



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Ο εξευρωπαϊσμός της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα και τα μνημόνια κατά τη περίοδο της οικονομικής κρίσης: Θεσμοθέτηση ευρωπαϊκών επιρροών σε μονοπάτι εξαρτημένης τροχιάς ή κρίσιμο σταυροδρόμι στην πολιτική υγείας της Ελλάδος;

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ: Αθανάσιος Γ. Τριανταφύλλου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Παναγιώτης Μινογιάννης

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Ιούνιος, 2016



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Ο εξευρωπαϊσμός της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα και τα μνημόνια κατά τη περίοδο της οικονομικής κρίσης: Θεσμοθέτηση ευρωπαϊκών επιρροών σε μονοπάτι εξαρτημένης τροχιάς ή κρίσιμο σταυροδρόμι στην πολιτική υγείας της Ελλάδος;

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ: Αθανάσιος Γ. Τριανταφύλλου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Παναγιώτης Μινογιάννης

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Ιούνιος, 2016

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες	5
Ελληνική περίληψη	6
Αγγλική περίληψη	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
1 Εισαγωγή	8
1.1 Μελετώντας την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση	9
1.2 Οι τρεις τύποι θεσμικών προσεγγίσεων	11
1.2.1 Ορθολογικός Θεσμισμός	11
1.2.2 Κοινωνιολογικός Θεσμισμός.....	11
1.2.3 Ιστορικός Θεσμισμός.....	12
1.3 Ιστορικό μονοπάτι	13
1.4 Κρίσιμη συγκυρία-αλλαγή.....	15
1.5 Ο Θεσμισμός ως αναλυτικό εργαλείο των ευρωπαϊκών επιρροών στη πολιτική υγείας	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	20
2 Δομή και Λειτουργίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης	20
2.1 Θεσμικά όργανα.....	21
2.1.1 Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο.....	21

2.1.2 Το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	21
2.1.3 Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή-commission	22
2.1.4 Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο	22
2.1.5 Το Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων	23
2.1.6 Το Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο.....	23
2.2 Συμβουλευτικά Όργανα	23
2.2.1 Η Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή.....	23
2.2.2 Η Επιτροπή Περιφερειών.....	23
2.3 Ευρωπαϊκή ενοποίηση-δυναμικές εξευρωπαϊσμού.....	24
2.4 Έννοιες-μορφές εξευρωπαϊσμού.....	25
2.5 Εξευρωπαϊσμός της πολιτικής υγείας Ορισμός έννοιες	30
2.6 Εσωτερική αγορά Θεμελιώδεις ελευθερίες της ΕΕ	33
2.7 Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση στον τομέα υγείας	36
2.8 Ελληνικός Εξευρωπαϊσμός	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	41
3 Πολιτική υγείας και Ευρωπαϊκές επιρροές προ κρίσεως.....	41
3.1 Έννοια και είδη μεταρρυθμίσεων	41
3.2 Ιστορική αναδρομή στην εξέλιξη του εθνικού συστήματος υγείας.....	43
3.2.1 Πρώτη περίοδος 1833-1922.....	43
3.2.2 Δεύτερη περίοδος 1922-1945.....	44
3.2.3 Τρίτη περίοδος 1945-1981	47
3.2.4 Τέταρτη περίοδος Θεσμοθέτηση ΕΣΥ	50
3.3 Η μεταρρύθμιση της περιόδου 1990-1993.....	54

3.4 Περίοδος 1994 -Προτάσεις εμπειρογνομόνων οιονεί αγορές	55
3.5 Η απόπειρα μεταρρύθμισης του 1997·Εμφάνιση DRG's	57
3.6 Η μεταρρύθμιση «για την υγεία και τον πολίτη»	58
3.6.1 Αντιδράσεις ενδιαφερομένων στη προωθούμενη μεταρρύθμιση.....	61
3.6.2 Υιοθέτηση μεταρρύθμισης.....	64
3.7 Περίοδος 2004-2009	65
3.8 Ιστορικά διδάγματα · Λόγοι αδυναμίας υγειονομικών μεταρρυθμίσεων ..	68
3.9 Ευρωπαϊκές επιρροές προ κρίσεως.....	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	76
4 Πολιτική υγείας στην Ελλάδα και ο μηχανισμός των μνημονίων εν μέσω κρίσης.....	76
4.1 Ελλάδα- αδυναμία δανεισμού	76
4.2 Υγεία- στόχος των μνημονίων άξονες δράσης	77
4.3 ΕΟΠΥΥ.....	85
4.4 Εισαγωγή των οιονεί αγορών στο ελληνικό σύστημα υγείας.....	87
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	95
Συμπεράσματα	95
Βιβλιογραφία.....	99

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή Κύριο Πάνο Μινογιάννη για τη σημαντική του βοήθεια στον σχεδιασμό, στην εκπόνηση καθώς και στη καθοδήγηση της παρούσης μελέτης.

Επιπλέον το παρόν κείμενο θα ήθελα να το αφιερώσω εις τους σεβαστούς μου γονείς για την αμέριστη συμπαράσταση και αγάπη τους καθ' όλη τη διάρκεια του βίου μου καθώς επίσης και στα αγαπημένα μου αδέρφια.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα διπλωματική διατριβή σκοπό έχει να διερευνήσει στα πλαίσια του ιστορικού θεσμισμού τη φύση των μνημονίων στην πολιτική υγείας της Ελλάδος την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Το παρόν πόνημα επιχειρεί να απαντήσει στο αν τα μνημόνια αποτελούν μια θεσμική συνέχεια μιας άτυπης ιδεολογικής σύγκλισης γύρω από την έννοια της δημοσιονομικής πειθαρχίας που προϋπήρχε της κρίσης ή αν τα μνημόνια αποτελούν ένα καινούργιο υπόδειγμα πολιτικής. Δημιούργησαν η κρίση και τα μνημόνια ένα νέο μονοπάτι πολιτικής μετά από μια κρίσιμη συγκυρία ή οι πολιτικές συνεχίζουν σε κοινό μονοπάτι εξαρτημένης τροχιάς με την περίοδο προ κρίσης, με έναν τρόπο περισσότερο επιτακτικό;

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Έγινε αναζήτηση έντυπης και ηλεκτρονικής βιβλιογραφίας. Λέξεις,-φράσεις κλειδιά ιστορικός θεσμισμός, εξευρωπαϊσμός πολιτικής υγείας, δημοσιονομική πειθαρχία, ΕΟΠΥΥ, οιονεί αγορές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε προηγούμενες περιόδους υπήρξαν μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις με σκοπό τον εξευρωπαϊσμό του ελληνικού υγειονομικού συστήματος οι οποίες δεν υλοποιήθηκαν. Οι τεθέντες στόχοι του μνημονίου ανάμεσα στην Ελληνική Πολιτεία και τους διεθνείς πιστωτές της αποτελούν πολιτικές οι οποίες θα έπρεπε να εφαρμοστούν σε προηγούμενες περιόδους και η κρίση ενήργησε ως καταλύτης για την υιοθέτηση μεταρρυθμίσεων οι οποίες στην Ευρώπη είχαν αρχίσει να εφαρμόζονται από την δεκαετία του 1980 και καθ' όλη τη δεκαετία του 1990 και του 2000.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κατά το παρελθόν υπήρξαν μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες με στόχο τον εξευρωπαϊσμό του ελληνικού συστήματος υγείας. Οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες χωρίζονται σε αυτές που προϋπήρξαν της κρίσης και εφαρμόστηκαν πριν από αυτή έστω και με καθυστέρηση δεκαετιών και αφορούν την αποκέντρωση του συστήματος υγείας και την ίδρυση εθνικού συστήματος υγείας, καθώς επίσης και σε μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες που προ υπήρξαν μεν της κρίσης αλλά δεν υιοθετήθηκαν δε εξαιτίας μιας σειράς παραγόντων και επανήλθαν στην επικαιρότητα κατ' επιταγή των μνημονίων.

ABSTRACT

BACKGROUND: This paper approaches the reasoning of memorandums in Greek health policy during the economic crisis by using the theoretical approach of historical institutionalism. It tries to answer the critical question of whether the memorandums constitute an institutional continuity of an informal ideological convergence around the concept of fiscal discipline, which existed before the economic crisis or whether they are a new and contemporary health policy paradigm. Did the crisis and the memorandums create a new political path after a critical political juncture or do the health policies during this era continue in an accelerated fashion on the same path dependent trajectory that was created in the period to the crisis?

METHODOLOGY: An extensive bibliographical review of both printed and electronic literature, newspapers and publicized interviews was performed. Key words: historical institutionalism, Europeanization of policy health, fiscal discipline, EOPYY (National Organization for healthcare Provision), quasi markets.

RESULTS: Prior to the economic crisis and the period of fiscal adjustment, a number of health policy reforms that would have converged the Greek health care system to European ones, did not materialize even though they were oftentimes proposed, mostly due to institutional resistance and political inertia. The stated objectives of memorandum of understanding (MoU) between the Greek state and the Troika (lenders) are policies which had begun to be applied in Europe as early as the 1980s and certainly throughout the 1990s and 2000s. It remains uncertain whether their accelerated implementation due to the pressures for immediate fiscal adjustments will produce the long term results that the reformers are wishing for.

CONCLUSIONS: A number of reform initiatives aiming towards the Europeanization of the Greek health system were proposed in the past. They were oftentimes ignored either due to institutional resistance or and/political inertia. The reform efforts can be divided (a) in reforms that were actually adopted prior to the crisis and implemented by the state and relate mostly to the actual establishment of the national health system attempts and the subsequent efforts for the devolution of decision making via the decentralization of the health system and (b) reform initiatives which were proposed prior to the economic crisis in various reform attempts but were for the variety of reasons never adopted and were finally implemented due to the memorandums.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η πολιτική της υγείας αναφέρεται σε αποφάσεις, σχέδια, και δράσεις που αναλαμβάνονται για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων υγειονομικού ενδιαφέροντος εντός μιας κοινωνίας. Μια σαφής πολιτική για την υγεία ορίζει ένα όραμα για το μέλλον το οποίο βοηθά να καθοριστούν οι στόχοι, και σημεία αναφοράς σε μεσοπρόθεσμη και βραχυπρόθεσμη βάση (WHO, 2015). Επιπλέον ως ορισμό της πολιτικής της υγείας θα αναφέραμε πως είναι αυτή που ασκείται από ένα κράτος το οποίο χρησιμοποιεί ένα σύνολο από κανόνες και μέτρα τα οποία ρυθμίζουν την παροχή, διανομή και κατανάλωση των υγειονομικών υπηρεσιών και στοχεύουν στη διασφάλιση και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας της κοινωνίας (Κιούρτη, 2009). Η πολιτική της υγείας αποτελεί λοιπόν έναν από τους σημαίνοντες παράγοντες άσκησης κοινωνικής πολιτικής καθότι συνιστά έναν από τους κύριους τομείς παρέμβασης του κοινωνικού κράτους (Οικονόμου, 2004). Παράλληλα όμως οι βαθμοί αυτονομίας μιας χώρας μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην άσκηση πολιτικής υγείας ή και άλλων πολιτικών βαίνουν μειούμενοι στον βαθμό που αυτές επηρεάζονται άμεσα ή έμμεσα από την διαδικασία της Ευρωπαϊκής ενοποίησης. Αυτή η επιρροή έχει γίνει δε περισσότερο φανερή τα τελευταία χρόνια ειδικά σε ότι αφορά στις χώρες της Ευρωπαϊκής περιφέρειας που επηρεάστηκαν εντονότερα από την οικονομική κρίση και ετέθησαν υπό καθεστώς οικονομικής επιτήρησης.

Το 2010 η Ελλάδα μετά από αδυναμία δανεισμού με λογικά επιτόκια από τις διεθνείς αγορές και μπροστά στο φάσμα της χρεοκοπίας και της στάσης πληρωμών υπέγραψε συμφωνία για δανειοδότηση των χρηματοδοτικών της αναγκών με τρεις οργανισμούς οι οποίοι συγκρότησαν την τρόικα: Την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Τα κείμενα των συμφωνιών με τον επίσημο τίτλο τους και γνωστότερα ως μνημόνια απαιτούσαν μεταξύ άλλων τομές και μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας.

Το κεντρικό ερώτημα της παρούσης μελέτης έχει να κάνει με την θεσμική φύση των μνημονίων. Αποτελούν τα μνημόνια στην Ελλάδα της κρίσης θεσμοθέτηση

Ευρωπαϊκών επιρροών σε ένα ίδιο μονοπάτι εξαρτημένης τροχιάς με την προ κρίσης περίοδο και αν ναι προς ποια κατεύθυνση ωθείται η πολιτική υγείας στην Ελλάδα; Τα μνημόνια και ειδικά η αφετηρία της κρίσης αποτελούν ένα κρίσιμο σταυροδρόμι στην πολιτική υγείας της Ελλάδος; Υπήρχαν προ κρίσης ανάλογες μεταρρυθμιστικές ενέργειες στην πολιτική ατζέντα, επιταχύνθηκε η εφαρμογή τους, άλλαξε η υφή των μεταρρυθμίσεων, ξεπεράστηκαν πολιτικά και θεσμικά εμπόδια του παρελθόντος λόγω των μνημονίων; Όλα αυτά είναι ορισμένα από τα ερωτήματα που η παρούσα μελέτη θα επιχειρήσει να απαντήσει με βασική υπόθεση εργασίας ότι τα μνημόνια αποτελούν μια θεσμοθέτηση Ευρωπαϊκών επιρροών που προ κρίσης παρουσιάζονταν ως μια άτυπη ιδεολογική σύγκλιση γύρω από μια αόριστη έννοια της δημοσιονομικής πειθαρχίας και που κατά τα παρελθόντα έτη οι επιχειρούμενες μεταρρυθμίσεις δεν συνάντησαν «πρόσφορο έδαφος» για να υλοποιηθούν.

