



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ Σ. ΣΗΜΑΝΤΗΡΗΣ

**«Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΣΤΟ Ε.Σ.Υ.,
ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟΥΣ Ν. 2889/2001 & 3329/2005»**

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

Επιβλέπων Καθηγητής : Dr. ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΜΩΡΑΪΤΗΣ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2010



**UNIVERSITY OF
PIRAEUS**

MSc in HEALTH MANAGEMENT



**A.T.E.I.
PIRAEUS**

EFSTRATIOS S. SIMANTIRIS

**IMPLEMENTATION OF ADMINISTRATIVE
DECENTRALIZATION ON GREEK N.H.S.
ACCORDING TO LAWS 2889/2001 & 3329/2005**

Supervisor: Dr. EVANGELOS MORAITIS M.D., PhD

Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management” University of Piraeus,
Greece

PIRAEUS 2010

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ (Acknowledgements)

Η φοίτηση στο συγκεκριμένο μεταπτυχιακό τμήμα ήταν μια εξαιρετική και γόνιμη εμπειρία και αυτό οφείλεται σε όλους τους παράγοντες που καθιστούν το συγκεκριμένο τμήμα απαραίτητο στην ελληνική επιστημονική κοινότητα.

Ευχαριστώ όλους τους διδάξαντες καθηγητές και εισηγητές, όπως επίσης τη Γραμματειακή υποστήριξη του προγράμματος και το σύνολο των φοιτητών που είχαν την νεανική διάθεση για έρευνα και μελέτη προβλημάτων που ταλανίζουν την ελληνική κοινωνία και ειδικότερα το ΕΣΥ.

Θέλω να επισημάνω ότι η εργασιακή ενασχόληση με την περιφερειακή υγειονομική Διοίκηση στο ΠΕΣΥΠ και μετέπειτα στην ΔΥΠΕ, μου έδωσε το έναυσμα για να μελετήσω τα προβλήματα της έλλειψης αποκεντρωτικής διάστασης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Γι' αυτό, ιδιαίτερος ευχαριστώ τον επιβλέποντα Καθηγητή κ. Ευάγγελο Μωραΐτη, ο οποίος λόγω και της εμπειρίας του σε αντίστοιχες επιτελικές διοικητικές υγειονομικές θέσεις, με βοήθησε να αντιληφθώ και κωδικοποιήσω τα προβλήματα εφαρμογής των δύο Νόμων που είχαν ως στόχο τη αλλαγή του υπάρχοντος έως τότε διοικητικού θεσμικού, οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου ώστε στο ΕΣΥ να κυριαρχήσει μια αποκεντρωτική πνοή, και να ολοκληρώσω την παρούσα εργασία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σύμφωνα με το άρθρο 101 του Συντάγματος η Διοίκηση του κράτους οργανώνεται κατά το αποκεντρωτικό σύστημα. Η διοικητική διαίρεση της χώρας διαμορφώνεται με βάση τις γεωοικονομικές, κοινωνικές και συγκοινωνιακές συνθήκες.

Σύμφωνα με το νόμο 1397/1983, ιδρυτικός Νόμος του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη χώρα μας, το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών Υγείας στο σύνολο των πολιτών. Οι Υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξαρτήτως της οικονομικής, κοινωνικής και επαγγελματικής του κατάστασης διαμέσου του ενιαίου και αποκεντρωμένου Ε.Σ.Υ.

Σύμφωνα με το νόμο 2889/2001 το Ε.Σ.Υ. συγκροτείται κατά τρόπο περιφερειακό δηλαδή υλοποιείται η συνταγματική επιταγή και η πρόβλεψη του νόμου 1397/1983 περί ενιαίου και αποκεντρωμένου Εθνικού Συστήματος Υγείας. Σε κάθε υγειονομική περιφέρεια ιδρύθηκε ΝΠΔΔ με την επωνυμία Περιφερειακό Σύστημα Υγείας (Πε.Σ.Υ.) και τα νοσοκομεία τα οποία έως τότε ήταν ΝΠΔΔ μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες μονάδες του Περιφερειακού Συστήματος Υγείας.

Το 2005 με το νόμο 3329 καταργήθηκε η αποκεντρωμένη μορφή διοίκησης των υγειονομικών μονάδων, όλες οι αποκεντρωμένες μονάδες έπαυσαν να είναι αποκεντρωμένες και μετατράπηκαν εκ νέου σε αυτόνομα ΝΠΔΔ, όπως ήταν πριν το 2001.

Στην παρούσα μελέτη επισημαίνονται οι αλλαγές στην Νομοθεσία, όπως διαμορφώθηκε διαδοχικά από τα δύο νομοθετήματα και τους νόμους που τα συμπλήρωσαν και εκτιμώνται ως προς την συνταγματική επιταγή. Ταυτόχρονα δίδεται μια ιστορική επισκόπηση του υγειονομικού συστήματος της Χώρας και οι απαραίτητες διευκρινήσεις σε σχέση με την έννοια και την ιστορία του αποκεντρωτικού συστήματος Διοίκησης.

ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ:

Β.Δ.:	Βασιλικό Διάταγμα
Δ.Υ.ΠΕ.:	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
Ε.Σ.Υ. :	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ν.Δ.:	Νομοθετικό Διάταγμα
ΠΕ.Σ.Υ.:	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
ΠΕ.Σ.Υ.Π.:	Περιφερειακά Σύστημα Υγείας & Πρόνοιας
Υ.Υ.Κ.Α.:	Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΦΕΚ:	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως

«IMPLEMENTATION OF ADMINISTRATIVE
DECENTRALIZATION ON N.H.S.
ACCORDING TO LAWS 2889/2001 & 3329/2005»

EFSTRATIOS S. SIMANTIRIS

Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management” University of Piraeus – TEI of Piraeus, Greece

Supervisor: Dr. EVANGELOS MORAITIS M.D., PhD

ABSTRACT

According to article 101 of the Constitution, the Administration of the State shall be organized pursuant to the decentralization system. The administrative division of the country shall be based on geo-economical, social and transportation conditions.

According to law 1397/1983 about the National Health System, the State shall be responsible for the provision of Health services to all citizens. The Health services shall be provided equally to each citizen, regardless their financial, social or professional situation through the uniform and decentralized N.H.S.

According to law 2889/2001 the N.H.S. shall be organised on a regional basis, i.e. it is effectuated the constitutional command and the provision of law 1397/1983 concerning the uniform and decentralized National Health System. In each sanitary district, there was founded a P.E. under the corporate name Regional Health System.

In 2005, the law 3329 abolished the decentralized form of administration for the sanitary institutions; all decentralized institutions ceased to be decentralized and they automatically turned into autonomous P.E., as they used to be before 2001.

This study highlights the amendments in the Legislation, as they were gradually formed by these statutes and the laws that complemented them and they are taken into consideration as for the constitutional command. Meanwhile, a historical review of the sanitary system of the Country is presented and the necessary clarifications are provided in relation to the concept and the history of the decentralized system of Administration.

KEY-WORDS:

A.S.D.: Administrative Sanitary District
N.H.S.: National Health System
M.H.S.S.: Ministry of Health and Social Solidarity
P.E.: Public Entity
R.H.S.: Regional Health System

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ (Table of contents):

ΕΞΩΦΥΛΛΟ.....	I
ΕΞΩΦΥΛΛΟ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΚΗ.....	II
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	III
ΠΕΡΙΛΗΨΗ - ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	IV
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ.....	V
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	VI
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1. ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ.....	3
1.2. ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ & ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	5
1.3. ΤΙ ΠΡΟΒΛΕΠΕΙ ΤΟ ΙΣΧΥΟΝ ΣΥΝΤΑΓΜΑ.....	7
1.4. ΤΥΠΟΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗ & ΕΙΔΗ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....	9
1.5. ΜΟΡΦΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....	10
1.6. ΤΑ ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΜΕ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	15
2.2. ΠΡΩΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ (1833-1922).....	15
2.3. ΔΕΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ (1922-1945)	17
2.4. ΤΡΙΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ (1945-1974)	19
2.5. ΤΕΤΑΡΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ (1974-2009)	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1. Ο ΝΟΜΟΣ 2889/2001.....	28
3.2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ 2889/2001, ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΑΡΘΡΟ 101 ΤΟΥ Σ.	32
ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΤΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΒΑΣΕΙ ΤΟΥ Ν. 2889/2001.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1. Ο ΝΟΜΟΣ 3329/2005.....	35
4.2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ 3329/2005, ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΑΡΘΡΟ 101 ΤΟΥ Σ.	45
ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΤΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΒΑΣΕΙ ΤΟΥ Ν. 3329/2005.....	50
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	51
6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	54

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο νόμος αποτελεί τη γραπτή ή προφορική αποτύπωση της βούλησης των πολιτών για να ρυθμίσουν με επιτακτικό, αφηρημένο και γενικό τρόπο, συγκεκριμένες ανάγκες τους, σε συγκεκριμένο χρόνο και τόπο. Η ταχύτητα αλλαγής της βούλησης των πολιτών είτε είναι προκλητή, είτε οφείλεται σε ξαφνικές μη αναμενόμενες ανάγκες, είτε αποτελεί «μόδα». Συνήθως οι νόμοι έρχονται να ρυθμίσουν εκ των υστέρων μια δημιουργηθείσα ανάγκη και σπανίως ρυθμίζουν εκ των προτέρων τις ανάγκες που ενδεχομένως να εμφανιστούν.

Το ισχύον Σύνταγμα, ο υπέρτατος Νόμος της Χώρας, στο άρθρο 101 αυτού επιτάσσει, ότι η Διοίκηση, που υλοποιεί την βούληση της Εκτελεστικής Εξουσίας, πρέπει να γίνεται κατά το αποκεντρωτικό σύστημα και όχι το συγκεντρωτικό. Αυτή η διάταξη συμπληρώνεται με τις αιτίες, που ταυτόχρονα αποτελούν και τους στόχους, που την επέβαλλαν στις μέρες μας, αλλά δεν αναφέρεται ευθέως στην ιστορική της αιτιολογία. Ειδικότερα το αποκεντρωτικό σύστημα διοίκησης προφυλάσσει τον κατέχοντα την Εξουσία, ακόμα και εάν αυτός είναι ο ίδιος ο Λαός, να γίνει αλαζών και να μετασχηματισθεί σε ασκούντα ανεξέλεγκτα την εξουσία.

Οι τομείς της Υγείας και της Πρόνοιας, αποτελούν εύκολα και εύγλωττα μοντέλα, για να διαπιστώσει κανείς την ανάγκη ενός αποκεντρωτικού συστήματος. Η ύπαρξη νησιωτικών συμπλεγμάτων στο Ιόνιο και στο Αιγαίο ή άγονων περιοχών στην Θεσσαλία, την Ήπειρο και την Στερεά Ελλάδα, αποτελούν πρόκληση για τη δημιουργία, δοκιμασία και λειτουργία τέτοιων μοντέλων υγειονομικής διοίκησης, γιατί και η πιο απλή ανάγκη περίθαλψης ή διαγνωστικής πράξης και πολύ περισσότερο πρόνοιας στο γέροντα και τον ανήμπορο, αναδεικνύονται σε μείζονα θέματα όταν απουσιάζει ο γιατρός, ο νοσηλευτής, ο φαρμακοποιός, ο φυσικοθεραπευτής. Η δημιουργία Νοσοκομείων (αυτοτελών ΝΠΔΔ) πλέον αυτών που διαθέτει η Χώρα και ιδίως σε κάθε νησί, όπως εξαγγέλλουν χωρίς φειδώ οι πολιτικοί, εξυπηρετούν ίσως θέσεις εργασίας και τοπικά συμφέροντα, αλλά δεν προάγουν την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες και εξαντλούν τους περιορισμένους πόρους. Οι υπάλληλοι των κεντρικών υπηρεσιών με ευκολία αναβάλλουν την εξέταση ή την επίλυση ενός θέματος, έστω κάτω από το βάρος της υπερεργασίας, χωρίς όμως να θέτουν τον εαυτό τους στη θέση του απομακρυσμένου χωρικού ή ψαρά ή απόμαχου της ζωής, που βρίσκει το αγροτικό ιατρείο ή το Κέντρο Υγείας κλειστό ή χωρίς ειδικευμένο γιατρό ή χωρίς επαρκή εξοπλισμό.

Η ιστορία της αντιμετώπισης των υγειονομικών αναγκών της Χώρας από της ιδρύσεως του Ελληνικού Κράτους μέχρι σήμερα, δεν είναι αξιοζήλευτη. Οι εκάστοτε κρατούντες θυμούνται την ανάγκη του αποκεντρωτικού συστήματος στη Διοίκηση της Υγείας μόνο στις δύσκολες στιγμές του Ελληνισμού. Είναι αυτό τυχαίο;; Θέλουμε την αποκέντρωση;; Την χρειαζόμαστε;; Αν όχι, γιατί;;

Σκοπός της διπλωματικής αυτής εργασίας είναι η μελέτη των δύο νομοθετημάτων (ν. 2889/2001 και 3329/2005) και όσων σχετίζονται με αυτούς, σε σχέση με την συνταγματική επιταγή για εφαρμογή του αποκεντρωμένου συστήματος διοίκησης, συνδυαστικά με την χρήση αυτού του μοντέλου διοίκησης στην Ελλάδα και στον υγειονομικό χώρο από το 1827 μέχρι σήμερα.

Επιθυμώ να καταδείξω, ότι τα ΠΕΣΥΠ και οι ΔΥΠΕ αποτελούν μοντέλα διοίκησης, αλληλοαναιρούμενα, αντιφατικά μεταξύ των, που έκαστο σκοπεύει σε διαμετρικώς αντίθετες κατευθύνσεις. Η άποψη που επικράτησε στην ακαδημαϊκή κοινότητα και στην κοινή γνώμη, ότι τα ΠΕΣΥΠ «μετονομάστηκαν» σε ΔΥΠΕ είναι λανθασμένη και δεν απηχεί τις προθέσεις των συντακτών των δύο νομοθετημάτων, ενώ είναι βέβαιο, ότι αδικεί την προσπάθεια εφαρμογής του αποκεντρωτικού συστήματος διοίκησης στον τομέα της Υγείας.

Η επίτευξη της διπλωματικής αυτής εργασίας βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην αντιμετώπιση κατά την ενασχόλησή μου, ως νομικός σύμβουλος –δικηγόρος, αρχικώς στο Γ'ΠΕΣΥΠ Αττικής και μετέπειτα στην ΔΥΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ εκατοντάδων μικρών για την κεντρική Διοίκηση προβλημάτων, αλλά μέγιστων για εκείνους που τα αντιμετωπίζουν στην περιφέρεια, προβλημάτων ερμηνείας της Νομοθεσίας, κενών του Νόμου, ελλείψεων πόρων και ανθρώπινου δυναμικού στη Διοίκηση, πρόταξης προσωπικών αντί γενικών και συλλογικών συμφερόντων, προβλημάτων που συνειδητοποιεί κανείς μόνο, όταν φθάνει στα όρια, που τυχαίνει;; να συμπίπτουν με τα σύνορα του τόπου μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Στο κεφάλαιο αυτό σκιαγραφείται η έννοια του αποκεντρωτικού συστήματος Διοίκησης.

Ο Αριστοτέλης στα *«Πολιτικά»* διέκρινε, όπως είναι γνωστό, τις πλέον θεμελιώδεις λειτουργίες του πολιτικού συστήματος αναφέροντας: *«Εστι δη τρία μόρια των πολιτειών πασών... εν μεν τι το βουλευόμενον περί των κοινών, δεύτερον δε το περί τας αρχάς ... τρίτον δε τι το δικάζον»*.

Η διάκριση αυτή επαναλαμβάνεται αργότερα από τον Μοντεσκιέ στο έργο του, *«το πνεύμα των Νόμων»* (1748). Ειδικότερα ο Μοντεσκιέ αναφέρει: *«Το παν θα χανόταν αν ο ίδιος άνθρωπος ή το ίδιο σώμα προκρίτων ή ευγενών ή του λαού ασκούσε αυτές τις τρεις εξουσίες...»*. Το σύστημα της λειτουργικής και οργανικής διάκρισης και διαφοροποίησης των ρόλων και της δυνατότητας επιρροής μεταξύ των μορφών της εξουσίας, εξυπηρετεί, ώστε η μία «να αναχαιτίζει» την άλλη, όπως διατυπώνει σε άλλο σημείο πάλι ο Μοντεσκιέ.

Ύπατος ρυθμιστής της θεσμικής τάξης του πολιτικού συστήματος είναι το Σύνταγμα, υπό οιαδήποτε μορφή, τυπικό ή ουσιαστικό, αυστηρό ή ήπιο, γραπτό ή άγραφο. Οι διατάξεις του Συντάγματος υπερισχύουν κάθε άλλης, ακόμα και αν αυτή προέρχεται από το κοινοτικό δίκαιο, εφόσον αντιτίθεται στις διατάξεις του και με δεδομένο, ότι το Σύνταγμα αποτελεί το σύνολο των κανόνων δικαίου που συγκροτούν την έννομη τάξη συγκεκριμένου κράτους. Κατά τον ορισμό του Μαξ Βέμπερ στο έργο του *Πολιτική ως Επάγγελμα* *« Το κράτος αποτελεί μια ανθρώπινη κοινότητα, που διεκδικεί επιτυχώς το μονοπώλιο της νομιμοποιημένης άσκησης της φυσικής ισχύος σε ορισμένη περιοχή»*.

Αυτή λοιπόν η υπέρτατη σε ισχύ και σε ποσότητα εξουσία μπορεί να καταστεί αυτοκαταστροφική, εάν δεν ασκείται με τη μορφή της τριμερούς διαίρεσης και με συγκεκριμένη ιεραρχία. Ο αυστριακός νομικός φιλόσοφος Χανς Κέλσεν αναφέρει, ότι *« η έννομη τάξη είναι ένα σύστημα νομικών κανόνων που έχουν τοποθετηθεί σε ένα οικοδόμημα με περισσότερα επίπεδα, που το ένα βρίσκεται πάνω από το άλλο και έτσι συγκροτούν μια πυραμίδα ή μια ιεραρχία ορόφων»*. Σ' αυτό το σύστημα κατανομής πολιτειακών ρόλων και

αρμοδιοτήτων η δημόσια διοίκηση αποτελεί τον εκτελεστή-εφαρμοστή των νόμων και ταυτόχρονα εκείνον που αφουγκράζεται τις ανάγκες των πολιτών. Αυτό συμβαίνει είτε αμέσως είτε εμμέσως, όταν η διοίκηση διαπιστώνει κατά πόσον είναι αποδεκτοί ή όχι οι νόμοι στην εφαρμογή τους. Η διοίκηση είναι εκείνη που οφείλει να πιστοποιεί τόσο την αποδοχή, όσο και τη μη αποδοχή των ρυθμίσεων, που επιβάλλονται με τους νόμους για την επίλυση των προβλημάτων των πολιτών.

Αυτό ακριβώς το έργο της Διοίκησης μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο από την περιφερειακή δομή της. Η κεντρική διοίκηση οφείλει να λαμβάνει τις πληροφορίες που της δίδονται από την περιφερειακή διοίκηση, είτε για την ανάγκη ρύθμισης προβλημάτων, είτε για τα κενά του νόμου, είτε για την αποδοχή ή μη της υφισταμένης νομοθεσίας και να προετοιμάζει κανόνες δικαίου, δράσης και προγράμματα πολιτικής προς την κατεύθυνση της καλύτερης εξυπηρέτησης του πολίτη, σε συνδυασμό με την προστασία της ύπαρξης και της συνέχειας της κρατικής οντότητας.

Οι θεωρητικές όμως απόψεις για την δράση της δημόσιας διοίκησης, πρέπει να προβλέπονται ή να επιτρέπονται ρητά από συγκεκριμένο νόμο, εάν ο νομοθέτης επιθυμεί η Διοίκηση να εκπληρώνει και αυτό το έργο. Η υπαγωγή της δημόσιας διοίκησης στη αρχή της νομιμότητας εξυπηρετεί ουσιωδώς τη λαϊκή κυριαρχία και πραγματώνει τη βούληση του λαού, προφυλάσσοντας την ίδια τη διοίκηση από εκτροπές. Ο Δαγτόγλου (1977), αναφέρει: *«Λίγες νομικές έννοιες είναι τόσο πολύπλευρες και ασαφείς όσο η έννοια της Διοικήσεως»*. Τέτοιες έννοιες π.χ. είναι τα χρηστά ήθη, η υπηρεσιακή ανάγκη, η κοινωνική ειρήνη, το δημόσιο συμφέρον, η οικονομική ανάπτυξη, ο εύλογος χρόνος κλπ.

Ιστορικά ο θεσμός της αποκέντρωσης αποτέλεσε βασικό χαρακτηριστικό της Διοίκησης σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Σε ορισμένες από αυτές πρώτα οργανώθηκε και αναπτύχθηκε η τοπική κυβέρνηση και μετά η κεντρική.

