποψηφίων σε πίνακες σειράς προτεραιότητας γίνεται σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στο

άρθρο 18 του Ν. 2190/1994, όπως εκάστοτε ισχύει. Η κατάρτιση των πινάκων γίνεται από τριμελείς Επιτροπές που συγκροτούνται από τον Γενικό Γραμματέα της κάθε Περιφέρειας. Με τις αποφάσεις συγκρότησης ορίζονται μέχρι δύο γραμματείς για κάθε Επιτροπή. Μέλη και γραμματείς των Επιτροπών, με τους αναπληρωτές τους, ορίζονται μόνιμοι υπάλληλοι κατηγορίας ΠΕ της Περιφέρειας ή άλλων δημόσιων υπηρεσιών ή Ν.Π.Δ.Δ. της έδρας της Περιφέρειας. Στους Προέδρους, στα μέλη και στους γραμματείς των Επιτροπών καταβάλλεται αποζημίωση που καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας.

δ. Μετά την επεξεργασία των αιτήσεων από την Επιτροπή και την κατάρτιση των πινάκων των υποψηφίων, οι πίνακες αποστέλλονται στο Α.Σ.Ε.Π., το οποίο ασκεί έλεγχο αυτεπαγγέλτως ή κατ' ένσταση υποψηφίων. Μετά τον έλεγχο, η Επιτροπή κατάρτιζε τους πίνακες διοριστέων, οι οποίοι αποστέλλονται για δημοσίευση στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (τεύχος προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.) με φροντίδα των Γενικών Γραμματέων.

ε. Σε περιπτώσεις επιτακτικών υπηρεσιακών αναγκών, εφόσον υπάρχει πλήρης, επαρκής και ειδική απιολογία, επιτρέπεται η απασχόληση με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου των περιλαμβανομένων στον πίνακα κατάταξης, κατά σειρά εγγραφής τους, και πριν τον αυτεπάγγελτο ή κατ' ένσταση έλεγχο του Α.Σ.Ε.Π. και την έκδοση των αποφάσεων διορισμού ή πρόσληψης. Οι απασχολούμενοι με τον τρόπο αυτόν πριν από την έναρξη της απασχόλησης οφείλουν να προσκομίζουν τους απαιτούμενους πύλους σπουδών και λαμβάνουν τις αποδοχές που αντιστοιχούν στη θέση νεοπροσλαμβανόμενου υπαλλήλου, χωρίς καμιά προύπηρεσία. Μετά τη δημοσίευση των οριστικών πινάκων διοριστέων, οι τυχόν ήδη απασχολούμενοι που δεν περιλαμβάνονται σε αυτούς αποχωρούν υποχρεωτικώς χωρίς οποιαδήποτε αποζημίωση.

στ. Η προκήρυξη και πρόσληψη του ιατρικού προσωπικού σε αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ.Π., σε νοσοκομεία ειδικού καθεστώτος της παρ. 10 του άρθρου 13 του Ν. 2889/2001, καθώς και στο Ε.Κ.Α.Β., γίνεται με βάση τις διατάξεις του άρθρου 11 του Ν. 2889/2001 και της λοιπής ειδικής διατάξεις που αφορούν την πρόσληψη του προσωπικού αυτού. Σε περίπτωση που οι ανωτέρω θέσεις έχουν κενωθεί για οποιονδήποτε λόγο, πριν της μετάταξης, η προκήρυξη γίνεται μέχρι το τέλος του επόμενου έτους κατά το οποίο η θέση κενώθηκε, χωρίς να απαιτείται εγκριτική απόφαση από την τριμελή Επιτροπή της παρ. 1 του άρθρου 2 της Π.Υ.Σ. 55/1998, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

ζ. Η παράγραφος 2 του άρθρου 24 του Ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96 Α'), όπως συμπληρώθηκε και τροποποιήθηκε από το άρθρο 20 παρ. 23 του Ν. 2738/1999 (ΦΕΚ 180 Α'), το άρθρο 10 παρ. 8 του Ν. 2839/2000 (ΦΕΚ 105 Α') και το άρθρο 13 παρ. 17 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α'), καταργείται.

9. Στο τέλος της παρ. 3 του άρθρου 82 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α'), όπως αυτό συμπληρώθηκε με τις διατάξεις του άρθρου 9 του Ν. 2194/1994 (ΦΕΚ 34 Α') και του άρθρου 20 παρ. 11 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α'), προστίθεται εδάφιο, ως εξής:

"Με την ίδια διαδικασία των προηγούμενων εδαφίων προσλαμβάνεται ως υπεράριθμος έμμισθος για έναρξη ειδικότητας ή συνέχιση της ειδικότητας ο ιατρός σύζυγος

ή ένας συγγενής εξ αίματος, μέχρι δευτέρου βαθμού, ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ., που έχασαν τη ζωή τους κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους."

