

Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Πτυχιακή Εργασία
με θέμα:

" ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ "

της σπουδάστριας

Σοφίας Ρόζη

Υπεύθυνη Καθηγήτρια

Γ. Λιακέα

ΚΑΛΑΜΑΤΑ

Μάρτιος 1994

Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**Πτυχιακή Εργασία
με θέμα:**

" ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ "

Εμφάνιση

Οικονομική

ΑΝΤΙΣΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑΚΕΤΗ

της σπουδάστριάς

Σοφίας Ρόζη

Υπεύθυνη Καθηγήτρια

Γ. Λιακέα

ΚΑΛΑΜΑΤΑ

Μάρτιος 1994

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
<u>ΤΙΤΛΟΣ</u> :	1
<u>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</u> :	2
<u>ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ</u> :	5
<u>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</u> :	6
Σκοπός της εργασίας	6
Πλάνο της εργασίας	6
Ευχαριστίες	8
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u> :	9

ΜΕΡΟΣ Α'

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ I:</u>	Η θέση που παίρνουν τα διάφορα κράτη στο αγαθό "υγεία"	13
I1A.	Συστήματα υγείας με προτεραιότητα στη θεωρία ότι το αγαθό "υγεία" είναι ιδιωτικό αγαθό	1
I1B.	Χαρακτηριστικό παράδειγμα χώρας με τέτοιο σύστημα υγείας (Η.Π.Α.)	1
I2A.	Συστήματα υγείας με προτεραιότητα στη θεωρία ότι το αγαθό "υγεία" είναι δημόσιο αγαθό	1
I2B.	Χαρακτηριστικό παράδειγμα χώρας με τέτοιο σύστημα υγείας (Μεγάλη Βρετανία)	1
I3.	Κριτική των ήδη διαμορφωμένων συστημάτων υγείας	1
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ II:</u>	Δομή και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας	1
II1.	Οι υλικοί και ανθρώπινοι πόροι	1
II2.	Οργάνωση των υλικών και ανθρώπινων πόρων	1
II3.	Τρόποι παροχής των φροντίδων υγείας	2
II4.	Η διοικητικο-διαχειριστική διαδικασία	2
II5.	Οικονομικό στήριγμα	2

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ III:</u>	Οικονομικοί Παράμετροι	21
III1.	Μορφές χρηματοδότησης	21
III1A.	Ημερήσια νοσήλια	21
III1B.	Κλειστό νοσήλιο	21
III1Γ.	Ευλύγιστο ή σπαστό νοσήλιο	21
III1Δ.	Ανοικτό νοσήλιο	21
III2.	Εναλλακτικές μορφές οργάνωσης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας	24
III2A.	Οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (HMOs)	24
III2B.	Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRGs)	25
III2Γ.	Χαρακτηριστικά υγειονομικού τομέα στη Γαλλία	26
III2Γ11.	Σφαιρικός Προϋπολογισμός (Global Budget)	26
III3.	Ποσοστό Α.Ε.Π. που δαπανάται για την υγεία	29
III4.	Η κατανομή των δαπανών μεταξύ του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα	30
III5.	Κατανομή των δαπανών μεταξύ νοσοκομειακής περίθαλψης, Α' βαθμιας φροντίδα υγείας, πρόληψης και άλλων υπηρεσιών υγείας	32
III6.	Δαπάνες για φαρμακευτική περίθαλψη	33
III7.	Τρόπος αμοιβής των γιατρών	37
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV :</u>	Συστήματα υγείας - ασφάλισης	40
IV1.	Ενιαία ή πλουραλιστικά	40
IV2.	Άμεσα ή έμμεσα	41
IV3.	Επαρκούς ή ανεπαρκούς κάλυψης	42
IV4.	Ολικής ή μερικής κάλυψης	42
IV5.	Προαιρετικής ή υποχρεωτικής κάλυψης	42
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ V :</u>	Δείκτες	43
<u>ΜΕΡΟΣ Β'</u>		
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI :</u>	Ταξινόμησης των συστημάτων υγείας	46
VI1.	Μοντέλο ταξινόμησης του M.Terris	46
VI2.	Μοντέλο ταξινόμησης του R.Elling	48
VI3.	Μοντέλο ταξινόμησης του M.Roemer	49
VI4.	Μοντέλο ταξινόμησης του B.Kleizkwaski, M.Roemer και A. Van Der Werff	52
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII :</u>	Μορφές της υγείας στον τρίτο κόσμο	53

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII :</u>	Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα	56
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ IX :</u>	Το φαινόμενο της "θλικής βλάβης" και της "προκλητής ζήτησης"	62

ΜΕΡΟΣ Γ'

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ X :</u>	Το μελλοντικό σύστημα υγείας	64
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ XI :</u>	Διαπιστώσεις	66
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :</u>	67
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ :</u>		
Παράρτημα πινάκων I		70
Παράρτημα II		78
Παράρτημα III		98

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

<u>Σ.Υ</u>	-	Σύστημα Υγείας
<u>Η.Π.Α</u>	-	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
<u>Ε.Σ.Σ.Δ</u>	-	Ενωση Σοβιετικών Σοσιαλιστικών Δημοκρατιών
<u>Η.Μ.Ος</u>	-	Health Maintenance Organizations (Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας)
<u>Δ.Ρ.Gs</u>	-	Diagnosis Related Groups (Ομογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες)
<u>Global Budget</u>	-	Σφαιρικός προϋπολογισμός
<u>Π.Ο.Υ</u>	-	Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας
<u>Α.Ε.Π</u>	-	Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
<u>Ο.Ο.Σ.Α</u>	-	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
<u>N.H.S</u>	-	National Health Service (Εθνική Υπηρεσία Υγείας (Ε.Υ.Υ))
<u>Ε.Σ.Υ</u>	-	Εθνικό Σύστημα Υγείας
<u>Π.Φ.Υ</u>	-	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
<u>Ι.Κ.Α</u>	-	Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
<u>Ο.Γ.Α</u>	-	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
<u>£</u>	-	δολάριο
<u>N.Π.Ι.Δ</u>	-	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
<u>N.Π.Δ.Δ</u>	-	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η εργασία αυτή εκπονήθηκε για πτυχιακή εργασία έκτου εξαμήνου, του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας στα Τ.Ε.Ι Καλαμάτας. Έχει σκοπό να αναφερθεί στα συστήματα υγείας που σήμερα απαντώνται ανά τον κόσμο, να τα ταξινομήσει σε κατηγορίες, βάση κάποιων, ίσως κοινών χαρακτηριστικών, που προσφέρονται για σύγκριση, να περιγράψει όσο το δυνατόν περισσότερα από αυτά και τέλος να οδηγηθεί μέσα από τα προηγούμενα στάδια σε κάποιες διαπιστώσεις.

ΠΛΑΝΟ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αυτή την εργασία μπορούμε να τη διακρίνουμε σε τέσσερα μέρη: Εισαγωγή, Μέρος Α', Μέρος Β' και Μέρος Γ.

Ξεκινώντας στην εισαγωγή, προσπαθούμε να αγγίξουμε εννοιολογικά την "υγεία", δίνοντάς της διάφορους ορισμούς. Το ίδιο επιδιώκουμε και για την έννοια "σύστημα υγείας". Εφόσον καταλάβουμε και προσδιορίσουμε καλύτερα το "σύστημα υγείας" το εξετάζουμε σαν οικονομικό παράγοντα και έτσι κλείνουμε την εισαγωγή.

Το Α' Μέρος αποτελεί και το μεγαλύτερο μέρος της εργασίας και σ' αυτό επιδιώκουμε να ταξινομήσουμε τα συστήματα υγείας, βάση κάποιων χαρακτηριστικών που μπορούν να συγκριθούν και που κάθε ένα αναλύεται στα πέντε κεφάλαια αυτού του μέρους.

Ειδικότερα : Κεφ. I : Η θέση που παίρνουν τα διάφορα κράτη στα αγαθά υγείας. (Ιδιωτικό αγαθό - παράδειγμα Η.Π.Α και δημόσιο αγαθό - παράδειγμα Μεγάλη Βρετανία, Κριτική των υπάρχοντων συστημάτων υγείας).

Κεφ. II : Δομή και οργάνωση του συστήματος υγείας (αναλύουμε κάθε ένα από τα στοιχεία που απαρτίζουν τη δομή ενός συστήματος υγείας και είναι : 1. Οι υλικό και ανθρώπινοι πόροι, 2. Οργάνωση των υλικών και ανθρώπινων πόρων, 3. Τρόποι παραχής των φροντίδων υγείας, 4. Διοικητικό-διαχειριστική διαδικασία και 5. Οικονομικό στήριγμα).

Κεφ. III : Οικονομικοί παράμετροι (Περιγράφουμε τις 1. Μορφές χρηματοδότησης (ημερήσιο νοσήλιο, κλειστά, ευλύγιστα, ανοικτά), 2. Εναλλακτικές μορφές χρηματοδότησης (ΗΜΟ, DRG, Global Budget - περίπτωση Γαλλίας), 3. Ποσοστό ΑΕΠ που δαπανάται για την υγεία, 4. Η κατανομή των δαπανών μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, 5. Η κατανομή των δαπανών μεταξύ πρωτοβάθμιας, νοσοκομειακής περίθαλψης και άλλων υπηρεσιών υγείας, 6. Δαπάνες για φαρμακευτική περίθαλψη και 7. Τρόπος αμοιβής των γιατρών).

Κεφ. IV : Συστήματα υγείας - ασφάλισης (Τα διαχωρίζουμε στις εξής κατηγορίες όπου και αντίστοιχα περιγράφουμε : 1. Ενιαία ή πλουραλιστικά, 2. Άμεσα ή έμμεσα, 3. Επαρκούς ή ανεπαρκούς κάλυψης, 4. Ολικής ή με-

ρικής κάλυψης και 5. Προαιρετικής ή υποχρεωτικής κάλυψης).

Κεφ. V: Δείκτες (Εξετάζουμε τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο, βάση των δεικτών βρεφικής θνησιμότητας, προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση και κατοίκων ανα γιατρό).

Στο Β' μέρος, προχωρούμε στην ταξινόμηση πλέον των συστημάτων υγείας κατά διάφορα μοντέλα αναλυτικά:

Κεφ. VI: Ταξινομήσεις των συστημάτων υγείας [1. Μοντέλο του M. Terris-περιγραφή σουηδικού συστήματα υγείας 2. Μοντέλο Relling, 3. Μοντέλο M. Roemer-περιγραφή υγειονομικού τομέα των :Νορβηγία, Πολωνία, Ταϊλάνδη, Μαλαισία, Κούβα, 4. Μοντέλο των B. Kleinzkowski, M. Roemer, και A. Van Der Werff].

Κεφ. VII: Μορφές υγείας στον Τρίτο κόσμο, (παραδείγματα από διάφορες χώρες του Τρίτου κόσμου, δαπανών υγείας και δεικτών υγείας).

Κεφ. VIII: Το Σύστημα υγείας στην Ελλάδα (Μια σημαντική αναφορά στο σύστημα υγείας της χώρας μας, στα χαρακτηριστικά του, στις μορφές παροχής των φροντίδων υγείας, στο σύστημα ασφάλειας, χρηματοδότησης τέλος κριτική τόσο του συστήματος, όσο και του υγειονομικού τομέα).

Κεφ. IX: Το φαινόμενο της "πθίκης βλάβης" και της "προκλητής έθισης" (περιγραφή και ορισμός των εννοιών)

Στο Γ' και τελευταίο Μέρος της εργασίας αυτής, κάνουμε μια προσπάθεια να περιγράψουμε το Μελλοντικό Σύστημα Υγείας στο Κεφ. X και καταλήγουμε σε ορισμένες Διαπιστώσεις στο Κεφ. XI.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για τη συμβολή τους στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας, ευχαριστώ θερμά:

Τον Καθηγητή της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών και πρόεδρο Ευρωπαϊκής Ένωσης Σχολών Δημοσίας Υγείας κ. Jeffrey Levett, ο οποίος με βοήθησε ουσιαστικά με τις υποδείξεις του και το ενδιαφέρον του.

Τον νομίστρω Μεσοπνίας κ. Γεώργιο Τσαννετάκη, για τη συνδρομή που μου πρόσφερε σχετικά με την συλλογή πολύτιμων στοιχείων για την εργασία αυτή.

Τον καθηγητή Οικονομικών του Τ.Ε.Ι Καλαμάτας κ. Θεόδωρο Πισιμίση, για τις πολύτιμες συμβουλές και υποδείξεις του καθώς και για τη βοήθειά του στην προσπάθειά μου αυτή για συλλογή διαφόρων στοιχείων.

Και την καθηγήτρια Οικονομικών του Τ.Ε.Ι Καλαμάτας κ. Γ. Λιακέα, με την οποία έχω αναλάβει μαζί, αυτή την εργασία, για την συμπάρτασή της σε πολλά σημεία της εργασίας μου, τις υποδείξεις της, τη συνεχή τροφοδότησή μου με υλικό και για την συνεργασία που είχαμε κατά τη διάρκεια της εργασίας αυτής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Σύστημα υγείας έχει συθαιρέτα ταυτιστεί με το σύστημα ιατρικής φροντίδας, δηλαδή με αυτό της ιατρικής, νοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης.

Θα μπορούσε πράγματι να ισχύει κάτι τέτοιο αν η υγεία αποτελούσε ένα αγαθό με καθαρά τεχνικο-οργανικές συνθέσεις και παραμέτρους που σημαίνει ότι η προστασία της, θα απαιτούσε έναν τεχνικό μηχανισμό ιατρικών, παραϊατρικών, νοσοκομειακών και φαρμακευτικών στοιχείων.

Η αντίληψη αυτή έχει ξεπεραστεί εδώ και αρκετά χρόνια προσεγγίζοντας την άποψη ότι το σύστημα υγείας ξεφεύγει από τα στενά όρια των ιατρικών φροντίδων που έχουν σαν σκοπό την επαναφορά του ατόμου από την κατάσταση ασθένειας σ' αυτήν της απουσίας από την ασθένεια.

Απο το 1941 ο Sigerist επέμενε : "οτι η υγεία δεν είναι μόνο η απουσία από την ασθένεια αλλά είναι μια κατάσταση θετική". Λίγα χρόνια μετά το 1946 η Π.Ο.Υ υιοθέτησε στο καταστατικό της την άποψη ότι "η υγεία είναι μια κατάσταση φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία από την ασθένεια και την πάθηση". Πιο πρόσφατα ο Maslow Legner το 1973 προχώρησε ακόμη περισσότερο θέτοντας τους κοινωνικούς και μορφωτικούς όρους σαν τους πλέον καθοριστικούς στην ποιότητα ζωής και στην διαμόρφωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Σήμερα η υγεία αντιμετωπίζεται σαν ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που επηρεάζεται από ένα ιδιαίτερα μεγάλο αριθμό παραγόντων εκτός από τους βιολογικούς, όπως οικονομικούς, κοινωνικούς, πολιτιστικούς, ψυχικούς, οικολογικούς κ.α. Θα λέγαμε ότι η υγεία είναι το προϊόν της αλληλεπίδρασης των φυσιολογικών-οργανικών οικολογικών αναγκαιοτήτων και της ύπαρξης κάθε φορά κοινωνικοοικονομικής τάξης πραγμάτων. Έτσι οι ανάγκες της υγείας δεν θα μπορούσαν να καλυφτούν αποκλειστικά μέσα από ένα σύστημα ιατρικών φροντίδων. Το σύστημα αυτό παίζει έναν από τους βασικούς ρόλους που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού, και δεν αποτελεί την πανάκεια. Ο πλέον σημαντικός παράγοντας για την υγεία είναι η αρμονική συμβίωση του ατόμου με το οικολογικό του περιβάλλον.

Έτσι το ενδιαφέρον μας για τον προσδιορισμό του συστήματος της υγείας δεν επικεντρώνεται ούτε στην παραγωγή, ούτε στη διανομή των υπηρεσιών υγείας, αλλά αποκλειστικά και μόνο στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού. Η κατάσταση υγείας λοιπόν, είναι το σημείο εκκίνησης για να διαμορφώσουμε το σύστημα υγείας.

Σύμφωνα με τον κλασσικό ορισμό της επιστήμης της οργάνωσης και διοίκησης "σύστημα καλείται ένα αρμονικά οργανωμένο σύνολο που αποτελείται από επι μέρους στοιχεία (μονάδες), που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλοεξάρτηση κατά την επίδωξη υλοποίησης ενός σκοπού". Έτσι θα μπορούσαμε να πούμε ότι σύστημα υγείας είναι το σύνολο των υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλοεξάρτηση με σκοπό την διατήρηση και προαγωγή της υγείας των πολιτών.

Εχοντας επίσης υπόψη ότι κάθε κοινωνία έχει την υποχρέωση να εξασφαλίσει την παροχή ιατρικής φροντίδας σε όλα τα μέλη της, με την οργάνωση ενός συστήματος δημόσιας περίθαλψης, θα μπορούσαμε να προσδιορίσουμε σαν σύστημα υγείας σύμφωνα με τον ορισμό του ΚΕΠΕ "το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παραχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού που καλύπτεται των γιατρών και των νοσοκομείων". Πιο κάτω θα δούμε πως ο βαθός παρέμβασης της πολιτείας διαφέρει ανάλογα με τις πολιτικοκοινωνικές πιλοχές της κάθε κοινωνίας και διαφοροποιεί σημαντικά τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας.

Το σύστημα υγείας λοιπόν αποτελεί ένα κοινωνικο-οικονομικό υποσύστημα που περιέχει ένα σύνολο μηχανισμών από τους οποίους παράγονται νέργειες, κανόνες και διαδικασίες που απασκούν στην παραγωγή, διανομή και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Είναι αναγκαίο για μια ακόμη φορά να πιστοποιήσουμε ότι υπάρχει εννοιολογική διάσταση ανάμεσα στο σύστημα υγείας και στη στενότερη έννοια του συστήματος ιατρικής περίθαλψης. Το σύστημα υγείας είναι ανοικτό σε παραμέτρους πέρα από τις συμβατικές ιατρικές υπηρεσίες. Ο ρόλος των δημογραφικών, χωροταξικών, πολιτιστικών, κοινωνιο-ψυχολογικών παραμέτρων και αυτών που έχουν σχέση με την ποιότητα του περιβάλλοντος και τη διαρθρωτική πολιτική και συντελούν στη λαμόρφωση, την παραγωγή και τη διατήρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, είναι σημαντικός και καθοριστικός για τη χάραξη μίας πολιτικής υγείας.

Ο ρόλος των παραμέτρων αυτών ενισχύεται ιδιαίτερα και από την παγκόσμια στρατηγική "Υγεία για Όλους μέχρι το έτος 2000" της Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας), της Διοκήρυξης της Alma Ata.

Κατά συνέπεια το κοινωνικό υποσύστημα της υγείας καθορίζεται και πηρεάζεται από αυτές τις παραμέτρους που διαμορφώνουν την κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της κοινωνίας της χώρας στην οποία αναπτύσσεται.

Τα συστήματα υγείας παρουσιάζουν μια ιδιαιτερότητα, σε σχέση με τα άλλα κοινωνικο-οικονομικά υποσύστημα, λόγω των ειδικών χαρακτηριστικών οργάνωσης και της ιδιαίτερης φύσης του αγαθού υγείας, όπως διαπιστώσαμε και από τους προηγούμενους ορισμούς της "υγείας". Το αγαθό λοιπόν υγείας, είναι δημόσιο και κοινωνικό αγαθό με καταναλωτικό και ταυτόχρονα επενδυτικό χαρακτήρα που απασκεί στην ικανοποίηση άμεσων και τρεχουσών αναγκών αλλά ταυτόχρονα συμβάλλει θετικά ως επένδυση μεσο-μακροπρόθεσμα στην παραγωγική διαδικασία και ανάπτυξη με την συντήρηση και αύξηση του ανθρώπινου κεφαλαίου. Από την άποψη αυτή η κοινωνικο-οικονομική σπουδαιότητα των συστημάτων υγείας θεωρείται ότι είναι υψηλή.

Τα συστήματα υγείας αποτελούν σήμερα έναν από τους πιο δυναμικούς κλάδους της οικονομίας και απασχολούν στις αναπτυγμένες βιομηχανικές χώρες το 6-8% του ενεργού πληθυσμού και το 8-12% του ακαθόριστου Εθνικού Προϊόντος (Α.Ε.Π). Το συνολικό κοινωνικό κόστος για την υγεία είναι υπερδιπλάσιο της συνολικής εθνικής δαπάνης και προσεγγίζει την τάξη του 20% του Α.Ε.Π, αν συνυπολογιστεί ε' αυτήν το σύνολο των ασφαλιστικών κοινημιώσεων για ημεραργίες και η απολεσθείσα εθνική παραγωγή.

Στην Ελλάδα οι δαπάνες είναι σήμερα περίπου 8% του Α.Ε.Π, ενώ ένα σημαντικό μέρος από αυτές είναι ιδιωτική δαπάνη περίπου 3% στο Α.Ε.Π, του οποίου ποσοστό υποεκτιμάται λόγω των διαρροών από τις επίσημες καταγρα-

ές των οικονομικών πράξεων. Επίσης έχει δειχθεί ότι υπάρχει αναπτυγμέ-
νη παραοικονομία στον τομέα υπηρεσιών υγείας , που υπολογίζεται ότι ανέρ-
εται στο ποσό των 150 δις για το έτος 1988, όπως προκύπτει από τα
τοιχεία των οικογενειακών προϋπολογισμών και των Εθνικών Λογαριασμών
σε τις διαπιστωμένες αποκλίσεις.

Ο μέσος όρος για τις χώρες του ΟΟΣΑ της δαπάνης για την υγεία αυξή-
θηκε διαχρονικά από 4,2% το 1960 σε 5,8% το 1970 και σε 7,5% του Α.Ε.Π
ο 1987 , ενώ οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα παρά τη διαχρονική
αύξηση παραμένουν σε επίπεδα μικρότερα από τα αντίστοιχα των άλλων
ωρών του ΟΟΣΑ ενώ οι ιδιωτικές παραμένουν υψηλές σαν ένδειξη ανεπάρκει-
ς του δημοσίου τομέα.

Η οικονομική σημασία των συστημάτων υγείας είναι μεγάλη γιατί επηρε-
ζουν όχι μόνο ένα μέρος της παραγωγής αλλά και την πορεία των συνολικών
οικονομικών μεγεθών. Δεδομένης δε της συνεχούς ανάπτυξης τους, με
υνέπεια το αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τον ρυθ-
μό αύξησης του Α.Ε.Π., οι πολιτικές υγείας αναζητούν την εφαρμογή μιάς
πραγματογικής ελέγχου των δαπανών για την άριστη κατανομή των πόρων και
την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη λειτουργία τους.

Σε αντίθεση με άλλα υποσυστήματα της οικονομίας, τα συστήματα υγείας
χουν ορισμένα ιδιαίτερα οικονομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά, τα
ποία οι πολιτικές υγείας πρέπει να λαμβάνουν υπ' όψη τους, ώστε να είναι
ποτελεσματικές και αποδοτικές.

Οι ποικιλίες στην δομή, στην οργάνωση, στον τρόπο χρηματοδότησης,
την ασφαλιστική κάλυψη , δύσκολα βέβαια μπορούν να ταξινομηθούν και
βιολογηθούν. Μια τεχνοκρατική προσέγγιση του θέματος θα σήμαινε την
ριοθέτηση, με την μέθοδο της ανάλυσης και της επισήμανσης των προαδιο-
ριστικών παραγόντων, κάποιων μοντέλων με συγκεκριμένη δομή, μορφή, χαρα-
κτηριστικά σημεία, κανόνες κ.λ.π.

Ανάλογες προσπάθειες όμως που έγιναν μέχρι τώρα για την συγκριτική
εώρηση των συστημάτων υγείας στο σύνολό τους έχουν αποτύχει. Μεμονωμέ-
νες ταξινομήσεις στα ασφαλιστικά συστήματα στις δομές στον τρόπο οργά-
ωσης στην παρέμβαση του κράτους , έχουν βοηθήσει για την συναγωγή κάποι-
ων συμπερασμάτων, δεν έχουν καταφέρει όμως να παρουσιάσουν ολοκληρωμένα
μοντέλα συστημάτων υγείας που αυτούσια μπορούν να εφαρμοστούν σε δεδομέ-
τες συνθήκες φυσικού περιβάλλοντος, επιδημιολογικού προτύπου, κοινωνικο-
πολιτικού συστήματος οικονομικής κατάστασης.

Άλλωστε η εντοπισση και μελέτη κάποιων εξωγενών ή εσογενών παραγό-
των όπως το κοινωνικο-οικονομικό σύστημα, το επιδημιολογικό πρότυπο, η
διατροφή ο τρόπος ζωής, το επίπεδο εκπαίδευσης κ.λ.π., που βοήθησαν στην
εμφάνιση της εξέλιξης των υπαρχόντων συστημάτων υγείας, δεν μπορεί να συ-
γκροτήσει καμιά θεωρία, γιατί δεν είναι μεμονωμένα ο καθένας απ' αυτούς
που θα δώσει την τελική μορφή του συστήματος υγείας , αλλά ο συνδυασμός
αυτών, το μέγεθος επίδρασης τους, η αλληλεξάρτησή τους, η θέση που δίνε-
ται στον καθένα απ' αυτούς.

Παράδειγμα η οικονομική ανάπτυξη , που χαρακτήρισε τις Η.Π.Α και την
έλλητε Ε.Σ.Σ.Δ , τώρα πια Ρωσία σαν τις δυο μεγάλες δυνάμεις μετά το Β'
Παγκόσμιο Πόλεμο , δεν προσδιόρισε και την μορφή των συστημάτων υγείας
που αναπτύχθηκαν σ' αυτές. Το πολιτικό τους σύστημα αντίθετα, ήταν αυτό
που καθόρισε και το σύστημα υγείας τους.

Από την άλλη μεριά μια ανερχόμενη οικονομική δύναμη, η Ιαπωνία, έχει να επιδείξει, ένα άλλο τρόπο εξέλιξης του συστήματος υγείας που έχει διαμορφώσει, που προσεγγίζει αυτό των Ευρωπαϊκών Χωρών. Οι νομοί της αγοράς που παρέσυραν ακόμη και τα ταμεία ασφάλισης στις Η.Π.Α., δεν επέφεραν το ίδιο αποτέλεσμα στην Ιαπωνία, όπου αναπτύχθηκε η κοινωνική ασφάλιση και η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα ήταν τουλάχιστον μέχρι το 1971 σχετικά μηδαμική, μόλις 4%.

Και βέβαια η αφομοίωση της πολιτιστικής και ιατρικής θεραπευτικής παράδοσης στην Κίνα, από τις σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους που επέδρασε θετικά στην εξέλιξη της υγείας του πληθυσμού της, πετυχαίνοντας το "θαύμα", δεν άγγιξε καθόλου την Ιαπωνία σ' αυτόν τον τομέα.

Και το σημαντικότερο παράδειγμα η Μ.Βρετανία, η κατ'εξοχήν χώρα του φιλελευθερισμού, δεν καταφέρνει να διαμορφώσει ένα φιλελεύθερο σύστημα υγείας, αλλά συμπαρασυρόμενη από κοινωνικούς παράγοντες, έχει δημιουργήσει μια νέα μορφή στα συστήματα υγείας στηριζόμενη στην Κενσοιανή θεωρία και στο "Κράτος-Πρόνοιας".

Αποκλείοντας λοιπόν μια τεχνοκρατική προσέγγιση του θέματος, θα προτιμήσουμε στις κλασσικές μεθόδους ταξινόμησης των συστημάτων υγείας, διερευνώντας και εξετάζοντας τα χαρακτηριστικά εκείνα στοιχεία, τα οποία είναι συγκρίσιμα, ξεκινώντας από την αναζήτηση των κριτηρίων με τα οποία μπορούμε να πετύχουμε την ταξινόμηση αυτή. Και σαν τέτοια μπορούμε να θεωρήσουμε την θέση που παίρνουν τα διάφορα κράτη στα αγαθά "Υγεία", την δομή και οργάνωση, τις οικονομικές παραμέτρους, τα συστήματα υγείας-ασφάλισης, τους δείκτες και άλλα ακόμη.

ΜΕΡΟΣ Α'

ΣΥΓΚΡΙΣΙΜΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι : Η ΘΕΣΗ ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΟΥΝ ΤΑ ΔΙΑΦΕΡΑ ΚΡΑΤΗ ΣΤΟ ΑΓΑΘΟ "ΥΓΕΙΑ"

Στις αρχές της δεκαετίας του '60 υποστηρίχθηκε έντονα από μια ομάδα οικονομολόγων, όπως το Lees (1961), τους Jewkes J&S (1961, 1964) τον Iseman J (1963) και άλλους, ότι η υγεία αποτελεί ιδιωτικό αγαθό και θα πορούσε να αφηθεί στις δυνάμεις της αγοράς προκειμένου να επιτευχθεί η ορθολογική κατανομή των πόρων της. Εκτός όμως απ'αυτή τη σχολή που εωρεί το αγαθό "υγεία" ως ιδιωτικό αγαθό, υπάρχει και μια δεύτερη που υποστηρίζει πως η "υγεία" είναι ένα κοινωνικό αγαθό και θα πρέπει να προστατεύεται από το κράτος. Τη δεύτερη αυτή άποψη έρχεται να υποστηρίξει και η Π.Ο.Υ όπου στην διακήρυξή της ALMA-ATA το 1978 "Υγεία για όλους το 2000" υπογραμμίζει με έμφαση ότι "η υγεία είναι ένα ζωντανό ανθρώπινο δικαίωμα και ότι η εξασφάλισή της σε όσο το δυνατό υψηλότερο επίπεδο πρέπει να αποτελεί ένα κύριο κοινωνικό στόχο".

Σήμερα έχει αποδειχθεί ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό με διττή διάσταση: καταναλωτικό και επενδυτικό. Καταναλωτικό γιατί καλείται να καλύψει τις άμεσες ανάγκες ενός κοινωνικού συνόλου και επενδυτικό γιατί υξάνει το ανθρώπινο κεφάλαιο. Υποστηρικτές της σχολής αυτής των οικονομολόγων είναι ο Arrow (1963), ο Culver (1971, 1972), ο Pauly (1968, 1971), ο Lindsay (1969), ο Williams A. (1974, 1978) και Sorokin A. (1975).

Η κεντρική φιλοσοφική αρχή της σχολής αυτής είναι ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να κατανέμονται βάσει των πραγματικών αναγκών υγείας και όχι βάσει του εισοδήματος.

Ακόμη η αναγνώριση του αγαθού "υγεία" ως κοινωνικού αγαθού είχε σαν συνέπεια την αναγκαιότητα της κρατικής παρέμβασης. Μόνο μ'αυτόν τον τρόπο θα μπορούσαν να διατηρηθούν ορισμένες ηθικές αξίες που αντλούν την ραξέλευσή τους από το "Κράτος-Πρόνοια".

Ετσι μελετώντας τα συστήματα υγείας και με κριτήριο τη θέση που πήραν βάσει των όσων πιο πάνω αναφέραμε, διακρίνουμε :

1. Τα συστήματα υγείας που υιοθέτησαν την πρώτη άποψη και θεώρησαν το αγαθό υγεία σαν ιδιωτικό αγαθό που ακολουθεί τους νόμους της αγοράς και

2. Τα συστήματα υγείας που υιοθέτησαν την δεύτερη άποψη και θεώρησαν το αγαθό υγεία κοινωνικό αγαθό που πρέπει να διανέμεται ίσα σε όλους με ευθύνη του κράτους, ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση.

Αμφιγείς, βέβαια περιπτώσεις των δυο αυτών κατεθύνσεων σπάνια βρίσκουμε. Συνήθως συναντάμε συνδυασμό των δυο αυτών περιπτώσεων όπου κυριάρχει και η μια άποψη ή η άλλη. Ετσι για να προσεγγίσουμε την πραγματικότητα εάν θέλουμε να περιγράψουμε και να συγκρίνουμε αυτές τις δυο περιπτώσεις θα πρέπει να μιλάμε για συστήματα υγείας που δίνουν προτεραιότητα στη θεωρία ότι το αγαθό "υγεία" είναι ιδιωτικό αγαθό και σε συστήματα υγείας που δίνουν προτεραιότητα στην θεωρία ότι η υγεία είναι "κοινωνικό αγαθό".

1. Α) ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΘΕΩΡΙΑ
ΟΤΙ ΤΟ ΑΓΑΘΟ "ΥΓΕΙΑ" ΕΙΝΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΑΓΑΘΟ
Β) ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΧΩΡΑΣ ΜΕ ΤΕΤΟΙΟ
ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΗΠΑ)

Σ'αυτή τη περίπτωση κυριαρχεί παντού η ιδιωτική πρωτοβουλία. Το αγαθό υγείας ακολουθεί τους νόμους της προσφοράς και ζήτησης. Ζήτηση όμως δεδομένης που δεν αυξομειώνεται ανάλογα με τις τιμές της προσφοράς αλλά ακολουθεί αντίθετη φορά. Δηλαδή η αύξηση των τιμών των υπηρεσιών υγείας δεν ακολουθείται από μείωση της ζήτησης, σύμφωνα με τους ισχύοντες οικονομικούς κανόνες, αλλά πολλές φορές από αύξηση που συμπαρασύρει και την προσφορά.

Κάτι τέτοιο βέβαια, σημαίνει τη δημιουργία ενός μεγάλου αριθμού υπηρεσιών υγείας ή καλύτερα "επιχειρήσεων υγείας που ξεφυτρώνουν από παντού χωρίς κανέναν κεντρικό σχεδιασμό, για ικανοποίηση της σίγουρα υπάρχουσας ζήτησης. Οι επιχειρήσεις αυτές είτε είναι υπηρεσίες υγείας, είτε είναι ταμεία ασφάλισης-υγείας, αφού λειτουργούν ανταγωνιστικά, προσπαθούν να προσφέρουν το καλύτερο δυνατό για να είναι αρεστές στους πελάτες τους.

Ετσι προσφέρουν πολυτελείς υπηρεσίες, άριστα εξοπλισμένες και προσπαθούν δια μέσου και της έρευνας στη συνεχή βελτίωση για να εξασφαλίσουν την προτίμηση των χρηστών και την διατήρηση της ανταγωνιστικότητας τους. Μικρή είναι η συμμετοχή του Κράτους σ'αυτά τα συστήματα υγείας, που παρεμβαίνει συνήθως διορθωτικά όταν η άνοχη αυτή εξάπλωση των υπηρεσιών υγείας δημιουργεί τόσο μεγάλες ανισότητες, ώστε να καθίσταται προβληματική για την ικανοποίηση αυτού του ίδιου του σκοπού της, αλλά και όταν πλέον οι τιμές των υπηρεσιών υγείας φθάσουν σε τέτοια μεγέθη που είναι προσιτά μόνο σε λίγους καταναλωτές.

Β. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της περίπτωσης αυτής είναι οι Η.Π.Α, μια πλούσια βιομηχανική χώρα, με μια πολύ φιλελεύθερη κοινωνικοπολιτική ιδεολογία. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των Η.Π.Α συχνά καλείται "πλουραλιστικό", γιατί τόσοι πολλοί διαφορετικοί τύποι δημοσίων και ιδιωτικών οργανισμών λειτουργούν δίπλα-δίπλα. Το κατά κεφαλή εισόδημα το 1979 ήταν 10,55 δολάρια. Από αυτό μόνο τα 383 \$ ή το 3,63% εσδεύτηκε από την κυβέρνηση για υγειονομικούς σκοπούς. Από το σύνολο των νοσοκομειακών κλινικών ακριβώς το 41% ανήκε στα κυβερνητικά ιδρύματα (ομοσπονδιακά, πολιτειακά, ή τοπικά).

Μ'αυτή την κατάσταση στις Η.Π.Α μπορεί να εκτιμήσει κανείς πως ο σχεδιασμός της υγειονομικής περίθαλψης είναι σχετικά ασθενής. Το 1946 καθιερώθηκε νομοθεσία για να παρασχεθούν επιχορηγήσεις στις πολιτείες για την ενίσχυση της κατασκευής νοσοκομείων και αυτό απαιτούσε από κάθε πολιτεία να σχεδιάσει έναν "οδηγό σχέδιο" για όλα τα νοσοκομεία της. Αυτό το σχέδιο, εντούτοις, αφορούσε την δομή και τις λειτουργίες μόνο εκείνων των νοσοκομείων που έπαιρναν ομοσπονδιακή κατασκευαστική βοήθεια. Το 1965, η πρώτη πανεθνική κοινωνική ασφάλιση νομοθετήθηκε για να πληρώσει για την ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη για πρόσωπα πάνω από 65 χρόνων και στους πολίτες με χαμηλό εισόδημα. Οι δύο μεγάλοι αυτοί οργανισμοί ασφάλισης υγείας είναι το Medicare και το Medicaid αντίστοιχα.

Σαν μια συνέχεια , το 1966 πέρασε ένας νόμος για την συνολική σχεδί-
αση υγείας , βάσει του οποίου έγιναν ομοσπονδιακές παροχές για την εγκα-
τάσταση υπηρεσιών σχεδιασμού υγείας σε επίπεδο πολιτείας και τοπικά. Από
198 τοπικές ή "κατά περιοχή" τέτοιες υπηρεσίες, οι 150 δεν ήταν καν
κυβερνητικές, αλλά μάλλον ιδιωτικά νομικά πρόσωπα μη κερδοφόρα. Οι αρμο-
διότητές τους περιορίζονται κυρίως στην διαπαιδαγώγηση και την εκπαί-
δευση του κοινού. Το 1974, ένας κάποιος ισχυρότερος νόμος για τον παν-
εθνικό σχεδιασμό υγείας και ανάπτυξης των πόρων νομοθετήθηκε και για μια
ακόμη φορά η τερφότια πλειοψηφία των τοπικών υπηρεσιών σχεδιασμού (178
απο τα 203), ήταν ιδιωτικά ιδρύματα.

Αυτές οι υπηρεσίες εν τούτοις , μπορούσαν να αναθεωρήσουν όλα τα σχέδια
για οικοδόμηση νέων νοσοκομείων ή επεκτάσεων και μπορούσαν να τα εγκρί-
νουν ή να τα απορρίψουν προς την υπηρεσία υγειονομικής υπηρεσίας σε επί-
πεδο πολιτειών (Υπήρχαν αρκετά δεδομένα πως τα επιπρόσθετα νοσοκομειακά
κρεβάτια θα μπορούσαν να προκαλέσουν υπερβολική χρήση και περισσότερες
δαπάνες). Σε άλλες πλευρές του χώρου της υγείας οι δικαιοδοσίες των
υπηρεσιών σχεδιασμού ήταν ακόμη πολύ περιορισμένες.

Σήμερα με την συντηρητική ομοσπονδιακή κυβέρνηση στις Η.Π.Α οι δι-
καιοδοσίες των υπηρεσιών σχεδιασμού υγείας έχουν ξανά εξασθενήσει. Δια-
μέσου της διαδικασίας των δημοσίων δαπάνων , όλες οι υπηρεσίες σχεδιασμού
σε επίπεδο πολιτείας πήραν μειωμένες επιχορηγήσεις , και περίπου οι μι-
σές απο τις τοπικές υπηρεσίες στερήθηκαν απο κάθε οικονομική ενίσχυση
εντελώς. Σε μερικές περιπτώσεις τοπικές ιδιωτικές πρωτοβουλίες συγκέ-
ντρωσης χρημάτων διέσωσαν ορισμένες τέτοιες υπηρεσίες , αλλά ο αντίκτυ-
πος τέτοιων πρωτοβουλιών είναι μικρός. Στον τομέα υγείας καθώς και σε
άλλες πλευρές της κοινωνίας, η κυρίαρχη ιδεολογία της σημερινής κυ-
βέρνησης των Η.Π.Α είναι να ελαχιστοποιήσει τις κυβερνητικές παρεμβά-
σεις και να στηρίζεται για την εξοικονόμηση πόρων στο ελεύθερο εμπόριο
και στον ανταγωνισμό της αγοράς.

Όπως είδαμε η ελευθερία επιχειρηματικής δραστηριότητας συναντάται
σ'όλο το φάσμα της υγείας , απο τις υπηρεσίες υγείας ως τα ταμεία ασφάλ-
τισης-υγείας. Ελευθερία απολαμβάνουν και οι καταναλωτές όσον αφορά την
δυνατότητα επιλογής γιατρού , υπηρεσίας υγείας σ'όλες τις βαθμίδες της
περίθαλψης ακόμη και ταμείου ασφάλισης. Όπως καταλαβαίνουμε όμως μια τέ-
τοια ελευθερία είναι σχετική αφού εξαρτάται απο το διαθέσιμο εισόδημα.

Τα κρεβάτι στις Η.Π.Α κοστίζει μόνο για τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες
περίπου 1000\$ την ημέρα. Επιπλέον χρεώνονται οι εργαστηριακές εξετάσεις,
χειρουργικές επεμβάσεις κ.λ.π.

2. Α) ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΟΤΙ ΤΟ ΑΓΑΘΟ "ΥΓΕΙΑ" ΕΙΝΑΙ ΔΗΜΟΣΙΟ ΑΓΑΘΟ
Β) ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΧΩΡΑΣ ΜΕ ΤΕΤΟΙΟ
ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑ (ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΤΑΝΙΑ)

Σ'αυτή την περίπτωση το κράτος είναι αυτό που αναλαμβάνει τη φροντί-
δα της παροχής των υπηρεσιών υγείας στους πολίτες του. Συνήθως υπάρχει
ένα κεντρικό όργανο σχεδιασμού που μπορεί να είναι π.χ. ένα Υπουργείο
Υγείας , το οποίο σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και κάποι-
ους ισχύοντες κανόνες, κατανέμει τις υπηρεσίες υγείας στο Κέντρο και

στην περιφέρεια, εκπληρώνοντας έτσι τον πόθο για ίση μεταχείριση στον τομέα αυτό στους πολίτες του.

Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό ή από ασφαλιστικά ταμεία. Τις υπηρεσίες αυτές μπορεί να απολαύσει ολόκληρος ο πληθυσμός ανεξάρτητα από την οικονομική του κατάσταση.

Τα περισσότερα κράτη της Δυτικής Ευρώπης και σχεδόν όλα τα κράτη με σοσιαλιστική κατεύθυνση έχουν σαν κεντρικό άξονα των συστημάτων υγείας τους, την παραπάνω θεωρία.

Β) Πρώτη διδάξαα στην Ευρώπη η Μεγάλη Βρετανία όπου το 1942 πιεζόμενη από τις κοινωνικές συνθήκες της εποχής υιοθέτησε τις ιδέες του Κευνς, τις μετέφρασε κοινωνικά και εισήγαγε τη θεωρία του "Κράτους-Πρόνοιας". Το "Κράτος-Πρόνοιας" δεν είναι τίποτε άλλο από ένα διορθωτικό μηχανισμό αναδιανομής του εισοδήματος μέσω της φορολογίας και της κοινωνικής ασφάλισης που καθιερώθηκε πλέον από τότε. Το σχέδιο Beveridge αποτέλεσε χωρίς υπερβολή, τη ληξιαρχική πράξη γεννησεως του κράτους-πρόνοιας και πιο κάτω θα δικαιολογήσουμε τι ακριβώς εννοούμε. Έτσι για το σκοπό αυτό το 1948 ιδρύεται στη Μεγάλη Βρετανία η Εθνική Υπηρεσία Υγείας που λειτουργεί και σαν ασφαλιστικό ταμείο, είναι όμως κύρια υπεύθυνη για την δωρεάν παροχή υπηρεσιών στον πληθυσμό.

Έτσι το παράδειγμα της Μεγάλης Βρετανίας ακολούθησαν σταδιακά και όλα τα κράτη της Δυτικής Ευρώπης όπως η Ιταλία, Δανία, Ισπανία, Πορτογαλία και η χώρα μας αξίζει να σταθούμε λίγο περισσότερο στο σύστημα αυτό και να ξεκινήσουμε κόνοντας μια ιστορική αναδρομή, για να καταλάβουμε καλύτερα πως και γιατί η δημιουργία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (Ε.Υ.Υ) το 1948 είναι το μεγαλύτερο και πολυσήμαντο επίτευγμα της μεταπολεμικής Βρετανίας που μέχρι σήμερα καμιά κυβέρνηση δεν την έχει ακυρώσει και η δημιουργία της σφείλεται κατά πολύ στη σπουδαία και βαρυσήμαντη έκθεση του Beveridge (1942). Όμως η υπηρεσία που υλοποιήθηκε το έτος 1948 ταυτίζεται πιο πολύ με αυτά που ήταν δυνατόν να γίνουν και όχι τόσο πολύ με αυτά που ήταν πιο επιθυμητά. Το τελικό αποτέλεσμα ήταν προϊόν "παζαρέματος" και διαπραγμάτευσης, που πραγματοποιήθηκε μεταξύ 1942 και 1948.

Στη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου υπήρξε έντονος προβληματισμός για τη βρετανική αποτυχία να δημιουργηθούν νέες ιδέες σχετικά με το μέλλον της πρόνοιας και αυτό μετά από 30 χρόνια σοβαρής κοινωνικής συζήτησης, δηλαδή μεταξύ 1910-1940. Στην εποχή εκείνη η φτώχεια ήταν έντονη. Γύρω το έτος 1930, 2500 γυναίκες κάθε χρόνο πέθαιναν πάνω στον τοκετό.

Ο κοινωνικός σχεδιασμός στη διάρκεια του πολέμου ήταν σχεδόν απόρρητος και έγινε με αργοπορεία. Ο κυρίαρχος παράγοντας στην όλη υπόθεση της κοινωνικής πολιτικής ήταν ο Beveridge. Ο Beveridge ήταν δημοσιογράφος, ανώτερος δημόσιος υπάλληλος, ακαδημαϊκός και βουλευτής του φιλελεύθερου κόμματος (liberal-1944). Το 1942 διατύπωσε την έκθεσή του.

Η έκθεση του Beveridge βασίστηκε σε τρεις υποθέσεις την πλήρη απασχόληση του εργατικού πληθυσμού, τα επιδόματα οικογένειας και την επίκλυση της ιατρικής περίθαλψης του πληθυσμού.

Σύμφωνα με το σκεπτικό του Beveridge μια ελεύθερη υπηρεσία υγείας τη στιγμή της χρήσεως ήταν αναγκαία για να αποφευχθεί η διάβρωση του χαμηλού μισθού με ιατρικά έξοδα. Παράλληλα, η πλήρης απασχόληση του εργατι-

κού πληθυσμού υπήρξε η βασική προϋπόθεση για τη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης. Όμως το κλειδί κατά τον Beveridge υπήρξε η επιδότηση της οικογένειας για κάθε παιδί με σκοπό την διεύρυνση του ανοίγματος μεταξύ του χαμηλού εργατικού μισθού και της επιδότησης της ανεργίας ως κίνητρο εργασίας. Η Εθνική Υπηρεσία Υγείας το 1946 καθιέρωσε πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους που βρίσκονταν σε ανάγκη, ως ένα ανθρώπινο δικαίωμα. Η έκθεση του Beveridge είδε το φώς της δημοσιότητας, χάρη και στις προσπάθειες του ίδιου και διατέθηκε το 1944 σε 600.000 αντίτυπα. Είχε σχεδόν παγκόσμια απήχηση. Σηματοδότησε τη δυνατότητα "δραπέτευσης" από τη σκληρότητα της ανεργίας και τις αρρώστιες του μεσοπολέμου. Στην καρδιά του Β' Παγκοσμίου Πολέμου αποτέλεσε ταυτόχρονα την πιο αποτελεσματική βρετανική προπαγάνδα για την ενθάρρυνση της βοήθειας από τις Η.Π.Α, φώς ελπίδας για τον Αγγλικό λαό και αντικείμενο φόβου της Γερμανίας. Εχει ειπωθεί ότι το ισχυρότερο επιχείρημα του Κράτους-Πρόνοιας και μήνυμα ελπίδας στους συμμάχους και φόβου στους εχθρούς ήταν η βελτίωση του υγειονομικού συστήματος σε κατάσταση πολιορκίας.

Χωρίς να υποβαθμιστεί η σπουδαιότητα του Σχεδίου Beveridge, το οποίο είχε καθολική απήχηση, είναι σίγουρο ότι όταν μπήκε στην πολιτική ημερήσια διάταξη λίγοι πολιτικοί είχαν εμπιστοσύνη στις ιδέες του Beveridge ή στον ίδιο. Αξιοσημείωτο είναι ότι ο Keynes δέχθηκε την έκθεσή του με ενθουσιασμό. Ταυτόχρονα όμως απέδειξε κοστολογικές δυσκολίες. Οι προσπάθειες του Keynes να μειωθεί το κόστος του σχεδίου Beveridge ήταν ένας σημαντικός παράγοντας στην τελική αποδοχή του στο Υπουργείο Οικονομικών. Ένας άλλος παράγοντας ήταν οι προσδοκίες του Αγγλικού λαού στο τέλος του πολέμου.

Η έναρξη της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας έγινε το καλοκαίρι του 1948, εκατό χρόνια ακριβώς μετά από την ψήφιση του πρώτου νόμου περί δημόσιας υγείας. Το έτος 1848 ήταν ορόσημο στην αντιμετώπιση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας των λοιμωδών νόσων, εξ' αιτίας του περιβάλλοντος. Τότε η χολέρα και ο τυφοειδής ήταν τα κύρια αίτια αρρώστειας και η κύρια απειλή της υγείας. Να σημειώσουμε σ' αυτό το σημείο ότι η ανάπτυξη της δημόσιας υγείας και ο έλεγχος των λοιμωδών νόσων έγιναν πολύ πριν από την αποκάλυψη της αιτίας της χολέρας, βάσει της ανάπτυξης του Συστήματος Δημόσιας Υγείας.

Η εφαρμογή του National Health Service (N.H.S) το 1948 είναι από τα πιο λαμπρά επιτεύγματα του Beveridge και τις προηγούμενες επιτυχίες της δημόσιας υγείας. Ενώ έχει υποστεί σοβαρές μεταρρυθμίσεις, η Ε.Υ.Υ είναι ένα δημοφιλές σύστημα στη Βρετανία.

Με τα ίδια περίπου χαρακτηριστικά αυτού του προτύπου δηλαδή της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (Beveridgean model), αλλά με διαφορά στην χρηματοδότηση, διαμορφώνεται και το πρότυπο της κοινωνικής ασφάλισης (Bismarckean model) με χαρακτηριστικό παράδειγμα χώρας την Γαλλία αλλά και άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Γερμανία, Αυστρία, Βέλγιο κ.α. Χαρακτηρίζονται και τα δύο αυτά μοντέλα από καθολική και υποχρεωτική κάλυψη όλου του πληθυσμού, δημόσια ή και ατομική ιδιοκτησία των συντελεστών παραγωγής, αλλά στην Εθνική Υπηρεσία Υγείας η χρηματοδότηση γίνεται μέσα από γενικευμένη εθνική φορολογία, ενώ στην Κοινωνική Ασφάλιση, η χρηματοδότηση γίνεται μέσα από συνεισφορές εργοδοτών και εργαζομένων.

3. ΚΡΙΤΙΚΗ ΤΩΝ ΗΔΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΜΕΝΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα υπέρ και τα κατά σ'αυτές τις θεωρίες είναι πολλά, Υπηρεσίες Υγείας από τη μιά που μπορεί να απολαύσει όλος ο πληθυσμός, που όμως η έλλειψη του ανταγωνισμού και του επιχειρηματικού κέρδους τις κάνει να λειτουργούν μέτρια, μ'όλα τα επακόλουθα της δημοσιοϋπαλληλικής νοστροπίας και υπερπολυτελείς υπηρεσίες από την άλλη με άριστη εξυπηρέτηση, άρτια εξοπλισμένες, με περγαμνές σε επιστημονικές μελέτες και έρευνα, με μοντέρνες μεθόδους διαχείρισης, ικανή στελέχωση που όμως μόνο οι λίγοι που διαθέτουν τα απαραίτητα μέσα μπορούν να απολαύσουν.

Η περιβόητη και πολυσυζητημένη "κρίση του Κράτους-Πρόνοιας" από τη μιά, αφού το βάρος των κρατικών προϋπολογισμών από το συνεχές αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας, σε συνδυασμό με τους περιορισμένους πόρους, είναι πια αβάστακτο και τα διαθέσιμα κεφάλαια των επιχειρηματιών από την άλλη που βολεύουν μεν, αλλά εμπορευματοποιούν την υγεία.

Τα περισσότερα συστήματα αντιμετωπίζουν όμοια προβλήματα χρηματοδότησης και διανομής υπηρεσιών υγείας και στοχεύουν στην ισοκατανομή και την επάρκεια των παροχών. Επίσης επιδιώκουν την ανάπτυξη της δυνατότητας για όλα τον πληθυσμό, να έχει πρόσβαση σε μια ποιοτική μορφή ιατρικής περίθαλψης που επιτυγχάνεται με την άριστη κατανομή των πόρων και την αποτελεσματική και αποδοτική διαχείριση των υπηρεσιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ : ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ένα άλλο κριτήριο με το οποίο μπορούμε να κατατάξουμε τα συστήματα υγείας είναι η δομή και οργάνωση, ο τρόπος δηλαδή σύνδεσης των στοιχείων που συνθέτουν ένα σύστημα υγείας, έτσι ώστε να παράγονται υπηρεσίες υγείας.

Ο Β. Kleizkowski, Milton Roemer και Van Der Werff στη μελέτη τους για την Π.Ο.Υ. θεωρούν σαν τα πέντε κυριότερα στοιχεία που απαρτίζουν τη δομή ενός συστήματος υγείας:

1. Την ανάπτυξη των υγειονομικών πόρων, υλικών και ανθρώπινων.
2. Την οργάνωση των υλικών και ανθρώπινων πόρων.
3. Τον τρόπο παραχής των φροντίδων υγείας.
4. Την διοικητικο-διαχειριστική διαδικασία και
5. Το οικονομικό στήριγμα.

1. ΟΙ ΥΛΙΚΟΙ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ

Οι υλικοί και ανθρώπινοι πόροι συγκροτούνται:

- α) Από το προσωπικό που απασχολείται με την υγεία: γιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί, παραϊατρικό προσωπικό, διοικητικό, βοηθητικό προσωπικό κ.α
- β) Από τις εγκαταστάσεις υγείας: νοσοκομεία, κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία, κέντρα υγιεινής, βοηθητικές υπηρεσίες, βοηθητικές εγκαταστάσεις για πρόληψη βιολογικού καθαρισμού, αποστείρωσης γάλακτος, ύδατος κ.λ.π.)
- γ) Από τα υλικά και τον εξοπλισμό που διατίθενται για την υγεία: φάρμακα, υγειονομικό υλικό, βιοιατρική τεχνολογία, άλλα υλικά, που είτε υποβοηθούν το ιατρικό έργο (ακουστικά, τεχνητά μέλη, γυαλιά) είτε έμμεσα το εξυπηρετούν (π.χ. ψύκτες, μεταφορικά μέσα κ.α) και
- δ) Από τις γνώσεις και την έρευνα που σχετίζονται με τα θέματα της υγείας και της ιατρικής επιστήμης και κυρίως στο μέρος τους που αναφέρεται στην πρόληψη και στην καταπολέμηση χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων.

2. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

Την ευθύνη για την οργάνωση των παραπάνω αναφερομένων πόρων μπορεί να έχουν:

- α) Κάποιο κεντρικό όργανο που ανήκει στο Κράτος, π.χ. ένα Υπουργείο Υγείας.
- β) Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί
- γ) Άλλα κυβερνητικά όργανα (π.χ. το Υπουργείο Παιδείας, το Υπουργείο Εργασίας, το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας για τους στρατιώτες)
- δ) Ιδρύματα μη κερδοσκοπικά για την πρόληψη του καρκίνου, την προστασία των γερόντων και των παιδιών και
- ε) Ο ιδιωτικός τομέας

3. ΤΡΟΠΟΙ ΠΑΡΟΧΗΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι τρόποι αυτοί στοχεύουν στις παραχές που περιλαμβάνουν η πρωτοβάθμια , δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας αλλά και η πρόληψη που ασκείται σε τρία επίπεδα.

Στο πρώτο επίπεδο πρόληψης κατατάσσονται οι δραστηριότητες που στοχεύουν να δημιουργήσουν κατάλληλες περιβαλλοντολογικές συνθήκες τέτοιες αλλά και να παρέμβουν στην ανθρώπινη συμπεριφορά , ώστε να προφυλάξουν με τρόπο θετικό την υγεία του πληθυσμού, όχι μόνο από μεταδοτικές ασθένειες, αλλά και από άλλες όπως ο ραχιτισμός , ο καρκίνος με την καταστολή του καπνίσματος κ.α. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στα στάδια αυτό είναι ,εκτός από τον εμβολιασμό ,ο καθαρισμός ύδατος, γάλακτος κλπ

Εξ'άλλου παρεμβάσεις στην παθολογική εξέλιξη της αρρώστειας με θεραπευτικές μεθόδους, με χρήση φαρμάκων, με χειρουργικές επεμβάσεις κ.α κινούνται στο δεύτερο επίπεδο πρόληψης.

Τέλος η επανένταξη που αποβλέπει στην επαναφορά των φυσικών διανοητικών και κοινωνικών λειτουργιών με την βοήθεια κατάλληλων φαρμακευτικών, τεχνικών και άλλων μεθόδων , εντάσσεται στο τρίτο στάδιο πρόληψης.

4. Η ΟΙΔΙΚΗΤΙΚΟ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Στη διοικητικο-διαχειριστική διαδικασία περιλαμβάνονται όλες εκείνες οι δραστηριότητες , οι ενέργειες , οι μηχανισμοί που προγραμματίζουν, συντονίζουν και αξιολογούν ένα σύστημα υγείας. Επίσης εμπεριέχονται οι νόμοι , νομοθετικά διατάγματα , οι κανονισμοί και άλλα επίσης που διέπουν αυτά τα συστήματα. Η αποτελεσματικότητα αυτής της διαδικασίας συννοείται με την ικανότητά της να εναρμονίζεται με τον κοινωνικό ρυθμό.

5. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΣΤΗΡΙΓΜΑ

Όλες οι κοινωνίες για την ενίσχυση της υγείας και των συστημάτων παροχής της υγείας έχουν εφεύρει μηχανισμούς οικονομικής στήριξης που δεν υποκούνται στους νόμους της αγοράς , δηλαδή της προσφοράς και ζήτησης. Η ομάδα που πιο πάνω αναφέραμε , μιας υποδεικνύει τους εής τρόπους οικονομικής στήριξης.

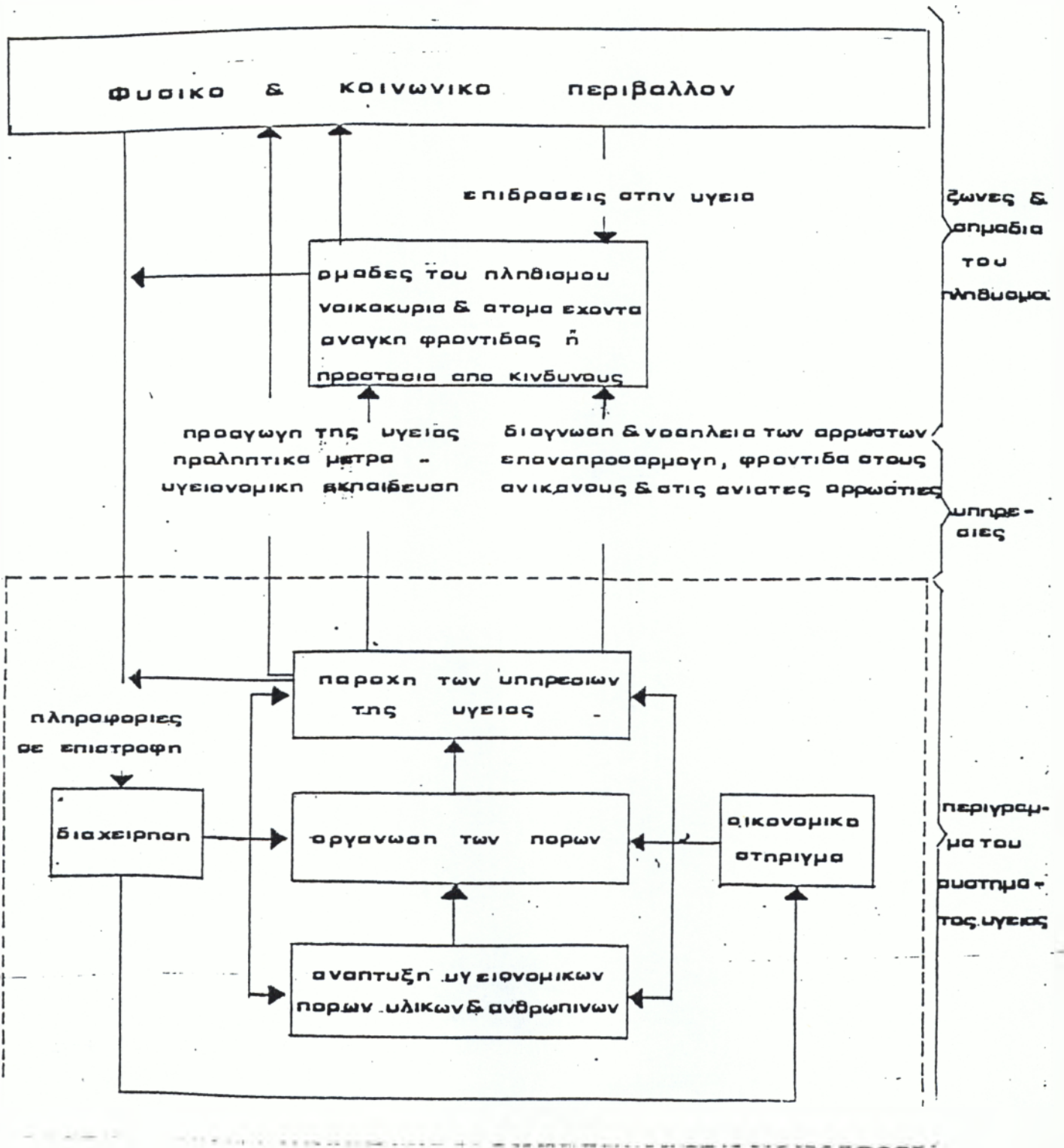
- α) Δημόσιες πηγές.
- β) Ασφαλιστικά ταμεία , μέσω των εισφορών των υπαλλήλων , εργατών , αγροτών κ.α
- γ) Οργανισμοί κοινής ωφέλειας.
- δ) Τοπική αυτοδιοίκηση και
- ε) Νοικοκυριά

Τον τρόπο σύνδεσης όλων των παραπάνω στοιχείων σε σχέση με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον και το επιδημιολογικό πρότυπο του πληθυσμού οι Β. Kleizkwaski , M. Roemer , Van Der Werff , τον παρουσιάζουν με τον πίνακα 1 Βέβαια όσα βλέπουμε στον πίνακα αυτό είναι ενδεικτικά.

Συναντάμε άπειρους τρόπους σύνδεσης , όπως και πλήθος άλλων , πέρα των παραπάνω αναφερομένων στοιχείων και επιλογών , που μπορούν να δώσουν μορφή απο την άποψη της δομής και οργάνωσης σ'ένα σύστημα υγείας. Αλλιώςτε αυτό δικαιολογεί και την πολυπλοκότητα και πολυμορφία τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ΔΟΜΗ & ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ : ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ

Μια τρίτη ομάδα κριτηρίων χρήσιμων για την συγκριτική θεώρηση των συστημάτων υγείας είναι οι οικονομικοί παράμετροι. Οι οικονομικοί παράμετροι αναφέρονται στους οικονομικούς πόρους και έχουν να κάνουν με το κόστος των δαπανών για την υγεία, τον τρόπο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, την κατανομή των πόρων, τις πηγές από όπου προέρχονται, το ποσοστό συμμετοχής του ιδιωτικού και δημοσίου τομέα, την αμοιβή των επαγγελματιών υγείας καθώς και με άλλους ακόμα.

Η στενότητα των οικονομικών πόρων τα τελευταία χρόνια και ιδιαίτερα μετά την πρώτη οικονομική κρίση του 1974, όπου οι μεγάλοι ρυθμοί ανάπτυξης που εμφανίστηκαν μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο ανήκαν πιά στο παρελθόν, δίνει μεγάλη βαρύτητα στις παραπάνω παραμέτρους που παίζουν κυρίαρχο ρόλο στην χάραξη πολιτικής υγείας και στην διαμόρφωση των συστημάτων υγείας.

Η ορθολογική χρησιμοποίησή τους είναι πλέον ανάγκη. Η εφαρμογή του cost-benefit και cost-effective για την λήψη των αποφάσεων κρίθηκε επιβεβλημένη όπως και η εξεύρεση εναλλακτικών μεθόδων μείωσης και ελέγχου όλων των συντελεστών κόστους.

1. ΜΟΡΦΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ Α) ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ

Οι παραδοσιακοί τρόποι χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, που είναι μια από τις σπουδαιότερες οικονομικές παραμέτρους, δηλαδή η "κατά πράξη" και "έμμεσα" αμοιβή στην ανοιχτή περίθαλψη και το "κλειτό" ή "σπαστό" νοσήλιο στην νοσοκομειακή περίθαλψη, φαίνεται ότι απέτυχαν να περιορίσουν και να ελέγξουν το κόστος.

Ας κάνουμε μια παρένθεση σ' αυτό το σημείο, ώστε να θυμηθούμε ξανά τι ακριβώς εννοούμε με τον όρο ημερήσιο νοσήλιο (per diem). Το ημερήσιο νοσήλιο υπολογίζεται λοιπόν από το κλάσμα, που έχει αριθμητή, το σύνολο των δαπανών του νοσοκομείου και παρονομαστή το συνολικό αριθμό των ημερών νοσηλείας. Το ημερήσιο νοσήλιο είναι το αντίτιμο που πληρώνει ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου ή ο ασφαλιστικός του φορέας για κάθε ημέρα νοσηλείας στο νοσοκομείο.

Στο προσδιορισμό της τιμής του περιλαμβάνονται όλες οι υπηρεσίες που προσφέρονται στον ασθενή, δηλαδή διαγνωστικές, ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές κ.α.

Ο τύπος από τον οποίο προκύπτουν τα έσοδα των νοσοκομείων είναι ο εξής:

$$R = \boxed{P \text{ (Per Diem)}} = \boxed{N \text{ (Αριθ. Ασθενών)}} \times \boxed{\text{Μέση Διάρκεια Νοσηλείας}}$$

όπου

R = έσοδα του νοσοκομείου.

P (per diem) = προκαθορισμένη τιμή για κάθε ημέρα νοσηλείας.

N (ασθενών) = ο αριθμός των νοσηλευθέντων επί τη διάρκεια νοσηλείας τους.

Απο τον παραπάνω τύπο συνεπάγεται ότι το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης επηρεάζεται από τον αριθμό των νοσηλευθέντων, τη μέση διάρκεια νοσηλείας και το ημερήσιο κόστος νοσηλείας.

Απο τις αρχές της δεκαετίας του '80 ο τρόπος χρηματοδότησης βάσει του ημερησίου νοσηλίου εγκαταλείπεται, λόγω του ότι δεν ανταποκρίνεται στο πραγματικό προϊόν του νοσοκομείου και λόγω των πληθωριστικών του τάσεων. Διεθνώς έχει αρχίσει η αντικατάστασή του από σύγχρονες μεθόδους και τεχνικές χρηματοδότησης.

Ανάλογα, τώρα με τον τρόπο που διαμορφώνεται η τιμή του νοσηλίου συναντάται, με τρεις μορφές, δύο απο τις οποίες αναφέραμε πιο πάνω: το κλειστό και το ευλύγιστο ή σπαστό νοσήλιο. Και μιά άλλη μορφή είναι και το ανοικτό νοσήλιο.

Β) ΚΛΕΙΣΤΟ ΝΟΣΗΛΙΟ

Το κλειστό νοσήλιο διαμορφώνεται μετά απο συμφωνία των νοσηλευτικών μονάδων και των ασφαλιστικών οργανισμών. Αφορά ένα πάγιο ποσό που καταβάλλεται για κάθε ημέρα νοσηλείας, ανεξάρτητα απο την ποσότητα και το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν απο τη νοσηλευτική μονάδα στον ασθενή ή μέσα στην ημέρα αυτή.

Τις μεγαλύτερες επιθέσεις έχει υποστεί το κλειστό νοσήλιο, λόγω των πληθωριστικών πιέσεων που προκαλεί, για το λόγο ότι το νοσοκομείο το μόνο κίνητρο που έχει για να συζησει τα έσοδά του, είναι η παράταση της της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών.

Γ) ΕΥΛΥΓΙΣΤΟ Η ΣΠΑΣΤΟ ΝΟΣΗΛΙΟ

Αποτελεί παραλλαγή του κλειστού νοσηλίου. Ενα μέρος είναι δεδομένο και σταθερό, ενώ το κόστος μεταβάλλεται ανάλογα με την σοβαρότητα των περιπτώσεων, την ιατρική ειδικότητα και διαγνωστική ομάδα και στήριζεται στη λογική ότι άλλη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας έχουν οι διάφορες διαγνωστικές κατηγορίες.

Δ) ΑΝΟΙΚΤΟ ΝΟΣΗΛΙΟ

Το ανοικτό νοσήλιο διαμορφώνεται απο μια πάγιο ημερήσιο αμοιβή της νοσηλευτικής μονάδας. Το σταθερό κόστος για όλους τους νοσηλευόμενους αφορά τις ξενοδοχειακές και διοικητικές δαπάνες, το δε μεταβλητό αφορά το είδος της ιατρικής φροντίδας που παρέχεται στον κάθε νοσηλευόμενο, ανάλογα με τις ανάγκες του και συνήθως καταβάλλεται με τον τρόπο πληρωμής κατά πρόξη και περίπτωση (fee for service).

2. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ
ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

A) ΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS (HMOs)

Στις Η.Π.Α , στις αρχές της δεκαετίας του '70 προκειμένου να ξεπεραστεί και η κρίση που ξέσπασε με την ανάπτυξη των δυο κοινωνικών προγραμμάτων Medicare & Medicaid , για τους ηλικιωμένους ανώ των 65 ετών & τους άπορους αντίστοιχα, υποστηρίχτηκε σαν εναλλακτικός τρόπος των υπηρεσιών υγείας στην ανοιχτή περίθαλψη η ιδέα των Maintenance Organization (HMOs) ή αλλιώς Οργανισμών Διατήρησης της υγείας.

Σ' αυτήν την κατηγορία εντάσσονται νέες μορφές οργάνωσης και παροχής φροντίδας υγείας, οι οποίες αναλαμβάνουν παράλληλα την παραγωγή των υπηρεσιών υγείας και τον τομέα ασφάλισης.

Χαρακτηριστικό αυτών των οργανισμών είναι η προβλεπόμενη χρηματοδότηση (Prepayment) για οποιαδήποτε βαθμίδα περίθαλψης, με αποτέλεσμα τον έλεγχο της προκλητής ζήτησης.

Ειδικότερα οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας είναι οργανισμοί που παρέχουν ιατρικές φροντίδες στα μέλη τους, τα οποία προληπώνουν προκαθορισμένα ποσά για συγκεκριμένο χρόνο. Αποτελούν ένα οργανωμένο σύστημα με εσωτερικούς διαχειριστικούς ελέγχους, το οποίο αναλαμβάνει την ευθύνη για παροχή όλων των ιατρικών φροντίδων σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό, που αποτελεί τα εγγεγραμμένα οικειοθελώς μέλη του. Αυτά πληρώνουν εκ των προτέρων περιοδικά μια καθορισμένη συνδρομή.

Η κατά κεφαλή πληρωμή των μελών είναι ανεξάρτητη από τον αριθμό των ζητούμενων υπηρεσιών. Τα μέλη έχουν μια ετήσια επιλογή προγραμμάτων υγείας και έχουν το δικαίωμα να ζητήσουν οποιαδήποτε υπηρεσία υγείας από τον οργανισμό, τον οποίο αυτοί έχουν επιλέξει. Τα εισοδήματα των γιατρών εξαρτώνται άμεσα από τα οικονομικά αποτελέσματα των συγκεκριμένων οργανισμών.

Ερευνες έχουν αποδείξει, ότι οι οργανισμοί αυτοί, έχουν μειώσει το συνολικό κόστος των υπηρεσιών υγείας κατά 25% περίπου και τις ημέρες νοσηλείας ανασθενή από 10 μέχρι 40% περίπου.

Με τον τρόπο αυτό χρηματοδότησης ο προϋπολογισμός ενός Οργανισμού Διατήρησης Υγείας υπολογίζεται από τον τύπο:

$$B = N \times Ph$$

όπου : B = ο προϋπολογισμός
N = ο αριθμός των μελών
Ph = η ετήσια συνδρομή

Τα έσοδα του περιέχουν το κόστος (C) και τα κέρδη (P):

$$C = Pa \times Na \times Pmi \times Nmi$$

όπου το κόστος (C) υπολογίζεται από την ετήσια συνδρομή των μελών (Pa) επί τον αριθμό αυτών (Na) συνυπολογίζοντας το κόστος της κάθε ασθένειας (Pmi) με τον αριθμό των ασθενών που νοσηλεύονται για συγκεκριμένη ασθένεια (Nmi). Οπότε το οικονομικό όφελος των οργανισμών προκύπτει από

$$P = B - C$$

, δηλαδή αφαιρείται το πραγματικό ετήσιο κόστος του οργανισμού από τον προβλεπόμενο ετήσιο προϋπολογισμό.

Με αυτούς τους οργανισμούς αντικαταστάθηκαν σιγά-σιγά η κατά πράξη και περίπτωση αμοιβή όπου δεν είχε οικονομικό κίνητρο να διατηρούνται τα άτομα υγιή κατ' αντίθεση με τους οργανισμούς. Και απαραίτητη προϋπόθεση για να διατηρούνται τα άτομα υγιή είναι η πρόληψη και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που κοστίζουν και πολύ λιγότερα από την νοσοκομειακή περίθαλψη. Αλλά και στην νοσοκομειακή περίθαλψη στις Η.Π.Α γίνεται προσπάθειες ελέγχου του κόστους μέσω της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

B) ΟΜΟΙΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ (DIAGNOSIS RELATED GROUPS)

Στις αρχές της δεκαετίας του '60 ο καθηγητής FETTER και οι συνεργάτες του στο πανεπιστήμιο Yale των Η.Π.Α πειραματίζονται να ομαδοποιήσουν τις ασθένειες και να τις κατατάξουν σε διαγνωστικές "ομάδες" με το ίδιο κόστος νοσηλείας. Μ' αυτόν τον τρόπο θέλουν να καταργήσουν το "κλειστό" νοσήλιο και να το αντικαταστήσουν με μια πάγια αμοιβή για κάθε αρρώστια. Κριτήριο αξιολόγησης του νοσοκομειακού προϊόντος, είναι λοιπόν η ομαδοποίηση των ασθενών σε 470 ομοιογενείς κατηγορίες, παθολογικά, διαγνωστικά όμοιες.

Η ταξινόμηση αυτή σε ομοιογενείς κατηγορίες έχει προέλευση ιατροοικονομική και επιχειρεί να συνδέσει τις κλινικές περιπτώσεις με τις οικονομικές υποχρεώσεις.

Υπό την έννοια αυτή κάθε νοσηλευόμενος ανήκει σε μια κατηγορία η οποία προσδιορίζεται από την ασθένειά του και η οποία απαιτεί τη χρησιμοποίηση ενός πακέτου παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα οι ημέρες νοσηλείας να μην παίζουν κανένα ρόλο στις προσόδους, αφού το νοσοκομείο θα εισπράξει τα ίδια για όσες ημέρες ο άρρωστος νοσηλευτεί και μάλιστα για να αυξήσει τα έσοδά του συμφέρει να μείνει λιγότερες ημέρες.

Μ' αυτόν τον τρόπο νοσοκομειακής χρηματοδότησης, ο προϋπολογισμός του νοσοκομείου, προκύπτει απ' τον εξής τύπο:

$$B = Pmi \times Nmi$$

όπου B = ο προϋπολογισμός

Pmi = το κόστος του ασθενούς για μια συγκεκριμένη ασθένεια (διαγνωστική κατηγορία).

Nmi = ο αριθμός των ασθενών που έχουν καταταχθεί σε μια συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία.

Τη μέθοδο αυτή των Ομολογεσών Διαγνωστικών Κατηγοριών (DRGs) (Diagnosis Related Groups) νομοθέτησε η κυβέρνηση Ρήγκον το 1983, όπου την βρήκε πολύ ενδιαφέρουσα ως εναλλακτική μέθοδο χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης που περιορίζει το κόστος.

Γ) Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗ ΓΑΛΛΙΑ
Ο ΣΦΑΙΡΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ (GLOBAL BUDGET)
1) ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΗ ΓΑΛΛΙΑ

Το σύστημα υγείας στη Γαλλία έχει τη μορφή ενός πολύμορφου συμπλέγματος, το οποίο διατηρεί τις παραδοσιακές μορφές, συνδυασμένες με τις πιο σύγχρονες αντιλήψεις οργάνωσης ενός συστήματος υγείας. Χαρακτηρίζεται από δύο κυρίαρχους αντίθετους ιδεολογικούς προσανατολισμούς. Ο πρώτος αφορά την "ισότητα" όλων των πολιτών, ως προς την υγεία (egalitarianism) σύμφωνα με το γαλλικό σύνταγμα, και ο δεύτερος τον "φιλελευθερισμό" του συστήματος (liberalism), εφόσον αποδέχεται την συνύπαρξη και συνεργασία σε μεγάλο βαθμό του ιδιωτικού τομέα υγείας. Το κράτος για να επιτύχει αυτό το δύσκολο συμβιβασμό, διασφάλισε τη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας με τη δημιουργία του ασφαλιστικού συστήματος, που καλύπτει το σύνολο του λαού.

Η δημιουργία αυτού του συστήματος στη Γαλλία το 1945 επεδίωκε μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, όχι μόνο να διασφαλίσει τους πολίτες από πιθανούς κινδύνους υγείας, αλλά και να επιφέρει ανακατανομή του εισοδήματος στα πλαίσια των αρχών της κοινωνικής αλληλεγγύης.

Η Γαλλία βρίσκεται μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ που δαπανούν υψηλό ποσοστό για την υγεία επί του ΑΕΠ. Οι συνολικές δαπάνες υγείας από το 1960 μέχρι και το 1985 παρουσιάζουν συνεχή αυξητική τάση και αναλυτικότερα το ποσοστό μεταβολής των συνολικών δαπανών υγείας επί του ΑΕΠ ανά πενταετία φαίνεται στον πίνακα 2.

