

**Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

**Σχολή Οικονομικών Επιστημών & Διοίκησης**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών**

***Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας***

**Μεταπτυχιακή Διατριβή**



**Ευρωπαϊκή Ενοποίηση, Οικονομική Κρίση και  
Προοπτικές Κράτους Πρόνοιας**

**Σαρήμπαλης Παντελεήμων**

**Επιβλέπων Καθηγητής**

**Παναγιώτης Μινογιάννης**

**Ιούνιος 2019**

**Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

**Σχολή Οικονομικών Επιστημών & Διοίκησης**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών**

***Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας***

**Μεταπτυχιακή Διατριβή**

**Ευρωπαϊκή Ενοποίηση, Οικονομική Κρίση και  
Προοπτικές Κράτους Πρόνοιας**

**Σαρήμπαλης Παντελεήμων**

**Επιβλέπων Καθηγητής**

**Παναγιώτης Μινογιάννης**

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμό Υπηρεσιών Υγείας από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

**Ιούνιος 2019**

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	6
<b>Περίληψη.....</b>	<b>7</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>8</b>
<b>1.Εισαγωγή.....</b>	<b>9</b>
<b>2.Ανάλυση Δημόσιας Πολιτικής.....</b>	<b>11</b>
2.1 Η Νεοθεσμική προσέγγιση της δημόσιας πολιτικής.....	11
2.1.1 Ορθολογικός θεσμισμός.....	12
2.1.2 Κοινωνιολογικός θεσμισμός.....	12
2.1.3 Ιστορικός θεσμισμός.....	13
2.2 Θεσμική αλλαγή .....	16
2.3 Η πολιτική υγείας υπό το πρίσμα του ιστορικού θεσμισμού.....	18
<b>3.Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση .....</b>	<b>19</b>
3.1 Θεωρίες Ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης .....	19
3.2 Η Ιστορική διαδρομή της Ευρωπαϊκής Ένωσης .....	22
3.3 Η Διεύρυνση.....	23
3.4 Οι Ευρωπαϊκές Συνθήκες.....	28
3.4.1 Η Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη.....	29
3.4.2 Η Συνθήκη του Μάαστριχτ .....	29
3.4.3 Η Συνθήκη του Άμστερνταμ .....	32
3.4.4 Η Συνθήκη της Νίκαιας.....	32
3.4.5 Η Συνθήκη της Λισαβόνας .....	33
3.5 Τα Ευρωπαϊκά θεσμικά όργανα .....	34
3.5.1 Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο .....	35
3.5.2 Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο .....	36
3.5.3 Το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	37

3.5.4 Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή .....	38
3.5.5 Το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	39
3.5.6 Η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα.....	41
3.5.7 Το Ελεγκτικό Συνέδριο .....	42
3.5.8 Η Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή .....	43
3.5.9 Η Επιτροπή των Περιφερειών.....	44
3.6 Ευρωπαϊκή ολοκλήρωση σε θέματα υγείας .....	45
3.7 Κοινωνική πολιτική .....	46
3.8 Εξευρωπαϊσμός .....	47
3.9 Αλλαγές δημόσιας διοίκησης και πολιτικής στα πλαίσια του Εξευρωπαϊσμού .....	54
3.10 Εξευρωπαϊσμός στα πλαίσια των μνημονίων .....	59
3.11 Εξευρωπαϊσμός στο χώρο της υγείας .....	63
<b>4. Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα .....</b>	<b>67</b>
4.1 Η ιστορική εξέλιξη του ελληνικού συστήματος υγείας .....	67
4.1.1 Πρώτη περίοδος 1833-1922 .....	67
4.1.2 Δεύτερη περίοδος 1922-1945.....	69
4.1.3 Τρίτη περίοδος 1945-1974.....	71
4.1.4 Τέταρτη περίοδος 1974-1983 .....	72
4.2 Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας .....	73
4.3 Οι μεταρρυθμίσεις του 92' και του 94' .....	76
4.4 Το νομοσχέδιο του Κρεμαστινού-Εμπειρογνώμονες .....	77
4.5 Νόμος 2519/1997 .....	79
4.6 Σχέδιο Αλέκου Παπαδόπουλου .....	80
4.6.1 Οι αντιδράσεις του σχεδίου Παπαδόπουλου .....	83
4.7 Οι τελευταίες εφαρμοστικές διατάξεις πριν την οικονομική κρίση .....	88

4.8 Η μεταρρυθμιστική δραστηριότητα στην Ελλάδα των μνημονίων .....	89
4.8.1 Η θεσμοθέτηση του ΕΟΠΠΥ .....	92
4.8.2 Φαρμακευτικές μεταρρυθμίσεις.....	95
4.8.3 Οι μεταρρυθμίσεις στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .....	97
4.8.4 Άλλες μεταρρυθμίσεις.....	99
4.9 Οιονεί αγορές .....	100
4.10 Η συγκριτική δράση των ομάδων συμφερόντων πριν και μετά τα μνημόνια .....	102
<b>5.Προοπτικές Κράτους Πρόνοιας .....</b>	<b>104</b>
5.1 Παράθυρο ευκαιρίας.....	105
<b>6.Συμπεράσματα.....</b>	<b>108</b>
<b>7.Βιβλιογραφία.....</b>	<b>111</b>

### **Κατάλογος Πινάκων και Χαρτών**

Πίνακας 1: «Βασικά και Συμβουλευτικά Όργανα της ΕΕ» .....	35
Χάρτης 1: Ο χάρτης του «Σιδηρού Παραπετάσματος» .....	25
Χάρτης 2: Η Ευρώπη των «28» .....	27

## Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση του παρόντος πονήματος θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή κύριο Παναγιώτη Μινογιάννη για την καταλυτική του συνεισφορά στον σχεδιασμό, εκπόνηση και καθοδήγηση της παρούσης διπλωματικής εργασίας

Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω τους σεβαστούς γονείς μου και την κοπέλα μου για την αμέριστη συμπαράσταση και κατανόηση που επέδειξαν καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής του παρόντος κειμένου.

## Περίληψη

**Σκοπός:** Η παρούσα διπλωματική εργασία με θέμα «Ευρωπαϊκή ενοποίηση, οικονομική κρίση και προοπτική κράτους πρόνοιας» έχει ως στόχο να αναδείξει την επίδραση της Ευρωπαϊκής πολιτικής στην άσκηση της εθνικής πολιτικής υγείας. Στηριζόμενη στην ανάλυση των θεωριών του ιστορικού θεσμισμού, της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης και του εξευρωπαϊσμού, επιχειρεί να προσδιορίσει τα χαρακτηριστικά της Ευρωπαϊκής ενοποίησης, έτσι όπως αυτή συντελείται κατά τη περίοδο των μνημονίων και να εξετάσει τη θεσμική φύση τους στην εξέλιξη της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα.

**Μεθοδολογία:** Οι πληροφορίες αντλήθηκαν από ελληνικές και ξενόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές και από ηλεκτρονικές πηγές.

**Λέξεις-Φράσεις κλειδιά:** ιστορικός θεσμισμός, ευρωπαϊκή ενοποίηση, εξευρωπαϊσμός, οικονομική κρίση, μνημόνιο, Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΙΠΥ), Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

**Αποτελέσματα:** Η Ευρωπαϊκή ολοκλήρωση αποτελεί βασικό στόχο της ιδρυτικής πράξης (ΕΕΠ), η οποία επιχειρείται ποικιλοτρόπως στην εξελικτική πορεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η επιβολή των μνημονίων κατά τη περίοδο της οικονομικής κρίσης, συνιστούν ένα εργαλείο που τείνει προς αυτή τη κατεύθυνση. Στη περίπτωση της Ελλάδας, τα μνημόνια επέδρασαν καταλυτικά στη πραγματοποίηση αλλαγών στο χρόνια αδρανές υγειονομικό σύστημα της.

**Συμπεράσματα:** Τα μνημόνια που εφαρμόστηκαν στα κράτη μέλη, παρουσιάζουν χαρακτηριστικά τόσο ενεργητικής όσο και παθητικής ενοποίησης, όπως και στοιχεία θεσμοθέτησης μια άτυπης ιδεολογικής σύγκλισης που είχε ξεκινήσει με τα κριτήρια του Μάαστριχτ. Ως προς το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας, τα μνημόνια εφάρμοσαν μέτρα, τα οποία είχαν απορριφθεί από τις προ-μνημονιακές κυβερνήσεις εξαιτίας μιας σειράς παραγόντων, όπως η απροθυμία των εκάστοτε κυβερνήσεων να αναλάβουν το πολιτικό και οικονομικό κόστος, η έλλειψη οράματος, η ανεπάρκεια προγραμματισμού και η απουσία κοινωνικής συναίνεσης των ομάδων συμφερόντων (διοικητικοί υπάλληλοι, ιατρικό προσωπικό κ.α.)

## Abstract

**Cause:** Present thesis with subject: "European Integration, economic crisis and prospects of "Welfare State" aims at indicating the effect of European policy at the exercise of national health policy. Based on the analysis of theories of Historical Institutionalism, the European Integration and the Europeanization, it aims at defining the characteristics of European Integration in the way it is composed during the period of memorandum and examines the institutional nature of memoranda in the evolution of health policy in Greece.

**Methodology:** the information used were draught be Greek and foreign bibliographic reports and electronic resources.

**Key-word phrases:** Historical Institutionalism, European Integration, Europeanization, economic crisis, memorandum, National System of Health (ESY), Organization of Health Resource Management (ODIPY), National Organization for Provision of Health Services (EOPYY).

**Results:** The European integration, constitutes a main goal of the foundational act (Single European Act), which is attempted to be applied in many ways to the evolutionary course of European Union. The imposition of memoranda of financial adjustment, during the period of economic crisis, indicate a tool that shows this direction. In the case of Greece the memoranda had major impact in the realization of changes in healthcare system, which for years was inactive.

**Conclusions:** How memoranda were applied to state embers, indicate both characteristics of Positive Integration and Negative Integration, as well as elements of institutionalization of an informal ideological convergence, that has commenced with Maastricht criteria. As far as Healthcare system, of Greece the memoranda applied measures which were rejected from pre-memorandum governments because of several factors, such as the unwillingness of each time governments to bear the political and financial cost, the lack of vision, the inefficiency of programming and the absence of social consent from interest groups (administrative officers, medical staff etc.).



## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα δεινά που άφησε πίσω του ο εξαετής (1939-1945) Β' Παγκόσμιος Πόλεμος, με τους εκατομμύρια θανάτους, τη πείνα, τους λιμούς και τις ανυπολόγιστες υλικές καταστροφές, έβαλαν στο τραπέζι των συζητήσεων την ανάγκη δημιουργίας μιας ενωμένης Ευρώπης με στόχο την αποκατάσταση της ειρήνης στην Ήπειρο. Οι παραινήσεις του πρωτοπόρου εκφραστή της ευρωπαϊκής ιδέας Ουίνστον Τσώρτσιλ, θα οδηγήσουν αρχικά στη σύγκλιση του Συμβουλίου της Ευρώπης το 1948 με τη συμμετοχή 800 αντιπροσώπων και εν συνεχεία στη συνθηκολόγηση στα πλαίσια της γαλλογερμανικής συμφιλίωσης με την ίδρυση της **Ευρωπαϊκής Κοινότητας Άνθρακα και Χάλυβα (ΕΚΑΧ)** το 1951. Η ως άνω πράξη είναι ιστορικής σημασίας, καθώς όριζε για πρώτη φορά τη διαδικασία της **Ευρωπαϊκής Ενοποίησης**, που έχει ως βασικό άξονα την εκχώρηση μέρους της εθνικής κυριαρχίας των κρατών-μελών, με απώτερο σκοπό την οικονομική και πολιτική ολοκλήρωση των συμμετεχόντων κρατών. Διαγράφοντας μια πορεία 56 χρόνων περίπου εξέλιξης της Ευρωπαϊκής διαδικασίας, υπογράφεται το 2007 η Συνθήκη της Λισαβόνας, η οποία αποτελεί τη τελευταία κατά σειρά από τις κυριότερες Ευρωπαϊκές πράξεις.

Στα πλαίσια της ενοποιητικής διαδικασίας και σύμφωνα με τη παραχώρηση μέρους της εθνικής κυριαρχίας των κρατών μελών που τη συνοδεύουν, γεννήθηκε η ανάγκη να εξεταστεί ο βαθμός εισχώρησης και επιρροής των εθνικών πολιτικών από την ως άνω διαδικασία, δηλαδή αναζητάτε το επίπεδο **Εξευρωπαϊσμού** του κάθε μέλους ξεχωριστά. Η ανάπτυξη του νέου αυτού ερευνητικού πεδίου τα τελευταία χρόνια αποδίδεται, σύμφωνα με τους Bulmer και Radaelli, στην ολοκλήρωση και θεσμοποίηση της ενιαίας ευρωπαϊκής αγοράς, στην ολοκλήρωση της ΟΝΕ, στον «ρυθμιστικό ανταγωνισμό» και στη διαδικασία διεύρυνσης της ΕΕ. Για τη μελέτη του Εξευρωπαϊσμού αξιοποιούνται οι προσεγγίσεις της «νέο-θεσμικής» θεωρίας, οι οποίες εστιάζουν την ανάλυση τους στο ρόλο των θεσμών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων αλλά και στην εν γένει λειτουργία των πολιτικών συστημάτων. Σύμφωνα με την εν λόγω θεωρία, οι θεσμοί γίνονται κατανοητοί ως διοικητικές δομές, σταθερές διαδικασίες λειτουργίας, τυπικοί κανόνες και αξίες, που διαμεσολαβούν και επιδρούν στη συμπεριφορά και τις επιλογές των

φορέων δράσης, στο πλαίσιο του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος του συγκεκριμένου συστήματος.<sup>1</sup>

Η κοινωνική πολιτική και δει οι πολιτικές υγείας, οι οποίες δεν βρίσκονταν σε πρώτο πλάνο στην ατζέντα των ευρωπαϊκών πολιτικών, εισήλθαν πλήρως στο πεδίο δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ, λόγω της εξάπλωσης της νόσου των «τρελών αγελάδων» και των διοξινών, με τη Κοινότητα να περιορίζεται σε ρόλο επικουρικό των εθνικών πολιτικών. Η προστασία της ανθρώπινης υγείας ως στόχος της εν λόγω Συνθήκης, αλλά και των Συνθηκών που ακολούθησαν, αποτελεί κύριο μέλημα της Κοινότητας. Οι προκλήσεις όμως που δέχονται τα συστήματα υγείας είναι ποικίλες, θέτοντας εν αμφιβόλω τους στόχους για καθολική πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες, ισότητα και αλληλεγγύη, έτσι όπως τους όρισε το Συμβούλιο των υπουργών Υγείας το 2006.<sup>2</sup> Η οικονομική κρίση που μεταδόθηκε γρήγορα από την Αμερική στη Γηραιά Ήπειρο, συνιστά μία από βασικότερες προκλήσεις των σύγχρονων συστημάτων υγείας. Η Ελλάδα έχοντας μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα και βρισκόμενη στο χείλος της χρεωκοπίας, θα προσφύγει στους διεθνείς θεσμούς για λήψη χρηματοδοτικής στήριξης. Το 2010 θα υπογραφεί το πρώτο σύμφωνο συνεργασίας (μνημόνιο) μεταξύ της χώρας και της Τρόικα, η οποία συγκροτείται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, με την αποδέσμευση των δανειακών συμβάσεων να κρίνεται από την πορεία των απαιτούμενων μεταρρυθμίσεων. Οι επιβληθείσες αλλαγές, οι οποίες κινούνται στα πρότυπα των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας, προσβλέπουν στην αναμόρφωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), με βασικό επιχειρησιακό άξονα τον έλεγχο των δαπανών και τη συγκράτηση τους κόστους του.

Έτσι, προκύπτει το ερώτημα για το πώς η οικονομική κρίση της τελευταίας δεκαετίας και οι θεσμικές απαντήσεις και οι πολιτικές που αναπτύχθηκαν αυτή τη περίοδο έχουν επηρεάσει την διαδικασία της Ευρωπαϊκής ενοποίησης. Πιο συγκεκριμένα, διερευνάται το ερώτημα αν τα

---

<sup>1</sup> Φέρωνας Α. (2013), «Ο Εξευρωπαϊσμός της Κοινωνικής Πολιτικής: Θεωρητικό πλαίσιο, μεθοδολογικά προβλήματα και η ελληνική εμπειρία», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.41

<sup>2</sup> <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EL:PDF>  
(Ανεγνώσθη στις 05/03/2019)

μνημόνια δημοσιονομικής προσαρμογής αποτελούν εργαλείο Ευρωπαϊκής ενοποίησης και αν ναι πως μπορεί να χαρακτηριστεί αυτή η ενοποίηση; Επίσης εξετάζεται η θεσμική φύση των μνημονίων στην εξέλιξη της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα, για το αν δηλαδή τα μνημόνια, με τις ευρωπαϊκές πολιτικές που τα συνοδεύουν, κινούνται στο ίδιο μονοπάτι εξαρτημένης τροχιάς με την προ κρίσης εποχή ή αποτελούν μια κρίσιμη συγκυρία για τη πολιτική υγείας στην Ελλάδα;

## **2.ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

### **2.1 Η Νεοθεσμική προσέγγιση της δημόσιας πολιτικής**

Η ανάγκη για εξέταση της επιρροής που ασκούν τα όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά τη χάραξη των δημόσιων πολιτικών, οδήγησε στη διατύπωση πλήθους θεωριών από ξεχωριστούς επιστημονικούς κλάδους. Ωστόσο, η επικρατούσα ερμηνεία ανάλυσης της δημόσιας διοίκησης και πολιτικής προέρχεται από τις πολιτικές επιστήμες, κλάδος ο οποίος εξ' ορισμού ασχολείται με τη μορφή, οργάνωση και διοίκηση ενός κράτους. Μία εκ των θεωριών αυτών είναι η νεοθεσμική προσέγγιση, διατυπωμένη για πρώτη φορά από τους James March και Johan Olsen, σύμφωνα με τους οποίους οι θεσμοί αποτελούν ένα θεμελιώδη παράγοντα «τάξης», που καθορίζουν τα πλαίσια όπου αναπτύσσονται οι ατομικές συμπεριφορές, η συλλογική δράση ή οι δημόσιες πολιτικές, καθώς η πολιτεία μέσα από την θεσμική της οργάνωση επιδρά στην κοινωνία<sup>3</sup>. Η νεοθεσμική προσέγγιση αντιμετωπίζει τους πολιτικούς θεσμούς ως ένα σύνολο κανόνων οι οποίοι διαμορφώνουν τη συμπεριφορά των δρώντων, ενώ εστιάζει τόσο στους τυπικούς όσο και στους άτυπους κανόνες και στις συμβάσεις, αναγνωρίζοντας ότι επιδρούν εξίσου στην ανάπτυξη συλλογικών συμπεριφορών. Επιπλέον, οι θεσμοί διατηρώντας και διανέμοντας πόρους

---

<sup>3</sup> Muller P. & Surel Y. (2002), «Η Ανάλυση των Πολιτικών του Κράτους: Ανάλυση των Δημόσιων Πολιτικών», Εκδόσεις: Τυπωθήτω/Δαρδανός,σελ.74

μεταξύ διαφορετικών δρώντων ή ομάδων , δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ένα μέρος συνόλου, αλλά ως ξεχωριστές οντότητες.<sup>4</sup>

Στα πλαίσια της νεοθεσμικής προσέγγισης έχουν αναπτυχθεί τρεις επιμέρους θεωρίες οι οποίες αναλύουν τον ρόλο των θεσμών στη διαμόρφωση πολιτικών και οι οποίες διακρίνονται στον ορθολογικό θεσμισμό, στον κοινωνιολογικό θεσμισμό και στον ιστορικό θεσμισμό, έτσι όπως έχουν αναπτυχθεί από τους Hall & Taylor.

### **2.1.1 Ορθολογικός Θεσμισμός**

Σύμφωνα με την ορθολογική προσέγγιση, σημείο ενδιαφέροντος των θεσμών είναι εξ' ολοκλήρου οι τυπικοί και όχι οι άτυποι κανόνες. Οι οπαδοί του ορθολογισμού κινούνται σύμφωνα με την έννοια του συμπεριφορισμού κατά την οποία οι δρώντες καθορίζουν τις προτιμήσεις τους και δρουν στρατηγικά με στόχο τη μεγιστοποίηση των θετικών για αυτούς αποτελεσμάτων σε επίπεδο κυρίως πολιτιστικό, κοινωνικό-οικονομικό και πολιτικό. Ουσιαστικά θέτουν προτεραιότητες τις οποίες προσπαθούν να τις προσαρμόσουν στις ανάγκες τους. Επίσης, βάσει της εν λόγω θεωρίας, οι θεσμοί έχουν την δυνατότητα να διαμορφώσουν και να καθορίσουν την ατομική συμπεριφορά, καθώς συγκεκριμένοι κανόνες και διαδικασίες είναι αυτές που κρίνουν την ορθότητα της επιλογής των δρώντων. Τέλος, η πολιτική αποτελεί μια διαδικασία συλλογικής δράσης, ενώ όσον αφορά τους θεσμούς, αυτοί προκύπτουν από την εθελοντική συμφωνία μεταξύ των φορέων<sup>5</sup>.

### **2.1.2 Κοινωνιολογικός Θεσμισμός**

Ο κοινωνιολογικός θεσμισμός στηρίζεται σε κοινά διαδεδομένες υποθέσεις, με την πολιτισμική ενσωμάτωση να αποτελεί τη βάση του εν λόγω θεωρήματος. Οι ακόλουθοι της συγκεκριμένης σκέψης καθοδηγούνται κατά κόρον από την πολιτισμική προσέγγιση των πολιτικών (κοινωνικά αποδεκτή) και όχι τόσο με

---

<sup>4</sup> Oliver A. and 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>5</sup> Λαδή Σ. & Νταλάκου Β. (2010), «Ανάλυση Δημόσιας Πολιτικής», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.65

γνώμονα την αύξηση της αποτελεσματικότητας.<sup>6</sup> Συνεπώς, οι επιλογές δεν γίνονται βασιζόμενες μόνο στην “εργαλειακή λογική”, αλλά κατά κύριο λόγο κυριαρχεί η “λογική του αρμόζοντος” που στηρίζεται στην ενσωμάτωση των θεσμών με τις νόρμες και τους άτυπους κανόνες.<sup>7</sup> Σε αντίθεση με τους πολιτικούς επιστήμονες οι κοινωνιολογικοί θεσμιστές τείνουν να προσδιορίζουν ευρύτερα του θεσμούς, συμπεριλαμβάνοντας όχι μόνο τους τυπικούς κανόνες, τις διαδικασίες και τις νόρμες, αλλά και τα συστήματα συμβόλων, τα γνωστικά σενάρια και τα ηθικά πρότυπα που διαμορφώνουν τα πλαίσια καθοδήγησης της ανθρώπινης δράσης. Επιπλέον, οι θεσμοί ασκούν επιρροή τόσο στον στρατηγικό σχεδιασμό των ατόμων, όπως διατείνεται ο ορθολογικός θεσμισμός, όσο και στις βασικές προτιμήσεις και στη ταυτότητα τους. Η προσωπικότητα και η ταυτότητα των κοινωνικών δρώντων διαμορφώνονται από τους κοινωνικούς κανόνες, τις εικόνες και τις συμβάσεις της κοινωνικής ζωής. Τέλος, θεμελιώδες σημείο της κοινωνιολογικής θεωρίας αποτελεί η προσέγγιση σύμφωνα με την οποία οι πολιτικές και οι θεσμικές μεταρρυθμίσεις για να πετύχουν θα πρέπει να τυγχάνουν κοινωνικής αποδοχής, όμως λόγω του ότι τα πιστεύω και οι αξίες είναι δύσκολο να αλλάξουν, οι θεσμοί παραμένουν αναλλοίωτοι.<sup>8</sup>

### 2.1.3 Ιστορικός Θεσμισμός

Ο ιστορικός θεσμισμός, ο οποίος αναπτύχθηκε κατά τη δεκαετία του 1970 για να καταδείξει το πως ευνοούνται κάποιες ομάδες σε σχέση με κάποιες άλλες ως προς τον διαμοιρασμό των προνομίων, αποτελεί την πιο ολοκληρωμένη και διαδεδομένη από τις τρεις προσεγγίσεις, ενώ ταυτόχρονα αποδίδει την πιο πολιτικοποιημένη ανάλυση εξέλιξης των θεσμών (Thelen 1999:384). Βασική έννοια της εν λόγω προσέγγισης είναι η «εξάρτηση από τη τροχιά» ή «διαδοχική εξάρτηση» βάσει τη οποίας οι πολιτικές που ακολουθούνται βασίζονται και καθοδηγούνται από ένα «ιστορικό μονοπάτι» αποφάσεων, διαδραματίζοντας

---

<sup>6</sup> Oliver A. and 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. 19

<sup>7</sup> Λαδής Σ. & Νταλάκου Β. (2010), «Ανάλυση Δημόσιας Πολιτικής», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.65

<sup>8</sup> Hall P.A. & Taylor C.A. (1996), «Political Studies: Political Science and the Three New Institutionalisms», pp.14-15, [https://www.mpifg.de/pu/mpifg\\_dp/dp96-6.pdf](https://www.mpifg.de/pu/mpifg_dp/dp96-6.pdf), (Ανεγνώσθη στις 18/01/2019)

έτσι σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωση μεταγενέστερων θεσμών και πολιτικών (Pierson 2001). Ουσιαστικά αναφέρεται σε μια αλληλουχία επιλογών που συντηρούνται στον χρόνο, η αλλαγή των οποίων καθίσταται δύσκολη λόγω του υψηλού κόστους. Η «διαδοχική εξάρτηση» γίνεται πιο σαφής μέσω της ιδέας της ‘αυξάνουσας απόδοσης’ που εκτός από το βάρος που δίνει στο κόστος της μεταστροφής μονοπατιού, επικεντρώνεται και στη χρονική στιγμή της αλλαγής και στην αλληλουχία των διαφορετικών μονοπατιών.<sup>9</sup>

Όπως προαναφέρθηκε, το κόστος αλλαγής πολιτικής είναι πολύ μεγάλο, ειδικά για θεσμούς οι οποίοι έχουν παραμείνει αναλλοίωτοι στο χρόνο. Εκτός αυτού υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που εντείνουν την «εξάρτηση ως προς την τροχιά» όπως: (α) η θεσμική εύνοια ορισμένων ομάδων συμφερόντων όπου τους δίνεται η δυνατότητα άσκησης βέτο, αποτρέποντας έτσι αλλαγές και επηρεάζοντας πολιτικές, (β) η ενσωμάτωση μακροπρόθεσμων δεσμεύσεων, (γ) όταν οι θεσμοί αντικατοπτρίζουν τις ευρύτερες αξίες της οικονομία και της κοινωνίας και (δ) η ύπαρξη απροσδόκητων φραγμών προς αλλαγή της πολιτικής.<sup>10</sup>

Αν και το κόστος, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα αλλαγής πολιτικής, παρόλα αυτά υπάρχουν μεταβλητές οι οποίες μπορούν να κάμψουν οιαδήποτε αντίσταση. Όπως υποστηρίζουν οι οπαδοί του θεσμισμού η μετάβαση σε άλλο μονοπάτι μπορεί να επιτευχθεί μέσω ενός σημαντικού γεγονότος, όπως είναι η αξιόλογη τεχνολογική πρόοδος, η δημογραφική αλλαγή, η αλλαγή στο πολιτικό κλίμα, η εμφάνιση ασυνήθιστα δυναμικών πολιτικών δρώντων ή κρίσεις με οικονομικές και στρατιωτικές διαστάσεις, αλλάζοντας έτσι τις ισορροπίες εντός των κυρίαρχων συμφερόντων.<sup>11</sup> Η εν λόγω διαδικασία διαμόρφωσης συνθηκών πολιτικής μεταστροφής αποκαλείται «κρίσιμη συγκυρία», στα πλαίσια της οποίας οι

---

<sup>9</sup> Λαδής Σ. & Νταλάκου Β. (2010), «Ανάλυση Δημόσιας Πολιτικής», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.67

<sup>10</sup> Oliver A. and 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. 11

<sup>11</sup> Hall P.A. & Taylor C.A. (1996), «Political Studies: Political Science and the Three New Institutionalisms», pp.10, [https://www.mpifg.de/pu/mpifg\\_dp/dp96-6.pdf](https://www.mpifg.de/pu/mpifg_dp/dp96-6.pdf), (Ανεγνώσθη στις 18/01/2019)

αποφάσεις λαμβάνονται σε περιβάλλον υψηλής αβεβαιότητας, ενώ οι επιδράσεις των δομικών παραγόντων στη πολιτική πράξη είναι περιορισμένες (Μοσχόπουλος 2014).<sup>12</sup> Προχωρώντας ένα βήμα παραπάνω ο Mahoney επικαλείται το τυχαίο ή το απρόβλεπτο, ερμηνεύοντας τη διαδικασία επιλογής κατά τη διάρκεια της κρίσιμης συγκυρίας, λόγω του ότι η θεωρία στερείται της ικανότητας να προβλέψει ή να εξηγήσει, είτε νομοτελειακά είτε πιθανολογικά, την έκβαση της επιλογής. Σύμφωνα με τον ίδιο, η 'κρίσιμη συγκυρία' χαρακτηρίζεται από την εφαρμογή μιας συγκεκριμένης θεσμικής επιλογής μεταξύ δύο ή περισσότερων εναλλακτικών, ενώ ο όρος 'κρίσιμη' έγκειται στη δυσκολία επιστροφής στο αρχικό σημείο (προ επιλογής) όταν οι εναλλακτικές λύσεις είναι ακόμα διαθέσιμες.<sup>13</sup>

Στη προσέγγιση των Hall & Taylor, οι θεσμοί αποτελούν τυπικούς και άτυπους κανόνες, ρουτίνες, νόρμες και συμβάσεις της οργανωτικής δομής της πολιτείας και της πολιτικής οικονομίας. Κεντρικό ερώτημα κάθε θεσμικής ανάλυσης είναι το πώς οι θεσμοί επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ατόμων. Στη προκειμένη περίπτωση οι Hall & Taylor διαχωρίζουν τον ιστορικό θεσμισμό σε δύο προσεγγίσεις, στην υπολογιστική και την πολιτισμική.<sup>14</sup> Με βάση την υπολογιστική προσέγγιση οι δρώντες συμπεριφέρονται στρατηγικά με σκοπό τη μεγιστοποίηση ενός συνόλου στόχων, ενώ συγκεντρώνοντας πληροφορίες για τη τρέχουσα ή μελλοντική συμπεριφορά άλλων δρώντων μειώνουν την αβεβαιότητα. Ως προς την πολιτισμική προσέγγιση, η συμπεριφορά των ατόμων είναι αποτέλεσμα ρουτινών και οικείων πρακτικών, ενώ η αντίληψη και η ερμηνεία της κατάστασης αποτελεί κομβικό παράγοντα λήψης αποφάσεων. Εδώ η στόχευση της δράσης έγκειται στην ικανοποίηση και όχι στην μεγιστοποίηση

---

<sup>12</sup> Μοσχόπουλος Δ. (2014), «Ο ιστορικός θεσμισμός ως ερευνητικό ιστορικό εργαλείο: Η θεωρία και η εφαρμογή της σε ένα γεγονός της σύγχρονης ελληνικής ιστορίας», [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) (Ανεγνώσθη στις 08/02/2019)

<sup>13</sup> Mahoney J. (2000), «Path Dependence in Historical Sociology: Theory and Society, Vol.29, No.4, pp.513, <http://webarchiv.ethz.ch/soms/teaching/OppFall09/MahoneyPathDependence.pdf>, (Ανεγνώσθη στις 23/01/2019)

<sup>14</sup> Hall P.A. & Taylor C.A. (1996), «Political Studies: Political Science and the Three New Institutionalisms», pp.7-8, [https://www.mpifg.de/pu/mpifg\\_dp/dp96-6.pdf](https://www.mpifg.de/pu/mpifg_dp/dp96-6.pdf), (Ανεγνώσθη στις 18/01/2019)

της ωφέλειας των δρώντων. Οι θεσμοί όχι μόνο παρέχουν χρήσιμες και στρατηγικές πληροφορίες, αλλά επίσης επηρεάζουν τις ταυτότητες, την εικόνα και τις προτιμήσεις των ατόμων.

## 2.2 Θεσμική αλλαγή

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 και μετά παρατηρήθηκε μια ραγδαία αύξηση του ενδιαφέροντος των κοινωνικών επιστημόνων ως προς τη θεσμική σταθερότητα και αλλαγή, με σημείο εκκίνησης να αποτελεί η ανάλυση των συνθηκών υπό τις οποίες οι θεσμικές μεταβολές αναδύονται εντός καπιταλισμού. Στα πλαίσια λοιπόν αυτής της έκρηξης ενδιαφέροντος διατυπώθηκαν πολλές και αντικρουόμενες απόψεις. Πολλοί επιστήμονες ορίζουν την αλλαγή ως το αποτέλεσμα εντός κρίσιμων συγκυριών, κάτι το οποίο αν και δελεαστικό δεν αντιστοιχεί στην έμφαση που δίδεται στη δομική ρευστότητα και στην αυξημένη πιθανότητα που είναι τα καθοριστικά χαρακτηριστικά τους. Εισερχόμενος ο θεσμός σε ένα κριτικό σταυροδρόμι, όπου πολλές εναλλακτικές επιλογές είναι πιθανές, το αποτέλεσμα μπορεί να συνεπάγεται την επιστροφή στη πρότερη κατάσταση της κρίσιμης συγκυρίας, κάτι το οποίο αποδομεί τη σχέση κρατικού σταυροδρομιού και αλλαγής, καθώς η αλλαγή δεν αποτελεί απαραίτητο στοιχείο της εν λόγω προσέγγισης.

Οι περισσότεροι ερευνητές πάντως συστρατεύτηκαν με τη συμβουλή του Pierson, για αναζήτηση στο παρελθόν και εντοπισμό των θεμελίων της θεσμικής αλλαγής στη βάση ενός «μονοπατιού», πιθανόν επηρεασμένος από τον Krasner (1984), ο οποίος κάνει λόγο για ύπαρξη αλλαγής στο θεωρητικό πλαίσιο της «εξάρτησης από τη τροχιά». Αναλύοντας τους θεσμούς, υποστηρίζει πως επιτρέπουν μικρές εκρήξεις γρήγορης θεσμικής αλλαγής ακολουθούμενες από μεγάλες περιόδους στασιμότητας, φαινόμενο το οποίο αποκαλεί «διακοπτόμενη ισορροπία».<sup>15</sup> Η κεντρική θέση των υποστηρικτών της αλλαγής στα πλαίσια της «διαδοχικής εξάρτησης», στηρίζεται στην αναγνώριση ότι οι θεσμοί αλλάζουν

---

<sup>15</sup> Krasner S.D.(1984), «Approaches to the State: Alternative Conceptions and Historical Dynamics», pp.242, [http://www.critical-juncture.net/uploads/2/1/9/9/21997192/krasner\\_approaches\\_to\\_the\\_staet.pdf](http://www.critical-juncture.net/uploads/2/1/9/9/21997192/krasner_approaches_to_the_staet.pdf), (Ανεγνώσθη στις 03/03/2019)



δύσκολα, ενώ υπάρχει μεγάλη αντίσταση στην αλλαγή ακόμα και αν οι εναλλακτικές επιλογές αποδειχτούν πιο αποτελεσματικές και αποδοτικές σε βάθος χρόνου. Για τους παράγοντες που καθιστούν δύσκολη την αλλαγή κάνει λόγο ο Pierson, η αναφορά του οποίου επικεντρώνεται στην αυξανόμενη απόδοση που κερδίζουν οι δρώντες διατηρώντας τη συμπεριφορά τους στο χρόνο, έχοντας ως αποτέλεσμα το 'κλείδωμα' των υπαρχουσών θεσμικών μορφών σε ένα συγκεκριμένο μονοπάτι ιστορικής εξέλιξης.<sup>16</sup> Οι πιέσεις που ασκούνται για παραμονή εντός της παγιωμένης 'διαδρομής', σύμφωνα με τον Arthur οφείλονται κατά κύριο λόγο στο μεγάλο κόστος δημιουργίας και οργάνωσης ενός νέου θεσμού, ενώ η σκόπιμη δημιουργία θεσμών, από πλευράς πολιτικών, με δομικά χαρακτηριστικά που επιβάλλουν διαδικαστικά εμπόδια, αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα αλλαγής. Επίσης, η επανάληψη ενός συγκεκριμένου μοτίβου πολιτικών καταρτίζει τους δρώντες ως προς τη λειτουργία τους και χτίζει ένα περιβάλλον οικείο και ασφαλές, που δύσκολα θυσιάζουν για να παρεκκλίνουν από τις καθιερωμένες πρακτικές. Τέλος, όσοι απολαμβάνουν νομοθετικής ή θεσμικής ευμάρειας θα ενισχύσουν τη θεσμική τους συμπεριφορά ώστε να μην απολέσουν τα κεκτημένα συμφέροντα τους και να συνεχίσουν να γίνονται δέκτες προνομίων.<sup>17</sup>

Ο Mahoney θέλοντας να καταδείξει τη σπουδαιότητα της «εξάρτησης από τη τροχιά» διακρίνει τέσσερα μοντέλα με ξεχωριστούς μηχανισμούς θεσμικής αναπαραγωγής και αλλαγής:<sup>18</sup> **(α)** η «ωφελιμιστική ερμηνεία» υποστηρίζει την θεσμική αναπαραγωγή μέσω των ορθολογικών εκτιμήσεων κόστους και οφέλους των δρώντων, με τις αυξημένες ανταγωνιστικές πιέσεις και τις διαδικασίες εκμάθησης να αποτελούν το μηχανισμό αλλαγής, **(β)** ως προς τη «λειτουργική ερμηνεία», ο θεσμός αναπαράγεται λόγω του ότι εξυπηρετεί μια λειτουργία για ένα ολόκληρο σύστημα, με την αλλαγή να προκαλείται από

---

<sup>16</sup> Capoccia G. & Kelemen R.D. (2007), «The Study of Critical Junctures-Theory: Narrative, and Counterfactuals in Historical Institutionalism, pp.352, <http://users.ox.ac.uk/~ssf0073/Writings%20pdf/Capoccia%20and%20Kelemen%20WP%202007.pdf>, (Ανεγνώσθη στις 15/03/2019)

<sup>17</sup> Campbell J.L.(2007), « Institutional Reproduction and Change», pp.5, [http://laisumedu.org/DESIN\\_Ibarra/desin/imagenescampbell/uno-a.pdf](http://laisumedu.org/DESIN_Ibarra/desin/imagenescampbell/uno-a.pdf) (Ανεγνώσθη στις 15/03/2019)

<sup>18</sup> Mahoney J. (2000), «Path Dependence in Historical Sociology,: Theory and Society, Vol.29, No.4, pp.516-517, <http://webarchiv.ethz.ch/soms/teaching/OppFall09/MahoneyPathDependence.pdf>, (Ανεγνώσθη στις 23/01/2019)

εξωγενείς παράγοντες που μετασχηματίζουν τις ανάγκες του συστήματος, (γ) στην «ερμηνεία εξουσίας» η θεσμική αναπαραγωγή υποστηρίζεται από μια ελίτ ομάδα δρώντων, ενώ η αλλαγή επιτυγχάνεται με την αποδυνάμωση της εν λόγω ομάδας και την ενίσχυση των αποδυναμωμένων ομάδων, τέλος (δ) σύμφωνα με την «ερμηνεία της νομιμοποίησης», η θεσμική αναπαραγωγική διαδικασία προκύπτει από τη θεώρηση των δρώντων πως είναι ηθικά δίκαιη ή κατάλληλη, ενώ ο μηχανισμός αλλαγής ενεργοποιείται όταν παρατηρούνται αλλαγές στις αξίες ή τις υποκειμενικές πεποιθήσεις των δρώντων.

