



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**«Ευρωπαϊκή ενοποίηση, οικονομική κρίση και  
προοπτικές κράτους πρόνοιας»**

**ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: Ελευθερία Κρουσταλάκη**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Παναγιώτης Μινογιάννης**

**ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2018**

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	5
Περίληψη.....	6
Abstract.....	7
Κατάλογος Πινάκων & Εικόνων.....	4
1 <sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	8
Εισαγωγή.....	8
1.1 Θεωρίες Ανάλυσης Πολιτικής.....	10
1.2 Τα Τρία Είδη Των Θεσμικών Προσεγγίσεων .....	14
1.2.1 Ορθολογικός Θεσμισμός .....	14
1.2.2 Κοινωνιολογικός Θεσμισμός .....	15
1.2.3 Ιστορικός Θεσμισμός .....	16
1.3 Ο Ιστορικός Θεσμισμός & Η Ερμηνεία Αλλαγής.....	18
1.4 Ο Ιστορικός Θεσμισμός Ως Εργαλείο Κατανόησης Της Πολιτικής Υγείας.....	20
2 <sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	21
2.1 Η Πορεία Προς Την Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση & Το Πλαίσιο Διαμόρφωσης Της Πολιτικής Υγείας.....	21
2.2 Οι Αρμοδιότητες Της Ευρωπαϊκής Ένωσης .....	25
2.3 Η Διάρθρωση Της Ευρωπαϊκής Ένωσης .....	28
2.3.1 Τα Θεσμικά Όργανα.....	28
2.3.1.1 Το Συμβούλιο.....	29
2.3.1.2 Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή.....	31
2.3.1.3 Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο.....	32
2.3.1.4 Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο .....	34
2.3.1.5 Το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	36
2.3.1.6 Η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα.....	37
2.3.1.7 Το Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο .....	39

2.3.2 Συμβουλευτικά Όργανα.....	39
2.3.2.1 Η Ευρωπαϊκή Οικονομική & Κοινωνική Επιτροπή .....	40
2.3.2.2 Η Επιτροπή Των Περιφερειών.....	40
2.4 Ο Εξευρωπαϊσμός Των Δημόσιων Πολιτικών Υγείας.....	41
2.5 Ο Εξευρωπαϊσμός Της Εσωτερικής Αγοράς.....	47
2.6 Οι Έννοιες & Τα Είδη Εξευρωπαϊσμού Της Πολιτικής Υγείας.....	43
2.7 Η Σύγκλιση Των Εθνικών Συστημάτων Υγείας Στην Ευρώπη .....	48
2.8 Η Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση Στον Τομέα Υγείας.....	50
2.9 Η Διαδικασία Εξευρωπαϊσμού Της Ελλάδας.....	51
3 <sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	53
3.1 Η Ιστορική Εξέλιξη Του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	53
3.2 Η Θεσμοθέτηση Του Εθνικού Συστήματος Υγείας & Οι Αδυναμίες Του.....	56
3.3 Τα Βασικά Χαρακτηριστικά Του Εθνικού Συστήματος Υγείας – Πλεονεκτήματα & Μειονεκτήματα .....	59
3.4 Οι Μεταρρυθμίσεις Κατά Την Δεκαετία του 1990.....	60
3.4.1 Η Φιλελευθεροποίηση Του Ε.Σ.Υ.....	61
3.4.2 Το «Νομοσχέδιο Κρεμαστινού» - Απόπειρα Δημιουργίας Ενιαίου Φορέα .....	63
3.4.3 Η Προσπάθεια Μεταρρύθμισης Του 1997.....	65
3.5 Ο Εκσυγχρονισμός Του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας Την .....	66
Περίοδο 2000 .....	66
3.6 Ο Μεταρρυθμιστικός Οίστρος Πριν Από Την Επέλαση Της Δημοσιονομικής Κρίσης Του 2009.....	70
3.6.1 Η Μεταρρύθμιση Του 2005.....	70
3.6.2 Η Μεταρρύθμιση Του 2007.....	71
3.7 Τα Εμπόδια Στην Εφαρμογή Των Υγειονομικών Μεταρρυθμίσεων.....	74
4 <sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	76
4.1 Η Πολιτική Υγείας Στην Μνημονιακή Ελλάδα – Παρεμβάσεις & Μεταρρυθμίσεις .....	76
4.2 Η Υγεία Ως Βασικός Στόχος Των Μνημονίων .....	79

4.2.1 Ο Έλεγχος Των Φαρμακευτικών Δαπανών.....	79
4.2.2 Η Αναδιοργάνωση & Η Αναδιάρθρωση Των Υπηρεσιών Παροχής Περίθαλψης.....	80
4.3 Η Δημιουργία & Ο Ρόλος Του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.).....	82
4.4 Η Χρηματοδότηση Του Συστήματος Υγείας .....	87
4.5 Η Πολιτική Για Το Φάρμακο .....	89
Συμπεράσματα.....	94
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	96
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	100
Ηλεκτρονικές Πηγές.....	102

### **Κατάλογος Πινάκων & Εικόνων**

Πίνακας 1: « Έδρες Ανά Κράτος – Μέλος Στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ».....	35
Πίνακας 2: « Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας ως % του ΑΕΠ, στην Ελλάδα, 2010 – 2015 ».....	89
Πίνακας 3: « ΑΕΠ, Συνολική Δαπάνη Υγείας & Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη Κατά Κεφαλήν, 2005- 2010 ».....	91
Πίνακας 4: « Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2005 - 2010, σε δις € ».....	92
Πίνακας 5: « Δαπάνη Υγείας & Φαρμάκου στην Ελλάδα 2005 - 2010 ».....	92
Εικόνα 1: « Τα Κράτη Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Το 2013 » .....	23
Εικόνα 2: « Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Ανά Φορέα Χρηματοδότησης, 2011 – 2015 (εκατ. €) ».....	89

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή κύριο Παναγιώτη Μινογιάννη για τη σημαντική βοήθειά του στον σχεδιασμό, στην εκπόνηση και καθοδήγηση της παρούσης διπλωματικής εργασίας.

Επιπλέον το παρόν κείμενο θα ήθελα να το αφιερώσω εις τους σεβαστούς μου γονείς και τον συζυγό μου για την αμέριστη συμπαράστασή τους κατά τη διάρκεια εκπόνησης του καθώς και στη μονάκριβη κόρη μου που ήλθε στον κόσμο κατά το διάστημα συγγραφής της παρούσας εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα διπλωματική διατριβή θέτει ως στόχο την διερεύνηση, στα πλαίσια του ιστορικού θεσμισμού, της φύσης των μνημονίων στην πολιτική υγείας της Ελλάδος, την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Κύριο επιχείρημα αποτελεί η εύρεση απάντησης στο αν τα μνημόνια που υιοθετήθηκαν, συνθέτουν ένα νέο υπόδειγμα πολιτικής ή αν αποτελούν συνέχεια της προσπάθειας σύγκλισης της δημοσιονομικής πειθαρχίας στους κόλπους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που επικρατούσε και πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Πραγματοποιήθηκε άντληση των πληροφοριών, για την τεκμηρίωση της συγκεκριμένης διπλωματικής διατριβής, από ελληνικές και ξενόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές, αλλά και από ηλεκτρονικές πηγές.

**Λέξεις – Φράσεις Κλειδιά:** είδη θεσμισμού, εξευρωπαϊσμός, πολιτική υγείας, ευρωπαϊκή ολοκλήρωση, μεταρρύθμιση, οικονομική κρίση, Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Έχοντας ως στόχο την επίτευξη του εξευρωπαϊσμού του ελληνικού συστήματος υγείας, πραγματοποιήθηκαν ποικίλες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στο πέρασμα των ετών, οι περισσότερες από τις οποίες δεν εφαρμόστηκαν. Η οικονομική κρίση που ξέσπασε παγκοσμίως και επηρέασε και την Ελλάδα σε πολύ μεγάλο βαθμό, αποτέλεσε καταλυτικό παράγοντα στην υιοθέτηση πρακτικών στον χώρο της υγείας, οι οποίες ήδη εφαρμόζονταν σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες από την δεκαετία του 1980 και κατοχυρώθηκαν μέσω της σύναψης μνημονιακών συμβάσεων ανάμεσα στο ελληνικό κράτος και τους διεθνείς πιστωτές.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στον εκσυγχρονισμό του υγειονομικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα μπορούν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες:

- Σε αυτές που εφαρμόστηκαν πριν την οικονομική κρίση, αν και με καθυστέρηση κάποιων ετών και σχετίζονται με:
  - ☞ Την αποκέντρωση του συστήματος υγείας.
  - ☞ Την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.).
- Σε αυτές, που παρόλου που υπήρχαν πριν από το ξέσπασμα της κρίσης, ωστόσο λόγω κάποιων συνθηκών, δεν εφαρμόστηκαν και ξαναεπανήλθαν στο προσκήνιο μέσω των μνημονίων.

## ABSTRACT

**CAUSE:** This diploma thesis seeks to investigate, the reasoning of memorandums in Greek health policy during the period of economic crisis, by using the theoretical approach of historical institutions. The main argument is to find a response to whether the memorandums, which adopted, constitute a new policy model or whether they are a follow-up to the convergence of budgetary discipline within the European Union that prevailed before the onset of the economic crisis.

**METHODOLOGY:** Information has been extracted to document this diploma thesis from Greek and foreign bibliographic references as well as from electronic sources.

**Key Words:** types of institutionalism, Europeanization, health policy, European integration, reform, economic crisis, National Health System (E.S.Y.), National Organization of Health Services (E.O.P.Y.Y.)

**RESULTS:** With the aim of achieving the Europeanization of the Greek health system, various reform efforts have been made over the years, most of which have not been implemented. The economic crisis that has erupted globally and also affected Greece to a great extent has been a catalytic factor in the adoption of health practices already in place in other European countries since the 1980s and secured by the conclusion of memorandum contracts between the Greek state and international creditors.

**CONCLUSIONS:** The reform efforts in modernizing the health care system in Greece can be divided into two categories:

- *In those applied before the financial crisis, albeit with a delay of some years and related to:*
  - ↻ *Decentralization of the health system.*
  - ↻ *The establishment of the National Health System (E.S.Y.).*
- *In those that, although they existed prior to the outbreak of the crisis, but due to some conditions, they were not implemented and came back to the foreground through the memorandums.*

# 1<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## Εισαγωγή

Το πεδίο της πολιτικής υγείας και ιδιαίτερα το κομμάτι της χρηματοδότησης και της παροχής των υπηρεσιών είχε παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα εκτός του άμεσου πεδίου αρμοδιοτήτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) και της ευθύνης της κάθε χώρας μέλους. Παράλληλα, οι ευρωπαϊκές επιρροές στην πολιτική υγείας έχουν περιγραφεί και κατηγοριοποιηθεί στην βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, οι τρεις βασικές κατηγορίες αυτών, είναι οι ακόλουθες:

- ⊕ **Θετική - Ενεργητική ενοποίηση**, με οδηγίες και πολιτικές από την Επιτροπή και το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο.
- ⊕ **Αρνητική - Παθητική ενοποίηση**, με αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου.
- ⊕ **Άτυπη ιδεολογική σύγκλιση**, μέσω spillover άλλων πεδίων πολιτικής, στα οποία οι Βρυξέλλες παρουσιάζονται πιο ενεργές, όπως είναι για παράδειγμα το πεδίο της νομισματικής πολιτικής, ιδιαίτερα για τις χώρες της Ευρωζώνης. Επιπλέον, η σύγκλιση αυτή χαρακτηρίζεται από:
  - *Αυστηρότερες δημοσιονομικές πολιτικές.*
  - *Ισορροπημένους προϋπολογισμούς.*
  - *Απέχθεια στα ελλείμματα.*
  - *Εν γένει πειθαρχημένη δημοσιονομική πολιτική, βάσει και των κριτηρίων του Μάαστριχτ.*

Τα τελευταία χρόνια η οικονομική κρίση που βιώνει η Ελλάδα και γενικότερα η Ευρώπη έχει οδηγήσει στην σύναψη συμφωνιών μεταξύ της κάθε ενδιαφερόμενης χώρας και μιας σειράς θεσμών, Ευρωπαϊκών και μη όπως είναι για παράδειγμα:

- **Η Επιτροπή.**
- **Η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (Ε.Κ.Τ.).**
- **Ο Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Σταθερότητας (ESM).**
- **Το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ).**

τα γνωστά μνημόνια. Εισάγεται, έτσι, ένα νέου τύπου πολιτικό εργαλείο, το μνημόνιο, το οποίο σαφώς και επηρεάζει ενεργητικά την δημοσιονομική πολιτική μιας χώρας μέλους και μέσω αυτής την πολιτική υγείας της, αλλά διεθέτει και τα χαρακτηριστικά μιας σύμβασης δανεισμού και υπό αυτή την έννοια θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μια παθητική διαδικασία ενοποίησης. Την ίδια στιγμή, όπως είναι εύκολο να διαπιστώσει κανείς, βαδίζει πάνω στα



χαρακτηριστικά της άτυπης ιδεολογικής σύγκλισης, όπως αυτή περιγράφηκε ανωτέρω και αποτελεί, ουσιαστικά, συνέχεια της προσπάθειας σύγκλισης της δημοσιονομικής πειθαρχίας στους κόλπους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που επικρατούσε και πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης.

Γεννάται, λοιπόν, το ερώτημα για την θεσμική φύση των μνημονίων ως εργαλείο πολιτικής της ευρωπαϊκής ενοποίησης, το οποίο αποτελεί και το κυριότερο ερώτημα αυτής της μελέτης. Με άλλα λόγια, ερευνάται σε ποια από τις τρεις κατηγορίες ενοποίησης, που αναφέρθηκαν προηγουμένως, ή συνδυασμό αυτών, ταξινομείται το μνημόνιο. Επιπρόσθετα, αναδύεται ένα ακόμα σχετικό, αν και δευτερεύον, ζήτημα, το οποίο έχει να κάνει με το κατά πόσο τα μνημόνια αποτελούσαν τη μοναδική θεσμική απάντηση, που ήταν δυνατόν να δοθεί στην ευρωπαϊκή δημοσιονομική κρίση, ή υπήρχε και κάποιο άλλο εργαλείο διαθέσιμο σε Ευρωπαίους αλλά και κρατικούς, Έλληνες εν προκειμένω, αξιωματούχους. Τέλος, κρίνεται αναγκαίο να εξεταστεί η φύση των προβλέψεων, της στοχοθέτησης των μέτρων αλλά και των αποτελεσμάτων των μνημονίων στον τομέα της υγείας.

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα έχει επικρατήσει μια διαδικασία αποφυγής της ιδιοκτησίας των πολιτικών στον χώρο της υγείας (politics of blame) και ως εκ τούτου διατήρησης κάποιων χαρακτηριστικών του πολιτικού παιχνιδιού, τα οποία δεν επιτρέπουν δραστηκές και συνεπώς, γρήγορες αλλαγές. Ακόμη και σήμερα, κύριοι άξονες της συζήτησης αποτελούν:

⊗ **Ο βαθμός εφαρμογής των μέτρων.**

⊗ **Ο βαθμός εξειδίκευσης τους.**

⊗ **Η φύση των θεσμικών αντιστάσεων**, στην αλλαγή που προτείνεται.

Συνεπώς, δεν έχει δοθεί απάντηση σε πληθώρα ερωτημάτων, μερικά χαρακτηριστικά των οποίων, είναι τα ακόλουθα:

➤ **Αν η στοχοθέτηση των μνημονίων ακολουθεί το ίδιο μονοπάτι** ευρωπαϊκής ενοποίησης, με αυτό που ακολουθούνταν προ κρίσης.

➤ **Αν η στοχοθέτηση αυτή ήταν ρεαλιστική.**

➤ **Αν η εφαρμογή της είναι πετυχημένη.**

Εκτός αυτών, οι συνεχείς μειώσεις πόρων σε συνδυασμό με την συνεχιζόμενη ύφεση της ελληνικής οικονομίας, οδήγησαν σε αρνητικά αποτελέσματα, ενίοτε μη συμβατά με το ευρωπαϊκό κεκτημένο, όπως είναι για παράδειγμα η δραματική απασφάλιση, αλλά και η μείωση πρόσβασης. Μετά από επτά χρόνια προσαρμογής, η νέα πραγματικότητα που δημιουργείται στον ελλαδικό χώρο, χρήζει άμεσης ανάλυσης αναφορικά με το πολιτικό μονοπάτι που έχει ακολουθήσει, σε ότι αφορά την ιδιοκτησία των πολιτικών υγείας, των

τεχνικών τους χαρακτηριστικών και της μέτρησης του αποτελέσματός τους. Παράλληλα, η νέα αυτή πραγματικότητα απαιτεί και σε ευρωπαϊκό επίπεδο την ανάλυση των αποτελεσμάτων και έλεγχο του βαθμού συμβατότητάς τους με την ενιαία Ευρώπη, όπως αυτή παρουσιάζεται μέσα από τις επίσημες Συνθήκες.

Με έναυσμα τα ανωτέρω, κύριος σκοπός της παρούσας διπλωματικής διατριβής αποτελεί η διερεύνηση, στα πλαίσια του ιστορικού θεσμισμού, της φύσης των μνημονίων στην πολιτική υγείας της Ελλάδος, την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Πιο αναλυτικά, θα πραγματοποιηθεί ανάλυση των ιδεολογικών, πολιτικών, αλλά και οικονομικών παραγόντων, οι οποίοι συνέβαλλαν στην ανάπτυξη και την ολοκλήρωση της ευρωπαϊκής ενοποίησης. Στη συνέχεια, θα παρουσιαστούν οι κοινωνικές – οικονομικές εξελίξεις, αλλά και ο τρόπος, με τον οποίο διεξάγεται το πολιτικό παιχνίδι στην Ελλάδα. Ενώ, βασικό άξονα στην παρούσα εργασία, θα αποτελέσει η θεσμική φύση του ελληνικού κράτους και των υπηρεσιών του, διερευνώντας την ελληνική «εξαίρεση» την περίοδο της μεταπολίτευσης.

Συνεπώς, το κύριο επιχείρημα της παρούσας διπλωματικής διατριβής έγκειται στις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, που επιχειρήθηκαν να πραγματοποιηθούν, μέσα σε ένα ευρύτερο ευρωπαϊκό κλίμα αλλαγής στην πολιτική υγείας. Χαρακτηριστική είναι αυτή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), το οποίο από την αρχή της θέσπισής του μέχρι και σήμερα, δεν έχει πάψει να υπάγεται σε μεταρρυθμίσεις, άλλες με επιτυχία και άλλες όχι, όπως θα διαπιστωθεί στη συνέχεια της ανάλυσης.

Τέλος, η δημιουργία του κοινωνικού κράτους, αλλά και η διαμόρφωσή του, μέσα στα πλαίσια της ευρωπαϊκής ενοποίησης, αλλά και η κοινωνική διάσταση της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης, συνθέτουν κύριους άξονες μελέτης. Τόσο οι επιπτώσεις της διεθνούς οικονομικής συγκυρίας στην εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής, όσο και η αποτίμηση των εφαρμοσμένων πολιτικών και μεταρρυθμίσεων, που έλαβαν χώρα μετά την έναρξη της κρίσης, σχετικά με την δομή και την λειτουργία του κοινωνικού κράτους, θα μελετηθούν διεξοδικά.

## **1.1 Θεωρίες Ανάλυσης Πολιτικής**

Για την διερεύνηση και ερμηνεία της Ε.Ε. ως πεδίο προοδευτικής εμφάνισης ενός νέου πολιτικού συστήματος, έχουν διατυπωθεί κάποιες θεωρητικές προσεγγίσεις. Οι κυριότερες από αυτές τις προσεγγίσεις, είναι οι ακόλουθες:

### **☞ Ο φεντεραλισμός (ομοσπονδισμός)**

Από τη δεκαετία του 1920, οι οπαδοί της ομοσπονδιοποίησης, οι επονομαζόμενοι ως φεντεραλιστές (federalists), όπως ο Coudenhove - Kalergi, θεωρούσαν ότι τα ευρωπαϊκά έθνη,

τα οποία μόλις είχαν βγει από έναν αδελφοκτόνο πόλεμο, αποτελούσαν στην ουσία μια φυσική ενότητα, η οποία είχε τις απαραίτητες προϋποθέσεις να εξελιχθεί σε μια σημαντική παγκόσμια δύναμη, εφόσον υιοθετούσε ένα ομοσπονδιακό σύνταγμα.<sup>1</sup>

Κατόπιν, μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, που σκοπό είχε την υπεροχή ενός ευρωπαϊκού έθνους έναντι των υπολοίπων, ο Altiero Spinelli διαπίστωσε ότι τα κράτη - έθνη αδυνατούσαν να εντοπίσουν τον λόγο ύπαρξής τους, καθώς δεν μπορούσαν να παρέχουν πολιτική και οικονομική ασφάλεια στους πολίτες τους, με αποτέλεσμα να είναι αναγκασμένα να προχωρήσουν στην δημιουργία μιας ομοσπονδίας, την οποία αποκαλούσε ήδη «Ευρωπαϊκή Ένωση».<sup>2</sup>

Πιο συγκεκριμένα, οι βασικότερες θέσεις αυτής της προσέγγισης, είναι οι ακόλουθες:<sup>3</sup>

- ✚ ***Το πανευρωπαϊκό κίνημα, για την ευρωπαϊκή ομοσπονδία, διαθέτει αυτόνομο πολιτικό χαρακτήρα.***
- ✚ ***Η ενοποίηση θα γίνει βάσει συντακτικής προσέγγισης,*** δηλαδή μέσω μιας Ευρωπαϊκής Συντακτικής Συνέλευσης, προκειμένου να λάβει την απαραίτητη δημοκρατική νομιμοποίηση.
- ✚ ***Η πολιτική ενοποίηση θα στηριχθεί στις αρχές των λειτουργικών ενοποιήσεων.***

Ενώ, στόχος της είναι η συμμετοχή όλου του συνόλου των κρατών – μελών, που υποστηρίζουν την πολιτική ενοποίηση, χωρίς να παίζουν κανέναν ρόλο οι πολιτικές τους πεποιθήσεις. Με άλλα λόγια, συνεπώς, κύριος στόχος είναι να μην μετατραπεί ο φεντεραλισμός σε ένα πολιτικό κόμμα, αλλά να διακατέχεται από έναν υπερεθνικό χαρακτήρα. Χωρίς, ωστόσο, αυτό να σημαίνει ότι δεν διαθέτει την απαραίτητη πολιτική επιρροή στην κοινή γνώμη, ώστε να είναι ικανό να πιέζει τις κυβερνήσεις των κρατών, οι οποίες αποτελούν, εκ φύσεως, το μέσο, αλλά και το εμπόδιο της πολιτικής ενοποίησης.<sup>4</sup>

### ☞ Ο λειτουργισμός (φονκσιοναλισμός) – Θεωρία Διεθνών Σχέσεων

Οι θεωρητικοί της λειτουργικότητας (functionalists), όπως ο David Mitrany, διατύπωναν δικαίως ότι οι παγκόσμιοι οργανισμοί δεν αποτελούν αυτοσκοπούς, αλλά

---

<sup>1</sup> Coudenhove – Kalergi, R. N. (1926), "Pan-Europe", Knopf, New York

<sup>2</sup> Spinelli, A. (1972), "The Growth of the European Movement since the Second World War", in M. Hodges (ed.), European Integration, Penguin, Harmondsworth

<sup>3</sup> Παπαγεωργίου, Ι. (2014), «Ιστορία, θεωρίες και θεσμοί της Ευρωπαϊκής Ενοποίησης. Φεντεραλισμός – Λειτουργισμός - Διακυβερνητισμός», Έκδοση: 1.0, Θεσσαλονίκη. Διαθέσιμο από την δικτυακή διεύθυνση: <http://eclass.auth.gr/courses/OCRS230/>

<sup>4</sup> Χολέβας, Κ. (2012), «Φεντεραλιστής σε λάθος εποχή», Εφημερίδα: Δημοκρατία

διαύλους, έτσι ώστε να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν προτεραιότητες, οι οποίες πηγάζουν από τις ανθρώπινες ανάγκες. Συνεπώς, οι λειτουργίες και δραστηριότητές τους, είναι απαραίτητο να εναρμονίζονται και να προσαρμόζονται στις ανάγκες της κάθε εποχής. Ωστόσο, εξαιτίας του αμέριστου ενθουσιασμού τους, αναφορικά με την ίδρυση ενός δικτύου διεθνών λειτουργικών οργανισμών, υποτίμησαν τις λειτουργίες της ειρήνης και της ευημερίας, που παρείχε μια περιφερειακή οργάνωση, όπως αυτή της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας.<sup>5</sup>

Τέλος, οι βασικότερες θέσεις που διέπουν τον λειτουργισμό, είναι οι ακόλουθες:<sup>6</sup>

- ✚ ***Ο πόλεμος δεν είναι ενδημικός στον κόσμο.***
- ✚ ***Τα διεθνικά όργανα εξυπηρετούν καλύτερα ορισμένες ανθρώπινες ανάγκες.***
- ✚ Στην περίπτωση όπου τα όργανα αυτά προσφέρουν ευημερία και παράγουν κάποιο αποτέλεσμα, είναι δυνατόν να ωθήσουν την ***μετακίνηση της νομιμοφροσύνης των πολιτών από εθνικό σε υπερεθνικό πλαίσιο.***
- ✚ ***Οι εντάσεις, αλλά και οι συγκρούσεις είναι δυνατόν να μειωθούν μέσα από την λειτουργική συνεργασία.***
- ✚ ***Τα όργανα ενός λειτουργικού συστήματος μπορούν να ξεκινήσουν την λειτουργία τους, χωρίς κάποια γενικευμένη πολιτική εξουσία.***
- ✚ ***Η ίδια η λειτουργία είναι αυτή που θα ορίσει το εκτελεστικό όργανο, βάσει της καταλληλότητάς του για την εκάστοτε δραστηριότητα.***
- ✚ ***Η οικονομική ενοποίηση θα βάλει τις βάσεις για την πολιτική συναίνεση.***

### ☞ Η θεωρία των συναλλαγών & της αλληλεξάρτησης

Από την άλλη, η θεωρία των συναλλαγών (transactionalist) του Karl Deutsch, διατυπώνει την παγκόσμια ολοκλήρωση ως το επίτευγμα μέσα σε μια εδαφική περιοχή ενός «πνεύματος κοινότητας» θεσμών και πρακτικών, με στόχο την εξασφάλιση των προσδοκιών, που έχουν οι λαοί, αναφορικά με την «ειρηνική μεταλλαγή».<sup>7</sup> Η πεποίθηση ότι η επικράτηση του κοινοτικού πνεύματος, ανάμεσα σε αυτούς τους λαούς, είναι άμεση συνυφασμένη με την ανάπτυξη δικτύων αμοιβαίων συναλλαγών, επαληθεύεται από την εμπειρία των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Μέσα από αυτήν, φανερώνεται η ανάγκη εγκατάστασης ενός θεσμικού πλαισίου, σε πρώτο στάδιο και στη συνέχεια, πάνω σε αυτό να βασιστεί η δημιουργία των άτυπων

<sup>5</sup> Mintany, D. (1966), "A Working Peace System", Quadrangle Books, Chicago

<sup>6</sup> Παπαγεωργίου, Ι. (2014), «Ιστορία, θεωρίες και θεσμοί της Ευρωπαϊκής Ενοποίησης. Φεντεραλισμός – Λειτουργισμός - Διακυβερνητισμός», Έκδοση: 1.0, Θεσσαλονίκη. Διαθέσιμο από την δικτυακή διεύθυνση: <http://eclass.auth.gr/courses/OCRS230/>

<sup>7</sup> Deutsch, K. W. (1966), "Nationalism and Social Communication", 2nd edition, MIT Press, Cambridge, MA

συναλλαγών και κατά συνέπεια και του κοινοτικού πνεύματος, το οποίο αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι μιας επιτυχημένης πολυεθνικής ολοκλήρωσης.<sup>8</sup>

### ☞ Ο νεο – λειτουργισμός

Η νεο - λειτουργική προσέγγιση αναπτύχθηκε κατά κύριο λόγο από τον Ernst Haas και σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την μέθοδο κοινής δράσης.<sup>9</sup> Πιο συγκεκριμένα, οι νεο - λειτουργικοί θεωρητικοί, όπως ήταν και ο Μοννέ, δεν δέχτηκαν τον ομοσπονδιακό ιδεαλισμό και περιόρισαν την «λειτουργικότητα» του Mitraný, από το διεθνές επίπεδο στο συγκεκριμένο ορισμένων γειτονικών κρατών. Στις 9 Μαΐου του 1950, ορμώμενος από τον Monnet, ο Robert Schuman διατύπωσε για την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση το εξής: «*Η Ευρώπη...θα οικοδομηθεί με συγκεκριμένες πραγματοποιήσεις, που θα δημιουργήσουν πρώτα μια πραγματική αλληλεγγύη*». Συνεπώς, η ολοκλήρωση θα αποτελούσε μια διαδικασία, όπου οι θετικές λειτουργίες των κοινών θεσμικών οργάνων θα επέφεραν θετικές ενέργειες εκ μέρους των πολιτικών και οικονομικών ηγετών, αλλά και θα ασκούσαν επιρροή στη συμπεριφορά των άλλων κοινωνικών ομάδων, προσεγγίζοντας, έτσι, τα διάφορα έθνη.

Επιπλέον, η συγκεκριμένη προσέγγιση στηρίζεται στην ιδέα της «επενέργειας διάχυσης» (spillover effect) ή πολλαπλασιαστικής ενέργειας. Δηλαδή, η οικονομική ολοκλήρωση επιφέρει αλληλεγγύη ανάμεσα στα συμμετέχοντα έθνη, η οποία με τη σειρά της οδηγεί στην δημιουργία επιπρόσθετων υπερεθνικών θεσμών. Σε οικονομικό επίπεδο, ακόμη, η ίδρυση μιας τελωνειακής ένωσης ασκεί πιέσεις για την δημιουργία μιας κοινής αγοράς, αλλά και νομισματικής ένωσης. Συνεπώς, η πολιτική ολοκλήρωση βαδίζει στα χνάρια της οικονομικής ολοκλήρωσης.<sup>10</sup>

### ☞ Ο διακυβερνητισμός

Ορισμένα δόγματα της νεο - λειτουργικής προσέγγισης, όπως αυτό της εξασθένισης της δυνάμεως των εθνικών κρατών, οδήγησαν στην δημιουργία μιας εναλλακτικής διακυβερνητικής προσέγγισης (intergovernmentalism), η οποία αναπτύχθηκε από τον Stanley Hoffmann. Πιο συγκεκριμένα, σε αυτήν, η περιφερειακή ενοποίηση διενεργείται από τα ίδια τα κράτη, καθώς αυτό είναι το πλέον συμφέρον για αυτά και κατά συνέπεια, η ενοποιητική δυναμική εκτείνεται ως το σημείο που επωφελεί τα κράτη.

---

<sup>8</sup> Deutsch, K. W. (1968), "The Analysis of International Relations", Prentice Hall, Englewood Cliffs NJ

<sup>9</sup> Haas, E. B. (1968), "The Uniting of Europe: Political, Social and Economic Forces 1950-1957", 2nd edn. Stanford: Stanford University Press

<sup>10</sup> Balassa, B. (1962), "The Theory of Economic Integration", Allen and Unwin, London

Επιπλέον, σε αυτόν, οποιαδήποτε αύξηση της υπερεθνικής δραστηριότητας προέρχεται από εσκεμμένες ενέργειες των κρατών και όχι των ίδιων των υπερεθνικών θεσμών, οι οποίοι δεν είναι αυτόνομοι, παρά μόνο διαθέτουν ορισμένα περιθώρια δράσης. Τέλος, η ευρωπαϊκή ενοποίηση δεν επήλθε από την αποτυχία του κράτους, αλλά αποτέλεσε μία επιτυχή απόπειρα διάσωσης του.<sup>11</sup>

## 1.2 Τα Τρία Είδη Των Θεσμικών Προσεγγίσεων

Με την θεσμική προσέγγιση καθορίζονται οι θεσμοί μέσα σε ένα ευρύ πλαίσιο, κατά τέτοιο τρόπο ώστε να περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα κανόνων, πρακτικών, σχέσεων, αλλά και διαδικασιών γενικότερα. Θεμελιώδες στοιχείο της θεσμικής προσέγγισης είναι η παραδοχή ότι οι θεσμοί έχουν καθοριστικό ρόλο στο πλαίσιο λήψης αποφάσεων, δεδομένου πως κάθε πολιτική πράξη εντάσσεται μέσα σε θεσμικές διευθετήσεις.<sup>12</sup>

Εντός του πλαισίου των θεσμικών προσεγγίσεων ορίζονται τρεις διαφορετικές σχολές, κάθε μία από τις οποίες, προσεγγίζει από διαφορετική οπτική γωνία, τον τρόπο με τον οποίο οι θεσμοί επηρεάζουν τα πολιτικά σχέδια και τις αντίστοιχες πολιτικές συμπεριφορές. Συγκεκριμένα, κατά τους Hall και Taylor, οι θεσμικές προσεγγίσεις μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρία είδη, τα οποία είναι τα εξής:<sup>13</sup>

- ✘ Ο **ορθολογικός θεσμισμός** (Rational choice institutionalism).
- ✘ Ο **κοινωνιολογικός θεσμισμός** (Sociological institutionalism).
- ✘ Ο **ιστορικός θεσμισμός** (Historical institutionalism).

Αναλυτικότερα:

### 1.2.1 Ορθολογικός Θεσμισμός

Ο ορθολογικός θεσμισμός πρωτοεμφανίστηκε στην Αμερική, όπου έργο του ήταν η ερμηνεία των συμπεριφορών του Κογκρέσου και στη συνέχεια, ξεκίνησε η εφαρμογή του στην Ευρωπαϊκή Ένωση, κυρίως σε ζητήματα:<sup>14</sup>

---


<sup>11</sup> Παπαγεωργίου, Ι. (2014), «Ιστορία, θεωρίες και θεσμοί της Ευρωπαϊκής Ενοποίησης. Φεντεραλισμός – Λειτουργισμός - Διακυβερνητισμός», Έκδοση: 1.0, Θεσσαλονίκη. Διαθέσιμο από την δικτυακή διεύθυνση: <http://eclass.auth.gr/courses/OCRS230/>

<sup>12</sup> Oliver, A. & Mossialos, E. "European Health Systems Reforms: Looking back to see Forward", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, Nos. 1-2, February – April 2005, pp. 10

<sup>13</sup> Oliver, A. & Mossialos, E. "European Health Systems Reforms: Looking back to see Forward", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, Nos. 1-2, February – April 2005, pp. 16

<sup>14</sup> Muller, P. & Surel, Y. (2002), «Ανάλυση Των Πολιτικών Του Κράτους (Η)», Εκδόσεις: Τυπωθήτω, Αθήνα, σελ. 125

 **Ανάπτυξης πολιτικών θεσμών.**

 **Μετάβασης στην δημοκρατία.**

 **Μεταρρύθμισης των θεσμών.**

Οι αρχικές του υποθέσεις στηρίζονται στον συμπεριφορισμό, ο οποίος πρεσβεύει ότι οι φορείς διαθέτουν καθορισμένες προτιμήσεις και με στόχο να επιτύχουν τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα, δρουν μηχανιστικά. Πρόκειται, επομένως, για μια θεσμική προσέγγιση που δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στον τρόπο με τον οποίο, οι θεσμοί καταφέρνουν να επηρεάσουν και να κατευθύνουν τις ορθολογικές ενέργειες των πολιτικών φορέων. Σε αυτό το είδος, οι θεσμοί καθορίζουν το ευρύτερο πλαίσιο των σχέσεων των ατόμων, με απώτερο στόχο την διασφάλιση του προσωπικού οφέλους.<sup>15</sup>

Αναμφίβολα, επομένως, ο ορθολογικός θεσμισμός ή διαφορετικά η θεσμική προσέγγιση ορθολογικής επιλογής έχει επιδράσεις από τις οικονομικές θεωρίες, αλλά και από τη μελέτη των διαδικασιών λήψης αποφάσεων. Τέλος, κύρια χαρακτηριστικά αυτού του είδους είναι:

- ◆ **Η ενίσχυση των δυνάμεων των δρώντων.**
- ◆ **Η διαμόρφωση των θεσμών**, κατόπιν συμφωνίας του συνόλου των παραγόντων.
- ◆ **Η αλληλεπίδραση των θεσμών με τις σχέσεις των δρώντων.**
- ◆ **Ο καθορισμός των ακολουθούμενων πολιτικών, μέσω μιας σειράς συλλογικών διαδικασιών.**

### **1.2.2 Κοινωνιολογικός Θεσμισμός**

Ο κοινωνιολογικός θεσμισμός προέρχεται από την θεωρία των οργανώσεων, όπως αυτή διαμορφώθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και ελέγχει τη στάση και τη συμπεριφορά εντός των οργάνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επιπλέον, στήριξε την ύπαρξη του στην πεποίθηση ότι η επιλογή των θεσμών πραγματοποιείται, όχι μόνο με βάση τις ορθολογικές προτιμήσεις των φορέων, αλλά βάσει του ευρύτερου πολιτισμικού περιβάλλοντος, στο οποίο δραστηριοποιούνται οι οργανώσεις. Με άλλα λόγια, συνεπώς, η επιλογή δεν πραγματοποιείται σύμφωνα με την «εργαλειακή λογική», δηλαδή με την αποτελεσματικότητα, αλλά βάσει της «λογικής του αρμόζοντος».<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Τσινιτσιζέλης, Μ. Ι. (2001), "Quo Vadis Europa?", Εκδόσεις: Σμυρνιωτάκης, Αθήνα, σελ. 216 - 217

<sup>16</sup> March, J. G. & Olsen, J. P. (2006), "The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life." American Political Science Review 78 (September), pp. 734 – 749



Επιπλέον, βασικό χαρακτηριστικό αυτού του είδους, είναι η έμφαση που δίνεται στην επίδραση που έχουν οι θεσμοί στην ταυτότητα και την εικόνα των ατόμων. Ουσιαστικά, οι παράγοντες δράσης έχουν ως κύρια επιδίωξη την διαμόρφωση της εικόνας τους, μέσω απόλυτα κοινωνικά αποδεκτών τρόπων. Οι υποστηρικτές αυτού του είδους θεωρούν πως οι όποιες θεσμικές μεταρρυθμίσεις προτείνονται και προωθούνται, θα επέλθουν μόνο με την προϋπόθεση της κοινωνικής τους αποδοχής. Έτσι, με δεδομένο πως οι αξίες δύσκολα μεταβάλλονται, οι θεσμοί παραμένουν αμετάβλητοι.<sup>17</sup> Εξάλλου, οι αξίες είναι αυτές που προσδιορίζουν την κουλτούρα κάθε έθνους και επηρεάζουν την δομή των θεσμών και των όποιων προβλεπόμενων μεταρρυθμίσεων.