Η γενική παρατήρηση που προκύπτει από τον πίνακα είναι ότι ο ρυθμός αύξησης των συνολικών δαπανών υγείας στη Γαλλία μετά το 1970 δείχνει να σταθεροποιείται γύρω στο 12% ενώ η τελευταία διετία 1985-87 δεν εμφανίζει αυξήσεις, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι το ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία οδηγείται σε σταθεροποίηση. Η παρατηρούμενη σταθεροποίηση οφείλεται στις προσπάθειες της κυβέρνησης για την ανεύρεση των αιτιών και μέτρων ελέγχου της αύξησης των δαπανών, που άρχισαν με μια σειρά μεταρρυθμίσεων από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 περίπου και ολοκληρώθηκαν με την μεταρρύθμιση του σφαιρικού προϋπολογισμού (1983-84), με επίκεντρο τη νοσοκομειακή περίθαλψη, νόμος Νο 83-25 της 19/1/83.

Αναμφίβολα η μεταρρύθμιση του 1983 αποτελούσε, όπως άλλωστε και οι προηγούμενες πολιτική επιλογή με τη διαφορά ότι περιελάμβανε μακροοικονομικές και μικροοικονομικές, μακροπρόθεσμες και βραχυπρόθεσμες οικονομικές, θεσμικές, οργανωτικές και διαχειριστικές επιλογές που απουσίαζαν από τις προηγούμενες.

Ειδικότερα, σύμφωνα με την φιλοσοφία, το πνευμα του Γαλλικού νόμου, η μεταρρύθμιση του 1983 στόχευε στο να επιφέρει θετικά αποτελέσματα σε εθνικό και νοσοκομειακό επίπεδο, έχοντας ταυτόχρονα δύο σκέλη: τη μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση και τη μεταρρύθμιση στη διαχείριση, όπως πιο κάτω θα παρατηρήσουμε.

Πίνακας 2

Ποσοστό Μεταβολής των Δαπανών Υγείας στη Γαλλία

Χρονική Περίοδος	(%) Ποσοστό Μεταβολής
1960 - 1965	23.8
1965 - 1970	11.5
1970 - 1975	18.9
1975 - 1980	10.1
1980 - 1985	11.8
1985 - 1987	0

Πηγή ΟΟΣΑ. Στοιχεία Προσφυγιστών - Υποψήφιοι Η Κοινωνική Έκθεση 1992 ΕΕ

Σ' αυτό ακριβώς το σημείο κρίνεται σκόπιμο να γίνει μια αναφορά στον Rodwin , σύμβουλο υγείας και πανεπιστημιακό δάσκαλο (καθηγητής στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια και του Παρισιού IX Dauphine), ο οποίος με μια φράση έδωσε συνοπτικά την εικόνα του γαλλικού υγειονομικού συστήματος : " Το γαλλικό σύστημα υγείας είναι ένα πρωτότυπο σύστημα υγείας δυτικοευρωπαϊκού τύπου, του οποίου τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά είναι η καθολική, συνολική χρηματοδότηση διαμέσου του μηχανισμού της κοινωνικής ασφάλισης και η αρμονική συνύπαρξη του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για την παροχή ιατρικής φροντίδας".

ii) ΣΦΑΙΡΙΚΟΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ (GLOBAL BUDGET)

Ο σφαιρικός προϋπολογισμός όπως έχει επικρατήσει να ονομάζεται στην Ελλάδα, χαρακτηρίζεται από την ετήσια εκ των προτέρων (a priori) πληρωμή μιας συνολικής, σφαιρικής χρηματοδότησης των λειτουργιών του Νοσοκομείου και από μια κοινή δράση όλων των υπευθύνων στη διαδικασία κατάρτισης του προϋπολογισμού.

Όπως λίγο προηγουμένα αναφεραμε, περιλαμβάνει δυο βασικές μεταρρυθμίσεις :

α) Τη μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση και β) Τη μεταρρύθμιση στη διαχείριση.

Η μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση αφορά κυρίως την εκ των προτέρων συνολική πληρωμή του νοσοκομείου ενώ η μεταρρύθμιση στη διαχείριση περιλαμβάνει τη νέα κατάρτιση της οργανωτικής δομής του και τη συμμετοχή των διάφορων υπευθύνων του νοσοκομείου στην κατάρτιση του νοσοκομειακού προϋπολογισμού.

Ο τρόπος αυτός χρηματοδότησης εφαρμόζεται κυρίως σε χώρες που έχουν εθνικά συστήματα υγείας, και ακόμη στη Γαλλία, στον Καναδά, και πειραματικά στην Γερμανία και Ελβετία.

Τα έσοδα των νοσοκομείων, υπολογίζονται από τον τύπο:

$$B_t = B_{t-1}(1 + \mu)$$

όπου B_t = ο προϋπολογισμός του επόμενου έτους

$B_{t-1}(1+\mu)$ = ο προϋπολογισμός του προηγούμενου έτους συν την ανάλογη αύξηση, αναπροσαρμογή των τιμών λόγω πληθωρισμού.

Εαν οι προγραμματισμένες ανάγκες ικανοποιηθούν με λιγότερα χρήματα από τα προϋπολογιζόμενα, το κονδύλι που απομένει, παραμένει στο τμήμα ως ένα είδος "bonus". Έτσι και οι γιατροί δεν είναι αμέτοχοι στα οικονομικά του τμήματός τους και τους συμφέρει να ικανοποιήσουν όσο περισσότερες ανάγκες μπορούν με τα ίδια χρήματα.

Βέβαια όλοι οι παραπάνω τρόποι βρίσκονται ακόμη σε πειραματικό στάδιο. Πάντως φαίνεται από τα πρώτα συμπεράσματα ότι οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (ΗΜΟς) διατηρούν μια ποιότητα υπηρεσιών υγείας ίση και ίσως καλύτερη από άλλες μεθόδους, ενώ δίνουν έμφαση στον περιορισμό της νοσοκομειακής περίθαλψης που επιδιώκεται παγκόσμια σήμερα για τον περιορισμό των διαθέσιμων πόρων.

Επίσης στα νοσοκομεία που εφαρμόστηκαν οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες (DRGs) τα αποτελέσματα φαίνονται ενθαρρυντικά, αφού εμφανίστηκε μείωση της διάρκειας νοσηλείας κατά 20%, ενώ το κόστος νοσηλείας αυξήθηκε μόνο κατά 10% αντίθετα από τα νοσοκομεία που δεν εφαρμόστηκαν. Στα τελευταία το κόστος νοσηλείας αυξήθηκε κατά 15 ως 20%.

Το παραπάνω παράδειγμα της ανάλυσης των εναλλακτικών μορφών χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, για να επανέλθουμε στο θέμα μας, είναι και ένας τρόπος κατάταξης των συστημάτων υγείας με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

Πάντως φαίνεται ότι προς το παρόν μόνο οι Η.Π.Α και η Γαλλία έχουν καταβάλλει προσπάθειες να ξεφύγουν από τις κλασσικές μεθόδους, ενώ η "κατά πρόξην" και "κατά περίπτωση" αμοιβή εφαρμόζεται κατά κόρον στην ανοιχτή περίθαλψη από όλα σχεδόν τα κράτη του κόσμου, όπως και το "κλειστό" ή "σπαστό" νοσήλιο και η κρατική επιχορήγηση στη νοσοκομειακή περίθαλψη.

3. ΠΟΣΟΣΤΟ Α.Ε.Π ΠΟΥ ΔΑΠΑΝΑΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η στενότητα των πόρων και οι προσπάθειες που έχουν γίνει για την χρησιμοποίησή τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, φαίνεται ότι δεν είναι αρκετά για να ανακόψουν την αυξητική πορεία των δαπανών για την υγεία.

Η άνοδος αυτή που το 1950 ήταν της τάξης του 1%, την δεκαετία του 1960 κυμάνθηκε από 0,5% μέχρι 2%, ενώ φαίνεται ότι σήμερα στις αναπτυγμένες χώρες το ποσοστό του Α.Ε.Π που διατίθενται για την υγεία ξεπερνάει και το 10%.

Παράδειγμα στις Η.Π.Α έχει φτάσει στο 11%, ενώ το 1950 ήταν 4,6%, το 1965 ήταν 5,9%, το 1977 ήταν 8,8%, το 1979 ήταν 9% και το 1981 ήταν 9,8%.

Στη Γαλλία το 1976 ήταν 6,7%, το 1979 έφθασε το 7,1% και το 1981 ξεπέρασε το 7,8%, ενώ σήμερα βρίσκεται στο 9%. Στη Μεγάλη Βρετανία το ποσοστό του Α.Ε.Π που διατέθηκε για την υγεία με την εφαρμογή του κοινωνικοποιημένου συστήματος υγείας, δηλαδή το 1949 ήταν 4%, το 1979 έφθασε στο 6% και σήμερα τείνει να ξεπεράσει το 6,8%.

Στη Σουηδία από 8,4% το 1975, έχει φτάσει σήμερα το 11%. Στη Γερμανία το 1976 ήταν 6,7%, το 1979 ήταν 7,1% και μετά το 1981 ξεπέρασε το 8%. Στη Ρωσία το ποσοστό αυτό ανέρχεται περίπου στο 6,3%, ενώ στην Ελλάδα το ποσοστό του Α.Ε.Π που διατίθεται από το Δημόσιο Τομέα ήταν της τάξης του 2%, το 1982 έφθασε το 4,3% και το 1987 στο 6%. Το ποσοστό που διατίθενται από τους ιδιώτες καταναλωτές είναι δύσκολο να υπολογιστεί, πιστεύεται ότι ανέρχεται στο 3%.

Τα υψηλά ποσοστά του δείκτη αυτού είναι ενδεικτικά της θέσης που κατέχει η υγεία στα ανεπτυγμένα και αναπτυσσόμενα κράτη του κόσμου, σε σχέση με άλλες κοινωνικές ανάγκες.

Εκείνο που δεν έχει προσδιοριστεί είναι αν η σημαντική αυτή αύξηση των πόρων έχει αξιοσημείωτες επιπτώσεις στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Τα αποτελέσματα σίγουρα δεν είναι τα αναμενόμενα, ή τουλάχιστον δεν βρέθηκαν σε ευθεία αναλογία με τους αντίστοιχους πόρους που διατέθηκαν.

Βέβαια υπάρχει και μια άλλη κατηγορία χωρών, οι φτωχές χώρες του τρίτου κόσμου της Ιαπωνικής Αμερικής και της Ασίας, όπου ο δείκτης αυτός κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Οι ανάγκες επιβίωσης δεν αφήνουν στις χώρες αυτές περιθώρια για μεγάλες δαπάνες στην υγεία που περιορίζονται μόνο σε φάρμακα, εμβόλια κατά των λοιμωδών νόσων και πρώτες βοήθειες. Στοιχείο για το ποσοστό επί του ΑΕΠ που δαπανάται στις χώρες αυτές, για σύγκριση είναι δύσκολο να βρεθούν.

4. Η ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Εάν χρησιμοποιήσουμε ως επίπεδο αναφοράς το "πώς" και το "πόσο" συμμετέχει ο ιδιωτικός ή ο δημόσιος τομέας στο σύνολο των δαπανών κάθε συστήματος, θα διαπιστώσουμε ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις ως προς το ποσοστό και τον τρόπο συμμετοχής στις δαπάνες για την υγεία, του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.

Στις Η.Π.Α οι δαπάνες προέρχονται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα, από ένα δίκτυο ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών.

Στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης υπερέχει η συμμετοχή του δημοσίου τομέα που ξεπερνάει το 60% και 70% των συνολικών δαπανών για την υγεία και παρέχεται, είτε από τη γενική φορολογία, είτε από δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Στην Ελβετία π.χ. τα 4/5 των συνολικών δαπανών για την υγεία διατίθενται από παραχές των ασφαλιστικών οργανισμών, κατά το υπόλοιπο, από το δημόσιο και άμεσα από τον ιδιώτη. Στη Γερμανία οι δαπάνες για την υγεία χρηματοδοτούνται από το Ομοσπονδιακό Κράτος και από τα Τομεία Υγείας.

Στη Γαλλία το 80% των συνολικών δαπανών προέρχονται από το Δημόσιο Τομέα. Η Μεγάλη Βρετανία με την ίδρυση της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας διέθεσε το 85% από τον κρατικό της προϋπολογισμό.

Στα κρατικοποιημένα συστήματα υγείας των χωρών του υπαρκτού σοσιαλισμού, που έχουν μια διαφορετική κοινωνικοοικονομική φιλοσοφία, ο ιδιωτικός τομέας είναι ανύπαρκτος. Η χρηματοδότηση προέρχεται καθ'ολοκλήρεια από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Μελετώντας τον πίνακα 3 παρατηρούμε πως διαχρονικά οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία βρίσκονται σε διαρκή άνοδο με κάποια ύφεση την περίοδο 1975-1980, λόγω της οικονομικής κρίσης. Λόγοι που επιβάλλουν κατ'αρχήν την αύξηση αυτή είναι: η γήρανση του πληθυσμού, που αυξάνει τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας σε μια μερίδα του πληθυσμού που έχει ανάγκη επικουρίας, η αύξηση των τιμών των υπηρεσιών υγείας, η μεγάλη άνοδος των μισθών και ημερομισθίων όλων των απασχολούμενων με την υγεία και δη των γιατρών, η ανάπτυξη της σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας που δημιουργεί καθημερινά και νέες ανάγκες, η συνεχής αύξηση της ζήτησης της νοσοκομειακής περίθαλψης που θεωρείται η πιο ακριβή μορφή περίθαλψης σε σχέση με την πρόληψη και την πρωτοβάθμια φροντίδα.

Όμως η αυξητική πορεία του δείκτη αυτού δεν είναι ανεξάρτητη της όλο και μεγαλύτερης παρουσιαζόμενης ανάγκης παρέμβασης του Κράτους στον τομέα της υγείας, με οποιανδήποτε μορφή, μπορεί να γίνεται αυτή.

Η παρέμβαση του Κράτους στην υγεία, που εμφανίστηκε στις αρχές του αιώνα στην Δυτική Ευρώπη με τη μορφή του "Κράτους-Πρόνοιας" και των ασφαλιστικών τομέων, όπως και πιο πάνω σημειώσαμε, θεωρήθηκε απαραίτητη κοινωνική ανάγκη για να διορθώσει τις ανισότητες αλλά και σημαντικός παράγοντας οικονομικής ανάπτυξης, επίσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 :- Δημόσιες δαπάνες υγείας σε ποσοστό ΑΕΠ

Δημόσιες δαπάνες υγείας σε ποσοστό του ακαθάριστου Εθνικού προϊόντος στις χώρες του ΟΟΣΑ, 1960 -1982

Χώρες	1960	1970	1975	1980	1982
Αυστραλία	2,4	3,2	5,6	4,7	5,1
Αυστρία	2,9	3,4	4,1	4,5	4,7
Βέλγιο	2,1	3,5	4,4	5,0	5,2
Καναδάς	2,4	5,1	5,7	5,4	5,9
Δανία	3,2	5,2	5,9	5,8	5,8
Φιλανδία	2,3	4,1	4,9	5,1	5,3
Γαλλία	2,5	4,3	5,5	6,1	6,7
Γερμανία	3,2	4,2	6,6	6,5	6,6
Ισλανδία	2,4	4,1	6,7	6,7	6,6
Ιρλανδία	3,0	4,3	6,4	8,4	7,6
Ιταλία	3,2	4,8	5,8	6,0	6,0
Ιαπωνία	1,8	3,0	4,0	4,6	4,9
Λουξεμβούργο	-	-	5,6	6,6	7,4
Ολλανδία	1,4	5,3	6,2	6,8	7,3
Νέα Ζηλανδία	3,3	3,5	4,4	4,8	4,9
Νορβηγία	2,6	4,6	6,4	6,7	6,7
Πορτογαλία	0,9	1,9	3,8	4,2	4,0
Ισπανία	2,3	3,6	4,3	4,4	-
Σουηδία	3,4	6,2	7,2	8,8	9,0
Ελβετία	-	-	4,7	4,7	-
Τουρκία	-	1,1	-	0,7	-
Αγγλία	3,4	3,9	5,0	4,9	5,0
Η Π Α	1,3	2,8	3,7	4,1	4,5
Ελλάδα	1,7	2,1	2,4	3,8	4,2
Μέσος όρος ΟΟΣΑ	2,5	4,1	5,4	5,8	5,9

Πηγή: ΟΟΣΑ, Διεύθυνση Κοινωνικών Υποθέσεων. Προσωρινά στοιχεία.

Οι μετρήσεις που έγιναν απέδειξαν ότι η προστασία και η προαγωγή της υγείας, προσφέρει ψυχική και σωματική ευεξία στον πληθυσμό και αυξάνει την παραγωγικότητα μειώνοντας σταδιακά τις εργατοώρες που χάνονται λόγω ασθένειας.

Σταδιακά η θεωρία αυτή επεκτάθηκε σε πολλά κράτη του κόσμου. Ακόμη και στις Η.Π.Α, όπως είπαμε, παρουσιάζεται το 1965 παρέμβαση της πολιτείας, μόνο όμως στο τομέα της πρόνοιας. Οι μετέπειτα εξαγγελίες της Π.Ο.Υ, ότι είναι υποχρέωση της πολιτείας να μεριμνά για την ισοτιμή παροχή υγείας στους πολίτες και ότι η υγεία είναι ανθρώπινο δικαίωμα και όχι προνόμιο όπως εθεωρείτο μέχρι τελευταία, ενίσχυσαν ακόμη περισσότερο τη θεωρία αυτή.

Τελικά όμως το πρόβλημα φαίνεται ότι εντοπίζεται περισσότερο στη μεθόδευση και όχι στη φιλοσοφία της θεωρίας αυτής, που θέλει πάντα το κράτος προστάτη της υγείας των πολιτών του.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο δημόσιος τομέας συμμετέχει πάντα, αλλού λίγο και αλλού περισσότερο στις δαπάνες για την υγεία άλλων των συστημάτων υγείας και μάλιστα με αυξανόμενο ρυθμό.

Αυτό βέβαια δεν σημαίνει σε καμιά περίπτωση ότι ο ιδιωτικός τομέας αντικαθίσταται ή παραμερίζεται. Αντίθετα ανθεί στις περισσότερες δυτικές βιομηχανικές χώρες και δρά ανταγωνιστικά ή συμπληρωματικά με το δημόσιο τομέα, ανάλογα με το υφιστάμενο κοινωνικοπολιτικό σύστημα και τις υπάρχουσες ιδιαιτερότητες.

Και άλλωστε δεν διαφαίνεται στον ορίζοντα, ότι μπορεί ο ιδιωτικός τομέας να αντικατασταθεί από το δημόσιο, αν τουλάχιστον αυτός δεν ξεπεράσει τις αδυναμίες του. Το παράδειγμα της Αγγλίας, που με 45 χρόνια εθνικοποιημένο σύστημα υγείας στρέφεται προς τους ιδιωτικούς πόρους αναζητώντας λύσεις, λέει πολλά έστω και αν η επιλογή αυτή γίνεται από μια συντηρητική κυβέρνηση.

Πάντως, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα υπάρχουν και στις δύο πλευρές. Γι'αυτό και ύπαρξη μόνο του ενός ή μόνο του άλλου τομέα δεν φαίνεται να έχει αποδώσει.

Ίσως στο μέλλον, η λύση να δοθεί με τη συνύπαρξη των δύο αυτών τομέων, σε κάποιο σημείο ισορροπίας.

5. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ Α' ΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η κατανομή των δαπανών μεταξύ των υπηρεσιών υγείας, εξαρτάται από την προτεραιότητα, που δίνει το κάθε κράτος σε κάθε μια από αυτές αλλά και από το κόστος, που απαιτείται για κάθε μία.

Μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο τα συστήματα υγείας, εκτός μερικών εξαιρέσεων, όπως της Ρωσίας και των χωρών του υπαρκτού σοσιαλισμού, αλλά και των Η.Π.Α, ιδιαίτερα από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 με τα ΗΜΟς, έδωσαν περισσότερο βάρος στην νοσοκομειακή περίθαλψη ενώ παραμέλησαν τις άλλες μορφές περίθαλψης.

Στις χώρες του ΟΟΣΑ, στις αρχές της δεκαετίας του 1960 το 1,34% του Α.Ε.Π διατίθεται για νοσοκομειακές δαπάνες. Το 1980 το ποσοστό αυτό έφθασε στο 2,87%.

Το αποτέλεσμα όμως από τη διάθεση αυτών των κονδυλίων δεν ήταν τα αναμενόμενα, όσον αφορά την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας ενώ οι τιμές των υπηρεσιών της νοσοκομειακής περίθαλψης αποδείχτηκαν πολύ υψηλές.

Στο διάγραμμα 1, φαίνεται ότι οι τιμές των υπηρεσιών της νοσοκομειακής περίθαλψης για την περίοδο 1960-1982 αυξάνονταν ετησίως κατά 3% περισσότερο από τις τιμές του ΑΕΠ, ενώ οι τιμές των υπηρεσιών για πρωτοβάθμια περίθαλψη αυξάνονταν ετησίως μόλις κατά 1/2 περισσότερο από τις τιμές του ΑΕΠ.

Ο πίνακας 4 μας δίνει μια εικόνα της κατανομής των δαπανών για την υγεία σε μερικά κράτη γύρω στο 1960. Βλέπουμε πως το ποσοστό των νοσοκομειακών δαπανών, στο σύνολο των δαπανών για την υγεία, κυμαίνεται μεταξύ του 36% στην Πολωνία και στις Η.Π.Α και του 60% στην Φιλανδία.

Το ποσοστό αυτό φαίνεται περισσότερο αυξημένο στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης, ενώ είναι χαμηλότερο στα Ισραήλ, στη Γαλλία και στις τρεις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης (Πολωνία, Τσεχοσλοβακία, Γιουγκοσλαβία).

Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι το μέρος των εξόδων που αφορά δαπάνες δημοσίας υγείας (οχι προσωπικές), είναι αισθητά πιο χαμηλό στις χώρες με χαμηλό εισόδημα που φτάνει κοντά στο 5% του συνόλου των δαπανών, ενώ είναι μόνο 1 ή 2% και κομμάτι φορά και λιγότερο στις πλούσιες χώρες. Αλλά η ίδια κατάσταση φαίνεται ότι επικρατούσε και την επομένη δεκαετία του 1970.

Οι δημόσιες δαπάνες για την νοσοκομειακή περίθαλψη ξεπερνούσαν, στα περισσότερα κράτη, το 50% των συνολικών δημοσίων δαπανών για την υγεία ή κυμαίνονταν γύρω από το ποσοστό αυτό. Εξαιρέση αποτελούσαν μόνο η Αυστρία (25,3% το 1983), το Βέλγιο (21% το 1981) και το Λουξεμβούργο (32,5% το 1982).

Το σημαντικότερο όμως είναι η αύξηση που παρουσίασαν οι δαπάνες αυτές από το 1970 ως τις αρχές του 1980, ενώ αντίθετα μειώνονται οι δαπάνες για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

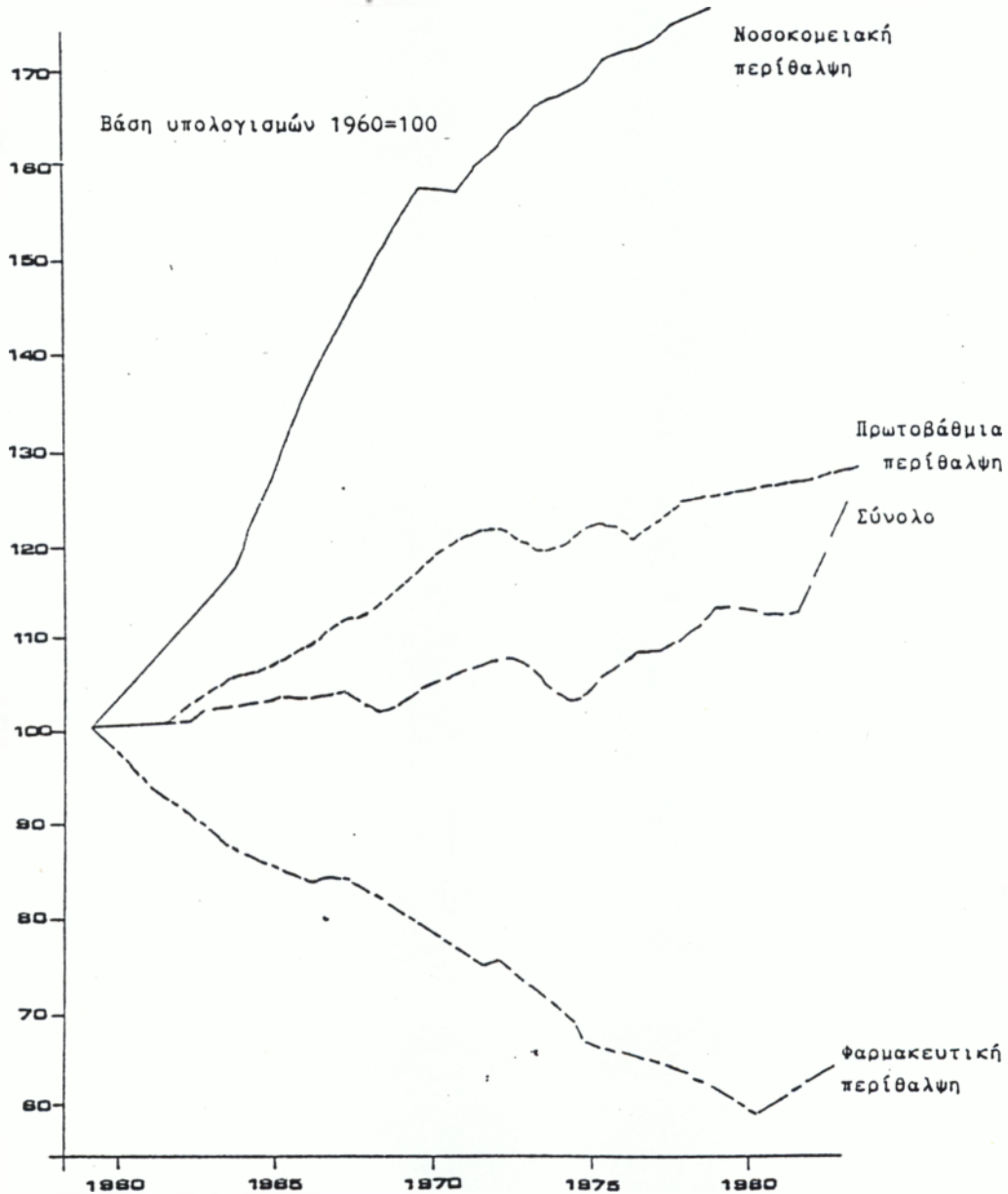
Φαίνεται ότι οι προηγούμενοι πίνακες ήταν ενδεικτικού των μεγεθών που έλαβε υπόψη της η ΠΟΥ, όταν το 1978 με την διακήρυξη της ALMA-ATA, ζήτησε από όλα τα κράτη, στραφή προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η υλοποίηση της οποίας θα έπρεπε να έχει αρχίσει από τη δεκαετία του 1980 και αυτό γιατί η πρωτοβάθμια περίθαλψη που αφορούσε μεγαλύτερες μάζες του πληθυσμού και είχε χαμηλότερο κόστος, στοχεύει να ικανοποιήσει σε μεγαλύτερο βαθμό το και κοινωνικό αίτημα "Υγεία για όλους το 2000".

6. ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Για τη συμμετοχή της φαρμακευτικής περίθαλψης στο σύνολο των δημοσίων δαπανών για την υγεία θα παρουσιάσουμε τους πίνακες 5 και 6.

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται εκτιμήσεις για το ποσοστό των δημοσίων δαπανών υγείας που διατίθενται για φαρμακευτική περίθαλψη στις χώρες της Ευρώπης. Οι χώρες έχουν καταταχθεί κατά ιεραρχική σειρά, ανάλογα με το ποσοστό δαπάνης. Όπως προκύπτει από τον πίνακα, η Σουηδία και η Μεγάλη Βρετανία με Εθνικά Συστήματα Υγείας, διαθέτουν λιγότερα από το 10% των δημοσίων δαπανών υγείας για φάρμακα, ενώ η Ισπανία και η Ελβετία παρουσιάζονται με τα υψηλότερα ποσοστά, 18% και 20% αντίστοιχα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 Διαχρονική εξέλιξη των τιμών των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ. Χώρες ΟΟΣΑ. Οι τιμές των υπηρεσιών αναφέρονται στον δημόσιο τομέα 1960 - 1982.



Πηγή : ΟΟΣΑ, Public Expenditures on Health under Economic Constraints
Σημείωση: Οι τιμές των υπηρεσιών υγείας εκτιμώνται σε σχέση με τον Δείκτη Τιμών του ΑΕΠ (δηλ. τιμές υπηρεσιών υγείας/τιμές δείκτη ΑΕΠ).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 - ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Χ Ω Ρ Ε Σ	ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ				ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΟΧΙ ΠΡΟΣ/ΚΕΣ) %	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ & ΕΡΕΥΝΑ %
		ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΣ/ΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ %	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ %	ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΛΟΥΤΡΩΘ/ΑΣ & ΑΝΑΡ/ΣΗΣ %	ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ %		
Αυστραλία	1960/61	96,6	43,7	-	52,9	1,9	1,5
Καναδάς	1961	97,2	42,7	-	54,5	1,0	1,8
Κεϋλάνη	1957/58	93,8	50,0	-	43,9	4,5	1,7
Η Π Α	1961/62	95,1	36,2	2,06	56,9	0,3	4,6
Φινλανδία	1961	95,7	59,9	-	35,9	2,5	1,7
Γαλλία	1963	96,7	40,7	0,23	55,8	1,7	1,6
Ισραήλ	1961/62	95,7	45,3	0,41	50,0	1,6	2,7
Κενϋα	1961/62	88,5	-	-	-	8,3	3,2
Κότιν Χώρες	1963	92,1	-	-	-	2,4	5,5
Πολωνία	1961	93,1	36,4	3,52	53,2	2,8	4,1
Η.Βασίλειο	1961/62	96,0	51,4	0,39	44,3	1,9	2,1
Ιουηδία	1962	95,3	52,9	-	42,4	1,2	3,5
Τανκάνικα	1961/62	95,0	44,8	-	50,2	4,3	0,8
Τσεχοσλοβακία	1961	91,3	41,6	6,15	43,6	2,4	6,3
Γιουγκοσλαβία	1961	93,1	40,7	2,58	49,9	3,9	3,0

ΠΗΓΗ : Brian Abel - Smith, Etude internationale des dépenses de santé, Organisation Mondiale de la santé
Cahiers de santé publique, Genève 1967, P.58

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Δαπάνες για φαρμακευτική περίθαλψη σε ποσοστό % του συνόλου των δημοσίων δαπανών υγείας 1984

ΧΩΡΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ	ΣΥΣΤΗΜΑ
Σουηδία	9	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Μ.Βρετανία	10	"
Γαλλία	13	Σύστημα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Βέλγιο	14	Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης (98% του πληθυσμού)
Ιταλία	15	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ομ.Δ.Γερμανίας	15	Εθνικό Σύστημα Υγείας (92% του πληθυσμού)
Ισπανία	18	Προϋπολογ.Υγείας,Σύστημα Εθνικής Ασφάλισης
Ελβετία	20	Δημόσιο Σύστημα Ασφάλισης Υγείας (97% του πληθυσμού)

ΠΗΓΗ : WHO (1986) Drugs and Money.Fifth revised Draft,University of Groningen and WHO regional office for Europe Copenhagen.

Τα υψηλά ποσοστά δαπάνης στην Ισπανία και Ελβετία παρουσιάζουν μια ανεξέλεγκτη τάση στη ζήτηση για φάρμακα, που παρατηρήθηκε τα τελευταία χρόνια.

Στον πίνακα 6, παρουσιάζονται χώρες με διαφορετικά υγειονομικά και κοινωνικοοικονομικά συστήματα και με διαφορετική επίσης ανάπτυξη, δομή και οργάνωση των κοινωνικών τους συστημάτων.

Απο πολύ απλές συγκρίσεις προκύπτει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην πολιτική για το φάρμακο, μεταξύ των χωρών της Ευρώπης. Αξιοσημείωτο όμως είναι ότι οι δαπάνες για φάρμακα στις αναπτυσσόμενες χώρες λόγω της ύπαρξης ενός σημαντικού ιδιωτικού τομέα είναι κατά πολύ υψηλότερες από το σύνολο των δημοσίων δαπανών για την υγεία (βλέπε χώρες που επισημαίνονται με αστερίσκους).

Αλλά ακόμα και σε χώρες όπου ο ιδιωτικός τομέας είναι ανύπαρκτος (π.χ. Κίνα) παρατηρούμε ότι ένα ιδιαίτερα σημαντικό ποσοστό των δαπανών του Κράτους για την υγεία, κατευθύνεται σε δαπάνες για το φάρμακο. Στην περίπτωση της Κίνας το 1979 έφτασε το 67% αυτών των δαπανών, από το οποίο μόνο το 14,5% κατευθύνθηκε στην Κινέζικη φαρμακοποιία, ενώ το υπόλοιπο 52,4% διατέθηκε για την φαρμακοποιία της Δύσης.

Αξίζει να επισημανθεί σ' αυτό το σημείο, ότι όσες φορές έγιναν προσπάθειες από αναπτυσσόμενες χώρες να αντιταθούν στον "πειρασμό" της πολυφαρμακίας, προέκρουσαν στις αντιτιθέσεις γτόπιων, αλλά κυρίως ξένων συμφερόντων.

Είναι χαρακτηριστική η περίπτωση του Μπαγκλαντές, που όταν με διάταγμα της Στρατιωτικής Κυβέρνησης (16/6 / 1982) προσπάθησε να περιορίσει την αυδοσία, που επικρατούσε στον τομέα "φάρμακα" και κατόρθωσε λίστες "αχρηστών" φαρμάκων (περιέλαβε 1700 φάρμακα, μέρος από τα οποία χαρακτηριζόταν και ως επικίνδυνα), δέχτηκε έντονες πιέσεις εκ μέρους ξένων παραγόντων, ιδίως ξένων εταιριών, γεγονός που εύκολα εξηγείται, αν σκεφτούμε ότι 8 μεγάλες εταιρίες προμήθευαν τα 3/4 μιας αγοράς 100 εκατομμυρίων δολλαρίων το χρόνο.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες όμως, μπορεί να συναντήσει κανείς και την άλλη ακρότητα, πρόκειται για τον αντίποδα της πολυφαρμακίας και είναι μια κατάσταση που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως "φαρμακευτική πενία".

Αντιπροσωπευτικό δείγμα του φαινομένου, η περίπτωση της Βόρειας Υεμένης που μέχρι το 1966 δεν είχε στην αγορά της περισσότερα από 20 φάρμακα και μάλιστα όλα εισαγόμενα.

7. ΤΡΟΠΟΣ ΑΜΟΙΒΗΣ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ

Ο τρόπος αμοιβής των γιατρών εξαρτάται κυρίως από το υπάρχον πολιτικοοικονομικό σύστημα του κάθε κράτους αλλά και από τη βαθμίδα της περίθαλψης που ασχολείται ο γιατρός.

Παράδειγμα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εφαρμόζεται συνήθως η "κατά πράξη" και "κατά περίπτωση" αμοιβή ενώ στην νασκομελική περίθαλψη οι γιατροί είναι κυρίως "μισθωτοί". Η "κατά πράξη" αμοιβή είναι ο κλασικός παραδοσιακός τρόπος αμοιβής των γιατρών και συναντάται στα συστήματα ιδιωτικής πρωτοβουλίας, όπως οι Η.Π.Α ή στον ιδιωτικό τομέα στα συστήματα μικτής οικονομίας, όπως η Γαλλία, Ιταλία και πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, που έχουν εθνικοποιήσει την υγεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Δαπάνες για φάρμακα και δημόσιες δαπάνες υγείας σε εκατομύρια δολάρια 1981.

ΧΩΡΑ	ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ _ΦΑΡΜΑΚΑ (εκτιμήσεις Βιομ/νίας)	ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (εκτιμήσεις Κυβερνήσεως)
ΗΠΑ	15.770	100.000
Ιαπωνία	11.000	46.000
Ομ.Δ.Γερμανίας	5.420	54.400
Γαλλία	4.170	40.000
Ιταλία	2.570	23.500
Μεγάλη Βρετανία	2.560	24.800
Αργεντινή	1.590 *	626 *
Ισπανία	1.480	7.070
Βραζιλία	1.290	3.920
Μεξικό	1.050 *	800 *
Καναδάς	969	12.400
Ινδία	879	1.530
Βέλγιο	670	4.740
Ν.Κορέα	656 *	129 *
Ιράν	653	1.500
Ολλανδία	476	10.720
Ελβετία	496	4.600
Σουηδία	509	8.600
Αυστραλία	578 *	6.250 *
Ν.Αφρική	548	291
Σύνολο	76.278	351.246

Σημείωση: Στις χώρες που σημειώνονται με αστερίσκο οι δαπάνες για φάρμακα υπερβαίνουν των δημοσίων δαπανών υγείας. Αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι ένα σημαντικό μέρος των δαπανών για φαρμακευτική περίθαλψη προέρχεται από τον ιδιωτικό φορέα. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι οι δαπάνες αυτές είναι υποεκτιμημένες λόγω του περιορισμού των στατιστικών στοιχείων που υπάρχουν ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες.

ΠΗΓΗ: WHO (1986) Drugs and Money. Fifth revised Draft, University of Groningen and WHO regional office for Europe Copenhagen

Εκεί οι γιατροί μπορούν να αμοιβονται και "κατά πράξη" στα ιατρεία τους και με μισθό στο νοσοκομείο. Όμως μισθωτούς γιατρούς θα βρούμε και στις Η.Π.Α στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Γιατρούς που να αμοιβονται μόνο με μισθό απαντάμε στα κρατικοποιημένα συστήματα υγείας, όπως στη Ρωσία και στις χώρες του υπαρκτού σοσιαλισμού.

Αλλά και σε άλλα κράτη μικτής οικονομίας με Εθνικό Σύστημα Υγείας, θα βρούμε γιατρούς "πλήρους και αποκλειστικής" απασχόλησης που αμοιβούνται μόνο με μισθό και απαγορεύεται να ασκούν ιδιωτικό επάγγελμα.

Στα συστήματα αυτά συναντάμε την "κατά πράξη" αμοιβή, αλλά μόνο στον ιδιωτικό τομέα. Και στην Ελλάδα με το νόμο 1397/83 οι νοσοκομειακοί γιατροί ήταν "πλήρους και αποκλειστικής" απασχόλησης, με τον πιο πρόσφατο όμως τον 2071/92 καταργείται το καθεστώς αυτό και ταυτόχρονα μπορούν να ασκούν και ιδιωτικό επάγγελμα.

Η "κατά κεφαλή" αμοιβή είναι ένας υσπεδωτικός μηχανισμός όσον αφορά την αξία των παρεχομένων υπηρεσιών. Απαντάται ακόμη στην πρωτοβάθμια φροντίδα και κυρίως σε ασφαλιστικούς φορείς άμεσης κάλυψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV : ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ - ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Η ιστορία της ασφάλισης ξεκινάει από τον 18ο αιώνα , στην εποχή της βιομηχανικής επανάστασης, μαζί με την άνοδο της εργατικής τάξης. Εμφανίζεται με την μορφή των "ταμείων αλληλοασφάλισης" που σκοπό είχαν να προστατεύσουν από τον κίνδυνο , συνήθως της ασθένειας , χαμηλόμισθες ομάδες του πληθυσμου, ομοιοεπαγγελματικές ομάδες , ομάδες απασχολουμένων σε εργασίες υψηλού κινδύνου (ανθρακωρύχοι) και άλλες ακόμη.

Λειτουργούσαν με την έννοια της ανταποδοτικότητας , δηλαδή της παροχής αποζημίωσης σε περίπτωση εμφάνισης του κινδύνου , έναντι κάποιας εισφοράς. Τα ταμεία αλληλοασφάλισης εντάσσονται στην ιδιωτική ασφάλιση.

Η ασφάλιση με τη σημερινή έννοια της κοινωνικής ασφάλισης , γεννήθηκε αργότερα , τέλος του 19ου αιώνα στη Δυτική Γερμανία και αποδίδεται στον Καγκελλάριο Βίσμαρκ (Bismark). Την σημερινή της μορφή , πήρε το 1942 στην Αγγλία με την αναφορά του λόρδου Beveridge και την εμφάνιση του "Κράτους-Πρόνοιας", όπως σημειώσαμε και στο κεφάλαιο I.

Η μικρή αυτή ιστορική αναδρομή πάνω στην εξέλιξη γενικότερα της ασφάλισης θεωρήθηκε απαραίτητη για να γίνει κατανοητή η πολυπλοκότητα, πολυμορφία αλλά και οι διαφοροποιήσεις που υπάρχουν στα συστήματα ασφάλισης. Κάτι που άλλωστε ήταν φυσικό , γιατί το κάθε στάδιο δεν καταργούσε το άλλο , αλλά εξελισσόταν σύμφωνα με τις επικρατούσες πολιτικο-οικονομικές συνθήκες του κάθε κράτους και της κάθε εποχής.

Ετσι αλλού συναντάμε μια πανοραμιαία κοινωνικών ταμείων, όπως στη Γερμανία , αλλού ένα μόνο Εθνικό Ταμείο που καλύπτει όλο τον πληθυσμό, όπως στη Γαλλία , ενώ αλλού βλέπουμε να αναπτύσσεται η ιδιωτική ασφάλιση όπως στις Η.Π.Α.

Όμως διαφοροποιήσεις δεν υπάρχουν μόνο στον αριθμό των υφιστάμενων ταμείων ή στην ανάπτυξη της ιδιωτικής ή κοινωνικής ασφάλισης, αλλά και στον τρόπο παροχής των φροντίδων , στη δομή και οργάνωση , στην έκταση των χορηγούμενων υπηρεσιών υγείας, στο ποσοστό του πληθυσμού που είναι ασφαλισμένο, στο βαθμό προσπελασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας κ.α.

Έχοντας υπόψη λοιπόν αυτές τις διαφορές, με βάση την κάθε μια απ'αυτές μπορούμε να κατατάξουμε τα συστήματα υγείας - ασφάλισης σε μεγάλες ομάδες και να τα διαχωρίσουμε:

1. Σε ενιαία ή πλουραλιστικά.
2. Σε άμεσα ή έμμεσα.
3. Σε επαρκούς ή ανεπαρκούς κάλυψης.
4. Σε ολικής ή μερικής κάλυψης και
5. Σε προαιρετικής ή υποχρεωτικής κάλυψης.

1. ENIAΙΑ ή ΠΛΟΥΡΑΛΙΣΤΙΚΑ

Με βάση την οργανωτική τους δομή τα συστήματα υγείας - ασφάλισης μπορούν να διακριθούν σε ενιαία ή πλουραλιστικά.

Σαν ενιαία μπορούμε να θεωρήσουμε τα συστήματα εκείνα όπου υπάρχει ένας ενιαίος φορέας , υπεύθυνος για την παροχή υγειονομικών φροντίδων στον πληθυσμό.

Σαν πλουραλιστικά , αντίθετα , εκείνα τα συστήματα που λειτουργούν με πληθώρα κρατικών , ημικρατικών και ιδιωτικών ασφαλιστικών οργανισμών.

Καθαρό ενιαίο ασφαλιστικό σύστημα είναι αυτό της Μεγάλης Βρετανίας, όπου όλα τα ταμεία υγείας υπάγονται σ' ένα κεντρικό φορέα. Αλλά και στη Σουηδία υπάρχει ένα ανώτατο διοικητικό όργανο για την ασφάλιση της υγείας που είναι η Εθνική Υπηρεσία Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Επίσης ενιαίο σύστημα , από το 1972 έχει και ο Καναδάς.

Στην άλλη άκρη του νήματος θα βρούμε συστήματα όπως των Η.Π.Α και της Γερμανίας με μεγάλο αριθμό αυτοδιοικούμενων και οικονομικά ανεξάρτητων ταμείων. Στη Γερμανία , όπως είπαμε και παραπάνω υπάρχουν 1400 ταμεία δημόσια , ιδιωτικά ή τοπικά.

Συνθέστερο των δυο ακραίων αυτών φαινομένων είναι ενδιάμεσες καταστάσεις , όπου μπορεί να υπάρχει ένας μικρότερος αριθμός τέτοιων ταμείων ή μπορεί να υπάρχει ένας μεγάλος Εθνικός Οργανισμός , όπου να καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, ενώ συμπληρώνεται από μικρότερα ταμεία δημοσίου ή ιδιωτικού χαρακτήρα , όπως π.χ. στη Γαλλία.

Στην Ελλάδα υπάρχουν σήμερα περίπου 80 Δημόσιοι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί , που παρέχουν εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη. Όμως δύο απ' αυτούς το ΙΚΑ και ο ΟΓΑ , καλύπτουν το 75% περίπου του πληθυσμού.

2. ΑΜΕΣΑ ή ΕΜΜΕΣΑ

Αναφορικά με τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας τα συστήματα υγείας - ασφάλισης διακρίνονται σε άμεσα και έμμεσα.

Η εξασφάλιση και πραγματοποίηση των παρεχομένων υπηρεσιών απ' ευθείας από τον ασφαλιστικό φορέα ή από τα συμβαλλόμενα μ' αυτόν κρατικά νοσοκομεία χαρακτηρίζεται ως σύστημα άμεσης κάλυψης, ενώ η απόδοση της δαπάνης της περίθαλψης στον πολίτη-ασφαλιζόμενο ή η σύναψη συμβάσεων μεταξύ του ασφαλιστικού φορέα και ανεξαρτήτων νοσοκομειακών μονάδων για εξασφάλιση κλινών , χαρακτηρίζεται ως σύστημα έμμεσης κάλυψης.

Συστήματα έμμεσης κάλυψης συναντάμε συνήθως σε κράτη που υπήρχε υποδομή σε νοσοκομειακά κρεβάτια από τον ιδιωτικό τομέα. Και τέτοια είναι η Γαλλία , Βέλγιο , Γερμανία , Σουηδία , Η.Π.Α. Σύστημα άμεσης κάλυψης είναι αυτό της Μεγάλης Βρετανίας όπου όλες οι υπηρεσίες υγείας υπάγονται στον ίδιο φορέα που υπάγονται και τα ασφαλιστικά ταμεία.

Στα συστήματα άμεσης κάλυψης, όλοι οι ασφαλισμένοι απολαμβάνουν εντελώς δωρεάν τις υπηρεσίες υγείας. Είναι επίσης υποχρεωμένο να επισκεφθούν τον γιατρό , που έχει προσλάβει ο φορέας. Δεν έχουν δηλαδή την δυνατότητα επιλογής γιατρού που έχουν οι ασφαλισμένοι σε φορείς με έμμεση κάλυψη.

Πάντως αμιγείς μορφές των δυο αυτών συστημάτων σπάνια συναντάμε. Συνήθως συνδυάζονται και οι δυο παραπάνω εκδοχές , δηλαδή στην ίδια χώρα ένα ταμείο να χρησιμοποιεί τον ένα τρόπο και ένα άλλο, ή ακόμα το ίδιο μεία να χρησιμοποιεί και τους δύο τρόπους.

Στην Ελλάδα π.χ. μπορεί ένας ασφαλισμένος του ΙΚΑ να νοσηλευτεί σε θεραπευτήριο του ιδρύματος ή σε ιδιωτική κλινική συμβεβλημένη μ' αυτό. Επίσης ένας ασφαλισμένος στο ταμείο Δημοσίων Υπαλλήλων , μπορεί να επισκεφθεί δωρεάν ένα γιατρό στα εξωτερικά ιατρεία δημοσίου νοσοκομείου, που ανήκει στο ΕΣΥ , μπορεί όμως και να απευθυνθεί σε ιδιώτη γιατρό και να του αποδοθεί η δαπάνη ή έστω ένα μέρος αυτής.

3. ΕΠΑΡΚΟΥΣ ή ΑΝΕΠΑΡΚΟΥΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

Όσον αφορά την έκταση και την ποιότητα των χορηγούμενων υπηρεσιών υγείας, τα ασφαλιστικά συστήματα, μπορεί να διαχωριστούν σε επαρκή και ανεπαρκή.

Επαρκή ονομάζουμε τα συστήματα, που θέτουν στη διάθεση των ασφαλισμένων τους όλες τις δυνατές υπηρεσίες και με την υψηλότερη ποιότητα (εξωνασκοκομειακές φροντίδες, νοσοκομειακή περίθαλψη, υπηρεσίες πρόληψης, επανένταξης κ.α), έτσι ώστε να εξασφαλίζεται αδιάσπαστη παροχή υπηρεσιών υγείας.

Από την άλλη πλευρά, τα ανεπαρκή συστήματα, που παρέχουν στους ασφαλισμένους τους, δυνατότητα προσπέλασης σ'ένα μέρος αυτών των υπηρεσιών (π.χ. μόνο πρωτοβάθμια ή μόνο δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας) ή σ'όλες τις δυνατές υπηρεσίες, αλλά με χαμηλή ποιότητα.

Παρ'όλα αυτά, όσο τουλάχιστον αφορά την τελευταία περίπτωση, δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες, ο άρρωστος αναγκάζεται να προσφεύγει αλλού και να επιβαρύνεται με δαπάνες μέρους του εισοδήματός του.

Απο τις παραπάνω βέβαια εκδοχές, η πρώτη δημιουργεί την εντύπωση της ύπαρξης καθαρότητας, στην πραγματικότητα όμως δεν συναντάμε τέτοια αποκαθαυμένη μορφή. Παλύ περισσότερο μάλλον, επειδή σ'αυτήν είναι δύσκολο να αξιολογηθεί ποιά είναι το ποιοτικά άριστο.

4. ΟΛΙΚΗΣ ή ΜΕΡΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

Το ποσοστό του πληθυσμού, που καλύπτει το ασφαλιστικό σύστημα στο σύνολό του, είναι επίσης ένας συγκρισιμος δείκτης των συστημάτων υγείας. Το ποσοστό κάλυψης μπορεί να κυμαίνεται απο 10-100%.

Μικρό ποσοστό κάλυψης συναντάται συνήθως στις αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ στις αναπτυγμένες τα ποσοστά κυμαίνονται απο 90-100%. Πρέπει να σημειωθεί ότι η παραπάνω εκτίμηση, προσδιορίζει απλώς το ποσοστό του πληθυσμού που έχει κάποια ασφάλιση, ανεξάρτητα απο την πληρότητα της προστασίας.

Στη Γαλλία η κάλυψη για ασθένεια του πληθυσμού κυμαίνεται στο 100% και γενικά στις χώρες της ΕΟΚ, το ποσοστό αυτό κυμαίνεται απο 90-100%.

Στον Καναδά απο το 1972, παρέχεται σ'όλους σχεδόν τους Καναδούς (πάνω απο 99%), ισοτιμία παροχής υγειονομικών φροντιδων με ενιαίο σύστημα υγείας και ασφάλισης.

5. ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ή ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

Σημασία για την εξαγωγή, σε συνδυασμό και με τα παραπάνω, συμπερασμάτων, έχει και το αν η εγγραφή σε ασφαλιστικό φορέα είναι υποχρεωτική ή όχι.

Στα Κράτη που προαναφέραμε και το ποσοστό του πληθυσμού, που είναι ασφαλισμένο κυμαίνεται απο 90-100%, η ασφάλιση είναι υποχρεωτική. Στην Ελβετία η ασφάλιση για την υγεία δεν είναι υποχρεωτική για όλα τα καντόνια. Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί είναι πολλοί και μη άρτια στελεχωμένοι, έτσι ο άρρωστος πολλές φορές βρίσκεται σε δυσάρεστη θέση και κανείς δεν τον προστατεύει. Στις Η.Π.Α εξάλλου, η ασφάλιση είναι προαιρετική, σχεδόν κανένας ασθενής δεν έχει πλήρη κάλυψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V : ΔΕΙΚΤΕΣ

Ενας άλλος τρόπος , με τον οποίο μπορούμε να συγκρίνουμε τα συστήματα υγείας, είναι οι δείκτες.

Οι δείκτες είναι μέθοδοι μέτρησης και αξιολόγησης μιας κατάστασης και αναφέρονται στη δημογραφία του πληθυσμού, στο ανθρώπινο δυναμικό (γιατρός ανά κάτοικο), στην υλικοτεχνική υποδομή (νοσοκομειακά κρεβάτια , μονάδες υψηλής τεχνολογίας), στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού (θνησιμότητα , νοσηρότητα) κ.α.

Συχνά βέβαια, καταφεύγουμε σ' αυτούς προκειμένου να πετύχουμε συγκρίσεις , αλλά η μέθοδος αυτή δεν ενδείκνυται για την εξαγωγή αξιολογικών συμπερασμάτων. Κι' αυτό γιατί δεν υπάρχει ενιαίος τρόπος εξαγωγής των δεικτών αυτών , αλλά και γιατί οι πηγές απ' όπου αντλούνται οι πληροφορίες δεν είναι πάντα αξιόπιστες. Παρόλα αυτά μπορούμε να προχωρήσουμε σε ορισμένες παρατηρήσεις και διαπιστώσεις , που ίσως έχουν γενικότερη ισχύ.

Η βρεφική θνησιμότητα δεν είναι απλώς ένα ζήτημα ιατρικής περίθαλψης. Μελετήθηκε σε μερικές χώρες η βρεφική θνησιμότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης , για να δει κανείς τα αποτελέσματα του υγειονομικού συστήματος και έτσι έχουμε:

Στην Κίνα π.χ. ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας που από 200% το 1949 έφθασε στο 13% το 1981 ή του προσδόκιμου επιβίωσης , που από 35 χρόνια το 1949 , έφθασε στα 69 το 1984 ή το δείκτη θνησιμότητας , που από 25 θανάτους στα 1000 άτομα μειώθηκε στους 6,36 , μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η χώρα αυτή ακολούθησε πράγματι μια πετυχημένη πολιτική στο χώρο της υγείας.

Αυστραλία και Ν.Ζηλανδία : Η Αυστραλία πολύ πιο πλούσια , σχεδόν το διπλάσιο κατά κεφαλή εισόδημα της Ν.Ζηλανδίας , πολύ λιγότερο σχεδιασμό συντηρητική κυβέρνηση , χαμηλές κοινωνικές δαπάνες. Το προσδόκιμο επιβίωσης και η βρεφική θνησιμότητα στη Ν.Ζηλανδία όλα τα χρόνια ήταν καλύτερα.

Η.Π.Α και Καναδάς : Οι Η.Π.Α είναι πιο πλούσιες από τον Καναδά, αλλά σε πολλά σημεία είναι όμοιες. Στο υγειονομικό τους σύστημα όμως υπάρχει λιγότερος σχεδιασμός , λιγότερες κοινωνικές δαπάνες, υπάρχει μικρότερη κοινωνική δραστηριότητα όλων των ειδών. Το επίπεδο υγείας στον Καναδά είναι καλύτερο από τις Η.Π.Α , τόσο στη βρεφική θνησιμότητα , όσο και στο προσδόκιμο επιβίωσης.

Ινδία και Σρι Λάνκα : Περίπου το ίδιο ΑΕΠ. Στην Ινδία είναι λίγο υψηλότερο. Στην Σρι Λάνκα το προσδόκιμο επιβίωσης και η βρεφική θνησιμότητα είναι σημαντικά καλύτερα από της Ινδίας, παρά πολύ καλύτερα και αυτό σχετίζεται με τον περισσότερο σχεδιασμό και τις μεγαλύτερες κοινωνικές δαπάνες. Στην Ινδία υπάρχει αθλιότητα , αφού ο δείκτης παιδικής θνησιμότητας φθάνει σήμερα στο 140%, όταν ο ανάλογος δείκτης στη Δυτική Ευρώπη κυμαίνεται γύρω στο 10%.

Βενεζουέλα και Κούβα : Η Βενεζουέλα έχει ένα πολύ υψηλό κατά κεφαλή εισόδημα από την Κούβα, λιγότερες κοινωνικές δαπάνες, λιγότερο υγειονομικό σχεδιασμό. Και η Κούβα έχει ένα καλύτερο επίπεδο , τόσο στο προσδόκιμο επιβίωσης όσο και στη βρεφική θνησιμότητα , με αξιοπρόσεκτη προσπάθεια στον τελευταίο , που από 40 θανάτους στα 1000 παιδιά το 1959, έφθασε στα 17,3 το 1982.

Σ' αυτούς τους δείκτες , διακρίνουμε τη σημασία που έχει να υπάρχει σχεδιασμός και κοινωνική πολιτική , μια πολιτική για κοινωνική φροντίδα του πληθυσμού.

Ανάλογα συμπεράσματα , φυσικά , είναι δυνατόν να εξαχθούν και από άλλους δείκτες όπως π.χ. των κατοίκων ανά γιατρό ή των νοσοκομειακών κρεβατιών ανά χιλιάδα κατοίκων.

Ετσι ενώ στις αναπτυγμένες χώρες Η.Π.Α , Ελβετία , Γαλλία , Ιαπωνία ήδη από το 1971 οι αναλογίες αυτές ήταν 520, 580, 580, 880 κάτοικοι ανά γιατρό αντίστοιχα στις χώρες του τρίτου κόσμου , Βολιβία, Ονδούρα, Γουατεμάλα, οι αναλογίες ακόμα και το 1984 ήταν 1850, 3120, 8600 αντίστοιχα δηλαδή υπολείπονται ακόμα σημαντικά εκείνων των αναπτυγμένων χωρών.

Γίνεται λοιπόν φανερό, ότι το επίπεδο μιας χώρας αντανακλάται και στους δείκτες που απεικονίζουν την αναλογία κατοίκων ανά γιατρό.

Η ίδια διαπίστωση θα μπορούσε να γίνει αν συγκρίνουμε την αναλογία νοσοκομειακών κρεβατιών ανά χιλιάδα κατοίκων που απαντάται στις αναπτυγμένες χώρες , σε σύγκριση με εκείνα που υπάρχουν στις χώρες του τρίτου κόσμου.

Για παράδειγμα , θεωρήθηκε επιτυχία στην Κίνα , όταν το 1984 αναλογούσαν 19 νοσοκομειακά κρεβάτια για 1000 κατοίκους , 10 φορές περισσότερα απ' ότι πριν 30 χρόνια, ενώ ήδη από το 1976 στη Ρωσία αναλογούσαν 11,9 στον Καναδά 9,7 από το 1977 , στη Μεγάλη Βρετανία , Ελβετία , Ιαπωνία 9,5 , 11 και 13 αντίστοιχα από το 1971.

Ο πίνακας 7 μας δίνει μια εικόνα των δεικτών του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση και της παιδικής θνησιμότητας (στα 1000 παιδιά), ανά τον κόσμο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7 : Δείκτες προσδόκιμου επιβίωσης και παιδικής θνησιμότητας ανά τον κόσμο.

ΧΩΡΕΣ	Προσδόκιμο Επιβίωσης κατά την γέννηση	Παιδική θνη- σιμότητα (στα 1000)
ΑΦΡΙΚΗ	50	120
Βόρεια Αφρική	55	109
Δυτική Αφρική	47	139
Ανατολική Αφρική	48	111
Κεντρική Αφρική	46	121
Νότια Αφρική	60	97
ΑΣΙΑ	60	89
Νότια-Δυτική Ασία	60	99
Νότια-Κεντρική Ασία	50	124
Νότια-Ανατολική Ασία	54	85
Ανατολική Ασία	69	41
ΑΜΕΡΙΚΗ	-	-
Βόρεια Αμερική	74	11
Λατινική Αμερική	64	65
Κεντρική Αμερική	65	58
Καραϊβική	66	61
Νότια-(Τροπική) Αμερική	62	73
Νότια-(Εύκρατη) Αμερική	69	39
ΕΥΡΩΠΗ	72	16
Β. Ευρώπη	73	11
Δυτική Ευρώπη	73	10
Ανατολική Ευρώπη	71	21
Νότια Ευρώπη	72	19
ΩΚΕΑΝΙΑ	70	38

Πηγή : Population Reference Bureau (Washington), en collaboration avec UNICEF

ΜΕΡΟΣ Β'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI : ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Με βάση αυτό το σύνολο των κριτηρίων που αναφέραμε παραπάνω έχουν γίνει προσπάθειες για την ταξινόμηση των συστημάτων υγείας από διάφορους ερευνητές. Βέβαια οι ταξινομήσεις αυτές είναι καθαρά τεχνοκρατικές και λαμβάνουν υπόψη τους ένα ή δύο κριτήρια, έτσι ώστε να μην απεικονίζουν την πραγματική κατάσταση, αφού αυτή εξαρτάται και από άλλους παράγοντες. Η αναφορά τους εδώ, είναι καθαρά ενδεικτική.

Θα αναφέρουμε τέσσερις ταξινομήσεις: 1. Του M.Terris, 2. Του R.Elling 3. Του M.Roemer και 4. μιας ομάδας ερευνητών των B.Kleizkowski, M.Roemer και Van Der Werff.

1. ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΟΥ Μ.ΤΕΡΡΙΣ

Ο M.Terris ταξινομεί τα συστήματα υγείας σε τρεις κατηγορίες:

α) Συστήματα Δημόσιας Πρόνοιας (Αρωγής) που υπάρχουν στις αναπτυσσόμενες χώρες της Αφρικής, Ασίας και Ιαπωνικής Αμερικής, δηλαδή του 50% του πληθυσμού της γης, όπου μεγάλο μέρος του πληθυσμού καλύπτεται από δημόσιες υπηρεσίες, που χρηματοδοτούνται από την φορολογία, ενώ ένα μικρό ποσοστό έχει υγειονομική ασφάλιση ή ιδιωτική περίθαλψη. Το σύστημα αυτό αποτελεί το πρώτο διαδοχικό βήμα προς την κατεύθυνση της συλλογικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού και έχει σημαντικές ατελειές, οργανικές και λειτουργικές, ποσοτικές και ποιοτικές.

β) Συστήματα Υγειονομικής Ασφάλισης ή ασφάλιση υγείας που είναι το τυπικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των αναπτυγμένων χωρών της Δυτικής Ευρώπης, Βόρειας Αμερικής, Αυστραλίας και Ιαπωνίας, δηλαδή το 20% του πληθυσμού της γης. Όλος ο πληθυσμός ή η πλειοψηφία του, στο σύστημα αυτό καλύπτεται από συστήματα κοινωνικής ασφάλισης που χρηματοδοτούνται από εισφορές εργαζοτών και εργαζομένων. Οι υπηρεσίες είναι συνήθως μέγισμα δημοσίων και ιδιωτικών υπηρεσιών.

γ) Εθνικά Συστήματα Υγείας ή εθνική υπηρεσία υγείας που είναι το τυπικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των σοσιαλιστικών χωρών της Ευρώπης και Ασίας με πρότυπο τη Ρωσία και κάλυψη του 30% του πληθυσμού της γης. Σ' αυτό το σύστημα, όλος ο πληθυσμός του καλύπτεται από ένα δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Βέβαια ο M.Terris αναγνωρίζει ότι κάθε κατηγορία, έχει ευρύ φάσμα ιδιομορφιών και παραλλαγών και διαχωρίζει δυο χώρες με συστήματα ενδιάμεσα, μεταξύ της β και γ κατηγορίας: την Μεγάλη Βρετανία και την Σουηδία ακολουθώντας και η Δανία. Σ' αυτές τις χώρες τα συστήματα ιατρικής περίθαλψης διαθέτουν τα περισσότερα χαρακτηριστικά της εθνικής υπηρεσίας υγείας, αλλά διατηρούν και ορισμένα στοιχεία της ελεύθερης και της ασφαλιστικής ιατρικής, ιδίως στην ανοιχτή περίθαλψη. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι τρεις αυτές χώρες διακρίνονται τόσο για τη στάθμη της ιατρικής τους επιστήμης, όσο και για την ποιότητα και επάρκεια των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών.

Το σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, είδαμε προηγουμένως πως ακριβώς έχει αναπτυχθεί. Μιας και αναφέρθηκε σ' αυτό το σημείο το σύστημα υγείας της Σουηδίας, ας σταθούμε για λίγο στη δομή περισσότερο, αυτού του συστήματος.

Η Σουηδία θα μπορούσε ίσως να ονομαστεί "κράτος πρόνοιας" ή "καπιταλισμός πρόνοιας". Η βασική ιδεολογία τα τελευταία περίπου 50 χρόνια ανάπτυξης, μπορεί να θεωρηθεί ως ιδεολογία πρόνοιας. Το σουηδικό σύστημα ιατρικής περίθαλψης είναι βασικά δημόσιο. Η ιδιωτική ιατρική είναι μάλλον περιορισμένη και απασχολεί περίπου το 15% των γιατρών. Η βιομηχανία φαρμάκων από το άλλο μέρος, είναι σε μεγάλο βαθμό ιδιωτική. Όπως είναι φανερό αυτό το γεγονός είναι σε συμφωνία με το γενικό συμβιβασμό ανάμεσα στην κυβέρνηση και στη βιομηχανία.

Παρά την επίσημη ρητορική για την έμφαση στην πρόληψη, η νοσσοκομική περίθαλψη κυριαρχεί ακόμα. Περισσότερο από το 60% των γιατρών πληρώνονται από τα νοσοκομεία, ενώ οι γιατροί γενικής ιατρικής, είναι ένα μικρότερο ποσοστό 10,5%.

Οι τοπικές κυβερνήσεις των επαρχιακών συμβουλίων, έχουν την ευθύνη των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Όλοισκούν τα νοσοκομεία και απασχολούν τους περισσότερους γιατρούς και τους νοσοκομειακούς και τους γενικής ιατρικής. Η κεντρική κυβέρνηση διατηρεί την εποπτεία δια μέσου του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας και Πρόνοιας. Οι τοπικές κυβερνήσεις είναι καλά οργανωμένες, ώστε να μπορούν να έχουν επίδραση δια μέσου της Ομοσπονδίας των Επαρχιακών Συμβουλίων. Έχουν μια πολύ δυνατή ομάδα πίεσης στη Βουλή. Η κεντρική επίσης κυβέρνηση έχει καταφέρει να κερδίσει τον έλεγχο της ιατρικής εκπαίδευσης και επομένως τον έλεγχο του αριθμού των γιατρών.

Παρόλο που ένας από τους βασικούς στόχους της κυβερνητικής πολιτικής, ήταν η ισοτιμία πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, είναι γνωστό ότι οι περισσότεροι μορφωμένοι και πλούσιοι έχουν μεγαλύτερους μισθούς, χρησιμοποιούν το σύστημα περισσότερο συχνά και επίσης, όταν το χρησιμοποιούν αποδίδει περισσότερο προς όφελός τους. Υπάρχει επομένως ανισότητα στην χρήση των πόρων, την οποία η σουηδική πολιτική δεν καταφέρει να αντιμετωπίσει.

Η Σουηδία αφιερώνει ένα συνεχώς αυξανόμενο μέρος του ΑΕΠ στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, που απορροφούσε το 1980, περίπου το 10% του ΑΕΠ. Η κεντρική κυβέρνηση καθώς επίσης τα επαρχιακά συμβούλια και οι κοινότητες, φορολογούν τους κατοίκους της Σουηδίας παράλληλα μέρος του κεντρικού φόρου έχει τη μορφή ασφαλιστικών εισφορών από τους εργαζότες και αποτελεί κατά κύριο λόγο τη χρηματοδότηση της Εθνικής Ασφαλιστικής Υπηρεσίας Υγείας, που είναι οργανωμένη σε περιφερειακά υποκαταστήματα και περισσότερα από 500 γραφεία σε ολόκληρη τη Σουηδία. Η συμμετοχή είναι υποχρεωτική για όλους τους κατοίκους.

Οι φόροι του επαρχιακού συμβουλίου παρέχουν στην τοπική διοίκηση την οικονομική ανεξαρτησία για την χρηματοδότηση νοσοκομείων και την παροχή υπηρεσιών.

2. ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΟΥ R. ELLING

Ο R. Elling εξετάζει το βαθμό που το σύστημα υγείας είναι "ενιαίο" ή "κατακερματισμένο" σε πολλά υποσυστήματα ανάλογα με τον Φ.Π.Υ και τον βαθμό που το σύστημα λήψης αποφάσεων είναι "συγκεντρωτικό" ή "αποκεντρωτικό". Ας ορίσουμε λίγο καλύτερα τις έννοιες αυτές:

Ενιαίο είναι το σύστημα υγείας του οποίου ο τρόπος διοίκησης είναι ενιαίος σ'όλο το φάσμα της υγείας. Ελέγχεται συνήθως από ένα κυβερνητικό όργανο που είναι υπεύθυνο για την διοίκηση και οργάνωση και την κατανομή των ανθρώπινων & οικονομικών πόρων μ'ένα ενιαίο τρόπο. Στην άλλη άκρη βρίσκεται το κατακερματισμένο.

Συγκεντρωτικό σύστημα, είναι αυτό στο οποίο το Κέντρο χαράσσει πολιτική υγείας, βάσει ενός συστήματος αξιολόγησης με την οποία κατευθύνει την περιφέρεια. Αντίθετα στο αποκεντρωτικό σύστημα έχουμε μεταβίβαση των αρμοδιοτήτων από το κέντρο στην περιφέρεια, ώστε να προσεγγίζονται τα προβλήματα στη βάση τους και να δίνονται οι καλύτερες και εφικτότερες λύσεις.

Ετσι λοιπόν ο R. Elling καταλήγει στον εξής πίνακα:

R. Elling	Κατακερματισμένο	Ενιαίο
Συγκεντρωτικό	Χιλή Αργεντινή Ισπανία (επί Φράνκο)	Ρωσία (ως Ε.Σ.Σ.Δ) Γερμανία (ως Ανατολική)
Αποκεντρωτικό	Η.Π.Α Γερμανία (ως Δυτική) Ινδία	Κίνα Σουηδία Κούβα Ελλάδα

Πηγή: R. Elling, Medical Systems as Social Science and Medicine 1978, Vol 12, P 107-115

Όπως προκύπτει από τον πίνακα , η Ελλάδα επιχειρεί να περάσει από το συγκεντρωτικό – κατακερματισμένο σύστημα, στο αποκεντρωτικό – ενιαίο.

3. ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΟΥ Μ. ROEMER

Ο Μ. Roemer εξετάζει το γενικότερο κοινωνικό-πολιτικό-οικονομικό σύστημα σε συνάρτηση με το βαθμό οικονομικής ανάπτυξης και να καταλήγει σε έξι κατηγορίες:

Οικονομικό επίπεδο	Πολιτική ιδεολογία		
Milton Roemer	Φιλελεύθερες	Ενδιάμεσες	Σοσιαλιστικές
Βιομηχανικά αναπτυγμένες	Η.Π.Α Αυστραλία	Νορβηγία Μεγ.Βρετανία Σουηδία Πορτογαλία Ιταλία Ελλάδα	Πολωνία Ρωσία (ως Ε.Σ.Σ.Δ) Γερμανία (ως Ανατολική)
Αναπτυσσόμενες	Ταϊλάνδη Νεπάλ Φιλιππίνες Κορέα Γκόνα	Μαλαισία Ιράν Μεξικό	Κούβα Κίνα Αγκόλα

Η Ελλάδα όπως προκύπτει από τον πίνακα επιχειρεί να περάσει από τις βιομηχανικά – φιλελεύθερες χώρες ,στις βιομηχανικά – ενδιάμεσες χώρες. Το ίδιο έκανε και η Ιταλία το 1978 και επιχειρούν και μετά το 1974 η Ισπανία (θάνατος του Φράνκο) και η Πορτογαλία (πτώση της δικτατορίας). Άρα μπορούμε να αναφερόμαστε στην εμπειρία της "Νότιας Ευρώπης".

Για να καταλάβουμε καλύτερα το διαχωρισμό των χωρών σ'αυτές τις κατηγορίες, θα εξετάσουμε κάθε κατηγορία την πιο αντιπροσωπευτική χώρα, δίνοντας λίγες πληροφορίες για τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της. Για τις Η.Π.Α έχουμε αναφερθεί προηγουμένα. Επει λοιπόν θα εξετάσουμε τις Νορβηγία , Πολωνία , Ταϊλάνδη , Μαλαισία και Κούβα.

Νορβηγία : Ένα καλό παράδειγμα των πολλών χωρών που βρίσκονται στην κατηγορία της, είναι η Νορβηγία , μια βιομηχανική και ευημερούσα χώρα της Ευρώπης με μια κοινωνικο-πολιτική ιδεολογία μερικής οργάνωσης. Συχνά την περιγράφουν σαν "κράτος πρόνοιας" , γιατί τόσα πολλά από τον εθνικό της πλούτο αφιερώνονται στην διαφύλαξη της καλής διαβίωσης των πολιτών της. Το κατά κεφαλή εισόδημα το 1979 ήταν πολύ κοντά σ'αυτό των

Η.Π.Α στα 10,919\$. Απο αυτό το ποσό όμως ,721\$ ή το 6,6% ήταν κυβερνητικές δαπάνες για την υγεία , σχεδόν διπλάσια απ'αυτά που ξοδεύουν οι Η.Π.Α. Απο τον συνολικό αριθμό κρεββατιών στη χώρα το 91,9% ήταν ιδιωκτοία και διαχειρίζονταν απο την κυβέρνηση , κύρια στο επίπεδο επαρχίας. Στο Νορβηγικό σύστημα υπηρεσιών υγείας ο σχεδιασμός στηρίζεται σε σταθεροποιημένες λειτουργίες σε διάφορους τρόπους. Ο υγειονομικός σχεδιασμός δεν προωθείται δια μέσου ενός δικτύου ειδικών τοπικών υπηρεσιών , αλλά μάλλον μέσω της όλης δομής του συστήματος. Έτσι , ένα εθνικό ασφαλιστικό σύστημα καλύπτει το 100% του πληθυσμού για σχεδόν όλες τις ιατρικές δαπάνες. Κανένας δεν αποκλείεται απο την παροχή ιατρικών υπηρεσιών για χρηματικούς λόγους. Η παροχή στοιχειώδους ιατρικής περίθαλψης σε γεωγραφική βάση, εξασφαλίζεται μ'ένα πανεθνικό δίκτυο "γιατρών περιοχής" που παίρνουν ένα μισθό απο την κυβέρνηση και πληρώνονται απο τις επισκέψεις τους στους ασθενείς απο την ασφάλισή τους. Ακόμα και οι πιο απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές εξυπηρετούνται απο τους "γιατρούς περιοχής". Η κάλυψη της Νορβηγίας με νοσοκομεία και ειδικευμένες υπηρεσίες διασφαλίζεται απο τα κυβερνητικά νοσοκομειακά ιδρύματα , που έχουν δημιουργηθεί στις 19 επαρχίες. Τέλος οι αποφάσεις για την υγειονομική πολιτική παίρνονται σχεδόν αποκλειστικά απο κυβερνητικούς αρμοδίους σε κεντρικό και τοπικό επίπεδο.

Πολωνία : Η Πολωνία παρά το ότι είναι πολύ λιγότερο πλούσια απο τις Η.Π.Α ή την Νορβηγία - κατά κεφαλή εισόδημα το 1979 είχε 3.785\$ - πρέπει να συγκαταλέγει μεταξύ των αναπτυγμένων βιομηχανικών χωρών του κόσμου με σοσιαλιστική πολιτική ιδεολογία. Μας παρουσιάζει ανάγλυφα την ιδεολογία αυτή , που αναπτύχθηκε πρώτα στη Σοβιετική Ένωση όπου η τεράστια πλειοψηφία των παραγωγικών δυνάμεων , βρίσκονται στα χέρια της κυβέρνησης και ουσιαστικά όλες οι κοινωνικές υπηρεσίες , συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης, είναι κεντρικά σχεδιασμένες. Οι αναφερόμενες ετήσιες κυβερνητικές δαπάνες για την υγεία είναι 127\$ κατά κεφαλή και μόνο το 3,36% του κατά κεφαλή εισοδήματος , ίσως αντανακλά τους σχετικά χαμηλούς μισθούς που πληρώνονται στο υγειονομικό προσωπικό. Παρ' όλα αυτά όλοι έχουν δικαίωμα για πλήρη υγειονομική περίθαλψη , χωρίς λεφτά. Η ιδιωτική εξάσκηση , ποτέ δεν απαγορεύτηκε στην Πολωνία και ίσως το 10% των κατ'όκαν ιατρικών επισκέψεων να γίνονται σε ιδιωτική βάση , απο "ιατρικές κοπερατίβες" , επιθεωρούμενες βεβαίως. Τα νοσοκομειακά κρεβάτια , όμως βρίσκονται κατά 100% κάτω απο την κυβερνητική αιγίδα. Οσο αφορά τον υγειονομικό σχεδιασμό , υπάρχει μια κεντρική επιτροπή σχεδιασμού υπεύθυνη για όλο τον κοινωνικό και οικονομικό σχεδιασμό συμπεριλαμβανομένου και του τομέα υγείας. Το υπουργείο υγείας επίσης περιέχει μια μονάδα σχεδιασμού που επεξεργάζεται διάφορες λεπτομέρειες του συστήματος.

Ταϊλάνδη : Χαρακτηριστική περίπτωση χώρας, με αναπτυσσόμενη οικονομία και φιλελεύθερη πολιτική είναι η Ταϊλάνδη , με ένα κατά κεφαλή εισόδημα 573\$ το χρόνο , το 1979. Παρ'όλη τη φτώχεια της μάζας του λαού της, το βάρος της κυβερνητικής προσπάθειας να ανυψώσει το βιοτικό επίπεδο είναι σχετικά μικρό. Ο δείκτης που χρησιμοποιήθηκε πριν για τις άλλες χώρες, δηλαδή οι κυβερνητικές δαπάνες για την υγεία , σαν ποσοστό απο το ΑΕΠ , έρχεται μόνο στο 0,70%. Απο τις δαπάνες αυτές το 67% προέ-

ρχεται από ιδιωτικές πηγές και μόνο το 33% από όλους τους άλλους κρατικούς τομείς. Από αυτό, το 23% πήγαινε για το Υπουργείο Δημόσιας Υγείας. Παρόλο που το 91,6% των νοσοκομειακών κρεβάτιων στην Ταϊλάνδη το 1979 ήταν κάτω από κρατικό έλεγχο, οι ασθενείς πληρώναν αρκετά για τη χρήση του.