Η αποκέντρωση ως γενική αρχή της διοικητικής οργάνωσης δεν αποσκοπεί μόνο στην αμεσότερη και ταχύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών, όταν αυτοί συναλλάσσονται και επικοινωνούν με τις δημόσιες υπηρεσίες, αλλά εξυπηρετεί την ίδια τη λειτουργία του πολιτεύματος. Ιστορικά, έχει αποδειχθεί ότι η συγκέντρωση της εξουσίας σε ένα πρόσωπο ή σε ολίγα πρόσωπα, τα οποία και νομοθετούν και εκτελούν τους νόμους που οι ίδιοι αποφασίζουν και ελέγχουν την κατάλληλη ή μη εφαρμογή των νόμων σε κάθε συγκεκριμένη

περίπτωση, αποτελεί παθογένεια που οδηγεί σε αλαζονεία και καταπίεση των πολιτών. Μεταξύ κρατικού συγκεντρωτισμού στη Δημόσια Διοίκηση και φαινομένων ολοκληρωτισμού στην πολιτική και ιδεολογική σφαίρα υφίσταται εγγενής δεσμός.¹

Από τις μορφές αποκέντρωσης εκείνη που αποφέρει τους καλύτερους καρπούς είναι η γενική, όταν δηλαδή το περιφερειακό όργανο έχει αποφασιστική αρμοδιότητα εφ' όλης της ύλης. Πάντως δεν υπάρχει απόλυτη εφαρμογή ουδενός από τα δύο αυτά αντίρροπα συστήματα, διότι στοιχεία και των δύο συστημάτων συνυπάρχουν σε κάθε εφαρμοσμένη νομοθεσία διοικητικής οργάνωσης.²

Σκοπός της αποκέντρωσης είναι: α) να αποφεύγεται η συγκέντρωση εξουσίας σε ελάχιστα πρόσωπα, β) να γίνεται καταμερισμός εργασίας για να επιτυγχάνεται ταχύτητα και εξειδίκευση, γ) η Διοίκηση να είναι περισσότερο προσιτή στους πολίτες, δ) οι πολίτες να ελέγχουν ευκολότερα τη δράση της Διοίκησης, να συμμετέχουν σ' αυτήν και αν αναλαμβάνουν ευθύνες.

1.2. ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ και ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Μπορεί να διατυπώσει κανείς την άποψη, ότι η δράση της δημόσιας διοίκησης αναλύεται σε τρεις χωριστές φάσεις: την προπαρασκευαστική, την αποφασιστική και την εκτελεστική.

Συγκεντρωτικό σύστημα έχουμε, όταν η αποφασιστική αρμοδιότητα επί θεμάτων που ανακύπτουν στις περιφέρειες του κράτους ανήκει σε όργανα που εδρεύουν στην πρωτεύουσα. Τα όργανα που εδρεύουν στις περιφέρειες, ασκούν εκτελεστικές ή γνωμοδοτικές αρμοδιότητες για τις αποφάσεις που λαμβάνονται στο κέντρο. Χαρακτηριστικό γνώρισμα του συγκεντρωτικού συστήματος είναι η αυστηρή ιεράρχηση των κρατικών οργάνων και η ανάθεση αποφασιστικών αρμοδιοτήτων μόνο στα όργανα που βρίσκονται στη κορυφή της ιεραρχίας. Στην πράξη το συγκεντρωτικό σύστημα το συναντούμε και όταν τα υφιστάμενα όργανα δεν ασκούν αποφασιστικές αρμοδιότητες, ακόμα και αν έχουν την αρμοδιότητα, αλλά είτε λόγω εγγενούς αδυναμίας, είτε εκτελώντας εντολές προϊσταμένων παραπέμπουν τα προβλήματα για επίλυση στα ιεραρχικώς ανώτερα όργανα.

¹ Αντώνη Μακροδημήτρη, Δημόσια Διοίκηση, Εκδόσεις Σάκκουλα 2008, σελ. 172

² Γ. Παπαχατζή, Σύστημα του ισχύοντος στην Ελλάδα διοικητικού δικαίου, Αθήνα 1983, σελ 249

Το συγκεντρωτικό σύστημα αντιτίθεται στο αποκεντρωτικό σύστημα καθώς και στο σύστημα της αυτοδιοίκησης, διότι ουδεμία αποφασιστική αρμοδιότητα αναγνωρίζει στα περιφερειακά όργανα. Πρακτικώς, το συγκεντρωτικό σύστημα ουδέποτε εφαρμόστηκε αμιγώς, διότι δεν είναι δυνατόν να ελέγχεται πλήρως και αποκλειστικώς μια μεγάλη εδαφική περιφέρεια. Εκτός όμως αυτού, το συγκεντρωτικό σύστημα αποδοκιμάστηκε από τη θεωρία, την πρακτική και την πραγματικότητα με την αντίδραση των διοικουμένων. Ειδικότερα, στην Ελλάδα η παράδοση του κοινοτικού βίου δεν επέτρεψε να ευδοκιμήσει το αμιγές συγκεντρωτικό σύστημα.

Στην Ελλάδα το αποκεντρωτικό σύστημα διοίκησης εφαρμόστηκε μετά την εθνική απελευθέρωση από το 1833, όταν με το διάταγμα της 6.4.1833 η Χώρα διαιρέθηκε σε νομούς, επαρχίες και δήμους με την έννοια των επάλληλων διοικητικών περιφερειών. Το σύστημα αυτό προήλθε από τη γαλλική διοικητική οργάνωση και μετεξελίχθηκε στο σήμερα ισχύον. Το Ιδρυτικό Διάταγμα του Απριλίου 1833 προέβλεπε επάλληλες διοικητικές βαθμίδες, ήτοι νομούς που περιλάμβαναν περισσότερες επαρχίες, εκάστη των οποίων περιλάμβανε περισσότερους δήμους. Αυτή υπήρξε η κυρίαρχη μορφή διοικητικής αποκέντρωσης στην Ελλάδα μέχρι το 1997 όταν με την ψήφιση του Νόμου 2503/97, οι περιφέρειες απετέλεσαν το μοναδικό βαθμό αποκέντρωσης, ενώ οι νομαρχίες μετατράπηκαν σε δεύτερη βαθμίδα της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Το αποκεντρωτικό σύστημα, ως τύπος της ελληνικής διοίκησης διατυπώθηκε ρητώς, στο άρθρο 99 του Συντάγματος του 1952, στο άρθρο 108 του Συντάγματος του 1927, στο άρθρο 105 του Συντάγματος του 1925 και στα άρθρα 101 και 118 του ισχύοντος Συντάγματος. Το σύστημα αυτό χαρακτηρίζεται από τη δυνατότητα, τα περιφερειακά όργανα να έχουν αποφασιστικές αρμοδιότητες είτε καθ' ύλην είτε κατά τόπο³. Βεβαίως η απόφαση που λαμβάνεται είναι απόφαση της διοίκησης, όμως αντί η απόφαση να λαμβάνεται στην πρωτεύουσα του κράτους, λαμβάνεται εκεί όπου εδρεύει το περιφερειακό όργανο⁴.

Πλεονεκτήματα του αποκεντρωτικού συστήματος είναι η ταχύτης της λήψεως αποφάσεων και η εκτόνωση των προβλημάτων δια του τρόπου αυτού με ανάλογη απαλλαγή από το φόρτο των υποθέσεων με τις οποίες απασχολούνται οι κεντρικές αρχές. Επιπλέον η λήψη

³ Δ. Κόρσου, Διοικητικό Δίκαιο, Εκδόσεις Α. Σάκκουλα 1995, σελ. 244

⁴ Γ. Παπαχατζή, Σύστημα του ισχύοντος στην Ελλάδα διοικητικού δικαίου, Αθήνα 1983, σελ 248

αποφάσεων στο ίδιο επίπεδο, όπου δημιουργούνται τα προβλήματα επιτρέπει κατά τεκμήριο οι αποφάσεις αυτές να είναι οι πλέον ενδεδειγμένες.

Από την άλλη πλευρά όμως η λήψη αποφάσεων σε τοπικό επίπεδο ενδέχεται να διασπά την ενότητα της διοικητικής δράσης, γιατί η διαφορετικότητα των προβλημάτων και των αποφάσεων γι' αυτά είναι βεβαία, όταν πρόκειται για προβλήματα που δημιουργούνται σε διαφορετικό τόπο και χρόνο. Για την επιτυχία του αποκεντρωτικού συστήματος πρέπει να υπάρχει συγκερασμός των δύο τάσεων: ομοιομορφία στη δράση, διαφορετικότητα στις αποφάσεις.

Πρέπει τέλος να παρατηρηθεί, ότι υπάρχουν θέματα διοικητικής δράσης, που μόνον από τα κεντρικά όργανα πρέπει να επιλύονται κατά τις αρχές του συγκεντρωτικού συστήματος και εδώ χρειάζεται συγκερασμός των απόψεων, για να μην αναιρείται η αποκεντρωτική διάσταση, αλλά ούτε και να αμφισβητείται η ύπαρξη κεντρικής διοίκησης.

1.3. ΤΙ ΠΡΟΒΛΕΠΕΙ ΤΟ ΙΣΧΥΟΝ ΣΥΝΤΑΓΜΑ

Σύμφωνα με το άρθρο 101 του ισχύοντος Συντάγματος, η διοίκηση του κράτους οφείλει να οργανώνεται κατά το αποκεντρωτικό σύστημα, με βάση τρία κριτήρια: τις γεωοικονομικές, τις συγκοινωνιακές και τις κοινωνικές συνθήκες. Η Διοίκηση ασκείται από την εκτελεστική εξουσία μέσω των Υπουργείων, των Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Ο κοινός νομοθέτης και η Διοίκηση, όταν δρουν κανονιστικώς έχουν υποχρέωση να λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαίτερες συνθήκες των νησιωτικών περιοχών. Αυτή η ερμηνευτική δήλωση προστέθηκε στο άρθρο 101 του Συντάγματος με την αναθεώρηση του 2001, για να τονίσει τις συνθήκες που δημιουργούνται στα νησιωτικά συμπλέγματα και την ανάγκη εφαρμογής του αποκεντρωτικού συστήματος διοίκησης.

Η διοικητική αποκέντρωση υλοποιείται με τη σύσταση οργάνων που ασκούν αποφασιστικές αρμοδιότητες σε ορισμένους τομείς της διοίκησης σε συγκεκριμένο χωρικό τμήμα της επικράτειας. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται η προσαρμογή της Διοίκησης στις ιδιαιτερότητες κάθε περιφέρειας. Τα κεντρικά όργανα της διοίκησης περιορίζονται στο να

δίνουν τη γενική κατεύθυνση, στο να συντονίζουν και στο να ελέγχουν τη νομιμότητα των πράξεων των περιφερειακών οργάνων.

Η διατύπωση της συνταγματικής διάταξης του άρθρου 101 δεν αφήνει περιθώρια για έλεγχο σκοπιμότητας της κεντρικής διοίκησης επί των πράξεων της περιφερειακής. Αποτέλεσμα της συνταγματικής διατύπωσης είναι ότι η κεντρική διοίκηση δεν έχει αρμοδιότητα να ρυθμίζει περιφερειακά ζητήματα, διότι τα περιφερειακά όργανα έχουν γενική, αποφασιστική και όχι συμβουλευτική ή γνωμοδοτική αρμοδιότητα για τις υποθέσεις της περιφέρειάς τους.

Το ζήτημα της κατανομής αρμοδιοτήτων μεταξύ κεντρικών και περιφερειακών οργάνων ρυθμίζεται επί πλέον από το άρθρο 118 του Συντάγματος, σύμφωνα με το οποίο επιτρέπεται μεταφορά ειδικών αρμοδιοτήτων μόνο από τις κεντρικές προς τις περιφερειακές υπηρεσίες και όχι αντιστρόφως, ενώ απαγορεύεται η επαναφορά αρμοδιοτήτων από τις περιφερειακές στις κεντρικές υπηρεσίες.

Επιλέον η κατανομή των αρμοδιοτήτων διέπεται από τις αρχές της οικονομίας των επιπέδων διοίκησης και της επικουρικότητας, σύμφωνα με τις οποίες οι περιφερειακές μονάδες πρέπει να ενισχύονται, να εξοπλίζονται και να επανδρώνονται από την κεντρική διοίκηση, ώστε να μπορούν να ασκούν αποτελεσματικά τις αρμοδιότητές τους και τέλος η κεντρική διοίκηση δικαιούται να επιλαμβάνεται των προβλημάτων, μόνο εάν δε δύναται να ανταπεξέλθει η περιφερειακή διοίκηση.

Το κράτος, δηλαδή το Δημόσιο και τα λοιπά ΝΠΔΔ, που αποτελούν τη Δημόσια Διοίκηση, μπορεί να οργανώνεται, είτε μόνον κατά το συγκεντρωτικό σύστημα, είτε κατά το αποκεντρωτικό σύστημα. Στην πρώτη περίπτωση το κράτος διαθέτει μόνον κεντρικά όργανα, που ασκούν αποφασιστικές αρμοδιότητες σε όλη της Επικράτεια, ενώ στη δεύτερη περίπτωση το κράτος διαθέτει εκτός από τα κεντρικά και περιφερειακά όργανα, που ασκούν αποφασιστική αρμοδιότητα σε συγκεκριμένες περιοχές της χώρας. Επομένως τα κεντρικά όργανα έχουν μόνον καθ' ύλην αρμοδιότητα, ενώ τα περιφερειακά όργανα έχουν τόσον καθ' ύλην αρμοδιότητα, όσο και κατά τόπον αρμοδιότητα.

Τα όργανα, κεντρικά και περιφερειακά μπορούν να έχουν γενικότερη ή καθ' ύλην αρμοδιότητα. Οι διοικητικές περιφέρειες μέσα στις οποίες τα περιφερειακά όργανα του κράτους ή άλλων ΝΠΔΔ, όταν είναι του ιδίου επιπέδου ονομάζονται παράλληλες και όταν

στη μία διοικητική περιφέρεια υπάγονται μικρότερες τότε ονομάζονται ανεξάρτητες ή επάλληλες.

Τόσο το κράτος όσο και οι αποκεντρωμένες υπηρεσίες του για να μπορούν να ασκούν τις αποφασιστικές αρμοδιότητές τους πρέπει να έχουν δημοσιονομική και διοικητική αυτοτέλεια, δηλαδή να είναι οργανωμένες σε υπηρεσιακές μονάδες με πυραμιδική ιεραρχία και να μπορούν να χρησιμοποιούν ορισμένα κονδύλια για να καθίσταται δυνατή η εκπλήρωση των σκοπών τους.

1.4. ΤΥΠΟΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ -ΕΙΔΗ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Υπάρχουν διάφοροι τύποι αποκέντρωσης, η αποσυγκέντρωση η πολιτική αποκέντρωση και η μεταβίβαση καθηκόντων:

Αποσυγκέντρωση ονομάζεται η εκχώρηση αρμοδιοτήτων σε ένα χαμηλότερο επίπεδο δημόσιας διοίκησης, προκειμένου οι αποφάσεις να λαμβάνονται από αυτό.

Πολιτική αποκέντρωση υπάρχει, όταν φορείς που βρίσκονται σε χαμηλότερο πολιτικό επίπεδο από την κεντρική κυβέρνηση έχουν αποφασιστικές αρμοδιότητες και δρουν ανεξάρτητα.

Μεταβίβαση καθηκόντων ονομάζεται η κατανομή αρμοδιοτήτων σε άτομα ή φορείς χαμηλότερου οργανωτικού επιπέδου.

Μορφή αποκέντρωσης αποτελεί και η ιδιωτικοποίηση, διότι με αυτήν μεταφέρονται αρμοδιότητες από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα.

Η αποκεντρωμένη υπηρεσία μπορεί να αποτελεί αυτοτελή (ή ανεξάρτητη ή αποκεντρωμένη) υπηρεσία, αυτοδιοίκηση ή αυτοκυβέρνηση.

Αυτοτελής (ή ανεξάρτητη ή αποκεντρωμένη) υπηρεσία είναι η υπηρεσία η οποία έχει δημοσιονομική και διοικητική αυτοτέλεια και γι' αυτό τον λόγο διακρίνεται από την εξαρτημένη δημόσια υπηρεσία.

Αυτοδιοίκηση, όταν οργανικά τίθεται έξω από το νομικό πρόσωπο του Κράτους. Αυτό συμβαίνει, σε περιπτώσεις που η πολιτική ή η οικονομική ή η οργανωτική σκοπιμότητα ή η ιστορική παράδοση απαιτούν την πλήρη οργανική ανεξαρτησία μιας υπηρεσιακής μονάδας, που επιδιώκει ειδικότερο σκοπό από το Δημόσιο. Η αυτοδιοίκηση διακρίνεται σε τοπική, όπως π.χ. οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης(ΟΤΑ) ή καθ' ύλην, όπως π.χ. τα ΠΕΣΥ, οι ΔΥΠΕ, ο ΟΛΠ, κλπ.

Αυτοκυβέρνηση, όταν τα μέλη της διοίκησης των ΝΠΔΔ, που έχουν τοπική και υλική αρμοδιότητα εκλέγονται απευθείας από τους διοικούμενους, στους οποίους αφορά η άσκηση της αρμοδιότητας.

1.5. ΜΟΡΦΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Παρ' όλα αυτά, για τη λειτουργία του κράτους και για να μην υπάρχουν διαλυτικές ή αποσχιστικές τάσεις κατά την εφαρμογή οποιουδήποτε τύπου αποκέντρωσης υπάρχουν θεσμοί όπως είναι:

α. Η *διοικητική εποπτεία* της κεντρικής ή της περιφερειακής διοίκησης σε χαμηλότερου ιεραρχικού επιπέδου αποκεντρωμένες δομές ή ιδιωτικές δράσεις. Η διοικητική εποπτεία ασκείται με διοικητικές πράξεις του εποπτεύοντος οργάνου, που μπορεί να έχουν σχέση με το διορισμό ή την απομάκρυνση ή την επιβολή κυρώσεων στα πρόσωπα που συγκροτούν τα εποπτευόμενα όργανα. Η εποπτεία μπορεί να είναι προληπτική όταν εγκρίνει, ύστερα από έλεγχο τη νομιμότητα και τη σκοπιμότητα ή μόνο τη νομιμότητα πράξεων των εποπτευομένων, μπορεί να είναι ρητή ή σιωπηρή, κατασταλτική ένα έχει την αρμοδιότητα ακύρωσης πράξεων των εποπτευομένων ή να συνίσταται σε υποκατάσταση του εποπτευόμενου νομικού ή φυσικού δημόσιου ή ιδιωτικού προσώπου.

β. Άλλος τρόπος για τη διατήρηση της συνεκτικότητας του κράτους είναι ο *ιεραρχικός έλεγχος* που ασκείται από τα ανώτερα σε διοικητική βαθμίδα όργανα προς τα κατώτερα. Με τον ιεραρχικό έλεγχο εξασφαλίζεται η ενότητα της δράσης του κράτους. Ο έλεγχος αυτός μπορεί να είναι νομιμότητας ή σκοπιμότητας, μόνον εφόσον προβλέπεται ρητά από σχετικές διατάξεις. Δεν επιτρέπεται όμως ο ιεραρχικός έλεγχος να οδηγεί σε ιεραρχική υποκατάσταση του υφισταμένου από το ιεραρχικά προϊστάμενο πρόσωπο. Ο ιεραρχικός έλεγχος μπορεί να είναι επίσης προληπτικός ή κατασταλτικός.

1.6. ΤΑ ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ

Στην επιστήμη, τη θεωρία και τη νομοθεσία προβλέπονται ειδικές ρυθμίσεις για την οργάνωση και τη λειτουργία ΝΠΔΔ ειδικών σκοπών, που ιδρύονται κατ' εφαρμογήν της καθ' ύλην αυτοδιοίκησης, όπως τα ΠΕΣΥΠ και οι ΔΥΠΕ. Οι σπουδαιότεροι λόγοι για τους οποίους ο νομοθέτης συστήνει ιδιαίτερα ΝΠΔΔ για την επιδίωξη συγκεκριμένου σκοπού είναι:

α. η παροχή πληρέστερης δημοσιονομικής και περιουσιακής αυτοτέλειας, όπως συμβαίνει όταν ο επιδιωκόμενος σκοπός συνίσταται στην παροχή υπηρεσιών (π.χ. υγειονομική περίθαλψη) ή έχει εν μέρει ή εν συνόλω επιχειρηματικό χαρακτήρα. Στις περιπτώσεις αυτές ο νομοθέτης κρίνει ότι η ύπαρξη ιδιαίτερου φορέα της δραστηριότητας με δική του περιουσία επιτρέπει την ορθολογικότερη και αποδοτικότερη άσκηση αυτής,

β. η παροχή πλήρους διοικητικής αυτοτέλειας, προκειμένου να επιτευχθεί καταμερισμός και εξειδίκευση ευθυνών, ταχύτητα στη λήψη αποφάσεων και προσαρμογή στις συνθήκες που επικρατούν σε κάθε περίπτωση,

γ. η ανάθεση της λήψης των αποφάσεων σε πρόσωπα που έχουν εξειδικευμένη εμπειρία και μόρφωση σχετικά με τον επιδιωκόμενο σκοπό και βρίσκονται εκτός υπηρεσιών του δημοσίου. Με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται η εξυπηρέτηση δημοσίων σκοπών μέσω ΝΠΔΔ που διοικούνται από εξειδικευμένα πρόσωπα και στελεχώνονται με εξειδικευμένο προσωπικό,

δ. η εφαρμογή των αρχών της ιδιωτικής οικονομίας, όταν η δραστηριότητα του νομικού προσώπου έχει επιχειρηματικό χαρακτήρα,

ε. η εφαρμογή της αυτοκυβέρνησης όταν τα διοικούμενα το νομικό πρόσωπο όργανα εκλέγονται αμέσως από τους διοικούμενους, τους οποίους αφορά η δραστηριότητα του ΝΠΔΔ,

στ. η απομάκρυνση της δραστηριότητας του ΝΠΔΔ από άμεσες και μεταβαλλόμενες πολιτικές επιρροές. Αυτός ο λόγος εξυπηρετεί δράσεις που αναγνωρίζονται από όλη την

κοινωνία ως αποδεκτές, ζ) ο τοπικός χαρακτήρας της δραστηριότητας και η ειδικότητα του επιδιωκόμενου σκοπού (π.χ. λιμενικά ταμεία).

Η ίδρυση και η κατάργηση ΝΠΔΔ γίνεται μόνον με πράξη του νομοθέτη ή με πράξη που εκδίδεται κατά νομοθετική εξουσιοδότηση.⁵ Στη δεύτερη αυτή περίπτωση η διοικητική πράξη σύστασης έχει κανονιστικό χαρακτήρα.