### 1.2.3 Ιστορικός Θεσμισμός

Ο ιστορικός θεσμισμός αποτελεί την πιο ευρεία από τις τρεις προσεγγίσεις και παρέχει την πλέον πολιτικοποιημένη ανάλυση της εξέλιξης των θεσμών.<sup>18</sup> Τόσο σε αυτό το είδος, όσο και σε άλλες νέο - θεσμικές προσεγγίσεις, θεωρείται βασικό στοιχείο «η εξάρτηση από την ιστορική πορεία» ή με άλλα λόγια η «διαδοχική εξάρτηση», η οποία γίνεται περισσότερο κατανοητή μέσω της ιδέας της «αυξάνουσας απόδοσης», η οποία με τη σειρά της ερμηνεύει τα ακόλουθα:<sup>19</sup>

❧ *Το κόστος μετακίνησης από ένα «μονοπάτι» σε ένα άλλο.*

❧ *Τη σημασία της χρονικής περιόδου, κατά την οποία υλοποιείται η αλλαγή.*

❧ *Την αλληλουχία των ποικίλων μονοπατιών.*

Έτσι, λόγω αυτής της εξάρτησης, οι θεσμικές λειτουργίες δημιουργούν μονοπάτια, τα οποία δεν είναι εύκολο να εγκαταληφθούν. Αναλυτικότερα, η «διαδοχική εξάρτηση» συνθέτει μία ιστορική διαδικασία, η οποία συντελεί στην σταδιακή ανάπτυξη μιας σειράς διαδοχικών γεγονότων, η μελλοντική επίδραση των οποίων δεν συμβαδίζει με την αρχική τους σημασία. Αυτό συμβαίνει καθώς με το πέρασμα του χρόνου, δημιουργούνται ισχυρές δυναμικές, οι οποίες φυλακίζουν τις θεσμικές μορφές, κάτι το οποίο οφείλεται στο υψηλό αρχικό κόστος της ανάπτυξης ενός θεσμού.<sup>20</sup>

---

<sup>17</sup> Oliver, A. & Mossialos, E. "European Health Systems Reforms: Looking back to see forward?", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, Nos. 1-2, February – April 2005, pp. 20

<sup>18</sup> Thelen, K. (1999), "Historical Institutionalism in Comparative Politics", *Annual Review of Political Science*, 2, pp. 369

<sup>19</sup> Pierson, P. (2000), "Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics", *The American Political Science Review*, Vol. 94, No. 2, pp. 251 – 267

<sup>20</sup> Μοσχόπουλος, Δ. (2014), «Ο ιστορικός θεσμισμός ως ερμηνευτικό ιστορικό εργαλείο: Η θεωρία και η εφαρμογή της σε ένα γεγονός της σύγχρονης ελληνικής ιστορίας», PDF Download Available). Available from: [https://www.researchgate.net/publication/280312636\\_O\\_istorikos\\_thesmismos\\_os\\_ermeneutiko\\_istoriko\\_erg](https://www.researchgate.net/publication/280312636_O_istorikos_thesmismos_os_ermeneutiko_istoriko_erg)



Επιπλέον, κατά τους Oliver και Mossialos (2005), ο ιστορικός θεσμισμός περιγράφεται αξιολογικά από τα χαρακτηριστικά που του όρισαν οι Hall και Taylor, δηλαδή από:<sup>21</sup>

⊗ *Την υπολογιστική προσέγγιση.*

⊗ *Την πολιτιστική προσέγγιση.*

Πιο συγκεκριμένα, βάσει της υπολογιστικής προσέγγισης, οι δρώντες καταγράφουν δεδομένα που σχετίζονται με τις συμπεριφορές των άλλων και ορίζουν ως απώτερο στόχο τον περιορισμό της αβεβαιότητας σε κάθε ενέργεια αλλαγής. Αντίστοιχα, βάσει της πολιτιστικής προσέγγισης, οι υφιστάμενοι θεσμοί δεν έχουν την ίδια δυναμική με τις αξίες που είναι χαραγμένες σε ένα άτομο ή ένα λαό. Συνεπώς, η συμπεριφορά κάθε ατόμου είναι περισσότερο καθοδηγούμενη από τη συνήθεια και λιγότερο από τις όποιες χαραγμένες στρατηγικές.

Ο ιστορικός θεσμισμός, όπως προαναφέρθηκε, είναι στενά συνδεδεμένος με την ιστορική πορεία. Οι υποστηρικτές αυτού του είδους θεωρούν πως οι πολιτικές που ακολουθούν οι θεσμοί οδηγούν σε γνώριμα ιστορικά μονοπάτια και σχεδιάζουν, έτσι, κατάλληλα τις όποιες νέες πολιτικές και στρατηγικές.<sup>22</sup> Έτσι, σημαντικό στοιχείο κάθε πολιτικής διαδρομής δεν είναι μόνο οι αποφάσεις που ελήφθησαν κατά την πορεία της, αλλά και οι χρονικές στιγμές, στις οποίες αυτές πάρθηκαν.

Με άλλα λόγια, αυτό το είδος θεσμικής προσέγγισης, υποστηρίζει πως ακόμη και μεγάλες πολιτικές αλλαγές είναι εφικτό να πραγματοποιηθούν. Οι πολιτικές, δηλαδή, μπορούν να διαμορφώσουν νέες πορείες, με βασική προϋπόθεση, ωστόσο, μια σημαντική τεχνολογική ανακάλυψη ή κάποια σημαντική αλλαγή στο πολιτικό σκηνικό.<sup>23</sup>

Τέλος, συνοψίζοντας, ο ιστορικός θεσμισμός ερευνά και άλλα θέματα, όπως είναι τα ακόλουθα:<sup>24</sup>

- *Τη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στους θεσμούς και τις ατομικές συμπεριφορές, επιδεικνύοντας τον τρόπο με τον οποίο οι θεσμοί ασκούν επιρροή πάνω στις ατομικές συμπεριφορές. Οι θεσμοί ευνοούν στους κατόχους τους και ταυτόχρονα αποδυναμώνουν την θέση των μη ενταγμένων σε αυτούς.*

---

[aleio E theoria kai e epharmoge tes se ena gegonos tes synchrones ellenikes istorias](#) [accessed Oct 21 2017]

<sup>21</sup> Oliver, A. & Mossialos, E. "European Health Systems Reforms: Looking back to see forward?", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, Nos. 1-2, February – April 2005, pp. 10

<sup>22</sup> Τσιμισιζέλης, Μ. Ι. (2001), "Quo Vadis Europa?", Εκδόσεις: Σμυρνιωτάκης, Αθήνα, σελ. 216 - 217

<sup>23</sup> Τσιμισιζέλης, Μ. Ι. (2001), "Quo Vadis Europa?", Εκδόσεις: Σμυρνιωτάκης, Αθήνα, σελ. 216 - 217

<sup>24</sup> Μοσχόπουλος, Δ. (2014), «Ο ιστορικός θεσμισμός ως ερμηνευτικό ιστορικό εργαλείο: Η θεωρία και η εφαρμογή της σε ένα γεγονός της σύγχρονης ελληνικής ιστορίας», PDF Download Available). Available from: [https://www.researchgate.net/publication/280312636\\_O\\_istorikos\\_thesmismos\\_os\\_ermeneutiko\\_istoriko\\_erg\\_aleio\\_E\\_theoria\\_kai\\_e\\_epharmoge\\_tes\\_se\\_ena\\_gegonos\\_tes\\_synchrones\\_ellenikes\\_istorias](https://www.researchgate.net/publication/280312636_O_istorikos_thesmismos_os_ermeneutiko_istoriko_erg_aleio_E_theoria_kai_e_epharmoge_tes_se_ena_gegonos_tes_synchrones_ellenikes_istorias) [accessed Oct 21 2017]

- *Την ασύμμετρη κατανομή της εξουσίας μεταξύ των κοινωνικών ομάδων.* Μερικές ομάδες επωφελούνται με δυσανάλογη δύναμη συγκριτικά με άλλες στην διαδικασία λήψης αποφάσεων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι θεσμοί να ενισχύουν το κοινωνικό χάσμα και την ανάδυση των ομάδων «κερδισμένων» και «χαμένων».
- *Τη σχέση των θεσμών με τις ιδέες και τα συστήματα πεποιθήσεων,* η οποία συνθέτει βασικό συστατικό στοιχείο για την βιωσιμότητα και την ανάπτυξή του.

### 1.3 Ο Ιστορικός Θεσμισμός & Η Ερμηνεία Αλλαγής

Το κύριο πλεονέκτημα του ιστορικού θεσμισμού έγκειται στην στόχευση της πολιτικής διάστασης της αλλαγής ή της αδράνειας με δυναμικό τρόπο.<sup>25</sup> Επιπλέον, δίνει μεγάλη αξία στη χρονική στιγμή, στο χρόνο, καθώς και στη χρονική εξέλιξη και δημιουργεί ένα επαρκές περιβάλλον για την κατανόηση των ποικίλων μεταβολών ή ακόμη και της αδράνειας, όπως είναι:

- ➔ Η «*διαδοχική εξάρτηση*».
- ➔ Οι «*κριτικές στιγμές*».
- ➔ Οι «*κρίσιμες διαστευρώσεις*».
- ➔ Η «*αύξουσα απόδοση*».

Πιο συγκεκριμένα, η έννοια της «διαδοχικής εξάρτησης» είναι βασική στο πλαίσιο αντίληψης των στρατηγικών που ακολουθεί κάθε χώρα. Είναι δεδομένο πως όταν μια χώρα ακολουθεί συγκεκριμένη πορεία, το κόστος για τη μεταβολή της πορείας αυτής είναι υψηλό.<sup>26</sup> Επίσης, σημαντική έννοια που λειτουργεί συνδυαστικά με την προαναφερόμενη «διαδοχική εξάρτηση» είναι και η «αυξάνουσα απόδοση», η οποία περιγράφει λεπτομερέστερα το κόστος της αλλαγής πορείας και τη σημασία της για την χρονική στιγμή, που θα υλοποιηθεί.

Σε κάθε περίπτωση, βέβαια, πολύ σημαντικό είναι να βρεθεί η κατάλληλη στιγμή και οι αντίστοιχα κατάλληλες προϋποθέσεις, που θα διαμορφώσουν την ευκαιρία για μια αλλαγή, κάτι το οποίο επιτυγχάνεται με τις «κριτικές στιγμές». Όταν η ευκαιρία αυτή εντοπισθεί και χρησιμοποιηθεί προς επίτευξη μιας καθοριστικής αλλαγής, τότε γίνεται λόγος πια για την καλούμενη «κρίσιμη διασταύρωση».<sup>27</sup> Οι κρίσιμες διασταυρώσεις ορίζουν, συνεπώς, ιστορικές

<sup>25</sup> Thelen, K. (1999), "Historical Institutionalism in Comparative Politics", *Annual Review of Political Science*, 2, pp. 384

<sup>26</sup> Levi, M. (1997), "A Model, a Method, and a Map: Rational Choice in Comparative and Historical Analysis", in M. Lichbach and A. Zuckerman (eds), *Comparative Politics: Rationality, Culture and Structure*, Cambridge University Press, pp. 28

<sup>27</sup> Bulmer, S. & Burch, M. (1998), "Organizing for Europe: Whitehall, the British State and European Union", *Public Administration*, 76, 4, pp. 605

στιγμές που έχουν μακροπρόθεσμη επιρροή στις χώρες. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η υφιστάμενη οικονομική κρίση που πλήττει τις χώρες σε παγκόσμιο επίπεδο. Ωστόσο, τα συμβάντα αυτά είναι πιθανόν να χαρακτηρίζονται και από μικρότερη διάρκεια, αρκεί η χρονική περίοδος διεξαγωγής τους να είναι σωστή και η διάρκεια της επίδρασής τους να είναι εύκολα παρατηρήσιμη.<sup>28</sup>

Κατά τον Hall (1993), δύο είναι οι διαστάσεις της προσέγγισής του, που συνδέονται με την αλλαγή παραδείγματος. Αυτές είναι:

- ✿ Πρώτον, **η διάκριση ανάμεσα στην απλή αλλαγή και στην ριζική μεταρρύθμιση.**
- ✿ Δεύτερον, **η συζήτηση της διαδικασίας αλλαγής παραδείγματος.**

Αναφορικά με το πρώτο σημείο, ο Hall (1993) επεξηγεί το πλαίσιο των αλλαγών, διακρίνοντας τις ακόλουθες περιπτώσεις:<sup>29</sup>

- ✦ **Αλλαγή πρώτου βαθμού:** Μεταβολή του τρόπου σύνδεσης των εργαλείων με σταθερούς στόχους και εργαλεία πολιτικής.
- ✦ **Αλλαγή δευτέρου βαθμού:** Μεταβολή των εργαλείων πολιτικής και της σύνδεσης αυτών, με σταθερούς στόχους πολιτικής.
- ✦ **Αλλαγή τρίτου βαθμού ή αλλαγή παραδείγματος:** Μεταβολή των προδιαγραφών που ορίζουν τα εργαλεία, τους στόχους πολιτικής, ακόμη και τη φύση των προς αντιμετώπιση προβλημάτων. Ωστόσο, πραγματοποιείται σπανίως.

Πιο συγκεκριμένα, οι αλλαγές των πρώτων δύο βαθμών είναι προσαυξητικές και για να μπορέσει να τις κατανοήσει κανείς, επαρκούν τα εργαλεία του ιστορικού θεμισμού. Αντίθετα, η αλλαγή τρίτου βαθμού, όπως διαπιστώνει ο Hall (1993), δεν συμβαδίζει πάντα με τις δύο άλλες αλλαγές και για αυτό τον λόγο, δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως προσαυξητική. Επομένως, όπως είναι φανερό, η χρησιμοποίηση ποικίλων εργαλείων κρίνεται επιτακτική για την κατανόησή της.

Επιπλέον, ο ρόλος των ιδεών κατά την διάρκεια της αλλαγής παραδείγματος, καταλαμβάνει πρωταρχική θέση στους στόχους του Hall (1993). Με λίγα λόγια, πρεσβεύει τα ακόλουθα:

- ◆ **Η μεταβολή του υποδείγματος, δεν προέρχεται μόνο από την αλλαγή των απόψεων των ειδικών, αλλά αποτελεί κυρίως μία πολιτική πράξη.** Οι απόψεις των ειδικών συχνά διαφέρουν μεταξύ τους και μερικοί από αυτούς παίρνουν μέρος στον πολιτικό διάλογο,

---

<sup>28</sup> Pierson, P. (2000), "Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics", *The American Political Science Review*, 94, 2, pp. 259

<sup>29</sup> Hall, P. (1993), "Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain", *Comparative Politics*, 25, 3, pp. 279

που θα προτείνει την αλλαγή. Ωστόσο, εσωτερικοί και εξωτερικοί παράγοντες είναι αυτοί που θα καθορίσουν την κατεύθυνση, καθώς το πλαίσιο της αλλαγής είναι εκ φύσεως πολιτικό.

- ◆ Κάνοντας λόγο για αλλαγή παραδείγματος, αυτό συνεπάγεται **μεταβολές στην κατανομή της «αυθεντίας» αναφορικά με την πολιτική**. Δηλαδή, η «ιδιοκτησία» της πολιτικής θα περάσει σε άλλα χέρια.
- ◆ **Κρίσιμοι παράγοντες μεταβολής ενός υποδείγματος σε ένα άλλο**, παίζουν:
  - ☞ **Ο πολιτικός πειραματισμός.**
  - ☞ **Η αποτυχία ορισμένων δημόσιων πολιτικών.**

Συνεπώς, για να μην καταλήξει σε αποτυχία κάθε εγχείρημα αλλαγής πολιτικής, είναι απαραίτητη η ύπαρξη πνευματικής και πολιτικής συνοχής.

#### 1.4 Ο Ιστορικός Θεσμισμός Ως Εργαλείο Κατανόησης Της Πολιτικής Υγείας

Όπως είναι γνωστό, ο τομέας της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση δεν υπόκειται σε δραστικές και αποτελεσματικές μεταρρυθμίσεις, κάτι που έρχεται να επιβεβαιώσει και να εξηγήσει η θεωρία του ιστορικού θεσμισμού. Σε κάθε πραγματοποιούμενη μελέτη με βασικό θέμα τις Πολιτικές Υγείας, αναμφίβολα ο ιστορικός θεσμισμός ήταν αυτός που αποτέλεσε και αποτελεί κύριο εργαλείο, για την ορθότερη κατανόηση των πολιτικών, αποφάσεων και μέτρων που ελήφθησαν στο πέρασμα των χρόνων στον τομέα της υγείας και τα προβλήματα, που στόχευαν προς επίλυση.

Βάσει αυτής της θεωρίας είναι δυνατή η επεξήγηση του τρόπου:<sup>30</sup>

- ✘ **Εξέλιξης των ποικίλων συστημάτων υγείας.**
- ✘ **Επίδρασης των:**
  - **Κυβερνήσεων.**
  - **Θεσμών.**
  - **Μετόχων.**

που είχαν δυναμική παρουσία και επίδραση σε αυτή την εξέλιξη.

- ✘ **Επίδρασης της ιστορικής εξέλιξης**, στον τομέα της υγείας.

Μέσω του ιστορικού θεσμισμού, επιπρόσθετα, είναι δυνατή μια εις βάθος μελέτη της σημασίας των ιδεών στη διαμόρφωση δημόσιας πολιτικής. Ταυτόχρονα, τέλος, δημιουργεί το

---

<sup>30</sup> Oliver, A. & Mossialos, E., (2005), "European Health Systems Reforms: Looking back to see Forward?", Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 30, Nos 1 – 2

κατάλληλο υπόβαθρο για την επεξήγηση των εμποδίων και των ευκαιριών, που παρουσιάζονται για μεταρρυθμίσεις.<sup>31</sup>

## 2<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### 2.1 Η Πορεία Προς Την Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση & Το Πλαίσιο Διαμόρφωσης Της Πολιτικής Υγείας

Το 1945 αποτελεί αναμφίβολα έτος ορόσημο για την ιστορία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς τότε ξεκίνησαν οι πρώτες διαδικασίες σύστασής της, με κύριο σκοπό το τέλος των συγκρούσεων μεταξύ γειτονικών χωρών, οι οποίες και κορυφώθηκαν κατά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Τα έξι ιδρυτικά κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ήταν τα ακόλουθα:<sup>32</sup>

⊗ *Το Βέλγιο.*

⊗ *Η Γαλλία.*

⊗ *Η Γερμανία.*

⊗ *Η Ιταλία.*

⊗ *Το Λουξεμβούργο.*

⊗ *Οι Κάτω Χώρες, δηλαδή η Ολλανδία.*

Ουσιαστικά, η ίδρυση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (Ε.Ο.Κ.) ή «Κοινής Αγοράς» επετεύχθηκε το 1957, με τη Συνθήκη της Ρώμης.

Ακολούθως, η δεκαετία του 1960 επέφερε, κυρίως, οικονομικές αλλαγές, στο πλαίσιο της μη επιβολής δασμών στις εμπορικές συναλλαγές μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Την δεκαετία του '70, τα κράτη μέλη αυξήθηκαν σε εννέα, με την προσχώρηση των:

⊗ *Δανία.*

⊗ *Αγγλία.*

⊗ *Ιρλανδία.*

και παράλληλα, η περιφερειακή πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης υποστήριξε την δημιουργία θέσεων εργασίας και υποδομών στις φτωχότερες περιφέρειες. Την ίδια δεκαετία, επιπλέον, αυξήθηκε η επιρροή του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου στις υποθέσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

---

<sup>31</sup> Beland, D. (2005), "Ideas and Social Policy: An Institutionalist Perspective", Social Policy and Administration, 39, 1, pp. 1 – 18

<sup>32</sup> [https://europa.eu/european-union/about-eu/history/1945-1959\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/history/1945-1959_el), [Προσπελάστηκε στις 05/08/2017, ώρα 10:10]

Στη συνέχεια, το 1981, η Ελλάδα γίνεται το εκατοστό μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ, πέντε χρόνια αργότερα ακολούθησαν:

☞ ***Η Ισπανία.***

☞ ***Η Πορτογαλία.***

Σημαντικό βήμα στην πορεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι βέβαια και η υπογραφή της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Πράξης το 1986, μιας Συνθήκης που κύριο στόχο είχε την επίλυση των σχετικών προβλημάτων με την ελεύθερη ροή του εμπορίου, διαμέσου των συνόρων της Ένωσης, ώστε να προκύψει η δημιουργία της «ενιαίας αγοράς».

Λίγα χρόνια αργότερα, την δεκαετία του '90 πραγματοποιείται η κατάρρευση των συνόρων εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, λόγω της κατάρρευσης του κομμουνισμού στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη. Συγκεκριμένα, το 1993 αποτελεί, επίσης, έτος ορόσημο, καθώς επιτυγχάνεται η ολοκλήρωση της νέας αγοράς με τις «τέσσερις ελευθερίες», οι οποίες συνοψίζονται στην ελεύθερη κυκλοφορία:<sup>33</sup>


✳ ***Εμπορευμάτων.***

✳ ***Υπηρεσιών.***


✳ ***Προσώπων.***

✳ ***Κεφαλαίων.***

Το ίδιο χρονικό διάστημα υπογράφεται, επίσης, η Συνθήκη του Μάαστριχτ και μόλις λίγα χρόνια αργότερα, το 1999, η Συνθήκη του Άμστερνταμ. Ωστόσο, σημαντικά βήματα σημειώνονται και στην προστασία του περιβάλλοντος, ενώ υποστηρίζεται και η θέσπιση κοινών μέτρων για την ασφάλεια και την άμυνα. Το 1995, η Ευρωπαϊκή Ένωση πλαισιώνεται με τρία νέα μέλη, τα οποία είναι:

 ***Η Αυστρία.***

 ***Η Φινλανδία.***

 ***Η Σουηδία.***

Την δεκαετία που ακολουθεί η επέκταση συνεχίζεται, με το ευρώ να αποτελεί το νέο νόμισμα του μεγαλύτερου μέρους των χωρών της Ένωσης. Παράλληλα ξεκινά και μια στενή συνεργασία για την καταπολέμηση του εγκλήματος. Οι όποιες αντιπαραθέσεις υφίστανται στον πολιτικό τομέα μεταξύ Ανατολικής και Δυτικής Ευρώπης εξαλείφονται, με την προσχώρηση 10 νέων χωρών. Τέλος, το 2007 ακολουθεί και η ένταξη δύο ακόμη χωρών:

 ***Της Βουλγαρίας.***

 ***Της Ρουμανίας.***

---

<sup>33</sup> Μούσης, Σ. Ν. (1999), «Ευρωπαϊκή Ένωση, Δίκαιο, Οικονομία, Πολιτική», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα



Τον Σεπτέμβριο του 2008, η χρηματοπιστωτική κρίση άρχισε να κάνει αισθητή την παρουσία της, πλήττοντας την παγκόσμια οικονομία. Ακολούθως, το 2009 κυρώθηκε και τέθηκε σε ισχύ η Συνθήκη της Λισαβόνας, παρέχοντας σύγχρονα θεσμικά όργανα και πιο αποτελεσματικές μεθόδους εργασίας. Ωστόσο, ακόμη και σήμερα, η παγκόσμια οικονομική κρίση εξακολουθεί να υφίσταται. Για αυτό τον λόγο, η Ευρωπαϊκή Ένωση σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης των υφιστάμενων προβλημάτων, θέσπισε την «τραπεζική ένωση», αποσκοπώντας στην διαμόρφωση ενός πιο αξιόπιστου τραπεζικού συστήματος.

Ταυτόχρονα, η Ευρωπαϊκή Ένωση καλείται να αντιμετωπίσει ζητήματα που σχετίζονται με τα ακόλουθα:

- ⊕ *Το περιβάλλον.*
- ⊕ *Τις κλιματικές αλλαγές.*
- ⊕ *Τα θρησκευτικά ζητήματα, που οδηγούν σε κοινωνικές αναταραχές.*
- ⊕ *Τη μετανάστευση.*
- ⊕ *Το πρόβλημα των προσφύγων.*



Εικόνα 1: «Τα Κράτη Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Το 2013»

Επιπλέον, σχετικά με το ζήτημα της παγκοσμιοποίησης οι απόψεις δίστανται, στο κατά πόσο αυτή συνιστά απειλή για την Ευρωπαϊκή Ένωση ή όχι. Κάποιοι υποστηρίζουν πως η Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελεί ένα "προϊόν" του παρελθόντος και πως η παγκοσμιοποίηση θα

οδηγήσει συνολικά την Ευρώπη στην κατάρρευση. Συγκεκριμένα, ο πρώην πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής J. Delors είχε υποστηρίξει χαρακτηριστικά πως: «υπάρχει κάποια κόπωση γύρω από την Ευρώπη, η οποία συνυπάρχει με την αδυναμία κατανόησης της διεύρυνσης και τη φοβία για την παγκοσμιοποίηση». Άλλοι πάλι, υποστηρίζουν ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελεί βασικό θεσμό για την αντιμετώπιση της πρόκλησης της παγκοσμιοποίησης και μπορεί να παίζει καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση των διαδικασιών της.<sup>34</sup>

Ορισμένοι από τους παράγοντες, που μπορούν να πυρωδοτήσουν ένα σενάριο κατάρρευσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, είναι οι ακόλουθοι:<sup>35</sup>

- ✓ **Η ραγδαία διεύρυνση της Ευρωπαϊκής Ένωσης με νέα μέλη.**
- ✓ **Η έλλειψη ισχυρής πολιτικής νομιμοποίησης.**
- ✓ **Οι αδυναμίες μεταρρύθμισης του οικονομικό – κοινωνικού συστήματος.**
- ✓ **Η διαδικασία παγκοσμιοποίησης.**
- ✓ **Η θεσμική κρίση, μετά την αποτυχία επικύρωσης του Ευρωπαϊκού Συντάγματος.**

Από την άλλη πλευρά, οριοθετώντας το σενάριο της κυριαρχίας υπάρχουν και οι απόψεις εκείνες που θεωρούν πως ο 21<sup>ος</sup> αιώνας θα είναι ο αιώνας της Ευρώπης. Χαρακτηριστικά, στο βιβλίο του M. Leonard με τίτλο "Γιατί η Ευρώπη θα κυριαρχήσει στον 21<sup>ο</sup> αιώνα", υπάρχει μια μεγάλη μερίδα σχολιαστών που υποστηρίζουν πως η Ευρώπη μπορεί να σώσει τον κόσμο, ιδιαίτερα με τις αποφάσεις που έλαβε για την προστασία του κλίματος, καθώς και γενικότερα λόγω της ικανότητας της να ξεπεράσει την θεσμική κρίση, με την υιοθέτηση της συνθήκης της Λισαβόνας.<sup>36</sup>

Επιπλέον, ο J. MacCormick (2007) επιχειρηματολογεί υπέρ της ανάδειξης της Ε.Ε. σε νέα υπερδύναμη. Όπως υποστηρίζει, παγκοσμιοποίηση και αλληλεξάρτηση έχουν υπονομεύσει τις παραδοσιακές μορφές εξουσίας, αντικαθιστώντας τις με ένα πιο περίπλοκο σχήμα διεθνών σχέσεων. Σε αυτό το σχήμα σημαντικό ρόλο παίζουν:

- **Ο έλεγχος των μέσων παραγωγής.**
- **Η συνεργασία.**

Ενώ, τα χαρακτηριστικά και οι ιδιότητες που έχει προβάλλει ουσιαστικά η Ευρωπαϊκή Ένωση, είναι αυτά που την ανέδειξαν σε ένα νέο είδος υπερδύναμης.

---

<sup>34</sup> Σιούσιουρας, Π. & Χαζάκης, Κ. (2009), «Παγκοσμιοποίηση. Ευρωπαϊκή Ένωση & Ελλάδα. Πολιτικές και οικονομικές όψεις», Εκδόσεις: ΠΟΙΟΤΗΤΑ, Αθήνα, σελ. 173

<sup>35</sup> Σιούσιουρας, Π. & Χαζάκης, Κ. (2009), «Παγκοσμιοποίηση. Ευρωπαϊκή Ένωση & Ελλάδα. Πολιτικές και οικονομικές όψεις», Εκδόσεις: ΠΟΙΟΤΗΤΑ, Αθήνα, σελ. 173

<sup>36</sup> Hutton, W. (2007), "How Europe can save the world", Observer. Αναφορά στους Σιούσιουρα & Χαζάκης (2009), «Παγκοσμιοποίηση. Ευρωπαϊκή Ένωση & Ελλάδα. Πολιτικές και οικονομικές όψεις», Εκδόσεις: ΠΟΙΟΤΗΤΑ, Αθήνα σελ. 181



Γενικά, είναι φανερό πως η Ευρωπαϊκή Ένωση συνειδητοποίησε πως υπό την μεγέθυνση της παγκοσμιοποίησης, το εθνικό κράτος μειώνεται. Για αυτό τον λόγο, ουσιαστικά, υποστήριξε την υιοθέτηση ενός Ευρωπαϊκού Συντάγματος. Έτσι, ενώ η δύση χαρακτηρίζεται από ένα υψηλό βαθμό παραγωγικότητας, ταυτόχρονα, ασκείται πίεση στις φτωχές ακόμη χώρες, με σκοπό να επενδύσουν σε κοινωνικούς πόρους δαπανηρών χρηματοδοτήσεων.<sup>37</sup>

Μελετώντας ειδικότερα τον κλάδο της υγείας, εύκολα διαπιστώνει κανείς ότι η αρμοδιότητα της Κοινότητας είναι αρκετά περιορισμένη. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προώθησε μέτρα για την βελτίωση της κοινωνικής προστασίας, εντός των ορίων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με στόχο την ορθότερη ανταπόκριση στις ανάγκες του πληθυσμού. Έτσι, η πολιτική υγείας της έχει ορίσει συγκεκριμένες κατευθύνσεις και στρατηγικές, εστιάζοντας στα ακόλουθα:<sup>38</sup>

- **Στην πρόληψη**, μέσω της ανάδειξης πρόσθετων υγιεινών τρόπων ζωής.
- **Στις ίσες ευκαιρίες για καλή υγεία και ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για όλους**, ανεξαρτήτως εθνικότητας, επαγγέλματος, εισοδήματος.
- **Στην αντιμετώπιση σοβαρών και κοινών απειλών κατά της υγείας.**
- **Στην φροντίδα για την υγεία των ηλικιωμένων.**
- **Στην ενδυνάμωση των υφιστάμενων συστημάτων υγείας**, με χρήση νέων τεχνολογιών.

Οι προαναφερόμενες κατευθύνσεις, συνεπώς, προτείνονται προς υιοθέτηση από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο, οι εθνικές κυβερνήσεις είναι αυτές που κατέχουν το σύνολο των αρμοδιοτήτων, σχετικά με την οργάνωση και την εξασφάλιση υγειονομικής περίθαλψης. Η Ευρωπαϊκή Ένωση ουσιαστικά, παίζει συμπληρωματικό και ενισχυτικό ρόλο στις εθνικές πολιτικές, μέσω:

- **Της ειδικής βοήθειας**, προς επίτευξη των κοινών στόχων.
- **Της δημιουργίας οικονομικών κλίμακας.**
- **Της παροχής επιπλέον βοήθειας στα κράτη μέλη της**, για την αντιμετώπιση των κοινών προβλημάτων, όπως είναι για παράδειγμα οι χρόνιες ασθένειες και οι επιδημίες.

## 2.2 Οι Αρμοδιότητες Της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Η Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελεί μια συνένωση κρατών, που ελάχιστα προσεγγίζει την Συνομοσπονδία, όμως, έχει χαρακτηριστικά υπερεθνικής οργάνωσης. Σε καμία περίπτωση δεν

<sup>37</sup> Cassen, B. (1998), «Δημοκρατικός έλεγχος και παγκοσμιοποίηση», *Le monde diplomatique* - Σενάρια για την παγκοσμιοποίηση, Τεύχος 13, σελ. 96 – 97

<sup>38</sup> [https://europa.eu/european-union/topics/health\\_el](https://europa.eu/european-union/topics/health_el), [Προσπελάστηκε στις 05/08/2017, ώρα 10:15]

συνιστά Ομοσπονδία, καθώς τα κράτη μέλη της διατηρούν την εθνική κυριαρχία τους και προβάλλουν τις δικές τους αρχές στη διαμόρφωση των ευρωπαϊκών πολιτικών.<sup>39</sup>

Επομένως, οι αρμοδιότητες της Ένωσης καθορίζονται βάσει της αρχής της δοτής αρμοδιότητας, σύμφωνα με την οποία η Ευρωπαϊκή Ένωση δρα μέσα στα όρια των αρμοδιοτήτων, που προκύπτουν από τα κράτη – μέλη της, με την υπό έγκριση Συνταγματική Συνθήκη, ώστε να εκπληρωθούν οι στόχοι, που αυτή έχει θέσει. Σε αντίθετη περίπτωση, όπου η αρμοδιότητα δεν αποδίδεται στην Ευρωπαϊκή Ένωση, αυτή προσκομίζεται από τα κράτη - μέλη.<sup>40</sup>

Με βάση την υπό έγκριση Ευρωπαϊκή Συνταγματική Συνθήκη, προκύπτουν τρία είδη αρμοδιοτήτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα οποία είναι τα ακόλουθα:<sup>41</sup>

#### ◆ **Οι αποκλειστικές αρμοδιότητες**

Οι τομείς αποκλειστικής αρμοδιότητάς της, συνοψίζονται στους ακόλουθους:

- **Τελωνειακή ένωση.**
- **Θέσπιση κανόνων ανταγωνισμού,** καθώς κρίνονται επιτακτικοί για την ομαλή λειτουργία της εσωτερικής αγοράς.
- **Νομισματική πολιτική,** για τα κράτη – μέλη, που έχουν υιοθετήσει ως νόμισμα το ευρώ.
- **Διαφύλαξη των βιολογικών πόρων της θάλασσας,** σύμφωνα με τις προσταγές της κοινής αλιευτικής πολιτικής.
- **Κοινή εμπορική πολιτική.**

Εκτός αυτών, ωστόσο, η Ευρωπαϊκή Ένωση κατέχει το αποκλειστικό δικαίωμα για την σύναψη διεθνών συμφωνιών. Μόνο αυτή είναι ικανή να νομοθετεί και να δημιουργεί δεσμευτικές πράξεις σε αυτούς τους τομείς δράσης.