Μαλαισία : Μια αναπτυσσόμενη χώρα με ενδιάμεση πολιτική ιδεολογία όπου οι κυβερνήσεις έχουν καταβάλει μεγαλύτερες προσπάθειες για την ανύψωση της ευημερίας των λαών τους, είναι η Μαλαισία, μια γειτονική χώρα της Ταϊλάνδης, αλλά με πολύ διαφορετική πολιτική ιστορία. Το κατά κεφαλή εισόδημα είναι 1431\$ και το ποσοστό που δίνεται σε κυβερνητικές υγειονομικές δαπάνες είναι 1,54% ή κάτι περισσότερο από το διπλάσιο εκείνο της Ταϊλάνδης. Νοσοκομειακά κρεβάτια κάτω από την κυβερνητική αιγίδα είναι το 81,6% του ολικού αλλά όμως τα περισσότερα από τα μη δημόσια κρεβάτια βρίσκονται σε εγκαταστάσεις που διευθύνονται από κτηματίες καουτσούκ για τους εργάτες τους, παρά σε ιδιωτικά ιδρύματα, από ιδιώτες γιατρούς όπως στην Ταϊλάνδη. Επιπλέον δεν χρεώνονται προσωπικά νοσήλια για ασθενείς που κοιμούνται σε δημόσια νοσοκομεία. Σε αντίθεση με την Ταϊλάνδη οι γιατροί και το άλλο προσωπικό στο δημόσιο σύστημα, δεν επιτρέπεται να ασκούν το επάγγελμά τους ιδιωτικά μετά το κανονικό τους ωράριο. Για να καταρθώσει η Μαλαισία να εφαρμόσει ορισμένες από τις τακτικές του "κράτους πρόνοιας". Ο γενικός καθώς και ο υγειονομικός της σχεδιασμός προϋπόθετε ουσιαστική φορολογία και κρατικές επενδύσεις, ενώ τίποτα δεν γίνεται, που να αποθαρρύνει την ιδιωτική ιατρική επιχείρηση για μια αυξανόμενη μέση τάξη στις πόλεις. Κρατική φροντίδα για την πλειοψηφία του πληθυσμού που παραμένει ακόμη σε αγροτικές περιοχές είναι εξασφαλισμένη.

Κούβα : Περιπτώσεις της κατηγορίας που ανήκει η Κούβα είναι μόνο λίγες. Η Κούβα μετά την κοινωνική της επανάσταση το 1959 αντιμετωπίστηκε με μεγάλη εχθρότητα από το εξωτερικό της, που την οδήγησε να υιοθετήσει μια σαφή σοσιαλιστική ιδεολογία το 1961. Η υγειονομική περίθαλψη έγινε ένα βασικό δικαίωμα για όλο τον λαό, για τον οποίο, την υπευθυνότητα την είχε το κράτος. Το κατά κεφαλή εισόδημα της Κούβας είναι 1417\$, από τα οποία 3,18%, το διπλάσιο από της Μαλαισίας πηγαίνει για κρατικές υγειονομικές δαπάνες. Τα νοσοκομειακά της κρεβάτια είναι 100% κρατικά, αλλά η κύρια έμφαση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, είναι η στοιχειώδης και η κινητή υγειονομική περίθαλψη, μέσα από πανεθνικό δίκτυο από πολυκλινικές, περίπου 400, προσιτές στον καθένα. Το υπουργείο Δημόσιας υγείας, ελέγχει όχι μόνο όλη την υγειονομική περίθαλψη, αλλά επίσης την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού, την διαφύλαξη και παραγωγή των φαρμάκων, την έρευνα και όλους τους άλλους συντελεστές του υγειονομικού συστήματος. Ο υγειονομικός σχεδιασμός είναι μέρος του εθνικού κοινωνικού πολιτικού σχεδιασμού και είναι επίσης μια υπευθυνότητα του υπουργείου υγείας. Όσον αφορά τους γιατρούς οι μισθοί τους είναι χαμηλοί, αλλά έχουν μεγάλο κύρος κι έτσι δεν υπάρχει έλλειψη από υποψήφιους για εκπαίδευση. Με καλό επίπεδο διατροφής και μόρφωση γενική, η Κούβα έχει φτάσει να έχει το υψηλότερο μέσο όρο ζωής στη Λατινική Αμερική 73,5 χρόνια, παρά το ότι αρκετές Λατινικές χώρες έχουν υψηλότερο κατά κεφαλή εισόδημα. Τέλος η ιδιωτική εξάσκηση του ιατρικού επαγγέλματος δεν απαγορεύτηκε ποτέ, αλλά αποδοκιμάζεται έντονα—ιδιαίτερα μετά το κανονικό ωράριο. Μετά την σύνταξη του, ένας γιατρός ή οδοντίατρος μπορεί να βλέπει ιδιωτικούς ασθενείς, αλλά υπάρχει πολύ μικρή αγορά για τέτοιου είδους υπηρεσίες.

4. ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΩΝ: B. KLEIZKOWSKI, M. ROEMER & A. VAN DER WERFF

Η ομάδα ερευνητών των B. Kleizkowski, M. Roemer & A. Van Der Werff, τοξινόμησε τα συστήματα υγείας, εξετάζοντας την οργάνωση των διαφόρων συστημάτων υγείας, σε σχέση με τα οικονομικά τους χαρακτηριστικά. Έτσι χώρισε τις διάφορες χώρες, ανάλογα με το κατά κεφαλήν τους εισόδημα σε αναπτυγμένες -πλούσιες χώρες (κατά κεφαλή εισόδημα 3000\$ και άνω) σε αναπτυσσόμενες χώρες (κατά κεφαλή εισόδημα 400-3000\$) και στις φτωχές χώρες (κατά κεφαλή εισόδημα 400\$). Από την άλλη μεριά, σε σχέση με την οργανωτική τους δομή όπως την αναλύσαμε παραπάνω σε χώρες με ασθενή μέτρια και υψηλή οργάνωση του συστήματος υγείας, όπως βλέπουμε και από τον πιο κάτω πίνακα:

Επίπεδο Εθνικής Οικονομίας	Επίπεδο οργάνωσης του συστήματος υγείας		
	Ασθενώς Οργανωμένο	Μεσαία Οργανωμένο	Υψηλό επίπεδο Οργάνωσης
Αναπτυγμένο (πλούσια)	1	2	3
Αναπτυσσόμενο	4	5	6
Λίγο αναπτυγμένο (φτωχό)	7	8	9

Πηγή: B. Kleizkowski, M. Roemer, A. Van Der Werff, les systemes de sante nationaux, reorientation sur la voie de la sante pour tous, Organisation Mondiale de la sante - Geneve, page 38.

Για να καταλάβουμε πως λειτουργεί αυτός ο πίνακας, θα παραθέσουμε μερικά παραδείγματα: Έτσι οι χώρες που κατατάσσονται στην κατηγορία 5, είναι οι αναπτυσσόμενες χώρες με μεσαία οργανωμένο σύστημα υγείας. Οι χώρες που κατατάσσονται στην κατηγορία 7 είναι οι φτωχές χώρες με χαμηλή οργάνωση του συστήματος υγείας κ.τ.λ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII: ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΤΡΙΤΟ ΚΟΣΜΟ

Μια απλή σύγκριση των μεγεθών εκείνων που είναι ενδεικτικά για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού είναι αρκετή για να καταδείξει τις σημαντικές διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των χωρών της Ευρώπης, της Αυστραλίας και της Βόρειας Αμερικής από το ένα μέρος, και των χωρών του λεγόμενου Τρίτου Κόσμου από το άλλο, όσον αφορά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που συνδέονται με την υγεία του πληθυσμού.

Οι πρώτες με ΑΕΠ, το 1981 που κυμαίνεται σε 8800, 10000 και 12400\$ ανά κάτοικο, που είναι αντίστοιχα οι μέσοι όροι της Αυστραλίας, Ευρώπης και Βόρειας Αμερικής είναι φυσικό να παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές και στο επίπεδο υγείας, από τις χώρες του τρίτου κόσμου με ΑΕΠ, το 1981: 781 \$ ανά κάτοικο στην Αφρική, 968 \$ στην Ασία και 2063 \$ στην Λατινική Αμερική.

Παρακολουθώντας τα σχετικά μεγέθη, βλέπουμε ότι στις χώρες του τρίτου κόσμου το προσδόκιμο επιβίωσης διαγράφεται ως εξής: 50 χρόνια για την Αφρική, 60 χρόνια για την Ασία και 64 χρόνια για την Λατινική Αμερική. Εμφανίζει, δηλαδή ευθεία αναλογία προς το Α.Ε.Π. Αντίθετα είναι, 70 χρόνια για την Αυστραλία, 72 χρόνια για την Ευρώπη και 74 χρόνια για τη Βόρεια Αμερική.

Αντίθετα το ποσοστό παιδικής θνησιμότητας κινείται σε αντίστροφη αναλογία προς τα παραπάνω μεγέθη. Δηλαδή όσο αυξάνεται το ΑΕΠ και αντίστοιχα το προσδόκιμο επιβίωσης, τόσο μειώνεται η παιδική θνησιμότητα ως εξής: 120% στην Αφρική, 89% στην Ασία και 65% στη Λατινική Αμερική. Ας σημειωθεί ότι την ίδια χρονιά δηλαδή το 1981 η παιδική θνησιμότητα ήταν: 11% στη Βόρεια Αμερική, 16% στην Ευρώπη και 38% στην Αυστραλία.

Εξάλλου όσο το ποσοστό του πληθυσμού μιας χώρας, το οποίο υποσιτίζεται, είναι μικρότερο, τόσο μεγαλύτερο είναι το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση. Ετσι τα ποσοστά υποσιτισόμενων κυμαίνονται, από 7-54% στις χώρες της Αφρικής, από 7-37% στις χώρες της Ασίας, ενώ είναι περίπου 15% στις χώρες της Λατινικής Αμερικής.

Είναι άξιο προσοχής το γεγονός ότι στις χώρες του τρίτου κόσμου με το ήδη χαμηλό επίπεδο δημοσίων δαπανών, εμφανίζεται και πολύ μικρό ποσοστό από αυτές, να διατίθενται σε δαπάνες υγείας.

Ετσι ακόμα και χώρες με ΑΕΠ που δεν είναι από τα χαμηλότερα του τρίτου κόσμου, όπως η Κίνα ή η Ιορδανία όταν πρόκειται για δαπάνες υγείας, διαθέτουν ελάχιστα μόνο μέρος του προϋπολογισμού τους. Η Κίνα για παράδειγμα το 1979 διέθεσε μόλις 2%, ένα ποσοστό που κατά τη Διεθνή Τράπεζα παραμένει σταθερό από το 1949 και μετά, ενώ η Ιορδανία με στοιχεία του 1983 διέθεσε 2,7% του προϋπολογισμού της για την υγεία.

Αλλά ακόμη και σε χώρες, όπου παρατηρήθηκε μια γενικά αυξητική τάση δαπανών για την υγεία, όπως η Ινδία (ο προϋπολογισμός υγείας διπλασιάστηκε από το 1966 μέχρι το 1975), είδαμε τα ποσοστά να πέφτουν στη συνέχεια (2,1% των εθνικών δαπανών το 1979, έναντι του 3% που είχε φτάσει το 1960), παρ'ότι οι ανάγκες στον τομέα της υγείας κάθε άλλο παρά μειώθηκαν.

Ακόμα όμως και σε χώρες που το ΑΕΠ τους κινείται αισθητά πάνω από τους μέσους όρους που εμφανίζονται στον τρίτο κόσμο, όπως η Βραζιλία (2214\$ ανά κάτοικο το 1981), τα ποσοστά που διατίθενται για την υγεία κυμαίνονται γύρω στο 4% μόνο του ΑΕΠ. Βέβαια οι χώρες αυτές, σαν την

Βραζιλία, έχουν πετύχει επίπεδο υγείας καλύτερο από εκείνο άλλων χωρών του τρίτου κόσμου (προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση 63 χρόνια, παιδική θνησιμότητα 76%) αλλά απέχουν πολύ από τους μέσους όρους της Βόρειας Αμερικής, της Ευρώπης ή ακόμα και της Αυστραλίας, που το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση είναι 74 χρόνια, 72 και 70 αντίστοιχα και η παιδική θνησιμότητα σε αντιστοιχία είναι 11%, 16%, 38%, όπως είδαμε και προηγουμένα.

Τελειώνοντας την αναφορά μας αυτή στις χώρες του τρίτου κόσμου, θα εξετάσουμε έναν ακόμη δείκτη ανισοτήτων: Την αναλογία δηλαδή, κατοίκων ανά γιατρό. Γνωρίζουμε βέβαια πως η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών στον τομέα υγείας δεν είναι πάντα μετρήσιμη, δεν μπορούμε όμως να ισχυριστούμε ότι είναι τελείως ανεξάρτητη από ορισμένα ποσοτικά χαρακτηριστικά, γι'αυτό και θα επιμελούμε μ'έναν ακόμη δείκτη, όπως αναφέραμε πιο πάνω.

Είναι αρκετά πιθανό σε χώρες στις οποίες λιγότεροι κάτοικοι αναλογούν σ'ένα γιατρό να ικανοποιούνται αποτελεσματικότερα οι ανάγκες του πληθυσμού που συνδέονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Στον συγκριτικό πίνακα 8, θα προσπαθήσουμε να δούμε πως σχετίζονται η αναλογία κάτοικοι ανά γιατρό με το προσδόκιμο επιβίωσης και την παιδική θνησιμότητα.

Γίνεται φανερό απ'αυτό τον πίνακα ότι χώρες με ικανοποιητική αναλογία κατοίκων ανά γιατρό, όπου ένας γιατρός αναλογεί σε λιγότερους από 1000 κατοίκους, εμφανίζουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση των κατοίκων τους (72,67), απ'ότι εκείνες όπου ένας γιατρός αναλογεί σε πολλούς κατοίκους από 1400-8600. Σε αντίστροφη αναλογία με το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, βρίσκεται ο δείκτης παιδικής θνησιμότητας, δηλαδή όσο αυξάνεται το προσδόκιμο επιβίωσης τόσο μειώνεται η παιδική θνησιμότητα στις ανάλογες κατηγορίες που εξετάσαμε.

ΠΙΝΑΚΑΣ № 8

ΧΩΡΑ	Κούβα	Βενεζουέλα	Περου	Γουατεμάλα	Ονδούρα	Βολιβία
Κάτοικοι ανά γιατρό	700	950	1390	8600	3120	1850
Προσδόκιμο επιβίωσης	72	67	58	59	58	50
Παιδική θνη- σιμότητα ποis χιλίοis	18,5	41	87	65,9	87	130

Πηγές : Marcel NIEDRGANE, Amerique latine : la regne de l'inegalité, όπου αν, P. 117 και Population Reference Bureau (Wasington) σε συνεργασία με UNICEF, όπου αν, P.250-151.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII : ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Έχει υποστηριχθεί σε πολλές μελέτες, ότι για την καλύτερη οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας, θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τρία συστατικά επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης. Το πρωτοβάθμιο (εξωνοσοκομειακή κυρίως περίθαλψη), το δευτεροβάθμιο (νοσοκομειακή περίθαλψη) και το τρίτοβάθμιο (πανεπιστημιακή περίθαλψη). Κάθε επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται σ' ένα συγκεκριμένο μέγεθος πληθυσμού και αποβλέπει στην προσφορά ορισμένων υπηρεσιών υγείας που καλύπτουν συγκεκριμένες υγειονομικές ανάγκες, όπως φαίνεται και από το διάγραμμα 2.

Είναι η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί την πρώτη μορφή επικοινωνίας του ασθενή με το υγειονομικό σύστημα και αποβλέπει στην προσφορά βασικών υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης και άλλων κοινωνικών και προληπτικών υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο καλύπτουν τις υγειονομικές ανάγκες μιας περιοχής (π.χ. κωμόπολη ή επαρχία) 50-50000 περίπου ατόμων.

Στο δευτεροβάθμιο επίπεδο, προσφέρονται νοσοκομειακές υπηρεσίες από ειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό, όπως ειδικευμένες νοσοκόμες, χειρουργούς, παιδιάτρους, γυναικολόγους, αναπνευστολόγους κ.α που καλύπτουν ειδικές νοσοκομειακές ανάγκες μιας μεγαλύτερης περιοχής (π.χ. νομού) 50000-500000 περίπου ατόμων. Τέλος για τις πιο ειδικές περιπτώσεις που απαιτούν ειδικές πανεπιστημιακές γνώσεις καθώς και υψηλή τεχνολογική υποδομή για διάγνωση και θεραπεία των νόσων, υπάρχει η τρίτοβάθμια πανεπιστημιακή περίθαλψη.

Τα περισσότερα που παραπέμπονται στις τρίτοβάθμιες υπηρεσίες, είναι σχετικά σπάνια και απαιτούν ειδική θεραπεία και παρακολούθηση. Η τρίτοβάθμια περίθαλψη καλύπτει τις ανάγκες μιας μεγάλης περιφέρειας 500000-5000000 περίπου ατόμων τα οποία απαιτούν και μια διοικητική και οργανωτική ολότητα, την ονομαζόμενη υγειονομική περιφέρεια.

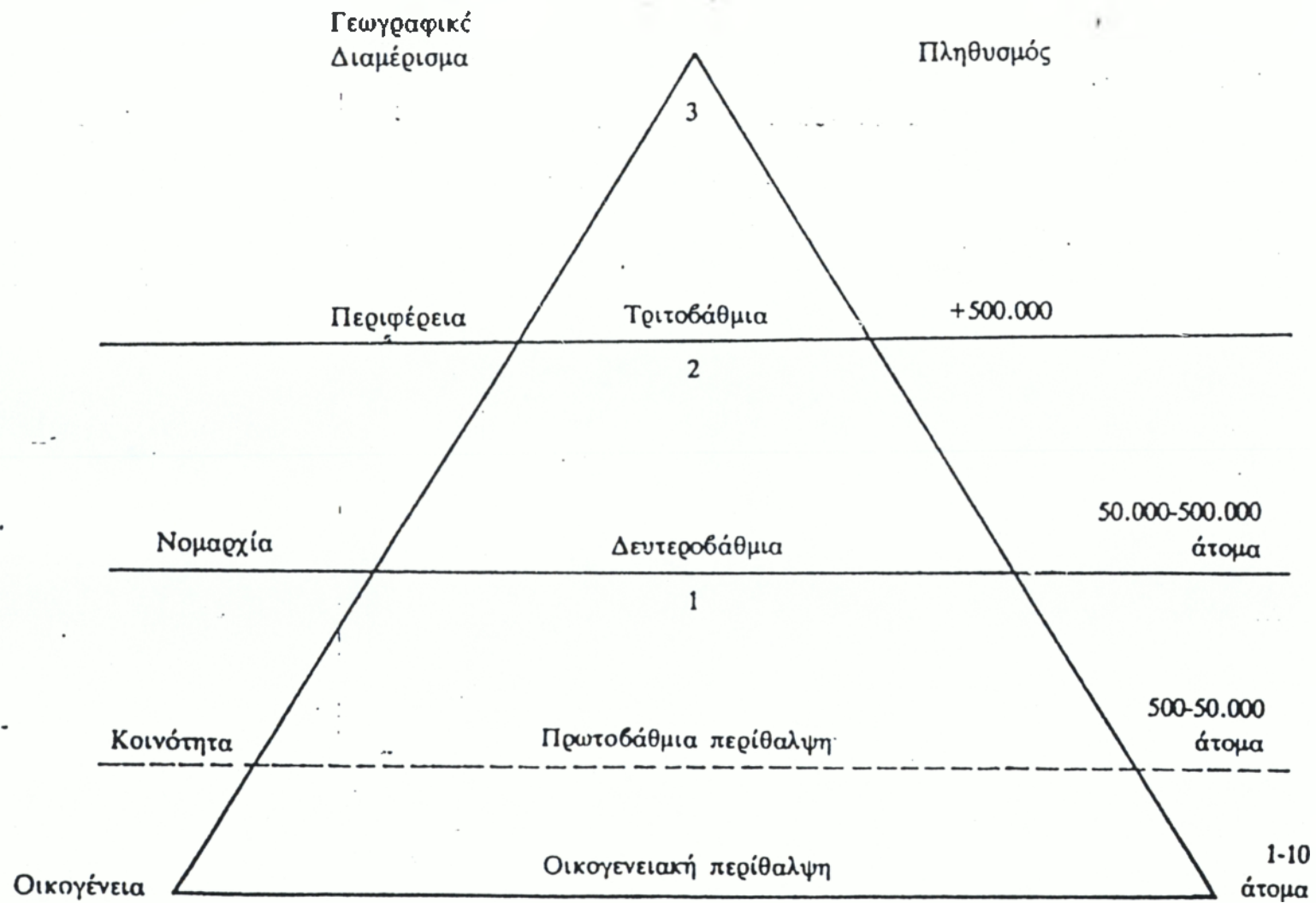
Πρέπει να σημειωθεί ότι η λειτουργία και οι δραστηριότητες κάθε επιπέδου περίθαλψης διαφέρουν από χώρα σε χώρα, γιατί εξαρτώνται από τη διοικητική διάθρωση των υπηρεσιών καθώς και από την πολιτική υγείας που ακολουθείται. Ωστόσο παρά τις υπάρχουσες διαφορές τα τρία προαναφερθέντα διοικητικά και οργανωτικά επίπεδα περίθαλψης αποτελούν τα κύρια δομικά χαρακτηριστικά σε κάθε σύστημα υγείας. Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι το κάθε επίπεδο δεν είναι ανεξάρτητο από τα άλλα, απλώς αποτελεί μια οργανωτική προέκταση όπως προκύπτει και από το διάγραμμα και για την αποδοτικότερη λειτουργία κάθε συστήματος, απαιτείται συντονισμός συνεχής ροή και συνεργασία μεταξύ των επιπέδων περίθαλψης.

Ας δούμε σε αυτό το σημείο ποιού είναι οι φορείς κάθε επιπέδου περίθαλψης στην Ελλάδα :

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (πρωτοβάθμια) προσφέρεται στην Ελλάδα από διάφορους φορείς και ασφαλιστικούς οργανισμούς, χωρίς να υπάρχει διοικητική και λειτουργική σύνδεση μεταξύ τους. Ειδικότερα προσφέρεται από :

1. Τους γιατρούς που έχουν ιδιωτική ιατρεία και ασκούν ελεύθερο επάγγελμα.
2. Τους γιατρούς των πολυιατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών.
3. Τα αγροτικά ιατρεία.
4. Τους υγειονομικούς σταθμούς και
5. Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 Διοικητική πυραμίδα των υπηρεσιών υγείας



-57-

Στον νόμο 1397/83 (βλέπε παράρτημα) αναφέρεται ότι στα επόμενα χρόνια θα δοθεί σαφής προτεραιότητα στην πολιτική υγείας για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός θεομοθετήθηκε η δημιουργία μιας νέας μορφής πρωτοβάθμιας περίθαλψης που ονομάζεται "Κέντρο Υγείας". Τα άρθρα 14-20 του νόμου 1397 αναφέρονται στους στόχους, στην οργάνωση, στη διοίκηση και στη λειτουργία των Κ.Υ. Μέχρι το τέλος του 1988 είχε προγραμματιστεί να κτιστούν 400 Κ.Υ., από τα οποία τα 190 θα εξυπηρετούν τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού της χώρας και τα υπόλοιπα 210 θα εξυπηρετούν τις ανάγκες του αστικού πληθυσμού της χώρας. Επιπλέον 30 ακόμη "πολυδύναμα" Κ.Υ. θα καλύψουν τις ανάγκες των προβληματικών περιοχών. Παράλληλα με τα Κ.Υ. αναπτύσσονται τα εξωτερικά ιατρεία όχι μόνο στα αστικά, αλλά και στα περιφερειακά νοσοκομεία.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη (δευτεροβάθμια) : προσφέρεται σήμερα στην Ελλάδα από τρεις κυρίως φορείς:

1. Τα δημόσια νοσοκομεία που ανήκουν στο δημόσιο τομέα και κατέχουν το 50% του συνολικού αριθμού των νοσοκομειακών κρεβατιών. Την ευθύνη για τη διοίκηση, την οργάνωση, την λειτουργία και τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων αυτών την έχει το Κράτος.

2. Από τα Ν.Π.Ι.Δ. τα οποία κατέχουν το 14% των νοσοκομειακών κρεβατιών και λειτουργούν ως ανεξάρτητα φιλανθρωπικά ιδρύματα. Για να ανταπεξέλθουν τα ιδρύματα στις αυξανόμενες δαπάνες λαμβάνουν κάθε χρόνο σημαντικές χρηματικές επιχορηγήσεις από το κράτος. Με τον νόμο 1397/83 δίνεται η δυνατότητα στα νοσοκομεία αυτά ή να γίνουν ιδιωτικά ή να ενταχθούν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και

3. Από τα ιδιωτικά νοσοκομεία που ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα και λειτουργούν ως ανεξάρτητες οικονομικές μονάδες. Τα ιδιωτικά αυτά νοσοκομεία κατέχουν το 36% του συνολικού αριθμού των κρεβατιών.

Στα άρθρα 5-12 του νόμου 1397/83 καθορίζεται η διοίκηση, η οργάνωση, λειτουργία και διάθρωση των νοσοκομειακών μονάδων. Συνοπτικά προβλέπεται ότι ο αριθμός των δημοσίων νοσοκομείων θα αυξηθεί σημαντικά και για να βελτιωθεί η γεωγραφική αντιστοίχιση των κρεβατιών, προβλέπεται μικρή αύξηση στα κρεβάτια νοσοκομείων της Αθήνας και μεγαλύτερη αύξηση των κρεβατιών στην υπόλοιπη χώρα.

Η Πανεπιστημιακή περίθαλψη (τρίτοβάθμια) : προσφέρεται σήμερα στην χώρα μας από τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και τις πανεπιστημιακές κλινικές. Το 1982 υπήρχαν στην Ελλάδα 17 νοσοκομεία τα οποία είχαν πανεπιστημιακές κλινικές, με δυναμικότητα 4430 κρεβάτια στα οποία εκπαιδεύονται 5500 φοιτητές. Επίσης έχουν αναπτυχθεί τρία πανεπιστημιακά νοσοκομεία στην Πάτρα, στα Γιάννενα και στο Ηράκλειο Κρήτης, δυναμικότητας κάθε ένα περίπου 600 κρεβατιών.

Στη χώρα μας όπως και στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες η παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών υγείας στηρίζεται σε ένα μικτό σύστημα του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (public / private mix). Η ελληνική εκδοχή του ΕΣΥ ακολουθώντας τη θεμελιώδη αρχή των εθνικών συστημάτων υγείας "δωρεάν φροντίδα υγείας στον τόπο της χρησιμοποίησης" και "ίση φροντίδα υγείας για ίση ανάγκη" έχει αρκετές ομοιότητες με το βρετανικό ΕΣΥ που εξετάσαμε προηγουμένα. Πιο συγκεκριμένα, τα κοινά στοιχεία των δυο συστημάτων αφορούν την υπευθυνότητα του κράτους για την υγεία των πολιτών την περιφερειακή οργάνωση των παρεχομένων φροντίδων υγείας και το θεσμό του οικογενειακού γιατρού. Όμως το ελληνικό ΕΣΥ έχει ταυτόχρονα υιοθετή-

σει στις κατευθυντήριες αρχές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ), για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και προβλέπει την ανάπτυξη των κέντρων υγείας, όπως αυτά είναι γνωστά από τη σκανδιναβική εκδοχή του ΕΣΥ.

Η παροχή των φροντίδων υγείας στην Ελλάδα πριν το ΕΣΥ είχε ακολουθήσει το πρότυπο της κοινωνικής ασφάλισης του Bismarck. Παρά το γεγονός ότι η δημιουργία των ασφαλιστικών ταμείων άρχισε στα τέλη του 19ου αιώνα τα σημαντικότερα από αυτά δημιουργήθηκαν το 1937 το ΙΚΑ, το 1931 το ΤΕΒΕ και το 1961 ο ΟΓΑ. Στον πίνακα 9 βλέπουμε τα σπουδαιότερα ασφαλιστικά ταμεία και τον αριθμό των άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένων για το έτος 1988. Ο αριθμός τους είναι περίπου 80, αλλά τα περισσότερα από αυτά έχουν ένα μικρό αριθμό ασφαλισμένων, ενώ το ΙΚΑ, ο ΟΓΑ και το ΤΕΒΕ καλύπτουν πάνω από το 75% του συνολικού πληθυσμού και λειτουργούν και ως ταμεία συντάξεως. Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι δημόσιοι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και οι πηγές των πόρων τους προέρχονται από εισφορές των εργαζομένων και εργαδοτών στην περίπτωση της εξαρτημένης εργασίας των ασφαλισμένων στην περίπτωση της αυτοαπασχόλησης και από κοινωνικούς πόρους για ορισμένα ταμεία. Σε ότι αφορά τον ΟΓΑ αλόκληρη η χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Παρά το γεγονός ότι το ΕΣΥ προέβλεπε σημαντικές αλλαγές στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας με απότερο σχέδιο την ενσωμάτωση των ταμείων-κλάδων υγείας στο ΕΣΥ οι αντιδράσεις ορισμένων "ευγενών" ταμείων που προσφέρουν καλύτερες δέσμες υπηρεσιών, ανέβαλε στο αόριστο μέλλον αυτή την προοπτική.

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στη χώρα μας έχει μια σημαντική παράδοση και ασκεί ακόμα και σήμερα ένα μεγάλο ρόλο. Η αδυναμία ή και αδιαφορία του κράτους στην ανάπτυξη των δημοσίων υπηρεσιών ήταν επόμενο να προκαλέσει το επιχειρηματικό ενδιαφέρον του ιδιωτικού τομέα. Ο νόμος για το ΕΣΥ επέβαλε σοβαρούς περιορισμούς σε ότι αφορά την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, δυο από τους οποίους βρήκαν μεγάλη αντίδραση. Ο πρώτος αφορά την απαγόρευση για επέκταση και ανάπτυξη των κλινών του ιδιωτικού τομέα υγείας και ο δεύτερος την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των γιατρών που υπηρετούν στις υπηρεσίες του ΕΣΥ. Όμως με τον νεότερο νόμο 2071/92 (βλέπε παράρτημα) καταργείται αυτή η διάταξη και οι γιατροί του ΕΣΥ μπορούν να ασκούν και ιδιωτική ιατρική στα ιατρεία τους. Επίσης και ο πρώτος περιορισμός έχει καταργηθεί. Πρέπει να τονιστεί στο σημείο αυτό ότι η απαγόρευση επέκτασης του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα σε συνδυασμό με τη μετατροπή αρκετών νοσηλευτικών ιδρυμάτων φιλανθρωπικού χαρακτήρα σε Ν.Π.Δ.δ. προκάλεσε μια σημαντική μεταβολή στη σύνθεση και στον αριθμό των κλινών του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Ο πίνακας περιγράφει τη σύνθεση των νοσοκομειακών κλινών πριν και μετά το ΕΣΥ. Επίσης επισημαίνεται ότι την ίδια περίοδο υπήρξε σημαντική υποχώρηση του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα με τη διακοπή λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών μικρής δυναμικότητας.

Τελειώνοντας με τη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα στη χώρα μας μπορούμε να αναφέρουμε σαν πηγές της : τα ασφαλιστικά ταμεία και ταμεία υγείας, τον δημόσιο προϋπολογισμό και τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας, παρά το γεγονός ότι ιστορικά και θεσμικά το υπόδειγμα της χρηματοδότησης βασίζεται στην κοινωνική ασφάλιση. Η προσπάθεια όμως αλλαγής του παραγόντα της προσφοράς με τη θέσπιση του ΕΣΥ επέφερε σημαντικές επιδράσεις και στη ζήτηση ή τις υφιστάμενες διαδικασίες χρηματοδότησης.

Πίνακας 9
Κύρια Ασφαλιστικά Ταμεία και Αριθμός Ασφαλισμένων
σε χιλιάδες το 1988

	Αμείβω	Εμείβω	Σύνολο	Ποσοστό
ΙΚΑ	2100	2310	4410	40.7
ΟΓΑ	2362	731	3093	28.4
ΤΕΒΕ	437	530	967	8.6
ΤΔΕ	153	172	325	3.0
Δημ. Υπάλληλοι	350	750	1100	10.0
Αυτοαπασχολούμενοι	86	117	203	1.9
Τραπεζοϋπάλληλοι	63	80	143	1.4
Ναυτιλοί (ΝΑΤ)	175	247	422	3.9
Λοιπά Ταμεία	90	132	222	2.1
	5816	5099	10915	100

Κλείνοντας σε αυτό το σημείο την παρουσίαση του συστήματος υγείας της Ελλάδας πρέπει να τονίσουμε πως σε όποιες επιλογές και να προχωρήσουμε, ότι προτάσεις και να διατυπώσουμε προκειμένου να υλοποιηθούν πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους :

- α) την επιστημονική τεκμηρίωση και θεμελίωση
- β) τα κοινωνικά δεδομένα της χώρας μας ,
- γ) τις παραδόσεις και την κατάσταση του υγειονομικού μας συστήματος ,
- δ) τη συμπεριφορά και τις στάσεις του ελληνικού πληθυσμού ,
- ε) τις διεθνείς εξελίξεις των υγειονομικών συστημάτων και
- στ) το σημαντικότερο , την οικονομική συγκυρία και τις προοπτικές της ,

γιατί όλοι αναγνωρίζουμε ότι στον υγειονομικό τομέα της χώρας μας υπάρχει ένας ανησυχητικός βαθμός χρεωκοπίας στην αγορά υγείας και ένα πληθυσμιακό έλλειμμα του επιπέδου υγείας. Παρ' όλο που οι δείκτες υγείας παρουσιάζουν ενθαρρυντικές τάσεις οι προβλέψεις για το συνολικό επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού για το έτος 2000 δεν είναι καθόλου αισιόδοξες. Ακόμη, από το υπάρχον σύστημα υγείας λείπουν οι απαραίτητες δομές και το κάνουν να υποφέρει από πληροφοριακό κενό , ανάρμοστες συμπεριφορές και δυσκολίες στην καθετη και οριζόντια επικοινωνία. Η συμπεριφορά στα ανώτερα επίπεδα βρίσκει ανταπόκριση προς την ίδια κατεύθυνση σε όλα τα κατώτερα επίπεδα. Στην προσπάθεια να βρεθεί κάποια δυναμική ισορροπία το ΕΣΥ έχει πάθει λειτουργική βλάβη από τους φανερούς και αδηλούς σκοπούς του συστήματος , από τους ανοιχτούς και κρυφούς στόχους διαφόρων ομάδων που εμπλέκονται σε αυτό και από τα ερεθίσματα που πηγάζουν από την ανάμειξη της ιδεολογίας και μυθοποίησης στο εκτελεστικό επίπεδο. Το αποτέλεσμα είναι η τελική χαμπλή απόδοση του συστήματος σε κάθε επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ : ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ "ΗΘΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ" ΚΑΙ ΤΗΣ
"ΠΡΟΚΛΗΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ"

Αναφερθήκαμε σε προηγούμενα κεφάλαια στο φαινόμενο της "ηθικής βλάβης" (moral hazard). Σε αυτό το σημείο κρίνουμε σκόπιμο πριν προχωρήσουμε στις τελικές μας διαπιστώσεις να δώσουμε τον ορισμό και την έννοια του φαινομένου της "ηθικής βλάβης" η οποία αρχικά χρησιμοποιήθηκε στην ασφάλιση αυτοκινήτων.

Η εννοιολογική σημασία του όρου , στην ασφαλιστική πρακτική , είναι ότι οι ασφαλισμένοι αποφεύγουν να ενεργούν ηθικά - υπεύθυνα για την αποφυγή ή μείωση της ζημιάς , από την επέλευση του κινδύνου και τελικά βλάπτουν τον τρίτο που καταβάλλει το ασφαλιστικό ποσό (third party payer). Επειδή ο τρίτος , η ασφάλεια δηλαδή θα πληρώσει, δεν επιδεικνύουν την επιμέλεια , την οποία θα έδειχναν αν δεν είχαν την ασφαλιστική σύμβαση.

Η έννοια της ηθικής βλάβης είναι κοινό στοιχείο όλων των συστημάτων υγείας και εκείνων όπου ο μηχανισμός χρηματοδότησης είναι η κοινωνική ασφάλιση, αλλά και εκείνων όπου οι εργοδοτικές εισφορές καλύπτουν ολόκληρο ή το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών για ιατρική περίθαλψη των εργαζομένων ασφαλισμένων.

Στην αγορά υπηρεσιών υγείας , επειδή η δαπάνη για την ιατρική περίθαλψη καλύπτεται κύρια από την κοινωνική ασφάλιση , δηλαδή από τον τρίτο δεν λειτουργεί ο μηχανισμός αυτοσυγκράτησης του καταναλωτή στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, εφόσον κατά τον χρόνο της κατανάλωσης η καθαρή αξία της ιατρικής φροντίδας εκπαινεύεται ή μειώνεται κατά πολύ. Κατά συνέπεια οι καταναλωτές αφού υπερασφαλίζονται για τις τυχόν δαπάνες περίθαλψης είναι λιγότερο προσεκτικοί σχετικά με την υγεία τους, δηλαδή δεν δίνουν την ανάλογη σημασία στην προληπτική ιατρική φροντίδα και καταναλώνουν ασυγκράτητα υπηρεσίες υγείας , προκαλώντας αύξηση της ζήτησης με την ανάγνη άμεση επίδραση στην αύξηση των δαπανών υγείας.

Όπως είναι φανερό η έννοια της ηθικής βλάβης και οι συνέπειές της είναι ένα μειονέκτημα της ολικής ασφαλιστικής κάλυψης της δαπάνης , που όμως αποφεύγεται και αντιμετωπίζεται όταν ο ασφαλισμένος συμμετέχει με συνεισφορά ή με κάποια άμεση πληρωμή στην δαπάνη. Σ' αυτήν την περίπτωση οι τιμές και τα ποσοστά χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας μπορούν να μειωθούν.

Η έννοια της ηθικής βλάβης έχει περισσότερη βαρύτητα σε ορισμένους τομείς των δαπανών υγείας. Στις δαπάνες φαρμακευτικής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης , κυρίως συναντάται , με την έννοια ότι η ζήτηση θα αυξανόταν σημαντικά επί ολικής ασφαλιστικής κάλυψης της δαπάνης , ενώ δεν θα συνέβαινε το ίδιο νοσοκομειακή περίθαλψη και κύρια με τα επείγοντα περιστατικά και τις χειρουργικές επεμβάσεις.

Ένα ακόμη φαινόμενο το οποίο θα πρέπει να ορίσουμε , είναι αυτό της "προκλητής ζήτησης" (supplier induced demand) ή αλλιώς "ζήτησης προκαλούμενης από τον προμηθευτή" , όπου στην αγορά υπηρεσιών υγείας δεν είναι άλλος , αυτός ο προμηθευτής , από τον γιατρό.

Στην παραδοσιακή ελεύθερη αγορά η κυριαρχία του καταναλωτή (consumer's sovereignty) είναι μεγάλη , με την έννοια ότι στα πλαίσια μιας ελεύθερης διαπραγμάτευσης με τον παραγωγό ή ευρύτερα με τον προμηθευτή

(provider) - στις επικρατούσες - συνθήκες της αγοράς - ο καταναλωτής ελεύθερα αποφασίζει σχετικά με τον τρόπο διάθεσης του εισοδήματός του. Κατ'αυτόν τον τρόπο και μέσω του μηχανισμού των τιμών διαμορφώνεται ο όγκος και η αξία των αγαθών.

Στην ιδιόμορφη όμως αγορά υπηρεσιών υγείας, η κυριαρχία του καταναλωτή είναι περιορισμένη, λόγω της διαφοράς πληροφόρησης μεταξύ του προμηθευτή και του καταναλωτή. Επιπροσθέτως το ιατρικό σώμα εξαιτίας της αποκλειστικής δυνατότητας διανομής των υπηρεσιών υγείας, γνωρίζει τις συνθήκες που επικρατούν στην αγορά και λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες του καταναλωτή - χρήστη, διατυπώνει τελικά τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, λειτουργώντας σαν διαμεσολαβητής (agency relationship).

Ο γιατρός ως τελικός προμηθευτής των υπηρεσιών υγείας, λόγω της τεχνικής δυνατότητας στη διάγνωση και τη θεραπεία της ασθένειας είναι δυνατό να προκαλεί αυξημένη ζήτηση δηλαδή -προκλητή ζήτηση- που δεν αντιπροσωπεύει πάντα πραγματικές ανάγκες με συνέπεια τη σπατάλη πόρων και την αύξηση του κόστους υγείας.

Έχει αποδειχθεί, ότι η ζήτηση μπορεί να επηρεαστεί με την αλλαγή των κινήτρων που δίνονται στον προμηθευτή γιατί ο τύπος και το μέγεθος της παρεχόμενης φροντίδας δεν είναι μόνο συνάρτηση της ανάγκης του ασθενή, αλλά σχετίζεται επίσης με την επιθυμία του γιατρού να προσεγγίσει ένα επιδιωκόμενο εισόδημα.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπως είδαμε η υποθεση της "ζήτησης της προκαλούμενης από τον προμηθευτή" (supplier induced demand) έχει διερευνηθεί τα τελευταία χρόνια, βάση συγκριτικών μελετών γιατρών που αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση (fee for service) και γιατρών που αμείβονται στη βάση "προπληρωμής" (prepaid group practices). Το συνολικό κόστος της ιατρικής περίθαλψης για τη δεύτερη περίπτωση είναι κατά μέσο όρο 10-40% χαμηλότερο από εκείνο των παραδοσιακών προγραμμάτων, όπου ισχύει ο πληθωριστικός μηχανισμός αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση που προκαλεί τελικά, αύξηση της προκλητής ζήτησης.

ΜΕΡΟΣ Γ'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Χ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το υγειονομικό σύστημα του μέλλοντος από πολιτικής (policy) και ιδεολογικής (politics) απόψεως, πρέπει να συμπεριλαμβάνει τις επιχειρησιακές ικανότητες, του φιλελεύθερου ατομικιστικού πνεύματος σε συνδυασμό με την συλλογική προσέγγιση που επιβάλλεται από την πολυπλοκότητα του συστήματος και από τη σύγχρονη αντίληψη της κοινωνικής δικαιοσύνης. Στη λειτουργία τους τα συστήματα υγείας θα είναι αποκεντρωμένα και επιβάλλεται να πλησιάσουν ένα κοινωνικά αποδεκτό βαθμό ισότητας, ποσότητας και αποτελεσματικότητας, προσφέροντας σε κάθε πολίτη ένα αυξημένο βαθμό επιλογής και προσωπικής πρωτοβουλίας σε κάθε τι που αφορά την υγεία του. Η αύξηση της ικανότητας προς το διοικητικό (governability) της υγειονομικής αγοράς επιβάλλεται για την προστασία της σχέσης κόστους - κοινωνικού οφέλους. Η εφαρμογή του ελεγχόμενου ή χαλαρού ανταγωνισμού επιβάλλεται για να αποφευχθεί η χρεωκοπία της αγοράς του υγειονομικού τομέα. Για να επιτευχθούν όλα αυτά θα χρειαστεί η ανάπτυξη μιας σφαιρικής πλουραλιστικής στρατηγικής υγείας. Στην εφαρμογή της επιβάλλεται η διασφάλιση της προαγωγής, της προστασίας και της αποκατάστασης της υγείας του ατόμου και του πληθυσμού, όπως ακριβώς η ιστορική συγκυρία έχει ήδη αποδεχθεί και όπως καθημερινά ενισχύεται από τη σύγχρονη κοινωνική επιταγή. Στη διαμόρφωση πολιτικής και στρατηγικής υγείας, ανάλογα με την αρχή του δικαιώματος για την υγεία απαιτείται η επιστημονική έρευνα των υπηρεσιών υγείας, εκπαίδευση και management. Η στρατηγική υγείας κάθε κοινωνίας θα πρέπει να βασίζεται στο απόθεμα γνώσεων και εμπειρίας του Υπουργείου Υγείας - Πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων και στο γενικότερο δίκτυο της υπάρχουσας υποδομής. Στο πεδίο αυτό οι ιατρικές και υγειονομικές σχολές καλούνται να διαδραματίσουν ένα σημαντικό ρόλο. Αναγκαία λοιπόν η εκπαίδευση των πολιτικών, επιβάλλεται η εκμάθηση των διοικητικών, η συνεχής επιμόρφωση όλου του υγειονομικού προσωπικού και η αγωγή υγείας του πολίτη που έχει υπέρτατη σημασία.

Ακόμη, σχετικά με το σύστημα υγείας που θα εφαρμοστεί στο μέλλον, θα πρέπει να εκτιμηθούν ο βαθμός ελεύθερης επιλογής του συστήματος, οι προτιμήσεις της κοινωνίας καθώς και ποιές αξίες θα έχουν την προτεραιότητα στο χώρο αυτό. Δεν πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός ότι ο καθοριστικός παράγοντας για την οποιαδήποτε απόφαση κοινωνικού χαρακτήρα είναι το εκφρασμένο και μη σύστημα αξιών που αντανάκλα η ίδια η κοινωνία.

Ετσι το μοντέλο που διαμορφώνεται διεθνώς για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, είναι το πάντρεμα μεταξύ του κυρίαρχου δημοσίου τομέα και του ιδιωτικού τομέα. Το μοντέλο αυτό θα πρέπει να γίνει αντιληπτό ως ένα δίκτυο υπηρεσιών για την πλήρη κάλυψη των διαφόρων επιπέδων φροντίδας, από την προαγωγή υγείας και την πρόληψη ως την έγκαιρη διάγνωση τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Το δίκτυο θα πρέπει να επεκτείνεται και έξω από τις τυπικές υπηρεσίες σε φορείς επίσημου και μη της κοινότητας, όπως και σε κάθε πεδίο των δραστηριοτήτων του ανθρώπου. Το μοντέλο αυτό ενσωματώνει και το σύστημα υγείας (Ε.Σ.Υ) και την εθνική στρατηγική για την υγεία. Για την επιτυχημένη εφαρμογή του μοντέλου αυτού απαιτούνται γνώσεις, τεχνογνωσία, επιδεξιότητες και εμπειρία στη διαχείριση των μεταβολών και των συγκρούσεων του συστήματος και θα πρέ-

πει να αναπτυχθούν νέες δομές από τις οποίες θα πηγάζουν νέες συγκρούσεις εφόσον θα θίγονται διάφορα συμφέροντα. Πουθενά αλλού δεν είναι τόσο εμφανείς οι παραπάνω διεργασίες, όσο στη δυσκολία ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Γενικά ο υγειονομικός τομέας είναι γεμάτος σύγκρουση, η οποία θα αυξηθεί βάσει των ραγδαίων μεταρρυθμίσεων που καθορίζονται από την εξελικτική πορεία της τεχνολογίας όπως και από μια πληθώρα πιέσεων κυβερνητικής προέλευσης για τον περιορισμό του κόστους και των αυξημένων απαιτήσεων από την πλευρά των χρηστών υπηρεσιών υγείας για μεγαλύτερη ικανοποίηση. Ο υγειονομικός τομέας είναι ο πιο ευαίσθητος και ο πιο πολύπλοκος τομέας της κοινωνίας μας. Απορροφά σημαντικούς πόρους και απασχολεί ένα μεγάλο μέρος του ενεργού πληθυσμού. Εξυπηρετεί μια μοναδική λειτουργία της αγοράς και πουθενά αλλού η σχέση μεταξύ καταναλωτή - χρήστη και προμηθευτή (ιατρική ομάδα και θεραπευτική κοινότητα) δεν είναι τόσο σπουδαία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙ : ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ

Απο όσα αναφέραμε έγινε φανερό , ότι δεν είναι εύκολο να εκφέρουμε με ευκολία αξιολογικές κρίσεις για τα διάφορα συστήματα υγείας , αφού οι διάφοροι παράγοντες που τα σηματοδοτούν λειτουργούν συμπληρωματικά και αλληλοπροσδιοριστικά και είναι η αλληλεπίδρασή τους αυτή που διαμορφώνει τη συγκεκριμένη πραγματικότητα κάθε συστήματος. Παρ'όλα αυτά μπορούμε να προχωρήσουμε σε ορισμένες παρατηρήσεις και διαπιστώσεις:

Έτσι φαίνεται ότι κανένα σύστημα δεν έχει πιθανότητα να πετύχει, όταν παραγνωρίσει τη σημασία του προγραμματισμού της εκπαίδευσης και της ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού. Επίσης κανένα σύστημα δεν φαίνεται να έχει πάρει, στον απαιτούμενο βαθμό υπόψη τις νέες ανάγκες και τα καινούρια φαινόμενα που εμφανίστηκαν και πρέπει να αντιμετωπιστούν. Ενώ η προσπάθεια που γίνεται , να χρησιμοποιηθεί η αύξηση των δαπανών για την υγεία, ως η "πανάκεια" και να λύσει αυτόματα τα προβλήματα φαίνεται ότι εξάντλησε τα όρια της αποτελεσματικότητάς της.

Εξάλλου ένα εθνικό σύστημα υγείας δεν μπορεί να επιτύχάνει όλα όσα προσδοκούν απ'αυτό οι σχεδιαστές του. Το ίδιο φυσικά θα μπορούσε να επισημανθεί και για τους 38 στόχους της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ) , οι περισσότεροι από τους οποίους ενώ φαίνονται εφικτοί για τα αναπτυγμένα κράτη της Ευρώπης μοιάζουν "άνειτρο σπατηλό" για τις υπό ανάπτυξη χώρες , όπως πολύ εύστοχα έχει παρατηρηθεί.

Πρίν κλείσουμε θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθούμε σε όσα διαπίστωσε ο Dr H. Maier, γενικός γραμματέας της Π.Ο.Υ. σ'ένο μήνυμά του το 1988 για την παγκόσμια ημέρα υγείας.

"Δυστυχώς δεν καταφέραμε να επιτύχουμε ισοτιμία στην υγεία πάνω στο διαστημόπλοιο Γη. Ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι είναι παγιδευμένοι στο φαύλο κύκλο της κακής διατροφής , της φτώχειας και της αρρώστειας.

Ο μέσος όρος ζωής σε μερικές χώρες είναι γύρω στα 70 χρόνια , ενώ σ'άλλες μόλις φτάνει τα 50. Εκατό ως διακόσια νεογέννητα παιδιά στα 1000 πεθαίνουν κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής τους στις αναπτυσσόμενες χώρες ενώ ο αντίστοιχος αριθμός στις βιομηχανικές χώρες είναι 10 ως 20. Οι γυναίκες των πτωχών χωρών κινδυνεύουν διακόσιες φορές περισσότερο να πεθάνουν κατά την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό από τις γυναίκες των πλούσιων χωρών".

Και καταλήγει στο μήνυμά του ο Dr. H. Maier:

"...Οι κάτοικοι ολης της υφλίου πρέπει να αναγνωρίσουν παρ'όλες τις μεταξύ τους διαφορές ,ότι η υγεία είναι ουσιώδης για την πρόοδο της ανθρωπότητας και περιέχει τόσο οικονομική αξία όσο και κοινωνική δικαιοσύνη. Ής το 2000 λοιπόν, ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΚΑΙ ΟΛΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ".

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κοντούλη - Γεϊτονα Μ : "Σφαιρικός Προϋπολογισμός. Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων" , Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα 1992.
2. Δημητριάδου Χ. : "Συγκριτική θεώρηση των συστημάτων υγείας" Υγειονομική Σχολή Αθηνών, Αθήνα Φεβρουάριος 1989.
3. Υφαντόπουλος Γ. : "Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα" ΚΕΠΕ , Αθήνα 1988
4. Vageto D. : "Το σύστημα υγείας στη Σουηδία" ΕΚΛΟΓΗ , Αύγουστος 1981, σελ. 108-111
5. Γεϊτονα Μ, Γεννηματά Α: "Ιδιομορφίες της αγοράς υπηρεσιών υγείας" και Μπαλασοπούλου Α. ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ, Αύγουστος 1992, σελ.19-25
6. Levett-Jefrey : "Ανάπτυξη Στρατηγικής Υγείας του Έθνους" ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ , Σεπτέμβριος 1992, σελ. 39-42
7. Levett-Jefrey : "Το μέλλον της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών" ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ, 117 ,1991
8. Κυριόπουλος Ι. : "Ο ρόλος των σχολών Δημόσιας Υγείας στα σύγχρονα συστήματα υγείας "ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ, 114 ,1990
9. Κοντούλη-Γεϊτονα Μ., Νιάκας Δ. και Κυριόπουλος Ι. : Σφαιρικός προϋπολογισμός. Μια πρόκληση για την ληνική πραγματικότητα. "ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ - ΥΓΕΙΑΣ" Τόμος 2, Τεύχος 4 (11), σελ. 35-38.
10. Γεννηματά Α, Γεϊτονα Μ: "Μέθοδοι και κριτήρια χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Μια πρώτη προσέγγιση "ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ" Τόμος 2, Τεύχος 5(15), 1991, σελ.41-46
11. Levett-Jefrey : Ο William A. Beveridge και η Εθνική Υπηρεσία Υγείας στη Μεγάλη Βρετανία "ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, Τόμος 4, Τεύχος 2(21) Μάρτιος - Απρίλιος 1993, σελ. 61-63.
12. Roemer Milton : "Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας σε διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά συστήματα" ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ, Τεύχος 4, Δεκέμβριος 1984, σελ. 105-113.

13. Levett-Jefrey : "Πως θα εξηγηθεί η άρνηση εφαρμογής σύγχρονης δι-
οίκησης και στο σύστημα υγείας της Ελλάδος".
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ , 19 Μαΐου 1988.
13. Levett-Jefrey, : "Τα προβλήματα και το πλαίσιο (context) του συστή-
ματος υγείας". ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ,1987.
Παπασιτάκη Ε.,
Χριστοφορίδου Α.
14. Π.Ι.Σ : "Προτάσεις για ένα νέο νόμο στην υγεία". ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ , Αθήνα 1986.
15. Σωμοράκης Μ. : "Αξιολόγηση του ΕΣΥ. Μια πρώτη προσέγγιση. Σοσιαλιστική
Νιάκας Δ. , θεωρία και πράξη". Κεφ. 9, Αθήνα 1988, σελ. 35-51.
Κυριόπουλος Ι.
16. Παπαχρήστου Γ. : "Παροχή Υπηρεσιών Υγείας "ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ" τεύχος 10
Μαΐος 1990, σελ 24-26.
17. Διακήρυξη της : ΕΛΕΓΓΕΙΑ , Τριμηνιαία έκδοση της ελληνικής εταιρίας
Αίμα - Ατα γεν. ιατρικής, Έτος 1, Τεύχος 1, Θεσσαλονίκη, Οκτώβριος
1986.
18. Αναπλιώτη- : "Παγκόσμιες αποδοχές στην υγεία και εθνικά συστήματα"
Βασιλείου Ειρήνη Αθήνα , χωρίς χρονολογία.
19. Φιλαλήθη Τάσου : "Υγεία για όλους το 2000 και πρωτοβάθμια φροντίδα
υγείας. Ουτοπία , παγίδα ή εφικτός στόχος : "ΙΑΤΡΙΚΗ
Τόμος 42, Τεύχος 4, 1982.
20. Γιαντόπουλος Γ. : "Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα".
Αθήνα 1985
21. Μαθιανάκη Γ. : "Κοινωνικο-οικολογικές μεταβολές και πρωτοβάθμια
φροντίδα υγείας στη μεταπολεμική ελληνική κοινωνία"
ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ , Τεύχος 29, Φεβρουάριος 1987, σελ 72
22. Γιαντόπουλος Γ. : "Κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια φρο-
ντίδα υγείας" ΙΑΤΡΙΚΗ , Τόμος 50, Τεύχος 1, Ιούλιος
1986, σελ. 34
23. Φιλαλήθη Τάσου : "Νοσοκομείο ή σπίτι , Οργανωτική και οικονομική θεώ-
ρηση του κατάλληλου τρόπου περίθαλψης"
ΜΑΤΕΙΡΙΑ ΜΕΔΙΚΑ GRECA, Τεύχος 1, Φεβρουάριος 1982
σελ.73.
24. Dr. Male H. : "Μήνυμα για την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας" ΤΑ ΝΕΑ, Πέμπτη
7/4/1988
25. Κατσονοπούλου Μ. : "Η υγεία μας ως το 2000" ΤΑ ΝΕΑ , Πέμπτη 7/4/1988

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΩΝ I

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II : Νόμος 1397/83

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III : Νόμος 2071/92

Π Α Ρ Α Ρ Τ Η Μ Α Π Ι Ν Α Κ Ω Ν I

- Πίνακας I : Εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ευρώπη 1960-89. Ποσοστά επί του ΑΕΠ.
- Πίνακας II : Γενική άποψη με σημαντικά δομικά στοιχεία διαφόρων κρατών.
- Πίνακας III : Κυρίαρχος τρόπος χρηματοδότησης νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης σε διάφορες χώρες.
- Πίνακας IV : Ποσοστιαία αναλογία του καλυπτόμενου πληθυσμού από δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς για τις χώρες του ΟΟΣΑ για το έτος 1987.
- Πίνακας V : Δείκτες σύγκρισης των αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας.
- Πίνακας VI : Αυτοουργική διασύνδεση των τμημάτων ενός νοσοκομείου.
- Πίνακας VII : Ένα σχηματικό πλαίσιο για την ολοκληρωμένη ανάπτυξη του ΕΣΥ.
- Πίνακας VIII: Αριθμός νοσοκομείων και κλίνες πριν και μετά το ΕΣΥ.

Πίνακας Ξ
 Εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ευρώπη, 1960-1989
 Ποσοστό επί του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος

	1960	1970	1980	1989
Γερμανία	4.7	5.9	8.5	8.0
Βέλγιο	3.4	4.0	6.2	7.2
Δανία	3.6	6.1	6.8	6.2
Ισπανία	1.5	3.8	5.6	6.1
Γαλλία	4.2	5.8	7.6	8.8
Ελλάδα	3.2	4.0	4.3	5.5
Ιρλανδία	4.0	5.6	9.0	8.1
Ιταλία	3.3	5.2	6.7	7.1
Κάτω Χώρες	3.9	6.0	8.2	8.3
Ηνωμένο Βασίλειο	3.9	4.5	5.8	5.9
Ευρωπαϊκή Κοινότητα (1)	3.6	5.0	6.8	7.1
ΟΟΣΑ-Ευρώπη (2)	3.3	5.0	6.6	7.0

Πηγές: 1960-1987-Τα συστήματα υγείας αναζητούν τη ναυπηγική αποτελεσματικότητα. Παρίσι, ΟΟΣΑ, 1990, 1989-Εκτίμηση του συγγραφέα.

Σημειώσεις: (1) Αριθμητικός μέσος όρος των 10 αναφερόμενων χωρών

(2) Αριθμητικός μέσος όρος των 16 χωρών, εκτός του Λουξεμβούργου, της Πορτογαλίας και της Τουρκίας λόγω ελλείπων στατιστικών στοιχείων.

(3) Ορισμένες αξιολογήσεις του 1960 και, σε μικρότερο βαθμό, του 1970, υποτιμήθηκαν σε σχέση με τις αξιολογήσεις της πρόσφατης περιόδου λόγω ελλείπων στατιστικών στοιχείων που κατέστησαν περίπλοκη εξαιτίας του γεγονότος ότι η κυκλική θέση των οικονομιών διαφέρει από χώρα σε χώρα για κάθε αναφερό-

ΠΙΝΑΚΑΣ II

Γενική άποψη με σημαντικά δομικά στοιχεία διαφόρων κρατών

Κράτη	Νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 10.000 κατοίκους (1982)	Ποσοστό Νοσοκομειακών δαπανών στις συνολικές δαπάνες για την υγεία	Εισαγωγή στο Νοσοκομείο ανά 1.000 κατοίκους	Γιατρός ανά Νοσοκ/κή κλίνη (1980)
Βέλγιο	93		136 (1980)	--
Δανία	--	50,2 (1979)		0,16
Λαοκ.Δημοκ. Γερμανίας	106 (1976)	--	--	--
Ομοσ.Δημ. Γερμανίας	111	31,9 (1982)	152 (1976)	0,09
Φιλλανδία	156	43,1 (1979)	--	0,065
Γαλλία	106	50,4 (1980)	168 (1976)	0,08
Μεγ.Βρετανία	90	59,4 (1981)	92 (1981)	0,14
Ολλανδία	99	34 (1983)	100 (1981)	--
Νορβηγία	--	42,4 (1979)	--	0,14
Σουηδία	151	51,6 (1979)	158 (1981)	0,18
Ελβετία	129	--	--	--
ΗΠΑ	59	41 (1981)	157	0,076

ΠΗΓΕΣ: 1) REFFEL M.W. COMPARATIVE HEALTH STATISTICS

2) KECK, A. Σχεδιασμός και Οικονομία του Υγειονομικού τομέα, Βερολίνο (ανατολικό) 1981

3) Ομοσπονδιακή Στατιστική Υπηρεσία. Ετήσιο στατιστικό βιβλίο βιβλίο για την Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας. Στουτγάρδη 1984

Πίνακας **ΕΙΙ**

Κυρίαρχος τρόπος χρηματοδότησης νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης σε διάφορες χώρες.

Κύρια μορφή χρηματοδότησης

Χώρα	ιδιοκτησία νοσοκομείων	νοσοκομειακή περ.	εξωνοσοκομειακή περ.
ΒΕΛΓΙΟ		ΝΗ	Ε.Γ.
ΚΑΝΑΔΑΣ	Ε.Ι./ΤΑ	ΣΠ	Ε.Γ.
ΔΑΝΙΑ	Δ	ΣΠ	Μ.Γ.
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	ΤΑ	ΣΠ	Μ.Γ.
ΓΑΛΛΙΑ	70%Δ, 30%ΙΔ	ΣΠ/ΝΗ	Ε.Γ.
ΟΔΓ	ΤΑ, Ε.Ι, ΙΔ	ΝΗ	Ε.Γ.
ΕΛΛΑΔΑ	Δ	ΝΗ (ΣΠ)	ΓΤ/ΕΓ
ΙΤΑΛΙΑ		ΣΠ	Ε.Γ.
ΙΑΠΩΝΙΑ	60% ΙΔ, 40% Δ	ΝΗ	Ε.Γ.
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	ΤΑ, ΕΙ	ΣΠ	Ε.Γ.
ΝΟΡΒΗΓΙΑ		ΣΠ	Ε.Γ.
ΠΟΡΤΟΓΑΛΛΙΑ		ΣΠ	Γ.Τ.
ΙΣΠΑΝΙΑ		ΣΠ	Γ.Τ.
ΣΟΥΗΔΙΑ	ΤΑ	ΣΠ	Μ.Γ.
ΕΛΒΕΤΙΑ	ΤΑ, ΙΔ	ΣΠ/ΝΗ	Ε.Γ.
Μ. ΒΡΕΤΑΝΙΑ	Δ	ΣΠ	Ε.Γ.
Η.Π.Α.	60% ΙΔ, 40% Δ	ΚΠΔ (DRG)	Ε.Γ.

ΣΥΜΒΟΛΙΣΜΟΙ:

ΝΗ: ΝΟΣΗΛΕΙΟ ΗΜΕΡΑΣ

ΣΠ: ΣΦΑΙΡΙΚΟΣ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

ΕΓ: ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ

ΜΓ: ΜΙΣΘΩΤΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ

ΓΤ: ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΑΜΕΙΩΝ

ΚΠΔ: ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΕΙ: ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

Δ: ΔΗΜΟΣΙΑ

ΙΔ: ΙΔΙΩΤΙΚΑ

ΤΑ: ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ

Ειδικά χαρακτηριστικά

Αμοιβή κατά πράξη

Αμοιβή κατά πράξη

Συνδυασμός αμοιβής κατά κεφαλήν και κατά πράξη

Οδοντιατρική περίθαλψη κύρια ιδιωτική

Αμοιβή κατά πράξη

Αμοιβή κατά πράξη

Μισθωτοί γιατροί (ΙΚΑ, ΟΓΑ), Αμοιβή κατά πράξη (ιδιώτες, δημόσιο)

Κατά κεφαλή οι γενικοί γιατροί, οι ειδικευμένοι κατά πράξη ή γιατροί ταμείων

Τα φάρμακα χορηγούνται κύρια από τους ίδιους τους γιατρούς

Αμοιβή κατά πράξη, Αμοιβή κατά κεφαλή

Πρωτοβάθμια περίθαλψη: Κύρια από μισθωτούς γιατρούς

Συνδυασμός μισθωτών γιατρών, κατά κεφαλήν και κατά πράξη

Γιατροί κατά ομάδες

ΠΙΝΑΚΑΣ IV

ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΑΠΟ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ Ο.Ο.Σ.Α. ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 1987

ΧΩΡΑ	ΝΟΣΟΚΟΜ. ΔΑΠΑΝΕΣ	ΕΞΟΝΟΣΟΚ. ΔΑΠΑΝΕΣ	ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΓΑΘΑ
ΑΥΣΤΡΙΑ	99	99	90
ΒΕΛΓΙΟ	98	93	68
ΔΑΝΙΑ	100	100	100
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	100	100	90
ΓΑΛΛΙΑ	99	98	92
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	92	92	97
ΕΛΛΑΔΑ	100	100	90
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	100	100	-
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	100	37	95
ΙΤΑΛΙΑ	100	100	99
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	100	100	95
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	77	72	80
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	100	100	100
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	100	100	100
ΙΣΠΑΝΙΑ	99	97	84
ΕΣΘΟΝΙΑ	100	100	100
ΕΛΒΕΤΙΑ	98	98	100
Μ. ΒΡΕΤΑΝΙΑ	100	100	99
Η.Π.Α.	40	25	-

ΠΗΓΗ : Jonsson Bengt: Health Care Financing review: Annual Supplement 1989. What Can Americans Learn from Europeans?

Πίνακας V

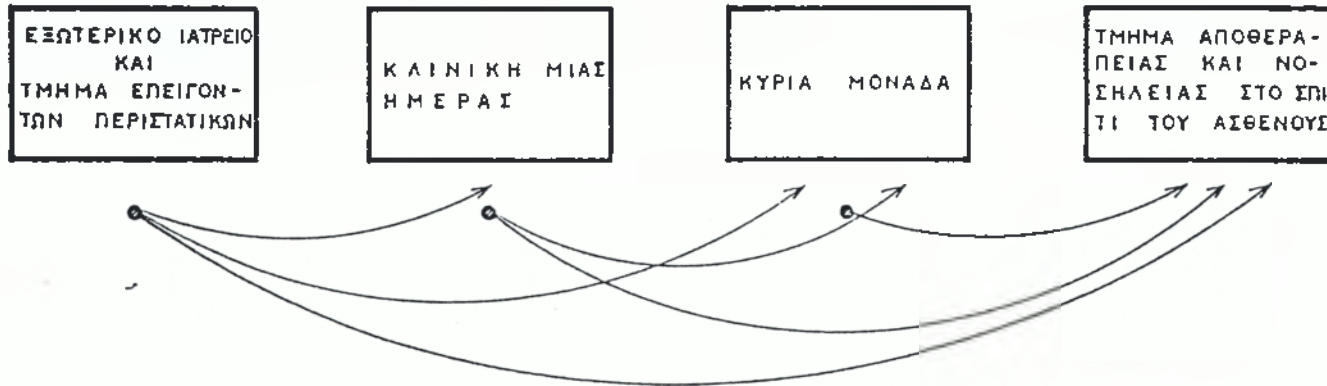
Δείκτες σύγκρισης των αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας: ΕΚ, τελευταίο διαθέσιμο έτος.

	Υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής κατά τη γέννηση		Υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής σε ηλικία 60 ετών		Βρεφική θνησιμότητα
	Άρρεν	Θήλυ	Άρρεν	Θήλυ	
Βέλγιο	70.0	76.8	16.3	20.9	0.97
Δανία	71.8	77.6	17.4	21.7	0.83
Γαλλία	72.0	80.3	18.4	23.7	0.76
Γερμανία	71.8	78.4	17.3	21.7	0.83
Ελλάδα	72.2	76.6	18.2	20.6	1.17
Ιρλανδία	70.1	75.6	15.9	19.5	0.74
Ιταλία	71.6	78.1	17.1	21.5	0.96
Λουξεμβούργο	70.6	77.9	16.4	21.3	0.93
Κάτω Χώρες	73.5	80.1	18.3	23.6	1.12
Πορτογαλία	69.9	76.9	17.4	21.2	1.42
Ισπανία	74.0	80.0	19.5	23.5	0.87
Ηνωμένο Βασίλειο	71.9	77.6	16.8	21.1	0.91
Ηνωμένες Πολιτείες	71.5	78.3	18.2	22.5	1.00

Πηγες: ΟΟΣΑ (1990)

Σημειώσεις: 1. Επί τοις % των γεννήσεων ζώντων

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ



ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΩΝ
ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΕΝΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ Δ

Πίνακας VIII
Αριθμός Νοσοκομείων και Κλίνες
πριν και μετά το ΕΣΥ

	Νοσοκομεία		Κλίνες	
	1980	1987	1980	1987
Δημόσια	112	136	25.905	35.290
Ιδιωτικά	468	267	25.075	15.900
Φυλ.ανθρώπινα (ΝΠΙΔ)	28	5	8.347	243
	<hr/> 648	<hr/> 408	<hr/> 59.329	<hr/> 51.433

"ΕΘΝΙΚΟ ΖΩΟΤΗΝΟ ΛΥΚΕΟ"

Νόμος 1397/83, Τεύχος Α', Αριθμός Φύλλου 143

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ :



21.IV.93

ΤΙΜΗ ΔΙΛΛ. 20000 8229

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
7 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 1993

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
143

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 1397

Εθνικό σύστημα υγείας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Κυροῦμεν και εκδίδομεν τον κατωτέρω από της Βουλής φηρισθέντα νόμον:

Άρθρο 1.

Γενικές αρχές.

1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών.
2. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται εφότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

Άρθρο 2.

Υγειονομικές περιφέρειες.

1. Η Χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες.
2. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του κεντρικού συμβουλίου υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), ορίζονται ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών, τα όρια και η έδρα τους.

Άρθρο 3.

Περιφερειακά συμβούλια υγείας.

1. Στην έδρα καθέ υγειονομικής περιφέρειας συστατεί περιφερειακό συμβούλιο υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.).
2. Τα ΠΕ.Σ.Υ. είναι όργανα α) γνωμοδοτικά σε θέματα προγραμματισμού β) εποπτείας και ελέγχου του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρειά τους και γ) παρακολούθησης της λειτουργικής απόδοσης του συστήματος σε περιφερειακό επίπεδο και της εφαρμογής προγραμμάτων υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματικό και το γενικό συντονιστικό του ΚΕ.Σ.Υ.
3. Τα ΠΕ.Σ.Υ. στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους της προηγούμενης παραγράφου γνωμοδοτούν και εισηγούνται στο ΚΕ.Σ.Υ. με δική τους πρωτοβουλία ή ύστερα από σχετικό ερώτημα.
4. Οι πρόεδροι των ΠΕ.Σ.Υ. ή οι νόμιμοι εκπληρωτές τους μετέχουν στην ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ., έχουν όμως δικαίωμα ψήφου μόνο σε θέματα που αφορούν την περιφέρειά τους.
5. Τα ναυπηγικά συμβούλια εκφράζουν γνώμη στα ΠΕ.Σ.Υ. για θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας στο ναύο τους.

Άρθρο 4.

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

1. Τα ΠΕ.Σ.Υ. αποτελούνται από τα παρακάτω μέλη:
 - α) Δύο εκπροσώπους των ιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζονται από τον πανελλήνιο ιατρικό σύλλογο, μετά από προτάσεις των ιατρικών συλλόγων της περιφέρειας.
 - β) Έναν εκπρόσωπο των οδοντιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από την ελληνική οδοντιατρική ομοσπονδία, μετά από προτάσεις των οδοντιατρικών συλλόγων της περιφέρειας.
 - γ) Έναν εκπρόσωπο των φαρμακευτικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από τον πανελλήνιο φαρμακευτικό σύλλογο, μετά από προτάσεις των φαρμακευτικών συλλόγων της περιφέρειας.
 - δ) Από έναν εκπρόσωπο του διδακτικού επιστημονικού προσωπικού (Δ.Ε.Π.) των ιατρικών, οδοντιατρικών και φαρμακευτικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. που λειτουργούν στην υγειονομική περιφέρεια, που ορίζεται από το διωικητικό συμβούλιο του αντιστοιχου τμήματος.
 - ε) Έναν εκπρόσωπο των συλλόγων νοσηλευτικού προσωπικού της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την ενιαία δευτεροβάθμια πανελλήνια οργάνωση νοσηλευτικού προσωπικού, μετά από προτάσεις των αντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων που ανήκουν σε αυτή. Αν δεν υπάρχει ενιαία δευτεροβάθμια οργάνωση, ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., από υποψήφιας που προτείνονται ένας από καθέ δευτεροβάθμια συνδικαλιστική οργάνωση.
 - στ) Έναν εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την κεντρική ενώση δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.), μετά από προτάσεις των τοπικών ενώσεων δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας (Τ.Ε.Δ.Κ.Ε.) της περιφέρειας.
 - ζ) Έναν εκπρόσωπο των εργατικών κέντρων της υγειονομικής περιφέρειας, που ορίζεται από την Γ.Σ.Ε.Ε. μετά από προτάσεις των εργατικών κέντρων της περιφέρειας.
 - η) Έναν εκπρόσωπο των συνδικαλιστικών επαγγελματιών εργατών των αγροτών της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την οικεία κτώστη συνδικαλιστική επαγγελματική οργάνωση αγροτών, μετά από προτάσεις των αντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων.
 - θ) Έναν εκπρόσωπο των εκπαιδευτικών στοιχείου και μέλη εκπαιδευτές, που υπηρετούν στην υγειονομική περιφέρεια, ο οποίος εκλέγεται μεταξύ εκπαιδευτών, που εκλέγεται από τη ΔΟΕ την ΟΛΜΕ και την ΟΛΤΕ, μετά από πρόταση των πρωτοβάθμιων αντίστοιχων οργανώσεων της περιφέρειας.

ι) Έναν υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή Ν.Π.Δ.Δ., που αποπεμπεται από αυτό, ο οποίος ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

ια) Έναν υπάλληλο του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή Ν.Π.Δ.Δ. που αποπεμπεται απ' αυτό, ο οποίος ορίζεται από τον Υπουργό Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ιβ) Δύο πρόσωπα με ιδιαίτερη επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

2. Οι εκπρόσωποι ορίζονται σε προθεσμία 30 ημερών από την αποστολή σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Αν κάποιος φορέας δεν ορίξει εκπρόσωπο τον εκπρόσωπό του, τον ορίζει ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας. Για κάθε μέλος ορίζεται με την ίδια διαδικασία ο αναπληρωτής του.

3. Η συγκρότηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

4. Στα Π.Ε.Σ.Υ. μετέχουν χωρίς ψήφο οι πρόεδροι των διακλαδικών συμβουλίων των νοσοκομείων της υγειονομικής περιφέρειας.

5. Η θητεία των μελών των Π.Ε.Σ.Υ. είναι διετής. Στην πρώτη εφαρμογή του νόμου η θητεία των μελών των Π.Ε.Σ.Υ. λήγει με τη λήξη της θητείας των μελών του ΚΕ.Σ.Υ.

Επιτρέπεται ελεύθερα η αντικατάσταση μέλους Π.Ε.Σ.Υ. για οποιοδήποτε λόγο για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού.

Μέχρι να ορισθεί ο αντικαταστάτης το συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα από τα λοιπά μέλη του. Η ολομέλεια του Π.Ε.Σ.Υ. εκλέγει τον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο με μυστική ψηφοφορία. Ο πρόεδρος εκλέγεται μεταξύ των γιατρών - μελών του Π.Ε.Σ.Υ.

6. Το Π.Ε.Σ.Υ. εκπροσωπείται από τον πρόεδρο και σε περίπτωση κωλύματος από τον αντιπρόεδρο.

7. Όργανα του Π.Ε.Σ.Υ. είναι η ολομέλεια και η εκτελεστική επιτροπή.

8. Η ολομέλεια είναι το αποφασιστικό όργανο του Π.Ε.Σ.Υ. για όλα τα θέματα της αρμοδιότητάς της και οι αποφάσεις του λαμβάνονται με απόλυτη πλειοψηφία των μελών που βρίσκονται στη συνεδρίαση. Για τη συγκρότηση απαιτείται η παρουσία των τριών πέμπτων (3/5) τουλάχιστον των μελών του Π.Ε.Σ.Υ. Μέλος του Π.Ε.Σ.Υ. που απουσιάζει δικαιολογείται τα περισσότερες από δύο συνεχείς συνεδριάσεις αντικαθίσταται.

9. Η εκτελεστική επιτροπή αποτελείται από τον πρόεδρο, τον αντιπρόεδρο και ένα (1) μέλος του, που εκλέγεται από την ολομέλεια στην πρώτη της συνεδρίαση με μυστική ψηφοφορία. Η εκτελεστική επιτροπή εισηγείται στην ολομέλεια τα θέματα για συζήτηση, συντάσσοντας ειδική εισηγηση για κάθε θέμα. Η εισαγωγή των θεμάτων για συζήτηση στην ολομέλεια γίνεται με πρωτοβουλία της ή ύστερα από ανάθεση της ολομέλειας ή ύστερα από παραπομπή του ΚΕ.Σ.Υ. Η εκτελεστική επιτροπή έχει την ευθύνη για την προώθηση και υλοποίηση των αποφάσεων της ολομέλειας. Η εκτελεστική επιτροπή μπορεί να προτείνει τη σύσταση ειδικών επιτροπών και ομάδων εργασίας, για την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου στα πλαίσια των σκοπών του Π.Ε.Σ.Υ. Η συγκρότηση των προτεινόμενων επιτροπών και ομάδων εργασίας γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της εκτελεστικής επιτροπής του ΚΕ.Σ.Υ. Με την απόφαση συγκροτήσεως κάθε επιτροπής, ή ομάδας εργασίας, καθορίζονται το έργο, ο τρόπος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις των μελών της, η καταβολή ή μη αποζημίωσης στα μέλη κατά συνεδρίαση ή εφάπαξ και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

10. Τα μέλη της εκτελεστικής επιτροπής του Π.Ε.Σ.Υ. εκτελούν το έργο τους με πλήρη απασχόληση. Με επιφύλαξη των διατάξεων των άρθρων 1, 3, 4 και 6 του Ν. 1256/1982 (ΦΕΚ 65), όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 33 του Ν.

1326/1983 (ΦΕΚ 19), τους καταβάλλεται μηνιαία αμοιβή που το ύψος της καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Για τα λοιπά μέλη του Π.Ε.Σ.Υ. και τα μέλη των επιτροπών και ομάδων εργασίας της προηγούμενης παραγράφου, η αποζημίωση κατά συνεδρίαση ή εφάπαξ ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας με την επιφύλαξη των παραπάνω διατάξεων του Ν. 1256/1982. Η αποζημίωση αυτή καταβάλλεται και στον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο, εφόσον δεν δικαιούνται να παίρνουν τη μηνιαία αμοιβή της παραγράφου αυτής.