Μελετώντας την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση

Η μελέτη της διαδικασίας της Ευρωπαϊκής ενοποίησης αποτελεί για δεκαετίες ένα ζωντανό πεδίο έρευνας. Έχει αναπτυχτεί ένας ζοηρός διάλογος με σκοπό την προσπάθεια διερεύνηση της. Το θεσμικό σύστημα των Ευρωπαϊκών κοινοτήτων από τις αρχικές ακόμα συνθήκες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας Άνθρακα Χάλυβα (ΕΚΑΧ) το 1951, της Ευρωπαϊκής Κοινότητας Ατομικής Ενέργειας (ΕΚΑΕ) ευρύτερα γνωστής ως ευρατόμ το 1957 και της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (ΕΟΚ) ή συνθήκης της Ρώμης το 1958 αλλά κυρίως από τις τελευταίες δεκαετίες μπορούσε να παράγει κοινές ευρωπαϊκές πολιτικές οι οποίες είχαν ως στόχο τη διεύρυνση της αμφίδρομης σχέσης ανάμεσα στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τα κράτη-μέλη που την συγκροτούσαν (Λάβδας, 2002). Οι κατευθυντήριες γραμμές των Ευρωπαϊκών κοινοτήτων οδηγούσαν στην δημιουργία μιας ενιαίας εσωτερικής αγοράς η οποία επρόκειτο να βασιστεί στην κατάργηση των δασμών και των ποσοτικών περιορισμών, στην απαγόρευση μιας σειράς πρακτικών οι οποίες παρεμπόδιζαν τον ανταγωνισμό ανάμεσα στα κράτη – μέλη, καθώς επίσης μέτρα για την προώθηση της ελεύθερης κυκλοφορίας προσώπων, υπηρεσιών και κεφαλαίων (Nugent, 2006). Ιστορικά ο σκοπός της δημιουργίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν να ενώσει τις οικονομίες των κρατών που απαρτίζουν την Ένωση. Ολοκληρωμένες οικονομίες σήμαινε πως μια πιθανότητα πολέμου καθίστατο πρακτικώς αδύνατη. Η κεντρική ιδέα της Ένωσης υπήρξε η αξιοποίηση οικονομιών κλίμακας που σχετίζονται με ευρείες αγορές

αγαθών και υπηρεσιών (Hervey, 2010). Στο πλαίσιο αυτό αναπτύχθηκαν θεωρίες που προσέβλεπαν στη διερεύνηση της αμφίδρομης σχέσης ανάμεσα στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τα κυρίαρχα κράτη μέλη που τη συγκροτούσαν, δηλαδή μελετούσαν το σε ποίο βαθμό οι πολιτικές αυτές που κατευθύνονταν και προωθούνταν από πλευράς Ευρωπαϊκής Ένωσης μπορούσαν να επηρεάσουν τις εγχώριες πολιτικές. Οι σύγχρονες προσεγγίσεις του θέματος της Ευρωπαϊκής ενοποίησης στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στις θεωρητικές προσεγγίσεις από το πεδίο των πολιτικών επιστημών με περισσότερο αξιοσημείωτες αυτές που αφορούν τον θεσμισμό ή νέο θεσμισμό. Οι προσεγγίσεις αυτές σκοπό έχουν να αναδείξουν την επίδραση που έχουν οι ευρωπαϊκές πολιτικές στην άσκηση της εγχώριας πολιτικής. Ο θεσμισμός αποτελεί μια θεωρητική προσέγγιση για την αποσαφήνιση της διάκρισης των εξουσιών στο τομέα της πολιτικής υγείας. Η προσέγγιση του θεσμισμού επιχειρεί να αναδείξει την επίδραση των Ευρωπαϊκών πολιτικών στην άσκηση της εγχώριας πολιτικής υγείας. Η θεσμική προσέγγιση ορίζει τους θεσμούς με έναν ευρύτερο τρόπο ώστε να συμπεριλαμβάνονται σε αυτούς ένα εύρος τυπικών και άτυπων διαδικασιών, κανόνων, πρακτικών. Η νεοθεσμική προσέγγιση διατυπώνει πως οι θεσμοί είναι ικανοί να παράγουν συγκεκριμένη πολιτική και να οικοδομήσουν συγκεκριμένες συμπεριφορές διαπερνώντας τα τυπικά κυβερνητικά όργανα (Γκάτσου, 2006). Ο νέος θεσμισμός αποτελείται από τρεις διαφορετικές σχολές: τον ιστορικό θεσμισμό, τον θεσμισμό της ορθολογικής επιλογής και τον κοινωνιολογικό θεσμισμό (Νικολέντζος, 2008).

Η θεσμική θεωρία αποτελεί μια σημαντική προσέγγιση στην κατανόηση της πολιτικής συμπεριφοράς. Από τον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη μέχρι τον John Locke, τον Thomas Hobbes και τον James Madison έγινε κατανοητή η αναγκαιότητα των πολιτικών θεσμών στη διαμόρφωση της πολιτικής συμπεριφοράς (Steinmo, 2008). Οι υποστηρικτές του θεσμισμού δίνουν έμφαση στη λειτουργία των θεσμών και πως αυτοί «δομούν» την πολιτική συμπεριφορά. Η θεωρητική θέση του νέου θεσμισμού στοχεύει στο να αποκαταστήσει τον ιστορικό ρόλο των θεσμών σε ότι σχετίζεται με την πορεία και την πρόοδο της Ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης (Στεφανίδης, 2009). Η νεοθεσμική προσέγγιση θεωρεί τους θεσμούς ως έναν κεφαλαιώδη παράγοντα «τάξης», οι οποίοι έρχονται να καθορίσουν το εύρος όπου αναπτύσσονται οι ατομικές συμπεριφορές, η συλλογική δράση, ή οι πολιτικές του κράτους (Muller, Surel, 2002). Η νεοθεσμική προσέγγιση τέθηκε ως μια προσπάθεια να σχετικοποιήσει

την εξάρτηση του πολιτικού συστήματος έχοντας ως πεδίο αναφοράς την κοινωνία προς όφελος μιας αλληλεξάρτησης ανάμεσα σε σχετικά αυτόνομους πολιτικούς και κοινωνικούς θεσμούς. Οι θεσμοί διαμορφώνουν το εξελικτικό «κάδρο» των αλληλεξαρτήσεων των οποίων οι μορφές και οι τρόποι αλλάζουν βαθμιαία κάτω από την ίδια την επίδραση των αλληλεξαρτήσεων (Muller, Surel, 2002). Υπάρχουν τριών ειδών τύποι θεσμικών προσεγγίσεων οι οποίοι επιδιώκουν να διαλευκανθεί ο ρόλος που διαδραματίζουν οι θεσμοί στον προσδιορισμό των κοινωνικών και πολιτικών αποτελεσμάτων. Ωστόσο τα αποτελέσματα παρουσιάζουν διαφορετικές εικόνες των πολιτικών αποτελεσμάτων. (Hall, Taylor, 1996).

Οι τρεις τύποι θεσμικών προσεγγίσεων

- **Ορθολογικός θεσμισμός**

Αναφέρεται στην προσπάθεια για κατανόηση της πολιτικής συμπεριφοράς η οποία βασίζεται σε μικρο-οικονομικά μοντέλα ατομικής επιλογής (Immergut, 2006). Επιπλέον αναζητά τα αίτια που κατευθύνουν τις εθνικές κυβερνήσεις να δημιουργήσουν υπερεθνικούς θεσμούς, αναλύει τον τρόπο με τον οποίο καταφέρνουν να τους έχουν υπό την επήρειά τους, καθώς επίσης το βαθμό της σχετικής αυτονομίας των εθνικών κυβερνήσεων έναντι των υπερεθνικών οργανισμών (Στεφανίδης, 2009). Ο ορθολογικός θεσμισμός επικεντρώνεται στον βαθμό και τον τρόπο με τον οποίο οι θεσμοί διαμορφώνουν και προσανατολίζουν τις ορθολογικές ενέργειες των πολιτικών φορέων δράσης. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο είδος θεσμισμού οι θεσμοί έχουν την δυνατότητα να διαμορφώνουν τις σχέσεις των ατόμων και λειτουργούν με γνώμονα την μεγιστοποίηση του προσωπικού οφέλους. Η θεσμική προσέγγιση της ορθολογικής επιλογής συνίσταται σε τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά: Οι δρώντες επενδύουν στη μεγιστοποίηση της δύναμής τους, οι θεσμοί προκύπτουν από την εθελοντική συμφωνία των παραγόντων, οι θεσμοί δύνανται να διαμορφώσουν τις σχέσεις ανάμεσα στους δρώντες, η πολιτική νοείται ως μια αλληλουχία συλλογικών διαδράσεων (Γκάτσου, 2006).

- **Κοινωνιολογικός θεσμισμός**

Ο κοινωνιολογικός θεσμισμός διαθέτει ως χαρακτηριστικό γνώρισμα την πολιτιστική εμμονή-επιμονή. Ο συγκεκριμένος τύπος θεσμισμού δίδει μεγαλύτερη έμφαση στην διαδικασία με την οποία οι θεσμοί κοινωνικοποιούνται και αλλάζουν τον τρόπο

σκέψης των διαφόρων κοινωνικών παραγόντων υπερασπιζόμενοι τα συμφέροντά καθώς και τα χαρακτηριστικά τους (Στεφανίδης, 2009). Ο κοινωνιολογικός θεσμισμός υπογραμμίζει πως οι κανόνες καταλληλότητας καθώς και τυποποιημένες διαδικασίες λειτουργίας αποτελούν κατευθυντήριες οδηγίες για τη συμπεριφορά. Η ιδέα βασίζεται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι δεν είναι δυνατόν να επεξεργάζονται όλες τις πληροφορίες και για αυτές να λάβουν τις απολύτως ορθολογικές αποφάσεις, καθώς επίσης εάν αυτό καθίστατο εφικτό το κόστος θα ήταν απαγορευτικό (Immergut, 2006). Σύμφωνα με τους υποστηρικτές του κοινωνιολογικού θεσμισμού οι θεσμικές μεταρρυθμίσεις θα λάβουν χώρα μόνον εάν είναι κοινωνικά αποδεκτές και τούτο συμβαίνει επειδή οι αξίες και τα ιδανικά αλλάζουν με δυσκολία με αποτέλεσμα οι θεσμοί διατηρούνται να αμετάβλητοι (Γκάτσου, 2006). Οι αξίες οι οποίες είναι βαθιά συνδεδεμένες και ενσταλαγμένες στην κουλτούρα ενός έθνους ενεργούν υποστηρικτικά στον καθορισμό της δομής των ήδη υπαρχόντων θεσμών και των πιθανών και δυνατών μεταρρυθμίσεων.

- **Ιστορικός θεσμισμός**

Ο ιστορικός θεσμισμός αποτελεί μια ερευνητική παράδοση που μελετά την προέλευση, την εξέλιξη, καθώς επίσης και τις συνέπειες των πολιτικών θεσμών από το εγχώριο ως το παγκόσμιο επίπεδο (Fioretos, Falletti, Sheingate, 2013). Ο ιστορικός θεσμισμός σχετίζεται με μια εξελικτική οπτική της δημόσιας πολιτικής. Εν προκειμένω οι θεσμοί ωθούν τις πολιτικές σε ένα συγκεκριμένο ορίζοντα, σε μια συγκεκριμένη πορεία όπου προηγούμενες αποφάσεις ή επιλογές διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο στον καθορισμό της μεταγενέστερης εμβάθυνσης θεσμών και πολιτικών (Νικολέντζος, 2008). Τρία σημαντικά στοιχεία χαρακτηρίζουν τον ιστορικό θεσμισμό · Ότι τα προβλήματα είναι μεγάλα και ουσιαστικά και πως εγγενώς ενδιαφέρουν τη κοινή γνώμη, ότι σε αυτά τα θέματα το χρονικό πλαίσιο (timing) λαμβάνεται σοβαρά υπόψη καθώς επίσης προσοχή δίδεται στο πλαίσιο και τη διαμόρφωση (Pierson, Skocpol, 2014), Η προσέγγιση του ιστορικού θεσμισμού παρατηρεί την διαμορφωθείσα παράδοση προσπαθώντας να εξηγήσει την συνέχεια και ασυνέχεια των θεσμών μέσω της «τροχιάς εξάρτησης» ή διαδοχής «αιτιακών επιδράσεων» (Μοσχόπουλος, 2014). Σύμφωνα με την ανωτέρω προσέγγιση οι θεσμικές λειτουργίες διαμορφώνουν μονοπάτια τα οποία εν συνεχεία είναι δύσκολο να εγκαταλειφθούν. Αυτό συμβαίνει διότι με το πέρασμα του χρόνου αναπτύσσονται δυναμικές οι οποίες «παγιώνουν» τις θεσμικές μορφές (Μοσχόπουλος, 2014).