### **2.3 Η πολιτική υγείας υπό το πρίσμα του ιστορικού θεσμισμού**

Ο ιστορικός θεσμισμός ως εργαλείο πολιτικής ανάλυσης και κατανόησης της δημόσιας διοίκησης, αποτελεί την πλέον βασική θεωρία έρευνας των πολιτικών υγείας, η οποία κατά κύριο λόγο εκφράζεται μέσω της «εξάρτησης από τη τροχιά», η οποία αποτελεί κομβικό παράγοντα στη κατανόηση της δυσκολίας των συστημάτων υγείας να προβούν σε αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Η δυναμική και η αξία του ιστορικού θεσμισμού αποτυπώνεται στη προσεγγιστική του ικανότητα σε θέματα ανάπτυξης πολιτικών υγείας και εξέλιξης συστημάτων υγείας, ενώ εξετάζει και τον βαθμό επιρροής των κυβερνήσεων, των θεσμικών συμφωνιών και των βασικών μετόχων. Η σύνδεση ιστορικής πορείας και πολιτικής υγείας αποτυπώνεται ξεκάθαρα στο ελληνικό σύστημα υγείας, όπου η αδυναμία υλοποίησης μεταρρυθμίσεων ακολουθεί διαχρονικά την εξελικτική πορεία του υγειονομικού συστήματος της χώρας. Το υψηλό οικονομικό κόστος που ενέχει η διαδικασία μεταστροφής και η έλλειψη πολιτικής βούλησης, αποτελούσαν βασικούς ανασταλτικούς παράγοντες αλλαγής μονοπατιού, ενώ τα ισχυρά κεκτημένα συμφέροντα που είχαν παγιωθεί, όπως αυτά του ιατρικού προσωπικού και των ατόμων που απασχολούνται στο δημόσιο τομέα, αποδυνάμωναν κάθε προσπάθεια μεταρρύθμισης, εξαιτίας της ανίσχυρης πολιτικής συναίνεσης που αδυνατεί να αμφισβητήσει τα εν λόγω συμφέροντα.<sup>19</sup>

Όπως έχει αναφερθεί και πιο πάνω, οι οπαδοί του ιστορικού θεσμισμού δεν επικεντρώνονται αυστηρά στη θεώρηση της ιστορικής ακολουθίας των θεσμών (διαδοχική εξάρτηση), αλλά υποστηρίζουν το ενδεχόμενο μεγάλης πολιτικής

---

<sup>19</sup> Oliver A. and 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. 12-13

αλλαγής ωθούμενης από κάποιο σημαντικό συμβάν, η ένταση του οποίου θα προκαλέσει σοκ και θα διαταράξει τις ισορροπίες εντός των κυρίαρχων συμφερόντων (κρίσιμη συγκυρία). Η δημοσιονομική κρίση της Ελλάδας που ξέσπασε το 2009 με τον συνεπακόλουθο κίνδυνο στάσης πληρωμών του Ελληνικού Δημοσίου, αποτυπώνει πλήρως το περίγραμμα της συγκεκριμένης προσέγγισης. Η προσφυγή στους διεθνείς θεσμούς ( Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα) οδήγησε στην υπογραφή του πρώτου μνημονίου τον Απρίλιο του 2010, το οποίο προέβλεπε την εφαρμογή μέτρων δημοσιονομικού χαρακτήρα. Υπό αυτές τις συνθήκες το Εθνικό Σύστημα Υγείας, αν και υπέφερε χρόνια από μεγάλο εύρος προβλημάτων, χωρίς τη δυνατότητα ριζικής ανανέωσης (διαδοχική εξάρτηση), αναγκάστηκε να προσαρμοστεί στις νέες προσταγές, λαμβάνοντας μέτρα που αποσκοπούσαν στην επιχειρησιακή, οικονομική και διοικητική του ανασυγκρότηση.

Έτσι, υπό την ασφυκτική πίεση των ξένων δανειστών, η μεταρρυθμιστική αδράνεια που για χρόνια χαρακτήριζε το εθνικό σύστημα υγείας, θα λάβει τέλος με την υιοθέτηση μιας σειράς μέτρων, τα οποία έχουν ως κύριο άξονα τη συγκράτηση των δαπανών και των έλεγχο του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Η οικονομική κρίση, η οποία λειτούργησε ως «κρίσιμη συγκυρία» για την αλλαγή της δημόσια πολιτικής, έδωσε το έναυσμα για τη ριζική αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας με την εισαγωγή μέτρων εναρμονισμένων στα διεθνή πρότυπα.

### **3. ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ**

#### **3.1 Θεωρίες ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης**

Τα δεινά που προκλήθηκαν κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και οι συνέπειες που τον ακολούθησαν, οδήγησαν πολλές φωνές να εκφραστούν υπέρ της δημιουργίας μιας ενωμένης Ευρώπης, με στόχο την αποκατάσταση της ειρήνης εντός της Ηπείρου. Ένας από τους πρώτους εκφραστές της εν λόγω πεποίθησης ήταν ο Ουίνστον Τσώρτσιλ, ο οποίος τόνισε τη σημασία της αντιμετώπισης των «ευρωπαϊκών ασθενειών του εθνικισμού και της

πολεμοκαπηλίας». Το 1946, απευθυνόμενος στους φοιτητές του πανεπιστημίου της Ζυρίχης, σε μια ομιλία που έχει μείνει στην ιστορία, τονίζει την ανάγκη δημιουργίας μιας ευρωπαϊκής οικογένειας, η δομή της οποίας θα εξασφαλίσει την ελευθερία, την ειρήνη και την ασφάλεια. Έτσι το 1948 πρωτοστατούντος του Τσώρτσιλ, συνέρχεται στη Χάγη ένα μεγαλειώδες Συμβούλιο της Ευρώπης με τη παρουσία 800 αντιπροσώπων από όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Η πίστη στην ιδέα για προώθηση ενός είδους Ηνωμένων Πολιτειών της Ευρώπης τον κατατάσσει στους πρωτοπόρους της υποστηρικτικής της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης.<sup>20</sup>

Στα πλαίσια της ολοκλήρωσης έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες, οι οποίες πηγάζουν κυρίως από το θεωρητικό σύστημα των πολιτικών επιστημών και των διεθνών σχέσεων και είναι οι εξής: <sup>21</sup>

- **Η Θεωρία της Ομοσπονδιοποίησης**, ήδη από τη δεκαετία του 1920 με εκφραστές όπως ο Coudenhove-Kalergi, διέβλεπαν ότι τα ευρωπαϊκά έθνη ήταν στην πραγματικότητα μια φυσική ενότητα, η οποία θα μπορούσε να γίνει σημαντική παγκόσμια δύναμη με την απόκτηση ενός ομοσπονδιακού συντάγματος, ενώ ο Altiero Spinelli μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο παρατηρούσε την αδυναμία των κρατών-εθνών να εξασφαλίσουν την πολιτική και οικονομική ασφάλεια των πολιτών τους, κάνοντας ήδη λόγο για μια ομοσπονδία με το όνομα «Ευρωπαϊκή Ένωση». Οι οπαδοί του φεντεραλισμού έβλεπαν ένα λαμπρό μέλλον, αλλά όχι και τα μέσα για να το υλοποιήσουν.
  
- **Η Θεωρία της Λειτουργικότητας**, τονίζει μέσω των οπαδών της, όπως είναι ο Mitrany, πως οι διεθνείς οργανισμοί δεν είναι αυτοσκοποί, αλλά εργαλεία εξυπηρέτησης των ανθρώπινων αναγκών, κάτι που σημαίνει πως θα πρέπει να ρυθμίζουν τις λειτουργίες βάσει των αναγκών κάθε εποχής. Όμως ο ενθουσιασμός για τη δημιουργία ενός δικτύου διεθνών λειτουργικών οργανισμών, τους οδήγησε στο να παραβλέψουν βασικούς

---

<sup>20</sup> [https://europa.eu/european-union/sites/europa.eu/files/docs/body/winston\\_churchill\\_el.pdf](https://europa.eu/european-union/sites/europa.eu/files/docs/body/winston_churchill_el.pdf), (Ανεγνώσθη στις 11/02/2019)

<sup>21</sup> Μούσης Ν. (2007), «Εγχειρίδιο Ευρωπαϊκής Πολιτικής», Τέταρτη αναθεωρημένη έκδοση, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.6-7

παράγοντες μιας κοινωνίας όπως η ειρήνη και η ευημερία, τους οποίους θα μπορούσε να εξασφαλίσει μια περιφερειακή οργάνωση σαν την Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα.

- **Η Θεωρία των Συναλλαγών**, διατυπωμένη από τον Karl Deutsh, προσεγγίζοντας πιο στενά την ευρωπαϊκή πραγματικότητα, επιδιώκει την εξασφάλιση ενός «πνεύματος κοινότητας», θεσμών και πρακτικών αρκετά ισχυρών ώστε να επιβεβαιώσουν τις προσδοκίες των λαών τους για «ειρηνική μεταλλαγή». Η εμπειρία όμως των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων καταδεικνύει την ανάγκη εγκατάστασης ενός θεσμικού πλαισίου ως προϋπόθεση της δημιουργίας κοινοτικού πνεύματος, για μια πετυχημένη πολυεθνική ολοκλήρωση.
  
- **Η Νεολειτουργική Θεωρία**, με κύριο εκφραστή της τον Ernst Haas συμπίπτει σε μεγάλο βαθμό με τη μέθοδο κοινής δράσης που κατά τον Jean Monnet είναι η ουσία της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Σύμφωνα με τους υποστηρικτές της νεολειτουργικής θεωρίας, οι οποίοι απέρριψαν την ομοσπονδιακή και λειτουργική θεωρία, η ολοκλήρωση εκλαμβάνεται ως μια διαδικασία θετικής ανατροφοδότησης μεταξύ των κοινών θεσμικών οργάνων και των πολιτικών και οικονομικών ηγετών, προσεγγίζοντας έτσι τα έθνη μεταξύ τους. Βασική ιδέα της εν λόγω θεωρίας είναι η λεγόμενη «επενέργεια διάχυσης» (spillover effect) ή πολλαπλασιαστική ενέργεια, σύμφωνα με την οποία η οικονομική ολοκλήρωση θεμελιώνει την αλληλεγγύη μεταξύ των συμμετεχόντων εθνών, όπου με τη σειρά της επικαλείται την ανάγκη εγκατάστασης πρόσθετων υπερεθνικών θεσμών, τοποθετώντας την έτσι σε μια τυπική ακολουθία μπροστά από την πολιτική ολοκλήρωση.
  
- **Η Διακυβερνητική Θεωρία** πηγάζει από κάποια δόγματα της νεολειτουργικής θεωρίας, όπως αυτό της εξασθένισης της ισχύος των εθνικών κρατών, όπου η λήψη αποφάσεων γίνεται μεταξύ των εμπλεκόμενων κρατών, με όρους διακυβερνητικής συνεργασίας. Οι Συνθήκες του Μάαστριχ και του Άμστερνταμ διέψευσαν τη πρόγνωση

του Stanley Hoffmann ότι τα κράτη δεν θα διακύβευαν την κυριαρχία τους, αντίθετα η εκχώρηση εθνικής κυριαρχία ήταν απαραίτητη ώστε να επιτευχθεί ο στόχος της ολοκλήρωσης.

### 3.2 Η Ιστορική διαδρομή της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Το τέλος του Β' Παγκοσμίου πολέμου το 1945 αποτελεί ορόσημο για τη μετέπειτα πορεία και εξέλιξη των χωρών της Γηραιάς Ηπείρου, έτσι όπως υφίστανται σήμερα. Στα χρόνια που ακολούθησαν τη λήξη του πιο αιματοβαμμένου πολέμου στην ιστορία της ανθρωπότητας, προετοιμάστηκε το έδαφος ώστε μέσω διεθνικών διεργασιών να γίνει η απαρχή για μια ενωμένη και ειρηνικά κυριευμένη Ευρώπη. Στα πλαίσια λοιπόν της ένωσης των λαών με επίκεντρο τη γαλλογερμανική συμφιλίωση, δύο Γάλλοι πολιτικοί οραματιστές, ο Ζαν Μονές και Ρομπέρ Σούμαν, προώθησαν με ιδιαίτερο δυναμισμό την δημιουργία της πρώτης από τις Ευρωπαϊκές Κοινότητες, **την Ευρωπαϊκή Κοινότητα Άνθρακα και Χάλυβα (ΕΚΑΧ)**. Η Διακήρυξη Σουμάν την 9<sup>η</sup> Μαΐου 1950, όπως έγινε γνωστή η δήλωση του οράματός του, και η μετέπειτα υπογραφή της Συνθήκης της ΕΚΑΧ στο Παρίσι στις 18 Απριλίου 1951, αναγνωρίζονται ως ιστορικής σημασίας γεγονότα για την Ευρωπαϊκή Ενοποίηση, ιδρυτικά μέλη της οποίας είναι **η Γαλλία, η Γερμανία, η Ιταλία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και η Ολλανδία**.<sup>22</sup>

Ο συνδυασμός της απελευθέρωσης του εμπορίου και της οικονομικής ολοκλήρωσης, που πηγάζει από την εν λόγω Συνθήκη, έχει διττή ερμηνεία. Αρχικά αποτελεί ένα πρωτοποριακό και επαναστατικό εγχείρημα καθώς δεν συνάδει με τη κλασική έννοια του κράτους έθνους και της εθνικής κυριαρχίας που εκπορεύεται από αυτό, ενώ ερμηνεύεται ως ριψοκίνδυνη πράξη λόγω της αβεβαιότητας ως προς τις πιθανές συνέπειες επικράτησης των υπερεθνικών εξουσιών έναντι των εθνικών.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.76-77

<sup>23</sup> Μούσης Ν. (2007), «Εγχειρίδιο Ευρωπαϊκής Πολιτικής», Τέταρτη αναθεωρημένη έκδοση, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.15

Βλέποντας τα πρώτα θετικά δείγματα, με τις ευρωπαϊκές κυβερνήσεις να ανακτούν σταδιακά την αυτοπεποίθηση τους παρατηρώντας τις οικονομίες να διαγράφουν μια σταθερή πορεία, ξεκίνησαν οι συζητήσεις για διεύρυνση της συνεργασίας των έξι χωρών και σε άλλους οικονομικούς τομείς. Στο νέο πεδίο ενδιαφέροντος εξετάζεται η δημιουργία κοινής αγοράς όπου τα αγαθά, οι υπηρεσίες, τα κεφάλαια και τα πρόσωπα θα κινούνται ελεύθερα, με έμφαση στη σταδιακή κατάργηση των δασμών και των ποσοτικών περιορισμών, στη θέσπιση κοινού εξωτερικού δασμολογίου και στην εξάλειψη των εθνοτικών διακρίσεων, ενώ διατυπώθηκε και η πιθανότητα δημιουργίας μιας ειδικής κοινότητας για την πυρηνική ενέργεια. Ύστερα από σύντομες διαπραγματεύσεις στις 25 Μαρτίου του 1957 υπογράφεται η Συνθήκη της Ρώμης, κάτω από το ίδιο συμμετοχικό καθεστώς, ιδρύοντας έτσι δύο νέες Κοινότητες, **την Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (ΕΟΚ)** με στόχο την διασφάλιση της ελεύθερης αγοράς, έτσι όπως περιγράφηκε πιο πάνω και την **Ευρωπαϊκή Κοινότητα Ατομικής Ενέργειας (ΕΚΑΕ)** ή αλλιώς **Euratom** που αποσκοπεί στο κοινό έλεγχο και διαχείριση της παραγωγής και διάθεσης της ατομικής ενέργειας.<sup>24</sup> Με την υπογραφή της Συνθήκης των Παρισίων και της Ρώμης, οι οποίες αποτελούν τις Ιδρυτικές Συνθήκες των Ευρωπαϊκών κοινοτήτων, δόθηκε το έναυσμα για ένα ομαλό και ελπιδοφόρο πέρασμα στη μεταπολεμική περίοδο της ευρωπαϊκής επικράτειας. Η ανάπτυξη διακρατικών σχέσεων μεταξύ των μέχρι πρότινος αντιμαχόμενων κρατών, έδωσε σημαντική ώθηση τόσο στην εδραίωση της ειρήνης στη περιοχή, όσο και στην οικονομική ολοκλήρωση με τη σύναψη σημαντικών εμπορικών δραστηριοτήτων. Η Συνθήκη των Παρισίων αν και αποτέλεσε την πρώτη μεταξύ των συνθηκών, κατέχοντας έτσι περίοπτη θέση στην ιστορία της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης, επισκιάστηκε από την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας, καθώς πάνω της στηρίχτηκε το μεγαλύτερο μέρος του οικοδομήματος της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης μετά την επίσημη ισχύ της την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 1958.

### 3.3 Η Διεύρυνση

---

<sup>24</sup> Τσούκαλης Λ.,(1997) «Η Νέα Ευρωπαϊκή Οικονομία, Στο κατώφλι του 21<sup>ου</sup> αιώνα», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.39-40

Ως διεύρυνση ορίζεται η διαδικασία επέκτασης της Ευρωπαϊκής Ένωσης μέσω της ενσωμάτωσης σε αυτή νέων κρατών μελών. Η διεύρυνση είναι μια έννοια άρρηκτα συνδεδεμένη με την ίδρυση της Ε.Ε., καθώς από τη ‘γέννηση’ της, με την αλησμόνητη διακήρυξη Schuman, μέχρι σήμερα παρατηρείται μια συνεχής ενταξιακή πορεία, που έχει λάβει χώρα σε επτά στάδια και έχει διαμορφώσει το οικοδόμημα όπως υφίσταται σήμερα.

Στα έξι ιδρυτικά μέλη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας που είχαν υπογράψει τις πρώτες Συνθήκες για τη δημιουργία της ΕΚΑΧ, της ΕΟΚ και της ΕΚΑΕ, προστέθηκαν τη 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 1973 **το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιρλανδία και η Δανία**, αφού πρώτα είχαν αποχωρήσει από την Ευρωπαϊκή Ζώνη Ελεύθερων Συναλλαγών, οργανισμός ο οποίος ιδρύθηκε το 1959 λόγω των ενστάσεων ορισμένων κρατών (πλέον Νορβηγίας, Σουηδίας, Αυστρίας, Πορτογαλίας, Ισλανδίας, Ελβετίας και Φιλανδίας) να ενταχθούν πλήρως στην ΕΟΚ, προτιμώντας έτσι τη διακυβερνητική συνεργασία για την απελευθέρωση του εμπορίου. Κατά το 1975, μετά την αποκατάσταση της δημοκρατίας από την στρατιωτική δικτατορία, ξεκινάει η διαδικασία προσχώρησης και **της Ελλάδας** στην ΕΟΚ. Περνώντας και τα τρία απαιτούμενα στάδια της διαδικασίας (απαραίτητα για την ένταξη όλων των κρατών) , ως δυνάμει υποψήφια, αποκτώντας επισήμως το καθεστώς υποψήφιας χώρας και ξεκινώντας τις επίσημες ενταξιακές διαπραγματεύσεις, προσκολλάται την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 1981 στην Κοινότητα αποτελώντας έτσι το δέκατο κράτος-μέλος της. Σειρά στη διαδικασία διεύρυνσης παίρνουν δύο κράτη της Ιβηρικής Χερσονήσου, **η Ισπανία και η Πορτογαλία**, τα οποία έπειτα από τα πολυετή δικτατορικά καθεστώτα του Φράνκο και Σαλαζάρ αντίστοιχα, κατέθεσαν αίτηση ενσωμάτωσης το 1977, έχοντας πλέον επαναφέρει το δημοκρατικό τους πολίτευμα, με την επίσημη ένταξη τους να πραγματοποιείται την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 1986.<sup>25</sup>

Η Ευρώπη των Δώδεκα, μετά από μια δεκαετία ενταξιακής στασιμότητας, την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 1995 καλωσορίζει στους κόλπους της **την Αυστρία, την Σουηδία και την Φιλανδία**, ανεβάζοντας με αυτό τον τρόπο τον αριθμό των

---

<sup>25</sup> Μούσης Ν. (2007), «Εγχειρίδιο Ευρωπαϊκής Πολιτικής», Τέταρτη αναθεωρημένη έκδοση, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.17



κρατών-μελών στα δεκαπέντε.<sup>26</sup> Η πτώση του Σιδηρού Παραπετάσματος το 1989 έδωσε την ώθηση για την μεγαλύτερη ενταξιακή «έκρηξη» που καταγράφηκε ποτέ στα χρονικά της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μέχρι όμως να επέλθει η διάλυση, οι χώρες δορυφόροι της Σοβιετικής Ένωσης, οι οποίες γεωγραφικά καλύπτουν εδάφη της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (ΧΚΑΕ), ήταν αποκομμένοι από το Δυτικό κομμάτι της Ηπείρου τόσο εμπορικά όσο και ιδεολογικά. Οι εξωτερικές εμπορικές σχέσεις δεν συνέπιπταν με τους όρους της ελεύθερης οικονομίας, καθώς η διαχείριση ήταν αποκλειστικά κρατική υπόθεση, ενώ στο ιδεολογικό πεδίο συγκρούονταν δύο άκρως αντίθετες και αντικρουόμενες φιλοσοφίες, όπως είναι ο κομμουνισμός με τον καπιταλισμό.<sup>27</sup> Επί τη ευκαιρία της κατάρρευσης του Σιδηρού Παραπετάσματος, η μία χώρα μετά την άλλη αναζήτησε και διεκδίκησε τη παρουσία της στην ΕΕ, καθώς υπήρχαν οι προσδοκίες για ταχύτερη οικονομική ανάπτυξη και αυξημένη πολιτική σταθερότητα.



**Χάρτης 1:** Ο χάρτης του «Σιδηρού Παραπετάσματος»

Δεκαπέντε χρόνια χρειάστηκαν περίπου από την κατάρρευση του κομμουνισμού, ώστε **η Πολωνία, η Ουγγαρία, η Τσεχία, η Σλοβακία, η Εσθονία, η Λετονία και η Λιθουανία**, οι ΧΚΑΕ δηλαδή, να ενταχθούν και

<sup>26</sup> Μούσης Ν. (2007), «Εγχειρίδιο Ευρωπαϊκής Πολιτικής», Τέταρτη αναθεωρημένη έκδοση, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.17

<sup>27</sup> Μούσης Ν. (2007), «Εγχειρίδιο Ευρωπαϊκής Πολιτικής», Τέταρτη αναθεωρημένη έκδοση, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.479-480

επίσημα στις τάξεις της Κοινότητας. Η 16<sup>η</sup> Απριλίου 2003, ημερομηνία υπογραφής της Συνθήκης δεν αποτελεί ιστορικό σταθμό μόνο για τις προαναφερθείσες χώρες, αλλά και για την **Κύπρο και την Μάλτα**, με την συνθηκολόγηση των οποίων τα κράτη-μέλη ανήλθαν στα εικοσιπέντε. Βέβαια, τα δύο αυτά κράτη της Μεσογείου δεν αντιμετωπίστηκαν με ιδιαίτερη θέρμη κατά την αίτηση ένταξής τους τον Ιούλιο του 1990, λόγω των θεσμικών ζητημάτων που θα παρουσιάζονταν από την προσκόλληση τόσο μικρών κρατών, ενώ ως προς της Κύπρο, η κατοχή του βόρειου κομματιού της από την Τουρκία ήταν ένα αγκάθι στις ενταξιακές διαδικασίες της στην ΕΚ. Τελικά όλες οι δυσκολίες κάμφθηκαν τον Ιούνιο του 1993, όπου η Επιτροπή έδωσε το πράσινο φως για την εξέταση των δύο υποψηφιοτήτων, φτάνοντας έτσι στη συνθηκολόγηση της Αθήνας.<sup>28</sup>

Όπως και άλλες χώρες της Κεντρο-Ανατολικής Ευρώπης και των Βαλκανίων, όπως αναφέρθηκαν πιο πάνω, έτσι και η **Βουλγαρία με τη Ρουμανία**, αναζήτησαν τις προοπτικές ανάπτυξης και σταθερότητας τους στη Δύση μετά τις πολιτικές και πολιτειακές μεταβολές του 1989. Αν και η στροφή προς την Ευρώπη αρχίζει από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, λόγω της ανεπάρκειας που επιδείκνυαν όλα αυτά τα χρόνια σχετικά με τις προϋποθέσεις και τα κριτήρια ένταξής τους, χρειάστηκε να περάσουν σχεδόν είκοσι επτά χρόνια για την τελεσίδικη ενσωμάτωσή τους την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2007, φτάνοντας στην Ευρώπη των «27». Αυτό οφειλόταν από την πλευρά της Ρουμανίας στις αδυναμίες που εμφάνιζαν οι δημόσιες υπηρεσίες και το νομικό σύστημα, στην εκτεταμένη διαφθορά και στην διοικητική ασυνέπεια στο να εφαρμόσει τα συμφωνηθέντα.<sup>29</sup> Η Βουλγαρία από τη πλευρά της ταλανίστηκε από σοβαρή πολιτική και οικονομική αστάθεια, παρουσίαζε ένα αδύναμο και ανεπαρκές δικαστικό και διοικητικό σύστημα, εμφάνιζε έντονη διαφθορά, ενώ εξωτερικοί παράγοντες όπως η αποσταθεροποίηση της Βαλκανικής, ως συνέπεια του πολέμου το Κοσσυφοπεδίου, αποτελούσαν ανασταλτικό

---

<sup>28</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.106

<sup>29</sup> [http://www.lse.ac.uk/europeanInstitute/research/hellenicObservatory/pdf/Various/QUINN\\_.pdf](http://www.lse.ac.uk/europeanInstitute/research/hellenicObservatory/pdf/Various/QUINN_.pdf), (Ανεγνώσθη στις 24/02/2019)

παράγοντα στην ενταξιακή της διαδικασία.<sup>30</sup> Ο κύκλος των ενταγμένων κρατών στην ΕΕ όπως υφίσταται στις μέρες μας έκλεισε με την προσάρτηση της **Κροατίας** την 1<sup>η</sup> Ιουλίου 2013.<sup>31</sup> Η Κροατία έχοντας υποβάλει αίτημα ένταξης τον Ιούλιο του 2003, χρειάστηκε να προσπεράσει εσωτερικά προβλήματα όπως το αυξημένο δημόσιο και ιδιωτικό χρέος, την ελλιπή ασφάλεια δικαίου κ.α., ώστε να φτάσει να διαμορφώσει την Ευρώπη των «28».<sup>32</sup>



**Χάρτης 2:** Η Ευρώπη των «28»

Όπως ήταν φυσικό, η σταδιακή διαδικασία διεύρυνσης μετέβαλλε το ρου της ιστορίας της Ευρώπης σε πρωτοφανή κλίμακα. Αρχικά απέκτησε μεγαλύτερη βαρύτητα ως διεθνής οργανισμός, καθώς αυξήθηκε σημαντικά ως οντότητα (γεωγραφικά, δημογραφικά, οικονομικά, πολιτικά κτλ). Στους κόλπους της συγκαταλέγονται οι μεγαλύτερες και παραδοσιακότερες δυνάμεις της Ευρώπης, κάτι που τη καθιστά την κύρια εμπορική δύναμη παγκοσμίως, καλύπτοντας το

<sup>30</sup> <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?qid=1550007644250&uri=CELEX:52001IE0931>, (Ανεγνώσθη στις 24/02/2019)

<sup>31</sup> [https://europa.eu/european-union/about-eu/countries/member-countries/croatia\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/countries/member-countries/croatia_el), (Ανεγνώσθη στις 25/02/2019)

<sup>32</sup> <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?qid=1550008046121&uri=CELEX:52004IE0520>, (Ανεγνώσθη στις 25/02/2019)

ένα πέμπτο περίπου των διεθνών συναλλαγών, χωρίς όμως να συγκαταλέγονται οι ενδοευρωπαϊκές εμπορικές κινήσεις των σχεδόν 500 εκατομμυρίων κατοίκων της. Το μεγάλο εύρος της διεύρυνσης αναχαίτισε κατά κάποιον τρόπο την κυριαρχικότητα του γαλλογερμανικού άξονα, ο οποίος εξακολουθεί να καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το της διαδικασίας ολοκλήρωσης.<sup>33</sup> Πάντως οι ενταξιακές διαδικασίες δεν σταμάτησαν με την ενσωμάτωση της Κροατίας, αντιθέτως συνεχίζονται με ένα πλήθος από υπό ένταξη χώρες όπως η Αλβανία, το Μαυροβούνιο, η Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας, η Σερβία και η Τουρκία, ενώ οι δυνάμει υποψήφιας χώρες είναι η Βοσνία-Ερζεγοβίνη και το Κοσσυφοπέδιο.<sup>34</sup>

### **3.4 Οι Ευρωπαϊκές Συνθήκες**

Η Ευρωπαϊκή Ένωση η οποία αντιπροσωπεύει κάτι μοναδικό και καινοτόμο στην ιστορία, στηρίζεται σε ένα πολιτικό σύστημα διαρκώς εξελισσόμενο και βασισμένο σε ένα σύνολο Συνθηκών δεσμευτικού χαρακτήρα μεταξύ των κρατών-μελών, μέσω του οποίου ορίζονται οι στόχοι της Ένωσης, οι κανόνες που διέπουν τα θεσμικά της όργανα, οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων και οι σχέσεις της ΕΕ με τα μέλη της.<sup>35</sup>

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω η Συνθήκη των Παρισίων (ΕΚΑΧ) και οι δύο Συνθήκες της Ρώμης (ΕΟΚ και ΕΚΑΕ), αποτελούν τις Ιδρυτικές Συνθήκες των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Δεδομένου όμως των αυξανόμενων και μεταλλασσόμενων αναγκών που ακολουθούν την σταδιακή διεύρυνση της ΕΚ, οι πολιτικές που πηγάζουν από τις Συνθήκες, πρέπει να εξελίσσονται και να πολλαπλασιάζονται, συμβαδίζοντας με του παράγοντες που διαμορφώνονται και αναπροσαρμόζονται συνεχώς. Ως εκ τούτου, η αναθεώρηση των Συνθηκών αποτελεί εκ των ουκ άνευ ανάγκη, που επιτρέπει στα μέλη να θέτουν υψηλότερους στόχους. Έτσι, ως συμπλήρωμα των Ιδρυτικών Συνθηκών προέκυψαν οι εξής:

#### **❖ Η Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη.**

---

<sup>33</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.94

<sup>34</sup> [https://europa.eu/european-union/about-eu/countries\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/countries_el), (Ανεγνώσθη στις 02/03/2019)

<sup>35</sup> [https://europa.eu/european-union/law/treaties\\_el](https://europa.eu/european-union/law/treaties_el), (Ανεγνώσθη στις 02/03/2019)

- ❖ *Η Συνθήκη του Μάαστριχ.*
- ❖ *Η Συνθήκη του Άμστερνταμ.*
- ❖ *Η Συνθήκη της Νίκαιας.*
- ❖ *Η Συνθήκη της Λισαβόνας.*

### **3.4.1 Η Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη**

Η Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη η οποία συμπληρώνει τη Συνθήκη της ΕΟΚ, υπογράφηκε τον Φεβρουάριο του 1986, αλλά λόγω προβλημάτων κύρωσης τέθηκε σε ισχύ την 1<sup>η</sup> Ιουλίου 1987 περιλαμβάνοντας μια ευρεία δέσμη μέτρων, όπως η ενίσχυση του ρόλου και της ασκούμενης επιρροής του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου στη Κοινότητα, με τη θέσπιση μιας νέας «διαδικασίας σύμφωνης γνώμης». Βασικό σημείο της εν λόγω πράξης είναι η ολοκλήρωση εσωτερικής αγοράς ώστε να διασφαλιστεί η ελεύθερη κυκλοφορία ατόμων, εμπορευμάτων, υπηρεσιών και κεφαλαίων, ενώ νέοι τομείς πολιτικής όπως το περιβάλλον, η έρευνα, η τεχνολογική ανάπτυξη, καθώς και η οικονομική και κοινωνική συνοχή μπαίνουν στην ατζέντα των πολιτικών. Θεσπίστηκε επίσης μια νέα νομοθετική διαδικασία, η διαδικασία συνεργασίας, που είχε ως στόχο της βελτίωση της αποτελεσματικότητας της λήψης αποφάσεων στο Συμβούλιο Υπουργών, επεκτείνοντας έτσι την ικανότητα του Συμβουλίου να λαμβάνει αποφάσεις με ειδική πλειοψηφία.

Κατά αυτό τον τρόπο η Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη ενίσχυσε την πορεία προς την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση, ειδικά με την ανάπτυξη πολιτικών δράσεων και ως επί το πλείστον με τη στοχοθέτηση δημιουργίας εσωτερικής αγοράς, ενώ προς στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η συμφωνία για αύξηση των ικανοτήτων του Συμβουλίου Υπουργών για λήψη αποφάσεων με ειδική πλειοψηφία.<sup>36</sup>

### **3.4.2 Η Συνθήκη του Μάαστριχ**

---

<sup>36</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.129-130

Η Συνθήκη του Μάαστριχτ γνωστή και ως η Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση, που θεωρείται η σημαντικότερη και ιστορικότερη συνθήκη της ηπείρου, έθεσε τις βάσεις για την εξέλιξη της Ευρώπης με τη μορφή που υφίσταται σήμερα. Συγκλίνοντας πολιτικά τα δώδεκα κράτη μέλη προχώρησαν στην υπογραφή της συμφωνίας ως μέλη της τότε ΕΚ, πραγματοποιώντας έτσι αποφασιστική κίνηση προς την πολιτική και οικονομική ενοποίηση της Ευρώπης και μεταβιβάζοντας μέρος της εθνικής κυριαρχίας στα κοινά θεσμικά όργανα, που αντιπροσωπεύουν όχι μόνο τα εθνικά αλλά και τα συλλογικά συμφέροντα τους.

Η Συνθήκη που τέθηκε σε εφαρμογή την 1<sup>η</sup> Νοεμβρίου 1993, είναι αποτέλεσμα τόσο εσωτερικών όσο και εξωτερικών παραγόντων. Οι παράγοντες που σχετίζονται με τις εσωτερικές συνθήκες αναφέρονται αφενός, στην ανάγκη καθιέρωσης ενιαίου νομίσματος που θα έθετε τις βάσεις για μεγαλύτερη επιχειρηματική σταθερότητα και θα εξάλειφε το κόστος μετατροπής του νομίσματος και αφετέρου, στην αναγκαιότητα μιας «κοινωνικής διάστασης» που θα μετρίαζε τα «απόνερα» της φιλελεύθερης αγοράς. Ακόμα, η κατάργηση των συνοριακών ελέγχων έφεραν στην επιφάνεια προβλήματα, τα οποία θα επιλύονταν με τη λειτουργία νέων και βελτιωμένων μηχανισμών, ενώ τέλος, η εμφάνιση του «δημοκρατικού ελλείμματος» σε ένα περιβάλλον με θεμέλιο λίθο τη δημοκρατία, άρχισε να σκεπάζει τον ουρανό της Κοινότητας.

Σε σχέση τώρα με τους εξωτερικούς παράγοντες, η κατάρρευση του κομμουνισμού και η διάλυση της Σοβιετικής ένωσης αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα στην αλλαγή σκέψης και πλεύσης της κυρίαρχης Δυτικής Ευρώπης. Η προοπτική της ενοποίησης δεν είχε εκφραστεί ποτέ πιο έντονα, καθώς οι προκλήσεις που ανοίγονταν σε ένα ταχέως μεταβαλλόμενο περιβάλλον και η αβεβαιότητα για το μέλλον της ηπείρου, απειλούσαν το ευρωπαϊκό οικοδόμημα. Με την επανένωση της Γερμανίας από την πτώση του Τείχους του Βερολίνου, οι φωνές άρχισαν να πληθαίνουν και να εντείνονται για προώθηση της διαδικασίας ολοκλήρωσης, υπό τον φόβο μιας Γερμανοκρατούμενης Ευρώπης, ενώ το τέλος του Ψυχρού Πολέμου σήμανε και την κατάργηση των συνθηκών που είχαν συναφθεί υπ' αυτό το «καθεστώς», καθιστώντας έτσι αναγκαίο τον

επαναπροσδιορισμό της ευρύτερης πολιτικής των περισσότερων Δυτικοευρωπαϊκών κρατών.<sup>37</sup>

Η Συνθήκη του Μάαστριχτ που αποτελεί πράξη αναθεωρητική των προηγούμενων Συνθηκών, ορίζει τη δημιουργία μιας Ευρωπαϊκής Ένωσης βασισμένη σε τρεις πυλώνες:<sup>38</sup>

- Τις Ευρωπαϊκές Κοινότητες (ΕΚΑΧ-ΕΟΚ-ΕΥΡΑΤΟΜ).
- Την Κοινή Εξωτερική Πολιτική και Πολιτική Ασφαλείας (ΚΕΠΠΑ).
- Την Συνεργασία στους Τομείς της Δικαιοσύνης και των Εσωτερικών Υποθέσεων (ΔΕΥ).