11. Στη νομαρχία της έδρας κάθε Π.Ε.Σ.Υ. λειτουργεί γραμματεία αυτού. Η γραμματεία στελεγχώνεται με υπαλλήλους της νομαρχίας και υπαλλήλους Ν.Π.Δ.Δ. που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Οι υπάλληλοι αυτοί τοποθετούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ή με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν συναρμόδιου Υπουργού. Η γραμματεία συγκεντρώνει και επεξεργάζεται τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για το έργο του συμβουλίου και διεξάγει κάθε εργασία σχετική με το έργο αυτό.

12. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μπορεί να συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και να προσθέτονται στον οργανισμό του θέσης ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, για την εξυπηρέτηση του έργου των Π.Ε.Σ.Υ. Οι θέσεις αυτές αποτελούν ιδιαίτερο κλάδο και ο αριθμός τους δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος από πέντε (5) για κάθε Π.Ε.Σ.Υ. Με το π. 3/για σύστασης ορίζονται τα προσόντα για την κατάληψη των θέσεων αυτών και η πισιδή των προσλαμβανόμενων. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται οι διατάξεις του Ν. 993/1979 (ΦΕΚ 281). Οι υπάλληλοι που προσλαμβάνονται στις θέσεις αυτές υπηρετούν στις έδρες των Π.Ε.Σ.Υ.

13. Στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας γράφονται κάθε χρόνο σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό πιστώσεις για την κάλυψη των δαπανών λειτουργίας του ΚΕ.Σ.Υ. και των Π.Ε.Σ.Υ.

14. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται ειδικότερα ο τρόπος λειτουργίας των Π.Ε.Σ.Υ., οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των μελών τους και των μελών της εκτελεστικής επιτροπής, η διαδικασία εκλογής τους, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας της γραμματείας των Π.Ε.Σ.Υ. και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 5.

Μονάδες περίθαλψης.

1. Η περίθαλψη με δαπάνες του δημοσίου και των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων διακρίνεται σε εξωνοσοκομειακή (πρωτοβάθμια) που παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία τους και τα εξωτερικά κεντρα των νοσοκομείων και σε νοσοκομειακή (δευτεροβάθμια) που παρέχεται από τα νοσοκομεία.

2. Νοσηλεία με δαπάνες του δημοσίου ή των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. που επιτηρούνται από το δημόσιο, ολική ή μερική, σε ειδικές κλινικές επιτηρείται ύστερα από ειδική σύμβαση μεταξύ του δημοσίου ή οργανισμού ή ταμείου και της κλινικής, που επιτηρείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του αρμόδιου Υπουργού, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

Άρθρο 6.

Νοσοκομεία.

1. Νοσοκομεία ιδρύονται μέχρι ως Ν.Π.Δ.Δ. Η ίδρυση, η καταργηση, η συγχώνευση νοσοκομείων και η μεταφορά της έδρας τους γίνεται με π.δ/για, που εκδίδεται με πρόταση

του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά τὴν τυχόν αρμόδιου Υπουργού, όταν πρόκειται για μετατροπὴ ἢ συγχώνευση, μετὰ τὴν γνώμη τοῦ ΚΕ.Σ.Υ. Ἡ ὁργάνωσις, ἡ διοικητικὴ καὶ διοικητὴ των νοσοκομείων διαπύεται ἀπὸ τὴν διατάξεις τοῦ Ν.Δ. 2592/1953, ὅπως συμπληρώθηκε καὶ τροποποιήθηκε μεταγενέστερα καὶ ἀπὸ τὴν διατάξεις τοῦ νόμου αὐτοῦ. Ἡ ἴδρυσις νοσοκομείων με οποιδήποτε ἄλλη νομικὴ μορφή καὶ ἡ χρησιμοποίησις τῆς ονομασίας «νοσοκομείον» ἢ παρρησίας ἀπὸ ἰδιωτικὴς κλινικὴς ἀπαγορεύεται. Ἐν πάσῃ περιπτώσει, προκειμένου περὶ ἰδιωτικῶν κλινικῶν ἢ ἀνεξάρτητων ἰδιωτικῶν κλινικῶν εἶναι υποχρεωτικὴ.

2. Νοσοκομειακὴς μονάδες, που λειτουργοῦν κατὰ τὴν δημοσίευσή τοῦ νόμου αὐτοῦ ὡς υπηρεσίαι Ν.Π.Δ.Δ. καὶ τῶν εφοραιοδικῶν ὁργανισμῶν ἢ Ν.Π.Ι.Δ., εφόσον ἐπιχορηγοῦνται με οποιδήποτε τρόπο ἀπὸ τὸ δημόσιον ἢ οἱ δαπάναις λειτουργίας τῶν ἐνοχλοῦν τῶν προϋπολογισμῶ Ν.Π.Δ.Δ. μετατρέπονται μετὰ τὴν ἴσχυος ἀπὸ τὴν δημοσίευσή τοῦ νόμου αὐτοῦ εἰς Ν.Π.Δ.Δ. καὶ ὑπάρχοντες εἰς τὴν διατάξεις τοῦ Ν.Δ. 2592/1953 ἢ συγχωνεύονται με νοσηλευτικὰ ἱδρύματα που ὑπάρχοντες εἰς τὴν διατάξεις αὐτοῦ τοῦ ν.δ. Σε περίπτωση που μετὰ τὸ χρόνο αὐτὸν εἰς μετατροπὴν εἰς Ν.Π.Δ.Δ. ἢ εἰς συγχώνευσιν με Ν.Π.Δ.Δ. γίνονται Ν.Π.Ι.Δ. καὶ θανατοῦνται ἡ ἀνεξαρτητοποίησις τῶν.

Ἐφόσον δὲν ἐπιχορηγοῦνται, συνολικὰ ἢ μερικὰ, σύμφωνα με τὴν διατάξεις τῆς παραγράφου αὐτῆς, μετατρέπονται εἰς Ν.Π.Ι.Δ. με προθεσμίαν εἰς πενταετή καὶ ἐπισκοπούμενα Ν.Π.Ι.Δ. Με ἀπόφαση τῆς ἐπιτροπῆς τῶν φορέων ἐπὶ τοῖς ἀσπαστικῶν ὑπηρεσιῶν να μετατραποῦν εἰς Ν.Π.Δ.Δ. καὶ να ὑπαχθῶν εἰς τὴν διατάξεις τοῦ Ν.Δ. 2592/1953. Ἡ μετατροπὴ τῶν μονάδων αὐτῶν εἰς νομικὰ πρόσωπα ἢ ἡ συγχώνευσή γίνεται με π.δ/γμα που ἐκδίδεται με πρόταση τοῦ Υπουργοῦ Υγείας καὶ Πρόνοιας καὶ τοῦ αρμοδίου Υπουργοῦ. Τὸ προσωπικόν, πληρὸν τῶν ἰατρικῶν, που ὑπηρετεῖ εἰς τὴν μονάδα αὐτῆς που μετατρέπονται εἰς Ν.Π.Δ.Δ. κατὰ τὴν δημοσίευσή τῶν π. δ/των μετατρέπονται, ὑποχρεωτικὰ, ὡς ἀπὸ κοινῆς τοῦ αρμοδίου ὑπηρετικῶν συμβουλίου, εφόσον συγκατατίθεται τὰ νομικὰ πρόσωπα καὶ εἶναι ηλικίας μέχρι 55 ἐτῶν, με ἀντίστοιχες θέσεις, που καταλαμβάνονται με τὸν ὁργανισμὸν τοῦ νοσοκομείου. Ἡ ἐπιλογή γίνεται ὑπερὰ ἀπὸ πηγή των ἐπιχορηγούμενων. Τὸ προσωπικόν που εἰς συγκατατίθεται τὰ νομικὰ πρόσωπα ἢ δὲν ὑποβάλλεται εἰς ἐπιλογή ἐπιλογεῖται να ὑπηρετεῖ με τὴν ἴδιαν προϋποθέσει που ὑπηρετοῦσε καὶ εἰς τὴν μονάδα που μετατρέπεται, με προσωρινὰ θέσεις, που καταλαμβάνονται, ὡς ἀπὸ κοινῆς τοῦ αρμοδίου συμβουλίου με οποιδήποτε τρόπο. Μέχρι να ἐκδοθῆ ὁ νέος ὁργανισμὸς καὶ να γίνῃ ἡ ἐπιλογή εἰς τὴν θέσεις που προβλεποῦνται ἀπὸ αὐτὸν, τὸ προσωπικόν ἐπιλογεῖται να διαπύεται ἀπὸ τὴν διατάξεις που ἴσχυον κατὰ τὸ χρόνο δημοσίευσή τοῦ π.δ/τος μετατροπῆς.

3. Ἀπὸ τὴν ἐπιλογή τῆς προηγούμενης παραγράφου ἐπιλογεῖται τὰ νοσοκομεία των Α.Ε.Ι. καὶ των ἐνόπλων ἰατρικῶν σχολῶν.

4. Τα νοσοκομεία που ἔχουν ἰδρυθεῖ καὶ λειτουργοῦν ὡς Ν.Π.Ι.Δ. καὶ ἐπιχορηγοῦνται ἀπὸ τὸ κράτος ὑπάρχοντες εἰς τὴν διατάξεις τοῦ Ν.Δ. 2592/1953 ἢ διακόπτεται ἡ ἐπιχορηγήσή τους. Ἡ ὑπαγωγή γίνεται με π. δ/γμα, που ἐκδίδεται με πρόταση τοῦ Υπουργοῦ Υγείας καὶ Πρόνοιας, μετὰ τὴν ἴσχυος ἀπὸ τὴν δημοσίευσή τοῦ νόμου αὐτοῦ. Για τὸ προσωπικόν που ὑπηρετεῖ κατὰ τὴν ὑπαγωγή εφαρμόζεται ἡ διάταξη τῆς παραγράφου 2 τοῦ ἀρθροῦ αὐτοῦ. Ἡ ὑπαγωγή δὲν εἶναι υποχρεωτικὴ για νοσοκομεία που ἔχουν ἰδρυθεῖ με διαθήκη ἢ ἐπιθήκη διαρκείας, που περιλαμβάνει ρητὴ ἀντίθετη διάταξη, που μπορεῖ να ἐπιχορηγοῦνται με ἀπόφαση τοῦ Υπουργοῦ Υγείας καὶ Πρόνοιας μετὰ ἀπὸ γνώμη τοῦ ΚΕ.Σ.Υ. Τὰ νοσοκομεία των παραγράφων 2 καὶ 4 τοῦ ἀρθροῦ αὐτοῦ εἶναι υποχρεωτικὰ να προθεσμίαν 3 μηνῶν ἀπὸ τὴν ἐναρξή ἰσχύος τοῦ νόμου αὐτοῦ να δηλώσουν τὴν ὑπαγωγή τους ἢ μη εἰς τὴν διατάξεις τοῦ Ν.Δ. 2592/1953, ἀλλιῶς διακόπτεται ἡ ἐπιχορηγήσή τους.

5. Τα νοσοκομεία, που ἔχουν ἰδρυθεῖ ὡς Ν.Π.Δ.Δ. καὶ ὑπάρχοντες εἰς τὴν διατάξεις τοῦ Ν.Δ. 2592/1953, μπορεῖ να ὑπάρχοντες εἰς τὸ νομικόν καθεστῶς τοῦ ν.δ/τος αὐτοῦ με π.δ/γμα, που ἐκδίδεται με πρόταση τοῦ Υπουργοῦ Υγείας καὶ Πρόνοιας καὶ τοῦ αρμοδίου Υπουργοῦ.

6. Τα δημοτικὰ νοσοκομεία ἀπὸ τὴν ἐναρξή ἰσχύος τοῦ νόμου αὐτοῦ ὑπάρχοντες εἰς τὴν διατάξεις τοῦ Ν.Δ. 2592/1953.

7. Μετὰ τὴν ἐναρξή ἰσχύος τοῦ νόμου αὐτοῦ ἡ ἴδρυσις, ἡ ἐπέκτασις εἰς ἄλληλα κλινικῶν καὶ ἡ μετατροπὴ ἰδιωτικῶν κλινικῶν κατὰ ἀντικείμενα ἢ νομικὴ μορφή τῆς ἐπιχορηγήσεως ἀπαγορεύονται. Ἐπίσης μετὰ παρέλευση τριμήνου ἀπὸ τὴν δημοσίευσή τοῦ νόμου αὐτοῦ ἀπαγορεύεται ἡ μεταδίδισις ἰδιωτικῶν κλινικῶν ὡς ἐπιχορηγήσεων, καθὼς καὶ ἡ μεταδίδισις μεριδίων συμμετοχῆς, εταιρικῶν μεριδίων καὶ ονομαστικῶν μετοχῶν ἰδιωτικῶν κλινικῶν που λειτουργοῦν με εταιρικὴ μορφή. Οἱ κύριοι πτωχῶν μετοχῶν ἐπιχορηγοῦνται να μετατρέψουν εἰς μετοχές εἰς ονομαστικὰς εἰς προθεσμίαν 3 μηνῶν ἀπὸ τὴν δημοσίευσή τοῦ νόμου αὐτοῦ. Με ἀπόφαση τοῦ Υπουργοῦ Υγείας καὶ Πρόνοιας, με γνώμη τοῦ ΚΕ.Σ.Υ., ἡ προθεσμίαν μπορεῖ να παραταθῆ για 3 πλάνα μηνῶν. Οἱ μετοχές που εἰς 30 μετατραποῦν εἰς ἀποφασιστικὰ εἰς ονομαστικὰς θεωροῦνται ἀποφασιστικὰς ἀκριβῆς, ἐκτός ἀν λόγῳ ἀνώτερης θέσεως ἐπιλογεῖται τὸν κύριον των μετοχῶν ἢ τὸ νόμιμον ἀντικείμενον ἀπὸ τὸ να πραγματοποιηθῆ τὴν μετατροπὴ. Στὴν περίπτωσι αὐτῆ, ὅπως καὶ εἰς τὴν περίπτωσι, ὅπου ὁ κύριος των μετοχῶν εἶναι κάτοικος ἐξωτερικοῦ, ἡ πρὸ πᾶνω προθεσμίαν παρατείνεται για ἕνα μῆνα. Μετὰ τὴν πάροδο τῆς προθεσμίας ἐκδίδονται μετοχές εἰς ὄνομα τοῦ δημοσίου. Με κοινὴ ἀπόφαση των Υπουργῶν Οικονομικῶν, Ἐμπορίου καὶ Υγείας καὶ Πρόνοιας καθορίζεται ἡ διαδικασίαν μετατροπῆς των μετοχῶν, ὅπως καὶ κάθε ἄλλη σχετικὴ λεπτομέρεια.

8. Ὁ ἐλεγχος για τὴν τήρησι ἀπὸ τῶν ἰδιωτικῶν κλινικῶν, τὰ ἰδιωτικὰ ἰατρεία καὶ τὰ ἐργαστήρια των καίμενων νοσηλευτικῶν διατάξεων ἀσκέεται ἀπὸ τὸ ΚΕ.Σ.Υ.

Ἄρθρο 7.

Ἐποπτεία νοσοκομείων.

1. Ὅλα τὰ νοσοκομεία, οποιδήποτε νομικῆς μορφῆς, ὑπάρχοντες εἰς τὴν ἐποπτεία τοῦ Υπουργοῦ Υγείας καὶ Πρόνοιας, ἀνεξάρτητα ἀπὸ τὸ φορὸν ἐπὶ τοῖς ἀσπαστικῶν. Ἡ ἐποπτεία ἀσκέεται ἐπὶ τὸν τρόπο παροχῆς των ὑπηρεσιῶν υγείας, τὸν τρόπο ἀσκησης τοῦ ἰατρικοῦ, νοσηλευτικοῦ, επιστημονικοῦ καὶ εκπαιδευτικοῦ ἔργου καὶ γενικὰ εἰς τὸν τρόπο λειτουργίας τους. Τα νοσοκομεία, που ὑπάρχοντες εἰς τὴν διατάξεις τοῦ Ν.Δ. 2592/1953 καὶ τὰ Ν.Π.Ι.Δ. που ἐπιχορηγοῦνται ἀπὸ τὸ κράτος, ὑπόκεινται καὶ ἐπὶ τὸν ἐλεγχον τοῦ τρόπου διοικήσεως καὶ τῆς οἰκονομικῆς τους διαχειρίσεως. Ἡ διάταξη τῆς παραγράφου αὐτῆς δὲν ἰσχύει για τὰ νοσοκομεία των ἐνόπλων δυνάμεων.

2. Για τὴν ἀσκηση τῆς ἐποπτείας, με κάθε νοσοκομείον — Ν.Π.Ι.Δ. συνιστᾶται πειταστικὰ ἐποπτικὸν συμβούλιον, που ἀποτελεῖται ἀπὸ:

- α) Ἐναν ἐκπρόσωπον τῆς τοπικῆς αυτοδιοικήσεως, που ἀρίζεται για τὰ περιφερειακὰ νοσοκομεία ἀπὸ τὴν ΚΕ.Δ.Κ.Ε. καὶ για τὰ κομματικὰ ἀπὸ τὴν Π.Δ.Κ.Ε.
- β) Ἐναν ἐκπρόσωπον των γιαιτρῶν καὶ ἄλλων επιστημονῶν τῆς ἰατρικῆς ὑπηρεσίας τοῦ νοσοκομείου τοῦ ἀρθροῦ 11 τοῦ νόμου αὐτοῦ, που ἐκλέγεται ἀπὸ αὐτοὺς καὶ ἕναν ἐκπρόσωπον των ὑπόλοιπων ἐργαζομένων εἰς τὸ νοσοκομείον, που ἐκλέγεται ἀπὸ αὐτοὺς.
- γ) Ἐναν (1) ἀνώτερον υπάλληλον τοῦ Υπουργοῦ Υγείας καὶ Πρόνοιας ἢ Ν.Π.Δ.Δ., που ὑπάρχει τὴν ἐποπτεία τῶν, ὁ οὗτος ορίζεται ἀπὸ τὸν Υπουργὸν Υγείας καὶ Πρόνοιας καὶ (2) ἕναν (1) ἐκπρόσωπον τοῦ Π.Ε.Σ.Υ. τῆς περιφερείας που ἔχει τὴν ἐξουσίαν τοῦ νοσοκομείου, ὁ οὗτος ορίζεται με ἀπόφαση τῆς ολομέλειας τοῦ. Ὁ ἐκπρόσωπος τοῦ Π.Ε.Σ.Υ. δὲν μπορεῖ να εἶναι ἀπὸ τους ἐργαζομένους εἰς τὸ νοσοκομείον. Μέχρι τῆς συγκροτήσεως τοῦ Π.Ε.Σ.Υ. ορίζεται ἐκπρόσωπος ἀπὸ τὸ ΚΕ.Σ.Υ. Για κάθε μέλος ορίζεται με τὴν ἴδιαν διαδικασία καὶ ὁ ἀνεπληρωτὸς του.

3. Η Θητεία των μελών είναι τριετής και η συγκρότηση του συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με την οποία ορίζονται και οι πρόεδρος και αντιπρόεδρος του. Τα μέλη που χάνουν την ιδιότητα με την οποία διορίστηκαν αντικαθίστανται. Αντικατάσταση μελών γίνεται για το υπόλοιπο της θητείας και ο αντικαταστάτης ορίζεται με την ίδια διαδικασία. Οι συνεδριάσεις του εποπτικού συμβουλίου γίνονται σε χώρο του νοσοκομείου, που υποχρεούται να παραχωρεί το διοικητικό του συμβούλιο. Με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου ορίζεται διοικητικός του υπάλληλος που ασκεί καθήκοντα γραμματέα του εποπτικού συμβουλίου. Στα μέλη του εποπτικού συμβουλίου καταβάλλεται αποζημίωση, κατά συνεδρίαση ή ερώταξη, που ορίζεται με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

4. Τα εποπτικά συμβούλια ασκούν την εποπτεία στο νοσοκομείο, που έχουν διοριστεί σύμφωνα με την παράγραφο 1 του άρθρου αυτού και ειδικότερα:

α) Παρακολούθησαν την εκτέλεση και εφαρμογή των νόμων, αποφάσεων και εγκυκλίων της διοίκησης, που αφορούν στη διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και γενικά την άσκηση του έργου του νοσοκομείου.

β) Γνωμοδοτούν για τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου, για κάθε αναμόρφωσή του, για τον απολογισμό και τον ισολογισμό του.

γ) Γνωμοδοτούν πάνω στις προτάσεις της διοίκησης του νοσοκομείου, που αναφέρονται σε μεταβολή του οργανισμού του.

δ) Προτείνουν στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ή στο οικείο Π.Ε.Σ.Υ. τη λήψη μέτρων για τη βελτίωση της λειτουργικότητας του νοσοκομείου και ζητούν τη διενέργεια διοικητικού ελέγχου από αρμόδια όργανα για συγκεκριμένες πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων του νοσοκομείου.

ε) Ελέγχουν την εκτέλεση των δαπανών του νοσοκομείου και ιδιαίτερα αυτών που βαρύνουν τις κρατικές επιχορηγήσεις.

στ) Εγκρίνουν τη σκοπιμότητα προμήθειας εξοπλισμού και εκτέλεσης έργων, που η δαπάνη τους υπερβαίνει το ποσό των πεντακοσίων χιλιάδων (500.000) δραχ. Σε περίπτωση μη έγκρισης το διοικητικό συμβούλιο έχει δικαίωμα προσαγωγής στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας που αποφασίζει. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί ν' αυξηθούν το ύψος του ορίου αυτού.

5. Ο πρόεδρος του εποπτικού συμβουλίου καλείται υποχρεωτικά και συμμετέχει χωρίς ψήφο, στις συνεδριάσεις του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου. Οι αποφάσεις του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου κοινοποιούνται υποχρεωτικά στο εποπτικό συμβούλιο. Τα πρακτικά συνεδριάσεων του διοικητικού συμβουλίου είναι στη διάθεση του εποπτικού συμβουλίου.

6. Παραλείψη της διοίκησης των νοσοκομείων για την εφαρμογή των διατάξεων του νόμου αυτού συνιστά παράβαση και διώκεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 458 του Π.Κ., εκτός αν ο νόμος προβλέπει βαρύτερη ποινή.

7. Με π. δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ορίζονται ειδικότερα ο τρόπος λειτουργίας και άσκησης του έργου των εποπτικών συμβουλίων, οι υποχρεώσεις, τα καθήκοντα και η διαδικασία εκλογής των μελών τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 8.

Διοίκηση νοσοκομείων.

1. Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Γενικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μια ειδικότητες. Ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα.

2. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά και νομαρχιακά. Τα περιφερειακά λειτουργούν στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας και καλύπτουν ανάγκη της, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε όλες ή τις περισσότερες ια-

τρικές ειδικότητες και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

Τα νομαρχιακά λειτουργούν σε κάθε νομό, καλύπτουν ανάγκη κύριας πληθυσμού του νομού, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

3. Η κατάσταση των νοσοκομείων κατά κατηγορία, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, γίνεται με τον οργανισμό τους.

4. Τα ειδικά νοσοκομεία υπάγονται στην εποπτεία του Π.Ε.Σ.Υ. της υγειονομικής περιφέρειας που λειτουργούν. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., τα ειδικά νοσοκομεία μπορεί να εξυπηρετούν τις ανάγκες περισσότερων υγειονομικών περιφερειών.

5. Τα νοσοκομεία κάθε υγειονομικής περιφέρειας διακρίνονται μεταξύ τους νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά, κάτω από το συντονισμό και την εποπτεία του αρμόδιου Π.Ε.Σ.Υ., όπως ειδικότερα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

Άρθρο 9.

Διοίκηση νοσοκομείων.

1. Τα νοσοκομεία που υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 διακρίνονται από διοικητικά συμβούλια, που αποτελούνται από πέντε (5) μέλη για όσα έχουν έως τριακόσια (300) κρεβάτια και από επτά (7) μέλη για τα υπόλοιπα.

2. Τα πενταμελή συμβούλια αποτελούνται από:

α) Έναν (1) εκπρόσωπο των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου που εκλέγεται από αυτούς και έναν (1) εκπρόσωπο των υπαλλήλων εργαζομένων στο νοσοκομείο που εκλέγεται από αυτούς.

β) Έναν (1) εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης που ορίζεται από την Τ.Ε.Α.Κ.Ε. του νομού που εδρεύει το νοσοκομείο και

γ) Δύο (2) πρόσωπα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

3. Τα επταμελή συμβούλια αποτελούνται από:

α) Έναν (1) εκπρόσωπο των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου που εκλέγεται από αυτούς και έναν (1) εκπρόσωπο των υπαλλήλων εργαζομένων στο νοσοκομείο που εκλέγεται από αυτούς.

β) Δύο (2) εκπρόσωπους της τοπικής αυτοδιοίκησης που ορίζονται για τα περιφερειακά και τα ειδικά νοσοκομεία από την Κ.Ε.Α.Κ.Ε. και για τα νομαρχιακά από την Τ.Ε.Α.Κ.Ε. και

γ) Τρία (3) πρόσωπα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

4. Κατεξέχουσα, το διοικητικό συμβούλιο του Δημοτικού Νοσοκομείου Αθηνών «Η ΕΛΠΙΣ», που υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 6 του άρθρου 6 του νόμου αυτού, αποτελείται από επτά (7) μέλη:

α) το Δήμαρχο Αθηναίων ή δημοτικό σύμβουλο, που ορίζεται από αυτόν ως Πρόεδρος.

β) έναν (1) εκπρόσωπο του Δήμου Αθηναίων, που ορίζεται από το Δημοτικό Συμβούλιο.

γ) έναν (1) εκπρόσωπο των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου που εκλέγεται από αυτούς και έναν (1) εκπρόσωπο των υπαλλήλων εργαζομένων στο Νοσοκομείο που εκλέγεται από αυτούς.

δ) τρία (3) πρόσωπα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Με την απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας συγκρότησης του Διοικητικού Συμβουλίου ορίζεται και ο αντιπρόεδρος αυτού, ο οποίος προέρχεται στο Νοσοκομείο της υπηρεσίας του με πλήρη απασχόληση, εκτός αν με πρόταση του Διοικητικού Συμβουλίου μεταδιεπλεγεί αρμοδιότητες του σε συντονιστή.

5. Για κάθε μέλος ορίζεται αναπληρωτής. Η θητεία των μελών είναι διετής και η συγκρότηση του συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Με την ίδια απόφαση ορίζονται οι πρόεδρος και αντιπρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου. Γιατροί, που ασκούν την ιατρική και ελθόντες από το εξωτερικό, δε μπορούν να διορισθούν πρόεδροι και αντιπρόεδροι του Διοικητικού Συμβουλίου. Επιτρέπεται ελεύθερα η αντικατάσταση μέλους του διοικητικού συμβουλίου για οποιοδήποτε λόγο για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού. Μέχρι να οριστεί ο αντικαταστάτης, το συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα από τα λοιπά μέλη του.

6. Τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων, που έχουν συσταθεί με πράξη εν ζωή ή διαταγή τελευταίας θέλησης, συγκροτούνται από τα πρόσωπα που ρητά ορίζονται στην ιδρυτική πράξη. Εάν ο αριθμός των μελών αυτών είναι μικρότερος από τον αριθμό των μελών, που ορίζεται στην παράγραφο 2 του άρθρου αυτού, το διοικητικό συμβούλιο συγκροτείται από τα πρόσωπα που ορίζει η ιδρυτική πράξη και από πρόσωπα της παραγράφου 2, μέχρι να συμπληρωθεί ο αριθμός των μελών, που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Σε κάθε περίπτωση, στα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων αυτών μετέχει ένας εκπρόσωπος των γιατρών και λοιπών επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου και ένας εκπρόσωπος των υπόλοιπων εργαζομένων στο νοσοκομείο, που εκλέγονται αντίστοιχα από αυτούς.

7. Ο πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου προέσκειται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους, που υπάγονται σ' αυτό, συντονίζει και ελέγχει το έργο τους, εκπροσωπεί το νοσοκομείο και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του διοικητικού συμβουλίου.

8. Ο πρόεδρος των πανταμελών και οι πρόεδροι και αντιπρόεδροι των επαγγελματιών διοικητικών συμβουλίων προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο με πλήρη απασχόληση. Σ' αυτούς καταβάλλεται μηνιαία πιασθή, που ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Στα λοιπά μέλη του διοικητικού συμβουλίου καταβάλλεται ποσότητα κατά αναλογία που ορίζεται με κοινή απόφαση. Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής ισχύουν με την επιφύλαξη των διατάξεων του Ν. 1256/1982 (ΦΕΚ 65).

9. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ορίζονται οι αρμοδιότητες των διοικητικών συμβουλίων, ο τρόπος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του προέδρου, αντιπρόεδρου και των μελών τους, η διαδικασία εκλογής όπως αναφέρονται και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

10. Η συγκρότηση του διοικητικού συμβουλίου κάθε νοσοκομείου σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, γίνεται μεσοσεξέ (6) μήνες από την ολοκλήρωση της διαδικασίας για την πρώτη πλήρωση των θέσεων γιατρών του Ε.Σ.Υ. Μέχρι να γίνει η συγκρότηση, τα διοικητικά συμβούλια εξεκαλούνθούν να λειτουργούν με τη σύνθεση που έχουν κατά τη δημιουργία του νόμου αυτού.

11. Με π.δ/τα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, είναι δυνατό να συνιστώνται σε καθέναν από τα νοσηλευτικά ιδρύματα του Ν.Α. 2592/1953 από μία θέση συντονιστή με πενταετή θητεία και βαθμό α' ή β' της κατηγορίας ειδίκευσης θέσεων. Στη θέση αυτή διορίζονται πτυχίοι ανώτατης σχολής με εξάλογη πείρα σε διευθυντικά καθήκοντα ή ειδική μεταπτυχιακή σε θέματα οργάνωσης και λειτουργίας νοσοκομείων ή διοίκησης επιχειρήσεων. Ο διορισμός γίνεται, μετά από προκήρυξη των θέσεων, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου και γνώμη του Π.Ε.Σ.Υ., στην περιφέρεια του οποίου το νοσοκομείο έχει την έδρα του, εφόσον τα τελευταία αυτά συμβούλια έχει συγκροτηθεί. Ο συντονιστής έχει καθήκον

τα διοικητικού προέπιμενου των υπηρεσιών των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, που υπάγονται σ' αυτό, συντονίζει και καταυδώνει το έργο τους, εκτελεί καθήκοντα τακτικού επιτηρητή του διοικητικού συμβουλίου και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του. Με την απόφαση της παραγράφου 9 του άρθρου αυτού, καθορίζονται ειδικότερα ο τρόπος και οι λεπτομέρειες άσκησης των καθηκόντων του.

Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου μπορεί με απόφαση του να μεταβιβάζει αρμοδιότητες στο συντονιστή. Στα παραπάνω νοσηλευτικά ιδρύματα, στα οποία διαρίζεται συντονιστής, ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος του διοικητικού τους συμβουλίου δεν προσφέρουν υπηρεσίες με πλήρη απασχόληση και δικαιούνται να λαμβάνουν μόνο την αποζημίωση που προβλέπεται στην παράγραφο 8 του άρθρου αυτού.

Άρθρο 10.

Οργάνωση νοσοκομείων.

1. Όλα τα νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους. Η έκταση, αναμόρφωση και τροποποίηση των οργανισμών γίνεται μέσω στα πλαίσια που ορίζει ο νόμος αυτός με κοινή απόφαση των Υπουργών Πρόνοιας και Υγείας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν άλλου συνταγματικού Υπουργού, ύστερα από γνώμη του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου και σύμφωνη γνώμη του Π.Ε.Σ.Υ., στην περιφέρεια του οποίου το νοσοκομείο έχει την έδρα του, εφόσον έχει συγκροτηθεί το Π.Ε.Σ.Υ.

2. Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες: α) ιατρική, β) νοσηλευτική και γ) διοικητική. Στην ιατρική υπηρεσία υπάγονται εκτός από τους γιατρούς του νοσοκομείου και οι υπόλοιποι επιστήμονες, που σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις δικαιούνται να παρέχουν υπηρεσίες υγείας και περιεχόμενες, καθώς και οι φαρμακοποιοί του νοσοκομείου.

3. Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται ιδίως η νομική του μορφή, η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός κρεβατιών και η κατανομή τους στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της ιατρικής υπηρεσίας, η διάρθρωση της νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας και οι ειδικότερες αρμοδιότητές τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διαδρομή τους με επιφύλαξη των διατάξεων του άρθρου 25 του νόμου αυτού, για τις θέσεις του ιατρικού προσωπικού.

4. Με π.δ/τα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Πρόνοιας και Υγείας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Π.Ε.Σ.Υ., μπορεί να ορίζεται ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων, ανάλογα με τη δύναμη τα κρεβάτια και την κατηγορία, σύμφωνα με τη δύναμη των διατάξεων του άρθρου 8 του νόμου αυτού.

Ειδικότερα μπορεί να διασχεύονται ειδικοί συνταλαστές καθορισμού του αριθμού των θέσεων προσωπικού κατά κλάδο, με σκοπό την εξασφάλιση της βέλτιστης μεταξύν τους αναλογίας που απαιτείται για την πλήρη και σύμφωνη λειτουργία όλων των υπηρεσιών κάθε νοσοκομείου.

Σε περίπτωση έκδοσης του π.δ/τος αυτού η αναμειφωτική τροποποίηση ή συμπλήρωση οργανισμού νοσοκομείων γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

5. Τα ειδικότερα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προσωπικού των νοσοκομείων, ο τρόπος άσκησης του έργου του και κάθε σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με ενιαίο εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας, που εκδίδεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Π.Ε.Σ.Υ. Με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας ορίζεται και ο τρόπος λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου και υπηρεσιών σ' αυτά των γιατρών όλων των βαθμίδων και ειδικότητων σε τακτές ημέρες και ώρες.

Άρθρο 11. Διαρθρωτή ιατρικής υπηρεσίας.

1. Η ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου διαρθρώνεται σε τμήμα και ο καθένας τους απαρτίζεται από τμήματα αντίστοιχων και τυχόν ειδικότητας. Οι τμήματες είναι:

- α) Παθολογικός
- β) Χειρουργικός
- γ) Εργαστηριακός
- δ) Ψυχιατρικός και
- ε) Κοινωνικής Ιατρικής.

Οι εξοντωσιαστές υπάγονται στο χειρουργικό τμήμα.

Με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου μπορεί, εφόσον υπάρχουν περισσότερα από ένα οδοντιατρικά τμήματα, να ορίζεται και αυτοτελής οδοντιατρικός τμήμας.

2. Κάθε κλινικός τμήμας έχει ορισμένο αριθμό κρεβατιών που εξυπηρετούν απιθωρίτως όλα τα τμήματά του. Η δύναμη κάθε τμήμας δεν υπερβαίνει τα τριακόσια (300) κρεβάτια.

3. Κάθε τμήμα έχει επιστημονική αυτοτέλεια. Επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι γιαντρός αντιστοιχίας ειδικότητας ή άλλος επιστήμονας της ιατρικής υπηρεσίας που υπηρετεί στο τμήμα, με βαθμό διευθυντή. Όταν δεν υπάρχει διευθυντής, επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι επιμελητής Α.

4. Οι γιαντροί του τμήμα και οι λοιποί επιστήμονες εκτός από τους ειδικευμένους γιαντρούς εκλέγουν κάθε τρία χρόνια το διευθυντή του τμήμα από τους διευθυντές των τμήματων του. Ο διευθυντής του τμήμα είναι υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας των τμήματων, την εφαρμογή και ανάπτυξη των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, στα πλαίσια των προσάσεων του ΚΕ.Σ.Υ. και του Π.Ε.Σ.Υ. παρακολουθεί και θεμελιώνει την εκπαίδευση και μετακπαίδευση των γιαντρών, υπηρετεί στην επιστημονική επιτροπή τη χορήγηση των σχετικών πιστοποιητικών και έχει τη διοικητική ευθύνη του τμήμα.

5. Στα τμήματα λειτουργεί αντίστοιχο τετακτικό εξωτερικό ιατρείο για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε εξωτερικούς ασθενείς. Τα εξωτερικά ιατρεία είναι πλήρως αυτοσυστημένες μονάδες που λειτουργούν στα πλαίσια του αντίστοιχου τμήμα και έχουν ίδια νοσηλευτική και γραμματειακή εξυπηρέτηση, όπως ειδικότερα καθορίζεται με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας της παραγράφου 5 του προηγούμενου άρθρου.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται η διαδικασία και ο τρόπος παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών πρόληψης και περίθαλψης και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 12.

Επιστημονική επιτροπή.

1. Σε κάθε νοσοκομείο συγκροτείται επιστημονική επιτροπή, που αποτελείται από πέντε (5) μέλη. Τα μέλη της επιστημονικής επιτροπής είναι γιαντροί ή άλλοι επιστήμονες της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου και εκλέγονται από τους γιαντρούς, ειδικευμένους και ειδικευόμενους, που υπηρετούν στο νοσοκομείο, τα κέντρα υγείας και τα ιατρεία τους, που υπάγονται σ' αυτό, καθώς και από τους λοιπούς επιστήμονες, που είναι ορισμένοι στην κεντρική υπηρεσία. Η επιστημονική επιτροπή αποτελείται από: δύο (2) διευθυντές, έναν (1) επιμελητή Α, έναν (1) επιμελητή Β και έναν (1) ειδικευμένο. Στα νοσοκομεία που λειτουργούν πανεπιστημιακές κλινικές, τα έξι μέλη της επιστημονικής επιτροπής είναι πανεπιστημιακός γιαντρός, που εκλέγεται από το διευθυντικό επιστημονικό προσωπικό, που υπηρετεί στο νοσοκομείο, χωρίς να αποκλείεται η ανάδειξη και άλλων μελών από τους πανεπιστημιακούς γιαντρούς κατά τη γενική εκλογή των μελών. Τα μέλη της επιτροπής εκλέγουν με μυστική ψηφοφορία τον πρόεδρο μεταξύ των διευθυντών και τον αντιπρόεδρο μεταξύ των διευθυντών ή επιμελητών. Η θητεία των μελών της είναι τριετής και η τακτοποίησή της γίνεται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου. Τα μέλη που χάσουν την ιδιότητα με την οποία διορισθηκαν αντικαθίστανται με την ίδια διαδικασία που ορίστηκαν.

2. Η επιστημονική επιτροπή εκφράζει γνώμη για κάθε θέμα λειτουργίας του νοσοκομείου που έχει σχέση με την ιατρική υπηρεσία και για τον επιστημονικό εξοπλισμό σε τεχνολογικό υλικό του νοσοκομείου, συνηθίζει και ελέγχει την εκπαίδευση των γιαντρών για τη λήψη ειδικότητας και χορηγεί τα πιστοποιητικά άσκησης και απόδοσής τους. Για την καλύτερη εφαρμογή των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, την εκτίμηση και αξιολόγηση της απόδοσής τους, η επιστημονική επιτροπή των νοσοκομείων νοσοκομείων συνηθίζεται με τις πανεπιστημιακές κλινικές του περιορισμένου νοσοκομείου της υγειονομικής περιφέρειας, στα πλαίσια της διασύνδεσης των νοσοκομείων σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 5 του άρθρου 8 του νόμου αυτού.

3. Στις συνεδριάσεις της επιστημονικής επιτροπής καλούνται και τα μέλη της, χωρίς ύληρο, οι διευθυντές των τμήματων της ιατρικής υπηρεσίας.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται ειδικότερα η οργάνωση και λειτουργία της επιστημονικής επιτροπής, οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των μελών της, τα καθήκοντα των επιστημονικών υπευθύνων των τμήματων, ο τρόπος εκλογής και ανάκλησης των διευθυντών των τμήματων και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

5. Με απόφαση του Π.Ε.Σ.Υ., οι πρόεδροι των επιστημονικών επιτροπών των νοσοκομείων της περιορισμένης συνηθονται τουλάχιστο μια φορά το χρόνο σε τακτική συνεδρίαση για τον καλύτερο συντονισμό της κεντρικής λειτουργίας των νοσοκομείων της περιορισμένης.

Άρθρο 13.

Πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες.

1. Στα νοσοκομεία μπορεί να εγκαθίστανται και να λειτουργούν πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες που στελεχώνονται αποκλειστικά με πανεπιστημιακό ιατρικό και λοιπό επιστημονικό προσωπικό. Η διάταξη αυτή δεν αναφέρεται στους ειδικευόμενους και μετακπαιδευόμενους. Οι πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες εντάσσονται στον αντίστοιχο τμήμα του νοσοκομείου και αποτελούν τμήματά του. Η δύναμη κάθε πανεπιστημιακής κλινικής δεν υπερβαίνει τα σαράντα πέντε (45) κρεβάτια. Η διάταξη ισχύει και για τις πανεπιστημιακές κλινικές που λειτουργούν σήμερα στα νοσοκομεία. Η εγκατάσταση γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ύστερα από γνώμη του κεντρικού τμήματος και πρόταξη του ΚΕ.Σ.Υ. Με όμοιες αποφάσεις μεταφέρονται πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες που λειτουργούν σήμερα στα νοσοκομεία.

2. Τα πανεπιστημιακά τμήματα στα πλαίσια του τμήμα που υπάγονται λειτουργούν και διοικούνται σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 11 και 12 του νόμου αυτού. Τα πανεπιστημιακά προσωπικά, σε ό,τι αφορά την υπηρεσία του νοσοκομείου, θεωρείται ότι βρίσκεται σε οργανική σχέση με αυτό και υπάγεται στη διαδικασία των επιστημονικών και ιατρικών ελέγχων των αρμόδιων οργάνων του νοσοκομείου όπως και τα λοιπά προσωπικά της ιατρικής υπηρεσίας.

3. Μέσα σε δύο (2) μήνες από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, οι συμβάσεις που ισχύουν για την εγκατάσταση πανεπιστημιακών κλινικών, εργαστηρίων και ειδικών μονάδων σε νοσοκομεία λήγουν χωρίς αποζημίωση.

Διατάξεις νόμου ή π.δ/τα για την εγκατάσταση πανεπιστημιακών κλινικών, εργαστηρίων και ειδικών μονάδων σε νοσηλευτικά ιδρύματα του Ν.Δ. 2592/1953 καταργούνται.

Οι κλινικές αυτές, τα εργαστήρια και οι ειδικές μονάδες εξακολουθούν να λειτουργούν στα κεντρικά νοσοκομεία μέχρι την εγκατάστασή τους σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού.

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ (ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟΝ)

Άρθρο 14

Κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία.

1. Με καινή απόφαση των Υπουργών Παιδείας της Κοινωνικής Οικονομικής και Υγείας και Πρόνοιας, συνιστάται σε κάθε κέντρο υγείας, ως αποκλειστικώς οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού και περιφερειακά ιατρεία, ως αποκλειστικώς μονάδες των κέντρων υγείας. Με την ίδια απόφαση ορίζεται η έδρα κάθε κέντρου υγείας και η περιοχή συνόριστός του, η έδρα και η περιοχή συνόριστός των περιφερειακών ιατρείων του και συνιστάται σε θέσεις του προσωπικού του, που προσδιορίζονται στις θέσεις που προβλέπονται στον οδηγό του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το κέντρο υγείας.

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

Κριτήριο για τον καθορισμό της έδρας περιφερειακού ιατρείου 24ωρης ετοιμότητας αποτελεί η εξασφάλιση παρόχης υπηρεσιών υγείας σε κατοίκους παρ' όσον με ειδικές χωροταξικές συνθήκες και δύσκολη τυχονομιστική πρόβλεψη στο κέντρο υγείας.

2. Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους δρουν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου, στον οποίο και επιγράφονται κάθε χρόνο πιστώσεις, για το σκοπό αυτόν, σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικούς αριθμούς.

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

Άρθρο 15.

Σκοπός των κέντρων υγείας.

1. Σκοπός των κέντρων υγείας είναι:

α) Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όλους προσωπικά διαμένοντες αυτή.

β) Η νοσηλεία και παρακολούθηση αρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

γ) Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.

δ) Η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρα αυτοκινήτου ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις, στα κέντρα υγείας ή στα νοσοκομεία.

ε) Η οδοντιατρική περίθαλψη.

στ) Η άσκηση προληπτικής, ιατρικής ή οδοντιατρικής και υγειονομική διαφύκτη του πληθυσμού.

ζ) Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.

η) Η ιατρική της εργασίας.

θ) Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.

ι) Η ενημέρωση και διαφύκτη για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.

ια) Η εκπαίδευση των γαϊτρών και του λοιπού προσωπικού κέντρων υγείας.

ιβ) Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

ιγ) Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δε λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους.

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

Άρθρο 16.

Κατάρτιση μονάδων πρώτοβάθμιας περίθαλψης.

1. Τα κέντρα υγείας, τα πολυιατρεία, τα ιατρεία και νοσηλεύματα άλλη μονάδα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που έχουν τριτάτες και λιγότερους με οσοδήποτε μόρφη από το δημόσιο, την τοπική αυτοδιοίκηση, τους στρατιωτικούς φορείς και τμήματα και οσοδήποτε άλλα φορείς και νοσηλεύματα χερσαίας, έκτος από τους υγειονομικούς σταθμούς και τα χωροταξικά ιατρεία, καταρτίζονται.

2. Οι θέσεις του προσωπικού των μονάδων της προηγούμενης παραγράφου καταρτίζονται. Το προσωπικό που υπηρετεί στις θέσεις που καταρτίζονται, πλην του ιατρικού, κατατάσσεται σε κενές θέσεις του φορέα που υπάγεται ή υποτάσσεται σε κενές θέσεις των κέντρων υγείας ή νοσηλευτικών ιδρυμάτων, μετά από γνώμη του κεντρικού υπηρεσιακού επιβουλή, εφόσον έχει σε πρώτο πρόσωπο. Όσοι δεν πληρούν τα νόμιμα πρόσωπα για να υπαχθούν σε κενές θέσεις, κατατάσσονται σε αντίστοιχες πρωτοβάθμιας θέσεις των φορέων ή κέντρων υγείας ή νοσηλευτικών ιδρυμάτων που συνιστούνται με καινή απόφαση των Υπουργών Παιδείας της Κοινωνικής Οικονομικής και Υγείας και Πρόνοιας και εξελίσσονται με το κριτήριο των θέσεων που κενούνται. Οι προσωρινές θέσεις καταρτίζονται όταν κενωθούν με οσοδήποτε τρόπο. Η προώθηση των κατατασσόμενων υπαλλήλων πραγματοποιείται στη νέα τους θέση για κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον κλάδο στον οποίο υπάγονται οι θέσεις τους.

3. Με προεδρικό διατάγμα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κεντρικού Υπουργού με γνώμη του οικείου νοσηλευτικού συμβουλίου, καθορίζεται ο χρόνος έναρξης ισχύος των διατάξεων των παρ. 1 και 2 του άρθρου αυτού και ο τρόπος έναρξης του πρώτου πλην του ιατρικού, που υπηρετεί στις θέσεις που καταρτίζονται, ορίζονται: τα αρμόδια υπηρεσιακά συμβούλια για τα θέματα αυτά και ρυθμίζεται κάθε λεπτομέρεια που πρόκειται από την κατάρτιση των μονάδων της παρ. 1 του άρθρου αυτού. Η έναρξη ισχύος μπορεί να ορίζεται και κατά περιπτώσεις, νομό ή πόλη.

4. Οι ασφαλιστικοί φορείς και τα τμήματα αρμόδιου σε ειδικό λογισμικό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας τις διατάξεις περίθαλψης και νοσηλείας των ασφαλισμένων τους στα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία. Τα κεντρικά κέντρα φέρουν στην προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας σε ενιαίο φορέα και διαβιβάζονται για τη λειτουργία των κέντρων υγείας και των νοσοκομείων. Με Προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζεται ο τρόπος, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια για τον καθορισμό και απόδοση των δαπανών της παρ. 1 αυτού άρθρου. Με όμοια διαδικασία, μπορεί να εκδοθεί το προεδρικό διάταγμα που προβλέπεται στην παράγραφο 2. Το άρθρο αυτό, μπορεί να ορίζεται η απόδοση των δαπανών μόνο για τη νοσηλεία στα νοσοκομεία.

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

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

Άρθρο 17.

Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας κέντρων υγείας αστικών περιοχών.

1. Στα κέντρα υγείας αστικών περιοχών υπηρετούν: α) Γιατροί των ειδικοτήτων των αντίστοιχων τομέων των νοσοκομείων.

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

Θέσεις οικογενειακών γιατρών καταλαμβάνουν, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος, παιδίατροι ή γιατροί γενικής Ιατρικής για την παροχή υπηρεσιών σε άτομα ηλικίας μέχρι 14 ετών και γιατροί γενικής Ιατρικής ή παιδολόγοι για τις υπόλοιπες ηλικίες. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., μπορεί να ορίζεται η δυνατότητα πρόσληψης οικογενειακών γιατρών και άλλων ειδικοτήτων. Με την ίδια απόφαση ορίζονται και τα απαιτούμενα για αυτό προσόντα.

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

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

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

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

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

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

Μέχρι να συμπληρωθεί ο αριθμός των 1.800 ή 1.200 ο γιατρός δεν μπορεί να κληθεί να αναλάβει την ιατρική φροντίδα αποουρημένα κωστικού της πόλης που υπηρετεί, εκτός αν συντρέχουν ειδικοί λόγοι ανθρωπίνης ανάγκης. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός υποβάλλει δικαιολογημένη αναφορά, με αίτηση εξάρτησης του συγκεκριμένου ατόμου,

που μπορεί να κληθεί να αναλάβει την ιατρική φροντίδα του από αυτόν το συγκεκριμένο άτομο. Η κατάσταση εργασίας των δικλινειακών γιατρών κατανομείται στο κέντρο υγείας, στα περιφερειακά ιατρεία του και σε επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων, σύμφωνα με πρόγραμμα εργασίας, που καταρτίζεται από το κέντρο υγείας, στα πλαίσια του ετήσιου κανονισμού λειτουργίας του.

5. Το ωράριο λειτουργίας των κέντρων υγείας αστικών περιοχών ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, εντός ή κατά περιοχή. Η απόφαση αυτή εκδίδεται μετά από πρόταση του κεντρικού Π.Ε.Σ.Υ., εφόσον έχει συγκαταθεί. Για τις ώρες και τις ημέρες, που δεν λειτουργεί το κέντρο υγείας, ορίζονται από το γιατρό του κέντρου υγείας, που έχει την ευθύνη για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του, οικογενειακοί γιατροί που βοηθάει.

Άρθρο 18.

Οργάνωση και λειτουργία κέντρων υγείας μη αστικών περιοχών.

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

α) Οι γιατροί που κατέχουν θέσεις γενικού γιατρού υπηρετούν στην έδρα του κέντρου υγείας ή περιφερειακού ιατρείου του που έχει οριστεί ως 24ωρης ετοιμότητας.

β) Οι γιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων, οι οποίες αρίζονται με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου υγείας, τοποθετούνται σ' αυτά και προσφέρουν υπηρεσίες κατά τακτά χρονικά διαστήματα ανάλογα με τις ανάγκες τους.

γ) Γιατροί άλλων ειδικοτήτων που επισκέπτονται περιόδια το κέντρο υγείας.

Οι γενικοί γιατροί πέρα από την υπηρεσία τους στο κέντρο υγείας ή τα περιφερειακά ιατρεία συμπλώνει και επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων ανάλογα με την κατάσταση τους. Σε ειδικές περιπτώσεις επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων, όταν το κρίνει αναγκαίο ο γενικός γιατρός, εκτελούν και οι γιατροί των κλινικών ειδικοτήτων της περίπτωσης δ'.

2. Τα κέντρα υγείας λειτουργούν σε τακτό δωρο ωράριο πάντα (5) ημέρες την εβδομάδα και εφημερεύουν όλες τις λοιπές ημέρες και ώρες. Τα περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας λειτουργούν σε απλό ωράριο, που καθορίζεται από τον υπεύθυνο γιατρό του κέντρου υγείας. Τα περιφερειακά ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας λειτουργούν σε τακτό σιτάωρο καθημερινό ωράριο και έχουν εφημερία ετοιμότητας για τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες.

3. Στα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών λειτουργεί μονάδα νοσηλείας για παρακολούθηση αρρώστων, που έχουν πιεστική από δραχμώδη επερική παρακολούθηση.

4. Σε έκτακτες ανάγκες κάθε γιατρός του κέντρου υγείας είναι υποχρεωμένος να προσφέρει τις υπηρεσίες του στο κέντρο υγείας οποιαδήποτε ώρα του 24ώρου, εφόσον κληθεί από το γιατρό εφημερίας.

5. Υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του κέντρου υγείας είναι γιατρός με βαθμό διευθυντή, που υπηρετεί σ' αυτό και εκλέγεται από τους γιατρούς του κέντρου υγείας.

Άρθρο 19.

Διεύθυνση κέντρου υγείας με το νοσοκομείο.

1. Τα κέντρα υγείας θρύνονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική σύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται οργανικά και διοικητικά.

2. Η κάλυψη των αναγκών των κέντρων υγείας και των περιφερειακών Ιατρείων τους σε ιατρικό προσωπικό των περιπτώσεων β' και γ' της παραγράφου 1 του προηγούμενου άρθρου προηγείται με απόφαση του διοικητικού επιτελείου του νοσοκομείου μετά σύμφωνη γνώμη της επιστημονικής επιτροπής. Με τις αποφάσεις αυτές ορίζεται ιδιαίτερα ο γένηος υπηρεσίας στο κέντρο υγείας των γυναικών της περιπτώσεως β'.

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

Άρθρο 20.

Συγχώνευση υγειονομικών σταθμών και αγροτικών Ιατρείων.

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

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

Άρθρο 21.

Ψυχιατρική περιθαλψη.

1. Η ψυχιατρική περιθαλψη παρέχεται από:
 - α) Τα κέντρα ψυχικής υγείας, β) τους ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων και γ) τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία.
 2. Τα κέντρα ψυχικής υγείας συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ως αποκεντρωμένες μονάδες ειδικών ψυχιατρικών νοσοκομείων ή νοσοκομείου γενικού νοσοκομείου στο οποίο λειτουργεί ψυχιατρικός τομέας. Τα κέντρα ψυχικής υγείας βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται και με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας.
 3. Σκοπός του κέντρου ψυχικής υγείας είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινωνία και η διαφύλαξη, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου.
- Τα κέντρα ψυχικής υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν και ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, καθώς και μονάδες μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής).

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

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

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

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

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

Άρθρο 22.

Οικογενειακός προγραμματισμός.

1. Οι παράγραφοι 2 και 3 του άρθρου 1 του Ν. 1036/1980 (ΦΕΚ 66) αντικαθίστανται με τις ακόλουθες:
 - α) Η εκπαίδευση στα επαγγέλματα υγείας, η ενημέρωση του ευρύτερου κοινού και η πρακτική εφαρμογή γίνονται από υπεύθυνα κρατικά όργανα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.
 - β) Οι αντίστοιχες υπηρεσίες και ο εργαστηριακός έλεγχος παρέχονται στα νοσοκομεία του Ν.Δ. 2592/1953 και τα κέντρα υγείας που υπάγονται σ' αυτά.
 2. Το άρθρο 5 του Ν. 1036/1980 καταργείται.

Άρθρο 23.

Βιοιατρική έρευνα.

1. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συγκροτείται κατά τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 επιτροπή βιοιατρικής έρευνας.
2. Το ΚΕ.Σ.Υ. μετά από εισήγηση της επιτροπής της προηγούμενης παραγράφου:
 - α) Γνωμοδοτεί για τη σύσταση και δημιουργία ερευνητικών κέντρων και μονάδων, που συνιστώνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.
 - β) Καταρτίζει ενιαίο πλαίσιο υποβολής, κρίσης, έγκρισης και ελέγχου της σκοπιμότητας και πορείας των ερευνητικών προγραμμάτων και γνωμοδοτεί για την κατανομή των ειδικών πιστώσεων του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας στα προγράμματα αυτά.
 - γ) Συνεργάζεται με τις αρμόδιες υπηρεσίες και όργανα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, για τη χρησιμοποίηση και αξιοποίηση της έρευνας στην ανύψωση του

επιπέδου μετακπαίδευσης των γιατρών και των άλλων επισημοπαιδευμένων στο χώρο της υγείας, καθώς και με αντίστοιχα όργανα των Υπουργείων Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Έρευνας και Τεχνολογίας, κτιστών αρμόδιων Υπουργών για την προαγωγή της έρευνας. Η επιτροπή της παραγράφου 1 συνεργάζεται με την επιτροπή εκπαίδευσης - μετακπαίδευσης του ΚΕ.Σ.Υ.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να συγχωνεύονται συνολικά ή μερικά ερευνητικές μονάδες και εργαστήρια, που λειτουργούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, σε νοσηλευτικά ιδρύματα και υπηρεσίες, που υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και επιχειρηγούνται από αυτό. Τα ερευνητικά προγράμματα, που επιχειρηγούνται κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, επαναξιολογούνται κατά τη διαδικασία που ορίζεται, από το ΚΕ.Σ.Υ., μετά από σύμφωνη γνώμη της Επιτροπής Έρευνας, σύμφωνα με την περίπτωση 2 της προηγούμενης παραγράφου και ο εξοπλισμός και οι υπηρεσίες τους μπορεί να μεταφέρονται σε άλλα ερευνητικά κέντρα και μονάδες.

4. Ερευνητικά κέντρα ή υπηρεσίες για θέματα υγείας, που λειτουργούν με μορφή Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. και εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, εφόσον επιχειρηγούνται από τα δημόσια, δεν μπορούν να αναλαμβάνουν ερευνητικά προγράμματα χωρίς την έγκριση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζεται ο τρόπος και η διαδικασία προσλήψης προσωπικού για την πραγματοποίηση των ερευνητικών προγραμμάτων και τη στελέχωση ερευνητικών κέντρων, η εργασιακή του σχέση, το ύψος των αμοιβών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 24.

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

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

2. Οι γιατροί αυτοί είναι μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί και περιλαμβάνονται στον κατάλογο των ιατρικών ως ελεύθερο επάγγελμα ή οποιαδήποτε άλλο επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν σχέση με συγγενική ή καλλιτεχνική δραστηριότητα και να κατέχουν οποιαδήποτε άλλη δημόσια ή ιδιωτική θέση. Επίσης απαγορεύεται να είναι οι ίδιοι ή συγγενείς τους μέχρι δευτέρου βαθμού διακριτές ιδιωτικής κλινικής ή φαρμακευτικής επιχείρησης ή να μετέχουν σε εταιρείες με αντίστοιχη αντικείμενα. Στο ιατρικό προσωπικό περιλαμβάνονται και οι οδοντογιατροί.

Άρθρο 25.

Κλάδος γιατρών Ε.Σ.Υ.

1. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται κλάδος γιατρών Ε.Σ.Υ.

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

Κατεξέλιξη σε προθεσμία πέντε (5) μηνών από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, η κοινή απόφαση σύστασης των θέσεων αυτών εκδίδεται και με τη σύμφωνη γνώμη του αρμόδιου για την εποπτεία του αντίστοιχου νοσοκομείου Υπουργού και χωρίς τη γνώμη των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων.

Οι θέσεις κάτω νοσοκομείου και των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, που υπάγονται σ' αυτό, προσθέτονται στον οργανισμό του και οι δαπάνες μεθοδολογίας των γιατρών που διορίζονται σ' αυτές βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του.

3. Οι θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. διαβαθμίζονται σε θέσεις: α) διευθυντών, β) επιμελητών Α', γ) επιμελητών Β' και δ) βοηθών οδοντογιατρών. Οι θέσεις διευθυντών και επιμελητών Α' και Β' συνιστώνται κατά ειδικότητα.

4. Σε όλα τα νοσοκομεία της παρ. 1 του άρθρου 24 του νόμου αυτού και σε όλα λειτουργούν ως υπηρεσίες Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ., πλην των πανεπιστημιακών και των ενόπλων δυνάμεων, υπηρετούν αποκλειστικά γιατροί του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ., που προσλαμβάνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού και ειδικεύονται. Πρόσληψη γιατρών ή παροχή υπηρεσιών από γιατρούς με οποιαδήποτε άλλη σχέση απαγορεύεται.

Άρθρο 26.

Προϋπότ.

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

- α) Ελληνική ιθαγένεια
 - β) Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος
 - γ) Τίτλος ειδικότητας με τη θέση ειδικότητας
 - δ) Ηλικία σύμφωνα με τις διακρίσεις της παραγράφου 2.
- Το όριο ηλικίας ισχύει για τον πρώτο διορισμό σε οποιαδήποτε θέση του κλάδου.

2. Ειδικότερα:

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

Για την κατάληψη θέσεων από οδοντογιατρούς απαιτείται:

- α) Για θέση βοηθού άδεια άσκησης επαγγέλματος και ηλικία μέχρι 35 ετών.
- β) Για θέση επιμελητή Β' η άσκηση του επαγγέλματος για 5 χρόνια και ηλικία μέχρι 40 ετών.
- γ) Για θέση επιμελητή Α' η άσκηση του επαγγέλματος για 9 χρόνια και ηλικία μέχρι 45 ετών και
- δ) Για θέση διευθυντή η άσκηση του επαγγέλματος για 12 χρόνια και ηλικία μέχρι 50 ετών.

3. Κατά την πρώτη εφαρμογή του νόμου αυτού, σε κάθε νοσοκομείο του ισχύουν τα όρια ηλικίας της προηγούμενης παραγράφου, αλλά σφαιρικά για όλες τις θέσεις σε υποψήφιοι να μην έχουν υπερβεί τα εξήντα τρία (63) χρόνια. Για τις θέσεις γιατρών κέντρων υγείας το όριο ηλικίας των 63 ετών ισχύει έως πέντε (5) χρόνια από την έναρξη της απόφασης σύστασης του κέντρου υγείας.

Ελληνες γιατροί που κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού εργάζονται σε νοσοκομεία ή επιστημονικά κέντρα της αλλοδαπής, μέσα σ' ένα χρόνο από τη δημοσίευση του νόμου αυτού μπορούν να προσλαμβάνονται σε θέσεις γιατρών Ε.Σ.Υ. ανεξάρτητα από την ηλικία τους, εφόσον κατά την προκήρυξη της θέσης δεν υπερβαίνουν τα εξήντα τρία (63) χρόνια.

4. Σε θέσεις επιμελητή Β' γιατρών των κέντρων υγείας που για την κατάληψη τους απαιτείται ειδικότητα γενικής ιατρικής, μπορούν να διορίζονται και γιατροί χωρίς ειδικότητα, εφόσον αποκούν τη γενική ιατρική πέντε (5) τουλάχιστον χρόνια. Οι γιατροί αυτοί, μετά το διορισμό τους, υποχρεώνονται σε εξάμηνη ειδική μετακπαίδευση σε νοσοκομείο.

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

Μετά την συμπλήρωση της εξάμηνης μετεκπαίδευσής οι γιατροί είναι λαμβάνουν τον τίτλο της ειδικότητας γενικής ιατρικής. Ο τίτλος απονέμεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας με βάση τα πιστοποιητικά άσκησης και επίδοσης που χορηγούνται από την Επιστημονική Επιτροπή του νοσοκομείου όπου μετεκπαιδεύτηκε ο γιατρός, σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου 12 του νόμου αυτού. Γιατροί, που λαμβάνουν την ειδικότητα σύμφωνα με τις διατάξεις αυτές και έχουν υπηρετήσει ως μόνιμοι ή με θνητεία σε θέσεις υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων, λογίζονται σε κάθε περίπτωση ότι αποκτούν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής κατά το μισό χρόνο της υπηρεσίας τους αυτής, μετά τα πάντα χρόνια.

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

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

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

Άρθρο 27.

Διαδικασία πλήρωσης θέσης.

1. Η πλήρωση των θέσεων του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. γίνεται ύστερα από προκήρυξή τους, με επιθυμία των διατάξεων της παραγράφου 12 του άρθρου αυτού. Η προκήρυξη γίνεται κατά νοσοκομείο, μετά από απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του, η οποία εγκρίνεται από το αντίστοιχο Π.Ε.Σ.Υ., εφόσον το συμβούλιο αυτό έχει συγκροτηθεί.

2. Κατά την πρώτη εφαρμογή του νόμου αυτού, οι θέσεις των νοσοκομείων προκηρύσσονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

3. Στην περίπτωση της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού, κάθε γιατρός μπορεί να υποβάλει αίτηση και να κριθεί για τρεις (3) μόνο θέσεις του θύου ή και άλλων νοσοκομείων.

4. Οι υποψήφιοι γιατροί κρίνονται από τα συμβούλια επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού του άρθρου 6 του Ν. 1278/1982.

Για την κριση και τη κριτική αξιολόγηση των υποψηφίων λαμβάνονται υπόψη:

- α) Η ιατρική προπαιδεία (σε νοσοκομεία, κρατικά, οργανισμούς ελεύθερης επαγγελματίας).
- β) Τα επιστημονικά έργα και η επιστημονική δραστηριότητα.
- γ) Η εκπαιδευτική δραστηριότητα (ως εκπαιδευτής ή εκπαιδευόμενος).
- δ) Η αξιοσημείωτη κοινωνική προσφορά και δράση.
- ε) Οι εκθέσεις των επιτροπών αξιολόγησης του νοσοκομείου της παραγράφου 11 του άρθρου αυτού.

Οι επιστημονικές εργασίες των γιατρών συνιστούν κριτήριο υποψηφίας κατά την αξιολόγηση και επιλογή για την κατάληξη θέσης, μόνο εάν έχουν δημοσιευθεί σε αναγνωρισμένα ειδικά επιστημονικά περιοδικά που εκδίδονται από επίσημες επιστημονικές εταιρείες στην Ελλάδα ή σε ξένη χώρα. Τα περιοδικά αυτά προδιαρίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

Για τον πρώτο διορισμό στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. εφαρμόζονται τα κριτήρια α, β, γ και δ. Τα συμβούλια επιλογής κατατάσσουν τους υποψηφίους, με τη σειρά αξιολόγησής τους, για κάθε θέση για την οποία έχουν υποβάλει υποψηφιότητα. Εάν κριθεί ότι δύο υποψήφιοι έχουν ίσα πρόσημα προσάσσεται κατά σειρά: α) εκείνος που υπηρετεί στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ., β) εκείνος που στο πρόσωπό του συντρέχει περίπτωση συνυπηρέτησης εκλογού και γ) εκείνος που δικαιώνει στο νομό που διορίζεται το νοσοκομείο δ) τουλάχιστον χρόνια συνεχώς. Η γ' περίπτωση δεν ισχύει για τους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, σε κάθε θέση διορίζεται ο πρώτος στη σειρά αξιολόγησης ή ο επόμενος εφόσον ο προηγούμενος δεν αποδέχεται το διορισμό του. Διεργάζεται ο γιατρός που α) δεν είναι γραμμένος στα μητρώα αρρένων ή για γυναίκες στα γενικά μητρώα δημοτών, β) δεν έχει εκπληρώσει τις προαπαιτούμενες υποχρεώσεις ή δεν έχει νόμιμα απασχληθεί, γ) είναι στερημένος ή καταδικασμένος για λιποταξία, δ) έχει στερηθεί τα πολιτικά του δικαιώματα, για όσο χρόνο διαρκεί η στέρηση, ε) έχει καταδικασθεί για κακούργημα, σφαγή, κατά των ηρώων, κλοπή, υπεξείρεση, πώληση, πλαστογραφία, ψευδοκρίση, ψευδή καταμήνυση, σφοδρατική δυσπρόπηξη, δωροδοκία, δόλια χρεωκοπία ή για εγκλήματα που συνδέονται στην πραγματικότητα του δημοκρατικού πολιτεύματος και στ) δεν είναι υγιής.

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

6. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται οι παθήσεις και ελάττωμα της υγείας, που εμποδίζουν το διορισμό γιατρών, καθώς και οι κοινότητες επιτροπές για την πιστοποίηση της υγείας και κτηματίας.

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

7. Οι υποψήφιοι πρέπει να συγκεντρώνουν σε απαιτούμενο πρόσημα κατά το χρόνο κτήσης της προδιαβίβας υπεδόλης των δικαιολογητικών.

8. Δε γίνονται δεκτά δικαιολογητικά μετά τη λήξη της προθεσμίας υποβολής τους.

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

10. Περιοχές, όπου οι κοινωνικές, γεωγραφικές, συγκοινωνιακές και οικιστικές συνθήκες συνιστούν αποδειγμένα αντικίνητρο για την κατάληψη θέσεων ιατρικού δυναμικού στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας ή τα 24ωρης ετοιμότητας περιφερειακά ιατρεία τους, μπορεί με π. 3/γμκ, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., να χαρακτηρίζονται ως προβληματικές και άγονες περιοχές. Περιοχή με την έννοια της διάταξης αυτής μπορεί να θεωρηθεί ολόκληρος νομός ή ξεχωριστά πόλη ή χωριό που είναι έδρα νοσοκομείου ή κέντρου υγείας ή περιφερειακού ιατρείου 24ωρης ετοιμότητας.

Οι άγονες και προβληματικές περιοχές διακρίνονται σε Α και Β κατηγορίες. Κατηγορία Α είναι οι περιοχές όπου οι συνθήκες, που ορίζονται με τις διατάξεις της παραγράφου αυτής ως κριτήρια για το χαρακτηρισμό τους, παρουσιάζονται ιδιαίτερα οξυμένες. Η διάκριση γίνεται με το π. 3/γμκ χαρακτηρισμού τους. Με το ίδιο ή άλλο όμοιο π. 3/γμκ, μπορεί να θεσπίζονται ειδικά, οικονομικά, υπηρεσιακά ή θρησκά κίνητρα για την προσέλκυση γιατρών στις θέσεις των νοσοκομείων και κέντρων υγείας ή περιφερειακών ιατρείων 24ωρης ετοιμότητας, που έχουν την έδρα τους στις περιοχές αυτές.

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

Α) για τους διευθυντές, από τους διευθυντές των τομέων του νοσοκομείου, με πρόεδρο το διευθυντή του τομέα στον οποίο ανήκει ο κρινόμενος. Όταν κρίνεται ο διευθυντής του τομέα, η επιτροπή προεδρεύεται από τον αρχαιότερο διευθυντή.

Β) για τους βοηθούς και τους επιμελητές Α' και Β' από :

- α) το διευθυντή του τομέα στον οποίο ανήκει ο κρινόμενος, ως πρόεδρό τους,

- β) το διευθυντή του τμήματος, στα οποία υπηρετεί ο γιατρός,

- γ) τον αρχαιότερο από τους υπόλοιπους διευθυντές του ίδιου τομέα του νοσοκομείου και

- δ) δύο γιατρούς ίδιου βαθμού με τον κρινόμενο που εκλέγονται από τους ομοϊεθμούς γιατρούς του τομέα. Οι γιατροί αυτοί πρέπει να είναι αρχαιότεροι από τον κρινόμενο, αλλιώς το τριετές συγκαλείται νόμιμα χωρίς αυτούς.

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

ρύσσεται έχει δικαίωμα υποβολής υποψηφιότητας για επανταποθέτησή του σ' αυτή. Αν το αρμόδιο συμβούλιο επιλογής προκρίνει άλλον υποψήφιο για την κατάληψη της θέσης, τότε αυτός τοποθετείται σε οποιαδήποτε ομοϊεθμική καινή θέση νοσοκομείου ή κέντρου υγείας ή τοποθετείται ως υπεράριθμος με τον ίδιο βαθμό και προτρέπει τις υπηρεσίες του σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας.

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

13. Ο αριθμός των υπεράριθμων της προηγούμενης παραγράφου δεν μπορεί να υπερβαίνει το δύο τοις εκατό (2%) του συνόλου των θέσεων του αντίστοιχου βαθμού κατά ειδικότητα.

14. Για πέντε (5) χρόνια από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να μετακαλούνται από το εξωτερικό Έλληνες γιατροί, αναγνωρισμένης επιστημονικής αξίας και κύρους με αποδειγμένο κλινικό ή εργαστηριακό ή ερευνητικό έργο και με αποδειγμένη από επιστήμους επιστημονικούς τίτλους προϋπηρεσία σε υπεύθυνη θέση αναγνωρισμένων νοσηλευτικών, ερευνητικών ή εκπαιδευτικών κέντρων της αλλοδαπής και να προσλαμβάνονται σε θέσεις διευθυντών τμημάτων νοσοκομείων με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, που μπορεί ν' ανανεώνεται. Οι επιστημονικοί τίτλοι και τα αποδεικτικά στοιχεία του επιστημονικού έργου κρίνονται και αξιολογούνται από ειδική επιστημονική επιτροπή του ΚΕ.Σ.Υ., που συνιστάται σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982.

Οι γιατροί αυτοί λαμβάνουν το σύνολο των αποδοχών της θέσης που διορίζονται και επί πλέον ποσοστό πενήντα τοις εκατό (50%) στο βασικό μισθό της θέσης για τα νοσοκομεία Αθηνών, Πειραιά, Θεσσαλονίκης, Αλεξανδρούπολης, Ιωαννίνων, Πόρτας και Ηρακλείου και εκατό τοις εκατό (100%) για τα νοσοκομεία των άλλων πόλεων. Οι γιατροί αυτοί στη διάρκεια που υπηρετούν στις θέσεις αυτές υπόκεινται σε όλους τους περιορισμούς και τις υποχρεώσεις που θεσπίζονται με το νόμο αυτόν για τους γιατρούς Ε.Σ.Υ.

Οι θέσεις που καταλαμβάνονται κατά τις διατάξεις της παραγράφου αυτής σε κάθε νοσοκομείο δεν μπορεί να υπερβαίνουν το δέκα τοις εκατό (10%) του συνόλου των θέσεων του αντίστοιχου βαθμού, σε κάθε όμως περίπτωση το λιγότερο θα είναι μία.

15. Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. μπορούν να υποβάλουν αίτηση για κατάληψη άλλης ομοϊεθμικής θέσης.

Άρθρο 28.

Εξέλιξη στον κλάδο.

1. Η βαθμολογική εξέλιξη των γιατρών και οδοντογιατρών γίνεται με την κατάληψη καινής θέσης αμέσως ανώτερου βαθμού από αυτόν που έχουν μετά από προκήρυξη της θέσης και κρίση σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 27 του νόμου αυτού.

2. Η εξέλιξη σε ανώτερο βαθμό κατά την προηγούμενη παράγραφο γίνεται μετά τη συμπλήρωση τριών ετών στον κατεχόμενο βαθμό. Μετά την πάροδο δώδεκα (12) χρόνων ο γιατρός, που δεν θα κριθεί ικανός για κατάληψη θέσης ανώτερου βαθμού, μένει στάσιμος βαθμολογικά. Στην περίπτωση αυτή, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ο γιατρός τοποθετείται με τη διαδικασία της παραγράφου 12 του προηγούμενου άρθρου σε οποιαδήποτε ομοϊεθμική καινή θέση γιατρού ή ως υπεράριθμος σε οποιαδήποτε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας. Η διάταξη της παραγράφου αυτής δεν ισχύει για τους γιατρούς που έχουν το δικαίω του διευθυντή.

3. Οι οδοντογιατροί που έχουν το δικαίω του βοηθού για να εξελιχθούν επαγγελματικά σε θέση επιμελητή Β' πρέπει

να έχουν συμπληρωθεί: σε κάθε περίπτωση πέντε (5) χρόνια κίνησης του επαγγέλματος.

4. Ο αριθμός των υπερέριθμων γιατρών της περιφέρειας του άρθρου αυτού δεν μπορεί να υπερβεί το 20% των θέσεων του αντίστοιχου βαθμού κατά ειδικότητα.

Άρθρο 29.

Χρόνος εργασίας.

1. Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. εργάζονται πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα σε συνεχή πρωινό εκτάκτου ημερησίως. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζεται το καθημερινό πρωινό ωράριο εργασιών εντός για όλα τα νοσοκομεία και κέντρα υγείας, η ανάλογα με τις ιδιαίτερες συνθήκες κάθε περιοχής. Τα Π.Ε.Σ.Υ., εφόσον έχουν συγκροτηθεί, υπερέχουν, ύστερα από απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου και γνώμη της ολομέλειας των γιατρών του νοσοκομείου και κέντρων υγείας που υπάρχουν σ' αυτό, να εγκρίνουν, για τα νοσοκομεία της περιφέρειάς τους, την τροποποίηση του καθημερινού ωραρίου ή τον ορισμό διακεκομμένου ωραρίου.

2. Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. όλων των βαθμών, πέρα από το τακτικό ωράριο εργασίας, υποχρεούνται και σε ενεργό εφημερία μέσα στο νοσοκομείο ή το κέντρο υγείας και σε εφ'επιμέλειαν ετοιμότητας. Οι γιατροί εφημερίας ετοιμότητας καλούνται στο νοσοκομείο από το γιατρό ενεργού εφημερίας σε έκτακτες περιπτώσεις. Στους γιατρούς ενεργού εφημερίας καταβάλλεται αποζημίωση για υπερωριακή απασχόληση, που καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον καθορισμό της υπερωριακής αποζημίωσης. Οι γιατροί εφημερίας ετοιμότητας παίρνουν αποζημίωση για υπερωριακή απασχόληση, μόνο για το χρόνο που καλούνται και ποσοτέρουν τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο ή στο κέντρο υγείας, με εξαίρεση την εφημερία ετοιμότητας των οικογενειακών γιατρών και των γενικών γιατρών περιφερειακών ιατρείων 24ωρης ετοιμότητας, για την οποία καθορίζεται πάντα αποζημίωση με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

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

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

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

Άρθρο 30.

Μισθολόγιο.

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

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

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

α) Στους βοηθούς 5.000 δραχμές επίδομα για δαπάνες διδασκαλίας, δαπάνες κίνησης λόγω των ειδικών συνθηκών του επαγγέλματος και για την ετοιμότητα έκτακτων αναγκών.

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

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

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

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

3. Οι διατάξεις του άρθρου 6 του Ν. 1236/1982 (ΦΕΚ 65) δεν εφαρμόζονται στις περιπτώσεις των παραγράφων 14 του άρθρου 27 του νόμου αυτού και 8 του άρθρου αυτού.

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

5. Για τις αποχές των γιατρών εφαρμόζεται η αυτόματη ταμειακή αναπροσαρμογή.

