

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ
SPECIAL ARTICLE

**Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ
στην Ελλάδα
Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα
νομοθετικές παρεμβάσεις**

Από την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) μέχρι σήμερα έχουν αναληφθεί πολλές νομοθετικές πρωτοβουλίες για την εφαρμογή ενός αποκεντρωτικού συστήματος οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών υγείας στην ελληνική επικράτεια, που θα οδηγούσε στην ορθότερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση και αντιμετώπιση των διαφόρων τοπικών αναγκών και προβλημάτων του συστήματος, ιδίως αναφορικά με το Χάρτη Υγείας, το ανθρώπινο δυναμικό και τη χρηματοδότηση. Ήδη από τον ιδρυτικό νόμο 1937/1983 προβλεπόταν η ίδρυση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ), τα οποία δεν εφαρμόστηκαν τελικά. Ακολούθως, με διαδοχικούς νόμους –σε πολλές περιπτώσεις αλληλοαναιρούμενους– ιδρύθηκαν, αρχικά, τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ, Ν. 2889/2001), τα οποία στη συνέχεια μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ, Ν. 3106/2003) και, τελικά, σε Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ, Ν. 3329/2005). Οι νόμοι αυτοί από διαφορετικές κυβερνήσεις αλλά ενίοτε και από την ίδια κυβέρνηση, χωρίς σταθερή στόχευση και με παλινωδίες πολλές φορές σ' ό,τι αφορά στον αριθμό, στη σύσταση και στις αρμοδιότητες των Περιφερειακών Συστημάτων/Περιφερειών, προδίδουν προχειρότητα στο σχεδιασμό, έλλειψη μακροπρόθεσμης στρατηγικής και πραγματικής βούλησης για αποκέντρωση. Πρόσφατα μάλιστα σε μια περαιτέρω οπισθοδρόμηση, ο αριθμός τους μειώθηκε από 17 σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (Ν. 3527/2007) και τελευταία επιχειρείται η μετάθεση των αρμοδιοτήτων τους στην τοπική αυτοδιοίκηση (Ν. 3852/2010), αφού προηγουμένως είχαν αποφιλωθεί αυτές προς όφελος αφ' ενός του κέντρου και αφ' ετέρου των εποπτευόμενων φορέων υγείας. Όπως γίνεται φανερό από την ιστορική αναδρομή της εξέλιξης της περιφερειακής οργάνωσης του ΕΣΥ, αν και υπήρξε αρχικά ο σχεδιασμός για αποκέντρωση, η απόλυτη εξάρτηση από την κεντρική εξουσία και η αδυναμία αυτοτελούς χρηματοδότησης κατέστησαν τελικά τις διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών υπηρεσίες με διεκπεραιωτικό, συμβουλευτικό και ατελή εποπτικό ρόλο χωρίς αποφασιστικές αρμοδιότητες, με αποτέλεσμα υπό τις σημερινές συνθήκες οικονομικής δυσπραγίας να είναι αμφίβολο εάν ωφελεί και η διατήρησή τους ως ανεξάρτητων από τις Διοικητικές Περιφέρειες Οργανισμών.

1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σύμφωνα με το άρθρο 101 του Συντάγματος της Ελλάδας,¹ «η διοίκηση του κράτους οργανώνεται σύμφωνα με το αποκεντρωτικό σύστημα». Η έννοια αυτού του συστήματος αποκέντρωσης περιγράφεται στο άρθρο 103, σύμφωνα με το οποίο «τα περιφερειακά όργανα του Κράτους έχουν γενική αποφασιστική αρμοδιότητα για τις υποθέσεις της περιφέρειάς τους».²

Ένας από τους μεγαλύτερους και σημαντικότερους τομείς οργάνωσης και διοίκησης του Ελληνικού Κράτους είναι αυτός της διοίκησης των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Από την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) μέχρι σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί πολλές προσπάθειες για εφαρμογή του αποκεντρωτικού συστήματος οργάνωσης και διοίκησης σε μια επικράτεια, η οποία χαρακτηρίζεται από μεγάλη ποικιλομορφία τόσο στον ανάγλυφο γεωγραφικό της χάρτη, όσο και στην κατανομή του πληθυσμού στις διάφορες περιφέρειές της.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2013, 30(2):233–240
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2013, 30(2):233–240

**Ν. Κακαλέτσης,^{1,2}
Α. Ιωαννίδης,¹
Ι. Σιγάλας,¹
Α. Χατζητόλιος^{1,2}**

¹Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Ιατρική Ερευνητική Μεθοδολογία»,
Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,
Θεσσαλονίκη
²Α' Προπαιδευτική Παθολογική
Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ»,
Θεσσαλονίκη

The regional organization
of the National Health System
(ESY) in Greece – A brief overview
of the legislative interventions
to date

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

ΔΥΠΕ
ΕΣΥ
Περιφερειακή οργάνωση
ΠΕΣΥ
ΠεΣΥ

Υποβλήθηκε 7.11.2012
Εγκρίθηκε 19.11.2012

Η πραγματοποίηση αυτών των προσπαθειών είναι μείζονος σημασίας, καθώς με την εφαρμογή του αποκεντρωτικού συστήματος διοίκησης διαπιστώνονται ακριβέστερα οι ανάγκες του τοπικού πληθυσμού της κάθε περιφέρειας και συνεπώς στη συνέχεια, με τον κατάλληλο προγραμματισμό και σχεδιασμό, επιτυγχάνεται η βέλτιστη ικανοποίηση και η αντιμετώπιση των εν λόγω αναγκών.²

Στο άρθρο περιγράφεται η χρονική εξέλιξη της προσπάθειας για αποτελεσματική αποκέντρωση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, με βασικότερους σταθμούς τα νομοθετήματα 1937/1983, 2889/2001, 3106/2003, 3329/2005, 3527/2007, 3852/2010 και, τέλος, τον πρόσφατο νόμο 4052/2012.

2. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

2.1. Νόμος υπ' αριθ. 1937/1983 – Εθνικό Σύστημα Υγείας³

Το έτος 1983, επί κυβερνήσεως ΠΑΣΟΚ, με Υπουργό Υγείας τον Π. Αυγερινό, κατ' επιταγή του άρθρου 21, παράγραφος 3 του Συντάγματος, το οποίο ορίζει ότι «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών», ψηφίζεται ο Ν. 1397/1983, με τον οποίο ιδρύεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ).

Με αυτόν τον ιδρυτικό νόμο ορίζονται οι ακόλουθες βασικές αρχές του ΕΣΥ:

- Η ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες ανήκει στο Κράτος.
- Η παροχή αυτών των υπηρεσιών υγείας αφορά στο σύνολο των πολιτών.
- Η παροχή τους γίνεται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, την κοινωνική και την επαγγελματική του κατάσταση.
- Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα υγείας.⁴

Η τελευταία από τις παραπάνω αρχές αναπτύσσεται στη συνέχεια του νόμου, με τη διαίρεση της χώρας σε Υγειονομικές Περιφέρειες και τη συμμετοχή της κοινότητας στη λήψη των αποφάσεων, με τη σύσταση και λειτουργία των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ) και την εκχώρηση γνωμοδοτικών αρμοδιοτήτων στα Νομαρχιακά Συμβούλια. Η Υγειονομική Περιφέρεια προβλεπόταν να αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας με τα περιφερειακά ιατρεία, τα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία (περιφερειακά και νομαρχιακά).

Πιο συγκεκριμένα, στο άρθρο 2 προβλεπόταν η έκδοση Προεδρικού Διατάγματος, με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), στο οποίο θα οριζόταν ο αριθμός των

Υγειονομικών Περιφερειών, τα όρια και η έδρα τους. Επί πλέον, στα άρθρα 3 του εν λόγω νόμου προβλεπόταν ότι σε κάθε έδρα Υγειονομικής Περιφέρειας ιδρύεται ΠΕΣΥ, ως όργανο διοίκησής της, με αρμοδιότητες (α) γνωμοδοτικές σε θέματα προγραμματισμού, (β) εποπτείας και ελέγχου του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρεια και (γ) παρακολούθησης της λειτουργικής απόδοσης του συστήματος σε περιφερειακό επίπεδο, καθώς και της εφαρμογής προγραμμάτων υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό και το γενικό συντονισμό του ΚΕΣΥ, ενώ στο άρθρο 4 περιγραφόταν η συγκρότηση, η λειτουργία, τα όργανα και η εκπροσώπηση των ΠΕΣΥ.

Παρά τον αποκεντρωτικό χαρακτήρα του θεσμού του ΕΣΥ, όπως περιγράφηκε για πρώτη φορά στον ιδρυτικό νόμο 1397/1983 και ενώ εκδόθηκε το ΠΔ 31/1986,⁵ επί υπουργίας του Γ. Γεννηματά, σύμφωνα με το οποίο η χώρα διαιρούταν σε 9 Υγειονομικές Περιφέρειες, αυτό δεν εφαρμόστηκε ποτέ και το σύστημα υγείας λειτούργησε με έντονα συγκεντρωτικό χαρακτήρα, χωρίς τελικά να εφαρμοστεί μια από τις βασικές αρχές του, αυτή της αποκέντρωσης.⁴

2.2. Νόμος υπ' αριθ. 2889/2001 – Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις⁶⁻⁸

Τομή στην περιφερειακή οργάνωση και διοίκηση του ΕΣΥ αποτέλεσε ο Ν. 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», επί κυβερνήσεως ΠΑΣΟΚ, με Υπουργό Υγείας τον Α. Παπαδόπουλο. Σύμφωνα με την εισηγητική έκθεση του σχεδίου νόμου, με την καθιέρωση του ΕΣΥ με τον ιδρυτικό νόμο 1397/1983 η Ελλάδα, έστω και καθυστερημένα, σε σχέση με άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες, εισήλθε σε μια διαδικασία σταδιακής και προγραμματισμένης υγειονομικής ανάπτυξης. Όμως, παρά την πρόοδο αυτή, η οποία εκφράστηκε κυρίως με την ποσοτική και την ποιοτική μεγέθυνση του υγειονομικού της συστήματος, συνέχισαν να υφίστανται «αρνητικά φαινόμενα, στρεβλώσεις και δυσλειτουργίες». Ο Ν. 2889/2001 αποτέλεσε μια προσπάθεια αντιστοίχισης του υγειονομικού συστήματος με τις νέες ανάγκες που προέκυψαν, μέσω κανόνων και μηχανισμών για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων και πολιτικών, ενώ παράλληλα επιδιώχθηκε «η κατοχύρωση των βασικών αρχών, που αποτελούν την παρακαταθήκη του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ», οι οποίες βέβαια δεν είχαν εφαρμοστεί εξ ολοκλήρου, ειδικότερα όσον αφορά στην περιφερειακή του οργάνωση.