10. Η παρ. 1 του άρθρου 4 του Ν. 2430/1996 (ΦΕΚ 156 Α'/10.7.1996) τροποποιείται και συμπληρώνεται ως ακολούθως:

"1. Η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρίες και οι οργανώσεις μέλη αυτής επιχορηγούνται για την κάλυψη δαπανών λειτουργίας και εξοπλισμού αυτών από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας από το καθαρό προϊόν του ειδικού λαχείου. Με κοινή υπουργική απόφαση (Κ.Υ.Α.) των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Οικονομίας και Οικονομικών ορίζονται οι προϋποθέσεις και οι διαδικασίες, προκειμένου η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρίες και οι οργανώσεις μέλη αυτής να επιχορηγηθούν από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Για το σκοπό αυτόν ζητούνται οι απόψεις της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρίες, που αποστέλλονται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας μέσα σε ένα (1) μήνα από την περιέλευση σε αυτή του σχετικού ερωτήματος του Υπουργού."

11. Στο τέλος της παρ. 6 του άρθρου 15 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α') προστίθεται το παρακάτω εδάφιο:

"Τα Περιφερειακά Συμβούλια Επιλογής και τα Συμβούλια Αξιολόγησης των Επιμελητών Ιατρών Ε.Σ.Υ., καθώς και τα Συμβούλια Επιλογής και τα Συμβούλια Αξιολόγησης των Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ. είναι αρμόδια και για την επανεξέταση των εκκρεμών υποθέσεων, που κρίθηκαν αρχικά από τα καταργούμενα Συμβούλια Κρίσης και Επιλογής Ιατρικού και Οδοντιατρικού Προσωπικού Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι.) και επανέρχονται μετά από ακυρωτικές αποφάσεις των Διοικητικών Δικαστηρίων ή μετά από αναπομπή τους, κατά τις ισχύουσες διατάξεις, από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας."

12. Στο τέλος της παρ. 8 του άρθρου 11 του Ν. 2889/2001 προστίθεται το παρακάτω εδάφιο:

"Όταν πρόκειται για επιλογή σε θέση Επιμελητών ιατρών/οδοντιάτρων του κλάδου Ε.Σ.Υ. για τη στελέχωση Νοσοκομείων ή Κέντρων Υγείας, που λειτουργούν για πρώτη φορά και δεν έχουν τοποθετηθεί ακόμη ο Διευθυντής της Ιατρικής υπηρεσίας ή ο Διευθυντής του οικείου τμήματος ή του Κέντρου Υγείας, τα μέλη των περιπτώσεων β' και γ' ορίζονται από άλλα Νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας του οικείου Πε.Σ.Υ.Π., με απόφαση του Προέδρου του."

13. Στο τέλος της παρ. 2 του άρθρου 3 του Ν. 2889/2001 προστίθεται το παρακάτω εδάφιο:

"Ο πίνακας προτεραιότητας των υποψηφίων ισχύει για εξ (6) μήνες από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως."

14.α) Η ισχύς της διατάξης της παρ. 4 του άρθρου 1 του Ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α'), που προστέθηκε με την παρ. 3 του άρθρου 11 του Ν. 2955/2001 αρχίζει από 1.1.2005.

β) Οι διατάξεις της παρ. 4β του άρθρου 6 του Ν. 1963/1991 εξακολουθούν να ισχύουν μέχρι 1.6.2003 και αναστέλλεται μέχρι τότε η ισχύς της διατάξης της παρ. 3 του άρθρου 11 του Ν. 2955/2001.

γ) Οι περί αποστάσεων φαρμακείων δεσμευτικές διατάξεις του άρθρου 6 του Ν. 1963/1991 δεν εφαρμόζονται στην περίπτωση που ο αιτών φαρμακοποιός απέκτησε την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος πριν από την κατά την 1.1.1992 έναρξη της ισχύος του παραπάνω νόμου και ζη-

τεί την ίδρυση φαρμακείου σε κατάσταση του οποίου ο ίδιος ή ο σύζυγός του είχε αποκτήσει την κυριότητα ή συγκυριότητα κατά ποσοστό άνω του 50% πριν από την ίδια ημερομηνία. Η σχετική αίτηση υποβάλλεται μέσα σε αποκλειστική προθεσμία έξι (6) μηνών από τη δημοσίευση αυτού του νόμου.