#### ◆ **Οι συντρέχουσες αρμοδιότητες**

Κύριοι τομείς αυτών των δραστηριοτήτων, είναι οι εξής:

- **Η εσωτερική αγορά.**
- **Η κοινωνική πολιτική.**

---

<sup>39</sup> Ατταλίδης, Μ. κ.α. (2014), «Η Ευρωπαϊκή Ένωση στον σύγχρονο κόσμο. Δημιουργία – Εξέλιξη – Προοπτική», European Commission Representation in Cyprus

<sup>40</sup> Μαραβέγιας, Ν. & Τσινιολιζέλης, Μ., επιμ. (1999), «Η Ολοκλήρωση της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Θεσμικές, Πολιτικές και Οικονομικές Πτυχές», Β' Έκδοση, Εκδόσεις: Θεμέλιο, Αθήνα

<sup>41</sup> <http://ec.europa.eu/citizens-initiative/public/competences/faq?lg=el>, [Προσπελάστηκε στις 25/10/2017, ώρα 10:36]

- *Η οικονομική, κοινωνική και εδαφική συνοχή.*
- *Η γεωργία και η αλιεία*, με την εξαίρεση την διαφύλαξη των βιολογικών πόρων της θάλασσας.
- *Το περιβάλλον.*
- *Η προστασία των καταναλωτών.*
- *Οι μεταφορές.*
- *Τα διευρωπαϊκά δίκτυα.*
- *Η ενέργεια.*
- *Ο χόρος ελευθερίας, ασφάλειας και δικαιοσύνης.*
- *Οι κοινές προκλήσεις για την ασφάλεια στον τομέα της δημόσιας υγείας.*
- ◆ *Οι υποστηρικτικές, συντονιστικές ή συμπληρωματικές αρμοδιότητες*

Κύριοι τομείς αυτών των δραστηριοτήτων, είναι οι εξής:

- *Η προστασία και η βελτίωση της ανθρώπινης υγείας.*
- *Η βιομηχανία.*
- *Ο πολιτισμός.*
- *Ο τουρισμός.*
- *Η παιδεία, η νεολαία, ο αθλητισμός και η επαγγελματική κατάρτιση.*
- *Η πολιτική προστασία.*
- *Η διοικητική συνεργασία.*

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, για να επιτύχει την άσκηση των παραπάνω αρμοδιοτήτων της, καλείται να λαμβάνει τις αποφάσεις της, βασιζόμενη σε δύο αρχές, οι οποίες είναι οι ακόλουθες:<sup>42</sup>

- ☞ *Οι αρχές της επικουρικότητας.*
- ☞ *Οι αρχές της αναλογικότητας.*

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας, η Ευρωπαϊκή Ένωση διαθέτει το δικαίωμα παρέμβασης στους τομείς, οι οποίοι δεν βρίσκονται κάτω από την αποκλειστική της αρμοδιότητα, μόνο στην περίπτωση όπου δεν εκπληρώνονται, στον βαθμό που επιθυμεί, οι επιδιώξεις της εκάστοτε δράσης από τα κράτη – μέλη της, τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Με την προϋπόθεση, ωστόσο, ότι μπορούν να επιτευχθούν καλύτερα στο επίπεδο της Ένωσης. Κατά την διαδικασία της εφαρμογής αυτής της αρχής, τα όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ακολουθούν το σχετικό Πρωτόκολλο για την

<sup>42</sup> Γιώτη - Παπαδάκη, Ο. (2004), «Ευρωπαϊκή Πολιτική Ολοκλήρωση και Πολιτικές Αλληλεγγύης», Εκδόσεις: Κριτική, Αθήνα

εφαρμογή των αρχών τόσο της επικουρικότητας, όσο και της αναλογικότητας, ενώ σε αυτό το Πρωτόκολλο στηρίζονται και τα εθνικά κοινοβούλια.<sup>43</sup>

Τέλος, σύμφωνα με την αρχή της αναλογικότητας, η Ευρωπαϊκή Ένωση θα πρέπει να ασκεί την δράση της, με τέτοιο τρόπο ώστε να μην θίγει τα απαιτούμενα για την εκπλήρωση των στόχων του Συντάγματος.

## 2.3 Η Διάρθρωση Της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Τα θεσμικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης υποστηρίζουν το αντίστοιχο θεσμικό της πλαίσιο / σύστημα, βάσει του οποίου.<sup>44</sup>

- *Η συνεδρίαση των ηγετών* διεξάγεται σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο και *ορίζονται γενικού τύπου προτεραιότητες* στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο.
- Η *εκπροσώπηση των ευρωπαίων πολιτών πραγματοποιείται μέσω των εκλεγμένων ευρωβουλευτών στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο.*
- Η *προώθηση των γενικών συμφερόντων της*, υποστηρίζεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η οποία αποτελείται από διορισμένα μέλη των κυβερνήσεων των χωρών.
- *Η προάσπιση των συμφερόντων κάθε χώρας πραγματοποιείται από τις κυβερνήσεις στο Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.*

### 2.3.1 Τα Θεσμικά Όργανα

Τα βασικά ευρωπαϊκά θεσμικά όργανα, αναλύονται στην συνέχεια και επιγραμματικά είναι τα ακόλουθα.<sup>45</sup>

- *Το Συμβούλιο.*
- *Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή.*
- *Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο.*
- *Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο.*
- *Το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.*
- *Η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα.*

---

<sup>43</sup> Πλιάκος, Α. (2012), «Το Δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Θεσμικό & Ουσιαστικό Δίκαιο», Εκδόσεις: Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα

<sup>44</sup> [https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies_el), [Προσπελάστηκε στις 30/09/2017, ώρα 08:14]

<sup>45</sup> [http://www.europedia.moussis.eu/books/Book\\_2/2/4/1/?all=1](http://www.europedia.moussis.eu/books/Book_2/2/4/1/?all=1), [Προσπελάστηκε στις 30/09/2017, ώρα 08:14]

### ➤ *Το Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο.*

Πιο αναλυτικά:

#### **2.3.1.1 Το Συμβούλιο**

Ιδρύθηκε το 1958, ως Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας. Στη συνέχεια, μετά την έναρξη ισχύος της Συνθήκης της Λισαβόνας μετανομάστηκε σε Συμβούλιο και συνθέτει το κατεξοχήν όργανο λήψεως αποφάσεων, καθώς κατά το πέρασμα των χρόνων, ήταν αυτό που έλαβε το σύνολο των κρίσιμων αποφάσεων, αναφορικά με τα πολιτικά και νομοθετικά ζητήματα, που απασχολούσαν την Ευρωπαϊκή Ένωση.<sup>46</sup> Ουσιαστικά, αποτελεί τη φωνή των κρατών – μελών της και συνεργάζεται με την Επιτροπή και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, ώστε να ασκήσει με επιτυχία τις αρμοδιότητές του.

Επιπλέον, η λειτουργία του Συμβουλίου χαρακτηρίζεται από τις υπουργικές συνόδους. Από νομική άποψη, υπάρχει ένα μόνο Συμβούλιο Υπουργών, αλλά στην ουσία, υφίστανται και δραστηριοποιούνται περισσότερα. Αυτό συμβαίνει καθώς, το Συμβούλιο συνεδριάζει με ποικίλους σχηματισμούς, βασιζόμενο κάθε φορά στον τομέα πολιτικής που μελετά. Τα πλέον γνωστά από αυτά, είναι τα ακόλουθα:<sup>47</sup>

- ❁ Το **Συμβούλιο Γενικών Υποθέσεων και Εξωτερικών Σχέσεων ή Γενικών Υποθέσεων**, που απαρτίζεται από τους Υπουργούς Εξωτερικών και έχει στην κατοχή του το γενικό χαρτοφυλάκιο.
- ❁ Το **Συμβούλιο Εθνικής Οικονομίας και Οικονομικών**, το οποίο διαφέρει και αυτό ευρεία γκάμα αρμοδιοτήτων, ιδίως μετά την ίδρυση της Ο.Ν.Ε.

Ενώ, άλλα τομεακά ή τεχνικά Συμβούλια, είναι αυτά των Υπουργών:

- **Γεωργίας.**
- **Ενέργειας.**
- **Περιβάλλοντος.**
- **Παιδείας.**

Το Συμβούλιο αποτελείται από έναν αντιπρόσωπο κάθε κράτους – μέλους σε υπουργικό επίπεδο, ο οποίος έχει την εξουσιοδότηση να δεσμεύει την κυβέρνηση του κράτους – μέλους,

---

<sup>46</sup> Σκουρής, Β. (2003), «Ερμηνεία Συνθηκών για την Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ευρωπαϊκή Κοινότητα», Εκδόσεις: Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα

<sup>47</sup> [http://www.europedia.moussis.eu/books/Book\\_2/2/4/1/4/?all=1](http://www.europedia.moussis.eu/books/Book_2/2/4/1/4/?all=1),  
[Προσπελάστηκε στις 05/08/2017, ώρα 10:14]

που εκπροσωπεί. Από την άλλη, η Προεδρία του Συμβουλίου ασκείται διαδοχικά από τα κράτη – μέλη και για διάστημα έξι μηνών. Τα βασικά καθήκοντά της, συνοψίζονται στα ακόλουθα:<sup>48</sup>

- ✘ **Προγραμματισμός των θεμάτων δράσης**, με τα οποία θα ασχοληθεί καθ' όλη τη διάρκεια της Προεδρίας.
  - ✘ **Άσκηση της προεδρίας στις περισσότερες συνεδριάσεις του Συμβουλίου και του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου.**
  - ✘ **Εξασφάλιση κλίματος συναίνεσης και συνεργασίας**, για την επίτευξη των διαπραγματεύσεων.
  - ✘ **Διασφάλιση της συνέχειας και της συνεκτικότητας στην ανάπτυξη πολιτικής μεταξύ Προεδριών.**
  - ✘ **Εκπροσώπηση του Συμβουλίου σε διεθνείς οργανισμούς.**
- Ακόμη, επιγραμματικά, οι κύριες αρμοδιότητές του Συμβουλίου, είναι οι εξής:<sup>49</sup>
- **Η διαπραγμάτευση και θέσπιση της ευρωπαϊκής νομοθεσίας**, σε συνεργασία με το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο.
  - **Ο συντονισμός των πολιτικών**, που ακολουθούν τα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
  - **Η διαμόρφωση της εξωτερικής πολιτικής και της πολιτικής ασφάλειας**, βάσει των οριζόμενων κατευθύνσεων από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο.
  - **Η σύναψη συμφωνιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης**, με άλλα κράτη και οργανισμούς.
  - **Η έγκριση του ετήσιου προϋπολογισμού**, σε συνεργασία με το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο.

Τέλος, για να ασκήσει με επιτυχία το Συμβούλιο τις παραπάνω αρμοδιότητές του, δέχεται βοήθεια από την Επιτροπή των Μόνιμων Αντιπροσώπων, του γνωστού COREPER. Η επιτροπή αυτή, δημιουργήθηκε το 1965, απαρτιζόμενη από τις εθνικές αντιπροσωπείες των κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ κάθε μία από αυτές διαθέτει έναν Επικεφαλλή, τον Μόνιμο Αντιπρόσωπο, που συνήθως, είναι ανώτατος διπλωμάτης. Συνεπώς, αντιλαμβάνεται κανείς, πως ο ρόλος του COREPER είναι καθοριστικός, κατά την διαδικασία λήψης των αποφάσεων.<sup>50</sup>

---

<sup>48</sup> Ιωακεμίδης, Π. Κ. (2008), «Η Συνθήκη της Λισσαβώνας – παρουσίαση, ανάλυση, αξιολόγηση», Εκδόσεις: Θεμέλιο, Αθήνα

<sup>49</sup> [https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/council-eu\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/council-eu_el), [Προσπελάστηκε στις 05/08/2017, ώρα 10:20]

<sup>50</sup> [http://www.europedia.moussis.eu/books/Book\\_2/2/4/1/4/?all=1](http://www.europedia.moussis.eu/books/Book_2/2/4/1/4/?all=1), [Προσπελάστηκε στις 05/08/2017, ώρα 10:25]

### 2.3.1.2 Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, όπως ονομάζεται πλέον επίσημα η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, αποτελεί το κύριο υπερεθνικό όργανο. Δικαίως της αποδίδεται ο τίτλος του ανεξάρτητου τεχνοκρατικού οργάνου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αφού συνθέτει ένα συλλογικό σώμα, που δεν εξαρτάται από τις κυβερνήσεις των κρατών – μελών, παρά επιδιώκει το κοινό ευρωπαϊκό συμφέρον, παραμερίζοντας τα συμφέροντα και τις επιδιώξεις των εθνικών κυβερνήσεων.<sup>51</sup> Εύλογα μπορεί κανείς να πει, ότι αποτελεί την έκφραση του κοινοτικού – ευρωπαϊκού προτύπου ολοκλήρωσης.

Επιπλέον, κατέχει καίρια θέση στο πεδίο της λήψης των αποφάσεων στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ αποτελεί το μοναδικό αρμόδιο όργανο για την διαμόρφωση προτάσεων, που αφορούν την Ευρωπαϊκή Νομοθεσία. Παράλληλα, υποστηρίζει την εφαρμογή των αποφάσεων του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου.<sup>52</sup>

Κύρια συστατικά στοιχεία της Επιτροπής αποτελούν οι Επίτροποι, οι οποίοι επιλέγονται από τις εθνικές κυβερνήσεις, πάντα με την σύμφωνη γνώμη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη Συνθήκη της Λισαβόνας, η Επιτροπή αποτελείται από 28 μέλη (Επιτρόπους), η θητεία των οποίων ορίζεται από το Συμβούλιο, μέσω ειδικής πλειοψηφίας και σε συμφωνία με τον ορισθέντα πρόεδρο και διαρκεί πέντε χρόνια. Επιπλέον, τα μέλη της Επιτροπής δεν έχουν την δυνατότητα να συμμετέχουν σε οποιαδήποτε άλλη επαγγελματική δραστηριότητα, αμειβόμενη ή μη. Κατά την θητεία τους, δρουν ανεξάρτητα από οποιαδήποτε υπόδειξη των κυβερνήσεων, οι οποίες, μάλιστα, καλούνται να σέβονται την αρχή αυτή και να μην επιχειρούν να ασκήσουν επιρροή στα μέλη της.<sup>53</sup>

Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να τονιστεί ότι οι Επίτροποι αν και προτείνονται από τα κράτη – μέλη, δεν αποτελούν και εκπροσώπους τους. Κάθε Επίτροπος, με εξαίρεση τον Πρόεδρο, αναλαμβάνει ένα συγκεκριμένο τομέα αρμοδιότητας. Το σύνολο αυτών των Επιτρόπων συνθέτουν το Σώμα των Επιτρόπων, στην κορυφή του οποίου βρίσκεται ο Πρόεδρος της Επιτροπής.<sup>54</sup>

---

<sup>51</sup> Κανελλόπουλος, Π. Ι. (2003), «Το Δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης», 4<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδόσεις: Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, σελ. 153

<sup>52</sup> [https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-commission\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-commission_el), [Προσπελάστηκε στις 05/08/2017, ώρα 10:25]

<sup>53</sup> Στεφάνου, Κ. Α. (2008), «III. Το θεσμικό Σύστημα της Ευρωπαϊκής Ένωσης», στο Μαραβέγιας, Ν. & Τσινισιζέλης, Μ., (επιμ.) «Νέα Ευρωπαϊκή Ένωση – Οργάνωση και πολιτικές 50 χρόνια», Εκδόσεις: Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.196

<sup>54</sup> Κανελλόπουλος, Π. Ι. (2003), «Το Δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης», 4<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδόσεις: Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, σελ. 155



Οι κύριες αρμοδιότητες της Επιτροπής είναι οι ακόλουθες:<sup>55</sup>

- ◆ **Αναλαμβάνει πρωτοβουλίες**, ώστε να προασπίσει το ευρωπαϊκό συμφέρον.
- ◆ **Προτείνει την νομοθεσία**. Κάθε νομοθετική πρωτοβουλία προκύπτει με πρόταση της Επιτροπής, καθώς αυτή κατέχει το αποκλειστικό δικαίωμα της πρωτοβουλίας. Ωστόσο, στην λήψη των αποφάσεων, αρμόδιο είναι το Συμβούλιο Υπουργών, αλλά σε ορισμένες φορές και το Κοινοβούλιο.
- ◆ **Συντάσσει τον προϋπολογισμό και διαχειρίζεται τα προγράμματα της Κοινότητας**.
- ◆ **Φροντίζει για την εφαρμογή των νόμων**. Αποτελεί το θεματοφύλακα του δικαίου και ερευνά αν πραγματοποιείται ορθά η άσκηση της νομοθεσίας από τα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αν διαπιστώσει παραβίαση, είναι αναγκασμένη να καταφύγει στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο ή να επιβάλει πρόστιμο.

Τέλος, η διακυβέρνηση έχει να κάνει με τον τρόπο άσκησης της εξουσίας, δηλαδή με:

- ✚ **Τους κανόνες.**
- ✚ **Τις διαδικασίες.**
- ✚ **Την συμπεριφορά της εξουσίας.**

Για να μπορέσει να το επιτύχει αυτό, προβλέπονται πέντε βασικές αρχές διακυβέρνησης, οι οποίες είναι οι εξής:<sup>56</sup>

- **Η συνοχή.**
- **Η συμμετοχή.**
- **Η διαφάνεια.**
- **Η λογοδοσία.**
- **Η αποτελεσματικότητα.**

### 2.3.1.3 Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο

Ύστερα από την επικράτηση της κοινής αγοράς στα τέλη της δεκαετίας του '60, αναδύθηκε η ανάγκη λήψης νέων πρωτοβουλιών, αναφορικά με την ευρωπαϊκή ενοποίηση, τις οποίες μπορούσαν να λάβουν μόνο οι αρχηγοί κρατών ή κυβερνήσεων των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στα πλαίσια μιας Διάσκεψης Κορυφής. Για αυτό τον λόγο, λοιπόν, το 1969, έλαβε χώρα στη Χάγη η πρώτη Διάσκεψη των αρχηγών κρατών, η οποία μάλιστα, παρά

<sup>55</sup> [http://www.europedia.moussis.eu/books/Book\\_2/2/4/1/2/?all=1](http://www.europedia.moussis.eu/books/Book_2/2/4/1/2/?all=1),

[Προσπελάστηκε 05/08/2017, ώρα 11:05]

<sup>56</sup> Καρκατσούλης, Π. (2003), «Η διακυβέρνηση στην εποχή της παγκοσμιοποίησης: Το ευρωπαϊκό παράδειγμα», Επιστήμη και Κοινωνία, Τεύχος 10/2003

[Αναρτήθηκε από <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/sas/article/viewFile/697/695>]



τις αντιδράσεις που είχαν δημιουργηθεί, λόγω της ανησυχίας που είχε προκύψει ως προς την ίδρυση μιας αρχής διακυβερνητικού χαρακτήρα, που θα απειλούσε το Συμβούλιο στην διαδικασία της λήψης των αποφάσεων, ξαναπραγματοποιήθηκε το 1972 και εν συνεχεία, το 1973.<sup>57</sup> Φθάνοντας ένα χρόνο αργότερα στη Διάσκεψη Κορυφής στο Παρίσι, το 1974, όπου οι αρχηγοί των κρατών συμφώνησαν στην διεξαγωγή μιας τακτικής συνόδου κάθε εξάμηνο, στα πλαίσια ενός θεσμού, που οι ίδιοι ονόμασαν Ευρωπαϊκό Συμβούλιο.

Παρόλο που σύνθετε το ανώτατο όργανο χάραξης πολιτικής, τυπικά δεν είχε αναγνωριστεί ως αυτόνομος θεσμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μέχρι τη Συνθήκη της Λισαβόνας, όπου και έπαψε να υπάγεται στο ανώτερο πολιτικό επίπεδο του Συμβουλίου. Από εκείνη τη στιγμή, οι αποφάσεις του θα προσκομίζονται για έλεγχο νομιμότητας στο Δικαστήριο. Με άλλα λόγια, δηλαδή, καθιερώθηκε επίσημα ως θεσμικό όργανο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και διευκρινίστηκαν η σύνθεση και ο ρόλος του στο πολιτικό της σύστημα.

Κύριο έργο του αποτελεί η διαμόρφωση των γενικών πολιτικών κατευθύνσεων και προτεραιοτήτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ η κυριότερη θεσμική του καινοτομία ανάγεται στην δημιουργία θέσης σταθερού Προέδρου, εξασφαλίζοντας, έτσι, συνοχή και συνέχεια στο εσωτερικό της, αλλά και ορατότητα στην εξωτερική της δραστηριότητα.<sup>58</sup> Παράλληλα, ασχολείται με ζητήματα περισσότερο σύνθετα, των οποίων η επίλυση ήταν αδύνατη μεμονωμένα από τα κράτη – μέλη ή και μέσω διακυβερνητικής συνεργασίας.

Επιπλέον, ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο αποτελεί η θέση του στην Κ.Ε.Π.Π.Α., καθορίζοντας τους γενικούς προασανατολισμούς της Κοινής Εξωτερικής Πολιτικής και αντίστοιχα, της Πολιτικής Ασφάλειας που θα ακολουθήσουν τα κράτη – μέλη, με γνώμονα τα συμφέροντα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και, φυσικά, τα ζητήματα άμυνας της.<sup>59</sup>

Οι συναντήσεις του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, γνωστές και ως Διασκέψεις Κορυφής, διεξάγονται δύο φορές το εξάμηνο με προτροπή του Προέδρου, ενώ υπάρχει πιθανότητα να πραγματοποιηθούν και έκτακτα, εφόσον το απαιτούν οι περιστάσεις, αποφασίζοντας πάντα με συναίνεση, εκτός και αν οι Συνθήκες προστάζουν διαφορετικά. Τέλος, αξιώματα, όπως αυτό του Προέδρου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας

---

<sup>57</sup> Δαγτόγλου, Π. Δ. (1989), «Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Δίκαιο Ι», (ενημέρωση Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη), Εκδόσεις: Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, σελ. 27

<sup>58</sup> Κανελλόπουλος, Π. Ι. (2003), «Το Δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης», 4<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδόσεις: Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, σελ. 152

<sup>59</sup> [https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-council\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-council_el), [Προσπελάστηκε στις 05/08/2017, ώρα 10:15]

καθορίζονται από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, καθώς αυτό αναδεικνύει τους υποψηφίους των προαναφερόμενων θέσεων.

#### **2.3.1.4 Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο**


Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο αποτελεί ένα όργανο πολιτικού χαρακτήρα, κάτι το οποίο διαφαίνεται από το γεγονός ότι κατέχει την πρώτη θέση ανάμεσα στα θεσμικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επειδή, αντιπροσωπεύει τους πολίτες των κρατών – μελών, αντικατοπτρίζει την δημοκρατική νομιμοποίηση της ευρωπαϊκής ενοποίησης. Για αυτό τον λόγο αυτό, κρίθηκε αναγκαία τόσο η αναβάθμιση του ρόλου του, όσο και η διεύρυνση των εξουσιών του. Πιο συγκεκριμένα, μέσα από τις διαδοχικές Συνθήκες που πραγματοποιήθηκαν, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο μετατράπηκε από ένα καθαρά συμβουλευτικό όργανο σε μια νομοθετική συνέλευση, το οποίο διαθέτει και εφαρμόζει εξουσίες, ισότιμες με εκείνες των εθνικών κοινοβουλίων.<sup>60</sup>

Ειδικότερα, αποτελείται από αντιπροσώπους των ευρωπαϊκών πολιτών, οι οποίοι διαθέτουν το δικαίωμα του εκλέγειν. Από το έτος 1979, οι ευρωβουλευτές εκλέγονται με άμεση, μυστική και καθολική ψηφοφορία στις λεγόμενες ευρωεκλογές, οι οποίες πραγματοποιούνται κάθε πέντε χρόνια, το ίδιο χρονικό διάστημα σε όλα τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σε αυτές, κάθε κράτος, βάσει του πληθυσμού του, εκλέγει συγκεκριμένο αριθμό ευρωβουλευτών. Οι έδρες των κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο Κοινοβούλιο, διαφαίνονται από τον παρακάτω πίνακα.

---




<sup>60</sup> Σκουρής, Β. (2003), «Ερμηνεία Συνθηκών για την Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ευρωπαϊκή Κοινότητα», Εκδόσεις: Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, σελ. 1208

## Πίνακας 1: «Έδρες Ανά Κράτος – Μέλος Στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο»






Κράτος/Μέλος	Αριθμός εδρών	Κράτος/Μέλος	Αριθμός εδρών
 Γερμανία <sup>1</sup>	99	 Κροατία <sup>2</sup>	12
 Γαλλία	74	 Αυστρία	19
 Ηνωμένο Βασίλειο	73	 Βουλγαρία	18
 Ιταλία	73	 Δανία	13
 Ισπανία	54	 Φινλανδία	13
 Πολωνία	51	 Σλοβακία	13
 Ρουμανία	33	 Ιρλανδία	12
 Κάτω Χώρες	26	 Λιθουανία	12
 Βέλγιο	22	 Λετονία	9
 Τσεχία	22	 Σλοβενία	8
 Ελλάδα	22	 Εσθονία	6
 Ουγγαρία	22	 Κύπρος	6
 Πορτογαλία	22	 Λουξεμβούργο	6
 Σουηδία	20	 Μάλτα	6

Πηγή: <http://europedirect.pde.gov.gr/gr/elections2014/parliament-seats/>

Στο πλαίσιο των νομοθετικών του αρμοδιοτήτων:<sup>61</sup>


-  **Εγκρίνει**, σε συνεργασία με το Συμβούλιο, **νομοθετικές πράξεις**.
-  **Λαμβάνει αποφάσεις** για διεθνείς συμφωνίες και ζητήματα διεύρυνσης.
-  **Ελέγχει γενικότερα ζητήματα** σχετικά με το πρόγραμμα εργασίας της Επιτροπής.

Στο πλαίσιο, τώρα, των εποπτικών του αρμοδιοτήτων:<sup>62</sup>

-  **Ελέγχει όλα τα όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης**.
-  **Εκλέγει τον Πρόεδρο της Επιτροπής και εγκρίνει την Επιτροπή ως σώμα**.
-  **Δίνει την τελική έγκριση του τρόπου με τον οποίο εκτελέστηκε ο προϋπολογισμός**.
-  **Συγκροτεί εξεταστικές επιτροπές**.
-  **Παρατηρεί τις εκλογικές διαδικασίες**.

<sup>61</sup>Κανελλόπουλος, Π. Ι. (2008), «Οι Συνθήκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης – Μετά την Συνθήκη της Λισσαβώνας», Άρθρο 14, παράγραφος1, Εκδόσεις: Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, σελ. 27

<sup>62</sup> [http://www.europedia.moussis.eu/books/Book\\_2/2/4/1/3/?all=1](http://www.europedia.moussis.eu/books/Book_2/2/4/1/3/?all=1), [Προσπελάστηκε στις 05/08/2017, ώρα 10:35]

 **Ασχολείται με τη νομισματική πολιτική και συζητά το θέμα με την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα.**

Τέλος, στο δημοσιονομικό πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της, εκτός από την κατάρτιση του προϋπολογισμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατέχει ισχυρό ρόλο και στην έγκριση του «Πολυετούς Δημοσιονομικού Πλαισίου». <sup>63</sup>

Ωστόσο, παρά την αναμφίβολη επίδρασή του σχετικά με το νομοθετικό έργο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εξακουθεί να ταλανίζεται από αδυναμίες. Οι σημαντικότερες από αυτές, είναι οι ακόλουθες: <sup>64</sup>

- ✘ **Δεν διαθέτει ολοκληρωμένες νομοθετικές εξουσίες**, όπως τα εθνικά κοινοβούλια.
- ✘ **Δεν υπολογίζεται η γνώμη του για όλες τις νομοθετικές πράξεις του Συμβουλίου**, όπως για παράδειγμα στις περισσότερες εξωτερικές συμφωνίες και εμπορικές συμφωνίες του άρθρου 133 Σ.Ε.Κ.
- ✘ **Δεν υποχρεούται να εκφράσει άποψη αναφορικά με τις εκτελεστικές πράξεις**, που πρόκειται να εφαρμόσει η Επιτροπή, παρόλο που στην πράξη το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ενημερώνεται σχετικά.

### **2.3.1.5 Το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης**

Το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ύστερα από την υπογραφή της Συνθήκης της Λισαβόνας, περιλαμβάνει: <sup>65</sup>

- ☞ **Το Δικαστήριο.**
- ☞ **Το Γενικό Δικαστήριο.**
- ☞ **Τα Ειδικευμένα Δικαστήρια.**

Συνεπώς, η ονομασία «Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης» εμπεριέχει και τους δύο βαθμούς της δικαστικής εξουσίας. Ως ανώτατη αρχή καθορίζεται το Δικαστήριο, αλλά και το Πρωτοδικείο, που ονομάζεται πλέον Γενικό Δικαστήριο, χωρίς, ωστόσο, να έχουν μεταβληθεί η σύνθεση και οι αρμοδιότητές τους.

---

<sup>63</sup> Στάγκος, Π. Ν. (1984), «Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο – Προβλήματα, Πραγματοποιήσεις, Προοπτικές», Εκδόσεις: Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, σελ. 51

<sup>64</sup> Κανελλόπουλος, Π. Ι. (2003), «Το Δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης», 4<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδόσεις: Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, σελ. 76

<sup>65</sup> [http://www.europedia.moussis.eu/books/Book\\_2/2/4/1/5/?all=1](http://www.europedia.moussis.eu/books/Book_2/2/4/1/5/?all=1), [Προσπελάστηκε στις 30/09/2017, ώρα 08:05]

Πιο συγκεκριμένα, το Δικαστήριο αποτελείται από έναν δικαστή από κάθε κράτος – μέλος, ενώ το Γενικό Δικαστήριο από έναν τουλάχιστον δικαστή ανά κράτος – μέλος, δηλαδή ο αριθμός των δικαστών του Γενικού Δικαστηρίου είναι πιθανόν να υπερβαίνει τον αριθμό των κρατών – μελών. Επιπλέον, οι δικαστές, οι γενικοί εισαγγελείς του Δικαστηρίου, αλλά και οι δικαστές του Γενικού Δικαστηρίου διορίζονται σύμφωνα με την κοινή γνώμη των κυβερνήσεων των κρατών – μελών για έξι χρόνια.

Κύριο έργο του Δικαστηρίου αποτελεί η μέριμνα για την κοινή ερμηνεία και εφαρμογή του ευρωπαϊκού δικαίου, από το σύνολο των κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παράλληλα, στόχος του είναι η εξασφάλιση της συμμόρφωσης τόσο των κρατών – μελών, όσο και των λοιπών θεσμικών οργάνων με το ευρωπαϊκό δίκαιο.<sup>66</sup>

Πρόκειται για το όργανο αυτό που διασφαλίζει την διευθέτηση των νομικών διαφορών που δημιουργούνται μεταξύ των κυβερνήσεων των κρατών – μελών και των οργάνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Είναι δυνατή, ωστόσο και η προσφυγή στο Δικαστήριο ιδιωτών, επιχειρήσεων ή ακόμη και οργανισμών, που στρέφονται κατά οργάνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εφόσον θεωρούν πως προκύπτει παραβίαση των δικαιωμάτων τους.

Ουσιαστικά βασικές υποθέσεις που αποτελούν αντικείμενο των αρμοδιοτήτων του, είναι οι εξής:

- *Η ερμηνεία και η επιβολή του δικαίου.*
- *Ο έλεγχος της νομιμότητας των νομοθετικών πράξεων, των πράξεων του Συμβουλίου, της Επιτροπής και της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας.*
- *Η ακύρωση νομικών πράξεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.*
- *Η διασφάλιση της ανάληψης δράσης από την Ευρωπαϊκή Ένωση.*
- *Η επιβολή κυρώσεων σε όργανα της.*

### **2.3.1.6 Η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα**

Η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα εδρεύει στη Φρανκφούρτη της Γερμανίας και ο κύριος ρόλος της έγκειται στα ακόλουθα:<sup>67</sup>

- *Στην διαχείριση του ενιαίου νομίσματος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δηλαδή του ευρώ.*

<sup>66</sup>[https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/court-justice\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/court-justice_el),

[Προσπελάστηκε στις 30/09/2017, ώρα 08:14]

<sup>67</sup> Γιαννίτσης, Τ. (2004), «Ελλάδα, η ένταξη στην ΟΝΕ και οι προκλήσεις του μέλλοντος», Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα

ο *Στην διατήρηση της σταθερότητας των τιμών*, στις χώρες που χρησιμοποιούν ως νόμισμα το ευρώ ή βρίσκονται σε διαδικασία υιοθέτησης αυτού.

ο *Στην επίτευξη της σταθεροποίησης του δημοσιονομικού συστήματος*, μέσω κατάλληλης εποπτείας των κεφαλαιαγορών και των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων.

Ακόμη, είναι υπεύθυνη για την διεξαγωγή της οικονομικής και νομισματικής πολιτικής της Ένωσης, ενώ, οι κυριότερες αρμοδιότητές της, συνοψίζονται στις εξής:

- Ο *καθορισμός των βασικών επιτοκίων* στην Ευρωπαϊκή Ένωση και η *εποπτεία της προσφοράς χρήματος*.
- Η *διαχείριση των συναλλαγματικών αποθεμάτων* της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η *διασφάλιση της ισορροπίας των συναλλαγματικών ισοτιμιών*, με την αγορά ή πώληση νομισμάτων.
- Η *αδειοδότηση των κεντρικών τραπεζών* των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ώστε να μπορούν να προβούν σε έκδοση χρήματος.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι στα πλαίσια της δραστηριότητάς της δημιουργούνται εσωτερικά όργανα, τα οποία είναι:<sup>68</sup>

- Η *Εκτελεστική Επιτροπή*, η οποία είναι υπεύθυνη για τον έλεγχο των τρέχουσων δραστηριοτήτων της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας.
- Το *Διοικητικό Συμβούλιο*, έργο του οποίου αποτελεί η διαμόρφωση της νομισματικής πολιτικής, που θα ακολουθήσει η Ευρωπαϊκή Ένωση, αλλά και των επιτοκίων δανεισμού, που επιβάλλει η Κεντρική Τράπεζα στις εμπορικές.
- Το *Γενικό Συμβούλιο*, το οποίο παίρνει μέρος στην διεξαγωγή των συμβουλευτικών και συντονιστικών λειτουργιών της Κεντρικής Τράπεζας, αλλά και στις εργασίες εισόδου νέων χωρών στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα αποτελεί μία πλήρως ανεξάρτητη αρχή, ενώ όλα τα υπόλοιπα θεσμικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως και οι εθνικές κυβερνήσεις, είναι υποχρεωμένα να σέβονται και να υπακούουν στις αποφάσεις της.<sup>69</sup>

---

<sup>68</sup> [http://www.europedia.moussis.eu/books/Book\\_2/2/4/2/1/?all=1](http://www.europedia.moussis.eu/books/Book_2/2/4/2/1/?all=1),

[Προσπελάστηκε 30/09/2017, ώρα 08:33]

<sup>69</sup> Τσάτσος, Δ. (2005), «Τα μεγάλα θεσμικά της Ευρωπαϊκής Ένωσης», Εκδόσεις: Σαββάλας, Αθήνα

### 2.3.1.7 Το Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο

Το Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο ιδρύθηκε το 1975 και αποτελεί μια ανεξάρτητη εξωτερική ελεγκτική αρχή. Κύρια μέριμνα του είναι η διασφάλιση των συμφερόντων των φορολογούμενων πολιτών της Ευρώπης. Επιπλέον, δεν διαθέτει νομικές εξουσίες, ενώ βασική αρμοδιότητά του είναι η βελτίωση της διαχείρισης του προϋπολογισμού από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Παράλληλα, διαθέτει το δικαίωμα να συντάσσει οικονομικές εκθέσεις για την Ευρωπαϊκή Ένωση.<sup>70</sup>

Η λειτουργία του στηρίζεται σε τρία είδη ελέγχων, τα οποία είναι τα ακόλουθα:<sup>71</sup>

- ⊕ Στον **δημοσιονομικό έλεγχο**, ο οποίος χρησιμοποιείται στον έλεγχο των χρηματοοικονομικών κατάστασεων των λογαριασμών, καθώς και των ταμειακών ροών.
- ⊕ Στον **έλεγχο συμμόρφωσης**, ο οποίος χρησιμοποιείται στον έλεγχο της ορθότητας των οικονομικών συναλλαγών.
- ⊕ Στον **έλεγχο απόδοσης**, ο οποίος χρησιμοποιείται στον έλεγχο της επίτευξης των στόχων, που έχουν θέσει τα ευρωπαϊκά ταμεία.

Ειδικότερα, το Ελεγκτικό Συνέδριο είναι υπεύθυνο για τον έλεγχο των λογαριασμών του συνόλου των εσόδων και των εξόδων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και αυτών κάθε οργανισμού, που έχει ιδρυθεί από την Ένωση. Ελέγχει, συνεπώς, βάσει εγγράφων, την νομιμότητα και την κανονικότητα των εσόδων και εξόδων και σε περίπτωση παρασπονδίας, είναι υποχρεωμένο να την γνωστοποιήσει.