Ο πρώτος πυλώνας θεωρείται ως ο σημαντικότερος εισάγοντας δύο νέες καίριες αρχές, την αρχή της επικουρικότητας και την αρχή της ιθαγένειας, ενώ επίσης θέτει τα θεμέλια για την οικονομική και νομισματική ένωση, αποβλέποντας στην εφαρμογή ενιαίας οικονομικής και νομισματικής πολιτικής, με στόχο την καθιέρωση πανευρωπαϊκού νομίσματος (ευρώ). Οι αναθεωρητικές παρεμβάσεις τείνουν στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της δημοκρατικότητας των θεσμικών δομών, καθώς και στην ενίσχυση των αρμοδιοτήτων του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου.<sup>39</sup>

Ο δεύτερος πυλώνας καθορίζει την εφαρμοστέα κοινή εξωτερική πολιτική και πολιτική ασφαλείας της Ένωσης, επιδιώκοντας έτσι τη διαφύλαξη των κοινών αξιών, των θεμελιωδών συμφερόντων και την ανεξαρτησία της, όπως επίσης και την ενίσχυση της ασφάλειά της. Επιπλέον ο συγκεκριμένος σχεδιασμός αποβλέπει στη διατήρηση της ειρήνης και της διεθνούς ασφάλειας, στη προώθηση της διεθνούς συνεργασίας και στην ανάπτυξη και εδραίωση της δημοκρατίας και του κράτους δικαίου, ενώ επιζητά και την ενίσχυση και

---

<sup>37</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.130-132

<sup>38</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.135

<sup>39</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.136

παγίωση της δημοκρατίας και του κράτους δικαίου, καθώς και του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών.<sup>40</sup>

Ο τρίτος πυλώνας μεριμνά για την αγαστή συνεργασία στους τομείς της δικαιοσύνης και των εσωτερικών υποθέσεων. Ως στόχοι προσδιορίζονται η διαφύλαξη κοινών αξιών, θεμελιωδών συμφερόντων και ανεξαρτησίας της ΕΕ, η καταπολέμηση της τρομοκρατίας, του οργανωμένου εγκλήματος, της διακίνησης ναρκωτικών και της διεθνούς απάτης, η οργάνωση δικαστικής συνεργασίας στον αστικό και ποινικό τομέα κ.α.<sup>41</sup>

### **3.4.3 Η Συνθήκη του Άμστερνταμ**

Η Συνθήκη του Άμστερνταμ που τέθηκε σε εφαρμογή την 1<sup>η</sup> Μαΐου 1999, παρότι δεν χαρακτηρίζεται για το πρωτοποριακό της περιεχόμενο, αλλά για την αναθεωρητική της δράση, εισήγαγε σημαντικές αλλαγές ως προς τη διακυβέρνηση της ΕΕ, ομαδοποιημένες σε έξι κατηγορίες:

1. Ελευθερία, ασφάλεια και δικαιοσύνη
2. Η Ένωση και οι πολίτες της
3. Μια αποτελεσματική και συνεκτική εξωτερική πολιτική
4. Τα όργανα της Ένωσης
5. Στενότερη συνεργασία-«Ευελιξία»
6. Απλούστευση και ενοποίηση των Συνθηκών

Η εν λόγω Συνθήκη επιχειρεί μια ευρεία προσέγγιση των κοινωνικών ζητημάτων της ΕΕ, κάτι που αποτυπώνεται στις πολιτικές καταπολέμησης των διακρίσεων (φυλετικών, θρησκευτικών κ.α) και στη τροποποίηση διατάξεων σε σχέση με τις αρχές της ελευθερίας, της δημοκρατίας και του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ενώ σημαίνοντα ρόλο είχαν οι πολιτικές απασχόλησης και οι δράσεις ως προς την ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων. Η άλλη πτυχή της Συνθήκης άπτεται των θεσμικών ζητημάτων της Ένωσης, όπου κύριο μέλημα είναι η βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της, όπως η

---

<sup>40</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.140

<sup>41</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.141



ενίσχυση της θέσης του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου ως προς την εξωτερική πολιτική και πολιτική ασφαλείας.<sup>42</sup>

#### 3.4.4 Η Συνθήκη της Νίκαιας

Τα «υπόλοιπα» του Άμστερνταμ, όπως έγιναν γνωστά τα θεσμικά κενά που είχε αφήσει η ομώνυμη Συνθήκη, προοιωνίζαν την επερχόμενη Συνθήκη της Νίκαιας.<sup>43</sup> Η εν λόγω πράξη που υπογράφηκε στις 26 Φεβρουαρίου 2001 και τέθηκε σε εφαρμογή περίπου ένα χρόνο μετά, στην πραγματικότητα περιελάμβανε δύο Συνθήκες, τη Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΣΕΕ) και τη Συνθήκη περί ιδρύσεως της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (ΣΕΚ). Δεν συνιστούσε μια ικανοποιητική Συνθήκη καθώς δεν απέβλεπε στο να δώσει ώθηση στην Ευρωπαϊκή ολοκλήρωση, αλλά στο να προετοιμάσει τους όρους διεύρυνσης της Ένωσης με νέα μέλη. Ως εκ τούτου το αναθεωρητικό περιεχόμενο της ήταν σχεδόν εξ ολοκλήρου θεσμικό και επικεντρώνεται κυρίως σε τέσσερα θέματα: **α)** στο μέγεθος και τη σύνθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, όπου το κάθε κράτος-μέλος θα εκπροσωπείται από έναν υπήκοο<sup>44</sup> **β)** στην στάθμιση των ψήφων του Συμβουλίου, κατά την οποία προσδιορίζεται η κατανομή των ψήφων με πληθυσμιακά κριτήρια<sup>45</sup> **γ)** στην ειδική πλειοψηφία, που για την λήψη των πλειοψηφικών αποφάσεων απαιτείται το 74,7% των ψήφων στην Ευρώπη των 27 <sup>46</sup>και **δ)** στις ενισχυμένες συνεργασίες, όπου προωθείται και διευκολύνεται η συνεργασία μεταξύ μελών, σε περιπτώσεις που υπάρχει διάσταση απόψεων σε ένα περιβάλλον συνεχούς διεύρυνσης και μεταβλητότητας<sup>47</sup>.

#### 3.4.5 Η Συνθήκη της Λισαβόνας

---

<sup>42</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.143-155

<sup>43</sup> Ιωακειμίδης Π.Κ. (2001), «Η Συνθήκη της Νίκαιας και το Μέλλον της Ευρώπης», Εκδόσεις: Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.13

<sup>44</sup> Ιωακειμίδης Π.Κ. (2001), «Η Συνθήκη της Νίκαιας και το Μέλλον της Ευρώπης», Εκδόσεις: Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.37

<sup>45</sup> Ιωακειμίδης Π.Κ. (2001), «Η Συνθήκη της Νίκαιας και το Μέλλον της Ευρώπης», Εκδόσεις: Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.40

<sup>46</sup> Ιωακειμίδης Π.Κ. (2001), «Η Συνθήκη της Νίκαιας και το Μέλλον της Ευρώπης», Εκδόσεις: Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.63

<sup>47</sup> Ιωακειμίδης Π.Κ. (2001), «Η Συνθήκη της Νίκαιας και το Μέλλον της Ευρώπης», Εκδόσεις: Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.95

Πενήντα χρόνια μετά την υπογραφή των Συνθηκών της Ρώμης υπογράφεται στη Λισσαβώνα η ομώνυμη Συνθήκη στις 25 Μαρτίου 2007, ως αποτέλεσμα του αδιεξόδου που διαμορφωνόταν σχετικά με τη θεσμική μεταρρύθμιση της ΕΕ. Η νέα αυτή Συνθήκη που αποτελεί πράξη αναθεωρητική της Συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΣΕΕ) και της Συνθήκης περί Ιδρύσεως της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (ΣΕΚ), καταργεί τη χρήση του όρου «Κοινότητα» για τον όρο «Ένωση», αποκτώντας έτσι μια ενιαία νομική προσωπικότητα με την οποία θα συμμετέχει σε συζητήσεις με τρίτες χώρες και διεθνείς οργανισμούς. Το περιεχόμενο της πράξης κινείται ουσιαστικά σε τρεις διαστάσεις:<sup>48</sup>

- 1. Ο εκδημοκρατισμός της ΕΕ**, επιτυγχάνεται με τη θεμελίωση της αρχής της δημοκρατικής ισότητας, την αρχή της αντιπροσωπευτικής δημοκρατίας και την αρχή της συμμετοχικής δημοκρατίας. Κινητοποιεί του πολίτες ώστε να συμμετέχουν στις πολιτικές της Ένωσης, ενισχύει τον ρόλο του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, εισάγει ένα νέο το σύστημα ψηφοφορίας του Συμβουλίου των Υπουργών που στηρίζεται στην αρχή της διπλής πλειοψηφίας (κρατών και πληθυσμού), κ.α.
- 2. Οι θεσμικές αλλαγές** κάλυψαν μεγάλο μέρος του περιεχομένου της Συνθήκης. Μία εξ αυτών είναι η δημιουργία δύο διακριτών αξιωμάτων, αυτό του Προέδρου του Συμβουλίου και αυτό του Υπατου Εκπροσώπου της ένωσης για Θέματα Εξωτερικής Πολιτικής και Πολιτικής Ασφαλείας. Επίσης ορίζεται ως μέγιστος αριθμός μελών του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου τα 751 άτομα, επεκτείνεται η κοινοτική μέθοδος σε σχεδόν όλες τις εκφάνσεις της δικαιοσύνης και των εσωτερικών υποθέσεων κ.α.
- 3. Η εξάπλωση και ενίσχυση της ατζέντας της Ένωσης** προκύπτει από το ενδιαφέρον που επικεντρώθηκε σε κάποιες πολιτικές της, όπως στη Κοινή Εξωτερική Πολιτική και στη Πολιτική Ασφαλείας, στην ανάπτυξη κοινής μεταναστευτικής πολιτικής, στη περιβαλλοντολογική ευαισθητοποίηση κ.α.

---

<sup>48</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.186-190

### 3.5 Τα ευρωπαϊκά θεσμικά όργανα

Η ένταξη των ευρωπαϊκών κρατών στην Κοινότητα όπως καταγράφηκε και πιο πάνω, σήμαινε και την εξ ορισμού μεταβίβαση ορισμένων εκ των νομοθετικών, εκτελεστικών και δικαστικών τους εξουσιών στα αντίστοιχα κοινά θεσμικά όργανα, όπως άλλωστε ορίζει το θεσμικό πλαίσιο της που τα ίδια τα κράτη μέλη έχουν συστήσει, ούτως ώστε η λήψη αποφάσεων για ζητήματα κοινού ενδιαφέροντος να γίνεται δημοκρατικά σε επίπεδο ΕΕ. Η Ένωση διαθέτοντας αυτό το θεσμικό πλαίσιο αποσκοπεί στην προώθηση των αξιών της, στην επιδίωξη των στόχων της, στην εξυπηρέτηση των συμφερόντων της, των συμφερόντων των πολιτών και των κρατών-μελών της, καθώς και στη διασφάλιση της συνοχής, της αποτελεσματικότητας και της συνέχειας των πολιτικών και των δράσεων της. Βάσει λοιπόν του άρθρου 13 της Συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση το θεσμικό πλαίσιο αποτελείται από επτά βασικά και δύο συμβουλευτικά όργανα, έτσι όπως παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα, η συμβολή των οποίων είναι καίρια για την επίτευξη της Ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης.<sup>49</sup>

<b>ΒΑΣΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ</b>	<b>ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο</li><li>➤ Ευρωπαϊκό Συμβούλιο</li><li>➤ Συμβούλιο Ευρωπαϊκής Ένωσης</li><li>➤ Ευρωπαϊκή Επιτροπή</li><li>➤ Δικαστήριο Ευρωπαϊκής Ένωσης</li><li>➤ Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα</li><li>➤ Ελεγκτικό Συνέδριο</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή</li><li>➤ Επιτροπή Περιφερειών</li></ul>

**Πίνακας 1:** «Βασικά και Συμβουλευτικά Όργανα της ΕΕ»

#### 3.5.1 Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο

<sup>49</sup> [https://www.ecb.europa.eu/ecb/legal/pdf/oj\\_c\\_2016\\_202\\_full\\_el\\_txt.pdf](https://www.ecb.europa.eu/ecb/legal/pdf/oj_c_2016_202_full_el_txt.pdf), σελ.22

Το 1952 στα πλαίσια της πρώτης ιδρυτικής Συνθήκης της Ευρώπης γεννιέται και η Συνέλευση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας Άνθρακα και Χάλυβα, η οποία το 1962 θα μετονομαστεί σε Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. Αν και θεωρείτο αναποτελεσματικό σαν όργανο, ο ρόλος του αναβαθμίστηκε χρόνο με το χρόνο, επιδρώντας καθοριστικά στην ευρωπαϊκή οικοδόμηση, ενώ χάριν στην άμεση εκλογή από τους λαούς της Ένωσης κατέστη το μοναδικό πολυεθνικό κοινοβούλιο του κόσμου. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το οποίο αποτελεί τη καρδιά της δημοκρατίας της Ένωσης εκπροσωπώντας 500 εκατομμύρια άτομα μέσω των 751 αντιπροσώπων του από όλα τα κράτη-μέλη, από συμβουλευτικό όργανο σταδιακά οδηγήθηκε στο να κατέχει τρεις βασικές αρμοδιότητες:<sup>50</sup>

- **Η νομοθετική** εξουσία η οποία ενισχύθηκε με τις Συνθήκες του Άμστερνταμ και της Νίκαιας, προβλέπει την έγκριση των νομοθετικών πράξεων της ΕΕ, μαζί με το Συμβούλιο της ΕΕ, με βάση τις προτάσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, αποφασίζει για θέματα διεύρυνσης και για διεθνείς συμφωνίες, ενώ εξετάζει και το πρόγραμμα εργασίας της Επιτροπής και της ζητά να υποβάλλει νομοθετικές προτάσεις.
- **Η εποπτική** λειτουργία αποτελεί μέσο προάσπισης της δημοκρατικότητας όλων των οργάνων της ΕΕ, ενώ δύναται να εκλέγει τον πρόεδρο της Επιτροπής και να εγκρίνει την Επιτροπή ως σώμα, έχοντας βέβαια τη δυνατότητα κατάθεσης πρότασης μομφής. Επίσης δίνει τη τελική έγκριση για τον τρόπο με τον οποίο εκτελέστηκε ο προϋπολογισμός της ΕΕ, εξετάζει αναφορές των πολιτών και συγκροτεί εξεταστικές επιτροπές, συζητά τη νομισματική πολιτική με την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, υποβάλει ερωτήσεις στην Επιτροπή και το Συμβούλιο και εκτελεί χρέη παρατηρητή σε εκλογικές διαδικασίες.
- **Οι δημοσιονομικές** αρμοδιότητες έγκεινται στον καταρτισμό του προϋπολογισμού της ΕΕ, μετά από μια διαδικασία συνδιάλεξης με το Συμβούλιο και στην έγκριση του μακροπρόθεσμου προϋπολογισμού της ΕΕ, δηλαδή το «Πολυετές Δημοσιονομικό Πλαίσιο».

### 3.5.2 Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο

---

<sup>50</sup>[https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-parliament\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-parliament_el), (Ανεγνώσθη στις 03/03/2019)

Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο απαρτιζόμενο από τους αρχηγούς κρατών και κυβερνήσεων των χωρών της ΕΕ, τον πρόεδρο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και από τον Υπάτο Εκπρόσωπο για Θέματα Εξωτερικής Πολιτικής και Πολιτικής Ασφαλείας, αποτελεί ένα από τα βασικά θεσμικά όργανα της ΕΕ. Η ιστορική του διαδρομή ξεκινάει από τη σύνοδο κορυφής των Παρισίων το 1974, όπου για λόγους αναποτελεσματικότητας στην αντιμετώπιση τόσο των εσωτερικών όσο και των διεθνών προκλήσεων της Κοινότητας, αποφασίζεται η καθιέρωση του ως άτυπο όργανο, μέσω του οποίου οι αρχηγοί κρατών ή κυβερνήσεων θα ανταλλάσουν ιδέες προς επίλυση προβληματικών καταστάσεων. Μετά από μια πολυετή πορεία ελλείψει πλήρους αναγνώρισης ως θεσμός της Κοινότητας, το 2009 ανακηρύσσεται και επίσημα θεσμικό όργανο της ΕΕ, επιφορτισμένο να καθορίζει τις γενικές κατευθύνσεις και πολιτικές προτεραιότητες της ΕΕ, να μεριμνά για σύνθετα ή ευαίσθητα θέματα που δεν μπορούν να διευθετηθούν σε χαμηλότερο επίπεδο διακυβερνητικής συνεργασίας και ορίζει την κοινή εξωτερική πολιτική και πολιτική ασφαλείας, υπολογίζοντας και τα στρατηγικά συμφέροντα της ΕΕ καθώς και θέματα άμυνας. Στις αρμοδιότητές του επίσης είναι και η επιλογή και ο ορισμός των υποψηφίων σε κάποια υψηλά αξιώματα της ΕΕ, όπως αυτό του προέδρου της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, ενώ για κάθε ζήτημα μπορεί να αιτηθεί στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή υποβολή πρότασης για την αντιμετώπισή του και να παραπέμψει το ζήτημα στο Συμβούλιο της ΕΕ.<sup>51</sup>

### **3.5.3 Το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης**

Το Συμβούλιο Ευρωπαϊκής Ένωσης ή Συμβούλιο Υπουργών ή Συμβούλιο είναι ο κύριος χώρος συνάντησης των εθνικών κυβερνήσεων, όπου φιλοξενούνται οι υπουργοί κάθε κράτους-μέλους ανάλογα με τον υπό εξέταση τομέα πολιτικής. Η διαδρομή του ξεκινάει το 1958 ως Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας, συμβάλλοντας καθοριστικά στη πολιτική σκηνή της Κοινότητας, όπως στο να διασφαλίσει το κεντρικού ρόλο των εθνικών κυβερνήσεων και να διαμορφώσει τις εργασίες της ΕΕ, συνεπικουρώντας με αυτό τον τρόπο στη διατήρηση και στην επέκταση των

---

<sup>51</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.297-299

αρμοδιοτήτων του. Πλέον, με τη σημερινή μορφή της ΕΕ και του Συμβουλίου, η κύρια αρμοδιότητα του έγκειται στη λήψη πολιτικών και νομοθετικών αποφάσεων.<sup>52</sup> Ουσιαστικά διαπραγματεύεται και θεσπίζει τη νομοθεσία της ΕΕ, βάσει των προτάσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, συνεργώντας με το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, ενώ συντονίζει και τις πολιτικές των κρατών-μελών. Επιπροσθέτως, στα καθήκοντα του είναι και η χάραξη της εξωτερικής πολιτικής και πολιτικής ασφαλείας της ΕΕ, η σύναψη συμφωνιών με άλλες χώρες ή οργανισμούς και η έγκριση του ετήσιου προϋπολογισμού σε σύμπραξη με το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο.<sup>53</sup>

Τα εσωτερικά προβλήματα που αντιμετώπιζε ο θεσμός, ως προς τη διασπορά της εξουσίας, της ανεπαρκούς συνοχής μεταξύ των τομεακών Συμβουλίων και της δυσκίνητης και αργής διαδικασίας λήψης αποφάσεων, οδήγησαν στη λήψη των αναγκαίων μέτρων και ακολούθηθηκε μια μεταρρυθμιστική πορεία με σκοπό την επίλυσή τους. Οι σημαντικότερες παρεμβάσεις εστιάζουν στη λήψη αποφάσεων με πλειοψηφία, στην αναβάθμιση του ρόλου της Προεδρίας, στην αύξηση της συνεργασίας μεταξύ των Προεδριών και στη μείωση του αριθμού των συνθέσεων του Συμβουλίου.<sup>54</sup>

### **3.5.4 Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή**

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ή Επιτροπή, ιδρυθείσα το 1958, κατέχει κεντρική θέση σε όλα τα επίπεδα και σε όλους τους τομείς λήψης αποφάσεων της ΕΕ, με την οργανωτική της δομή να αποτελείται από τις «Γενικές Διευθύνσεις» και τις «Ειδικευμένες Υπηρεσίες», οι οποίες καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα πολιτικών. Την Επιτροπή συγκροτούν οι Επίτροποι, ένας από κάθε κράτος-μέλος, οι οποίοι βρίσκονται και στη κορυφή της ιεραρχίας, έχοντας αναλάβει ο καθένας ξεχωριστά ένα συγκεκριμένο πολιτικό πεδίο, ενώ η άσκηση των καθηκόντων τους θα πρέπει να γίνεται με πλήρη ανεξαρτησία, «αποποιοούμενοι» την εθνική τους ταυτότητα και το εθνικό τους συμφέρον, προς το γενικό καλό της Κοινότητας. Επικεφαλής του εν λόγω θεσμού είναι ο Πρόεδρος, ο οποίος αξιακά

<sup>52</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.263-264

<sup>53</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), (Ανεγνώσθη στις 05/03/2019)

<sup>54</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.295-296

απολαμβάνει τη θέση με το μεγαλύτερο κυρός και κατέχει τη μεγαλύτερη δυνατότητα άσκησης επιρροής στους Επιτρόπους. Ως εκ τούτου, παρότι οι σημαντικότερες αποφάσεις της Επιτροπής πρέπει να λαμβάνονται συλλογικά, συνιστά τον κύριο εκπρόσωπο της στις συναλλαγές με τα άλλα όργανα της ΕΕ, ορίζεται γενικά υπεύθυνος για την καθοδήγηση των Επιτρόπων και του συνόλου της Επιτροπής (Σώμα Επιτρόπων) και είναι ο καθ' ύλην αρμόδιος για την επίβλεψη ορισμένων από τις σημαντικότερες διοικητικές υπηρεσίες της (πχ Γενική Γραμματεία).<sup>55</sup>

Η Επιτροπή είναι η κινητήρια δύναμη της Ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης, με τον θεσμικό της ρόλο να εστιάζεται στη προώθηση του γενικού συμφέροντος της ΕΕ προτείνοντας και επιβάλλοντας νομοθεσία, καθώς και εφαρμόζοντας πολιτικές και τον προϋπολογισμό της ΕΕ (εκτελεστικές εξουσίες), όντας το πολιτικά ανεξάρτητο εκτελεστικό όργανό της, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί τον θεματοφύλακα του νομικού πλαισίου μαζί με το Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών κοινοτήτων. Αναλυτικότερα, προστατεύει τα συμφέροντα της ΕΕ και των πολιτών της όπου είναι αδύνατο να δράσουν αποτελεσματικά οι κυβερνήσεις των κρατών-μελών, καθορίζει τις προτεραιότητες των δαπανών της ΕΕ, καταρτίζει του ετήσιους προϋπολογισμούς της, όπως επίσης εποπτεύει και παρακολουθεί την υλοποίηση των πολιτικών της.<sup>56</sup>

### **3.5.5 Το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης**

Απαραίτητη προϋπόθεση σε ένα δημοκρατικό περιβάλλον για τη διαδικασία λήψης και εκτέλεσης των αποφάσεων, συνιστά η ύπαρξη ενός νομικού πλαισίου που να καλύπτει τις ανάγκες του κράτους ή του οργανισμού που εκπροσωπεί και να διασφαλίζει την έννομη τάξη. Στο Ευρωπαϊκό στερέωμα, όπου τα κράτη για να γίνουν μέλη αποποιήθηκαν μέρος των εθνικών τους συμφερόντων και των δικαιωμάτων τους να λειτουργούν ανεξάρτητα, το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι το όργανο που μεριμνά για την ομοιόμορφη ερμηνεία και εφαρμογή του νομικού πλαισίου της ΕΕ σε όλα τα κράτη και εξασφαλίζει τη συμμόρφωση αυτών και των θεσμικών οργάνων με

<sup>55</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.213,220-222,227

<sup>56</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), (Ανεγνώσθη στις 05/03/2019)

το δίκαιο της. Το Δικαστήριο, το οποίο κατέχει εξέχοντα ρόλο στη διαδικασία της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης με το να διευκρινίζει ασαφείς νομικές διατάξεις που έχουν θεσπιστεί για την προάσπιση διαφόρων εθνικών συμφερόντων, αποτελείται από δύο σώματα, το καθ' αυτό Δικαστήριο και το Γενικό Δικαστήριο.<sup>57</sup>

Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο, αποτελούμενο από έναν δικαστή ανά κράτος μέλος της ΕΕ, είναι επιφορτισμένο με την έκδοση αποφάσεων για υποθέσεις σχετικά με την:<sup>58</sup>

- **Ερμηνεία του δικαίου**, όπου το Δικαστήριο παρέχει τις απαραίτητες διευκρινήσεις στα εθνικά δικαστήρια όταν υπάρχει αμφιβολία ως προς την ερμηνεία ή ισχύ κάποιου ευρωπαϊκού νόμου.
- **Επιβολή του δικαίου**, σε περιπτώσεις όπου τα εθνικά όργανα έχουν παραβεί το ευρωπαϊκό δίκαιο.
- **Ακύρωση νομικών πράξεων της ΕΕ**, όταν μια νομική πράξη της ΕΕ παραβιάζει της Συνθήκης της ΕΕ ή τα θεμελιώδη δικαιώματα των πολιτών.
- **Διασφάλιση της ανάληψης δράσης από την ΕΕ**, η οποία αναφέρεται ουσιαστικά σε μια διαδικασία υποβολής καταγγελίας στο Δικαστήριο, σε αποφάσεις που δεν πάρθηκαν από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Συμβούλιο και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.
- **Επιβολή κυρώσεων σε όργανα της ΕΕ**, σε περιπτώσεις όπου πρόσωπα ή επιχειρήσεις έχουν ζημιωθεί από την ΕΕ.

Το Γενικό Δικαστήριο, το οποίο περιλαμβάνει ένα τουλάχιστον δικαστή από κάθε κράτος-μέλος, με τη Συνθήκη της Νίκαιας απέκτησε διευρυμένο ρόλο και δικαιοδοσία ώστε να αποσυμφορηθεί το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο από το μεγάλο όγκο εργασίας, επωμιζόμενο τις υποθέσεις άμεσης προσφυγής και ορισμένες κατηγορίες αιτήσεων έκδοσης προδικαστικών αποφάσεων. Επί του πρακτέου, το εν λόγω όργανο ασχολείται κυρίως με το δίκαιο του

---

<sup>57</sup> Μούσης Ν. (2007), «Εγχειρίδιο Ευρωπαϊκής Πολιτικής», Τέταρτη αναθεωρημένη έκδοση, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.52

<sup>58</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), (Ανεγνώσθη στις 05/03/2019)



ανταγωνισμού, τις κρατικές ενισχύσεις, το εμπόριο, τη γεωργία και τα εμπορικά σήματα.<sup>59</sup>

### 3.5.6 Η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα

Στα πλαίσια της Συνθήκης του Μάαστριχτ που θεμελίωσε την οικονομική και νομισματική ένωση της Κοινότητας ιδρύθηκαν την 1<sup>η</sup> Ιουνίου 1998 δύο όργανα με αλληλένδετες σχέσεις, το Ευρωπαϊκό Σύστημα Κεντρικών Τραπεζών (ΕΣΚΤ) και η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ). Δομικά το ΕΣΚΤ αποτελείται από τις εθνικές κεντρικές τράπεζες και από την ΕΚΤ, η οποία απαρτιζόμενη από έναν Πρόεδρο και έναν Αντιπρόεδρο, όπως επίσης και από τους διοικητές των κεντρικών τραπεζών όλων των κρατών-μελών της ΕΕ, είναι υπεύθυνη για τη διαχείριση του ευρώ, για τη διατήρηση της σταθερότητας των τιμών και για την άσκηση της οικονομικής και νομισματικής πολιτικής.<sup>60</sup> Στόχος της είναι η επίτευξη ενός υψηλού επιπέδου απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας, με τη ταυτόχρονη διασφάλιση οικονομικής και κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης μεταξύ των λαών της ΕΕ, ενώ τα βασικά της καθήκοντα ορίζονται ως εξής:<sup>61</sup>

- **Καθορισμός των επιτοκίων** των δανείων προς τις εμπορικές τράπεζες.
- **Διαχείριση των συναλλαγματικών αποθεμάτων** της Ευρωζώνης και της αγοράς ή πώλησης νομισμάτων, με στόχο τη διατήρηση της ισοτιμίας των συναλλαγματικών ισοτιμιών.
- **Εποπτεία των χρηματοπιστωτικών αγορών και ιδρυμάτων** και **προώθηση** της ομαλής λειτουργίας των **συστημάτων πληρωμών**.
- **Εξουσιοδότηση για έκδοση χαρτονομισμάτων ευρώ** των χωρών της Ευρωζώνης.
- **Παρακολούθηση των τιμών**.

---

<sup>59</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.392-393

<sup>60</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.424-425

<sup>61</sup> [https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-central-bank\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-central-bank_el), (Ανεγνώσθη στις 05/03/2019)

Στα πλαίσια της λειτουργίας της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας υπάρχουν και τρία όργανα λήψης αποφάσεων τα οποία είναι:<sup>62</sup>

- **Το Διοικητικό Συμβούλιο**, που είναι αρμόδιο για την διασφάλιση της εκτέλεσης των ανατεθέντων καθηκόντων του ΕΣΚΤ, για την χάραξη της νομισματικής πολιτικής της Κοινότητας και τον καθορισμό των επιτοκίων δανεισμού.
- **Η Εκτελεστική Επιτροπή**, η οποία εφαρμόζει τη νομισματική πολιτική βάσει των προσταγών και των αποφάσεων του Διοικητικού Συμβουλίου και εκτελεί τις ανατεθείσες πολιτικές του.
- **Το Γενικό Συμβούλιο**, το οποίο εκτός από τη διεκπεραίωση συμβουλευτικών, διοικητικών και τεχνικών καθηκόντων, είναι υπεύθυνο για την εποπτεία της λειτουργίας του συστήματος του Μηχανισμού Συναλλαγματικών Ισοτιμιών και για την εξέταση των συναλλαγματικών και νομισματικών πολιτικών των κρατών-μελών που δεν συμμετέχουν στην Ευρωζώνη ως διαδικασία προετοιμασίας προσχώρησης υποψήφιων χωρών.

### 3.5.7 Το Ελεγκτικό Συνέδριο

Το Ελεγκτικό Συνέδριο ως απότοκο της Συνθήκης περί τροποποιήσεως ορισμένων δημοσιονομικών διατάξεων του 1975, αποτελεί ανεξάρτητη εξωτερική ελεγκτική αρχή η οποία μεριμνά για τον έλεγχο των λογαριασμών του συνόλου των εσόδων και των εξόδων της ΕΕ, ενώ αντίστοιχα πράττει και για κάθε ιδρυθέντα οργανισμό της Κοινότητας. Με ενισχυμένη θέση ως πλήρες όργανο της Κοινότητας βάσει της Συνθήκης του Μάαστριχτ,<sup>63</sup> είναι αρμόδιο για τον έλεγχο των εσόδων και των δαπανών της ΕΕ και για την χρηστή χρήση των πόρων της, για την επίβλεψη των προσώπων ή των φορέων που διαχειρίζονται ευρωπαϊκά κονδύλια, ενώ συνεργάζεται άμεσα με την Ευρωπαϊκή Υπηρεσία Καταπολέμησης της Απάτης σε περιπτώσεις διαφθοράς ή άλλων παράνομων δραστηριοτήτων και διαβιβάζει τις γνωμοδοτήσεις των ομάδων ελέγχου στους πολιτικούς ιθύνοντες της ΕΕ. Στα πλαίσια της λειτουργίας του, το Ευρωπαϊκό

<sup>62</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.425-427

<sup>63</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.428-430

Ελεγκτικό Συνέδριο πραγματοποιεί τρία είδη ελέγχου: **(α)** τον δημοσιονομικό έλεγχο, που επαληθεύει ή όχι την ρεαλιστικότητα των λογαριασμών ως προς τη χρηματοοικονομική κατάσταση και επιβλέπει τα αποτελέσματα και την ταμειακή ροή του οικονομικού έτους, **(β)** τον έλεγχο συμμόρφωσης, ο οποίος επιβλέπει για την ευθυγράμμιση των συναλλαγών με τους κανόνες και **(γ)** τον έλεγχο απόδοσης, σύμφωνα με τον οποίον γίνεται καταγραφή της αποδοτικότητας των ευρωπαϊκών ταμείων σε συνάρτηση με τους προς διάθεση πόρους.<sup>64</sup>

### 3.5.8 Η Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή

Η Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή, η οποία αριθμεί 350 μέλη από όλες τις χώρες της ΕΕ, έχει συμβουλευτικό ρόλο και λειτουργεί ως εκπρόσωπος των οργανώσεων των εργαζομένων, των εργοδοτών και άλλων ομάδων συμφερόντων. Το μεγαλύτερο μέρος του έργου της ΟΚΕ συνίσταται στη διατύπωση γνώμων στις εξής τρεις κατηγορίες περιπτώσεων:<sup>65</sup>

1. **Υποχρεωτική παραπομπή**, όπου η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ή Συμβούλιο της ΕΕ οφείλουν να ζητούν τη γνώμη της ΟΚΕ στις περιπτώσεις που προβλέπει η Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα, ενώ το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο σε τομείς όπως η γεωργία, η ελευθερία κυκλοφορίας εργαζομένων, η οικονομική και κοινωνική συνοχή, το περιβάλλον, η έρευνα και τεχνολογική ανάπτυξη κ.α.
2. **Προαιρετική γνώμη**, σύμφωνα με την οποία η ΟΚΕ γνωμοδοτεί το Συμβούλιο και την Επιτροπή σε κάθε περίπτωση που αυτές κρίνουν σκόπιμο.
3. **Ίδιες πρωτοβουλίες**, αναφερόμενες στη δυνατότητα της ΟΚΕ να διατυπώνει γνώμες με δική της πρωτοβουλία.

Επίσης, εκτός από γνωμοδοτικό όργανο η ΟΚΕ δραστηριοποιείται και σε άλλα πεδία έχοντας τρεις βασικές αρμοδιότητες :

---

<sup>64</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), (Ανεγνώσθη στις 06/03/2019)

<sup>65</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.410-411

- i. Φροντίζει ώστε η πολιτική και η νομοθεσία της ΕΕ να συμβαδίζουν με τις εκάστοτε κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες, αποβλέποντας στο κοινό όφελος.
- ii. Ενθαρρύνει τη συμμετοχική διαδικασία ανοίγοντας παράθυρο επικοινωνίας μεταξύ των οργάνων λήψης αποφάσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των οργανώσεων των εργαζομένων, των εργοδοτών και άλλων ομάδων συμφερόντων.
- iii. Προωθεί τις αξίες της ευρωπαϊκής ενοποίησης, τη συμμετοχική δημοκρατία και τον ρόλο των οργανώσεων της κοινωνίας πολιτών.

### 3.5.9 Η Επιτροπή των Περιφερειών

Η ανάγκη λήψης αντισταθμιστικών μέτρων και εξεύρεσης πόρων για την ενδυνάμωση των αδύναμων περιφερειών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σε συνδυασμό και με άλλους παράγοντες, αποτέλεσε τη γενεσιουργό αιτία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής το 1994, ως όριζε η Συνθήκη του Μάαστριχτ. Κατά αντιστοιχία της Οικονομικής Επιτροπής έτσι και η Επιτροπή Περιφερειών αποτελεί ένα όργανο της ΕΕ, με λειτουργίες και καθήκοντα συμβουλευτικής φύσεως που εκπροσωπεί τα συμφέροντα των οργανισμών περιφερειακής διοίκησης και τοπικής αυτοδιοίκησης. Με αριθμό μελών που αγγίζει τα 350 άτομα και αντίστοιχο αριθμό αναπληρωτών, διορισμένη από το Συμβούλιο με ισχύ θητείας για πέντε χρόνια, στοχεύει στην ενσωμάτωση των περιφερειακών και των τοπικών αρχών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων στην Κοινότητα, προσβλέποντας έτσι στην ενίσχυση της συμμετοχικής διαδικασίας των πολιτών.<sup>66</sup>

Οι αρμοδιότητες της Περιφερειακής Επιτροπής έγκειται: **α)** στην έκδοση γνωμοδοτήσεων κατόπιν υποχρεωτικής διαβούλευσης, όπου το Συμβούλιο και η Επιτροπή οφείλουν να ζητούν τη γνώμη της για ζητήματα που άπτονται κυρίως της παιδείας, του πολιτισμού, της δημόσιας υγείας, των διευρωπαϊκών δικτύων μεταφορών, της ενέργειας και της οικονομικής και κοινωνικής συνοχής, **β)** στην έκδοση γνωμοδότησης με ίδια πρωτοβουλία σε περιπτώσεις όπου θεωρεί ότι διακυβεύονται συγκεκριμένα περιφερειακά συμφέροντα και **γ)** στη δυνατότητα

---

<sup>66</sup> Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β' Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.414

προσφυγής στο Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπου θίγονται τα προνόμια που της έχουν παραχωρηθεί, όπως η μη κλήση της για γνωμοδότηση από τα άλλα όργανα.<sup>67</sup>

### 3.6 Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση σε θέματα υγείας

Σύμφωνα με τη νομοθεσία της ΕΕ για την υγεία, η πολιτική υγείας της Κοινότητας επικεντρώνεται στη προστασία και τη βελτίωση της υγείας, στην ισότιμη πρόσβαση όλων Ευρωπαίων σε σύγχρονη και αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη και στον συντονισμό της αντιμετώπισης πιθανών σοβαρών απειλών για την υγεία, λειτουργώντας όμως ως επικουρικός παράγοντας των εγχώριων πολιτικών των κρατών-μελών. Το ερώτημα που γεννάται σε αυτή τη περίπτωση είναι αν τα κράτη-μέλη της ευρωπαϊκής ένωσης είναι ικανά να διασφαλίσουν ίση και καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ή αν η διαδικασία της ευρωπαϊκής ενοποίησης συνιστά ένα οργανισμό που οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό. Σύμφωνα με τον Scharpf, η οικονομική ενοποίηση εκ φύσεως υπονομεύει τη δυνατότητα διαφοροποιημένων καθεστώτων κοινωνικής πρόνοιας στην ευρωπαϊκή ένωση και ότι η υφιστάμενη οικονομική ποικιλομορφία απαγορεύει τη δημιουργία ενός κοινού καθεστώτος κοινωνικής πρόνοιας. Η εισαγωγή της κοινής αγοράς και του ευρώ και η θέσπιση του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξη (ΣΣΑ), αποτελούν πρόκληση για το κοινωνικό πρόσωπο της Ευρώπης.

Η ευρωπαϊκή ενοποίηση, που έχει χρησιμεύει για την ικανοποίηση παραγόντων όπως η οικονομική παγκοσμιοποίηση, φαίνεται ότι έχει έμμεσο αντίκτυπο στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, οδηγώντας σε ένα είδος σύγκλισης όλων των κρατών μελών που αντιμετωπίζουν κοινές πολιτικές προκλήσεις, σύγκλιση η οποία εκφράζεται με τρεις τρόπους:<sup>68</sup>

---

<sup>67</sup> <http://www.europarl.europa.eu/factsheets/el/sheet/16/η-επιτροπη-των-περιφερειων>, (Ανεγνώσθη στις 06/03/2019)

<sup>68</sup> Minogiannis P., "European Integration and Health Policy: The artful dance of economics and history"

- **Θετική-Ενεργητική ενοποίηση:** Αναφέρεται στη νομοθεσία και στις οδηγίες των Βρυξελλών που ενισχύουν τη κοινή αγορά, την ελεύθερη κίνηση κεφαλαίων, υπηρεσιών και ανθρώπων, οι ανεπιθύμητες παρενέργειες των οποίων απαιτούν ένα ορισμένο επίπεδο επαναρύθμισης σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Στα πλαίσια της θετικής ενοποίησης το Κέντρο (Βρυξέλλες) παρουσιάζεται σχετικά αδύναμο, χωρίς κατευθυντήριες πολιτικές υγείας, με τη χρηματοδότηση και τη παροχή υπηρεσιών να είναι αποκλειστική ευθύνη των κρατών μελών.
- **Αρνητική-Παθητική ενοποίηση:** Ακολουθεί το σκεπτικό της κοινής αγοράς, η οποία επιβάλλεται μέσω αποφάσεων του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου και έχει έναν χαρακτήρα απορύθμισης ή διαμόρφωσης της αγοράς. Παρεμβάλλοντας τους εθνικούς φραγμούς ως προς την ελεύθερη κυκλοφορία των εμπορευμάτων, των ατόμων, των κεφαλαίων και των υπηρεσιών, η αρνητική ενοποίηση μειώνει σημαντικά το εύρος των επιλογών της εθνικής πολιτικής και αντιπροσωπεύει μια θεμελιώδη απώλεια πολιτικού ελέγχου της καπιταλιστικής οικονομίας, ενώ η επίδρασή της εντοπίζεται ευκολότερα στη χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών υγείας από τα κράτη-μέλη. Τέλος, χαρακτηριστικό τη αρνητικής ενοποίησης είναι ότι παραμένει σχετικά αβέβαιη.
- **Άτυπη ιδεολογική σύγκλιση:** Επιτυγχάνεται μέσα από ένα διοικητικό και οικονομικό πειθαρχικό μοντέλο διανομής περιορισμένων πηγών υπηρεσιών υγείας με σκοπό τη μείωση του κόστους, ενώ αγωνίζεται με τη πολιτική εξουσίας σε επίπεδο κράτους-μέλους.