Η έννοια της «εξάρτησης από την ιστορική πορεία» αποτελεί αποφασιστικής σημασίας έννοια στην νέο-θεσμική προσέγγιση. Σύμφωνα με την Steinmo οι υποστηρικτές του ιστορικού θεσμισμού πρεσβεύουν πως ο οιοσδήποτε θεσμός είναι ενταγμένος σε ένα ευρύτερο σύνολο θεσμικών οργάνων (Hansen, 2010). Με αυτό τονίζεται πως με την αλλαγή των κανόνων σε κάποιο θεσμό οι μεταβολές θα έχουν ευρύτερες επιπτώσεις σε ένα σύνολο, σε μια αλληλουχία θεσμών. Οι Hall και Taylor διαιρούν τον ιστορικό θεσμισμό σε δύο προσεγγίσεις με βάση τις σχέσεις ανάμεσα σε θεσμούς και ατομική συμπεριφορά: Την υπολογιστική προσέγγιση και την πολιτισμική. Με βάση την πρώτη (προσέγγιση) τα άτομα αγωνίζονται να μεγιστοποιήσουν την επίτευξη ενός συνόλου από στόχους κατά τρόπο στρατηγικό μειώνοντας παράλληλα την αβεβαιότητα σ' ένα συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο το οποίο ενδέχεται να ευνοεί ορισμένες ομάδες σε μεγαλύτερο βαθμό σε αντίθεση με κάποιες άλλες (Νικολέντζος, 2008). Στην αντίπερα όχθη στη πολιτισμική προσέγγιση οι αξίες και τα πιστεύω είναι περισσότερο χαραγμένα από τους ήδη υπάρχοντες θεσμοί. Αυτό έχει σαν απόρροια ότι η ατομική συμπεριφορά καθοδηγείται περισσότερο από την συνήθεια και την ρουτίνα παρά από την χάραξη στρατηγικού σχεδιασμού (Γκάτσου, 2006). Τα άτομα έχουν ως στόχο την ικανοποίηση και όχι τη μεγιστοποίηση της χρησιμότητας (Νικολέντζος, 2008).

Ιστορικό μονοπάτι

Στις κοινωνικές επιστήμες είναι διαδεδομένη η έννοια της πολιτικής διαδικασίας και ως μονοπάτι εξάρτησης. Η συγκεκριμένη έννοια χρησιμοποιείται για να αναδείξει συγκεκριμένα σημεία μέσα στο χρόνο και μιας αλληλουχίας γεγονότων. (Pierson, 2000).

Βασική προσέγγιση του ιστορικού θεσμισμού αποτελεί η εξάρτηση από την ιστορική πορεία, από το ιστορικό μονοπάτι. Το μονοπάτι μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένας «ιδιότυπος» όρος στερούμενος καθαρού νοήματος αλλά για τους υποστηρικτές του ιστορικού θεσμισμού ο όρος αυτός αναφέρεται στη δυναμική της αυτοενίσχυσης ή των διαδικασιών θετικής ανατροφοδότησης σε ένα πολιτικό σύστημα κάτι το οποίο οικονομολόγοι το χαρακτηρίζουν και ως αυξανόμενη απόδοση (Pierson, Skocpol, 2014). Το ιστορικό μονοπάτι αποτελεί μια χρονική διαδικασία κατά την οποία οι χρονικές επιλογές ενισχύουν «αυτοτροφοδοτούμενα» αποτελέσματα τα οποία είναι εγγενώς δύσκολα να αναστραφούν (Hansen, 2010). Αυτές οι κριτικές περιστάσεις, οι

χρονικές επιλογές είναι σύμφωνα με το μονοπάτι της εξηρημένης τροχιάς καθοριστικής σημασίας για το ποιο μονοπάτι θα ακολουθήσει ένας θεσμός. Μικρές αλλαγές πολιτικής μπορούν να έχουν μακροχρόνιες επιπτώσεις οι οποίες είναι δύσκολο να αντιστραφούν.

Οι κήρυκες του ιστορικού θεσμισμού πρεσβεύουν πως οι θεσμοί κατευθύνουν τις πολιτικές σε συγκεκριμένα μονοπάτια όπου οι προηγούμενες επιλογές και τα πρωτότερα ιστορικά συμβάντα διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο στη διαμόρφωση νέων θεσμών και πολιτικών (Τσινισιζέλης, 2001). Το ιστορικό μονοπάτι αποτελεί σημαντικό μηχανισμό για την «κατασκευή» θεσμικής ισορροπίας και σταθερότητας και συνδέεται άμεσα με θεσμικές ρυθμίσεις αυτό-ενίσχυσης και θετικής δυναμικής. Οι θεσμοί διατηρούνται κατά κόρον σταθεροί και τείνουν να εξασφαλίσουν με την πάροδο του χρόνου ισχυρούς μηχανισμούς θεσμικής αναπαραγωγής (Da Cunha Rezende, 2011). Οι διαδικασίες για την «χάραξη» της εξαρτημένης πορείας έχουν ορισμένα ενδιαφέροντα χαρακτηριστικά · Σε πρώιμο στάδιο μπορούν να επηρεαστούν από μικρές διαταραχές. Μόλις οι δρώντες αποτολμήσουν να ακολουθήσουν μια διαφορετική πορεία σε σχέση με την εξαρτημένη πορεία είναι αρκετά πιθανό να διαπιστώσουν πως η αρχική διαδικασία είναι δύσκολο να αναστραφεί. Επιπλέον οι πολιτικές εναλλακτικές που κάποτε υπήρχαν πλέον εμφανίζονται ως μη υλοποιήσιμες. Συνεπώς τα γεγονότα που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά από τις κρίσιμες συγκυρίες να εμφανίζονται ως ζωτικής σημασίας (Pierson, Skocpol, 2014). Ο Hacker υποστηρίζει πως «η εξάρτηση ως προς τη τροχιά» ενισχύεται από ορισμένες συνθήκες: Όταν οι εφαρμοσθείσες πολιτικές έχουν δημιουργήσει σημαντικούς θεσμούς με υψηλό κόστος εγκαθίδρυσης. Συνεπώς το κόστος για δυνητικές πολιτικές αλλαγές/ μεταβολές είναι υψηλό. Επιπρόσθετα όταν οι θεσμοί αποφέρουν ωφέλεια για σημαντικές ομάδες συμφερόντων οι οποίες ομάδες με την σειρά τους μπορούν να επηρεάσουν είτε τη λήψη αποφάσεων με κοινοβουλευτικά μέσα, είτε την εφαρμογή της πολιτικής. Ακόμα όταν οι θεσμοί εμπεικλείουν μακροπρόθεσμες δεσμεύσεις, όταν οι θεσμοί αντικατοπτρίζουν τα χαρακτηριστικά και τις ευρύτερες αξίες της κοινωνίας και της οικονομίας και όταν οι συνθήκες εγείρουν ανεπιθύμητα εμπόδια στην αλλαγή (Νικολέντζος, 2008). Η προσέγγιση του ιστορικού θεσμισμού εστιάζει στο γεγονός πως η ιστορική διαδικασία είναι μεγάλης κλίμακας και λαμβάνει χώρα με βραδείς ρυθμούς (Pierson, Skocpol, 2014). Οι υποστηρικτές του ιστορικού θεσμισμού παρατηρούν τόσο την εξέλιξη, την συνάφεια της διαδικασίας, καθώς επίσης και τα αποτελέσματα,

τις εκροές σε παρατεταμένες χρονικές περιόδους. Η εστίαση επικεντρώνεται στις πτυχές των διαδικασιών και στις πτυχές των αποτελεσμάτων. Συμπερασματικά θα μπορούσε να υποστηριχθεί πως στο μονοπάτι της εξαρτημένης τροχιάς κυριαρχούν τα εξής χαρακτηριστικά: Πολλαπλή ισορροπία. Κάτω από το σύνολο των πολλαπλών συνθηκών ένα αριθμός αποτελεσμάτων κινείται προς την σωστή κατεύθυνση. Ενδεχόμενο. Σχετικά μικρά γεγονότα εφόσον ληφθούν στη σωστή χρονική στιγμή μπορούν να εξασφαλίσουν μεγάλες και διαρκείς ωφέλειες. Ο κρίσιμος ρόλος της χρονικής στιγμής και της αλληλουχίας. Τούτο συμβαίνει διότι πρώτα κομμάτια της σειράς επηρεάζουν πολύ περισσότερο σε σχέση με τα επόμενα. Ένα γεγονός που συμβαίνει πολύ αργά μπορεί να μην έχει καμία επίπτωση αν και θα μπορούσε να έχει αν το timing ήταν διαφορετικό. Τέλος η αδράνεια μπορεί να αποδειχθεί ένας παράγοντας ισορροπίας με αξιοσημείωτες αντοχές στην αλλαγή (Pierson, 2000).

Κρίσιμη συγκυρία- αλλαγή

Η ανάλυση της θεσμικής αλλαγής αποτελεί έναν από τους κυριότερους προβληματισμούς στη προσέγγιση του ιστορικού θεσμισμού. Οι υποστηρικτές του ιστορικού θεσμισμού δεν υποστηρίζουν πως δεν δύναται να σημειωθεί ποτέ μια αξιοσημείωτη αλλαγή πολιτικής. Αντιθέτως υπογραμμίζουν πως για να σημειωθεί μια σημαντική αλλαγή θα πρέπει να σημειωθεί κάποιο σημαντικό συμβάν, μια τεχνολογική εξέλιξη, μια δημογραφική αλλαγή, αλλαγές στο πολιτικό status quo, να υπάρξουν ασυνήθιστα δυναμικοί πολιτικοί παράγοντες, να παρουσιασθούν εξωγενή στοιχεία όπως μια οικονομική ή μια στρατιωτική κρίση που μπορούν να επηρεάσουν την ισορροπία δυνάμεων εντός των κυρίαρχων συμφερόντων. Τα ανωτέρω περιστατικά δύναται να αναγνωστούν ως μια σειρά κρίσιμων συγκυριών (critical conjunctures) τα οποία εάν συμβούν μπορούν να επιφέρουν μια σειρά από σημαντικές αλλαγές (Oliver, Mosialos, 2005). Οι κρίσιμες συγκυρίες αποτελούν σημαντικό στοιχείο στην παράδοση του ιστορικού θεσμισμού γιατί αποτελούν τους δείκτες της αρχικής διαδρομής απ' όπου εξαρτώνται οι διαδικασίες. (Fioretos, Falleti, Sheingate, 2013). Στη θεσμική ανάλυση οι κρίσιμες συγκυρίες χαρακτηρίζονται από μια κατάσταση όπου η διάρθρωση (οικονομική, πολιτική, ιδεολογική, οργάνωση) επιδρά στην πολιτική δράση. Ως κρίσιμες συγκυρίες ορίζονται κάποιες σχετικά σύντομες περίοδοι κατά τις οποίες υπάρχει αξιοσημείωτη πιθανότητα οι επιλογές των δρώντων να επηρεάσουν τα αποτελέσματα. Οι σύντομες περίοδοι δηλώνουν τη