15. Η προβλεπόμενη από τις διατάξεις του πρώτου εδαφίου της παρ. 1 και του πρώτου εδαφίου της παρ. 3 του άρθρου 21 του Π.Δ. 84/2001 (ΦΕΚ 70 Α') διετής προθεσμία προσαρμογής των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, παρατείνεται μέχρι τις 10.4.2005.

Επίσης, η προβλεπόμενη από τις διατάξεις του πρώτου εδαφίου της παρ. 5 του ανωτέρω άρθρου τριετής προθεσμία παρατείνεται μέχρι τις 10.4.2005.

16. Στο τέλος της περίπτωσης β' της παρ. 2 του άρθρου 2 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α') το κόμμα αντικαθίσταται με τελεία και προστίθεται: "Ενα τουλάχιστον από τα πρόσωπα που προτείνει ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας πρέπει να διαθέτει ιδιαίτερη επιστημονική κατάρτιση και δραστηριότητα στον τομέα της Πρόνοιας."

17. Ιατρικό και λοιπό προσωπικό που κατέχει οργανική θέση στο Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς οι "ΑΠΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ" και είναι αποσπασμένο σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. μετατάσσεται σε προσωρινές προσωποπαγείς θέσεις, που συνιστώνται στο νοσοκομείο στο οποίο οι υπάλληλοι είναι αποσπασμένοι με αντίστοιχη προσωρινή μεταφορά της οργανικής θέσης τους. Η μετάταξη γίνεται αυτοδίκαια από την έναρξη του παρόντος νόμου και βεβαιώνεται με διαπιστωτική πράξη του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π. που υπηρετούν. Μεταφέρονται επίσης προσωρινά στα νοσοκομεία υποδοχής οι κενές θέσεις ειδικότητας, εξειδίκευσης και ειδικευμένων ιατρών. Με την επανέναρξη της λειτουργίας του οικείου τμήματος στο υπό ανέγερση νέο Νοσοκομείο οι "ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ", λήγει αυτοδίκαια η προσωρινή μετάταξη του παραπάνω προσωπικού και οι θέσεις που συνιστώνται στο νοσοκομείο υποδοχής επαναφέρονται και προστίθενται στις οργανικές θέσεις του οργανισμού του Νοσοκομείου οι "ΑΠΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ".

Άρθρο 20

1. Επιτρέπεται η κατασκευή επέκτασης των κτιριακών εγκαταστάσεων του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου σύμφωνα με τα από 8/2002 τοπογραφικά διαγράμματα με τα στοιχεία Α-1 και Α-4 του μηχανικού Ζαν Ογκ Πραμπλάν και τα με την ίδια ημεροχρονολογία σχέδια κάλυψης με τα στοιχεία Α-2, Α-3, Α-5, Α-6 και Α-7 του αυτού μηχανικού, αντίτυπα των οποίων δημοσιεύονται σε φωτοσμίικρωση στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, μαζί με τον παρόντα νόμο, συνολικής επιφάνειας έως 7.000 τ.μ. εντός του χώρου που απεικονίζεται στα ανωτέρω τοπογραφικά διαγράμματα.

2. Η παρούσα έγκριση επέχει θέση άδειας της αρμόδιας πολεοδομικής αρχής, καθώς και της προβλεπόμενης από το άρθρο 2 του Π.Δ. 235/2000 σχετικής άδειας.

3. Για τους όρους και περιορισμούς δόμησης και τις πολεοδομικές διατάξεις ορίζονται συντελεστής δόμησης 2,55, επιτρεπόμενο ποσοστό κάλυψης 67% και υλοποιούνται κατά παρέκκλιση των ισχυουσών διατάξεων του Γ.Ο.Κ. και των κανονισμών δόμησης, πλην εκείνων που αφορούν σε θέματα ασφάλειας και αντοχής του κτιρίου (π.χ. πυροπροστασία, ελληνικός αντισεισμικός κανονι-

σμός, σχετικές διατάξεις για τα Α.Μ.Ε.Α. κ.λπ.), καθώς και στην εξασφάλιση θέσεων στάθμευσης. Πριν την έναρξη των οικοδομικών εργασιών είναι υποχρεωτική η σύνταξη των σχετικών μελετών σύμφωνα με τις προδιαγραφές, ως και ο ορισμός επιβλέποντος μηχανικού.

4. Οι σχετικές με την οριστική αρχιτεκτονική μελέτη της επέκτασης διατάξεις του Ν. 1675/1986 παραμένουν σε ισχύ.