6. Για κάθε πέντε (5) χρόνια άσκησης της ιατρικής ειδικότητας και για μέχρι πέντε (5) πνευματίας, χορηγείται σε όσους διορίζονται στις θέσεις γιατρών Ε.Σ.Υ. κατά την πρώτη πλήρωσή τους μετά την εφαρμογή του νόμου αυτού προσέτιχη πέντε τοις εκατό (5%) που υπολογίζεται στο αρχικό κλιμακίο μισθού κάθε βαθμού.

7. Στους βοηθούς και επιμελητές Β' και Α', που συμπληρώνουν εντός (9) χρόνια υπηρεσίας στον ίδιο βαθμό και δεν εξελίσσονται στον κρίσιμο επόμενο, χορηγείται επίδομα πολυετούς παραμονής στον ίδιο βαθμό 2% για κάθε συμπληρωμένη τριετία μετά τα εντός χρόνια και έως επτά (7) τριετίες, που υπολογίζεται στο αρχικό κλιμακίο κάθε βαθμού (0—3).

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

α) Σε προβληματικές και άγονες περιοχές Α' κατηγορίας:

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

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

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

β) Σε προβληματικές και άγονες περιοχές Β' κατηγορίας:

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

Για τη συμπλήρωση του δεύτερου χρόνου δέκα είναι τοις εκατό (10%), αναδρομικά για όλο το χρόνο.

Για τη συμπλήρωση του τρίτου χρόνου είναι τοις εκατό (20%) αναδρομικά για όλο τον τρίτο χρόνο και:

Για κάθε ένα συμπληρωμένο χρόνο, μετά τα τρία χρόνια, είναι πάντα τοις εκατό (25%) αναδρομικά.

Άρθρο 31.

Εκπαίδευση γιατρών.

1. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συνιστάται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 επιτροπή εκπαίδευσης και μετακαπαιδευσης γιατρών. Το ΚΕ.Σ.Υ. μετά από εισήγηση της επιτροπής αυτής:

α) Εισάγει τον καθρισμό, διαχωρισμό, συγχώνευση ή κατάργηση των ιατρικών και οδοντιατρικών ειδικοτήτων.

β) Εκτιμά τις ανάγκες και γνωμοδοτεί για τον αριθμό των γιατρών που απαιτούνται κατά ειδικότητα.

γ) Καθορίζει τα προγράμματα για την εκπαίδευση των εκπαιδευμένων γιατρών και καθορίζει τα κριτήρια για τον ορισμό των μονάδων, που παρέχουν εκπαίδευση για την απόκτηση ειδικότητας, το χρόνο εκπαίδευσης κατά ειδικότητα σε κάθε νοσοκομείο και τον αριθμό των εκπαιδευόμενων σ' αυτό γιατρού.

δ) Καθορίζει ειδικά προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των γιατρών, των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας, του νοσηλευτικού προσωπικού και του προσωπικού λοιπών επαγγελματιών υγείας. Η εφαρμογή του προγράμματος αυτού συντονίζεται, κατά υγειονομική περιφέρεια, από την περιφερειακή επιτροπή εκπαίδευσης, που συνιστάται σε κάθε Π.Ε.Σ.Υ. σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 9 του άρθρου 4 του νόμου αυτού και υλοποιείται από την επιστημονική επιτροπή κάθε νοσοκομείου.

ε) Εγκρίνει προτάσεις για τη λειτουργία υποχρεωτικών και προαιρετικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και εναρμονισμένες, συντονισμένες και αξιοποιεί την εκτέλεση και απόδοσή τους.

2. Με π. ε/γμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος και η διαδικασία για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας. Για όσους έχουν συμπληρώσει τις προϋποθέσεις για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας έως την έκδοση του παραπάνω προεδρικού διατάγματος, εφαρμόζονται οι διατάξεις που ισχύουν κατά τη δημοσίευσή του νόμου αυτού.

Άρθρο 32.

Άδειες.

1. Στους γιατρούς του Ε.Σ.Υ. χορηγείται κάθε χρόνο άδεια 22 εργάσιμων ημερών. Από το χρόνο αυτό αφαιρείται ο χρόνος αδικαιολόγητης απουσίας από την εργασία. Όσοσον το ζητήσουν οι γιατροί με αίτησή τους, τα 2/3 τουλάχιστον της κεντρικής άδειας πρέπει να χορηγούνται για τη χρονική περίοδο από 1η Ιουνίου έως τέλος Σεπτεμβρίου, εκτός αν έκτοκτες ανάγκες επιβάλλουν την παρουσία τους στη θέση τους. Η άδεια χορηγείται από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, μετά από γνώμη του διευθυντή του τομέα, στον οποίο ανήκουν οι γιατροί. Οι γιατροί με ειδικότητα χειρουργών διατηρούν τα δικαιώμα πρόσθετης άδειας σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. μπορεί να χορηγείται εκπαιδευτική άδεια για συγκεκριμένο εκπαιδευτικό σκοπό, μέχρι ένα (1) χρόνο με αποδοχές και μέχρι δύο (2) χρόνια χωρίς αποδοχές, σε κάθε βαθμό, για μετακαπαιδευση ή παρακολούθηση ειδικών επιστημονικών σεμιναρίων και μετακαπαιδευτικών προγραμμάτων στην Ελλάδα ή το εξωτερικό. Η μετακαπαιδευτική άδεια χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του ΚΕ.Σ.Υ. και γνώμη του οικείου Π.Ε.Σ.Υ. Για

τη χορήγηση εκπαιδευτικής άδειας για το εξωτερικό απαιτείται η αποδεδειγμένη άδεια γνώση από το γιατρό της γλώσσας της χώρας όπου μεταβιβάζεται.

2. Γιατροί, που πείρουν εκπαιδευτική άδεια με αποδοχές, υποχρεώνονται να υπηρετήσουν στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. μετά τη λήξη της εκπαιδευτικής άδειας διπλάσιο χρόνο. Σε αντίθετη περίπτωση υποχρεώνονται να επιστρέψουν στο διπλάσιο το σύνολο των αποδοχών που ελάττω κατά το χρόνο της άδειας. Η είσπραξη γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου για την είσπραξη των δημοσίων εσόδων.

3. Στους γιατρούς των νομαρχιακών νοσοκομείων και των κέντρων υγείας μη αστικών περιοχών και των περιφερειακών ιατρικών τους 24ωρης εφημερίας χορηγείται, ύστερα από αίτησή τους, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και σύμφωνα γνώμη της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου του άρθρου 12 του νόμου αυτού εκπαιδευτική άδεια με αποδοχές μέχρι ένα (1) μήνα για κάθε τριετία για παρακολούθηση μετακαπαιδευτικών προγραμμάτων ή για απαγόρευση σε ερευνητική εργασία σε περιφερειακά νοσοκομεία, πέρα από την εκπαιδευτική άδεια της παρ. 1 του άρθρου αυτού και με εξίχνειση από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου αυτού.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για τη χορήγηση των εκπαιδευτικών αδειών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

5. Στους γιατρούς χορηγούνται αναρωτικές άδειες και επιπλέον στις γυναίκες άδειες κώησης και λοχείας σύμφωνα με τις διατάξεις του υπαλληλικού κώδικα.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. καθορίζεται η διαδικασία και οι προϋποθέσεις λήψης άδειας γιατρών για παρακολούθηση επιστημονικών συνεδρίων.

Άρθρο 33.

Απίσπωση — μετακίνηση.

1. Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. μπορεί να αποσπώνται για κάλυψη υπηρεσιακών αναγκών σε οποιοδήποτε νοσοκομείο και κέντρο υγείας. Κάθε γιατρός μπορεί να αποσπάται μέχρι δύο φορές σε κάθε βαθμό και για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο των έξι (6) μηνών συνολικά. Από τη διάταξη αυτή εξαιρούνται οι γιατροί — μητέρες με παιδιά κάτω των 6 ετών. Η απόσπασή γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με σύμφωνα γνώμη του οικείου Π.Ε.Σ.Υ., εφόσον έχει συγκαταστήσει, αν πρόκειται για απόσπαση στην ίδια υγειονομική περιφέρεια και του ΚΕ.Σ.Υ., αν πρόκειται για απόσπαση σε άλλη υγειονομική περιφέρεια.

Σε έκτακτες ανάγκες η απόσπαση γίνεται και πριν από τη γνωμοδότηση του Π.Ε.Σ.Υ. και του ΚΕ.Σ.Υ. αντίστοιχα. Στην περίπτωση αυτή η γνώμη τους διατυπώνεται στην πρώτη μετά την απόσπαση συνεδρίαση. Αν η γνώμη του Π.Ε.Σ.Υ. ή ΚΕ.Σ.Υ. είναι αρνητική, η απόσπαση ανακαλείται.

2. Ο χρονικός περιορισμός της προηγούμενης παραγράφου δεν ισχύει όταν πρόκειται για απόσπαση των υποαφίθμων γιατρών των παραγράφων 12 του άρθρου 27 και 2 του άρθρου 28 του νόμου αυτού.

3. Στους γιατρούς που μετακινούνται εκτός της έδρας τους καταβάλλεται προσώζηση επί του βασικού μισθού τους πενήντα τοις εκατό (50%).

Άρθρο 34.

Πειθαρχική δικαιοδοσία.

1. Πειθαρχική δικαιοδοσία στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. εκτός από τα πειθαρχικά συμβούλια των ιατρικών συλλόγων ασκούν μόνο:

α) Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, εφόσον πρόκειται για Ν.Π.Δ.Δ.

β) Το περιφερειακό πειθαρχικό συμβούλιο.

γ) Το κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο.

Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. που προφέρουν υπηρεσίες σε νοσοκομεία Ν.Π.Ι.Δ. παραπέμπονται για παιδαρχικό έλεγχο στο περιφερειακό παιδαρχικό συμβούλιο.

2. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνιστάται τριμελές περιφερειακό παιδαρχικό συμβούλιο γιατρών Ε.Σ.Υ. που αποτελείται από:

α) Τον πρόεδρο του αντίστοιχου ΠΕ.Σ.Υ. με αναπληρωτή του τον αντιπρόεδρο.

β) Έναν (1) από τους προέδρους των παιδαρχικών συμβουλίων των ιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας, που προτείνεται με τον αναπληρωτή του από τον πανελλήνιο ιατρικό σύλλογο και

γ) Έναν (1) πρόεδρο πρωτοδικών που ορίζεται με τον αναπληρωτή του από τον Υπουργό Δικαιοσύνης, ως πρόεδρο.

Η συγκρότηση των περιφερειακών παιδαρχικών συμβουλίων γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Καθόσον τα γραμμάτια εκτελεί υπάλληλος του ΠΕ.Σ.Υ.

Η θητεία των μελών είναι τριετής. Μέχρι να ορισθούν οι υγειονομικές περιφέρειες και συγκροτηθούν τα ΠΕ.Σ.Υ., η έδρα και η περιφέρεια των παιδαρχικών συμβουλίων ορίζονται με την απόφαση συγκροτήσεώς τους.

Με την ίδια απόφαση ορίζεται ανώτερος πρόεδρος του ΠΕ.Σ.Υ. και του αναπληρωτή του γιατρός—μέλος ιατρικού συλλόγου της περιφέρειας του παιδαρχικού συμβουλίου που προτείνεται με τον αναπληρωτή του από το ΚΕ.Σ.Υ.

3. Συνιστάται με έδρα την Αθήνα κεντρικό παιδαρχικό συμβούλιο γιατρών Ε.Σ.Υ. που αποτελείται από:

α) Τον πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ. με αναπληρωτή του τον αντιπρόεδρο.

β) Τον πρόεδρο του ανώτατου παιδαρχικού συμβουλίου του πανελληνίου ιατρικού συλλόγου με τον αναπληρωτή του.

γ) Έναν (1) εφέτη διοικητικών δικαστηρίων, που ορίζεται με τον αναπληρωτή του από τον Υπουργό Δικαιοσύνης.

δ) Έναν (1) εφέτη της πολιτικής δικαιοσύνης που ορίζεται με τον αναπληρωτή του από τον Υπουργό Δικαιοσύνης και

ε) Ένα (1) μέλος του ΚΕ.Σ.Υ. που ορίζεται με τον αναπληρωτή του μετά από απόφαση της ολομέλειάς του. Πρόεδρος του κεντρικού παιδαρχικού συμβουλίου είναι ο αρχαιότερος κατά το διορισμό του εφέτης.

Η θητεία των μελών του συμβουλίου είναι τριετής. Η συγκρότησή του γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Γραμματέας του συμβουλίου ορίζεται με την απόφαση συγκροτήσεώς του ανώτερος υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή Ν.Π.Ι.Δ. που υπάγεται στην εποπτεία του.

4. Για τον τρόπο λειτουργίας του κεντρικού και των περιφερειακών παιδαρχικών συμβουλίων γιατρών Ε.Σ.Υ., τη δικαιοσύνη λήψης αποφάσεων, τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις των μελών τους και την αντικατάστασή τους, εφαρμόζονται ανάλογα οι σχετικές διατάξεις για τα παιδαρχικά συμβούλια των δημοσίων υπαλλήλων. Στα μέλη των παιδαρχικών συμβουλίων καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνθήκη, που καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

5. Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου δικάζει σε πρώτο βαθμό. Τα περιφερειακά παιδαρχικά συμβούλια δικάζουν, σε πρώτο βαθμό, τα παιδαρχικά αδικήματα που μπορούν να επισύρουν ποινή μέχρι και τη διακοπή του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας κατάληψης θέσης ανώτερου βαθμού από ένα (1) έως πέντε (5) χρόνια και σε δεύτερο βαθμό ύστερα από έφεση κατά αποφάσεων του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου.

Το κεντρικό παιδαρχικό συμβούλιο δικάζει σε πρώτο βαθμό τα παιδαρχικά αδικήματα, που μπορεί να επισύρουν την ποινή της ανάκλησης της άδειας άσκησης επαγγέλματος και της οριστικής πάσης και σε δεύτερο βαθμό, ύστερα από έφεση και από αποφάσεων των περιφερειακών παιδαρχικών συμβουλίων. Το συμβούλιο της επικρατίας κρίνει προσωρινά κατά

των αποφάσεων του κεντρικού και των περιφερειακών συμβουλίων.

Άρθρο 30.

Παιδαρχικά αδικήματα και παιδαρχικές ποινές.

1. Παιδαρχικά αδικήματα των γιατρών Ε.Σ.Υ. είναι:

α) Η άσκηση ελεύθερου ή άλλου επαγγέλματος ή η κατοχή άλλης θέσης κατά παράβαση των διατάξεων του άρθρου 24 του νόμου αυτού.

β) Η λήψη αμοιβής για οποιαδήποτε μορφή παροχής ιατρικών υπηρεσιών.

γ) Η δωροληψία.

δ) Η απόληξη οποιασδήποτε χρηματικής περιουσιακής παροχής και αν δεν συνιστά δωροληψία, επί πρόσωπα του οποίου προφέρουν ιατρικές υπηρεσίες.

ε) Η συνεργασία με γιατρούς, που αγκυροελεύθερο επαγγελματίες ή με ειδικούς κληλικούς, καθώς και η παράβαση της διάταξης του άρθρου 24 παράγρ. 2, εδάφιο προτελευταίο, της νόμιας μοναδικής κώστασης αποτελεί η παιδαρχική ευθύνη του γιατρού Ε.Σ.Υ., εφόσον οι αναφερόμενες δραστηριότητες των συγγενικών του προσώπων καλύπτουν ουσιαστικά δική του απαγορευμένη δραστηριότητα ή συνεργασία.

ς) Η χρησιμοποίηση της θέσης για εξυπηρέτηση συμφερόντων δικών τους ή τρίτων.

ζ) Η παράβαση κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας.

η) Η ατιμής και μη έγκαιρη εκπλήρωση των καθηκόντων τους.

θ) Η αντικειμενολογήτη αποχή από την εκτέλεση των καθηκόντων, η άρνηση ή η παρελκυστική καθυστέρηση παροχής υπηρεσίας.

ι) Η άνομη μεταχείριση των κρώπων στην παροχή ιατρικών φροντίδων ή η απεινή συμπεριφορά προς αυτούς.

ια) Η μη πρόνοια υπερπροσφορά τους προς τους πολίτες, τους προϊσταμένους και λοιπούς υπαλλήλους.

ιβ) Η μη έγκαιρη κατάσταση εκθέσεων, ως και η σύνταξη έκθεσης κοινοτικών προσόντων από προϊστάμενο κριτή, χωρίς την επιβεβαιωμένη χρονολήψια και αντικειμενικότητά.

ιγ) Η παράβαση της επιβεβαιωμένης ευθύνης.

ιδ) Η χρησιμοποίηση πληροφοριών τις οποίες έχουν από την υπηρεσία τους, για να αποκομίσουν όφελος σε ίδιους ή τρίτους.

ιε) Η εθνορά λόγω κακής χρησιμοποίησης, η εγκατάλειψη, η παράνομη χρησιμοποίηση πράγματος, που κηρύσσεται από Δημόσιο ή σε Ν.Π.Ι.Δ.

ισσ) Η παράβαση καθήκοντος κατά τον ποινικό νόμο και

ισζ) Η παράβαση των διατάξεων του νόμου αυτού και των νομών που διέπουν το νοσοκομείο.

2. Παιδαρχικές ποινές είναι:

α) Έγγραφο επίπληξη.

β) Πρόστιμο μέχρι των αποδοχών τριών μηνών.

γ) Διακοπή του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας για κατάληψη θέσης ανώτερου βαθμού από ένα (1) μέχρι πέντε (5) χρόνια.

2) Οριστική πάση και:

α) Αφαίρεση της άδειας άσκησης επαγγέλματος προσωρινά μέχρι δύο (2) χρόνια ή οριστικά.

3) Η διακοπή του δικαιώματος για υποβολή υποψηφιότητας για κατάληψη θέσης ανώτερου βαθμού μπορεί να επιβληθεί για τα αδικήματα δ' έως ιε' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού.

4. Η ποινή της αφαίρεσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος μπορεί να επιβληθεί μόνο για τα αδικήματα με στοιχεία α', β' και γ' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού.

5. Η ποινή της οριστικής πάσης επιβάλλεται υποχρεωτικά για το αδίκημα με στοιχείο α' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού και μπορεί να επιβληθεί για τα αδικήματα β' έως ζ' της ίδιας παραγράφου.

6. Κάθε παιδαρχικό αδίκημα μπορεί να επιβάλλει τις εξής ποινές:

α) Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου—Ν.Π.Δ.Δ. εγγραφή επίκληση και πρόστιμο μέχρι των αποδοχών δικαζιόντος (15) περιών.

β) Το περιφερειακό πειθαρχικό συμβούλιο τις ποινές με στοιχεία α' έως γ' της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού.

γ) Το κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο τις ποινές με στοιχεία δ' και ε' της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού.

7. Πειθαρχικές διατάξεις που αφορούν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την ιατρική δεοντολογία εξακολουθούν να ισχύουν.

8. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται αναλογικά οι διατάξεις του πειθαρχικού δικαίου των δημόσιων υπαλλήλων.

Άρθρο 36.

Λύση υπηρεσιακής σχέσης.

1. Η υπηρεσιακή σχέση των ιατρών Ε.Σ.Υ. λύεται με το θάνατο, την έκπτωση, την αποδοχή παραίτησης ή την απόλυσή τους.

2. Έκπτωση γίνεται αυτοδίκαια σε περίπτωση αμετάκλητης καταδίκης του ιατρού για κακούργημα ή πλημμέλημα από αυτά που αναφέρονται στο άρθρο 27 του νόμου αυτού ή σε στέρηση των πολιτικών του δικαιωμάτων. Η απόλυση της ελληνικής ιθαγένειας συνεπάγεται έκπτωση του ιατρού, αφού δεσφαιωθεί από την αρμόδια αρχή. Η έκπτωση σε κάθε περίπτωση διακηπλώνεται με πράξη του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

3. Οι ιατροί έχουν δικαίωμα υποβολής παραίτησης. Η παραίτηση υποβάλλεται γραπτά στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και η λύση της υπηρεσιακής σχέσης επέρχεται με την αποδοχή της παραίτησης. Αν παρέλθει άπρακτο διάστημα δύο μηνών, η παραίτηση θεωρείται ότι έγινε αποδεκτή και λύεται αυτοδίκαια η υπηρεσιακή σχέση.

4. Οι ιατροί απολύονται μόνο:

α) Με την επίκληση της ποινής της οριστικής πένσης ή της οριστικής απαίρεσης της άδειας.

β) Για σωματική ή πνευματική ανικανότητα που διαπιστώνεται με τη διαδικασία και τα όργανα της παραγράφου β του άρθρου 27 του νόμου αυτού.

γ) Με τη συμπλήρωση του 65ου έτους της ηλικίας τους ή σε κάθε περίπτωση με τη συμπλήρωση 35 χρόνων άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

5. Η αποδοχή παραίτησης και η απόλυση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 37.

Κατάργηση θέσεων.

1. Από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού καταργούνται όλες οι θέσεις ιατρικού προσωπικού, πλην των ειδικευμένων, οργανικές ή μη, μόνιμες ή με θητεία, με σύμβαση οποιαδήποτε μορφής, των νοσοκομείων Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. και των νοσοκομείων υπηρεσιών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. Θέση κατά την έναρξη της διάταξης αυτής λογίζεται και η προσωρά ιατρικών υπηρεσιών με οποιαδήποτε μορφή συνεργασία στα νοσοκομεία Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. που εποπτεύονται από το δημόσιο.

2. Οι ιατροί που υπηρετούν στις θέσεις που καταργούνται, εξαιρουμένων να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο έως τη σύσταση και πλήρωση των θέσεων των ιατρών Ε.Σ.Υ. και για χρονική περίοδο μέχρι έξη (6) μήνες από τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ο χρόνος αυτός μπορεί να παρατείνεται για ένα ακόμη εξάμηνο. Η ημερομηνία αποχώρησης ορίζεται με διαπιστωτική πράξη του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου. Στους ιατρούς που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, σύμφωνα με την παράγραφο αυτή, εξακολουθεί να καταβάλλεται ως προχρημίστη το σύνολο των αποδοχών της θέσης που κατείχαν.

Άρθρο 38.

Ειδικευόμενοι.

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορούν να συνιστώνται στα νοσοκομεία θέσεις ειδικευμένων ή να καταργούνται ή να μεταφέρονται σε άλλη ειδικότητα του νοσοκομείου ή να μεταφέρονται σε άλλα νοσοκομεία στην ίδια ή σε άλλη ειδικότητα.

2. Τοποθέτηση γιατρού για ειδικότητα, πέρα από τις θέσεις που προβλέπονται για κάθε νοσοκομείο, απαγορεύεται. Εξαιρούνται οι μόνιμοι γιατροί των ενόπλων δυνάμεων, που με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορούν να τοποθετούνται ως υπεράριθμοι άμισθοι. Με την ίδια απόφαση ορίζεται ο αριθμός των γιατρών αυτών κατά νοσοκομείο. Η τοποθέτηση των ειδικευμένων γίνεται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου, σύμφωνα με τη σειρά προτεραιότητας υποβολής των αιτήσεων.

3. Οι διατάξεις του άρθρου 29 του νόμου αυτού ισχύουν και για τους ειδικευμένους.

4. Οι ειδικευόμενοι απαγορεύεται να ασκούν ελεύθερο επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν σχέση με συγγραφική ή καλλιτεχνική δημιουργία. Επίσης, απαγορεύεται να κατέχουν οποιαδήποτε θητεία ή ιδιωτική θέση.

5. Στους ειδικευμένους καταβάλλεται το σύνολο των αποδοχών της θέσης των θητών οδοντογιατρών.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να χαρακτηρίζονται ως άγονες οι ιατρικές ειδικότητες στις οποίες δεν ασκείται ο απαιτούμενος αριθμός γιατρών σύμφωνα με τις ανάγκες που εκτιμώνται κατά τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 31 του νόμου αυτού.

Στους γιατρούς που ειδικεύονται σε άγονες ειδικότητες μπορεί με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. να χορηγείται προσχρημίστη μέχρι και είκοσι πέντε τοις εκατό (25%) στο βασικό μισθό τους.

7. Ιατροί που υπηρετούν σε θέσεις επιμελητή Β' μπορεί ύστερα από αίτησή τους να τοποθετούνται ως υπεράριθμοι για ειδικότητα σε ειδικότητα που εντάσσεται στον οργανισμό του ΚΕ.Σ.Υ. σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 31 του νόμου αυτού, διατηρώντας τη θέση και τις αποδοχές της. Η τοποθέτηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

8. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να χορηγείται υποτροφία σε αλλοδαπούς γιατρούς για ειδικότητά τους στα νοσοκομεία της χώρας. Με την ίδια ή άλλη απόφαση καθορίζεται ο αριθμός των υποτροφιών κατά ειδικότητα και το ύψος της υποτροφίας. Οι γιατροί αυτοί τοποθετούνται ως υπεράριθμοι.

Άρθρο 39.

Απαγόρευση άσκησης επαγγέλματος.

1. Οι ιατροί Ε.Σ.Υ. που απολύονται λόγω συνταξιοδότησης απαγορεύεται να ασκούν το επάγγελμα με οποιαδήποτε μορφή.

2. Απαγορεύεται η άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος στους γιατρούς που έχουν συμπληρώσει το 70ο έτος της ηλικίας τους.

3. Απαγορεύεται η άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος στους πανεπιστημιακούς γιατρούς καθώς και στους γιατρούς πολιτικούς δημόσιους υπαλλήλους και συμβασιούχους με το δημόσιο, Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ. που εποπτεύονται από το δημόσιο.

Απαχόληση εκτός θέσης.

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. επιτρέπεται στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. να απέχουν από τα καθήκοντά τους και να προσφέρουν υπηρεσίες στο δημόσιο, την τοπική αυτοδιοίκηση ή Ν.Π.Δ.Δ. για χρονική περίοδο μέχρι ένα χρόνο που μπορεί να ανανεώνεται.

2. Με τη διαδικασία της προηγούμενης παραγράφου μπορεί να απελευθερωθούν στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. η μερική απουχή από τα καθήκοντά τους για μερική παροχή παρόμοιων υπηρεσιών ή για εκπλήρωση υποχρεώσεων ως αρετών μελών διδασκασίας αναγνωρισμένου επιστημονικού φορέα και για ορισμένα κριθιά κριτών κατά έδρα που δεν μπορούν να υπερβούν τις τρεις (3).

3. Υπηρεσία του γιατρού Ε.Σ.Υ. που προδίδεται από τις παραγράφους 1 και 2 του άρθρου αυτού θεωρείται πραγματική υπηρεσία για τη μεθοδολογική κατάρτιση και τη συνταξιοδότησή του.

4. Οι γιατροί και οι οδοντίατροι του Εθνικού Συστήματος Υγείας δεν έχουν το κώδικα ή το σταθμάριο του άρθρου 36 του Ν. 1065/1980, όπως τροποποιήθηκε με τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 1270/1982.

Άρθρο 41.

Μετεκπαίδευση γιατρών.

1. Για την άσκηση του ιατρικού και οδοντιατρικού επαγγέλματος απαιτείται και η συμπλήρωση κάθε πέντε (5) χρόνια αγδόντα (80) ωρών παρακολούθησης μεταπτυχιατικών μαθημάτων, που το πρόγραμμά τους καθορίζεται από την επιτροπή εκπαίδευσης — μετεκπαίδευσης του άρθρου 31 του νόμου αυτού καθώς και η συμπλήρωση είκοσι (20) ωρών παρακολούθησης μεταπτυχιατικών προγραμμάτων επιλογής του γιατρού ή οδοντίατρου.

Κάθε γιατρός και οδοντίατρος υποχρεούται να προσκομίζει μέσα σε δύο (2) μήνες από τη συμπλήρωση κάθε πενταετίας, επίσημη βεβαίωση για την παρακολούθηση αυτών των μεταπτυχιατικών μαθημάτων.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ανακαλείται η άδεια άσκησης του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος, από το γιατρό ή οδοντίατρο που δεν προσκομίζει την παραπάνω βεβαίωση μετεκπαίδευσης.

Η άδεια άσκησης επαγγέλματος επαναχρησιμεύεται όταν υποβληθεί η βεβαίωση.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ορίζεται ο χρόνος έναρξης της πρώτης πενταετίας και καθορίζονται ο τρόπος, η διαδικασία και κάθε σχετική λεπτομέρεια, για την εφαρμογή των διατάξεων των προηγούμενων παραγράφων.

4. Απαγορεύεται η χρησιμοποίηση για επαγγελματική πρόβλη από γιατρούς και οδοντίατρος που ασκούν την ιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα οποιουδήποτε ακαδημαϊκού τίτλου ή τίτλου θέσης που κατείχε ο γιατρός κατά την υπηρεσία του στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ.

Η παράβαση της διάταξης αυτής συνεπάγεται την προσωρινή ανάκληση της άδειας άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος από δύο μέχρι δώδεκα μήνες και τη περίπτωση υποτροπής μέχρι και την οριστική ανάκληση. Η ανάκληση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 42.

Βεβαίωση νοσηλευτών και κέντρων υγείας.

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ανακηρύσσονται κάθε χρόνο, με βάση το επιστημονικό και νοσηλευτικό τους έργο, τη λειτουργική πληρότητα και την παραγωγική απόδοσή τους στο χρόνο αυτόν, τα καλύτερα:

- α) Ένα (1) του Κέντρου Υγείας της Αθήνας.
- β) Ένα (1) του Κέντρου Υγείας της Αθήνας.
- γ) Ένα (1) του Κέντρου Υγείας της Αθήνας.
- δ) Τέσσερα (4) από τις υπόλοιπες περιοχές της χώρας και:
- ε) Ένα (1) ψυχιατρικό από όλη τη χώρα.
- β) Έντεκα (11) κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών και συγκαταλεγμένα:
- α) Ένα (1) της Θράκης.
- β) Δύο (2) της Μακεδονίας.
- γ) Ένα (1) της Ηπείρου.
- δ) Ένα (1) της Θεσσαλίας.
- ε) Δύο (2) της Στερεάς Ελλάδας και Εύβοιας.
- στ) Δύο (2) της Πελοποννήσου.
- ζ) Ένα (1) της Κρήτης και:
- η) Ένα (1) των άλλων νησιών.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται ειδικότερα τα κριτήρια για την επιλογή και συγκριτική αξιολόγηση των νοσηλευτών και κέντρων υγείας για την ανακήρυξη των καλύτερων καθώς και η διαδικασία ο τρόπος και κάθε σχετική λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων της προηγούμενης παραγράφου.

3. Σε όλο το προσωπικό των νοσηλευτών και κέντρων υγείας που ανακηρύσσονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, ως καλύτερα, καταβάλλεται ως ειδική αμοιβή χρηματικό ποσό ίσο με το από του δατικού μισθού κάθε υπαλλήλου.

Άρθρο 43.

Μεταβατικές διατάξεις.

1. Οι μόνιμοι γιατροί ασφαλιστικών οργανισμών και Γεμισίων Ν.Π.Δ.Δ. και οι μόνιμοι αγροτικοί γιατροί, που υπηρετούν κατά τη δημοσίευσή του νόμου αυτού, των οποίων οι θέσεις καταργούνται σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 2 και 3 του άρθρου 16, 2 του άρθρου 20 και 1 του άρθρου 37 του νόμου αυτού, εντάσσονται σε οργανικούς θέσεις των κέντρων υγείας της περιφέρειας του ιατρικού συλλόγου που υπηρετούσαν κατά την κατάργηση της θέσης που κατείχαν.

2. Η ένταξη γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνωστοποίηση των θέσεων, υποβολή αιτήσεων των ενδιαφερομένων και κρίση από τα συμβούλια επιλογής και κρίσης γιατρών του άρθρου 6 του Ν. 1278/1982 σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 27 του νόμου αυτού.

3. Η απαγόρευση άσκησης ελεύθερου επαγγέλματος, που προβλέπεται στην παράγραφο 3 του άρθρου 39 του νόμου αυτού, ισχύει από την έκδοση των π. δ/των που προβλέπονται με την παράγραφο 3 του άρθρου 16 του νόμου αυτού. Η απαγόρευση για τους πανεπιστημιακούς γιατρούς ισχύει από την έκδοση του π. δ/τος που προβλέπεται από το Ν. 1268/1982.

4. Η απαγόρευση της παραγράφου 2 του άρθρου 39 του νόμου αυτού ισχύει από την 1.1.1989.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. συγκροτείται επιτροπή εκτίμησης και αξιολόγησης του εξοπλισμού εργαστηρίων εργαστηριακών γιατρών και ιατρείων οδοντογιατρών που θα διαρρίζονται ως γιατροί Ε.Σ.Υ.

6. Συμβάσεις έργου μεταξύ του δημοσίου ή ασφαλιστικών οργανισμών και γιατρών για την εξωνοσηλευτική περίθαλψη των ασφαλισμένων τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία δεν μπιπτούν στις διατάξεις του Ν. 1256/1982 μέχρι την έκδοση των προεδρικών διαταγμάτων, που προβλέπονται στην παράγραφο 3 του άρθρου 16 του νόμου αυτού.

Άρθρο 44

Ο Ν. 1316/1983 για την αίδρωση, οργάνωση και αρμοδιότητες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας (Ε.Φ.), της Κρατικής Φαρμακαποθήκης (Κ.Φ.) και τροποποίηση και συμπλήρωση της Φαρμακευτικής Νομοθεσίας και άλλες διατάξεις τροποποιείται κατά τις ακόλουθες διατάξεις ως εξής:

1. Η παράγραφος 5 του άρθρου 5B αντικαθίσταται ως εξής:

«5. Ύστερα από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. μπορούν να ανατεθούν με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας συγκεκριμένα καθήκοντα ή έργα σε μέλος ή μέλη του Δ.Σ. του Οργανισμού. Η αποζημίωση των μελών αυτών καθορίζεται, ύστερα από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. με κοινή απόφαση των Υπουργών των Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Με απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. είναι δυνατό να συσταθούν γνωμοδοτικές επιτροπές από μέλη του Δ.Σ. Οι επιτροπές αυτές, που μπορούν να συμβουλευθούν εμπειρογνώμονες, επιθεργάζονται ειδικά θέματα και υποβάλλουν την αιτιολογία τους στο Δ.Σ. που εγκρίνει ή απαρτίζει τη σχετική εισήγηση. Οι γνωμοδοτικές επιτροπές συγκαλούνται σε συνεδρίαση με πρόκληση του Προέδρου ή του αναπληρωτή του, οι εισηγήσεις τους δε υποβάλλονται κατά το δυνατό στην επόμενη συνεδρίαση του Δ.Σ. Ο Πρόεδρος μπορεί βάσει των εισηγήσεων των γνωμοδοτικών επιτροπών να λαμβάνει έκτακτα μέτρα στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του. Η αποζημίωση των μελών του Δ.Σ. για τη συμμετοχή τους στις γνωμοδοτικές επιτροπές και των εμπειρογνομητών καθορίζεται, ύστερα από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας».

2. Η παράγραφος 1 του άρθρου 6 II αντικαθίσταται ως εξής:

«1. Προεδρεύει της Ολομέλειας του Διοικητικού Συμβουλίου».

3. Στο άρθρο 6 II προστίθεται η παρ. 13 με το εξής περιεχόμενο:

«13. Ο Πρόεδρος του Ε.Ο.Φ. μπορεί να αναθέτει ασυμπίετες από τις αρμοδιότητες του σε μέλος ή μέλη του Δ.Σ. καθώς επίσης στους Διευθυντές, τους Πινακτογράφους και τους υπαλλήλους του Οργανισμού».

4. Οι παράγραφοι 1 και 2 του άρθρου 6 III αντικαθίστανται ως εξής:

«III. Οι αντιπρόεδροι ισταύν τις αρμοδιότητες που τους εκχωρούνται ή τους ανατίθενται με απόφαση του Προέδρου ή του Δ.Σ.».

5. Ματά το άρθρο 17 προστίθεται νέο άρθρο 17α με το εξής περιεχόμενο:

Άρθρο 17α

1. Η Εθνική Φαρμακοβιομηχανία είναι κοινής ωφελείας και κοινωνικοποιημένη. Επιχείρηση, υπάγεται δε στις διατάξεις του Ν. 1365/1983 «Κοινωνικοποιήσεις των επιχειρήσεων δημοσίου χαρακτήρα ή κοινής ωφελείας».

2. Με Π. Δ/γμα που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του Ε.Ο.Φ. με πρόταση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζεται έως 31.12.1983 το καταστατικό της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας».

6. Τα άρθρα 18, 19 και 21 καταργούνται.

7. Το άρθρο 25 αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 25

1. Η Κρατική Φαρμακαποθήκη είναι κοινής ωφελείας και κοινωνικοποιημένη επιχείρηση, υπάγεται δε στις διατάξεις του Ν. 1365/1983 «Κοινωνικοποιήσεις των επιχειρήσεων δημοσίου χαρακτήρα ή κοινής ωφελείας».

2. Με Π. Δ/γμα που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του Ε.Ο.Φ. με πρόταση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζεται έως 31.12.1983 το καταστατικό της Κρατικής Φαρμακαποθήκης».

3. Οι διατάξεις του νόμου αυτού για την Εθνική Φαρμακοβιομηχανία εφαρμόζονται πάλιολα και στην Κρατική Φαρμακαποθήκη».

8. Στο άρθρο 14 προστίθενται πάντα νέες παράγραφοι (6 - 10), ως εξής:

«6. Ο Ε.Ο.Φ. δικαιούται να αγοράζει ακίνητα και να τυτρήνει κάθε είδους εμπράγματα δικαιώματα ή να ενοικιάζει ακίνητα για την εξυπηρέτηση των αναγκών των υπαλλήλων του ή των επιχειρήσεων που ιδρύει και ελέγχει».

7. Για την αγορά ακινήτων από κρατικούς φορείς, όπως προδεδιορίζονται στο άρθρο 9 παρ. 1 του Ν. 1232/1982 και στο άρθρο 1 παρ. 6 του Ν. 1256/1982, εφαρμόζεται για τον Ε.Ο.Φ. η διαδικασία που προβλέπει το άρθρο 50 παρ. 3 του Π.Δ. 715/1979.

8. Ο Ε.Ο.Φ. απαλλάσσεται στις περιπτώσεις των παραγράφων 6 και 7 από κάθε φόρο μεταβίβασης, εισφορά υπέρ του δημοσίου, νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου ή τρίτων και απολύτως όλων των προνομίων που προβλέπονται για την αγορά ακινήτων εκ μέρους του δημοσίου».

9. Ο Ε.Ο.Φ., με απόφαση του Προέδρου του που εγκρίνεται από το Δ.Σ., συμμετέχει σε δημόσιους αναγκαστικούς πλειστηριασμούς, από οποιαδήποτε και αν επισπεύδονται, προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες που αναφέρονται στην παράγραφο 6. Για τη συμμετοχή στον πλειστηριασμό δεν απαιτείται η κατάθεση εγγύησης στον υπάλληλο επί του πλειστηριασμού. Το Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. καθορίζει για κάθε συγκεκριμένη περίπτωση το ύψος του ποσού στην τιμή πρώτης προτεραιότητας, με το οποίο ο Ε.Ο.Φ. μπορεί να υπερβιατιστεί».

10. Ο Ε.Ο.Φ. δικαιούται να συνάπτει δάνεια, με υποθήκη ή ανέχου της περιουσίας του ή με εκχώρηση των προσόδων του, από εργώρια ή ξένα τραπεζικά πιστωτικά ιδρύματα ή άλλους ειδικούς οργανισμούς».

Οι συμβάσεις αυτές απαλλάσσονται από κάθε εισφορά υπέρ του δημοσίου και των νομικών προσώπων που εξουσιώνονται με αυτά ή υπέρ τρίτων».

Άρθρο 45

1. Τα έργα των κτιρίων των κέντρων υγείας, άρχεται από το ύψος του ολικού προϋπολογισμού και των επί μέρους προϋπολογισμών οικονομικών εργασιών και ηλεκτρομηχανολογικών εγκαταστάσεων, μπορεί να δημοπρατούνται ενιαία μεταξύ κοινωνικοποιημένων εργολάβων οικοδομικών και ηλεκτρομηχανολογικών έργων, που έχουν πτυχία αναλόγου δυναμικότητας προς τους επί μέρους προϋπολογισμούς των οικονομικών και ηλεκτρομηχανολογικών εργασιών. Στην περίπτωση αυτή δεν έχουν εφαρμογή οι σχετικές διατάξεις του άρθρου 4 του Ν.Δ. 271/1969 περί εργοληπών ηλεκτρομηχανολογικών δημοσίων έργων, που αναφέρονται στην ενιαία ή χωριστή δημοπρατηση των έργων και στις προϋποθέσεις συμμετοχής των κοινωνικοποιημένων εργοληπών στη δημοκρατία».

2. Οι διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 9 του Ν. 641/1977 (ΦΕΚ 200) ισχύουν και για έργα επισκευών, διαρρυθμίσεων και επεκτάσεων κτιρίων και εγκαταστάσεων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του Ν.Δ. 2592/1953».

Οι σχετικοί ειδικοί κοινωνικοί εκδίδονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Δημοσίων Έργων και Υγείας και Πρόνοιας».

Άρθρο 46

Τελικές διατάξεις

1. Η κοινωνικοποίηση στις υπηρεσίες υγείας ενεργείται κατά τους όρους του νόμου αυτού. Οι διαδικασίες του άρθρου 2 του Ν. 1365/1983 (ΦΕΚ 80) δεν έχουν εφαρμογή στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, εφαρμόζονται, όμως, οι υπόλοιπες διατάξεις του Ν. 1365/1983.

2. Μέχρι να συγχροτηθούν τα Π.Ε.Σ.Υ. οι αρμοδιότητες τους ασκούνται από το Κ.Ε.Σ.Υ., εφόσον δεν ορίζεται διαφορετικά από τις επίμαχες διατάξεις του νόμου αυτού.

3. Όπου κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού για την έκδοση π. δ/των ή άλλων πράξεων της Διοίκησης απαιτείται και γνώμη απλή ή σκεπασμένη φορέων ή συλλογικών οργάνων, εφόσον η γνώμη δεν κατέληξε σε προδικαστικά τριών μηνών, εφόσον από τις επίμαχες διατάξεις δεν ορίζεται διαφορετικά από την σχετική πρόταση του αρμόδιου Υπουργού, τα π. δ/τα και οι άλλες διοικητικές πράξεις εκδίδονται χωρίς αυτή.

4. Κατεξαιρέση των διατάξεων της παραγράφου 7 του άρθρου 6 του νόμου αυτού επιτρέπεται η μεταβίβαση αναλυτικών μεσογών και μερικών ΕΠΕ λόγω πληρονομητικής διαβολής ή εν ζωή σε ήδη μετόχους της ανωνύμου εταιρείας ή της Ε.Π.Ε.

5. Κάθε διάταξη που αντίκειται στις διατάξεις του νόμου αυτού ή ρυθμίζει διαφορετικά θέματα του νόμου αυτού καταργείται.

Άρθρο 47.

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζουν διαφορετικά οι επίμαχες διατάξεις.

Προσγγέλιον να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως το κείμενο του παρόντος και να εκτελεσθεί ως νόμος του Κράτους.

Αθήνα, 7 Οκτωβρίου 1983

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Γ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΕΙΣΤΕΡΙΚΩΝ
ΓΕΩΡΓ. ΑΛΕΞ. ΜΑΓΚΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΜΗΜΑΤΑΣ
ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ
ΑΠ. ΑΘ. ΤΣΟΧΑΤΣΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓ. ΑΛΕΞ. ΜΑΓΚΑΚΗΣ
ΕΘΝ. ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΚΑΚΑΛΑΜΑΝΗΣ ΓΙΩΑΝΝΗΣ ΠΟΤΤΑΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ
ΠΑΡ. ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ ΒΕΡΥΒΑΚΗΣ

ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΑΣ
ΓΕΩΡΓ. ΚΑΤΣΙΦΑΡΑΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους.

Αθήνα, 7 Οκτωβρίου 1983

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΜΑΓΚΑΚΗΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ:

Νόμος 2071/92 , Τεύχος Α' , Αριθμός Φύλλου 123.

"Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας"



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
15 ΙΟΥΛΙΟΥ 1992

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
123

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2071

Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που φήμισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Άρθρο 1

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

Μέρη του κράτους

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

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

Άρθρο 2

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

Υγειονομικές περιφέρειες

1. Η Χώρα διαίρεται σε υγειονομικές περιφέρειες:

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

Άρθρο 3

Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας

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

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

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

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

Άρθρο 4

Σύσταση ειδικών γραμματειών

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

2. Οι ειδικές γραμματείες είναι:

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

β) Γραμματεία επιστημονικών και υγειονομικών θεμάτων.

που αποτελείται από δύο (2) υπαλλήλους ΠΕ κατηγορίας του Υπουργείου Υγείας ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα υγείας και τρεις (3) ειδικούς επιστήμονες με εμπειρία σε επιστημονικά και υγειονομικά θέματα.

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

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

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

Άρθρο 5

Αρμοδιότητες των ειδικών γραμματειών

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

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

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

Άρθρο 6

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

Σύνθεση του ΚΕ.Σ.Υ.

Το ΚΕ.Σ.Υ αποτελείται από :

- 1. Τρεις τακτικούς και τρεις αναπληρωματικούς εκπροσώπους του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.) που ορίζονται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του:
- 2. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο :
 - α) Της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας. β) Του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου. γ) Της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών (Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.). δ) Της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.). ε) Της Γενικής Συνομοσπονδίας Εργατών Ελλάδας (Γ.Σ.Ε.Ε.). στ) Της ανώτατης συνδικαλιστικής επαγγελματικής οργάνωσης των αγροτών. ζ) Της Γενικής Συνομο-

σπονδίας Επαγγελματιοβιοτεχνών Ελλάδας (Γ.Σ.Ε.Β.Ε.). Καθένα από τα μέλη αυτά, ορίζεται με απόφαση του οικιακού συμβουλίου του φορέα του.

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

4. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο :

- α) Των ιατρικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. της Χώρας. β) Των οδοντιατρικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. της Χώρας. γ) Των φαρμακευτικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. της Χώρας. δ) Των νοσηλευτικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. της Χώρας. Καθένα από τα μέλη αυτά εκλέγεται μεταξύ των εκπροσώπων που προτείνονται από τις συνελεύσεις των αντίστοιχων τμημάτων.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Άρθρο 7

Συγκρότηση του ΚΕ.Σ.Υ.

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

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

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

3. Μέχρι συγκρότησης του ΚΕ.Σ.Υ., κατά τις διατάξεις του παρόντος, εξακολουθεί να λειτουργεί τούτο με τη σύνθεση που έχει.

Άρθρο 8
Αρμοδιότητες του ΚΕ.Σ.Υ.

1. Το ΚΕ.Σ.Υ. έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:
α) Σχεδιάζει, προγραμματίζει και προσδιορίζει τους γενικούς στόχους και κατευθύνσεις στον τομέα της υγείας και υποβάλλει σχετικές προτάσεις στον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

β) Γνωμοδοτεί σε θέματα τρέχουσας πολιτικής, όσον αφορά την υγεία, που παραπέμπονται σ' αυτό, και εισηγείται μέτρα για την υλοποίηση των προγραμματικών στόχων.

γ) Παρακολουθεί τη διαδικασία προγραμματισμού, ελέγχει την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής του προγράμματος σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο, όταν τούτο του ζητηθεί από τον αρμόδιο υπουργό και εισηγείται διορθωτικά μέτρα.

2. Στο ΚΕ.Σ.Υ. περιέρχονται όλες οι αρμοδιότητες που είχαν το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο, εκτός εκείνων που αναφέρονται στις διατάξεις του ν. 1965/1991, το Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, οι επιτροπές οπτικών, το Ειδικό Γνωμοδοτικό Συμβούλιο για την άσκηση επαγγέλματος ψυχολόγων, η Επιτροπή Γενετικής και Οικογενειακού Προγραμματισμού, το Συμβούλιο Θεμάτων Υγείας και Αναπτυξιακής Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.

3. Ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να μεταβιβάσει την ευθύνη συντονισμού των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.), του άρθρου 10 του παρόντος νόμου, στο ΚΕ.Σ.Υ.

Άρθρο 9

Το άρθρο 4 του ν.1278/1982 αντικαθίσταται ως εξής:

Ολομέλεια και εκτελεστική επιτροπή του ΚΕ.Σ.Υ.

1. Το ΚΕ.Σ.Υ. αποφασίζει εν ολομέλεια για θέματα αρμοδιότητάς του. Η ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ. εικάζεται σε απαρτία όταν είναι παρόντα τα 1/2 συν 1 των μελών του. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων. Μέλος του ΚΕ.Σ.Υ. που απουσιάζει αδικαιολόγητα σε περισσότερες από δύο (2) συνεχείς συνεδριάσεις αντικαθίσταται υποχρεωτικά από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Το ΚΕ.Σ.Υ. συγκροτεί εκτελεστική επιτροπή που αποτελείται από: α) Τον πρόεδρο αυτού, ως πρόεδρο, β) τον αντιπρόεδρο αυτού, ως αντιπρόεδρο, γ) τους τρεις συντονιστές των ειδικών γραμματειών, δ) δύο μέλη του ΚΕ.Σ.Υ., που εκλέγονται από την ολομέλεια αυτού.

3. Η εκτελεστική επιτροπή εισηγείται στην ολομέλεια τα θέματα προς συζήτηση και μεριμνά για την υλοποίηση των επιλογών και αποφάσεων του ΚΕ.Σ.Υ. σε συνεργασία με τις ειδικές γραμματείες.

4. Η εκτελεστική επιτροπή για την προώθηση του έργου της, την εκπλήρωση των σκοπών του ΚΕ.Σ.Υ. και την υλοποίηση των αποφάσεων της ολομέλειας, μπορεί να καταρτίζει ειδικές επιτροπές, συμβούλια και ομάδες που συγκροτούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, οι οποίες εντός εύλογου χρό-

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

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

Άρθρο 10

Σύσταση-συγκρότηση-λειτουργία ΠΕ.Σ.Υ.

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

2. Το ΠΕ.Σ.Υ. συνεδριάζει τακτικά ανά δίμηνο και εκτάκτως όταν παραστεί ανάγκη στη Χώρα ή στην περιφέρεια, μετά από πρόσκληση του προέδρου προς τα μέλη.

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

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

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

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

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

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

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

9. Η θητεία των μελών των παρ. δ' και στ' της παραγράφου 1, η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού διορισμού. Επιτρέπεται η αντικατάσταση αυτών για οποιονδήποτε λόγο για το υπόλοιπο της θητείας τους. Μέχρι να ορισθεί ο αντικαταστάτης, το συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα με τα λοιπά μέλη του. Η ολομέλεια του Π.Ε.Σ.Υ. εκλέγει τον αντιπρόεδρο με μυστική ψηφοφορία μεταξύ των ιατρών μελών του Π.Ε.Σ.Υ..

10. Το Π.Ε.Σ.Υ. αποφασίζει εν ολομέλεια και οι αποφάσεις του λαμβάνονται σύμφωνα με τη παρ. 5 του άρθρου αυτού.

11. Η εκτελεστική επιτροπή αποτελείται από τον πρόεδρο, αντιπρόεδρο και ένα μέλος του Π.Ε.Σ.Υ. Το μέλος της εκτελεστικής επιτροπής του Π.Ε.Σ.Υ., εκλέγεται δια μυστικής ψηφοφορίας μεταξύ όλων των μελών αυτού.

Η εκτελεστική επιτροπή εισηγείται δια του προέδρου της στην ολομέλεια τα θέματα προς συζήτηση και συντάσσει προς τούτο ειδική εισήγηση για κάθε θέμα. Η εκτελεστική επιτροπή μεριμνά για την προώθηση και υλοποίηση των αποφάσεων της ολομέλειας και μπορεί να προτείνει τη σύσταση ειδικών επιτροπών και ομάδων εργασίας, για την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου, στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του Π.Ε.Σ.Υ. Η συγκρότηση των προτεινόμενων επιτροπών γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και με σύμφωνη γνώμη αυτού. Με την απόφαση συγκρότησης κάθε επιτροπής ή ομάδας εργασίας, καθορίζεται το έργο, ο τρόπος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις των μελών της, και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

12. Στα μέλη του Π.Ε.Σ.Υ. δεν καταβάλλεται αποζημίωση.

13. Στη Διεύθυνση Υγείας της νομαρχίας της έδρας κάθε Π.Ε.Σ.Υ. λειτουργεί υπηρεσία γραμματειακής υποστηρίξεως αυτού. Η υπηρεσία γραμματειακής υποστηρίξεως του Π.Ε.Σ.Υ. στελεχώνεται από τους υπαλλήλους της διεύθυνσης υγείας της νομαρχίας στην οποία εδρεύει το Π.Ε.Σ.Υ. Η υπηρεσία γραμματειακής υποστηρίξεως συγκεντρώνει και επεξεργάζεται τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για το έργο του συμβουλίου και διεξάγει κάθε εργασία σχετική με το έργο αυτό.

14. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να συστήνονται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και να προσθέτονται στον οργανισμό του θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, για την εξυπηρέτηση του έργου του Π.Ε.Σ.Υ. Ο αριθμός των ανωτέρω θέσεων δεν μπορεί να υπερβαίνει τις πέντε (5) για κάθε Π.Ε.Σ.Υ.. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν. 993/1979 (ΦΕΚ 281 Α), όπως αυτές συμπληρώθηκαν ή τροποποιήθηκαν μεταγενέστερα. Οι υπάλληλοι, που προσλαμβάνονται στις θέσεις αυτές, υπηρετούν στις έδρες των Π.Ε.Σ.Υ.

15. Στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων γράφονται κάθε χρόνο

σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό πιστώσεις για την κάλυψη των δαπανών λειτουργίας του Κ.Ε.Σ.Υ. και των Π.Ε.Σ.Υ..

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

Άρθρο 11

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

Μονάδες Περιθαλψής

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

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

Πρωτοβάθμια φροντίδα και αγωγή υγείας

Άρθρο 12

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

1. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας υπάγονται οι ιατρικές και νοσηλευτικές καθώς και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες, που έχουν ως σκοπό την προληψη και την αποκατάσταση βλαβών της υγείας, που δεν απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο. Προς το σκοπό αυτόν μπορεί να συστήνονται και να λειτουργούν ειδικές μονάδες, ως επιστημονικά τμήματα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, από ν.π.δ.δ ή από ν.π.ι.δ..

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

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

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

Άρθρο 13

Ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

1. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται και από:
- α) Ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία
 - β) Ιδιωτικά πολυιατρεία
 - γ) Ιδιωτικά οδοντιατρικά κέντρα
 - δ) Ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια
 - ε) Πολυδύναμα διαγνωστικά κέντρα
 - στ) Ιδιωτικά εργαστήρια φυσιοθεραπείας.

2. Οι όροι, προϋποθέσεις και προδιαγραφές εν γένει ίδρυσης και λειτουργίας των παραπάνω ιδιωτικών φορέων, η εποπτεία επί αυτών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 14

Κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κάθε άλλου, κατά περίπτωση, αρμόδιου υπουργού, μπορεί να συστήνονται κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, για την εξυπηρέτηση των υγειονομικών αναγκών του ορεινού, αγροτικού και νησιωτικού πληθυσμού. Σε ειδικές περιπτώσεις, είναι δυνατό οι μονάδες αυτές να προσφέρουν δευτεροβάθμια περίθαλψη.

2. Κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να συστήνονται από ν.π.δ.δ. και ν.π.ι.δ. μετά από σχετική άδεια που χορηγεί ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

3. Ο τρόπος λειτουργίας η στελέχωση σε ιατρικό, οδοντιατρικό, νοσηλευτικό, επισκέπτες υγείας και λοιπό προσωπικό, οι πρόσθετες αμοιβές του προσωπικού που θα υπηρετεί στις μονάδες αυτές και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια, που αφορά την εν γένει λειτουργία των μονάδων αυτών, καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κάθε άλλου, κατά περίπτωση, αρμόδιου υπουργού.

Άρθρο 15

Κέντρα υγείας και υγειονομικοί σταθμοί

1. Από της ισχύος του νόμου αυτού μετατρέπονται:

- α) Τα κέντρα υγείας, πλην των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που λειτουργούν και ως κέντρα υγείας, σε αποκεντρωμένες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- β) Τα περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας σε υγειονομικούς σταθμούς.
- γ) Τα αγροτικά ιατρεία σε υγειονομικούς σταθμούς.

Εφεξής τα κέντρα υγείας και όλοι οι υγειονομικοί σταθμοί υπάγονται απευθείας στη διεύθυνση υγείας της οικείας νομαρχίας, με εξαίρεση τα κέντρα υγείας νησιωτικών περιοχών, τα οποία μπορούν να υπαχθούν σε διευθύνσεις υγείας νομού της αυτής ή άλλης υγειονομικής περιφέρειας. Οι ήδη λειτουργούντες υγειονομικοί σταθμοί διατηρούνται και λειτουργούν όπως τα μετατρεπόμενα περιφερειακά και αγροτικά ιατρεία. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζονται, η έδρα κάθε κέντρου υγείας και η περιοχή ευθύνης του, η έδρα και η περιοχή

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

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

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από εισήγηση του αρμόδιου νομάρχη και γνώμη του οικείου Π.Ε.Σ.Υ. μπορεί να συστήνονται νέα κέντρα υγείας και υγειονομικοί σταθμοί ή να συγχωνεύονται, ή να μετατρέπονται αναλόγως με τις μεταβολές των δημογραφικών και χωροταξικών δεδομένων ή με τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

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

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

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

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

το σύνολο των αποδοχών της θέσης που κατείχαν.

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

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

Άρθρο 16

Σκοπός των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης

1. Σκοπός των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης είναι:

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

2. Με απόφαση της διοικούσας επιτροπής του κέντρου υγείας πλήρως αιτιολογημένη και έγκριση της αρμόδιας διεύθυνσης υγείας, μπορεί σε περίπτωση ανάγκης, να καλείται ιατρός που ασκεί ελεύθερο επάγγελμα στην περιοχή να προσφέρει τις υπηρεσίες του στο κέντρο υγείας. Ο τρόπος και το ύψος αμοιβής των ιατρών αυτών καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 17

Οργάνωση και λειτουργία κέντρων υγείας και υγειονομικών σταθμών

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Άρθρο 18

Διοίκηση κέντρων υγείας

1. Τα κέντρα υγείας διοικούνται από τριμελή διοικούσα επιτροπή, που διορίζεται με απόφαση του οικείου νομάρχη. Η ιδιότητα του μέλους της τριμελούς διοικούσας επιτροπής είναι τιμητική και άμισθη.

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

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται τα καθήκοντα, οι αρμοδιότητες, οι υποχρεώσεις και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια που αφορά τη λειτουργία της διοικούσας επιτροπής.

Άρθρο 19

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

1. Τα κέντρα υγείας και οι υγειονομικοί σταθμοί βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το νομαρχιακό και περιφερειακό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας που ανήκουν. Οι λεπτομέρειες και ο τρόπος της διασύνδεσης αυτής καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Η κάλυψη των αναγκών των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών σε ιατρικό προσωπικό των περιπτώσεων β' και γ' της παραγράφου 1 του άρθρου 17 προγραμματίζεται με απόφαση του νομάρχη ύστερα από εισήγηση της διοικούσας επιτροπής του κέντρου υγείας. Με την απόφαση αυτήν ορίζεται ιδιαίτερα ο χρόνος υπηρεσίας στο κέντρο υγείας των ιατρών της περίπτωσης γ' παρ. 1 του άρθρου 17 με τη συμφωνη γνώμη του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου από το οποίο προέρχεται ο ιατρός.

3. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα, που λειτουργούν στον ίδιο νομό και ως κέντρα υγείας ή σε διαφορετικούς νομούς αλλά στην ίδια υγειονομική περιφέρεια, και λειτουργούν επίσης ως κέντρα υγείας ή μη και δε διαθέτουν ιατρούς ορισμένων ειδικοτήτων, επισκέπτονται ειδικοί ιατροί του νομαρχιακού νοσοκομείου ή άλλου νοσοκομείου όμορου νομού της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας με απόφαση των Δ.Σ. των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Σε περίπτωση διαφωνίας μεταξύ των Δ.Σ. των νοσοκομείων αυτών, αν μεν είναι στον ίδιο νομό, αποφασίζει ο νομάρχης, αν δε σε διαφορετικούς νομούς η περιφερειακή διεύθυνση υπηρεσιών υγείας της αντίστοιχης υγειονομικής περιφέρειας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται εκείνα τα νοσηλευτικά ιδρύματα, που μπορεί να λειτουργούν και ως κέντρα υγείας.

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

1. Χορηγείται από το κράτος, όπως επίσης και από άλλους πολίτες με το οποίο εφεξής είναι δυνατή, η επιλογή επιλογή ιατρού οδοντίατρο και θεραπευτήριου.

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

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

Άρθρο 21

Ιατροί γενικής ιατρικής

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

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

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

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

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

Άρθρο 22

Ιατροί υπηρεσίας υπαίθρου

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

2. Με απόφαση της Επιτροπής Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται οι προϋποθέσεις που απαιτούνται για την έκδοση αποφάσεων αναστολών και απαλλαγών της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968.

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

Άρθρο 23

Άλλες διατάξεις για τους ιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου

1. Η διάταξη της παραγράφου 1 του άρθρου 54 του ν. 1759/1988 επεκτείνεται ισχύουσα και για ιατρούς μη υπόχρεους θητείας υπαίθρου του ν. 67/1968, εφόσον η προκήρυξη του αντίστοιχου υγειονομικού σχηματισμού παραμένει άγονη επί τριμήνα.
2. Οι άδειες και απουσίες πάσης φύσεως των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου δεν προσηματώνται στην υποχρέωση υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968.
3. Με απόφαση της προϊσταμένης αρχής του ιατρού υπηρεσίας υπαίθρου μπορεί να χορηγείται άδεια διαμονής σε αυτόν εκτός της έδρας του υγειονομικού σταθμού, μόνο στις περιπτώσεις που αυτή δεν πληροί στοιχειώδεις προϋποθέσεις διαμονής.
4. Οπίλιτες ιατροί, που υπηρετούν σε υγειονομικούς σταθμούς μπορούν με αίτησή τους να παρατείνουν την παραμονή τους, σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 7 του ν. 1821/1988 (ΦΕΚ 271 Α), κατόπιν εγγράφου άδειας της υγειονομικής υπηρεσίας του οικείου Γενικού Επιτελείου.
5. Ιατροί πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία (πλην στεροζυγών), κληρονομική σφαιροκυττάρωση και δρεπανοκυττάρική ή μικροδρεπανοκυττάρική νόσο, απαλλάσσονται της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968. Επίσης απαλλάσσονται της ίδιας υποχρέωσης ιατροί, που πάσχουν από παραπληγία, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, μόνο εάν υποβάλλονται σε θεραπεία αιμοκαθάρσεως και ιατροί, που έχουν κριθεί από τις αντίστοιχες υγειονομικές επιτροπές και παρουσιάζουν αναπηρία άνω του 67%.

Άρθρο 24

Αναγνώριση υπηρεσίας υπαίθρου

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

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

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

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

Άρθρο 25

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

1. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με έδρα την Αθήνα και επωνυμία "Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του", που εποπτεύεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
2. Σκοπός του κέντρου είναι η συστηματική αντιμετώπιση και η παρακολούθηση, ο συντονισμός και η υποβοήθηση των ενεργειών για την έρευνα σε όλα τα επίπεδα, την πρόληψη και τη θεραπεία τόσο του σακχαρώδη διαβήτη όσο και των επιπλοκών του.
3. Το κέντρο αυτό εποπηγείται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από τα πρόγραμμα δημόσιων επενδύσεων, από δωρεές, κληροδοτήματα και και κάθε άλλη επιχορήγηση από τρίτους και έσοδα από τυχόν παροχή υπηρεσιών.
4. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται το αντικείμενο και οι ειδικότερες αρμοδιότητες του κέντρου στα πλαίσια του σκοπού του, τα της διοικήσεως, τα του ελέγχου της διαχείρισεως του κέντρου, τα του προσωπικού και της οργάνωσης, τα της εν γένει λειτουργίας αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 26

Κέντρο Έλεγχου Ειδικών Λοιμώξεων

1. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με έδρα την Αθήνα και επωνυμία "ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ" (Κ.Ε.Ε.Λ.), που εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με σκοπό την αντιμετώπιση και παρακολούθηση, συντονισμό και υποβοήθηση των ενεργειών για την πρόληψη της εξάπλωσης ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων και τη θεραπευτική αντιμετώπισή τους.
2. Το Κ.Ε.Ε.Λ. εποπηγείται από τον ταστικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από τα πρόγραμμα δημόσιων επενδύσεων, από δωρεές, κληροδοτήματα, κάθε άλλη επιχορήγηση από τρίτους και έσοδα από τυχόν παροχή υπηρεσιών.
3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται το αντικείμενο και οι ειδικότερες αρμοδιότητες του κέντρου στα πλαίσια του σκοπού του, τα της διοικήσεως και τα του ελέγχου της διαχείρισεως του κέντρου, τα του προσωπικού και της οργάνωσης του, τα της εν γένει λειτουργίας αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 27**Κέντρο Κληρονομικών Νόσων Αίματος**

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

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

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

Άρθρο 28**Κατ' οίκον νοσηλεία**

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

2. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Εργασίας, καθορίζονται κυρίως οι όροι και οι προϋποθέσεις για την παροχή της κατ' οίκον νοσηλείας, ο χρόνος ενόρθεως του συστήματος αυτού, οι κατηγορίες ασθενών, οι τυχόν εξειδικευμένες ιατρικές ή νοσηλευτικές πράξεις, τα νοσηλευτικά δρώματα ή άλλες μονάδες του τομέα υγείας ή πρόνοιας ή κοινωνικών ασφαλίσεων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με μέριμνα και ευθύνη των οποίων εφαρμόζεται η κατ' οίκον νοσηλεία, οι δαπάνες κινήσεως των ατόμων, που συντελούν στην κατ' οίκον νοσηλεία, η συμμετοχή του ασφαλιστικού φορέα του νοσηλευμένου στις δαπάνες της νοσηλείας αυτής; όπως και κάθε άλλη λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 29**Μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας**

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

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

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

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

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

Άρθρο 30**Σύσταση Υπηρεσίας κατ'οίκον νοσηλείας**

1. Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ειδική υπηρεσία υπό τον τίτλο "Υπηρεσία κατ'οίκον νοσηλείας".

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

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

Άρθρο 31**Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (Ε.Σ.Α.Υ.)**

Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνιστάται Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (Ε.Σ.Α.Υ.). Η Ε.Σ.Α.Υ. αποτελεί συμβουλευτικό όργανο προγραμματισμού και μελέτης σε θέματα αγωγής υγείας.

Άρθρο 32**Αρμοδιότητες Ε.Σ.Α.Υ.**

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

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

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

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

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

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

οργανισμών και φορέων (Π.Ο.Υ., Ε.Ο.Κ., κ.λπ.).

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

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

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

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

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

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

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

**Άρθρο 33
Συγκρότηση Ε.Σ.Α.Υ.**

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

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

β. Έναν (1) καθηγητή ή αναπληρωτή καθηγητή Πανεπιστημίου, που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με ειδική εμπειρία σε θέματα αγωγής υγείας.

γ. Έναν (1) εκπρόσωπο της Ε.Σ.Η.Ε.Α., προτεινόμενο από αυτήν.

δ. Έναν (1) ανώτατο ή ανώτερο υγειονομικό αξιωματικό του κλάδου ιατρών, προτεινόμενο από τον Υπουργό Εθνικής Άμυνας.

ε. Δύο (2) εκπροσώπους του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, εκ των οποίων ένας (1) της γενικής διδύθυνσης πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και ένας (1) της γενικής διδύθυνσης δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, που ορίζονται από τον οικείο Υπουργό.

στ. Έναν (1) εκπρόσωπο της Εισληθίας της Ελλάδος, που προτείνεται από την Αρχιεπισκοπή.

ζ. Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, οριζόμενο από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

η. Τον προϊστάμενο της Διεύθυνσης Κοινωνικής Εργασίας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

θ. Έναν (1) εκπρόσωπο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, προτεινόμενο από αυτήν.

ι. Έναν (1) εκπρόσωπο του Συλλόγου Ψυχολόγων Πανεπιστημιακής βαθμίδας, προτεινόμενο από το σύλλογο αυτόν, κατά προτίμηση παιδοψυχολόγο.

ια. Έναν (1) εξειδικευμένο σε θέματα αγωγής υγείας επιστήμονα, με αναγνωρισμένο κύρος και εμπειρία, που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ιβ. Δύο (2) εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοικήσεως, που προτείνονται από τὸ δικαστικό συμβούλιο της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.).

ιγ. Έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Συλλόγου Γονέων και Κηδεμόνων, που προτείνεται από το Σύλλογο αυτόν.

ιδ. Έναν (1) επισκέπτη υγείας, που προτείνεται από τον Πανελλήνιο Σύλλογο Επισκεπτών-Επισκεπτριών Υγείας (Π.Σ.Ε.Ε.Υ.).

2. Οι αναφερόμενοι στην προηγούμενη παράγραφο προτείνονται ή ορίζονται με τους αναπληρωτές τους.

3. Σε περίπτωση που οι αρμόδιοι φορείς δεν προτείνουν τους αναφερόμενους εκπροσώπους εντός μηνός από της λήξεως της σχετικής ειδοποίησης, ο Υπουργός διορίζει αυτούς κατά την κρίση του.

4. Στις συνεδριάσεις της Ε.Σ.Α.Υ. δύναται να μετέχει κατά την κρίση του χωρίς ψήφο ο προϊστάμενος της Διεύθυνσης Αγωγής Υγείας και Ενημέρωσης του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

5. Τα τακτικά και αναπληρωματικά μέλη της Ε.Σ.Α.Υ. διορίζονται με διετή θητεία, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με την απόφαση αυτήν ορίζονται ο πρόεδρος και οι τρεις αντιπρόεδροι της επιτροπής.

**Άρθρο 34
Λειτουργία Ε.Σ.Α.Υ.**

1. Στις συνεδριάσεις της Ε.Σ.Α.Υ. δύναται να παρίσταται χωρίς ψήφο ο, κατά περίπτωση αρμοδιότητας, γενικός γραμματέας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Η Ε.Σ.Α.Υ. βρίσκεται σε απαστία, όταν είναι παρόντα το ήμισυ συν ένα (1) των μελών αυτής, οι δε αποφάσεις της λαμβάνονται με απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων μελών. Σε περίπτωση ισοψηφίας, υπερισχύει η ψήφος του προέδρου. Μέλος της Ε.Σ.Α.Υ., που απουσιάζει αδικαιολόγητα σε περισσότερες από τρεις συνεδριάσεις ανά εξάμηνο, αντικαθίσταται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η Ε.Σ.Α.Υ. συνεδριάζει τακτικά δύο φορές το μήνα και εκτάκτως όταν παρίσταται ανάγκη.

3. Η Ε.Σ.Α.Υ. συγκροτεί εκτελεστική επιτροπή, που αποτελείται από: α) τον πρόεδρό της, ως πρόεδρο, β) τους αντιπροέδρους, ένας εκ των οποίων προέρχεται από τους στο στοιχ. ιγ' της παρ. 1 του άρθρου 33, αναφερόμενους, γ) τρία (3) μέλη τα οποία εκλέγονται με τον αναπληρωτή τους, με μυστική ψηφοφορία.

4. Η εκτελεστική επιτροπή συνεδριάζει τουλάχιστον δύο φορές το μήνα, εκτάκτως δε όταν παρίσταται ανάγκη και βρίσκεται σε απαστία όταν μετέχουν τα τέσσερα (4) από τα μέλη της. Η εκτελεστική επιτροπή εισηγείται στην Ε.Σ.Α.Υ. τα θέματα προς συζήτηση και έχει την επιμέλεια της διατυπώσεως και προωθήσεως σχετικών προτάσεων.

5. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη της Ε.Σ.Α.Υ. που συνέρχεται για το σκοπό αυτόν αμέσως μετά τη

συγκρότησή της, καθορίζεται ο τρόπος 'οργανώσεως και λειτουργίας αυτής καθώς και της 'εκτελεστικής επιτροπής, οι υποχρεώσεις των μελών της, η διαδικασία συγκλήσεως και λήψεως αποφάσεων, η συγκρότηση ομάδων μελέτης θεμάτων, η συγκρότηση και λειτουργία γραμματειακής υποστηρίξεως και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

6. Η Ε.Σ.Α.Υ. μπορεί να συγκροτεί υποεπιτροπές στις οποίες καλούνται να μετέχουν, ανάλογα με το αντικείμενο, εκπρόσωποι αντίστοιχων επιστημονικών εταιρειών ή και άλλων κρατικών ή ιδιωτικών φορέων.

Άρθρο 35

Έγκριση και εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας

1. Από της δημοσεύσεως του παρόντος, δημόσιοι ή ιδιωτικοί φορείς, πριν από κάθε εφαρμογή προγράμματος ενημερώσεως αγωγής της υγείας, πρέπει να έχουν έγκριση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από γνώμη της Ε.Σ.Α.Υ..

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις εφαρμογής των διατάξεων της παραγράφου αυτής, όπως επίσης και οι επιβαλλόμενες διοικητικές κυρώσεις σε περίπτωση παράβασης της.

3. Αν κατά τη διάρκεια προβολής θεμάτων αγωγής υγείας από δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα διαπιστωθεί απόκλιση από τις αρχές της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) και των ισχυόντων νόμων, διακόπτεται το πρόγραμμα ενημέρωσης με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μετά γνώμη της Ε.Σ.Α.Υ..

Άρθρο 36

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

Στην έδρα κάθε νομού, πλην της περιοχής Αττικής, συστάται Νομαρχιακή Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (Ν.Ε.Σ.Α.Υ.).

Άρθρο 37

Αρμοδιότητες Ν.Ε.Σ.Α.Υ.

Η Νομαρχιακή Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

- 1) Γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά στην εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας στο νομό και που παραπέμπεται σε αυτήν από τον οικείο νομάρχη.
- 2) Προτείνει τα αναγκαία μέτρα στη νομαρχία για την επέκταση και παραπέρα βελτίωση των προγραμμάτων αγωγής υγείας.
- 3) Συνεπικουρεί τη Διεύθυνση Πρόνοιας και Υγείας της νομαρχίας, για την προώθηση και εφαρμογή σε τοπικό επίπεδο των προγραμμάτων αγωγής υγείας, τα οποία έχουν αποφασιστεί από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- 4) Αναφέρει στην Ε.Σ.Α.Υ. τυχόν τοπικές ιδιαιτερότητες καθώς και στοιχεία, που αξιολογούμενα οδηγούν σε αποτελεσματικό προγραμματισμό.
- 5) Επισημαίνει ανάγκες και προτείνει στη νομαρχία μέτρα για το συντονισμό προώθησης των προγραμμάτων αγωγής υγείας του νομού.

Άρθρο 38

Συγκρότηση - Σύνοση Ν.Ε.Σ.Α.Υ.

1. Η Νομαρχιακή Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας συγκροτείται με απόφαση του νομάρχη και αποτελείται από:

- α) Τους προϊσταμένους των διευθύνσεων ή τμημάτων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας της νομαρχίας ή τους νομίμως αναπληρωτές τους. Όπου η προαναφερθείσα διεύθυνση είναι ενοποιημένη, στην επιτροπή μετέχουν τόσο ο προϊστάμενος (ιατρός ή διοικητικός) όσο και ο τμηματάρχης (ιατρός ή διοικητικός) της διεύθυνσης.
- β) Έναν (1) εκπρόσωπο του οικείου ιατρικού συλλόγου, που προτείνεται από αυτόν με τον αναπληρωτή του.
- γ) Έναν (1) εκπρόσωπο του οικείου οδοντιατρικού συλλόγου, που προτείνεται από αυτόν, με τον αναπληρωτή του.
- δ) Έναν (1) εκπρόσωπο του οικείου φαρμακευτικού συλλόγου που προτείνεται από αυτόν με τον αναπληρωτή του.
- ε) Έναν (1) εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης, που ορίζεται από την Τοπική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων (Τ.Ε.Δ.Κ.Ε.) του νομού.

στ) Έναν (1) εκπρόσωπο, που έχει διακριθεί για την επιστημονική του δραστηριότητα, κατά προτίμηση σε χώρους ή αντικείμενα, που έχουν σχέση με την αγωγή υγείας ή γενικότερα με την κοινωνική πολιτική επί της αγωγής υγείας, που προτείνεται με τον αναπληρωτή του από τον οικείο νομάρχη.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη της Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας, καθορίζεται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας αυτής, οι υποχρεώσεις των μελών της, οι διαδικασίες συγκλήσεως και λήψεως αποφάσεων, η συγκρότηση και λειτουργία γραμματειακής υποστηρίξεως και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

3. Οι αρμοδιότητες της Νομαρχιακής Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (Ν.Ε.Σ.Α.Υ.) για την περιοχή Αττικής ασκούνται από την Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής της Υγείας (Ε.Σ.Α.Υ.)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Άρθρο 39

Σκοπός του Ε.Κ.Α.Β.

- 1. Η Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική (Ε.Π.Ι) παρέχεται ενιαία σε όλη τη Χώρα και τον πληθυσμό της, μόνιμο ή διερχόμενο, ημεδαπό ή αλλοδαπό και ανεξαρτήτως της ύπαιθρου ή όχι ασφαλιστικού φορέα.
- 2. Σκοπός του Ε.Κ.Α.Β είναι η παροχή υπηρεσιών επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας και ειδικότερα:
 - α. Η εφαρμογή σωστικών για την υγεία και τη ζωή μέτρων σε άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο και η μεταφορά τους με ειδική φροντίδα στον κατάλληλο υγειονομικό σχηματισμό.
 - β. Η μεταφορά περιστατικών που δε χαρακτηρίζονται επείγοντα, αλλά δεν μπορούν να μεταφερθούν με άλλα μέσα.
 - γ. Η εκπαίδευση σε θέματα παροχής Α' Βοηθειών και επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής, στον πληθυσμό, στα πληρώματα ασθενοφόρων και σε διάφορες άλλες κοινωνικές ομάδες.

δ. Η άμεση συμμετοχή και ο συντονισμός για την παροχή ιατρικής βοήθειας σε περιπτώσεις μαζικών ατυχημάτων ή καταστροφών.

Άρθρο 40

Η παρ. 3 του άρθρου 7 του ν. 1579/1985 αντικαθίσταται ως εξής:

Διοίκηση του Ε.Κ.Α.Β.