### 3.7 Κοινωνική πολιτική

Λόγω της διαφορετικότητας που εστιάζεται κυρίως στην οικονομική διάρθρωση των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα κοινωνικά προβλήματα στα πρώτα βήματα της διαδικασίας της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης ήταν πολλά και πολύπλευρα, κάτι βέβαιο που ισχύει ακόμα και σήμερα. Η Κοινότητα προάγοντας σταδιακά τις πολιτικές ολοκλήρωσης της, αποτέλεσε τον συσσωρευτή εθνικής κυριαρχίας των μελών της, αναλαμβάνοντας έτσι όλο και μεγαλύτερες υποχρεώσεις για την κοινωνική εξέλιξη των λαών της.

Η ανάγκη βελτίωσης του επιπέδου διαβίωσης των λιγότερο ευνοημένων πολιτών της Κοινότητας, ανέδειξε τη σπουδαιότητα ανάπτυξης μιας κοινωνικής πολιτικής, η οποία θα εξισώνει τις οικονομικές και κοινωνικές διαφορές μέσα στην Ένωση και θα εξασφαλίζει την ίση κατανομή σε όλους (κράτη μέλη και πολίτες) των πλεονεκτημάτων της κοινής αγοράς. Η συσχέτιση και η σύνδεση της οικονομίας με τη κοινωνία είναι τόσο στενή, που ήδη από την ίδρυση της ΕΟΚ υπήρχε η πεποίθηση ότι η οικονομική ολοκλήρωση θα συμπαρέσυρε και την κοινωνική πρόοδο.<sup>69</sup> Με την υπογραφή της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Πράξης επιβεβαιώνεται η αλληλεξάρτηση των δύο αυτών εννοιών, καθώς θέτει ως παράλληλο στόχο την οικονομική και κοινωνική συνοχή της Κοινότητας, η μείωση όπως επεξηγεί των ανισοτήτων μεταξύ των διαφόρων περιοχών της, με τα **διαρθρωτικά ταμεία** να συνιστούν το βασικό όργανο προώθησης της συνοχής στο εσωτερικό της Ένωσης.<sup>70</sup>

Οι πρώτες ενέργειες κοινωνικού ενδιαφέροντος προσδιορίζονται χρονικά στην υπογραφή της Συνθήκης της Ρώμης, η οποία προέβλεπε την ελεύθερη κυκλοφορία των εργαζομένων και βασιζόταν κυρίως στη λειτουργία της κοινής αγοράς για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και ζωής στα κράτη μέλη. Η Συνθήκη της Λισσαβόνας αποτελεί την τελευταία έως σήμερα πράξη προώθησης κοινωνικών πολιτικών, μέσω της οποίας ενισχύεται η προσπάθεια παγίωσης της κοινωνικής διάταξης της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης. Στα βασικά σημεία της εν λόγω πράξης περιλαμβάνεται μεταξύ άλλων η εξάλειψη της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού και η προαγωγή υψηλού επιπέδου απασχόλησης, ενώ προωθείται και η αύξηση της ποιότητας στην εκπαίδευση, στην κατάρτιση και στη προστασία της ανθρώπινης υγείας, στρατηγικές οι οποίες υπόκεινται στη διαδικασία προσέγγισης του **εξευρωπαϊσμού** ως ερευνητικού εργαλείου των κοινωνικών πολιτικών.<sup>71</sup>

### 3.8 Εξευρωπαϊσμός

---

<sup>69</sup> <sup>69</sup> Μούσης Ν. (2007), «Εγχειρίδιο Ευρωπαϊκής Πολιτικής», Τέταρτη αναθεωρημένη έκδοση, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.221-223

<sup>70</sup> <sup>70</sup> Μούσης Ν. (2007), «Εγχειρίδιο Ευρωπαϊκής Πολιτικής», Τέταρτη αναθεωρημένη έκδοση, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.207

<sup>71</sup> <http://www.europarl.europa.eu/factsheets/el/sheet/52/social-and-employment-policy-general-principles>, (Ανεγνώσθη στις 09/03/2019)

Ο Εξευρωπαϊσμός που αποτελεί ένα νέο σχετικά ερευνητικό εργαλείο, το οποίο έχει εξελιχθεί σημαντικά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, επιδιώκει την ανάλυση των ευρωπαϊκών πολιτικών και δει το βαθμό επίδρασης της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης στις εθνικές πολιτικές και αποφάσεις. Η ανάδυση του και η ανέλιξή του στη κορυφή του ακαδημαϊκού ενδιαφέροντος, σύμφωνα με τους Bulmer και Radaelli (2004), οφείλεται σε τέσσερις παράγοντες:<sup>72</sup>

1. Στην **ολοκλήρωση** και **θεσμοποίηση** της ενιαίας ευρωπαϊκής αγοράς, που οδήγησε σε κατακόρυφη αύξηση των κανονισμών και των οδηγιών της ΕΕ, επιδρώντας καταλυτικά στη λειτουργία των αγορών των κρατών μελών.
2. Στην **ολοκλήρωση** της Οικονομικής Νομισματικής Ένωσης, με ότι αυτό συνεπάγεται για την αύξηση του βαθμού αλληλεξάρτησης και σε άλλα πεδία πολιτικής.
3. Στον **ρυθμιστικό ανταγωνισμό** (regulatory competition), ο οποίος λαμβάνει χώρα στα πλαίσια της «αρνητικής ολοκλήρωσης» (negative integration) και αναφέρεται στη προσαρμογή των εθνικών πολιτικών, βάσει όχι μόνο των απαιτήσεων της ΕΕ, αλλά και της δυναμικής της παγκόσμιας οικονομίας της αγοράς.
4. Στη διαδικασία **διεύρυνσης** της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οποία διέπεται από κάποιους κανόνες και προδιαγραφές που πρέπει να πληρούν τα υποψία κράτη, τα κριτήρια της Κοπεγχάγης όπως έχουν οριστεί. Δομικά, η εν λόγω διαδικασία, στηρίζεται στη μεταφορά πολιτικής και ως εκ τούτου στον επηρεασμό των θεσμών και των πολιτικών των κρατών μελών, που εξ' ορισμού πρεσβεύει και ο Εξευρωπαϊσμός.

Πολλοί μελετητές έχουν επιδιώξει να αποκωδικοποιήσουν την έννοια του Εξευρωπαϊσμού, χωρίς όμως να έχουν καταφέρει να αποδώσουν μια ακριβή και καθολικά αποδεκτή ερμηνεία. Μια από τις πρώτες ερμηνευτικές αποτυπώσεις είναι αυτή του Ladrech (1994), ο οποίος υποστηρίζει πως ο Εξευρωπαϊσμός είναι μια «*διαδοχική διαδικασία επαναπροσανατολισμού της κατεύθυνσης και της μορφής των πολιτικών στο βαθμό που οι πολιτικές και οικονομικές δυναμικές της*

---

<sup>72</sup> Φέρωνας Α. (2013), «Ο Εξευρωπαϊσμός της Κοινωνικής Πολιτικής: Θεωρητικό πλαίσιο, μεθοδολογικά προβλήματα και η ελληνική εμπειρία», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.24-25



Ευρωπαϊκής Επιτροπής γίνονται τμήμα της οργανωτικής λογικής των εθνικών πολιτικών και της χάραξης πολιτικής», αναφερόμενος έτσι σε μια προσαρμοστική διαδικασία των οργανισμών σε ένα μεταβληθέν ή μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Σε μια άλλη οπτική οι Caropaso, Green- Cowles και Risse αντιλαμβάνονται τον εξευρωπαϊσμό «ως την εμφάνιση και ανάπτυξη σε ευρωπαϊκό επίπεδο ξεχωριστών δομών διακυβέρνησης, δηλαδή πολιτικών, νομικών και κοινωνικών θεσμών που σχετίζονται με την επίλυση πολιτικών προβλημάτων, επισημοποιώντας τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των φορέων και των δικτύων πολιτικής που ειδικεύονται στη δημιουργία επίσημων κανόνων». Οι συγγραφείς, στην προκειμένη περίπτωση, ορίζουν τα δίκτυα ως μοντέλα κοινωνικής αλληλεπίδρασης που υπάρχουν παντού, εξαιρώντας τα από περιβάλλοντα με ακραίους αυταρχικούς κανόνες, ενώ η έμφαση στη δημιουργία των κανόνων και του ευρωπαϊκού επιπέδου υποδεικνύει μια εξαιρετικά ευρεία έννοια του εξευρωπαϊσμού, συμπεριλαμβανομένης τόσο της πολιτικής και των πεποιθήσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο και των επιπτώσεων τους στα εθνικά συστήματα.<sup>73</sup>

Πάντως ο πιο ευρύς και περιεκτικός ορισμός θεωρείται αυτός των Bulmer και Radaelli σύμφωνα με τον οποίο ο Εξευρωπαϊσμός συνιστά «μια διαδικασία α)διαμόρφωσης, β)διάχυσης και γ)θεσμοποίησης τυπικών και άτυπων κανόνων, μεθόδων, παραδειγματικής 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». Ως εκ τούτου ο εξευρωπαϊσμός μπορεί να είναι αποτέλεσμα διαφορετικών σταδίων και τύπων πολιτικής, δεν αναφέρεται μόνο σε τυπικούς αλλά και σε άτυπους κανόνες όπως οι αξίες, οι πεποιθήσεις κ.α. και αφορά στην επίδραση των ευρωπαϊκών πολιτικών στα εθνικά συστήματα.<sup>74</sup>

---

<sup>73</sup> Radaelli C.D. (2000:4), "Whither Europeanization? Concept stretching and substantive change", pp.2-3 <http://eiop.or.at/eiop/pdf/2000-008.pdf>

<sup>74</sup> Φέρωνας Α. (2013), «Ο Εξευρωπαϊσμός της Κοινωνικής Πολιτικής: Θεωρητικό πλαίσιο, μεθοδολογικά προβλήματα και η ελληνική εμπειρία», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.29-30

Σε αυτό το σημείο, ύστερα από την καταγραφή των ορισμών του Εξευρωπαϊσμού που όπως προαναφέρθηκε δεν αποτυπώνουν με ακρίβεια το περιεχόμενό του, θα πρέπει να οριοθετηθεί εννοιολογικά με το διαχωρισμό μεταξύ αυτού και των εννοιών της *σύγκλισης*, της *εναρμόνισης* και της *ενοποίησης*, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος εννοιολογικής διεύρυνσης.<sup>75</sup> Αρχικά, η έννοια του Εξευρωπαϊσμού διαφέρει από αυτή της *σύγκλισης*, καθώς η πρώτη αναφέρεται σε μια διαδικασία, ενώ η δεύτερη στα πιθανά αποτελέσματα της διαδικασίας αυτής. Ως εκ τούτου, ο Εξευρωπαϊσμός δεν οδηγεί αναγκαστικά σε σύγκλιση, αλλά μπορεί να οδηγήσει και σε απόκλιση. Κατά αντιστοιχία της σύγκλισης, έτσι και η έννοια της εναρμόνισης δεν θα πρέπει να συγχέεται με την έννοια του Εξευρωπαϊσμού. Η *εναρμόνιση* των εθνικών πολιτικών, όπως επισημαίνει η Heritier, θεωρείται συχνά ως ένας σημαντικός στόχος της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης, αλλά η εμπειρική έρευνα υποδηλώνει ότι ο Εξευρωπαϊσμός συχνά εκδηλώνεται με έναν διαφοροποιημένο αντίκτυπο των ευρωπαϊκών απαιτήσεων στις εθνικές πολιτικές, ενώ ως προς τον Petit, η εναρμόνιση παράγει ισότιμους όρους ανταγωνισμού, σε αντίθεση με τον Εξευρωπαϊσμό που μπορεί να καταλήξει σε κανονιστικές ρυθμίσεις ή ακόμα και σε στρεβλώσεις του ανταγωνισμού. Τέλος, παρόλο που ο Εξευρωπαϊσμός δεν πρέπει να συγχέεται με την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση, υπάρχει μια σχέση αλληλεξάρτησης μεταξύ τους όπου η ύπαρξη του ενός ορισμού αναδεικνύει τον άλλο. Όπως υποστηρίζει ο Caropaso, η έννοια του Εξευρωπαϊσμού έγκειται στη κατανόηση της διαδικασίας κατά την οποία οι χώρες συγκεντρώνουν κυριαρχία(οντολογικό στάδιο), ενώ η ευρωπαϊκή ολοκλήρωση συνίσταται στο τι συμβαίνει όταν οι ευρωπαϊκοί θεσμοί είναι σε πλήρη ισχύ και παράγουν αποτελέσματα.<sup>76</sup>

Εκτός από την παραπάνω συσχέτιση, ευρωπαϊκή ενοποίηση και Εξευρωπαϊσμός διασταυρώνονται έτσι ώστε η έννοια του εξευρωπαϊσμού να αναλυθεί και να αποσαφηνιστεί στα πλαίσια της ευρωπαϊκής ενοποίησης μέσα από ένα μεγάλο εύρος ερμηνειών. Για να αντιμετωπιστεί το «εννοιολογικό

<sup>75</sup> Radaelli C.D. (2000:4), "Whither Europeanization? Concept stretching and substantive change", pp.7 <http://eiop.or.at/eiop/pdf/2000-008.pdf>

<sup>76</sup> Graziano P.R. & Vink M.P. (2013), "Europeanization: Concept, Theory and Methods", pp.38-39 [https://www.researchgate.net/publication/303484310\\_Europeanization\\_Concept\\_Theory\\_and\\_Methods](https://www.researchgate.net/publication/303484310_Europeanization_Concept_Theory_and_Methods)

τέντωμα» (conceptual stretching), έτσι όπως έχει χαρακτηρίσει ο Radaelli(2000) την πληθώρα των ορισμών, γίνεται διαχωρισμός της έννοιας του εξευρωπαϊσμού σε δύο κατηγορίες.<sup>77</sup> Έτσι, όντας ο εξευρωπαϊσμός μια «αμφίδρομη διαδικασία» (two way process), διακρίνεται στη πρώτη κατηγορία (Europeanization 1) η οποία εμπεριέχει μια διάσταση που κινείται από πάνω προς τα κάτω (top-down) και αναφέρεται στην ανάδυση και διαμόρφωση των θεσμών και των πολιτικών σε επίπεδο ΕΕ, χαρακτηριζόμενη για την σαφήνεια της ως προς την ερμηνευτική δύναμη και την εμπειρική ορθότητα και στη δεύτερη κατηγορία (Europeanization 2) που συστήνει μια διάσταση από κάτω προς τα πάνω (bottom-up), αναδεικνύοντας την επίδραση των ευρωπαϊκών θεσμών και πολιτικών στο εθνικό επίπεδο. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι εννοιολογικές προσεγγίσεις της δεύτερης κατηγορίας, υποδεικνύουν την αλληλεπίδραση που αναπτύσσεται μεταξύ των δύο κατηγοριών.

Επιπλέον, το περιεχόμενο του εξευρωπαϊσμού ενσωματώνει τη μεταφορά πολιτικής, τις κοινές πεποιθήσεις, τους θεσμικούς κανόνες (λογοδοσία), τους άτυπους κανόνες (δημοκρατία), τη πραγματεία (η γλώσσα που χρησιμοποιείται όταν θέματα της ΕΕ είναι προς συζήτηση) και τις ταυτότητες (το ευρώ παρέχει μια ευρωπαϊκή ταυτότητα;). Σε αυτό το σημείο είναι αναγκαία η αναφορά στη διάκριση μεταξύ πολιτικής μεταφοράς και εξευρωπαϊσμού, διαχωρίζοντας την *κάθετη* (vertical) μεταφορά πολιτικής από την *οριζόντια* (horizontal).<sup>78</sup> Η κάθετη μεταφορά πολιτικής πραγματοποιείται μέσω της πολιτικής της ΕΕ που υπαγορεύει την υιοθέτηση ενός συγκεκριμένου προτύπου πολιτικής, με την αντίστοιχη ευθυγράμμιση από τα κράτη μέλη, μέσω της παραγωγής υποχρεωτικών κανόνων δικαίου (hard law). Αντίθετα, στον οριζόντιο Εξευρωπαϊσμό καταγράφεται μια πιο ήπιας μορφής πίεση και βασίζεται σε διαφορετικούς μηχανισμούς, όπως είναι ο ρυθμιστικός ανταγωνισμός.

---

<sup>77</sup> Howell K. (2002), "Developing Conceptualization of Europeanization and European Integration: Mixing Methodologies", pp.10-12

[https://www.researchgate.net/publication/29992228\\_Developing\\_Conceptualizations\\_of\\_Europeanization\\_and\\_European\\_Integration\\_Mixing\\_Methodologies](https://www.researchgate.net/publication/29992228_Developing_Conceptualizations_of_Europeanization_and_European_Integration_Mixing_Methodologies)

<sup>78</sup> Φέρωνας Α. (2013), «Ο Εξευρωπαϊσμός της Κοινωνικής Πολιτικής: Θεωρητικό πλαίσιο, μεθοδολογικά προβλήματα και η ελληνική εμπειρία», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.33-34

Οι Bulmer και Radaelli, προκειμένου να αναλύσουν και να μετρήσουν τη δύναμη του Εξευρωπαϊσμού, ανέπτυξαν μια προσεγγιστική σύζευξη μεταξύ συγκεκριμένων μοντέλων ευρωπαϊκής διακυβέρνησης, των διαφορετικών τύπων πολιτικών και της παραγωγής διαφορετικών μηχανισμών εξευρωπαϊσμού.<sup>79</sup> Σύμφωνα λοιπόν με την εν λόγω τοποθέτηση υφίστανται τρεις μορφές πολιτικής διακυβέρνησης και έχουν ως εξής:

- **Η Διακυβέρνηση μέσω διαπραγμάτευσης**, η οποία δεν αποκλείει τη χάραξη πολιτικής, ουσιαστικά αναφέρεται στη πληθώρα διαπραγματεύσεων σε επίπεδο εθνικών φορέων και μεταξύ κυβερνήσεων και Ευρωπαϊκής Ένωσης όταν οι κατευθυντήριες οδηγίες μεταφέρονται και εφαρμόζονται στην εθνική νομοθεσία. Όταν βρίσκεται σε ισχύ η διαπραγματευτική διαδικασία ο κύριος μηχανισμός του Εξευρωπαϊσμού είναι η προσαρμογή ως αποτέλεσμα της αναμενόμενης ανταπόκρισης. Οι εθνικοί φορείς διαβλέποντας τα πιθανά αποτελέσματα της διαπραγμάτευσης, έχουν τη δυνατότητα να αλλάξουν τη στάση τους πριν ολοκληρωθεί η διαπραγματευτική διαδικασία ώστε να βγουν ωφελημένοι ή να περιορίσουν τις αρνητικές επιπτώσεις μελλοντικών αποφάσεων. Στο συγκεκριμένο μοντέλο διακυβέρνησης ο μηχανισμός του εξευρωπαϊσμού είναι κάθετος και με κατεύθυνση από κάτω προς τα πάνω (bottom-up).
- **Η Ιεραρχική διακυβέρνηση**, διαχωρίζεται εσωτερικά σε δύο επιμέρους μοντέλα ανάλογα με τον τύπο πολιτικής ολοκλήρωσης που προωθείται, ειδικότερα αν πρόκειται για περίπτωση α) θετικής ολοκλήρωσης και β) αρνητικής ολοκλήρωσης, με τη βασική τους διαφορά να έγκειται στη παρουσία ή απουσία προτύπων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αρχικά, η βασική λειτουργία της θετικής ολοκλήρωσης συνίσταται στη διόρθωση των αποτελεσμάτων της αγοράς, στοχεύοντας έτσι στον περιορισμό των αρνητικών επιπτώσεων της ελεύθερης αγοράς. Η ΕΕ με τη παραγωγή των δικών της ιδανικών μοντέλων πολιτικής, δημιουργεί μια κατάσταση προσαρμοστικής πίεσης, ανάλογη και αντίστοιχη του κάθε κράτους μέλους ξεχωριστά. Στη προκειμένη περίπτωση οι μηχανισμοί

---

<sup>79</sup> Radaelli C.M. (2004:8), "Europeanisation: Solution or problem?", pp.12-13  
<http://eiop.or.at/eiop/pdf/2004-016.pdf>

εξευρωπαϊσμού είναι κάθετοι με κατεύθυνση από πάνω προς τα κάτω (bottom-down ). Ως προς τη δεύτερη οπτική, αυτή της αρνητικής ολοκλήρωσης, η οποία διέπεται από οριζόντιους μηχανισμούς Εξευρωπαϊσμού, η λειτουργία της ελεύθερης αγοράς βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, παρακάμπτοντας όλα τα εμπόδια που ορθώνονται μπροστά της. Η αρνητική ολοκλήρωση επιβάλλεται ιεραρχικά στα κράτη μέλη, όμως το τελικό αποτέλεσμα εξαρτάται από τη τάση και την ικανότητα των κυβερνήσεων να συμμετάσχουν στον ρυθμιζόμενο ανταγωνισμό, όπως π.χ. με την αλλαγή εθνικής πολιτικής με σκοπό τη προσέλκυση κεφαλαίων και εξειδικευμένου εργατικού δυναμικού.

- **Η Διακυβέρνηση μέσω συντονισμού**, ουσιαστικά αποτελεί τον χώρο εκείνο που χρησιμοποιείται από την ΕΕ για την ανταλλαγή απόψεων και ιδεών, όπως δηλαδή λειτουργεί μια συνάντηση για συζήτηση και μια πλατφόρμα για μεταφορά πολιτικής, ενώ διέπεται από οριζόντιο μηχανισμό εξευρωπαϊσμού. Ο εν λόγω τύπος διακυβέρνησης επανήλθε και βελτιώθηκε με την ατζέντα της Λισαβόνας, ώστε να καταστεί η κοινότητα η πλέον ανταγωνιστική κοινωνία της γνώσης στον κόσμο. Η ΕΕ σε αυτά τα πλαίσια οργανώνει τη συμμετοχή μεταξύ των κρατών μελών, με σκοπό την ενημέρωση και μάθηση και όχι για να παράγει νομοθεσία. Η διακυβέρνηση μέσω συντονισμού είναι κλασσικό παράδειγμα της μεθόδου της συγκριτικής αξιολόγησης, όπου συγκεντρώνονται και αξιολογούνται όλες απόψεις και προτάσεις. Στα πλαίσια του συντονισμού χρησιμοποιούνται εργαλεία ήπιας νομοθεσίας όπως η ανοικτή μέθοδος συντονισμού, η οποία αποτελεί μια μορφή χάραξης πολιτικής χωρίς δεσμευτικά νομοθετικά μέτρα, και αποσκοπεί στη διάδοση των βέλτιστων πρακτικών και στην επίτευξη σύγκλισης προς τους στόχους της ΕΕ.<sup>80</sup> Πάντως, αν και ανοικτή μέθοδος συντονισμού έχει δώσει ώθηση στη συζήτηση πολιτικά ευαίσθητων μεταρρυθμίσεων του κράτους πρόνοιας, οι προοπτικές τους με όρους

---

<sup>80</sup> <http://www.europarl.europa.eu/EPRS/EPRS-AaG-542142-Open-Method-of-Coordination-FINAL.pdf>  
(Ανεγνώσθη στις 26/03/2019)

εξευρωπαϊσμού είναι περιορισμένες όταν οι εσωτερικές συμμαχίες, ως προς τις μεταρρυθμίσεις, είναι αδύναμες.

### **3.9 Αλλαγές Δημόσιας Διοίκησης και Πολιτικής στα πλαίσια του Εξευρωπαϊσμού**

Ένα βασικό κομμάτι προσέγγισης του Εξευρωπαϊσμού έχει να κάνει με την ανάλυση των αλλαγών στη δημόσια διοίκηση και πολιτική, όπου σύμφωνα με το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας, η ανάλυση του εν λόγω φαινομένου εστιάζεται στους μηχανισμούς του εξευρωπαϊσμού, στους ενδιάμεσους εθνικούς παράγοντες που επιτρέπουν ή εμποδίζουν τις αλλαγές και στη πιθανή έκβασή του.<sup>81</sup>

Βέβαια, για να προχωρήσουμε στην ανάλυση των αλλαγών, είναι σημαντικό πρώτα να αναφερθεί ο διαχωρισμός των εννοιών των πολιτικών πρακτικών (policies), των πολιτικών (politics) και της πολιτείας (polity) που αποτελούν τις τρεις διαστάσεις μέσω των οποίων μπορεί να αναλυθεί η εσωτερική επίδραση του εξευρωπαϊσμού και να εντοπιστούν οι διαδικασίες της εσωτερικής αλλαγής.<sup>82</sup> Αρχικά θα πρέπει να αναφέρουμε ότι ο Εξευρωπαϊσμός επιδρά διαφορετικά σε καθεμία από τις προαναφερθείσες τρεις διαστάσεις. Ελάχιστοι συγγραφείς υποστηρίζουν τη σύγκλιση των εγχώριων πολιτικών και οδηγιών σε σχέση με τον Εξευρωπαϊσμό καθώς το βασικό θέμα δεν είναι η Ευρώπη αυτή καθ' εαυτή αλλά το πώς εκείνη γίνεται αντιληπτή, σε τι βαθμό, με τι κατεύθυνση πορεύεται, με τι ρυθμό κατευθύνεται και σε ποιο χρονικό σημείο. Αναλυτικότερα, η εσωτερική επίδραση του Εξευρωπαϊσμού χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες με βάση τις οποίες μπορούμε να τον αναλύσουμε:

#### **\*Πολιτικές Πρακτικές (Policies)**

---

<sup>81</sup> Συλλογικό Έργο (2017), «Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση: Οι Πολλαπλές Κρίσεις και οι Προκλήσεις του Μέλλοντος», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.771

<sup>82</sup> Börzel T.A. & Risse t. (2003), "Conceptualizing the Domestic Impact of Europe", pp.3-4 [https://www.researchgate.net/publication/228879233\\_Conceptualizing\\_the\\_Domestic\\_Impact\\_of\\_Europe](https://www.researchgate.net/publication/228879233_Conceptualizing_the_Domestic_Impact_of_Europe) (Ανεγνώσθη στις 09/03/2019)

Οι πολιτικές πρακτικές εμπεριέχουν τα πρότυπα, τα όργανα, τον τρόπο επίλυσης των προβλημάτων, και το πώς οι πολιτικές αυτές αφηγούνται, ουσιαστικά δηλαδή το πώς μεταφέρονται επηρεάζοντας τις νομικές και τις διοικητικές δομές. Σε μεγάλο βαθμό οι πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθορίζονται από τις αξίες τους στόχους και τις αρχές της Ένωσης προσπαθώντας συνάμα να προωθήσει την ευημερία, την ασφάλεια και το συμφέρον των πολιτών της με γνώμονα όσο είναι δυνατόν να εξευμενίσει τις εσωτερικές διαφωνίες, εναρμονίζοντας τις καταστάσεις μέσω διαπραγματεύσεων. Η Ευρωπαϊκή Ένωση παράγει το χρόνο περίπου 500 πολιτικές αποφάσεις τις οποίες καλούνται να ακολουθήσουν τα κράτη μέλη επηρεάζοντας έτσι σε μεγάλο βαθμό την εσωτερική πολιτική κάθε κράτους.

### **\*Πολιτική (Politics)**

Αυτό το κομμάτι ασχολείται με τις πολιτικές διαστάσεις της Ευρωπαϊκής Ενοποίησης από την σκοπιά των Διεθνών Πολιτικών, των Πολιτικών δηλαδή του κάθε μέλους κράτους. Συγκεκριμένα αφορά στο πώς θα γίνονται οι δημόσιες ομιλίες, από ποιες διαδικασίες θα διακατέχονται, το πώς θα εκπροσωπείται το κάθε μέλος κράτος, πώς θα διαμορφώνεται το συμφέρον του συνόλου του κράτους, και πώς θα καθορίζεται ο σχηματισμός της αντιπροσώπευσης κάθε μέλους κράτους. Πολλές απόψεις έχουν διατυπωθεί για το αν ο Εξευρωπαϊσμός οδηγεί σε αποπολιτικοποίηση ή έχει το αντίθετο αποτέλεσμα.

### **\*Πολιτεία (Polity)**

Αυτή η διάσταση εμπεριέχει τους πολιτικούς θεσμούς, τις σχέσεις των κρατών μεταξύ τους, τις δικαστικές δομές, τη δημόσια διοίκηση, τις παραδόσεις της πολιτείας, τους οικονομικούς θεσμούς, τις σχέσεις πολιτείας και κοινωνίας, και την ταυτότητα του συνόλου (εθνική ταυτότητα).

Προσεγγίζοντας λοιπόν τώρα του μηχανισμού του εξευρωπαϊσμού, γίνεται διάκριση ενός αριθμού μηχανισμών που κατατάσσονται σε μια κλίμακα

από «σκληρούς» (hard) έως «ήπιους» (soft). Την πιο χρήσιμη ταξινόμηση προσφέρει ο Knill, ο οποίος διακρίνει τρεις σημαντικούς μηχανισμούς:<sup>83</sup>

**A) Η «θεσμική συμμόρφωση»** (institutional compliance), η οποία αναφέρεται σε εκείνες τις ευρωπαϊκές πολιτικές που περιγράφουν ξεκάθαρα ένα συγκεκριμένο θεσμικό μοντέλο που πρέπει να ενσωματωθεί σε εθνικό επίπεδο, αποτελεί τον πιο «σκληρό» μηχανισμό, καθώς τα κράτη-μέλη έχουν περιορισμένη παρεμβατική δύναμη για το πώς θα εφαρμόσουν την αλλαγή.

**B) Η «αλλαγή των εθνικών δομών ευκαιριών»** (changing domestic opportunity structures), η οποία τοποθετείται περίπου στη μέση της κλίμακας των μηχανισμών, περιγράφει περιπτώσεις όπου οι ευρωπαϊκές πολιτικές αλλάζουν την κατανομή της ισχύος μεταξύ των εθνικών φορέων προκαλώντας θεσμικές αλλαγές.

**Γ) Η «πλαίσιαση των εθνικών πιστεύω και προσδοκιών»** (framing domestic beliefs and expectations), η οποία κατατάσσεται στους «ήπιους» μηχανισμούς, σκιαγραφεί τις ενέργειες της ΕΕ, όπως συνέδρια και διάχυση βέλτιστων πρακτικών, που έχουν ως στόχο να προετοιμάσουν το έδαφος για θεσμικές αλλαγές, μεταβάλλοντας τον τρόπο κατανόησης των εθνικών φορέων.

Στόχος τώρα της προσεγγιστικής ανάλυσης των ενδιάμεσων εθνικών παραγόντων είναι η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο ο εν λόγω μηχανισμός υλοποιεί ή όχι μεταρρυθμίσεις στο εσωτερικό των κρατών.<sup>84</sup> Η Schmidt ξεχωρίζει πέντε τέτοιους παράγοντες, διακρίνοντας αρχικά την «οικονομική ευπάθεια» που αναφέρεται στη παρουσία ή μη οικονομικής κρίσης, όπως και στην ανταγωνιστικότητα στις διεθνείς αγορές, υποστηρίζοντας ότι τα κράτη είναι πιο πρόθυμα στην αλλαγή όταν αντιμετωπίζουν οικονομική κρίση και όταν η θέση τους στο διεθνές στερέωμα είναι αδύναμη. Ως δεύτερος παράγοντας ορίζεται η «πολιτική θεσμική δυνατότητα» ο οποίος επισημαίνει την ικανότητα των πολιτικών φορέων να επιβάλλουν ή να διαπραγματεύονται αλλαγές, βάσει

---

<sup>83</sup> Συλλογικό Έργο (2017), «Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση: Οι Πολλαπλές Κρίσεις και οι Προκλήσεις του Μέλλοντος», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.772-773



των πολιτικών σχέσεων μεταξύ των φορέων και σύμφωνα με τις υπάρχουσες δομές.

Ένα ακόμα σημαντικό πεδίο ενδιαφέροντος αφορά στη ταξινόμηση των αποτελεσμάτων (έκβαση) του Εξευρωπαϊσμού, όπου θα μπορούσαμε να διακρίνουμε δύο «σχολές», την θεωρητική (Borzel and Risse, Radaelli) και την εμπειρική (Bulmer). Σύμφωνα με τους Borzel και Risse, τρία είναι τα πιθανά αποτελέσματα του Εξευρωπαϊσμού:<sup>85</sup>

**-Απορρόφηση** (absorption) όπου τα μέλη κράτη ενστερνίζονται την Ευρωπαϊκή πολιτική ή ιδέα και την ενσωματώνουν στην εσωτερική τους δομή αντίστοιχα, αλλά χωρίς να αλλάξουν πολύ τις υπάρχουσες διαδικασίες, πολιτικές και θεσμούς, καθιστώντας το βαθμό εσωτερικής αλλαγής χαμηλό.

**-Προσαρμογή** (accommodation) όπου τα μέλη κράτη δέχονται πιέσεις να υιοθετήσουν τις υπάρχουσες διαδικασίες, πολιτικές και θεσμούς, χωρίς να αλλάξουν βασικά χαρακτηριστικά τους και τις υποβόσκουσες μαζικές αντιλήψεις που συνδέονται με αυτές. Αυτό επιτυγχάνεται με το να συνδέει τις νέες πολιτικές και τους θεσμούς με τις υπάρχουσες χωρίς όμως να αλλάζει τις τελευταίες (υπάρχουσες), κάτι που παραπέμπει σε μέτριο βαθμό εσωτερικής αλλαγής.

**-Μετασχηματισμός** (transformation) όπου τα μέλη κράτη αντικαθιστούν τις υπάρχουσες πολιτικές διαδικασίες και θεσμούς με νέους, οι οποίοι είναι ουσιαστικά διαφορετικοί από τους δικούς τους ή αλλάζουν τόσο πολύ το περιεχόμενο τους τόσο, ώστε η μαζική αντίληψη και κατανόηση τους αλλάζει δραματικά. Αυτή η εσωτερική αλλαγή χαρακτηρίζεται μεγάλη.

Σε μια ελαφρώς τροποποιημένη τυπολογία ο Radaelli, εκτός της σύγκλισης με τους ως άνω επιστήμονες στην έννοια της απορρόφησης και του μετασχηματισμού, έρχεται να προσθέσει αυτούς της:<sup>86</sup> **α) αδράνειας** (internia), θέλοντας να επισημάνει την απουσία αλλαγής, η οποία χαρακτηρίζει την

<sup>85</sup> Börzel T.A. & Risse t. (2003), "Conceptualizing the Domestic Impact of Europe", p.14  
[https://www.researchgate.net/publication/228879233\\_Conceptualizing\\_the\\_Domestic\\_Impact\\_of\\_Europe](https://www.researchgate.net/publication/228879233_Conceptualizing_the_Domestic_Impact_of_Europe)

<sup>86</sup> Φέρωνας Α. (2013), «Ο Εξευρωπαϊσμός της Κοινωνικής Πολιτικής: Θεωρητικό πλαίσιο, μεθοδολογικά προβλήματα και η ελληνική εμπειρία», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.44-45

μεταρρυθμιστική διαδικασία της ελληνικής δημόσιας διοίκησης και **β) περιστολής** (retrenchment) ή αλλιώς **απόκλιση** όπως πολύ συχνά αναφέρεται, όπου η πίεση για αλλαγή μπορεί να οδηγήσει σε αντίθετα αποτελέσματα από τον Εξευρωπαϊσμό των εθνικών πολιτικών, όπως είναι η ψήφιση περί εξόδου του Ηνωμένου Βασιλείου από την ΕΕ.

Στη περίπτωση της εμπειρικής προσέγγισης ξεχωρίζει η μελέτη του Falkner, ο οποίος καταλήγει σε μια τυπολογία τεσσάρων «μοντέλων συμμόρφωσης» (worlds of compliance): **α)** το «**μοντέλο της τήρησης του δικαίου**» (world of law observance), όπου η τήρηση των κανόνων δικαίου αποτελεί πρωταρχικό στόχο, **β)** το «**μοντέλο της εγχώριας πολιτικής**» (world of domestic politics), όπου η διαδικασία προσαρμογής στους κανόνες δεν αποτελεί πρωταρχικό στόχο, **γ)** το «**μοντέλο παραμέλησης της μεταφοράς**» (world of transposition neglect), κατά το οποίο παρατηρείται αρνητική στάση, από τις εθνικές κυβερνήσεις, προσαρμογής στους κανόνες και **δ)** το «**μοντέλο του νεκρού γράμματος**» (world of dead letters), όπου εστιάζει στην απειθαρχία των εθνικών κυβερνήσεων για εφαρμογή των οδηγιών της ΕΕ.

Ένα ακόμα σημείο στο οποίο δίνεται ιδιαίτερη σημασία από τους πολιτικούς επιστήμονες ώστε να υπάρχει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα, είναι οι τρεις διαστάσεις της αλλαγής, ο τύπος, ο χρόνος και ο χώρος της αλλαγής.<sup>87</sup> Ως προς το πρώτο σημείο ο Hall διακρίνει τρεις τύπους: **α)** την αλλαγή πρώτου τύπου, η οποία αναφέρεται στις ρυθμίσεις των εργαλείων πολιτικής, ενώ τα εργαλεία και οι στόχοι της πολιτικής παραμένουν ίδια, **β)** την αλλαγή δεύτερου τύπου, η οποία αποτελεί συνδυασμό του πρώτου τύπου και της αλλαγής των ρυθμίσεων της πολιτικής και **γ)** την αλλαγή τρίτου τύπου, όπου αποτελεί σπάνιο φαινόμενο και όταν συμβαίνει έχει ριζικά αποτελέσματα, ενώ δεν αναφέρεται μόνο στα εργαλεία και στους στόχους της πολιτικής, αλλά και στις ιδέες και στη σύλληψη της φύσης του προβλήματος. Σε σχέση τώρα με τη δεύτερη διάσταση, μια από της σημαντικότερες έννοιες προσδιορισμού του χρόνου είναι αυτή της «κρίσιμης διασταύρωσης», η οποία αναφέρεται σε συγκεκριμένες ιστορικές στιγμές με μακροχρόνιες συνέπειες, όρος που

---

<sup>87</sup> Συλλογικό Έργο (2017), «Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση: Οι Πολλαπλές Κρίσεις και οι Προκλήσεις του Μέλλοντος», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.774-776

αναλύθηκε εκτενώς και στο 1<sup>ο</sup> Κεφάλαιο. Τέλος, η έννοια του χώρου αντανακλά τόσο στην αντικειμενική τοποθεσία της εφαρμογής των πολιτικών όσο και στις υποκειμενικές αντιλήψεις σχετικά με αυτόν οι οποίες δεν είναι εντελώς σταθερές.