Άρθρο 21

Μεταβατικές και τελικές διατάξεις

1. Η ημέρα έναρξης της λειτουργίας κάθε Ν.Π.Δ.Δ. και κάθε υπηρεσιακής μονάδας του Ε.Ο.Κ.Φ., που αναφέρονται στην παρ. 2 του άρθρου 1 αυτού του νόμου, ως αποκεντρωμένης μονάδας παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας του οικείου Πε.Σ.Υ.Π., ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Μέχρι τη δημοσίευση της απόφασης του προηγούμενου εδαφίου και εφόσον αυτή εκδοθεί πριν από την κατάργηση του Ε.Ο.Κ.Φ., η οικεία αποκεντρωμένη μονάδα εξακολουθεί να λειτουργεί με το υφιστάμενο μέχρι τη δημοσίευση αυτού του νόμου νομικό καθεστώς και να διοικείται από το υφιστάμενο Διοικητικό Συμβούλιο. Οι αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ.Π. που προέρχονται από τον Ε.Ο.Κ.Φ. εξακολουθούν να λειτουργούν ως υπηρεσιακές μονάδες αυτού μέχρι τη δημοσίευση της υπουργικής απόφασης για την έναρξη της λειτουργίας τους.

Σε περίπτωση που θα προηγηθεί η κατάργηση του Ε.Ο.Κ.Φ., μέχρι την έκδοση της απόφασης για την έναρξη της λειτουργίας τους, οι παραπάνω μονάδες κοινωνικής φροντίδας διοικούνται από το Δ.Σ. του οικείου Πε.Σ.Υ.Π., το οποίο μπορεί με αποφάσεις του να αναθέτει προσωρινά καθήκοντα στο υπάρχον προσωπικό, εφόσον δεν έχει ακόμη εκδοθεί ο οργανισμός της μονάδας.

Από την ημέρα κατάργησης του Ε.Ο.Κ.Φ. και μέχρι τη σύσταση Υπηρεσίας Δημοσιονομικού Ελέγχου (Υ.Δ.Ε.) για τις αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ.Π. που προέρχονται από τον Ε.Ο.Κ.Φ., η αναγνώριση και εκκαθάριση των δαπανών τους γίνεται από τα όργανα που είναι αρμόδια για την αναγνώριση και εκκαθάριση των δαπανών της Κεντρικής Υπηρεσίας του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. Αξιώσεις των υπαλλήλων του Ε.Ο.Κ.Φ. που αφορούν μισθολογικά θέματα ασκούνται και τυχόν εκκρεμείς δίκες συνεχίζονται κατά του φορέα στον οποίο οι εν λόγω υπάλληλοι μεταφέρονται ή μετατάσσονται.

Τα Ν.Π.Δ.Δ. που αναφέρονται στην παρ. 2 του άρθρου 1 του νόμου αυτού και μετατρέπονται σε υπηρεσιακές μονάδες των Πε.Σ.Υ.Π., με εξαίρεση τον Ε.Ο.Κ.Φ., για τον οποίο ισχύουν οι προαναφερόμενες στην παρούσα παράγραφο διατάξεις, εξακολουθούν να διέπονται και να λειτουργούν με το υφιστάμενο νομικό καθεστώς μέχρι την έκδοση της απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που αναφέρεται στο πρώτο εδάφιο της παραγράφου αυτής.

2. Η κατάρτιση και εκτέλεση του προϋπολογισμού, καθώς και η αναγνώριση, εκκαθάριση και εντολή πληρωμής των δαπανών των φορέων της παρ. 2 του άρθρου 1 αυτού του νόμου μετά την έναρξη της λειτουργίας τους ως μονάδων κοινωνικής φροντίδας των Πε.Σ.Υ.Π., γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.Δ. 496/1974. Για την ενσωμάτωση και την εντολή πληρωμής των εξόδων εξακολουθεί

να είναι αρμόδια η υφιστάμενη για κάθε φορέα Υπηρεσία Δημοσιονομικού Ελέγχου. Μέχρι τη σύσταση Υπηρεσίας Δημοσιονομικού Ελέγχου για καθέναν από τους παραπάνω φορείς ή για ομάδα των παραπάνω φορέων που δεν έχουν τέτοια υπηρεσία, η εκκαθάριση και η εντολή πληρωμής των δαπανών γίνεται από την Υπηρεσία Δημοσιονομικού Ελέγχου που είναι αρμόδια για τις δαπάνες της Κεντρικής Υπηρεσίας του οικείου Πε.Σ.Υ.Π.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να αντικαθίσταται ο Πρόεδρος ή άλλο μέλος του Δ.Σ. ή οποιοδήποτε άλλο όργανο Διοίκησης του Ε.Ο.Κ.Φ. και των φορέων της παρ. 2 του άρθρου 1 αυτού του νόμου, κατά τη διάρκεια της μεταβατικής περιόδου.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας οι πιστώσεις του προϋπολογισμού του Ε.Ο.Κ.Φ., που αφορούν δαπάνες για το διάστημα από την κατάργησή του και μέχρι το τέλος του ίδιου οικονομικού έτους, μεταφέρονται στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και στη συνέχεια κατανέμονται στους προϋπολογισμούς των Πε.Σ.Υ.Π., του Ε.Κ.Α.Κ.Β. του Ε.ΣΥ.Κ.Φ. και των Ο.Τ.Α. ανάλογα με τις προγραμματισμένες δαπάνες των υπηρεσιακών μονάδων του Ε.Ο.Κ.Φ. που ενσωματώνονται και του προσωπικού που μεταφέρεται στους παραπάνω φορείς.