Έτσι, ένας από τους τρεις βασικούς άξονες των ρυθμίσεων που περιελάμβανε ο συγκεκριμένος νόμος, μαζί με την οργάνωση των νοσοκομείων και την ανάπτυξη του

ανθρώπινου δυναμικού, ήταν και η περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ, με σκοπό την αποτύπωση, το σχεδιασμό και την αντιμετώπιση των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού, ώστε να εξαλειφθούν οι μεγάλες ανισότητες στο επίπεδο και στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας που παρατηρούνται σε χώρους με γεωγραφική και κοινωνική ενότητα, όπως οι περιφέρειες.⁹

Στην αιτιολογική έκθεση του Ν. 2889/2001 αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι «η Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί κεντρική επιλογή για την Κυβέρνηση και θεμελιώδους σημασίας απόφαση για το ΕΣΥ. Η αποκεντρωμένη διοίκηση αποτελεί για χρόνια το μοναδικό και κατά κανόνα επιτυχές μοντέλο διοίκησης για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Προς αυτή την κατεύθυνση πρέπει ταχέως να προχωρήσουμε και εμείς. Τα Ναπολεόντειου τύπου αυταρχικά και συγκεντρωτικά μοντέλα, που λειτουργούν ακόμη στην Ελλάδα, έχουν προ πολλού ξεπεραστεί. Μόνο με την αποκέντρωση θα μπορέσουν να λυθούν τα χρόνια προβλήματα διοίκησης, που ταλανίζουν τον τόπο. Το Υπουργείο θα διαδραματίσει τον επιτελικό ρόλο που πρέπει να έχει και ο Υπουργός δεν θα αναλώνεται στην αντιμετώπιση της καθημερινότητας».

Η περιφερειακή συγκρότηση πραγματώνεται στις παραγράφους 1 και 2 του άρθρου 1 του Ν. 2889/2001, όπου αναφέρεται: «Η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας ιδρύεται ΝΠΔΔ με την επωνυμία Περιφερειακό Σύστημα Υγείας (ΠεΣΥ)». Με τον τρόπο αυτόν η χώρα διαιρέθηκε σε 17 υγειονομικές περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις διοικητικές (εξαιρέση αποτελούν η ίδρυση τριών ΠεΣΥ στην περιφέρεια Αττικής και δύο ΠεΣΥ στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου). Επί πλέον, κατά την παράγραφο 4 του ίδιου άρθρου «όλες οι Νοσοκομειακές Μονάδες, καθώς και τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, που ανήκουν στο ΕΣΥ και βρίσκονται και λειτουργούν στη χωρική αρμοδιότητα κάθε ιδρυόμενου ΠεΣΥ, μετατρέπονται αυτοδίκαια, από τη δημοσίευση του συγκεκριμένου νόμου, σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου ΠεΣΥ, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια», χάνοντας έτσι τη νομική τους προσωπικότητα.

Κατά το άρθρο 2 του ίδιου νόμου, τα όργανα διοίκησης του ΠεΣΥ είναι (α) το εννεαμελές Διοικητικό Συμβούλιο (ΔΣ), στο οποίο εκπροσωπούνται τόσο οι λειτουργοί, όσο και οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας, αλλά και η αυτοδιοίκηση και (β) ο Πρόεδρος του ΔΣ του ΠεΣΥ, ο οποίος είναι και ο Γενικός Διευθυντής του ΠεΣΥ. Το ΔΣ του ΠεΣΥ, όπως αναφέρεται στην εισηγητική έκθεση του νόμου, «ως επιτελικό όργανο, εκπονεί τον Υγειονομικό Χάρτη

της περιφέρειας, όπου καταγράφονται οι υγειονομικές ανάγκες, εκπονεί επιχειρησιακό σχέδιο για την αντιμετώπιση αυτών των αναγκών, προγραμματίζει τις προσλήψεις προσωπικού και την προμήθεια υλικοτεχνικού εξοπλισμού και συντονίζει, καθοδηγεί και ελέγχει τη λειτουργία όλων των αποκεντρωμένων μονάδων του, ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες υπηρεσιών υγείας του πληθυσμού της περιφέρειας. Καταρτίζει ακόμη και παρακολουθεί την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που στοχεύουν στη συνεχή επιστημονική πρόοδο του ανθρώπινου δυναμικού του και έχει τη δυνατότητα να συνιστά μονομετοχικές κρατικές επιχειρήσεις, κατά τα επιτυχημένα πρότυπα των δημοτικών επιχειρήσεων, για την ανάληψη των κοινών υποστηρικτικών λειτουργιών των νοσοκομείων, ώστε να εξασφαλίζεται ευελιξία, ταχύτητα, εξοικονόμηση πόρων και αποτελεσματικότητα. Επί πλέον, για την επίτευξη του ρόλου του υποστηρίζεται από διοικητική δομή, με σύγχρονη διάρθρωση και από επιστημονικά όργανα, όπως το Επιστημονικό και το Νοσηλευτικό Συμβούλιο».