Τα ΝΠΔΔ χαρακτηρίζονται από διοικητική αυτοτέλεια που συνίσταται στο γεγονός ότι τα όργανά τους ρυθμίζουν με κανονιστικού ή ατομικού περιεχομένου χαρακτήρα αποφάσεις και πράξεις. Συνήθως τα ΝΠΔΔ διοικούνται από πολυμελή συλλογικά όργανα και ένα μονομελές, αρμόδιο για τη διεύθυνση των εργασιών. Σε άλλες περιπτώσεις το μονομελές όργανο έχει αυξημένες αρμοδιότητες καθώς και το τεκμήριο αρμοδιότητας, ενώ το συλλογικό όργανο έχει μόνο ειδικές αρμοδιότητες. Τα μέλη του συλλογικού οργάνου μπορεί να είναι εκλεγόμενα, διοριζόμενα, ή λόγω θέσης (ex officio). Τα μονομελή όργανα διοίκησης μπορεί να είναι επίσης είτε απευθείας εκλεγόμενα, είτε διοριζόμενα, είτε λόγω θέσης. Ο βαθμός της διοικητικής ανεξαρτησίας κάθε ΝΠΔΔ εξαρτάται από τη φύση και την έκταση της εποπτείας που ασκείται σε αυτό. Η ανεξαρτησία της διοικητικής δράσης ενός ΝΠΔΔ στα πλαίσια του νόμου σε σχέση με την εποπτεύουσα αρχή είναι καθοριστικός παράγοντας για την καλύτερη άσκηση των αρμοδιοτήτων του.

Η περιουσιακή αυτοτέλεια των ΝΠΔΔ είναι το δεύτερο αναγκαίο χαρακτηριστικό τους, για να μπορεί να ασκούν τις αρμοδιότητες τους. Ο τρόπος δημιουργίας της περιουσίας κάθε ΝΠΔΔ προβλέπεται από το νόμο και μπορεί να είναι:

- α. επιβολή τελών ή δικαιωμάτων που βαρύνουν τους διοικούμενους,
- β. επιβολή εισφορών που βαρύνουν τους διοικούμενους και ωφελούνται από τη δράση του συγκεκριμένου ΝΠΔΔ,
- γ. καταβολή δικαιωμάτων από τους διοικούμενους ή αντιτίμου για τις παρεχόμενες υπηρεσίες ή αγαθά,
- δ. προικοδότηση από το Κράτος,
- ε. έμμεση ή άμεση αναγκαστική μεταβίβαση περιουσιακών στοιχείων των διοικουμένων,
- στ. σύναψη δανείων

⁵ Ε. Σπηλιωτόπουλος, Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου, Εκδόσεις Σάκκουλα 2002, σελ. 358

ζ. επιχορήγηση από τον προϋπολογισμό του Κράτους ή άλλων ΝΠΔΔ και
η. απόκτηση νέων περιουσιακών στοιχείων από τα έσοδα του ΝΠΔΔ.

Καθοριστικό στοιχείο της περιουσιακής αυτοτέλειας είναι η διαχείριση της περιουσίας κατά την κρίση του ΝΠΔΔ στα πλαίσια βεβαίως του νόμου.

Τα ΝΠΔΔ διακρίνονται σε κατηγορίες και μορφές. Κριτήρια διάκρισης είναι:

- α. αν για την επιδίωξη του σκοπού τα ΝΠΔΔ αποτελούνται από ορισμένο αριθμό προσώπων ή από ένα σύνολο περιουσίας,
- β. αν η αρμοδιότητα που τους έχει ανατεθεί είναι ρυθμιστική (π.χ. ΠΕΣΥΠ) ή παραγωγική (π.χ. Νοσοκομεία) ή επιχειρηματική (π.χ. ΟΤΕ, ΔΕΗ, ΕΥΔΑΠ),
- γ. εάν για την οργάνωση και λειτουργία του Νομικού Προσώπου εφαρμόζονται κανόνες διοικητικού δικαίου ή κανόνες ιδιωτικού δικαίου.
- δ. αναλόγως του τομέα που δρουν (π.χ. περίθαλψη, συγκοινωνία, κοινωνικά ασφάλιση κλπ.),
- ε. αν το ΝΠΔΔ επιδιώκει συγκεκριμένο μοναδικό σκοπό (π.χ. δικηγορικοί σύλλογοι),
- στ. Τέλος, τα ΝΠΔΔ διακρίνονται σε κρατικά, νομαρχιακά, περιφερειακά, δημοτικά, αναλόγως του φορέως απ' τον οποίο εποπτεύονται.

Μία ειδικότερη μορφή νομικών προσώπων που διέπονται από το ιδιωτικό δίκαιο είναι οι δημόσιες εταιρίες, που έχουν μοναδικό μέτοχο το Δημόσιο, αλλά λειτουργούν με ιδιωτικά κριτήρια για να έχουν ευκολότερη, ταχύτερη, λειτουργικότερη και ποιοτικότερη δράση.

Παρ' όλα αυτά η συγκεντρωτική μορφή της διοίκησης στην Ελλάδα δεν ανετράπη αλλά μέχρι σήμερα ενισχύεται και εδραιώνεται και για αυτό το λόγο όποιες προσπάθειες ειλικρινούς αποκεντρωτικής διοίκησης θεσμοθετήθηκαν ή δεν εφαρμόστηκαν ή αναιρέθηκαν το συντομότερο δυνατόν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΜΕ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Στο κεφάλαιο αυτό θα δοθεί μια σύντομη επισκόπηση της ιστορικής εξέλιξης της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, επικεντρώνοντας στις αποφάσεις και στις νομοθετικές πρωτοβουλίες που είχαν **αποκεντρωτικά** χαρακτηριστικά.

Από την ίδρυση του Ελληνικού κράτους μέχρι σήμερα το υγειονομικό σύστημα της Χώρας δεν βασίστηκε στην παράδοση των ελληνιστικών χρόνων και του Βυζαντίου, αλλά ούτε στο θεσμό των κοινοτήτων (κοινωνική προστασία, δωρεάν ιατρική περίθαλψη στα Αμπελάκια Θεσσαλίας, στην Ύδρα, φιλανθρωπική δράση μοναστηριών), για λόγους που έχουν σχέση με τον Αγώνα της Ανεξαρτησίας και την επιβολή δυτικών προτύπων κατά την βασιλεία του Όθωνα.

Σχηματικά κατά τον Μωραΐτη (2004) διακρίνουμε τρεις περιόδους στην εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας, από το 1833 έως το 1922, από το 1922 έως το 1953, από το 1953 έως σήμερα, που υποδιαιρείται σε πέντε υποπεριόδους (1953-1981, 1981-1989, 1990-1999, 2000-2004, 2004-2010), ενώ σύμφωνα με τους Θεοδώρου, Σαρρή και Σούλη (2001) οι περίοδοι εξέλιξης είναι σχηματικά τέσσερις: 1833 – 1922, 1922 – 1945, 1945 – 1974, 1974 – σήμερα. Στην παρούσα εργασία υιοθετείται η διαίρεση που προτείνεται στο βιβλίο «Συστήματα Υγείας».

2.2. ΠΡΩΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ (1833-1922)

Τα χαρακτηριστικά που είχε το Ελληνικό Κράτος την πρώτη περίοδο (1833 -1922), ήταν η υιοθέτηση ενός έντονα παρεμβατικού ρόλου, δεδομένου ότι το Κράτος ήταν ο κύριος και σημαντικότερος εργοδότης των πολιτών με αποτέλεσμα να αναπτυχθούν πελατειακές σχέσεις.

Η πρώτη Κυβέρνηση του νέου ελληνικού κράτους, υπό τον Ιωάννη Καποδίστρια, είχε συγκεντρωτικό χαρακτήρα στην άσκηση της εξουσίας, παρά τα προηγηθέντα φιλελεύθερα

για την εποχή τους Συντάγματα της Επιδαύρου (1822) του Άστρους (1823) και της Τροιζήνας (1827). Αυτό όμως δικαιολογείται από την ανάγκη συγκρότησης των αναγκαίων θεσμών και υποδομών. Το 1827 δημιουργείται το πρώτο Νοσοκομείο της Χώρας, στη Σύρο το «Βαρδάκειο και Πρώιο» (από το όνομα των δωρητών), όχι βέβαια για λόγους αποκέντρωσης, αλλά διότι η Σύρος τότε ήταν το σημαντικότερο Λιμάνι της Χώρας.

Με συγκεντρωτικό μοντέλο διοίκησε το Κράτος και ο Βαυαρός Όθων από το 1833 έως το 1843, οπότε η Απόλυτος Μοναρχία μετά την Επανάσταση της 3ης Σεπτεμβρίου περιορίστηκε σε Συνταγματική, όπως αποτυπώθηκε στο Σύνταγμα του 1844. Η οργάνωση του διοικητικού μηχανισμού της χώρας συνίστατο στην **κεντρική διοίκηση** (7 υπουργεία, τα οποία ονομάζονταν Γραμματείες), στην **περιφερειακή ή αποκεντρωμένη διοίκηση** (νομοί και επαρχίες) και στην **τοπική αυτοδιοίκηση** (Δήμοι).

Στο «Υγειονομικό Τμήμα» της Γραμματείας Εσωτερικών, που ιδρύθηκε με το Β. Δ. της 3/4/1833 ανατέθηκε ο συντονισμός των δραστηριοτήτων που αφορούσαν στην προστασία της δημόσιας υγείας, με κύριο στόχο την επείγουσα αντιμετώπιση (αποτροπή αλλά και πρόληψη) των προβλημάτων που δημιουργούσαν οι θανατηφόροι λοιμοί της εποχής, όπως της πανώλης το 1828 στην Ύδρα, στις Σπέτσες και την Πελοπόννησο και το 1837 στον Πόρο και της χολέρας το 1854 στην Αθήνα και τον Πειραιά. Αυτός ο στόχος μπορούσε να επιτευχθεί μόνο **με αποκεντρωμένες δράσεις** στους τόπους που παρουσιαζόταν το πρόβλημα. Συστήθηκαν Υγειονομική Αστυνομία (1833) και «περιοδευτικά ιατρεία» (1840), εισήχθη ο θεσμός του Νομιάτρου, που ήταν υπεύθυνος για όλα τα θέματα υγείας του νομού όπου υπηρετούσε, διατάχθηκαν γενικοί εμβολιασμοί δαμαλισμού, ιδρύθηκαν υγειονομεία και λοιμοκαθαρτήρια και θεσμοθετήθηκε «υγειονομικός κανονισμός», η ευθύνη εφαρμογής του οποίου ανατέθηκε στο «Ιατροσυνέδριο», όργανο με συμβουλευτικές αρμοδιότητες, το οποίο είχε επίσης την ευθύνη της χορήγησης άδειας άσκησης επαγγέλματος στους ιατρούς και υγειονομικούς. Το 1836 ιδρύθηκε στην Αθήνα το Δημοτικό Νοσοκομείο «ΕΛΠΙΣ», ενώ το 1837 άρχισε τη λειτουργία της η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και το 1938 η Σχολή Μαιών.

Παράλληλα όμως οι κοινωνικές διεκδικήσεις των εργαζομένων και η αναγκαιότητα ύπαρξης φορέων που θα διασφάλιζαν την παροχή των απαραίτητων ιατρικών φροντίδων οδήγησαν στη δημιουργία των Ταμείων Αλληλοβοήθειας και των διάφορων φορέων κοινωνικής ασφάλισης ορισμένων επαγγελματικών κλάδων, με πρωτοπόρους τους ναυτικούς που ίδρυσαν το Ναυτικό

Απομαχικό Ταμείο (NAT) το 1836, και ακολούθησαν διάφοροι άλλοι κλάδοι (μεταλλωρύχοι, δημόσιοι υπάλληλοι κλπ.) ιδιαίτερα μετά το 1860.

Η Βασιλευομένη Δημοκρατία εγκαινιάστηκε με το Σύνταγμα του 1864, που αναθεωρήθηκε το 1911 από τον Ελευθέριο Βενιζέλο. Το Κράτος σε αυτήν την περίοδο δεν προέβλεπε για τον εαυτό του καθήκοντα περίθαλψης, γι' αυτό προκειμένου να ισοσκελιστούν οι προϋπολογισμοί περικόπτονταν οι πιστώσεις για την υγεία και έκλειναν νοσηλευτικά ιδρύματα⁶. Περιορίστηκε στη λήψη κατασταλτικών, αστυνομευτικών μέτρων επιτήρησης και ελέγχου της υγείας, ισχυροποιήθηκε όμως η θέση του ιατρικού σώματος και της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Παρά ταύτα **οι αποκεντρωμένες δομές των Δήμων** πρωτοστάτησαν στην ίδρυση νοσοκομείων με χορηγίες φιλανθρώπων, στην Πάτρα το 1872 (Άγιος Ανδρέας), στον Πειραιά το 1873 (Ζάνειο) στην Αθήνα το 1875 (Αιγινείτιο) το 1881 (Ευαγγελισμός), το 1887 (Δρομακαίτιο), το 1895 (Αρεταίειο) και το 1896 (Παιδών Η Αγία Σοφία).

Στα χρόνια που ακολούθησαν είναι χαρακτηριστική η ενεργός εμπλοκή του κράτους και η ανάληψη ευθύνης για θέματα υγείας και κοινωνικής προστασίας κατά την περίοδο 1914-1917, λόγω των οξυμμένων προβλημάτων που προκάλεσαν οι εκτεταμένες καταστροφές και οι πληθυσμιακές μετακινήσεις, λόγω της εμπλοκής της χώρας στους Βαλκανικούς πολέμους. Ορισμένα από τα μέτρα κρατικής μέριμνας για την υγεία ήταν :

α. Ο Νόμος «Περί επιβλέψεως της Δημόσιας Υγείας», (1914) που προέβλεπε μια κεντρική υγειονομική υπηρεσία στο Υπουργείο Εσωτερικών και **αποκεντρωμένες υπηρεσίες**, ήτοι νομαρχιακά υγειονομικά συμβούλια σε κάθε νομό.

β. Η σύσταση της «Ανωτάτης Διευθύνσεως Περιθάλψεως» στη Θεσσαλονίκη (1917).

γ. Η ίδρυση με το Νόμο 748/1917 του Υπουργείου Περιθάλψεως (1917) με ευθύνη τη μέριμνα για την περίθαλψη των θυμάτων του πολέμου, των ορφανών και των προσφύγων, καθώς και των οικογενειών των επιστράτων, στο οποίο εντάχθηκαν όλες οι μέχρι τότε διάσπαρτες υπηρεσίες υγείας.

⁶ Γ, Κουρής, Κ., Σουλιώτης, Α., Φιλαλήθης (2007) «Οι «Περιπέτειες» των μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας: μια ιστορική επισκόπηση», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, 1, σελ. 35-67

2.3. ΔΕΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ (1922-1945)

Η αποκάλυψη της νοσηρότητας του πληθυσμού που εμφανίστηκε κατά τις γενικές επιστρατεύσεις και οι υγειονομικές ανάγκες της πολεμικής περιόδου και κυρίως οι συνέπειες της μικρασιατικής καταστροφής, σηματοδοτούν την δεύτερη περίοδο 1922-1945, κατά την οποία η Πολιτεία αναγκάστηκε:

α. Στην ίδρυση στις 27 Αυγούστου του 1922 του Υπουργείου Υγιεινής και Πρόνοιας, το οποίο προήλθε από τη μετονομασία του υπάρχοντος Υπουργείου με το Νόμο 2882/1922 («περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου της Περιθάλψεως, μετονομαζομένου εις Υπουργείον Υγιεινής και Προνοίας»), το οποίο καταργήθηκε επί δικτατορίας Παγκάλου και επανασυστήθηκε το 1926 ως Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως, εξαιτίας των αναγκών που δημιουργήθηκαν από την πτώχευση του κράτους, τους πολέμους, τη μικρασιατική καταστροφή, την εδαφική μεγέθυνση, την απώλεια ανθρώπων και υλικών αγαθών, την καταστροφή υποδομών και τη μετανάστευση,

β. Στην έκδοση (1923) του ΝΔ «Περί Οργανώσεως της **Περιφερειακής Υγειονομικής Υπηρεσίας**».

γ. Στην ίδρυση 35 νέων προσωρινών νοσοκομείων

δ. Στην ανοχή της ίδρυσης πολλών ασφαλιστικών ταμείων από διάφορες επαγγελματικές ομάδες για την ασφάλιση των αναγκών τους για την αντιμετώπιση του γήρατος, της ανεργίας και της ασθένειας, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει ενιαίο ασφαλιστικό σύστημα,

ε. Στην αναφορά στο Σύνταγμα του 1927, με το οποίο εγκαθιδρύθηκε ως πολίτευμα η αβασίλευτη Δημοκρατία, ότι η Διοίκηση ασκείται κατά το **αποκεντρωτικό σύστημα**

στ. Στην πρωτοβουλία του Υπουργού Υγιεινής Α. Δοξιάδη (1929) να ζητήσει τη συνδρομή της Κοινωνίας των Εθνών προκειμένου να ερευνηθούν οι εγκαταστάσεις και οι υπηρεσίες της κλειστής και ανοιχτής περίθαλψης, η κατά τόπους οικονομία, οι δημογραφικές τάσεις, το συγκοινωνιακό δίκτυο κλπ. Το συμπέρασμα της έρευνας ήταν ότι η Ελλάδα τότε ήταν *«χώρα επικίνδυνη από άποψη υγιεινής»*, δεδομένου ότι κρίθηκαν απολύτως ανεπαρκείς, η νοσοκομειακή περίθαλψη, η οργάνωση της τοπικής και κεντρικής διοίκησης για την υγεία αλλά και το επίπεδο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Οι προτάσεις της Διεθνούς

Επιτροπής μεταξύ των οποίων ήταν η *θεσμοθέτηση συστήματος με πυρήνα τα Κέντρα Υγείας* και ίδρυση Ελληνικής υπηρεσίας Υγείας, που θα είχε κεντρικό συντονιστικό ρόλο και δυνατότητες παρέμβασης σε όλη την Επικράτεια, δεν υλοποιήθηκαν. Ως το μόνο θετικό αποτέλεσμα των προτάσεων της επιτροπής αυτής ήταν η ίδρυση της Υγειονομικής Σχολής και Σχολής Νοσοκόμων

ζ. Η ίδρυση του ΙΚΑ (νόμος 5733/1932 «περί κοινωνικών ασφαλίσεων») το οποίο θα παρείχε πλέον της συντάξεως και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε εργαζόμενους στις αστικές περιοχές. Ο νόμος αυτός δεν υλοποιήθηκε, λόγω της ανατροπής της Κυβέρνησης Βενιζέλου, και αντικαταστάθηκε από τον συντηρητικότερο Νόμο 6298/34 «περί Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» που ψηφίστηκε το 1934 από την Κυβέρνηση Τσαλδάρη αλλά εφαρμόστηκε από το δικτατορικό καθεστώς του Μεταξά.

η. Η θεσμοθέτηση των προϋποθέσεων σύστασης κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων που θα λειτουργούσαν με σύγχρονο και ομοιόμορφο τρόπο καθώς και ενιαία διοικητική και οικονομική οργάνωση, σύμφωνα με τις διατάξεις του Αναγκαστικού Νόμου 965/1937, με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των νοσοκομείων από 111 το 1934 σε 117 το 1939 και αντίστοιχα του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών από 13.000 σε 16.000 κλίνες.⁷

θ. Η δημοσίευση του Αναγκαστικού Νόμου 2639/40 με τον οποίο δίνεται η δυνατότητα ίδρυσης «προσωρινών νοσοκομείων», προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες που θα δημιουργούσε η είσοδος της χώρας στον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, τα περισσότερα από τα οποία εξακολούθησαν να λειτουργούν και μετά τη λήξη του πολέμου (όπως το Γενικό Κρατικό Αθηνών κ.α.)

ι. Η ίδρυση του Υπουργείου Υγιεινής το 1944.

Η έλλειψη ολοκληρωμένης κρατικής μέριμνας οδήγησε σε αυτενέργεια διάφορες ομάδες αγροτικού πληθυσμού που συνέστησαν αγροτικούς υγειονομικούς συνεταιρισμούς και για την υγειονομική τους κάλυψη χρησιμοποίησαν το σύστημα της «κοντότας»⁸, σύμφωνα με το οποίο οι κάτοικοι ενός ή περισσότερων χωριών συμβάλλονταν με ένα γιατρό, που παρείχε τις

⁷ Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, (2001) *Συστήματα Υγείας* σελ. 187, Εκδόσεις Παπαζήση

⁸ Ε. Μωραΐτης (2004) *Συστήματα Υγείας*, Διδακτικές Σημειώσεις για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση της Υγείας»

υπηρεσίες του μόνον σε όσους κατέβαλαν προσυμφωνημένη ετήσια αμοιβή και ήσαν γραμμένοι στη λίστα του. Το 1940, 300 περίπου κοινότητες χρησιμοποιούσαν αυτό το σύστημα. Έτσι μπορεί να μιλήσει κανείς για «αποκεντρωτικό» σύστημα, που λειτούργησε εξ' ανάγκης.