### 2.3.2 Συμβουλευτικά Όργανα

Δύο είναι τα κύρια συμβουλευτικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που γνωμοδοτούν για τις αποφάσεις της, οι οποίες έχουν αντίκτυπο σε τομείς, όπως είναι:

- ⊗ **Η απασχόληση.**
- ⊗ **Η υγεία.**
- ⊗ **Η εκπαίδευση.**
- ⊗ **Οι μεταφορές.**
- ⊗ **Η επαγγελματική κατάρτιση.**
- ⊗ **Οι κοινωνικές δαπάνες.**

<sup>70</sup>[http://www.europedia.moussis.eu/books/Book\\_2/2/4/2/2/?all=1](http://www.europedia.moussis.eu/books/Book_2/2/4/2/2/?all=1),

[Προσπελάστηκε στις 05/08/2017, ώρα 10:40]

<sup>71</sup>[https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-court-auditors\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-court-auditors_el),

[Προσπελάστηκε στις 05/08/2017, ώρα 10:45]

Αυτά είναι:<sup>72</sup>

- ✓ **Η Ευρωπαϊκή Οικονομική & Κοινωνική Επιτροπή.**
- ✓ **Η Επιτροπή Των Περιφερειών.**

Αναλυτικότερα:

### **2.3.2.1 Η Ευρωπαϊκή Οικονομική & Κοινωνική Επιτροπή**

Πρόκειται για ένα συμβουλευτικό όργανο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μέλη του οποίου είναι εκπρόσωποι εργαζομένων, εργοδοτών και γενικά ομάδων ποικίλων συμφερόντων. Λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος στις αποφάσεις που λαμβάνονται μεταξύ των οργάνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των πολιτών της. Το κύριο έργο της, διαμορφώνεται από τις ακόλουθες παραμέτρους:<sup>73</sup>

- ☞ **Μεριμνά**, ώστε η στρατηγική, η πολιτική και η νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης να συμβαδίζουν με τις υφιστάμενες κάθε φορά οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες, με απώτερο στόχο το κοινό όφελος.
- ☞ **Ενθαρρύνει** τον διάλογο και την συμμετοχή των εργαζομένων, των εργοδοτών και άλλων ομάδων συμφερόντων, με σκοπό την ελεύθερη έκφραση των απόψεων τους.
- ☞ **Πρωθυεί** τις ευρωπαϊκές και δημοκρατικές αξίες.

Τέλος, προσφέρει εμπειρογνωμοσύνη στα μεγάλα θεσμικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εκδίδοντας γνωμοδοτήσεις, που σχετίζονται με την προτεινόμενη κοινοτική νομοθεσία. Ωστόσο, μπορεί να εκδίδει και γνωμοδοτήσεις πρωτοβουλίας, όταν πιστεύει ότι είναι επιτακτικός ο έλεγχος ορισμένων θεμάτων.

### **2.3.2.2 Η Επιτροπή Των Περιφερειών**

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή των Περιφερειών (ΕτΠ) είναι ένα επίσης ευρωπαϊκό συμβουλευτικό όργανο, με μέλη τοπικούς και περιφερειακούς εκλεγμένους εκπροσώπους εκ του συνόλου των κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι εκπρόσωποι αυτοί, έχουν τη δυνατότητα διατύπωσης απόψεων αναφορικά με τη νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που, άμεσα ή έμμεσα, επηρεάζει τις περιφέρειες και τις πόλεις. Οι απόψεις αυτές οφείλουν να

---

<sup>72</sup> [http://www.europedia.moussis.eu/books/Book\\_2/2/4/2/?lang=gr&all=1&s=1&e=10](http://www.europedia.moussis.eu/books/Book_2/2/4/2/?lang=gr&all=1&s=1&e=10),

[Προσπελάστηκε στις 22/09/2017, ώρα 10:55]

<sup>73</sup> [https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-economic-social-committee\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-economic-social-committee_el),

[Προσπελάστηκε στις 22/09/2017, ώρα 11:00]



λαμβάνονται υπόψη, με στόχο την επίτευξη της κάλυψης των αναγκών των περιφερειακών και τοπικών αρχών.<sup>74</sup>

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το Συμβούλιο απευθύνονται στην Επιτροπή των Περιφερειών, ζητώντας την άποψή της, όταν πρόκειται να προβεί σε κατάρτιση της νομοθεσίας, για θέματα σχετικά με:

- ✚ **Την υγεία.**
- ✚ **Την εκπαίδευση.**
- ✚ **Την εργασία ή την γενικότερα την απασχόληση.**
- ✚ **Την εφαρμοζόμενη κοινωνική πολιτική.**
- ✚ **Τις μεταφορές.**
- ✚ **Την ενέργεια.**
- ✚ **Την κλιματική αλλαγή.**

Με την λήψη μιας νομοθετικής πρότασης, η Επιτροπή των Περιφερειών προβαίνει στην έκδοση γνωμοδότησης, όπου και αποστέλλει στα αρμόδια όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επίσης, είναι δυνατή η πραγματοποίηση γνωμοδότησης και με δική της πρωτοβουλία.

Τέλος, αποτελείται από 353 τακτικά και ισάριθμα αναπληρωματικά μέλη, τα οποία διορίζονται ομόφωνα από το Συμβούλιο για πέντε έτη.<sup>75</sup> Τα μέλη αυτά, είναι επιφορτισμένα με ένα διπλό ρόλο απέναντι στους πολίτες των κρατών – μελών:

- ⌘ Από την μία, **συνυπολογίζουν τα άμεσα συμφέροντά τους, στην διαδικασία της επεξεργασίας των κοινοτικών πολιτικών.**
- ⌘ Από την άλλη, τους **διαβιβάζουν όλα τα πεπραγμένα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.**

## 2.4 Ο Εξευρωπαϊσμός Των Δημόσιων Πολιτικών Υγείας

Αναμφίβολα οι πολιτικές κατευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που ορίστηκαν για τον κλάδο της υγείας, επηρέασαν σημαντικά τόσο την εγχώρια πολιτική, όσο και την αντίστοιχη άλλων χωρών. Βέβαια, η πολιτική υγείας και γενικότερα η κοινωνική πολιτική, δεν αποτέλεσε ποτέ έναν εκ των βασικών στόχων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με δεδομένο πως πρωταρχικό ρόλο έπαιζαν και εξακολουθούν να παίζουν, οι οικονομικοί συντελεστές. Οι

<sup>74</sup>[https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-committee-regions\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-committee-regions_el),

[Προσπελάστηκε στις 22/09/2017, ώρα 11:00]

<sup>75</sup> [http://www.europedia.moussis.eu/books/Book\\_2/2/4/2/4/?all=1](http://www.europedia.moussis.eu/books/Book_2/2/4/2/4/?all=1)

όποιες κοινωνικές πολιτικές αποφασίστηκαν και ακολουθήθηκαν ήταν προς υποστήριξη της οικονομικής ολοκλήρωσης.<sup>76</sup>

Επιπλέον, η βελτίωση της κοινωνικής προστασίας στο περιβάλλον της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υποστηρίχθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και συγκεκριμένα, προτάθηκε η αντίστοιχη βελτίωση των συστημάτων υγείας, ώστε να ανταποκρίνονται ορθότερα και αποτελεσματικότερα στις πληθυσμιακές ανάγκες. Βάσει της Σύστασης 92/442 του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, ορίζονται οι υποχρεώσεις των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι οποίες συνοψίζονται στις ακόλουθες:<sup>77</sup>

- ✘ **Εξασφάλιση πρόσβασης όλων των νόμιμων κατοίκων κάθε κράτους – μέλους σε προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες**, βάσει συγκεκριμένων προϋποθέσεων, που το ίδιο ορίζει.
- ✘ **Ανάπτυξη υψηλής ποιότητας συστημάτων υγείας.**
- ✘ **Οργάνωση ειδικών υπηρεσιών αποκατάστασης.**
- ✘ **Κατάλληλη συνταξιοδοτική προστασία**, σε άτομα που διέκοψαν αναγκαστικά την επαγγελματική τους δραστηριότητα, λόγω ασθένειας.

Αξίζει να επισημανθεί ότι η Συνθήκη του Μάαστριχτ ήταν αυτή που απέδωσε αρμοδιότητες στην Κοινότητα στον κλάδο της υγείας. Σε καμία περίπτωση, όμως, δεν ορίστηκε ένα «Κοινοτικό Σύστημα Υγείας», καθώς η κοινωνική πολιτική γενικότερα δεν αποτέλεσε στόχο της πορείας προς την οικονομική ολοκλήρωση. Ακόμη, κρίσιμοι παράγοντες για την μη δημιουργία ενός Κοινοτικού Συστήματος Υγείας, αποτελούν οι χαώδεις διαφορές, που υπάρχουν μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σχετικά με:<sup>78</sup>

- **Τους δείκτες υγείας.**
- **Τη χρηματοδότηση και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.**
- **Τους δείκτες της οικονομικής ανάπτυξης.**

Η νομοθεσία, εξάλλου, της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα υγείας, είναι ευρέως γνωστό ότι είναι προβληματική. Έτσι, κάθε κράτος – μέλος ακολούθησε την δική του πολιτική υγείας με σημαντικές διαφοροποιήσεις στα παραπάνω τρία στοιχεία που αναφέρθηκαν.

---

<sup>76</sup> Κατρούγκαλος, Γ. (2004), «Θεσμοί και συστήματα κοινωνικής προστασίας στο σύγχρονο κόσμο», Αθήνα – Κομοτηνή, Εκδόσεις: ΣΑΚΚΟΥΛΑ

<sup>77</sup> Οικονόμου, Χ. (2004), «Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα & στις Ευρωπαϊκές κοινωνίες», Εκδόσεις: ΔΙΟΝΙΚΟΣ, Αθήνα

<sup>78</sup> Greer, S., Fahy, N., Elliott, H. et al (2014), “Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask”, European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies, No. 34, pp 12 – 71

Ουσιαστικά, η Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν αυτή που ανέλαβε συντονιστικό ρόλο σε ζητήματα των κρατών – μελών, που αφορούσαν τον κλάδο της υγείας και συνέβαλε καθοριστικά στην υιοθέτηση κοινών προσεγγίσεων, για την αντιμετώπιση των κοινών προβλημάτων. Συνεπώς, ο εξευρωπαϊσμός των δημόσιων πολιτικών υγείας προσεγγίζεται από την υιοθέτηση βέλτιστων πρακτικών, που σέβονται, όμως, τις ιδιαιτερότητες κάθε έθνους.<sup>79</sup>

Τέλος, τα κυριότερα πλεονεκτήματα του εξευρωπαϊσμού των δημόσιων πολιτικών υγείας, είναι τα ακόλουθα:

- ◆ ***Η ανάπτυξη και διάδοση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.***
- ◆ ***Οι μεταρρυθμίσεις και τα αναπτυξιακά οφέλη στην λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.*** Τομείς όπως η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η οργάνωση των ασφαλιστικών ταμείων υγείας και ο περιορισμός τους, η μεταναστευτική υγεία αποτέλεσαν ορισμένες πολιτικές στις οποίες επέδρασε ιδιαίτερα η Ε.Ε.

Αντίθετα, τα μειονεκτήματα του εξευρωπαϊσμού των δημοσίων πολιτικών υγείας, μπορούν να αποτυπωθούν στα εξής:<sup>80</sup>

- ***Ο έλεγχος των εθνικών πολιτικών υγείας των κρατών - μελών είναι ιδιαίτερα τακτικός και αυστηρός.***
- ***Το νοσολογικό φορτίο, με μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνησιμότητα σε ορισμένα νοσήματα, διαφέρει σημαντικά σε κάθε κράτος – μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης.***
- ***Σε μία περίοδο, όπου η οικονομική κρίση έχει εξαπλωθεί σε όλα τα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο εξευρωπαϊσμός έγκειται στην αποδιοργάνωση τόσο της υγειονομικής, όσο και της κοινωνικής πολιτικής.***

## **2.5 Ο Εξευρωπαϊσμός Της Εσωτερικής Αγοράς**

Αποτελεσματικότερη διαπιστώνεται η λήψη πρωτοβουλιών και δράσεων των θεσμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αναφορικά με τον εξευρωπαϊσμό της λειτουργίας της εσωτερικής αγοράς, παρά για την θέσπιση μιας τελεσφόρας νομοθεσίας, καθώς στην βάση της Ευρωπαϊκής

---

<sup>79</sup> Οικονόμου, Χ. (2004), «Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα & στις Ευρωπαϊκές κοινωνίες», Εκδόσεις: ΔΙΟΝΙΚΟΣ, Αθήνα

<sup>80</sup> Φερώνας, Α. «Ο Εξευρωπαϊσμός της Κοινωνικής Πολιτικής στην Ελλάδα: Από την εθελοντική αναδόμηση στην επιβαλλόμενη αποδόμηση», 5<sup>ο</sup> Διεθνές Επιστημονικό Συνέδριο Ε.Ε.Κ.Π., «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ: ΣΤΟ ΣΤΑΥΡΟΔΡΟΜΙ ΤΩΝ ΕΠΙΛΟΓΩΝ», Αθήνα, 9 Μαρτίου 2014

Ένωσης υπάρχουν οι προϋποθέσεις και οι κατάλληλες συνθήκες για την ανάπτυξη ενός ευνοϊκού νομοθετικού πλαισίου, υπέρ της ενιαίας ευρωπαϊκής αγοράς.<sup>81</sup>

Καταλυτικό ρόλο στην ευρωπαϊκή ολοκλήρωση παίζει το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο, το οποίο από την αρχή της ίδρυσής του έχει εκδόσει πληθώρα:<sup>82</sup>

- ✦ *Κανονιστικών οδηγιών.*
- ✦ *Συστάσεων.*
- ✦ *Κανονισμών.*
- ✦ *Νόμων.*

τα οποία σχετίζονται με την λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.

Επιπλέον, στον χώρο της υγείας, οι τέσσερις θεμελιώδεις αρχές του δικαίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης:

- ✦ *Η ελευθερία των αγαθών.*
- ✦ *Η ελευθερία των υπηρεσιών.*
- ✦ *Η ελευθερία των ανθρώπων.*
- ✦ *Η ελευθερία των κεφαλαίων.*

μετασχηματίζονται, δημιουργώντας σημαντικές επιπτώσεις στην λειτουργία και την οργάνωση της παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Η παροχή των υπηρεσιών υγείας, πιο συγκεκριμένα, συνθέτει μία τεράστια αγορά, μέσα στην οποία υπάρχουν πολλές διαθέσιμες θέσεις εργασίας, αλλά και προϋποθέσεις για ανάπτυξη, καθώς αποτελεί ένα υποσύνολο της εσωτερικής αγοράς.<sup>83</sup> Πιο αναλυτικά, στην ελεύθερη διακίνηση των προσώπων, εμπεριέχονται τα ακόλουθα:

- ◆ *Η αγορά εργασίας για:*
  - ☞ *Ιατρικό.*
  - ☞ *Νοσηλευτικό.*
  - ☞ *Διοικητικό.*
  - ☞ *Λοιπό υγειονομικό προσωπικό.*

---

<sup>81</sup> Greer, S. L. (2011), "The weakness of strong policies and the strength of weak policies: Law, experimentalist governance, and supporting coalitions in the European Union health care policy", *Regulation and Governance*, 5(2) pp. 187 – 203

<sup>82</sup> Schenk, A. (2013), "Does European integration of health policy only benefit a small minority of mobile individuals while it endangers collective institutions that protect the majority at the national level?", In *Evolving Europe: Voices of the Future*, <https://www.uaces.org/documents/papers/1340/schenk.pdf>, Προσπελάστηκε: 13/12/2017, ώρα 10:55 π.μ.

<sup>83</sup> Bulmer, S. & Radaelli, C. (2004), "The Europeanization of National Policy?", *Queen's Papers on Europeanization*, No 1/2004, Queens University, Belfast

- ◆ *Η δυναμική ζήτηση για υπηρεσίες υγείας από πολίτες, που κατοικούν για βραχυχρόνιες ή μακροχρόνιες περιόδους, σε κάποια άλλη ευρωπαϊκή χώρα.*

Χαρακτηριστικά, θα μπορούσε να πει κανείς ότι ο χώρος της υγείας αποτελεί έναν τομέα εντάσεως εργασίας, στηριζόμενος στο γεγονός ότι η απασχόληση σε αυτό τον τομέα προϋποθέτει εξειδικευμένο προσωπικό. Διαπιστώνεται πως επικρατεί μεγάλη ανισορροπία ανθρωπίνου δυναμικού στις διάφορες χώρες, η οποία προέρχεται από τα εξής:

- ✘ *Στις εφαρμοζόμενες πολιτικές υγείας.*
- ✘ *Στην μακροοικονομική κατάσταση, που επικρατεί στην εκάστοτε χώρα.*
- ✘ *Στην πολιτική ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού.*
- ✘ *Στις μεταναστευτικές ροές.*

Το πόσο σπουδαίο ρόλο διαδραματίζει το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας, διαπιστώνεται από το γεγονός ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει εκδόσει οδηγίες, σχετικά με την αναγνώριση των διπλωμάτων σε ειδικότητες στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίες προσπαθούν να μειώσουν την ανισότητα που επικρατεί, στο επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στα κράτη – μέλη, μέσα στο πλαίσιο της ελεύθερης διακίνησης των εργαζομένων.


Πέρα από την προσφορά εργασίας, εξίσου σημαντική είναι και η ζήτηση εργασίας, η οποία αναφέρεται στο δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας των μετακινούμενων προσώπων, σε χώρα διαφορετική από την χώρα προέλευσής τους, το οποίο άρχισε να εφαρμόζεται με τους κανονισμούς κοινωνικής ασφάλισης του Συμβουλίου 1408/71 και 574/72. Σε αυτούς τους κανονισμούς, συνεπώς, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, βάσει των οποίων ένα άτομο δικαιούται πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, όταν μετακινείται εντός των κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επιπλέον, οποιοδήποτε μέλος της οικογενείας, κατοικεί σε χώρα του εξωτερικού, έχει δικαίωμα στην ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες του εκάστοτε κράτους, με έξοδα, ωστόσο, του φορέα ασφάλισής του.<sup>84</sup> Στη συνέχεια, μάλιστα, οι κανονισμοί αυτοί υπέστησαν τροποποίηση από τις ρυθμίσεις 1390/81, 859/2003, 883/2004 και 465/2012, οι οποίες αφορούσαν στην διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη και το εύρος της ισχύς τους επεκτάθηκε και στους ελεύθερους επαγγελματίες, αλλά και στους υπήκοους τρίτων χωρών, που δεν συμπεριλήφθηκαν στους αρχικούς κανονισμούς.


Από την άλλη, η ελεύθερη κυκλοφορία προϊόντων δημιουργεί ένα πλαίσιο ρυθμιστικής παρέμβασης, που σχετίζεται με την αγορά και την προμήθεια ιατρικών μηχανημάτων, αλλά και

---


<sup>84</sup> Οικονόμου, Χ. (2004), «Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα & στις Ευρωπαϊκές κοινωνίες», Εκδόσεις: ΔΙΟΝΙΚΟΣ, Αθήνα


φαρμακευτικού υλικού και είναι άμεσα συνειφασμένο με την ολοκλήρωση της εσωτερικής αγοράς. Η σημαντικότητα αυτού του τομέα διαφαίνεται μέσω του διπλού χαρακτήρα του:

 Αφενός, σε σχέση με την **πολιτική υγείας**.

 Αφετέρου, σε σχέση με την **βιομηχανική πολιτική**.

Όπως είναι κατανοητό, η χρησιμοποίηση των ιατρικών συσκευών, αλλά και των φαρμακευτικών σκευασμάτων, βελτιώνει:

 Τόσο το **επίπεδο παροχής υγείας των πολιτών**.

 Όσο και το **κόστος της παροχής υπηρεσιών υγείας**.

Ακόμη, η Ευρωπαϊκή Ένωση δεν διαθέτει το δικαίωμα παρέμβασης:

 Στην **τιμολόγηση**.

 Στην **ασφαλιστική κάλυψη της φαρμακευτικής δαπάνης**.

καθώς αυτά, αποτελούν αρμοδιότητες, που πρέπει να διαχειριστούν τα κράτη – μέλη της, ξεχωριστά.

Τέλος, η ελευθερία διακίνησης των υπηρεσιών, αφορά την προσφορά ιδιωτικής και υποχρεωτικής ασφαλιστικής κάλυψης, ενώ η ελεύθερη διακίνηση των κεφαλαίων αναφέρεται στις επενδυτικές δραστηριότητες σε ιδιωτικά νοσηλευτικά σχήματα.

## 2.6 Οι Έννοιες & Τα Είδη Εξευρωπαϊσμού Της Πολιτικής Υγείας

Η έννοια του εξευρωπαϊσμού χρησιμοποιείται γενικά σε μεγάλο βαθμό για να αποτυπώσει την επίδραση που έχουν οι ευρωπαϊκοί θεσμοί, στα εθνικά πολιτικά συστήματα. Η πλειονότητα των μελετητών, προσέγγισε τον εν λόγω όρο από μεμονωμένη σκοπιά στο πλαίσιο της διεξαγωγής εμπειρικών ερευνών. Γενικά, ο όρος χαρακτηρίζεται από σημαντική ασάφεια και αυτό αποδεικνύεται από τις ποικίλες μελέτες, στις οποίες διαφαίνεται κάποιος βαθμός εξευρωπαϊσμού, σε μια προσπάθεια ερμηνείας διαδικασιών αλλαγής κουλτούρας, πολιτικών αλλαγών, θεσμικών μεταρρυθμίσεων – εκσυγχρονισμού.<sup>85</sup>

Μέσα από ένα πλήθος ορισμών που υφίστανται στην σχετική βιβλιογραφία, οι Bulmer & Radaelli (2004) κατόρθωσαν να προσδιορίσουν έναν αρκετά περιεκτικό ορισμό. Συγκεκριμένα, βάσει αυτού:<sup>86</sup>

<sup>85</sup> Radaelli, C. (2000), “Whither Europeanisation? Concept stretching and substantive change”, European Integration online Papers (EIoP), vol. 4 (2000), No 8

<sup>86</sup> Bulmer, S. & Radaelli, C. (2004), “The Europeanisation of National Policy”, Queen’s Papers on Europeanisation, No 1/2004

«Ο εξευρωπαϊσμός συνιστά μια διαδικασία α)διαμόρφωσης, β)διάχυσης και γ)θεσμοποίησης τυπικών και άτυπων κανόνων, μεθόδων, παραδειγμάτων πολιτικής, τρόπων δράσης, κοινών πεποιθήσεων και προτύπων, που αρχικά καθορίζονται και παγιώνονται στη διαδικασία άσκησης πολιτικής στο ευρωπαϊκό επίπεδο και στη συνέχεια ενσωματώνονται στη λογική της δημόσιας συζήτησης, των πολιτικών δομών και των δημόσιων πολιτικών στο εθνικό επίπεδο.»

Επιπλέον, τα βασικά χαρακτηριστικά του εξευρωπαϊσμού, αποτυπώνονται στα εξής:

❏ Εκτός από τις πολιτικές διαδικασίες, **σχετίζεται και με τις αξίες, αλλά και τα πιστεύω.**

❏ **Εμπεριέχει ένα ευρύ φάσμα σταδίων και διαδικασιών**, όπως είναι για παράδειγμα η ανάπτυξη μιας πολιτικής, η εφαρμογή της μέσω των θεσμών, αλλά και διάδοση αυτής.

Με άλλα λόγια, ο εξευρωπαϊσμός συνθέτει μία αμφίδρομη διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει τις ακόλουθες διαστάσεις:<sup>87</sup>

☞ **Μία “bottom up” διάσταση:** Η σύσταση και η ανάπλαση θεσμών και πολιτικών, στο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

☞ **Μία “top down” διάσταση:** Η επίδραση των ευρωπαϊκών θεσμών και πολιτικών, στο εθνικό επίπεδο.

Ενώ, οι «ευρωπαϊκές διαδικασίες πολιτικής» είναι πιθανόν να περιλαμβάνουν τους εξής μηχανισμούς:

❏ **Κάθετοι μηχανισμοί εξευρωπαϊσμού:** Δηλαδή, την υιοθέτηση νομοθεσίας ή δεσμευτικών αποφάσεων σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης (hard law).

❏ **Οριζόντιοι μηχανισμοί εξευρωπαϊσμού:** Δηλαδή, την υιοθέτηση μη δεσμευτικών διαδικασιών (soft law).

Ακόμη, ο εξευρωπαϊσμός των δημόσιων πολιτικών υγείας των κρατών – μελών, προωθείται με δύο τρόπους:<sup>88</sup>

❏ **Μέσω κανόνων:** Σε αυτή την περίπτωση, ο εξευρωπαϊσμός έχει κανονιστικό και καταναγκαστικό χαρακτήρα. Στην ουσία επιβάλλεται στα κράτη – μέλη, μέσω της συμμόρφωσής τους σε οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ενώ, πρόκειται για έμμεσο εξευρωπαϊσμό, με την έννοια ότι αποτελεί προέκταση των ρυθμίσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

❏ **Μέσω ιδεών ή πεποιθήσεων:** Σε αυτό τον τρόπο, ο εξευρωπαϊσμός χαρακτηρίζεται ως γνωστικός. Ασκείται πάλι με παρέμβαση και πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Ένωσης,

<sup>87</sup> Φερώνας, Α. «Ο Εξευρωπαϊσμός της Κοινωνικής Πολιτικής στην Ελλάδα: Από την εθελοντική αναδόμηση στην επιβαλλόμενη αποδόμηση», 5<sup>ο</sup> Διεθνές Επιστημονικό Συνέδριο Ε.Ε.Κ.Π., «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ: ΣΤΟ ΣΤΑΥΡΟΔΡΟΜΙ ΤΩΝ ΕΠΙΛΟΓΩΝ», Αθήνα, 9 Μαρτίου 2014

<sup>88</sup> Guigner, S. (2007), “L’ europeanisation cognitive de la santé: entre imposition et persuasion”, pp 265



όχι, όμως, μέσω υποχρεωτικών κανόνων, αλλά με μέσα διάδοσης ιδεών, που διαποτίζουν το σύνολο του ευρωπαϊκού δημόσιου χώρου, ως χώρου επικοινωνίας και διαλόγου ανάμεσα στους δρώντες. Αυτό, ωστόσο, δεν σημαίνει ότι και αυτός ο τρόπος εξευρωπαϊσμού δεν κυοφορεί υποχρεωτικότητες και καταναγκασμούς των δρώντων.

Τέλος, ο εξευρωπαϊσμός δεν πρέπει να ταυτίζεται με την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση, καθώς η ευρωπαϊκή ολοκλήρωση είναι που στοιχειοθετεί μια βασική προϋπόθεση του. Κύριο ενδιαφέρον του συνιστά ο τρόπος με τον οποίο η Ευρωπαϊκή Ένωση επηρεάζει τα κράτη – μέλη της, μέσω των παραγόμενων πολιτικών της, οι οποίες ορίζονται στο πλαίσιο ενός υπερεθνικού πολιτικού συστήματος, που πρεσβεύει.

## 2.7 Η Σύγκλιση Των Εθνικών Συστημάτων Υγείας Στην Ευρώπη

Στον ευρωπαϊκό χώρο, δεν συγκλίνουν μεταξύ τους μόνο οι δημόσιες πολιτικές προστασίας της υγείας, σαν συνέπεια του εξευρωπαϊσμού τους. Τα ίδια τα εθνικά συστήματα υγείας συγκλίνουν μεταξύ τους, κατά βάση ως συνέπεια μιας οικονομικής πολιτικής, που ακολουθούν οι κυβερνήσεις, η οποία υπαγορεύεται από τις επιταγές της αγοράς και την προσαρμογή των δημοσίων πολιτικών σε αυτήν. Ωστόσο, στη σύγκλιση αυτή δεν είναι ασήμαντη η επιρροή, που της ασκούν ιδέες και πεποιθήσεις οι οποίες, είτε με τη μεσολάβηση μεθοδεύσεων, είτε χωρίς αυτή, έχουν ως αποδέκτες τις ευρωπαϊκές κυβερνήσεις και υλοποιούνται με τις αποφάσεις αυτών.<sup>89</sup>

Πιο συγκεκριμένα, τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας ιδρύθηκαν μετά το 1945, με στόχο να εξασφαλίζουν την ίση πρόσβαση όλου του πληθυσμού στην περίθαλψη. Για να υλοποιήσουν το στόχο αυτό, οι κυβερνήσεις των διάφορων χωρών οργάνωσαν τα συστήματα υγείας, ακολουθώντας διαφορετικούς τρόπους. Οι βασικές διαφορές πηγάζουν από το θεσμό, που αναλαμβάνει τη χρηματοδότηση της ζήτησης περίθαλψης, καθώς και από τον τρόπο οργάνωσης της προσφοράς περίθαλψης.

Ωστόσο, παρά την διαφορετικότητά τους, τα εθνικά συστήματα υγείας συγκλίνουν μεταξύ τους ως συνέπεια των μεταρρυθμίσεων, που ενώ δεν επιβάλλονται από την Ευρωπαϊκή Ένωση με καταναγκαστικό τρόπο, αντανakλάται, σε αυτές, μια ύψιστη προτεραιότητα, η οποία

---

<sup>89</sup> Αντωνοπούλου, Λ. (2014), «Οικονομικά Της Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και πολιτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας», Εκδόσεις: Gutenberg, Θεσσαλονίκη, σελ. 80



εκλογικεύεται στους κόλπους του ευρωπαϊκού οργανισμού και δεν είναι άλλη από την μείωση των δημόσιων υγειονομικών δαπανών.<sup>90</sup>

Ο στόχος αυτός μεθοδεύεται και οργανώνεται μέσα από δημόσιες, κυβερνητικές αποφάσεις, που αναθεωρούν να ακόλουθα χαρακτηριστικά των αντίστοιχων συστημάτων υγείας.<sup>91</sup>

- ⊕ Πριν από όλα τα άλλα, **το δικαίωμα της ίσης πρόσβασης στην περίθαλψη**. Η ίση πρόσβαση όλου του πληθυσμού στην περίθαλψη εγκαταλείπεται. Το κράτος εξασφαλίζει πλέον την κάλυψη των βασικών αναγκών περίθαλψης των πιο ευάλωτων κατηγοριών του πληθυσμού. Για τις υπόλοιπες κατηγορίες, η προστασία υγείας περιορίζεται προοδευτικά και ανατίθεται σε ιδιωτικούς φορείς ασφάλισης. Τελικός στόχος είναι τα συστήματα υγείας, σε κάθε χώρα, να καταναλώνουν ένα ποσοστό του ΑΕΠ, ανάλογα με την κατάσταση του προϋπολογισμού και όχι ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού.
- ⊕ Έπειτα, **το επίπεδο και την έκταση της κάλυψης του κινδύνου ασθενείας**. Οι ιδιωτικές ασφάλειες αναπόφευκτα μπαίνουν στο προσκήνιο και κατακτούν την αγορά της κάλυψης του κινδύνου ασθενείας. Συνδέουν το ύψος των ασφαλιστρών με τον κίνδυνο, που εκδηλώνει ο ασφαλιζόμενος και δίνουν παροχές ανάλογες με το ύψος της συνδρομής. Έτσι, αυξάνονται οι κοινωνικοί αποκλεισμοί. Οι χαμηλότερες εισοδηματικές κατηγορίες τείνουν να επιλέγουν φτηνότερες ασφάλειες, πράγμα που σημαίνει λιγότερη προστασία.
- ⊕ Ακόμη, αναθεωρείται **ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος**. Ο τρόπος αυτός αλλάζει για τα κοινωνικά συστήματα και υιοθετείται, παντού, το συγκεντρωτικό σύστημα χρηματοδότησης, που χαρακτηρίζει τα εθνικά συστήματα υγείας. Η κεντρική ιδέα είναι η δημιουργία μιας υποδομής, που μετατρέπει το φορέα χρηματοδότησης σε αγοραστή περίθαλψης. Με την ιδιότητά του αυτή, προκηρύσσει μειοδοτικούς διαγωνισμούς, για την επιλογή των ειδικών υπηρεσιών περίθαλψης, που έχουν ανάγκη οι ασθενείς – καταναλωτές. Τα νοσοκομεία παρακινούνται, έτσι, σε έναν ανταγωνισμό μεταξύ τους, για να προσελκύσουν την χρηματοδότηση, ώστε να μπορέσουν να λειτουργήσουν. Ο ανταγωνισμός γίνεται μέσω της τιμής, οπότε κάθε νοσοκομείο οφείλει να επιδίδεται σε ακριβή εκτίμηση της δραστηριότητάς του, ώστε να μπορεί να

---

<sup>90</sup> Αντωνοπούλου, Λ. (2014), «Οικονομικά Της Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και πολιτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας», Εκδόσεις: Gutenberg, Θεσσαλονίκη, σελ. 81.

<sup>91</sup> Αντωνοπούλου, Λ. (2014), «Οικονομικά Της Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και πολιτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας», Εκδόσεις: Gutenberg, Θεσσαλονίκη, σελ. 103 – 117.

διαμορφώνει ανταγωνιστικές τιμές των προσφερομένων υπηρεσιών. Η πρακτική της χρηματοδότησης κατά Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες, αρχικά δοκιμάστηκε στις ΗΠΑ, το 1983 και υιοθετείται, πλέον, στα ευρωπαϊκά συστήματα, ως μέθοδος χρηματοδότησης του νοσοκομείου.

Επιπλέον, η Ευρωπαϊκή Ένωση, από τη μεριά της, με πολιτικές και όχι καταναγκαστικές παρεμβάσεις των οργάνων της, φαίνεται να ενθαρρύνει με σαφήνεια τις αποφάσεις των κυβερνήσεων για μεταρρυθμίσεις των εθνικών συστημάτων υγείας, με κύριο αντικείμενο τον περιορισμό των δημοσίων δαπανών για την λειτουργία τους. Οι περιοριστικές πολιτικές που ακολουθούνται σε αυτό τον τομέα είναι, εξάλλου, μια από τις ψηφίδες του μωσαϊκού μιας συνολικά περιοριστικής δημοσιονομικής πολιτικής, που ασκείται σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Η εν λόγω πολιτική, εξυπηρετεί τη συμπίεση των ελλειμμάτων και του δημόσιου χρέους, σύμφωνα με τις επιταγές και τα κριτήρια που τέθηκαν με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ, του 1992. Η εκπλήρωση των κριτηρίων αυτών, επιτρέπει σε κάθε κράτος που το επιθυμεί, να παραμένει μέλος της οικονομικής και νομισματικής ένωσης και ακόμη, να συναλλάσσεται, έτσι, με άνισους ως επί το πλείστον όρους, με την παγκόσμια αγορά κεφαλαίων, για την χρηματοδότησή του.<sup>92</sup>

## 2.8 Η Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση Στον Τομέα Υγείας

Αποδεδειγμένα το μεγαλύτερο μέρος του ρυθμιστικού έργου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σχετίζεται με:

- ☞ **Κανονισμούς.**
- ☞ **Οδηγίες.**
- ☞ **Αποφάσεις.**

Ενώ, παράλληλα, χρησιμοποιεί και μη δεσμευτικές μορφές ρύθμισης όπως είναι:

- **Οι συστάσεις.**
- **Τα ψηφίσματα.**
- **Οι διακηρύξεις.**

Με βασικό της στόχος, τη διάδοση των καλούμενων «βέλτιστων πρακτικών».

Σημαντικό βήμα, αναφορικά με την δραστηριοποίηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σε θέματα προστασίας της υγείας και της ασφάλειας, πραγματοποιήθηκε με την ψήφιση, το 1987, της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Πράξης. Επίσης, θεμελιακό ευρωπαϊκό νομοθετικό κείμενο αποτελεί

---

<sup>92</sup> Αντωνοπούλου, Λ. (2014), «Οικονομικά Της Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και πολιτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας», Εκδόσεις: Gutenberg, Θεσσαλονίκη, σελ. 83.

αναμφίβολα η οδηγία – πλαίσιο 89/391/ΕΟΚ, που ενσωματώθηκε στην ελληνική νομοθεσία με το Π.Δ. 17/1996.

Γενικά, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, στον τομέα της υγείας παρατηρείται η άσκηση μιας μορφής πιέσεων στις εθνικές δημόσιες διοικήσεις, λόγω της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης, χωρίς, όμως, αυτό να οδηγεί σε σύγκλιση. Οι όποιες μεταρρυθμίσεις ακολουθήθηκαν και ακολουθούνται, έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά για κάθε χώρα, βάσει του ιστορικού υποβάθρου της. Η Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση στον τομέα της υγείας δεν δημιούργησε, συνεπώς, ένα καθολικά αποδεκτό ευρωπαϊκό μοντέλο, όρισε, όμως, κατευθύνσεις.<sup>93</sup>

## 2.9 Η Διαδικασία Εξευρωπαϊσμού Της Ελλάδας

Σε ότι αφορά τον τομέα υγείας στην Ελλάδα, ο εξευρωπαϊσμός εφαρμόστηκε μέσω διάφορων διαδικασιών. Ουσιαστικά, συνεπώς, ο εξευρωπαϊσμός σχετίζεται με τις διαδικασίες και τα εργαλεία και όχι, με τα αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, συναντάται στην σύσταση πέντε εργαλείων πολιτικής, τα οποία συνοψίζονται στα ακόλουθα:<sup>94</sup>

### *⊗ Στην διαβούλευση ανάμεσα στους κοινωνικούς εταίρους.*

Κατά το δεύτερο μισό της δεκαετίας του 1990, πραγματοποιήθηκαν κρίσιμες διαπραγματεύσεις ανάμεσα στην κυβέρνηση και τους αντιπροσώπους των εργοδοτών και των εργαζομένων. Ενώ, το 1997, συστάθηκαν επιτροπές διαλόγου, που είχαν ως αντικείμενο τα θέματα της απασχόλησης και των συντάξεων, οι οποίες, δυστυχώς, δεν απέδωσαν, καθώς και οι δύο πλευρές εκπροσώπων ήταν ανυποχώρητες στα αιτήματά τους. Ωστόσο, θα μπορούσαν να επισημανθούν δύο ιδιαίτερα σημαντικές αλλαγές, οι οποίες είναι οι εξής:

**✖ Ο τρόπος διεξαγωγής του διαλόγου χαρακτηρίστηκε περισσότερο επιστημονικός και τεκμηριωμένος,** βάσει της διεξαγωγής μελετών του Ινστιτούτου Εργασίας, αλλά και άλλων φορέων.