Σύμφωνα με το άρθρο 4, οι πόροι του ΠεΣΥ προέρχονται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, τόσο τον τακτικό όσο και τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων. Ταυτόχρονα, υπάρχει η δυνατότητα να ενισχύεται και από άλλες πηγές, ελληνικούς και διεθνείς οργανισμούς, καθώς και με δωρεές και κληροδοτήματα.

Τέλος, τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕΣΥ) του άρθρου 3 του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ 1397/1983 καταργούνται, ενώ η έναρξη λειτουργίας των Κεντρικών Υπηρεσιών των ΠεΣΥ, καθώς και η αντικατάσταση σε περίπτωση παραίτησης του Προέδρου ή άλλου οργάνου διοίκησης της μεταβατικής περιόδου, ορίζονται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

2.3. Νόμος υπ' αριθ. 3106/2003 – Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις^{8,10,11}

Με το Ν. 3106/2003, επί υπουργίας Κ. Στεφανή, επιχειρείται η διεύρυνση των αρμοδιοτήτων των ΠεΣΥ, προκειμένου να συμπεριλάβουν τον τομέα της Πρόνοιας και ιδιαίτερα τις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, καθώς, σύμφωνα με την εισηγητική έκθεση του νόμου, «οι δυσλειτουργικές αγκυλώσεις του τομέα της υγείας παρουσιάζονται ανάλογα και στον τομέα της πρόνοιας».

Πιο αναλυτικά, «με την ένταξη υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στα ΠεΣΥ, εκτός από τις παραπάνω γενικές αρχές και επιδιώξεις, επιτυγχάνεται καλύτερος συντονισμός, παρακολούθηση και αξιολόγηση αυτών». Επί πλέον, με την υπαγωγή των τομέων υγείας και πρόνοιας στο ίδιο θεσμικό

όργανο επιτυγχάνεται η διασύνδεσή τους, με περαιτέρω αποτέλεσμα τη δημιουργία οικονομικών κλίμακας. Από την άλλη πλευρά, με τη σύσταση αυτοτελούς Τμήματος Κοινωνικών Υπηρεσιών στο πλαίσιο του ΠεΣΥ (άρθρο 3, παράγραφος 1) εξασφαλίζεται η αντιμετώπιση των ιδιαίτερων προβλημάτων του τομέα της πρόνοιας.

Τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ) μετονομάζονται σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ), ενώ οι φορείς που συγχωνεύονται στα ΠεΣΥ μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια (άρθρο 1, παράγραφος 2). Στις αρμοδιότητες του Διοικητικού Συμβουλίου των ΠεΣΥ προστίθεται ο συντονισμός, η εξειδίκευση και η άσκηση πολιτικών παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, η εκπόνηση Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης και Χάρτη Πρόνοιας, η εισήγηση χωροταξικής κατανομής, ίδρυσης, κατάργησης ή συγχώνευσης Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, καθώς και η αξιολόγηση της λειτουργίας και η οικονομική διαχείρισή τους (άρθρο 2).

2.4. Νόμος υπ' αριθ. 3329/2005 – Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις^{8,12,13}

Επί κυβερνήσεως της Νέας Δημοκρατίας, με Υπουργό Υγείας τον Ν. Κακλαμάνη, ψηφίζεται ο Ν. 3329/2005, σύμφωνα με τον οποίο η επικράτεια εξακολουθεί να διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές (άρθρο 1, παράγραφος 1), με τις εξαιρέσεις που ισχύουν και στον προηγούμενο νόμο. Ωστόσο, σύμφωνα με την παράγραφο 2 του ίδιου άρθρου, καταργούνται τα ΠεΣΥΠ και αντικαθίστανται από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου με την επωνυμία «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας» (ΔΥΠΕ). Δηλαδή παραμένει αμετάβλητη τόσο η νομική προσωπικότητα, όσο και ο αριθμός τους. Η βασική αλλαγή αφορά στη νομική προσωπικότητα των Νοσοκομείων του ΕΣΥ, τα οποία από αποκεντρωμένες μονάδες των αντίστοιχων ΠεΣΥ μετατρέπονται και πάλι σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, με δικά τους όργανα, παρουσία και προϋπολογισμό, τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας (άρθρο 7, παράγραφος 1).