2.4. ΤΡΙΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ (1945-1974)

Κατά την τρίτη περίοδο (1945-1974), το Κράτος προσπάθησε να εξασφαλίσει τις βασικές απαιτήσεις της δημόσιας υγείας και τη στοιχειώδη φροντίδα των εξαθλιωμένων, από τον Δεύτερο παγκόσμιο Πόλεμο και τον Εμφύλιο, όπως συνέβη το 1922 και το 1833. Στον επιδημιολογικό φάσμα του ελληνικού πληθυσμού κυριαρχούσαν τα λοιμώδη νοσήματα (φυματίωση, λέπρα, τράχωμα, αφροδίσια νοσήματα, κλπ.) ενώ η ελλιπής στελέχωση και η άνιση κατανομή του υπάρχοντος προσωπικού σε συνδυασμό με την παντελή έλλειψη κτιριακών και τεχνολογικών υποδομών απέδιδαν την εικόνα της κατάρρευσης. Αυτή την περίοδο υγειονομικές υπηρεσίες εκτός από το κράτος προσέφεραν η τοπική αυτοδιοίκηση, το ΙΚΑ το ΠΙΚΠΑ, ο Ερυθρός Σταυρός και 100 περίπου ασφαλιστικά ταμεία και φορείς.⁹

Στα Συντάγματα του 1952, όπως και του 1975, όπως το τελευταίο τροποποιήθηκε και ισχύει, περιλαμβάνονται διατάξεις για την οργάνωση της διοίκησης κατά **το αποκεντρωτικό σύστημα.**

Για τη δημιουργία παροχών υγειονομικής προστασίας και την αντιμετώπιση της τραγικής από όλες τις απόψεις κατάστασης ψηφίστηκε ομόφωνα το Ν.Δ. 2592/1953 «Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως» που απετέλεσε την πρώτη σοβαρή απόπειρα οργάνωσης και παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών **σε περιφερειακή βάση** με εμφανή την επίδραση των ιδεολογικών ρευμάτων που επικρατούσαν στον ευρωπαϊκό χώρο, και των αρχών του ιδρυτικού νόμου του βρετανικού ΕΣΥ. Στο νομοθέτημα προβλεπόταν η ίδρυση νοσοκομείων στα πλαίσια της **αποκέντρωσης** και συμμετοχή στο σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων κοινωνικών φορέων, στα πλαίσια των προβλεπόμενων περιφερειακών συμβουλίων ιατρικής αντίληψης. Προβλεπόταν σε κάθε υγειονομική περιφέρεια να λειτουργεί ένα κεντρικό νοσοκομείο δυναμικότητας 150 κλινών (στην της περιφέρειας) και περισσότερα γενικά νοσοκομεία δυναμικότητας 60 κλινών μαζί με κοινοτικούς υγειονομικούς σταθμούς στις

⁹ Μ.Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης (2001) Συστήματα Υγείας σελ. 187, Εκδόσεις Παπαζήση

αγροτικές περιοχές. Θεσπίστηκαν οικονομικά κίνητρα για την **προσέλκυση ιατρικού προσωπικού σε απομακρυσμένες περιοχές**, ο προγραμματισμός των υπηρεσιών του Δημοσίου με βάση τις υγειονομικές ανάγκες κάθε περιοχής και η διοικητική οργάνωση των νοσοκομείων με ενιαίο πλαίσιο.

Η αποκεντρωτική κατεύθυνση που είχε αυτό ο νόμος ήλθε σε αντίθεση με τη συγκεντρωτική διοίκηση του ελληνικού κράτους την εποχή κατά την οποία η κεντρική διοίκηση προωθούσε την αστικοποίηση και τη μετανάστευση¹⁰ και γι' αυτό δεν υλοποιήθηκε, αλλά τροποποιήθηκε με το Νόμο 3487/1955, που προέβλεπε τη δημιουργία μόνο κοινοτικών ιατρείων για την πρωτοβάθμια περίθαλψη του αγροτικού πληθυσμού. Με βάση αυτό τον νόμο λειτούργησε το σύστημα περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού μέχρι το 1983. Σύστημα που βασιζόταν στην ίδρυση δικτύου ιατρείων σε χωριά και κωμοπόλεις ολόκληρης της χώρας.

Με το νόμο 4053/60 προβλέφθηκε η υποχρεωτική άσκηση της Ιατρικής από νέους γιατρούς στην επαρχία για 3 χρόνια. Τόσο αυτός ο νόμος όσο και ο ΑΝ 1429/1950 «Περί υποχρεωτικής θητείας των ιατρών στην ύπαιθρο», δεν εφαρμόστηκαν.

Το 1961, δημιουργήθηκε ο ΟΓΑ και την ίδια περίοδο διάφορες επιχειρήσεις και τράπεζες συγκρότησαν τα δικά τους ταμεία υγείας, που λόγω του ευρύτατου φάσματος παροχών αποκαλούνταν «ευγενή ταμεία».

Με το ΝΔ 4440/1964 τα κοινοτικά και αγροτικά ιατρεία μετονομάστηκαν σε αγροτικά ιατρεία Α΄ και Β΄ Τάξης και διακρίθηκαν σε πεδινά, ημιορεινά και ορεινά.

Επί δικτατορίας δόθηκε στη δημοσιότητα ένα σχέδιο αναμόρφωσης της υγείας από τον τότε Υπουργό Κοινωνικών Υπηρεσιών Λουκά Πάτρα, σύμφωνα με το οποίο επρόκειτο να αναδιοργανωθεί η πρωτοβάθμια περίθαλψη και να ενισχυθεί η ίδρυση νοσοκομείων και κλινικών **στην περιφέρεια**. Και αυτή όμως η μελέτη «χάθηκε», ενώ την ίδια περίοδο διογκώθηκε ο ιδιωτικός τομέας υγείας. Με το ΝΔ 67/68 καθιερώθηκε η ετήσια υποχρεωτική Υπηρεσία Υπάιθρου για τους αποφοίτους ιατρικών σχολών, μέτρο με το οποίο μέχρι σήμερα αντιμετωπίζεται η στελέχωση των αγροτικών ιατρείων και παρέχεται πρωτοβάθμια περίθαλψη στους αγρότες.

¹⁰ Χ. Οικονόμου (2004) Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες, Εκδόσεις Διόνικος, σελ 194

2.5. ΤΕΤΑΡΤΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ (1974- 2009)

Μετά τη δικτατορία, κατά την τελευταία περίοδο, 1974 μέχρι σήμερα, παρά τις μελέτες που έγιναν, τον εθνικό πλούτο που συνεχώς αυξανόταν και την σημαντικότερη μεταρρύθμιση του ελληνικού συστήματος υγείας, με την εγκαθίδρυση με το νόμο 1397/83 του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), δεν υπήρξαν τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Το 1976, το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών παρουσίασε μελέτη για τα προβλήματα στο χώρο της υγείας στην οποία τόνιζε ότι οι μέθοδοι αμοιβής των ιατρών οδηγούσαν σε προκλητή ζήτηση και παραοικονομία, την έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των αρμόδιων κυβερνητικών φορέων, τις ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας και την έλλειψη ενιαίων κανόνων στη χρηματοδότηση και τις παροχές των ασφαλιστικών οργανισμών. Οι προτάσεις που διατυπώθηκαν από το ΚΕΠΕ προέβλεπαν τη δημιουργία ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, την ανάπτυξη νοσοκομείων και κέντρων υγείας στην περιφέρεια σε συνδυασμό με το συντονισμό των υπαρχόντων ταμείων και την ενοποίηση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών φορέων. Οι προτάσεις του ΚΕΠΕ δεν εφαρμόστηκαν.

Το 1977 όταν ο αείμνηστος Καθηγητής Σπύρος Δοξιάδης ανέλαβε το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών συνέστησε την Ομάδα Προγραμματισμού Υγείας και τα αποτελέσματα της προσπάθειας αυτής περιλήφθηκαν σε νομοσχέδιο που δημοσιοποιήθηκε το 1980 με τίτλο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας». Σύμφωνα με αυτό προβλεπόταν η ανάγκη μέτρησης και αξιολόγησης των αναγκών υγείας του ελληνικού πληθυσμού, η άντληση διδαγμάτων από αλλοδαπά υγειονομικά συστήματα, η ανάπτυξη κέντρων υγείας και νοσοκομείων, **η αποκέντρωση της παροχής των υπηρεσιών**, ο ποσοτικός και ποιοτικός προγραμματισμός της εξέλιξης του ανθρώπινου δυναμικού στις επιστήμες και τα επαγγέλματα υγείας σε συνδυασμό με τη βελτίωση του επιπέδου του ανθρώπινου δυναμικού (ιατρών και μη) και η εξασφάλιση της συμμετοχής στις διαδικασίες όλων των εργαζομένων στο σύστημα υγείας και των πολιτών. Το νομοσχέδιο αυτό φαίνεται ότι ήταν πρόωρο για την εποχή του και δεν υιοθετήθηκε ακόμα και από την κυβέρνηση της οποίας υπουργός ήταν ο Σ. Δοξιάδης.

Με το Νόμο 1278/1982, που αφορούσε τη Σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας και το Νόμο 1397/1983, ιδρυτικό νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που ψήφισε η Κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ, πραγματοποιείται η πρώτη και σημαντικότερη μέχρι σήμερα μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας.

Σύμφωνα με το νόμο 1397/1983 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών Υγείας στο σύνολο των πολιτών. Οι Υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξαρτήτως της οικονομικής, κοινωνικής και επαγγελματικής του κατάστασης διαμέσου του ενιαίου και αποκεντρωμένου Ε.Σ.Υ. Βασικός στόχος του νόμου ήταν «η **αποκέντρωση**, ο κοινωνικός έλεγχος, το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των μονάδων υγείας, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η καθιέρωση του θεσμού του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης».¹¹

α. Σύμφωνα με το άρθρο 2 του νόμου και σε συνδυασμό με το Π.Δ. 31/1986 η χώρα διαιρέθηκε σε εννέα υγειονομικές περιφέρειες, ενώ με το άρθρο 3 του ίδιου νόμου στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας προβλέφθηκε να λειτουργεί Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (Π.Ε.Σ.Υ.), όργανο α) γνωμοδοτικό σε θέματα προγραμματισμού, και β) εποπτικό και ελεγκτικό της απόδοσης 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 προγραμματισμό και το γενικό συντονισμό του Κ.Ε.Σ.Υ. Στο αποφασιστικό όργανο του Π.Ε.Σ.Υ, την Ολομέλεια θα συμμετείχαν εκπρόσωποι κοινωνικών και επιστημονικών φορέων της περιφέρειας (ιατρικών συλλόγων, οδοντιατρικών φαρμακευτικών και νοσηλευτικών συλλόγων, ιατρικών σχολών, τοπικής αυτοδιοίκησης, εργατικών κέντρων, συνδικαλιστικών επαγγελματικών οργανώσεων των αγροτών) και της πολιτείας.

Από το 1983 μέχρι το 2001 το Ε.Σ.Υ. «ανδρώθηκε» και παρουσίασε και θετικές και αρνητικές πλευρές.

Ο νόμος 1397/83, σε σχέση με το αποκεντρωτικό σύστημα δεν προβλέπει αποφασιστικά όργανα ανά υγειονομική περιφέρεια, ενδεχομένως, διότι η προσπάθεια εγκαθίδρυσης ενός νέου συστήματος υγείας παρά την ευχή να είναι ενιαίο και αποκεντρωμένο αποτέλεσε μια πρόκληση που έπρεπε να αντιμετωπίσει πολλά οργανωτικά και μη θέματα. Παρά ταύτα στο άρθρο 14 του νόμου αναφέρεται ότι με κοινή υπουργική απόφαση συνιστώνται σε κάθε νομό

¹¹ Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης (2001) Συστήματα Υγείας σελ. 192, Εκδόσεις Παπαζήση

Κέντρα Υγείας ως **αποκεντρωμένες** οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού και Περιφερειακά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας.

Η αποκέντρωση αυτή είχε ουσιαστική αποστολή και δεν πληρούσε τα τυπικά κριτήρια του αποκεντρωτικού συστήματος, διότι ναί μεν στόχος ήταν η εξυπηρέτηση κατοίκων συγκεκριμένης περιοχής, όμως η διοίκηση και η χρηματοδότηση των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων ανήκαν και ανήκουν στο νοσοκομείο. Κατ' εξαίρεση προβλέφθηκε ότι σε απομακρυσμένα ή μικρά νησιά μπορεί να διορίζεται Τριμελής Διοικούσα Επιτροπή, η οποία δεν έχει τα χαρακτηριστικά οργάνου περιφερειακής διοίκησης. Ο Διευθυντής του Κέντρου Υγείας επίσης δεν έχει χαρακτηριστικά Προϊστάμενου περιφερειακής αποκεντρωμένης διοικητικής μονάδας. Στον ίδιο νόμο προβλέπεται η σύσταση Κέντρων Υγείας τόσο σε αστικές όσο και σε μη αστικές περιοχές.

Το 1992 με το νόμο 2071 επιχειρήθηκε εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας με στόχο την «ιδεολογική ανατροπή» του Ε.Σ.Υ., όπως προκύπτει και από τον τίτλο του νομοθετήματος στο οποίο δεν αναφέρεται καν ο όρος Εθνικό Σύστημα Υγείας (Νόμος 2071 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας»). Είναι χαρακτηριστικό ότι τόσο στο άρθρο 1 όσο και στο άρθρο 2 αποφεύγει ο νομοθέτης να μιλήσει για ενιαίο και αποκεντρωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Με το άρθρο 3 αυτού του νόμου προβλέφθηκε η ίδρυση στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας **Περιφερειακής Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας**, που ορίστηκαν ως Υπηρεσίες διανομαρχιακού επιπέδου και ήσαν συνολικά 13. Αυτές οι Διευθύνσεις είχαν παρόμοιες αρμοδιότητες με τα Π.Ε.Σ.Υ του νόμου 1397/83 και ειδικότερα την άσκηση εποπτείας και συντονισμό του έργου των φορέων περίθαλψης καθώς και τη δυνατότητα εισήγησης στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ρυθμίσεων κατάλληλων για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της περιφέρειας.

Όσον αφορά την ουσιαστική αποκέντρωση, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς φορείς. Στο άρθρο 13 αυτού του νόμου αναφέρονται ρητώς ποιες ιδιωτικής μορφής μονάδες μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Με το νόμο αυτό επιχειρήθηκε, στα πλαίσια των φιλελεύθερων απόψεων που επικρατούσαν, η υγεία να εξυπηρετείται περισσότερο από τον ιδιωτικό τομέα και το κράτος να μην θεωρεί

την υγεία των πολιτών ως κοινωνικό αγαθό και την περιθαλψη ως υποχρέωση. Είναι χαρακτηριστικό ότι η σαφής διατύπωση της παρ. 1 του άρθρου 1 του νόμου 1397/1983 ότι «το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών» αντικαταστάθηκε ως «το κράτος μεριμνά για την ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση και εποπτεία των κατάλληλων φορέων προς εξασφάλιση της υγείας όλων των πολιτών». Και η υποχρέωση του κράτους να παρέχει τις υπηρεσίες υγείας των «ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας» (παρ.2 άρθρου 1 νόμου 1397/1983) μετατράπηκε σε μέριμνα του κράτους ώστε να «... 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 ακέραιο την ελεύθερη επιλογή και το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας».

Τα αποτελέσματα αυτού του νόμου ταλανίζουν ακόμα και σήμερα τη Χώρα διότι, δεδομένης της αδυναμίας του δημοσίου να έχει σοβαρούς ελεγκτικούς μηχανισμούς, δραστηριοποιήθηκαν εκατοντάδες νέες επιχειρήσεις στο διαγνωστικό, φαρμακευτικό και τεχνολογικό τομέα, που δημιούργησαν και εξυπηρέτησαν προκλητή ζήτηση υλικών, φαρμάκων και υπηρεσιών και οδήγησαν τους πόρους του συστήματος υγείας σε κατασπατάληση.

Με τον ίδιο Νόμο όμως ιδρύθηκε το ΕΚΑΒ, για την παροχή υπηρεσιών επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας και το ΚΕΕΛ, με σκοπό την πρόληψη της εξάπλωσης μεταδοτικών νοσημάτων σε συνδυασμό με την παρακολούθηση.

Με το Νόμο 2194/1994 καταργούνται οι διατάξεις του νόμου 2071/1992 και επαναφέρονται σε ισχύ οι αρχές και οι στόχοι του νόμου 1397/1983 για δωρεάν και καθολική δημόσια υπηρεσία υγείας. Παράλληλα στο Υπουργείο Υγείας συγκροτήθηκαν δύο Επιτροπές ξένων και Ελλήνων εμπειρογνομόνων για να προτείνουν την αναμόρφωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ. Όμως η χώρα είχε μπει πια σε άλλη τροχιά, που αποδεχόταν την παρουσία του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας ως ισότιμη με το έργο του Δημόσιου Τομέα. Σχετικώς με την αποκέντρωση πάντως ουδεμία πρόοδος υπήρξε.

Οι προτάσεις των Επιτροπών ήταν παρόμοιες με τις προτάσεις του ΚΕΠΕ, το περιεχόμενο του σχεδίου νόμου το Δοξιάδη και το κυβερνητικό πρόγραμμα του κυβερνώντος κόμματος

(ΠΑΣΟΚ). Στο πόρισμα της Επιτροπής των ξένων εμπειρογνομόνων, αλλά και στις Ειδικές Εκθέσεις των Ελλήνων συναδέλφων τους, επισημαίνεται ότι το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από έλλειψη σχεδιασμού, οργάνωσης και αποκέντρωσης υπανάπτυκτη δημόσια υγεία, πληθωρισμό γιατρών ειδικοτήτων και απουσία γενικών γιατρών, αντιδεοντολογικές συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας και εξαιρετικά αδύναμη οργάνωση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Όπως αναφέρει ο Μωραΐτης¹² «προτάθηκαν σειρά μέτρων θεσμικού, οργανωτικού και λειτουργικού χαρακτήρα με στόχο την οικοδόμηση ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, όπως:

1. Η δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ), στον οποίο θα ενταχθούν σε πρώτη φάση τα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία και στον οποίο θα πρέπει να μεταβιβάσουν όλους τους πόρους που προορίζουν για την περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.
2. Η **αποκέντρωση του συστήματος** και η σύσταση και λειτουργία **περιφερειακών συμβουλίων υγείας, με αποφασιστικές αρμοδιότητες, και την ευθύνη της διαχείρισης των πόρων που θα τους εκχωρεί ο ΕΦΥ.**
3. Η **εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού**, και η δημιουργία ενιαίου δημόσιου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
4. Η θεσμική, διοικητική και οικονομική αναδιοργάνωση των νοσοκομείων με τη λειτουργία απογευματινών ιατρείων αλλά κυρίως με τη μετατροπή τους σε ανώνυμες εταιρείες, στις οποίες το κράτος θα κατέχει το 99% των μετοχών και η τοπική αυτοδιοίκηση το υπόλοιπο 1%, με στόχο την ευελιξία πολιτικής σε τομείς όπως οι προσλήψεις, οι μισθοί, οι προμήθειες, η τιμολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών που προσφέρουν κλπ.
5. Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών, που θα προέρχονται από τα περιφερειακά υγειονομικά συμβούλια και αμοιβή των γιατρών κατά πράξη και μέσα σε ανώτατα προϋπολογισμένα όρια.
6. Η επιστημονική αναβάθμιση του υγειονομικού προσωπικού με τη λειτουργία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης και η αλλαγή του τρόπου προσλήψεων, με κύριο στόχο τη στελέχωση των νοσοκομείων με αξιοκρατικά κριτήρια, την αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού που θα κρίνεται κατά τακτά χρονικά διαστήματα και την κατάργηση μακροπρόθεσμα της δημοσιοϋπαλληλικής ιδιότητας.

¹² Ε. Μωραΐτης (2004) *Συστήματα Υγείας*, Διδακτικές Σημειώσεις για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση της Υγείας»

7. Η έμφαση στην ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας μέσα από περιφερειακές υπηρεσίες, που θα στελεχώνονται από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό»

Τις προτάσεις και υποδείξεις των εμπειρογνομόνων υιοθέτησε ο τότε Υπουργός Υγείας Δημήτρης Κρεμαστινός, ο οποίος και διαμόρφωσε σχέδιο νόμου με τίτλο «περί αναδιοργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας» βασισμένο στις προτάσεις αυτές. Η πραγματικά τολμηρή και καινοτόμος αυτή όμως προσπάθεια του για τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, δεν υλοποιήθηκε λόγω της αιφνίδιας επιδείνωσης της υγείας του τότε Πρωθυπουργού, αείμνηστου Ανδρέα Παπανδρέου και της εισόδου του στο Ωνάσειο νοσοκομείο. Η μετά την κυβερνητική μεταβολή του Ιανουαρίου 1996, νέα κυβέρνηση του Κ. Σημίτη παρόλο που δήλωσε την πρόθεση για επιτάχυνση της μεταρρυθμιστικής πορείας δεν τόλμησε και έτσι χάθηκε μια ακόμη ιστορική ευκαιρία για τον πραγματικό εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ.

Το 1997, με το Νόμο 2519, για την « Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ», προβλέπονται μεταξύ άλλων η αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, η οργάνωση δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η συνεργασία και σύμπραξη ασφαλιστικών φορέων για την αγορά υπηρεσιών υγείας υπέρ των ασφαλισμένων τους, η αντικειμενική αξιολόγηση των ιατρών, η ορθολογική διαχείριση των διατιθέμενων πόρων με επιστημονικές μεθόδους, ο συντονισμός παροχής υπηρεσιών μεταξύ ΕΣΥ και ασφαλιστικών ταμείων, η σύνδεση του ΕΣΥ με την κοινωνία και τον πολίτη, ο επανακαθορισμός του ρόλου των υπηρεσιών δημόσιας υγείας σε αποκεντρωμένη βάση και η σύσταση του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Το 2001, με το Νόμο 2889, θεσπίζεται η **αποκέντρωση της διοίκησης του ΕΣΥ**, με την θεσμοθέτηση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.) με το Νόμο 2955/2001 οργανώνεται το Σύστημα Προμηθειών του ΕΣΥ και με το Νόμο 2920/2001 συστήνεται το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας.

Το 2003, με το Νόμο 3106 **ολοκληρώνεται ο αποκεντρωτικός χαρακτήρας** του συστήματος περιλαμβάνοντας και τα προνοιακά ιδρύματα, ενώ με το Νόμο 3235/2004 διαμορφώνεται το πλαίσιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Έτσι ολοκληρώθηκε, θεσμικά τουλάχιστον, η μεταρρύθμιση που ξεκίνησε με το Νόμο 1397/83.

Το 2005, με το Νόμο 3329, καταργείται το αποκεντρωτικό σύστημα στο ΕΣΥ. Η κατεύθυνση που θεσπίστηκε με το Νόμο αυτό ολοκληρώθηκε με τους Νόμους 3524/2007 και 3754/2009. Η Διοίκηση του ΕΣΥ πλέον ασκείται κατά το συγκεντρωτικό μοντέλο Διοίκησης. Δεν υπάρχουν περιφερειακές υπηρεσιακές μονάδες με αποφασιστικές αρμοδιότητες.