**✖ Η παραδοσιακή διαδικασία του διαλόγου μεταβλήθηκε,** μέσω της έναρξης της διαδικασίας διεξαγωγής των τριμερών διαβουλεύσεων.

### *⊗ Στην δημιουργία επιτροπών εμπειρογνώμων.*

<sup>93</sup> Dimitrakopoulos, D. G. & Passas, A. G. (2003), "International organizations and domestic administrative reform", in: Peters B.G. and Pierre J., (eds), Handbook of public administration, pp. 440 – 450, London: Sage

<sup>94</sup> Sotiropoulos, D. (2004), "The EU' s impact on the Greek welfare state: Europeanization on paper?", Journal European Social Policy, Vol 14 (3), pp 272.

Την χρονική περίοδο 1997 – 2000, υλοποιήθηκε η δημιουργία πληθώρας επιτροπών, τα αποτελέσματα των οποίων, οδήγησαν στην έναρξη του κοινωνικού διαλόγου. Επιπλέον, αυτές οι επιτροπές αποτέλεσαν καθρέφτη της επίδρασης του εξευρωπαϊσμού και της διαδικασίας του Λουξεμβούργου, στόχος της οποίας ήταν η παράλληλη πορεία της οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής.

⌘ *Στην διαμόρφωση νέων θεσμικών οργάνων.*

Η ίδρυση αυτή των νέων θεσμικών οργάνων, αντανακλά την επίδραση του εξευρωπαϊσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην εγχώρια πολιτική. Ορισμένα παραδείγματα, που αποτυπώνουν με τον καλύτερο τρόπο αυτή την αλλαγή, αποτελούν οι ακόλουθοι οργανισμοί:

- **Ο Οργανισμός Εκπαίδευσης & Κατάρτισης (ΟΕΕΚ, 1992).**
- **Ο Οργανισμός Οικονομικής & Κοινωνικής Επιτροπής (ΟΚΕ, 1994).**
- **Ο Εθνικός Οργανισμός Κοινωνικής Φροντίδας (ΕΟΚΦ, 1998).**

⌘ *Στη σύσταση Εθνικών Σχεδίων Δράσης.*

Δημιουργήθηκαν Εθνικά Σχέδια Δράσης, που αφορούσαν την κοινωνική ενσωμάτωση, αλλά και Σχέδια Εθνικής Στρατηγικής για τις συντάξεις και την υγεία, τα οποία επέφεραν μεταβολή στον έλεγχο της ελληνικής κοινωνικής πολιτικής και στόχευαν:

- **Στην εγγύηση της δυνατότητας πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες.**
- **Στην προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών υψηλής ποιότητας.**
- **Στην οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.**

⌘ *Στην ίδρυση διαχειριστικών αρχών.*

Κατά το έτος 2001, θεσμοθετήθηκαν συστήματα διαχείρισης και ελέγχου των επιχειρησιακών προγραμμάτων των Κοινοτικών Πλαισίων Στήριξης. Ειδικότερα, βάσει του επιχειρησιακού προγράμματος «Υγεία – Πρόνοια» των ετών 2000 – 2006, με στόχο την επιτυχή εποπτεία των συγχρηματοδοτούμενων παρεμβάσεων από εθνικούς και κοινοτικούς πόρους, συστάθηκαν και τέθηκαν σε λειτουργία τα εξής δύο όργανα:

- **Η Διαχειριστική Αρχή του Επιχειρησιακού Προγράμματος (Ε.Π.).**
- **Η Επιτροπή Παρακολούθησης του Επιχειρησιακού Προγράμματος (Ε.Π.).**

Έτσι ώστε, να:

- ◆ **Προγραμματίζουν.**
- ◆ **Αξιολογούν.**
- ◆ **Ελέγχουν.**
- ◆ **Οργανώνουν.**

◆ *Υποστηρίζουν*, το πρόγραμμα.

Συνεπώς, παρόλο που τα ανωτέρω, επέφεραν ελάχιστες μεταβολές στα αποτελέσματα των πολιτικών, ωστόσο, βάσει της προσέγγισης του εξευρωπαϊσμού επιτεύχθηκαν τα εξής:<sup>95</sup>

☞ *Η συνεργασία της ελληνικής κυβέρνησεων με τους κοινωνικούς εταίρους*, στα πλαίσια του κοινωνικού διαλόγου, έτσι ώστε να οργανώσουν και να εξορθολογίσουν τις κοινωνικές πολιτικές.

☞ *Η υιοθέτηση εργαλείων και θεσμικών οργάνων*, έργο των οποίων αποτέλεσε η παρακολούθηση τομέων της κοινωνικής πολιτικής.

## 3<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### 3.1 Η Ιστορική Εξέλιξη Του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Η ανάπτυξη των περισσότερων ευρωπαϊκών συστημάτων πραγματοποιήθηκε μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Ωστόσο, η οικονομική δυσχέρεια και η απροθυμία του ελληνικού κράτους το οδήγησαν, την χρονική αυτή περίοδο, να μην μπορεί να συμβαδίσει με την επεκτατική πολιτική, που ακολουθήθηκε στον τομέα της υγείας.

Επιπλέον, τονίζεται ότι το 1981, με την επικράτηση των σοσιαλιστών στην εξουσία, πραγματοποιείται η *«πρώτη προσπάθεια εφαρμογής ενός καλά δομημένου συστήματος υγείας, που θα βασίζεται στις αρχές της ισότητας και στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού, εξασφαλίζοντας παράλληλα υψηλής ποιότητας φροντίδα.»*<sup>96</sup>

Πιο συγκεκριμένα, η εξέλιξη του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε τέσσερις μεγάλες περιόδους, οι οποίες είναι οι ακόλουθες:<sup>97</sup>

#### ✦ *1<sup>η</sup> Περίοδος: 1833 – 1922*

Χαρακτηριστικό γνώρισμα αυτής της περιόδου είναι η έλλειψη οικονομικών πόρων, ενώ στο τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης έχει επικρατήσει η ιδέα της φιλανθρωπίας. Επιπλέον, η βελτίωση και ανάπτυξη των ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών δεν βρίσκεται στις άμεσες προτεραιότητες του κράτους. Ο νόμος 346 του 1914, μάλιστα,

<sup>95</sup> Sotiropoulos, D. (2004), "The EU's impact on the Greek welfare state: Europeanization on paper?", Journal European Social Policy, Vol 14 (3), pp 282

<sup>96</sup> Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ. (2001), «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 183

<sup>97</sup> Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ. (2001), «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 184 - 192

συνέβαλλε καθοριστικά στην δημιουργία και οργάνωση του υγειονομικού τομέα, καθώς όριζε μια κεντρική υγειονομική υπηρεσία, με έδρα της το Υπουργείο Εσωτερικών, ωστόσο, καμία πρόβλεψη του νόμου αυτού δεν εφαρμόστηκε.

### ✦ *2<sup>η</sup> Περίοδος: 1922 – 1945*

Χαρακτηριστικά γνωρίσματα αυτής της περιόδου αποτελούν:

✦ *Η οικονομική ύφεση.*

✦ *Τα μεγάλα ποσοστά ανεργίας.*

✦ *Ο υψηλός πληθωρισμός.*

Συγκεκριμένα, το 1922, ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντίληψης, έργο του οποίου αποτελούσε η εποπτεία και διαχείριση του συνόλου των θεμάτων υγείας. Την ίδια περίοδο, θεσπίζονται υποχρεωτικοί κανόνες για την δημιουργία ταμείων ασφάλισης μισθωτών, ενώ τίθεται σε ισχύ και η αρχή της ίσης εισφοράς εργοδότη και εργαζομένου. Στη συνέχεια, το 1923, η Ελλάδα χωρίζεται σε πέντε υγειονομικές περιφέρειες.

Επιπλέον, η πρώτη απόπειρα για την δημιουργία μιας ασφαλιστικής πολιτικής υγείας, έλαβε χώρα στις αρχές της δεκαετίας του '30 και ειδικότερα, υπό την δικτατορία του Μεταξά, ιδρύθηκε το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ). Κατόπιν, το 1934 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 111 νοσοκομεία με 13 χιλιάδες κλίνες, ενώ πέντε χρόνια αργότερα οι κλίνες ανήλθαν στις 16 χιλιάδες και ο αριθμός των νοσοκομείων στα 117.

### ✦ *3<sup>η</sup> Περίοδος: 1945 – 1974*

Την περίοδο αυτή, η γερμανική κατοχή και ο εμφύλιος πόλεμος επέφεραν φτώχεια, πόνο και θάνατο, αλλά και ανυπολόγιστες υλικές καταστροφές στις υποδομές και στον νοσοκομειακό εξοπλισμό. Η υγειονομική περίθαλψη που παρέχονταν, ήταν αναποτελεσματική, ενώ τα νοσοκομεία απαρτίζονταν από 25 χιλιάδες κλίνες, με πολλά υγειονομικά κέντρα, μάλιστα να έχουν υποστεί καταστροφές ή να μην διαθέτουν επαρκή αριθμό ιατρών.

Το 1948, το πρόγραμμα οικονομικής ανόρθωσης της χώρας δεν όριζε σημαντικές επενδύσεις στον τομέα της υγείας, ενώ λίγα χρόνια αργότερα, το 1953, η κυβέρνηση Παπάγου ψηφίζει «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», χωρίς, ωστόσο, να ολοκληρωθεί η ευκαιρία για την αναδιοργάνωση του τομέα υγείας. Τέλος, τα επόμενα χρόνια οικοδομήθηκε μεγάλος αριθμός ιατρείων και υγειονομικών σταθμών, με στόχο να καλυφθούν οι ανάγκες περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού, με σταθμό το έτος 1961, όπου ιδρύθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ).

#### ✦ 4<sup>η</sup> Περίοδος: 1974 – Σήμερα

Το 1974, αποτελεί το έτος όπου η Ελλάδα απαλλάσσεται από την δικτατορία, με συνέπεια οι συνθήκες να είναι πλέον κατάλληλες, ώστε να εγκαθιδρυθεί ένα σύστημα υγείας, παρόμοιο με αυτό των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Κατόπιν, το 1976, το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕ.Π.Ε.), μέσω της διεξαγωγής μελέτης για τον υγειονομικό τομέα, προχώρησε σε μια ολοκληρωμένη πρόταση μεταρρύθμισης.

Στη συνέχεια, το 1980, υπό την κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας, πραγματοποιήθηκε μία ακόμη αξιόλογη προσπάθεια δημιουργίας ενός σύγχρονου συστήματος υγείας, βάσει ενός νομοσχεδίου που κατατέθηκε στη Βουλή με τίτλο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας». Κύριοι άξονες αυτού του νομοσχεδίου ήταν οι ακόλουθοι:

- ◆ **Η αποκέντρωση.**
- ◆ **Ο κοινωνικός έλεγχος.**
- ◆ **Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, με:**

- ✧ Τον οικογενειακό γιατρό.
- ✧ Την ένταξη του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού.
- ✧ Την ορθή οργάνωση των νοσοκομείων.
- ✧ Τον προγραμματισμό της ανάπτυξης.
- ✧ Την κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού.

Ωστόσο, εξαιτίας της πίεσης και των αντιδράσεων των ιατρών και των πολιτικών κομμάτων, η πρόταση αυτή δεν εξελίχθηκε ποτέ σε νόμο.

Τέλος, μόλις τρία χρόνια αργότερα, το 1983, πραγματοποιείται η σημαντικότερη αλλαγή στην ιστορία του ελληνικού υγειονομικού τομέα, που δεν είναι άλλη από τη σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), καθώς αποτέλεσε το θεμέλιο λίθο της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Στα πλαίσια αυτού του συστήματος, έχουν πραγματοποιηθεί, κατά καιρούς, πολλές προσπάθειες μεταρρυθμίσεων, οι οποίες θα αναφερθούν αναλυτικά στη συνέχεια. Παρόλες αυτές τις ενέργειες, όμως, θα διαπιστωθεί ότι πολλά προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με:

- ✦ **Την δομή.**
- ✦ **Την οργάνωση.**
- ✦ **Την λειτουργία.**
- ✦ **Την χρηματοδότηση.**
- ✦ **Την περιφερειακή κατανομή των πόρων.**
- ✦ **Τις ανισότητες.**



**✚ Την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας.**

δεν έχουν βρει ακόμη και σήμερα λύση.

### **3.2 Η Θεσμοθέτηση Του Εθνικού Συστήματος Υγείας & Οι Αδυναμίες Του**

Βάσει του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.), το ελληνικό σύστημα υγείας συστάθηκε από στοιχεία των:<sup>98</sup>

- **Ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων υγείας.**
- **Συμβολαιακών ασφαλιστικών συστημάτων.**
- **Ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης.**

εφαρμόζοντας αρχές από διαφορετικά οργανωτικά πρότυπα.

Στο πλαίσιο αυτό, το 1983 ψηφίστηκε ο σπουδαιότερος νόμος για την οργανωτική εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, ο οποίος σηματοδότησε τη σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.).

Κύριο μέλημα, συνεπώς, αποτελούσε η διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας, το οποίο να είναι ικανό να ανταπεξέρχεται στις ανάγκες των πολιτών, μέσω των σύγχρονων αντιλήψεων για την υγεία και την ασθένεια, με την ταυτόχρονη υιοθέτηση και εφαρμογή της εμπειρίας των δυτικοευρωπαϊκών χωρών, στον τομέα αυτό. Επιπλέον, κύριες αρχές της νέας αυτής πολιτικής υγείας, ήταν οι εξής:<sup>99</sup>

- ✚ **Η καθολική κάλυψη.**
- ✚ **Η δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση για το σύνολο των πολιτών.**

Έτσι, αντιλαμβάνεται κανείς ότι ο νόμος 1397/83, αποτέλεσε την σπουδαιότερη προσπάθεια μεταρρύθμισης του υγειονομικού τομέα της Ελλάδας, από την στιγμή της ίδρυσής της, αφού επέφερε σημαντικές αλλαγές, όπως είναι οι ακόλουθες:

- ⊗ **Στις μέχρι τότε εσωτερικές ισορροπίες του υγειονομικού τομέα.**
- ⊗ **Στην κατανομή των πόρων και της εξουσίας.**
- ⊗ **Στη σχέση του δημόσιου τομέα με τον ιδιωτικό.**
- ⊗ **Στη σχέση της πρωτοβάθμιας με τη νοσοκομειακή φροντίδα.**
- ⊗ **Στις εργασιακές σχέσεις των γιατρών.**





---

<sup>98</sup> Οικονόμου, Χ. (2012), «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα, ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ






<sup>99</sup> Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ. (1997), «Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα



Μάλιστα, στην εισηγητική έκθεση του νόμου 1397/83, υπογραμμίζονται τα ακόλουθα:<sup>100</sup>

-  **Η παροχή φροντίδας υγείας έγκειται στην αποκλειστική αρμοδιότητα του κράτους.**
-  **Η υγεία πρέπει να αναγνωρίζεται ως κοινωνικό αγαθό.**
-  **Η περίθαλψη πρέπει να χαρακτηρίζεται από υψηλού επιπέδου υπηρεσίες, οι οποίες να παρέχονται σε κάθε πολίτη, χωρίς να λαμβάνεται υπόψιν η κοινωνική και οικονομική του θέση.**
-  **Το κράτος θα πρέπει να συμμετέχει ενεργά στο σχεδιασμό και προγραμματισμό της πολιτικής υγείας.**

Ενώ, για να μπορέσουν εφαρμοστούν με επιτυχία οι παραπάνω αρχές, πρέπει να ακολουθηθούν ορισμένες κατευθυντήριες γραμμές, οι οποίες μπορούν να συνοψιστούν στις εξής:<sup>101</sup>

-  **Στην κρατική ευθύνη** για την προσφορά υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών από τον δημόσιο τομέα, με σχεδόν πλήρη παραγκωνισμό του ιδιωτικού.
-  **Στην αποκέντρωση** των υπηρεσιών υγείας, με τον διαχωρισμό της Ελλάδας σε υγειονομικές περιφέρειες.
-  **Στη συμμετοχή** της κοινότητας, των κοινωνικών – επαγγελματικών φορέων και των πολιτών, στην διαδικασία λήψης αποφάσεων, μέσω της δημιουργίας περιφερειακών συμβουλίων υγείας.
-  **Στην πλήρης απασχόληση** των ιατρών, έτσι ώστε να διαχωριστεί ο δημόσιος από τον ιδιωτικό τομέα. Ως δέλεαρ για τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ., παρουσιάστηκε το μεγαλύτερο κύρος και εξουσία, που θα αποκτούσαν, όπως και η ταυτόχρονη άνοδος των αποδοχών τους.
-  **Στη μεγαλύτερη έμφαση** της πρόληψης και της προάσπισης της υγείας. Επηρεασμένοι από την διακήρυξη της Άλμα Άτα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), προσπάθησαν να βελτιώσουν τις συνθήκες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μέσω της κατασκευής τετρακοσίων κέντρων υγείας στις αστικές και αγροτικές περιοχές της Ελλάδας, αλλά και της ταυτόχρονης εξασθένισης της λειτουργίας των ασφαλιστικών ταμείων.

---

<sup>100</sup> Γεωργακόπουλος, Ν. (2014), «Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ στο ΕΣΥ: Μεταρρύθμιση ή Απορρύθμιση», Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών. Διοίκηση της Υγείας. Πανεπιστήμιο Πειραιά. Αναρτήθηκε από: <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/6538/DY1105.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

[Προσπελάστηκε στις 10/11/2017, ώρα 10:04]

<sup>101</sup> Εισηγητική Έκθεση του Νόμου 1397/1983, σελ. 1

Η πολιτική υγείας, που επέφερε ο νόμος 1397/83, φανερώνει μια σειρά πρωτοφανών στοιχείων, που καταβλήθηκε προσπάθεια να εφαρμοστούν στον ελληνικό υγειονομικό ορίζοντα.<sup>102</sup> Παρόλα αυτά, δεν έλειπαν οι ελλείψεις και τα προβλήματα, μερικά ενδεικτικά από τα οποία είναι τα ακόλουθα:<sup>103</sup>

- ❖ *Ο μονοπωλιακός ρόλος του κράτους* σε όλους τους τομείς του συστήματος υγείας και ο *παραγκωνισμός του ιδιωτικού τομέα*.
- ❖ Ο *έντονα ιατροκεντρικός χαρακτήρας* και η *ατολμία στη χρηματοδότηση και τον έλεγχο του κόστους*.

Παρόλο που η πολιτική αυτή επέφερε κάτι νέο, το οποίο θα οδηγούσε σε σημαντικές αλλαγές στον τομέα της υγείας, όμως η μεταρρύθμιση αυτή ποτέ δεν ολοκληρώθηκε. Συγκεκριμένα:<sup>104</sup>

- *Τα κέντρα υγείας στις αστικές περιοχές δεν οικοδομήθηκαν.*
- *Η αποκέντρωση δεν απέδωσε.*
- *Τα ΠΕ.Σ.Υ. δεν οργανώθηκαν ποτέ.*

Συνεπώς, τα σημαντικότερα προβλήματα δεν έβρισκαν λύση, ενώ με το πέρασμα του χρόνου, το σύστημα υγείας υστερούσε σε αξιοπιστία και σε υψηλά επίπεδα ανταποκρισιμότητας, κάτι το οποίο δυσαρεστούσε τους πολίτες. Έτσι, εκδηλώθηκε μία κρίση, που οφειλόταν:

- *Στην παραοικονομία.*
- *Στις άτυπες πληρωμές.*
- *Στην άνοδο των ιδιωτικών πληρωμών.*
- *Στην έλλειψη πόρων.*
- *Στις αντιδράσεις των ασφαλιστικών ταμείων.*
- *Στις αδυναμίες της δημόσιας διοίκησης.*
- *Στην έλλειψη σοβαρών μηχανισμών παρακολούθησης.*

και λόγω της οποίας, υποβαθμίστηκαν οι θεμελιώδεις αρχές της, από τις οποίες διαπνεόταν ο νόμος 1397, αυτές της:<sup>105</sup>

- *Ισότητας.*
- *Καθολικότητας.*
- *Αποτελεσματικότητας.*

---

<sup>102</sup> Liaropoulos, L. (1998), "Ethnics and management of health care in Greece", London

<sup>103</sup> Tsalikis, G. (1988), "Evaluation of the socialist health policy in Greece", International Journal of health Services

<sup>104</sup> Νιάκας, Δ. (1993), «Υγεία και περιφερειακή ανάπτυξη. Η περιφερειακή πολιτική υγείας στην Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα

<sup>105</sup> Οικονόμου, Χ., Κυριόπουλος, Γ. & Καραλής, Γ. (2000), «Περιφερειακή κατανομή των πόρων στο νοσοκομειακό τομέα στην Ελλάδα: Διαχρονική προσέγγιση», Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμος 62, τεύχος 3

Παρόλες αυτές τις αδυναμίες και τα προβλήματα, είναι αναμφισβήτητο ότι η περίοδος '82 – '86 αποτέλεσε έναν από τους βασικούς σταθμούς στην υγειονομική ανάπτυξη της Ελλάδας, όχι μόνο επειδή επέφερε:

- ✦ *Υποδομές.*
- ✦ *Εξελιγμένο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό.*
- ✦ *Πληρότητα στελέχωσης.*

αλλά καθώς εγκαθίδρυσε μία νέα προσέγγιση στην πολιτική υγείας. Συγκεκριμένα, για πρώτη φορά, η Ελλάδα προχώρησε στη ψήφιση ενός μεταρρυθμιστικού νόμου για την υγεία.

### **3.3 Τα Βασικά Χαρακτηριστικά Του Εθνικού Συστήματος Υγείας – Πλεονεκτήματα & Μειονεκτήματα**

Το εθνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μικτό. Συγκεκριμένα, από την πλευρά της προσφοράς, το σύστημα οργανώνεται κατά το πρότυπο Beveridge, καθώς τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. είναι αυτά που παρέχουν την νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ η εξωνοσοκομειακή φροντίδα προσφέρεται μέσω ενός δικτύου κέντρων υγείας στην περιφέρεια. Από την πλευρά της ζήτησης, ωστόσο, το σύστημα δραστηριοποιείται με βάση το πρότυπο Bismarck, μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης.<sup>106</sup>

Μερικά ακόμη κύρια χαρακτηριστικά του, μπορούν να συνοψιστούν στα ακόλουθα:<sup>107</sup>

- ✦ *Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι αρμόδιο για την επιτυχή ανάπτυξη των πολιτικών υγείας, κατά μήκος όλης της Ελλάδας.*
- ✦ *Οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρει το Ε.Σ.Υ, υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΔΥΠε).*
- ✦ *Η παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας, πραγματοποιείται μέσω των:*
  - *Ασφαλιστικών φορέων.*
  - *Εξωτερικών νοσοκομειακών ιατρείων.*
  - *Ιδιωτών ιατρών.*
  - *Κέντρων υγείας.*
- ✦ *Η παροχή της δευτεροβάθμιας φροντίδας διεξάγεται από τα νοσοκομεία.*

---

<sup>106</sup> Σίσκου, Ο. κ.ά., (2008), «Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, το ελληνικό παράδοξο», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(5), σελ. 663 – 672 Αναρτήθηκε από: <http://www.mednet.gr/archives/2008-5/pdf/663.pdf>  
[Προσπελάστηκε στις 10/11/2017, ώρα 9:54]

<sup>107</sup> Καλογεροπούλου, Μ. & Μουρδουκούτας, Π. (2007), «Υπηρεσίες Υγείας», Τόμος Α, Εκδόσεις: Κλειδάριθμος, Αθήνα, σελ. 111

✘ *Οι αμοιβές των νοσοκομειακών ιατρών πραγματοποιούνται μέσω σταθερών μισθών, ενώ των ιδιωτών ποικίλουν, ανάλογα με την υπηρεσία που προσφέρουν.*

✘ *Η αποζημίωση των νοσοκομείων λαμβάνει χώρα μέσω:*

- *Της φορολογίας.*
- *Των πληρωμών της κοινωνικής ασφάλισης από τους ιδιώτες.*

Επιπλέον, το εθνικό σύστημα υγείας, όπως είναι φυσικό, παρουσιάζει τόσο πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα. Αναλυτικότερα, ορισμένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα που προσφέρει, μπορούν να συνοψιστούν στα εξής:<sup>108</sup>

- ◆ *Ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας.*
- ◆ *Ολοκληρωμένη κάλυψη όλου του πληθυσμού.*
- ◆ *Έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας.*
- ◆ *Ελάχιστη συνεισφορά των πολιτών στο κόστος.*
- ◆ *Δημιουργία προγραμμάτων αγωγής υγείας.*

Ενώ, τέλος, ορισμένα από τα μειονεκτήματά του, είναι τα ακόλουθα:

- ☀ *Υψηλές δαπάνες υγείας.*
- ☀ *Ανεπαρκής ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.*
- ☀ *Ελάχιστη ελευθερία στην επιλογή του κατάλληλου ιατρού, από την πλευρά των ασθενών.*
- ☀ *Άτυπες πληρωμές.*
- ☀ *Προβλήματα ηθικής άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.*
- ☀ *Πολυάριθμες λίστες αναμονής των ασθενών.*
- ☀ *Πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας.*

### **3.4 Οι Μεταρρυθμίσεις Κατά Την Δεκαετία του 1990**

Τα προβλήματα του Ε.Σ.Υ. κατά την δεκαετία του '90, όλο και διογκώνονταν, ενώ ταυτόχρονα επικρατούσε:<sup>109</sup>

- 🖼 *Υπέρμετρη αύξηση των διαγνωστικών κέντρων και εργαστηρίων.*
- 🖼 *Παντελής έλλειψη αποτελεσματικής διοίκησης.*
- 🖼 *Ανικανότητα παροχής υπηρεσιών υγείας από το κράτος.*

<sup>108</sup> Λιαρόπουλος, Λ. Α. (2007), «Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας», Α Τόμος, Εκδόσεις: Βήτα, Αθήνα

<sup>109</sup> Μπέσης, Ν. (1993), «Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας», ΙΟΒΕ, Αθήνα

Επιπλέον, εκείνη την περίοδο, ο έντονος κρατισμός και η μονολιθικότητα, τα οποία αποτελούσαν απόρροια του νόμου 1397/83, άρχισαν να εξασθενούν, ενώ συγχρόνως στις κοινωνικές και πολιτικές συζητήσεις επικρατούν θέματα, που σχετίζονται με:

- *Την αύξηση της ελευθερίας επιλογής, από την πλευρά του ασθενή.*
- *Την συνεργασία του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα, με στόχο να παρέχουν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας.*
- *Την αποτελεσματική διοίκηση.*
- *Τον έλεγχο των δαπανών υγείας και τον εσωτερικό ανταγωνισμό.*
- *Τα δικαιώματα των ασθενών.*
- *Την ποιότητα.*

Τέλος, εύκολα διαπιστώνει κανείς ότι τρεις είναι οι σημαντικότερες προσπάθειες μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, κατά την περίοδο αυτή και αυτές είναι οι ακόλουθες:<sup>110</sup>

- ⊗ *Η ψήφιση του νόμου 2071/92 (Νόμος Σούρλα), υπό την κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας.*
- ⊗ *Οι προτάσεις των ξένων εμπειρογνώμων (1994) και το «Νομοσχέδιο Κρεμαστινού», το οποίο συστάθηκε στηριζόμενο σε αυτές τις προτάσεις (1995).*
- ⊗ *Η ψήφιση του νόμου 2519/97 (Νόμος Γείτονα).*

### **3.4.1 Η Φιλελευθεροποίηση Του Ε.Σ.Υ.**

Το 1992, η κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας, θεσπίζοντας το νόμο 2071/92, επιχειρεί να αλλάξει ορισμένες από τις κύριες προβλέψεις του νόμου 1397/83. Πιο συγκεκριμένα, πραγματοποιείται προσπάθεια φιλελευθεροποίησης του Ε.Σ.Υ., με προσανατολισμό πλέον:<sup>111</sup>

- ⊗ *Στην ιδιωτική παροχή υπηρεσιών υγείας από ότι στην δημόσια.*
- ⊗ *Στην μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής των ασθενών.*
- ⊗ *Στις ευέλικτες εργασιακές σχέσεις για τους ιατρούς.*
- ⊗ *Στον ερματισμό των απαγορεύσεων λειτουργίας των νέων ιδιωτικών κλινικών.*

<sup>110</sup> Οικονόμου, Χ. (2004), «Πολιτικές Υγείας στη Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα

<sup>111</sup> Γεωργακόπουλος, Ν. (2014), «Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ στο ΕΣΥ: Μεταρρύθμιση ή Απορρύθμιση», Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών. Διοίκηση της Υγείας. Πανεπιστήμιο Πειραιά. Αναρτήθηκε από: <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/6538/DY1105.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Προσπελάστηκε στις 10/11/2017, ώρα 10:04]

Μάλιστα, από το πρώτο του άρθρο κιόλας, ο νόμος αυτός περιστελλει την «ευθύνη του κράτους για παροχή υπηρεσιών υγείας» σε απλή «διασφάλιση προσφυγής». Ειδικότερα, υπογραμμίζεται ότι «το κράτος διασφαλίζει το δικαίωμα και τη δυνατότητα στον πολίτη να προσφεύγει σε υπηρεσίες υγείας, δημόσιες ή ιδιωτικές, με τη μεγαλύτερη δυνατή ελευθερία επιλογής και με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια».<sup>112</sup>

Πιο συγκεκριμένα, ο νέος αυτός νόμος καθιέρωνε τα ακόλουθα:

- ✚ **Την μετατόπιση της ευθύνης χρηματοδότησης των αγροτικών κέντρων υγείας από τα νομαρχιακά νοσοκομεία στις νομαρχίες.**
- ✚ **Το δικαίωμα επιλογής γιατρού, οδοντιάτρου και νοσοκομείου από το σύνολο των πολιτών, χρησιμοποιώντας το ατομικό τους βιβλιάριο υγείας.**
- ✚ **Τον τερματισμό των απαγορεύσεων του νόμου 1397/83 για οικοδόμηση νέων ιδιωτικών κλινικών και θεραπευτηρίων και την ικανότητα διάφορων ιδιωτικών οργανισμών να προσφέρουν προνοσοκομειακή φροντίδα, σε επείγουσες περιπτώσεις.**
- ✚ **Το δικαίωμα των ιατρών, είτε εργάζονται ήδη είτε τώρα ξεκίνησαν την εργασία τους στο Ε.Σ.Υ., στην επιλογή της πλήρους ή της μερικής απασχόλησης.** Μάλιστα, αν κάποιος από αυτούς επιλέξει την μερική απασχόληση, ναι μεν οι απολαβές του μειώνονται, ωστόσο έχει το νόμιμο δικαίωμα να διατηρεί και ιδιωτικό ιατρείο.
- ✚ **Την εφαρμογή νέων εξελιγμένων τεχνικών σχεδιασμού και διοίκησης, αλλά και συστημάτων οικονομικής αξιολόγησης και ελέγχου.**
- ✚ **Το δικαίωμα των ασφαλιστικών ταμείων να προχωρούν στην σύναψη συμβάσεων, τόσο με δημόσιους, όσο και με ιδιωτικούς οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας.**

Όπως μπορεί να διαπιστώσει κανείς, η πολιτική υγείας του νόμου 1397/83 μεταβάλλεται εντυπωσιακά από τις προβλέψεις του νόμου 2071/92, κάτι το οποίο συνάδει και με τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, αναφορικά με:

- ✚ **Την φιλελευθεροποίηση.**
- ✚ **Την ευελιξία.**
- ✚ **Τους μηχανισμούς εσωτερικής αυτορρύθμισης για τα συστήματα υγείας.**

Ωστόσο, αυτές οι προβλέψεις του νόμου 2071/92 δεν μπόρεσαν να πραγματοποιηθούν πλήρως, καθώς οι περισσότερες από αυτές καταργήθηκαν με το νόμο 2194/94, όταν στην εξουσία επανήλθε η κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ.<sup>113</sup>

<sup>112</sup> Νόμος 2071/1992, «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας», Άρθρο 1

<sup>113</sup> Νόμος 2194/1994, «Αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ 34Α

Παρόλα αυτά, εξακολούθησαν να βρίσκονται σε ισχύ μόνο τα άρθρα, που αφορούσαν τα ακόλουθα:

- ✦ *Τις ιδιωτικές κλινικές, τα νοσοκομεία και τα διαγνωστικά κέντρα.*
- ✦ *Το δικαίωμα των ασφαλιστικών ταμείων να προχωρούν στην σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικούς οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας.*
- ✦ *Τις προβλέψεις για ελεύθερη επιλογή των ιατρών.*
- ✦ *Τα δικαιώματα των ασθενών.*

Τέλος, εξαιτίας αυτής της αλληλοαναίρεσης νόμων ανάμεσα στα δύο αυτά κόμματα της Ελλάδας, είναι φανερό ότι η ιδεολογία επηρέαζε σε μεγάλο βαθμό το σχηματισμό της εκάστοτε πολιτικής υγείας.

### **3.4.2 Το «Νομοσχέδιο Κρεμαστινού» - Απόπειρα Δημιουργίας Ενιαίου Φορέα**

Τον Οκτώβριο του 1993, ξεκινάει μια δεύτερη περίοδος αλλαγών στο Ε.Σ.Υ., εξαιτίας της αλλαγής της κυβερνήσεως, που πραγματοποιείται για άλλη μια φορά. Απώτερος στόχος αυτής της προσπάθειας, αποτέλεσε η αντιμετώπιση των διευρυμένων προβλημάτων του Ε.Σ.Υ. της προηγούμενης δεκαετίας, που δεν είχαν βρει λύση έως τότε. Για αυτό τον λόγο, λοιπόν, ξένοι διαπρεπείς επιστήμονες έφτασαν στην Ελλάδα, καθώς τους ζητήθηκε να υποβάλλουν τις μεταρρυθμιστικές τους προτάσεις. Η νέα κυβέρνηση με αυτή την πράξη της, επιθυμούσε:<sup>114</sup>

☞ *Από την μία, να γνωρίσει και να εφαρμόσει και η Ελλάδα την πλούσια ευρωπαϊκή εμπειρία.*

☞ *Από την άλλη, να εμπλουτίσει με μεγαλύτερο κύρος και αξιοπιστία στις προτάσεις.*

με την ελπίδα ότι αυτές θα ήταν ευρέως αποδεκτές και συνεπώς, θα εφαρμόζονταν με μεγαλύτερη ευκολία.

Έτσι, οι ξένοι αυτοί εμπειρογνώμονες κατέληξαν και ανακάλυψαν τα ακόλουθα:<sup>115</sup>

☞ *Τον υπερβολικό θεραπευτικό χαρακτήρα του συστήματος και την ελλιπή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας.*

☞ *Τον κατακερματισμό της χρηματοδότησης και της παροχής, με 39 διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία.*

☞ *Τις ανισότητες στην κατανομή πόρων μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών.*

<sup>114</sup> Γεωργακόπουλος, Ν. (2014), «Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ στο ΕΣΥ: Μεταρρύθμιση ή Απορρύθμιση», Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών. Διοίκηση της Υγείας. Πανεπιστήμιο Πειραιά. Αναρτήθηκε από: <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/6538/DY1105.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

[Προσπελάστηκε στις 10/11/2017, ώρα 10:04]

<sup>115</sup> Abel – Smith, (1994), «Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομώνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας»

- ☞ *Τις μεγάλες ελλείψεις σε εκπαιδευόμενο νοσηλευτικό προσωπικό.*
- ☞ *Τον συγκεντρωτικό χαρακτήρα οργάνωσης και διοίκησης.*
- ☞ *Την έλλειψη κινήτρων για τους εργαζομένους.*
- ☞ *Την ανεπαρκή τήρηση των ιατρικών φακέλων των ασθενών.*
- ☞ *Την έλλειψη πληροφορικού συστήματος, για το πού και πώς χρησιμοποιούνται οι πόροι.*
- ☞ *Την ελλιπή διαμόρφωση και οργάνωση των υπηρεσιών της δημόσιας υγείας.*
- ☞ *Την περιορισμένη εκπαίδευση του προσωπικού.*

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, οι μεταρρυθμιστικές προτάσεις που πρότειναν, εμπεριείχαν τα εξής:<sup>116</sup>

- ☞ *Την σύσταση ενός ανεξάρτητου Ενιαίου Φορέα Υγείας (Ε.Φ.Υ.), ο οποίος θα δραστηριοποιείται υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας.* Έργο του θα αποτελεί η συγκέντρωση όλων των πόρων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και του κρατικού προϋπολογισμού, οι οποίοι στη συνέχεια, θα κατανέμονται στα Περιφερειακά Υγειονομικά Συμβούλια, βάσει των αναγκών του κάθε τοπικού πληθυσμού. Επιπλέον, σε κάθε περιφέρεια θα υπάγεται ένας συνήγορος του πολίτη, ο οποίος θα δέχεται και θα βρίσκει λύσεις στα παράπονα και στις καταγγελίες των ασθενών.<sup>117</sup>
- ☞ *Την θέσπιση ενός συγκεκριμένου σχεδίου υγείας,* στόχος του οποίου θα είναι η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας, μέσα από υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- ☞ *Την καθιέρωση του οικογενειακού γιατρού.*
- ☞ *Την κατά πράξη αμοιβή των γιατρών ειδικοτήτων,* με συγκεκριμένο ύψος προϋπολογισμού. Συγκεκριμένα, όσες περισσότερες υπηρεσίες παρέχονται, τόσο η τιμή ανά υπηρεσία θα ελαττώνεται. Έτσι, θα είναι υποχρεωμένοι όλοι να δέχονται περιορισμένο αριθμό ασθενών εβδομαδιαίως στα νοσοκομεία.<sup>118</sup>
- ☞ *Την άσκηση της διοίκησης των νοσοκομείων αναλαμβάνει ο μάνατζερ,* ο οποίος θα πρέπει να λογοδοτεί στο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου.