Η παραπάνω στοιχειοθέτηση των αποτελεσμάτων του Εξευρωπαϊσμού, έτσι όπως προσεγγίστηκαν και διατυπώθηκαν από τις διαφορετικές «σχολές», οδηγεί στο συμπέρασμα πως ο Εξευρωπαϊσμός των κρατών εξαρτάται ανάλογα **α)** με το βαθμό της προσαρμοστικής πίεσης, **β)** το επίπεδο της θεσμικής συμβατότητας ανάμεσα στο εθνικό και το ευρωπαϊκό επίπεδο, **γ)** τους μηχανισμούς του Εξευρωπαϊσμού, **δ)** το βαθμό στον οποίο το εθνικό περιβάλλον διευκολύνει ή εμποδίζει την προσαρμογή. Λόγω του ότι η διάδραση μεταξύ εθνικού και ευρωπαϊκού επιπέδου έχει απρόβλεπτο χαρακτήρα, με τα αποτελέσματα να μην προκαθορίζονται, ο Εξευρωπαϊσμός και οι πιθανές επιδράσεις του θα πρέπει να διαχωρίζονται με όρους σύγκλισης ή απόκλισης.

### **3.10 Εξευρωπαϊσμός στα πλαίσια των μνημονίων**

Περί τα τέλη της πρώτης δεκαετίας της νέας χιλιετίας η αμερικάνικη οικονομία φτάνει στα όρια της, μιας και παρουσιάζεται μεγάλη δυσκολία των δανειστών να αποπληρώσουν τα δάνεια τους. Η διόγκωση των χρεών ήταν σε τέτοιο επίπεδο που πλέον έθετε εν αμφιβόλω το οικονομικό σύστημα, ενώ η αδυναμία διάσωσης των επισφαλών δανείων οδήγησε εν τέλει στο οικονομικό Κραχ της Wall Street το 2008. Η σύνδεση των μεγάλων καπιταλιστικών συστημάτων στις μέρες μας είναι τόσο έντονη, που η κρίση που βίωσαν οι ΗΠΑ εκείνη τη περίοδο μεταπήδησε και σε Ευρωπαϊκό έδαφος, πλήττοντας τις πιο ευπαθής οικονομίες, κατά κύριο λόγο την Ελλάδα και δευτερευόντως τα υπερχρεωμένα κράτη της Νότιας Ευρώπης (Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία, Κύπρο) και την Ιρλανδία.<sup>88</sup>

Ως αντίδοτο της υφιστάμενης οικονομικής κατάστασης, τα κράτη μέλη τα οποία βρίσκονταν σε δεινή οικονομική θέση με υπαρκτό το σενάριο της χρεωκοπίας, αρχίζουν να λαμβάνουν διαδοχικά διεθνή οικονομική βοήθεια, υπό

---

<sup>88</sup> Βαρουφάκης Γ. & Πατώκος Τ. & Τσερκέζης Λ. & Κουτσοπέτρος Χ. (2011), «Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη το 2011» (ΙΝΕ ΓΣΕΕ), σελ.32-33

τη μορφή μνημονίων. Το μνημόνιο ως εργαλείο πολιτικής, επηρεάζει ενεργητικά τη δημοσιονομική πολιτική της εκάστοτε χώρας, ενώ οι δανειακές συμβάσεις που το συνοδεύουν συνιστούν μια παθητική διαδικασία ενοποίησης, έχοντας και χαρακτηριστικά μια άτυπης ιδεολογικής σύγκλισης, η οποία εκπορεύεται από την εν γένει προσπάθεια της Ευρωπαϊκής Ένωσης για σύγκλιση της δημοσιονομικής πειθαρχίας. Έτσι, η Ιρλανδία αντιμετωπίζοντας το φάσμα της κατάρρευσης της κτηματαγοράς και των τραπεζών, μπήκε σε πρόγραμμα προσαρμογής τον Νοέμβριο του 2010 με τριετή ισχύ (Δεκέμβριος 2013), η έκβαση του οποίου την έχει καταστήσει ως το λαμπρότερο παράδειγμα μνημονιακής επιτυχίας, κάτι που αποτυπώνεται στη μείωση της ανεργίας κατά 7,3 ποσοστιαίες μονάδες (6,7% το 2017 έναντι 14% τη περίοδο της κρίσης) και στην ραγδαία ανάπτυξη που σημείωσε δύο χρόνια μετά την μνημονιακή αποδέσμευση με 25,6%. Ακολούθως, η Πορτογαλία εισέρχεται σε μνημονιακό καθεστώς το Μάιο του 2011 λόγω έντονων δημοσιονομικών προβλημάτων, αλλά και προβλημάτων ανταγωνιστικότητας, η απαγκίστρωση της οποίας επιτυγχάνεται τρία χρόνια μετά (Μάιος 2014). Στη προκειμένη περίπτωση η συνεισφορά του προγράμματος τίθεται εν αμφιβόλω καθώς το χρέος της παραμένει σε υψηλό επίπεδο, καταγράφοντας μάλιστα στο δ' τρίμηνο του 2017 το τρίτο μεγαλύτερο στην ΕΕ με 125,7% του ΑΕΠ, πίσω από την Ελλάδα και την Ιταλία, ενώ η ανεργία παραμένει σταθερά πάνω από τα προ κρίσης επίπεδα.

Τον Ιούνιο του 2012, όπου το τραπεζικό της σύστημα βρίσκεται σε οριακό σημείο, η Ισπανία θα συμφωνήσει με τους ευρωπαϊκούς θεσμούς για πακέτο στήριξης, με τους μηχανισμούς διάσωσης EFSM και ESM να αναλαμβάνουν της χορήγηση οικονομικής βοήθειας. Το πρόγραμμα διάσωσης θα διαρκέσει μέχρι τον Ιανουάριο του 2014, αφήνοντας πίσω μια σταθερά αναπτυσσόμενη οικονομία, αλλά με το «βραχνά» της ανεργίας να θέτει μεγάλα εσωτερικά ζητήματα, το ποσοστό της οποίας το 2017 άγγιζε 17,2%, τοποθετώντας τη δεύτερη τη τάξει πανευρωπαϊκά. Τη λίστα με τα κράτη μέλη που κατέφυγαν στους μηχανισμούς στήριξης θα κλείσει η Κύπρος, η οποία θα συμφωνήσει τον Μάρτιο του 2013 με τους διεθνείς πιστωτές για τη διάσωση του τραπεζικού της συστήματος σε ένα πρόγραμμα τριετούς διάρκειας (Μάρτιος 2016). Παρόλο που η οικονομία της έφτασε να αναπτύσσεται κατά 3,9% το

2017, το δημόσιο χρέος παραμένει σε υψηλά επίπεδα (105,7% του ΑΕΠ), ενώ μείζον πρόβλημα συνιστά το υπέρμετρο χρέος των νοικοκυριών, φτάνοντας στα υψηλότερα επίπεδα μεταξύ των χωρών της Ευρωζώνης.

Στην Ελλάδα, ενώ μέχρι το 2008 η οικονομία της θεωρείτο σε γενικές γραμμές το ίδιο αξιόπιστη με όλες τις υπόλοιπες χώρες της ευρωζώνης, κατά το δεύτερο μισό του 2009 αρχίζει να παρουσιάζει σημάδια αποσταθεροποίησης, με την υπερχρέωση του ελληνικού δημοσίου να έρχεται στο προσκήνιο. Είναι άξιο αναφοράς το γεγονός πως κατά την ίδια περίοδο το εξωτερικό χρέος της χώρας ανερχόταν σε ποσοστό 82,5% επί του ΑΕΠ, με το μεγαλύτερο μέρος του να ταυτίζεται με το εξωτερικό δημόσιο χρέος, ενώ οι ανάγκες δανεισμού για την κάλυψη των υποχρεώσεων αυξάνονταν διαρκώς. Βρισκόμενη λοιπόν σε οικονομικό αδιέξοδο η κυβέρνηση Παπανδρέου ξεκινάει διαπραγματεύσεις δανεισμού, με δυσμενείς πλέον όρους, οδηγώντας στην ενεργοποίηση του πρώτου προγράμματος διάσωσης τον Μάιο του 2010 από την Τρόικα, την τριμερή συνεργασία δηλαδή μεταξύ των θεσμών της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, που σταδιακά εξειδικεύτηκε στην υπογραφή σειράς «μνημονίων συνεργασίας» και προγραμμάτων «μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής». Σύμφωνα με τους όρους των εν λόγω συμφωνιών, προβλεπόταν η λήψη συγκεκριμένων μέτρων, με στόχο κυρίως τη συγκράτηση των δαπανών, μέτρα τα οποία όριζαν οι ξένοι θεσμοί, ενώ η πορεία των συμβάσεων θα κρίνεται από τακτικούς ελέγχους που θα γίνονται, ως επιβεβαίωση εφαρμογής ή όχι των διατάξεων, μέσω ποσοτικών κριτηρίων απόδοσης και διαρθρωτικών δεικτών σύγκρισης σύμφωνα με τις ρήτρες που έθεταν τα προγράμματα.<sup>89</sup>

Η υπερεθνική σύμπραξη μεταξύ ευρωπαϊκών (ΕΕ,ΕΚΤ) και παγκόσμιων θεσμών (ΔΝΤ) για τη διάσωση της Ελλάδας, θέτει σημαντικές προκλήσεις σχετικά με τη δυνατότητα εφαρμογής των ερμηνευτικών προσεγγίσεων του Εξευρωπαϊσμού, κάτι που αναδεικνύει η αλλαγή της κοινωνικής πολιτικής της ΕΕ με αφορμή την παγκόσμια οικονομική κρίση. Ενώ κατά τη περίοδο της οικονομικής ευημερίας εφαρμοζόταν η Ανοιχτή Μέθοδος Συντονισμού (ΑΜΣ) ως

---

<sup>89</sup> Βαρουφάκης Γ. & Πατώκος Τ. & Τσερκέζης Λ. & Κουτσοπέτρος Χ. (2011), «Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη το 2011» (ΙΝΕ ΓΣΕΕ), σελ.40-45

εργαλείο κοινωνικής πολιτικής,<sup>90</sup> με «οριζόντιο» μη δεσμευτικό χαρακτήρα διακυβέρνησης, όπου απουσιάζουν οι υποχρεωτικοί κανόνες δικαίου, η μεταστροφή των οικονομικών συνθηκών που οδήγησε στην υπογραφή των μνημονίων, έθεσε σε λειτουργία «κάθετους» μηχανισμούς επιβολής των απαιτήσεων των θεσμών υπό την απειλή οικονομικών κυρώσεων, αποτελώντας έτσι ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα «αιρεσιμότητας».<sup>91</sup> Η αιρεσιμότητα ως εργαλείο πολιτικής δεν αποσκοπεί απλώς στην άσκηση εξωτερικής πίεσης και ενθάρρυνσης, αλλά πιθανόν συνιστά και μια προσπάθεια διείσδυσης στο εγχώριο πολιτικοδιοικητικό σύστημα. Το νέο καθεστώς που έχει παγιωθεί με την επιβολή των μνημονίων απαιτεί ταχείες μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις με άμεσα αποτελέσματα, κάτι που έρχεται σε πλήρη αντίθεση με τις διαδικασίες εφαρμογής των ευρωπαϊκών πολιτικών οι οποίες χρειάζονται χρόνο, παρέχουν ευκαιρίες συζήτησης, διαμόρφωσης συμμαχιών και επηρεασμού της έκβασης τους.

Η κατά προτεραιότητα επιλεκτική εφαρμογή πολιτικών που επιβάλλουν οι μηχανισμοί της Τρόικα εις βάρος άλλων της ΕΕ και ο παραμερισμός των ευρωπαϊκών πολιτικών, αποτυπώνεται πλήρως στην ανάγνωση του ρόλου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής ως μέλος της Τρόικα, οι πολιτικές της οποίας έρχονται σε πλήρη αντιπαράθεση σε σχέση με τη λειτουργία της ως αυτόνομου εκτελεστικού οργάνου παραγωγής πολιτικής και εποπτείας της εφαρμογής της ευρωπαϊκής νομοθεσίας.<sup>92</sup> Η παραβίαση της ευρωπαϊκής νομοθεσίας δεν αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την Επιτροπή ως μέλος της Τρόικα, κάτι που αποδεικνύεται ξεκάθαρα από την αποδόμηση του συστήματος των εργασιακών σχέσεων (και όχι μόνο), παρά το γεγονός ότι η Συνθήκη της ΕΕ δεν επιτρέπει την άσκηση μιας τέτοιας αρμοδιότητας από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και λαμβάνοντας υπόψιν ότι η ΕΕ υποχρεούται να σέβεται πλήρως τον ρόλο των

---

<sup>90</sup> Φέρωνας Α. (2013), «Ο Εξευρωπαϊσμός της Κοινωνικής Πολιτικής: Θεωρητικό πλαίσιο, μεθοδολογικά προβλήματα και ελληνική εμπειρία», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.150

<sup>91</sup> Συλλογικό Έργο (2017), «Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση: Οι Πολλαπλές Κρίσεις και οι Προκλήσεις του Μέλλοντος», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.792

<sup>92</sup> Συλλογικό Έργο (2017), «Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση: Οι Πολλαπλές Κρίσεις και οι Προκλήσεις του Μέλλοντος», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.807-808

κοινωνικών εταίρων στο πλαίσιο των συλλογικών διαπραγματεύσεων για τη διαμόρφωση των μισθών στα κράτη μέλη.<sup>93</sup>

Ο άκρατος «αυταρχικός νεοφιλελευθερισμός»<sup>94</sup> που έχει επιβληθεί στη χώρα, δεν συνιστά πολιτική επίδρασης της ΕΕ που στοχεύει στη σύγκλιση ενός παραδοσιακά προβληματικού και αναποτελεσματικού κράτους πρόνοιας προς τις βασικές αρχές και αξίες ενός ευρωπαϊκού κράτους μέλους, αλλά σηματοδοτεί την αποδόμηση ενός ήδη διάτρητου κοινωνικού δικτύου ασφαλείας, σε μια περίοδο όπου οι κοινωνικές ανάγκες «βοούν». Παράλληλα, φανερώνει την αδυναμία της ΕΕ να επιδράσει καθοριστικά στην αλλαγή της εξελικτικής οπτικής (εξάρτηση ως προς τη τροχιά) της ελληνικής δημόσιας πολιτικής με ήπιες μορφές συντονισμού, κάτι που υλοποίησε (κρίσιμη συγκυρία) η τρόικα, με τη χρήση όμως σκληρών μεθόδων προσαρμογής, επιβάλλοντας έτσι ένα είδος επιλεκτικού, αναγκαστικού εξευρωπαϊσμού.<sup>95</sup>

### **3.11 Εξευρωπαϊσμός στο χώρο της υγείας**

Η αντίληψη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ότι η οικονομική ολοκλήρωση θα συμπαρέσυρε και την κοινωνική πρόοδο και εξέλιξη, αποτυπώνεται πλήρως, τουλάχιστον για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα από την ίδρυσή της, στις πολιτικές που ακολουθήθηκαν και στις στρατηγικές που εκπονήθηκαν από τα αρμόδια όργανα της Κοινότητας. Ως εκ τούτου, οι οικονομικές πολιτικές αποτέλεσαν τον κεντρικό πυλώνα στη προσπάθεια επίτευξης της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης, θέτοντας έτσι τις κοινωνικές πολιτικές εκτός της βασικής ατζέντας της ΕΕ.

Καθώς η πολιτική υγείας αποτελεί μέρος της κοινωνικής πολιτικής δεν θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση στον κανόνα της περιθωριοποίησης των κοινωνικών πολιτικών, καθώς μέχρι την υπογραφή της Συνθήκης του Μάαστριχτ, οι αρμοδιότητες της ΕΕ σε θέματα υγείας περιορίζονταν στα

---

<sup>93</sup> Φέρωνας Α. (2013), «Ο Εξευρωπαϊσμός της Κοινωνικής Πολιτικής: Θεωρητικό πλαίσιο, μεθοδολογικά προβλήματα και ελληνική εμπειρία», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.150

<sup>94</sup> Φέρωνας Α. (2013), «Ο Εξευρωπαϊσμός της Κοινωνικής Πολιτικής: Θεωρητικό πλαίσιο, μεθοδολογικά προβλήματα και ελληνική εμπειρία», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.150-151

<sup>95</sup> Συλλογικό Έργο (2017), «Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση: Οι Πολλαπλές Κρίσεις και οι Προκλήσεις του Μέλλοντος», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.809

πλαίσια του σχεδίου της οικονομικής ολοκλήρωσης. Οι αρχικές Συνθήκες προέβλεπαν την προστασία της υγιεινής και της ασφάλειας στους χώρους εργασίας, την ασφαλιστική κάλυψη των μετακινούμενων εργαζομένων, την ελεύθερη διακίνηση αγαθών και υπηρεσιών όπως τα φάρμακα, η ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελματιών και των εργαζομένων στον κλάδο της υγείας κ.α. Ορόσημο στην αλλαγή στάσης της ΕΕ και στην στροφή του ενδιαφέροντος για ζητήματα υγείας αποτελεί η εισαγωγή του άρθρου 129 της Συνθήκης του Μάαστριχτ, σύμφωνα με το οποίο η Κοινότητα καλείται να συμβάλλει στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης υγείας, με μικρό όμως εύρος δράσης το οποίο περιορίζεται αποκλειστικά στη πρόληψη των ασθενειών και κυρίως αυτών που έχουν προκαλέσει τα μεγαλύτερα δεινά, με τον συντονισμό των δράσεων και των πολιτικών να αναλαμβάνουν τα κράτη μέλη από κοινού με την Επιτροπή.<sup>96</sup>

Πάντως, η κριτική που ασκήθηκε στον εν λόγω Άρθρο ήταν έντονη εξαιτίας των διατάξεών του, οι οποίες εμφάνιζαν κενά ως προς την σαφήνεια τους, όπως:<sup>97</sup>

- Η αοριστία στην κατανομή των αρμοδιοτήτων μεταξύ των κρατών μελών και της Επιτροπής.
- Η δυσκολία αποκωδικοποίησης του «υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας».
- Ο μη προσδιορισμός των ασθενειών που έχουν προκαλέσει τα μεγαλύτερα δεινά.
- Η ερμηνευτική αδυναμία του «συντονισμού των δράσεων» των κρατών μελών.
- Ο μη καθορισμός του χαρακτήρα(οικονομικής, πολιτικής ή άλλης φύσεως) των δράσεων ενθάρρυνσης του Συμβουλίου.

Αν και πολλά σημεία του άρθρου 129 παρουσίαζαν κενά, παρόλα αυτά η θέσπιση του αποτέλεσε οδηγό για την σταδιακή ενσωμάτωση της πολιτικής

---

<sup>96</sup> Σακελλαρόπουλος Θ. (2011), «Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.404

<sup>97</sup> Σακελλαρόπουλος Θ. (2011), «Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.405



υγείας στη βασική ατζέντα της Ένωσης. Επίσης έδωσε το έναυσμα για ανάπτυξη προγραμμάτων δημόσιας υγείας, τα οποία συνετέλεσαν στην έναρξη μιας διαδικασίας σύγκλισης, ενώ εκτός από τη διαμόρφωση ενός πλαισίου δράσης για τη δημόσια υγεία, άφησε και ως απότοκο ένα σημαντικό συμβουλευτικό όργανο της Επιτροπής, την «Υψηλού Επιπέδου Επιτροπή Υγείας». Στη συνέχεια, η εξάπλωση της νόσου της σπογγώδους εγκεφαλοπάθειας των βοοειδών και του AIDS, οδήγησε στη συμπερίληψη του άρθρου 129 στα υπό τροποποίηση άρθρα της Διακυβερνητικής Διάσκεψης του Άμστερνταμ.<sup>98</sup> Το άρθρο 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ, αν και διατηρεί την ασάφεια του «προκατόχου» του, επιχειρεί και κάποιες σημαντικές αλλαγές όπως:<sup>99</sup>

- Η ενίσχυση της διατομεακότητας και του συντονισμού όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας.
- Η ενδυνάμωση της δέσμευσης της Κοινότητας με την «εξασφάλιση» υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας.
- Η έμφαση στη προαγωγή της υγείας και στους παράγοντες που προσδιορίζουν την καλή υγεία.
- Η θέσπιση μέτρων για την ασφάλεια των οργάνων και των ουσιών ανθρώπινης προέλευσης.

Με τη Συνθήκη της Νίκαιας (2000) υιοθετείται ο «Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ», όπου σύμφωνα με το άρθρο 35, ενισχύεται η προστασία της υγείας ως βασική συνισταμένη της αλληλεγγύης.<sup>100</sup> Βάσει λοιπόν του συγκεκριμένου Άρθρου, *«κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές»*. Επίσης, το πρόγραμμα κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2002) έχοντας ορίζοντα εξαετίας (2003-2008), συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές με στόχο **(α)** τη βελτίωση της γνώσης και της πληροφόρησης για την ανάπτυξη της δημόσιας

<sup>98</sup> Σακελλαρόπουλος Θ. (2011), «Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.406

<sup>99</sup> Σακελλαρόπουλος Θ. (2011), «Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.408

<sup>100</sup> Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2000), «Χάρτης θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Επεξηγήσεις σχετικά με το πλήρες κείμενο του χάρτη», σελ.52  
<http://users.uoa.gr/~ahatzis/Charter.pdf>

υγείας, **(β)** την ενίσχυση της ικανότητας ταχείας και συντονισμένης αντίδρασης όταν η υγεία απειλείται και **(γ)** την προαγωγή της υγείας και τη πρόληψη των ασθενειών, ενώ ταυτόχρονα αναμένεται να συμβάλλει στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινη υγείας, στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία και στην ενθάρρυνση της συνεργασίας των κρατών μελών στα πλαίσια που ορίζει το άρθρο 152.<sup>101</sup> Τέλος, η Συνθήκη της Λισαβόνας (2007) προχωρά στη τροποποίηση του άρθρου 152 σε άρθρο 168, το οποίο επισημαίνει και υπενθυμίζει την συμπληρωματικό ρόλο της Ένωσης στις πολιτικές υγείας, ορίζοντας τα κράτη μέλη υπεύθυνα για τη διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών, προβλέπει:<sup>102</sup>

- Την κήρυξη συναγερμού σε περίπτωση σοβαρών διασυνοριακών απειλών και την καταπολέμησή τους.
- Την βελτίωση της συμπληρωματικότητας των παραμεθόριων υγειονομικών υπηρεσιών των κρατών μελών.
- Την εφαρμογή της Ανοιχτής Μεθόδου Συντονισμού στην υγεία.
- Την θέσπιση μέτρων ασφαλείας και ποιότητας στον τομέα των φαρμάκων και των ιατρικών μηχανημάτων.

Όπως εύκολα συμπεραίνεται από τα σημεία του ως άνω άρθρου, δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις σε σύγκριση με το τροποποιηθέν άρθρο, δεδομένου ότι η γενική θέση της Ένωσης παραμένει η ίδια. Είναι αντιληπτό πως αν και έχει παρουσιαστεί αξιοσημείωτη πρόοδος με το πέρασμα των χρόνων, οι πολιτικές υγείας έτσι όπως έχουν δομηθεί πάνω σε ένα πολύπλοκο περιβάλλον, δυσκολεύονται να εκπληρώσουν τον σκοπό τους, καθώς βρίσκονται σε μια διαρκή πάλη, μεταξύ της επιχειρούμενης παροχής υπηρεσιών με βάση τις αρχές του κοινωνικού μοντέλου και των πιέσεων προσαρμογής τους στους κανόνες του ελεύθερου ανταγωνισμού της εσωτερικής αγοράς.<sup>103</sup> Συμπληρώνοντας την παραπάνω συλλογιστική του Gooijer, ο Scharpf χαρακτηρίζει το περιβάλλον μέσα στο οποίο διαμορφώνεται η πολιτική υγείας

---

<sup>101</sup> Κοινοτική Δράση στον Τομέα της Υγείας (2003-2008) <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2003:062:0021:0035:EL:PDF>

<sup>102</sup> Σακελλαρόπουλος Θ. (2011), «Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.409

<sup>103</sup> Τούντας Γ. (2008), «Υπηρεσίες Υγείας», Εκδόσεις: Οδυσσεάς, Αθήνα, σελ.83

ως «θεσμική ασυμμετρία», θέλοντας να καταδείξει τη σύγκρουση ανάμεσα σε κοινωνικούς και οικονομικούς στόχους και την υπερίσχυση των δεύτερων στις προτιμήσεις της Κοινότητας, λειτουργώντας έτσι εντός των πλαισίων που έχουν τεθεί για την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση.<sup>104</sup>

## **4.ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

### **4.1 Η Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα**

Παρότι οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες μετά το τέλος του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου εισήλθαν σε μια ταχύτατα αναπτυσσόμενη περίοδο ως προς τη θεμελίωση συστημάτων υγείας, η πορεία του ελληνικού κράτους αντίθετα, καταγράφει μια υποτονικότητα και μια αδυναμία που πηγάζει από τα δημοσιονομικά της κενά, καθιστώντας την ανίκανη να ακολουθήσει τα ευρωπαϊκά πεπραγμένα. Ουσιαστικά, τα βήματα ανάπτυξης και οργάνωσης του υγειονομικού χάρτη της Ελλάδας ακολουθούν τη πορεία ανάπτυξης του ίδιου του ελληνικού κράτους, καθοδηγούμενο από τις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες.

Παρακάτω θα καταγραφεί η εξελικτική πορεία του εθνικού συστήματος υγείας, από την πρώιμη φάση του μέχρι σήμερα, παρουσιάζοντας τις βασικότερες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες κατά την προ και μετά κρίσης περίοδο, επιχειρώντας έτσι μια προσπάθεια προσέγγισης του ερωτήματος, αν και κατά πόσο επιδρούν οι Ευρωπαϊκές Πολιτικές στις εγχώριες αποφάσεις. Για βαθύτερη ανάλυση και καλύτερη κατανόηση της πορείας του υγειονομικού τομέα της Ελλάδας, διακρίνονται τέσσερις εξελικτικοί περίοδοι, με τη πρώτη να προσδιορίζεται χρονικά από το 1833 έως το 1922, τη δεύτερη από το 1922 έως το 1945, η τρίτη από το 1945 έως το 1974 και η τελευταία από το 1974 μέχρι σήμερα.

#### **4.1.1 Πρώτη περίοδος 1833-1922**

---

<sup>104</sup> Σακελλαρόπουλος Θ. (2011), «Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.431-432

Η αρχή τη πρώτης περιόδου ουσιαστικά αποτελεί τη μετάβαση από ένα κατεχόμενο από την Οθωμανική Αυτοκρατορία έθνος σε ένα ανεξάρτητο κράτος, με ότι αυτό συνεπάγεται για τις συνθήκες και τα δεδομένα που άφησε πίσω της ο πολυετής ζυγός. Η δεινή οικονομική κατάσταση της χώρας δεν άφηνε περιθώρια για οιαδήποτε χάραξη υγειονομικής πολιτικής, έχοντας ως αποτέλεσμα την ασυντόνιστη ανάληψη πρωτοβουλιών από άλλους φορείς για υποτυπώδη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, κυριαρχούμενοι από υψηλό αίσθημα φιλανθρωπίας. Η πρώτη κρατική παρεμβατική ενέργεια υγειονομικής κάλυψης πραγματοποιείται το 1833 επί βασιλείας Όθωνα όπου συστήνεται η «υγειονομική αστυνομία», όργανο της Γραμματείας Εσωτερικών επιφορτισμένο με την ρύθμιση όλων των σχετικών με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, την ίδρυση υγειονομικών καταστημάτων και την καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων, όπως της πανώλης που ήδη είχε πλήξει την Ύδρα, τις Σπέτσες και την Πελοπόννησο και αργότερα της χολέρας, ενώ θεσμοθετείται και ο ρόλος του νομιάτρου ως υπεύθυνου για όλα τα θέματα υγείας του νομού.

Κατά την ίδια περίοδο, λόγω απουσίας συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, διάφορες επαγγελματικές κατηγορίες (ναυτικοί, μεταλλωρύχοι κλπ.) θα προχωρήσουν στην οργάνωση αυτόνομων και αυτοχρηματοδοτούμενων ασφαλιστικών μονάδων, ώστε να καλύπτονται σε περιπτώσεις ατυχημάτων και ασθενείας. Λίγα χρόνια αργότερα, το 1836, ιδρύεται το νοσοκομείο «Ελπίς» στην Αθήνα, ενώ ένα χρόνο αργότερα θα ιδρυθεί η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, ακολουθούμενη από την πρώτη σχολή μαιών και τη πρώτη νοσηλευτική σχολή από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό. Το δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα χαρακτηρίζεται για την έντονη νοσοκομειακή δραστηριότητα, καθώς ιδρύονται και τίθενται σε λειτουργία μια σειρά από νοσοκομεία όπως το Τζάνειο (1875), ο Ευαγγελισμός (1884), το Παιδών Αγία Σοφία (1896) κ.α., τα οποία ήταν αποτέλεσμα της δραστηριότητας της εκκλησίας και της φιλανθρωπίας.<sup>105</sup>

Σημαντικός σταθμός στη προσπάθεια συγκρότησης και προγραμματισμού των υπηρεσιών υγείας αποτελεί η ίδρυση του Υπουργείου

---

<sup>105</sup> Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001), «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.184-185

Περιθάλψεως το 1917, στα πλαίσια του οποίου υπάγεται ο νόμος 3934/1911 «Περί υγιεινής και ασφάλειας των εργατών και περί ωρών εργασίας», που υποχρεώνει του εργοδότες να λαμβάνουν όλα τα αναγκαία μέτρα για την ασφάλεια των εργαζομένων τους και ο νόμος 281/1914 «Περί σωματείων», ο οποίος παρέχει τη δυνατότητα ίδρυσης αλληλοβοηθητικών σωματείων για την εξασφάλιση διαφόρων προνομίων, όπως ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, επίδομα τοκετού κ.α.<sup>106</sup> Πάντως ενδεικτικό της ελλιπούς ύπαρξης του υγειονομικού τομέα κατά τη πρώτη αυτή περίοδο, αποτελεί το μικρό ποσοστό κάλυψης του ενεργού πληθυσμού, το οποίο δεν ξεπερνά το 10%.<sup>107</sup>

#### 4.1.2 Δεύτερη περίοδος 1922-1945

Το δεύτερο αυτό εξελικτικό κομμάτι της προσπάθειας για υγειονομική οργάνωση αποτελεί μια αιματηρή και βίαιη περίοδο τόσο για την ελληνική όσο και για την ευρωπαϊκή και παγκόσμια ιστορία. Προσπαθώντας να συνέλθει από τα «απόνερα» του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου, η χώρα καλείται τώρα να ανταπεξέλθει στην εισροή ενάμισι εκατομμυρίου Ελλήνων προσφύγων από τη Μικρά Ασία το 1922, μετά τη Μικρασιατική καταστροφή. Έτσι το ήδη πληγωμένο από την οικονομική ύφεση, τη μεγάλη ανεργία και τον υψηλό πληθωρισμό κράτος, αναγκάζεται να διαθέσει μέρος των περιορισμένων οικονομικών πόρων για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των μεταναστών, παρατείνοντας έτσι την οικονομική αιμορραγία του. Παρά τις αντίξοες συνθήκες όμως, δημιουργούνται 35 νέα προσωρινά νοσοκομεία για την κάλυψη των πιεστικών αναγκών που δημιουργήθηκαν. Πάντως, κομβικό σημείο για τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο αποτελεί η ίδρυση του Υπουργείου Υγιεινής, Πρόληψης και Αντίληψης, ως αρμόδιου οργάνου διαχείρισης των θεμάτων υγείας,<sup>108</sup> ενώ κατά το ίδιο διάστημα ψηφίζεται ο Νόμος 2868/1922 «Περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως των εργατών και ιδιωτικών υπαλλήλων» με βάση τον οποίο οι επιχειρήσεις που απασχολούσαν αριθμό άνω των 70

---

<sup>106</sup> Οικονόμου Χ. (2004), «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.187

<sup>107</sup> WHO (1996), "Health Care Systems in Transition: Greece", p.3  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/120278/E72454.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/120278/E72454.pdf)

<sup>108</sup> Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001), «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.186

εργαζομένων έπρεπε να ιδρύσουν ασφαλιστικά ταμεία, με σκοπό τη κάλυψη σε περιπτώσεις ασθενείας, γήρατος, αναπηρίας κ.α.<sup>109</sup>

Ένα από τα πιο ιστορικά βήματα στην εξέλιξη του υγειονομικού τομέα της χώρας, εν μέσω έντονων κοινωνικών πιέσεων και μεγάλων πολιτικών αντιπαραθέσεων, αποτελεί η θέσπιση του νόμου 5732/1932 «Περί κοινωνικών ασφαλίσεων» επί κυβερνήσεως Ελευθερίου Βενιζέλου,<sup>110</sup> που λόγω πολιτικών ανακατατάξεων δεν εφαρμόστηκε ποτέ. Την σκυτάλη στην υλοποίηση της εν λόγω διάταξης ανέλαβε η δικτατορία του Μεταξά, η οποία με τη ψήφιση του νόμου 6298/1934 επισημοποιεί την ίδρυση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), η λειτουργία του οποίου ξεκίνησε τρία χρόνια αργότερα εξ' αιτίας των οικονομικών προβλημάτων που αντιμετώπιζε η Ελλάδα και το οποίο στηριζόταν στις αρχές του μοντέλου Bismarck που επικρατούσε στη κεντρική Ευρώπη.<sup>111</sup> Το ΙΚΑ προέβλεπε τη προστασία των εργαζομένων στα αστικά κέντρα από κινδύνους γήρατος, ασθενείας και ανεργίας και ειδικότερα σε βιομηχανίες άνω των 70 εργαζομένων, θέτοντας έτσι εκτός κάλυψης μεγάλο τμήμα του πληθυσμού, όπως αγρότες ή μερικώς απασχολούμενους. Οι αντιδράσεις όμως δεν άργησαν να φανούν, καθώς όπως υποστήριζαν οι εργοδότες, η ελληνική οικονομία δεν ήταν σε θέση να αντέξει το βάρος των ασφαλιστικών εισφορών, με υπαρκτό το φάσμα της κατάρρευσης.

Το τρίτο σημαντικό βήμα αυτής της περιόδου πραγματοποιείται με την έκδοση του νόμου 965/1937 «περί οργανώσεως των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων», σύμφωνα με τον οποίο δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για την ενιαία οργάνωση και λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων, προβλέποντας ομοιόμορφη διαχείριση με την άσκηση κεντρικού ελέγχου, εξασφάλιση της αναγκαία χρηματοδοτικής κάλυψης μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και την επιλογή του κατάλληλου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Βάσει στοιχείων της στατιστικής επετηρίδας το 1934 τα εν λειτουργία νοσοκομεία ανέρχονταν στα 111 με 13 χιλιάδες

---

<sup>109</sup> Οικονόμου Χ. (2004), «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.188

<sup>110</sup> Οικονόμου Χ. (2004), «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.190

<sup>111</sup> Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001), «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.186

διαθέσιμες κλίνες, με το 1939 να παρουσιάζεται αύξηση τόσο στον αριθμό των νοσοκομείων (117) όσο και στις διαθέσιμες κλίνες (16 χιλιάδες).

#### **4.1.3 Τρίτη περίοδος 1945-1974**

Η τρίτη χρονικά περίοδος ξεκινάει με το πέρας του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, του πιο αιματοβαμμένου στη σύγχρονη παγκόσμια ιστορία. Οι συνθήκες που άφησαν στη χώρα η Γερμανική κατοχή και ο μετέπειτα εμφύλιος πόλεμος, χαρακτηρίζονται εκτός της φτώχειας και του θανάτου και από την δραματική έλλειψη σε υποδομές και εξοπλισμό. Ενδεικτικό της δεινής θέσης στην οποία βρισκόταν η χώρα, αποτελεί η απουσία 15 χιλιάδων κλινών που θα μπορούσαν να καλύψουν στοιχειωδώς τις ανάγκες του πληθυσμού, όπως επίσης η καταστροφή πολλών υγειονομικών κέντρων και η έλλειψη γιατρών. Οι περιορισμένες δημοσιονομικές δυνατότητες του κράτους ανέστειλαν για ένα εύλογο χρονικό διάστημα κάθε επιθυμία ή ανάγκη ιδρυτικής παρέμβασης, πορευόμενο με τις υπάρχουσες υποδομές και στοχεύοντας στην αποτελεσματική αξιοποίηση τους.<sup>112</sup>

Έτσι ύστερα από ένα στείρο ρυθμιστικό διάστημα, επιχειρείται το 1953 η εγκαθίδρυση του πρώτου ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας με τη ψήφιση του νόμου 2592 «περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως», επί προεδρίας Παπάγου. Οι διατάξεις του νέου νόμου προέβλεπαν την αποκέντρωση του συστήματος και τον κοινωνικό έλεγχο με τη δημιουργία υγειονομικών περιφερειών, την υπαγωγή όλων των μονάδων υγείας στο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας, την ίση γεωγραφική κατανομή των νοσοκομειακών κλινών και την ανάπτυξη και οργάνωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με έμφαση στην περιφερειακή τόνωση λειτουργώντας υγειονομικούς σταθμούς. Αν και ο νόμος υπήρξε πρωτοποριακός, δεν κατάφερε να υλοποιηθεί λόγω του ευρύτερου κοινωνικού και θεσμικού πλαισίου της χώρας. Από τη χαμένη αυτή ευκαιρία οργάνωσης του τομέα υγείας μέχρι το τέλος της εξεταστέας περιόδου, παρατηρήθηκε έντονη κινητικότητα στην ανάπτυξη της κοινωνικής ασφάλισης, με την ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) βάσει του νόμου 4169/1961, για να καλύψει τον

---

<sup>112</sup> Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001), «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.187

αγροτικό πληθυσμό, ενώ η ανάκαμψη της οικονομίας στις δεκαετίες του 60' και 70', οδήγησε στον πολλαπλασιασμό των επιχειρήσεων, οι οποίες με τη σειρά τους δημιούργησαν του δικούς τους ασφαλιστικούς οργανισμούς.<sup>113</sup>

Η λήξη της τρίτης περιόδου βρίσκει στο τιμόνι της χώρας την δικτατορία των συνταγματαρχών, η οποία δεν επέδειξε κάτι αξιοσημείωτο ως προς την ανάπτυξη στο τομέα υγείας, εκτός από την καθιέρωση της ετήσιας υποχρεωτικής **υπηρεσίας υπαίθρου**, το αγροτικό που θα λέγαμε σήμερα, με τη ψήφιση του νόμου 67/1968 για την αντιμετώπιση των δυσκολιών στελέχωσης των αγροτικών ιατρείων.