διάρκεια της συγκυρίας είναι σε σχέση με το μονοπάτι της εξαρτημένης τροχιάς. Επιπλέον ως κρίσιμη συγκυρία θα μπορούσε να οριστεί μια περίοδος σημαντικής αλλαγής η οποία συμβαίνει με διαφορετικούς τρόπους και με το οποίο παράγονται διαφορετικά κληροδοτήματα πολιτικής. Επιπλέον σε πολλές περιπτώσεις οι κρίσιμες συγκυρίες αποτελούν στιγμές «σχετικής διαρθρωτικής απροσδιοριστίας» (Cappoccia, Cellemen, 2007). Οι κρίσιμες συγκυρίες αντιπροσωπεύουν το χρονικό πλαίσιο όπου επιτρέπεται η αναπροσαρμογή των δρώντων σε σχέση με τις στρατηγικές επιλογές και προτιμήσεις σε σχέση με ένα νέο θεσμικό μοντέλο (Da Cunha Rezende, 2012). Πότε όμως πραγματοποιείται μια κρίσιμη αλλαγή; Η αλλαγή μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνον στα «κρίσιμα σταυροδρόμια». Οι κρίσιμες διασταυρώσεις αποτελούν εκείνες τις ιστορικές στιγμές όπου οι αποφάσεις λαμβάνονται σε συνθήκες υψηλής αβεβαιότητας. Το γεγονός αυτό έχει ως απόρροια: Να παρέχεται η δυνατότητα για επιλογές καθώς επίσης οι αποφάσεις που θα ληφθούν θα καθορίσουν μακροπρόθεσμα την πολιτική πράξη πραγμάτων (Μοσχόπουλος, 2014). Συνεπώς πρόκειται σε ένα «κρίσιμο σταυροδρόμι» οι πολιτικές εξελίξεις καθορίζονται από αποφασιστικές περιστάσεις οι οποίες και σκιαγραφούν το βασικό περίγραμμα της κοινωνικής ζωής και κατευθύνουν τις πολιτικές σε ένα νέο ορίζοντα (Νικολέντζος, 2008). Συνεπώς οι κρίσιμες περιστάσεις αποτελούν μια κατάσταση ποιοτικά διαφοροποιημένη από τη «φυσιολογική» σε σχέση με την ανάπτυξη του πλαισίου του ιστορικού θεσμισμού. (Cappoccia, Cellemen, 2007). Ο Pierson αναφέρει την ύπαρξη τεσσάρων αντιλήψεων (θεωριών) για τη παραδοσιακή διαδικασία της αλλαγής. Θεωρίες που σχετίζονται με τις κρίσιμες περιστάσεις σχετίζεται με εξωτερικά συμβάντα (shock). Θεωρίες που βασίζονται στο ότι οι αλλαγές που λαμβάνουν χώρα εξηγούνται από την απώλεια της συνεργασίας στο πλαίσιο της πολιτικής διαδικασίας. Θεωρίες οι οποίες στηρίζονται στις πολυδιάστατες πτυχές και τις διεθνείς επιπτώσεις. Σε αυτά η θεσμική αλλαγή καθοδηγείται από τις επιδράσεις της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στους θεσμούς. Αντιλήψεις που εστιάζουν στη δράση των μεταρρυθμιστών και οι αλλαγές που τίθενται σε διαδικασία από τους πολιτικούς δρώντες οι οποίοι διαθέτουν τις απαραίτητες ικανότητες να λύνουν τα προβλήματα σε πνεύμα συλλογικής δράσης (Da Cunha Rezende, 2012).

Ο θεσμισμός ως αναλυτικό εργαλείο των ευρωπαϊκών επιρροών στην πολιτική υγείας

Η προσέγγιση του ιστορικού θεσμισμού στο χώρο της πολιτικής της υγείας αναφέρεται ως η θεωρία της εξάρτησης από την ιστορική πορεία. Με γνώμονα τη συγκεκριμένη πορεία κατανοείται γιατί οι δραστικές αλλαγές στον υγειονομικό τομέα δεν αποτελούν ένα σύνηθες φαινόμενο στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Γκάτσου, 2006). Ο ιστορικός θεσμισμός εξηγεί με σαφή τρόπο την εξέλιξη των διαφόρων συστημάτων υγείας καθώς και την επίδραση των βασικών δρώντων όπως των εθνικών κυβερνήσεων, των θεσμών καθώς και της ιστορικής πορείας και συνέχειας στον υγειονομικό τομέα. Είναι εύλογη λοιπόν η χρήση του ιστορικού θεσμισμού ως αναλυτικό εργαλείο στη διερεύνηση της θεσμικής φύσης των μνημονίων. Αποτελούν οι τρεις δανειακές συμφωνίες, τα τρία μνημόνια που υπεγράφησαν από τις Ελληνικές Κυβερνήσεις μια θεσμοθέτηση επιρροών σε μονοπάτι εξαρτημένης τροχιάς με την προ κρίσης περίοδο ή το ξεκίνημα της κρίσης αποτελεί ένα κρίσιμο σταυροδρόμι ή μια κρίσιμη συγκυρία για την πολιτική υγείας της χώρας;

Στην αντίπερα όχθη σε ότι σχετίζεται με την ανταπόκριση των εθνικών δομών στις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στις πρακτικές που υιοθετούνται κατά την εξέλιξη της ευρωπαϊκής ενοποίησης από την σκοπιά του ορθολογικού θεσμισμού η ασυμφωνία ανάμεσα στις ευρωπαϊκές και τις εθνικές διαδικασίες, πολιτικές πρακτικές, κουλτούρα και θεσμούς προσφέρει στους πολιτικούς και κοινωνικούς δρώντες νέες ευκαιρίες αλλά και υποχρεώσεις με στόχο την εξυπηρέτηση των συμφερόντων τους. Το ποσοστό που αυτές οι δυνατότητες θα επιδράσουν στις εθνικές δομές και σε μια νέα αναδιανομή δυνάμεων καθορίζεται από την δυνατότητα των δρώντων να εκμεταλλευτούν τις δυνατότητες αυτές και να αποφύγουν τους εξαναγκασμούς. Βασικοί παράγοντες που επεμβαίνουν είναι η δυνατότητα των δρώντων να διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο στον καθορισμό λήψης αποφάσεων καθότι τους ενισχύει με πρόσθετη δύναμη καθώς επίσης οι τυπικοί θεσμοί οι οποίοι καθορίζουν, σκιαγραφούν ιδεολογικές και υλικές κατευθύνσεις με στόχο την αξιοποίηση των νέων δυνατοτήτων που θα τους οδηγήσει σε αυξημένη πιθανότητα αλλαγής.

Στον ορθολογικό θεσμισμό οι δρώντες προσβλέπουν στην μεγιστοποίηση της ωφέλειάς τους με υπολογισμό ωφελειών και απωλειών. Με την συγκεκριμένη προσέγγιση η ευρωπαϊκή ενοποίηση λογίζεται ως μια κατάσταση που δίνει στους δρώντες την δυνατότητα να αυξήσουν την επιρροή τους έναντι άλλων. Σε ότι σχετίζεται με την ροπή για μετασχηματισμό των ευρωπαϊκών δεδομένων στις εθνικές πολιτικές ο ορθολογικός θεσμισμός πρεσβεύει ότι μια υψηλή πίεση για προσαρμογή επιφέρει τις πλέον σημαίνουσες αλλαγές (Γκάτσου, 2006). Συνεπώς η οπτική του ορθολογικού θεσμισμού συνοψίζεται στο γεγονός ότι η ευρωπαϊκή ενοποίηση κατευθύνει σε εθνικές αλλαγές μέσω μιας διαφοροποιημένης ενδυνάμωσης των δρώντων όπου κατ' επέκταση θα καταλήξει σε μια αναδιανομή δυνάμεων σε εθνικό επίπεδο. Αντίθετα στον κοινωνιολογικό θεσμισμό δίδεται μεγαλύτερη έμφαση στη «λογική της καταλληλότητας» καθώς επίσης σε διαδικασίες πειθούς. Οι ευρωπαϊκές πολιτικές πρακτικές καθώς επίσης και η συλλογική κατανόηση των πρακτικών ασκούν πιέσεις στις διαδικασίες που διαδραματίζονται σε εθνικό επίπεδο καθώς προσθέτουν επίπεδα περιορισμού στη λήψη αποφάσεων είτε μέσω Ευρωπαϊκών κατευθύνσεων, είτε μέσω δικαστικών αποφάσεων είτε μέσω μιας δημοσιονομικής πειθαρχίας είτε μέσω μνημονίων.

Υπάρχουν δύο βασικοί παράγοντες που παρεμβάλλονται και επιδρούν στο βαθμό που η ασυμφωνία ανάμεσα σε ευρωπαϊκές και εθνικές διαδικασίες να καταλήξει στη δημιουργία νέων δομών, νέων ταυτοτήτων. Αφενός οι παράγοντες της αλλαγής οι οποίοι κινητοποιούν σε εθνικό επίπεδο και πείθουν στον επαναπροσδιορισμό ταυτοτήτων και συμφερόντων, αφετέρου η ύπαρξη μιας πολιτικής κουλτούρας η οποία συντελεί στην οικοδόμηση κλίματος συναίνεσης. Η διαδικασία του εξευρωπαϊσμού σύμφωνα με τον κοινωνιολογικό θεσμισμό οδηγεί στις εθνικές αλλαγές βάσει της κοινωνικοποίησης και της διαδικασίας της συλλογικής μάθησης που καταλήγουν στη κατανόηση των ιδεών, της νοοτροπίας καθώς επίσης στην ανάπτυξη καινούργιων ταυτοτήτων και δομών (Γκάτσου, 2006) πράγμα όμως δύσκολο εξαιτίας της αντίστασης που εμφανίζεται σε εθνικό επίπεδο.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να διερευνήσει στα πλαίσια του ιστορικού θεσμισμού την φύση των μνημονίων στην πολιτική υγείας της Ελλάδος της κρίσης. Με άλλα λόγια να απαντήσει στο αν τα μνημόνια αποτελούν θεσμική συνέχεια μιας άτυπης ιδεολογικής σύγκλισης γύρω από μια δημοσιονομική πειθαρχία που προϋπήρχε της κρίσης ή αν αποτελούν ένα νέο υπόδειγμα πολιτικής. Δημιούργησαν

δηλαδή η κρίση και τα μνημόνια ένα νέο μονοπάτι πολιτικής μετά από μια κρίσιμη συγκυρία ή οι πολιτικές συνεχίζουν στο ίδιο μονοπάτι εξαρτημένης τροχιάς με την προ κρίσης περίοδο, και οι πολιτικές αυτές εφαρμόζονται περισσότερο επιτακτικά;

Στο πρώτο μέρος θα εστιάσουμε στην διαδικασία της Ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης και του εξευρωπαϊσμού και το πώς αυτές οι διαδικασίες επηρεάζουν την πολιτική σε εθνικό επίπεδο εν γένει και πιο συγκεκριμένα την πολιτική υγείας. Στη συνέχεια θα στρέψουμε την προσοχή μας στην πολιτική υγείας στην Ελλάδα την περίοδο προ κρίσεως επιχειρώντας να εντοπίσουμε τα μεταρρυθμιστικά ρεύματα που επικρατούσαν στην ατζέντα εκείνη σε διάφορες χρονικές περιόδους, τους πολιτικούς περιορισμούς που όριζαν το πλαίσιο της μεταρρύθμισης και την έκβαση αυτών. Εν συνεχεία περιγράφουμε τις αλλαγές που έφερε το μνημόνιο στον τομέα υγείας προσπαθώντας να διερευνήσουμε αν αυτές οι μνημονιακές μεταρρυθμίσεις αποτελούν συνέχεια προηγούμενων προσπαθειών ή ήταν κάτι καινοτόμο στη πολιτική ατζέντα. Η μελέτη ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα υποστηρίζοντας πως τα μνημόνια αποτελούν μια θεσμοθέτηση Ευρωπαϊκών επιρροών όπου στις περιόδους πριν το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης παρουσιάζονταν ως μια άτυπη ιδεολογική σύγκλιση γύρω από μια αόριστη έννοια της δημοσιονομικής πειθαρχίας και που μέσω μνημονίων αποκτούν και τα ίδια θεσμικά χαρακτηριστικά οδηγώντας το ελληνικό σύστημα υγείας προς ένα μοντέλο οιονεί αγοράς, συγκλίνοντας ως προς αυτό με άλλα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

Σύμφωνα με το θεσμικό σύστημα που διακρίνει την ΕΕ τα κράτη-μέλη που την απαρτίζουν και έχουν υπογράψει τις Ευρωπαϊκές συνθήκες εκχωρούν αρμοδιότητες εθνικής κυριαρχίας σε ανεξάρτητα όργανα, τα οποία επιχειρούν να εξισορροπήσουν ανάμεσα στο εθνικό και το κοινοτικό συμφέρον. Οι ιδρυτικές συνθήκες της Ένωσης καθορίζουν και τα όργανα της. Τα τελευταία διακρίνονται σε θεσμικά και σε συμβουλευτικά και επηρεάζουν με τις αποφάσεις τις οποίες λαμβάνουν τη πορεία των κρατών-μελών καθώς επίσης και των πολιτών της Ένωσης (Χούκλη, 2007).



Εικόνα 2.1 : Ευρωπαϊκή Ένωση

Θεσμικά Όργανα

Το Ευρωπαϊκό συμβούλιο

Το Ευρωπαϊκό συμβούλιο ή συμβούλιο των αρχηγών Κρατών και Κυβερνήσεων της ΕΕ θεωρείται ως ο αρχιτέκτονας του κοινοτικού οικοδομήματος. Αυτό δίνει την απαιτούμενη ώθηση για την ανάπτυξη της Ένωσης, καθορίζει τους γενικούς προσανατολισμούς και λύνει τα πλέον σοβαρά προβλήματα που ανακύπτουν σε ότι σχετίζεται με την ευρωπαϊκή οικοδόμηση. Το Ευρωπαϊκό συμβούλιο συνέρχεται δύο φορές τουλάχιστον κατ' έτος υπό την προεδρία του Αρχηγού Κράτους ή Κυβέρνησης του κράτους-μέλους που ασκεί την προεδρία του Συμβουλίου. Το Ευρωπαϊκό συμβούλιο αποτελεί ένα χώρο όπου οι ηγέτες των Κρατών-μελών ανταλλάσσουν ελεύθερα τις απόψεις τους. Το Ευρωπαϊκό συμβούλιο αποτελεί θεσμό όπου δύναται να παρθούν «πακέτα αποφάσεων» παρακάμπτοντας τεχνικές διαδικασίες. Το συμβούλιο των αρχηγών-Κρατών προωθεί συχνά τα δύσκολα πολιτικά και οικονομικά μέτρα για τα οποία δεν κατέστη εφικτό να λυθούν σε επίπεδο Υπουργών. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται έχουν σημαντική αξία από πολιτικής απόψεως αλλά όχι νομικής (Μούσης, 2002).