<sup>117</sup> Υπουργείο Υγείας Προνοίας και Κοινωνικών ασφαλίσεων, (1995), «Εισήγηση για τη δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας και την Αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας. Έκθεση της επιτροπής για τον Ενιαίο Φορέα Υγείας», Αθήνα

<sup>118</sup> Υπουργείο Υγείας Προνοίας και Κοινωνικών ασφαλίσεων, (1995), «Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας. Έκθεση της επιτροπής για τον Οικογενειακό Γιατρό και την Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας», Αθήνα



§ Την σταδιακή κατάργηση της μονιμότητας των δημόσιων υπαλλήλων.<sup>119</sup>

### 3.4.3 Η Προσπάθεια Μεταρρύθμισης Του 1997

Λίγα χρόνια αργότερα, τον Ιούνιο του 1997, ψηφίζεται ο νόμος 2519/97, ο οποίος στηρίζεται στις αρχές του νόμου 1397/83 και πιο συγκεκριμένα σε αυτές περί:

- ❖ *Ισότητας.*
- ❖ *Καθολικής κάλυψης.*
- ❖ *Αποκέντρωσης.*
- ❖ *Κοινωνικού ελέγχου.*

Πέρα από αυτά, προέβλεπε, επίσης, τη σύσταση οργάνων και νέων θεσμών, έτσι ώστε να επιτυχθούν τα ακόλουθα:

- *Ενιαία πολιτική υγείας.*
- *Αποτελεσματικότερη χρησιμοποίηση των πόρων.*
- *Βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας.*
- *Εξασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενή.*

Επιπλέον, οι κυριότερες προβλέψεις του νόμου αυτού, συνοψίζονται στους εξής:<sup>120</sup>

- *Στην ενίσχυση των δικαιωμάτων του πολίτη, με τη σύσταση οργάνων προστασίας των δικαιωμάτων του.*
- *Στην προσφορά σύγχρονων υπηρεσιών δημόσιας και σχολικής υγείας σε κεντρικό, νομαρχιακό, αλλά και περιφερειακό επίπεδο.*
- *Στη θέσπιση Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας, το οποίο θα εξασφαλίζει την μέγιστη δυνατή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, που παρέχονται.*
- *Στην δημιουργία Συμβουλίου Συντονισμού Ενιαίας Δράσης Υπηρεσιών Υγείας, στο οποίο θα λαμβάνουν μέρος τα ασφαλιστικά ταμεία, αλλά και άλλοι κοινωνικοί φορείς, με στόχο την ανάπτυξη μιας ενιαίας εθνικής υγειονομικής πολιτικής.*
- *Στην διασφάλιση της συνεργασίας μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων στην υγειονομική αγορά, έτσι ώστε να βελτιώσουν τη διαπραγματευτική τους δύναμη.*

<sup>119</sup> Υπουργείο Υγείας Προνοίας και Κοινωνικών ασφαλίσεων, (1995), «Μελέτη για την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού και την Οργάνωση των Μονάδων Υγείας, Αθήνα

<sup>120</sup> Νόμος 2519/1997, «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, Ρυθμίσεις για το Φάρμακο και Άλλες Διατάξεις», ΦΕΚ 165

- *Στην επανεισαγωγή του θεσμού των μάνατζερς, με πενταετή θητεία, στην διοίκηση των νοσοκομείων.*
- *Στην προώθηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις ημιαστικές και αστικές περιοχές, μέσα από την ανάπτυξη Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τη σταδιακή είσοδο του οικογενειακού γιατρού, ως πρώτο βήμα προς το Ενιαίο Ταμείο Υγείας.*

Επομένως, ο νόμος 2519/97, παρόλο που δεν επέφερε δραματικές αλλαγές στο σύστημα υγείας, ωστόσο, κύρια χαρακτηριστικά του, σε αντίθεση με τους προηγούμενους νόμους, ήταν:

 **Ο ρεαλισμός.**

 **Η μεγαλύτερη πρακτική προσέγγιση των προβλημάτων.**

Δυστυχώς, ωστόσο, παρόλα αυτά και αυτή η μεταρρυθμιστική προσπάθεια δεν απέδωσε, αφού ελάχιστες από τις διατάξεις του νόμου υλοποιήθηκαν, ενώ το ζήτημα της ανάπτυξης δικτύων δεν προχώρησε, λόγω της απροθυμίας συνεργασίας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) με το Υπουργείο. Τέλος, παρόλο που τα προβλήματα συνέχιζαν να διογκώνονται, δεν πραγματοποιήθηκε καμία σημαντική μεταρρύθμιση, έως την περίοδο των εκλογών του 2000.

### **3.5 Ο Εκσυγχρονισμός Του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας Την Περίοδο 2000**

Η νέα χιλιετία, ξεκίνησε με την θέσπιση του νόμου 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας», ο οποίος στόχευε στην επίτευξη της αποκέντρωσης της διοίκησης του συστήματος, μέσα από την σύσταση περιφερειακών συστημάτων υγείας. Έτσι, η αποκέντρωση της διοίκησης του ελληνικού συστήματος υγείας, εμπεριείχε τα ακόλουθα:<sup>121</sup>

- ✦ **Τη σύσταση 17 Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), δηλαδή περιφερειακών συστημάτων υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.), τα οποία κατείχαν το αποκλειστικό προνόμιο για την παροχή των υπηρεσιών υγείας.**
- ✦ **Τα νοσοκομεία πλέον δεν χαρακτηρίζονταν ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, αλλά μεταβλήθηκαν σε αποκεντρωμένες μονάδες των περιφερειακών συστημάτων υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.).**
- ✦ **Οι κεντρικές υπηρεσίες των περιφερειακών συστημάτων υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) ήταν αρμόδιες για την διαμόρφωση της πολιτικής υγείας στην περιφέρεια της Ελλάδας.** Έτσι, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας διαμορφώθηκε σε ένα καθαρά επιτελικό

<sup>121</sup> Νόμος 2889/2001, «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας»

όργανο χάραξης πολιτικής, καθώς έργο του ήταν πλέον ο έλεγχος των 17 περιφερειακών συστημάτων υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) και όχι, το πολυάριθμο σύνολο των υγειονομικών μονάδων.

Επιπλέον, οι σημαντικότερες αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν στο χώρο των νοσοκομείων, μπορούν να συνοψιστούν στις εξής:

- ✚ *Στη σύσταση νέων οργάνων διοίκησης, αυτές του διοικητή – μάνατζερ και του συμβουλίου διοίκησης.*
- ✚ *Στην δημιουργία νέας οργανωτικής διάρθρωσης.*
- ✚ *Στην εγκαθίδρυση της λεγόμενης «ολοήμερης λειτουργίας».*
- ✚ *Στην θέσπιση των κλειστών προϋπολογισμών των τμημάτων.*
- ✚ *Στην ενοποίηση των πηγών χρηματοδότησης.*
- ✚ *Στο σχηματισμό του νοσοκομειακού συνταγολογίου.*
- ✚ *Στον έλεγχο των προϋπολογισμών, των στοιχείων του προσωπικού, αλλά και των προμηθειών από τα περιφερειακά συστήματα υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.).*
- ✚ *Στην αυτονομία των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.).*
- ✚ *Στις νέες ρυθμίσεις, αναφορικά με θέματα αξιολόγησης του ιατρικού προσωπικού.*
- ✚ *Στην βελτίωση των υπηρεσιών της δημόσιας υγείας.*
- ✚ *Στην επικύρωση των μονάδων υγείας και στην προαγωγή της ποιότητας υλοποίησής τους.*

Πιο αναλυτικά, η διοίκηση του νοσοκομείου θα αποτελούσε αρμοδιότητα ενός επαγγελματία, ο οποίος θα αναλάμβανε αυτό το έργο κατόπιν προκήρυξης και θα διορίζεται με πενταετή θητεία, υπογράφοντας μάλιστα συμβόλαιο αποδοτικότητας. Το συμβόλαιο αυτό, επιπλέον, διαθέτει ρήτρα αποδοτικότητας, δηλαδή εάν ο διοικητής δεν ολοκλήρωνε με επιτυχία το έργο του, θα έχανε την θέση του. Ακόμη, η πενταετής αυτή θητεία επιλέχθηκε έτσι ώστε, να μην εξαρτάται από την θητεία του εκάστοτε κόμματος. Πέρα από αυτά, προχώρησε σε αλλαγή των εργασιακών σχέσεων μεταξύ των νεοεισαχθέντων ιατρών, οι οποίοι αναλάμβαναν το αξίωμά τους με πενταετή συμβόλαιο.

Παραδόξως, σε γρήγορο χρονικό διάστημα υλοποιήθηκαν αρκετές από τις προβλέψεις του νόμου 2889/2001, με τις σπουδαιότερες να συνοψίζονται σε αυτές:<sup>122</sup>

- ✚ *Της στέγασης, οργάνωσης και λειτουργίας των περιφερειακών συστημάτων υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.).*
- ✚ *Της επιλογής και του διορισμού του μάνατζερ στο σύνολο των νοσοκομείων.*

---

<sup>122</sup> Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2000), «Σχέδιο μεταρρύθμισης: Υγεία για τον πολίτη», Αθήνα

➤ *Της εφαρμογής των επιχειρησιακών σχεδίων.*

➤ *Της λειτουργίας των απογευματινών ιατρείων, στα περισσότερα νοσοκομεία της Ελλάδας.*

Όλα τα παραπάνω, υλοποιήθηκαν χάρη σε ένα μεγάλο μηχανισμό ειδικών επιστημόνων, που συστάθηκε στο Υπουργείο και όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα, απέδωσε πλήρως. Σε αυτό το σημείο, είναι ορθό να τονιστεί επίσης, ότι αυτή αποτέλεσε την δεύτερη φορά, μετά από εκείνη του νόμου 1397/83, που θεσπίζεται μηχανισμός επιτροπών και ομάδων διοίκησης έργων, με στόχο να πραγματοποιηθούν οι μεταρρυθμίσεις.

Από την πλευρά των πηγών χρηματοδότησης, η ενοποίησής τους, που αποτελούσε απόρροια των παραπάνω μεταρρυθμίσεις του νόμου 2889/2001 του Αλέκου Παπαδόπουλου, είχε ως στόχο την ορθολογικότερη χρησιμοποίηση των πόρων και την ελαχιστοποίηση των δαπανών υγείας, έτσι έστω ο υπουργός υγείας να μπορεί να προτείνει τη σύσταση ενός ενιαίου φορέα χρηματοδότησης του συστήματος υγείας.<sup>123</sup>

Συγκεκριμένα, ο φορέας αυτός χρηματοδότησης θα ήταν ο «Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας» (Ο.ΔΙ.Π.Υ.), ένα Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, αρμοδιότητα του οποίου θα αποτελούσε ο έλεγχος των εσόδων των μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων υγείας της Ελλάδας, δηλαδή των:<sup>124</sup>

⊗ *Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.).*

⊗ *Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.)*

⊗ *Οργανισμό Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.).*

⊗ *Οργανισμό Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.).*

τα οποία αθροιστικά καλύπτουν το 90% του ελληνικού πληθυσμού.

Επιπλέον, η σύσταση του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (Ο.ΔΙ.Π.Υ.), σηματοδότησε την κοινή παροχή υπηρεσιών υγείας από το σύνολο των ασφαλιστικών ταμείων και τον καταμερισμό των πόρων βάσει δημογραφικών στοιχείων. Μάλιστα, έργο του οργανισμού αυτού, θα αποτελούσε:<sup>125</sup>

➤ *Η συγκέντρωση των πόρων των ασφαλιστικών φορέων.*

➤ *Η κατανομή τους:*

☞ *Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)*

☞ *Στην δευτεροβάθμια, αλλά και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.*

<sup>123</sup> Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2000), «Σχέδιο μεταρρύθμισης: Υγεία για τον πολίτη», Αθήνα

<sup>124</sup> Φυντανίδου, Ε. Δημοσίευση στο Βήμα, 13/05/2001

<sup>125</sup> Οικονόμου, Χ. (2012), «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα», Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Ερευνητική Μονάδα Κοινωνικής Πολιτικής, Φτώχειας και Ανισοτήτων

Σύμφωνα με τις διατάξεις του νομοσχεδίου, οι ενέργειες του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (Ο.ΔΙ.Π.Υ.) θα ελέγχονταν από το Υπουργείο Υγείας – Πρόνοιας, αλλά και από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Επιπλέον, το διοικητικό συμβούλιο του οργανισμού αυτού θα απαρτίζεται από έντεκα μέλη με τριετή θητεία, τα οποία κατηγοριοποιούνται στα ακόλουθα:

- ☞ *Στον διοικητή, ο οποίος θα είχε χρέη προέδρου.*
- ☞ *Σε τρεις εκπροσώπους των ασφαλιστικών φορέων.*
- ☞ *Σε τρεις εκπροσώπους από τα εποπτεύοντα υπουργεία.*
- ☞ *Στο Υπουργείο Οικονομικών.*
- ☞ *Σε δύο ειδικούς επιστήμονες σε θέματα υγειονομικής ασφάλισης και διαχείρισης οικονομικών υγείας.*
- ☞ *Σε δύο εκπροσώπους της Γενικής Συνομοσπονδίας Εργατών Ελλάδας (Γ.Σ.Ε.Ε.) και της Ανωτάτης Διοίκησης Ενώσεων Δημοσίων Υπαλλήλων (Α.Δ.Ε.Δ.Υ.).*

Ακόμη, η έδρα της κεντρικής υπηρεσίας του οργανισμού θα βρισκόταν στην Αθήνα, αλλά ταυτόχρονα θα επεκτεινόταν και σε περιφερειακό επίπεδο. Ενώ, για την επιτυχή λειτουργία του, ο Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας (Ο.ΔΙ.Π.Υ.) θα εκμεταλλευόταν τα εξής:

- ☀ *Τις κτιριακές εγκαταστάσεις των φορέων και των κλάδων της υγείας.*
- ☀ *Τις μηχανογραφικές εφαρμογές τους.*
- ☀ *Τα μητρώα των ασφαλισμένων τους.*

Ουσιαστικά, έργο του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (Ο.ΔΙ.Π.Υ.) θα ήταν ο καταμερισμός των πόρων του στα περιφερειακά του τμήματα.<sup>126</sup> Εκτός αυτών, θα αναλάμβανε το κόστος των φαρμάκων των δικαιούχων του, ασκώντας έλεγχο στη συνταγογράφηση, προσέχοντας ιδιαίτερα:

- ✘ *Τους δείκτες ποιότητας.*
- ✘ *Τη συγκριτική συνταγογραφία.*
- ✘ *Τα διαγνωστικά και τα θεραπευτικά πρωτόκολλα.*

Επιπλέον, όλες οι ενέργειες του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (Ο.ΔΙ.Π.Υ.) θα στηρίζονταν σε σύστημα μηχανογράφησης, συνεπώς είναι απαραίτητη η μηχανογράφηση των φαρμάκων εντός δύο ετών, ώστε να πραγματοποιηθεί η εκτέλεση των συνταγών.

---

<sup>126</sup> Οικονόμου, Χ. (2004), «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα

Ωστόσο και η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση δεν υλοποιήθηκε, με αποτέλεσμα η κυβέρνηση να κληθεί να αντικαταστήσει τον υπουργό Αλέκο Παπαδόπουλο, για να αποτρέψει πιθανές συγκρούσεις, διότι ο νόμος που πρότεινε, επέφερε αντιδράσεις στον κύκλο των πανεπιστημιακών ιατρών, καθώς υποβαθμίζονταν τα συμφέροντά τους, αφού δεν θα είχαν πλέον το δικαίωμα συνεργασίας με τον ιδιωτικό τομέα.

### **3.6 Ο Μεταρρυθμιστικός Οίστρος Πριν Από Την Επέλαση Της Δημοσιονομικής Κρίσης Του 2009**

Η κρίση οδήγησε στην θεσμοθέτηση μέσω μνημονίου της ιδεολογικής συγκλισης που παρατηρήθηκε νωρίτερα και την επέβαλε πολύ πιο επιτακτικά στην Ελλάδα που δεν την υιοθετούσε τόσο εύκολα. Αυτή η επιβολή μπορεί να θεωρηθεί είτε ως ενεργητική, είτε ως παθητική διαδικασία ενοποίησης, καθώς τα 3/4 των θεσμών είναι ευρωπαϊκοί θεσμοί και το μνημόνιο και η σχετική δανειακή σύμβαση είναι ψηφισμένα από την Ελληνική βουλή, αλλά παράλληλα είναι και παθητική ενοποίηση, καθώς η Ελλάδα δεν είχε πολλούς βαθμούς ελευθερίας σε αυτή τη διαπραγμάτευση, όπως δεν έχει κανείς πολλούς βαθμούς ελευθερίας στην εφαρμογή των αποφάσεων του Δικαστηρίου.

#### **3.6.1 Η Μεταρρύθμιση Του 2005**

Το κέντρο βάρους του καθεστώτος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), που τότε διαμορφώθηκε με τη μεταρρύθμιση του 2005, βάσει του νόμου που ενέκρινε η Βουλή τον Μάρτιο της ίδιας χρονιάς, κατόπιν πρότασης που εισηγήθηκε η τότε κυβέρνηση, ήταν το ότι στα δημόσια νοσοκομεία ξαναδόθηκε η νομική αυτοτέλεια, την οποία είχαν πριν από τη μεταρρύθμιση του 2001.<sup>127</sup> Αυτό αιτιολογήθηκε για να μπορούν τα δημόσια νοσοκομεία να αντιμετωπίζουν τα *«ειδικά προβλήματα και τις ιδιαίτερες ανάγκες της περιοχής ευθύνης τους, χωρίς ασφυκτικές, γραφειοκρατικές καθοδηγήσεις»*.<sup>128</sup>

Επιπλέον, την άσκηση της πολιτικής υγείας σε περιφερειακή κλίμακα, ο νόμος του 2005 την εμπιστεύτηκε στο αυτόνομο νομικό πρόσωπο Διοίκηση της Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.), που στην πραγματικότητα ήταν απλώς η νέα ονομασία των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.). Πάντως, λαμβανόμενης υπόψη της κακοδιοίκησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και της απαξίωσής του, στις αρμοδιότητες των

<sup>127</sup> Νόμος 3329/2005, «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές Διατάξεις»

<sup>128</sup> Αιτιολογική Έκθεση, (2005), σελ. 5

Διοικήσεων της Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.) προστέθηκαν ορισμένες καινούριες, που υποτίθεται ότι θα συνέβαλαν στην έξοδο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) από τα ανωτέρω προαναφερθέντα φαινόμενα, που το μαστίζουν.<sup>129</sup>

Συνεπώς, για αποφάσεις που θα μπορούσαν να παίρνουν οι Διοικήσεις της Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.), σχετικά με:

- ***Την δημιουργία ενιαίου συστήματος μηχανοργάνωσης.***
- ***Την ομογενοποίηση και τον έλεγχο των προμηθειών υλικού και μηχανημάτων.***
- ***Την ίδρυση κέντρων εξυπηρέτησης των πολιτών.***

τα οποία θα μπορούσαν να επιλύουν τις δυσλειτουργίες που ανακύπτουν στις σχέσεις των νοσοκομείων με τους χρήστες των υπηρεσιών του.

Σε αυτό τον τελευταίο τομέα, της πρόσβασης, δηλαδή, των πολιτών στις νοσοκομειακές υπηρεσίες, η κυβερνώσα πλειοψηφία εκείνης της περιόδου, πιστώθηκε με την πρωτοβουλία της να θεσμοθετήσει, τον Απρίλιο 2005, τον Συνήγορο της Υγείας, η αρμοδιότητα του οποίου εκτείνεται σε ένα ευρύ φάσμα ζητημάτων της νοσοκομειακής περίθαλψης, τα οποία συνοψίζονται στα εξής:

- ◆ ***Στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών.***
- ◆ ***Στην διερεύνηση των ιατρικών σφαλμάτων.***
- ◆ ***Στην έρευνα για τις συνέπειες στην υγεία των χρηστών των φροντίδων υγείας, από την κακή οργάνωση των υπηρεσιών του νοσοκομείου.***

### ***3.6.2 Η Μεταρρύθμιση Του 2007***

Τα ελλείμματα που παράγει η οικονομική διαχείριση του ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου, δεν είναι φαινόμενο που απαιτήσε πρώτη φορά ρύθμιση στο πλαίσιο της κρίσης υπερχρέωσης της χώρας και της αντιμετώπισής της.

Η κομματική πλειοψηφία στη Βουλή, που κυβέρνησε τη χώρα πριν από το 2009, φαίνεται να διέθετε εδραιωμένη πεποίθηση ότι η κύρια αιτία των δημόσιων νοσοκομείων, εστιαζόταν στον καταμερισμό της διαδικασίας προμηθειών σε ιατρικά προϊόντα, εξοπλισμούς και υπηρεσίες, στην εναπόθεση, δηλαδή, της διαδικασίας αυτής στο εσωτερικό του κάθε νοσοκομείου και στην διοίκησή του, που άμεση συνέπειά της ήταν τα φαινόμενα της κακοδιοίκησης και η ελλειμματική δημοσιονομική διαχείριση. Απόδειξη αυτού ήταν το γεγονός ότι, στην περίοδο 2004 – 2009, το δεύτερο, μετά το νόμο του 2005, σε σπουδαιότητα

---

<sup>129</sup> Αντωνοπούλου, Λ. (2014), «Οικονομικά Της Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και πολιτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας», Εκδόσεις: Gutenberg, Θεσσαλονίκη, σελ. 147



νομοθέτημα που με κυβερνητική πρόταση, ενέκρινε η Βουλή στον τομέα της διοίκησης του Εθνικού Οργανισμού Υγείας (Ε.Σ.Υ.), ήταν ο νόμος 3580/2007, ο οποίος ψηφίστηκε τον Ιούνιο 2007 και αφορούσε στις προμήθειες φορέων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.<sup>130</sup>

Πιο αναλυτικά, οι βασικότερες μεταρρυθμίσεις που επέφερε αυτός ο νέος νόμος, είναι οι ακόλουθες:<sup>131</sup>

- **Η εξασφάλιση της διαφάνειας και της ορθολογικής διαχείρισης των προμηθειών**, ώστε να αντιμετωπιστεί η σπατάλη και να εξοικονομηθούν πόροι κατά την οικονομική διοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων.
- **Η εισαγωγή της συγκεντρωτικής δομής του συστήματος προμηθειών**, η οποία επέφερε δραστική μεταβολή στην «αριθμητική» των διαγωνισμών των προμηθειών και των φορέων, που θα τους προκηρύσσουν.
- **Η διπουργική σύνθεση της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (Ε.Π.Υ.)**, η οποία θα ασκεί τον επιτελικό ρόλο του στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδιασμού του συστήματος προμηθειών των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ ταυτόχρονα θα τυποποιεί και θα ομογενοποιεί τις προκηρύξεις των διαγωνισμών σε εθνική κλίμακα.

Πιο συγκεκριμένα, ο νόμος αυτός προέβλεπε την ίδρυση 40 θέσεων νέου προσωπικού, που θα προσληφθούν στο Υπουργείο Υγείας, για την κάλυψη των θέσεων της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (Ε.Π.Υ.), κατανέμοντας, μάλιστα, τις θέσεις αυτές σε 24 θέσεις μόνιμου προσωπικού και σε 16 θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού. Επιπλέον, σύμφωνα με τις διατάξεις του, ο διορισμός του προέδρου και του αντιπροέδρου της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (Ε.Π.Υ.) θα πραγματοποιείται από τους υπουργούς υγείας. Ουσιαστικά, ο νόμος του 2007 σε κανένα σημείο του δεν αναφερόταν στην ανεξαρτησία της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (Ε.Π.Υ.), παρά μόνο στην αυτοτέλειά της.

Από την άλλη μεριά, το κύριο εργαλείο που θα είχε στα χέρια της η Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (Ε.Π.Υ.), για να εκτελέσει το έργο της στην ομοιογενοποίηση και τη συγκεντρωτική διαχείριση των διαγωνισμών προμηθειών στα νοσοκομεία, θα ήταν η κατάρτιση «κωδικών αριθμών» για όλα, ανεξαρτήτως, τα προϊόντα, εξοπλισμούς και υπηρεσίες, που θα αποτελούν αντικείμενο διαγωνισμού προμήθειας.<sup>132</sup> Μέσω αυτής της κωδικοποίησης, πράγματι, θα μπορούσε:

---

<sup>130</sup> Αιτιολογική Έκθεση (2007), σελ. 2

<sup>131</sup> Αντωνοπούλου, Λ. (2014), «Οικονομικά Της Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και πολιτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας», Εκδόσεις: Gutenberg, Θεσσαλονίκη, σελ. 150 – 156

<sup>132</sup> Νόμος 3580/2007, «Προμήθειες Φορέων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις», Άρθρο 3(α)



- ✘ Αφενός, να καταπολεμηθεί το φαινόμενο των φωτογραφικών διατάξεων υπέρ συγκεκριμένων προμηθευτών, που εντάσσονται σε προκηρύξεις διαγωνισμών.
- ✘ Αφετέρου, να μειωθεί σε εύλογο αριθμό κυρίως η ποσότητα των ειδών ιατρο – τεχνολογικών προϊόντων, για τα οποία γίνονται προμήθειες.

Ένας ακόμη σκεπτικισμός για την προσήλωση της Βουλής και της κυβέρνησης στο στόχο της εξυγίανσης του συστήματος προμηθειών των νοσοκομείων, προκλήθηκε από την δυνατότητα που εισήχθη στο νόμο του 2007, να επιτρέπει ο Υπουργός Υγείας, με αιτιολογημένη απόφασή του, την ανάθεση της προκήρυξης διαγωνισμών προμήθειας, απ' ευθείας σε νοσοκομεία και να αίρει έτσι, κατά περίπτωση, την αποκλειστικότητα της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (Ε.Π.Υ.) και των φορέων της, σε ό,τι αφορά την προκήρυξη των διαγωνισμών.<sup>133</sup>

Τέλος, αλλά όχι έσχατος από πλευράς σημασίας, ένας ακόμη κλονισμός στην αξιοπιστία της οργανωτικής δομής, που ιδρύθηκε στον τομέα των προμηθειών των νοσοκομείων, ως μέσου καταπολέμησης της σπατάλης και των ελλειμμάτων, προκλήθηκε από τον ίδιο τον νόμο 3580/2007, ο οποίος εξαιρούσε από το πεδίο λειτουργίας της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (Ε.Π.Υ.) τις προμήθειες των νοσοκομείων σε φάρμακα. Μόνο στο μέλλον, οι Υπουργοί Ανάπτυξης και Υγείας θα μπορούν να αποφασίσουν με κοινή κανονιστική πράξη, να εντάξουν τις προμήθειες σε φάρμακα, στο αντικείμενο λειτουργίας της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (Ε.Π.Υ.) και των εξαρτημένων από αυτήν εταιριών.<sup>134</sup>

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να υποθέσει κανείς, ότι η κυβέρνηση και η Βουλή απέφυγαν την υπαγωγή των προμηθειών φαρμάκων στον νόμο 3580/2007, αρκούμενες στην μεταρρύθμιση του συστήματος της φαρμακευτικής περίθαλψης, που είχαν εισαγάγει, το 2006, με τον νόμο υπ' αριθμόν 3457. Δηλαδή, την καταπολέμηση της σπατάλης και των καταχρήσεων στις προμήθειες φαρμάκων, ο νόμος εκείνος προσπαθούσε να τις υλοποιήσει, ευθυνοποιώντας το ιατρικό προσωπικό, μέσω της απαγόρευσης που του απευθύνονταν να συνταγογραφεί φάρμακα εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων και δοσολογίας, αλλά και επισείοντας κυρώσεις σε περίπτωση παραβίασης της απαγόρευσης.<sup>135</sup>

<sup>133</sup> Νόμος 3580/2007, «Προμήθειες Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις», Άρθρο 6, παράγραφος 7

<sup>134</sup> Νόμος 3580/2007, «Προμήθειες Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις», Άρθρο 10, παράγραφος 3

<sup>135</sup> Νόμος 3457/2006, «Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης», Άρθρο 8, παράγραφοι 4 – 5

### 3.7 Τα Εμπόδια Στην Εφαρμογή Των Υγειονομικών Μεταρρυθμίσεων

Μια από τις κύριες αντιφάσεις για την πολιτική υγείας, η οποία εφαρμόζεται διαχρονικά στην Ελλάδα, έγκειται στην ατομία της κεντρικής διοίκησης να διαμορφώσει και κυρίως, να κάνει πράξη τις δομικές μεταρρυθμίσεις. Παρόλο που οι περισσότερες μελέτες, έχουν, κατά διαστήματα, προβάλλει τομείς κύριας παρέμβασης, όπως είναι οι ακόλουθοι:

- ◆ *Η αλλαγή του χρηματοδοτικού υποδείγματος.*
- ◆ *Η προώθηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.*
- ◆ *Ο ανασχεδιασμός της αρχιτεκτονικής του συστήματος υγείας.*
- ◆ *Η χρησιμοποίηση εκτεταμένων και στοχευμένων προγραμμάτων πρόληψης και προάσπισης της υγείας.*

ωστόσο, η αδράνεια, σε όρους πολιτικής πρακτικής, κυριαρχεί, ανεξάρτητα από τα γεγονότα, τα πρόσωπα, αλλά και τα πολιτικά κόμματα, που λαμβάνουν τις αποφάσεις σε κάθε περίπτωση.

Με άλλα λόγια, οι επανειλημμένες μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στα χρόνια πριν από την κρίση του 2009, εγκλωβίζονταν σε θεσμικού χαρακτήρα λύσεις των προβλημάτων, χωρίς να είχαν προηγουμένως, σταθεί να αφουγκραστούν με προσοχή την ανάγκη της κοινωνίας και του κράτους για βαθύτερους πολιτικούς και πολιτισμικούς μετασχηματισμούς.<sup>136</sup>

Η διοικητική αδράνεια στο δημόσιο με την προσήλωση όχι στο αποτέλεσμα αλλά στην γραφειοκρατία, η θεσμική αντίσταση στην αλλαγή και η πολιτική αδυναμία να εξηγήσει στην κοινωνία την μεταρρυθμιστική ανάγκη και λογική ήταν και πριν και μετά την κρίση βασικές παράμετροι που αναπαρήγαγαν προβλήματα σε βραχυπρόθεσμο επίπεδο, για αυτό και ορισμένες μεταρρυθμίσεις πέρασαν πριν από την κρίση, ενώ άλλες όχι.

Επιπλέον, μια ακόμη εύκολη ερμηνεία του φαινομένου, θα μπορούσε να στηριχθεί στον πραγματικά ελάχιστο πολιτικό χρόνο, που διαθέτει η κεντρική διοίκηση, η οποία είναι αρμόδια για την άσκηση της πολιτικής υγείας, καθώς σε σύντομο χρονικό διάστημα πραγματοποιούνται εναλλαγές προσώπων και κομματικών σχηματισμών. Ωστόσο, το πρόβλημα είναι πιο σύνθετο και για να λυθεί, θα πρέπει τα αίτια του να αναζητηθούν:<sup>137</sup>

- *Στον τρόπο και στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων.*
- *Στην απουσία συγκεκριμένου και καθολικού κοινωνικού αιτήματος.*

<sup>136</sup> Αντωνοπούλου, Λ. (2014), «Οικονομικά Της Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και πολιτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας», Εκδόσεις: Gutenberg, Θεσσαλονίκη, σελ. 160

<sup>137</sup> Σουλιώτης, Κ. (2007), «Το “εκκρεμές” των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα: Τι φταίει και νοσεί το ΕΣΥ στην Ελλάδα; Έλλειμμα σχεδιασμού, πόρων ή συναίνεσης;», Εφημερίδα: Τα Νέα

Είναι φανερό, ακόμη, ότι η επιτυχής πραγματοποίηση των μεταρρυθμίσεων στον χώρο της υγείας, ιδίως σε ένα τόσο περιοριστικό οικονομικό περιβάλλον, δεν μπορεί να επιτευχθεί με τον «παραδοσιακό» τρόπο λήψης αποφάσεων. Συνεπώς, είναι αναγκαία μια ολική αναθεώρηση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων της πολιτικής υγείας, έτσι ώστε να συμμετέχουν σε αυτήν ενεργά και οι ασθενείς, σε όλες τις σχετικές διεργασίες, καθώς αυτοί αποτελούν καθοριστικό παράγοντα στην αναίρεση των όποιων πολιτικών ενδοιασμών, που μπορεί να δημιουργηθούν εξαιτίας των αντιδράσεων, που προκαλούνται από τις ομάδες πίεσης και συμφερόντων.

Συνεχίζοντας με τους λόγους για τους οποίους δεν υλοποιήθηκαν με επιτυχία οι μεταρρυθμίσεις στον χώρο υγείας και οι οποίοι σχετίζονται με το πολιτικό κλίμα, που επικρατούσε στην Ελλάδα, μπορούν να επισημανθούν τα ακόλουθα:<sup>138</sup>

➤ *Η έλλειψη συστημικότητας στην προετοιμασία και την εφαρμογή της μεταρρύθμισης, αλλά και η αδυναμία σχεδιασμού των κομματικών προγραμμάτων.*

➤ *Η έλλειψη:*

✘ *Κοινωνικής συναίνεσης για την ανάπτυξη των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών.*

✘ *Συνειδητοποίησης της σπουδαιότητας της μεταρρύθμισης τόσο από τους πολίτες, όσο και από τους κοινωνικούς φορείς.*

*Εξαιρέση σε αυτή την διαπίστωση, αποτελεί μόνο ο νόμος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) 1397/83, ο οποίος συνοδεύτηκε από ευρεία κοινωνική αποδοχή.*

➤ *Η αδυναμία εύρεσης οικονομικών πόρων χρηματοδότησης των μεταρρυθμίσεων.*

➤ *Η έλλειψη της απαιτούμενης πολιτικής πρωτοβουλίας και ο λανθασμένος υπολογισμός του πολιτικού κόστους.*

Πέρα από αυτά, επίσης, σύμφωνα με την άποψη του Μουζέλη, ένας από τους σημαντικότερους λόγους μη εφαρμογής των μεταρρυθμίσεων στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα, αποτέλεσε η κομματικοκρατία, κύρια χαρακτηριστικά της οποίας είναι τα εξής:

❁ *Η ψηφοθηρία.*

❁ *Η λογική του πελατειακού κράτους.*

Τέλος, ίσως το κυριότερο εμπόδιο των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών, έγκειται στο ότι το οργανωτικό καθεστώς, που εγκαθιδρύθηκε, δεν εμπλουτίστηκε με νοοτροπίες και

---

<sup>138</sup> Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ. & Φιλαλήθης, Α. (2006), «Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα: Παράγοντες αποτυχίας και κανόνες ορθού μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού», Εκδόσεις: Διοικητική Ενημέρωση, Αθήνα, σελ. 82 – 90

συμπεριφορές των ιθυνόντων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), που να στηρίζονται σε αφηρημένες αρχές καθολικής ισχύος, δηλαδή:<sup>139</sup>

✦ *Στην υπευθυνότητα.*

✦ *Στην λογοδοσία.*

✦ *Στην αλληλεγγύη.*

Τέτοιες αρχές αν επικρατούσαν, θα μπορούσαν να εξουδετερώσουν τις μεροληπτικές στάσεις και τις προσηλώσεις στην εξυπηρέτηση ατομικών συμφερόντων, που ενδημούν το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), από την ίδρυσή του μέχρι σήμερα.