Είναι χρήσιμο στο σημείο αυτό να επισημανθεί, ότι η πρώτη αναφορά στην ανάγκη αποκεντρωτικής διοίκησης των συστημάτων υγείας απαντάται στο Dawson Report το 1920,¹³ ενώ στην Ελλάδα εντοπίζεται το 1979 στην Έκθεση του ΚΕΠΕ. Το αποκεντρωτικό σύστημα διοίκησης ισχύει και ασκείται με επιτυχία στη Γαλλία, στην Αγγλία, στη Γερμανία, στη Σουηδία και αλλού. Βεβαίως κάθε χώρα διαφέρει στον τρόπο άσκησης της διοίκησης, αλλά όλες πλην της Ελλάδος αναγνωρίζουν, ότι η επίλυση των τοπικών προβλημάτων είναι καλύτερη, αποδοτικότερη, ταχύτερη, οικονομικότερη, ποιοτικότερη, όταν οι περιφερειακές ή τοπικές υπηρεσίες ασκούν αποφασιστικές αρμοδιότητες και δεν αναμένουν την κεντρική διοίκηση, η οποία παραμένει κυριολεκτικά και μεταφορικά μακράν.

¹³ Κ. Σουλιώτης (2006) Πολιτική και Οικονομικά της Υγείας, σελ141 Εκδόσεις Παπαζήση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Ο ΝΟΜΟΣ 2889/2001

Είναι γνωστό ότι στις μέρες μας η αύξηση του όγκου των γνώσεων που κατέχει ο άνθρωπος και η πολυπλοκότητα των αναγκών αυτού, των υπηρεσιών του Κράτους που εξυπηρετούν τις ανάγκες του πολίτη καθιστούν το αποκεντρωτικό σύστημα διοίκησης ως το μοναδικά ικανό να διασφαλίσει, όχι μόνο τη Δημοκρατία, αλλά τη βέλτιστη εξυπηρέτηση του πολίτη από το Κράτος, το οποίο υπάρχει ένεκα αυτού και υπέρ αυτού.

Τη λογική αυτή θέλησε να υλοποιήσει ο νόμος 2889/2001, σύμφωνα με τον οποίο το Ε.Σ.Υ. συγκροτείται κατά τρόπο **περιφερειακό**, δηλαδή υλοποιείται η συνταγματική επιταγή και η πρόβλεψη του νόμου 1397/1983 περί ενιαίου και αποκεντρωμένου Εθνικού Συστήματος Υγείας. Σε κάθε υγειονομική περιφέρεια ιδρύθηκε ένα ΝΠΔΔ με την επωνυμία Περιφερειακό Σύστημα Υγείας, με δική του χρηματοδότηση και δική του διοικητική οργάνωση, στελέχωση και λειτουργία.

Ο τότε Υπουργός Υγείας Αλέκος Παπαδόπουλος μαζί με την ομάδα στελεχών Υγείας που διέθετε η Κυβέρνηση και με τη συνδρομή του Καθηγητή Οικονομικών και Πολιτικής Υγείας στο London School of Economics (LSE) Ηλία Μόσιαλου προχώρησαν στη διατύπωση ολοκληρωμένης πρότασης για τον εκσυγχρονισμό και την αποκέντρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, η οποία έγινε ομόφωνα αποδεκτή από το Υπουργικό Συμβούλιο. Το εκσυγχρονιστικό αυτό πρόγραμμα, με τον τίτλο «**Υγεία για τον Πολίτη**», δόθηκε στη δημοσιότητα και αποτέλεσε τη βάση διαμόρφωσης των νομοσχεδίων που μετά από την ψήφισή τους από τη Βουλή, αποτέλεσαν τους νόμους της «μεταρρύθμισης» και ολοκλήρωσαν την ιστορική αλλαγή που έφερε στη χώρα μας ο νόμος 1397/1983.

Στρατηγικός στόχος του προγράμματος ήταν η διαμόρφωση και η άσκηση εθνικής πολιτικής υγείας, μέσω της μεταρρύθμισης του ΕΣΥ, με έμφαση στην Πρόληψη και στην Προαγωγή της Υγείας, για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού, την κατοχύρωση ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας και αξιοπρεπούς αντιμετώπισης των Ελλήνων πολιτών και τη διασφάλιση του Δημόσιου Χαρακτήρα του ΕΣΥ. Βασικός μοχλός ανάπτυξης όλων των δράσεων του προγράμματος που θα οδηγούσαν στην αναβάθμιση των υπηρεσιών

υγείας ήταν η αποκέντρωση και περιφερειακή οργάνωση του συστήματος. Σκοπός του ήταν η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, με σκοπό η φροντίδα του πολίτη να μην είναι μόνο πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή, αλλά και μετανοσοκομειακή περιλαμβάνοντας φροντίδα, αποκατάσταση και κατ' οίκον νοσηλεία.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αποσαφηνιστεί η έννοια του συστήματος. Ειδικότερα σύστημα νοείται όταν ανεξάρτητες διοικητικές, λειτουργικές, υπηρεσιακές, επιστημονικές και μη μονάδες συνεργάζονται, συντονίζονται και λειτουργούν για την επίτευξη ορισμένου στόχου.

Έτσι ως δεύτερος σκοπός των Π.Ε.Σ.Υ ορίστηκε ο συντονισμός των δράσεων και των πολιτικών όλων των μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ. της περιφέρειάς των, με στόχο τη βέλτιστη λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα στη παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο στόχος αυτός είναι σύμφωνος με τον ορισμό της υγείας που έχει προσδιορίσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και έχει γίνει αποδεκτός από τη Χώρα μας. Υγιής δεν είναι αυτός που δεν νοσεί, αλλά αυτός που ζει σε ένα μη νοσογόνο περιβάλλον (φυσικό, εργασιακό, οικογενειακό, οικονομικό κοινωνικό, κλπ.), όπως δηλαδή ο ανθρώπινος οργανισμός και οι κοινωνίες που έχει φτιάξει ο άνθρωπος.

Με βάση το νόμο 2889/01 όλες οι νοσοκομειακές μονάδες, τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία καθώς και οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας μετατράπηκαν σε **αποκεντρωμένες** και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του κάθε Π.Ε.Σ.Υ.Π με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια.

Επιχειρήθηκε δηλαδή η εφαρμογή ενός συστήματος, όπου όλοι θα έχουν τον ίδιο σκοπό (την εξυπηρέτηση του πολίτη), τόσο ξεχωριστά ο καθένας, όσο και σαν μέλη μιας περιφερειακής αποκεντρωμένης διοικητικής μονάδας. Το μοντέλο για τα ελληνικά δεδομένα σύμφωνα με τα οποία κάθε Διοικητής Νοσοκομείου δεν θεωρεί τον εαυτό του κυρίαρχο αφεντικό και αρνείται να συνεργαστεί ή να βοηθήσει το διπλανό νοσοκομείο που διοικείται επίσης με τον ίδιο τρόπο ήταν πραγματικά πρωτοποριακό. Οι υπάλληλοι των νοσοκομείων, που δεν μιλούσαν με τους υπαλλήλους του διπλανού νοσοκομείου έπρεπε να συνεργαστούν μεταξύ των και με τη Διοίκηση των Π.Ε.Σ.Υ.Π. Στην πράξη όμως τα Π.Ε.Σ.Υ.Π. στελεχώθηκαν από υπαλλήλους των νοσοκομείων και έτσι οι υπάλληλοι των νοσοκομείων αισθάνθηκαν ταπεινωμένοι.

Το Διοικητικό Συμβούλιο των Π.Ε.Σ.Υ.Π. απέκτησε όλες τις αρμοδιότητες των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων και επιπλέον:

- α. το συντονισμό, την εξειδίκευση και άσκηση πολιτικής παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρεια ,
- β. την εκπόνηση και επικαιροποίηση υγειονομικού χάρτη της περιφέρειάς του,
- γ. την εκπόνηση και εφαρμογή του επιχειρησιακού σχεδίου δράσης των μονάδων του,
- δ. την κατάρτιση οργανισμών νοσοκομείων και μονάδων κοινωνικής φροντίδας,
- ε. ενιαίου προϋπολογισμού όλων των μονάδων,
- στ. την απόφαση για ανέγερση, επέκταση αναδιάταξη, ίδρυση νέων, μείωση, συγχώνευση, μεταφορά, εγκατάσταση, μετεγκατάσταση νοσοκομειακών μονάδων ή τμημάτων αυτών,
- ζ. την απόφαση για μετατάξεις, αποσπάσεις, μεταθέσεις προσωπικού πλην ιατρών μεταξύ των μονάδων του,
- η. την εποπτεία στις διαδικασίες προμηθειών των αποκεντρωμένων μονάδων,
- θ. την παρακολούθηση και εφαρμογή ενιαίου λογιστικού σχεδίου,
- ι. την αξιολόγηση του παραγομένου από τις μονάδες έργου,
- ια. τη σύνταξη εκθέσεως πεπραγμένων,
- ιβ. την επαναπροκήρυξη πλήρωσης θέσεων ιατρών,
- ιγ. την απόσπαση των υπαλλήλων,
- ιδ. τη χορήγηση εκπαιδευτικών αδειών,
- ιε. τον τρόπο λειτουργικής διασύνδεσης των νοσοκομείων,
- ιστ. την αξιοποίηση της περιουσίας των νοσοκομείων,
- ιζ. την έγκριση ερευνητικών προγραμμάτων,
- ιη. τη σύσταση ανωνύμων εταιριών για μελέτη, κατασκευή συντήρηση, κτιριακών υποδομών και εξοπλισμού όλων των μονάδων του.

Αντιστοίχως ο Πρόεδρος του Π.Ε.Σ.Υ.Π. που ήταν ταυτόχρονα και Γενικός Διευθυντής του Π.Ε.Σ.Υ.Π είχε αρμοδιότητες όπως η παρακολούθηση και ο συντονισμός για την εφαρμογή των πολιτικών υγείας, για τη δράση όλων των Μονάδων Παροχής Υγείας και Πρόνοιας, ασκούσε πειθαρχική εξουσία, εκπροσωπούσε το Π.Ε.Σ.Υ.Π., συγκροτούσε ομάδες εργασίας και αποφάσιζε για αποσπάσεις υπαλλήλων, για μετακινήσεις Διοικητών νοσοκομείων και για ό,τι άλλο του ανέθετε το Διοικητικό Συμβούλιο. Αναπληρωνόταν στο έργο του από τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή στον οποίο είχε ανατεθεί με το νόμο η αρμοδιότητα για τα θέματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, και κοινωνικής φροντίδας.

Εκτός από το εννεαμελές Δ.Σ. το Π.Ε.Σ.Υ.Π., διέθετε ενδεκαμελές Επιστημονικό Συμβούλιο από Διευθυντές Ιατρούς προκειμένου να γνωμοδοτεί σε ερωτήματα του Προέδρου του Π.Ε.Σ.Υ.Π., του Δ.Σ. του Π.Ε.Σ.Υ.Π., να εισηγείται στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας για επιστημονικά θέματα της περιφέρειας, να απαντά σε ερωτήματα των Επιστημονικών Συμβουλίων των νοσοκομείων και να συγκροτεί Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας. Στα Π.Ε.Σ.Υ.Π. επίσης συστήθηκε Νοσηλευτικό Συμβούλιο και επταμελές Επιστημονικό Συμβούλιο για θέματα Κοινωνικής Φροντίδας.

Στο άρθρο 3 του νόμου αυτού αναφέρεται αναλυτικά το έργο κάθε Διεύθυνσης του Π.Ε.Σ.Υ.Π., δηλαδή:

- α. της Διεύθυνσης Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Υγείας, στην οποία υπήγοντο το Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας, το Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας, το Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης,
- β. της Διεύθυνσης Οργάνωσης και Διοικητικής Υποστήριξης, στην οποία υπήγοντο το Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης Μονάδων Υγείας, το Τμήμα Οργανωτικής Ανάπτυξης, Μηχανοργάνωσης και Εξοπλισμού και το Τμήμα Προμηθειών,
- γ. της Διεύθυνσης Ανθρώπινου Δυναμικού που περιελάμβανε το Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων και το Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Διεθνών Συνεργασιών.
- δ. Προβλέφθηκε επίσης η δυνατότητα σύστασης ενιαίας Νομικής Υπηρεσίας.

Για τη λειτουργία των νοσοκομείων ορίστηκε ότι αυτά συνδέονται μεταξύ τους λειτουργικά, νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά, κάτω από το συντονισμό της κεντρικής υπηρεσίας του Π.Ε.Σ.Υ.Π. Τα νοσοκομεία διοικούνταν από πενταμελές συμβούλιο διοίκησης και από τον διοικητή πενταετούς θητείας. Οι διοικητές των νοσοκομείων όχι μόνον έπρεπε να έχουν εξειδικευμένα προσόντα σε θέματα στρατηγικού σχεδιασμού, προγραμματισμού, οργάνωσης διοίκησης και λειτουργίας νοσοκομείων ή επιχειρήσεων, οικονομικών της υγείας, εμπειρίας αλλά επιπλέον υπέγραφαν συμβόλαιο αποδοτικότητας στο οποίο καταχωρούνταν οι ειδικότερες υποχρεώσεις τους για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων.

Ο αρχικός νόμος 2889/01 συμπληρώθηκε από το νόμο 2955/01, σύμφωνα με τον οποίο οι προμήθειες των νοσοκομείων μπορούσαν να γίνονται από το Π.Ε.Σ.Υ.Π.. Στόχος υπήρξε η συνολική αντιμετώπιση των αναγκών των μονάδων μιας περιφέρειας προκειμένου να επιτυγχάνονται καλύτερες τιμές και να αποφεύγονται φαινόμενα αδιαφάνειας. Ορίστηκε στο άρθρο 3 ότι κάθε αποκεντρωμένη μονάδα έπρεπε να υποβάλει στο Π.Ε.Σ.Υ.Π. Πρόγραμμα

Προμηθειών για το επόμενο έτος μέχρι τέλους Φεβρουαρίου. Το Π.Ε.Σ.Υ.Π. μπορούσε και όφειλε να ελέγχει, αξιολογεί και εγκρίνει την σκοπιμότητα των προτάσεων, να καταρτίζει το Πρόγραμμα Προμηθειών ολόκληρης της περιφέρειας και να το υποβάλει στα αρμόδια Υπουργεία. Ταυτόχρονα το Π.Ε.Σ.Υ.Π. όφειλε να εξοφλεί αμέσως τους προμηθευτές. Για το λόγο αυτό μπορούσε να δανειστεί από τον ιδιωτικό τομέα. Στον ίδιο νόμο απαγορεύτηκε η δυνατότητα δωρεών μηχανημάτων που για να λειτουργήσουν έπρεπε να χρησιμοποιούνται μόνο υλικά του δωρητού. Θεσπίστηκε επίσης η δυνατότητα διαγωνισμού με προσφορά τιμής ανά εξέταση ή πράξη. Παράλληλα για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών θεσπίστηκε η λειτουργία απογευματινών ιατρείων και η δυνατότητα συμβάσεων με ασφαλιστικές εταιρίες.

Το 2003 με το νόμο 3106 προστέθηκε στην υπηρεσία του Π.Ε.Σ.Υ.Π. ένα ακόμα Τμήμα, εκείνο των Κοινωνικών Υπηρεσιών καθώς και Επιστημονικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας. Με το νόμο αυτό θεσπίστηκαν τα Προγράμματα «Βοήθειας στο Σπίτι», Προγράμματα Διερμηνείας στη Νοηματική Γλώσσα και η δυνατότητα ίδρυσης ξενώνων Νοσηλευτικής Φροντίδας και Ανακουφιστικής Αγωγής Ασθενών Τελευταίου Σταδίου.

3.2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ 2889/2001, ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΑΡΘΡΟ 101 ΤΟΥ ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΟΣ

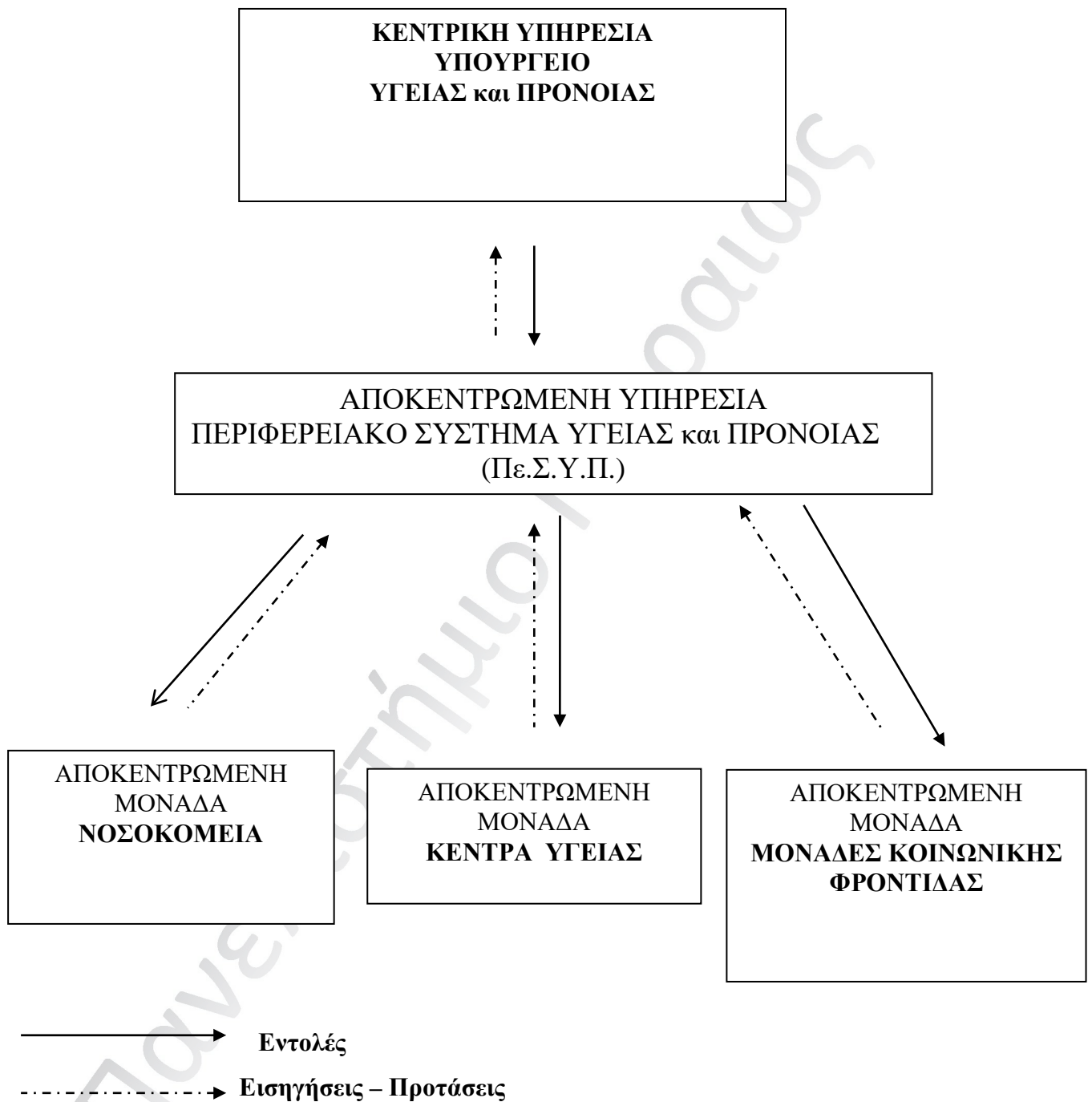
Ο Νόμος 2889/2001, όπως αυτός συμπληρώθηκε και τροποποιήθηκε στα επόμενα δύο έτη, προκειμένου να ολοκληρωθεί η μεταρρύθμιση του Ε.Σ.Υ., και το αποκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης στον τομέα της υγείας, **έχει όλα τα χαρακτηριστικά του αποκεντρωτικού συστήματος διοίκησης.**

Συγκεκριμένα ως περιφερειακή διοικητική υπηρεσία ασκούσε αποφασιστικές αρμοδιότητες, όχι μόνο στα πλαίσια της διοικητικής και οικονομικής αυτοτέλειας, όπως συμβαίνει με κάθε ΝΠΔΔ, αλλά έχοντας την ευθύνη για ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών από γεννήσεως μέχρι θανάτου των πολιτών σε επίπεδο περιφέρειας, ελάμβανε αποφάσεις για ερευνητικά προγράμματα, για κοινούς διαγωνισμούς, για στελέχωση των μονάδων με μετακίνηση από τη μία στην άλλη του απαραίτητου προσωπικού, με το σχεδιασμό και υλοποίηση πολιτικών, διαφορετικών σε κάθε περιφέρεια, εντός του πλαισίου που είχε ορίσει το Υπουργείο «Η υγεία κοντά στον πολίτη».

Η απόδοση του νόμου αυτού δεν μπορεί να αξιολογηθεί διότι, από το 2001 μέχρι και το τέλος του 2003 οι υπηρεσίες των ΠΕΣΥΠ ασχολήθηκαν με τη στελέχωση των υπηρεσιών, τις μετατάξεις, αποσπάσεις, μεταθέσεις, μετακινήσεις υπαλλήλων όλων των μονάδων που προσαρτήθηκαν σαν αποκεντρωμένες στα ΠΕΣΥΠ και την καταγραφή όλων των αναγκών των πολιτών κάθε περιφέρειας. Τον Μάρτιο του 2004, με την αλλαγή της Κυβέρνησης, η οποία είχε άλλες κατευθύνσεις στον τομέα της υγείας, έπαψε να εφαρμόζεται ο Νόμος 2889/2001. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι είχε προηγηθεί το 2002 η απομάκρυνση του Υπουργού Α. Παπαδόπουλου και η αντικατάστασή του από τον Καθηγητή Στεφανή λόγω των πιέσεων που ασκήθηκαν στο Πρωθυπουργό Κώστα Σημίτη, από της πλέον ισχυρή κοινωνική ομάδα των ιατρών και των συμφερόντων που αυτή εκπροσωπεί, και ιδιαίτερα των πανεπιστημιακών γιατρών, που είχαν «ενοχληθεί» από την πολιτική που προωθούσε ο τότε Υπουργός.