5. Οι κρατήσεις επί των αποδοχών του προσωπικού των μετατρεπόμενων σε αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ.Π. νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και υπηρεσιακών μονάδων του Ε.Ο.Κ.Φ. για σχηματισμό κεφαλαίων εφάπαξ χρηματικού βοηθήματος, κατά το άρθρο 2 του Ν. 103/1975, αποτελούν έσοδο του οικείου Πε.Σ.Υ.Π., στον προϋπολογισμό του οποίου εγγράφονται πιστώσεις για την καταβολή εφάπαξ χρηματικού βοηθήματος στους υπαλλήλους που αποχωρούν από την υπηρεσία. Τα κεφάλαια που έχουν σχηματιστεί στα παραπάνω Ν.Π.Δ.Δ., σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 2 του Ν. 103/1975, μεταφέρονται στους αντίστοιχους λογαριασμούς των οικείων Πε.Σ.Υ.Π. Τα κεφάλαια που έχουν σχηματιστεί στον Ε.Ο.Κ.Φ. μεταφέρονται στα Πε.Σ.Υ.Π., το Ε.Κ.Α.Κ.Β. και το Ε.ΣΥ.Κ.Φ. ανάλογα με τον αριθμό του μεταφερόμενου σε αυτά προσωπικού. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η διαδικασία και ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες για τον προσδιορισμό και μεταφορά των παραπάνω κεφαλαίων.

Ο χρόνος υπηρεσίας που διανύθηκε στα παραπάνω Ν.Π.Δ.Δ. και στους φορείς που συγχωνεύθηκαν στον Ε.Ο.Κ.Φ. με τις διατάξεις του άρθρου 7 του Ν. 2646/1993 αναγνωρίζεται, χωρίς δαπάνη, μετά από αίτηση του υπαλλήλου, για την καταβολή εφάπαξ χρηματικού βοηθήματος σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 103/1975.

6. Το προσωπικό που κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου κατέχει θέσεις οι οποίες προβλέπονται στην παρ. 1 του άρθρου 115 του Π.Δ. 95/2000 (ΦΕΚ 76 Α') και προσφέρει υπηρεσίες στις μονάδες κοινωνικής φροντίδας, που αναφέρονται στην παρ. 2 του άρθρου 1 αυτού του νόμου, εξακολουθεί να ασκεί τα καθήκοντά του στις μονάδες αυτές.

Άρθρο 22

Καταργητικές διατάξεις

1. Το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας (Ε.ΣΥ.Κ.Φ.), που συστάθηκε με άρθρο 6 του Ν. 2646/1993, καταργείται από την ημέρα έναρξης της λειτουργίας του νομικού

προσώπου δημοσίου δικαίου με την ίδια επωνυμία, που προβλέπεται στο άρθρο 7 του παρόντος νόμου. Η έναρξη της λειτουργίας ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

2. Από τη δημοσίευση του νόμου αυτού καταργούνται όλες οι σχετικές διατάξεις με προγράμματα "Βοήθεια στο Σπίτι" ή "Κατ' οίκον βοήθεια". Ειδικότερα καταργούνται οι διατάξεις:

α. Του άρθρου 14 του Ν. 2646/1998.

β. Του άρθρου 2 του Α.Ν. 162/1973 (ΦΕΚ 227 Α').

3. Από την έναρξη της ισχύος του νόμου αυτού καταργούνται οι διατάξεις:

α. Του άρθρου 9, των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου 19 και του άρθρου 20 του Ν. 2646/1998.

β. Της κείμενης νομοθεσίας που είναι αντίθετες με τις διατάξεις του νόμου αυτού ή ρυθμίζουν με διαφορετικό τρόπο θέματα που ρυθμίζονται με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

Άρθρο 23

Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζεται διαφορετικά στις επί μέρους διατάξεις του.