## 4<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### 4.1 Η Πολιτική Υγείας Στην Μνημονιακή Ελλάδα - Παρεμβάσεις & Μεταρρυθμίσεις

Από το 2009, η δημόσια οικονομία της χώρας, ξέφυγε από τα κριτήρια και τους κανόνες λειτουργίας της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης (Ο.Ν.Ε.), η οικονομία της αποκόπηκε από την εύκολη πρόσβαση στην διεθνή αγορά κεφαλαίων, την οποία μπορούσε να εγγυάται το ευρώ και ένα δυσβάσταχτο εξωτερικό χρέος σωρεύτηκε στις πλάτες των πολιτών της. Ως συνέπεια τούτων, η Ελλάδα εναπόθεσε τη διάσωσή της από την χρεοκοπία, δηλαδή την αποκατάσταση του αξιόχρεου και της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας της, στις αποφάσεις των εταίρων της. Το αντίτιμο που η χώρα ανέλαβε να καταβάλει για τη χρηματοδότηση, από όλα τα άλλα κράτη – μέλη και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Δ.Ν.Τ.), της δημοσιονομικής και οικονομικής της ανασυγκρότησης, είναι ένα μίγμα πολιτικής λιτότητας και μεταρρυθμίσεων όλων των δημόσιων πολιτικών, οι οποίες αποβλέπουν σε μεγάλες περιστολές των δημοσίων δαπανών.

Την περίοδο της οικονομικής κρίσης και των μνημονίων στην Ελλάδα, ο κλάδος της εγχώριας υγείας, δέχτηκε απότομες πολιτικές, που στόχευαν στον εκσυγχρονισμό του, αλλά και στην πιο ορθολογική χρήση των δημόσιων δαπανών. Κάτω από το πρίσμα των επιδιώξεων του μνημονίου οικονομικής και χρηματοπιστωτικής πολιτικής, που εφαρμόστηκε, για το ύψος της δημόσιας δαπάνης υγείας και της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, ο κλάδος της εγχώριας υγείας από τον Μάιο του 2010 δέχτηκε ποικίλες επίπονες δραστικές μεταρρυθμίσεις.

---

<sup>139</sup> Αντωνοπούλου, Λ. (2014), «Οικονομικά Της Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και πολιτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας», Εκδόσεις: Gutenberg, Θεσσαλονίκη, σελ. 160

Τα δύο όργανα της Ένωσης και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Δ.Ν.Τ.) επιτηρούν στενά την τήρηση από την κυβέρνηση των μέτρων λιτότητας και των μεταρρυθμίσεων, που συμφωνήθηκαν. Στο πλαίσιο της τήρησης από την κυβέρνηση των διεθνών υποχρεώσεων, ειδικά στο πεδίο του συστήματος υγείας, κατ' αρχάς στο διάστημα που μεσολάβησε ανάμεσα στα δύο μνημόνια, εκπονήθηκε και άρχισε αμέσως να εφαρμόζεται ένα νέο καθεστώς χρηματοδότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), μέσω της ίδρυσης του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Πρόκειται για τον νέο νόμο του 2011, που αφορά τις διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας.<sup>140</sup>

Λίγες μέρες μόνον πριν από τη σύναψη του δεύτερου Μνημονίου (Φεβρουάριος 2012) και, ακολούθως, στο πλαίσιο της στενής επιτήρησης της εφαρμογής του, τον Νοέμβριο του 2012, η κυβέρνηση εισηγήθηκε στη Βουλή την έγκριση δύο νόμων, που έθεσαν σε εφαρμογή, με λεπτομερή τρόπο και μέσω δεσμευτικών χρονοδιαγραμμάτων, τις προδιαγραφές λειτουργίας του εθνικού συστήματος υγείας, που επεξεργάστηκε και θέσπισε το δεύτερο Μνημόνιο. Πρόκειται, αφενός, για το νόμο, που από την αιτιολογική του έκθεση, χαρακτηρίστηκε «εφαρμοστικός» του δεύτερου Μνημονίου και αφετέρου, για το νόμο για το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013 – 2016, που περιέχει, λεπτομερείς διατάξεις για το σύστημα της υγείας.<sup>141</sup>

Σύμφωνα τις επιταγές του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής στην δημόσια δαπάνη υγείας, απαιτήθηκε η θεσμοθέτηση μία σειρά μέτρων προσαρμογής της δημόσιας ελληνικής δαπάνης υγείας και της δημόσιας ελληνικής δαπάνης φαρμάκων ως το 2012, με στόχο αυτές να μην υπερβαίνουν το 6% και το 1% του ΑΕΠ, αντιστοίχως. Ωστόσο, εκτός αυτών των μέτρων, πραγματοποιήθηκαν παρεμβάσεις και στις υγειονομικές υπηρεσίες, ώστε αυτές να εκσυγχρονιστούν, αλλά και να βελτιωθεί η αποδοτικότητά τους.

Πιο συγκεκριμένα, στο Μνημόνιο του 2010, ως αντικείμενο μεταρρύθμισης της δημόσιας πολιτικής για το σύστημα υγείας, αναφερόταν η λήψη από την κυβέρνηση συγκεκριμένων μέτρων, τα οποία είναι τα ακόλουθα:<sup>142</sup>

- ◆ *Η εφαρμογή ενός συστήματος διπλογραφικού λογιστικού ελέγχου των χρήσεων σε νοσοκομεία.*
- ◆ *Η βελτίωση των μηχανισμών τιμολόγησης και κοστολόγησης.*

Εκτός αυτών, η κυβέρνηση ανέλαβε την υποχρέωση να:

---

<sup>140</sup> Νόμος 3918/2011, «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»

<sup>141</sup> Χρυσόγονος, Κ. Χ. (2013), «Η καταστρατήγηση του Συντάγματος στην εποχή των Μνημονίων», Εκδόσεις: Α. Α. Λιβάνη, Αθήνα, σελ. 53

<sup>142</sup> Αντωνοπούλου, Λ. (2014), «Οικονομικά Της Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και πολιτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας», Εκδόσεις: Gutenberg, Θεσσαλονίκη, σελ. 194 – 195

- *Διαχωρίσει τον κλάδο της υγείας από τον κλάδο της συνταξιοδότησης.*
- *Συγχωνεύσει τα κονδύλια, για την απλοποίηση του υπερβολικά κατακερματισμένου δημόσιου συστήματος υγείας.*
- *Συγκεντρώσει, όλες τις σχετικές με την υγεία, δημόσιες δραστηριότητες, υπό την αρμοδιότητα ενός μόνου υπουργού.*

Επιπλέον, η κυβέρνηση ανέλαβε την υποχρέωση να υιοθετήσει νομοθεσία για το θεσμικό πλαίσιο των προμηθειών υγείας και να δημιουργήσει ένα σύστημα για τη διαχείριση των φαρμάκων, το οποίο θα ευνοεί τη χρήση γενόσημων φαρμάκων. Μέσα στην ίδια χρονική περίοδο, επίσης, όφειλαν, σύμφωνα με το πρώτο Μνημόνιο, να ληφθούν από τις ελληνικές αρχές τα στενότερου δημοσιονομικού χαρακτήρα μέτρα στον τομέα του συστήματος υγείας, όπως είναι τα εξής:<sup>143</sup>

- ✚ *Το πρόγραμμα μηχανοργάνωσης των νοσοκομείων.*
- ✚ *Η αναβάθμιση του συστήματος κατάρτισης των προϋπολογισμών των νοσοκομείων.*
- ✚ *Ο εκσυγχρονισμός των συστημάτων διοίκησης, λογιστικής και χρηματοοικονομικής διαχείρισης.*
- ✚ *Η λειτουργική επίβλεψη των δαπανών υγείας από τον Υπουργό Οικονομικών.*

Ορισμένες ακόμη εξειδικεύσεις των Μνημονίων στην ελληνική δημόσια πολιτική υγείας, με το νόμο εφαρμογής του δεύτερου Μνημονίου που ψηφίστηκε, από την Βουλή τον Νοέμβριο του 2012, επέβλεπαν στην συρρίκνωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία, η οποία, μάλιστα, μεταφράστηκε ωμά, σε ποσοτικούς στόχους, που θα έπρεπε να επιτευχθούν. Έτσι, προβλεπόταν ότι:<sup>144</sup>

- ✘ *Ο αριθμός των ιατρών, που απασχολούνταν στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), όφειλε να μειωθεί κατά 10% μέχρι το τέλος του 2013.*
- ✘ *Η εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη έπρεπε να μειωθεί κατά 1 δις ευρώ το 2012, να περιοριστεί, δηλαδή, σε 2,44 δις ευρώ το 2013, με στόχο να καλύπτει το 1% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (Α.Ε.Π.), το 2014.*
- ✘ *Η συνολική δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή) δεν θα έπρεπε να ξεπερνά το 1,5% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (Α.Ε.Π.), το 2013 και το 1,3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (Α.Ε.Π.), το 2014.*

<sup>143</sup> Χλέτσος, Μ. (2015), «Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης» Διαθέσιμο στο: <http://www.qualityinhealth.gr/index.php/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou>

<sup>144</sup> Αντωνοπούλου, Λ. (2008), «Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία», Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 3(2), σελ. 109 – 120

Σε περίπτωση που οι τελευταίοι αυτοί στόχοι δεν επιτεύονταν, προβλεπόταν η λήψη πρόσθετων μέτρων, όπως είναι:

- *Το «πλαφόν» των συνταγών ανά ιατρό.*
- *Οι μειώσεις στις τιμές των φαρμάκων και των ποσοστών κέρδους.*
- *Η αύξηση της συμμετοχής στην δαπάνη των ίδιων των ασφαλισμένων.*

Στην πράξη, επομένως, το ελληνικό σύστημα υγείας στη σημερινή περίοδο της οικονομικής κρίσης και των «συνταγών» που προτείνονται ή επιβάλλονται για την αντιμετώπισή της, έχει τελικά μπει σε τροχιά που ακολουθούν τα συστήματα των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών, η οποία τα κάνει να συγκλίνουν στη μορφολογία τους και στους θεμελιώδεις θεσμούς τους κάτω από την πίεση της προσαρμογής στις επιταγές μιας αμιγώς οικονομικής, αγοραίας λογικής.

Η διαφορά της ελληνικής συμμετοχής σε αυτή την ευρύτερη σύγκλιση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη, από τη συμμετοχή των υπόλοιπων κρατών – μελών, είναι ότι εδώ δεν πήγασε σαν μια γνήσια ανάγκη, που την συνειδητοποίησαν και την έφεραν σε πέρας οι εγχώριες ελίτ, αλλά σαν αποτέλεσμα υποδείξεων και καταναγκασμών από το εξωτερικό, ευρωπαϊκό και διεθνές περιβάλλον της χώρας.

## **4.2 Η Υγεία Ως Βασικός Στόχος Των Μνημονίων**

Οι βασικές εθνικές πράξεις, που υλοποιούν τις παρεμβάσεις των Μνημονίων στο χώρο της υγείας, μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες, οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

- *Η νέα διακυβέρνηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), μέσω του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.).*
- *Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης.*
- *Η αναδιοργάνωση και η αναδιάρθρωση των υπηρεσιών παροχής περίθαλψης.*

Πιο αναλυτικά:

### **4.2.1 Ο Έλεγχος Των Φαρμακευτικών Δαπανών**

Για την πραγματοποίηση της ελαχιστοποίησης κατά ένα δις ευρώ των εξωνοσοκομειακών φαρμακευτικών δαπανών το 2012, η κυβέρνηση κλήθηκε να εφαρμόσει ένα σύνολο πολιτικών, οι οποίες περιελάμβαναν αλλαγές στα ακόλουθα:

- ⊗ *Στη τιμολόγηση.*



- ⊗ *Στη συνταγογράφηση.*
- ⊗ *Στην αποζημίωση των φαρμάκων.*

οι οποίες θα:<sup>145</sup>

- ⊕ *Ωθούν στη χρησιμοποίηση λιγότερο ακριβών φαρμάκων.*
- ⊕ *Ελέγχουν τη συνταγογράφηση και την κατανάλωση.*
- ⊕ *Διώκουν την ανάρμοστη συμπεριφορά και την απάτη.*

Επιπλέον, καθόρισε ένα σύνολο κινήτρων και υποχρεώσεων για όλους τους συμμετέχοντες στην αλυσίδα εφοδιασμού φαρμάκων, με απώτερο στόχο την ενίσχυση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων. Ενώ, η κυβέρνηση το 1<sup>ο</sup> τρίμηνο του 2012, η κυβέρνηση αναθεώρησε το σύστημα των συμμετοχών, με σκοπό να απαλλάξει από τη συμμετοχή ένα περιορισμένο, μόνο, αριθμό φαρμάκων, τα οποία αφορούν συγκεκριμένες θεραπευτικές αγωγές.

Οι μεταρρυθμίσεις που ακολουθήθηκαν στο τομέα του φαρμάκου, θα αναλυθούν, κατόπιν, πιο αναλυτικά στην ενότητα 4.4.

#### **4.2.2 Η Αναδιοργάνωση & Η Αναδιάρθρωση Των Υπηρεσιών Παροχής Περίθαλψης**

Το σχέδιο για την αναδιοργάνωση και αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας, υλοποιείται βαχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα, με στόχο να:<sup>146</sup>

- ❖ *Περιοριστούν οι υφιστάμενες ανεπάρκειες.*
- ❖ *Αξιοποιηθούν οι οικονομίες κλίμακας και έκτασης.*
- ❖ *Καλυτερεύσει η ποιότητα φροντίδας προς τους ασθενείς.*

Βασικό στόχο αποτελούσε η συνεχής μείωση των λειτουργικών εξόδων των νοσοκομείων, η οποία επιχειρήθηκε να πραγματοποιηθεί μέσω:

- 📌 *Της αύξησης της κινητικότητας του προσωπικού υγείας, εντός και μεταξύ ιδρυμάτων και υγειονομικών περιφερειών.*
- 📌 *Της προσαρμογής της παροχής υπηρεσιών από τα δημόσια νοσοκομεία, εντός και μεταξύ νοσοκομείων, που βρίσκονται στην ίδια περιοχή και υγειονομική περιφέρεια.*
- 📌 *Της αναθεώρησης των δραστηριοτήτων των μικρών νοσοκομείων, προς την κατεύθυνση της εξειδίκευσης σε τομείς όπως:*

<sup>145</sup> Αντωνοπούλου, Λ. (2014), «Οικονομικά Της Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και πολιτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας», Εκδόσεις: Gutenberg, Θεσσαλονίκη, σελ. 202

<sup>146</sup> Τσαφαντάκης, Β. (2013), «Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδας», Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο



☞ *Η αποκατάσταση.*

☞ *Η αντιμετώπιση καρκινοπαθών ή ασθενών τελικού σταδίου.*

📌 *Της επανεξέτασης των δομών επειγόντων περιστατικών και εφημεριών.*

📌 *Της βελτιστοποίησης και εξισορρόπησης της κατανομής των πόρων βαρέως ιατρικού εξοπλισμού, ανάλογα με τις ανάγκες.*

Πιο συγκεκριμένα:<sup>147</sup>

### ➤ *Αμοιβές & Διαχείριση Ανθρώπινων Πόρων Στον Τομέα Της Υγείας*

Το αναθεωρημένο σύστημα πληρωμών, που χρησιμοποιείται από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), για τη σύναψη συμβάσεων με ιατρούς και η βελτίωση της αποτελεσματικότητας από την αξιοποίηση του προσωπικού, συμπεριλαμβανομένης και της μείωσης του κόστους των υπερωριών, οδήγησε σε εξοικονόμηση τουλάχιστον 100 εκατ. ευρώ στο συνολικό κόστος κοινωνικής ασφάλισης, που συνδέεται με τους μισθούς και τις αμοιβές των ιατρών, το 2012.

### ➤ *Λογιστική & Έλεγχος*

Εγκαθίστανται εσωτερικοί ελεγκτές σε όλα τα νοσοκομεία, τα οποία καθιερώνουν τα μητρώα ανάληψης δεσμεύσεων.

Η κυβέρνηση δημοσιεύει μια μηνιαία έκθεση, η οποία επιτρέπει την λεπτομερή παρακολούθηση της εκτέλεσης του προϋπολογισμού, περιλαμβάνοντας τόσο τις δεσμεύσεις, που έχουν αναληφθεί για τις δαπάνες/αγορές, όσο και για τις πραγματικές πληρωμές. Η έκθεση αυτή, επιπλέον:

✚ *Ελέγχει την απόδοση των οργανισμών, ως προς την εκτέλεση του προϋπολογισμού και τη συσσώρευση καθυστερούμενων καταβολών.*

✚ *Καταδεικνύει όσους αθετούν τις υποχρεώσεις τους.*





✚ *Προτείνει επανορθωτικές ενέργειες, που πρέπει να αναληφθούν.*

### ➤ *Μηχανογράφηση Νοσοκομείων & Σύστημα Παρακολούθησης*

Οι απαραίτητες διαγνωστικές διαδικασίες πραγματοποιούνται από την Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης (Η.ΔΙ.Κ.Α.), η οποία θα δημιουργήσει ένα ολοκληρωμένο και ενοποιημένο σύστημα των πληροφοριακών συστημάτων των νοσοκομείων. Επίσης, λήφθηκαν περαιτέρω μέτρα για την ενίσχυση της λογιστικής παρακολούθησης και της τήρησης των λογαριασμών για τα ιατρικά υλικά και τα συστήματα τιμολόγησης, μέσω:

---

<sup>147</sup> Αντωνοπούλου, Λ. (2014), «Οικονομικά Της Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και πολιτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας», Εκδόσεις: Gutenberg, Θεσσαλονίκη, σελ. 208 – 211

-  *Της εισαγωγής συστημάτων αναλυτικής λογιστικής κόστους και της τακτικής ετήσιας δημοσίευσης ισολογισμού, από όλα τα νοσοκομεία.*
-  *Του υπολογισμού των αποθεμάτων και των ροών των ιατρικών υλικών σε όλα τα νοσοκομεία, με τη χρήση του ενιαίου συστήματος κωδικοποίησης για τα ιατρικά υλικά, που αναπτύχθηκε από την ΕΠΥ και το ΕΚΕΒΥΑ, με σκοπό την προμήθεια των ιατρικών υλικών.*
-  *Της άμεσης τιμολόγησης των συνολικών εξόδων θεραπείας, δηλαδή, το αργότερο εντός δύο μηνών, προς άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, για τη θεραπεία αλλοδαπών και Ελλήνων κατοίκων εξωτερικού.*
-  *Της υλοποίησης της είσπραξης των συμμετοχών και της εφαρμογής μηχανισμών, που καταπολεμούν τη διαφθορά και εξαλείφουν το φαινόμενο των «ανεπίσημων» πληρωμών στα νοσοκομεία.*

Τέλος, σε όλα τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), η κυβέρνηση πραγματοποίησε πιλοτικά ένα πρόγραμμα Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.), με στόχο την δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος κοστολόγησης στα νοσοκομεία, για τη σύναψη συμβάσεων. Προς υποστήριξη της ανάπτυξης των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.), η κυβέρνηση πρότεινε κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και μελέτησε διεθνή παραδείγματα προγραμμάτων Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.), που ήδη χρησιμοποιούνται, ελέγχοντας ιδιαίτερα τις παρατηρήσεις για την κοστολόγησή τους και την αναλογικότητα των τιμολογίων, που στηρίζονται σε αυτά. Στην ουσία, τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (Κ.Ε.Ν.) εμπεριέχουν την αναλυτική καταχώρηση για έξοδα του προσωπικού.<sup>148</sup>

#### **4.3 Η Δημιουργία & Ο Ρόλος Του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)**

Η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), ως ενιαίος φορέας υγείας, απορρέει από τις διατάξεις του νόμου 3918/2011, ο οποίος αποτελεί μία από τις σπουδαιότερες μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις.<sup>149</sup>

<sup>148</sup> Polyzos, N., Economou, C. & Zilidis, C. (2008), "National Health Policy in Greece: Regulations Or Reforms? The Sisyphus Myth, European Research Studies, Volume XI, Issue (3)

<sup>149</sup> Νόμος 3918/2011, «Διαρθρωτικές Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ 31Α/2011

Με την σύσταση του, όλοι οι κλάδοι υγείας των μεγαλύτερων Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.) της Ελλάδας, ενσωματώθηκαν σε αυτόν:<sup>150</sup>

- ☀ *Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.)*
- ☀ *Ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)*
- ☀ *Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.)*
- ☀ *Ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.)*

Ωστόσο, στην πορεία προστέθηκαν και άλλα ταμεία και πλέον αποτελείται από συνένωση των κλάδων υγείας των παρακάτω ασφαλιστικών οργανισμών:<sup>151</sup>

- ☞ *Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.), από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012.*
- ☞ *Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.), από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012.*
- ☞ *Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.), από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012.*
- ☞ *Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.), από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012.*
- ☞ *Τομέας Υγείας Δημοτικών & Κοινοτικών Υπαλλήλων (Τ.Υ.Δ.Κ.Υ.), από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012.*
- ☞ *Οίκος Ναύτου, από 1<sup>η</sup> Απριλίου 2012.*
- ☞ *Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών & Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (ΤΑΥΤΕΚΩ), από 1<sup>η</sup> Μαΐου 2012.*
- ☞ *Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων (Ε.Τ.Α.Α.), από 1<sup>η</sup> Νοεμβρίου 2012.*
- ☞ *Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης / Ταμείο Ιδιοκτητών, Συντακτών και Υπαλλήλων Τύπου (Ε.Τ.Α.Π. – Μ.Μ.Ε. / ΤΑ.Ι.Σ.Υ.Τ.), από 1<sup>η</sup> Δεκεμβρίου 2012.*
- ☞ *Λιμενικό, από τον Μάιο του 2013, μέσω του ΟΠΑΔ.*

Επιπρόσθετα, με την ένταξη του Ταμείου Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών & Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω.) στον Εθνικό Οργανισμό Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), πραγματοποιήθηκε η εισχώρηση και των παρακάτω κλάδων υγείας, οι οποίοι αποτελούν:

- *ΚΑΠ – ΔΕΗ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΔΕΗ).*
- *ΤΑΠΑΕ – ΕΘΝΙΚΗ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού «Εθνική Ασφαλιστική»).*
- *ΤΑΠ – ΗΣΑΠ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΗΣΑΠ).*

<sup>150</sup> Νόμος 3655/2008, «Νόμος για το νέο ασφαλιστικό», ΦΕΚ 58 Α'

<sup>151</sup> <http://www.eopyy.gov.gr>

- **ΤΑΠ – ΗΛΠΑΠ** (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΗΛΠΑΠ).
- **ΤΑΠ – ΕΤΒΑ** (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΕΤΒΑ).
- **ΤΑΠ – ΕΤΕ** (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού Εμπορικής Τράπεζας).
- **ΤΑΠ – ΟΤΕ** (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΟΤΕ).
- **ΤΑΑΠΤΠΓΑΕ** (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού Πίστεως Γενική & American Express).

Ενώ, η ένταξη του Ενιαίου Ταμείου Ανεξάρτητων Απασχολούμενων (Ε.Τ.Α.Α.) στον Εθνικό Οργανισμό Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), σηματοδοτεί την εισχώρηση των παρακάτω πρώην ανεξαρτήτων ταμείων υγείας:

- **Τομέας Σύνταξης Μηχανικών και Εργοληπτών Δημοσίων Έργων (ΤΣΜΕΔΕ).**
- **Τομέας Υγειονομικών (πρώην ΤΣΑΥ).**
- **Τομέας Πρόνοιας Δικηγόρων Αθήνας.**
- **Τομέας Πρόνοιας Δικηγόρων Θεσσαλονίκης.**
- **Τομέας Πρόνοιας Δικηγόρων Πειραιώς.**
- **Δικηγόρων Επαρχιών & Δικαστικών Επιμελητών (ΤΥΔΕ - ΤΠΔΕ).**
- **Τομέας Νομικών.**
- **Τομέας Συμβολαιογράφων.**
- **Προνοίας Εργοληπτών Δημοσίων Έργων (ΤΠΕΔΕ).**

Με αυτές, λοιπόν, τις ενσωματώσεις, πραγματοποιείται:


- ⊗ **Οργανική ενοποίηση του κλάδου υγείας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.).**
- ⊗ **Εξοικονόμηση πόρων.**
- ⊗ **Ομογενοποίηση των παροχών υγείας ως προς όλους τους ασφαλισμένους.**
- ⊗ **Καθολική πρόσβαση σε ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας.**
- ⊗ **Βελτίωση της διαθεσιμότητας και της αποτελεσματικότητας.**

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) εποπτεύεται από:


- **Το υπουργείο εργασίας και κοινωνικής ασφάλισης.**
- **Το υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.**

Η βασική επιδίωξη της ίδρυσης αυτού του ενιαίου ταμείου υγείας, είναι η αντιμετώπιση του κατακερματισμού, στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, της χρηματοδότησης της περίθαλψης και των μεταξύ τους ανισοτήτων στις παροχές. Κύριο χαρακτηριστικό του αποτελεί η δημόσια χρηματοδότηση που προσφέρει στην υγειονομική περίθαλψη, ωστόσο η αποστολή του δεν εξαντλείται μόνο σε αυτή τη χρηματοδότηση, αλλά συνυπάρχει με εκείνη της παροχής, άμεσα από τον ίδιο, υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους των ταμείων, που συγχωνεύτηκαν σε αυτόν.

Ακόμη, σύμφωνα με τον ιδρυτικό νόμο του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), προβλέπεται ρητά ότι οι σκοποί του, θα είναι οι ακόλουθοι:<sup>152</sup>

 **Η παροχή υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, δηλαδή τους συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους.**

 **Ο λειτουργικός συντονισμός.**

 **Η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων, που συγκροτούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας:**

☞ *Κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.).*

☞ *Αγροτικοί ιατροί.*

☞ *Μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης των δήμων.*

Αυτός ο «δισυπόστατος» χαρακτήρας της αποστολής του, δεν φαίνεται να συμβιβάζεται με έναν άλλο σκοπό του οργανισμού, εκείνον που τον αναδεικνύει σε αγοραστή περίθαλψης, σύμφωνα με τα πρότυπα εισαγωγής στον τομέα της υγείας της μικροοικονομικής λογικής, που ακμάζουν στην Ευρώπη. Εκτός αυτού, πουθενά στον ιδρυτικό νόμο του, ούτε καν στα Μνημόνια, δεν διακηρύσσονταν με φανερό τρόπο, ότι η αποστολή του οργανισμού θα ήταν να συρρικνώσει το ύψος και το επίπεδο των παροχών υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους, με σκοπό την περιστολή της δημόσιας δαπάνης υγείας.

Με το πέρασμα του χρόνου, ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) αναδείχτηκε σε πηγή αποφάσεων περικοπών της κάλυψης από δημόσιους πόρους των δαπανών περίθαλψης, σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις της (φαρμακευτικής, πρωτοβάθμιας, νοσοκομειακής). Απόρροια των περικοπών αυτών, ήταν:<sup>153</sup>

**✘ Η μετακύληση της δαπάνης στους πολίτες.**

**✘ Η πρακτική αδυναμία των πολιτών, να αναλάβουν την δαπάνη αυτή.**

**✘ Η διακινδύνευση της υγείας και της ίδιας τους της ζωής.**

Επιπλέον, στο χώρο που αφορά άμεσα τον Εθνικό Οργανισμό Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), ως χρηματοδότη της περίθαλψης, καθώς και στα ασφαλιστικά ταμεία, που μεταφέρουν τους πόρους σε αυτόν, χαρακτηριστική περίπτωση της επιβάρυνσης των ατομικών εισοδημάτων με το κόστος της περίθαλψης, είναι ο τρόπος που κατ' αρχάς η κεντρική κυβέρνηση και στη συνέχεια, ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας

---

<sup>152</sup> Νόμος 3918/2011, «Διαρθρωτικές Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις», Άρθρο 18, παράγραφος 1, περιπτώσεις (α) – (γ)

<sup>153</sup> Αντωνοπούλου, Λ. (2014), «Οικονομικά Της Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και πολιτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας», Εκδόσεις: Gutenberg, Θεσσαλονίκη, σελ. 215

(Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), διαχειρίστηκαν την εφαρμογή της πρακτικής των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.), για τη χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Από την άλλη μεριά, ο ανορθολογισμός και η προχειρότητα κυριάρχησαν στην ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) και εξακολουθούν να χαρακτηρίζουν την λειτουργία του. Συγκεκριμένα, το 2012 είχε υπολογιστεί ότι το έλλειμμά του άγγιξε τα 1,7 δις ευρώ και τα χρέη του, στους φαρμακοποιούς όλης της χώρας, στις φαρμακευτικές εταιρείες, στις ιδιωτικές κλίνες, αλλά και στους ιατρούς και τα δημόσια νοσοκομεία, ανέρχονταν στο ποσό των 3,6 δις ευρώ. Την ίδια χρονιά, ο οργανισμός για να μπορέσει να ανταποκριθεί στοιχειωδώς στις ανάγκες χρηματοδότησης της περίθαλψης, ζήτησε δάνεια από τρία ασφαλιστικά ταμεία, που μετέχουν σε αυτό. Τα ταμεία αυτά, ωστόσο, αρνήθηκαν να του τα δώσουν, επειδή στην απαίτησή τους να πάρουν εμπράγματα εγγυήσεις από τον τον Εθνικό Οργανισμό Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), με τη μορφή της υποθήκευσης των περιουσιακών του στοιχείων, αυτός απάντησε ότι δεν διαθέτε κανένα.<sup>154</sup>

Περαιτέρω, μέσα στο περιοριστικό δημοσιονομικό πλαίσιο που λειτουργεί το κράτος στην εποχή των Μνημονίων, αποφάσεις της κεντρικής δημόσιας εξουσίας και του ίδιου του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), προτάσσουν τον εξορθολογισμό της χρηματοδότησης, μόνο και μόνο ώστε να διατηρηθεί η ισχνή οικονομική επιφάνεια της χρηματοδότησης της περίθαλψης. Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), μέσα σε αυτό το δημοσιονομικό περιβάλλον, σχεδίασε ένα νέο σύστημα αμοιβών των ιατρών, που συνεργάζονται με αυτόν, ωστόσο με επίσημα διακηρυγμένο έναν σωστό στόχο, τον οποίο θα εξυπηρετεί το εν λόγω σύστημα: την αποτροπή της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας από τους ιατρούς.<sup>155</sup>

Στο τρίτο έτος λειτουργίας του, πραγματοποιείται μία απόπειρα μεταρρύθμισής του, ύστερα από την αξιολόγηση μιας ομάδας εργασίας Ελλήνων και ξένων εμπειρογνομόνων, η οποία ανέδειξε τα ακόλουθα:<sup>156</sup>

✘ **Τον διαχωρισμό του κλάδου αγοράς υγείας από τον κλάδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.), στο ενιαίο σχήμα του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), με απώτερο στόχο:**

☞ *Τη μείωση του κατακερματισμού του συστήματος.*

<sup>154</sup> Κοντός, Δ. (2013), «Ε.Ο.Π.Υ.Υ.: Πάροχος και Αγοραστής, Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ρόλος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., 4 βήματα για την μεταρρύθμιση», Ιατροκοινωνική Εκδήλωση «Υγεία και Μνημόνιο», Ιατρικός Σύλλογος Πατρών

<sup>155</sup> Κυριαζή, Κ. & Μπαλτάσης, Ε. (2014), «Η εξέλιξη του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στο Εθνικό Σύστημα Υγείας», Α.Τ.Ε.Ι. Πειραιά

<sup>156</sup> Οικονόμου, Χ. (2013), «Υγεία, σύστημα υγείας και κοινωνική ευημερία», Foreign Affairs, The Hellenic Edition, σελ. 115

☞ Την δημιουργία δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.).

☞ Την ενδυνάμωση τόσο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.), όσο και των εξειδικευμένων υπηρεσιών.

✘ **Τον αποκλειστικό του ρόλο ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας, από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, ώστε να πάψει να αναλύεται στην επίλυση προβλημάτων του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) και παραμερίζοντας τον ουσιαστικό του ρόλο, ο οποίος έγγυται στην διαπραγματευτική του δύναμη, η οποία είναι ικανή να του διασφαλίσει σημαντικές εκπτώσεις και οικονομίες κλίμακας στον χώρο.**

Κλείνοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι η μέχρι σήμερα λειτουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) αποτελεί, δυνητικά, παράγοντα απονομιμοποίησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και κλονισμού της όποιας και όσης εμπιστοσύνης, οι πολίτες εξακολουθούν να έχουν σε αυτό.

#### 4.4 Η Χρηματοδότηση Του Συστήματος Υγείας

Μια αρχική απόπειρα κατηγοριοποίησης των πηγών χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας, οδηγεί στην διάκριση τριών βασικών πηγών άντλησης κεφαλαίων, που προέρχονται από:<sup>157</sup>

⊗ **Τον ιδιωτικό τομέα**, δηλαδή από:

☞ Την ιδιωτική ασφάλιση.

☞ Το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών.

☞ Τις δωρεές των φιλανθρωπικών οργανώσεων.

⊗ **Τον δημόσιο τομέα** και συγκεκριμένα από:

☞ Τα κεφάλαια που αντλούνται από την φορολογία, δηλαδή από την γενική φορολογία και τους ειδικούς φόρους.

☞ Τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.

☞ Την υποχρεωτική καθολική ασφάλιση, δηλαδή από τις εισφορές ομάδων του πληθυσμού, βάσει του εισοδηματικού τους προϋπολογισμού.

⊗ **Την εξωτερική βοήθεια και συνεργασία.**

---


<sup>157</sup> Σκρουμπέλος, Α. (2012), «Ανασυγκρότηση & Χρηματοδότηση Της Ασφάλισης Υγείας - Το Εγχείρημα Του ΕΟΠΥΥ», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα



Πέρα από αυτές, εξίσου σημαντικές είναι οι μέθοδοι χρηματοδότησης των προμηθευτών – ιατρών του συστήματος υγείας, οι οποίες επηρεάζουν καταλυτικά και ποιοτικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και οι οποίες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε:<sup>158</sup>


 **Αμοιβή κατά πράξη.**

 **Αμοιβή κατά κεφαλήν.**

 **Πάγια αντιμισθία.**

Κάθε ένας από αυτούς τους τρόπους αμοιβής των προμηθευτών – ιατρών, παρουσιάζει τόσο πλεονεκτήματα, όσο και μειονεκτήματα, που έχουν να κάνουν με τις συμπεριφορές των παραγωγών, αναφορικά με:<sup>159</sup>

 **Την ποιότητα και την ποσότητα του παραγόμενου προϊόντος.**

 **Το είδος της φροντίδας.**

 **Φαινόμενα, όπως είναι:**

- **Η προκλητή ζήτηση.**
- **Ο ηθικός κίνδυνος.**

Τέλος, ορισμένα στατιστικά στοιχεία για να γίνει πιο κατανοητή η χρηματοδότηση του τομέα της υγείας παρατίθενται στην συνέχεια.

Αναφορικά με τη συνολική χρηματοδότηση των ελληνικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, παρατηρείται πως κατά τα έτη 2010 – 2014, συνεχώς μειώνεται, ωστόσο το έτος 2015, αυξήθηκε και έφτασε στο 8,38%, συγκριτικά με το 7,94% που κατείχε το 2014. Παράλληλα, η συνολική δημόσια δαπάνη χρηματοδότησης είναι αυτή που κατέχει την 1<sup>η</sup> θέση στους φορείς χρηματοδότησης, καθ' όλη την διάρκεια των εξεταζόμενων ετών, παρόλο που μειώνεται και αυτή σταδιακά, όπως διαφαίνεται από το ακόλουθο διάγραμμα.

---

<sup>158</sup> Οικονόμου, Χ. (2013), «Ανισοτιμίες στην υγεία. Θεωρητικές προσεγγίσεις και η κατάσταση στην Ελλάδα», Στο 1. Οικονόμου (Επιμ.) Υγεία, κοινωνία και οικονομία Αθήνα: Αλεξάνδρεια

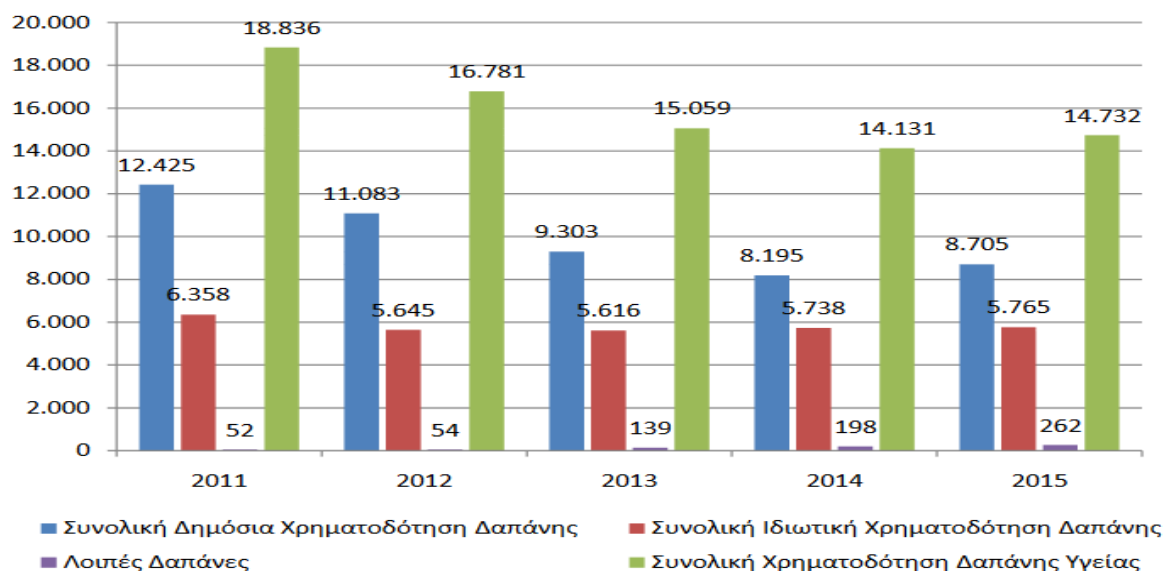
<sup>159</sup> Νιάκας, Δ. (1995), «Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας», Εκδόσεις: Γνώση, Αθήνα



Πίνακας 2: «Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας ως % του ΑΕΠ, στην Ελλάδα, 2010 – 2015»

Έτος	Συνολική Χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας (ως ποσοστό του ΑΕΠ)
2010	9,56%
2011	9,10%
2012	8,78%
2013	8,34%
2014	7,94%
2015	8,38%

Εικόνα 2: «Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Ανά Φορέα Χρηματοδότησης, 2011 – 2015 (εκατ. €)»








Πηγή: European System of Accounts – ESA 2010

#### 4.5 Η Πολιτική Για Το Φάρμακο

Τα μέτρα δημοσιονομικής πολιτικής που εφαρμόστηκαν στην πολιτική του φαρμάκου, σχετίζονταν με την ολοκληρωτική εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης των φαρμάκων, των ιατρικών πράξεων και των διαγνωστικών εξετάσεων, με την προσχώρηση του συνόλου των ασφαλιστικών ταμείων στο σύστημα. Πέρα από αυτά, επιβλήθηκε:<sup>160</sup>

<sup>160</sup> Πετράκης, Π. Ε. (2011), «Η ελληνική οικονομία και η κρίση: Προκλήσεις και προοπτικές», Αθήνα: Quaestor Μονοπρόσωπη Ε.Π.Ε.