#### **4.1.4 Τέταρτη περίοδος 1974-1983**

Η λήξη της «επταετίας», όπως αλλιώς αποκαλείται η στρατιωτική δικτατορία των συνταγματαρχών, βρίσκει την Ελλάδα πιο έτοιμη και πιο ώριμη να αναλάβει την εγκαθίδρυση ενός εθνικού συστήματος υγείας κατ' ακολουθία της τάσης που επικρατεί στην Ευρώπη και δει στις χώρες του Νότου. Ως εκ τούτου, δύο χρόνια μετά την αποκατάσταση της δημοκρατίας, το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) ανέλαβε μια μελέτη υγειονομικού ενδιαφέροντος, εντοπίζοντας τα εξής προβλήματα του ελληνικού συστήματος:<sup>114</sup>

- Την απουσία ενιαίων κανόνων χρηματοδότησης και παροχών μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών.
- Την ύπαρξη μεγάλων περιφερειακών ανισοτήτων στη παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Την έλλειψη συνεργασίας και συντονισμού του Υπουργείου Υγείας και των άλλων κρατικών φορέων σε θέματα πολιτικής υγείας.
- Τις μεθόδους αμοιβής των γιατρών που οδηγούσαν σε προκλητή ζήτηση

---

<sup>113</sup> Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001), «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.188-189

<sup>114</sup> Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001), «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.190



Προχωρώντας ένα βήμα παραπέρα η μελέτη του ΚΕΠΕ, επιδιώκοντας τη βελτίωση της κατάστασης και τον περιορισμό των παραπάνω προβλημάτων, πρότεινε τρεις εναλλακτικούς τρόπους οργάνωσης:

1. Τη δημιουργία μιας ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας.
2. Την ενοποίηση των βασικών ασφαλιστικών φορέων (ΙΚΑ, ΟΓΑ και ΤΕΒΕ).
3. Τον συντονισμό και τη συνεργασία των υπαρχόντων ταμείων για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

Εκτός των τριών προτάσεων, συνέστησε και την ανάπτυξη κέντρων υγείας επανδρωμένα με γενικούς γιατρούς και την ανάπτυξη νοσοκομειακών μονάδων στη περιφέρεια συνδεδεμένα με τα κέντρα υγείας. Όμως, λόγω της σθεναρής αντίστασης που έτυχε από τους γιατρούς και από τη πλειοψηφία των πολιτικών δυνάμεων, άλλη μια πρόταση αναμόρφωσης έμεινε μόνο στη θεωρία. Την ίδια τύχη είχε και η προσπάθεια του Σπύρου Δοξιάδη, που ως υπουργός υγείας κατέθεσε στη Βουλή το νομοσχέδιο με τίτλο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας», με κύριους άξονες την αποκέντρωση, τον κοινωνικό έλεγχο, την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας βασισμένη στον οικογενειακό γιατρό, την εισαγωγή του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού, την σωστή οργάνωση των νοσοκομείων, τον προγραμματισμό της ανάπτυξης και την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού.<sup>115</sup>

#### **4.2 Η Ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας**

Παίρνοντας τα σκήπτρα της εξουσίας το 1981 η σοσιαλιστική κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ, κίνησε τις πρώτες διαδικασίες για τη μετουσίωση των προεκλογικών της δεσμεύσεων και των προτεραιοτήτων που είχε θέσει για την εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας, αφουγκραζόμενη έτσι τη συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού, αλλά και σημαντική μερίδα των επαγγελματιών υγείας, σχετικά με τη συνεχή πτωτική πορεία του τομέα υγείας της χώρας. Προετοιμάζοντας λοιπόν το έδαφος για την υλοποίηση του τελικού μεταρρυθμιστικού προγράμματος, προχώρησε στη

---

<sup>115</sup> Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001), «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.191

ψήφιση του νόμου 1278/1982 για τη σύσταση του **Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας** (ΚΕΣΥ), αναλαμβάνοντας ρόλο γνωμοδοτικό για θέματα σχεδιασμού, οργάνωσης, προγραμματισμού, ελέγχου και συντονισμού των υπηρεσιών υγείας σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, ενώ συγκροτείται από εκπροσώπους των εργαζομένων του κλάδου της υγείας, της πολιτείας και των πολιτών. Επίσης, με τη ψήφιση του νόμου 1316/1983 για τη σύσταση του **Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου** (ΕΟΦ), της **Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας** και της **Εθνικής Φαρμακαποθήκης**, στόχευε στη κρατική παρεμβατικότητα σε επίπεδο έρευνας, παραγωγής, διανομής και εμπορίας φαρμακευτικών προϊόντων.<sup>116</sup>

Το Σεπτέμβριο του ίδιου χρόνου (1983) με τη ψήφιση του νόμου 1397 μπαίνουν οι βάσεις για την ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που αναμφισβήτητα αποτέλεσε τη μεγαλύτερη νομοθετική ρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, καθώς εφαρμόστηκε ένα πλαίσιο αρχών και ενιαίων κανόνων λειτουργίας σε ένα μέχρι τότε αποσπασμένο και κατακερματισμένο σύνολο υπηρεσιών υγείας. Οι στόχοι που ετέθησαν με τον νεοσύστατο νόμο έχουν ως εξής:<sup>117</sup>

- **Αποκέντρωση.**
- **Κοινωνικός έλεγχος.**
- **Ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας.**
- **Ενιαίος προγραμματισμός.**
- **Δικαιότερη κατανομή των πόρων.**
- **Ανάπτυξη πρωτοβάθμιας περίθαλψης.**
- **Καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.**

Επίσης οι βασικές αρχές και οι προβλέψεις του νόμου είναι:<sup>118</sup>

---

<sup>116</sup> Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001), «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.192

<sup>117</sup> Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001), «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.192

<sup>118</sup> Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001), «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.193

- ❖ Βάσει τη θεώρησης ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό, το κράτος είναι υπεύθυνο για την παροχή υπηρεσιών σε όλους του πολίτες ανεξαρτήτου κοινωνικοοικονομικής θέσης, και ως εκ τούτου αποτελεί τον κύριο προμηθευτή των υπηρεσιών, ενώ οι δαπάνες, που θα βαρύνουν τον κρατικό προϋπολογισμό ή τα ασφαλιστικά ταμεία, θα προσβλέπουν στο κοινωνικό συμφέρον και όχι στο εμπορικό κέρδος.
- ❖ Η αποκέντρωση των υπηρεσιών πραγματοποιείται μέσω της διαίρεσης της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες, ενώ συστήνεται ως γνωμοδοτικό, εποπτικό και ελεγκτικό όργανο το Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (ΠΕΣΥ). Επίσης προβλέπεται η διάκριση των γενικών νοσοκομείων σε περιφερειακά,<sup>119</sup> όπου θα διαθέτουν όλες τις ειδικότητες και θα παρέχουν ιατρική εκπαίδευση, και σε νομαρχιακά, τα οποία θα καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού κάθε νομού.
- ❖ Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με την δημιουργία 400 κέντρων υγείας και μεγάλο αριθμό περιφερειακών ιατρείων, η στελέχωση των οποίων θα γίνεται κυρίως με γιατρούς γενικής ιατρικής.
- ❖ Βελτίωση του υλικοτεχνικού εξοπλισμού και της οργάνωσης των νοσοκομείων σύμφωνα με το πενταετές πλάνο (1983-1988). Στα πλαίσια του εν λόγω προγράμματος οι ενέργειες επικεντρώνονται στην ενίσχυση των νομαρχιακών νοσοκομείων, στη κατασκευή καινούριων νομαρχιακών και περιφερειακών νοσοκομείων, στην ενσωμάτωση της νοσοκομειακής υποδομής των άλλων ασφαλιστικών φορέων στο ΕΣΥ, ενώ προβλέπεται και κάλυψη των αναγκών όλων των νοσοκομείων με το απαιτούμενο έμψυχο δυναμικό, το οποίο όμως, όντας πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης δεν θα είναι σε θέση να ασκεί το επάγγελμα ιδιωτικά ή να κατέχει άλλη θέση στο δημόσιο.

Βέβαια, παρόλο που η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ αποτέλεσε και εξακολουθεί να αποτελεί τη σημαντικότερη προσπάθεια ανάπτυξης ενός ενιαίου και ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, με συμβολή στην επέκταση της προστασίας του πληθυσμού και στην αύξηση των διαθέσιμων για την υγεία ανθρώπινων και

<sup>119</sup> Οικονόμου Χ. (2004), «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.202

χρηματοδοτικών πόρων, εντούτοις του ασκείται δριμεία κριτική για την ανεπαρκή αντιμετώπιση ορισμένων ζητημάτων, όπως η μακροοικονομική και μικροοικονομική αποδοτικότητα, η ισότητα στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών κ.α. Συνοπτικά οι ελλείψεις και οι παραλείψεις<sup>120</sup> που του επιρρίπτουν συνίστανται στην αδυναμία να ενσωματώσει και να αξιοποιήσει στοιχεία από τα ευρωπαϊκά μοντέλα οργάνωσης υγείας και να προβλέψει έναν μηχανισμό διαχείρισης και χρηματοδότησης που θα διέκρινε την εξελισσόμενη οικονομική κρίση και θα συγκρατούσε τα λειτουργικά κόστη, ενώ έντονος σκεπτικισμός υπάρχει για τον ιατροκεντρικό χαρακτήρα της πλειοψηφίας των ρυθμίσεων.

### **4.3 Οι μεταρρυθμίσεις του 92' και του 94'**

Μία δεκαετία περίπου μετά την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, η αλλαγή του πολιτικού σκηνικού με τη μετάβαση από τον σοσιαλισμό στη φιλελεύθερη ιδεολογία, θα οδηγήσει σε μεταστροφή της φιλοσοφίας ως προς τις πολιτικές υγείας. Η ψήφιση του νόμου 2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας ανακαλεί και ακυρώνει αρκετές και σημαντικές από τις διατάξεις του νόμου 1397 για το ΕΣΥ, ενώ εισάγει και ορισμένες νέες. Συνοψίζοντας τις μεταρρυθμίσεις έχουν ως εξής:<sup>121</sup>

- Υπαγωγή των κέντρων υγείας στις νομαρχίες με ανάληψη χρηματοδότησης από αυτές.
- Δυνατότητα επιλογής από τους γιατρούς μορφής απασχόλησης (πλήρους, μερικής ή αποκλειστικής).
- Απελευθέρωση του ιδιωτικού τομέα.
- Ελευθερία επιλογής από τους πολίτες γιατρού και νοσηλευτηρίου.
- Υιοθέτηση χάρτη δικαιωμάτων του ασθενούς.
- Αύξηση των νοσηλίων και θέσπιση εισιτηρίου για επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία και για εισαγωγή.
- Αύξηση της συμμετοχής για αγορά φαρμάκων από τους πολίτες.
- Εισαγωγή θεσμού μάνατζερ στα νοσοκομεία.

---

<sup>120</sup> Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001), «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.193-194

<sup>121</sup> Οικονόμου Χ. (2004), «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.205

- Δυνατότητα σύναψης σύμβασης μεταξύ ασφαλιστικών ταμείων με ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα.

Οι αλληπαλλήλες αλλαγές κυβερνήσεων έχουν οδηγήσει σε ένα γαϊτανάκι μεταρρυθμίσεων σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα, συχνότητα ασυνήθιστη αν ανατρέξουμε στο ιστορικό της εξελικτικής πορείας του συστήματος υγείας και αναλογιστούμε τη σποραδικότητα των παρεμβάσεων μέχρι τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ. Η επανεκλογή του Ανδρέα Παπανδρέου και η επάνοδος του σοσιαλιστικού ΠΑΣΟΚ στην εξουσία έθεσε ζητήματα κοινωνικότητας του ΕΣΥ, τα οποία θα παρακάμπτονταν με την αποκατάσταση των ανθρωποκεντρικών διατάξεων που είχαν ανακληθεί με το νόμο 2071. Με την ψήφιση λοιπόν του υπ' αριθμόν 2194 νόμου του 1994 κατοχυρώνεται η επαναφορά των διατάξεων του νόμου 1397 (ΕΣΥ) σε σχέση με το εργασιακό καθεστώς των γιατρών, καταργώντας τη δυνατότητα μερικής απασχόλησης, ενώ τα κέντρα υγείας επανήλθαν στη πρότερη κατάσταση τους, ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων.

#### **4.4 Το νομοσχέδιο του Κρεμαστινού-Εμπειρογνώμονες**

Οι τελευταίες παρεμβάσεις (Ν.2071 & Ν.2194) αν και προσδοκούν την αναβάθμιση και τη βελτίωση του συστήματος υγείας εν γένει, εντούτοις τα προβλήματα του συστήματος εξακολουθούσαν να υφίστανται με αποτέλεσμα η τότε κυβέρνηση του Ανδρέα Παπανδρέου (1994), να ζητήσει τη συμβολή ξένων εμπειρογνομώνων, οι οποίοι συμπράττοντας με μια ομάδα ελλήνων ειδικών, θα εξέταζαν ενδελεχώς τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του υπάρχοντος συστήματος και θα πρότειναν μέτρα αναμόρφωσής του. Έτσι σύμφωνα με τις παρατηρήσεις στο εκδοθέν πόρισμα, το ελληνικό σύστημα υγείας πάσχει σε πολλά επίπεδα όπως:<sup>122</sup>

- Υπανάπτυκτη δημόσια υγεία.
- Πληθωρισμός γιατρών ειδικοτήτων.
- Αντιδεοντολογικές ή ανήθικες συμπεριφορές από του επαγγελματίες υγείας.

---

<sup>122</sup> Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001), «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.198

- Εξαιρετικά αδύναμη οργάνωση στη πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Στα πλαίσια λοιπόν τη συντονισμένης αυτής προσπάθειας, εκτός του εντοπισμού των δυσλειτουργιών του συστήματος, οι εμπειρογνώμονες κατέθεσαν και μια σειρά συγκεκριμένων προτάσεων θεσμικού, οργανωτικού και λειτουργικού χαρακτήρα, ως μέτρα στήριξης και ανοικοδόμησης του ΕΣΥ, τα οποία είναι:<sup>123</sup>

- ❖ Η **δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ)**, στον οποίο θα ενσωματωθούν τα ασφαλιστικά ταμεία και θα γίνεται κεντρικά η διαχείριση των πόρων τους που προορίζονται για την περίθαλψη των ασφαλισμένων.
- ❖ Ο **σχηματισμός περιφερειακών υγειονομικών συμβουλίων**, με στόχο την αποκέντρωση του συστήματος, ενώ θα έχουν υπ' ευθύνη τους τη διαχείριση των εκχωρημένων από το ΕΦΥ πόρων.
- ❖ Η **εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού**.
- ❖ Η **θεσμική, διοικητική και οικονομική αναδιοργάνωση των νοσοκομείων**, όπου θα λειτουργούν απογευματινά ιατρεία.
- ❖ Η **χρηματοδότηση των νοσοκομείων μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών**.
- ❖ Η **αμοιβή γιατρών κατά πράξη**, εντός προϋπολογισμένων ορίων.
- ❖ Η **διαρκής εκπαίδευση και μετεκπαίδευση** του υγειονομικού προσωπικού.
- ❖ Η **ανάπτυξη της δημόσιας υγείας** με την ενδυνάμωση των περιφερειακών υπηρεσιών.
- ❖ Η **σύνταξη περιορισμένης θετικής λίστας φαρμάκων**.
- ❖ Η **ίδρυση ιατρικής σχολής με έμφαση στην οικογενειακή ιατρική**.
- ❖ Η **θέσπιση ενός ιατρικού συμβουλίου** υπεύθυνου για την **τήρηση του κώδικα ιατρικής δεοντολογίας**.

Με οδηγό τις κατατεθείσες προτάσεις των ξένων εμπειρογνομώνων, ο τότε υπουργός υγείας Δημήτρης Κρεμαστινός καταθέτει το 1995 ένα

---

<sup>123</sup> Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001), «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.200

νομοσχέδιο για την αναδιοργάνωση του ΕΣΥ,<sup>124</sup> το οποίο ενσωματώνει μέρος των παραπάνω μέτρων, όπως η δημιουργία του ΕΦΥ και περιφερειακών υγειονομικών συμβουλίων, η εισαγωγή του οικογενειακού γιατρού, η σύνταξη θετική λίστας φαρμάκων κ.α. Οι αλλαγές όμως στο κυβερνητικό σχήμα και η αποπομπή του Κρεμαστινού από τη θέση του υπουργού υγείας, θα οδηγήσει στην απόρριψη του εν λόγω νομοσχεδίου. Ανάλογη κατάληξη όμως θα έχει και το σχέδιο του διαδόχου του Κρεμαστινού, Αναστάσιου Πεπονή, ο οποίος σε συνεργασία με τον Φραγκλίνο Παπαδέλλη (υφυπουργός υγείας), κατήρτισε ένα πιο μετριοπαθές, σε σχέση με το προηγούμενο, υγειονομικό πλάνο, δίνοντας έμφαση στους σφαιρικούς προϋπολογισμούς και στην εισαγωγή του γενικού γιατρού, ενώ στις διατάξεις του περιλαμβάνεται και η αναβάθμιση των επειγόντων περιστατικών, η ίδρυση εθνικού κέντρου ελέγχου ποιότητας και ο εξορθολογισμός των φαρμακευτικών δαπανών.

#### **4.5 Ο Νόμος 2519/1997**

Σειρά στη μακρά λίστα μεταρρυθμιστικών ενεργειών της δεκαετίας του 90' έχει ο νόμος 2519/1997 για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ. Ο νέος αυτός νόμος ο οποίος ακολουθεί τις βασικές αρχές του νόμου 1397, περί ισότητας, καθολικής κάλυψης, αποκέντρωσης και κοινωνικού ελέγχου των υπηρεσιών, τοποθετεί τις μεταρρυθμίσεις σε τρεις επί μέρους κατηγορίες, ανάλογα με το πεδίο δράσης τους και διαμορφώνονται ως εξής:<sup>125</sup>

#### **Υπουργείο Υγείας**

\*Ειδική υπηρεσία προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών.

\*Ίδρυση επιτροπών για τα δικαιώματα των ασθενών.

\*Σύσταση επιτροπής βιοηθικής και δεοντολογίας.

---

<sup>124</sup> Οικονόμου Χ. (2004), «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.205-206

<sup>125</sup> Οικονόμου Χ. (2004), «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.206

## **Δημόσια Υγεία**

\*Δημιουργία περιφερειακών εργαστηρίων δημόσιας υγείας.

\*Διορισμός μάνατζερ.

\*Εισαγωγή σφαιρικών προϋπολογισμών.

\*Εισαγωγή ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων ασθενών.

## **Νοσηλευτικές Υπηρεσίες**

\*Οργάνωση μονάδων αποκατάστασης στα νοσοκομεία.

\*Ανάπτυξη κατ' οίκον νοσηλείας.

\*Λειτουργία απογευματινών ιατρείων στα νοσοκομεία.

\*Θεσμοθέτηση γενικού γιατρού.

Ο νόμος 2519 που ψηφίστηκε επί ημερών Κώστα Γείτονα ως υπουργού υγείας, θα καταλήξει και αυτός στη μακρά λίστα των ανεκπλήρωτων προσπαθειών ανασυγκρότησης του ΕΣΥ, καθώς οι καινοτόμες διατάξεις του, όπως ο συντονισμός και η ενιαία δράση των υπηρεσιών υγείας, οι αλλαγές στη διοίκηση και στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων και η λειτουργία της πρωτοβάθμιας υγείας δεν εφαρμόστηκαν ποτέ, διατηρώντας έτσι τις δομικές και λειτουργικές αδυναμίες του συστήματος υγείας.

## **4.6 Σχέδιο Αλέκου Παπαδόπουλου**

Η επανεκλογή του ΠΑΣΟΚ τον Απρίλιο του 2000 θα φέρει στο τιμόνι του υπουργείου υγείας τον Αλέκο Παπαδόπουλο, ενός φιλόδοξου και ικανού πολιτικού, γεμίζοντας με προσδοκίες την ελληνική κοινωνία. Έτσι υπέβαλλε το σχέδιο μεταρρύθμισης του ΕΣΥ «Υγεία για τον πολίτη», το οποίο έθετε προς δημόσια συζήτηση 200 μέτρα, που αντανάκλυσαν στις ανάγκες των υπηρεσιών υγείας της χώρας. Στόχος του εν λόγω σχεδίου ήταν να καταστεί το ΕΣΥ αποτελεσματικό, ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πολιτών, κινούμενο στο τρίπτυχο πρόληψη, φροντίδα και περίθαλψη. Ειδικότερα, η μεταρρυθμιστική προσέγγιση του ως άνω προγράμματος είναι ευρεία και



«αγγίζει» μεγάλο φάσμα υγειονομικών ζητημάτων, διακρίνοντας έτσι έξι επιμέρους δομικά στοιχεία ως εξής:<sup>126</sup>

- I. **Διοικητική οργάνωση:** Προβλέπεται η δημιουργία Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ) σε κάθε διοικητική περιφέρεια της χώρας, στα οποία θα υπάγονται όλες οι υγειονομικές μονάδες του ΕΣΥ της αντίστοιχης περιφέρειας. Οι αρμοδιότητες κάθε Πε.Σ.Υ. συνίστανται στην άσκηση της πολιτικής υγείας, στην έγκριση, τον έλεγχο και την εκτέλεση των προϋπολογισμών, στην αξιολόγηση του παραγόμενου έργου, στην εκπόνηση του υγειονομικού χάρτη και στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού.
- II. **Χρηματοδοτική οργάνωση:** Ορίζεται ως υπεύθυνος συγκέντρωσης και διαχείρισης των υγειονομικών πόρων των μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων (ΙΚΑ,ΟΓΑ,ΟΑΕΕ,ΟΠΑΔ κ.α.) ο Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΙΠΥ), έχοντας περιφερειακή συγκρότηση και όντας υπό την επίβλεψη των Υπουργείων Υγείας-Πρόνοιας και Εργασίας-Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Εκτός των ασφαλιστικών πόρων, ο νεοσύστατος Οργανισμός θα συγκεντρώνει και πόρους προερχόμενους από κρατικές επιχορηγήσεις, ενώ οι κατανομή τους θα γίνεται με βάση δημογραφικά, επιδημιολογικά, κοινωνικά και άλλα κριτήρια. Το ΕΣΥ δεν θα αποτελεί αποκλειστικό προμηθευτή υπηρεσιών υγείας, καθώς θα έχει (ΟΔΙΠΥ) τη δυνατότητα να διαπραγματευτεί και με τον ιδιωτικό τομέα, αξιολογώντας τη σχέση ποιότητας και κόστους.
- III. **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:** Η μεταρρυθμιστική σύνθεση ως προς την ΠΦΥ έγκειται στην ίδρυση αστικών κέντρων υγείας, στην υιοθέτηση του θεσμού του προσωπικού γιατρού και της νοσηλεύτριας, στη δημιουργία υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι, νοσοκομείων ημέρας, υπηρεσιών τηλεϊατρικής, ενώ προωθείται σταδιακά η ομαδοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- IV. **Νοσοκομειακή οργάνωση:** Προωθείται η μετατροπή των νοσοκομείων από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, σε αποκεντρωμένες μονάδες του Πε.Σ.Υ., ενώ συγκροτούνται και νέα τμήματα και υπηρεσίες, όπως το

---

<sup>126</sup> Οικονόμου Χ. (2004), «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.207-209

τμήμα ποιοτικού ελέγχου ή το τμήμα κοστολόγησης. Επίσης, προάγεται η ενιαία μηχανοργάνωση και κωδικοποίηση όλων των υπηρεσιών, η δημιουργία υπηρεσίας υποδοχής ασθενών κ.α.

- V. **Ανθρώπινο δυναμικό:** Προβλέπεται η αποδέσμευση του πτυχίου ιατρικής από την αγορά εργασίας και η καθιέρωση εξετάσεων για έναρξη ειδικότητας, η παροχή κινήτρων σε ελλειμματικές ειδικότητες, η κάλυψη μέχρι το 2003 όλων των κενών οργανικών θέσεων σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας, η καθιέρωση δια βίου εκπαίδευσης όλων των γιατρών, η κατ' αποκλειστικότητα και εξ' ολοκλήρου απασχόληση των γιατρών του ΕΣΥ, η απαγόρευση ιδιώτευσης των πανεπιστημιακών γιατρών, η παροχή δικαιώματος άσκησης ιδιωτικού έργου υπό προϋποθέσεις εντός των νοσοκομείων κ.λπ.
- VI. **Εθνική πολιτική:** Δίνεται μεγάλη έμφαση στην προαγωγή του ρόλου του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), ως οργάνου αρμόδιου για εκπόνηση εθνικών στόχων υγείας και γνωμοδότησης για κομβικά ζητήματα πολιτικής υγείας, όπως επίσης και στη θέσπιση χάρτας των δικαιωμάτων του ασθενούς και στην ενθάρρυνση του εθελοντισμού και των μη κυβερνητικών οργανώσεων. Επιπλέον, μεγάλο βάρος δίνεται στην αποασυλοποίηση των ψυχιατρικών ιδρυμάτων, στην ίδρυση εθνικού κέντρου ογκολογίας και εθνικού ινστιτούτου υγείας, στη διαμόρφωση νέου θεσμικού πλαισίου για τη λειτουργία των ιδιωτικών μονάδων υγείας κ.α.

Όμως, όπως έχει συμβεί πολλάκις κατά τη διάρκεια της εξέλιξης του εθνικού συστήματος υγείας και όπως θα εξετάσουμε παρακάτω, διατυπώθηκαν έντονες και πολύπλευρες κριτικές, με αποτέλεσμα το χρονικό περιθώριο(τέλος 2001) που είχε θέσει το υπουργείο προς έγκριση του νομοσχεδίου να εκπνεύσει, οδηγώντας το ουσιαστικά προς απόρριψη, με εξαίρεση τους ακόλουθους υλοποιηθέντες νόμους:<sup>127</sup>

- ✓ **N.2889/2001**, προς «Βελτίωση και εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ και άλλων διατάξεων», βάσει του οποίου συστήνονται 17 Πε.Σ.Υ., προσδιορίζεται το

---

<sup>127</sup> Οικονόμου Χ. (2004), «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.212-213

νέο πλαίσιο ίδρυσης, διοίκησης και οργάνωσης των δημόσιων νοσοκομείων και ρυθμίζονται οι νέες εργασιακές σχέσεις των γιατρών του ΕΣΥ.

- ✓ **N.2920/2001**, περί «Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας», σύμφωνα με τον οποίο συστήνεται το εν λόγω σώμα, υπαγόμενο απευθείας στον υπουργό, με αρμοδιότητες τη διενέργεια επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς του υπουργείου Υγείας, αποσκοπώντας στην αύξηση της αποδοτικότητας, της παραγωγικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- ✓ **N.2955/2001**, περί «Προμήθειας νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠεΣΥ», όπου ρυθμίζονται οι διαδικασίες προμηθειών των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας των Πε.Σ.Υ.
- ✓ **N.3172/2003**, προς «Οργάνωση και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών δημοσίας υγείας και άλλες διατάξεις», κατά τον οποίο προβλέπεται η σύσταση Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας με γνωμοδοτικές και συμβουλευτικές αρμοδιότητες, οργάνων συντονισμού της δημόσιας υγείας και Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, η αναβάθμιση των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας των Περιφερειών, της νομαρχιακής αυτοδιοίκησης και των ΟΤΑ, ενώ ρυθμίζονται θέματα προσωπικού και εκπαίδευσης στη δημόσια υγεία και προωθείται η σύνταξη χάρτη υγείας.

#### **4.6.1 Οι αντιδράσεις του σχεδίου Παπαδόπουλου**

Όπως ειπώθηκε και πιο πάνω οι αντιδράσεις στο μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα του Αλέκου Παπαδόπουλου υπήρξαν έντονες, τόσο από την πλευρά της αξιωματικής αντιπολίτευσης όσο και από τις ομάδες συμφερόντων, ενώ παρατηρήθηκαν και εσωκομματικές αντιδράσεις από πολιτικούς που ασκούσαν επιρροή και είχαν την υποστήριξη των εν λόγω ομάδων. Έτσι, η κυβέρνηση Σημίτη, θέλοντας να κατευνάσει τα πνεύματα ώστε να μη χάσει την πολιτική εύνοια τους, προχώρησε στην αντικατάστασή του (Παπαδόπουλου) με τον Κωνσταντίνο Στεφανή. Η αξιωματική αντιπολίτευση στην έκθεση της καταγράφει δώδεκα μελανά σημεία του προτεινόμενου σχεδίου, τα

σημαντικότερα εκ των οποίων εντοπίζονται στη γενικότητα του προγράμματος, στην απουσία τεχνικών λεπτομερειών εφαρμογής των νέων θεσμών, στην υπουργοποίηση της διοίκησης των Πε.Σ.Υ., στην έλλειψη ικανών στελεχών να εφαρμόσουν τη μεταρρύθμιση, στον κίνδυνο αύξησης των ανισοτήτων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας με την λειτουργία των ιδιωτικών απογευματινών ιατρείων, ενώ ως προς τον ΟΔΙΠΥ, παρατηρεί την απουσία προσδιοριστικών κριτηρίων ποιότητας και κόστους με βάση τα οποία θα αγοράζει υπηρεσίες από το ΕΣΥ και τον ιδιωτικό τομέα.<sup>128</sup> Σε σχέση τώρα με τις ομάδες συμφερόντων, οι κυριότερες ενστάσεις έχουν ως εξής:<sup>129</sup>

- ◆ **Δημόσιοι Υπάλληλοι:** Οι δημόσιοι υπάλληλοι του Υπουργείου Υγείας και των νοσοκομείων αντιτάχθηκαν στην περιφερειακή αποκέντρωση της εξουσίας των Πε.Σ.Υ., η οποία σήμαινε την απομάκρυνση της εξουσίας από τα νοσοκομειακά συμβούλια στον περιφερειακό διευθυντή. Η γενική δυσαρέσκεια των εκφράστηκε από το συνδικαλιστικό τους όργανο (ΠΟΕΔΗΝ), το οποίο διατεινόταν ότι οι μεταρρυθμίσεις δεν είναι προς το συμφέρον των νοσοκομειακών υπαλλήλων και των ασθενών του ΕΣΥ.
- ◆ **Ασφαλιστικά Ταμεία:** Ο ΟΔΙΠΥ αποτέλεσε το μήλον της έριδος για τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς πίστευαν πως ο συντονισμός των κονδυλίων θα επέφερε μείωση των προνομίων ορισμένων ταμείων, ειδικά των πιο ισχυρών και προνομιούχων.<sup>0</sup>
- ◆ **Γιατροί ΙΚΑ:** Οι γιατροί του ΙΚΑ ήταν οι πρώτοι που εξέφρασαν τη διαφωνία τους στο υπό επικύρωση μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα, αντιτιθέμενοι στην μετακίνηση πέντε χιλιάδων γιατρών με καθεστώς κυλιόμενων συμβάσεων στο νέο σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας. Οι κινητοποιήσεις τους, που κράτησαν για μήνες, είχαν ως στόχο την αύξηση της πίεσης προς τη κυβέρνηση για υλοποίηση των αιτημάτων τους σχετικά την αύξηση των μισθών τους και την παροχή σταθερότητας σε όσους διέπονται από κυλιόμενα συμβόλαια.

---

<sup>128</sup> Οικονόμου Χ. (2004), «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.211

<sup>129</sup> Mossialos E. & Allin S. (2005:28), "Interest Groups and Hospital System Reform in Greece", pp.430-438 <https://pdfs.semanticscholar.org/e63a/29a5db2fd556d34062dbc906b5e1013178cf.pdf>

- ◆ **Πανεπιστημιακοί Γιατροί:** Οι πιο έντονες αντιδράσεις πάντως καταγράφηκαν από τους πανεπιστημιακούς γιατρούς, οι οποίοι ήταν αρνητικοί στο να επιλέξουν μεταξύ ιδιωτικής ή δημόσιας άσκησης επαγγέλματος, φτάνοντας ακόμα και στο Συνταγματικό Δικαστήριο. Εκεί υποστήριξαν πως καταπατούνται τα ανθρώπινα δικαιώματά τους, θέση που απορρίφθηκε, οδηγώντας τους έτσι σε απεργίες και άρνηση διδασκαλίας.
- ◆ **Νοσοκομειακοί Γιατροί:** Η αντίσταση των νοσοκομειακών γιατρών στο σχέδιο Παπαδόπουλου οφείλεται αρχικά στην διαφωνία ως προς τις διαδικασίες επιτήρησης των νοσοκομειακών δραστηριοτήτων, κάνοντας λόγο για διάσταση συμφερόντων από τη μία των νοσοκομειακών διευθυντών και των Πε.Σ.Υ. και από την άλλη των πολιτικά διορισμένων νοσοκομειακών συμβουλίων, ως υπεύθυνων ελέγχου. Επίσης, αντιτίθενται στη λειτουργία ενιαίου ταμείου και στον επακόλουθο εξορθολογισμό του συστήματος, υποστηρίζοντας ότι θα έχει αρνητικό αντίκτυπο στην κλινική αυτονομία των ιατρών, ενώ οι προτεινόμενες διαδικασίες αξιολόγησης και ελέγχου ποιότητας θα επιβάρυναν τον όγκο εργασίας τους. Τέλος, αντιτάχθηκαν στη προοπτική λειτουργίας απογευματινών ιδιωτικών ιατρείων εντός των εγκαταστάσεων του ΕΣΥ, φοβούμενοι τη δημιουργία ενός διπλού συστήματος.
- ◆ **Ιδιώτες Γιατροί:** Οι ιδιώτες γιατροί αντέδρασαν κατά του συντονισμού των πόρων και των απογευματινών κλινικών, οργανώνοντας μάλιστα απεργίες που συνέπιπταν με εκείνες των νοσοκομειακών γιατρών και των δημόσιων υπαλλήλων, παρά την διαφορά των συμφερόντων τους.
- ◆ **Ιδιωτικός Τομέας:** Στον ιδιωτικό τομέα οι ιδιοκτήτες των νοσοκομείων και των διαγνωστικών κέντρων δεν τοποθετήθηκαν ανοιχτά κατά τη διάρκεια της μεταρρυθμιστικής διαδικασίας, αλλά δεν επιθυμούσαν την επιτυχή έκβαση της. Αυτό οφειλόταν κυρίως στον συντονισμό των κονδυλίων όπου θα επέφερε αυξημένους ελέγχους και ανταγωνιστικές τιμές και στο φόβο απώλειας του μεριδίου τους στην αγορά από τη βελτίωση του δημόσιου συστήματος υγείας και από τη λειτουργία των απογευματινών κλινικών.

Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό με τη παράθεση της ως άνω εξελικτικής πορείας του εθνικού συστήματος υγείας, τα εμπόδια και οι προκλήσεις που ορθώθηκαν μπροστά του αποτέλεσαν ανασταλτικό παράγοντα στην οργάνωση ενός συστήματος που θα εκπληρώνει τον σκοπό του. Η συχνότητα των μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων, ειδικά κατά τη περίοδο 1992-2001, υποδηλώνει την έλλειψη ξεκάθαρης άποψης της πολιτείας ως προς τις κατευθύνσεις της υγείας και έχει οδηγήσει σε μεγάλο βαθμό σε παρέκκλιση από τους μεταρρυθμιστικούς στόχους. Η αποτυχία των μεταρρυθμίσεων δεν οφείλεται μόνο σε ένα παράγοντα, αλλά σε συνδυασμό παραμέτρων, συμβαδίζοντας έτσι με την πολυπλοκότητα και τον πολυσύνθετο χαρακτήρα τους.

Σύμφωνα με μια προσέγγιση η αποτυχία των ελληνικών μεταρρυθμίσεων κρύβεται στην κυριαρχία της κομματικοκρατικής δημοκρατίας, όπως παρουσιάζεται η τάση των κομμάτων να διεισδύουν σε όλες τις θεσμικές εκφάνσεις της κοινωνίας, υποσκάπτοντας την αυτονομία της μέσω τριών βασικών μηχανισμών:<sup>130</sup>

**A) Μετάθεση στόχων:** Στη προκειμένη περίπτωση οι μεταρρυθμιστικοί στόχοι αντί να προωθούν συμφέρον μετατρέπονται σε εργαλεία προώθησης των κομματικών συμφερόντων. Ως εκ τούτου ευνοείται η ανάπτυξη των πελατειακών σχέσεων, με επακόλουθο την διαφύλαξη των κυβερνητικών σκήπτρων.

**B) Κομματική εναλλαγή:** Κάθε σοβαρή μεταρρύθμιση χρειάζεται επίπονη έρευνα, σοβαρό σχεδιασμό και μεγάλο χρονικό διάστημα για την υλοποίησή της. Η μεγάλη συχνότητα όμως στη διαδοχή κυβερνήσεων ή ακόμα και οι ανασχηματισμοί, που συνοδεύονται από καθολικές ανατροπές και αλλαγές προσώπων και πολιτικών, οδηγούν με μαθηματική ακρίβεια σε αρνητικά μεταρρυθμιστικά αποτελέσματα.

**Γ) Αντίθεση σε εξωκομματικούς ελέγχους:** Αποτελεί τη πιο βασική αιτία υπονόμησης των μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων. Λόγω του ότι το κομματικό

---

<sup>130</sup> <https://www.tovima.gr/2008/11/24/opinions/giati-apotygxanoyin-oi-metarrythmiseis/> (Ανεγνώσθη στις 10/03/2019)

κατεστημένο δεν επιδέχεται αμφισβήτησης της κυριαρχίας του, εμποδίζει κάθε προσπάθεια ελέγχου των κομματικών αυθαιρεσιών και καταχρήσεων από αυτόνομες, εξωκομματικές και εξωκυβερνητικές αρχές, λειτουργώντας με τη αυθαίρετη θεώρηση της αποκλειστικής αρμοδιότητας, προερχόμενη από τη δύναμη που τους έδωσε ο λαός με τη ψήφο, άρα και τη δεδηλωμένη εμπιστοσύνη του.