Το συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Στο συμβούλιο της ΕΕ το οποίο αποτελείται από Υπουργούς των κρατών-μελών αποτελεί το κύριο όργανο απόφασης της κοινότητας. Στην πραγματικότητα πρόκειται για 16 συνθέσεις του Συμβουλίου: γενικών υποθέσεων, οικονομικών και δημοσιονομικών θεμάτων, απασχόλησης, υγείας κ.α. Κάθε σύνθεση του Συμβουλίου απαρτίζεται από τους αρμοδίους για το κάθε ζήτημα Υπουργούς. Το Συμβούλιο αποτελεί το βασικό πολιτικό όργανο για την λήψη των αποφάσεων της Ένωσης καθώς επίσης ασκεί νομοθετική και δημοσιονομική λειτουργία. Σημαντική συνεισφορά στη προετοιμασία των διασκέψεων των Υπουργών διαδραματίζει η Επιτροπή των μονίμων αντιπροσώπων των κρατών μελών (Χούκλη,2007).

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Commission)

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αποτελεί την κινητήριο δύναμη του ευρωπαϊκού οικοδομήματος. Η επιτροπή αποτελείται από το Σώμα των Επιτρόπων το οποίο σήμερα περιλαμβάνει 28 μέλη συμπεριλαμβανομένου του Προέδρου και των Αντιπροέδρων και εδρεύει στις Βρυξέλλες. Η Επιτροπή έχει το ρόλο της πρωτοβουλίας να κάνει προτάσεις για τη λήψη κοινοτικών αποφάσεων. Η Επιτροπή είναι επιφορτισμένη με το καθήκον να καθορίζει το κοινό συμφέρον με κάθε πολιτική ή ενέργεια και οι εκπρόσωποι των κρατών –μελών να την υποκαταστήσουν σε αυτό το έργο σε περίπτωση που συμφωνούν μεταξύ τους. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αποτελεί τον φύλακα των Συνθηκών ή αλλιώς του κοινοτικού κεκτημένου. Μεριμνά για τη πιστή εφαρμογή των διατάξεων των συνθηκών (Μούσης, 2002). Η Επιτροπή αποτελεί επίσης τον διαχειριστή και εκτελεστή των πολιτικών της Ένωσης καθώς εκτός από το καθήκον της διαχείρισης του ετήσιου κοινοτικού προϋπολογισμού έχει και εκτελεστικές αρμοδιότητες τις οποίες εκχωρεί στο Συμβούλιο για τη θέση σε εφαρμογή των κοινών πολιτικών (Χούκλη, 2007).

Το Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο

Το Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο αποτελεί ένα άμεσο εκλεγμένο σώμα της ΕΕ το οποίο αποτελείται από 751 βουλευτές. Το κοινοβούλιο έχει τέσσερις βασικές αποστολές: τη νομοθετική, την πολιτική, τη δημοσιονομική και την ελεγκτική. Στη νομοθετική εγκρίνει νομοθετικές πράξεις της ΕΕ με βάση τις προτάσεις της Επιτροπής, αποφασίζει για διεθνείς συμφωνίες, αποφασίζει για θέματα διεύρυνσης. Στη πολιτική ζητά από την Επιτροπή και το Συμβούλιο να τροποποιήσουν τις κοινές πολιτικές ή να αναπτύξουν νέες. Στη δημοσιονομική καταρτίζει το προϋπολογισμό της ΕΕ μαζί με το Συμβούλιο καθώς επίσης ελέγχει τις δαπάνες που βαρύνουν το

κοινοτικό προϋπολογισμό. Η ελεγκτική εξουσία του κοινοβουλίου ασκείται ιδιαίτερα επί της Επιτροπής. Η Επιτροπή υποχρεούται να λογοδοτεί στο κοινοβούλιο.

Το Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών κοινοτήτων

Το δικαστήριο των Ευρωπαϊκών κοινοτήτων ή Ευρωπαϊκό Δικαστήριο το οποίο εδρεύει στο Λουξεμβούργο έχει ως βασική αποστολή την διατήρηση του σεβασμού του κοινοτικού δικαίου κατά την ερμηνεία και εφαρμογή των Συνθηκών και των νομικών αποφάσεων που εκδίδονται. Ανωτάτη δικαστική εξουσία της Κοινότητας το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο ερμηνεύει με συνέπεια και ομοιομορφία το κοινοτικό δίκαιο και επιβάλλει το σεβασμό από το σύνολο των κρατών-μελών και από τους υπηκόους της Ένωσης. Με τις αποφάσεις και τις ερμηνείες του το Δικαστήριο προωθεί την ανάπτυξη ενός κοινοτικού δικαίου που επιβάλλεται σε όλους· όργανα της Κοινότητας, κράτη-μέλη, εθνικά δικαστήρια, πολίτες (Χούκλη, 2007).

Το Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο

Αποτελεί υπεύθυνο όργανο για τον εξωτερικό έλεγχο του γενικού προϋπολογισμού καθώς επίσης ελέγχει τους λογαριασμούς του συνόλου των εσόδων και εξόδων της Κοινότητας.

Συμβουλευτικά όργανα

Η Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή

Η Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή αποτελεί το επίσημο όργανο που επιτρέπει στους κοινοτικούς θεσμούς να εκτιμούν και να λαμβάνουν υπόψη τα συμφέροντα των επαγγελματιών και άλλων ενδιαφερόμενων ομάδων κατά την εκπόνηση των κοινών πολιτικών.

Η Επιτροπή Περιφερειών

Η Επιτροπή Περιφερειών αποτελεί στο κοινοτικό οικοδόμημα μια συμβουλευτική επιτροπή η οποία αποτελείται από αντιπροσώπους των οργανισμών τοπικής και περιφερειακής αυτοδιοίκησης. Το Συμβούλιο ή η Επιτροπή ζητούν υποχρεωτικά τη γνώμη της Επιτροπής Περιφερειών σε θέματα δημοσίας υγείας, παιδείας, πολιτισμού, απασχόλησης κ.α (Μούσης, 2002).

Ευρωπαϊκή ενοποίηση- δυναμικές εξευρωπαϊσμού

Η διαδικασία της ευρωπαϊκής ενοποίησης διακρίνεται για τη ξεκάθαρη επιρροή στις δημόσιες πολιτικές των κρατών-μελών (Bulmer, Radaelli, 2004). Η επιρροή αυτή δεν είναι ενιαία και κοινή σε όλους τους τομείς των πολιτικών καθώς και των δημοσίων δραστηριοτήτων (Bohm, Landwehr, 2014). Ως κορυφαία παραδείγματα ισχυρής επίδρασης θα μπορούσαν να περιγραφούν οι περιπτώσεις της νομισματικής πολιτικής καθώς και της πολιτικής εμπορίου όπου τα κράτη μέλη που απαρτίζουν την Ευρωπαϊκή Ένωση έχουν χάσει τη δυνατότητα να ενεργούν και να δρουν ανεξάρτητα. Αντιθέτως υπάρχουν πεδία πολιτικής δραστηριότητας όπως ο χώρος της υγείας όπου η επίδραση της ευρωπαϊκής ενοποίησης δεν έχει την αντίστοιχη επιρροή. Το ενδιαφέρον για τον εξευρωπαϊσμό οφείλεται στην πορεία και την εξέλιξη της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης καθώς επίσης και στις δυναμικές που αναπτύσσονται και επιδρούν στις δημόσιες πολιτικές. Στο σημείο αυτό σκόπιμο είναι να γίνει μια διασαφήνιση των εννοιών ευρωπαϊκή ολοκλήρωση και εξευρωπαϊσμός. Πολλοί επιστήμονες ταυτίζουν τις δύο έννοιες. Ορισμένοι άλλοι θεωρούν την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση ως ευρύτερο φαινόμενο σε σχέση με τον εξευρωπαϊσμό, ή πως η ευρωπαϊκή ολοκλήρωση αποτελεί λειτουργία που παράγεται σε κορυφαίο επίπεδο σε αντίθεση με τον εξευρωπαϊσμό που λαμβάνει χώρα, εξελίσσεται από κάτω (Pirro, Zeff, 2000). Επιπλέον αναφέρεται πως η ευρωπαϊκή ολοκλήρωση αφορά τη μεταβίβαση κυριαρχίας από πλευράς εθνικών κρατών στην υπερεθνική ένωση ενώ ο εξευρωπαϊσμός αφορά την προσαρμογή των εγχώριων θεσμών και πολιτικών μια φορά κατά τη σύνθεση (Rabeharisoa, O Donovan, 2013). Επιπρόσθετα στην έννοια της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης το ενδιαφέρον εστιάζεται στην πολιτική ανάπτυξη και στις πολιτικές σε υπερεθνικό επίπεδο ενώ στον εξευρωπαϊσμό η βάση δίδεται στις

συνέπειες των διαδικασιών της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης για τα κράτη-μέλη (Larsen, Olsen 2010).

Εξειδικεύοντας υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερις μακρο-δυναμικές οι οποίες διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην εξέλιξη του ενδιαφέροντος για τον εξευρωπαϊσμό. Η πρώτη αφορά τη θεσμοθέτηση της κοινής αγοράς. Αφορά τις κατευθυντήριες οδηγίες και ρυθμίσεις που επηρεάζουν τις εθνικές αγορές. Η δεύτερη δυναμική αφορά στη δημιουργία της οικονομικής και νομισματικής ένωσης η οποία δημιούργησε το κοινό νόμισμα και έχει αυξήσει το βαθμό αλληλεξάρτησης των πολιτικών. Οι συνέπειες της δημιουργίας της οικονομικής και νομισματικής ένωσης ενδυνάμωσαν κάποιους δρώντες και αντίστοιχα αποδυνάμωσαν κάποιους άλλους.

Ο εξευρωπαϊσμός δεν υπήρξε αποκλειστικά αποτέλεσμα διεύρυνσης των πολιτικών που διαδραματίζονται σε ευρωπαϊκό επίπεδο αλλά και το αποτέλεσμα διαδικασιών που προέρχονται από τη κοινή αγορά και επηρεάζονται από την πολιτική ανταγωνισμού. Αυτή η διαδικασία αποτελεί την τρίτη μακρο-δυναμική. Η τέταρτη δυναμική συνοψίζεται στη διαδικασία της διεύρυνσης. Η ΕΕ προσπάθησε να εξάγει το κοινοτικό κεκτημένο κάνοντας προσπάθεια να μεταφέρει κανόνες και νόρμες δημοκρατικής συμπεριφοράς στα υποψήφια κράτη-μέλη πέραν του πεδίου της κοινής αγοράς. Τα κράτη μέλη πρέπει να πληρούν κριτήρια δημοκρατικής συμπεριφοράς, συνείδησης, ανθρωπίνων δικαιωμάτων εκτός αυτών που αφορούν ζητήματα οικονομικής προσαρμογής. Η διεύρυνση απετέλεσε ισχυρό παράδειγμα στην διαδικασία του εξευρωπαϊσμού (Bulmer, Radaelli, 2004).

Έννοιες-μορφές εξευρωπαϊσμού

Προτού αποδοθούν οι απαραίτητοι ορισμοί περί εξευρωπαϊσμού καθίσταται σκόπιμο να διασαφηνισθούν τα απαραίτητα χαρακτηριστικά τα οποία θα οδηγήσουν και στην δημιουργία του ορισμού.

- Ο εξευρωπαϊσμός προέρχεται από διαφορετικά στάδια και μορφές πολιτικής διαδικασίας: χάραξη πολιτικής (construction), εφαρμογή της πολιτικής εν τοις πράγμασι (institutionalization) και διάχυση της πολιτικής αυτής κατά τρόπο

δομημένο (diffusion) και αφορά τόσο τους άμεσους μηχανισμούς όσο και τους ήπιους που δύναται να προκύψουν από μία κάθετη διαδικασία από κάτω προς τα πάνω καθώς και το ανάποδο (top-down και bottom up) (Brooks, 2012).

- Ο εξευρωπαϊσμός δεν σχετίζεται με απλώς με τυπικούς πολιτικούς κανόνες αλλά και σε περισσότερο απτά θέματα όπως οι πεποιθήσεις και τα πιστεύω.
- Η αντίληψη περί εξευρωπαϊσμού σχετίζεται με την επίδραση της ευρωπαϊκής πολιτικής στα κράτη μέλη. Περιλαμβάνει δύο σκέλη: αποδοχή σε ευρωπαϊκό επίπεδο και στη συνέχεια ενσωμάτωση σε εθνικό. Το αρχικό στάδιο αποτελεί ένα μέρος της όλης διαδικασίας. Αυτό εξηγεί γιατί ο εξευρωπαϊσμός και η χάραξη πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι εννοιολογικά μεταξύ τους σχετιζόμενες αλλά μη ταυτόσημες έννοιες (Bulmer, Radaelli, 2004).