Επομένως, ο Νόμος 2889/2001 δεν πρόλαβε να εφαρμοστεί και να αποδώσει καρπούς.

Πανεπιστήμιο /



Σχήμα 1. Οι σχέσεις Υπουργείου και «περιφερειακών» υπηρεσιών βάσει των διατάξεων του Νόμου 2889/2001

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Ο ΝΟΜΟΣ 3329/2005

Στις εκλογές του Μαρτίου 2004, το κόμμα της Νέας Δημοκρατίας σχημάτισε Κυβέρνηση. Η ακολουθητέα πολιτική στον τομέα της υγείας, σύμφωνα με το πρόγραμμα που είχε ανακοινώσει προεκλογικά το κόμμα της Νέας Δημοκρατίας, προέβλεπε την κατάργηση των ΠΕΣΥΠ. Τελικώς ο πρώτος Υπουργός Υγείας αυτής της Κυβέρνησης, Α. Κακλαμάνης, επέβαλε τη διαφορετική άποψή του και έτσι τα ΠΕΣΥΠ παρέμειναν και «μετεξελίχθηκαν» ένα χρόνο αργότερα με το Ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» σε ΔΥΠΕ. Όλοι από τότε και μέχρι σήμερα θεωρούν, ότι ο σκοπός των περιφερειακών αυτών υπηρεσιών παρέμεινε ο ίδιος και άλλαξε μόνον η επωνυμία των ΝΠΔΔ.

Στην αιτιολογική έκθεση που υπεβλήθη προς τη Βουλή των Ελλήνων αναφέρεται, ότι η κυβέρνηση εκείνη θέλησε με το νόμο αυτό να δημιουργήσει Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με σκοπό την ουσιαστική αποκέντρωση των υπηρεσιών και τη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών. Γι' αυτό, στην επόμενη από το Υπουργείο Υγείας βαθμίδα του αποκεντρωμένου συστήματος προβλέφθηκε η σύσταση ΝΠΔΔ με την επωνυμία ΔΥΠΕ. Οι ΔΥΠΕ, σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση επρόκειτο να είναι υπεύθυνες για την υγειονομική πολιτική και την πολιτική κοινωνικής αλληλεγγύης στην τοπική περιφέρεια της αρμοδιότητάς των. Ως μεγάλη καινοτομία του συστήματος παρουσιάστηκε, ότι τα νοσοκομεία και οι μονάδες κοινωνικής βαθμίδας, η τρίτη βαθμίδα της υγειονομικής πυραμίδας θα ξαναγίνουν ΝΠΔΔ με δικά τους όργανα, περιουσία και προϋπολογισμό για να αποκτήσουν ουσιαστικές αρμοδιότητες και να επιτευχθεί πραγματική αποκέντρωση. Τα ΠΕΣΥΠ σύμφωνα με την ίδια έκθεση, αποδείχθηκαν εξαιρετικά δυσλειτουργικά και πολυδάπανα, ενώ στέρησαν τα Νοσοκομεία από οποιαδήποτε δυνατότητα αυτενέργειας, με αποτέλεσμα να συσσωρευτεί απίστευτη γραφειοκρατία και συνεχής δυσλειτουργία. Τα Νοσοκομεία ως αυτοτελή ΝΠΔΔ θα μπορούσαν πλέον κατά την αιτιολογική έκθεση, αυτοτελώς να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες τους. Οι ΔΥΠΕ προβλέπονταν να είναι ουσιαστικοί διοικητικοί μοχλοί συντονισμού, ανάπτυξης, χάραξης πολιτικής και ελέγχου ποιότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών προς όφελος του πολίτη και να προχωρήσουν σε ενιαία συστήματα μηχανοργάνωσης των εποπτευομένων φορέων και να

ελέγξουν τις προμήθειες. Η πρόβλεψη σύστασης ενιαίας τεχνικής υπηρεσίας υποστηρίχθηκε, ότι απεδείκνυε την πρόθεση του Υπουργείου για πραγματική αυτόνομη ανάπτυξη της περιφέρειας.

Στο άρθρο 42 του νόμου αυτού αναφέρεται, ότι από 3 Μαΐου 2005 καταργούνται τα ΠΕΣΥΠ του Ν. 2889/2001 και ρητώς αναφέρεται, ότι καταργούνται οι διατάξεις των άρθρων 1, 2, 3, 4, 5, 12 του ίδιου νόμου και κάθε άλλη διάταξη που είναι αντίθετη στις διατάξεις του νόμου αυτού. Επίσης δυνάμει του ίδιου άρθρου έληξε αζημίως για το δημόσιο η θητεία των υπηρετούντων Προέδρων, Γενικών Διευθυντών ΠΕΣΥΠ, Αναπληρωτών Γενικών Διευθυντών, των οποίων οι θέσεις καταργήθηκαν, και των Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών των νοσοκομείων, που παραιτήθηκαν αυτοδικαίως μέχρι του διορισμού νέων.

Στο άρθρο 1 του Ν. 3329/2005, στην αρχική μορφή του, ορίστηκε ότι η Επικράτεια διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες που ταυτίζονται με τις διοικητικές και κατ' εξαίρεση, η Περιφέρεια της Αττικής διαιρέθηκε σε τρεις υγειονομικές περιφέρειες, η Περιφέρεια της Κεντρικής Μακεδονίας καθώς και η Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου διαιρέθηκαν εκάστη σε δύο υγειονομικές περιφέρειες. Στο ίδιο άρθρο προσδιορίζονται οι δήμοι που περιλαμβάνονται σε κάθε υγειονομική περιφέρεια.

Στην παράγραφο 2 του ίδιου άρθρου ορίστηκε, ότι στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συστήνεται ΝΠΔΔ με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, με επωνυμία «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας ΔΥΠΕ», που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας περιφέρειας και με έδρα την πόλη όπου εδρεύει η περιφέρεια. Η παράγραφος συμπληρώνεται από τη διάταξη περί ελέγχου και εποπτείας της κάθε ΔΥΠΕ από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Στην παράγραφο 5 του ίδιου άρθρου προβλέφθηκε ότι η κυριότητα της κινητής και ακίνητης περιουσίας των πρώην ΠΕΣΥΠ, των νοσοκομείων του ΕΣΥ και των μονάδων κοινωνικής φροντίδας με την επιφύλαξη των διατάξεων για κληρονομίες, κληροδοσίες και δωρεές περιέρχεται αυτοδικαίως στο ελληνικό Δημόσιο, ενώ οι ΔΥΠΕ, τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και οι μονάδες κοινωνικής φροντίδας διατήρησαν τη χρήση και διαχείριση των περιουσιακών στοιχείων που χρησιμοποιούσαν για πραγματοποίηση των σκοπών τους και περιήλθαν κατά πλήρη κυριότητα στο ελληνικό δημόσιο, ενώ εξακολούθησαν να βαρύνονται με τις πάσης φύσεως δαπάνες για επισκευή και συντήρηση.

Με το Νόμο 3370/2005 άρθρο 50 παρ. 1 (ΦΕΚ Α' 176/11-7-2005) ήτοι τρεις μόλις μήνες μετά την ψήφιση του νόμου του Ν. 3329/2005, αντικαταστάθηκε η παρ. 5 του άρθρου 1 και προστέθηκε μία ακόμη παράγραφος.

Η παράγραφος 5 διατυπώθηκε ως εξής: «*Στην κάθε ΔΥΠΕ περιέρχεται αυτοδικαίως κατά κυριότητα, χωρίς την τήρηση οποιουδήποτε τύπου, πράξης ή συμβολαίου και με την επιφύλαξη των διατάξεων περί κληρονομιών, κληροδοσιών και δωρεών το σύνολο της κινητής και ακίνητης περιουσίας του αντίστοιχου ΠΕΣΥΠ*». Η νέα παράγραφος 6 που προστέθηκε με την τροποποίηση αυτή προέβλεπε, ότι τα Κέντρα Υγείας με τα περιφερειακά τους ιατρεία μπορούν να μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια.

Το ίδιο άρθρο 1 του Ν. 3329/2005 τροποποιήθηκε για δεύτερη φορά με το Ν. 3527/2007 ΦΕΚ Α' 25/9-2-2007. Σύμφωνα με αυτή τη νέα τροποποίηση που εξακολουθεί να ισχύει, η επικράτεια διαιρέθηκε σε επτά υγειονομικές περιφέρειες, αντί δεκαεπτά που ήταν μέχρι τότε, ήτοι:

α. την Πρώτη Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, που προέκυψε από τη συγχώνευση δια απορροφήσεως της πρώην Πρώτης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής από την πρώην Δεύτερη Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, με έδρα την Αθήνα

β. τη Δεύτερη Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου, που προέκυψε από τη συγχώνευση δια απορροφήσεως των Υγειονομικών Περιφερειών πρώην Βορείου Αιγαίου, πρώην Α' Νοτίου Αιγαίου και πρώην Β' Νοτίου Αιγαίου από την πρώην Γ' Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, με έδρα τον Πειραιά

γ. τη Τρίτη Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας που προέκυψε από τη συγχώνευση δια απορροφήσεως της πρώην Υγειονομικής Περιφέρειας Δυτικής Μακεδονίας από την πρώην Β' Υγειονομική Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, με έδρα τη Θεσσαλονίκη

δ. την Τέταρτη Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης, που προέκυψε από τη συγχώνευση δια απορροφήσεως της πρώην Υγειονομικής Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης από την πρώην Α' υγειονομική Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας, με έδρα πάλι τη Θεσσαλονίκη,

ε. την Πέμπτη Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας που προέκυψε από τη συγχώνευση δια απορροφήσεως της πρώην Υγειονομικής Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας από την πρώην Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας με έδρα τη Λάρισα,

στ. την Έκτη Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας που προέκυψε από τη συγχώνευση δια απορροφήσεως της πρώην Υγειονομικής Περιφέρειας Ηπείρου και Ιονίων Νήσων από την πρώην Υγειονομική Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας με έδρα την Πάτρα,

ζ. την Έβδομη Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης με έδρα το Ηράκλειο.

Με την τροποποίηση αυτή άλλαξε για άλλη μια φορά η παράγραφος 5 του άρθρου 1 προκειμένου και το σύνολο της κινητής και ακίνητης περιουσίας των συγχωνευομένων υγειονομικών περιφερειών περιέρχεται στις προκύπτουσες από τις συγχωνεύσεις υγειονομικές περιφέρειες με την έκδοση διαπιστωτικής πράξης του Υπουργού Υγείας, με απόφαση του οποίου μπορεί επίσης κινητή ή ακίνητη περιουσία των συγχωνευομένων ΔΥΠΕ να περιέρχεται σε ΝΠΔΔ που υπάγεται στην ΔΥΠΕ, εάν η περιουσία ανήκε στο εν λόγω ΝΠΔΔ πριν το Ν. 2889/2001.

Ο σκοπός των ΔΥΠΕ προσδιορίστηκε με το άρθρο 2 του Ν. 3329/05 και συνίσταται αποκλειστικά σε:

α. Προγραμματισμό, συντονισμό, εποπτεία και έλεγχο των νοσοκομείων, κέντρων υγείας, μονάδων κοινωνικής φροντίδας, κέντρων ψυχικής υγείας και απεξάρτησης και άλλων ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ του δημόσιου τομέα που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας,

β. Υποβολή προς τον Υπουργό Υγείας εισηγήσεων, προτάσεων και μέτρων που αποσκοπούν στην καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας και

γ. Παρακολούθηση της εφαρμογής της πολιτικής που χαράσσει το υπουργείο Υγείας από τις διοικήσεις των εποπτευομένων φορέων.

Το άρθρο 3 στην αρχική του μορφή προέβλεπε, ότι τα όργανα διοίκησης της ΔΥΠΕ ήσαν ο Διοικητής και το επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο που απαρτίζεται από το Διοικητή της ΔΥΠΕ, τρία διοριζόμενα από τον Υπουργό πρόσωπα, έναν εκπρόσωπο της περιφέρειας που προσδιορίζονταν από τον Γενικό Γραμματέα της, έναν ιατρό που προσδιορίζονταν από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο ή τη Γενική Συνέλευση Ιατρικού Τμήματος Πανεπιστημιακής Κλινικής και έναν εκπρόσωπο των εργαζομένων στη ΔΥΠΕ, που εκλεγόταν από αυτούς.

Ο Διοικητής της ΔΥΠΕ προβλέπεται να είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης με διετή θητεία που διορίζεται από τον Υπουργό ύστερα από γνώμη της βουλής των Ελλήνων και επιτρέπεται η πρόωγη λήξη της θητείας για σπουδαίο λόγο αζημίως για το Δημόσιο, όπως και η απόσπασή του σε άλλη περιφέρεια προς κάλυψη υπηρεσιακών αναγκών. Οι αρμοδιότητές του, όσον αφορά θέματα υγείας, είναι σχεδιαστικές, προγραμματικές, εγκριτικές, οργανωτικές, συντονιστικές, ελεγκτικές, γνωμοδοτικές και εισηγητικές.

Οι μόνες αποφασιστικές αρμοδιότητες του αφορούν σε:

- α. μετατάξεις, αποσπάσεις και μεταθέσεις προσωπικού των εποπτευομένων φορέων πλην του ιατρικού,
- β. μετακινήσεις ιατρικού και λοιπού προσωπικού για κάλυψη εφημεριών ή άλλων αναγκών, μέχρι τρεις μήνες ανά έτος, καθώς και των διοικητών και των αναπληρωτών αυτών των εποπτευομένων μονάδων,
- γ. τοποθετήσεις προϊσταμένων διευθύνσεων τμημάτων και γραφείων της ΔΥΠΕ και των εποπτευομένων φορέων ,
- δ. συγκροτήσεις ομάδων εργασίας για εισηγήσεις και γνωμοδοτήσεις σε θέματα που αφορούν τις ΔΥΠΕ και τους εποπτευόμενους φορείς,
- ε. πρόσληψη προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου ή ορισμένου χρόνου ,
- στ. οικονομική και διοικητική ενίσχυση και υποστήριξη των εποπτευομένων από τη ΔΥΠΕ φορέων,
- ζ. τρόπο και τις διαδικασίες διενέργειας κοινών διαγωνισμών μεταξύ των εποπτευομένων φορέων και τη χρηματοδότησή τους,
- η. διορισμό πληρεξουσίων δικηγόρων για ανάθεση εκπροσώπησης της ΔΥΠΕ στον αντιπρόεδρο του ΔΣ, για μεταβίβαση αρμοδιοτήτων του στον αντιπρόεδρο του ΔΣ ή σε διοικητές και αναπληρωτές νοσοκομείων ή σε ιεραρχικά υφιστάμενα όργανα του ,

- θ. σύγκληση συλλογικών οργάνων της ΔΥΠΕ, σύνταξη ημερήσιας διάταξης,
- ι. άσκηση ιεραρχικού και πειθαρχικού ελέγχου υπαλλήλων της ΔΥΠΕ και εποπτευομένων φορέων,
 - ια. διάθεση του μη χρησιμοποιούμενου υλικού των φορέων ευθύνης του σε άλλους φορείς και
 - ιβ. σύσταση ανωνύμων εταιριών για τη μελέτη, κατασκευή, συντήρηση κτιριακών υποδομών ή για τη διενέργεια διαγωνισμών για σύναψη συμβάσεων και άλλων υποστηρικτικών λειτουργιών εξαιρουμένων των νοσηλευτικών και ιατρικών υπηρεσιών.

Οι αρμοδιότητες του Διοικητικού Συμβουλίου της ΔΥΠΕ είναι εγκριτικές, εισηγητικές, συντονιστικές, ελεγκτικές.

Οι **μόνες αποφασιστικές** αρμοδιότητες του ΔΣ αφορούν σε:

- α. τελική έγκριση πράξεων για θέματα υιοθεσίας και αναδοχής,
- β. αποδοχή δωρεών και κληροδοτημάτων υπέρ των εποπτευομένων φορέων καθώς και για τη σκοπιμότητα αποφάσεων των εποπτευομένων φορέων για εκποίηση περιουσιακών στοιχείων,
- γ. έκδοση εντολών μετακίνησης του Διοικητή της ΔΥΠΕ,
- δ. διενέργεια κοινών διαγωνισμών μεταξύ των εποπτευομένων φορέων και την υλοποίηση προγραμμάτων κοινής λειτουργίας τμημάτων εργαστηρίων και μονάδων αυτών,
- ε. σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων άνω των 100.000 Ευρώ και μέχρι 234.000 Ευρώ, καθορίζοντας και τον φορέα διενέργειας του διαγωνισμού και
- στ. έγκριση επιχειρησιακού σχεδίου δράσης για παροχή υπηρεσιών υγείας και αλληλεγγύης και για αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών και εκτάκτων αναγκών, ως και του ενιαίου προγράμματος προμηθειών των εποπτευομένων φορέων.

Με το Ν. 3527/2007 ΦΕΚ Α΄ 25/9-2-2007 τροποποιήθηκε η παράγραφος 1 του άρθρου 3 και εδάφια της παραγράφου 2 και ορίστηκε, ότι τα όργανα διοίκησης της ΔΥΠΕ είναι ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας και δύο Υποδιοικητές, άπαντες πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, με διετή θητεία, που μπορεί ή να ανανεώνεται ή να λήγει προώρως αζημίως για το Δημόσιο ΧΩΡΙΣ ΣΠΟΥΔΑΙΟ ΛΟΓΟ. Επίσης αντικαταστάθηκε η παράγραφος 4 και ορίστηκε, ότι η θητεία των Διοικητών και μελών του ΔΣ που υπηρετούσαν κατά τη δημοσίευση του Νόμου 3527/07 έληξε αυτοδικαίως.

Με τον ίδιο νόμο προστέθηκε μία παράγραφος, δυνάμει της οποίας οι αρμοδιότητες του ΔΣ της ΔΥΠΕ και του Αντιπροέδρου της ΔΥΠΕ περιήλθαν στο Διοικητή της ΔΥΠΕ. Ορίστηκε επίσης ότι ο Διοικητής των εποπτευομένων από τη ΔΥΠΕ φορέων είναι αρμόδιος για προμήθειες αξίας 15.000 Ευρώ ετησίως για το σύνολο των κωδικών ανά αντικείμενο προμήθειας έργου ή υπηρεσίας. Το ποσό αυτό ορίστηκε σε 45.000 Ευρώ για το ΔΣ εποπτευομένων από τη ΔΥΠΕ φορέων, σε 100.000 Ευρώ για το Διοικητή της ΔΥΠΕ και σε 234.000 Ευρώ για τη Μόνιμη Επιτροπή Δαπανών και Προμηθειών κάθε ΔΥΠΕ.

Σύμφωνα με το άρθρο 4 η ΔΥΠΕ στελεχώνεται από τέσσερις Διευθύνσεις, τρία Γραφεία ενώ περιλαμβάνει και ένα Κέντρο.

α. Η Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης περιλαμβάνει το Τμήμα περιφερειακού Χάρτη Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας και το Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης υπό το οποίο λειτουργεί ο Ειδικός Λογαριασμός κονδυλίων Έρευνας και Ανάπτυξης (ΕΛΚΕΑ).

β. Η Διεύθυνση Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης περιλαμβάνει το Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης και το Τμήμα Προμηθειών.

γ. Η Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού περιλαμβάνει το Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Διεθνών Συνεργασιών, το Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων και το Τμήμα Υγιεινής και Ασφάλειας των Εργαζομένων.

δ. Η Διεύθυνση Πληροφορικής περιλαμβάνει το Τμήμα Συστημάτων Πληροφορικής και το Τμήμα Υποδομών Πληροφορικής.

ε. Τα προβλεπόμενα γραφεία είναι του Διοικητή της ΔΥΠΕ, το Νομικό Γραφείο και το Γραφείο Τύπου και Επικοινωνίας.

στ. Το προβλεπόμενο να συσταθεί κέντρο ήταν το Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών για θέματα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, αλλά ποτέ δεν λειτούργησε.

Στο νόμο ορίζονται οι αρμοδιότητες κάθε Τμήματος και Γραφείου οι οποίες αφορούν σε καταγραφή και ανάλυση πληροφοριών σε σχέση με την υγεία και την κοινωνική αλληλεγγύη, σε υποστήριξη, έλεγχο, παρακολούθηση και αξιολόγηση των εποπτευομένων φορέων, μέριμνα για την εφαρμογή της πολιτικής που χαράσσει το Υπουργείο, σχεδιασμό για την κάλυψη των αναγκών και σε προγραμματισμό εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων.

Για το Γραφείο Τύπου και Επικοινωνίας ορίζεται, ότι είναι αρμόδιο για τη σύνταξη και έκδοση ημερήσιου Δελτίου Τύπου προς ενημέρωση της ΔΥΠΕ και των εποπτευομένων φορέων καθώς και για τη διοργάνωση συνεδρίων, ημερίδων, συνεντεύξεων και λοιπών εκδηλώσεων.

Προβλέφθηκε επίσης η δυνατότητα σύστασης Ενιαίας Νομικής και Ενιαίας Τεχνικής Υπηρεσίας.

Σύμφωνα με το άρθρο 5 οι πόροι των ΔΥΠΕ είναι επιχορηγήσεις από τον τακτικό κρατικό προϋπολογισμό και τον προϋπολογισμό δημοσίων επενδύσεων, ποσοστό 1% των βεβαιωθέντων εσόδων των εποπτευομένων νοσοκομείων, έσοδα από εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων και από προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή ημεδαπών και αλλοδαπών οργανισμών ή μη κερδοσκοπικών οργανισμών ή από άλλες ερευνητικές δραστηριότητες, από κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τη δραστηριότητα της κάθε ΔΥΠΕ και από δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων.