Όπως επισημαίνεται σε μια δεύτερη προσέγγιση, τα αίτια της αποτυχίας των αλλαγών θα πρέπει να αναζητηθούν και πέρα από την κομματικοκρατία. Ως «ένοχος» προσδιορίζεται η κοινωνία των πολιτών, λόγω της αδράνειας της και της απουσίας της από κρίσιμα κοινωνικά ζητήματα όπως αυτό των μεταρρυθμίσεων.<sup>131</sup> Οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν δεν ήταν αποτέλεσμα μιας δυναμικής παρέμβασης της κοινωνίας, αλλά επιβλήθηκαν εκ των άνω, κάτι που συνήθως οδηγεί σε αναποτελεσματικότητα και χαμηλή αποδοτικότητα. Ως απόδειξη της πολυπλοκότητας και της πολυμορφικότητας που περιβάλλει την έννοια της μεταρρύθμισης σε σχέση με την έκβαση του αποτελέσματος, αποτελεί η θέση των Παπούλια και Τσούκα, οι οποίοι τοποθετούν ως παράγοντα αποτυχίας τις εγγενείς δυσκολίες των μεταρρυθμιστικών προγραμμάτων σε συγκεκριμένες κοινωνικές συνθήκες και ιστορικές συγκυρίες, ενώ στις αρνητικές παραμέτρους συγκαταλέγουν και την έλλειψη οράματος. Όπως υποστηρίζουν, οι προϋποθέσεις επιτυχίας συνίστανται στη διαμόρφωση ενός αναλυτικού μεταρρυθμιστικού σχεδίου, στην ύπαρξη σταθερής πολιτικής βούλησης και στη δημιουργία κοινωνικών συμμαχιών, που δεν στρέφονται εναντίον της ιδέας και των στόχων μιας μεταρρύθμισης.<sup>132</sup>

Η αναζήτηση τώρα των βαθύτερων αιτιών αποτυχίας του σχεδίου του Αλέκου Παπαδόπουλου, οδήγησε στο συμπέρασμα πως μολονότι αποτέλεσε μια φιλόδοξη προσπάθεια, με πλήθος διατάξεων και αρκετές καινοτομίες, εντούτοις δεν κατάφερε να εδραιωθεί στη συνείδηση της πλειοψηφίας των εμπλεκόμενων δυνάμεων. Οι λόγοι που οδήγησαν σε ακύρωση το εν λόγω προγράμματος

---

<sup>131</sup> <http://www.kathimerini.gr/726895/opinion/epikairothta/arxeio-monimes-sthles/giati-apotyghanoun-oi-ellhnikes-metarrythmises> (Ανεγνώσθη στις 10/03/2019)

<sup>132</sup> Οικονόμου Χ. (2004), «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.217-218

έγκεινται στο εύρος των αλλαγών, στην έλλειψη οράματος, στην ανεπάρκεια του προγραμματισμού και στην απουσία κοινωνικής συναίνεσης κυρίως από τη πλευρά των γιατρών, ενώ επιχειρήθηκε σε ένα πλαίσιο μακροοικονομικής πειθαρχίας που επέβαλλε η συμμετοχή της χώρας στην ευρωζώνη.<sup>133</sup>

#### **4.7 Οι τελευταίες εφαρμοστικές διατάξεις πριν την οικονομική κρίση**

**N.3329/2005-0** νέος αυτός νόμος ο οποίος ψηφίστηκε επί υπουργίας Αβραμόπουλου, έχει ως στόχο να πετύχει οικονομίες κλίμακας και να παράσχει πιο αποδοτικές και με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο. Έτσι προβλέπει την κατάργηση του επαγγελματικού πλαισίου διαχείρισης των νοσοκομείων που δημιουργήθηκε το 2001 και αντικαταστάθηκε με το προηγούμενο πρότυπο πολιτικής διοίκησης, καθιστώντας τα εκ νέου Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου με τη διοικητική αυτοτέλεια που τα συνοδεύει. Επίσης, μετονομάζει τα Πε.Σ.Υ. σε «υγειονομικές περιφέρειες» (Υ.ΠΕ.), με τις αρμοδιότητες τους να είναι κυρίως εποπτικές και συμβουλευτικές, ενώ ο αριθμός των περιφερειών από δεκαεπτά μειώνεται στις επτά. Τέλος, η διοίκηση και η εποπτεία του συστήματος υγείας παρέμεινε στη κυριότητα του Υπουργείου.<sup>134</sup>

**N.3370/2005**-Στόχος του προκειμένου νόμου είναι η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας μέσω της δημιουργίας νέων οργανωτικών δομών, όπως η ίδρυση της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας και της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας, που τίθενται αρμόδιες για την εφαρμογή μέτρων στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Δημόσια Υγεία και για την παρακολούθηση και εποπτεία εφαρμογής των πολιτικών της ΕΕ. Επιπλέον, το Κέντρο Διαχείρισης Συντονισμού Υγείας ανέλαβε το ρόλο του συντονισμού των οργανισμών που είναι υπεύθυνοι για δράσεις και προγράμματα αντιμετώπισης καταστάσεων έκτακτης ανάγκης και φυσικών καταστροφών, ενώ το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας αποκτά ρόλο συμβουλευτικό του Υπουργείου

---

<sup>133</sup> Οικονόμου Χ. (2004), «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.219

<sup>134</sup> Economou C. (2010:12), "Health Systems in Transition: Greece, Health system review", pp.141 [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/130729/e94660.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf)



Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης , καθώς και εποπτικό και συντονιστικό των οργανισμών δημόσιας υγείας.<sup>135</sup>

**N.3457/2006-0** νόμος για τη ρύθμιση της φαρμακευτικής φροντίδας περιλαμβάνει δύο σημαντικές διατάξεις. Αρχικά προβλέπει τη κατάργηση της θετικής λίστας φαρμάκων, με τις νέες ρυθμίσεις να επιτρέπουν την αποζημίωση, είτε από το κράτος είτε από τα ασφαλιστικά ταμεία, όλων των φαρμάκων που κυκλοφορούν νόμιμα στη χώρα και τα οποία έχουν έγκριση να χορηγούνται μόνο με συνταγή. Δευτερευόντως, θεσπίζεται μια «τιμή ανάκτησης», η οποία ορίζεται ως η θετική διαφορά που προκύπτει από την αφαίρεση της λιανικής τιμής του φαρμακευτικού προϊόντος από τη τιμή αναφοράς της θεραπευτικής ομάδας στην οποία ανήκει. Βέβαια, η κατάργηση της θετικής λίστας και η αντικατάστασή της από τη τιμή ανάκτησης, πιθανότατα δεν θα έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα ως προς τη συγκράτηση των φαρμακευτικών δαπανών, αν δεν συνοδεύεται από κίνητρα αλλαγής συμπεριφοράς συνταγογράφησης από τους γιατρούς.

**N.3580/2007-Θέτοντας** ως στόχο τον εξορθολογισμό του συστήματος εφοδιασμού των δημόσιων νοσοκομείων, με τον εν λόγω νόμο δίνεται έμφαση στη συγκέντρωση των διαδικασιών σύναψης συμβάσεων, μέσω της ίδρυσης της Κεντρικής Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (Ε.Π.Υ), η οποία ενοποιεί τις προσφορές που πραγματοποιούνται ετησίως από τα δημόσια νοσοκομεία, ενώ το έργο της επικουρείται από άλλους υπάρχοντες οργανισμούς.<sup>136</sup>

#### **4.8 Η Μεταρρυθμιστική δραστηριότητα στην Ελλάδα των μνημονίων**

Η Ελλάδα παρότι είχε προωθήσει διοικητικούς μετασχηματισμούς από την ένταξη της στην ΕΕ και μετά, οι προδιαγραφές συγκρότησης μια Δημόσιας Διοίκησης, άκρως επαγγελματικής με αξιοκρατικές διαδικασίες πρόσληψης και ανέλιξης του προσωπικού, με μηχανισμούς εστιαζόμενους στο αποτέλεσμα που θα ελαχιστοποιούν τον απαιτούμενο χρόνο απασχόλησης των πολιτών και του

<sup>135</sup> Economou C. (2010:12), "Health Systems in Transition: Greece, Health system review", pp.142 [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/130729/e94660.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf)

<sup>136</sup> Economou C. (2010:12), "Health Systems in Transition: Greece, Health system review", pp.142-143 [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/130729/e94660.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf)

διοικητικού προσωπικού και με δομές που ανταποκρίνονται στις κοινωνικές ανάγκες, δεν είχαν ικανοποιηθεί. Η εμφάνιση της ισχυρότερης μεταπολεμικά οικονομική κρίσης, έπιασε απροετοίμαστο το οικονομικό, πολιτικό και κοινωνικό οικοδόμημα της χώρας, αναδεικνύοντας τις χρόνιες παθογένειες της, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο φάσμα της οργανωσιακής της κουλτούρας, όπως οι διοικητικές αδυναμίες, ο υψηλός συγκεντρωτισμός, ο νομικισμός, η τυπολατρία, η γραφειοκρατία, οι άτυπες παρεμβάσεις κ.α.<sup>137</sup>

Η συσσώρευση χρέους και η αδυναμία κάλυψης των εσωτερικών και εξωτερικών υποχρεώσεων της χώρας, θα την οδηγήσει στην πόρτα του ΔΝΤ το 2010 επιζητώντας την οικονομική στήριξη του. Οι διαπραγματεύσεις που θα ακολουθήσουν με την τριμελή επιτροπή (τρόικα), είχαν ως αποτέλεσμα την υπογραφή μιας σειράς Μνημονίων τα οποία συνοδεύονταν από την εφαρμογή σκληρών, ακραία φιλελεύθερων πολιτικών λιτότητας και περιορισμού των κοινωνικών παροχών. Η «οικονομική ευπάθεια» της Ελλάδας, θα την καταστήσει δεκτική σε αλλαγές πολιτικής,<sup>138</sup> υιοθετώντας μεταρρυθμίσεις οι οποίες αγγίζουν όλο το φάσμα της Δημόσιας Διοίκησης, ως αποτέλεσμα των δεσμεύσεων προς τους ξένους δανειστές. Μεγάλο μερίδιο των προωθούμενων μεταρρυθμίσεων αντιστοιχεί στον τομέα της υγείας, ένας πάσχων τομέας από χρόνιες οικονομικές, πολιτικές, συντεχνιακές και ηθικές δυσλειτουργίες.

Η επιταγές των θεσμών για αναδιάρθρωση του υγειονομικού τομέα προβλέπουν παρεμβάσεις κυρίως σε οικονομικό και οργανωτικό επίπεδο, αποτέλεσμα των οποίων ήταν η υλοποίηση και θεσμοθέτηση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) που θεωρείται έως σήμερα ένα από τα σημαντικότερα νομοθετήματα, όχι μόνο στα μνημονιακά μεταρρυθμιστικά πλαίσια, αλλά από καταβολής του ΕΣΥ, του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) και πλήθος άλλων μεταρρυθμίσεων που θα

---

<sup>137</sup> Μαραβεγιάς Ν. & Σακελλαρόπουλος Θ. (2018), «Ελλάδα και Ευρωπαϊκή Ενοποίηση: Η Ιστορία μιας Πολυκύμαντης Σχέσης 1962-2018, Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.119

<sup>138</sup> Μαραβεγιάς Ν. & Σακελλαρόπουλος Θ. (2018), «Ελλάδα και Ευρωπαϊκή Ενοποίηση: Η Ιστορία μιας Πολυκύμαντης Σχέσης 1962-2018, Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.120

παρατεθούν παρακάτω. Τα μέτρα που ελήφθησαν με σκοπό την αντιμετώπιση των δυστοκιών του ΕΣΥ μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες:<sup>139</sup>

- I. **Μέτρα για τον έλεγχο των δαπανών και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας**, όπου σύμφωνα με τις προσταγές των δανειστών οι δαπάνες για την υγεία θα πρέπει να περιοριστούν στο 6% του ΑΕΠ, ενώ οι φαρμακευτικές δαπάνες στο 1% του ΑΕΠ. Έτσι, προς συμμόρφωση των ξένων επιταγών προβλέπεται η αύξηση των έμμεσων και των άμεσων φόρων, η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών με τη θεσμοθέτηση καταβολής 5€ ανά επίσκεψη σε Κέντρα Υγείας και εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων, επέκταση του θεσμού των απογευματινών ιατρείων με χρέωση ανά ασθενή 45€-90€, συμμετοχή 25€ για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία και 1€ για κάθε ιατρική συνταγή, αυξήσεις στη συμμετοχή των ασφαλισμένων στα φάρμακα, τις διαγνωστικές εξετάσεις, το αναλώσιμο υγειονομικό υλικό και τα βοηθητικά θεραπευτικά μέσα, καθώς και επιβάρυνση των ασφαλισμένων για τη χρήση της υπηρεσίας των τηλεφωνικών ραντεβού.
- II. **Μέτρα που σχετίζονται με την ένταση και την ποιότητα των δημοσίων υπηρεσιών υγείας**, όπως τροποποιήσεις του κανονισμού παροχών του ΕΟΠΥΥ στα πλαίσια των οποίων προβλέπεται η αφαίρεση επιλεγμένων υπηρεσιών, η καθιέρωση ανώτατων όρων χρήσης και η μείωση των ποσοστών κάλυψης, ο περιορισμός του αριθμού των θεραπειών που δικαιολογούνται από τον οργανισμό και η μη κάλυψη συγκεκριμένων δαπανηρών εξετάσεων. Επιπλέον, αναμένεται μείωση του προσωπικού του ΕΟΠΥΥ κατά 50% και κατά 25% των συμβεβλημένων γιατρών, ενώ επιβάλλεται και η επιβολή πλαφόν στις επισκέψεις των συμβεβλημένων γιατρών, ορίζοντας 10 ανά εργάσιμη μέρα και 200 ανά μήνα.
- III. **Μέτρα για τον έλεγχο του κόστους**, όπως η θεσμοθέτηση των Περιφερειακών Προγραμμάτων Προμηθειών και Υπηρεσιών (ΠΠΠΥ), της Συντονιστικής Επιτροπής Προμηθειών (ΣΕΠ), της Επιτροπής Προδιαγραφών και το Πρατήριο Τιμών, ενώ επιχειρείται ο

---

<sup>139</sup> Φέρωνας Α. (2013), «Ο Εξευρωπαϊσμός της Κοινωνικής Πολιτικής: Θεωρητικό πλαίσιο, μεθοδολογικά προβλήματα και ελληνική εμπειρία», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.141-143

εξορθολογισμός των συστημάτων αδειοδότησης, κυκλοφορίας, τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων, εισάγεται η θετική και αρνητική λίστα φαρμάκων και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, μειώνεται το περιθώριο κέρδους των φαρμακοποιών, μειώνονται οι αποζημιώσεις των προμηθευτών (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλεια-KEN) και επιβάλλονται οριζόντιες περικοπές στις αμοιβές των εργαζομένων στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Έτσι σύμφωνα με το ΙΟΒΕ, το 51% των περικοπών που έγιναν στη νοσοκομειακή δαπάνη προήλθε από τις μειώσεις των μισθών στο ΕΣΥ.

#### 4.8.1 Η Θεσμοθέτηση του ΕΟΠΥΥ

Με το νόμο 3918/2011 θεσμοθετείται ο Ενιαίος Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Π.Δ), με σκοπό (άρθρο 18):<sup>140</sup> **α)** τη παροχή υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, **β)** τον λειτουργικό συντονισμό και την επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ), **γ)** την οργάνωση της λειτουργίας των φορέων ΠΦΥ και **δ)** ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Με το πέρασμα τριών χρόνων θα ψηφιστεί νέος νόμος (άρθρο 8 Ν.4238), αναθεωρώντας τους σκοπούς του Οργανισμού, που πλέον επικεντρώνεται στο να ενδυναμωθεί ο ρόλος του ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας, ενώ καταργείται ο διττός ρόλος τους ως αγοραστή και ως παρόχου υπηρεσιών υγείας.<sup>141</sup>

Ο ΕΟΠΥΥ, ο οποίος θεωρείται ως μία από τις πιο σημαντικές μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις, ύστερα από αυτή της ίδρυσης του ΕΣΥ, η λειτουργία του οποίου ξεκίνησε τον Ιούνιο του 2011, υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, προήλθε από τη συνένωση των κλάδων υγείας των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων της χώρας, δηλαδή το **Ίδρυμα**

<sup>140</sup> Νόμος 3918/2011, «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», Άρθρο 18

<sup>141</sup> Νόμος 4238/2014, «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Π.Υ. και λοιπές διατάξεις», Άρθρο 8

Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ) και ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ).<sup>142</sup> Στα πλαίσια της ενοποιητικής διαδικασίας και ύστερα από μεταγενέστερες αναθεωρητικές διατάξεις, στον Οργανισμό ενσωματώθηκαν και τα παρακάτω ταμεία:<sup>143</sup>

- **Οίκος Ναύτου**, Ν.4052/2012
- **Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφελείας** (ΤΑΥΤΕΚΩ), Ν.4052/2012 και Ν.4093/2012
  - Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΔΕΗ (ΚΑΠ-ΔΕΗ)
  - Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού «Εθνική Ασφαλιστική» (ΤΑΠΑΕ-ΕΘΝΙΚΗ)
  - Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΗΣΑΠ (ΤΑΠ-ΗΣΑΠ)
  - Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΗΛΠΑΠ (ΤΑΠ-ΗΛΠΑΠ)
  - Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΕΤΒΑ (ΤΑΠ-ΕΤΒΑ)
  - Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού Εμπορικής Τράπεζας (ΤΑΠ-ΕΤΕ)
  - Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΟΤΕ (ΤΑΠ-ΟΤΕ)
  - Τομέας Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού ΕΛΤΑ (ΤΕΑΠ-ΕΛΤΑ)
  - Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού Πίστewς Γενική & American Express (ΤΑΑΠΤΠΓΑΕ)
- **Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων** (ΕΤΑΑ), Ν.4093/2012
  - Ταμείο Σύνταξης και Αυτασφάλισης Υγειονομικών (ΤΣΑΥ)
  - Ταμείο Συντάξεων Μηχανικών και Εργοληπτών Δημοσίων Έργων (ΤΣΜΕΔΕ)
  - Ταμείο Ασφάλισης Συμβολαιογράφων (ΤΑΣ)
  - Τομέας Πρόνοιας Δικηγόρων Αθηνών (ΤΠΔΑ)
  - Τομέας Πρόνοιας Δικηγόρων Θεσσαλονίκης (ΤΠΔΘ)
  - Τομέας Υγείας Δικηγόρων Πειραιά (ΤΥΔΠ)
  - Τομέας Υγείας Δικηγόρων Επαρχιών και Δικαστικών Επιμελητών (ΤΥΔΕ-ΤΠΔΕ)

<sup>142</sup> Νόμος 3918/2011, «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», Άρθρο 17

<sup>143</sup> <http://www.odigostoupoliti.eu/foris-pou-echoun-entachthi-ston-eopii/> (Ανεγνώσθη στις 15/03/2018)

- **Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΕΤΑΠ-ΜΜΕ)**

Η ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ως ενιαίου ταμείου υγείας, στοχεύει στην απλούστευση του υπερβολικά κατακερματισμένου συστήματος υγείας, με τη θέσπιση κριτηρίων και όρων βάσει των οποίων τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης θα μπορούν να συνάπτουν συμβάσεις με τους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η συγκέντρωση όλων των πόρων υγείας, δίνει τον χαρακτήρα μονοψωνίου στη σχέση αγοράς μεταξύ Οργανισμού και προμηθευτών υγείας, παρέχοντας του έτσι αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη. Επίσης, με αυτό το τύπο οργάνωσης, επιτυγχάνεται η ομογενοποίηση των παροχών υγείας προς όλους τους ασφαλισμένους και η πρόσβαση σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, ως προς το είδος, την έκταση, το ύψος, τον τρόπο και τη διαδικασία χορήγησης.<sup>144</sup> Σύμφωνα τώρα με το άρθρο 19 του ιδρυτικού νόμου, οι πηγές άντλησης πόρων του Οργανισμού είναι οι εξής:<sup>145</sup>

- Κρατικός προϋπολογισμός σε ποσοστό 0,6% του ΑΕΠ.
- Ασφαλιστικές εισφορές παροχών ασθενείας.
- Εισφορές συνταξιούχων σε ποσοστό 4%.
- Κοινωνικοί πόροι.
- Χρηματοοικονομική διαχείριση των διαθέσιμων κεφαλαίων και αξιών.
- Επιβολή προστίμων και άλλων χρηματικών ποινών.
- Δωρεές, κληρονομίες, κληροδοτήματα και κτήσεις από άλλη χαριστική αιτία.
- Έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους ασφαλιστικών εταιρειών οι οποίες συνάπτουν συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ
- Είσπραξη των ποσών επιστροφής (rebate) από φαρμακευτικές εταιρείες και φαρμακεία.

Η οικονομική ύφεση και η αδυναμία χρηματοδοτικής κάλυψης σε μεγάλο βαθμό του συστήματος υγείας, κατέστησε τη συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ αναγκαία για τη συγκράτηση του κόστους και την ελάττωση των δημοσίων δαπανών,

---

<sup>144</sup> Οικονόμου Χ. (2012), «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας» (ΙΝΕ ΓΣΕΕ), σελ.99

<sup>145</sup> Νόμος 3918/2011, «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», Άρθρο 19

προσδοκώντας παράλληλα βελτίωση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και του ποσοστού παρεχόμενων υπηρεσιών. Προς διάψευση όμως του προγραμματισμού, σε πολλές περιπτώσεις παρατηρήθηκε μείωση των παροχών και αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος. Για παράδειγμα υπάρχει μείωση στις παροχές που σχετίζονται με τοκετό, μεσογειακή αναιμία, νεφροπάθεια κ.α., ενώ η αύξηση της συμμετοχής έγκειται στο αναλώσιμο υγειονομικό υλικό, στα βοηθητικά θεραπευτικά μέσα, στα ορθοπεδικά είδη κ.α.<sup>146</sup> Επίσης, έντονο είναι το χρηματοοικονομικό πρόβλημα του Οργανισμού, όπως διαπιστώνεται από τις περικοπές των δαπανών υγείας στους προϋπολογισμούς του, από τη μείωση των εσόδων από ασφαλιστικές εισφορές, από τα ελλείμματα και το χρέος του. Χαρακτηριστικό της προαναφερθείσας κατάστασης αποτελεί η μείωση του προϋπολογισμού του 2015 σε σύγκριση με του 2014 κατά 11,5% και κατά 19,2% με αυτόν του 2013, ενώ οι επιχορηγήσεις από τον τακτικό προϋπολογισμό το 2015 μειώθηκαν κατά 32% σε σχέση με το 2014 και τα έσοδα από ασφαλιστικές εισφορές κατά 0,5%.<sup>147</sup>

#### 4.8.2 Φαρμακευτικές μεταρρυθμίσεις

Η προσέγγιση της πολιτικής στο φαρμακευτικό σύστημα έγκειται στη συγκράτηση του κόστους και στην αύξηση της αποτελεσματικότητας, λαμβάνοντας μέτρα για τη μείωση των τιμών, με την αύξηση των ποσών επιστροφής από τα φαρμακεία και τις φαρμακευτικές εταιρείες, ενώ δόθηκε μεγάλη προσοχή στον έλεγχο του όγκου κατανάλωσης μέσω μεθόδων, όπως οι μηχανισμοί ελέγχου συνταγογράφησης και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Επιδίωξη της κυβέρνησης αποτελεί η επίτευξη του 1,3% του ΑΕΠ, ως ποσοστού των συνολικών φαρμακευτικών δαπανών (δημοσίων και νοσοκομειακών).

Υπ' αυτό το πρίσμα, με το νόμο 3816/2010 υλοποιείται η απορριπτέα πρόταση του 2006, για εισαγωγή **θετικής λίστας** φαρμάκων, η οποία προβλέπει τη καταβολή ειδικού τέλους για την εισαγωγή σε αυτή νέων φαρμάκων, προσδοκώντας πρόσθετα έσοδα, ενώ περιλαμβάνει και τα

---

<sup>146</sup> Οικονόμου Χ. (2012:7), «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας» (ΙΝΕ ΓΣΕΕ), σελ.99-100

<sup>147</sup> Πετμεζίδου Μ. & Παπαναστασίου Σ. & Πεμπετζόγλου Μ. & Παπαθεοδώρου Χ. & Πολυζωίδης Π. (2015:35), «Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα» (ΙΝΕ ΓΣΣΕ), σελ.149

εγκεκριμένα προς αποζημίωση φάρμακα. Στο πλαίσιο αυτό διαμορφώνονται τιμές αναφοράς για κάθε θεραπευτική κατηγορία, η οποία αποτελεί την ανώτατη τιμή αποζημίωσης, συμβάλλοντας έτσι στη μείωση των τιμών των φαρμάκων. Εκτός όμως της θετικής λίστας, από τον Απρίλιο του 2011 καταρτίζεται και η **αρνητική λίστα** φαρμάκων με συνταγογραφούμενα αλλά μη αποζημιωτέα φάρμακα, με τη προοπτική της μείωσης των φαρμακευτικών δαπανών.<sup>148</sup> Κατά το ίδιο έτος, βάσει του Ν.3892/2010, αρχίζει να εφαρμόζεται σταδιακά το σύστημα **ηλεκτρονικής συνταγογράφησης**, το οποίο αντικατέστησε τη παραδοσιακή χειρόγραφη μέθοδο, με στόχο να καλύψει τις αδυναμίες της ως προς την έλλειψη διαφάνειας στη παραγωγή και διακίνηση συνταγών, την αδυναμία συλλογής δεδομένων για την υγεία και, ως εκ τούτου την έλλειψη αξιόπιστων στοιχείων κατανάλωσης για τη ρύθμιση των επιστροφών από τις φαρμακευτικές εταιρείες.<sup>149</sup> Επίσης, προωθείται η χρήση των **γενόσημων** φαρμάκων μέσω της συνταγογράφησης με βάση τη **κοινή δραστική ουσία** (International Nonproprietary Name-INN) , ενώ οι μνημονιακοί στόχοι που έχουν τεθεί για τα φαρμακεία, ορίζουν τη σταδιακή επίτευξη της πώλησης γενόσημων φαρμάκων σε ποσοστό 60% επί του συνόλου των πωληθέντων φαρμάκων. Αντίστοιχο είναι και το ποσοστό (60%) που θα πρέπει να καλύπτεται στις περιπτώσεις τόσο των εξωτερικών όσο και των ενδονοσοκομειακών ασθενών, ενώ το μερίδιο των προμηθειών φαρμακευτικών προϊόντων ανά δραστική ουσία από τα νοσοκομεία θα πρέπει να φτάσει το 75% του συνόλου.<sup>150</sup>

Ως προς τη **τιμολόγηση** των φαρμάκων, υπάρχει τροποποίηση της μεθόδου προσδιορισμού της τιμής των πρωτότυπων, η οποία πλέον διαμορφώνεται με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών των μελών κρατών της ΕΕ, εξαιρουμένων της Μάλτας, της Εσθονίας, της Σουηδίας και της Δανίας, οι οποίες δεν δημοσιεύουν αξιόπιστα στοιχεία για τις τιμές των φαρμάκων τους, ενώ η τιμή των γενόσημων δεν θα πρέπει να ξεπερνάει το 80%

---

<sup>148</sup> Οικονόμου Χ. (2012:7), «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας» (ΙΝΕ ΓΣΣΕ), σελ.101

<sup>149</sup> Πετμεζίδου Μ. & Παπαναστασίου Σ. & Πεμπτετζόγλου Μ. & Παπαθεοδώρου Χ. & Πολυζωίδης Π. (2015:35), «Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα» (ΙΝΕ ΓΣΣΕ), σελ.160-161

<sup>150</sup> Πετμεζίδου Μ. & Παπαναστασίου Σ. & Πεμπτετζόγλου Μ. & Παπαθεοδώρου Χ. & Πολυζωίδης Π. (2015:35), «Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα» (ΙΝΕ ΓΣΣΕ), σελ.163



της τιμής των πρωτότυπων.<sup>151</sup> Εξίσου σημαντική είναι και η εισαγωγή της έννοιας της **επιστροφής** (rebate), η οποία ορίζεται ως το ποσό που επιστρέφεται από το φαρμακείο σε κάθε κλάδο υγείας ΤΚΑ (Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων)<sup>152</sup> και του **μηχανισμού αυτόματης ανάκλασης** (clawback), που αποτελεί μια ειδική συμβατική ρήτρα που εξασφαλίζει τη συγκράτηση των δημόσιων δαπανών στα στοχοθετημένα επίπεδα.<sup>153</sup>

#### 4.8.3 Οι μεταρρυθμίσεις στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Στα επίμονα ζητήματα στη πρωτοβάθμια περίθαλψη που συνίστανται στο κατακερματισμό των υπηρεσιών, στην έλλειψη μηχανισμών προστασίας, στην ανισότητα της χρηματοδοτικής κατανομής, σε ζητήματα σχετικά με τη γεωγραφική διαθεσιμότητα των πόρων και τον κατακερματισμό των μηχανισμών χρηματοδότησης καλείται να βρει αντίδοτο το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ). Με τη ψήφιση του νόμου 4238/2014 το νεοσυσταθέν όργανο θα επιδιώξει τη βελτίωση της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης, συστήνοντας έτσι ένα ολοκληρωμένο σύστημα ΠΦΥ.

Στην αρμοδιότητα του ΠΕΔΥ, το οποίο συνίσταται σε ένα μεικτό σύστημα παροχών, ενσωματώνονται: **α)** τα περίπου 200 αγροτικά Κέντρα Υγείας και ένας μικρός αριθμός αστικών Κέντρων υγείας, **β)** τα πρώην πολύ-ιατρεία του ΙΚΑ, τα οποία είχε υπό κυριότητά του ο ΕΟΠΥΥ, **γ)** οι συμβεβλημένοι ιδιώτες γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων που ασκούν τα καθήκοντά τους με ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ και **δ)** τα συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτικά εργαστήρια.<sup>154</sup> Στα καθήκοντα του εν λόγω οργανισμού περιλαμβάνεται, η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας, η παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα, η μετανοδοκμιακή και κατ' οίκον φροντίδα, ο οικογενειακός προγραμματισμός και οι υπηρεσίες μητέρας-παιδιού, η

<sup>151</sup> IOBE (2012), «Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα: Παρατηρητήριο οικονομικών της υγείας» σελ.91

<sup>152</sup> Πετμεζίδου Μ. & Παπαναστασίου Σ. & Πεμπτεζόγλου Μ. & Παπαθεοδώρου Χ. & Πολυζωίδης Π. (2015:35), «Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα» (ΙΝΕ ΓΣΣΕ), σελ.173

<sup>153</sup> Πετμεζίδου Μ. & Παπαναστασίου Σ. & Πεμπτεζόγλου Μ. & Παπαθεοδώρου Χ. & Πολυζωίδης Π. (2015:35), «Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα» (ΙΝΕ ΓΣΣΕ), σελ.175

<sup>154</sup> Πετμεζίδου Μ. & Παπαναστασίου Σ. & Πεμπτεζόγλου Μ. & Παπαθεοδώρου Χ. & Πολυζωίδης Π. (2015:35), «Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα» (ΙΝΕ ΓΣΣΕ), σελ.96

πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα και η υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού, με ισότιμους όρους για όλους τους πολίτες.

Επιπροσθέτως, με το άρθρο 5 του νέου αυτού νόμου, καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, οι υπηρεσίες του οποίου ασκούνται στις δομές ΠΦΥ, στα ιδιωτικά ιατρεία και κατ' οίκον. Στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων των οικογενειακών γιατρών προβλέπονται:<sup>155</sup>

- Η διαχείριση των πλέον συχνών χρόνιων νοσημάτων.
- Η υποστήριξη, ο προσανατολισμός και η υπεύθυνη καθοδήγηση των ασθενών μέσα στο σύστημα υγείας.
- Η εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού και προσυμπτωματικού ελέγχου.
- Η παραπομπή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας σε άλλους ειδικούς γιατρούς και σε άλλα επίπεδα περίθαλψης.
- Η επιμέλεια της δημιουργίας και τήρησης του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι κατά τη μετάβαση από τον ΕΟΠΥΥ στο ΠΕΔΥ, περισσότεροι από το 50% του ιατρικού προσωπικού δεν αποδέχτηκαν την ένταξη τους στο νέο φορέα, με αποτέλεσμα να παρουσιαστούν φαινόμενα υποστελέχωσης,<sup>156</sup> θέτοντας έτσι σοβαρά ζητήματα λειτουργικότητας. Τον προβληματικό του χαρακτήρα άλλωστε μαρτυρά και η έρευνα που διεξήχθη τον Σεπτέμβριο του 2014, σύμφωνα με την οποία οι αρνητικές εντυπώσεις των ασθενών από τη λειτουργία του ΠΕΔΥ ανέρχονται σε ποσοστό 41,4%, ενώ το 40% των ασθενών έχουν μειώσει την χρήση των υπηρεσιών του λόγω μεγάλης αναμονής για εύρεση γιατρού.<sup>157</sup>

---

<sup>155</sup> Νόμος 4238/2014, «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ και λοιπές διατάξεις», Άρθρο 5

<sup>156</sup> Πετμεζίδου Μ. & Παπαναστασίου Σ. & Πεμπτεζόγλου Μ. & Παπαθεοδώρου Χ. & Πολυζωίδης Π. (2015:35), «Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα» (ΙΝΕ ΓΣΣΕ), σελ.96

<sup>157</sup> Πετμεζίδου Μ. & Παπαναστασίου Σ. & Πεμπτεζόγλου Μ. & Παπαθεοδώρου Χ. & Πολυζωίδης Π. (2015:35), «Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα» (ΙΝΕ ΓΣΣΕ), σελ.148

#### 4.8.4 Άλλες μεταρρυθμίσεις

- **Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN):** Τα KEN, τα οποία βασίζονται στο διεθνώς καθιερωμένο πρότυπο των **Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων** (Diagnosis Related Groups-DRGs), αποτελούν μια διαδικασία τιμολόγησης και διαχείρισης νοσοκομειακών νοσηλείων ασθενών, μέσω των οποίων καθορίζεται το κόστος και η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΜΝ) για κάθε κατηγορία νοσηλείας. Στόχος της εφαρμογής του νέου αυτού συστήματος τιμολόγησης είναι η αύξηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας, η εξοικονόμηση πόρων και η βελτίωση της οργάνωσης, της λειτουργίας και του προγραμματισμού των νοσοκομείων, ενώ προβλέπεται ότι θα συμβάλλει στον περιορισμό της γραφειοκρατίας και στη ταχύτερη αποζημίωση των υπηρεσιών και την αποδοτικότερη χρηματοδότηση των νοσοκομείων.<sup>158</sup>
- **Εταιρεία Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων (ΕΣΑΝ):** Με το Ν.4286/2014 εισάγεται στο χώρο της υγείας το Σύστημα Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (ΣυΚΝΥ), ένα καθολικό σύστημα κατανομής αμοιβών και οικονομικών πόρων μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων νοσοκομείων, το οποίο θα λειτουργήσει με τη συμβολή της νεοσυσταθείσας Ανώνυμης «Εταιρείας Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων» (ΕΣΑΝ ΑΕ), αναλαμβάνοντας το έργο της δημιουργίας, διαχείρισης και επικαιροποίησης του Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων. Ο σκοπός της ουσιαστικά έγκειται στη συλλογή στατιστικών στοιχείων από τους φακέλους των ασθενών, οικονομικών στοιχείων των νοσοκομείων και η κοστολόγηση των KEN, ενώ η εποπτεία και ο έλεγχος της ασκούνται από το Υπουργείο Υγείας, καθότι το δημόσιο κατέχει το πλειοψηφικό πακέτο των μετοχών της με 51%, χωρίς δυνατότητα μείωσής του.<sup>159</sup>

---

<sup>158</sup> Πετμεζίδου Μ. & Παπαναστασίου Σ. & Πεμπετζόγλου Μ. & Παπαθεοδώρου Χ. & Πολυζωίδης Π. (2015:35), «Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα» (ΙΝΕ ΓΣΣΕ), σελ.149-150

<sup>159</sup> Νόμος 4286/2014, « Γενικές διατάξεις για τη δημιουργία συστήματος αμοιβών νοσοκομείων - σύσταση και καταστατικό της εταιρείας με την επωνυμία «Εταιρεία συστήματος αμοιβών νοσοκομείων ανώνυμη εταιρεία» - Προσαρμογή στο Εθνικό Δίκαιο της Οδηγίας 2012/39/ΕΕ της επιτροπής της 26ης Νοεμβρίου 2012 για την τροποποίηση της Οδηγίας 2006/17/ΕΚ και λοιπές διατάξεις», ΦΕΚ Α 194

- **Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ):** Με το άρθρο 52 του νόμου 4387/2016 συστήνεται ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ) ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το νέο αυτό σώμα συνίσταται στη συνένωση των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και είναι υπεύθυνο για τη παροχή βασικών κρατικών προνομίων, όπως η χορήγηση μηνιαίας κύριας σύνταξης λόγω γήρατος, αναπηρίας και θανάτου στους ασφαλισμένους και η παροχή επιδομάτων ασθενείας.<sup>160</sup>

#### 4.9 Οιονεί αγορές

Το συνεχώς μεταβαλλόμενο οικονομικό, κοινωνικό και υγειονομικό περιβάλλον της Ευρώπης, έθεσε πολλά ζητήματα στο τομέα της υγείας, κυρίως ως προς την έλλειψη ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και της εκτίναξης του κόστους τους, δημιουργώντας έτσι την ανάγκη εξεύρεσης νέων μηχανισμών αναμόρφωσης. Στα πλαίσια της βελτίωσης της υφιστάμενης κατάστασης επιχειρήθηκαν εκτεταμένες αλλαγές, οι οποίες χαρακτηρίστηκαν ως η «τρίτη γενιά» των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων στον 20<sup>ο</sup> αιώνα. Έτσι, καθώς η επιρροή των θέσεων του Enthoven σχετικά με την εισαγωγή στοιχείων ανταγωνισμού και μηχανισμών αγοράς στα δημόσια συστήματα υγείας παρουσιάζει αυξητικές τάσεις, υιοθετείται κατά τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 90' το μοντέλο των «οιονεί αγορών», βάσει του οποίου γίνεται διαχωρισμός μεταξύ της παροχής και της χρηματοδότησης των υπηρεσιών, συνιστώντας έτσι μετατόπιση από τα “ολοκληρωμένα” στα “συμβασιακά” συστήματα παροχής υγείας. Σύμφωνα λοιπόν με το νέο αυτό σύστημα, εισάγονται στη διαδικασία παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας ιδιωτικοί φορείς (κερδοσκοπικοί ή μη), με τους χρήστες να αποκτούν τη δυνατότητα επιλογής παρόχου, εκφράζοντας έτσι την αγοραστική τους δύναμη, ενώ οι υπηρεσίες αυτές εξακολουθούν να παρέχονται δωρεάν στους χρήστες και η χρηματοδότηση τους παραμένει σε κρατικά χέρια. Στις αρχές της δεκαετίας του 90' παρατηρείται στην Ευρώπη η τάση αλλαγής του μοντέλου παροχής

---

<sup>160</sup> Economou C. & Kaitelidou D. & Karanikolos M. & Maresso A. (2017:19 No.5), “Health Systems in Transition: Greece, Health system review” pp.189,190,192-193

δημόσιων υπηρεσιών υγείας, όπως για παράδειγμα στη Βρετανία, όπου η εισαγωγή στοιχείων αγοράς εκφράστηκε μέσα από τη λειτουργική αναθεώρηση των οικογενειακών γιατρών, ενώ το Σκανδιναβικό (Δανία, Σουηδία, Νορβηγία) μοντέλο κινείται προς τη κατεύθυνση της μείωσης του χρόνου αναμονής των ασθενών στις μονάδες υγείας.<sup>161</sup>

Στην Ελλάδα, κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, επιχειρήθηκε μια πλειάδα από μεταρρυθμίσεις με σκοπό την εισαγωγή της έννοιας της αγοράς στις υπηρεσίες υγείας, χωρίς όμως επιτυχία. Η οικονομική κρίση και η έλευση τρόικας ως «υποστηρικτικής» δύναμης, οδήγησε στην υπογραφή των προγραμμάτων στήριξης (μνημόνια), στα πλαίσια των οποίων η χώρα υποχρεούται να εφαρμόσει διάφορα μέτρα ως προαπαιτούμενα για την αποδέσμευση των συμφωνηθέντων οικονομικών πακέτων. Σύμφωνα με τις υπογραφείσες δεσμεύσεις, η Ελλάδα καλείται να υιοθετήσει το μοντέλο των «οιονεί αγορών» στο χώρο της υγείας, στα πρότυπα οργάνωσης των υπόλοιπων ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας. Έτσι, με τη ψήφιση του νόμου 4238/2014, εισάγεται για πρώτη φορά το σύστημα των «οιονεί αγορών» στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με την επίτευξη του διαχωρισμού του έως τότε διττού ρόλου (παρόχου-αγοραστή) του κύριου ασφαλιστικού φορέα της χώρας (ΕΟΠΥΥ). Ο ΕΟΠΥΥ μετατρέπεται αποκλειστικά πλέον σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας από φορείς του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, όπως και από συμβαλλόμενους ιατρούς, με την υπογραφή συμβάσεων. Κατά την ίδια περίοδο (2014), με τη σύσταση της «Εταιρείας Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων (ΕΣΑΝ ΑΕ)», εισάγονται στοιχεία αγοράς στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το εν λόγω όργανο το οποίο αναλαμβάνει την αποζημίωση των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων βάσει των «Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN), ενεργοποιεί την έννοια του ανταγωνισμού στο χώρο της υγείας, αναδιανέμοντας τους πόρους μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και δίνοντας τη δυνατότητα σε ιδιωτικούς φορείς να συμμετάσχουν ισότιμα στο καθορισμό της πολιτικής για την υγεία.<sup>162</sup>

---

<sup>161</sup> Πετμεζίδου Μ. & Παπαναστασίου Σ. & Πεμπτεζόγλου Μ. & Παπαθεοδώρου Χ. & Πολυζωίδης Π. (2015:35), «Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα» (ΙΝΕ ΓΣΣΕ), σελ.190-193

<sup>162</sup> Πετμεζίδου Μ. & Παπαναστασίου Σ. & Πεμπτεζόγλου Μ. & Παπαθεοδώρου Χ. & Πολυζωίδης Π. (2015:35), «Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα» (ΙΝΕ ΓΣΣΕ), σελ.194

Και σε αυτή τη περίπτωση, η παρεμβατικές πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον χώρο της υγείας, ένας τομέας που εκ των Συνθηκών αποτελεί πεδίο δράσης κατά κύριο λόγο των εθνικών κυβερνήσεων, αποτυπώνουν τον οικονομικοκεντρικό χαρακτήρα της. Η ευρωπαϊκή οικονομική κρίση μετέβαλε τον τρόπο άσκησης πολιτικής της Κοινότητας, με σκοπό τη διασφάλιση της διαδικασίας της ευρωπαϊκής ενοποίησης, προωθώντας κάθετες οικονομικές πολιτικές ελάφρυνσης των δημόσιων υγειονομικών συστημάτων. Η μετακύλιση του κόστους υγείας στους ασθενείς που προϋποθέτει η εισαγωγή των «οιονεί αγορών», αλλοτριώνει τον χαρακτήρα της υγείας ως κοινωνικού αγαθού, μετατρέποντας το σε εμπορεύσιμο προϊόν.