Οι λόγοι για τους οποίους προχώρησε η τότε Κυβέρνηση σε αυτές στις αλλαγές αναφέρονται στην αιτιολογική έκθεση του Ν. 3329/2005. Σύμφωνα με αυτή, «από την πρώτη στιγμή της δημιουργίας τους, αλλά και ιδίως από την εμπειρία της λειτουργίας τους, τα ΠεΣΥΠ αποδείχθηκαν εξαιρετικά δυσλειτουργικά και κατ' ουσία πολυδάπανα. Η προηγούμενη Κυβέρνηση, αντιλαμβανόμενη την ανάγκη της αποκέντρωσης των υπηρεσιών Υγείας, προχώρησε

στη σύσταση των ΠεΣΥΠ, στερώντας τα Νοσοκομεία από οποιαδήποτε δυνατότητα αυτενέργειας. Η βασική αυτή λανθασμένη σύλληψη οδήγησε να συγκεντρώνονται σε αυτό το νομικό μόρφωμα, το ΠεΣΥΠ, όχι μόνο ζητήματα ουσίας, στρατηγικής και τακτικής, αλλά και καθημερινός όγκος, ακόμη και υποθέσεων ρουτίνας και μικρής σημασίας ... Αυτό οδήγησε σε συσσώρευση απίστευτης γραφειοκρατίας και συνεχή δυσλειτουργία». Ακόμη, τονίζεται η μη ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, της πρόληψης, της ασφάλειας και της ανανέωσης του εξοπλισμού και η έλλειψη συντονισμού, με αποτέλεσμα την αδυναμία χρηστής οικονομικής διαχείρισης.

Έτσι, με το νόμο αυτόν, όπως αναφέρεται στην αιτιολογική έκθεση, «τα νοσοκομεία καθίστανται πλέον αυτοτελή νομικά πρόσωπα, με ουσιαστικές αρμοδιότητες αυτοτελούς αντιμετώπισης των αναγκών τους, με ευελιξία, με δυνατότητα στρατηγικού σχεδιασμού ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού τους». Επίσης, γίνεται προσπάθεια για «πλήρη και πραγματική αποκέντρωση, έκτασης, βάθους και ουσίας πρωτόγνωρης για τα ελληνικά δεδομένα» με την ίδρυση των ΔΥΠΕ ως ΝΠΔΔ. «Δημιουργούνται έτσι ουσιαστικοί διοικητικοί μοχλοί συντονισμού, ανάπτυξης, χάραξης πολιτικής και κυρίως ελέγχου της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών προς όφελος του πολίτη». Αξίζει να σημειωθεί η πρόβλεψη εφαρμογής ενιαίων συστημάτων μηχανοργάνωσης και σύστασης ενιαίας τεχνικής υπηρεσίας, η δημιουργία κέντρων εξυπηρέτησης πολιτών για θέματα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και γραφείων τύπου σε κάθε ΔΥΠΕ.

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του Ν. 3329/2005, σκοπός της ΔΥΠΕ είναι «ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΠΥΥΚΑ)». Ως ΦΠΥΥΚΑ ορίζονται τα Νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας και οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης, καθώς και τα ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ του δημόσιου τομέα, τα οποία ασκούν δραστηριότητες στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής αλληλεγγύης και που εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ο ρόλος της ΔΥΠΕ συμπληρώνεται με την υποβολή εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και με την παρακολούθηση της εφαρμογής, από τις Διοικήσεις των εποπτευόμενων ΦΠΥΥΚΑ, της πολιτικής που χαράσσεται από το ΥΥΚΑ.

Όργανα διοίκησης της ΔΥΠΕ είναι (α) ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας και (β) το επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο της ΔΥΠΕ (άρθρο 3). Δηλαδή, από το εννε-

αμελές συμβούλιο των ΠεΣΥ αφαιρείται ο εκπρόσωπος της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και ο εκπρόσωπος των ιατρών του ΕΣΥ. Παράλληλα, καταργείται το Επιστημονικό και το Νοσηλευτικό Συμβούλιο των ΠεΣΥΠ, οι αρμοδιότητες των οποίων υπάγονται τόσο στο ΔΣ της ΔΥΠΕ, όσο και στα Πρωτοβάθμια Υπηρεσιακά και λοιπά Υπηρεσιακά Συμβούλια αυτής και των Νοσοκομείων. Από την άλλη πλευρά, σε κάθε ΔΥΠΕ συστήνεται Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας (ΣΥΠΕ), στο οποίο εκτός από τους υπηρεσιακούς παράγοντες εκπροσωπείται η Γενική Γραμματεία της Περιφέρειας, η Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση, τα Πανεπιστήμια, οι Επιστημονικοί Σύλλογοι, οι νοσηλευτές, η ΓΣΕΕ και η ΑΔΕΔΥ, με σκοπό την ευρύτερη εκπροσώπηση της κοινωνίας στην οργάνωση και στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας της αντίστοιχης περιφέρειας. Για τον ευρύτερο συντονισμό των ΔΥΠΕ συστήνεται το Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών (ΚΕΣΥΥΠΕ) (άρθρο 6), με τη συμμετοχή των Διοικητών των Υγειονομικών Περιφερειών, στο οποίο μάλιστα προεδρεύει ο ίδιος ο Υπουργός, με στόχο την εφαρμογή ενιαίας πολιτικής για την υγεία και την κοινωνική αλληλεγγύη.

2.5. Νόμος υπ' αριθ. 3527/2007 – Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις^{14,15}

Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του Ν. 3527/2007, επί υπουργίας Δ. Αβραμόπουλου (που αποτέλεσε οπισθοδρόμηση για την περιφερειακή αποκέντρωση και το σχεδιασμό του ΕΣΥ), ο δηλούμενος σκοπός της τότε κυβέρνησης ήταν «η προοπτική άμεσης ενδυνάμωσης του ρόλου των ΦΠΥΓΚΑ και πλήρους εξάλειψης, μεσοπρόθεσμα, κάθε ενδιάμεσου διοικητικού κέντρου». Έτσι, με το Ν. 3527/2007 (κεφάλαιο Β', άρθρο 3, παράγραφος 1) περιορίζεται ο αριθμός των ΔΥΠΕ σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες της Επικράτειας από τις συγχωνεύσεις των 17 που όριζε ο Ν. 3329/2005, «στο πλαίσιο μιας μεταβατικής περιόδου που θα οδηγήσει στην πλήρη εξάλειψή τους, εντός της επόμενης διετίας».