Στην επιστημονική κοινότητα ταυτοποιήθηκαν οκτώ είδη εξευρωπαϊσμού. Η συγκεκριμένη λίστα παρέχει μια άποψη για το εύρος ανάλυσης των κοινωνικών επιστημών στο ζήτημα του εξευρωπαϊσμού (Harmsen, Wilson, 2000).

- Εξευρωπαϊσμός ως εμφάνιση νέων τύπων Ευρωπαϊκής διακυβέρνησης. Ο εξευρωπαϊσμός σε αυτή τη μορφή εστιάζει στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Δεν πρέπει να κατανοηθεί ως ταυτόσημο της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης. Περισσότερο δίδεται έμφαση στους τρόπους με τους οποίους η ευρωπαϊκή ολοκλήρωση οδηγεί σε αλλαγή αντιλήψεων δομών, σχέσεων, επανακαθορισμό ταυτότητας τόσο σε εθνικό όσο και σε υπερεθνικό τοπίο. Ο εξευρωπαϊσμός σε αυτή την μορφή τονίζει την δυναμική κοινωνικοποίηση των θεσμών δίδοντας έμφαση στην έκταση των μόνιμων θεσμικών δομών.
- Εξευρωπαϊσμός ως θεσμική υιοθέτηση. Στη συγκεκριμένη μορφή αναφέρεται πως η υιοθέτηση από τις εθνικές θεσμικές δομές και τις πολιτικές διαδικασίες αντιστοιχούν με την ανάπτυξη της θεσμικής ολοκλήρωσης. Στο πνεύμα του συγκεκριμένου τύπου στον ορισμό περί εξευρωπαϊσμού ο Ladrech αναφέρει πως είναι μια σταδιακή διαδικασία επαναπροσανατολισμού της κατεύθυνσης και διαμόρφωσης της πολιτικής στο βαθμό που οι ευρωπαϊκές πολιτικές και οικονομικές δυναμικές γίνονται μέρος της οργανωτικής λογικής των εθνικών πολιτικών (Larsen, Olsen, 2010).

- Εξευρωπαϊσμός ως πολιτική «ισομορφισμού». Η συγκεκριμένη μορφή στρέφει την προσοχή της στο βαθμό της σύγκλισης σε ουσιαστικά πολιτικά πεδία. Ο Radaelli αναφέρει πως ο εξευρωπαϊσμός της πολιτικής έχει δύο διαστάσεις. Στη μία διακρίνεται ένας άμεσος εξευρωπαϊσμός σε διάφορους τομείς της δημοσίας πολιτικής ως αποτέλεσμα επιρροής από πλευράς Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στη δεύτερη διάσταση διακρίνεται ένας έμμεσος εξευρωπαϊσμός της δημοσίας πολιτικής. Αναφέρεται σε πεδία όπου τα κράτη-μέλη έχουν σε διαφορετικό βαθμό να «μιμούνται» το ένα το άλλο σε ζητήματα πολιτικών επιλογών ή ρυθμιστικών πλαισίων.
- Εξευρωπαϊσμός ως προβληματική και ως ευκαιρία για την εγχώρια πολιτική διαχείριση. Σε τούτη τη περίπτωση οι εθνικές κυβερνήσεις πρέπει να συμβιβάσουν τις αντιφατικές και αντικρουόμενες ευρωπαϊκές και εθνικές πιέσεις σε ότι σχετίζεται με τις ουσιαστικές πολιτικές επιλογές. Οι κυβερνήσεις πρέπει να βρύνε την κρίσιμη στρατηγική θέση στις εκάστοτε περιστάσεις ανάμεσα σε ευρωπαϊκό και εθνικό πεδίο που θα επιτρέψει την «σύμπλευση».
- Εξευρωπαϊσμός ως μοντερνισμός. Ο συγκεκριμένος τύπος αναφέρεται στις γεωγραφικά περισσότερο απομακρυσμένες περιοχές και συνάμα λιγότερο ανεπτυγμένες σε οικονομικό επίπεδο. Αυτό συνεπάγεται μια σειρά από διαρθρωτικές αλλαγές για να προσεγγίσουν οι χώρες αυτές το «ευρωπαϊκό γίγνεσθαι». Το τελευταίο αφορά στα πολιτικά και κοινωνικά υποδείγματα που επικρατούν στη περισσότερο ευημερούντα κράτη του «πυρήνα» της Ευρώπης.
- Εξευρωπαϊσμός με σκοπό «μια Ευρώπη που ενώνει». Ο τίτλος γίνεται κατανοητός στο πλαίσιο διεύρυνσης της ΕΕ και αναφέρεται στα κράτη της Ανατολικής Ευρώπης και στην σταθεροποίηση των θεσμών και της οικονομίας της αγοράς.
- Εξευρωπαϊσμός ως ανακατασκευή «ταυτοτήτων». Αναφέρεται για την αναμόρφωση της συλλογικής ταυτότητας στη σύγχρονη Ευρώπη χωρίς να υποσκελίζεται απαραίτητα η εθνική ταυτότητα. Ο συγκεκριμένος τύπος προσεγγίζει ζητήματα πολιτικής και πολιτιστικής υφής.
- Εξευρωπαϊσμός ως διεθνικότητα και πολιτιστική ένταξη. Αυτός ο τύπος αναφέρεται στις σφαίρες αλληλεπίδρασης στην καθημερινή ζωή όπου οι λαοί της Ευρώπης συμμετέχουν καθημερινά πρόσωπο με πρόσωπο.

Υπάρχει μια πληθώρα πιθανών ορισμών περί εξευρωπαϊσμού. Ένας πρώτος ορισμός του εξευρωπαϊσμού αναφέρει πως είναι εκείνη η διαδικασία με την οποία η εγχώρια πολιτική καθίσταται με σταδιακά αυξανόμενο βαθμό αντικείμενο ευρωπαϊκής χάραξης πολιτικής (Borzel, 2005). Συνεπώς οι εγχώριες δυναμικές που αναπτύσσονται μέσω της διαδικασίας του μετασχηματισμού είναι αποτέλεσμα του εξευρωπαϊσμού. Ίσως ο πληρέστερος ορισμός είναι αυτός του Claudio Radaelli ο οποίος αναφέρει ότι ο εξευρωπαϊσμός συνίσταται από μια αλληλουχία διαδικασιών, δημιουργίας, διάχυσης και θεσμοποίησης τυπικών και άτυπων κανόνων, πολιτικών παραδειγμάτων, τρόπων πολιτικής, κοινών αντιλήψεων και πεποιθήσεων οι οποίες πρώτιστα ορίζονται και σταθεροποιούνται εντός του πλαισίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της πολιτικής της και μετέπειτα αφομοιώνεται στη λογική της εθνικής πραγματικότητας (κεντρικής και περιφερειακής), των πολιτικών δομών και των δημοσίων πολιτικών (Bulmer, Radaelli, 2004).

Για να κατανοήσουμε βαθύτερα τη διαδικασία του εξευρωπαϊσμού καθώς επίσης και τη δυναμική του θα αναλυθούν τα τέσσερα διαφορετικά πρότυπα διακυβέρνησης συνδεδεμένα το καθένα με συγκεκριμένο τύπο πολιτικής (Bulmer, Radaelli, 2004).

- Διακυβέρνηση μέσω διαπραγματεύσεων. Όπως αναλύθηκε προηγουμένα η εξουσία της ΕΕ επεκτείνεται με διαφορετικό εύρος ανάλογα με το πολιτικό πεδίο στο οποίο απευθύνεται. Απόλυτη εξουσία στο ζήτημα της εσωτερικής αγοράς, περιορισμένη στην πολιτική εργασίας. Ανεξάρτητα με το εύρος της εξουσίας οι αποφάσεις λαμβάνονται μέσω διαπραγματεύσεων. Στο συγκεκριμένο σημείο αναδύεται η σύνδεση της με τον εξευρωπαϊσμό. Η ευρωπαϊκή πολιτική προκύπτει μέσω διαδικασιών ως επί το πλείστον της διαπραγματεύσεως. Η συμμετοχή των δρώντων στη διαδικασία των διαπραγματεύσεων αποτελεί αξιοσημείωτο γεγονός στο επίπεδο εφαρμογής της πολιτικής.
- Διακυβέρνηση μέσω ιεραρχίας- εκδοχή της θετικής ολοκλήρωσης. Σε αυτή την περίπτωση απαιτείται μια ενεργή υπερεθνική πολιτική. Στην οικονομική πολιτική η θετική ολοκλήρωση απαιτεί διαρθρωτικές αλλαγές στην αγορά. Στόχος είναι στην προκειμένη περίπτωση να περιοριστούν οι αρνητικές συνέπειες που προκύπτουν από την λειτουργία της ελεύθερης αγοράς. Η θετική ολοκλήρωση

περιέχει έναν χαρακτήρα περισσότερο πειστικό: υπερασπιζόμενη από το ευρωπαϊκό δίκαιο τα μέτρα έχουν τυπικές απαιτήσεις από τα κράτη- μέλη. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η οικονομική και νομισματική ένωση, η κοινή αγροτική πολιτική, η πολιτική περιβάλλοντος.

- Διακυβέρνηση μέσω ιεραρχίας-εκδοχή της αρνητικής ολοκλήρωσης. Η περίπτωση της αρνητικής ολοκλήρωσης συνδέεται άρρηκτα με τη λογική της ελεύθερης αγοράς. Σκοπός της ΕΕ αποτελεί η αδιασάλευτη και αδιατάρακτη λειτουργία της ελεύθερης αγοράς. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η πολιτική για τον ανταγωνισμό και της απαγόρευσης μίας σειράς πρακτικών που τον στρεβλώνουν ή παρεμποδίζουν.
- Διευκόλυνση συντονισμού. Το συγκεκριμένο πρότυπο αναφέρεται κυρίως στις περιπτώσεις όπου οι εθνικές πολιτικές διαδραματίζουν ένα ρόλο-κλειδί και δεν αποτελούν μέρος της εθνικής νομοθεσίας. Η ΕΕ λειτουργεί ως ένας τύπος ανταλλαγής απόψεων. Χρησιμοποιούνται εργαλεία ήπιας νομοθεσίας όπως η ανοικτή μέθοδος συντονισμού η οποία αποτελεί ένα ήπιο όργανο συντονισμού πολιτικών σε εθελοντική βάση. Ο συντονισμός αποτελεί μια μέθοδο διακυβέρνησης η οποία σέβεται την επικουρικότητα, την εθνική διαφορετικότητα.

Επιπροσθέτως ο εξευρωπαϊσμός επιδρά με τρεις διαφορετικούς διαστάσεις, σε τρεις διακριτές έννοιες: στην πολιτική, στην πολιτεία, στην πολιτική πρακτική (Borzel, Risse, 2000). Στην πολιτική εφόσον ένα μέρος των πολιτικών διαμορφώνεται σε ευρωπαϊκό επίπεδο οι συνέπειες των αποφάσεων έρχονται σαν απόρροια στην εγχώρια πολιτική. Σε επίπεδο πολιτείας αναφορές γίνονται στο κατά πόσον ο εξευρωπαϊσμός επηρεάζει πολιτικούς, οικονομικούς, νομικούς θεσμούς, ζητήματα εθνικής ταυτότητας, διοικητικές δομές. Στις πολιτικές πρακτικές υπάρχει σωρεία ζητημάτων πολιτικής που επηρεάζονται από την «πολιτική των Βρυξελλών». Η ΕΕ παράγει περί τις 500 πολιτικές αποφάσεις κατ' έτος . Ο εξευρωπαϊσμός σε ορισμένες πολιτικές όπως η πολιτική περιβάλλοντος και η αγροτική πολιτική προσεγγίζουν ένα επίπεδο όπου ένα ποσοστό άνω του 80% των υπαρχουσών πολιτικών καλλιεργείται σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Επιπλέον ο εξευρωπαϊσμός δύναται να επηρεάσει σε εθνικό επίπεδο με τρεις διαφορετικούς βαθμούς (Borzel, Risse, 2000).

- Απορρόφηση: Τα κράτη-μέλη ενσωματώνουν τις ευρωπαϊκές πολιτικές ή τις ιδέες και να προσαρμόσει τους θεσμούς χωρίς να τροποποιηθούν θεμελιωδώς οι υφιστάμενες διαδικασίες και πολιτικές. Ο βαθμός της αλλαγής σε εθνικό επίπεδο είναι χαμηλός.
- Προσαρμογή: Τα κράτη-μέλη καλούμενα να αντιμετωπίσουν την πίεση του εξευρωπαϊσμού προσαρμόζουν τις υφιστάμενες διαδικασίες, πολιτικές και θεσμούς χωρίς όμως να αλλάξουν τα ουσιώδη χαρακτηριστικά και τη λογική στην οποία στηρίζονται. Ο βαθμός αλλαγής είναι μεσαίου επιπέδου.
- Μετασχηματισμός: Τα κράτη-μέλη αντικαθιστούν-αλλάζουν τις υφιστάμενες πολιτικές διαδικασίες καθώς και τους θεσμούς με νέες ουσιωδώς διαφορετικές προσεγγίσεις ή συντελείται μια ουσιαστική τροποποίηση όπου τα δομικά χαρακτηριστικά καθώς και η λογική αλλάζει εκ θεμελίων. Ο βαθμός αλλαγής είναι υψηλός.