1. Το Ε.Κ.Α.Β. διοικείται από επταμελές διοικητικό συμβούλιο, που αποτελείται από:

α. Τέσσερα (4) πρόσωπα, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από τα οποία ο ένας είναι ανώτερος υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, τα λοιπά δε να είναι επιστημονικοί επιπέδου ή να έχουν σχετική εμπειρία.

β) Έναν (1) εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης, που προτείνεται από την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε..

γ) Έναν (1) εκπρόσωπο των εργαζομένων στο Ε.Κ.Α.Β., που εκλέγεται από τους εργαζομένους σε αυτό. Και

δ) Έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, που προτείνεται από αυτόν.

Για κάθε τακτικό μέλος του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β. ορίζεται και ο αναπληρωτής του.

2. Η θητεία των μελών του Δ.Σ. είναι 2ετής και η συγκρότησή του γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με την οποία ορίζονται ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος αυτού.

3. Επιτρέπεται ελευθέρως η αντικατάσταση μέλους του Δ.Σ. του αντιπροέδρου ή προέδρου, για οποιονδήποτε λόγο, για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού. Μέχρι να ορισθεί ο αντικαταστάτης, το συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα από τα λοιπά μέλη του.

4. Ο πρόεδρος του Δ.Σ. προίσταται όλων των υπηρεσιών του Ε.Κ.Α.Β.. Ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος λαμβάνουν μηνιαία αποζημίωση. Στα λοιπά μέλη του Δ.Σ. καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνεδρίαση, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις. Ως προς το διορισμό προέδρου και αντιπροέδρου έχουν ισχύ και οι διατάξεις του άρθρου 73 του ν.1943/1991 (ΦΕΚ 50 Α').

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ορίζονται οι αρμοδιότητες του Δ.Σ., ο τρόπος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του προέδρου, αντιπροέδρου και των υπόλοιπων μελών του, η διαδικασία εκλογής όσων εκλέγονται και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 41

Επιστημονικό Συμβούλιο Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής

1. Στο Ε.Κ.Α.Β. λειτουργεί επιστημονικό συμβούλιο (Ε.Σ.) μέλη του οποίου είναι:

α. Ιατροί με αποδεδειγμένη γνώση και εμπειρία τουλάχιστον ενός (1) έτους στην άσκηση της Ε.Π.Ι., καθώς και με ανάλογη προσφορά στην οργάνωση και ανάπτυξη συστημάτων Ε.Π.Ι. Ένας (1) εκ των ιατρών προτείνεται από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

β. Νοσηλευτές ή νοσηλεύτριες με σχετική εμπειρία τουλάχιστον ενός (1) έτους σε θέματα παροχής υπηρεσιών επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας.

γ. Επιστημονικά στελέχη υπηρεσιών, για την επίλυση

προβλημάτων που δεν είναι αμιγώς ιατρικής φύσεως, όπως σεισμολόγοι, συγκοινωνιολόγοι ή άλλοι ειδικοί επιστήμονες.

δ. Ο διευθυντής ή ο αναπληρωτής του της ιατρικής υπηρεσίας, της κεντρικής υπηρεσίας του Ε.Κ.Α.Β.

2. Ο αριθμός των μελών του επιστημονικού συμβουλίου, η συγκρότηση αυτού και ο ορισμός του προέδρου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η θητεία των μελών του Ε.Σ. είναι 2ετής. Επιτρέπεται ελευθέρως η αντικατάσταση μέλους του Ε.Σ. για οποιονδήποτε λόγο, για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού. Μέχρι να ορισθεί αντικαταστάτης, το Ε.Σ. λειτουργεί νόμιμα από τα λοιπά μέλη του.

3. Το Ε.Κ.Α.Β. για την υλοποίηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και την εν γένει προώθηση του έργου του μπορεί, μετά από γνώμη του επιστημονικού συμβουλίου, να καταρτίζει ειδικές επιτροπές, που συγκροτούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με την απόφαση συγκροτήσεως καθορίζεται το έργο της κάθε επιτροπής, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις των μελών της, ο τρόπος λειτουργίας και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 42

Διαρθρωση του Ε.Κ.Α.Β.

1. Το Ε.Κ.Α.Β. διαρθρώνεται:

α) Σε Κεντρική Υπηρεσία (Κ.Υ.), η οποία έχει την ευθύνη της υλοποίησης των σκοπών του Ε.Κ.Α.Β., έτσι ώστε οι παρεχόμενες υπηρεσίες να έχουν ενιαία έκφραση σε όλη τη Χώρα. Η Κεντρική Υπηρεσία έχει έδρα την Αθήνα.

β) Σε Περιφερειακά Κέντρα Άμεσης Βοήθειας (ΠΕ.Κ.Α.Β.), τα οποία είναι αυτοδύναμες περιφερειακές μονάδες, η δραστηριότητα των οποίων αφορά μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή και έχουν την ευθύνη για την ανάπτυξη, λειτουργία και συντονισμό των υπηρεσιών Ε.Π.Φ. της περιοχής ευθύνης τους και υπάγονται διοικητικά στην Κεντρική Υπηρεσία.

γ) Σε Κέντρα Άμεσης Βοήθειας (Κ.Α.Β.), που αποτελούν τις αποκεντρωμένες περιφερειακές υπηρεσιακές μονάδες του Ε.Κ.Α.Β. και έχουν την ευθύνη για την παροχή άμεσης και καταλλήλης βοήθειας σε κινδυνεύοντες από ατύχημα ή παθολογικά αίτια ασθενείς, στον τόπο του συμβάντος και κατά τη μεταφορά τους μέχρι τον πλησιέστερο και κατάλληλο υγειονομικό σχηματισμό.

2. Σε κάθε ΠΕ.Κ.Α.Β. ορίζεται τριμελής διοικούσα επιτροπή που αποτελείται από:

α) Δύο (2) μέλη, που διορίζονται από τον οικείο νομάρχη της έδρας του ΠΕ.Κ.Α.Β., εκ των οποίων το ένα (1) είναι ιατρός και προτείνεται από τον οικείο ιατρικό σύλλογο.

β) Το διευθυντή του ΠΕ.Κ.Α.Β..

Η συγκρότηση της τριμελούς διοικούσας επιτροπής του ΠΕ.Κ.Α.Β. γίνεται με απόφαση του οικείου νομάρχη. Οι αρμοδιότητες και τα όρια ευθύνης της διοικούσας επιτροπής του ΠΕ.Κ.Α.Β. καθορίζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β.. Ο αριθμός των ΠΕ.Κ.Α.Β. ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από εισήγηση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β. Ο αριθμός των Κ.Α.Β. επίσης ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από εισήγηση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β. με βάση τις ανάγκες κάθε περιοχής, τη γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού, τη μορφολογία

του εδάφους και το βαθμό ανάπτυξης των υγειονομικών σχηματισμών της περιοχής. Τα Κ.Α.Β. μπορούν να συσταθούν σε άλλες υπηρεσίες των υγειονομικών σχηματισμών ή και σε διαφορετικό χώρο, εφόσον κρίνεται σκόπιμο από το Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β..

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και ύστερα από σχετική πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β., καταρτίζεται ο νέος οργανισμός του Ε.Κ.Α.Β., σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β., εκδίδεται ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας του Ε.Κ.Α.Β. με τον οποίο ορίζονται ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών του, τα καθήκοντα και υποχρεώσεις του προσωπικού του και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 43

Ιατρικό προσωπικό του Ε.Κ.Α.Β.

1. Η σύσταση των θέσεων ιατρών, που προσφέρουν υπηρεσίες στο Ε.Κ.Α.Β., γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β., σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις.

2. Η προκήρυξη των θέσεων ιατρών, που προσφέρουν υπηρεσίες στο Ε.Κ.Α.Β. γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, στην οποία αναφέρεται ο υγειονομικός σχηματισμός που ανήκει οργανικά ο ιατρός.

3. Οι ιατροί, που διορίζονται, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, προσφέρουν υποχρεωτικά υπηρεσίες στο Ε.Κ.Α.Β. (Κ.Υ., Π.Ε.Κ.Α.Β., Κ.Α.Β.), βάσει προγράμματος, είτε στο πλαίσιο του τακτικού ωραρίου εργασίας, είτε ως εφημερία.

4. Οι ιατροί του Ε.Κ.Α.Β. ανήκουν στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ.. Κατεξαιρέση, όταν κρίνονται ιατροί προκειμένου να προσφέρουν υπηρεσίες στο Ε.Κ.Α.Β., το πρωτοβάθμιο συμβούλιο κρίσης και επιλογής είναι το συμβούλιο του νοσοκομείου (υγειονομικού σχηματισμού) που θα ανήκει οργανικά ο ιατρός, σύμφωνα με τις διατάξεις των περιπτώσεων α), β), γ), και δ), της παρ. 2 του άρθρου 66, πλην της περίπτωσης ε) της παρ. 2 του άρθρου 66, που αντί του διευθυντή της διεύθυνσης υγείας της οικείας νομαρχίας θα συμμετέχει ο πρόεδρος ή αντιπρόεδρος του Ε.Κ.Α.Β., εφόσον είναι ιατροί και σε αντίθετη περίπτωση ο εκπρόσωπος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.) που συμμετέχει στο Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β. ή ο αναπληρωτής του. Για την κρίση και συγκριτική αξιολόγηση, μόνο των υποψηφίων ιατρών για το Ε.Κ.Α.Β., ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 69 του νόμου αυτού, επί πλέον δε των κριτηρίων α', β', γ, και δ', της παρ. 3 του άρθρου 69, περιλαμβάνεται και κριτήριο ε', που αναφέρεται στην ειδική ικανότητα, εμπειρία και εκπαίδευση του υποψηφίου για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζεται ο τρόπος υπολογισμού, κατατάξεως και αντικειμενοποίησης των κριτηρίων, ειδικά για την κρίση και συγκριτική αξιολόγηση των υποψηφίων για το Ε.Κ.Α.Β., ύστερα από γνώμη του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β..

5. Οι θέσεις των ιατρών που θα προσφέρουν υπηρεσίες

στο Ε.Κ.Α.Β. προστίθενται στις οργανικές θέσεις υγειονομικού σχηματισμού.

6. Ο υγειονομικός σχηματισμός και το Ε.Κ.Α.Β. επιχορηγούνται σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις, για τις πάσης φύσεως αποδοχές των ιατρών. Ο υγειονομικός σχηματισμός βαρύνεται για την τακτική μισθοδοσία και μέρος των εφημεριών, το δε Ε.Κ.Α.Β. για το υπόλοιπο των εφημεριών.

7. Ανάλογα με τις ανάγκες του Ε.Κ.Α.Β., μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες σε αυτό, νοσοκομειακοί ιατροί, ιατροί των υγειονομικών σταθμών και ειδικευόμενοι στο πλαίσιο της ειδικότητάς τους.

8. Οι αρμοδιότητες, τα καθήκοντα και ο τρόπος προσφοράς των υπηρεσιών των ιατρών, που προσλαμβάνονται, σύμφωνα με τις προηγούμενες παραγράφους, καθορίζονται με τον οργανισμό και τον εσωτερικό κανονισμό του Ε.Κ.Α.Β..

Άρθρο 44

Σχολή πληρωμάτων του Ε.Κ.Α.Β.-Ασθενόφρα οχήματα

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β., μπορεί να λειτουργεί σ' αυτό σχολή πληρωμάτων ασθενοφόρων μονοετούς φοίτησης.

2. Οι λεπτομέρειες λειτουργίας, τα προσόντα, ο τρόπος εισαγωγής και η διαδικασία φοίτησης των υποψηφίων καθορίζονται με τον οργανισμό και τον εσωτερικό κανονισμό του Ε.Κ.Α.Β..

3. Στις θέσεις πληρωμάτων ασθενοφόρων του Ε.Κ.Α.Β., καθώς και στις θέσεις οδηγών ή συνοδηγών ασθενοφόρων των νοσοκομείων και κέντρων υγείας, προσλαμβάνονται σε αντίστοιχες οργανικές θέσεις, οι απόφοιτοι της πιο πάνω σχολής.

4. Τα ασθενοφόρα αυτοκίνητα και τα άλλα μέσα μεταφοράς των κρατικών υγειονομικών σχηματισμών της Χώρας, υπάρχουν στην οργανωτική και συντονιστική αρμοδιότητα του Ε.Κ.Α.Β. και των περιφερειακών υπηρεσιών του.

5. Με την έναρξη λειτουργίας των περιφερειακών υπηρεσιών του Ε.Κ.Α.Β., τα ασθενοφόρα αυτοκίνητα, τα μέσα ασύρματης και ενσύρματης επικοινωνίας, που λειτουργούν στη συγκεκριμένη περιοχή με ευθύνη του ή των κρατικών υγειονομικών σχηματισμών περιέρχονται αυτοδικαίως στην πλήρη κυριότητα του Ε.Κ.Α.Β..

6. Το Ε.Κ.Α.Β., στο οποίο περιέρχονται, σύμφωνα με την ανωτέρω παράγραφο, τα ασθενοφόρα και τα μέσα ενσύρματης και ασύρματης επικοινωνίας, υποχρεούται να τα λειτουργεί για την ίδια περιοχή. Η παράγραφος αυτή δεν ισχύει για τα ασθενοφόρα ή τα μέσα ασύρματης και ενσύρματης επικοινωνίας, που κατανέμονται και δίδονται προς χρήση στους υγειονομικούς σχηματισμούς από το Ε.Κ.Α.Β..

Άρθρο 45

Ιδιωτικοί φορείς επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από εισήγηση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β., μπορεί να επιτραπεί η λειτουργία υπηρεσιών επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας ή μεταφοράς σε ιδιωτικούς και λοιπούς φορείς.

2. Με ίδια υπουργική απόφαση καθορίζονται οι προδιαγραφές και τα κριτήρια λειτουργίας των ιδιωτικών και λοιπών

φορέων, που προσφέρουν επείγουσα προσοκομειακή φροντίδα.

Άρθρο 46
Πόροι του Ε.Κ.Α.Β.

Τα έσοδα του Ε.Κ.Α.Β. είναι: α) Οι επιχορηγήσεις από τον τακτικό προϋπολογισμό και από τον προϋπολογισμό δημόσιων επενδύσεων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. β) Οι εισπράξεις και λοιπές αμοιβές για παροχή υπηρεσιών. γ) Οι πρόσοδοι από την ίδια αυτού περιουσία. δ) Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, εκποιήσεις και κάθε άλλη πηγή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Άρθρο 47
Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.

2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.

3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί η να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.

4. Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.

5. Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπος του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3., έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνηθών ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.

6. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα, στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον

αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και εισηγημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.

7. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνωρίσεως σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.

8. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επί αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

Άρθρο 48
Νοσηλευτικά ιδρύματα

1. Εφεξής τα ιδρυόμενα από το κράτος νοσηλευτικά ιδρύματα μπορεί να έχουν οποιαδήποτε νομική μορφή. Η ίδρυση αυτών γίνεται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με το οποίο καθορίζεται και η νομική τους μορφή.

2. Η κατάργηση και συγχώνευση νοσοκομείων, η μετατροπή τους καθώς και η μεταφορά της έδρας τους, γίνεται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του κατά περίπτωση τυχόν αρμόδιου υπουργού. Η διάταξη αυτή αφορά στα νοσηλευτικά ιδρύματα που υπάγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953.

3. Το προσωπικό πάσης φύσεως, που υπηρετεί σε νοσοκομεία που καταργούνται, εντάσσεται ύστερα από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου και αίτηση των ενδιαφερομένων, σε άλλες νοσοκομειακές μονάδες της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας σε κενές θέσεις ή αν δεν υπάρχουν κενές σε αντίστοιχες προσωρινές θέσεις που συνιστώνται για το λόγο αυτόν. Εάν τα νοσοκομεία συγχωνεύονται ή μετατρέπονται, το προσωπικό εντάσσεται στη νέα νοσοκομειακή μονάδα σε θέσεις, που συνιστώνται με τροποποίηση του υπάρχοντος ή έκδοση νέου οργανισμού, ύστερα από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου και εφόσον συγκεντρώνει τα νομικά προσόντα, ή μετατάσσεται σε δημόσιες υπηρεσίες, ν.π.δ.δ. ή ο.τ.α., μετά από κρίση των αρμοδίων υπηρεσιακών συμβουλίων. Η ένταξη γίνεται ύστερα από αίτηση των ενδιαφερομένων. Το προσωπικό, που δεν συγκεντρώνει τα νομικά προσόντα ή δεν υποβάλλει αίτηση ένταξης, εξακολουθεί να υπηρετεί με τις ίδιες προϋποθέσεις που υπηρετούσε και στη μονάδα που μετατράπηκε σε προσωρινές θέσεις, οι οποίες καταργούνται, όταν κενωθούν με οποιονδήποτε τρόπο. Μέχρι να εκδοθεί σ' νέος οργανισμός και να γίνει η ένταξη στις θέσεις που προβλέπονται από αυτόν, το προσωπικό εξακολουθεί να διέπεται από τις διατάξεις που ίσχυαν κατά το χρόνο δημοσίευσής του προεδρικού διατάγματος.

Άρθρο 49
Προϋπολογισμοί-Απολογισμοί και οικονομική διαχείριση νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ν.δ. 2592/1953

1. Οι προϋπολογισμοί των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ν.δ. 2592/1953, συντάσσονται και υποβάλλονται κατά τις ισχύουσες διατάξεις περί προϋπολογισμών ν.π.δ.δ..

2. Ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με απόφασή του καθορίζει ενιαίο πλαίσιο ανγκειμενικών κριτηρίων για την εκτίμηση των οικονομικών μεγεθών του προϋπολογισμού ώστε αυτά να στοιχειοθετούνται επί μηδενικής βάσεως.

5. Μέσα σε τρεις μήνες από το τέλος του κάθε έτους ο απολογισμός της οικονομικής χρήσεως των νοσηλευτικών ιδρυμάτων δημοσιεύεται με ευθύνη της διοικήσεώς τους σε μία ημερήσια εφημερίδα του νομού ή της οικείας υγειονομικής περιφέρειας του νοσηλευτικού ιδρύματος.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση της ειδικής γραμματείας διοικητικών, οργανωτικών και οικονομικών θεμάτων του άρθρου 4 του νόμου αυτού, καθορίζεται κάθε λεπτομέρεια σχετική με την άσκηση ελέγχου επί της οικονομικής διαχειρίσεως των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

5. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνιστώνται μέχρι δεκαπέντε (15) θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού, οικονομικών ελεγκτών, με συμβάσεις ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου μέχρι τρία (3) χρόνια, που μπορεί να ανανεώνονται. Οι οικονομικοί ελεγκτές θα είναι πτυχιούχοι ανώτατων οικονομικών σχολών Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ισοτίμου αντίστοιχης ειδικότητας σχολών της αλλοδαπής και με τα προσόντα των περιπτώσεων α' και β' της παρ. 2 του άρθρου 25 του ν. 1943/1991 και, επί ελλείψεως των πρόσθετων αυτών προσόντων, αντίστοιχη ειδική εμπειρία άσκησης οικονομικού ελέγχου τουλάχιστον δύο (2) ετών. Οι οικονομικοί ελεγκτές ασκούν τα καθήκοντά τους, σύμφωνα με τη σχετική απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων της παρ. 4 του παρόντος άρθρου.

6. Η αμοιβή των οικονομικών ελεγκτών καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η πλήρωση των θέσεων γίνεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

Άρθρο 50

Αξιοποίηση περιουσίας νοσηλευτικών ιδρυμάτων κληροδοτημάτων και δωρεών

1. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με απόφαση του Υπουργού συγκροτείται Συμβούλιο Αξιοποίησης της περιουσίας, των κληροδοτημάτων και δωρεών υπέρ των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ν.δ. 2592/1953 και των φορέων, που καθ' οιονδήποτε τρόπο επιχορηγούνται από το Κράτος.

2. Το Συμβούλιο αυτό αποτελείται από το γενικό γραμματέα του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ως πρόεδρο, το νομικό σύμβουλο του Υπουργείου αυτού, τους συντονιστές των Ειδικών Γραμματειών, οικονομικών και τεχνικών θεμάτων, το διευθυντή της διευθύνσεως αξιοποίησης περιουσίας του Υπουργείου, έναν ορκωτό λογιστή προτεινόμενο από το Σώμα Ορκωτών Λογιστών, έναν ορκωτό εκπαιητή προτεινόμενο από το Σύνδεσμο Ορκωτών Εκτιμητών και δύο ανώτερους υπαλλήλους της Διεύθυνσης Εθνικών Κληροδοτημάτων του Υπουργείου Οικονομικών προτεινόμενους από τον Υπουργό Οικονομικών.

3. Σκοπός του Συμβουλίου είναι η καταγραφή της περιουσίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, η αντικειμενική εκτίμηση της αξίας αυτών και η υπόδειξη τρόπων αξιοποίησης των προσόδων από την εκμετάλλευσή τους.

4. Το Συμβούλιο αποτελεί εποπτικό και γνωμοδοτικό όργανο του Υπουργείου επί της αξιοποίησης και εκμετάλλευσής της περιουσίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, υποβάλλει δε μελέτες και προτάσεις στον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για την καλύτερη αξιοποίηση των περιουσιακών αυτών στοιχείων.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται οι λεπτομέρειες λειτουργίας του Συμβουλίου, η γραμματειακή υποστήριξη του έργου του, καθώς και ο τρόπος συγκεντρώσεως των στοιχείων από τους φορείς.

Άρθρο 51

Τεχνικές και επιστημονικές προδιαγραφές λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων

1. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις ίδρυσης νέων νοσηλευτικών ιδρυμάτων ν.π.δ.δ., και ν.π.ι.δ., καθώς και οι κτηολογικές, τεχνικές και επιστημονικές προδιαγραφές λειτουργίας αυτών.

2. Ειδικότερα με το παραπάνω διάταγμα καθορίζονται οι πάσης φύσεως προδιαγραφές λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων, των θαλάμων νοσηλείας, των εργαστηρίων, των ειδικών μονάδων, των μονάδων εντατικής θεραπείας, των χειρουργείων, των χώρων ανανηψής των ασθενών, των θαλάμων βραχείας νοσηλείας, καθώς και των αναγκαίων κατά περίπτωση βοηθητικών και λοιπών υποστηρικτικών υποδομών της εν γένει λειτουργίας του νοσηλευτικού ιδρύματος.

Άρθρο 52

Ίδρυση μη κερδοσκοπικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων

1. Επιτρέπεται εφεξής να ιδρύονται και να λειτουργούν, υπό μορφή ν.π.ι.δ. νοσηλευτικά ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα οποία μπορεί και να επιχορηγούνται από το Κράτος, εφόσον το καταβαλλόμενο σε αυτά νοσήλιο είναι αποδεδειγμένα μικρότερο του 1/2 του πραγματικού κόστους λειτουργίας των αντίστοιχων κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων και εφόσον είναι ισοδύναμα σε απόδοση με τα αντίστοιχα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα.

2. Τα νοσηλευτικά αυτά ιδρύματα λειτουργούν με τους κανόνες της ιδιωτικής οικονομίας, ισχύουν δε και γι'αυτά οι διατάξεις του άρθρου 49 του νόμου αυτού, εφόσον επιχορηγούνται.

3. Για την ίδρυση και τη λειτουργία των νοσηλευτικών αυτών ιδρυμάτων απαιτείται άδεια, που χορηγείται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εφαρμοζόμενων αναλόγως των σχετικών διατάξεων περί ίδρύσεως και λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών. Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ασκεί εποπτεία στις συνθήκες λειτουργίας των ανωτέρω νοσηλευτικών ιδρυμάτων, καθώς και διοικητικό και οικονομικό έλεγχο, εφόσον τα επιχορηγεί.

4. Στα νοσηλευτικά ιδρύματα του άρθρου αυτού, μπορεί να συνιστώνται θέσεις ειδικευόμενων ιατρών, με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Οικονομικών. Οι δαπάνες μισθοδοσίας των ειδικευόμενων βαρύνουν τον κρατικό προϋπολογισμό και η απόδοσή της στο φορέα ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Οικονομικών. Οι πιο πάνω ειδικευόμενοι ιατροί ευρίσκονται υπό το αυτό εκπαιδευτικό καθεστώς που εκάστοτε ισχύει για τους ειδικευόμενους ιατρούς στα κρατικά νοσοκομεία.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, τα νοσηλευτικά ιδρύματα του αρ-

θρου αυτού μπορεί να εντάσσονται στο σύστημα εφημερίας.

Άρθρο 53

Εποπτεία νοσηλευτικών ιδρυμάτων

1. Όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα οποιασδήποτε νομικής μορφής υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ανεξάρτητα από το φορέα στον οποίο ανήκουν, επιφυλασσομένων των διατάξεων της παρ. 3 του άρθρου 11 του παρόντος. Η εποπτεία αναφέρεται στην τήρηση των προδιαγραφών κτιριακής και τεχνολογικής υποδομής, όπως αυτές ρυθμίζονται εκάστοτε, στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας του. Οι φορείς υγείας, που επιχορηγούνται από το Κράτος, υπόκεινται και στον έλεγχο του τρόπου διοικήσεως και της οικονομικής τους διαχείρισης.

2. Η εποπτεία των φορέων περιβαλψης ασκείται από τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες υγείας των υγειονομικών περιφερειών της Χώρας, σύμφωνα με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που καθορίζει τον τρόπο και τα όργανα εποπτείας των φορέων περιβαλψης.

3. Η εποπτεία του επιστημονικού ή εκπαιδευτικού έργου των πανεπιστημιακών κλινικών γίνεται από τα οικεία πανεπιστημιακά όργανα.

Άρθρο 54

Διάκριση νοσοκομείων

Το άρθρο 8 του ν. 1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:

1. Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Γενικά είναι όσα διαθέτουν τουλάχιστον δύο τομείς: χειρουργικό και παθολογικό. Ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα.

2. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά και νομαρχιακά. Τα περιφερειακά νοσοκομεία της οικείας υγειονομικής περιφέρειας καλύπτουν κυρίως τις ανάγκες της, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε όλες ή τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας. Τα νομαρχιακά λειτουργούν σε κάθε νομό, καλύπτουν ανάγκες κυρίως του πληθυσμού του νομού, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

3. Η κατάταξη των νοσοκομείων κατά κατηγορία, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, γίνεται με τον οργανισμό τους.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων τα ειδικά νοσοκομεία μπορεί να εξυπηρετούν τις ανάγκες περισσότερων υγειονομικών περιφερειών.

5. Τα νοσοκομεία κάθε υγειονομικής περιφέρειας διασυνδέονται μεταξύ τους νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά, κάτω από το συντονισμό και την εποπτεία της περιφερειακής διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας, όπως ειδικότερα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ.. Η πιο πάνω διασύνδεση είναι και λειτουργική, επιτρέπεται δε και μεταξύ νοσοκομείων δύο ή περισσότερων υγειονομικών περιφερειών, εφόσον το επιβάλλουν οι ανάγκες περιβαλψης των ασθενών και η καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων.

Άρθρο 55
Διοίκηση νοσοκομείων που υπάγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953

1. Τα νοσοκομεία που υπάγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953 διοικούνται από διοικητικά συμβούλια των οποίων η θητεία είναι διετής.

2. Τα διοικητικά συμβούλια όλων των νοσοκομείων είναι επταμελή και αποτελούνται:

α. Από τέσσερα (4) πρόσωπα με επιστημονική κατάρτιση ή σχετική εμπειρία, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

β. Από έναν (1) εκπρόσωπο των ιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου, που εκλέγεται από αυτούς.

γ. Από έναν (1) εκπρόσωπο των υπόλοιπων εργαζομένων στο νοσοκομείο, που εκλέγεται από αυτούς. Ο εκπρόσωπος αυτός πρέπει να είναι κάτοχος πτυχίου τουλάχιστον μέσης σχολής.

δ. Από έναν (1) εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης της περιοχής όπου υπάγεται το νοσοκομείο, ο οποίος ορίζεται από την Τοπική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος (Τ.Ε.Δ.Κ.Ε.).

3. Κατ'εξαιρεση πρόεδρος του Δ.Σ. του νοσοκομείου 'ΕΛΠΙΣ' ορίζεται από το δημοτικό συμβούλιο του Δήμου Αθηναίων και είναι ο εκπρόσωπος της τοπικής αυτοδιοίκησης. Κατά τα λοιπά η σύνθεση του Δ.Σ. του Δημοτικού Νοσοκομείου 'Η ΕΛΠΙΣ' διέπεται από τις διατάξεις της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού.

4. Για κάθε μέλος ορίζεται αναπληρωτής. Η θητεία των μελών, τακτικών και αναπληρωματικών είναι διετής και η συγκρότηση του συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με την ίδια απόφαση ορίζεται ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου. Επιτρέπεται ελευθέτως η αντικατάσταση μελους του Δ.Σ. για οποιονδήποτε λόγο για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ορισμός αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού. Μέχρι να ορισθεί ο αντικαταστάτης το συμβούλιο λειτουργεί από τα υπόλοιπα μέλη του.

5. Ο πρόεδρος όλων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και ο αντιπρόεδρος προκειμένου για νοσηλευτικά ιδρύματα άνω των 300 κλινών λαμβάνουν μηνιαία αμοιβή, που ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στα λοιπά μέλη του Δ.Σ. καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνεδρίαση, που ορίζεται με όμοια απόφαση. Ως προς το διορισμό προέδρων και αντιπροέδρων έχουν ισχύ και οι διατάξεις του άρθρου 73 του ν. 1943/1991.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ορίζονται και οι αρμοδιότητες του Δ.Σ., ο τρόπος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντά του προέδρου, αντιπροέδρου και των μελών του, η διαδικασία εκλογής όσων εκλέγονται και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

7. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορεί να συνιστώνται στα νοσηλευτικά ιδρύματα αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και στο Ε.Κ.Α.Β., ανά μία θέση γενικού διευθυντή, με τριετή θητεία. Με το ίδιο διάταγμα ορίζεται και ο τρόπος επιλογής αυτών.

8. Ο γενικός διευθυντής προϊστάται όλων των υπηρεσιών του νοσηλευτικού ιδρύματος, συντονίζει και ελέγχει το έργο αυτών, συμμετέχει στις συνεδριάσεις του διοικητικού συμβουλίου, εισηγείται σε αυτό, κάθε φορά, τα θέματα που τίθενται προς συζήτηση και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του διοικητικού συμβουλίου. Τα ιδιαίτερα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες του γενικού διευθυντή, καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

9. Οι θέσεις των γενικών διευθυντών προκηρύσσονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στο διαγωνισμό μπορεί να συμμετέχουν πτυχιούχοι ανώτατων σχολών ημεδαπής ή αλλοδαπής με ευδόκιμο υπηρεσία δεόντως αποδεικνυόμενη σε θέσεις του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα ή με μεταπτυχιακές σπουδές ειδικευσης στην οικονομία της υγείας, στην οργάνωση και διοίκηση νοσηλευτικών οργανισμών και στη δημόσια υγεία. Σε θέσεις γενικών διευθυντών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων μπορούν να διορίζονται και υπάλληλοι του Δημοσίου ή των ν.π.δ.δ., που έχουν τα προβλεπόμενα στην παράγραφο αυτήν προσόντα, όταν δε παύσουν να ασκούν τα καθήκοντα του γενικού διευθυντή ή λήξει η θητεία τους επιστρέφουν στην οργανική τους θέση. Ο χρόνος της θητείας τους λογίζεται ως χρόνος δημόσιας υπηρεσίας για κάθε συνέπεια.

10. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων οι γενικοί διευθυντές διορίζονται για μία τριετία. Σε περίπτωση κατά την οποία ο γενικός διευθυντής έχει επιτύχει στο έργο του, ανανεώνεται η θητεία του για μία εκάστοτε τριετία. Το ευδόκιμο της θητείας κρίνεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από εισήγηση του διοικητικού συμβουλίου του οικείου νοσοκομείου. Οι μηνιαίες απολαβές των γενικών διευθυντών καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Οικονομικών, οι οποίες μπορεί να διαφέρουν ανά νοσοκομείο. Με ομοια απόφαση, που εκδίδεται με γνώμη του Δ.Σ., μπορεί να χορηγείται ιδιαίτερη αμοιβή (πρωμ), εφόσον τα λαμβανόμενα από το γενικό διευθυντή μέτρα έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό, σε σημαντικό βαθμό, των δαπανών προϋπολογισμού του νοσηλευτικού ιδρύματος. Το ύψος της ιδιαίτερης αμοιβής καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

11. Ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μέχρι να ολοκληρωθεί η διαδικασία διορισμού γενικών διευθυντών ή σε περιπτώσεις ανάγκης άμεσου καλύψεως της θέσεως μπορεί με απόφαση του να αναθέτει καθήκοντα γενικού διευθυντή νοσηλευτικού ιδρύματος και σε δοκιμασμένους δημόσιους λειτουργούς, που μπορεί να υπηρετούν στον τομέα υγείας ή στον ευρύτερο δημόσιο τομέα ή να έχουν για οποιονδήποτε λόγο αποχωρήσει. Για τους διοριζόμενους με τον τρόπο αυτόν γενικούς διευθυντές, ο χρόνος της θητείας τους λογίζεται ως χρόνος δημόσιας υπηρεσίας για κάθε συνέπεια, μετά δε τη λήξη της θητείας επανέρχονται αυτοδίκαια στη θέση και υπηρεσιακή κατάσταση που είχαν προ του διορισμού τους. Στην περίπτωση αυτήν, οι διατάξεις της παρ. 10 του άρθρου αυτού για την ανανέωση της θητείας ισχύουν.

12. Το διοικητικό συμβούλιο νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο υπηρετεί γενικός διευθυντής μπορεί, με απόφαση του, να μεταβιβάζει αρμοδιότητες σε αυτόν.

13. Το διοικητικό συμβούλιο ελέγχει το έργο του γενικού

διευθυντή. Σε περίπτωση που ο γενικός διευθυντής, λόγω κωλύματος, απέχει των καθηκόντων του, καθήκοντα γενικού διευθυντή ασκεί τότε ο πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου.

14. Στις θέσεις προέδρου ή αντιπροέδρου μπορεί να διορίζονται ιατροί του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. ή ιατροί που ασκούν καθ' οιονδήποτε τρόπο ελεύθερο επάγγελμα. Η απασχόληση του προέδρου και αντιπροέδρου εφόσον είναι έμμοθη είναι πλήρης, σε περίπτωση όμως μη έμμοθων θέσεων είναι μερικής απασχόλησης. Ιατροί του Ε.Σ.Υ. που διορίζονται ως πρόεδροι ή αντιπρόεδροι νοσοκομείων μπορούν να επιλέγουν τις αποδοχές της θέσεως την οποία κατέχουν ή της θέσεως στην οποία διορίζονται. Οι ιατροί του Ε.Σ.Υ. και ιατροί μέλη Δ.Ε.Π. δε μπορούν να διορίζονται ως πρόεδροι ή αντιπρόεδροι στο Δ.Σ. του νοσοκομείου στο οποίο υπηρετούν.

15. Η συγκρότηση του διοικητικού συμβουλίου του κάθε νοσοκομείου γίνεται μέσα σε έξι (6) μήνες από τη δημοσίευση του νόμου αυτού. Μέχρι να γίνει η συγκρότηση τα διοικητικά συμβούλια λειτουργούν με τη σύνθεση, που έχουν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

Άρθρο 56

Δομή - Οργάνωση νοσοκομείων

1. Όλα τα νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους. Η έκδοση, αναμόρφωση και τροποποίηση των οργανισμών γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από πρόταση της περιφερειακής διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας που υπάγεται το νοσοκομείο, στο πλαίσιο των ρυθμίσεων της παρ. 4 του άρθρου αυτού. Σε περίπτωση που δεν έχει συσταθεί η διεύθυνση υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας, η έκδοση, αναμόρφωση και τροποποίηση των παραπάνω οργανισμών γίνεται και χωρίς την πρόταση των διευθύνσεων υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας.

2. Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες: α) ιατρική β) νοσηλευτική γ) διοικητική και δ) τεχνική. Στην ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου υπάγονται εκτός από τους ιατρούς, οδοντόπατρους και φαρμακοποιούς του νοσοκομείου και οι υπόλοιποι επιστημονες, που σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις δικαιούνται να παρέχουν υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης.

3. Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται ιδίως η νομική του μορφή, η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός κλινών και η κατανομή τους στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της ιατρικής υπηρεσίας, η διάρθρωση της νοσηλευτικής, διοικητικής και τεχνικής υπηρεσίας, καθώς και οι αρμοδιότητες τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διαβάθμισή τους με την επιφύλαξη των διατάξεων του άρθρου 63 του νόμου αυτού, για τις θέσεις του ιατρικού προσωπικού.

4. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζεται ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων ανάλογα με τη δύναμη σε κλίνες και κατηγορίες προσωπικού. Ειδικότερα μπορεί να θεσπίζονται ειδικοί συντελεστές καθορισμού του αριθμού των θέσεων προσωπικού κατά κλάδο ή υπηρεσία με σκοπό την εξασφάλιση της καλύτερης μεταξύ τους αναλογίας που απαιτείται για την πλήρη και ισόρροπη

λειτουργία όλων των υπηρεσιών κάθε νοσοκομείου. Μετά την έκδοση του προεδρικού διατάγματος αυτού, προσαρμόζονται αναλόγως οι οργανισμοί των νοσοκομείων με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

5. Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών ασκούνται σύμφωνα με τον εσωτερικό κανονισμό, ο οποίος προβλέπει τις υποχρεώσεις του προσωπικού του νοσοκομείου, τον τρόπο άσκησης του έργου τους και κάθε σχετική λεπτομέρεια για τη λειτουργία και την οργάνωση αυτού.

6. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Εργασίας εκδίδεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των νοσοκομείων.

7. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μετά γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να μεταφέρονται επιστημονικά τμήματα, ειδικές μονάδες και οι θέσεις του επιστημονικού και λοιπού προσωπικού αυτών, από ένα νοσοκομείο σε άλλο νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ., μέσα στην περιοχή του νομού, εφόσον το επιβάλλει η διάρθρωση των νοσοκομείων για την κάλυψη των αναγκών περιθαλψής του πληθυσμού. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μεταφέρεται και το προσωπικό που υπηρετεί στις μονάδες αυτές. Η απόφαση δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Σε έκτατες περιπτώσεις η μεταφορά επιστημονικών τμημάτων ή ειδικών μονάδων, μπορεί να γίνει στην ίδια υγειονομική περιφέρεια ή σε άλλη, για ορισμένο χρονικό διάστημα και για συγκεκριμένη προσφορά υπηρεσιών υγείας.

Άρθρο 57

Οργάνωση νοσοκομειακού φαρμακείου

1. Στα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953, καθώς και στα νοσηλευτικά ιδρύματα των άρθρων 48 και 52 του παρόντος νόμου, λειτουργούν υποχρεωτικά φαρμακεία. Επίσης, στις ιδιωτικές κλινικές που διαθέτουν 150 κλίνες και άνω λειτουργούν υποχρεωτικά φαρμακεία, για τη φαρμακευτική εξυπηρέτηση αποκλειστικά και μόνο των νοσηλευόμενων σε αυτές ασθενών.

2. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις οργάνωσης των φαρμακείων των νοσοκομείων, οι αρμοδιότητες και η σύνθεση του προσωπικού τους κατά ειδικότητα, ανάλογα με τον αριθμό των κλινών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 58

Διάρθρωση ιατρικής και λοιπής επιστημονικής υπηρεσίας των νοσοκομείων

1. Η ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου διαρθρώνεται σε τομείς, που ο καθένας τους απαρτίζεται από τμήματα αντίστοιχων και συγγενικών ειδικοτήτων. Οι τομείς είναι: α) Παθολογικός, β) Χειρουργικός, γ) Εργαστηριακός, δ) Ψυχιατρικός, ε) Κοινωνικής ιατρικής, στ) Επείγουσας και εντατικής ιατρικής, και ζ) Φαρμακευτικός, υπό ορισμένες προϋποθέσεις που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Οι οδοντίατροι υπάγονται στο χειρουργικό τομέα.

2. Κάθε κλινικός τομέας έχει ορισμένο αριθμό κλινών, που εξυπηρετούν όλα τα τμήματά του. Η δύναμη κάθε τομέα

καθορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του νοσοκομείου ανάλογα με τις ανάγκες, ύστερα από εισήγηση της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου, μπορεί δε και να τροποποιείται.

3. Κάθε τμήμα έχει επιστημονική αυτοτέλεια. Επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι ιατρός αντίστοιχης ειδικότητας, προκειμένου δε για το φαρμακείο, φαρμακοποιός, που υπηρετεί στο τμήμα με βαθμό διευθυντή. Όταν δεν υπάρχει διευθυντής, επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι ο αρχαιότερος στην ειδικότητα επιστημονικός Α'.

4. Εφόσον η κτριακή υποδομή επιτρέπει τη χωροταξική αυτοτέλεια των κλινών των τμημάτων εντός του νοσοκομείου, τότε το διοικητικό συμβούλιο μεριμνά και αποφασίζει για την αυτοτέλεια αυτήν, αφού λάβει υπόψη τις εισηγήσεις των αρμόδιων επιστημονικών οργάνων του νοσοκομείου, προκειμένου να επιτευχθεί καλύτερη και σύμφωνα με τις τρέχουσες προδιαγραφές νοσηλεία και περιθαλίξη των ασθενών.

5. Οι ιατροί του τομέα, ειδικοί και ειδικευόμενοι, καθώς και οι άλλοι επιστήμονες μαζί, εκλέγουν κάθε δύο χρόνια το διευθυντή του τομέα με τον αναπληρωτή του από τους διευθυντές των τμημάτων του. Ο διευθυντής του τομέα είναι υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας των τμημάτων, την εφαρμογή και ανάπτυξη των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στα πλαίσια των αποφάσεων των μετεκπαιδευτικών φορέων, που ιδρύονται σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 80 και 81 του νόμου αυτού. Ο διευθυντής του τομέα παρακολουθεί και βεβαιώνει την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των ιατρών και έχει την ευθύνη του τομέα.

6. Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων μετονομάζονται σε "Συγκρότημα Εξωτερικών Ασθενών (Σ.Ε.Α.)" και αποτελούνται:

- α. Από το Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) β. Από το Τμήμα Ημερήσιας Παρακολούθησης (Τ.Η.Π.) γ. Από το Τμήμα Τακτικών Ιατρείων (Τ.Τ.Ι.).

Το συγκρότημα εξωτερικών ασθενών λειτουργεί με την επιστημονική, νοσηλευτική και διοικητική ευθύνη τριών προϊσταμένων, που ορίζονται με θητεία ενός έτους από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, ύστερα από αντίστοιχες προτάσεις της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου για τον ιατρό και της νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας για τους υπόλοιπους. Οι παραπάνω αποτελούν τη διοικούσα επιτροπή του συγκροτήματος. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζεται κάθε λεπτομέρεια σχετική με την οργάνωση και λειτουργία του συγκροτήματος εξωτερικών ασθενών των νοσοκομείων. Με την ίδια απόφαση, εφόσον η κτριακή και η εν γένει λειτουργική υποδομή το επιτρέπει, το συγκρότημα εξωτερικών ασθενών, μπορεί να αποσυνδεθεί διοικητικά και οικονομικά, διατηρούμενης της επιστημονικής, λειτουργικής και οργανικής διασύνδεσης με το νοσοκομείο.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται η διαδικασία και ο τρόπος παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών πρόληψης και περιθαλψής και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 59

Σύσταση και λειτουργία μονάδων τεχνητής γονιμοποίησης

1. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Οικονομικών, Δικαιοσύνης και Υγείας, Προ-

νοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από εισήγηση του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις ουστάσεως και λειτουργίας μονάδων τεχνητής γονιμοποίησης του ανθρώπου και στο ίδιο προεδρικό διάταγμα θα καθορίζεται κάθε λεπτομέρεια σχετικά με την ηθική, δεοντολογική, νομική και οικονομική ρύθμιση του όλου θέματος.

2. Οι μονάδες αυτές λειτουργούν υποχρεωτικά σε ειδικώς οργανωμένα νοσοκομεία ν.π.δ.δ. και ν.π.ι.δ. ή ειδικώς οργανωμένες ιδιωτικές κλινικές.

Άρθρο 60

Το άρθρο 12 του ν. 1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:
"Επιστημονική επιτροπή

1. Σε κάθε νοσοκομείο συγκροτείται επιστημονική επιτροπή, που αποτελείται από πέντε (5) μέλη. Τα μέλη της επιστημονικής επιτροπής είναι ιατροί ή άλλοι επιστήμονες της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου και εκλέγονται από ιατρούς ειδικευμένους και ειδικευόμενους, που υπηρετούν στο νοσοκομείο, καθώς και από τους λοιπούς επιστήμονες, που είναι ενταγμένοι στην ιατρική υπηρεσία. Η επιστημονική επιτροπή αποτελείται από: δύο (2) διευθυντές, έναν (1) επιμελητή Α', έναν (1) επιμελητή Β' και έναν (1) ειδικευόμενο. Στα νοσοκομεία που λειτουργούν πανεπιστημιακές κλινικές, το ένα μέλος της επιστημονικής επιτροπής είναι πανεπιστημιακός ιατρός, που εκλέγεται από το διδακτικό επιστημονικό προσωπικό που υπηρετεί στο νοσοκομείο, χωρίς να αποκλείεται η ανάδειξη και άλλων μελών από πανεπιστημιακούς ιατρούς κατά τη γενική εκλογή των μελών. Με την ίδια διαδικασία, σε νοσοκομεία πανεπιστημιακά, όπου λειτουργούν επιστημονικά ιατρικά τμήματα του Ε.Σ.Υ., το ένα μέλος της επιστημονικής επιτροπής είναι ιατρός, που προέρχεται από τα τμήματα αυτά, χωρίς να αποκλείεται και η ανάδειξη και άλλων μελών από ιατρούς των τμημάτων αυτών κατά τη γενική εκλογή των μελών. Τα μέλη της επιτροπής εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία τον πρόεδρο μεταξύ των διευθυντών και τον αντιπρόεδρο μεταξύ των διευθυντών ή επιμελητών. Η θητεία των μελών της επιτροπής είναι διετής και η ανανewσή της γίνεται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου. Τα μέλη που χάνουν την ιδιότητα με την οποία διορίστηκαν αντικαθίστανται με την ίδια διαδικασία που ορίστηκαν.

2. Η επιστημονική επιτροπή εκφράζει γνώμη για κάθε θέμα λειτουργίας του νοσοκομείου, που έχει σχέση με την ιατρική υπηρεσία και για τον επιστημονικό εξοπλισμό σε τεχνολογικό υλικό του νοσοκομείου, συντονίζει και ελέγχει την εκπαίδευση των ιατρών για τη λήψη ειδικότητας στα πλαίσια των αποφάσεων των μετεκπαιδευτικών φορέων του άρθρου 81 του νόμου αυτού. Η γνώμη της επιστημονικής επιτροπής λαμβάνεται υπόψη από το διοικητικό συμβούλιο χωρίς να είναι δεσμευτική.

3. Στις συνεδριάσεις της επιστημονικής επιτροπής καλούνται και συμμετέχουν, χωρίς ψήφο, οι διευθυντές των τομέων της ιατρικής υπηρεσίας με τους αναπληρωτές τους.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται ειδικότερα η οργάνωση και η λειτουργία της επιστημονικής επιτροπής, οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των μελών της, τα καθήκοντα των επιστημονικών υπευθύνων των τμημάτων, ο τρόπος εκλογής και ανάκλησης των διευθυντών των τομέων και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

5. Με απόφαση του Π.Ε.Σ.Υ., οι πρόεδροι των επιστημονικών επιτροπών των νοσοκομείων της περιφέρειας συ-

νέρονται τουλάχιστο μια φορά το χρόνο για να συ-νεδριάσουν, για το συντονισμό της ιατρικής λειτουργίας των νοσοκομείων της περιφέρειας, εκτάκτως δε όταν τούτο κρίνει το Π.Ε.Σ.Υ. λόγω ειδικών συνθηκών.

6. Οι εκλεγμένες επιστημονικές επιτροπές κατά την ψηφισή του νόμου αυτού εξακολουθούν να λειτουργούν, μέχρι την έκδοση υπουργικής απόφασης, που θα καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας και εκλογής νέων επιστημονικών επιτροπών.

Άρθρο 61

Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας

1. Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, συμβούλιο με επωνυμία "Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας."

2. Σκοπός του Εθνικού Συμβουλίου Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας είναι:

α) Η συμβολή στη χάραξη της πολιτικής του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων επί ζητημάτων ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας, η γνωμοδότηση επί όλων των αναφερόμενων ζητημάτων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και η γνωμοδότηση προς άρση των διαφωνιών σε δευτεροβάθμιο επίπεδο των τοπικών επιτροπών ιατρικής ηθικής, όταν αυτές λειτουργήσουν.

β) Η δημιουργία "Κέντρου Ιατρικής Ηθικής" που θα εδρεύει στην Αθήνα και σε χώρο νοσοκομείου ν.π.δ.δ., που θα καθορισθεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Το Κέντρο Ιατρικής Ηθικής θα συλλέγει βιβλιογραφικά και άλλα στοιχεία σε ειδική προς τούτο βιβλιοθήκη προς ενημέρωση όλων των ενδιαφερομένων. Θα οργανώνει ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα, που θα απευθύνονται στα επαγγέλματα υγείας και σε συγγενείς επιστήμες. Θα εντείνει τη συνεργασία με παρόμοια κέντρα και παρόμοιες δραστηριότητες των χωρών της Ε.Ο.Κ., του Συμβουλίου της Ευρώπης και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

3. Η συγκρότηση του Συμβουλίου ενεργείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από επιστήμονες διακριθέντες στον τομέα της υγείας, νομικούς, θρησκευτικούς λειτουργούς και γενικώς από πρόσωπα αναγνωρισμένου επιστημονικού κύρους. Με την ίδια απόφαση ορίζονται και τα περί της λειτουργίας και οργάνωσης του Συμβουλίου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

4. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά γνώμη του διοικητικού συμβουλίου των νοσοκομείων, των ιδιωτικών κλινικών και του Εθνικού Συμβουλίου Ηθικής και Επιστημών Υγείας συνιστώνται στα νοσοκομεία ν.π.δ.δ. και ν.π.ι.δ., καθώς και στις ιδιωτικές κλινικές, τοπικές επιτροπές ηθικής των επιστημών υγείας, με έργο τη γνωμοδότηση επί θεμάτων ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας προς το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου ή της ιδιωτικής κλινικής, καθώς και τον έλεγχο της τήρησης των κανόνων ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας.

5. Οι τοπικές επιτροπές θα είναι πενταμελείς με τριετή θητεία, θα αποτελούνται δε από επιστήμονες της ιατρικής υπηρεσίας, οι οποίοι έχουν ασχοληθεί με το αντικείμενο. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, θα ρυθμισθεί οποιαδήποτε άλλη λεπτομέρεια που αφορά στη συγκρότηση και λειτουργία των τοπικών επιτροπών.

6. Τυχόν δαπάνες που θα προκύψουν για τα λειτουργικά

έξοδα του Κέντρου Ιατρικής Ηθικής θα βαρύνουν τον προϋπολογισμό του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο θα εγκατασταθεί το κέντρο αυτό.

Άρθρο 62

Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

1. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μετά γνώμη του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας συντάσσεται και εκδίδεται ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.

2. Με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας καθορίζονται οι κανόνες δεοντολογίας, που πρέπει να διέπουν το ιατρικό και οδοντιατρικό λειτουργήμα, οι σχέσεις μεταξύ των λειτουργών της υγείας και οι σχέσεις αυτών με τους ασθενείς.

3. Από της εκδόσεως του προεδρικού διατάγματος της παρ. 1 του παρόντος άρθρου, καταργείται κάθε διάταξη, που ρυθμίζει τα της ιατρικής δεοντολογίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

ΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 63

Εργασιακές σχέσεις ιατρών

1. Οι θέσεις του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων ν.π.δ.δ. και των κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού κέντρων υγείας εκτός από τα νοσοκομεία των Ενόπλων Δυνάμεων και των Α.Ε.Ι., συνιστώνται εφεξής ως θέσεις ιατρών πλήρους και αποκλειστικής ή μερικής απασχόλησης.

Κατ' εξαίρεση οι θέσεις του οδοντιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας συνιστώνται ως θέσεις πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, πλην των περιπτώσεων συστάσεως θέσεων οδοντιατρικού προσωπικού που κατέχει πτλο οδοντιατρικής ειδικότητας.

2. Οι υπηρετούντες μέχρι τη δημοσίευση του παρόντος νόμου ιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, καθώς και οι ιατροί, οι οποίοι έχουν κριθεί επιτυχώς να καταλάβουν θέση, πριν τη δημοσίευση του παρόντος νόμου είναι μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί. Θέσεις ιατρών Ε.Σ.Υ., που έχουν προκηρυχθεί και δεν έχει ολοκληρωθεί η διαδικασία επιλογής, επαναπροκηρύσσονται, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

3. Οι παραπάνω μόνιμοι ιατροί είτε υπηρετούν σε οργανικές θέσεις είτε σε προσωποπαγείς θέσεις απαγορεύεται να ασκούν την ιατρική ή οδοντιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα ή οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν σχέση με συγγραφική, καλλιτεχνική ή διδακτική δραστηριότητα, και να κατέχουν οποιαδήποτε άλλη δημόσια ή ιδιωτική θέση, πλην εκείνων, που προβλέπονται κατ'εξαίρεση με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

4. Οι ιατροί που διορίζονται για πρώτη φορά σε θέσεις του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης που προκηρύσσονται μετά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου είναι δημόσιοι λειτουργοί επί θητεία και ισχύουν γι' αυτούς οι διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου αυτού μόνο σε ό,τι αφορά την άσκηση ελεύθερου ή άλλου επαγγέλματος.

5. Οι ιατροί, που διορίζονται σε θέσεις μερικής απασχόλησης ασκούν δημόσιο λειτουργήμα επί θητεία και διατηρούν το δικαίωμα ετεροαπασχόλησης στον ιδιωτικό τομέα της ιατρικής ή το δικαίωμα διατηρήσεως ιδιωτικού ιατρείου ή

οδοντιατρείου.

6. Τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων μπορούν να προσλαμβάνουν, εκτός των θέσεων των προβλεπόμενων στον οργανισμό των νοσοκομείων, ιατρούς με την ιδιότητα των συμβούλων, με ειδική σύμβαση και μετά προηγούμενη έγκριση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ο αριθμός των συμβούλων δεν δύναται να υπερβαίνει τους δύο (2) ανά ειδικότητα.

7. Οι ιατροί πλήρους και αποκλειστικής ή μερικής απασχόλησης και οι ιατροί σύμβουλοι νοσοκομείων απαγορεύεται να είναι ιδιοκτήτες ιδιωτικής κλινικής ή φαρμακευτικής επιχείρησης ή να μετέχουν σε προσωπική εταιρεία ή Ε.Π.Ε. ή στη διοίκηση Α.Ε. με αντίστοιχα αντικείμενα.

8. Εφεξής ιατροί μέλη Δ.Ε.Π. τμημάτων ιατρικής, νοσηλευτικής και οδοντιατρικής, που καταλαμβάνουν θέσεις του κλάδου Ε.Σ.Υ. ή υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως υποχρεούνται εντός δώδεκα (12) μηνών να εκπέσουν μία από τις δύο θέσεις, άλλως θεωρούνται παραιτηθέντες από τη θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ..

9. Ιατροί του Ε.Σ.Υ., που καταλαμβάνουν θέσεις Δ.Ε.Π. τμημάτων ιατρικής, νοσηλευτικής και οδοντιατρικής θεωρούνται αυτοδικαίως παραιτηθέντες από τη θέση του κλάδου ιατρών του Ε.Σ.Υ..

10. Η κατοχή της θέσεως του Ε.Σ.Υ. για το διάστημα μέχρι δώδεκα (12) μηνών θεωρείται νόμιμη. Η διάταξη του προηγούμενου εδαφίου ισχύει ανάλογα και για όσες περιπτώσεις ιατρών, μέχρι της δημοσίευσής του παρόντος, έχουν υπηρεσία ως μέλη Δ.Ε.Π. ιατρικής, νοσηλευτικής και οδοντιατρικής, κατέχοντες άμα και θέση ιατρού του Ε.Σ.Υ..

Άρθρο 64

Κλάδος ιατρών Ε.Σ.Υ.

1. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων οι θέσεις του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., που έχουν συσταθεί, με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορεί να τροποποιούνται στα πλαίσια της μεταβολής των οργανισμών των νοσοκομείων με κοινή απόφαση των πιο πάνω Υπουργών. Το προσωπικό που υπηρετεί σε θέσεις, που τυχόν καταργούνται, τοποθετείται σε αντίστοιχα τμήματα άλλου νοσοκομείου της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας. Σε περίπτωση που οι θέσεις είναι προσωποπαγείς και πλεονάζουν, οι κατέχοντες τις θέσεις ιατροί τοποθετούνται στην ίδια ή άλλη υγειονομική περιφέρεια, σύμφωνα με τις ανάγκες της υπηρεσίας. Η τοποθέτηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ύστερα από γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου της παραγράφου 2 του άρθρου 29 του ν. 1579/1985.

2. Οι θέσεις ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ. κάθε νοσοκομείου προσθέτονται στον οργανισμό του και οι δαπάνες μισθοδοσίας των ιατρών, που διορίζονται σε αυτές βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του. Οι δαπάνες μισθοδοσίας των ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ., που υπηρετούν στα κέντρα υγείας, βαρύνουν τον προϋπολογισμό της διεύθυνσης υγείας της οικείας νομαρχίας, που υπάγονται τα κέντρα υγείας, από 1/1/1993.

3. Οι θέσεις ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ., πλήρους και αποκλειστικής ή μερικής απασχόλησης, διαβαθμίζονται σε θέσεις: α) διευθυντών, β) επιμελητών Α', γ) επιμελητών Β'. Προκειμένου περί οδοντιατρών, οι θέσεις διαβαθμίζονται

επιπλέον και σε επιμελητές Γ'. Οι πιο πάνω θέσεις συνιστώνται κατά ειδικότητα. Οι θέσεις των συμβούλων ιατρών δεν υπόκεινται στην προηγούμενη διαβάθμιση. Οι οδοντίατροι προσλαμβάνονται και χωρίς ειδικότητα. --

4. Σε όλα τα νοσοκομεία ν.π.δ.δ., υπηρετούν ιατροί πλήρους και αποκλειστικής ή μερικής απασχόλησης ή σύμβουλοι ιατροί, οι οποίοι προσλαμβάνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, καθώς και ειδικευόμενοι ιατροί. Οι σύμβουλοι ιατροί δεν υποβάλλονται στη διαδικασία κρίσεως και επιλογής στα πρωτοβάθμια συμβούλια κρίσεως και επιλογής του νόμου αυτού. Η διαδικασία πρόσληψης των συμβούλων ιατρών καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 65

Προσόντα ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ.

1. Για την πρόσληψη σε θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. όλων των κατηγοριών και βαθμίδων, απαιτούνται τα παρακάτω τυπικά προσόντα:

α) Ελληνική ιθαγένεια ή ιθαγένεια κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Εφόσον ο υποψήφιος έχει ιθαγένεια κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, πρέπει απαραίτητα να γνωρίζει την ελληνική γλώσσα. Η διαδικασία και τα όργανα για τη διαπίστωση της γνώσης της ελληνικής γλώσσας, καθώς και ο αναγκαίος, κατά ειδικότητα και θέση, βαθμός γνώσης αυτής, ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

β) Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.

γ) Τίτλος ειδικότητας αντίστοιχος με τη θέση.

δ) Ηλικία σύμφωνα με τις διακρίσεις της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού. Τα όρια ηλικίας ισχύουν για τον πρώτο διορισμό σε οποιαδήποτε θέση του κλάδου.

2. Ειδικότερα:

α) Για την κατάληψη θέσης επιμελητή Β', απαιτείται η κατοχή τίτλου ειδικότητας και ηλικία μέχρι πενήντα (50) ετών.

β) Για την κατάληψη θέσης επιμελητή Α', απαιτείται η άσκηση ειδικότητας για πέντε (5) τουλάχιστον χρόνια και ηλικία μέχρι πενήντα πέντε (55) ετών.

γ) Για την κατάληψη θέσης διευθυντή, απαιτείται η άσκηση ειδικότητας για δέκα (10) τουλάχιστο χρόνια και ηλικία μέχρι εξήντα (60) ετών.

δ) Κατ' εξαίρεση οι ιατροί, που κατέχουν τίτλο τώως συναφούς ειδικότητας, πριν από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως μπορούν να καταλάβουν θέση επιμελητή Β', επιμελητή Α' εφόσον άσκησαν την ειδικότητα για δύο (2) τουλάχιστο χρόνια και διευθυντή για τέσσερα (4) τουλάχιστο χρόνια. Αν ο τίτλος της τώως συναφούς ειδικότητας κηθεί μετά τη δημοσίευση του παρόντος, τα απαιτούμενα χρόνια άσκησης ειδικότητας για μεν τον επιμελητή Α' είναι τρία (3), για δε το διευθυντή πέντε (5). Για την κατάληψη θέσεων από οδοντίατρος απαιτείται: α) Για θέση επιμελητή Γ', άδεια άσκησης επαγγέλματος και ηλικία μέχρι σαράντα (40) ετών. β) Για θέση επιμελητή Β', άσκηση του επαγγέλματος για πέντε (5) τουλάχιστο χρόνια και ηλικία μέχρι σαράντα πέντε (45) ετών. γ) Για θέση επιμελητή Α', άσκηση του επαγγέλματος για οκτώ (8) τουλάχιστο χρόνια και ηλικία μέχρι πενήντα (50) ετών. δ) Για θέση διευθυντή, άσκηση του επαγγέλματος για δωδέκα (12) τουλάχιστο χρόνια και ηλικία μέχρι πενήντα πέντε (55) ετών. ε) Εφόσον για την κατάληψη θέσης

απαιτείται κατοχή τίτλου "οδοντιατρικής ειδικότητας", τότε για την άσκηση ειδικότητας και τα όρια ηλικίας των υποψηφίων οδοντιάτρων, έχουν εφαρμογή οι αντίστοιχες διατάξεις της παρούσας παραγράφου που αφορούν τους ιατρούς.

3. Ο χρόνος άσκησης της ιατρικής ειδικότητας σε νοσοκομεία και επίσημα επιστημονικά κέντρα της αλλοδαπής, από ιατρούς, που απέκτησαν ειδικότητα εκεί, αναγνωρίζεται αφού ο ιατρός πάρει τον τίτλο της ειδικότητας σύμφωνα με τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζονται τα νοσοκομεία και τα επιστημονικά κέντρα της αλλοδαπής των οποίων αναγνωρίζεται ο τίτλος ειδικότητας. Σε ιατρούς που σύμφωνα με τις διατάξεις του ν.δ. 546/1970 (ΦΕΚ 110 Α') έχουν προϋποθέσεις απόκτησης τίτλου ειδικότητας και αποκτούν τον τίτλο, αναγνωρίζεται ο χρόνος άσκησης της ειδικότητας από τότε που συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις κτήσης τίτλου σύμφωνα με το νομοθετικό διάταγμα αυτό.

4. Πρόσληψη ιατρών ή παροχή υπηρεσιών σε ν.π.δ.δ. από ιατρούς, που κατέχουν άλλη θέση στο Δημόσιο απανορεύεται.

Άρθρο 66

Πρωτοβάθμια συμβούλια κρίσεως και επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, συνιστώνται συμβούλια κρίσεως και επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και κέντρων υγείας. Με την ίδια απόφαση καθορίζεται η έδρα και η περιφέρεια αρμοδιότητας κάθε συμβουλίου.

2. Τα συμβούλια κρίσεως και επιλογής του ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και κέντρων υγείας αποτελούνται από:

α) Τον πρόεδρο ή αντιπρόεδρο του Δ.Σ. του νοσοκομείου για το οποίο έχει προκηρυχθεί η θέση, εφόσον είναι ιατρός ή άλλο μέλος του Δ.Σ. του νοσοκομείου που είναι ιατρός και προτείνεται από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου.

β) Έναν (1) ιατρό, που προτείνει ο ιατρικός ή ο οδοντιατρικός σύλλογος, προκειμένου περί οδοντιάτρων, της περιοχής όπου ευρίσκεται το νοσοκομείο ή κέντρο υγείας για το οποίο γίνεται η κρίση, της περιφέρειας αρμοδιότητας του συμβουλίου με τον αναπληρωτή του της ίδιας ειδικότητας με τους υποψηφίους.

γ) Τον πρόεδρο ή αντιπρόεδρο της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου για το οποίο έχει προκηρυχθεί η θέση.

δ) Ένα (1) διευθυντή της ίδιας ή συγγενικής ειδικότητας, εφόσον δεν υπάρχει της ίδιας, με τη θέση για την οποία γίνεται η κρίση. Ο διευθυντής προέρχεται από το νοσοκομείο στο οποίο γίνεται η κρίση και ορίζεται μαζί με τον αναπληρωτή του από τον κατάλογο των υπηρετούντων στο νοσοκομείο διευθυντών, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Αν δεν υπάρχει στο εν λόγω νοσοκομείο διευθυντής της ειδικότητας αυτής, μπορεί να ορίζεται από άλλο νοσοκομείο της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας. Σε περίπτωση που η κρίση είναι για θέση επιμελητή, μπορεί αντί του διευθυντή, να συμμετέχει επιμελητής Α' της αντίστοιχης ειδικότητας του ίδιου ή άλλου νοσοκομείου.

ε) Από το διευθυντή της διευθύνσεως υγείας της νομαρχίας που υπάγεται το νοσοκομείο ή τον αναπληρωτή του.

Σε περίπτωση που η κρίση αφορά σε θέσεις ιατρών κέντρων υγείας η κρίση και επιλογή γίνεται από το πρωτοβάθμιο συμβούλιο του νοσοκομείου νομαρχιακού ή περιφερειακού με το οποίο διασυνδέεται το κέντρο υγείας επιστημονικά και λειτουργικά. Ως εισηγητής στο συμβούλιο, χωρίς δικαίωμα ψήφου, για κάθε ειδικότητα των θέσεων που προκηρύσσονται, ορίζεται ιατρός τουλάχιστον της ίδιας βαθμίδας με την υπό κρίση θέση, της ίδιας ή συγγενικής ειδικότητας, με το νόμιμο αναπληρωτή του, από κατάλογο των υπηρετούντων ιατρών του Ε.Σ.Υ. της αντίστοιχης υγειονομικής περιφέρειας με το νοσοκομείο που αφορά η κρίση. Στα πρωτοβάθμια συμβούλια κρίσεως και επιλογής πρόεδρος είναι ο εκπρόσωπος του Δ.Σ. του νοσοκομείου και επί απουσίας αυτού ο διευθυντής της Διευθύνσεως Υγείας.

3. Οι εκπρόσωποι των κατά την προηγούμενη παράγραφο φορέων ορίζονται μέσα σε δεκαπέντε (15) ημέρες από την αποστολή σχετικής προσκλήσης του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Σε περίπτωση μη εμπρόθεσμου ορισμού εκπροσώπου, τον εκπρόσωπο ορίζει ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

4. Σύζυγοι ή συγγενείς εξ αίματος ή αγχιστείας μέχρι και του 4ου βαθμού των υποψήφιων κωλύονται να συμμετέχουν στο συμβούλιο επιλογής και οφείλουν να ζητήσουν εξαιρέσή τους από την κρίση όλων των υποψηφίων της θέσεως.

5. Μέχρι να συγκροτηθούν τα πρωτοβάθμια συμβούλια κρίσης και επιλογής του άρθρου αυτού, λειτουργούν τα υπάρχοντα που έχουν συσταθεί για το λόγο αυτόν, τα οποία και καταργούνται με την έκδοση αποφάσεως του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων περί συγκροτήσεως των πρωτοβάθμιων συμβουλίων κρίσεως και επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού. Ο τρόπος και η διαδικασία εκκαθαρίσεως των υποθέσεων που εκκρεμούν στα καταργούμενα συμβούλια καθορίζεται με την ίδια υπουργική απόφαση.

6. Η κατάταξη των ιατρών μετά την τελική αξιολόγηση γίνεται με αριθμητική σειρά, σύμφωνα με τα προσόντα που συγκεντρώνουν.

7. Η θητεία των μελών των συμβουλίων ορίζεται τριετής. Κατά τη διάρκεια της θητείας τα τυχόν δημιουργούμενα κενά συμπληρώνονται με την ίδια διαδικασία για το υπόλοιπο της θητείας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται ο τρόπος λειτουργίας των πρωτοβάθμιων συμβουλίων κρίσης και επιλογής, η διαδικασία λήψεως αποφάσεων, τα κωλύματα των μελών, η αναπλήρωση των μελών, η προθεσμία υποβολής εισηγήσεων και έκδοσης αποφάσεων και κάθε άλλη διαδικαστική λεπτομέρεια που απαιτείται για τη λειτουργία των συμβουλίων κρίσεως και επιλογής του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 67

Δευτεροβάθμια συμβούλια επιλογής.

1. Συνιστώνται δευτεροβάθμια συμβούλια επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού νοσηλευτικών ιδρυμάτων ως ακολούθως:

α) Πρώτο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα την Αθήνα. β) Δεύτερο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα την Αθήνα. γ) Τρίτο δευτεροβάθμιο συμβούλιο ε-

πιλογής με έδρα τη Θεσσαλονίκη. δ) Τέταρτο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα την Πάτρα. ε) Πέμπτο, δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα το Ηράκλειο. στ) Έκτο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα τα Ιωάννινα. ζ) Έβδομο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα την Αλεξανδρούπολη. η) Όγδοο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα τη Λάρισα. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, συγκροτούνται τα δευτεροβάθμια συμβούλια επιλογής και γίνεται η διανομή των εκκρεμοσών προς εκδίκαση ενστάσεων, ενώ καθορίζεται η περιοχή αρμοδιότητας εκάστου συμβουλίου.

2. Τα δευτεροβάθμια συμβούλια επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού αποτελούνται από:

α) Το διευθυντή της περιφερειακής διευθύνσεως υγείας της υγειονομικής περιφέρειας, στην έδρα της οποίας ευρίσκεται το δευτεροβάθμιο συμβούλιο, με το νόμιμο αναπληρωτή του.

β) Έναν (1) ανώτερο δικαστικό λειτουργό, ως πρόεδρο, που ορίζεται από τον προϊστάμενο του οικείου δικαστηρίου στον οποίο απευθύνεται ο Υπουργός Δικαιοσύνης, με το νόμιμο αναπληρωτή του.

γ) Έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου που προτείνει τα Δ.Σ. του Π.Ι.Σ., μαζί με το αναπληρωματικό του μέλος.

δ) Έναν (1) εκπρόσωπο του Δ.Ε.Π. του εγγύτερου Ιατρικού Τμήματος Α.Ε.Ι., με τον αναπληρωτή του, που ορίζεται από αυτό. Ο εκπρόσωπος Δ.Ε.Π. πρέπει να είναι κάτοχος της ίδιας ή συγγενικής ειδικότητας με τη θέση για την οποία γίνεται η κρίση.

ε) Έναν εκπρόσωπο του ΚΕ.Σ.Υ., ιατρό, με τον αναπληρωτή του.

Ως εισηγητής στο Συμβούλιο, χωρίς δικαίωμα ψήφου, προτείνεται από το Δ.Σ. του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, ιατρός που έχει αποκτήσει την ειδικότητα της θέσης για την οποία γίνεται η κρίση, πριν δεκαπέντε (15) χρόνια για τις θέσεις διευθυντών, δέκα (10) χρόνια για τις θέσεις επιμελητών Α' και πέντε (5) χρόνια για τις θέσεις επιμελητών Β' και Γ'. Ο εισηγητής μπορεί να είναι το ίδιο πρόσωπο, εφόσον συγκεντρώνει τις προϋποθέσεις, για όλες τις βαθμίδες.

3. Το δευτεροβάθμιο συμβούλιο κρίνει σε δεύτερο βαθμό, κατόπιν ενστάσεως κατά των αποφάσεων των πρωτοβάθμιων συμβουλίων κρίσεως και επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού. Την ένσταση ασκούν είτε οι ενδιαφερόμενοι υποψήφιοι ιατροί ή οδοντίατροι ή ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η ένσταση κατά της πρωτοβάθμιας απόφασης πρέπει να υποβληθεί από τον ενδιαφερόμενο εντός δέκα (10) ημερών από την ημερομηνία κοινοποιήσεως σ' αυτόν της πρωτοβάθμιας απόφασης. Επί υποβολής ενστάσεως κατά της πρωτοβάθμιας κρίσης στο δευτεροβάθμιο συμβούλιο, αναστέλλεται η διαδικασία δι' ορισμού μέχρι εκδόσεως τελικής αποφάσεως από το δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής, το οποίο οφείλει να συνεδριάσει εντός δύο (2) μηνών από την ημερομηνία υποβολής της τελευταίας ενστάσεως. Μετά την κρίση στο δευτεροβάθμιο συμβούλιο, διορίζεται ο προκηθείς από το δευτεροβάθμιο συμβούλιο.

4. Οι παράγραφοι 3 και 7 του προηγούμενου άρθρου έχουν εφαρμογή και για τα συμβούλια του παρόντος άρθρου.

5. Τα συμβούλια επιλογής του προηγούμενου και του παρόντος άρθρου είναι σε απαρτία όταν παρίστανται τα τρία από τα πέντε μέλη του.

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ (ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ)

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται ο τρόπος λειτουργίας των συμβουλίων, η διαδικασία λήψης αποφάσεων και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

7. Όταν πρόκειται για κρίση και επιλογή οδοντιάτρων, όπου στα συμβούλια επιλογής του προηγούμενου και του παρόντος άρθρου προβλέπεται συμμετοχή ιατρικού τμήματος και ιατρικών φορέων ή ιατρών, συμμετέχουν αντ' αυτών εκπρόσωποι των αντίστοιχων οδοντιατρικών τμημάτων, οδοντιατρικών φορέων και οδοντίατροι, που ορίζονται με αντίστοιχη διαδικασία.

8. Μέχρι τη συγκρότηση των δευτεροβάθμιων συμβουλίων επιλογής, λειτουργούν τα υπάρχοντα, που έχουν συσταθεί για το λόγο αυτόν, τα οποία και καταργούνται με την έκδοση απόφασης του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων περί συγκροτήσεως των δευτεροβάθμιων συμβουλίων επιλογής του άρθρου αυτού. Ομοίως καθορίζεται ο τρόπος και η διαδικασία εκκαθαρίσεως των υποθέσεων που εκκρεμούν.

Άρθρο 68

Μεταβατικές διατάξεις για τις ενστάσεις, που εκκρεμούν για τους ιατρούς του κλάδου Ε.Σ.Υ.

1. Οι ιατροί, που υπηρετούν μέχρι τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, εφόσον με την έκδοση της απόφασης του δευτεροβάθμιου συμβουλίου κρίσεως ή δικαστικής απόφασεως χάνουν τη θέση τους, επαναδιορίζονται σε ομοιάβατη με αυτήν, που χάνουν θέση και, αν δεν υπάρχει κενή τέτοια, σε θέση, που συνιστάται με την απόφαση επαναδιορισμού, στην ίδια υγειονομική περιφέρεια της Χώρας, σύμφωνα με τις ανάγκες της Υπηρεσίας. Η τοποθέτηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με σύμφωνη γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου της παρ. 2 του άρθρου 29 του ν. 1579/1985.

2. α. Ιατροί, που διορίστηκαν μέχρι τη δημοσίευση του νόμου αυτού, σε θέσεις κλάδων ιατρών Ε.Σ.Υ. και έχασαν ή χάνουν τη θέση τους ύστερα από δικαστική απόφαση για λόγους, που αναφέρονται στη νομιμότητα της πράξης προκήρυξης της θέσης, που κατέλαβαν, επαναδιορίζονται σε ομοιάβατη θέση της ίδιας ειδικότητας στο ίδιο νοσοκομείο. Εάν δεν υπάρχει τέτοια κενή θέση, διορίζονται σε θέση, που συνιστάται με την απόφαση διορισμού στο ίδιο νοσοκομείο.

β. Η παρ. 4 του άρθρου 29 του ν. 1579/1985 αντικαθίσταται ως εξής:

4. Οι ιατροί, που διορίζονται σε θέσεις προσωποπαγείς, τοποθετούνται σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας ή άλλες μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας και σύμφωνα με τις ανάγκες της υπηρεσίας, από το αρμόδιο υπηρεσιακό συμβούλιο, αφού συνεκτιμηθούν από αυτό θέματα συνυπηρετήσεως συζύγων, η αίτηση του ενδιαφερόμενου ιατρού και οι ανάγκες της υπηρεσίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 5 του ν. 1579/1985.

γ. Ιατροί, που δικαιούνται με δικαστική απόφαση ή διοικητική πράξη και έχουν υπερβεί το εξηκοστό πέμπτο (65) έτος της ηλικίας δε διορίζονται σε θέσεις του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ..

3. Οι θέσεις, που καταλαμβάνουν οι ιατροί σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 1 και της περιπτώσεως α' της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού, καταργούνται με την αποχώρηση των ιατρών για οποιονδήποτε λόγο από τις θέσεις αυτές, αν δεν προυπήρχαν ως κενές:

4. Ο διορισμός των ιατρών, που διορίζονται με δικαστική ή διοικητική απόφαση, ανατρέχει στην ημερομηνία εκδόσεως της ακυρούμενης διοικητικής πράξης, ο διαδραμών εκτός υπηρεσίας χρόνος προσμετράται για κάθε περίπτωση, εκτός της απολήψεως αποδοχών αναδρομικά, αυτοί δε υπηρετούν στη θέση για το υπόλοιπο της θητείας τους. Ως προς το καθεστώς εργασιακής σχέσεως ισχύουν οι διατάξεις της επόμενης παραγράφου του άρθρου αυτού.

5. Ιατροί, που δικαιούνται κατόπιν αποφάσεως των διοικητικών δικαστηρίων ή των δευτεροβάθμιων συμβουλίων κρίσεως για ενστάσεις, που υποβλήθηκαν μέχρι τη δημοσίευση του παρόντος, αν μεν υπηρετούν στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ., διορίζονται στη νέα τους θέση ως μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί, άλλως διορίζονται επί θητεία, σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 4 και 5 του άρθρου 63 του παρόντος, ισχυουσών των διατάξεων των άρθρων 70 και 71 του παρόντος νόμου.

6. Οι διατάξεις του άρθρου αυτού ισχύουν και για τους οδοντιάτρους, όπου αυτοί δεν αναφέρονται.

Άρθρο 69

Διοδικασία πλήρωσης θέσεων κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ.