Το άρθρο αυτό τροποποιήθηκε με το νόμο 3527/07 ως προς το εδάφιο περί δωρεών, στο οποίο προστέθηκαν οι λέξεις « *κατόπιν εγκρίσεως του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης*».

Με το άρθρο 6 του Νόμου συστήθηκε Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών με σκοπό το συντονισμό του έργου των διοικητών των ΔΥΠΕ και την εναρμόνιση των πολιτικών τους για την υγεία και την κοινωνική αλληλεγγύη.

Επίσης προβλέφθηκε η σύσταση Συμβουλίου Υγειονομικής Περιφέρειας στη έδρα κάθε ΔΥΠΕ με γνωμοδοτικό προς τον Υπουργό Υγείας έργο με σκοπό το συντονισμό των διοικήσεων των εποπτευομένων φορέων, προκειμένου οι πολιτικές υγείας που ακολουθούν να εναρμονίζονται με την πολιτική του Υπουργείου, το οποίο δεν λειτούργησε ποτέ. Το Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας αποτελείτο από την Ολομέλεια και τη Συντονιστική Επιτροπή. Στην ολομέλεια έπρεπε να μετέχουν εκπρόσωπος της ΑΔΕΔΥ, εκπρόσωπος της ΓΣΕΕ, εκπρόσωποι των ιατρών, των οδοντιάτρων, των νοσηλευτών, των φαρμακοποιών, των μαιών, των κοινωνικών λειτουργών και των γενικών ιατρών πλέον εκπροσώπου πανεπιστημιακών κλινικών, νομαρχιακής αυτοδιοίκησης και της διοικητικής περιφέρειας.

Το άρθρο 6 τροποποιήθηκε με το Ν. 3527/2007 ως προς το σκοπό του ΚΕΣΥΠΕ το οποίο είναι αρμόδιο επιπλέον για την έγκριση του ετήσιου επιχειρησιακού σχεδίου παροχής υπηρεσιών σε κάθε ΔΥΠΕ, του επιχειρησιακού σχεδίου αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών κάθε ΔΥΠΕ και των προτάσεων των εποπτευομένων από κάθε ΔΥΠΕ φορέων σχετικά με τους οργανισμούς τους.

Σύμφωνα με το άρθρο 7 του Νόμου τα νοσοκομεία του ΕΣΥ **έπαψαν να αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των ΠΕΣΥΠ** και ξαναέγιναν ΝΠΔΔ με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Προβλέπεται επίσης ότι τα όργανα διοίκησης των νοσοκομείων του ΕΣΥ είναι το επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο και ο Διοικητής του Νοσοκομείου με διετή θητεία. Η θητεία του Διοικητή και του Αναπληρωτή Διοικητή μπορεί να λήξει πρόωρα για σπουδαίο λόγο, διάταξη που τροποποιήθηκε με το νόμο 3527/2007 και αφαιρέθηκε η επίκληση του σπουδαίου λόγου. Τα προσόντα που πρέπει να διαθέτουν για να οριστούν με απόφαση του Υπουργού είναι Πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης οποιοδήποτε γνωστικού αντικείμενου. Με το Ν. 3627/2007 προσετέθη εδάφιο που προβλέπει, ότι δεν μπορεί να διοριστεί Διοικητής ή Αναπληρωτής του σε νοσοκομείο όποιος είχε ή έχει εργαστεί ή υπηρετεί στο νοσοκομείο αυτό.

Από τις αρμοδιότητες που έχει ο Διοικητής κάθε νοσοκομείου **μόνον τέσσερις έχουν σχέση με την επικοινωνία του νοσοκομείου με τη ΔΥΠΕ**. Συγκεκριμένα ο Διοικητής του νοσοκομείου υποβάλλει στο Διοικητή της ΔΥΠΕ σε μηνιαία βάση ενημερωμένο Χάρτη Υγείας του νοσοκομείου, σε τριμηνιαία βάση έκθεση πεπραγμένων και σε ετήσια βάση έκθεση πεπραγμένων, υποβάλει δε στο Διοικητή της ΔΥΠΕ προς έγκριση την επαναπροκήρυξη θέσεων ιατρών ΕΣΥ, την παράταση παραμονής ειδικευομένων ιατρών και την πρόταση πρόσληψης επικουρικού προσωπικού για κάλυψη επιτακτικών αναγκών. Επίσης εισηγείται στο Διοικητή της ΔΥΠΕ τη διάθεση σε άλλους φορείς του μη χρησιμοποιούμενου από το νοσοκομείο υλικού.

Με το Ν. 3868/2010 ΦΕΚ Α' 129/3-8-2010 προστέθηκε εδάφιο στην παράγραφο 1, το οποίο προβλέπει, ότι με προεδρικά διατάγματα μπορούν να ιδρύονται, να συγχωνεύονται, να μετατρέπονται ή να καταργούνται ολικά ή μερικά τα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Επίσης αντικαταστάθηκε η παράγραφος 4 και έτσι πλέον το Διοικητικό Συμβούλιο των νοσοκομείων από 1-1-2011 θα είναι πενταμελές.

Κατά τη διακυβέρνηση από τη Νέα Δημοκρατία, εκτός από το νόμο 3329/2005, όπως αυτός τροποποιήθηκε και ισχύει, ψηφίστηκε και ο νόμος 3580/2007 για να ρυθμίσει θέματα προμηθειών όλων των φορέων που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας. Με το νόμο αυτό συστήθηκε ως αυτοτελής δημόσια υπηρεσία με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, υπαγόμενη στον Υπουργό Υγείας, η Επιτροπή Προμηθειών Υγείας, που αποτελείται από εννέα μέλη, όλα διοριζόμενα από την εκάστοτε κυβέρνηση, από μία Διεύθυνση, Τμήματα και Γραμματεία.

Οι αρμοδιότητες της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας είναι η κατάρτιση προγράμματος προμηθειών και υπηρεσιών, ο καθορισμός της κατάλληλης διαγωνιστικής διαδικασίας, η έγκριση τεχνικών προδιαγραφών προϊόντων και υπηρεσιών, η σύνταξη ετήσιου προϋπολογισμού δαπανών και η οικονομική διαχείριση (ενοποιημένη καταγραφή βεβαιωμένων απαιτήσεων, η σύναψη συμβάσεων προμηθειών, η εκκαθάριση λογαριασμών είσπραξης απαιτήσεων και πληρωμών, η εξεύρεση πόρων για την εξόφληση των οφειλών, η δυνατότητα σύναψης συμβάσεων με εμπορικές τράπεζες για τη χρηματοδότηση του προγράμματος, ο έλεγχος και η απογραφή των προμηθειών του προηγούμενου έτους, η υποβολή εισηγήσεων στους Υπουργούς Υγείας, Ανάπτυξης, Οικονομικών, η έγκριση αιτημάτων των εποπτευόμενων νομικών προσώπων, ο οικονομικός έλεγχος αυτών, η αξιολόγηση των προμηθευτών, η παροχή γνωμοδοτήσεων προς τον υπουργό Υγείας, η έκδοση οδηγιών, συστάσεων και υποδείξεων προς τους εποπτευόμενους φορείς, η εκπόνηση κανονισμών, δημιουργία βάσης δεδομένων παρατηρητηρίου τιμών κλπ.

Για τη στελέχωση της μοναδικής διεύθυνσης της Ε.Π.Υ. και των έξι Τμημάτων της καθώς και της Γραμματείας προβλέφθηκε η πρόσληψη είκοσι τεσσάρων (24) υπαλλήλων και δεκαέξι ειδικών επιστημόνων.

Η διενέργεια των διαδικασιών δημοπράτησης για τις προμήθειες και τις αναγκαίες υπηρεσίες ανατέθηκε σε άλλους φορείς, ενώ η σύναψη των συμβάσεων προβλέπεται να γίνεται από την Επιτροπή Προμηθειών Υγείας.

4.2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ 3329/2005, ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΑΡΘΡΟ 101 ΤΟΥ ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΟΣ

Συμπερασματικά τα αναφερόμενα στην αιτιολογική προς τη Βουλή των Ελλήνων Έκθεση για την οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας κατά το αποκεντρωτικό σύστημα, αναιρέθηκαν, τόσο από το Ν. 3329/05, όπως τροποποιήθηκε με τον Ν. 3527/07, όσο και από το Ν. 3580/2007. Η ανατροπή του αποκεντρωτικού συστήματος, που είχε θεσπισθεί με το Ν. 2889/01, και η υιοθέτηση του συγκεντρωτικού συστήματος διοίκησης, έγινε μεθοδευμένα και βήμα - βήμα.

Πρώτα αφαιρέθηκε από την επωνυμία των περιφερειακών αυτών σχηματισμών ο όρος «σύστημα» και αντικαταστάθηκε από τον όρο «διοίκηση». Η αλλαγή αυτή όπως και η αλλαγή στην ονομασία του Υπουργείου από «Υγείας και Πρόνοιας» σε «Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» δεν είναι τυχαία, αλλά σημειολογική. Οι φιλελεύθερες και συγκεντρωτικές πολιτικές επιλογές και κατευθύνσεις της κυβέρνησης της Νέας Δημοκρατίας διατυπώνονται ειλικρινώς. Σύστημα υπάρχει, όταν ανεξάρτητες διοικητικές, λειτουργικές, υπηρεσιακές, επιστημονικές και μη μονάδες συνεργάζονται, συντονίζονται και λειτουργούν για την επίτευξη ορισμένου στόχου. Τα ΠΕΣΥΠ που καταργήθηκαν το 2005 είχαν τα χαρακτηριστικά συστήματος, ενώ οι ΔΥΠΕ όχι.

Τα Διοικητικά Συμβούλια των ΠΕΣΥΠ είχαν μέλη εκπροσώπους διαφόρων κοινωνικών και επιστημονικών φορέων, ενώ τα ΔΣ των ΔΥΠΕ συμμετείχαν κυρίως από διορισμένα από τον Υπουργό μέλη. **Η ροπή προς το συγκεντρωτικό σύστημα** εμφανίστηκε με τη μείωση των μελών του ΔΣ και με την **κατάργησή του**, από το 2007. Έτσι στη διοίκηση των ΔΥΠΕ, διοικητικών οργάνων που υποτίθεται ότι χαράσσουν και υλοποιούν την πολιτική υγείας στην περιφέρεια, όχι μόνο δεν συμμετέχουν εκπρόσωποι της περιφέρειας αλλά ούτε καν των επιστημονικών φορέων ή των οργάνων διοίκησης των νοσοκομείων. Πρόκειται για κατ' ουσία μονοπρόσωπη διοίκηση που ασκείται από το Διοικητή της ΔΥΠΕ.

Τα ΠΕΣΥΠ διοικούσαν από Διοικητικό Συμβούλιο, στο οποίο συμμετείχε και ο Πρόεδρος / Γενικός Διευθυντής ενώ σήμερα οι ΔΥΠΕ διοικούνται **μόνο από Διοικητή** που υποβοηθείται στο έργο του από **δύο Υποδιοικητές**. Ο Διοικητής έχει λιγότερες αρμοδιότητες σε σχέση με τον Πρόεδρο των ΠΕΣΥΠ και αποτελεί όργανο του Υπουργείου, αφού μόνο συντονίζει και

ελέγχει την εφαρμογή πολιτικών, που εκπονούνται απ' το Υπουργείο για την περιφέρεια του, χωρίς να έχει αποφασιστικές αρμοδιότητες που σχετίζονται με την άσκηση πολιτικής.

Θα πρέπει για ιστορικούς λόγους να επισημανθεί ότι οι θεσμικές αυτές ανατροπές έγιναν με την παράγραφο 4 του τρίτου άρθρου στο κεφάλαιο Β' «Λοιπές Διατάξεις» του Νόμου 3527/2007 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» .

Εκτός από την κατάργηση των Διοικητικών Συμβουλίων **καταργήθηκε κάθε άλλο συλλογικό όργανο**, όπως το Επιστημονικό Συμβούλιο, το Νοσηλευτικό Συμβούλιο, το Συμβούλιο για τις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας.

Τα νοσοκομεία έπαψαν να είναι αποκεντρωμένες μονάδες, αλλά αυτοτελή νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και έτσι συμπεριφέρονται αυτόνομα, όπως αναφέρεται στην αιτιολογική έκθεση, γι' αυτό καταργήθηκε το τμήμα Προμηθειών που υπήρχε στα ΠΕΣΥΠ.

Τα Νοσοκομεία έπαψαν να διοικούνται από εξειδικευμένους Διοικητές- managers, που υπέγραφαν συμβόλαιο αποδοτικότητας, σε σχέση με εκείνα που εγγράφως ανέλαμβαναν να πραγματοποιήσουν και να ελεγχθούν, αλλά από πτυχιούχους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, χωρίς να πρέπει να έχουν **απαραίτητα εξειδικευμένες γνώσεις διοίκησης μονάδων υγείας**.

Οι Διοικητές των ΔΥΠΕ και των Νοσοκομείων μπορούν οποτεδήποτε να απομακρυνθούν χωρίς σπουδαίο λόγο, διασφαλιζόμενης έτσι της τυφλής υπακοής στον εκάστοτε διορίζοντα Υπουργό.

Το 2007 οι ΔΥΠΕ από δεκαεπτά (17) συρρικνώθηκαν σε επτά (7). Οι αποφάσεις για όλα τα προβλήματα υγείας της χώρας αντί να λαμβάνονται στη Κοζάνη, στη Θεσσαλονίκη, στη Κομοτηνή, στη Μυτιλήνη, στη Ρόδο, στη Σύρο, στη Τρίπολη, στη Κέρκυρα, στη Λαμία, στη Λάρισα, στα Ιωάννινα, στην Πάτρα, στο Πειραιά και στην Αθήνα, νομοθετήθηκε να λαμβάνονται μόνο στη Θεσσαλονίκη, στη Λάρισα, στη Πάτρα, στον Πειραιά και την Αθήνα. Είναι αυτονόητο ότι οι περιφερειακές διοικήσεις δεν βρίσκονται κοντά στη γέννηση των προβλημάτων και των αναγκών και άρα δεν μπορούν όχι μόνο να κατανοήσουν τα προβλήματα υγείας της περιφέρειας και να τα θεραπεύσουν, αλλά ούτε να τα προλάβουν.

Περιορίζονται σε άσκηση διαχειριστικής πολιτικής μη αναγκαίας, αφού όλες οι μονάδες υγείας είναι ανεξάρτητα νομικά πρόσωπα.

Οι αποφάσεις των οργάνων της ΔΥΠΕ, δηλαδή από το 2007, μόνον του Διοικητού, αφού τότε καταργήθηκαν τα Διοικητικά Συμβούλια, δεν αφορούν στη χάραξη πολιτικής, δεν εξειδικεύουν την οποιαδήποτε πολιτική κατεύθυνση της κεντρικής διοίκησης, αλλά ασχολούνται αποκλειστικά με το εάν οι εποπτευόμενοι φορείς εφαρμόζουν την ενιαία για όλη τη χώρα πολιτική που ορίζει το Υπουργείο Υγείας, δηλαδή λειτουργούν ως χωροφύλακες των διοικητών των νοσοκομείων.

Ο Διοικητής των ΔΥΠΕ παρακολουθεί και ελέγχει την εκτέλεση των προϋπολογισμών και την οικονομική λειτουργία των φορέων παροχής ευθύνης του, αν ακολουθούν την πολιτική που χαράσσει το Υπουργείο, χωρίς να μπορεί να παρέμβει, αλλά μόνον να μην εγκρίνει.

Οι Δ.Υ.Π.Ε. δεν εκπονούν δικά τους σχέδια πολιτικών υγείας, αλλά μόνο εγκρίνουν ή όχι, μετά από αξιολόγηση τις προτάσεις των μονάδων της περιφέρειάς των και αξιολογούν με βάση το στρατηγικό σχεδιασμό του Υπουργείου.

Η ΔΥΠΕ ασκεί μόνο έλεγχο νομιμότητας και όχι σκοπιμότητας των πράξεων των μονάδων της περιφέρειάς της, ενώ το ΠΕΣΥΠ έχοντας πλήρη ευθύνη για όλους τους εποπτευόμενους φορείς ασκούσε και έλεγχο σκοπιμότητας, έτσι π.χ. η αγορά σε κάθε Νοσοκομείο της Περιφέρειας ενός αξονικού τομογράφου αποκλειόταν.

Καταργήθηκε επίσης το Τμήμα των ΠΕΣΥΠ που αφορούσε τις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας και δεν υποκαταστάθηκε από άλλη υπηρεσία, με αποτέλεσμα οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας να μην εξυπηρετούνται από τις ΔΥΠΕ

Ενώ προβλέφθηκε η σύσταση Κέντρου Εξυπηρέτησης Πολιτών για θέματα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ουδέποτε στελεχώθηκε και ουδέποτε λειτούργησε.

Η ΔΥΠΕ ενοποιεί τους προϋπολογισμούς των εποπτευόμενων φορέων και δεν συντάσσει η ίδια ενιαίο προϋπολογισμό σύμφωνα με τις δικές της εκτιμήσεις. Άλλωστε η οικονομική και διοικητική αυτοτέλεια έκαστου εποπτευόμενου φορέα, της απαγορεύει να επέμβει ή να παρέμβει.

Στον τομέα των προμηθειών, όχι μόνο δεν δόθηκε δυνατότητα αποκεντρωμένης διοικητικής δράσης, αλλά αφ' ενός μεν με το Ν 3580/07, κατ' εφαρμογή του συγκεντρωτικού συστήματος όλες οι προμήθειες διενεργούνται από την Επιτροπή προμηθειών Υγείας, που υπάγεται απ' ευθείας στον Υπουργό Υγείας, όπως και η ΔΕΠΑΝΟΜ ΑΕ. Η απόκτηση από τα νοσοκομεία και τις μονάδες κοινωνικής φροντίδας χωριστής νομικής προσωπικότητας με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, επανάφερε το σύστημα προμηθειών υγείας στο προ του Ν. 2889/2001 καθεστώς, ενισχύοντας την επιθυμητή μοναχικότητα κάθε φορέα, εξυπηρετώντας τον συγκεντρωτισμό της κεντρικής εξουσίας, που διορίζει τους ισότιμους Διοικητές, τόσο των ΔΥΠΕ όσο και των Νοσοκομείων. Αυτήν την εποχή (Αύγουστος 2010) όλες οι προμήθειες των νοσοκομείων δεν γίνονται με δημόσιους ανοικτούς διαγωνισμούς, αλλά με πρόχειρους και απευθείας αναθέσεις, διότι η ΕΠΥ δεν επαρκεί να διεκπεραιώσει το τεράστιο έργο προμηθειών όλων των νοσοκομείων της χώρας.

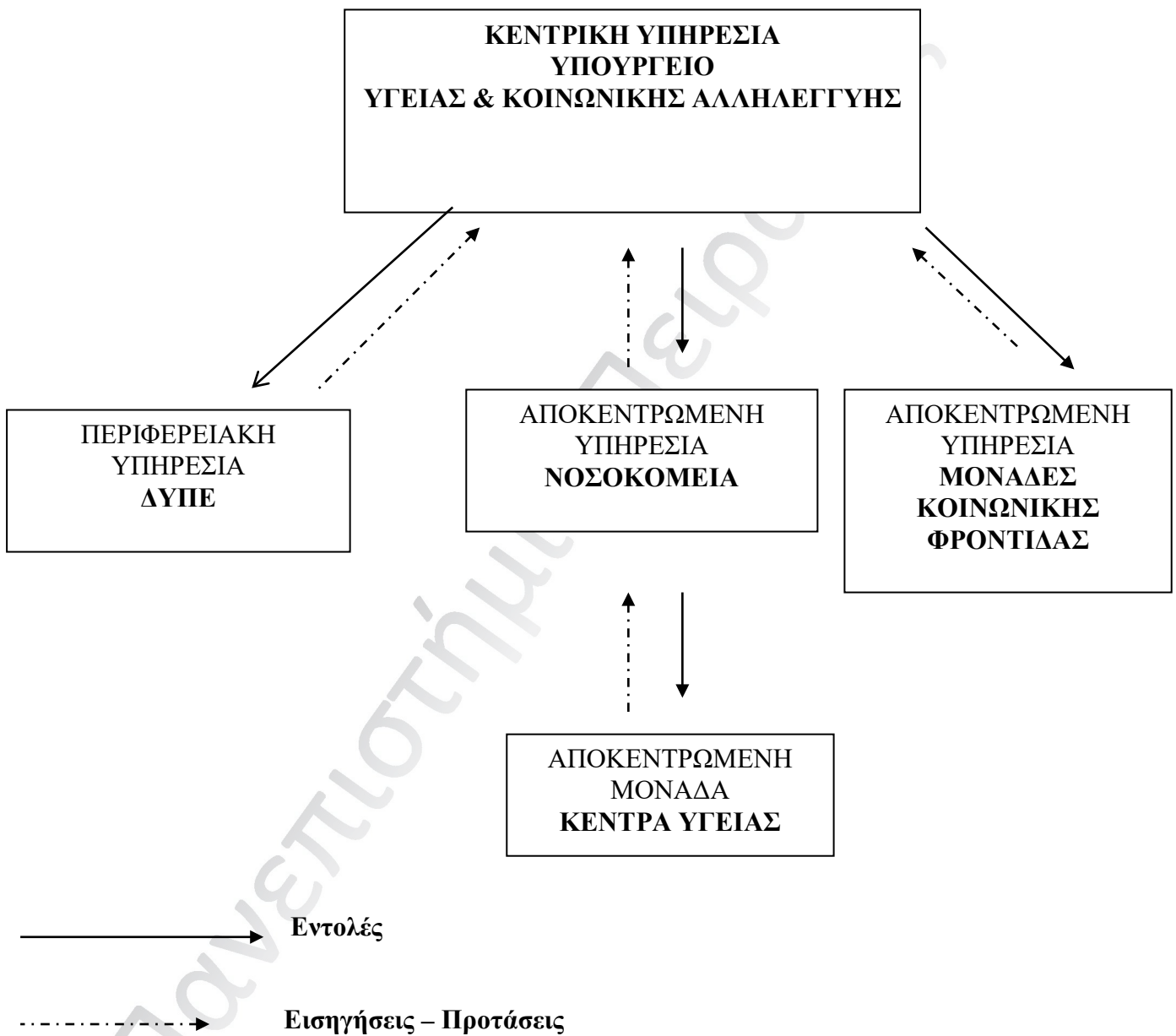
Η αποδοχή δωρεών, κληρονομιών, χορηγιών προς τις ΔΥΠΕ και τα Νοσοκομεία γίνεται μόνο αν εγκρίνει ο Υπουργός.