Εξευρωπαϊσμός της πολιτικής υγείας ορισμός έννοιες

Στο τομέα της πολιτικής της υγείας η έννοια του εξευρωπαϊσμού εκλαμβάνεται ως μια διαδικασία διαμόρφωσης, διάχυσης και θεσμοποίησης τυπικών και άτυπων κανόνων, μεθόδων παραδειγμάτων πολιτικής, στιλ, τρόπων δράσης, κοινών πεποιθήσεων και προτύπων που αρχικώς καθορίζονται και παγιώνονται στο πλαίσιο των ευρωπαϊκών διαδικασιών πολιτικής και εν συνεχεία ενσωματώνονται στη λογική της δημοσίας συζητήσεως, των πολιτικών δομών και των εθνικών πολιτικών σε δημόσιο επίπεδο (Velicu, 2011). Ο εξευρωπαϊσμός της πολιτικής υγείας αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο το οποίο λαμβάνει χώρα σε διάφορα επίπεδα και διαφορετικές επιδράσεις. Υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερα επίπεδα διαμόρφωσης της πολιτικής υγείας εντός της ΕΕ:

- Με τα κράτη-μέλη να ενεργούν κατά μόνας. Οι εθνικές κυβερνήσεις ανταποκρίνονται στα πλαίσια της εθνικής κυριαρχίας, τα συστήματα υγείας των κρατών μελών έχουν τις δικές τους οργανωτικές δομές, τις δικές τους λειτουργικές απαιτήσεις, τη δική τους πολιτική, πολιτιστική κουλτούρα.

- Με τα κράτη-μέλη να αναπτύσσουν συνεργασία μεταξύ τους. Στρατηγικά ανταποκρινόμενα και προβλέποντας τις πολιτικές επιλογές των άλλων κυβερνήσεων αλλά κατά βάση υιοθετώντας εθνική στρατηγική (κοινή προσαρμογή).
- Συνεργασία ανάμεσα στα κράτη-μέλη και την ΕΕ. Ανάπτυξη ενός επιπέδου διακυβερνητικής διαπραγμάτευσης με συμμετοχή πολλών δρώντων από διάφορα επίπεδα.
- Με την ΕΕ. Ανάπτυξη υπερεθνικής κυριαρχίας στο σύστημα υγείας (Steffen, 2005).

Όπως αναφέρθηκε ο εξευρωπαϊσμός της πολιτικής υγείας αποτελεί σύνθετο ζήτημα. Η ιδρυτική συνθήκη της ΕΟΚ αποτελούσε κυρίως μια συμφωνία οικονομικής συνεργασίας για τη δημιουργία της ενιαίας αγοράς με την ελεύθερη διακίνηση αγαθών υπηρεσιών κεφαλαίων και ανθρώπων μέσω της εναρμόνισης της νομοθεσίας και των σχετικών διατάξεων (Τούντας, 2008). Η αρχική εναρμόνιση περιελάμβανε δραστηριότητες που αφορούσαν (έμμεσα) τη δημόσια υγεία, με τις προδιαγραφές της υγιεινής και της ασφάλειας στη παραγωγή και διακίνηση σε τρόφιμα, φάρμακα και ιατρικά μηχανήματα (Μινογιάννης, 2003). Η συνθήκη του Μάαστριχτ το 1992 εισήγαγε το άρθρο 129 ΕΚ το οποίο αναφέρονταν στη προώθηση της δημοσίας υγείας, διαμορφώνοντας έτσι ένα θεσμικό πλαίσιο στο οποίο όλες οι παράμετροι της κοινοτικής πολιτικής να προσμετρούν τα ζητήματα υγείας (Τούντας, 2008). Σε έκθεσή του το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο υπογράμμισε πως το άρθρο 129 της Συνθήκης του Μάαστριχτ περιόριζε το σκοπό δράσης της Κοινότητας σε θέματα γενικού ενδιαφέροντος χωρίς αναφορά στην εναρμόνιση του νομοθετικού πλαισίου των κρατών-μελών στο τομέα της δημόσιας υγείας. Το συγκεκριμένο άρθρο δεν παρείχε ουσιαστική βάση για νομοθετική δραστηριότητα αλλά μόνον για συντονιστικές δράσεις (Οικονόμου, 2004). Η ΕΕ από τη συνθήκη του Μάαστριχτ και έπειτα έχει τόσο οικονομικούς όσο και κοινωνικούς στόχους και απαιτείται από τα κράτη-μέλη συνεισφορά στην επίτευξη ενός υψηλού επιπέδου κοινωνικής προστασίας. Επιπλέον η Συνθήκη του Άμστερνταμ το 1997 με το άρθρο 152 διατύπωσε την ανάγκη για ένα νέο στρατηγικό πλαίσιο για τη μείωση των κινδύνων που απειλούν την υγεία. Σύμφωνα με το ανωτέρω άρθρο τα ζητήματα υγείας διέπονται από την αρχή της συναπόφασης Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και

Συμβουλίου Υπουργών με τα δύο σώματα να διαμοιράζονται την εξουσία στη λήψη των αποφάσεων (Τούντας, 2008). Η Συνθήκη της Νίκαιας το 2000 με την υιοθέτηση του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων περικλείει τη προστασία της υγείας σαν μία από τις βασικές συνισταμένες της αλληλεγγύης. Ενδεικτικά αναφέρεται πως όλοι οι πολίτες δικαιούνται πρόσβαση στην πρόληψη και στην ιατρική φροντίδα σύμφωνα με τις προϋποθέσεις των εθνικών νομοθεσιών και πρακτικών (Τούντας, 2008) καθώς επίσης υψηλό επίπεδο κοινωνικής προστασίας και ποιότητας ζωής, κοινωνική συνοχή και αλληλεγγύη ανάμεσα στα κράτη-μέλη (Velicu, 2011). Η Συνθήκη της Λισαβόνας του 2009 κινείται στο πνεύμα της προστασίας και βελτίωσης της ανθρώπινης υγείας όπου αναφέρεται εκ νέου στο άρθρο 168 ΕΚ πως τα κράτη-μέλη είναι υπεύθυνα για τον συντονισμό και την υποστήριξη του συστήματος υγείας τους με έμφαση στην αρχή της επικουρικότητας όπου η άσκηση της δημόσιας εξουσίας ακολουθείται στο χαμηλότερο αποτελεσματικό επίπεδο (Sauter, 2012). Αυτές οι προσπάθειες είναι ενδεικτικές του ενός πνεύματος που οδηγεί στην ευρωπαϊκή ολοκλήρωση των συστημάτων υγείας οι οποίες δεν αφαιρούν από τα κράτη την ευθύνη για το χώρο της υγείας σε ζητήματα όπως της κοινωνικής ασφάλισης, της οργάνωσης ή της χρηματοδότησης του εκάστοτε συστήματος υγείας. Το κράτος-μέλος παραμένει ο κύριος δρών για την οργάνωση και την διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής φροντίδας (Altenstetter, 1998). Η υγεία συνέχιζε να είναι ένας τομέας ειδικής αρμοδιότητας των κρατών-μελών παράλληλα με σεβασμό στην αρχή της επικουρικότητας κατά την οποία δεν πρέπει να επιχειρείται ή να ρυθμίζεται σε κοινοτικό επίπεδο θέμα το οποίο δύναται να ρυθμιστεί καλύτερα σε εθνικό ή σε περιφερειακό επίπεδο (Μούσης, 2002). Η νομιμότητα της ΕΕ να δράττει βασίζεται στην ιδρυτική της συνθήκη αλλά αντιμετωπίζει δύο προκλήσεις: Το πλήθος και την διαφορετικότητα των δρώντων σε εθνικό αλλά και σε διεθνές επίπεδο (διαφορετικές κυβερνήσεις, διαφορετική οργάνωση των συστημάτων υγείας, διαχωρισμός δημοσίου-ιδιωτικού τομέα) καθώς επίσης διαφορετικές προτεραιότητες των κρατών σε ότι σχετίζεται με την υγειονομική ατζέντα (κοινωνική ασφάλεια, οικονομική, πολιτική δικαιοσύνη, υψηλός ή χαμηλός βαθμός φιλανθρωπίας). Τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη διαφέρουν θεμελιωδώς σε θέματα χρηματοδότησης, διαχείρισης, παροχής υπηρεσιών και κατανομής υπηρεσιών. Στη μία πλευρά έχουμε συστήματα υγείας που βασίζονται στο μοντέλο Bismark με την ασφαλιστική κάλυψη να βασίζεται στις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων καθώς επίσης σε μια πλειάδα ασφαλιστικών ταμείων. Στην άλλη πλευρά έχουμε συστήματα υγείας που

βασίζονται στο μοντέλο Beveridge όπου η ασφαλιστική κάλυψη είναι καθολική και υπάρχουν εισφορές μέσω της φορολογίας (Schenk, 2013). Η ΕΕ σέβεται την ευθύνη των κρατών-μελών για την χάραξη της υγειονομικής πολιτικής στα ζητήματα της οργάνωσης και της διανομής των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής φροντίδας. Η ευθύνη των κρατών περιλαμβάνει γενικότερα το μάνατζμεντ του συστήματος υγείας (Velicu, 2011). Τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας διαφέρουν μεταξύ τους, τα κράτη-μέλη αντιμετωπίζουν διακριτές οικονομικές καταστάσεις και συνεπώς έχουν την «πολυτέλεια» των διαφόρων επιπέδων κάλυψης του πληθυσμού. Κόστος και τιμές των ιατρικών προϊόντων ποικίλουν, καθώς επίσης και το επίπεδο θεραπείας (Bohm, Landwehr, 2014). Ωστόσο ορισμένες διατάξεις των Συνθηκών αναφέρονταν έμμεσα σε θέματα δημοσίας υγείας ως συνέπεια των αρχετυπικών οικονομικών δραστηριοτήτων της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Εξειδικεύοντας θα μπορούσε να γίνει αναφορά σε τέσσερα πεδία: Το πεδίο προστασίας της υγιεινής και της ασφάλειας των εργαζομένων, με τη πρόβλεψη και την αντιμετώπιση εργατικών ατυχημάτων και ασθενειών, το πεδίο της ασφαλιστικής κάλυψης των μετακινούμενων εργαζομένων, το πεδίο της προστασίας της υγείας των κατοίκων σε σχέση με την έκθεση σε ιονίζουσες ακτινοβολίες και την ασφάλεια των πυρηνικών εγκαταστάσεων, όμως κατά κύριο λόγο μέσα από την αρνητική προσέγγιση περιορισμού της ελεύθερης κυκλοφορίας των εργαζομένων και των εμπορευμάτων λόγω αναγκών δημοσίας υγείας, το πεδίο της ελεύθερης διακίνησης αγαθών και υπηρεσιών το οποίο περιλαμβάνει τα φάρμακα, προϊόντα βιοιατρικής τεχνολογίας, την ασφάλιση υγείας καθώς επίσης και την ελεύθερη κυκλοφορία εργαζομένων στο χώρο της υγείας (Οικονόμου, 2004).