1. Η πλήρωση των θέσεων του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. γίνεται ύστερα από προκήρυξη τους, από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων προκειμένου για τους Νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης και από τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων για την υπόλοιπη επαρχία μετά από έγκριση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η προκήρυξη των θέσεων των κέντρων υγείας γίνεται από τις διευθύνσεις υγείας, που υπάγονται τα κέντρα υγείας.

2. Κάθε ιατρός μπορεί να υποβάλλει αίτηση και να κριθεί για περισσότερες της μιας θέσεων. Οι υποψήφιοι ιατροί και οδοντίατροι κρίνονται από τα συμβούλια επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού του νόμου αυτού.

3. Για την κρίση και συγκριτική αξιολόγηση των υποψηφίων, λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

α. Η ιατρική προύπηρεσία, ποσοτική και ποιοτική (σε νοσοκομεία, κέντρα υγείας, μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, ασφαλιστικούς οργανισμούς, ελεύθερο επάγγελμα).

β. Το επιστημονικό έργο και η επιστημονική δραστηριότητα.

γ. Η εκπαιδευτική δραστηριότητα, ως εκπαιδευτής ή εκπαιδευόμενος.

δ. Η συνέντευξη ενώπιον του συμβουλίου επιλογής όλων των υποψηφίων.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζεται ο τρόπος υπολογισμού και κατατάξεως των κριτηρίων για τη συγκριτική αξιολόγηση των υποψηφίων όπως: επιστημονικοί τίτλοι, διδακτορική διατριβή, διατριβή επί υφηγεσία, επιστημονικές εργασίες, οι δημοσιεύσεις σε ξένα και ελληνικά περιοδικά, οι ανακοινώσεις σε επιστημονικά συνέδρια, ο χρόνος άσκησης της ειδικότητας, η μετεκπαίδευση στο εξωτερικό, ο χρόνος προύπηρεσίας σε νοσοκομεία ή άλλες μονάδες περίθαλψης, ο χρόνος προύπηρεσίας στο στρατό, ο χρόνος προύπηρεσίας στην ύπαιθρο, ο βαθμός πτυχίου, το εκπαιδευτικό έργο και κάθε άλλο στοιχείο, που μπορεί να συμπεριληφθεί στην έννοια των κριτηρίων, που ορίζονται στην παρούσα παράγραφο. Με την ίδια απόφαση καθορίζεται και ο υπολογισμός κατά αντικειμενικό τρόπο των κριτηρίων για τη συγκριτική αξιολόγηση των υποψηφίων.

5. Για κάθε διορισμό στον κλάδο ιατρών εφαρμόζονται τα πιο πάνω κριτήρια. Τα συμβούλια κρίσεως και επιλογής κατατάσσουν τους υποψηφίους με τη σειρά αξιολογήσεώς τους για κάθε θέση για την οποία έχουν υποβάλλει υποψηφιότητα. Εάν κριθεί ότι δύο υποψήφιοι έχουν ίσα προσόντα, προτάσσεται κατά σειρά :

α. Εκείνος που στο πρόσθετό του συντρέχει περίπτωση συνυπηρετήσεως συζύγου.

β. Εκείνος που διαμένει στο νομό που βρίσκεται το νοσοκομείο δέκα (10) τουλάχιστο χρόνια συνεχώς.

Οι περιπτώσεις α' και β' ισχύουν και για τους Νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων διορίζεται ο πρώτος στη σειρά αξιολογήσεως ή ο δεύτερος, αν ο πρώτος δεν αποδέχεται το διορισμό ή συντρέχει κώλυμα ή κατά σειρά ο τρίτος, αν οι δύο πρώτοι δεν αποδεχτούν το διορισμό ή συντρέχει κώλυμα. Υποψήφιοι, που κατέλαβαν θέση στη σειρά αξιολογήσεως μετά τον τρίτο, δε διορίζονται. Εάν διαπιστωθεί ότι ο υποψήφιος, που αξιολογήθηκε από το συμβούλιο επιλογής σε θέση διορισμού, δεν είχε τα απαραίτητα από το νόμο τυπικά προσόντα, ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να προχωρήσει στο διορισμό του αμέσως επόμενου. Δε διορίζεται επίσης ο ιατρός, που α) δεν είναι γραμμένος στα μητρώα αρρενών ή για γυναίκες στα γενικά μητρώα δημοτών, β) δεν έχει εκπληρώσει τις στρατιωτικές του υποχρεώσεις ή δεν έχει νόμιμη απαλλαγή, γ) είναι ανυπότακτος ή καταδικασμένος για λιποταξία, δ) έχει στερηθεί τα πολιτικά του δικαιώματα, για όσο χρόνο διαρκεί η στέρηση, ε) έχει καταδικαστεί για κακούργημα, έγκλημα κατά των ηθών, κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, πλαστογραφία, ψευδορκία, ψευδή καταμνηνση, συκοφαντική δυσφήμιση, δωροδοκία, δόλια χρεωκοπία ή για εγκλήματα, που ανάγονται στην προστασία του δημοκρατικού πολιτεύματος, στ) δεν είναι υγιής και ζ) δεν είναι γραμμένος στον ιατρικό σύλλογο της περιοχής όπου και η θέση. Επίσης, δε διορίζονται οι ιατροί, που δεν έχουν εκπληρώσει την υπηρεσία υπαίθρου ή δεν έχουν νόμιμη απαλλαγή και ο διορισμός τους αφορά σε θέσεις νοσοκομείων ή κέντρων υγείας των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης. Σε αυτήν την περίπτωση μπορεί ο ιατρός να υποβάλει υποψηφιότητα, αλλά στη θέση θα μπορεί να διορισθεί μετά την εκπλήρωση της υποχρεώσεως υπηρεσίας υπαίθρου, που ορίζει το ν.δ. 67/1968. Προς τούτο υποβάλλει αίτηση αναστολής του διορισμού του για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται προκειμένου να εκπληρώσει την υπηρεσία υπαίθρου.

6. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται οι παθήσεις και βλάβες της υγείας, που παρεμποδίζουν το διορισμό ιατρών, καθώς και οι αρμόδιες επιτροπές για την πιστοποίηση της υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ορίζονται τα δικαιολογητικά, που πρέπει να προσκομίσει ο ιατρός για το διορισμό του.

7. Οι διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου αυτού ισχύουν και για τους υπηρετούντες, κατά τη δημοσίευση του παρόντος, ιατρούς.

8. Οι υποψήφιοι πρέπει να συγκεντρώνουν τα απαιτούμενα προσόντα κατά το χρόνο λήξεως της προθεσμίας υποβολής των δικαιολογητικών.

9. Δε γίνονται δεκτά δικαιολογητικά μετά τη λήξη της

προθεσμίας υποβολής τους.

10. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται η διαδικασία και ο τρόπος προκηρύξεως των θέσεων, η προθεσμία και ο τρόπος υποβολής δικαιολογητικών από τους υποψηφίους, τα καθήκοντα των μελών των συμβουλίων κρίσεων και επιλογής και των εισηγητών τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

11. Περιοχές όπου οι κοινωνικές, γεωγραφικές, συγκοινωνιακές και οικιστικές συνθήκες συνιστούν αποδεδειγμένα αντικίνητρο για την κατάληψη θέσεων ιατρικού δυναμικού στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας ή τους 24ωρης ετοιμότητας υγειονομικούς σταθμούς μπορεί με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να χαρακτηρίζονται ως προβληματικές και άγονες περιοχές. Περιοχή με την έννοια της διατάξεως αυτής μπορεί να θεωρηθεί ολόκληρος νομός ή ξεχωριστά πόλη ή χωριό, που είναι έδρα νοσοκομείου ή κέντρου υγείας ή υγειονομικού σταθμού 24ωρης ετοιμότητας. Οι άγονες και οι προβληματικές περιοχές διακρίνονται σε Α' και Β' κατηγορίας. Κατηγορίας Α' είναι οι περιοχές όπου οι συνθήκες, που ορίζονται με τις διατάξεις της παραγράφου αυτής ως κριτήρια για το χαρακτηρισμό τους, παρουσιάζονται ιδιαίτερα οξυμένες. Η διάκριση γίνεται με το προεδρικό διάταγμα χαρακτηρισμού τους. Με το ίδιο ή άλλο όμοιο προεδρικό διάταγμα μπορεί να θεσπίζονται ειδικά οικονομικά, υπηρεσιακά ή ηθικά κίνητρα για την προσέλκυση ιατρών στις θέσεις των νοσοκομείων και κέντρων υγείας ή υγειονομικών σταθμών 24ωρης εφημερίας, που έχουν την έδρα τους στις περιοχές αυτές. Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής μπορεί να εφαρμόζονται και σε άγονες ειδικότητες ιατρών ή άλλων κλάδων προσωπικού κατά περιοχή με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Οικονομικών.

12. Μέχρι να εκδοθούν οι υπουργικές αποφάσεις και το προεδρικό διάταγμα, που προβλέπονται από τις διατάξεις του παρόντος άρθρου, για τη διαδικασία πληρώσεως των θέσεων του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., την προκηρυξη και τα κριτήρια, εφαρμόζονται οι διατάξεις, που ισχύουν κατά τη δημοσίευση του παρόντος οι οποίες και καταργούνται με την έκδοση των υπουργικών αποφάσεων.

Άρθρο 70

Θητεία των ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ. - Επαναπροκήρυξη θέσεων

1. Καθιερώνεται η θητεία για τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. όλων των κατηγοριών και βαθμίδων. Κάθε ιατρός έχει δικαίωμα παραμονής στην ίδια ή άλλη ομοιοβαθμη θέση μέχρι τρεις (3) θητείες.

2. Κάθε θέση ιατρού του κλάδου Ε.Σ.Υ., πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης ή μερικής απασχόλησης, επαναπροκηρύσσεται όταν ο ιατρός που την κατέχει συμπληρώσει σε αυτήν υπηρεσία τεσσάρων (4) ετών, αν πρόκειται για θέσεις επιμελητών Α' ή Β' ή Γ, και πέντε (5) ετών για θέσεις διευθυντών. Για την κατάληψη των θέσεων, που επαναπροκηρύσσονται, υποβάλλουν υποψηφιότητα ιατροί, που υπηρετούν στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ., ή εκτός του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ.. Ο ιατρός, που κατέχει τη θέση που επαναπροκηρύσσεται, έχει δικαίωμα υποβολής υποψηφιότητας για επαναστοποίησή του σε αυτήν ή άλλη ομοιοβαθμη

θέση, για τρεις (3) συνολικά θητείες. Αν το αρμόδιο συμβούλιο επιλογής προκρίνει άλλον υποψήφιο για την κατάληψη της θέσεως, τότε ο ιατρός, που χάνει τη θέση, αν δεν είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης κι έχει διοριστεί μέχρι την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, τοποθετείται σε οποιαδήποτε ομοιόβαθμη κενή θέση νοσοκομείου, αν υπηρετούσε σε νοσοκομείο, ή κέντρου υγείας, ή τοποθετείται ως υπεράριθμος με τον ίδιο βαθμό και προσφέρει τις υπηρεσίες του σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας, ή άλλη μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αν ο ιατρός που χάνει τη θέση είναι μερικής απασχόλησης ή πλήρους και αποκλειστικής και έχει διοριστεί στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ. για πρώτη φορά μετά την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, εξέρχεται της υπηρεσίας του.

3. Η τοποθέτηση των ιατρών πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, που υπηρετούν κατά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού και χάνουν τη θέση κατά την επαναπροκηρυξή της, γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου του άρθρου 29 του ν. 1579/1985, σύμφωνα με τις ανάγκες της υπηρεσίας, στην ίδια υγειονομική περιφέρεια.

4. Όλες οι θέσεις στις οποίες υπηρετούν οι ιατροί, κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, επαναπροκηρύσσονται με τη συμπλήρωση υπηρεσίας στις θέσεις αυτές πέντε (5) ετών, από τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Κατ' εξαίρεση, οι θέσεις των ιατρών εκείνων, που συμπληρώνουν συνεχή υπηρεσία εννέα (9) ετών ως επιμελητές Α', Β', Γ', ή δέκα (10) ετών ως διευθυντές, επαναπροκηρύσσονται με τη συμπλήρωση της πιο πάνω υπηρεσίας και πριν την παρέλευση των πέντε (5) ετών.

5. Ιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, που υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, θεωρείται ότι θα υπηρετήσουν την πρώτη τους θητεία στη θέση μετά την προκήρυξη, που θα γίνει, σύμφωνα με τις διατάξεις της αμέσως προηγούμενης παραγράφου του άρθρου αυτού.

6. Οι ιατροί του Ε.Σ.Υ. μπορούν να υποβάλλουν αίτηση για κατάληψη ομοιόβαθμης θέσης, μόνο μετά παρέλευση διετίας από την ημερομηνία κατάληψης της θέσεως στην οποία υπηρετούν. Σε αντίθετη περίπτωση, υποβάλλουν παραίτηση, προκειμένου να διεκδικήσουν νέα θέση. Η κατάληψη της νέας θέσεως γίνεται για το υπόλοιπο της θητείας που απομένει από την προηγούμενη θέση.

7. Όλες οι θέσεις προκηρύσσονται τέσσερις (4) μήνες προ της ημερομηνίας λήξεως της θητείας. Οι ιατροί, που κατέχουν τις προκηρυσσόμενες θέσεις, εξακολουθούν να υπηρετούν κανονικά λαμβάνοντας πλήρεις αποδοχές μέχρι την ημερομηνία επαναπληρώσεως των θέσεων από τους ίδιους ή άλλους ιατρούς.

8. Οι διατάξεις του άρθρου 52 του ν. 1759/1988 και της παραγράφου 5 του άρθρου 2 του ν. 1579/1985 εφεξής δεν ισχύουν. Οι προσωποπαγείς θέσεις, που τυχόν συστάθηκαν με τις διατάξεις του άρθρου 52 του ν. 1759/1988, καταργούνται, όταν για οποιονδήποτε λόγο κενωθούν.

9. Σε περίπτωση που προκηρυχθείσα θέση δεν διεκδικείται από άλλους υποψηφίους, ο ιατρός που κατέχει τη θέση, μπορεί να παραμείνει σ' αυτή για περισσότερες από τρεις (3) θητείες. Η θέση επαναπροκηρύσσεται μετά τη συμπλήρωση πλήρους θητείας από τον κατέχοντα τη θέση ιατρό.

Άρθρο 71 Ελεύθερη επιλογή εργασιακών σχέσεων από την υπηρεσία

1. Οι ιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, που υπηρετούν, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, μπορούν:

α) Να μεταβάλουν την εργασιακή τους σχέση και να γίνουν μερικής απασχόλησης με υπεύθυνη δήλωση του ν.1599/1986. Με τη δήλωση αυτήν ο ιατρός υπηρετεί πλέον στο καθεστώς, που προβλέπεται για τους ιατρούς αυτούς. Η παραμονή του ιατρού στη θέση αυτή διαρκεί επί τρία (3) έτη από την ημερομηνία υποβολής της υπεύθυνης δήλωσης για μεταβολή της εργασιακής σχέσης. Με τη συμπλήρωση των 3 ετών η θέση επαναπροκηρύσσεται και μέχρι επαναπληρώσεως της θέσης αυτής ο ιατρός, που την κατέχει, εξακολουθεί να παραμένει σ' αυτήν. Αν τη θέση καταλάβει ο ιατρός, που την κατείχε και μετέβαλε την εργασιακή του σχέση, θεωρείται ότι υπηρετεί την πρώτη θητεία στη θέση αυτήν, άλλως εξέρχεται της υπηρεσίας. Το δικαίωμα υποβολής υπεύθυνης δήλωσης για αλλαγή των εργασιακών σχέσεων δεν υπόκειται σε περιοριστικούς χρονικούς όρους. Σε περίπτωση, που για τη συμπλήρωση της θητείας απομένουν λιγότερα από τρία χρόνια, τότε ο ιατρός, που μεταβάλλει την εργασιακή του σχέση, υπηρετεί στη θέση αυτή για το υπόλοιπο της θητείας του.

β) Να παραμείνουν στην πλήρη και αποκλειστική απασχόληση υπηρετώντας κανονικά κατά τις κείμενες διατάξεις του νόμου αυτού ως μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί.

2. Ιατροί, που εντάσσονται στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ., για πρώτη φορά μετά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, έχουν δικαίωμα να επιλέξουν την εργασιακή τους σχέση, ως πλήρους ή μερικής απασχόλησης, δηλώνοντας τούτο με αίτησή τους κατά το διορισμό τους.

3. Οι διατάξεις της παραγράφου 1, περίπτωση α' και 2 του παρόντος άρθρου δεν έχουν ισχύ για τους οδοντιάτρους που δεν κατέχουν τίτλο ειδικότητας, οι οποίοι υποχρεούνται να παραμείνουν ως οδοντίατροι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

4. Σε κάθε περίπτωση, που ο ιατρός συμπληρώσει το εξηκοστό πέμπτο (65) έτος της ηλικίας εξέρχεται της υπηρεσίας, ανεξαρτήτως από την ημερομηνία λήξεως της θητείας του. Η θέση που κενούται επαναπροκηρύσσεται.

5. Στις διατάξεις της προηγούμενης παραγράφου δεν εμπέπει το ιατρικό προσωπικό, που παραμένει στην υπηρεσία, κατά τη δημοσίευση του παρόντος κατ' εφαρμογήν των διατάξεων της παραγράφου 1 του άρθρου 8 του ν. 1902/ 1990, τα οποία αποχωρεί με τη συμπλήρωση 35ετούς συντάξιμης υπηρεσίας και ουχί πάντως περαν του 67ου έτους της ηλικίας του.

6. Διατελέσαντες υφηγητές, προ της εφαρμογής του ν. 1397/1983 και ενταχθέντες στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ. κατά την πρώτη εφαρμογή του ως διευθυντές, παραμένουν στην ενεργό υπηρεσία μέχρι της συμπληρώσεως του 67ου έτους της ηλικίας τους, κατά παρέκκλιση πάσης αντιθέτου διατάξεως.

7.α: Οι ιατροί, που υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του

παρόντος νόμου σε προσωποπαγείς θέσεις, καθώς και οι ιατροί, που υπάγονται στις μεταβατικές διατάξεις του άρθρου 68 του παρόντος νόμου, έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής της εργασιακής τους σχέσης, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις.

β. Οι ιατροί, που υπηρετούν σε προσωποπαγή θέση, μπορούν να μεταβάλλουν την εργασιακή τους σχέση με την ίδια διαδικασία της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού, της θέσης τους μετατρέπόμενης στην περίπτωση αυτή σε οργανική, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Οι προσωποπαγείς θέσεις, που μετατρέπονται σε οργανικές με τη διαδικασία αυτήν καταργούνται μετά την αποχώρηση του ιατρού από την υπηρεσία για αιωνόηποτε λόγο.

8. Θέσεις του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., που κενούνται καθ' αιωνόηποτε τρόπο, επανατροκηρύσσονται, εκτός εάν υφίσταται στο ίδιο τμήμα προσωποπαγής ομοιόβαθμη θέση, οπότε ο κατέχων αυτή δύναται με δήλωσή του υποβαλλομένη εντός μηνός να καταλάβει την οργανική θέση. Επί υπέρθεωρος περισσότερων ιατρών, που κατέχουν προσωποπαγείς ομοιόβαθμες θέσεις με την κενούμενη οργανική στο ίδιο τμήμα, τη θέση καταλαμβάνει ο ιατρός, που κατέχει την προσωποπαγή θέση περισσότερο χρόνο.

9. Οι λεπτομέρειες περί υποβολής υπεύθυνης δήλωσης για μεταβολή της εργασιακής σχέσης των υπηρετούντων ιατρών καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 72

Εξέλιξη στον κλάδο

1. Η βαθμολογική εξέλιξη των ιατρών και οδοντάρων γίνεται με την κατάληψη κενής θέσεως αμέσως ανώτερου βαθμού από αυτόν που έχουν, μετά από προκήρυξη της θέσης και κρίση, σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

2. Η εξέλιξη σε ανώτερο βαθμό, κατά την προηγούμενη παράγραφο, γίνεται εφόσον οι ενδιαφερόμενοι έχουν τα προσόντα της παρ. 2 του άρθρου 65 του νόμου αυτού.

3. Οι οδοντίατροι, που έχουν το βαθμό επιμελητή Γ', για να εξελιχθούν σε θέση επιμελητή Β', πρέπει να έχουν συμπληρώσει σε κάθε περίπτωση πέντε (5) χρόνια άσκησης του επαγγέλματος.

4. Σε περίπτωση, που ο ιατρός δεν καταλάβει ανώτερη θέση, μετά τη συμπλήρωση και της τρίτης θητείας του, δεν μπορεί να διεκδικήσει εκ νέου τη θέση του, η οποία προκηρύσσεται εντός δύο (2) μηνών. Εφόσον ο ιατρός αυτός υπηρετούσε στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ., κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, τίθεται στη διάθεση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και τοποθετείται με τον ίδιο βαθμό στην ίδια υγειονομική περιφέρεια, σύμφωνα με τις ανάγκες της υπηρεσίας κατά τις κείμενες διατάξεις. Σε κάθε περίπτωση οι ιατροί, που εμπίπτουν στις διατάξεις των προηγούμενων εδαφίων της παραγράφου αυτής, μπορούν μετά παρέλευση διετίας να διεκδικήσουν ανώτερη θέση.

Άρθρο 73

Χρόνος εργασίας

1. Οι ιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης εργάζονται πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα σε συνεχές πρωινό οκτάωρο ημερησίως.

2. Οι ιατροί μερικής απασχόλησης εργάζονται πέντε (5)

ημέρες την εβδομάδα σε συνεχές πρωινό πεντάωρο ημερησίως.

3. Οι σύμβουλοι ιατροί υποχρεούνται να μεταβαίνουν στο νοσοκομείο εντός εύλογου χρονικού διαστήματος, όταν κληθούν κατά τη διάρκεια του ωραρίου των ιατρών μερικής απασχόλησης, προκειμένου να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Παρόμοια υποχρέωση έχουν ειδικώς και σε άλλες εξαιρετικές περιπτώσεις και μπορεί να καλούνται και εκτός του ωραρίου τούτου.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζεται το καθημερινό πρωινό ωράριο εργασίας ενιαία για όλα τα νοσοκομεία ή κέντρα υγείας. Η τροποποίηση του καθημερινού ωραρίου ή η εφαρμογή διακεκομμένου ωραρίου δυνατόν να γίνει, λόγω ειδικών συνθηκών, μετά από πρόταση του Δ.Σ. του νοσοκομείου και εισήγηση του αρμόδιου ΠΕ.Σ.Υ. ή του ΚΕ.Σ.Υ., εφόσον τα ΠΕ.Σ.Υ. δεν έχουν συγκροτηθεί και απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 74

Άδειες

1. Στους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. χορηγείται κάθε χρόνο άδεια 22 εργάσιμων ημερών. Από το χρόνο αυτόν αφαιρείται ο χρόνος αδικαιολόγητης απουσίας από την εργασία. Εφόσον το ζητήσουν οι ιατροί με αίτηση τους, τα 2/3 τουλάχιστον της κανονικής άδειας πρέπει να χορηγούνται για τη χρονική περίοδο από 1η Ιουνίου έως τέλος Σεπτεμβρίου, εκτός αν έκτακτες ανάγκες επιβάλλουν την παρουσία τους στη θέση τους. Η άδεια χορηγείται από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου μετά από γνώμη του διευθυντή του τομέα στον οποίο ανήκουν οι ιατροί. Ιατροί με ειδικότητα ακτινολόγων ή ιατροί, που εργάζονται σε περιβάλλον ιοντίζουσας ακτινοβολίας διατηρούν το δικαίωμα πρόσθετης άδειας, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Στους ιατρούς Ε.Σ.Υ. μπορεί να χορηγείται εκπαιδευτική άδεια για συγκεκριμένο εκπαιδευτικό σκοπό, μέχρι ένα (1) χρόνο με διπλάσιες αποδοχές και μέχρι δύο (2) χρόνια χωρίς αποδοχές σε κάθε βαθμό για μετεκπαίδευση ή παρακολούθηση ειδικών επιστημονικών προγραμμάτων και μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων στο εξωτερικό. Για τη μετεκπαίδευση ή την παρακολούθηση ειδικών επιστημονικών προγραμμάτων στην Ελλάδα, οι ιατροί του κλάδου Ε.Σ.Υ. λαμβάνουν τις κανονικές αποδοχές τους. Η μετεκπαιδευτική άδεια χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από εισήγηση του ΚΕ.Σ.Υ. και γνώμη του οικείου ΠΕ.Σ.Υ., εφόσον έχει συσταθεί, άλλως μετά γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.. Για τη χορήγηση εκπαιδευτικής άδειας στο εξωτερικό απαιτείται η πιστοποίηση και βεβαίωση του ιδρύματος ή του διευθυντή του τμήματος της αλλοδαπής ότι αποδέχονται τον υποψήφιο προς μετεκπαίδευση ιατρό. Είναι δυνατόν η μετεκπαιδευτική άδεια να χορηγείται και σε μικρότερα του ενός έτους χρονικά διαστήματα, όχι όμως λιγότερο των δύο (2) μηνών. Για τη χορήγηση εκπαιδευτικής άδειας στο εξωτερικό, είναι απαραίτητη η αποδεδειγμένη γνώση της ξένης γλώσσας, που απαιτείται κάθε φορά.

2. Οι ιατροί, που παίρνουν εκπαιδευτική άδεια με αποδοχές και αποχωρούν προ της λήξεως της θητείας τους, υποχρεώνονται να επιστρέψουν στο διπλάσιο το σύνολο των αποδοχών που έλαβαν κατά το χρόνο της άδειας. Η εισπραξη γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου για την εισπραξη των δημοσίων εσόδων.

3. Στους ιατρούς των νομαρχιακών νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών 24ωρης εφημερίας χορηγείται, ύστερα από αίτησή τους, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και σύμφωνη γνώμη της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου, εκπαιδευτική άδεια με αποδοχές μέχρι ένα (1) μήνα για κάθε διετία, για παρακολούθηση μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων ή για απασχόληση σε ερευνητική εργασία σε περιφερειακά νοσοκομεία, πέρα από την εκπαιδευτική άδεια της παρ. 1 του άρθρου αυτού.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζονται οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για τη χορήγηση των εκπαιδευτικών αδειών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

5. Στους ιατρούς χορηγούνται αναρρωτικές άδειες και επιπλέον στις γυναίκες άδειες κύησης και λοχείας, σύμφωνα με τις διατάξεις του υπαλληλικού κώδικα.

6. Κάθε ιατρός του Ε.Σ.Υ., καθώς και οι ειδικευόμενοι ιατροί δικαιούνται 15 ημέρες το χρόνο άδεια μετ' αποδοχών για παρακολούθηση επιστημονικών συνεδρίων. Η παρακολούθηση πρέπει να πιστοποιείται άμεσα μετά τη λήξη του συνεδρίου, άλλως σε αντίθετη περίπτωση παρακρατούνται οι αποδοχές και δεν προσμετραι ο χρόνος στην ειδικότητα.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων επιτρέπεται να χορηγείται μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., άδεια άνευ αποδοχών μέχρις ενός έτους σε ιατρούς του Ε.Σ.Υ. προκειμένου να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ανθρωπιστικές οργανώσεις. Με ίδια απόφαση καθορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις και η εν γένει διαδικασία για τη χορήγηση της εν λόγω άδειας.

Άρθρο 75

Μετακίνηση - Απόσπαση ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ.

1. Οι ιατροί Ε.Σ.Υ. μπορεί να αποσπώνται για κάλυψη υπηρεσιακών αναγκών σε οποιοδήποτε νοσοκομείο και κέντρο υγείας. Κάθε ιατρός μπορεί να αποσπάται μέχρι δύο φορές σε κάθε βαθμό και θητεία και για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο των έξι (6) μηνών συνολικά. Από τη διάταξη αυτήν εξαιρούνται οι ιατροί-μητέρες με παιδιά κάτω των 6 ετών. Η απόσπαση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Κατ' εξαίρεση η απόσπαση ιατρού μπορεί να παρατείνεται και μέχρι τρία (3) χρόνια συνολικά, αν ο ενδιαφερόμενος συναινεί και υπάρχει θετική εισήγηση του Δ.Σ. του νοσοκομείου στο οποίο ανήκει, αλλά και του Δ.Σ. του νοσοκομείου στο οποίο αποσπάται.

3. Στους ιατρούς, που μετακινούνται εκτός έδρας του νομού στον οποίο ανήκει η μονάδα που υπηρετούν, πλην αυτών που μετακινούνται για εκπλήρωση υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου, τους καταβάλλεται προσαύξηση πενήντα τοις εκατό (50%) επί του βασικού τους μισθού. Η προσαύξηση του πενήντα τοις εκατό (50%) δε καταβάλλεται στους ιατρούς, που παρατείνουν την απόσπασή τους, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου αυτού.

4. Οι ιατροί, που υπηρετούν με απόσπαση κατά τις διατάξεις του άρθρου αυτού, μπορούν να ορίζονται και ως μέλη υγειονομικών επιτροπών Δημοσίου και ν.π.δ.δ..

Άρθρο 76

Μετάθεση ιατρών Ε.Σ.Υ.

1. Ιατροί, που κατέχουν οργανικές θέσεις του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. και υπηρετούν σε νοσοκομεία των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης, μπορεί να μετατίθενται σε κενές, ομοιόβαθμες θέσεις της αυτής ειδικότητας οργανικές θέσεις νοσοκομείων ή κέντρων υγείας των λοιπών νομών της χώρας, ύστερα από αίτηση του ενδιαφερόμενου ιατρού. Μετάθεση γίνεται και σε νέα θέση, που συνιστάται για το λόγο αυτόν, η δε οργανική θέση, που κενούται με τη μετάθεση του ενδιαφερόμενου ιατρού, καταργείται άμεσα μετά την οριστικοποίηση της μετάθεσης του ιατρού, εκτός αν πρόκειται για θέση διευθυντή.

2. Μετάθεση ιατρού γίνεται και εντός των ορίων του ίδιου νομού, μετά από αίτηση του ενδιαφερόμενου, μόνο από νοσοκομείο σε νοσοκομείο, η δε θέση μεταφέρεται κατ' εφαρμογήν των διατάξεων της παρ. 7 του άρθρου 56 του παρόντος νόμου.

3. Η μετάθεση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ύστερα από αίτηση του ιατρού, γνώμη του Δ.Σ. των αντιστοιχών νοσοκομείων και του Κ.Ε.Σ.Υ., το οποίο εκτιμά τους λόγους, που επικαλείται ο ιατρός και τις υπηρεσιακές ανάγκες.

Άρθρο 77

Πειθαρχικά αδικήματα και πειθαρχικές ποινές

1. Πειθαρχικά αδικήματα των ιατρών Ε.Σ.Υ. είναι τα προβλεπόμενα από τις πειθαρχικές διατάξεις του Υπαλληλικού Κώδικα και τα επόμενα:

α) Η άσκηση ελεύθερου ή άλλου επαγγέλματος από τους ιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης ή η κατοχή άλλης θέσης κατα παράβαση των διατάξεων της παρ. 3 του άρθρου 63 του νόμου αυτού. Επίσης η άσκηση άλλου επαγγέλματος από τους ιατρούς μερικής απασχόλησης ή τους ιατρούς συμβούλους, εκτός από τα επιτρεπόμενα στην παρ. 3 του άρθρου 63 του παρόντος νόμου.

β) Η δωροληψία και ιδίως η λήψη αμοιβής και η αποδοχή οποιασδήποτε άλλης περιουσιακής παροχής για την προφορά οποιασδήποτε ιατρικής υπηρεσίας.

γ) Η συνεργασία με ιατρούς, που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, ή και με ιδιωτικές κλινικές, καθώς και η παράβαση των διατάξεων του άρθρου 63 παράγραφος 3 πλην της συνεργασίας για αποκλειστικώς επιστημονικούς λόγους.

δ) Η παράβαση κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας.

ε) Η άνιση μεταχείριση αρρώστων στην παροχή ιατρικών φροντίδων ή η απρεπής συμπεριφορά προς αυτούς.

στ) Η παράβαση των διατάξεων του νόμου αυτού και των διατάξεων που διέπουν την οικεία υπηρεσιακή μονάδα περιθαλής.

2. Πειθαρχικές ποινές είναι:

α) Έγγραφο επίπληξη.

β) Πρόστιμο μέχρι των αποδοχών δέκα μηνών.

γ) Διακοπή του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας για κατάληψη θέσεως ανώτερου βαθμού από ένα (1) μέχρι πέντε (5) χρόνια. Για τη διακοπή υπολογίζεται μόνο ο χρόνος κατά τον οποίο ο τιμωρούμενος έχει τα προς παραγωγή τυπικά προσόντα.

δ) Οριστική παύση και
ε) Αφαίρεση της άδειας άσκησης του επαγγέλματος προσωρινά μέχρι δύο (2) χρόνια ή οριστικά.

3. Η διακοπή του δικαιώματος για υποβολή υποψηφιότητας για κατάληψη θέσεως ανώτερου βαθμού μπορεί να επιβληθεί για τα προβλεπόμενα στην παρ.1 περιπτώσεις β', γ, δ και ε' του άρθρου αυτού αδικήματα, καθώς και για τα ακόλουθα: τη χρησιμοποίηση της θέσης για εξυπηρέτηση ατομικών συμφερόντων ή τρίτων, την ατελή και μη έγκαιρη εκπλήρωση των καθηκόντων τους, την αδικαιολόγητη αποχή από την εκτέλεση των καθηκόντων, άρνηση ή παρελκυστική καθυστέρηση παροχής υπηρεσίας, τη μη πρόετιστα συμπεριφορά προς τους πολίτες, τους προϊσταμένους και λοιπούς υπαλλήλους, τη μη έγκαιρη κατάρτιση εκθέσεων, ως και τη σύνταξη έκθεσης ουσιαστικών προσόντων από προϊστάμενο κριτή, χωρίς την επιβαλλόμενη αμεροληψία και αντικειμενικότητα, την παράβαση της εκ των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας επιβαλλόμενης εχεμύθειας, τη χρησιμοποίηση πληροφοριών τις οποίες έχουν από την υπηρεσία τους, για να αποκτήσουν όφελος οι ίδιοι ή τρίτοι, τη φθορά λόγω κακής χρησιμοποίησης, την εγκατάλειψη ή παράνομη χρησιμοποίηση πράγματος που ανήκει στο Δημόσιο ή σε ν.π.δ.δ..

4. Η ποινή αφαίρεσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος μπορεί να επιβληθεί μόνο για τα αδικήματα της παρ. 1, περ. α' και β' του άρθρου αυτού.

5. Στα αδικήματα της παρ.1 περ. α' και β' του άρθρου αυτού, ο ιατρός τιμωρείται υποχρεωτικώς με ποινή οριστικής παύσης και σωρευτικώς με ποινή προστίμου, από 800.000 δραχμές μέχρι 4.000.000 δραχμές.

6. Η διάταξη του άρθρου 192 παρ. 1 του π.δ. 611/1977 εφαρμόζεται και σε περίπτωση εκκρεμούς πειθαρχικής δίωξης των ιατρών. Σε περίπτωση εκκρεμούς πειθαρχικής δίωξης, ο ιατρός μπορεί να τεθεί σε αργία του άρθρου 192 του π.δ. 611/1977.

7. Η ποινή της οριστικής παύσης μπορεί να επιβληθεί για τα αδικήματα της παρ. 4 του άρθρου 207 του π.δ. 611/1977, τα αδικήματα της παρ. 1 περ. β', γ, δ' του νόμου αυτού, για τα αδικήματα της χρησιμοποίησης θέσης για εξυπηρέτηση ατομικών συμφερόντων ή τρίτων, της ατελούς ή μη έγκαιρης εκπλήρωσης των καθηκόντων τους, καθώς και για τα αδικήματα της παρ. 4 του άρθρου 207 του π.δ. 611/1977.

8. Τα πειθαρχικά όργανα είναι αρμόδια να επιβάλλουν τις εξής ποινές: α) Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου ν.π.δ.δ. έγγραφη επίπληξη και πρόστιμο μέχρι των αποδοχών δεκαπέντε (15) ημερών. β) Το περιφερειακό πειθαρχικό συμβούλιο τις ποινές με στοιχεία α' έως γ' της παρ. 2 του άρθρου αυτού. γ) Το κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο κάθε άλλη ποινή. Για το ιατρικό προσωπικό των κέντρων υγείας αρμόδια είναι τα πειθαρχικά όργανα του Υπαλληλικού Κώδικα.

9. Πειθαρχικές διατάξεις που αφορούν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την ιατρική δεοντολογία εξακολουθούν να ισχύουν.

10. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις του πειθαρχικού δικαίου των δημόσιων υπαλλήλων.

Άρθρο 78

Άσκηση επαγγέλματος

1. Επιτρέπεται η άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος στους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. μερικής απασχόλησης ή συμβούλους σε ημέρες και ώρες εκτός του καθημερινού πρωινού ωραρίου και της ενεργού εφημερίας, το οποίο είναι υποχρεωμένοι να ακολουθούν σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

2. Οι πιο πάνω ιατροί υποχρεούνται να θεωρήσουν βιβλίο εισόδων-εξόδων και αποδείξεις παροχής υπηρεσιών, σύμφωνα με τις διατάξεις του Κώδικα Φορολογικών Στοιχείων (π.δ. 99/1977 (ΦΕΚ 34 Α'), τα οποία πρέπει να τηρούν για τις αμοιβές τους από την άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος.

Άρθρο 79

Απασχόληση εκτός θέσης

Η παράγραφος 1 του άρθρου 40 του ν. 1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:

"1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, επιτρέπεται στους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. να απέχουν από τα καθήκοντά τους και να προσφέρουν υπηρεσίες σε οποιασδήποτε φύσεως υπηρεσίες στο Δημόσιο, στην τοπική αυτοδιοίκηση ή ν.π.δ.δ. για χρονική περίοδο μέχρι ένα χρόνο, που μπορεί να ανανεώνεται."

Στο άρθρο 40 του ν. 1397/1983 προστίθεται νέα παράγραφος με αριθμό 5, ως εξής:

"5. Με τη διαδικασία των διατάξεων των παρ. 1 έως και 3 του άρθρου αυτού μπορεί να ανατίθενται σε ιατρούς του Ε.Σ.Υ. καθήκοντα προϊσταμένων γραφείων, τμημάτων και διευθύνσεων νομαρχιακών υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, όπου από τον οργανισμό του Υπουργείου προβλέπεται προϊσταμένος υγειονολόγος ιατρός, καθώς και καθήκοντα προέδρων ή αντιπροέδρων Δ.Σ. νοσοκομείων. Οι ιατροί αυτοί μπορούν να συνεχίζουν την επιστημονική συνεργασία με το νοσοκομείο τους και να συμμετέχουν στο πρόγραμμα εφημερίας. Οι ανωτέρω ιατροί πριν την άσκηση των παραπάνω καθηκόντων παρακολουθούν μετά από απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ειδικό εξαήμερο ταχύρρυθμο μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα, σε θέματα υγειονολόγου ιατρού στην Υγειονομική Σχολή της Αθήνας."

Άρθρο 80

Ενιαίο μετεκπαιδευτικό σύστημα αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

1. Το μετεκπαιδευτικό σύστημα αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που αφορά στη μετά τη λήψη του πτυχίου και συνεχιζόμενη ιατρική, οδοντιατρική και φαρμακευτική εκπαίδευση αναδιορθώνεται σε ενιαία λειτουργική βάση.

2. Ιδρύεται ν.π.ι.δ. με έδρα την Αθήνα και με την επωνυμία Ενιαίος Μετεκπαιδευτικός Φορέας (Ε.Μ.Ε.Φ.), ως ανώτατο επιστημονικό και γνωμοδοτικό όργανο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για θέματα μετεκπαίδευσης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των ιατρών, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών και λοιπών επαγγελματιών υγείας τρίτοβάθμιας εκπαίδευσης πλην νοσηλευτικής και υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 81

Διάρθρωση Ε.Μ.Ε.Φ.-Αρμοδιότητες

1. Στο ν.π.ι.δ. του αμέσως προηγούμενου άρθρου, υπάγονται όλα τα όργανα που θεσμοθετούνται με την έκδοση προεδρικού διατάγματος, που προβλέπεται στην παρ. 2 του παρόντος άρθρου.

2. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση

των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται η διάρθρωση και τα όργανα του μετεκπαιδευτικού φορέα, οι αρμοδιότητες αυτού, οι προϋποθέσεις και η διαδικασία απόκτησης τίτλου ιατρικής, οδοντιατρικής και φαρμακευτικής ειδικότητας, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, η καταλληλότητα των μονάδων υγείας για απόκτηση τίτλου ειδικότητας, η στελέχωση του μετεκπαιδευτικού φορέα και ο τρόπος διοίκησης αυτού, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια που αφορά στην εν γένει λειτουργία αυτού και των οργάνων του.

Άρθρο 82

Άλλες συναφείς διατάξεις για την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των ιατρών

1. Ιατροί ή οδοντίατροι, που έχουν ιθαγένεια κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, μπορούν να διορίζονται σε θέσεις έμμισθων ειδικευόμενων βοηθών σε νοσηλευτικά ιδρύματα, με τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία που ισχύει για τους Έλληνες ιατρούς και οδοντίατρος. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η γνώση της ελληνικής γλώσσας σύμφωνα με την περίπτωση α' της παραγράφου 1 του άρθρου 65 του νόμου αυτού.

2. Ιατροί που υπηρετούν σε θέσεις του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. μέχρι και το βαθμό του επιμελητή Α', οποιασδήποτε ειδικότητας, οι οποίοι επιθυμούν να ειδικευθούν σε άλλη ειδικότητα, μπορούν με αίτησή τους να τοποθετηθούν ως υπεράριθμοι ειδικευόμενοι σε ειδικότητες που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, κατά προτεραιότητα, λαμβάνοντας τις αποδοχές του βαθμού τους. Μετά την απόκτηση τίτλου της νέας ειδικότητας οι ιατροί αυτοί έχουν την υποχρέωση να παραμείνουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας για μία τετραετία με εισαγωγικό βαθμό επιμελητή Β' σε κενές θέσεις σύμφωνα με τις ανάγκες της υπηρεσίας. Αν δεν υπάρχουν κενές θέσεις τότε τοποθετούνται ως υπεράριθμοι από το υπηρεσιακό συμβούλιο του άρθρου 29 του ν. 1579/1985.

3. Ειδικευόμενοι ιατροί, που δεν μπορούν, για σοβαρούς λόγους υγείας, να συνεχίσουν την ειδικότητά τους, είναι δυνατόν με αίτησή τους να τοποθετηθούν ως υπεράριθμοι σε άλλη ειδικότητα. Στους ιατρούς αυτούς δίνεται η δυνατότητα υπογραφής νέας σύμβασης, η διάρκεια της οποίας είναι ίση προς τον απαιτούμενο χρόνο για την απόκτηση της νέας ειδικότητας και τους καταβάλλεται κανονικά η αποζημίωση για όλο χρόνο διαρκεί η νέα σύμβαση, κατ'εξαιρεση των διατάξεων της παρ. 4 του άρθρου 1 του ν. 123/1975. Η διαπίστωση των λόγων υγείας γίνεται από τις υγειονομικές επιτροπές του άρθρου 10 επ. του π.δ. 611/1977. Για τη διαδικασία διορισμού του ιατρού στη νέα θέση του ειδικευόμενου βοηθού, ισχύουν κάθε φορά οι διατάξεις που ισχύουν για όλους τους ιατρούς. Η ανωτέρω διάταξη ισχύει και για ιατρούς που ήδη ειδικεύονται σε άλλη ειδικότητα για σοβαρούς λόγους υγείας για τον υπόλοιπο χρόνο της ειδικότητάς τους.

4. Με απόφαση των Υπουργών Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορεί να ανατίθεται εκπαιδευτικό έργο για φοιτητές των ιατρικών τμημάτων και σε μη πανεπιστημιακά, επιστημονικά τμήματα των ιατρικών τομέων νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., ύστερα από γνώμη της γενικής συνέλευσης του ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου και πρόταση του ΚΕ.Σ.Υ..

5. Για την εκπαίδευση των ιατρών του Ε.Σ.Υ. σε ιδρύματα και ειδικά κέντρα στο εσωτερικό ή εξωτερικό, δεν απαιτούνται οι προϋποθέσεις της προϋπηρεσίας και του ορίου ηλικίας, που προβλέπονται για τους λοιπούς μόνιμους δημοσίου υπαλλήλους.

6. Για την άσκηση του ιατρικού και οδοντιατρικού επαγγέλματος στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ., για κάθε θητεία και σε όλες τις βαθμίδες απαιτείται η συμπλήρωση ογδόντα (80) ωρών παρακολούθησης προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Το ήμισυ των ωρών των προγραμμάτων αυτών μπορεί να είναι της επιλογής του ιατρού ή οδοντίατρου.

7. Η επίσημη βεβαίωση που χορηγείται για την παρακολούθηση αυτών των μετεκπαιδευτικών μαθημάτων της παρ. 1 του άρθρου αυτού αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή του ιατρού σε κρίση για ανώτερη θέση και συμπεριλαμβάνεται στα κριτήρια ως πρόσφατο εκπαιδευτικό έργο.

8. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εκδιδόμενη εντός έξι μηνών από της δημοσίευσής του νόμου αυτού, ορίζεται ο χρόνος έναρξης της διαδικασίας παρακολούθησης των προγραμμάτων συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, οι φορείς παροχής εκπαίδευσης και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων των παραγράφων 6 και 7 του άρθρου αυτού.

9. Οι διατάξεις των παρ. 6, 7 και 8 έχουν εφαρμογή και για ιατρούς που δεν ανήκουν στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ..

Άρθρο 83

Ιατρική και οδοντιατρική εξειδίκευση

1. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται οι ειδικότεροι τομείς εξειδίκευσης της ιατρικής και οδοντιατρικής επιστήμης εντός του πλαισίου κάθε αναγνωρισμένης κύριας ειδικότητας.

2. Ο καθορισμός του περιεχομένου της εξειδίκευσης και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται ύστερα από εισηγήσεις των επιστημονικών εταιρειών και ενώσεων που εκπροσωπούν αναγνωρισμένες ιατρικές και οδοντιατρικές ειδικότητες και γνώμη των μετεκπαιδευτικών φορέων.

3. Με απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορεί να συνιστώνται τμήματα και θέσεις ιατρικού προσωπικού όλων των βαθμίδων στα νοσηλευτικά ιδρύματα, για τους τομείς εξειδίκευσης της παρ. 1 του άρθρου αυτού.

4. Οι ιατροί που τοποθετούνται στις ανωτέρω θέσεις για εξειδίκευση, εφόσον υπηρετούν στο Δημόσιο ή ν.π.ι.δ., διατηρούν τις αποδοχές της οργανικής τους θέσης, οι δε λοιποί λαμβάνουν τις αποδοχές των ειδικευόμενων ιατρών σύμφωνα με τις ισχύουσες κάθε φορά διατάξεις.

5. Οι οδοντίατροι που υπηρετούν ήδη σε θέσεις επιμελητών Α' ή Β' ή σε θέσεις Δ.Ε.Π. σε γναθοχειρουργικά τμήματα των νοσοκομείων Ε.Σ.Υ. της χώρας και υπάγονται στις μεταβατικές διατάξεις για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας Γναθοχειρουργικής, όπως ορίζονται από την Υ.Α. Α4/3821/18.7.1990, μπορούν με αίτησή τους να ενταχθούν σαν υπεράριθμοι ειδικευόμενοι στο τμήμα που ήδη υπηρετούν ή και να αποσπασθούν σε άλλο γναθοχειρουργικό τμήμα νοσοκομείου της χώρας σαν υπεράριθμοι ειδικευόμενοι για τη συμπλήρωση του χρόνου ειδικότητας στη Γναθοχειρουργική, λαμβάνοντας τις αποδοχές του βαθμού τους.

Η χορήγηση του τίτλου ειδικότητας γίνεται κατόπιν εξετάσεων.

Άρθρο 84

Εξειδίκευση στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) και στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας (Μ.Ε.Ν.) Νεογνών

1. Κατ' εξαιρέση των διατάξεων του αμέσως προηγούμενου άρθρου, από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου καθιερώνεται η εξειδίκευση στην εντατική νοσηλεία που παρέχεται μετά σπινεχρή υπηρεσία και εκπαίδευση δύο (2) ετών σε λειτουργούσες πολυδύναμες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) ή Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Μ.Ε.Ν. Νεογνών), ειδικευμένων ιατρών, σε ειδικότητες που σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις μπορούν να καταλαμβάνουν οργανική θέση σε Μ.Ε.Θ. ή παιδιατρών σε Μ.Ε.Ν. Νεογνών.

2. Μετά τη συμπλήρωση συνεχούς υπηρεσίας και εκπαίδευσης του ιατρού σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Ν. Νεογνών, σύμφωνα με την προηγούμενη παράγραφο, χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων πιστοποιητικό εξειδίκευσης στην εντατικολογία. Για να εκδοθεί το πιστοποιητικό, απαιτείται θετική εισήγηση του οικείου διευθυντή της Μ.Ε.Θ. ή της Μ.Ε.Ν. Νεογνών, της οικείας Επιστημονικής Επιτροπής και βεβαίωση του οικείου Διοικητικού Διευθυντή του νοσοκομείου για το χρόνο υπηρεσίας στη Μ.Ε.Θ. ή στη Μ.Ε.Ν. Νεογνών.

3. Τα εκδιδόμενα πιστοποιητικά έχουν ενιαία και ομοιόμορφη όψη, ο τύπος της οποίας καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

4. Ιατροί που υπηρετούν σε λειτουργούσες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ή σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού και συμπληρώνουν τις προϋποθέσεις της παρ. 1 του άρθρου αυτού αποκτούν την εξειδίκευση στην εντατική νοσηλεία. Η εξειδίκευση είναι απαραίτητη για την κατάληψη θέσης επιμελητή Α' ή διευθυντή σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Ν. Νεογνών πέραν των άλλων τυπικών προσόντων που απαιτούνται από τις κείμενες διατάξεις. Το πιστοποιητικό εξειδίκευσης στην εντατικολογία δεν αποτελεί τυπικό προσόν για την πλήρωση θέσεως επιμελητή Β' σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Ν. Νεογνών. Η κατοχή του πιστοποιητικού λαμβάνεται υπόψη στην ποιοτική αξιολόγηση και κρίση των υποψηφίων σύμφωνα με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που εκδίδεται κατ' εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 4 του άρθρου 69 του παρόντος νόμου.

5. Με απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορεί να συνιστώνται θέσεις, κατ' εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 38 του ν. 1397/1983, για εξειδίκευση ιατρών στην εντατική νοσηλεία για διάστημα δύο (2) ετών. Οι θέσεις αυτές καταλαμβάνονται από ειδικευμένους ιατρούς που κατέχουν τίτλο ειδικότητας, που κατά τις κείμενες διατάξεις επιτρέπει την κατάληψη θέσεως σε Μ.Ε.Θ., ή από παιδίατρους σε Μ.Ε.Ν. Νεογνών. Για τους ανωτέρω ιατρούς ισχύουν κατ' αναλογία οι διατάξεις που ισχύουν εκάστοτε για τους ειδικευόμενους ιατρούς και λαμβάνουν αποδοχές ίσες προς αυτές των ειδικευόμενων ιατρών. Οι πιο πάνω ιατροί είναι υποχρεωμένοι να παρακολουθούν καθημερινώς τα πρόγραμμα εκπαίδευσης στη Μ.Ε.Θ. ή στη Μ.Ε.Ν. Νεογνών και να μετέχουν στο πρό-

γραμμα εφημερίας της Μονάδας.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται η διαδικασία διορισμού των ιατρών της προηγούμενης παραγράφου, ο τρόπος διορισμού, ο αναλογών αριθμός ιατρών ανά Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Ν. Νεογνών, και κάθε άλλη λεπτομέρεια που αφορά στην εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 5 του άρθρου αυτού.

7. Από της δημοσίευσής του παρόντος οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Νεογνών που αναφέρονται στους οργανισμούς των νοσοκομείων, μετονομάζονται σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Μ.Ε.Ν. Νεογνών) ή Τριτοβάθμια Νεογνολογικά Τμήματα.

Άρθρο 85

Μισθολόγιο ιατρών και οδοντιάτρων μερικής απασχόλησης

1. Για τους ιατρούς και οδοντιάτρους του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. μερικής απασχόλησης καθορίζεται ειδικό μισθολόγιο, ανάλογα με το βαθμό και τα χρόνια υπηρεσίας τους σε αυτό, ως εξής:

ΒΑΘΜΟΣ	ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ		
	0-3	3-6	6-9
Επιμελητής Γ'	35.000	40.000	45.000 Δρ.
Επιμελητής Β'	45.000	50.000	55.000 "
Επιμελητής Α'	60.000	65.000	70.000 "
Διευθυντής	75.000	80.000	85.000 "

2. Στους ιατρούς μερικής απασχόλησης χορηγούνται 15.000 δραχμές ως επίδομα για δαπάνες βιβλιοθήκης σε όλους τους βαθμούς. Το πιο πάνω επίδομα μπορεί να αναπροσαρμόζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

3. Η αποζημίωση για δαπάνες κίνησης λόγω ειδικών συνθηκών επαγγέλματος και για την ετοιμότητα κάλυψης των αναγκών και συμμετοχή σε συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο, που χορηγείται στους ιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 30 του ν. 1397/1983, χορηγείται και στους ιατρούς μερικής απασχόλησης.

4. Οι διατάξεις των παρ. 3, 4 και 6 του άρθρου 30 του ν. 1397/1983 ισχύουν και για τους ιατρούς μερικής απασχόλησης.

5. Οι διατάξεις των παρ. 7 και 8 του άρθρου 30 του ν. 1397/1983 δεν ισχύουν για τους ιατρούς μερικής απασχόλησης.

6. Οι διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 30 του ν. 1397/1983 και της παρ. 2 του άρθρου 28 του ν. 1579/1985, για τους ιατρούς μερικής απασχόλησης ισχύουν υπό την προϋπόθεση ότι σε αυτούς καταβάλλεται το 50% του ποσού που αντιστοιχεί στους ομοίβαθμους ιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

7. Κατά τα λοιπά, για τους ιατρούς μερικής απασχόλησης ισχύουν οι διατάξεις των παρ. 3, 4, 5, και 7 του άρθρου 28 του ν. 1579/1985.

8. Ο υπολογισμός της υπερωριακής απασχόλησης των ιατρών μερικής απασχόλησης γίνεται σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις.

9. Η αμοιβή των ιατρών συμβούλων ορίζεται κατά πράξη και περίπτωση μετά από κοινή απόφαση των Υπουργών

Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

10. Ιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης που υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού και γίνονται μερικής απασχόλησης εντάσσονται στο μισθολογικό κλιμάκιο των ιατρών μερικής απασχόλησης της προϋπηρεσίας τους στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ., λαμβανομένης υπ όψη για την ένταξη αυτήν.

Άρθρο 86

Μηνιαία αποζημίωση εφημεριών ετοιμότητας

Η παρ. 1 του άρθρου 54 του ν. 1892/1990 (ΦΕΚ 101 Α') όπως αντικαθίσταται:

1.α. Στους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας (Κ.Υ.) χορηγείται πάγια μηνιαία αποζημίωση εφημεριών ετοιμότητας:

ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

	0-3	3-6	6-9	
α. Διευθυντής	54.720	63.360	74.880	Δρχ.
β. Επιμελητής Α'	43.200	46.080	48.960	
γ. Επιμελητής Β'	34.560	37.440	40.320	
δ. Επιμελητής Γ'	20.160	23.040	25.960	

β. Στους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. μερικής απασχόλησης των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας (Κ.Υ.) χορηγείται πάγια μηνιαία αποζημίωση εφημεριών ετοιμότητας:

ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

	0-3	3-6	6-9	
α. Διευθυντής	35.000	39.000	45.000	Δρχ.
β. Επιμελητής Α'	26.000	28.000	30.000	
γ. Επιμελητής Β'	20.000	22.000	24.000	
δ. Επιμελητής Γ'	12.000	14.000	15.000	

Άρθρο 87

Μισθολογική εξέλιξη επιμελητών Γ' οδοντάρων

1. Μετά παρέλευση τριετούς υπηρεσίας σε θέση επιμελητή Γ', οδοντάτρου και εφόσον έχουν συμπληρωθεί πέντε χρόνια από την έκδοση άδειας άσκησης του επαγγέλματος, καταβάλλονται σε αυτόν οι αποδοχές του 1ου κλιμακίου του επιμελητή Β' οδοντάτρου.

2. Η μισθολογική εξέλιξη των επιμελητών Γ' οδοντάρων, μετά την εφαρμογή της παρ. 1 του παρόντος, ακολουθεί τη μισθολογική εξέλιξη των επιμελητών Β'.

3. Στους επιμελητές Γ' οδοντάτρους, καταβάλλεται το επίδομα 5ετίας που ισχύει για τους ιατρούς όλων των βαθμίδων, σύμφωνα με την παρ. 6 του άρθρου 30 του ν. 1397/1983, της προσμέτρησης της πρώτης 5ετίας αρχομένης μετά παρέλευση πέντε (5) ετών από την έκδοση άδειας άσκησης επαγγέλματος.

Άρθρο 88

Εφημερίες προσωπικού ιατρικής υπηρεσίας

1. Οι ιατροί του Ε.Σ.Υ., όλων των βαθμών, πλήρους και αποκλειστικής ή μερικής απασχόλησης ή ειδικευόμενοι οι οδοντίατροι, καθώς και οι φαρμακοποιοί, χημικοί, βιοχημικοί, κλινικοί χημικοί και βιολόγοι, που υπηρετούν στα νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας, υποχρεούνται σε ενεργό εφημερία

μέσα στο νοσοκομείο ή στο κέντρο υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες των τμημάτων, εργαστηρίων και ειδικών μονάδων και εν γένει σύμφωνα με τις ανάγκες για την απρόσκοπτη λειτουργία του νοσοκομείου ή του κέντρου υγείας. Στους ιατρούς και στους λοιπούς ως άνω επιστήμονες ενεργού εφημερίας καταβάλλεται αποζημίωση για υπερωριακή απασχόληση, που καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον καθορισμό της υπερωριακής αποζημίωσης.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται ο τρόπος εφημερίας κατά ειδικότητα, κατά τμήμα ή εργαστήριο και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια που αφορά την ενεργό εφημερία.

3. Σε όλως έκτακτες και ειδικές περιπτώσεις, με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορεί να καλούνται για αντιμετώπιση των έκτακτων αναγκών ιατροί εκτός του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., των αναγκαίων ειδικοτήτων προκειμένου να κάνουν ενεργό εφημερία. Με την ίδια απόφαση καθορίζεται το ύψος και ο τρόπος αμοιβής των ιατρών αυτών. Σε κάθε περίπτωση για την εφαρμογή των διατάξεων της παραγράφου αυτής ζητείται η γνώμη του τοπικού ιατρικού συλλόγου.

Άρθρο 89

Κλάδος νοσοκομειακών φαρμακοποιών

1. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνιστάται κλάδος νοσοκομειακών φαρμακοποιών.

2. Με απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνιστώνται κατά νοσοκομείο θέσεις νοσοκομειακών φαρμακοποιών. Οι θέσεις κάθε νοσοκομείου, που υπάγονται σ' αυτό προσθέτονται στον οργανισμό του και οι δαπάνες μισθοδοσίας των φαρμακοποιών που διορίζονται σ' αυτές βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του. Με τη σύσταση και πλήρωση των θέσεων αυτών, οι θέσεις των φαρμακοποιών που υπηρετούν σε νοσοκομεία ν.π.δ.δ. καταργούνται.

3. Οι θέσεις, που συνιστώνται σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου αυτού, προκηρύσσονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μέσα σε ένα χρόνο από τη σύστασή τους.

4. Οι θέσεις του κλάδου νοσοκομειακών φαρμακοποιών διαβαθμίζονται σε θέσεις: α) διευθυντών, β) επιμελητών Α', γ) επιμελητών Β' και δ) επιμελητών Γ'.

5. Για την πρόσληψη σε θέση νοσοκομειακού φαρμακοποιού όλων των βαθμίδων εφαρμόζονται οι διατάξεις της περ.α), του άρθρου 65 του παρόντος νόμου και β) απαιτείται η άδεια άσκησης του επαγγέλματος του φαρμακοποιού. Ειδικότερα δε τα εξής:

α) Για κατάληψη θέσης επιμελητή Γ' απαιτείται η άδεια άσκησης επαγγέλματος και ηλικία μέχρι σαράντα (40) ετών.
β) Για κατάληψη θέσης επιμελητή Β', άσκηση του επαγγέλματος για πέντε (5) τουλάχιστο χρόνια και ηλικία μέχρι σαράντα πέντε (45) ετών.

γ) Για κατάληψη θέσης επιμελητή Α', άσκηση του επαγγέλματος για οκτώ (8) τουλάχιστο χρόνια και ηλικία μέχρι πενήντα (50) ετών.

δ) Για κατάληψη θέσης διευθυντή, άσκηση του επαγγέλματος για δώδεκα (12) τουλάχιστο χρόνια και ηλικία μέχρι πενήντα πέντε (55) ετών.

6. Σε περίπτωση, που οι υπηρετούντες φαρμακοποιοί στα

νοσοκομεία κατά τη δημοσίευση του παρόντος δεν καταλάβουν θέσεις του κλάδου νοσοκομειακών φαρμακοποιών, που προκηρύσσονται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου αυτού, εξακολουθούν αυτοί να υπηρετούν σε συνιστάμενες προσωρινές θέσεις, οι οποίες καταργούνται με την αποχώρησή τους για οποιονδήποτε λόγο. Ο διορισμός στις προσωρινές αυτές θέσεις γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από σύμφωνη γνώμη υπηρεσιακού συμβουλίου, που αποτελείται από:

α) Δύο ανώτερους υπαλλήλους του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

β) Έναν εκπρόσωπο του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου, που ορίζεται από το διοικητικό συμβούλιο.

γ) Έναν εκπρόσωπο του Κ.Ε.Σ.Υ., που ορίζεται από την εκτελεστική επιτροπή, και

δ) Έναν εκπρόσωπο της Πανελληνίας Ένωσης Φαρμακοποιών Νασηλευτικών Ιδρυμάτων (Π.Ε.Φ.Ν.Ι.), ο οποίος ορίζεται από το διοικητικό συμβούλιο.

Η συγκρότηση του υπηρεσιακού συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Χρέη εισηγητή στο συμβούλιο εκτελεί ο προϊστάμενος της διεύθυνσης προσωπικού του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή ο νόμιμος αναπληρωτής του. Τα μέλη των περιπτώσεων β', γ' και δ', αν δεν ορισθούν από τους αντίστοιχους φορείς, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου αυτής μέσα σε δέκα (10) ημέρες από την επίδοση έγγραφης πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζονται απευθείας από τον πιο πάνω Υπουργό.

7. Για το διορισμό σε προσωρινή θέση, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου αυτού, απαιτούνται:

α) Αίτηση του ενδιαφερομένου, η οποία υποβάλλεται εντός τριάντα (30) ημερών από τη δημοσίευση στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της απόφασης διορισμού των φαρμακοποιών στις οργανικές θέσεις.

β) Βεβαίωση του νοσοκομείου στο οποίο υπηρετούσε ο φαρμακοποιός, με την οποία βεβαιούται ότι ο ενδιαφερόμενος υπηρετούσε ως μόνιμος δημόσιος λειτουργός.

γ) Άδεια άσκησης επαγγέλματος.

8. Η τοποθέτηση σε προσωποπαγείς θέσεις των φαρμακοποιών γίνεται σε βαθμό αντίστοιχο με τα χρόνια προϋπηρεσίας:

α) Σε βαθμό διευθυντή, οι έχοντες δώδεκα (12) χρόνια προϋπηρεσία στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ως φαρμακοποιοί.

β) Σε βαθμό επιμελητή Α', οι έχοντες οκτώ (8) χρόνια προϋπηρεσία στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ως φαρμακοποιοί.

γ) Σε βαθμό επιμελητή Β', οι έχοντες πέντε (5) χρόνια προϋπηρεσία στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ως φαρμακοποιοί και

δ) Σε βαθμό επιμελητή Γ', οι έχοντες άδεια άσκησης επαγγέλματος.

Διαδικαστικά θέματα, που προκύπτουν από την εφαρμογή των διατάξεων των παρ. 6., 7 και 8 του άρθρου αυτού και κάθε σχετική λεπτομέρεια, ρυθμίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

9. Οι νοσοκομειακοί φαρμακοποιοί, που υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του παρόντος και καταλαμβάνουν οργανικές ή προσωρινές θέσεις κατά την πρώτη ένταξη στον κλάδο είναι μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί.

10. Οι φαρμακοποιοί που καταλαμβάνουν θέσεις, κατόπιν

προκηρύξεως αυτών, μετά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου και δεν υπηρετούσαν ως μόνιμοι δημόσιοι υπάλληλοι στα νοσοκομεία, είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης δημόσιοι λειτουργοί, επί θητεία.

11. Οι πάσης φύσεως τακτικές αποδοχές των νοσοκομειακών φαρμακοποιών, μετά την πλήρωση των θέσεων του κλάδου, καταβάλλονται σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 1505/1984, όπως αυτός τροποποιήθηκε ή συμπληρώθηκε μεταγενέστερα και είναι ανεξάρτητες από τις θέσεις που υπηρετούν.

12. Οι διατάξεις του άρθρου 71 του παρόντος νόμου "περί ελεύθερης επιλογής εργασιακών σχέσεων" δεν ισχύουν για τους φαρμακοποιούς. Η μερική απασχόληση του νοσοκομειακού φαρμακοποιού απαγορεύεται, όπως και η πρόσληψη συμβούλων φαρμακοποιών.

13. Οι διατάξεις των άρθρων 69, 70, 72, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82 και 88 του παρόντος νόμου, ισχύουν και για τους νοσοκομειακούς φαρμακοποιούς, όπως για τους ιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, ο δε χρόνος εργασίας καθορίζεται σε επτάμιση (7 και 1/2) ώρες πρωινό καθημερινό ωράριο.

14. Στους φαρμακοποιούς των νοσοκομείων χορηγείται πάγια μηνιαία αποζημίωση εφημεριών ετοιμότητας :

Διευθυντής	40.000 δρχ.
Επιμελητής Α'	33.000 "
Επιμελητής Β'	26.000 "
Επιμελητής Γ'	19.000 "

15. Ο χρόνος έναρξης καταβολής της πάγιας μηνιαίας αποζημίωσης της προηγούμενης παραγράφου καθορίζεται με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Κατά τα λοιπά ισχύουν για τους νοσοκομειακούς φαρμακοποιούς οι διατάξεις των παραγράφων 2, 3, 7 και 8, του άρθρου 54 του ν. 1892/1990.

Άρθρο 90

Πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια συμβούλια κρίσεως και επιλογής νοσοκομειακών φαρμακοποιών

1. Οι διατάξεις του άρθρου 66 για τα πρωτοβάθμια συμβούλια κρίσεως και επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., ισχύουν και για τον κλάδο νοσοκομειακών φαρμακοποιών, πλην των διατάξεων των περιπτώσεων (β), (δ) και (ε) της παρ. 2 του άρθρου 66 του νόμου αυτού, οι οποίες προκειμένου για τους νοσοκομειακούς φαρμακοποιούς ισχύουν ως εξής:

β) Ένα (1) φαρμακοποιό, που προτείνει ο φαρμακευτικός σύλλογος της περιοχής όπου ευρίσκεται το νοσοκομείο για το οποίο γίνεται η κρίση, της περιφέρειας αρμοδιότητας του συμβουλίου, με τον αναπληρωτή του.

δ) Ένα (1) διευθυντή φαρμακοποιό της φαρμακευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου για το οποίο γίνεται η κρίση. Ο διευθυντής ορίζεται μαζί με τον αναπληρωτή του. Αν δεν υπηρετεί διευθυντής φαρμακοποιός στο εν λόγω νοσοκομείο ή αν η κρίση αφορά στον εν λόγω διευθυντή, τότε ο διευθυντής φαρμακοποιός και ο αναπληρωτής του ορίζονται από κατάλογο των υπηρετούντων διευθυντών φαρμακοποιών σε νοσοκομεία της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Σε περίπτωση που η κρίση είναι για θέση επιμελητή, δύναται, αντί του διευθυντή, να συμμετέχει στο συμβούλιο επιμελητής Α' φαρμακοποιός του ίδιου ή άλλου νοσοκομείου.

νοσοκομείων, οι πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές, τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι παιδοψυχιατρικές κλινικές, οι ψυχογριατρικές κλινικές, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, οι ανάδοχοι οικογένειες, οι θεραπευτικές μονάδες αποκατάστασης, οι θεραπευτικές συνεταιριστικές μονάδες, τα νοσοκομεία ημέρας και νύχτας και τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα. Στις Μ.Ψ.Υ. διενεργείται η πρόληψη και η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, η θεραπεία της και η συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής, η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή. Οι επί μέρους λειτουργίες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και εκπαιδευσης του προσωπικού καθορίζονται εκάστοτε με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Τα κέντρα ψυχικής υγείας συστήνονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από γνώμη της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ.. Στα κέντρα υγείας του άρθρου 15 του παρόντος νόμου, μπορεί να αναπτύσσονται δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

3. Στα κέντρα ψυχικής υγείας και στα κέντρα υγείας στα οποία αναπτύσσονται δραστηριότητες Μ.Ψ.Υ., συστήνονται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, θέσεις παιδοψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας, καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού, που συστήνονται ύστερα από γνώμη των Τ.Ε.Ψ.Υ., προστίθενται στις θέσεις και κλάδους που προβλέπονται από τον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μεταφέρονται δε με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στις κατά τόπους διευθύνσεις υγείας.

4. Οι διατάξεις του άρθρου 15 του νόμου αυτού, που αφορούν στα κέντρα υγείας, ισχύουν και για τα κέντρα ψυχικής υγείας, που έχουν συσταθεί με την παρ. 2 του άρθρου 21 του ν. 1397/1983.

5. Τα κέντρα ψυχικής υγείας διοικούνται από διοικούσα τριμελή επιτροπή, η οποία απαρτίζεται από τον αρχαιότερο επιστημονικό διευθυντή, που υπηρετεί σε αυτά και από δύο (2) μέλη που ορίζονται από το νομάρχη της οικείας νομαρχίας, στην οποία υπάγεται το κέντρο ψυχικής υγείας. Με απόφαση του αρμόδιου νομάρχη ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες συγκρότησης και λειτουργίας της διοικούσας επιτροπής των κέντρων ψυχικής υγείας.

6. Στα κέντρα ψυχικής υγείας, του ψυχιατρικού τομέα γενικών νοσοκομείων, τις ψυχιατρικές πανεπιστημιακές κλινικές, τις παιδοψυχιατρικές κλινικές και τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, υπάγονται όλες οι υπόλοιπες Μονάδες Ψυχικής Υγείας της παρ. 1 του άρθρου αυτού, οι οποίες Μ.Ψ.Υ. μπορούν να συστήνονται και ως αυτοτελή ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ..

7. Για να υπάρχει συνέχεια στη θεραπευτική αγωγή και γενικότερα στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και για εκπαιδευτικούς λόγους, μπορεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να αποσπώνται στελέχη νοσοκομείων και ψυχιατρικών στις μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και αντίστροφα.

Άρθρο 94

Εκούσια νοσηλεία

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

2. Προϋποθέσεις για την εκούσια νοσηλεία είναι: α) ο ασθενής να είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, και β) να συμφωνήσει ο επιστημονικός διευθυντής ή ο νόμιμος αναπληρωτής του για την ανάγκη θεραπείας.

3. Αυτός που νοσηλεύεται εκούσια έχει όλα τα δικαιώματα που συνδέονται με την άσκηση των ατομικών του ελευθεριών, τα οποία έχουν και οι ασθενείς που νοσηλεύονται για άλλη αιτία, εκτός της ψυχικής διαταραχής.

4. Η εκούσια νοσηλεία εντός της κλινικής περατώνεται οποτεδήποτε με αίτηση του ασθενή ή εκτίμηση του επιστημονικού διευθυντή ή του νόμιμου αναπληρωτή του ότι δεν χρειάζεται περαιτέρω νοσηλεία.

5. Αν ασθενής που νοσηλεύτηκε εκούσια 'ζητήσει' την εκούσια νοσηλεία του, πρέπει να βεβαιωθεί από δύο ψυχιάτρους, ή επί αδυναμίας εξουρέσεως δεύτερου ψυχιάτρου, από έναν ψυχίατρο και έναν ιατρό παθολόγο, η ικανότητα του ασθενή να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του. Ο δεύτερος ψυχίατρος ή ο παθολόγος ιατρός, δεν ανήκει στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής και υποδεικνύεται από αυτόν. Αντίγραφο της βεβαίωσης αυτής στέλνεται άμεσα στον εισαγγελέα, ο οποίος είχε κινηθεί τη διαδικασία της εκούσιας νοσηλείας.

Άρθρο 95

Ακούσια νοσηλεία

1. Ακούσια νοσηλεία είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και η παραμονή του, για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Από την ακούσια νοσηλεία διακρίνεται η 'φύλαξη' ασθενή με το άρθρο 69 επ. του Ποιν. Κώδικα. Η αντιμετώπιση τοξικομανών, διέπεται από ειδική νομοθεσία.

2. Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι:

- 1. α. Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή.
- β. Να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του.
- γ. Η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να αποκλεισθεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του.
- δ. Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου.

3. Η αδυναμία ή η άρνηση προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία, δεν αποτελεί καθ' αυτή ψυχική διαταραχή.

Άρθρο 96

Διαδικασία εισαγωγής

1. Την ακούσια νοσηλεία του φερομένου στην αίτηση ως ασθενή, μπορούν να ζητήσουν ο σύζυγός του ή συγγενής σε ευθεία γραμμή απεριόριστα ή συγγενής εκπλαγίου μέχρι

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

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

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

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

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

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

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

χιάτρων που προσάγονται διαφέρουν μεταξύ τους ή δεν είναι πειστικές ή ο επιστημονικός διευθυντής του νοσοκομείου στο οποίο έχει εισαχθεί ο ασθενής διατυπώνει αντίθετη προς τις γνωματεύσεις γνώμη, διατάζει την εξέταση του ασθενή και από άλλο ψυχίατρο εγγεγραμμένο στους καταλόγους ιατρικών συλλόγων της χώρας, κατά προτίμηση επίκουρο τουλάχιστον καθηγητή ή επιστημονικό διευθυντή δημόσιας Μονάδας Ψυχικής Υγείας ή το νόμιμο αναπληρωτή του.

8. Η απόφαση του πρωτοδικείου πρέπει να είναι ειδικά αιτιολογημένη. Αν ο ασθενής τον οποίο αφορά έχει προσαχθεί με διαταγή του εισαγγελέα σε ψυχιατρική κλινική, στην περίπτωση που η αίτηση αναγκαστικής νοσηλείας γίνεται δεκτή, συνεχίζεται η παραμονή του εκεί, ενώ στην περίπτωση που η αίτηση απορρίπτεται, διατάσσεται η άμεση έξοδος.

9. Κατά το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την εισαγωγή του αρρώστου μέχρι την έκδοση της δικαστικής απόφασης τη θεραπευτική ευθύνη αυτού φέρει ο επιστημονικός διευθυντής της Μ.Ψ.Υ., ο οποίος και εξακολουθεί να φέρει την επιστημονική και θεραπευτική ευθύνη, εφόσον το δικαστήριο διατάξει τη συνέχιση της νοσηλείας.

Άρθρο 97

Ένδικο μέσο

1. Κατά της απόφασης του πρωτοδικείου χωρεί έφεση και ανακοπή κατά τις διατάξεις της πολιτικής δικονομίας. Το ένδικο μέσο της ανακοπής μπορεί να ασκήσει και ο επιστημονικός διευθυντής της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που νοσηλεύεται ο ασθενής. Τα ένδικα αυτά μέσα ασκούνται μέσα σε προθεσμία δύο (2) μηνών από τη δημοσίευση της απόφασης.

2. Η έφεση δικάζεται από το τριμελές εφετείο, «κεκλεισμένων των θυρών», μέσα σε 15 ημέρες από την κατάθεσή της. Το εφετείο μπορεί να ζητήσει και νέα γνωμάτευση ψυχιάτρου ή ό,τι άλλο θεωρήσει σκόπιμο.

Άρθρο 98

Συνθήκες νοσηλείας

1. Οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας. Τα αναγκαία περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να αποκλείουν απαραίτητα για τη θεραπεία μέσα, όπως οι άδειες, οι οργανωμένες έξοδοι, η διαμονή σε χώρους που εποπτεύονται έξω από τα κλειστά ιδρύματα.

2. Οι προϋποθέσεις και ο τρόπος εφαρμογής των θεραπευτικών αυτών μέσων καθορίζονται ειδικότερα με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

3. Σε κάθε περίπτωση και σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας, πρέπει να επιδεικνύεται σεβασμός προς την προσωπικότητα του ασθενή.

4. Οι περιορισμοί που επιβάλλονται στην ατομική ελευθερία του ασθενή προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας.

Άρθρο 99

Διακοπή-Διάρκεια-Αήξη ακούσιας νοσηλείας

1. Η ακούσια νοσηλεία διακόπτεται όταν πάψουν να συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παρ. 2 του άρθρου 95

του νόμου αυτού. Στην περίπτωση αυτήν, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής, οφείλει να του χορηγήσει εξιτήριο και συγχρόνως να κοινοποιήσει σχετική έκθεση στον αρμόδιο εισαγγελέα.

2. Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβεί τους έξι (6) μήνες. Μετά την πάροδο των τριών πρώτων μηνών, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής και άλλος ένας ψυχίατρος του τομέα ψυχικής υγείας, υποβάλλουν έκθεση στον εισαγγελέα για την κατάσταση της υγείας του ασθενή. Ο εισαγγελέας δικαιούται να διαβιβάσει την έκθεση αυτή στο πολυμελές πρωτοδικείο της περιφέρειάς του με αίτηση του να συνεχιστεί ή να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία.

3. Ο ασθενής ή συγγενείς του της παρ. 1 του άρθρου 96, ή ο επίτροπός του δικαιούνται με αίτησή τους προς τον εισαγγελέα, να ζητήσουν να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία. Αν η αίτηση δεν γίνει δεκτή από το πρωτοδικείο, στο οποίο την υποβάλλει αμέσως ο εισαγγελέας, νέα αίτηση μπορεί να υποβληθεί μετά από τρεις (3) μήνες.