Η μεταφορά της κινητής και ακίνητης περιουσίας στις ΔΥΠΕ γίνεται με διαπιστωτική πράξη του Υπουργού και όχι αυτοδικαίως. Επί πλέον, αν κάποιο Νοσοκομείο θέλει να μην ανήκει στην ΔΥΠΕ η περιουσία του, προβλέπεται ότι αυτό είναι δυνατόν με απόφαση του Υπουργού. Να σημειωθεί ότι η διάταξη εφαρμόστηκε ήδη για το Νοσοκομείο της Χίου.

Ο εκάστοτε υπουργός Υγείας, έχοντας διορίζει τους διοικητές των 130 νοσοκομείων της χώρας και τους επτά των ΔΥΠΕ με το ενδεχόμενο, ότι οποτεδήποτε λύεται πρόωρα η θητεία τους αζημίως για το Δημόσιο, χωρίς σπουδαίο λόγο, ως εάν ήσαν οικονομικοί μετανάστες σε βιομηχανία, και εποπτεύοντας ο ίδιος όλα αυτά τα ισότιμα ΝΠΔΔ, ασκεί κατά τον πλέον συγκεντρωτικό τρόπο και τη διοίκηση και τις προμήθειες και τον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας, χωρίς να δύνανται οι ΔΥΠΕ να αρθρώσουν τυχόν δική τους εξειδικευμένη της γενικής, ειδικότερη πολιτική υγείας. Η απαξίωση του αποκεντρωτικού συστήματος διοίκησης από την Κεντρική εξουσία θεσμοθετήθηκε από τον ν. 3329/2005, που ρύθμισε με επιτυχία τον σκοπό του Νομοθέτη: Να καταργήσει τις όποιες αποκεντρωτικές δομές του ΕΣΥ και να εφαρμοστεί το συγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης σχεδόν απολύτως. Ταυτόχρονα η μη απόδοση καρπών από την, λόγω χρόνου, εφαρμογή του Ν. 2889/2001 χρησιμοποιήθηκε ως αποδεικτικό της ανεπάρκειας του αποκεντρωτικού συστήματος διοίκησης.

Με την ισχύ του Ν. 3329/2005 ακόμα και η μοναδική δυνατότητα των ΔΥΠΕ να ασκήσουν αποκεντρωμένη δράση, ασκώντας αποφασιστική αρμοδιότητα ήτοι να διαθέτουν τους πόρους τους που προέρχονται κυρίως από το ποσό που κάθε νοσοκομείο οφείλει να συνεισφέρει ετησίως, κατά τρόπο που θα εξυπηρετεί τις ανάγκες των εποπτευομένων φορέων και να ενισχύουν οικονομικά φορείς που έχουν μεγαλύτερες ανάγκες π.χ. η επιχορήγηση νησιωτικών νοσοκομείων για την απόκτηση οργάνων και μηχανημάτων για τα κέντρα υγείας της περιφέρειάς των προκειμένου αυτά να αποκτήσουν τον αναγκαίο για κάθε περίπτωση εξοπλισμό, φαλκιδεύεται. Είναι προφανές, ότι οι Διοικητές των νοσοκομείων, ΝΠΔΔ αυτόνομων και ισότιμων με τις ΔΥΠΕ, όταν επικοινωνούν με τους Διοικητές των ΔΥΠΕ, χωρίς να υπάρχει μεταξύ των σχέση κεντρικής με αποκεντρωμένη υπηρεσία, αλλά αντιθέτως όλοι τους έχουν διοριστεί και εποπτεύονται από τον ίδιο προϊστάμενο Υπουργό Υγείας, με τον οποίον έκαστος συνδέεται με μεγαλύτερη ή μικρότερη φιλική σχέση, η διάθεση για συνεργασία και συντονισμό είναι περιορισμένη. Αυτό αποδεικνύεται καθημερινά, όταν ματαιώνονται δράσεις των ΔΥΠΕ, είτε διότι ο Διοικητής ενός Νοσοκομείου επικαλείται τον Υπουργό, είτε διότι αδιαφορεί για την άποψη του Διοικητή της ΔΥΠΕ **που δεν μπορεί να είναι εντολή.**

Ο Ν. 3329/2005 δεν προβλέπει για τις ΔΥΠΕ τα χαρακτηριστικά που έχει το αποκεντρωτικό μοντέλο Διοίκησης και επιτάσσουν οι διατάξεις του Συντάγματος. Συγκεκριμένα δεν αποτελούν ΝΠΔΔ με αποφασιστικές αρμοδιότητες, αλλά την μακρά χείρα του Υπουργείου Υγείας, ήτοι της Κεντρικής Υπηρεσίας. Δεν μπορούν να σχεδιάσουν την κατάλληλη για την Περιφέρειά τους πολιτική Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, διότι δεν προβλέπεται να έχουν την σχετική αρμοδιότητα και κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό. Μετά την συρρίκνωση των ΔΥΠΕ σε επτά και ιδίως με την κατάργηση ΔΥΠΕ που αφορούσαν τα νησιωτικά συμπλέγματα, δεν ασκείται κανείς συντονισμός, εποπτεία ή έλεγχος, ούτε επιλύονται με άμεσο τρόπο τα ειδικά τοπικά προβλήματα των νησιωτικών περιοχών σε ευθεία παράβαση των συνταγματικών επιταγών. Επί πλέον η μεθοδευμένη επαναφορά στην κεντρική εξουσία αρμοδιοτήτων όπως των προμηθειών ή της διαχείρισης της περιουσίας ή η αφαίρεση του σπουδαίου λόγου για την αποπομπή Διοικητών, συνιστούν ευθεία παράβαση της διάταξης 118 του Συντάγματος. Ο συγκεκριμένος νόμος δεν ανέτρεψε απλώς το μοντέλο διοίκησης που θέσπισε ο Ν. 2889/01, αλλά με συνεχείς τροποποιήσεις επέβαλε στο ΕΣΥ το συγκεντρωτικό μοντέλο και απαξίωσε τις ΔΥΠΕ ώστε να μην μπορούν να επιτελέσουν κάποιο έργο.



Σχήμα 2. Οι σχέσεις Υπουργείου και «περιφερειακών» υπηρεσιών βάσει των διατάξεων του νόμου 3329/2005

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τη συγκριτική μελέτη των νόμων 2889/2001 και 3329/2005 σε συνδυασμό με την υγειονομική ιστορία της Ελλάδος και τις ατελέσφορες προσπάθειες που έγιναν από το 1833 μέχρι σήμερα για την χρήση του αποκεντρωτικού συστήματος διοίκησης στον τομέα της υγείας προκύπτουν τα εξής «συνταρακτικά» συμπεράσματα:

Η κεντρική εξουσία **δεν έχει τη διάθεση** να διασπείρει και να μεταφέρει τμήματα των αποφασιστικών αρμοδιοτήτων της σε περιφερειακά όργανα. Ως γνωστόν, καρκινοβατούν τόσο οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης και οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις όσο και οι Περιφέρειες ελλείπει πόρων.

Η κεντρική πολιτική εξουσία προσπάθησε να χρησιμοποιήσει το αποκεντρωμένο μοντέλο διοίκησης οποτεδήποτε βρισκόταν σε κατάσταση «απελπισίας» και δεν μπορούσε να επιλύσει τις υγειονομικές ανάγκες, χωρίς ποτέ να απεμπολήσει το συγκεντρωτικό σύστημα, το οποίο εξυπηρετεί το πελατειακό μοντέλο δράσης. Είναι χαρακτηριστικό ότι προσπάθειες χρήσης του αποκεντρωτικού μοντέλου υπό όποια μορφή του έγιναν το 1833, όταν η υγειονομική κατάσταση της Χώρας ήταν δραματική και ανύπαρκτη, το 1922, όταν η χώρα βρέθηκε πάλι στην ίδια δραματική κατάσταση, το 1952, όταν μετά τον Εμφύλιο η χώρα βρέθηκε σε χειρότερη κατάσταση, το 1980, όταν η Νέα Δημοκρατία ευρισκόταν σε πτωτική φορά, το 2001, όταν το ΠΑΣΟΚ ευρισκόταν σε πτωτική φορά.

Η κεντρική εξουσία φοβάται το αποκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης, όπως απεδείχθη με την απομάκρυνση του Υπουργού Α. Παπαδόπουλου και γι' αυτό βαδίζει όπως οι κάτοικοι του Έστερναχ¹⁴.

Η κεντρική εξουσία, όταν τη διαχειρίζονται συντηρητικά κόμματα, στρέφεται κατά του αποκεντρωτικού μοντέλου διοίκησης, επιδεικνύει φόβο στα συλλογικά όργανα λήψης αποφάσεων, λαμβάνει τις αποφάσεις σε κεντρικό επίπεδο προτιμώντας τα μονοπρόσωπα όργανα, αδιαφορεί για το πόσο κοντά στην πηγή του προβλήματος λαμβάνεται η απόφαση και πόσο αυτό δυσαρεστεί τον πολίτη και σπεύδει φοβούμενη την αποκέντρωση να συγκεντρώσει πάλι την διασκορπισθείσα εξουσία.

¹⁴ Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Τα βήματα του Έστερναχ, σελ. 15, Βιβλιοπωλείο της ΕΣΤΙΑΣ, 2009

Ο Νόμος 2889/2001 σε συνδυασμό με το Νόμο 3106/2003 ολοκλήρωσαν τη μεταρρύθμιση στην υγεία που ξεκίνησε με το Νόμο 1397/83, χρησιμοποιώντας το αποκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης, αλλά οι διατάξεις τους δεν εφαρμόστηκαν λόγω αλλαγής κατεύθυνσης στην ασκούμενη πολιτική από την ίδια Κυβέρνηση που προώθησε το νόμο αυτό, αλλά και από την επόμενη.

Ο Νόμος 3329/2005 κατήργησε το αποκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης στον τομέα υγείας και θέσπισε το συγκεντρωτικό μοντέλο βάσει του οποίου, για όλα τα θέματα αποφασίζει ο Υπουργός. Αισθάνεται κανείς, ότι ο νομοθέτης με μανία επεδίωξε την κατάργηση των συλλογικών οργάνων ακόμα και εκείνων που είχαν γνωμοδοτική αρμοδιότητα. Οι ΔΥΠΕ που θεσπίστηκαν με το νόμο αυτό δεν αποτελούν αποκεντρωμένες υπηρεσίες, διότι δεν έχουν τα σχετικά χαρακτηριστικά. Θα μπορούσαν να είναι αποκεντρωμένες υπηρεσίες ακόμα και εάν δεν χάρασσαν πολιτική υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, αλλά εάν ασκούσαν κάποιες από τις αποφασιστικές αρμοδιότητες, που έχει η κεντρική εξουσία σε επίπεδο περιφέρειας. Η κεντρική εξουσία με συνεχείς τροποποιήσεις αφαίρεσε από τις ΔΥΠΕ κάθε αποφασιστική αρμοδιότητα. Οι ΔΥΠΕ είναι νομικά μορφώματα χωρίς σκοπό ύπαρξης, χρησιμοποιήθηκαν όμως ως δούρειος ίππος για να καταργηθούν τα ΠΕΣΥΠ και επέτυχαν διότι ουδείς διαμαρτυρήθηκε στην πράξη, ούτε ακόμα και όσοι πρωτοστάτησαν για να εφαρμοστεί το αποκεντρωτικό μοντέλο με βάση το Νόμο 2889/01, οι οποίοι παθητικά αποδέχτηκαν την κατεδάφιση των οραμάτων τους .

Τα δύο μεγάλα κόμματα με τη συμπεριφορά τους ώθησαν τα νοσοκομεία, τα ΠΕΣΥΠ και τις ΔΥΠΕ να ομφαλοσκοπούν τα τελευταία οχτώ χρόνια. Ο καθένας μπορεί να αντιληφθεί τον χρόνο και τον κόπο των δημοσίων υπαλλήλων που ασχολούνται για να υλοποιήσουν τη μεταφορά των νοσοκομείων ως αποκεντρωμένων μονάδων των ΠΕΣΥΠ, τη στελέχωση των ΠΕΣΥΠ με υπαλλήλους των νοσοκομείων, την ενσωμάτωση των υπαλλήλων των προνοιακών ιδρυμάτων το 2003, την απένταξη των νοσοκομείων όταν ξαναέγιναν ΝΠΔΔ το 2005, την ενσωμάτωση των υπαλλήλων όταν συγχωνεύθηκαν οι ΔΥΠΕ το 2007, το γαϊτανάκι στη μεταφορά της περιουσίας από τα νοσοκομεία στα ΠΕΣΥΠ, από τα ΠΕΣΥΠ στις ΔΥΠΕ, από τις ΔΥΠΕ στο δημόσιο, από το δημόσιο στις ΔΥΠΕ, από το ΠΙΚΠΑ στα ΠΕΣΥΠ, από τις απορροφηθείσες ΔΥΠΕ σε αυτές που προέκυψαν από τη συγχώνευση, τη μεταφορά και ενσωμάτωση των αρχείων των συγχωνευθεισών ΔΥΠΕ κλπ. Δεν υπήρξε ούτε κατάλληλη εκπαίδευση των υπαλλήλων, ούτε ενημέρωση για το πώς λειτουργεί ένα διαφορετικό μοντέλο, που βασίζεται στην συλλογικότητα και στην συνεργασία για σύνθεση απόψεων και

διαλεκτική αντιμετώπιση των προβλημάτων. Το δρομολόγιο του Σίσυφου που αναγκάστηκαν επί οκτώ χρόνια να ακολουθούν οι υπάλληλοι των ΠΕΣΥΠ –ΔΥΠΕ και των Νοσοκομείων τους απέτρεψε να απασχολούνται για να εξυπηρετηθούν εκείνοι που τους πληρώνουν, χωρίς να έχει ακόμα ποσοτικοποιηθεί αυτή η οικονομική ζημία.

Ο Νόμος 3329/2005 είναι αντίθετος με τις συνταγματικές επιταγές των άρθρων 101 και 118 και αποσιωπάται το ότι **παρά τη συνταγματική απαγόρευση επιστροφής στην κεντρική εξουσία όσων αποφασιστικών αρμοδιοτήτων είχαν δοθεί στην περιφέρεια, αυτό συνέβη, ενώ υπάρχει ευθεία παράβαση της ερμηνευτικής διάταξης του άρθρου 101 σε σχέση με τις νησιωτικές περιοχές.**

Η ιστορική εμπειρία αποδεικνύει, ότι η ελληνική κοινωνία και εκτελεστική εξουσία δεν επιθυμεί να κυβερνάται με αποκεντρωτικά μοντέλα διοίκησης, προτιμώντας το πελατειακό σύστημα. Γι' αυτό η προσπάθεια εφαρμογής του 2889/2001 μόνο ως ανεπιτυχές πείραμα, ανθρώπων που τα οράματα και οι ιδέες τους ήταν εκτός εποχής, μπορεί να λογισθεί.

6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. ΔΑΓΤΟΓΛΟΥ Π., (1977), *Γενικό διοικητικό δίκαιο*, Εκδόσεις Α. Σάκκουλας , Αθήνα.
2. Εθνικό Τυπογραφείο (1983) Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ τεύχος Α΄ 143/1983) Νόμος υπ. αριθ. 1397 «Εθνικό Σύστημα Υγείας».
3. Εθνικό Τυπογραφείο (2001) Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ τεύχος Α΄ 37/2001) Νόμος υπ. αριθ. 2889 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ».
4. Εθνικό Τυπογραφείο (2005) Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ τεύχος Α΄ 81/2005) Νόμος υπ. αριθ. 3329 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».
5. Εθνικό Τυπογραφείο (2007) Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ τεύχος Α΄ 25/2007) Νόμος υπ. αριθ.3527 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».
6. ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ., ΣΑΡΡΗΣ Μ., ΣΟΥΛΗΣ Σ., (2001) *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
7. ΚΑΣΙΜΑΤΗΣ Γ., (1980), *Συνταγματικό Δίκαιο II*, Εκδόσεις Α. Σάκκουλας , Αθήνα.
8. ΚΑΣΤΟΡΙΑΔΗΣ Κ., (2008), *Η ελληνική ιδιαιτερότητα*, τόμος β΄, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
9. ΚΟΡΣΟΥ Δ. (1995), *Διοικητικό Δίκαιο*, Εκδόσεις Α. Σάκκουλα, Αθήνα.
10. ΚΟΥΡΗΣ Γ., ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ., ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ Α., (2007) «Οι Περιπέτειες των μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας: μια ιστορική επισκόπηση», *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, Ιούλιος –Δεκέμβριος 2007 1, σελ. 35-67
11. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ., ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ, Α., ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ, Γ., (επιμ) (1991), *Τα συστήματα υγείας και η πρόκληση της Ευρώπης μετά το 1992. Πρακτικά διεθνούς συμποσίου*, Τα Νέα, Αθήνα.
12. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. (1993), *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της υγείας, Αθήνα.
13. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΝΙΑΚΑΣ Δ., (1994) *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
14. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ., ΠΟΛΥΖΟΣ Ν., ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ Α. (επιμ), (2000) *Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας*, Θεμέλιο, Αθήνα.

15. ΜΑΚΡΥΔΗΜΗΤΡΗΣ Α., (2008), *Δημόσια Διοίκηση*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα.
16. ΜΩΡΑΙΤΑΚΗ ΤΣΑΜΗ Α. (2007), *Νησιά: πρόταση για την Υγεία*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
17. ΜΩΡΑΙΤΗΣ Ε. (1985) *Συστήματα υγείας* , ΤΕΙ Αθηνών, Αθήνα.
18. ΜΩΡΑΙΤΗΣ Ε. (2004) *Συστήματα Υγείας*, Διδακτικές Σημειώσεις για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Της Υγείας» {MSc in Health Management}) Πανεπιστημίου Πειραιά και ΤΕΙ Πειραιά, Αθήνα.
19. ΝΙΑΚΑΣ Δ., (1993) *Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη: Η περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της υγείας, Αθήνα.
20. ΝΙΑΚΑΣ Δ., ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΣΤΑΘΗΣ Γ., (1995) *Η Πολιτική για την Υγεία: Οργάνωση, Χρηματοδότηση, Τεχνολογία, Γνώση*, Ινστιτούτο Ερευνών και Πολιτικής Στρατηγικής, Αθήνα.
21. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Χ., (2004) *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα
22. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α., (2009), *Τα βήματα του Έστερναχ*, Βιβλιοπωλείο της Εστίας, Αθήνα.
23. ΠΑΠΑΧΑΤΖΗΣ Γ., (1983), *Σύστημα Διοικητικού Δικαίου*, Αθήνα.
24. ΣΟΥΛΗΣ Σ. (1999), *Οικονομική της Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
25. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ.,(2006), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
26. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ.,(2006), *Οικονομικές Ανισότητες και Πολιτική Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
27. ΣΠΗΛΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Ε., (2002), *Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου*, Εκδόσεις Α. Σάκκουλα, Αθήνα.
28. ΤΣΑΝΤΙΛΑΣ Π., (2008), *Ευρωπαϊκό & Εθνικό Δίκαιο της Υγείας*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα.
29. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (1983), «Αιτιολογική έκθεση του νομοσχεδίου «Εθνικό Σύστημα Υγείας». ΥΥΠ, Αθήνα.
30. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ και ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (1994), «Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας: Ανάλυση και Δομή του Συστήματος». ΥΥΠΚΑ, Αθήνα.
31. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι., (2005 – Α Ανατύπωση) *Τα Οικονομικά Της Υγείας - Θεωρία Και Πολιτική*, Βιβλιοθήκη Οικονομίας Διοίκησης και Πολιτικής Υγείας, Τυπωθήτω Γιώργος Δάρδανος, Αθήνα.

32. ΧΡΗΣΤΑΚΗΣ Ν., FOWLER J. (2010), *Συνδεδεμένοι*, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. KAPRIO L. (1991), "Forty years of WHO in Europe The development of a common health policy", WHO Regional Publications, European Series, No. 40.
2. HINDLE, A., HINDLE, G., WORTHINGTON, D. (1993), Τα συστήματα υγείας των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας: Συγκριτική ανάλυση. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, Βρυξέλλες.
3. RITSATAKIS A. (1999), "Setting targets for health: the WHO European experience", *Euro health*, 5, 3, 14-15.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1979) Formulating Strategies for Health for All by the year 2000, WHO, Health for All Series, No 2, Geneva.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1990) Organization of health services at district/ regional level. Report on a study. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
6. WHO (1993) "Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000: second evaluation Eighth report on the world health situation" Volume 5: European Region WHO Regional Publications, European Series, No. 52.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999) «Health 21: the health for all policy frameworks for the WHO European Region European Health 1999, for All Series No. 6.
8. ABEL SMITH, B. et als. (1994), Confidential report on the Greek health services.
9. CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION (1993) The Language of Health System Reform. Report of the Working Group on Regionalization and Decentralization. CMA, Ottawa.
10. FIGUERAS J. & SALTMAN A. (1997), European health care reform, Analysis of current strategies, World Health Organisation Regional Office for Europe, Copenhagen 1997.
11. FRY, J. HASTER J., (eds). (1986), Economics, Politics and Society, in Primary Health Care 2000, Churchill Livingstone, London.