Η επικράτεια διαιρείται στις ακόλουθες επτά Υγειονομικές Περιφέρειες: την 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, τη 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου, την 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας, την 4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης, την 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, την 6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας και, τέλος, την 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης.

Επί πλέον, καταργούνται τα ΔΣ των ΔΥΠΕ και ως όργανα

διοίκησης κάθε ΔΥΠΕ ορίζονται: (α) Ο Διοικητής και (β) οι δύο Υποδιοικητές της Υγειονομικής Περιφέρειας (άρθρο 3, παράγραφος 4). Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του νόμου, στόχος ήταν να καταστεί «η διοίκηση των ΔΥΠΕ πιο ευέλικτη και ... περισσότερο αποτελεσματική για την ικανοποίηση των αναγκών της περιφερειακής λειτουργίας και οργάνωσης του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας». Δεδομένης της κατάργησης των ΔΣ και του Αντιπροέδρου των ΔΥΠΕ, ικανός αριθμός αρμοδιοτήτων τους μεταβιβάζονται τόσο στις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας όσο και στο ΚΕΣΥΥΠΕ, ο ρόλος του οποίου αναβαθμίζεται σημαντικά, ενώ, αντίθετα, αποδυναμώνεται ο ρόλος των ΔΥΠΕ, εν όψει προφανώς και της μελλοντικής κατάργησής τους. Τέλος, θεσπίζεται Επιτροπή Δαπανών και Προμηθειών στην έδρα κάθε ΔΥΠΕ, αποτελούμενη από το Διοικητή, έναν εκπρόσωπο των εργαζομένων στη ΔΥΠΕ, έναν εκπρόσωπο των ιατρών της Υγειονομικής Περιφέρειας και τους αναπληρωτές τους. Σε αυτή την Επιτροπή μεταβιβάζονται ορισμένες αρμοδιότητες των καταργούμενων ΔΣ των ΔΥΠΕ, όπως η ευθύνη διεκπεραίωσης των προμηθειών, υλοποίησης έργων και υπηρεσιών μικρού όμως κόστους, για ποσά >100.000 € και μέχρι 234.000 € (!).

2.6. Νόμος υπ' αριθ. 3852/2010 – Νέα αρχιτεκτονική της αυτοδιοίκησης και της αποκεντρωμένης διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης^{16,17}

Με γνώμονα την αποτελεσματικότερη άσκηση των αρμοδιοτήτων, που σχετίζονται με την προστασία της υγείας, όπως αναφέρεται στην αιτιολογική έκθεση του Ν. 3852/2010, του Υπουργείου Εσωτερικών, ο οποίος ψηφίζεται επί κυβερνήσεως του ΠΑΣΟΚ, με Υπουργό Υγείας τη Μ. Ξενογιαννακοπούλου, προβλέπεται η μεταφορά αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και αρμοδιοτήτων των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Υγείας (ΜΠΥ), από τις ΔΥΠΕ, στους πρωτοβάθμιους και στους δευτεροβάθμιους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης, δηλαδή στους δήμους (άρθρο 94, παράγραφος 3Α) και στις περιφέρειες (άρθρο 186, παράγραφος Ζ). Η μεταφορά θα πραγματοποιηθεί με προεδρικό διάταγμα, το οποίο θα εκδοθεί το αργότερο εντός διετίας, με πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Οικονομικών, καθώς και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από γνώμη της Κεντρικής Ένωσης Δήμων Ελλάδας. Εκτός από τη μεταφορά των αρμοδιοτήτων, θα περιλαμβάνει την απόδοση των ανάλογων οικονομικών πόρων για την άσκησή τους, τη μεταφορά αντίστοιχων υπηρεσιών και οργανικών θέσεων, ενώ θα προβλέπει, παράλληλα, και μετάταξη του υπηρετούντος προσωπικού.

2.7. Νόμος υπ' αριθ. 4052/2012 – Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «έγκριση των σχεδίων συμβάσεων χρηματοδοτικής διευκόλυνσης μεταξύ του ευρωπαϊκού ταμείου χρηματοπιστωτικής σταθερότητας (ΕΤΧΣ), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδας, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδας και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημόσιου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις^{18,19}