-  *Η επιβάρυνση με το ποσό του 1€, για κάθε συνταγή φαρμάκου.*
-  *Η υποχρεωτική συνταγογράφηση, στηριζόμενη στην δραστική ουσία (INN), η οποία πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον το 90% όλων των ιατρικών πράξεων, που καλύπτονται από τα δημόσια ταμεία.*
-  *Η αντικατάσταση πρωτότυπων φαρμάκων με τα αντίστοιχα γενόσημα, ώστε να αυξηθεί η χρήση των δεύτερων στο 60%.*
-  *Το πλαφόν στην συνταγογράφηση των φαρμάκων από τους ιατρούς.*
-  *Η δημιουργία θεραπευτικών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης.*

Επιπλέον, για ακόμη μεγαλύτερη μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, πραγματοποιήθηκαν τα ακόλουθα:<sup>161</sup>

- ✦ *Αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στα φάρμακα.*
- ✦ *Χαμηλές τιμές αναφοράς αποζημίωσης φαρμακευτικών σκευασμάτων, από το κράτος.*
- ✦ *Μείωση του ποσοστού κέρδους των χονδρεμπόρων και των φαρμακοποιών, με ταυτόχρονη εισαγωγή του φθίνοντος περιθωρίου κέρδους.*
- ✦ *Υποχρεωτικές εκπτώσεις, με τη μορφή επιστροφών των φαρμακευτικών εταιρειών και των φαρμακείων.*

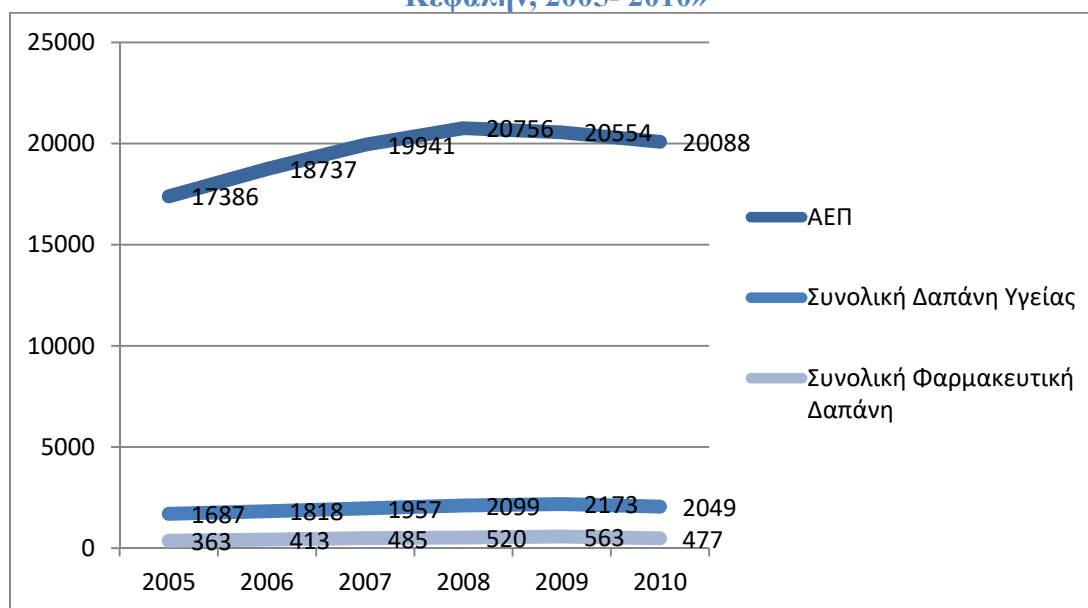
Τέλος, για να αποδοθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η κατάσταση που επικρατούσε στον τομέα του φαρμάκου, παρατίθενται τα ακόλουθα στατιστικά στοιχεία:

Από το ακόλουθο διάγραμμα διαπιστώνεται ότι τα κατά κεφαλήν ΑΕΠ της χώρας, η συνολική δαπάνη υγείας, όπως και η συνολική φαρμακευτική δαπάνη, ακολουθούν την ίδια πορεία, ανοδική έως και το 2009 και στη συνέχεια, φθίνουσα.

---

<sup>161</sup> Κυριόπουλος, Γ. & Τσιάντου, Β. (2010), «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27 (5), σελ. 834 – 840

**Πίνακας 3: «ΑΕΠ, Συνολική Δαπάνη Υγείας & Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη Κατά Κεφαλήν, 2005- 2010»**

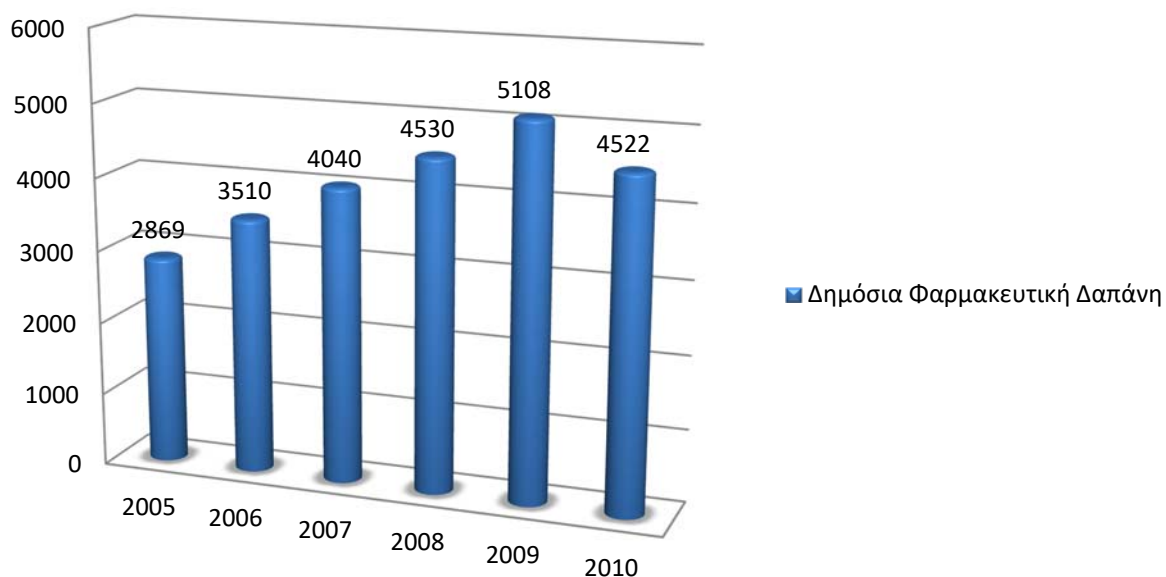


Πηγή: OECD Health Data, 2012

Επιπρόσθετα, διαπιστώνεται πως παρόλο που η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη κατά τα έτη 2005 – 2009 αυξάνεται προοδευτικά, φτάνοντας στα €5.108 δις το 2009, σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσό του 2005, που ήταν μόλις €2.869 δις, ωστόσο, στην συνέχεια παρουσιάζει μείωση, πέφτοντας το 2010 στα €4.522 δις. Η αιτία για αυτήν την πτώση ήταν, προφανώς, η οικονομική κρίση που έγινε περισσότερο αισθητή από το 2009 και έπειτα και πιο συγκεκριμένα, ήταν συνέπεια των θεσμικών παρεμβάσεων στην ελληνική αγορά φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Αντίστοιχα, η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, ύστερα από πολλά скаμπανευάσματα στην τιμή της κατά την διάρκεια των ετών 2005 – 2010, κατέληξε το 2010, να φτάνει τα €1.123 δις, μειούμενη από το 2005, κατά 2,9%.

**Πίνακας 4: «Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2005 - 2010, σε δις €»**



Πηγή: OECD Health Data, 2012

Συνοπτικά, η κατάσταση που επικρατούσε την συγκεκριμένη πενταετία 2005 – 2010, δηλαδή την περίοδο των Μνημονίων και της έντονης έξαρσης της οικονομικής κρίσης, στον χώρο της φαρμακευτικής αγοράς και γενικότερα της υγείας, παρουσιάζεται στον ακόλουθο πίνακα.

**Πίνακας 5: «Δαπάνη Υγείας & Φαρμάκου στην Ελλάδα 2005 - 2010»**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>ΑΕΠ</b>	193.050	208.622	222.771	232.920	231.642	227.318
<b>ΑΕΠ κατά κεφαλήν σε €</b>	17.386	18.737	19.941	20.756	20.554	20.088
<b>Συνολική δαπάνη υγείας</b>	18.726	20.263	21.832	23.525	24.554	23.186
<b>Συνολική δαπάνη υγείας κατά κεφαλήν σε €</b>	1.687	1.818	1.957	2.099	2.173	2.049

Δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	9,7%	9,7%	9,8%	10,1%	10,6%	10,2%
Συνολική φαρμακευτική δαπάνη	4.026	4.600	5.414	5.834	6.346	5.403
Συνολική φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλήν σε €	363	413	485	520	563	477
Φαρμακευτική δαπάνη ως % της δαπάνης υγείας	21,5%	22,7%	24,8%	24,8%	25,8%	23,3%
Φαρμακευτική δαπάνη ως % του ΑΕΠ	2,1%	2,2%	2,4%	2,5%	2,7%	2,4%
Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη	2.869	3.510	4.040	4.530	5.108	4.522
Ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη	1.157	1.090	1.374	1.304	1.256	1.123

Πηγή: OECD Health Data 2012, ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2009, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων 2012

## Συμπεράσματα

Ο ιστορικός θεσμισμός αποτελεί ένα εργαλείο ανάλυσης πολιτικής, το οποίο προσπαθεί να ερμηνεύσει την εξέλιξη, αλλά και τις συνέπειες των πολιτικών θεσμών, οι οποίοι με τη σειρά τους οδηγούν τις πολιτικές προς μία συγκεκριμένη κατεύθυνση. Επιπλέον, κατά το παρελθόν, η πολιτική υγείας στην Ελλάδα δέχτηκε επιδράσεις από τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, τόσο για τον εξευρωπαϊσμό όσο και ευρύτερα για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας της. Ωστόσο, οι προτάσεις αυτές, πριν από την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης, δεν εφαρμόστηκαν εγκαίρως ή και εξαιτίας συμφερόντων.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα της πρώτης κατηγορίας, αποτελεί η προσπάθεια αποκέντρωσης του υγειονομικού συστήματος, η οποία προτάθηκε για πρώτη φορά το 1923, ωστόσο εφαρμόστηκε τελικά το 2001, με το νομοσχέδιο Παπαδόπουδου. Επιπλέον, το νομοσχέδιο του 1953 για την λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), σύμφωνα με το βρετανικό πρότυπο συστήματος υγείας τύπου Beveridge, εφαρμόστηκε με καθυστέρηση 30 ολόκληρων ετών, καθώς πραγματοποιήθηκε τελικά το 1983. Ενώ, ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα της δεύτερης κατηγορίας, αποτελεί η προσπάθεια συνένωσης των ασφαλιστικών ταμείων, η πρώτη απόπειρα της οποίας πραγματοποιήθηκε το 1945 και η τελευταία το 2001, με την ίδρυση του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (Ο.ΔΙ.Π.Υ.). Έτσι, δημιουργήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), το 2011, ως επιτακτική ανάγκη, ουσιαστικά χάρη στο ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης.

Επιπλέον, όπως διαφαίνεται και από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε, η οικονομική κρίση επέδρασε καθοριστικά στην υιοθέτηση και εφαρμογή διάφορων προτάσεων και μεταρρυθμίσεων στον χώρο της υγείας, που μέχρι τότε αγνοούνταν. Συνεπώς, θα μπορούσε κανείς να πει ότι τα μνημόνια αποτέλεσαν θεσμοθέτηση μιας άτυπης ιδεολογικής σύγκλισης, η οποία ήδη υπήρχε και στο παρελθόν, αλλά και που η οικονομική κρίση επίσπευσε τις προσπάθειες μεταρρύθμισης και εξευρωπαϊσμού του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.).

Ακόμη, οι ευρωπαϊκές συνθήκες, που επικρατούν, δεν προστάζουν κάποιο συγκεκριμένο σχέδιο για την προσφορά υπηρεσιών υγείας και την χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, επομένως δεν προβλέπεται η υιοθέτηση ενός Ομοσπονδιακού Κράτους Πρόνοιας, στο άμεσο μέλλον τουλάχιστον. Συνεπώς, χωρίς οικονομική ανάπτυξη κράτος πρόνοιας, όπως το γνώρισε η Ευρώπη, δεν μπορεί εύκολα να υπάρξει.

Η επιτακτική ανάγκη, επιπλέον, για περιορισμό των δαπανών και καλύτερη χρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων, οδηγεί την Ευρώπη στην υιοθέτηση ενός πιο

φιλελεύθερου μοντέλου, το οποίο θα διακατέχεται από ισονομία στην πρόσβαση στην υπηρεσίες υγείας, ακολουθώντας τις τέσσερις θεμελιώδεις ελευθερίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Όπως διαπιστώθηκε, πολλές μεταρρυθμίσεις προσπάθησαν οι κυβερνήσεις της Ελλάδας να υλοποιήσουν στο χώρο της υγείας, αλλά αυτό δεν επιτεύχθηκε, καθώς επικρατούσε:

- **Πολιτική αδυναμία.**
- **Θεσμική αντίσταση.**
- **Υπηρεσιακή αδράνεια** (συμφέροντα, δυσκολία στην αλλαγή μονοπατιού).

Επιπλέον, η διαδικασία εξευρωπαϊσμού, μια εξωγενής διαδικασία που έχει ξεκινήσει ήδη προ κρίσης, οδηγούσε σε σταδιακή ενσωμάτωση της χώρας στις ευρωπαϊκές νόρμες, αλλά και σε ενοποίηση, με τα υπέρ και τα κατά της και σε ιδεολογική άτυπη σύγκλιση.

Η κρίση, συνεπώς, λειτούργησε ως καταλύτης για την θεσμοθέτηση, μέσω των μνημονίων, μέτρων που έπρεπε να είχαν παρθεί προ αυτών, αλλά κάτι τέτοιο δεν είχε συμβεί, λόγω των ανωτέρω αδυναμιών. Οι αντιστάσεις – αδυναμίες αυτές (πολιτική αδυναμία, θεσμική αντίσταση, υπηρεσιακή αδράνεια) εξακολούθησαν να υφίστανται, αλλά πλέον υπήρχε ένα παράθυρο ευκαιρίας για ουσιαστικές αλλαγές, το οποίο αν το εκμεταλλευτούσαν οι κυβερνήσεις ή όχι, παραμένει ακόμη ένα ανοιχτό ερώτημα.

Τέλος, το μνημόνιο, το οποίο σαφώς και επηρεάζει ενεργητικά την δημοσιονομική πολιτική μιας χώρας μέλους και μέσω αυτής την πολιτική υγείας της, αλλά διεθέτει και τα χαρακτηριστικά μιας σύμβασης δανεισμού και υπό αυτή την έννοια θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μια παθητική διαδικασία ενοποίησης. Την ίδια στιγμή, όπως είναι εύκολο να διαπιστώσει κανείς, βαδίζει πάνω στα χαρακτηριστικά της άτυπης ιδεολογικής σύγκλισης και αποτελεί, ουσιαστικά, συνέχεια της προσπάθειας σύγκλισης της δημοσιονομικής πειθαρχίας στους κόλπους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που επικρατούσε και πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης.

## Ελληνική Βιβλιογραφία

- § Αιτιολογική Έκθεση, (2005), σελ. 5.
- § Αιτιολογική Έκθεση (2007), σελ. 2.
- § Αντωνοπούλου, Λ. (2014), «Οικονομικά Της Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και πολιτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας», Εκδόσεις: Gutenberg, Θεσσαλονίκη.
- § Αντωνοπούλου, Λ. (2008), «Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία», Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 3(2), σελ. 109 – 120.
- § Ατταλίδης, κ.α. (2014), «Η Ευρωπαϊκή Ένωση στον σύγχρονο κόσμο. Δημιουργία-Εξέλιξη- Προοπτική», European Commission Representation in Cyprus.
- § Γεωργακόπουλος, Ν. (2014), «Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ στο ΕΣΥ: Μεταρρύθμιση ή Απορρύθμιση», Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών. Διοίκηση της Υγείας. Πανεπιστήμιο Πειραιά. Αναρτήθηκε από: <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/6538/DY1105.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Προσπελάστηκε στις 10/11/2017, ώρα 10:04]
- § Γιαννίτσης, Τ. (2004), «Ελλάδα, η ένταξη στην ΟΝΕ και οι προκλήσεις του μέλλοντος», Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα.
- § Γιώτη - Παπαδάκη, Ο. (2004), «Ευρωπαϊκή Πολιτική Ολοκλήρωση και Πολιτικές Αλληλεγγύης», Εκδόσεις: Κριτική, Αθήνα.
- § Δαγτόγλου, Π. Δ. (1989), «Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Δίκαιο Ι», (ενημέρωση Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη), Εκδόσεις: Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, σελ. 27.
- § Εισηγητική Έκθεση του Νόμου 1397/1983, σελ. 1.
- § Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ. (2001), «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα.
- § Ιωακειμίδης, Π. Κ. (2008), «Η Συνθήκη της Λισσαβώνας – παρουσίαση, ανάλυση, αξιολόγηση», Εκδόσεις: Θεμέλιο, Αθήνα.
- § Καλογεροπούλου, Μ. & Μουρδουκούτας, Π. (2007), «Υπηρεσίες Υγείας», Τόμος Α, Εκδόσεις: Κλειδάριθμος, Αθήνα, σελ. 111.
- § Κανελλόπουλος, Π. Ι. (2003), «Το Δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης», 4<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδόσεις: Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, σελ. 155.



- § Κανελλόπουλος, Π. Ι. (2008), «Οι Συνθήκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης – Μετά την Συνθήκη της Λισσαβώνας», Άρθρο 14, παράγραφος 1, Εκδόσεις: Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, σελ. 27.
- § Κατρούγκαλος, Γ. (2004), «Θεσμοί και συστήματα κοινωνικής προστασίας στο σύγχρονο κόσμο», Αθήνα – Κομοτηνή, Εκδόσεις: ΣΑΚΚΟΥΛΑ.
- § Καρκατσούλης, Π. (2003), «Η διακυβέρνηση στην εποχή της παγκοσμιοποίησης: Το ευρωπαϊκό παράδειγμα», Επιστήμη και Κοινωνία, Τεύχος 10/2003.
- § Κοντός, Δ. (2013), «Ε.Ο.Π.Υ.Υ.: Πάροχος και Αγοραστής, Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ρόλος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., 4 βήματα για την μεταρρύθμιση», Ιατροκοινωνική Εκδήλωση «Υγεία και Μνημόνιο», Ιατρικός Σύλλογος Πατρών.
- § Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ. & Φιλαλήθης, Α. (2006), «Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα: Παράγοντες αποτυχίας και κανόνες ορθού μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού», Εκδόσεις: Διοικητική Ενημέρωση, Αθήνα, σελ. 82 – 90.
- § Κυριαζή, Κ. & Μπαλτάσης, Ε. (2014), «Η εξέλιξη του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στο Εθνικό Σύστημα Υγείας», Α.Τ.Ε.Ι. Πειραιά.
- § Κυριόπουλος, Γ. & Τσιάντου, Β. (2010), «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27 (5), σελ. 834 – 840.
- § Λιαρόπουλος, Λ. Λ. (2007), «Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας», Α Τόμος, Εκδόσεις: Βήτα, Αθήνα.
- § Μαραβέγιας, Ν. & Τσινισιζέλης, Μ., επιμ. (1999), «Η Ολοκλήρωση της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Θεσμικές, Πολιτικές και Οικονομικές Πτυχές», Β' Έκδοση, Εκδόσεις: Θεμέλιο, Αθήνα.
- § Μπέσης, Ν. (1993), «Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας», IOBE, Αθήνα.
- § Μοσχόπουλος, Δ. (2014), «Ο ιστορικός θεσμισμός ως ερμηνευτικό ιστορικό εργαλείο: Η θεωρία και η εφαρμογή της σε ένα γεγονός της σύγχρονης ελληνικής ιστορίας», PDF Download Available). Available from: [https://www.researchgate.net/publication/280312636\\_O\\_istorikos\\_thesmismos\\_os\\_ermeneutiko\\_istoriko\\_ergaleio\\_E\\_theoria\\_kai\\_e\\_epharmoge\\_tes\\_se\\_ena\\_gegonos\\_tes\\_synchrones\\_ellenikes\\_istorias](https://www.researchgate.net/publication/280312636_O_istorikos_thesmismos_os_ermeneutiko_istoriko_ergaleio_E_theoria_kai_e_epharmoge_tes_se_ena_gegonos_tes_synchrones_ellenikes_istorias) [accessed Oct 21 2017].
- § Νιάκας, Δ. (1993), «Υγεία και περιφερειακή ανάπτυξη. Η περιφερειακή πολιτική υγείας στην Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
- § Νιάκας, Δ. (1995), «Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας», Εκδόσεις: Γνώση, Αθήνα.

- § Νόμος 2071/1992, «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας», Άρθρο 1.
- § Νόμος 2194/1994, «Αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ 34<sup>Α</sup>.
- § Νόμος 2519/1997, «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, Ρυθμίσεις για το Φάρμακο και Άλλες Διατάξεις», ΦΕΚ 165.
- § Νόμος 2889/2001, «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας».
- § Νόμος 3329/2005, «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές Διατάξεις».
- § Νόμος 3457/2006, «Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης», Άρθρο 8, παράγραφοι 4 – 5.
- § Νόμος 3580/2007, «Προμήθειες Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις».
- § Νόμος 3655/2008, «Νόμος για το νέο ασφαλιστικό», ΦΕΚ 58 Α'.
- § Νόμος 3918/2011, «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις».
- § Οικονόμου, Χ., Κυριόπουλος, Γ. & Καραλής, Γ. (2000), «Περιφερειακή κατανομή των πόρων στο νοσοκομειακό τομέα στην Ελλάδα: Διαχρονική προσέγγιση», Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμος 62, τεύχος 3.
- § Οικονόμου, Χ. (2004), «Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα & στις Ευρωπαϊκές κοινωνίες», Εκδόσεις: ΔΙΟΝΙΚΟΣ, Αθήνα.
- § Οικονόμου, Χ. (2012), «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα, ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- § Οικονόμου, Χ. (2013), «Υγεία, σύστημα υγείας και κοινωνική ευημερία», Foreign Affairs, The Hellenic Edition, σελ. 115.
- § Οικονόμου, Χ. (2013), «Ανισοτιμίες στην υγεία. Θεωρητικές προσεγγίσεις και η κατάσταση στην Ελλάδα», Στο 1. Οικονόμου (Επιμ.) Υγεία, κοινωνία και οικονομία Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- § Πετράκης, Π. Ε. (2011), «Η ελληνική οικονομία και η κρίση: Προκλήσεις και προοπτικές», Αθήνα: Quaestor Μονοπρόσωπη Ε.Π.Ε..
- § Πλιάκος, Α. (2012), «Το Δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Θεσμικό & Ουσιαστικό Δίκαιο», Εκδόσεις: Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.

- ⊗ Παπαγεωργίου, Ι. (2014), «Ιστορία, θεωρίες και θεσμοί της Ευρωπαϊκής Ενοποίησης. Φεντεραλισμός – Λειτουργισμός - Διακυβερνητισμός», Έκδοση: 1.0, Θεσσαλονίκη. Διαθέσιμο από την δικτυακή διεύθυνση: <http://eclass.auth.gr/courses/OCRS230/>.
- ⊗ Σιούσιουρας, Π. & Χαζάκης, Κ. (2009), «Παγκοσμιοποίηση. Ευρωπαϊκή Ένωση & Ελλάδα. Πολιτικές και οικονομικές όψεις» Εκδόσεις: ΠΟΙΟΤΗΤΑ, Αθήνα, σελ. 173.
- ⊗ Σίσκου, Ο. κ.ά., (2008), «Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, το ελληνικό παράδοξο», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(5), σελ. 663 – 672 Αναρτήθηκε από: <http://www.mednet.gr/archives/2008-5/pdf/663.pdf>.
- ⊗ Τσάτσος, Δ. (2005), «Τα μεγάλα θεσμικά της Ευρωπαϊκής Ένωσης», Εκδόσεις: Σαββάλας, Αθήνα.
- ⊗ Τσινισιζέλης, Μ. (2001), «Quo Vadis Europa?», Εκδόσεις: Σμυρνιωτάκης, Αθήνα, σελ. 216 – 217.
- ⊗ Σακελλαρόπουλος, Θ. & Οικονόμου, Χ. (2006), «Εθνικές προτεραιότητες και ευρωπαϊκές προκλήσεις στη μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής προστασίας και απασχόλησης στην Ελλάδα, 1980-2004», Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη 2006 1 (1), σελ. 5 – 36.
- ⊗ Στεφάνου, Κ. Α. (2008), «III. Το θεσμικό Σύστημα της Ευρωπαϊκής Ένωσης», στο Μαραβέγιας, Ν. & Τσινισιζέλης, Μ., (επιμ.) «Νέα Ευρωπαϊκή Ένωση – Οργάνωση και πολιτικές 50 χρόνια», Εκδόσεις: Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.196.
- ⊗ Σιούσιουρας, Π. & Χαζάκης, Κ. (2009), «Παγκοσμιοποίηση. Ευρωπαϊκή Ένωση & Ελλάδα. Πολιτικές και οικονομικές όψεις», Εκδόσεις: ΠΟΙΟΤΗΤΑ, Αθήνα, σελ. 173.
- ⊗ Σκουρής, Β. (2003), «Ερμηνεία Συνθηκών για την Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ευρωπαϊκή Κοινότητα», Εκδόσεις: Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα.
- ⊗ Σκρουμπέλος, Α. (2012), «Ανασυγκρότηση & Χρηματοδότηση Της Ασφάλισης Υγείας - Το Εγχείρημα Του ΕΟΠΥΥ», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.
- ⊗ Σουλιώτης, Κ. (2007), «Το “εκκρεμές” των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα: Τι φταίει και νοσεί το ΕΣΥ στην Ελλάδα; Έλλειμμα σχεδιασμού, πόρων ή συναίνεσης;», Εφημερίδα: Τα Νέα.
- ⊗ Τσαφαντάκης, Β. (2013), «Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδας», Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.
- ⊗ Υπουργείο Υγείας Προνοίας και Κοινωνικών ασφαλίσεων, (1995), «Εισήγηση για τη δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας και την Αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας. Έκθεση της επιτροπής για τον Ενιαίο Φορέα Υγείας», Αθήνα.

- ⌘ Υπουργείο Υγείας Προνοίας και Κοινωνικών ασφαλίσεων, (1995), «Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας. Έκθεση της επιτροπής για τον Οικογενειακό Γιατρό και την Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας», Αθήνα.
- ⌘ Υπουργείο Υγείας Προνοίας και Κοινωνικών ασφαλίσεων, (1995), «Μελέτη για την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού και την Οργάνωση των Μονάδων Υγείας, Αθήνα.
- ⌘ Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2000), «Σχέδιο μεταρρύθμισης: Υγεία για τον πολίτη», Αθήνα.
- ⌘ Φερόνας, Α. «Ο Εξευρωπαϊσμός της Κοινωνικής Πολιτικής στην Ελλάδα: Από την εθελοντική αναδόμηση στην επιβαλλόμενη αποδόμηση», 5<sup>ο</sup> Διεθνές Επιστημονικό Συνέδριο Ε.Ε.Κ.Π., «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ: ΣΤΟ ΣΤΑΥΡΟΔΡΟΜΙ ΤΩΝ ΕΠΙΛΟΓΩΝ», Αθήνα, 9 Μαρτίου 2014.
- ⌘ Φυντανίδου, Ε. Δημοσίευση στο Βήμα, 13/05/2001.
- ⌘ Χλέτσος, Μ. (2015), «Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης».
- ⌘ Χολέβας, Κ. (2012), «Φεντεραλιστής σε λάθος εποχή», Εφημερίδα: Δημοκρατία.
- ⌘ Χρυσόγονος, Κ. Χ. (2013), «Η καταστρατήγηση του Συντάγματος στην εποχή των Μνημονίων», Εκδόσεις: Α. Α. Λιβάνη, Αθήνα, σελ. 53.

## Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- ⌘ Abel – Smith, (1994), «Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας».
- ⌘ Balassa, B. (1962), “The Theory of Economic Integration”, Allen and Unwin, London.
- ⌘ Beland, D. (2005), “Ideas and Social Policy: An Institutionalist Perspective”, Social Policy and Administration, 39, 1, pp 1 – 18.
- ⌘ Bulmer, S. & Burch, M. (1998), “Organizing for Europe: Whitehall, the British State and European Union”, Public Administration, 76, 4, pp 601 – 628.
- ⌘ Bulmer, S. & Radaelli, C. (2004), “The Europeanisation of National Policy”, Queen’s Papers on Europeanisation, No 1/2004.
- ⌘ Cassen, B. (1998), “Δημοκρατικός έλεγχος και παγκοσμιοποίηση, Le monde diplomatique - Σενάρια για την παγκοσμιοποίηση”, Τεύχος 13, σελ. 96 – 97.
- ⌘ Coudenhove – Kalergi, R. N. (1926), “Pan-Europe”, Knopf, New York.

- ⌘ Dimitrakopoulos, D. G., & Passas, A. G. (2003), “International organizations and domestic administrative reform”, in: Peters B.G. and Pierre J., (eds), Handbook of public administration, pp 440 – 450, London: Sage.
- ⌘ Deutsch, K. W. (1966), “Nationalism and Social Communication”, 2nd edition, MIT Press, Cambridge, MA.
- ⌘ Deutsch, K. W. (1968), “The Analysis of International Relations”, Prentice Hall, Englewood Cliffs NJ.
- ⌘ Guigner, S. (2007), “L’ europeisation cognitive de la santé: entre imposition et persuasion”, pp 265.
- ⌘ Greer, S. L. (2011), “The weakness of strong policies and the strength of weak policies: Law, experimentalist governance, and supporting coalitions in the European Union health care policy”, Regulation and Governance, 5(2) pp. 187 – 203.
- ⌘ Greer, S., Fahy, N., Elliott, H. et al (2014), “Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask”, European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies, No. 34, pp 12 – 71.
- ⌘ Hall, P. (1993), “Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain”, Comparative Politics, 25, 3, pp 275 – 296.
- ⌘ Haas, E. B. (1968), “The Uniting of Europe: Political, Social and Economic Forces 1950-1957”, 2nd edn. Stanford: Stanford University Press.
- ⌘ Hutton, W. (2007), “How Europe can save the world” Observer. Αναφορά στους Σιούσιουρα Χαζάκης (2009), «Παγκοσμιοποίηση. Ευρωπαϊκή Ένωση & Ελλάδα. Πολιτικές και οικονομικές όψεις» Εκδόσεις: ΠΟΙΟΤΗΤΑ, Αθήνα, σελ. 181.
- ⌘ Liaropoulos, L. (1998), “Ethnics and management of health care in Greece”, London.
- ⌘ Levi, M. (1997), “A Model, a Method, and a Map: Rational Choice in Comparative and Historical Analysis”, in M.Lichbach and A. Zuckerman (eds), Comparative Politics: Rationality, Culture and Structure, Cambridge: Cambridge University Press, pp 19 – 41.
- ⌘ March, J. G. & Olsen, J. P. (2006), “The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life.” American Political Science Review 78 (September), pp. 734 – 749.
- ⌘ Mintany, D. (1966), “A Working Peace System”, Quadrangle Books, Chicago.
- ⌘ Muller, P. & Surel, Y. (2002), «Ανάλυση Των Πολιτικών Του Κράτους (Η)», Εκδόσεις: Τυπωθήτω, Αθήνα, σελ. 125.
- ⌘ OECD Health Data 2012, ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2009, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων 2012.

- ⌘ Oliver, A. & Mossialos, E. “European Health Systems Reforms: Looking back to see Forward”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, Nos. 1-2, February – April 2005, pp 10.
- ⌘ Pierson, P. (2000), “Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics”, *The American Political Science Review*, 94, 2, pp 251 – 267.
- ⌘ Polyzos, N., Economou, C. & Zilidis, C. (2008), “National Health Policy in Greece: Regulations Or Reforms?”, *The Sisyphus Myth, European Research Studies, Volume XI, Issue (3)*.
- ⌘ Radaelli, C. (2000), “Whither Europeanisation? Concept stretching and substantive change”, *European Integration online Papers (EIoP)*, vol. 4 (2000), No 8.
- ⌘ Schenk, A. (2013), “Does European integration of health policy only benefit a small minority of mobile individuals while it endangers collective institutions that protect the majority at the national level?”, In *Evolving Europe: Voices of the Future*, <https://www.uaces.org/documents/papers/1340/schenk.pdf>.
- ⌘ Sotiropoulos, D. (2004), “The EU’ s impact on the Greek welfare state: Europeanization on paper?”, *Journal European Social Policy*, Vol 14 (3), pp 272.
- ⌘ Spinelli, A. (1972), "The Growth of the European Movement since the Second World War", in M. Hodges (ed.), *European Integration*, Penguin, Harmondsworth.
- ⌘ Thelen, K. (1999), “Historical Institutionalism in Comparative Politics”, *Annual Review of Political Science*, 2, pp. 369.
- ⌘ Tsalikis, G. (1988), “Evaluation of the socialist health policy in Greece”, *International Journal of health Services*.

## Ηλεκτρονικές Πηγές

- ⌘ [https://europa.eu/european-union/about-eu/history/1945-1959\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/history/1945-1959_el)
- ⌘ [http://europa.eu/about-eu/institutions-bodies/eib/index\\_el.htm](http://europa.eu/about-eu/institutions-bodies/eib/index_el.htm)
- ⌘ [https://europa.eu/european-union/topics/health\\_el](https://europa.eu/european-union/topics/health_el)
- ⌘ <http://ec.europa.eu/citizens-initiative/public/competences/faq?lg=el>
- ⌘ [http://www.europedia.moussis.eu/books/Book\\_2/2/4/1/?all=1](http://www.europedia.moussis.eu/books/Book_2/2/4/1/?all=1)
- ⌘ [https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/council-eu\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/council-eu_el)
- ⌘ [https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-commission\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-commission_el)

- ⌘ [http://www.europedia.moussis.eu/books/Book\\_2/2/4/1/2/?all=1](http://www.europedia.moussis.eu/books/Book_2/2/4/1/2/?all=1)
- ⌘ [http://www.europedia.moussis.eu/books/Book\\_2/2/4/1/3/?all=1](http://www.europedia.moussis.eu/books/Book_2/2/4/1/3/?all=1)
- ⌘ [http://www.europedia.moussis.eu/books/Book\\_2/2/4/2/1/?all=1](http://www.europedia.moussis.eu/books/Book_2/2/4/2/1/?all=1)
- ⌘ [https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-court-auditors\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-court-auditors_el)
- ⌘ [http://www.europedia.moussis.eu/books/Book\\_2/2/4/2/?lang=gr&all=1&s=1&e=10](http://www.europedia.moussis.eu/books/Book_2/2/4/2/?lang=gr&all=1&s=1&e=10)
- ⌘ [https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-economic-social-committee\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-economic-social-committee_el)
- ⌘ [https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-committee-regions\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-committee-regions_el),
- ⌘ [http://www.europedia.moussis.eu/books/Book\\_2/2/4/2/4/?all=1](http://www.europedia.moussis.eu/books/Book_2/2/4/2/4/?all=1)
- ⌘ <http://www.eopyy.gov.gr>