4. Σε όλως εξαιρετικές περιπτώσεις, κατά τις οποίες πρέπει να παραταθεί η νοσηλεία του ασθενή πέραν των έξι (6) μηνών, τούτο είναι δυνατό μόνο μετά από σύμφωνη γνώμη επιτροπής εκ τριών ψυχιάτρων, εκ των οποίων ένας είναι ο θεράπων ιατρός και οι έτεροι δύο ορίζονται από τον εισαγγελέα.

Άρθρο 100 Υπατροπή ασθενείας

Σε περίπτωση υποτροπής ασθενή που είχε νοσηλευτεί ακούσια, είναι δυνατή και πάλι η εισαγωγή του σε ψυχιατρική κλινική, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του άρθρου 94 και σύμφωνα με το άρθρο 96 του νόμου αυτού.

Άρθρο 101 Ιδιωτικοί φορείς ψυχικής υγείας

1. Ιδιωτικά θεραπευτήρια ή άλλα ν.π.ι.δ., τα οποία παρέχουν υπηρεσίες περιθαλψής σε ψυχικά πάσχοντες, υπόκεινται στις διατάξεις που επιβάλλει ο νόμος αυτός για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται οι προϋποθέσεις, όροι και η διαδικασία υπαγωγής στις διατάξεις των άρθρων 91 έως και 100 των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια, που αφορά στην εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 1 του άρθρου αυτού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'

Αναβάθμιση των νοσηλευτικών υπηρεσιών

Άρθρο 102

Αναδιοργάνωση δομής και λειτουργίας

1. Στα νοσηλευτικά ιδρύματα, κέντρα υγείας και στο Ε.Κ.Α.Β. μέσα σε τρία (3) χρόνια από τη δημοσίευση του παρόντος, δημιουργείται ειδικός κλάδος νοσηλευτών, επισκεπτών, μαιών, τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

2. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ρυθμί-

ζονται όλα τα θέματα, που αφορούν τις λεπτομέρειες εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 103

Θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού

1. Θέσεις νοσηλευτών, καταλαμβάνουν μόνο όσοι φέρουν τίτλο και άδεια άσκησης επαγγέλματος νοσηλεύτη. Οργανικές θέσεις νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ, δεν μεταφέρονται σε υποδεέστερο κλάδο. Θέσεις διευθυντών, τομεαρχών, προϊσταμένων και υπευθύνων της νοσηλευτικής υπηρεσίας, νοσηλευτικών ιδρυμάτων και κέντρων υγείας, καταλαμβάνονται από νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ, με εξαίρεση τα μαιευτικά τμήματα και τα κοινωνικής ιατρικής στα οποία προϊστάμεται μαιές και επισκέπτες αντιστοίχως.

2. Θέσεις διευθυντών, τομεαρχών, προϊσταμένων και υπευθύνων της νοσηλευτικής υπηρεσίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που δημοσιοποιούνται βάσει των ν. 1476/1984, 1540/1985, 1579/1985 δύναται να καταλαμβάνονται και από νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, που κατέχουν οργανικές θέσεις, με σχέση ιδιωτικού δικαίου και οι οποίοι υπηρετούσαν στο ίδρυμα πριν τη δημοσιοποίησή του, ως και από μαιές και επισκέπτες στα μαιευτικά τμήματα ή τμήματα κοινωνικής ιατρικής αντιστοίχως. Κατά την πρώτη πενταετία από της εφαρμογής του παρόντος, οργανικές θέσεις νοσηλευτριών των ΤΕ, που δεν πληρώνονται λόγω μη προσελεύσεως υποψηφίων δύναται να καλύπτονται από βοηθούς νοσηλεύτριες ΔΕ και κατά ανώτατο όριο κατά ποσοστό 25% των θέσεων αυτών.

Άρθρο 104

Νοσηλευτική ειδικότητα μαιών

Νοσηλευτική ειδικότητα κατά τις διατάξεις του ν. 1579/1985 μπορεί να αποκτούν και μαιές, που κατέχουν οργανική θέση νοσηλεύτριας επί οκτώ (8) τουλάχιστον χρόνια σε κρατικά νοσηλευτήρια.

Άρθρο 105

Ειδική ετήσια άδεια νοσηλευτικού προσωπικού και ειδικό επίδομα

1. Σε νοσηλευτές, μαιές, βοηθούς νοσηλευτές και φυσιοθεραπευτές πλήρους απασχόλησης που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας και χειρουργεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, νοσοκομεία Ι.Κ.Α., όπως επίσης και σε άλλες ειδικές μονάδες των νοσηλευτικών αυτών ιδρυμάτων, που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να χορηγείται επιπρόσθετη ειδική ετήσια άδεια μετ' αποδοχών, τουλάχιστον 6 εργάσιμων ημερών πέραν της κανονικής και ειδικό επίδομα.

2. Οι προϋποθέσεις για την πρόσθετη ειδική άδεια, το ύψος και ο χρόνος έναρξης καταβολής του ειδικού επιδόματος και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια εφαρμογής της προηγούμενης παραγράφου, καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 106

Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής

1. Συνιστάται Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής

(Ε.Σ.Α.Ν.) με σκοπό την αναβάθμιση και ανάπτυξη των νοσηλευτικών υπηρεσιών στη Χώρα, που υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Το Ε.Σ.Α.Ν. είναι συμβουλευτικό όργανο του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σε θέματα χάραξης πολιτικής, που αφορούν στον κλάδο νοσηλευτικής όλων των κατηγοριών.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ρυθμίζονται τα της συγκροτήσεως και λειτουργίας του Ε.Σ.Α.Ν., οι αρμοδιότητες, τα καθήκοντα, οι υποχρεώσεις των μελών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 107

Μετάταξη νοσηλευτικού εκπαιδευτικού προσωπικού των τῶς ανώτερων σχολῶν ἀδελφῶν νοσοκόμων ἀρμοδιότητας του Υ.Υ.Π.Κ.Α.

1. Το νοσηλευτικό εκπαιδευτικό προσωπικό των πρώην ανώτερων σχολῶν ἀδελφῶν νοσοκόμων και σχολῶν ἀδελφῶν νοσοκόμων και επισκεπτριῶν, ἀρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που δεν ἐντάχθηκε στα Τ.Ε.Ι. και που υπηρετεῖ κατά τη δημοσίευσή του παρόντος στις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ., μόνιμο ἢ με σχέση ιδιωτικῆς δικαιοσύνης, μπορεί με αἴτησή του να καταλάβει δια μετατάξεως κενές οργανικές θέσεις νοσηλευτικῆς-εκπαιδευτικῆς προσωπικῆς των μέσων τεχνικῶν επαγγελματικῶν νοσηλευτικῶν σχολῶν, ἀρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Το προσωπικό αυτό μετατάσσεται σύμφωνα με τη διαδικασία της προηγούμενης παραγράφου, ἀπὸ της δημοσίευσής του παρόντος, σε θέσεις των κλάδων που προβλέπονται ἀπὸ τις διατάξεις του ἀρθροῦ 1 της υπ' αριθμ. Α4β/οικ.1815/1987 κοινῆς υπουργικῆς ἀποφάσεως, διατηρουμένου του αὐτοῦ ασφαλιστικῆς φορέα στον οποίο υπάγονται κατά τη δημοσίευσή του παρόντος.

Άρθρο 108

Εισαγωγή μαθητῶν στις Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολές

Με προεδρικὸ διάταγμα, που ἐκδίδεται με πρόταση των Υπουργῶν Οικονομικῶν, Ἐθνικῆς Παιδείας και Ἐργασίας, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ρυθμίζονται θέματα που αφοροῦν ἐιδικότερα κριτήρια, πρόσθετα του ἀπολυτηρίου του γυμνασίου, για την εισαγωγή των μαθητῶν στις Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολές, τη μεταγραφή τους ἀπὸ τη Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολή που πέτυχαν σε ἄλλη Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολή, την τυχόν διαγραφή των μαθητῶν, την ἐπικύρωση των πτυχίων, την ἀμοιβή για διόρθωση γραπτῶν, την ὠφειλὴ ἀντιμισθία για την πληρωμὴ των ὠρομισθίων καθηγητῶν που διδάσκουν στις Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολές και στα ταχύρρυθμα προγράμματα της παρ. 5 του ἀρθροῦ 6 του ν. 1579/1985.

Άρθρο 109

Θέσεις εκπαιδευτικῆς νοσηλευτικῆς-προσωπικῆς

Όταν στους οργανισμούς των Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολῶν για την κάλυψη θέσεων εκπαιδευτικῆς νοσηλευτικῆς προσωπικῆς προβλέπεται ὡς προσόν ἐκτὸς του πτυχίου Τ.Ε.Ι. νοσηλευτικῆς και πτυχίο παιδαγωγικῶν σπουδῶν της Σ.Ε.Λ.Ε.Τ.Ε. και δεν ὑπάρχουν υποψήφιοι κάτοχοι τέτοιου πτυχίου, ἀρκεῖ 5ετής τούτων νοσοκομειακῆς πρῶτης πηρεσίας.

Άρθρο 110

Μετάταξη εκπαιδευτικῆς νοσηλευτικῆς προσωπικῆς

1. Το εκπαιδευτικὸ νοσηλευτικὸ προσωπικὸ μόνιμο ἢ με σχέση ἐργασίας ιδιωτικῆς δικαιοσύνης, που υπηρετεῖ με ἀπόσπασή στις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. μπορεί να μεταταγεί σε κενές θέσεις εκπαιδευτικῆς προσωπικῆς (ν. 1566/1985) κλάδο ΤΕ ἢ ΠΕ ἀνάλογα με τα τυπικά προσόντα του.

2. Ἐντὸς τριῶν (3) ἐτῶν ἀπὸ της δημοσίευσής του παρόντος, οι οργανισμοὶ των Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολῶν, ἀρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που λειτουργοῦσαν προ της υπαγωγῆς των σχολῶν αὐτῶν στο ν. 1566/1985, μπορεί να συμπεριλάβουν τις ἀντίστοιχες με τις πραγματικῆς τους ἀνάγκες οργανικές θέσεις νοσηλευτικῆς-εκπαιδευτικῆς προσωπικῆς, κατά τη νόμιμη διαδικασία.

Άρθρο 111

Χορήγηση ἐπιδόματος στο εκπαιδευτικὸ προσωπικὸ Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.

Απὸ 1-1-1993, οι διατάξεις του ἀρθροῦ 7 του ν. 1810/1988 Ἐπιχορηγίσεως ἐπιδόματος για την προμήθεια βιβλίων ἀναγκαίων για το παιδαγωγικὸ και διδακτικὸ ἔργο του καθηγητῆ, ὕψους 20.000 δρχ. κατ' ἔτος και για κάθε καθηγητῆ ἐφαρμόζονται και στα εκπαιδευτικὸ νοσηλευτικὸ προσωπικὸ των Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 112

Αποζημίωση για πρόσθετη ἀσχόληση

Απὸ 1-1-1993, οι διατάξεις του ἀρθροῦ 1 του ν. 1824/1988 Ἐπιχορηγίσεως εκπαιδευτικῶν για πρόσθετη ἀσχόληση μπορεί να ἐπεκτείνονται και στο εκπαιδευτικὸ προσωπικὸ των Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθὼς και στο νοσηλευτικὸ προσωπικὸ, που ἐκτελεῖ εκπαιδευτικὸ ἔργο μετὰ ἀπὸ κοινὴ ἀπόφαση των Υπουργῶν Οικονομικῶν και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με ὁμοια ἀπόφαση, καθορίζονται οι λεπτομέρειες ἐφαρμογῆς του παρόντος.

Άρθρο 113

Νοσηλευτικὸ εκπαιδευτικὸ προσωπικὸ

Το νοσηλευτικὸ προσωπικὸ που ἀσχολεῖται με εκπαιδευτικὸ ἔργο στις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. ἀρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ἀποτελεῖ εκπαιδευτικὸ προσωπικὸ καλούμενο ἐφεξῆς νοσηλευτικῆς-εκπαιδευτικῆς προσωπικῆς.

Άρθρο 114

Κώδικας νοσηλευτικῆς δεοντολογίας και δεοντολογίας ἐπισκεπτῶν υγείας

1. Με προεδρικὸ διάταγμα, που ἐκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετὰ γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., συντάσσεται και ἐκδίδεται κώδικας νοσηλευτικῆς δεοντολογίας και κώδικας δεοντολογίας ἐπισκεπτῶν υγείας.

2. Οι κανόνες που πρέπει να διέπουν το νοσηλευτικὸ λειτουργητῆ και αὐτὸ των ἐπισκεπτῶν υγείας, οι σχέσεις

μεταξύ των νοσηλευτών, των επισκεπτών υγείας, οι σχέσεις με τους ασθενείς, τους ιατρούς και λοιπό προσωπικό που συνεργάζεται η νοσηλευτική υπηρεσία, καθώς και οι επισκέπτες υγείας καθορίζονται με τον κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας και τον κώδικα δεοντολογίας των επισκεπτών υγείας.

Άρθρο 115
Νοσηλευτική επιτροπή

1. Σε κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ. συνιστάται νοσηλευτική επιτροπή (ΝΟ.Ε.), η οποία είναι συμβουλευτικό όργανο της νοσηλευτικής υπηρεσίας σε θέματα που αφορούν το σχεδιασμό και λήψη αποφάσεως για τα νοσηλευτικά θέματα.

2. Η ΝΟ.Ε. αποτελείται από : α) Το διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας ως πρόεδρο, β) έναν (1) προϊστάμενο τμήματος από κάθε νοσηλευτικό τομέα, γ) ένα (1) νοσηλευτή τμήματος από κάθε νοσηλευτικό τομέα.

3. Τα μέλη των περ. β) και γ) της προηγούμενης παραγράφου εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία. Δικαίωμα υποβολής υποψηφιότητας έχει όλο το νοσηλευτικό προσωπικό της ΠΕ και ΤΕ κατηγορίας σε αντίστοιχες με τη θέση που κατέχουν, θέσεις της ΝΟ.Ε.. Δικαίωμα ψήφου έχει όλο το νοσηλευτικό προσωπικό όλων των κατηγοριών, που υπηρετεί με οποιαδήποτε σχέση εργασίας στο νοσηλευτικό ίδρυμα. Η ψηφοφορία των μελών της Ε.Ν.Ε γίνεται κατά τομέα.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μετά γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται η διαδικασία εκλογής των μελών της ΝΟ.Ε., η συγκρότηση σε σώμα, η λειτουργία και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια, που αφορά εν γένει τη ΝΟ.Ε..

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η'
Άλλες συναφείς διατάξεις για το Εθνικό Σύστημα Υγείας

Άρθρο 116
Εξομοίωση προσωπικού νοσηλευτικών ιδρυμάτων

Το πάσης φύσεως προσωπικό των νοσοκομείων, που δημοσιοποιήθηκαν σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α') 'Εθνικό Σύστημα Υγείας' και το οποίο παραμένει στα νοσοκομεία αυτά με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, έχει τα ίδια δικαιώματα για την κατάληψη θέσεων προϊσταμένων με το προσωπικό, που υπηρετεί σε αυτά με σχέση δημόσιου δικαίου, εφαρμοζομένων αναλόγως των διατάξεων του ν. 1586/1986.

Άρθρο 117
Απόσπαση ιατρών Ε.Σ.Υ. σε πανεπιστημιακές κλινικές

Η διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 19 του ν. 1579/1986, όπως τροποποιήθηκε με τη διάταξη της παρ. 4 του άρθρου 44 του ν. 1759/1988, ισχύει και έχει εφαρμογή μέχρι να πληρωθούν οι θέσεις Δ.Ε.Π. από πανεπιστημιακούς ιατρούς.

Άρθρο 118
Εθνική συλλογική σύμβαση ιατρών και οδοντότρων

1. Οι Υπουργοί Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνάπτουν με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.) και την Ελληνική Οδοντοπατρική

Ομοσπονδία, εθνική συλλογική σύμβαση με την οποία καθορίζεται το τιμολόγιο ιατρικών και οδοντιατρικών πράξεων, θεραπειών και εργαστηριακών εξετάσεων κατά ειδικότητα.

2. Το περιεχόμενο της σύμβασης, ο χρόνος διάρκειας αυτής και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια κυρώνεται με νόμο και η ισχύς της ανατρέχει από την ημερομηνία υπογραφής της σύμβασης.

Άρθρο 119
Υποχρεώσεις Μαιευτηρίου "ΜΑΡΙΚΑ ΗΛΙΑΔΗ"

Από της 19ης Ιανουαρίου 1987 όλες οι υποχρεώσεις οιασδήποτε μορφής του Μαιευτηρίου Μαρίκα Ηλιάδη (ν.π.ι.δ.) προς το Δημόσιο, τα νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, οργανισμούς, τράπεζες και φυσικά πρόσωπα, οι οποίες είχαν γεννηθεί και ήταν απαιτητές την πιο πάνω ημερομηνία ή γεννήθηκαν μέχρι σήμερα ή πρόκειται να γεννηθούν στο μέλλον από έννομες σχέσεις που υπήρχαν κατά την πιο πάνω ημερομηνία, θεωρούνται και είναι υποχρεώσεις του ν.π.δ.δ., που έχει συσταθεί με το π.δ. 321/1985 (115).

Άρθρο 120
Συμμετοχή προέδρων Ι.Σ. στις γενικές συνελεύσεις του Π.Ι.Σ.

Στο τέλος του άρθρου 3 του ν. 727/1977 'Περί τροποποίησης ενίων διατάξεων της Περί Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και Ιατρικών Συλλογών κείμενης νομοθεσίας' (ΦΕΚ 308 Α), όπως έχει αντικατασταθεί με το άρθρο πέμπτο του ν. 1425/1984 'Κύρωση της σύμβασης για την εκπόνηση ευρωπαϊκής φαρμακοποιίας και άλλες διατάξεις' (ΦΕΚ 30 Α), προστίθεται εδάφιο, το οποίο έχει ως εξής:

'Στις γενικές συνελεύσεις του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου συμμετέχουν επίσης και οι πρόεδροι όλων των ιατρικών συλλογών της Χώρας ή οι νόμιμοι αναπληρωτές τους, μετά ψήφου.'

Άρθρο 121
Κωδικοποίηση ιατρικής νομοθεσίας

1. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να κωδικοποιείται η ισχύουσα ιατρική νομοθεσία σε ενιαίο κείμενο.

2. Κατά την κωδικοποίηση, σύμφωνα με την προηγούμενη παράγραφο, επιτρέπεται η αλλαγή της σειράς των άρθρων, η θέση υποτίτλου σε κάθε άρθρο, η διαίρεση της ύλης σε τμήματα και κεφάλαια, η διατύπωση των κειμένων στη νεοελληνική γλώσσα και η φραστική βελτίωση χωρίς μεταβολή της έννοιας του κειμένου.

Άρθρο 122
Ισοτιμία ιατρικών πιστοποιητικών

1. Ιατρικά πιστοποιητικά ή γνωματεύσεις, καθώς και ιατρικές συνταγές, που εκδίδονται κατά τους νόμιμους τύπους, έχουν το ίδιο κύρος και την ίδια νομική ισχύ ως προς όλες τις νόμιμες χρήσεις και ενώπιον όλων των αρχών και υπηρεσιών, ανεξαρτήτως του αν εκδίδονται από ιατρούς που υπηρετούν σε ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ. ή ιδιώτες ιατρούς.

2. Σε κάθε περίπτωση τα εκδιδόμενα πιστοποιητικά ή γνωματεύσεις, αφορούν στα περιεχόμενα της ειδικότητας

κάθε ιατρού.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται ενιαίος τύπος ιατρικών πιστοποιητικών και γνωματεύσεων και ενιαίος τύπος ιατρικών συνταγολογίων για όλους τους ιατρούς.

Άρθρο 123

Ιατροδικαστικές πράξεις και θέσεις ιατροδικαστών

Οι παράγραφοι 4, 5 και 6 του ν.δ. 885/1971 (ΦΕΚ 105 Α'), όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 5 του ν. 1649/1986, συγχωνεύονται σε παράγραφο 4, που αντικαθίσταται ως ακολούθως:

4.α) Η διενέργεια ιατροδικαστικών πράξεων μπορεί με παραγγελία του αρμόδιου δικαστηρίου, εισαγγελέα, ανακριτή ή ανακριτικού υπαλλήλου να ανατίθεται και στα εργαστήρια ιατροδικαστικής των ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων (Α.Ε.Ι.), όπου υπάρχουν, ή των νοσηλευτικών ιδρυμάτων πανεπιστημιακών (Α.Ε.Ι.) ή του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που εδρεύουν στην περιφέρεια ή σε περιφέρεια με την οποία συνδέονται με τον πιο εύκολο συγκοινωνιακό τρόπο. Τις ιατροδικαστικές πράξεις στα Α.Ε.Ι. ενεργούν μέλη του Δ.Ε.Π., που έχουν την ειδικότητα του ιατροδικαστή και ορίζονται από τον αρμόδιο διευθυντή του εργαστηρίου, εκτός αν η σχετική παραγγελία του εισαγγελέα ή των άλλων αρμοδίων απευθύνεται σε συγκεκριμένο μέλος του Δ.Ε.Π., οπότε εκτελείται από αυτό.

β) Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Δικαιοσύνης και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, μπορεί να συσταθούν θέσεις ιατροδικαστών και στα νοσηλευτικά ιδρύματα νομαρχιακά, περιφερειακά και πανεπιστημιακά. Απαραίτητη προϋπόθεση, σε κάθε πρόσληψη, είναι η ειδικότητα της Ιατροδικαστικής, κατ' εξαίρεση δε και για χρονικό διάστημα τριών μόνο ετών από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, μπορεί να διορίζονται και να εκτελούν ιατροδικαστικές πράξεις και ιατροί με την ειδικότητα της Παθ. Ανατομικής.

γ) Αν συντρέχει εξαιρετικός λόγος κατά την κρίση του αρμόδιου για την ανάκριση υπαλλήλου ή δικαστηρίου, μπορεί να ανατεθεί η διενέργεια ιατροδικαστικής πραγματογνωμοσύνης και σε ιατρό άλλης ειδικότητας, εφόσον η ειδικότητα αυτή προαιδιάζει απολύτως με το ειδικό αντικείμενο της πραγματογνωμοσύνης.

Άρθρο 124

Εξεταστικές επιτροπές ιατρικών ειδικοτήτων Ηρακλείου Κρήτης

Εξεταστικές επιτροπές ιατρικών ειδικοτήτων ορίζονται και στο Ηρακλείο Κρήτης, για εξέταση των εκπαιδευθέντων σε νοσηλευτικά ιδρύματα ή άλλους φορείς της Κρήτης, εφαρμοζομένων κατά τα λοιπά των διατάξεων του ν.δ. 3366/1955 'Περί ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος και ιατρικών ειδικοτήτων και άλλων πινών διατάξεων' (ΦΕΚ 258 Α'), όπως έχουν τροποποιηθεί ή συμπληρωθεί μεταγενέστερα.

Άρθρο 125

Τροποποίηση αντικοινοτικών διατάξεων

1. Μετά την πρώτη περίοδο της παρ. 1 του άρθρου 8 του ν.δ. 96/1973, προσπίθεται εδάφιο ως εξής:

'Ειδικώς, προκειμένου περί προϊόντων εισαγομένων εκ

κρατών μελών της Ε.Ο.Κ., η ως άνω διαταγή αντικαθίσταται ως εξής: 'Ειδικώς, προκειμένου περί προϊόντων εισαγομένων εκ κρατών μελών της Ε.Ο.Κ., η ως άνω διαταγή αντικαθίσταται ως εξής: υπευθύνους κυκλοφορίας που διαμένουν μόνιμα σε αυτές'.

2. Το τρίτο εδάφιο της παρ. 1 του άρθρου 1 του ν. 784/1978 αντικαθίσταται ως εξής:

* Τα ιδιοσκευάσματα που παρασκευάζονται σε κράτη μέλη της Ε.Ο.Κ. προτιμώνται υποχρεωτικώς στις προμήθειες από αυτά, που προέρχονται από τρίτες χώρες'.

Άρθρο 126

Συγχώνευση του αντφυματικού Ιατρείου "Ο Καλός Σαμαρείτης" στο Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου

1. Το αντφυματικό ιατρείο 'Ο Καλός Σαμαρείτης', που λειτουργεί ως υπηρεσία του φιλανθρωπικού σωματείου με την επωνυμία 'Αντφυματική Αδελφότης Νομού Μαγνησίας ο Καλός Σαμαρείτης', που έχει αναγνωρισθεί με την υπ' αριθ. 180/1972 απόφαση του Πρωτοδικείου Βόλου, συγχωνεύεται στο Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου ν.π.δ.δ. του ν.δ. 2592/1953.

2. Ο επιστημονικός εξοπλισμός του αντφυματικού ιατρείου περιέρχεται και ανήκει κατά πλήρη κυριότητα, νομή και κατοχή στο Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου.

3. Για την υπηρεσιακή κατάσταση και τακτοποίηση του προσωπικού, που υπηρετεί κατά τη συγχώνευση, στο Αχιλλοπούλειο αντφυματικό ιατρείο, εφαρμόζονται κατ' αναλογία οι διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 48 του παρόντος νόμου.

Άρθρο 127

Ρύθμιση προσλήψεως προσωπικού στο Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Σύρου

Υπάλληλοι του κλάδου ΔΕ, που διορίστηκαν με αποφάσεις που δημοσιεύτηκαν στο 180/9-9-1988 Φ.Ε.Κ. ν.π.δ.δ. και στο 44/17-3-1988 Φ.Ε.Κ. ν.π.δ.δ., στο Νομαρχιακό Νοσοκομείο Σύρου 'Βαρδάκειο και Πρώιο', με τις ΤΥ 5490/23.8.88 (Φ.Ε.Κ. 180/9.9.88 Ζ. ν.π.δ.δ.) και ΤΥ/1219/3.3.88 (Φ.Ε.Κ. 44/17.3.88 Ζ. ν.π.δ.δ.) αποφάσεις, ως νοσοκόμοι ή παρασκευάστριες, χωρίς να έχουν τα υπό του οργανισμού του εν λόγω νοσοκομείου προβλεπόμενα τυπικά προσόντα, θεωρούνται νομίμως διορισθέντες, αφ' ής ανέλαβαν υπηρεσία στο νοσοκομείο.

Άρθρο 128

Κατάργηση χορηγήσεως τίτλου προσωπικής ικανότητας οπτικού

Οι διατάξεις του ν. 971/1979 'Περί ασκήσεως του επαγγέλματος του οπτικού και καταστημάτων οπτικών ειδών' (ΦΕΚ 223 Α') τροποποιούνται ως εξής:

Καταργούνται οι διατάξεις των άρθρων 2, 3, 4, 5 και 15, με εξαίρεση τους υποψήφιους οπτικούς, που έχουν υποβάλει σχετική αίτηση και δικαιούνται να προσέλθουν σε εξέταση ή επανεξέταση για την απόκτηση τίτλου προσωπικής ικανότητας οπτικού. Εξαίρεται επίσης από την κατάργηση αυτήν η παρ. 4 του άρθρου 2, η οποία εξακολουθεί ισχύουσα ως έχει.

Άρθρο 129

Ύσταση επιτροπής επιλογής στις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.

1. Σε καθεμία Μέση Τεχνική Επαγγελματική Νοσηλευτική

Σχολή (Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.) συγκροτείται επιτροπή επιλογής νέων μαθητών για εγγραφή, αποτελούμενη από δύο μέλη του Δ.Σ. του νοσοκομείου, που ορίζονται από το συμβούλιο αυτό και από το διευθυντή της οικείας Μ.Τ.Ε.Ν.Σ., με την επικύρωση των διατάξεων του άρθρου 108 του παρόντος νόμου.

2. Χρέη γραμματέα της επιτροπής ανατίθενται από τον πρόεδρο του Δ.Σ. του νοσοκομείου σε υπάλληλο του νοσοκομείου ή της Μ.Τ.Ε.Ν.Σ..

3. Έργο της επιτροπής είναι:

α) Η συγκέντρωση των δικαιολογητικών των υποψηφίων μαθητών για επιλογή και εγγραφή στη σχολή.

β) Ο έλεγχος των δικαιολογητικών.

γ) Η σύνταξη κατάστασης κατά σειρά βαθμού απολυτηρίου γυμνασίου ή λυκείου, ως και των κοινωνικών κριτηρίων όλων των υποψηφίων μαθητών, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

δ) Η σύνταξη πρακτικού, το οποίο θα υποβληθεί στη Διεύθυνση της σχολής με το σχηματισθέντα φάκελο, που στη συνέχεια η σχολή θα το υποβάλλει στο διοικητικό συμβούλιο, το οποίο και θα λάβει την τελική απόφαση επιλογής στη σχολή.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται η αποζημίωση των μελών και του γραμματέα της επιτροπής.

Η ισχύς του παρόντος άρθρου άρχεται από 16 Ιουλίου 1991.

Άρθρο 130

Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων

1. Συνιστάται Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων (Ε.Σ.Μ.) με σκοπό:

α. Τη συμβολή στη χάραξη της γενικής πολιτικής μεταμοσχεύσεων στη χώρα.

β. Την εποπτεία της λειτουργίας της Υ.Σ.Ε.Μ..

γ. Την εισήγηση στο ΚΕ.Σ.Υ. μέτρων, όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας των κέντρων μεταμοσχεύσεων και την αναθεώρηση αυτών.

δ. Τη γνωμοδότηση επί γενικών, καθώς και ειδικών και δοντολογικών προβλημάτων, που αφορούν τις μεταμοσχεύσεις.

ε. Τη σύσταση επιτροπών προς επεξεργασία συγκεκριμένων θεμάτων.

2. Το Ε.Σ.Μ. είναι 13μελές και απαρτίζεται από τον πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ. ή εκπρόσωπό του, τον πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων ή εκπρόσωπό του, το διευθυντή της Υ.Σ.Ε.Μ. ή εκπρόσωπό του, τον πρόεδρο της Ε.Σ.Η.Ε.Α. ή εκπρόσωπό του, τον πρόεδρο του ΠΙΣ ή εκπρόσωπό του, το γενικό διευθυντή υγείας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή εκπρόσωπό του.

α. Τα λοιπά μέλη ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και είναι επιστήμονες κύρους, που ασχολούνται με τις μεταμοσχεύσεις σε όλα τα επίπεδα ενδιαφέροντος.

β. Ως γραμματέας της Ε.Σ.Μ., ορίζεται υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ο οποίος συμμετέχει άνευ ψήφου.

3. Η θητεία του Ε.Σ.Μ. ορίζεται 3ετής.

Το Ε.Σ.Μ. συνεδριάζει τακτικά μία φορά το μήνα ή εκτακτως αν το ζητήσουν ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ο πρόεδρος του Ε.Σ.Μ. ή

εγγράφως 4 τουλάχιστο μέλη.

Το Ε.Σ.Μ. αποφασίζει εν απαρτία με πλειοψηφία παρόντων μελών του. Σε περίπτωση ίσοψηφιας, υπερισχύει η ψήφος του προέδρου.

Κατά τα λοιπά ως προς τη συγκρότηση, σύνθεση και λειτουργία του Ε.Σ.Μ., εφαρμόζονται οι κανόνες του άρθρου 19 του ν.1599/1986.

4. Η επιτροπή "προλήψεως και θεραπείας νεφροπαθειών και μεταμοσχεύσεων" του ΚΕ.Σ.Υ., μετονομάζεται σε "επιτροπή προλήψεως και θεραπείας νεφροπαθειών", και ανασυντίθεται.

5. Καταργούνται από της δημοσίευσής της παρούσας η Α2γ/οκ.874/19.2.90, η Α2γ/οκ.985/27.2.90 και η Α2γ/οκ.1627/90 αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Η ισχύς του παρόντος άρθρου άρχεται από 1 Μαρτίου 1991.

Άρθρο 131

Κύρωση Οργανισμών Νοσοκομείων

Οι οργανισμοί των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τα οποία δημοσιοποιήθηκαν με βάση τις διατάξεις του άρθρου 6 του ν. 1397/1983, οι οποίοι εκδόθηκαν με μόνη απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αντί κοινής απόφασης των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, όπως προβλέπεται από τις διατάξεις του άρθρου 10, παρ.71 του ν. 1397/1983, ισχύουν από τότε που δημοσιεύθηκαν στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Άρθρο 132

Από της δημοσίευσής του παρόντος καταργούνται:

Τα άρθρα 3, 6 και 7 του ν. 1278/1982. - Τα άρθρα 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 39, 41 και 42 και οι παρ. 2, 3, και 4, του άρθρου 25 του ν. 1397/1983. - Η παρ. 2 του άρθρου 5 του ν.δ. 127/1974 και παρ. 2 του άρθρου 4 του ν.δ. 67/1968. - Οι παρ. 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12 του άρθρου 7 και η παρ. 1 του άρθρου 8 του ν. 1579/1985. - Τα άρθρα 12, 13 και 26 του ν. 1579/1985. Οι παρ. 2 και 3 του άρθρου 18 του ν. 1579/1985. - Το άρθρο 32 του ν. 1729/1987. - Το άρθρο 19 του ν. 1771/1988. - Τα άρθρα 42, 44, 52, 53, 60 και 62 του ν. 1759/1988. - Οι παρ. 4 και 5 του άρθρου 2 του ν. 1821/1988 και το άρθρο 4 του ν. 1821/1988. Επίσης, καταργείται κάθε γενική ή ειδική διάταξη, που είναι αντίθετη στις διατάξεις του νόμου αυτού ή ρυθμίζει διαφορετικά θέματα του νόμου αυτού.

Άρθρο 133

1. Αναγνωρίζεται από το Δημόσιο η δαπάνη περιθαλψής σε ιδρύματα χρόνιων παθήσεων μη επιδοτούμενα από το κράτος για τα παιδιά των τακτικών δημόσιων πολιτικών υπαλλήλων και των πολιτικών και στρατιωτικών συνταξιούχων, που πάσχουν από βαρείας μορφής σωματική ή πνευματική αναπηρία, για απεριόριστο χρόνο και όριο ηλικίας ως εσωτερικών ασθενών. Το ημερησίω νοσήλιο, που θα καταβάλλει το Δημόσιο για το σκοπό αυτόν, είναι το αντίστοιχο της Γ θέσης των ιδιωτικών κλινικών των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης, όπως αυτό ισχύει κάθε φορά και χωρίς έκπτωση.

2. Οι δαπάνες περιθαλψης σε οποιασδήποτε μορφής ειδικά θεραπευτήρια χρονίων παθήσεων των παιδιών των τακτικών δημόσιων πολιτικών υπαλλήλων και των πολιτικών και στρατιωτικών συνταξιούχων, που πάσχουν από βαρείας μορφής σωματική ή πνευματική αναπηρία, καλύπτονται εξ' ολοκλήρου από το Δημόσιο, χωρίς καμία συμμετοχή του ασφαλισμένου.

3. Κάθε λεπτομέρεια αναγκαία για την εφαρμογή της παραπάνω διάταξης ρυθμίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 134

1. Σε ιατρούς, οι οποίοι ασκούν την ιατρική για περισσότερα από πέντε (5) χρόνια, και εφόσον παρακολουθήσουν ειδικό σεμινάριο διάρκειας έξι (6) μηνών έως ενός (1) έτους, είναι δυνατή η χορήγηση της ιατρικής ειδικότητας, της ιατρικής της εργασίας.

2. Οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για τη χορήγηση της ειδικότητας αυτής, το περιεχόμενο του σεμιναρίου, ο χρόνος διάρκειας και οι φορείς εκτέλεσής αυτού, ο χρόνος της υποβολής της σχετικής αιτήσεως, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ'

Άλλες διατάξεις

Άρθρο 135

Η ισχύς των διατάξεων του άρθρου 15 του ν. 1965/1991 (ΦΕΚ 146 Α') παρατείνεται από 11-2-1992 μέχρι 31-12-1992.

Άρθρο 136

Σύναψη συμβάσεων

1. Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή τα υπ' αυτού εποπτευόμενα νομικά πρόσωπα δημόσιου ή ιδιωτικού δικαίου, δύνανται να συναπτουν συμβάσεις με οποιονδήποτε φορέα ή ιδιωτική επιχείρηση, για την υπ' αυτών κοινωνική προστασία ατόμων που έχουν ανάγκη αυτής.

2. Με απόφαση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις εφαρμογής των διατάξεων της προηγούμενης παραγράφου.

Άρθρο 137

1. Το άρθρο 4 του ν. 1027/1980 (ΦΕΚ 49 Α') αντικαθίσταται ως ακολούθως:

Άρθρο 4

1. Κατ' εξαίρεση των διατάξεων του άρθρου 1 του ν.δ. 4435/1964 (ΦΕΚ 217 Α'), όπως αντικαταστάθηκε από την παρ. 1 του άρθρου μόνου του ν.δ. 4521/1966 (ΦΕΚ 135 Α') μπορεί να εξαιρούνται από την ασφάλιση του Ο.Γ.Α. και να υπάγονται στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε. τα πρόσωπα, που ορίζονται από τις διατάξεις του άρθρου 2 του ν. 6364/1934 (ΦΕΚ 376 Α'), όπως αυτό αντικαταστάθηκε από το άρθρο 1 του παρόντος νόμου, τα οποία ασκούν επάγγελμα σε δήμους ή κοινότητες κάτω των 2.000 κατοίκων.

Η υπαγωγή στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε. μπορεί να γίνει

είτε για ολόκληρο δήμο ή κοινότητα που να ασκούν επάγγελμα χωρίς ή αυτοτελείς οικισμούς ή περιοχές που να ασκούν επάγγελμα ή οικονομική ή τουριστική ανάπτυξη ή δραστηριότητα.

2. Η υπαγωγή στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε. σύμφωνα με τις διατάξεις της προηγούμενης παραγράφου, γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ύστερα από γνώμη του Δ.Σ. του Τ.Ε.Β.Ε..

3. Τα πρόσωπα που ορίζονται από τις διατάξεις της παρ. 1 του παρόντος άρθρου, τα οποία έχουν υπερβεί το 50ό έτος της ηλικίας τους, κατά την ημέρα έκδοσης της υπουργικής απόφασης της προηγούμενης παραγράφου, εξακολουθούν να παραμένουν στην ασφάλιση του Ο.Γ.Α..

Κατ' εξαίρεση, όσα από τα πιο πάνω πρόσωπα έχουν υπερβεί το 50ό έτος της ηλικίας τους όχι όμως και το 55ο, μπορούν να υπαχθούν προαιρετικά στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε. με αίτησή τους, που υποβάλλεται μέσα σε ανατρεπτική προθεσμία τριών ετών από της ισχύος της υπουργικής απόφασης, εξαιρούμενοι της ασφάλισης του Ο.Γ.Α..

4. Πρόσωπα που έχουν υπαχθεί στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε. με υπουργικές αποφάσεις, που εκδόθηκαν σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 4 του ν. 1027/1980, πριν από την αντικατάστασή τους από τις διατάξεις της παρ. 1 του παρόντος άρθρου, συνεχίζουν υποχρεωτικά την ασφάλισή τους στο Τ.Ε.Β.Ε., εφόσον ασκούν επάγγελμα ασφαλιστέο σ' αυτό.

2. Η παρ. 1 του άρθρου 5 του ν. 1027/1980 αντικαθίσταται ως ακολούθως:

1α. Πρόσωπα υπαχθέντα στην ασφάλιση του Ο.Γ.Α. δυνάμει των διατάξεων των ν. δ/των 4435/1964 και 4521/1966, τα οποία υπάγονται με τις διατάξεις του παρόντος νόμου στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε. κατατάσσονται κατά το πρώτο έτος της ασφάλισής τους υποχρεωτικά στην Ε' ασφαλιστική κατηγορία ή και σε ανώτερη, εφόσον το ζητήσουν με αίτησή τους, δύναται δε να αναγνωρίσουν με αίτησή τους προηγούμενο χρόνο ασφάλισης στον Ο.Γ.Α., εφόσον για το χρονικό αυτό διάστημα προκύπτει επαγγελματική απασχόληση.

β. Ο χρόνος αυτός εξαγοράζεται με την καταβολή για κάθε μήνα της εισφοράς του κλάδου σύνταξης της Ε' ασφαλιστικής κατηγορίας ή και ανώτερη τοιαύτης εφόσον ήθελε ζητηθεί αυτό, όχι όμως μεγαλύτερης της Ζ', που ισχύει κατά το χρόνο υποβολής της αίτησης, χωρίς την καταβολή πρόσθετων τελών.

γ. Η εξόφληση του ποσού της οφειλής για την εξαγορά γίνεται εφάπαξ εντός τριών μηνών από την κοινοποίηση της απόφασης του αρμόδιου οργάνου του Τ.Ε.Β.Ε. στον ασφαλισμένο για την αναγνώριση του χρόνου.

Αν το ποσό της οφειλής δεν καταβληθεί σύμφωνα με τα οριζόμενα στο προηγούμενο εδάφιο, εξοφλείται τμηματικά σε μηνιαίες δόσεις.

Το ποσό της κάθε δόσης είναι ίσο με δύο μηνιαία ασφαλιστρά της αντίστοιχης ασφαλιστικής κατηγορίας, που ισχύουν κατά το χρόνο της καταβολής.

3. Από την ημερομηνία ισχύος του παρόντος νόμου η προβλεπόμενη από τη διάταξη της παρ. 3 του άρθρου 5 του ν. 1027/1980 προθεσμία, καταργείται.

4. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 5 του ν. 1027/1980, όπως αντικαθίστανται και τροποποιούνται με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

5. Το άρθρο 2 του ν.δ. 4435/1964, όπως αντικαταστάθηκε με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου μόνου του ν.δ.

4521/1966, αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 2

1. Στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε. υπάγονται προαιρετικά οι επαγγελματίες και βιοτέχνες, που ορίζονται από τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 1 του παρόντος νόμου.

2. Η βούληση του ενδιαφερομένου για την υπαγωγή του στην προαιρετική ασφάλιση, σύμφωνα με τις διατάξεις της προηγούμενης παραγράφου, θεωρείται ότι εκδηλώθηκε είτε με την υποβολή της σχετικής αίτησης είτε με την καταβολή εισφορών.

6. Η παρ. 1 του άρθρου 8 του ν.δ. 4435/1964 αντικαθίσταται ως εξής:

1. Ως πληθυσμός για την εφαρμογή του παρόντος νόμου θεωρείται ο πληθυσμός της απογραφής, που ενεργείται πριν από την έναρξη της άσκησης του ασφαλιστέου επαγγέλματος.

Αν μετά την υπαγωγή στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε., ενεργηθεί απογραφή του πληθυσμού και σύμφωνα με αυτή μειωθεί ο πληθυσμός του δήμου ή της κοινότητας, όπου ασκείται το επάγγελμα κάτω από 2.000 κατοίκους, τα πρόσωπα που καθ' οιονδήποτε τρόπο είχαν υπαχθεί στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε., συνεχίζουν υποχρεωτικά την ασφάλισή τους εφόσον συνεχίζουν να ασκούν επάγγελμα, υπαγόμενο στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε.

7. Πρόσωπα που δεν έχουν υπαχθεί ή υπήχθησαν και εξαρέθηκαν, έστω και για μέρος της ασφαλιστικής περιόδου από την ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε., μέχρι της ισχύος του παρόντος, λόγω μείωσης του πληθυσμού του δήμου ή της κοινότητας κάτω των 2.000 κατοίκων, υπάγονται υποχρεωτικά στην ασφάλιση του Ο.Γ.Α.

8. Πρόσωπα περί ων η παρ. 7 του παρόντος άρθρου, δύναται να παραμείνουν στην υποχρεωτική ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε., εφόσον η βούλησή τους εκδηλώνεται με σχετική αίτηση, υποβαλλόμενη εντός ανατρεπτικής προθεσμίας ενός έτους από τη δημοσίευση του παρόντος.

9. Για την εφαρμογή των διατάξεων των παρ. 7 και 8 του παρόντος άρθρου ισχύουν αναλόγως οι διατάξεις του άρθρου 4 του ν.δ. 4435/1964.

Άρθρο 138

Μετατροπή της ΣΤΕΓΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ σε υπηρεσία του Τ.Σ.Α.Υ.

1. Επιφυλασσομένων των περί κληρονομικών, κληροδοσιών και δωρεών κειμένων διατάξεων, η ΣΤΕΓΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ (ν.π.δ.δ.) μετατρέπεται σε υπηρεσία του Ταμείου Συντάξεως και Αυτασφαλίσεως Υγειονομικών (ν.π.δ.δ.).

2. Το πάσης φύσεως προσωπικό που υπηρετεί στη Στέγη Υγειονομικών, κατά το χρόνο της μετατροπής της, μεταφέρεται στο Τ.Σ.Α.Υ. με την ίδια σχέση εργασίας, διεπόμενο από τα ίδια υπηρεσιακά και ασφαλιστικά καθεστώς και καταλαμβάνει ισόριθμες με τις μεταφερόμενες θέσεις αντίστοιχων κλάδων ή ειδικατήτων.

Ειδικότερα, για το μόνιμο από το ως άνω προσωπικό εφαρμόζονται οι διατάξεις των δύο πρώτων εδαφίων της παραγράφου 9 του άρθρου 20 του ν. 1735/1987.

Οι οργανικές θέσεις προσωπικού της Στέγης Υγειονομικών, μετά τη μετατροπή της, μεταφέρονται και προστίθενται στις οργανικές θέσεις του Τ.Σ.Α.Υ.

3. Από της μετατροπής, το διοικητικό συμβούλιο της μετατρεπόμενης Στέγης Υγειονομικών καταργείται και η διοίκηση και διαχείριση αυτής διεπεται από τις διατάξεις

και περιουσία της Στέγης της, περιέρχεται στην κυριότητα του Τ.Σ.Α.Υ., το οποίο υπεισέρχεται σε όλα τα συναφή δικαιώματα και υποχρεώσεις της μετατρεπόμενης Στέγης Υγειονομικών.

5. Όλες οι εγγεγραμμένες πιστώσεις στον προϋπολογισμό της Στέγης Υγειονομικών και κάθε μορφή εγκεκριμένης επιχορήγησης, μηνιαίας εισφοράς και καταβολής τροφείων υπέρ της Στέγης Υγειονομικών, εξ οιουδήποτε φορέα, νομικού ή φυσικού προσώπου, για τη διοίκηση και λειτουργία της Στέγης Υγειονομικών, θεωρούνται γενόμενες για τη λειτουργία της προερχόμενης εκ μετατροπής υπηρεσίας του Τ.Σ.Α.Υ. και μεταφέρονται στον προϋπολογισμό του Τ.Σ.Α.Υ.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως καθορίζονται οι προϋποθέσεις, η διαδικασία και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια εφαρμογής των διατάξεων του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 139

Εις τους εν ενεργεία και σχολάζοντες αρχιερείς και ιεροκήρυκες της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος και στα μέλη των οικογενειών τους, καθώς και στους εν ενεργεία και σχολάζοντες αρχιερείς της ορθόδοξης Εκκλησίας της Κρήτης και στα μέλη των οικογενειών τους, παρέχεται υπό του Δημοσίου η υπό των κειμένων διατάξεων προβλεπόμενη ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, με τους όρους και τις προϋποθέσεις που παρέχεται στους ασφαλισμένους του Δημοσίου.

Άρθρο 140

Ένταξη του Κέντρου Περιθαλψής Παιδών (ΚΕ.ΠΕ.Π.) Λέρου στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου

1. Το προβλεπόμενο από τις διατάξεις του υπ' αριθμ. 170/1960 β.δ/τος "Περί κυρώσεως του Υπηρεσιακού Οργανισμού του Π.Ι.Κ.Π.Α." (ΦΕΚ 40 Α), όπως αυτές τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν μεταγενέστερα, Κέντρο Περιθαλψής Παιδών (ΚΕ.ΠΕ.Π.) Λέρου, εντάσσεται οργανικά στο Κρατικό Θεραπευτήριο-Κέντρο Υγείας Λέρου.

2. Το πάσης φύσεως προσωπικό, που υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου στην ειδική υπηρεσία του Π.Ι.Κ.Π.Α. Λέρου, εντάσσεται αυτοδικαίως σε όμοιες προς αυτές που κατέχουν κενές θέσεις, του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κ.Υ. Λέρου, εφόσον έχουν τα προβλεπόμενα από τον οργανισμό προσόντα.

3. Το προσωπικό που δεν συγκεντρώνει τα νόμιμα προσόντα ή δεν μπορεί να ενταχθεί για οποιονδήποτε λόγο, εξακολουθεί να υπηρετεί με τις ίδιες προϋποθέσεις που υπηρετούσε και στη μονάδα που εντάσσεται σε προσωρινές θέσεις, που συνιστώνται με την απόφαση κατάταξης και καταργούνται, όταν κενωθούν με οποιονδήποτε τρόπο.

4. Η προϋπηρεσία των εντάσσόμενων υπαλλήλων προμετράται στη νέα τους θέση για κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

5. Το Κρατικό Θεραπευτήριο-Κ.Υ. Λέρου, στα οποία εντάσσεται η μονάδα που καταργείται με το άρθρο 1 του παρόντος νόμου υπεισέρχεται στο σύνολο των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων αυτής συμπεριλαμβανομένου και του δι-

καίματος χρήσεως όλης της κινητής και ακίνητης περιουσίας της.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται η διαδικασία και οι λεπτομέρειες εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 141

Κυρώνεται και έχει ισχύ νόμου η σύμβαση που υπεγράφη την 15η Οκτωβρίου 1991 μεταξύ του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και της Ελληνικής Εταιρείας Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων Ατόμων Παιδών (ΕΛ.Ε.Π.Α.Π.), η οποία έχει ως εξής:

ΣΥΜΒΑΣΗ

Σύμβαση απογραφικού και καταγραφικού έργου με το ειδικώς αναγνωρισμένο ως φιλανθρωπικό σωματείο με την επωνυμία 'ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΑΙΔΩΝ (ΕΛ.Ε.Π.Α.Π.)', Κόνωνος 16, Αθήνα.

1. ΓΕΝΙΚΑ.

Αθήνα, σήμερα 15 Οκτωβρίου 1991 οι υπογεγραμμένοι αφ'ενός ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων κος Γεώργιος Σούρλας ενεργών για λογαριασμό του ομώνυμου Υπουργείου σύμφωνα με το Ν. 1558/85 "Κυβέρνηση-Όργανα" και την υπ αριθμ. Γ3, 4/Φ245/2685 /21-9-91 Υπουργική Απόφαση με την οποία ανατέθη στην ΕΛΕΠΑΠ η διενέργεια της απογραφής και καταγραφής των ατόμων με ειδικές ανάγκες και των προνοιακών Ιδρυμάτων της Χώρας, καλούμενος στο εξής Υπουργείο και αφ'ετέρου η Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου της ΕΛΕΠΑΠ κα Μαρία Κανελλοπούλου, ενεργούσα για λογαριασμό της ΕΛΕΠΑΠ συνεφώνησαν και συναπεδέχθησαν τα εξής:

2. Αντικείμενο της απογραφής και καταγραφής.

Αντικείμενο της απογραφής και καταγραφής είναι η καθ'όλη την επικράτεια της χώρας απογραφή των ατόμων με ειδικές ανάγκες, πλην των ψυχικώς πασχόντων (ψυχασθενών) και η καταγραφή των πάσης φύσεως λειτουργούντων προνοιακών Ιδρυμάτων Δημοσίου ή Νομικών Προσώπων Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου, Εκκλησιαστικών Σωματείων και Συλλόγων που καθ' οιονδήποτε τρόπο επιχορηγούνται από το Δημόσιο.

3. Υποχρεώσεις του Υπουργείου:

Το Υπουργείο αναλαμβάνει έναντι της ΕΛΕΠΑΠ προς πραγματοποίηση της απογραφής και καταγραφής όπως αυτή καθορίζεται στην ανωτέρω υπό στοιχείων 2 παράγραφο στις εξής υποχρεώσεις:

α. Να αυξήσει την προς την ΕΛΕΠΑΠ επιχορήγησή του σε βάρος του ΚΑΕ 2569 του προϋπολογισμού του προς κάλυψη των εξόδων απογραφής και καταγραφής μέχρι του ποσού των τριακοσίων εκατομμυρίων (300.000.000) δραχμών μέχρι περατώσεως της απογραφής και καταγραφής.

β. Να θέσει στη διάθεση της ΕΛΕΠΑΠ με σκοπό να το χρησιμοποιήσει όλο τα υπάρχον και διανεμηθέν στις Διευθύνσεις και Τμήματα Πρόνοιας των Νομαρχιών ειδικό έντυπο απογραφικών και καταγραφικών υλικών χωρίς να υπολογίσει την αξία αυτού στο υπο στοιχείο ανωτέρω ποσό της επιχορηγήσεως:

γ. Να παρέχει κάθε δυνατή διευκόλυνση και εξυπηρέτηση

για την επιτυχή ολοκλήρωση μέσω των κεντρικών περιφερειακών του υπηρεσιών του έργου των ελεγχόμενων και εποπτευομένων νομικών προσώπων δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου.

δ. Να θέσει στη διάθεση της ΕΛΕΠΑΠ τις υπό του Υπουργείου των οικείων νομαρχιών συγκροτηθείσες επιτροπές και υποεπιτροπές απογραφής και καταγραφής καθώς και χώρους γραφείων και αποθηκευτικούς χώρους στο κέντρο και την περιφέρεια για όσο χρόνο διαρκέσει η απογραφή και καταγραφή.

4. Υποχρεώσεις ΕΛΕΠΑΠ.

α. Υποχρεούται να ολοκληρώσει την απογραφή και καταγραφή όπως αυτή προσδιορίζεται με την παρούσα σύμβαση εντός έξι μηνών από της υπογραφής της, δυναμένης όμως της προθεσμίας αυτής να παραταθεί γραπτώς κατόπιν κοινής συμφωνίας.

β. Υποχρεούται να απασχολήσει το αναγκαίο επιστημονικό προσωπικό, τεχνικό και λοιπό προσωπικό γραμματειακής στηρίξεως και εξυπηρέτησεως, για όσο χρόνο διαρκέσει η απογραφή και καταγραφή άνευ ουδεμίας ευθύνης ή δεσμεύσεως του Υπουργείου έναντι της ΕΛΕΠΑΠ και για το προσωπικό εκείνο που θα απασχοληθεί ή θα συνεργαστεί, και για αμοιβή, αποζημίωση ή οποιαδήποτε άλλη παροχή.

γ. Υποχρεούται να προβεί στην άμεση προμήθεια του αναγκαίου για την γραμματειακή στήριξη τεχνολογικού και λοιπού εξοπλισμού καθώς και στην άμεση εκτύπωση και διανομή στις επιτροπές Νομαρχιών του αναγκαίου εντύπου υλικού απογραφικών και καταγραφικών δελτίων σε περίπτωση που δεν επαρκέσει το ήδη διανεμηθέν υλικό στις Νομαρχίες.

Το υλικό των απογραφικών και καταγραφικών δελτίων που θα εκτυπωθεί από την ΕΛΕΠΑΠ πρέπει να είναι πανομοιότυπο με το υπάρχον εξ απόψεως εμφανίσεως, σχήματος, ποιότητας χάρτου και ιδιοτήτων με μικράν μόνον διόρθωση του περιεχομένου, κατόπιν προσυνηνοήσεως με τη Διεύθυνση Προστασίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και Ηλικιωμένων του Υπουργείου.

δ. Υποχρεούται στην παραγωγή του λογισμικού, την επεξεργασία, αρχειοθέτηση και μελέτη των στοιχείων που θα προκύψουν από: την απογραφή και καταγραφή και την παράδοση σε διάστημα 3 μηνών από τη λήξη της απογραφής των σχετικών στοιχείων που θα έχουν τύχει επεξεργασίας και θα έχουν αποτυπωθεί σε προγράμματα ηλεκτρονικών υπολογιστών. Επίσης όλο το έντυπο υλικό που θα έχει χρησιμοποιηθεί ή αυτό που πιθανόν δεν χρησιμοποιήθηκε.

ε. Υποχρεούται να κάνει σχετική διαφώτιση δια του τύπου και ηλεκτρονικών μέσων μαζικής ενημέρωσης περί των σκοπών της απογραφής και καταγραφής και στην ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για την επιτυχή έκβαση του όλου έργου.

Επίσης να διενεργήσει τα πάσης φύσεως σεμινάρια ή άλλης μορφής προγράμματα ενημέρωσης των ατόμων που καθ' οιονδήποτε τρόπο θα χρησιμοποιηθούν στην διαδικασία της απογραφής σε όλη την επικράτεια.

στ. Υποχρεούται να έχει άμεση επαφή και συνεργασία με την Διεύθυνση Προστασίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και Ηλικιωμένων του Υπουργείου καθώς και με οιαδήποτε άλλη υπηρεσία θα υποδειχθεί από την ανωτέρω Διεύθυνση.

ζ. Ρητώς δεσμεύεται αφ'ενός μεν να μην ανακοινώσει γραπτώς ή προφορικώς σε φυσικό ή νομικό πρόσωπο το αποτέλεσμα της απογραφής και καταγραφής και την πορεία του απογραφικού και καταγραφικού έργου άνευ προηγου-

μένης εγγραφου εγκρίσεως της αρμοδίας Διεύθυνσης του Υπουργείου ήτοι Α/νσης Προστασίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και Ηλικιωμένων, αφ'ετέρου δε το κατά τα ανωτέρω επεξεργασθέν, αρχιεπιθετηθέν και γενικώς μελετηθέν απογραφικών υλικόν να το παραδίδει στη Δ/νση αυτήν, η οποία έχει την ευθύνη και την αρμοδιότητα και γενικά την εποπτεία της υλοποίησης της παρούσης συμβάσεως.

5. Τρόπος Επιχορήγησης.

Η προς την ΕΛΕΠΑΠ επιχορήγηση για την εκπλήρωση των όρων της παρούσης καθορίζεται ως εξής:

α. Ευθύς με την υπογραφή της παρούσης θα επιχορηγηθεί με το ποσό των εκατό εκατομμυρίων (100.000.000) δραχμών για την άμεση έναρξη των εργασιών.

β. Η επιχορήγηση του υπολοίπου ποσού των διακοσίων εκατομμυρίων (200.000.000) δραχμών θα γίνει σταδιακά και αναλόγως της προόδου του έργου και των επισήμων παραστατικών στοιχείων δαπανών που θα υποβάλλει κατά μήνα απολογιστικής η ΕΛΕΠΑΠ στην Δ/νση Προστασίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και Ηλικιωμένων, η οποία θα έχει την όλη εποπτεία και παρακολούθηση του έργου της απογραφής και καταγραφής.

γ. Ρητώς συμφωνείται ότι το Υπουργείο ουδεμίαν ετέρα δέσμευση αναλαμβάνει με την παρούσα, πλην της επιχορήγησης της ΕΛΕΠΑΠ με το ποσό των τριακοσίων εκατομμυρίων (300.000.000) δραχμών κατ' ανώτατο όριο και εφ' όσον τούτο θα καλυφθεί από τα υποβληθησόμενα επίσημα παραστατικά στοιχεία εξόδων, άλλως η επιχορήγηση θα περιορισθεί στο ισόποσο των εξόδων.

Η παρούσα σύμβαση θα κυρωθεί με νόμο.

Η ισχύς του παρόντος άρθρου άρχεται από 15 Οκτωβρίου 1991.

Άρθρο 142

Στο τέλος της παρ. 2 του άρθρου 7 του ν.1278/1982 (ΦΕΚ 105 Α') προστίθεται εδάφιο, που έχει ως ακολούθως:

α. Το Δευτεροβάθμιο Συμβούλιο κρίνει τις ενστάσεις που ασκούνται ενώπιόν του κατά των αποφάσεων του Πρωτοβάθμιου Συμβουλίου μέσα σε εύλογο χρόνο, ο οποίος δεν μπορεί να είναι μικρότερος της 7ετίας'.

Το εδάφιο αυτό έχει εφαρμογή αναδρομικά από της έναρξεως ισχύος του ν.1278/1982.

β. Σε περίπτωση ακυρώσεως με δικαστική απόφαση αποφάσεων Δευτεροβάθμιων Συμβουλίων επιλογής, ως αναρμοδίως εκδοθεισών λόγω παρόδου μακρού χρόνου μεταξύ της υποβολής των σχετικών ενστάσεων και της εκδόσεως των αποφάσεων τούτων, οι ασκήσαντες τις ενστάσεις αυτές, δικαιούνται να υποβάλουν, νέες ενστάσεις εντός προθεσμίας τριάντα (30) ημερών από τη δημοσίευση του παρόντος ή από τη δημοσίευση της σχετικής ακυρωτικής αποφάσεως εφόσον αυτή είναι μεταγενέστερη του χρόνου δημοσιεύσεως του νόμου αυτού.

Άρθρο 143

Παραχωρείται από το Υπουργείο Γεωργίας, κατά κυριότητα και χωρίς αντάλλαγμα, στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, δημόσια δασική έκταση και τμήματα δάσους, κατά την έννοια των παρ.1 και 2 του άρθρου 3 του ν. 998/1979, συνολικού εμβαδού διακοσίων (200) στρεμμάτων, που βρίσκεται στην περιοχή Παλαιάς Πεντέλης, όπως αυτά ειδικότερα εμφανίζονται με τα στοιχεία Α Β Γ Δ Ε Ζ Η Θ Α συνημμένο στο άρθρο αυτό τοπογραφικό

σκαρίφημα με κλίμακα 1:5.000, με αποκλειστικό σκοπό τη δημιουργία μεγάλου Πολυδύναμου Κέντρου Ιατρικής Αποκατάστασης.

Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί, με απόφαση του οικείου Υπουργού που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, να παραχωρεί περαιτέρω κατά κυριότητα ή κατά χρήση την άνω έκταση σε εποπτευόμενο από αυτό νομικό πρόσωπο δημόσιου ή ιδιωτικού δικαίου φιλανθρωπικού και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, στους σκοπούς του οποίου περιλαμβάνεται, μεταξύ άλλων, η ανέγερση και δημιουργία Πολυδύναμου Κέντρου Ιατρικής Αποκατάστασης.

Η κατά τα ανωτέρω παραχώρηση στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων γίνεται με τους ακόλουθους όρους και προϋποθέσεις:

α. Η παραχωρούμενη έκταση θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για την ανέγερση και δημιουργία, μέσα σε πέντε χρόνια από την παραλαβή της έκτασης, του Πολυδύναμου Κέντρου Ιατρικής Αποκατάστασης, απαγορευμένης της δημιουργίας εγκαταστάσεων άλλων φορέων που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

β. Η παραχώρηση ισχύει για όσο χρόνο διαρκεί και ο σκοπός της παραχωρήσεως. Σε περίπτωση που, στο μέλλον, εκλείψει ο σκοπός για τον οποίο γίνεται η παραχώρηση, η έκταση επανέρχεται αυτοδικαίως και χωρίς καμιά άλλη διατύπωση στο Υπουργείο Γεωργίας.

γ. Οι πάσης φύσεως εγκαταστάσεις που θα ανεγερθούν, θα κατασκευαστούν βάσει των περιβαλλοντικών όρων που θα εγκριθούν αρμοδίως, ύστερα από τη σύνταξη σχετικής μελέτης, στα πλαίσια που προδιαγράφονται από τις κείμενες διατάξεις.

δ. Το σύνολο της έκτασης των πάσης φύσεως εγκαταστάσεων, που θα ανεγερθούν, δεν θα υπερβαίνει το 15% της συνολικής παραχωρούμενης έκτασης. Στο υπόλοιπο της έκτασης, το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή το νομικό πρόσωπο, στο οποίο μπορεί να παραχωρηθεί η έκταση αυτή, θα αναλάβει την υποχρέωση για τη συντήρηση, επαύξηση και βελτίωση της υπάρχουσας δασικής βλάστησης, σύμφωνα με τις υποδείξεις της αρμοδίας Δασικής Υπηρεσίας, και παράλληλα θα λαμβάνει όλα τα προβλεπόμενα από το νόμο μέτρα αντιπυρικής προστασίας του δάσους.

ε. Η παράδοση της έκτασης σε εκπρόσωπο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων θα γίνει από τον οικείο Δασάρχη, μετά από σύνταξη πρωτοκόλλου παράδοσης και παραλαβής, στο οποίο θα προσαρτηθεί λεπτομερές τοπογραφικό διάγραμμα, από κλίμακα 1:2.000.

Η ισχύς του παρόντος άρθρου άρχεται από της 4ης Απριλίου 1991.

Άρθρο 144

Ιατροί ή οδοντίατροι, που διορίστηκαν σε θέσεις διευθυντών κλάδων γιατρών Ε.Σ.Υ. μετά την ισχύ του νόμου 1821/1988 και έχασαν την θέση τους ύστερα από απόφαση του δευτεροβάθμιου συμβουλίου κρίσης ή δικαστικής απόφασης επαναδιορίζονται σε ομοιοβαθμη θέση με αυτήν που έχασαν στο ίδιο νοσοκομείο. Εάν δεν υπάρχει τέτοια κενή θέση διορίζονται σε θέση που συνιστάται με την απόφαση επαναδιορισμού στο ίδιο ή άλλο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας.

Άρθρο 145

Ιατροί που ασκούν το ιατρικό επάγγελμα στην περιοχή ιατρικού συλλόγου με οποιαδήποτε μορφή και σχέση εργασίας ή κατέχουν θέση που απαιτείται πτυχίο ιατρικής, υποχρεούνται όπως εντός μηνός από της εγκατάστασώς τους να εγγραφούν στα μητρώα του οικείου και μόνο ιατρικού συλλόγου. Η μη συμμόρφωσή τους αποτελεί πειθαρχικό αδίκημα και διώκεται σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.

Άρθρο 146

Οι περιορισμοί της παρ. 3 του άρθρου 1 του ν. 1256/1982 δεν ισχύουν για συνταξιούχους γιατρούς του δημόσιου τομέα και στρατιωτικούς, που διορίζονται στο Ε.Σ.Υ., εφόσον προηγουμένως παραιτηθούν της συντάξεώς τους. Η διάταξη του προηγούμενου εδαφίου, εφαρμόζεται και για τους υπηρέτουστας στο Ε.Σ.Υ. συνταξιούχους γιατρούς, εφόσον παραιτηθούν της συντάξεώς τους.

Άρθρο 147

Η διάταξη της παρ. 3 του άρθρου 1 του ν. 1579/1985 (ΦΕΚ 217 Α), έχει εφαρμογή από δημοσίευσής του παρόντος και για τους μόνιμους γιατρούς των νομικών προσώπων δημόσιου δικαίου.

Άρθρο 148

1. Ιατροί, κάτοχοι τίτλου τέως κυρίας ειδικότητας, έχοντες μεταγενέστερη έμμισθη υπηρεσία σε νοσηλευτικά ιδρύματα ν.π.δ.δ., σε τμήματα τέως συναφών ιατρικών ειδικοτήτων, που έχουν χαρακτηριστεί ως άγονες, σύμφωνα με τη διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 1 του ν. 1579/1985 "Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 217 Α) ή σε τμήματα αγγειοχειρουργικής, μπορούν το χρόνο αυτόν υπηρεσίας να τον αναγνωρίσουν και ως χρόνο ειδικεύσεως στην τέως συναφή ειδικότητα ή στην αγγειοχειρουργική μετα γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. και να λάβουν τον τίτλο ειδικότητας, κατόπιν εξετάσεων, εφόσον ο χρόνος αυτός υπερβαίνει την τετραετία. Εάν ο χρόνος που αναγνωρίζεται είναι λιγότερος της τετραετίας η συμπλήρωση του χρόνου γίνεται με την τοποθέτηση του ιατρού σε θέση άμισθου υπεράριθμου ειδικευομένου μετά γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ..

2. Κατεξάριση, γιατροί που έχουν λάβει τον τίτλο της ειδικότητας της γενικής χειρουργικής και έχουν μεταγενέστερη υπηρεσία, τουλάχιστον 2 ετών σε ν.π.δ.δ., σε θέσεις χειρουργικών ειδικοτήτων ως ανωτέρω τέως συναφών και στην αγγειοχειρουργική, τους χορηγείται ο τίτλος της τέως συναφούς ειδικότητας ή της αγγειοχειρουργικής, κατόπιν εξετάσεων, εφόσον ο συνολικός χρόνος άσκησης ή προϋπηρεσίας στις ειδικότητες αυτές δεν είναι λιγότερος των 7 ετών.

3. Η σχετική αίτηση για την αναγνώριση του χρόνου μετά των απαραίτητων δικαιολογητικών, πρέπει να υποβληθεί εντός εξαμήνου από της δημοσίευσής του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Άρθρο 149

1. Κλινικές που λειτουργούσαν νόμιμα μέχρι της δημοσίευσής του ν. 1397/1983 με εταιρική μορφή και λόγω

αποχώρησης ή αποβιώσεως εταίρου, διέκοψαν τη λειτουργία αυτών, δύνανται να υποβάλουν εντός αποκλειστικής προθεσμίας 3 μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος αίτηση για συνέχιση λειτουργίας της κλινικής. Αίτηση συνέχισης της λειτουργίας δύνανται επίσης να υποβάλουν εντός της αυτής προθεσμίας, τα κατά την παράγραφο 3 του παρόντος πρόσωπα σε περίπτωση αποβιώσεως του προσώπου στο οποίο έχει χορηγηθεί άδεια λειτουργίας κλινικής, η οποία λειτουργεί χωρίς διακοπή μέχρι σήμερα.

2. Φυσικά ή νομικά πρόσωπα στα οποία είχε χορηγηθεί άδεια ίδρυσης κλινικής και είχαν υποβάλει αίτηση για άδεια λειτουργίας και δεν τους χορηγήθηκε λόγω των απαγορευτικών διατάξεων του ν. 1397/1983, παρ' όλο ότι αποδεδειγμένα είχαν αποπερατώσει το κτίριο, δύνανται να επαναυποβάλουν εντός αποκλειστικής προθεσμίας 3 μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος αίτηση για άδεια λειτουργίας.

3. Στην περίπτωση αποβιώσεως του προσώπου στο οποίο είχε χορηγηθεί η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας κλινικής με τις διατάξεις του β.δ. 451/1962 και 521/1963 και δεν εχορηγήθη άδεια συνέχισης της λειτουργίας στους κληρονόμους αυτών λόγω των απαγορευτικών διατάξεων του ν. 1397/1983, δύνανται ο επιζών σύζυγος και τα τέκνα να επαναυποβάλουν αίτηση για συνέχιση της λειτουργίας της κλινικής εντός της ως άνω αποκλειστικής δήμενης από της δημοσίευσής του παρόντος προθεσμίας.

4. Επίσης, μετά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, επιτρέπεται η μετατροπή ιδιωτικής κλινικής κατά αντικείμενο ή νομική μορφή της επιχείρησης, εφόσον υποβληθεί εντός της ανωτέρω προθεσμίας σχετική αίτηση.

5. Τμήμα κλινικής που λειτουργούσε νόμιμα σε αυτοτελές και ανεξάρτητο κτίριο κατά την έννοια του β.δ. 451/1962 και 521/1963 και έπαυσε να λειτουργεί λόγω αποχωρήσεως ή θανάτου εκείνου προς τον οποίο είχε χορηγηθεί η άδεια λειτουργίας, δύνανται στους χώρους αυτούς να εγκατασταθούν ιατρεία φυσικών προσώπων διαφόρων ειδικοτήτων.

6. Οι κατά τις άνω παρ. 1, 2, 3, 4 και 5 υποβαλλόμενες αιτήσεις α) κρίνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του β.δ. 451/1962 και 521/1963 και β) ισχύουν οι ρυθμίσεις της παρ. 4 του άρθρου 53 του ν. 1892/1990 και του άρθρου 3 του π.δ. 247/1991.

Άρθρο 150

Το εδ. γ' του άρθρου 50 του ν. 1759/1988 καταργείται από ης ετεθθ.

Άρθρο 151

Στο άρθρο 82 του ν. 1026/1980 (ΦΕΚ. 48 Α') προστίθενται παράγραφοι 2, 3 και 4 ως εξής:

2. Οδοντίατροι που ασκούν καθ' οιονδήποτε τρόπο και κατά την έννοια του ν. 1026/1980 το λειτουργημά τους στις περιοχές των δήμων και των κοινοτήτων που υπάγονται κατά το άρθρο 3 του ν.δ. 1147/1972 (ΦΕΚ.66 Α') όπως τροποποιήθηκε με το π.δ. 225/1976, και το άρθρο 31 του ν.1599/1986, στη Νομαρχία Πειραιά εγγράφονται και αποτελούν υποχρεωτικά μέλη του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά.

3. Οι λοιποί οδοντίατροι που ασκούν το λειτουργημά τους κατά τη ανωτέρω έννοια στις περιοχές των λοιπών δήμων και κοινοτήτων του Νομού Αττικής (Νομαρχίες Αθηνών, Ανατολικής και Δυτικής Αττικής) εγγράφονται και αποτελούν

υποχρεωτικά μέλη του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής.

4. Όσοι οδοντίατροι κατά παρέκκλιση των ανωτέρω δεν είναι εγγεγραμμένοι μέχρι σήμερα στον οικείο κατά τα ανωτέρω Οδοντιατρικό Σύλλογο παραμένουν εφόσον το επιθυμούν, μέλη του Συλλόγου που ήδη είναι εγγεγραμμένοι.

Άρθρο 152

Στο τέλος του άρθρου 52 του ν.3601/1928 προστίθεται παράγραφος θ που έχει ως εξής:

8. Την προαγωγή των οικονομικών συμφερόντων των φαρμακοποιών - μελών των Φαρμακευτικών Συλλόγων της Χώρας με τη δημιουργία κεφαλαίου αποζημίωσης λόγω ξόδου από το επάγγελμα. Δικαίωμα αποζημίωσης έχουν τα μέλη αυτά που διακόπτουν την άσκηση του επαγγέλματός τους για οποιονδήποτε λόγο και σε περίπτωση θανάτου τους τα μέλη της οικογένειάς τους.

Για την εκπλήρωση του ανωτέρω σκοπού διατίθεται από 1.1.1993 και εφεξής το 80% του πόρου που προβλέπεται υπέρ του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου από τις διατάξεις του άρθρου 62 του ν. 3601/1928, όπως αντικαταστάθηκαν από τις διατάξεις του άρθρου 6 του ν.δ. 171/1946 και συμπληρώθηκαν από τις διατάξεις του άρθρου 15 του ν. 1821/1988, καθώς και από τις διατάξεις της Α65/2041/1987 απόφασης του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και της υπ' αριθμ.40/1990 Αγορανομικής Διάταξης.

Για την παρακολούθηση των εσόδων και των καταβαλλόμενων αποζημιώσεων στους δικαιούχους τηρείται Ειδικός Λογαριασμός υπό την ονομασία "Κεφάλαιο αποζημίωσης εξόδου". Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που εκδίδεται μετά γνώμη του Δ.Σ. του Π.Φ.Σ. ορίζονται ο τρόπος διαχείρισης των εσόδων του λογαριασμού, το ύψος και οι προϋποθέσεις χορήγησης της αποζημίωσης στους δικαιούχους κατά κατηγορία και γενικά κάθε θέμα, που αφορά την εφαρμογή του παρόντος.

Άρθρο 153

Η αληθής έννοια των διατάξεων του ν. 1397/83 'Εθνικό Σύστημα Υγείας' όσον αφορά τα όρια ηλικίας για την κατάληψη θέσεων ιατρών του Ε.Σ.Υ. είναι ότι ως πρώτη εφαρμογή του νόμου αυτού νοείται ο χρόνος ολοκλήρωσης της πλήρωσης της συγκεκριμένης θέσεως.

Άρθρο 154

Οι υπηρετούντες κατά τη δημοσίευση του παρόντος, επιστημονικοί υπεύθυνοι διευθυντές μη γιατροί επιστήμονες των βιοχημικών τμημάτων, δύνανται να διατηρούν τη θέση τους και τα καθήκοντά τους.

Άρθρο 155

Ιατροί που εργάστηκαν ως ειδικοί σε νοσοκομεία και επιστημονικά-κέντρα χωρών-της αλλοδαπής που δεν χαρηγούν τίτλο ειδικότητας, εφόσον αποκτήσουν τον τίτλο κατά τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας, αναγνωρίζεται ότι άσκησαν την ειδικότητα στην αλλοδαπή για όσο χρόνο προκύπτει, αν από το συνολικό αριθμό των ετών που εργάστηκαν αφαιρεθεί ο χρόνος που απαιτείται για την απόκτηση της ειδικότητας αυτής στην Ελλάδα. Τα νοσο-

κόμια του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ..

Άρθρο 156

Η παράγραφος 3 του άρθρου 40 του ν. 1397/1983 αντικαθίσταται, αφ' ης ίσχυσε, ως εξής:

Η κατά τις παραγράφους 1 και 2 του παρόντος άρθρου προβλεπόμενη υπηρεσία γιατρού του Ε.Σ.Υ. αποτελεί πραγματική υπηρεσία για τη μισθολογική γενικά κατάταξη, τη λήψη μισθού και τη συνταξιοδότησή του.

Άρθρο 157

Η παρ.δ' του άρθρου 4 του ν.1963/1991 να συμπληρωθεί ως εξής:

Το φαρμακευτικό εργαστήριο δύναται να στεγάζεται και στο υπόγειο του φαρμακείου, με την προϋπόθεση ότι έχει εμβαδό τουλάχιστον 10 τ.μ., αποτελεί μ' αυτό ενιαίο κτίσμα και επικοινωνεί μαζί του με ευρεία εσωτερική κλίμακα.

Άρθρο 158

Ισχύς νόμου

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζουν διαφορετικά οι επί μέρους διατάξεις.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 4 Ιουλίου 1992

Ο ΠΡΟΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Γ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ
ΣΩΤ. ΚΟΥΒΕΛΑΣ

ΕΙΣΑΓΓΕΛΙΚΟΝ
Ν. ΚΛΕΙΤΟΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΣΤ. ΜΑΝΟΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΝ
ΙΩ. ΠΑΛΑΙΟΚΡΑΣΣΑΣ

Ο ΑΝΑΓΛΗΦΩΝ ΤΩΝ ΥΠΟΥΡΓΩ ΓΕΩΡΓΙΑΣ
ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΧΡ. ΚΟΣΚΙΝΑΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΑΡ. ΚΑΛΑΝΤΖΑΚΟΣ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΓΕΩ. ΣΟΥΡΛΑΣ

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ
Μ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΓΕΩ. ΣΟΥΦΛΙΑΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους.

Αθήνα, 6 Ιουλίου 1992

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ
Μ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