Η τελευταία και πλέον πρόσφατη εξέλιξη που αφορά στην οργάνωση των Υγειονομικών Περιφερειών στην Ελλάδα πραγματοποιείται με το Ν. 4052/2012, επί υπουργίας Α. Λοβέρδου. Ο εν λόγω νόμος, σύμφωνα με την αιτιολογική του έκθεση, έχει στόχο τη γεωγραφική ταύτιση των 7 Υγειονομικών Περιφερειών του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τις 7 Αποκεντρωμένες Διοικήσεις του Προγράμματος Καλλικράτη (Ν. 3852/2010), ώστε να συμπίπτουν τα γεωγραφικά όρια των αρμοδιοτήτων τους, με απώτερο σκοπό την καλύτερη χωρική προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας. Έτσι, η 1η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής μετονομάζεται σε «1η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής», η 5η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας μετονομάζεται σε «2η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας-Στερεάς Ελλάδας», η 3η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας μετονομάζεται σε «3η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Ηπείρου-Δυτικής Μακεδονίας», η 6η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας μετονομάζεται σε «4η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας και Ιονίου», η 2η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου μετονομάζεται σε «5η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Αιγαίου», η 7η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης μετονομάζεται σε «6η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης», η 4η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης μετονομάζεται σε «7η Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας-Θράκης». Στο πνεύμα του Ν. 3852/2010 μεταβιβάζονται αρμοδιότητες του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στο Γενικό Γραμματέα της Αποκεντρωμένης Διοίκησης.

3. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η σύσταση των Υγειονομικών Περιφερειών αποτελεί το

τελικό αποτέλεσμα των πολυετών πολιτικών και νομοθετικών προσπαθειών για την πραγμάτωση ενός ευέλικτου και σταθερού Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο θα είναι ικανό να ανταποκριθεί άμεσα, έγκαιρα και αποτελεσματικά στις ανάγκες για παροχή υπηρεσιών υγείας των Ελλήνων πολιτών της Περιφέρειας.

Όπως γίνεται φανερό από την ιστορική αναδρομή της χρονικής εξέλιξης της περιφερειακής οργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αν και υπήρξε αρχικά ο σχεδιασμός για αποκέντρωση, παραμένουν ανοικτά τα ζητήματα που καθιστούν τις περιφερειακές δομές ανεπαρκείς. Η οικονομική εξάρτηση από την κεντρική εξουσία (ΥΓΚΑ) και η αδυναμία αυτοτελούς χρηματοδότησης καθιστούν τις διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών, αν όχι απλούς θεατές, με εποπτικό και συμβουλευτικό ρόλο, σε υπηρεσίες με μη αποφασιστικές αρμοδιότητες, χωρίς δυνατότητα αποφασιστικής διαχείρισης κονδυλίων, διορισμών, πειθαρχικού ελέγχου, σχεδιασμού και υλοποίησης μεταβολών στο Χάρτη Υγείας. Στην πραγματικότητα, καταλήγουν να λειτουργούν ως μηχανισμός απόσβεσης και καθυστέρησης περιφερειακών αιτημάτων, επιμερισμού της ευθύνης της κεντρικής εξουσίας και ως συμβιβαστικός γραφειοκρατικός μηχανισμός μεταξύ των ουσιαστικά απ' ευθείας από το ΥΓΚΑ ελεγχόμενων νοσοκομείων. Σε αυτό συνέβαλε η μη εφαρμογή των νόμων είτε λόγω μη έκδοσης των απαιτούμενων Προεδρικών Διαταγμάτων ή Υπουργικών Αποφάσεων, είτε υπονόμησης τους από επί μέρους διοικήσεις Νοσοκομείων ή του ίδιου του Υπουργείου. Οι αλλαγές και οι παλινωδίες του νομοθετικού πλαισίου, πολλές φορές και από την ίδια την κυβέρνηση, προδίδουν την έλλειψη πρόθεσης της κεντρικής εξουσίας να προχωρήσει σε ουσιαστική αποκέντρωση, αλλά και την εφαρμογή μιας πολιτικής με γνώμονα όχι έναν εθνικό σχεδιασμό, αλλά την εξυπηρέτηση των αναγκών του ΥΓΚΑ ή των προσωπικών επιδιώξεων του εκάστοτε Υπουργού Υγείας. Πιο πρόσφατα, με αφορμή τη νομοθετική μεταβολή του Καλλικράτη, διαπιστώνεται ότι επιχειρείται η πλήρης μετάθεση όλων των αρμοδιοτήτων των ΥΠΕ –οι οποίες προηγουμένως είχαν αποψιλωθεί προς όφελος αφ' ενός του κέντρου και αφ' ετέρου των εποπτευόμενων φορέων υγείας– στην τοπική αυτοδιοίκηση και η επακόλουθη κατάργησή τους που είχε ήδη προβλεφθεί με το Ν. 3527/2007, με κύριο στόχο όμως την εξοικονόμηση πόρων, υπό την πίεση των δυσχερών οικονομικών συνθηκών των τελευταίων ετών, και όχι την πραγμάτωση του σκοπού της αποκέντρωσης της δημόσιας διοίκησης.

Συνοψίζοντας, ο σκοπός της λειτουργίας των ΥΠΕ μέχρι σήμερα περιορίζεται σε δευτερεύουσας σημασίας εποπτικούς, συμβουλευτικούς-εισηγητικούς²⁰ και ελεγκτικούς ρόλους χωρίς να πραγματοποιείται η ουσία της αποκέντρω-

σης, σύμφωνα με την οποία «τα περιφερειακά όργανα του Κράτους έχουν γενική αποφασιστική αρμοδιότητα για τις υποθέσεις της περιφέρειάς τους» (Σύνταγμα της Ελλάδας, άρθρο 103), με αποτέλεσμα, υπό τις σημερινές συνθήκες

οικονομικής δυσπραγίας, να είναι αμφίβολο εάν ωφελεί και η διατήρησή τους ως ανεξάρτητων από τις Διοικητικές Περιφέρειες Οργανισμών.