#### **4.10 Η συγκριτική δράση των ομάδων συμφερόντων πριν και μετά τα μνημόνια**

Κάνοντας μια ιστορική ανασκόπηση της εξελικτικής πορείας του υγειονομικού συστήματος της χώρας, γίνεται εύκολα αντιληπτή η διαφοροποίηση στη προσέγγιση των πολιτικών υγείας των εκάστοτε κυβερνητικών σχημάτων μεταξύ προ-μνημονιακής και μνημονιακής περιόδου. Η πρώτη περίοδος η οποία χαρακτηρίζεται για την υποτονικότητα ως προς τη διαμόρφωση ρυθμιστικών και μεταρρυθμιστικών υγειονομικών πολιτικών, δικαιολογείται εν μέρει από την έλλειψη ενός καθορισμένου ευρωπαϊκού σχεδίου που θα οδηγούσε τα εθνικά συστήματα υγείας να συγκλίνουν προς κάποιο προσδιορισμένο ενωσιακό πρότυπο. Η διατηρητέα κατά αυτό τον τρόπο αυτοτέλεια ως προς τη διαμόρφωση πολιτικών υγείας, εμπόδισε την ενεργοποίηση των παρεμβατικών μηχανισμών στα θέματα υγείας και διατήρησε την κυβερνητική νωχελικότητα. Βέβαια, καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση πολιτικών διαδραματίζει πρωτίστως ο βαθιά ριζωμένος στα θεμέλια του ελληνικού κοινωνικού κράτους, ως εκ τούτου και σε όλες τις εκφάνσεις αυτού, χαμηλός βαθμός της κρατικής εξουσίας, όπου οι κρατικοί θεσμοί είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε ευνοιοκρατικές και κομματικές πιέσεις. Η ανάπτυξη του φαινομένου αυτού συντελείται με την αθρόα εισδοχή ατόμων με ενεργούς ρόλους μέσα στο πολιτικό σύστημα, ως αποτέλεσμα της εκ νέου

πολιτικοποίησης των ευρύτερων τομέων της ελληνικής κοινωνίας. Η ανάπτυξη και η δράση των ομάδων συμφερόντων με αυτή τη μορφή, προσδιορίζεται χρονικά κατά τα πρώτα χρόνια της μεταπολίτευσης.

Οι ομάδες συμφερόντων, οι οποίες σχηματίζονται από την εν λόγω κοινωνικοπολιτική ζύμωση, ενισχύονται υπό τον φόβο της απώλειας της εύνοιας τους προς το πρόσωπο του εκάστοτε κυβερνητικού σχηματισμού, παρέχοντας τους έτσι τη δύναμη άσκησης πιέσεων σε οιαδήποτε κυβερνητική πρακτική που θεωρούν ότι θίγει τα συμφέροντα τους. Ο ρόλος που διαδραματίζουν στη διαδικασία διαμόρφωσης πολιτικών υγείας αποτυπώνεται πλήρως στη κατάληξη του υπό διαβούλευση νομοσχεδίου Δοξιάδη, το οποίο ανακλήθηκε ύστερα από τις έντονες αντιδράσεις των ιατρικών συλλόγων. Οι ενστάσεις των συνδικαλιστικών φορέων με προεξάρχουσα την Ένωση Ιατρών Νοσοκομείων Αθηνών και Πειραιώς (ΕΙΝΑΠ), κατά των προτάσεων των εμπειρογνομόνων και του νομοσχεδίου Κρεμαστινού (1994) που τις συνόδευε, οδήγησαν και σε αυτή τη περίπτωση στην απόρριψη του, αναδεικνύοντας για ακόμα μια φορά το κακώς νοούμενο πολιτικό κόστος της κυβέρνησης.

Αποκορύφωμα όμως της συνδικαλιστικής δράσης των ομάδων συμφερόντων, αποτέλεσε η συμμαχική (δημόσιοι υπάλληλοι, ασφαλιστικά ταμεία, γιατροί όλων των κλάδων-ΙΚΑ, ΕΣΥ, ιδιώτες, πανεπιστημιακοί) εναντίωση στο κατατεθέν εκσυγχρονιστικό σχέδιο «Υγεία για τον Πολίτη»(2000), το οποίο επιχειρούσε να εισάγει στοιχεία αγοράς, όπως είχαν διαμορφωθεί σε πλήθος ευρωπαϊκών κρατών, ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του 80'. Ο μεγάλος βαθμός εισχώρησης και επιρροής των εν λόγω ομάδων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και η παγίωση τους στο κοινωνικοπολιτικό σύστημα, ύστερα από μια εικοσαετή περίπου πορεία δυναμικών παρεμβάσεων στις πολιτικές υγείας, αποτυπώνεται πλήρως τόσο στην απόρριψη του παραπάνω σχεδίου, όσο και στην κυβερνητική απόφαση αποπομπής του υπουργού υγείας από το κυβερνητικό σχήμα.

Η μεταβολή όμως του οικονομικού χάρτη της χώρας με την έλευση της κρίσης χρέους, θα οδηγήσει σε αναπροσαρμογή των σχέσεων μεταξύ ομάδων συμφερόντων και μνημονιακών κυβερνήσεων. Τα μνημόνια που υπεγράφησαν,

συνιστώντας εργαλεία διατήρησης της πορείας προς την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση, συνοδεύονταν από προαπαιτούμενες ενέργειες ριζικών μεταβολών σε όλα τα επίπεδα της πολιτικής υγείας, ως προϋπόθεση για την εκταμίευση των αναγκών, για τη διάσωση της οικονομίας, δανείων. Παρά τις έντονες επικρίσεις που ασκήθηκαν από τις ομάδες συμφερόντων για τις επιχειρούμενες μεταρρυθμίσεις, το φάσμα της χρεωκοπίας δεν άφησε περιθώρια άσκησης της ευνοιοκρατικής πολιτικής της προηγούμενης περιόδου, ακολουθώντας έτσι τις προσταγές των ξένων θεσμών. Η μεταστροφή αυτή του πολιτικού μονοπατιού, θα οδηγήσει εν τέλει στην αλλαγή των συσχετισμών που είχαν αναπτυχθεί μεταξύ των ελληνικών κυβερνήσεων και των ομάδων συμφερόντων κατά τη τελευταία τριακονταετία.

## **5.ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Η εντεινόμενη παγκόσμια οικονομική κρίση, η οποία έπληξε ταχύτατα τις ανεπτυγμένες χώρες, προκάλεσε δραματικές επιπτώσεις στη κοινωνική ζωή, δεδομένου ότι η μείωση ή και η έλλειψη εισοδήματος αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα επίτευξης της ευημερίας και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια, επιδρώντας έτσι σημαντικά στην υγεία του. Βάζοντας στο κάδρο της ανάλυσης την αύξηση της ανεργίας, παρατηρούμε ότι η ανάδειξη των ψυχικών νοσημάτων, τα προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες, η υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος, συνθέτουν μια νέα πραγματικότητα του σύγχρονου κόσμου. Χαρακτηριστικό της νέας αυτής κατάστασης είναι η αύξηση της θνησιμότητας η οποία συνδέεται με την απώλεια της εργασίας, όπου σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% οδηγεί σε παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%, ενώ στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η ανεργία αυξάνεται άνω του 3% για μακρά περίοδο, η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται στο 4-4,5%. Βέβαια, εκτός της υγείας



του πληθυσμού, μεγάλες πιέσεις από την οικονομική κρίση δέχονται και τα συστήματα υγείας. Οι ελλειμματικοί προϋπολογισμοί από τις πολιτικές συγκράτησης των δαπανών και η αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών υγείας από δημόσιους φορείς, λόγω της αδυναμίας των πολιτών πλέον να καλύψουν ιδιωτικά τις ανάγκες τους, έχουν θέσει όχι μόνο ζητήματα ποιότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας, αλλά και βιωσιμότητας των ίδιων των συστημάτων υγείας, καθιστώντας έτσι αναγκαία μια συντονισμένη προσπάθεια ενδυνάμωσης τους.

### **5.1 Παράθυρο Ευκαιρίας**

Η Ελλάδα, που από το 2010 βρίσκεται υπό καθεστώς επιτήρησης, βιώνει μια από τις πιο έντονες και επίμονες οικονομικές κρίσεις παγκοσμίως, επιδρώντας αρνητικά τόσο στο σύστημα υγείας όσο και στην υγεία των πολιτών της. Στα πλαίσια των μνημονιακών δεσμεύσεων λαμβάνονται μέτρα συγκράτησης των δαπανών, μειώνοντας τη συνολική χρηματοδότηση για την υγεία από τα €23 δις το 2009 στα €14,4 δις το 2015, ενώ στη δημόσια δαπάνη για το ίδιο διάστημα καταγράφεται μείωση της τάξεως του 46% (από €16 δις στα €8,7 δις). Αξιοσημείωτη είναι και η ελάττωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, η οποία από €5,1 δις το 2009 έφτασε το €1,9 δις το 2016, ως αποτέλεσμα λήψης μέτρων εξορθολογιστικού χαρακτήρα, ενώ ενδεικτική της υφιστάμενης κατάστασης αποτελεί η διαφορά στη συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στη χώρα, η οποία παρουσιάζεται χαμηλότερη κατά 52,1% σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Εκτός της χρηματοδότησης η οικονομική κρίση και οι ακολουθούμενες πολιτικές έχουν θέσει ζητήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, κάτι που αποτυπώνεται σε έρευνα που διεξήχθη το 2015, όπου αποκαλύπτει την αδυναμία περίπου του 30% του πληθυσμού να χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας, σε σχέση με το προηγούμενο έτος, με κύρια αιτία τις οικονομικές δυσκολίες. Η κλιμάκωση όμως των οικονομικών δεδομένων έχει επηρεάσει και το νοσολογικό χάρτη της χώρας, χαρακτηριστικό του οποίου είναι η επανεμφάνιση μετά από 30 χρόνια κρουσμάτων ελονοσίας και φυματίωσης. Ακόμα, παρατηρείται επιδείνωση της ψυχικής υγείας των ελλήνων, η οποία καθρεπτίζεται στην αύξηση κατά 120% της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ενώ σύμφωνα με την Εθνική Μελέτη

Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου, το ποσοστό των ατόμων με συμπτώματα άγχους ανήλθε το 2014 σε 24% και εκείνων με κατάθλιψη σε 16%.

Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, ο τομέας της υγείας δέχθηκε έντονες και βίαιες πιέσεις ως αποτέλεσμα των χρόνιων παθογενειών του συστήματος, τοποθετώντας το στο επίκεντρο των παρεμβάσεων για τον εξορθολογισμό και την καλύτερη διαχείριση των πόρων, όπως αποδεικνύεται από το πολυδιάστατο των μεταρρυθμίσεων (κεφ.4). Ως μέσο επίτευξης των παραπάνω στόχων επιστρατεύεται η πολιτική περιορισμού των δημόσιων ελλειμμάτων, κατ' εντολή και καθ' υπόδειξη των ξένων θεσμών, ως προϋπόθεση για την αποδέσμευση των δανειακών συμβάσεων που θα καταστήσουν βιώσιμο το εθνικό σύστημα υγείας. Παρατηρώντας τη μεταρρυθμιστική δραστηριότητα μέσα από την οπτική της συγκράτησης των δαπανών, φαίνεται να απουσιάζει η πλευρά του πολίτη-ασθενή, καθώς όλο το βάρος έχει πέσει κυρίως στη λειτουργική, οικονομική και διαχειριστική διάσταση του συστήματος. Παρά το μεγάλο εύρος των ληφθέντων μέτρων, το σύστημα υγείας δείχνει αποπροσανατολισμένο, εγκλωβισμένο στην επίτευξη οικονομικών στόχων και όχι εναρμονισμένο με τον ρόλο του παρόχου υπηρεσιών με επίκεντρο τον ασθενή, θυσιάζοντας τη ποιότητα των παροχών, τη κοινωνική δικαιοσύνη και την καθολική πρόσβαση, στο «βωμό» της χρηματοδότησης του δημόσιου χρέους. Το ερώτημα που τίθεται σε αυτή τη περίπτωση, είναι του κατά πόσο το σύστημα υγείας έχει προοπτικές αναμόρφωσης και ανάπτυξης ποιοτικών και αποδοτικών υπηρεσιών υγείας;

Στη περίπτωση της Ελλάδας, η οικονομική κρίση που ξέσπασε το 2009 δεν ευθύνεται για τη κατάρρευση του υγειονομικού συστήματος της χώρας, αλλά αποτέλεσε την αφορμή ανάδειξης των χρόνιων παθογενειών του και προκάλεσε την επιδείνωση αυτών. Η έναρξη της κρίσης βρήκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας να είναι αντιμέτωπο με σοβαρά προβλήματα αναποτελεσματικότητας και με μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα, ενώ έντονη ήταν η δυσαρέσκεια των πολιτών για τη κατάσταση του συστήματος και για τη χαμηλή ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Η αδυναμία της χώρας να καλύψει τις χρηματοδοτικές της ανάγκες την οδήγησε στη σύναψη συμφωνίας συνεργασίας (μνημόνιο) με τους θεσμούς που συγκροτούν την Τρόικα, τα οποία

προέβλεπαν τον δανεισμό της χώρας από το «Μηχανισμό Στήριξης» (ESM/EFSF), υπό την προϋπόθεση της λήψης συγκεκριμένων μέτρων. Η μεταρρυθμιστική δραστηριότητα που ακολούθησε την υπογραφή του πρώτου μνημονίου (23/04/2010) και συνεχίζεται έως τις μέρες μας, εστιάζει κατά κύριο λόγο στη συγκράτηση του κόστους των υπηρεσιών, εις βάρος των αρχών της κοινωνικής δικαιοσύνης, της ίσης πρόσβασης και της ανταποκρισιμότητας στις ανάγκες.

Αναμφισβήτητα όμως, η προώθηση μέτρων όπως η υιοθέτηση ενός ενιαίου συστήματος οργάνωσης (ΕΟΠΥΥ) της υγειονομικής περίθαλψης με τη συγχώνευση των μεγαλύτερων ταμείων ασφάλισης, που επιδιώκει τη συγκράτηση του κόστους, τον περιορισμό του κατακερματισμού και των ανισοτήτων όσον αφορά στην κάλυψη των αναγκών και για τον εξορθολογισμό της διοίκησης, είναι προς τη σωστή κατεύθυνση για την αναμόρφωση του τομέα της υγείας. Επίσης, η συμμόρφωση στα ευρωπαϊκά πρότυπα συνταγογράφησης με την αντικατάσταση της χειρόγραφης από ένα ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης, θέτει τις βάσεις για το συστηματικό και απευθείας έλεγχο του όγκου των πράξεων, μέσω των ηλεκτρονικών εφαρμογών της e-prescription και e-diagnosis, επιτυγχάνοντας συγκράτηση των δαπανών, ενώ περιορίζει και φαινόμενα προκλητής, παράνομης και κατευθυνόμενης συνταγογράφησης. Στο πλαίσιο της αναμόρφωσης του ΕΣΥ, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η εισαγωγή των «Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων» (KEN), όπως και μια σειρά άλλων μέτρων (κεφ.4), οδηγώντας σε αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας, σε εξοικονόμηση πόρων και βελτίωση της οργάνωσης, της λειτουργίας και του προγραμματισμού των νοσοκομείων.

Ωστόσο, παρόλο που οι αλλαγές ήταν αποτέλεσμα εξωτερικών πιέσεων, η οικονομική κρίση λειτούργησε ως καταλύτης, ως μια «κρίσιμη συγκυρία» ώστε να επιβληθούν σε σύντομο χρονικό διάστημα, ξεπερνώντας έτσι πολιτικές «εξαρτημένες από τη τροχιά», αλλά και χρόνια και πολυεπίπεδα εμπόδια (οικονομικά, πολιτικά, συντεχνιακά κ.α.), που ορθώνονταν σε πλήθος αντίστοιχων μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών στο παρελθόν. Η αναγκαστική προσαρμογή στις διεθνείς εντολές άνοιξε ένα παράθυρο ευκαιρίας για το σύστημα υγείας της χώρας, το οποίο πλέον έχει τη δυνατότητα να οικοδομηθεί

και να αναγεννηθεί, συγκλίνοντας στις ευρωπαϊκές πρακτικές. Βέβαια, το αν θα εκμεταλλευτεί εν τέλει η χώρα αυτό το παράθυρο ευκαιρίας ή να το πολιτικό κόστος αλλαγής υποδείγματος αποδειχθεί πολύ μεγάλο είναι ακόμα μια ζωντανή συζήτηση. Σε κάθε περίπτωση η οικονομική κρίση δείχνει να ωθεί την ΕΕ στην ενεργητική θεσμοθέτηση μιας δημοσιονομικής πειθαρχίας, με στόχο τη διατήρηση της Ευρωπαϊκής οικονομίας σε ανταγωνιστικά επίπεδα στον παγκόσμιο ανταγωνισμό και την ένταξη σε αυτό το αυστηρό πλαίσιο και πολιτικών πρόνοιας και κοινωνικού κράτους όπως η πολιτική υγείας. Ταυτόχρονα η οικονομική κρίση δημιουργεί σε επίπεδο χώρας μέλους την πολιτική συγκυρία που μπορεί να επιτρέψει την μεταρρύθμιση του πολιτικού υποδείγματος στην υγεία προς ένα μοντέλο οιονεί αγοράς, μια εξέλιξη που τείνει να είναι και η διεθνής νόρμα σύγκλισης των συστημάτων υγείας.

## 6.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι πολιτικές επιστήμες έχουν προσφέρει πληθώρα γόνιμων θεωριών προσέγγισης της δημόσιας διοίκησης και της δημόσιας πολιτικής, καθώς η πρώτη είναι αναπόσπαστο μέρος τους κράτους, ενώ η δεύτερη αποτελεί κρατική πολιτική. Οι θεσμοί, οι οποίοι αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της κρατικής υπόστασης, αναζωπύρωσαν το ενδιαφέρον των μελετητών, κάτι που εκφράστηκε μέσα από το βιβλίο των March και Olsen (1989) και χαρακτηρίστηκε ως νέο-θεσμισμός. Ως θεωρητική προέκταση της ως άνω προσέγγισης, ο ιστορικός θεσμισμός συνιστά εργαλείο ανάλυσης πολιτικής, όπου στη περίπτωση της πολιτικής υγείας επιδιώκει να αποκωδικοποιήσει την ιστορική, εξελικτική οπτική τη δημόσιας πολιτικής, μέσω της οποίας οι θεσμοί ωθούν τις πολιτικές κατά μήκος συγκεκριμένης πορείας όπου προηγούμενες αποφάσεις, επιλογές ή συμβάντα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της μεταγενέστερης ανάπτυξης θεσμών και πολιτικών, ενώ η αναστροφή της πορείας επιτυγχάνεται δύσκολα και μόνο μέσω κρίσιμων συγκυριών.

Οι πολιτικές υγείας, παρόλο που στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες μπήκαν σε πρώτο πλάνο μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο με την ανάπτυξη συστημάτων υγείας, στην Ελλάδα αντίθετα αποτυπώνεται ένα κλίμα απροθυμίας και αδυναμίας να ακολουθήσει αντίστοιχη επεκτατική πολιτική στο χώρο της υγείας. Μέχρι την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983, όπου τέθηκαν οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου υγειονομικού συστήματος, πληθώρα αναπτυξιακών και εκσυγχρονιστικών εκπονηθέντων κυβερνητικών μεταρρυθμίσεων θα παραμείνουν στα χαρτιά, όπως η περιφερειακή διαίρεση των υγειονομικών υπηρεσιών το 1923, η πρόταση του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) το 1976, το νομοσχέδιο Δοξιάδη το 1980 κ.α. Οι παθογένειες όμως του ελληνικού συστήματος στην ανάπτυξη πολιτικών θα συνεχιστούν και μετά τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, με την απόρριψη του νομοσχεδίου που εκπόνησε ο Κρεμαστινός, η κατάρτιση του οποίου έγινε με τη βοήθεια ξένων εμπειρογνομόνων, με σκοπό τον εξευρωπαϊσμό του συστήματος υγείας. Την ίδια τύχη θα έχει αργότερα, στις αρχές της νέας χιλιετίας, το σχέδιο μεταρρύθμισης του ΕΣΥ «Υγεία για τον Πολίτη» του Αλέκου Παπαδόπουλου για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας της χώρας, το οποίο εκτός των άλλων προέβλεπε την εισαγωγή οιονεί αγορών μέσω του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΙΠΥ). Από την μεταρρυθμιστική αδράνεια, το υγειονομικό σύστημα θα περάσει στην εποχή της έντονης μεταρρυθμιστικής δραστηριότητας, με την οικονομική κρίση να μεσολαβεί για την υποχρεωτική αλλαγή των μέχρι τότε συσχετισμών. Η «παραγωγική» αυτή διαδικασία θα οδηγήσει στην υλοποίηση πληθώρας μεταρρυθμίσεων, από τις οποίες ξεχωρίζει η θεσμοθέτηση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΠΥ) το 2011, ενώ η μετατροπή του το 2014 σε αποκλειστικό αγοραστή υπηρεσιών υγείας, θα θέσει τις βάσεις για την εγκαθίδρυση του συστήματος των «οιονεί αγορών», σύμφωνα με τις διεθνείς τάσεις.

Τα μνημόνια δημοσιονομικής προσαρμογής έτσι όπως εφαρμόστηκαν, όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά και στα υπόλοιπα κράτη μέλη της Ευρώπης όπως στην Ιρλανδία, την Ισπανία, την Πορτογαλία και την Κύπρο, παρουσιάζουν χαρακτηριστικά τόσο ενεργητικής ενοποίησης, όσο και παθητικής ενοποίησης

που εκφράζεται μέσω των δανειακών συμβάσεων, ενώ έχει και στοιχεία θεσμοθέτησης της άτυπης ιδεολογικής σύγκλισης που έχει ξεκινήσει νωρίτερα με τα κριτήρια του Μάαστριχτ. Η πίεση που άσκησαν τα μνημόνια στις εγχώριες πολιτικές της Ελλάδας, δημιούργησαν μια κριτική συγκυρία στην ιστορική εξέλιξη της πολιτικής υγείας, επιτρέποντας έτσι την πολιτική διεκπεραίωση μεταρρυθμίσεων που σε προηγούμενες ιστορικές συγκυρίες είχαν αποτύχει, όπως είναι για παράδειγμα η σύγκριση πολιτικής μεταρρύθμισης ΟΔΙΠΥ και πολιτικής μεταρρύθμισης ΕΟΠΥΥ. Η υλοποίηση του ΕΟΠΥΥ και των υπόλοιπων διαρθρωτικών αλλαγών, υπογραμμίζει ότι η οικονομική κρίση άνοιξε ένα παράθυρο ευκαιρίας και δημιούργησε τη κρίσιμη συγκυρία για αλλαγή πολιτικού υποδείγματος στην πολιτική υγείας της χώρας. Το αν θα εκμεταλλευτεί εν τέλει η χώρα αυτό το παράθυρο ευκαιρίας ή θα επιστρέψει στις παραδοσιακές μορφές άσκησης πολιτικής του παρελθόντος είναι ένα κρίσιμο ερώτημα το οποίο θα απαντηθεί στο άμεσο μέλλον. Σε κάθε περίπτωση, το ασταθές και αβέβαιο οικονομικό περιβάλλον δείχνει να ωθεί τις πολιτικές υγείας της ΕΕ στην ενεργητική θεσμοθέτηση μιας δημοσιονομικής πειθαρχίας, με στόχο τη διατήρηση της Ευρωπαϊκής οικονομίας σε ανταγωνιστικά επίπεδα, ο οποίος (στόχος) εκπορεύεται από τη λειτουργία της ενιαίας εσωτερικής αγοράς και των ελευθεριών που αυτή εκφράζει (εμπορεύματα, υπηρεσίες, κεφάλαια, πρόσωπα).

## 7.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

- Βαρουφάκης Γ. & Πατώκος Τ. & Τσερκέζης Λ. & Κουτσοπέτρος Χ. (2011), «Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη το 2011» (ΙΝΕ ΓΣΕΕ), σελ.32-33
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001), «Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.184-185
- Ιωακειμίδης Π.Κ. (2001), «Η Συνθήκη της Νίκαιας και το Μέλλον της Ευρώπης», Εκδόσεις: Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.13
- Κοινοτική Δράση στον Τομέα της Υγείας (2003-2008) <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2003:062:0021:0035:EL:PDF>
- Λαδή Σ. & Νταλάκου Β. (2010), «Ανάλυση Δημόσιας Πολιτικής», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.6
- Μοσχόπουλος Δ. (2014), «Ο ιστορικός θεσμισμός ως ερευνητικό ιστορικό εργαλείο: Η θεωρία και η εφαρμογή της σε ένα γεγονός της σύγχρονης ελληνικής ιστορίας, [https://www.researchgate.net/publication/280312636\\_O\\_istorikos\\_thes\\_mismos\\_os\\_ermeneutiko\\_istoriko\\_ergaleio\\_E\\_theoria\\_kai\\_e\\_epharmoge\\_te\\_s\\_se\\_ena\\_gegonos\\_tes\\_synchrones\\_ellenikes\\_istorias](https://www.researchgate.net/publication/280312636_O_istorikos_thes_mismos_os_ermeneutiko_istoriko_ergaleio_E_theoria_kai_e_epharmoge_te_s_se_ena_gegonos_tes_synchrones_ellenikes_istorias)
- Μούσης Ν. (2007), «Εγχειρίδιο Ευρωπαϊκής Πολιτικής», Τέταρτη αναθεωρημένη έκδοση, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.6-7
- Μαραβεγιάς Ν. & Σακελλαρόπουλος Θ. (2018), «Ελλάδα και Ευρωπαϊκή Ενοποίηση: Η Ιστορία μιας Πολυκύμαντης Σχέσης 1962-2018, Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.119-120
- Νόμος 3918/2011, «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», Άρθρο 18
- Νόμος 3918/2011, «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», Άρθρο 17

- Νόμος 3918/2011, «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», Άρθρο 19
- Νόμος 4286/2014, «Γενικές διατάξεις για τη δημιουργία συστήματος αμοιβών νοσοκομείων - σύσταση και καταστατικό της εταιρείας με την επωνυμία «Εταιρεία συστήματος αμοιβών νοσοκομείων ανώνυμη εταιρεία» - Προσαρμογή στο Εθνικό Δίκαιο της Οδηγίας 2012/39/ΕΕ της επιτροπής της 26ης Νοεμβρίου 2012 για την τροποποίηση της Οδηγίας 2006/17/ΕΚ και λοιπές διατάξεις», ΦΕΚ Α 194
- Νόμος 4238/2014, «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Π.Υ. και λοιπές διατάξεις», Άρθρο 8
- Νόμος 4238/2014, «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ και λοιπές διατάξεις», Άρθρο 5
- Οικονόμου Χ. (2004), «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.187
- Οικονόμου Χ. (2012), «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας» (ΙΝΕ ΓΣΣΕ), σελ.99
- Πετμεζίδου Μ. & Παπαναστασίου Σ. & Πεμπετζόγλου Μ. & Παπαθεοδώρου Χ. & Πολυζωίδης Π. (2015:35), «Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα» (ΙΝΕ ΓΣΣΕ), σελ.149
- Σακελλαρόπουλος Θ. (2011), «Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.404
- Συλλογικό Έργο (2017), «Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση: Οι Πολλαπλές Κρίσεις και οι Προκλήσεις του Μέλλοντος», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.771
- Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2000), «Χάρτης θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Επεξηγήσεις σχετικά με το πλήρες κείμενο του χάρτη», σελ.52 <http://users.uoa.gr/~ahatzis/Charter.pdf>
- Τούντας Γ. (2008), «Υπηρεσίες Υγείας», Εκδόσεις: Οδυσσέας, Αθήνα, σελ.83
- Τσούκαλης Λ.,(1997) «Η Νέα Ευρωπαϊκή Οικονομία, Στο κατώφλι του 21<sup>ου</sup> αιώνα», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, σελ.39-40



- Φέρωνας Α. (2013), «Ο Εξευρωπαϊσμός της Κοινωνικής Πολιτικής: Θεωρητικό πλαίσιο, μεθοδολογικά προβλήματα και η ελληνική εμπειρία», Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα, σελ.24-25

## Ξενόγλωσση

- Börzel T.A. & Risse t. (2003), “Conceptualizing the Domestic Impact of Europe”, pp.3-4  
[https://www.researchgate.net/publication/228879233\\_Conceptualizing\\_the\\_Domestic\\_Impact\\_of\\_Europe](https://www.researchgate.net/publication/228879233_Conceptualizing_the_Domestic_Impact_of_Europe) (Ανεγνώσθη στις 09/03/2019)
- Campbell J.L.(2007), « Institutional Reproduction and Change», pp.5,  
[http://laisumedu.org/DESIN\\_Ibarra/desin/imagenescampbell/uno-a.pdf](http://laisumedu.org/DESIN_Ibarra/desin/imagenescampbell/uno-a.pdf)  
(Ανεγνώσθη στις 15/03/2019)
- Cappocia G. & Kelemen R.D. (2007), «The Study of Critical Junctures-Theory: Narrative, and Counterfactuals in Historical Institutionalism, pp.352,  
<http://users.ox.ac.uk/~ssfc0073/Writings%20pdf/Capoccia%20and%20Kelemen%20WP%202007.pdf>, (Ανεγνώσθη στις 15/03/2019)
- Economou C. (2010:12), “Health Systems in Transition: Greece, Health system review”, pp.141-143  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/130729/e94660.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf)
- Graziano P.R. & Vink M.P. (2013), “Europeanization: Concept, Theory and Methods”, pp.38-39  
[https://www.researchgate.net/publication/303484310\\_Europeanization\\_Concept\\_Theory\\_and\\_Methods](https://www.researchgate.net/publication/303484310_Europeanization_Concept_Theory_and_Methods)
- Hall P.A. & Taylor C.A. (1996), «Political Studies: Political Science and the Three New Institutionalisms», pp.14-15,  
[https://www.mpifg.de/pu/mpifg\\_dp/dp96-6.pdf](https://www.mpifg.de/pu/mpifg_dp/dp96-6.pdf), (Ανεγνώσθη στις 18/01/2019)
- Howell K. (2002), “Developing Conceptualization of Europeanization and European Integration: Mixing Methodologies”, pp.10-12  
[https://www.researchgate.net/publication/29992228\\_Developing\\_Conceptualizations\\_of\\_Europeanization\\_and\\_European\\_Integration\\_Mixing\\_Methodologies](https://www.researchgate.net/publication/29992228_Developing_Conceptualizations_of_Europeanization_and_European_Integration_Mixing_Methodologies)
- Krasner S.D.(1984) , «Approaches to the State: Alternative Conceptions and Historical Dynamics», pp.242, [http://www.critical-juncture.net/uploads/2/1/9/9/21997192/krasner\\_approaches\\_to\\_the\\_state.pdf](http://www.critical-juncture.net/uploads/2/1/9/9/21997192/krasner_approaches_to_the_state.pdf), (Ανεγνώσθη στις 03/03/2019)

- Mahoney J. (2000), «Path Dependence in Historical Sociology: Theory and Society, Vol.29, No.4, pp.513, <http://webarchiv.ethz.ch/soms/teaching/OppFall09/MahoneyPathDependence.pdf>
- Minogiannis P., “European Integration and Health Policy: The artful dance of economics and history”
- Mossialos E. & Allin S. (2005:28), “Interest Groups and Hospital System Reform in Greece”, pp.430-438 <https://pdfs.semanticscholar.org/e63a/29a5db2fd556d34062dbc906b5e1013178cf.pdf>
- Muller P. & Surel Y. (2002), «Η Ανάλυση των Πολιτικών του Κράτους: Ανάλυση των Δημόσιων Πολιτικών», Εκδόσεις: Τυπωθήτω/Δαρδανός, σελ.74
- Nugent N., « Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές», Β’ Έκδοση (2009), Εκδόσεις: Σαβάλα, Αθήνα, σελ.76-77
- Oliver A. and 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
- Radaelli C.D. (2000:4), “Whither Europeanization? Concept stretching and substantive change”, pp.2-3 <http://eiop.or.at/eiop/pdf/2000-008.pdf>
- Radaelli C.M. (2004:8), “Europeanisation: Solution or problem?”, pp.12-13 <http://eiop.or.at/eiop/pdf/2004-016.pdf>
- WHO (1996), “Health Care Systems in Transition: Greece”, pp.3 [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/120278/E72454.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/120278/E72454.pdf)

### **Ηλεκτρονικές Πηγές**

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?qid=1550007644250&uri=CELEX:52001IE0931>, (Ανεγνώσθη στις 24/02/2019)

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?qid=1550008046121&uri=CELEX:52004IE0520>, (Ανεγνώσθη στις 25/02/2019)

[https://europa.eu/european-union/sites/europa.eu/files/docs/body/winston\\_churchill\\_el.pdf](https://europa.eu/european-union/sites/europa.eu/files/docs/body/winston_churchill_el.pdf), (Ανεγνώσθη στις 11/02/2019)  
[https://europa.eu/european-union/about-eu/countries/member-countries/croatia\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/countries/member-countries/croatia_el), (Ανεγνώσθη στις 25/02/2019)

[https://europa.eu/european-union/about-eu/countries\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/countries_el), (Ανεγνώσθη στις 02/03/2019)

[https://europa.eu/european-union/law/treaties\\_el](https://europa.eu/european-union/law/treaties_el), (Ανεγνώσθη στις 02/03/2019)

[https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-parliament\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-parliament_el), (Ανεγνώσθη στις 03/03/2019)

[https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/council-eu\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/council-eu_el), (Ανεγνώσθη στις 05/03/2019)

[https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-commission\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-commission_el), (Ανεγνώσθη στις 05/03/2019)

[https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/court-justice\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/court-justice_el), (Ανεγνώσθη στις 05/03/2019)

[https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-central-bank\\_el](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/european-central-bank_el), (Ανεγνώσθη στις 05/03/2019)

[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), (Ανεγνώσθη στις 06/03/2019)

<http://www.europarl.europa.eu/factsheets/el/sheet/16/η-επιτροπη-των-περιφερειων>, (Ανεγνώσθη στις 06/03/2019)

<http://www.europarl.europa.eu/factsheets/el/sheet/52/social-and-employment-policy-general-principles>, (Ανεγνώσθη στις 09/03/2019)

<http://www.europarl.europa.eu/EPRS/EPRS-AaG-542142-Open-Method-of-Coordination-FINAL.pdf> (Ανεγνώσθη στις 26/03/2019)

<http://www.kathimerini.gr/726895/opinion/epikairothta/arxeio-monimesthles/giati-apotygxanoyn-oi-ellhnikes-metarry8miseis> (Ανεγνώσθη στις 10/03/2019)

<http://www.lse.ac.uk/europeanInstitute/research/hellenicObservatory/pdf/Various/QUINN .pdf>, (Ανεγνώσθη στις 24/02/2019)

<http://www.odigostoupoliti.eu/foris-pou-echoun-entachthi-ston-eopii/> (Ανεγνώσθη στις 15/03/2019)

<https://www.tovima.gr/2008/11/24/opinions/giati-apotygxanoyn-oi-metarrythmiseis/> (Ανεγνώσθη στις 10/03/2019)