ABSTRACT

The regional organization of the National Health System (ESY) in Greece – A brief overview of the legislative interventions to date

N. KAKALETSIS,^{1,2} A. IOANNIDIS,¹ I. SIGALAS,¹ A. HATZITOLIOS^{1,2}

¹Programme of Postgraduate Studies "Medical Research Methodology", Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, ²First Propedeutic Department of Internal Medicine, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, "AHEPA" University Hospital, Thessaloniki, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2013, 30(2):233–240

Since the establishment of the Greek National Health System (ESY), many efforts have been made to implement a decentralized system of organization and administration of the health services in Greece. The implementation of such efforts is undoubtedly of crucial importance for the effective management of various local issues and needs, particularly in relation to the Health Map and the workforce and financing. The Legislative Act No 1397/1983, with which the ESY was founded, provided for the establishment of Regional Health Boards (PESYs), which ultimately were not put into application. Subsequently, various different governments by successive laws established the Regional Health Authorities (PeSYs, Legislative Act No 2889/2001), which were renamed as Regional Health and Welfare Authorities (PeSYPs, Legislative Act No 3106/2003) and later as Health Region Administrations (DYPEs, Legislative Act No 3329/2005), with minor differences between them, and in some instances retractions, concerning their number, composition and responsibilities, revealing a slipshod approach and absence of long-range planning and true volition for decentralization. More recently, the number of Health Regions was reduced from 17 to 7 (Legislative Act No 3527/2007) and ultimately the introduction of the Kallikratis Plan makes provision for the competences of the DYPEs, which had been pared down to the advantage of the Central Government and the health services that it supervises, to be transferred to the regional and local authorities (Legislative Act No 3852/2010). Through this brief history of the evolution of the regional organization of the ESY, we conclude that in spite of the initial plans for health services decentralization, an organizational system that ensures absolute dependence on the Central Government in combination with the absence of autonomous financing renders the DYPEs into services with an indeterminate role which is only advisory and imperfectly supervisory, with no power of decision-making, throwing doubt, especially in view of the recent recession, on their survival as independent administrative organizations.

Key words: DYPE, ESY, Greece, PESY, PeSY, Regional organization

Βιβλιογραφία

1. Σύνταγμα της Ελλάδας 1975/1986/2001/2008 (ΦΕΚ, τεύχος Α', 120/27.6.2008)
2. ΤΑΧΟΣ Α. *Ελληνικό Διοικητικό Δίκαιο: Η διοικητική αποκέντρωση*. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2008:253–263
3. Ν. 1937/1983 (ΦΕΚ, τεύχος Α', 143/7.10.1983)
4. ΑΛΕΞΙΑΔΟΥ ΕΑ. Η νέα διοικητική μορφή του ΕΣΥ. *Διοικητική Ενημέρωση* 2007, 41:58–61
5. ΠΔ 31/1986 (ΦΕΚ, τεύχος Α', 12/13.2.1986)
6. Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ, τεύχος Α', 37/2.3.2001)
7. Αιτιολογική έκθεση του νόμου 2889/2001
8. ΚΡΕΜΑΛΗΣ Κ. *Δίκαιο της υγείας – Τόμος ΙΙ. Νομοθεσία-Νομολογία-Εγκύκλιοι-Υποδείγματα*. Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2011:3-301
9. ΑΛΕΞΙΑΔΗΣ Α. *Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην αρχή του 21ου αιώνα*. Εκδόσεις Δημόπουλου, Θεσσαλονίκη, 2003:45 & επομ
10. Ν. 3106/2003 (ΦΕΚ, τεύχος Α', 30/10.2.2003)
11. Αιτιολογική έκθεση του νόμου 3106/2003
12. Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ, τεύχος Α', 81/4.4.2005)
13. Αιτιολογική έκθεση του νόμου 3329/2005
14. Ν. 3527/2007 (ΦΕΚ, τεύχος Α', 25/9.2.2007)
15. Αιτιολογική έκθεση του νόμου 3527/2007
16. Ν. 3852/2010 (ΦΕΚ, τεύχος Α', 87/7.6.2010)

17. Αιτιολογική έκθεση του νόμου 3852/2010
18. Ν. 4052/2012 (ΦΕΚ, τεύχος Α', 41/1.3.2012)
19. Αιτιολογική έκθεση του νόμου 4052/2012
20. Ομάδα Εργασίας για την αναδιάρθρωση των νοσοκομείων. Επιστημονικά Υπεύθυνος Λιαρόπουλος Λ. Επιχειρησιακό σχέδιο για την αναδιάρθρωση των νοσοκομείων. Διαθέσιμο από: <http://platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/> (πρόσβαση 20.12.2011)

Corresponding author:

A.I. Hatzitolios, First Propedeutic Department of Internal Medicine, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, "AHEPA" Hospital, 1st Stilponos Kyriakidi street, GR-546 46 Thessaloniki, Greece
e-mail: axatzito@med.auth.gr