Εσωτερική αγορά Θεμελιώδεις ελευθερίες της ΕΕ

Οι θεσμοί της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρουσιάζονται περισσότερο ισχυροί και αποτελεσματικοί στη λήψη δράσεων για την «φιλελευθεροποίηση» της αγοράς και λιγότερο στην ανάπτυξη μιας θετικής νομοθεσίας. Η ουσία του δικαίου της ΕΕ είναι μή συμμετρική. Οι συνθήκες που δομούν την ΕΕ δημιουργούν ισχυρούς νομικούς λόγους για δικαστικές αποφάσεις και νομοθεσία που ευνοεί την ενιαία ευρωπαϊκή αγορά (Greer, 2011). Σημαίνοντα ρόλο στη διαδικασία της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης διαδραματίζει το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο το οποίο αποτελεί παράγοντα ζωτικής

σημασίας για την προαγωγή της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης. Συγκεκριμένα από το 1958 έως το 2000 εκδόθηκαν περισσότερες από 250 κανονιστικές οδηγίες, συστάσεις, κανονισμοί και νόμοι για θέματα που αφορούν τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και παρήχθησαν από τα ευρωπαϊκά όργανα με το ένα τρίτο αυτών να προέρχονται από δικαστήριο της ΕΕ (Schenk,2013). Στα πλαίσια της ενιαίας αγοράς υπάρχουν οι τέσσερις ελευθερίες που αποτελούν θεμελιώδεις αρχές του δικαίου της ΕΕ. Η ελευθερία των αγαθών, η ελευθερία των υπηρεσιών, η ελευθερία των ανθρώπων και η ελεύθερη διακίνηση των κεφαλαίων (Greer, 2011). Μεταφέροντας το ενδιαφέρον στον υγειονομικό χώρο οι τέσσερις ελευθερίες θέτουν συγκεκριμένους όρους αναφοράς επιφέροντας παράλληλα σημαντικές επιπτώσεις στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Από τη σκοπιά της Ευρωπαϊκής Κοινότητας η φροντίδα υγείας αποτελεί μια τεράστια αγορά που δημιουργεί θέσεις εργασίας και ανάπτυξη καθώς αποτελεί μέρος της εσωτερικής αγοράς (Bohm, Landwehr, 2014). Εξειδικεύοντας η ελεύθερη κυκλοφορία προσώπων περιλαμβάνει την αγορά εργασίας για ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και λοιπό υγειονομικό προσωπικό, καθώς επίσης και την δυναμική ζήτηση για υπηρεσίες υγείας από πολίτες που διαμένουν για μικρό ή και μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε κάποια άλλη χώρα εντός της Ένωσης. Ο υγειονομικός χώρος χαρακτηρίζεται ως τομέας εντάσεως εργασίας λαμβάνοντας υπόψη πως η παραγωγική διαδικασία στο συγκεκριμένο τομέα απαιτεί υψηλή απασχόληση πεπειραμένου και εξειδικευμένου προσωπικού. Τα κράτη μεταξύ τους παρουσιάζουν σημαντικές ανισοροπίες σε ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στο χώρο της υγείας. Οι ανισοροπίες αυτές οφείλονται σε εφαρμοζόμενες πολιτικές υγείας, στη μακροοικονομική κατάσταση της εκάστοτε χώρας, στη πολιτική ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, στις μεταναστευτικές ροές. Η σπουδαιότητα του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία αποδεικνύεται από πλευράς ΕΕ στο πλαίσιο της ελεύθερης μετακίνησης εργαζομένων σχετικά με οδηγίες που αφορούν την αναγνώριση διπλωμάτων σε ειδικότητες στους επαγγελματίες υγείας. Οι οδηγίες αυτές επιχειρούν να αντιμετωπίσουν το ζήτημα της ποιοτικής ανισοροπίας αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας ανάμεσα στα κράτη-μέλη. Εκτός της προφοράς εργασίας σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας εντός της ΕΕ. Αυτό αφορά το δικαίωμα πρόσβασης για υγειονομική φροντίδα μετακινούμενων ατόμων σε άλλη χώρα πλην της χώρας προελεύσεως. Σε τούτα τα πλαίσια επιδιώχθηκε ο συντονισμός των εθνικών κοινωνικοασφαλιστικών δικαιωμάτων σε διεθνές επίπεδο ο οποίος σε μια

περισσότερο ριζοσπαστική του ερμηνεία έλαβε τη μορφή για την εναρμόνιση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης των κρατών-μελών που απαρτίζουν την ΕΕ (Οικονόμου, 2004). Η κατοχύρωση του δικαιώματος των πολιτών των κρατών-μελών της Κοινότητας για παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε άλλο κράτος αποτέλεσε κατάληξη μιας μακράς διαδικασίας εξελικτικών σταδίων με αφετηρία τους κανονισμούς κοινωνικής ασφάλισης του Συμβουλίου 1408/71 και 574/72. Στους κανονισμούς αυτούς ρυθμίζονται οι προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες τα άτομα που μετακινούνται εντός ΕΕ δικαιούνται πρόσβασης για υγειονομική φροντίδα. Οποιοδήποτε μισθωτός (ή μέλος της οικογενείας του) που διαμένει στο εξωτερικό δικαιούται παροχών ασθενοείας σε είδος σύμφωνα με τη νομοθεσία του κράτους αυτού αλλά με έξοδα του φορέα ασφάλισής του. Οι κανονισμοί 1408/71 και 574/72 μεταγενέστερα τροποποιήθηκαν ή και εμπλουτίστηκαν από τις ρυθμίσεις 1390/81, 859/2003, 883/2004 και 465/2012 όπου χρησιμεύουν για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη και η ισχύς τους επεκτάθηκε και στους ελεύθερους επαγγελματίες καθώς και σε υπηκόους τρίτων χωρών που διαμένουν μόνιμα στην Κοινότητα και δεν καλύπτονταν από τις αρχικές διατάξεις των κανονισμών 1408/71 και 574/72. Η ελεύθερη κυκλοφορία προϊόντων αφορά στην αγορά και προμήθεια ιατρικών μηχανημάτων καθώς επίσης και φαρμακευτικού υλικού ο οποίος τομέα αποτελεί πεδίο κοινοτικής ρυθμιστικής παρέμβασης στενά συνδεδεμένο με την ολοκλήρωση της εσωτερικής αγοράς. Η σημασία του τομέα αυτού έγκειται στο «διφυή» χαρακτήρα του σε σχέση με τη πολιτική υγείας αφενός και αφετέρου με τη βιομηχανική πολιτική. Από τη μεριά του υγειονομικού ενδιαφέροντος οι ιατρικές συσκευές και τα φαρμακευτικά σκευάσματα αποτελούν παραμέτρους της θεραπευτικής παρέμβασης, η χρήση των οποίων επιφέρει αποτελέσματα στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού καθώς επίσης και στο κόστος της υγειονομικής φροντίδας. Η Κοινοτική πολιτική στο τομέα του φαρμάκου αποβλέπει στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας του πληθυσμού, στην επίτευξη της ελεύθερης διακίνησης των προϊόντων στα πλαίσια της εσωτερικής αγοράς. Η Κοινότητα δεν παρεμβαίνει στην τιμολόγηση και την ασφαλιστική κάλυψη της δαπάνης των φαρμάκων οι οποίες υπόκεινται στην αρμοδιότητα των κρατών-μελών. Η ελεύθερη κυκλοφορία υπηρεσιών σχετίζεται με την παροχή ιδιωτικής και υποχρεωτικής ασφαλιστικής κάλυψης. Αποτελεί ένα από τα πεδία προώθησης της ενιαίας αγοράς στο κλάδο της ασφαλιστικής κάλυψης και της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Η έννοια αναφέρεται στην ασφάλιση υγείας η οποία λειτουργεί σε μη υποχρεωτική βάση όμως

συνάπτεται εκούσια με ελεύθερη την επιθυμία ατόμου ή του εργοδότη. Ο ρόλος και η μορφή της εθελοντικής ασφάλισης υγείας με το σύστημα υποχρεωτικής κάλυψης διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα αναλόγως με το ιστορικό, κοινωνικοοικονομικό και πολιτικό πλαίσιο. Στην ΕΕ ο ρόλος της εθελοντικής ασφάλισης είναι περιορισμένος. Τέλος η ελεύθερη διακίνηση κεφαλαίων αφορά επενδυτικές δραστηριότητες σε ιδιωτικά νοσηλευτικά σχήματα. (Οικονόμου, 2004).

Ευρωπαϊκή ολοκλήρωση στον τομέα υγείας

Η ενιαία αγορά εισήχθη το 1992 κυρίως για να υπηρετήσει την ελευθερία των αγαθών παράλληλα όμως για να αυξήσει και τις υπόλοιπες τρεις ελευθερίες. Ωστόσο η παραδοσιακή αρχή της εδαφικότητας στη φροντίδα υγείας καθιστά το εγχείρημα της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης αιγματοειδές (Schenk,2013). Ιστορικά η κοινωνική ασφάλιση έχει τις ρίζες της σε εθνικά σύνορα με σκοπό τη βέλτιστη εξασφάλιση των στόχων της ισότητας, της κοινωνικής αλληλεγγύης και της κάλυψης. Ενώ όμως η τελευταία διεύρυνση κρατών με διαφορετικά συστήματα υγείας αύξησε τα δικαιώματα των ασθενών στη λήψη ιατρικής φροντίδας στην Ευρώπη με συνέπεια η παραδοσιακή αυτονομία της εθνικής πολιτικής στη φροντίδα υγείας να αποτελεί ένα στοίχημα. Τα εγχώρια συστήματα υγείας απαιτείται να προσαρμοστούν στο κοινοτικό δίκαιο και να έχουν την ικανότητα να προσφέρουν αποτελεσματικές και ισότιμες υπηρεσίες υγείας (Schenk,2013). Η αυξημένη κινητικότητα του πληθυσμού παράλληλα με την λειτουργία της εσωτερικής αγοράς αποτελούν πρόκληση για τα συστήματα υγείας.

Τα τελευταία χρόνια έχει τεθεί το ζήτημα της σύγκλισης και της εναρμόνισης των συστημάτων υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το γεγονός αυτό θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια πρόκληση για τα εγχώρια συστήματα με σκοπό την περαιτέρω βελτίωση των υπηρεσιών τους. Η διαδικασία της Ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης χαρακτηρίζεται από μια θεμελιώδη ασυμμετρία η οποία μπορεί να αναφερθεί και ως δισμός ανάμεσα στο υπερεθνικό Ευρωπαϊκό δίκαιο και τη διακυβερνητική χάραξη πολιτικής (Scharpf, 1996). Η Ευρωπαϊκή σύγκλιση-ολοκλήρωση των υγειονομικών συστημάτων επιτυγχάνεται με τρεις

αλληλοσυμπληρούμενους αλλά συνάμα αντικρουόμενους τρόπους (Minogiannis, 2003). Την θετική ολοκλήρωση η οποία επιτυγχάνεται μέσω των Ευρωπαϊκών Συνθηκών την τήρηση των οποίων όπως αναφέρθηκε επιτηρεί η Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Οι συνθήκες δεν υπαγορεύουν συγκεκριμένη κατεύθυνση για τα συστήματα υγείας των κρατών-μελών και η άσκηση της πολιτικής υγείας αποτελεί μέριμνα του εκάστοτε κράτους. Επιπλέον μέσω της θετικής σύγκλισης επιτυγχάνεται η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η θετική ολοκλήρωση μπορεί να επιτευχθεί με συμφωνία των εθνικών κυβερνήσεων σε επίπεδο Υπουργών (Scharpf, 1996).

Ο δεύτερος τρόπος επίτευξης σύγκλισης είναι η αρνητική ολοκλήρωση. Στην αρνητική ολοκλήρωση των συστημάτων υγείας σημαίνοντα ρόλο διαδραματίζει το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο (Schenk, 2013). Στη συγκεκριμένη σύγκλιση οι Ευρωπαϊκές Συνθήκες υπαγορεύουν την λειτουργία της εσωτερικής αγοράς μέσω της οποίας στηρίζονται οι τέσσερις θεμελιώδεις ελευθερίες. Η ανάπτυξη της εσωτερικής αγοράς έχει ως επακόλουθο την εναρμόνιση του δικαίου και την αποφυγή παρακώλησης εμποδίων για προϊόντα, υπηρεσίες, κεφάλαια και πρόσωπα. Στην ελεύθερη μετακίνηση προσώπων οι μετακινήσεις αυτές δύναται να πραγματοποιηθούν και να λαμβάνουν οι πολίτες τις ίδιες κοινωνικές υπηρεσίες που χορηγούνται στους εθνικούς υπηκόους αλλά δεν δικαιούνται να απαιτήσουν το ίδιο επίπεδο παροχής κοινωνικών υπηρεσιών. Τούτο λαμβάνει χώρα λόγω των αποκλίσεων που υπάρχουν στα διάφορα συστήματα υγείας σε θέματα χρηματοδότησης με διαφορετικές κοστολογήσεις ιατρικών υπηρεσιών και προϊόντων. Η επιστροφή των ποσών που κατεβλήθησαν θεωρήθηκε ως εμπόδιο προς την ελεύθερη κυκλοφορία των υπηρεσιών και ως εκ τούτου αντίθετη πρακτική με το δίκαιο του ανταγωνισμού της ΕΕ (Nordeng, 2015). Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο στήριξε την ανάγκη για σταθερότητα των υγειονομικών συστημάτων λόγους δημοσιονομικής και οικονομικής σταθερότητας των διαφορετικών συστημάτων υγείας των κρατών-μελών που απαρτίζουν την Ένωση. Επιπλέον η κοινωνική πολιτική των κρατών δεν πρέπει να φτάνει σε σημείο που να δημιουργεί στρεβλώσεις στη λειτουργία της εσωτερικής αγοράς (Γεωργιάδου, 1985). Σε ότι σχετίζεται με την παροχή υπηρεσιών υγειονομικού χαρακτήρα οι πολίτες της ΕΕ που νοσηλεύονται εκτός της χώρας προελεύσεως μπορούν να αποζημιωθούν από τις χώρες προέλευσης για υγειονομικές υπηρεσίες που κατανάλωσαν εκτός αυτής. Οι αποφάσεις αυτές εφαρμόζονται από το δίκαιο της εσωτερικής αγοράς (Greer, 2011). Στην αρνητική ολοκλήρωση δύναται να επισημανθεί πως οι αποφάσεις του

Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου που σχετίζονται με την Ευρωπαϊκή ολοκλήρωση στη φροντίδα υγείας ακολουθούν και υπηρετούν την πολιτική των τεσσάρων ελευθεριών. Δεν λαμβάνονται αποφάσεις με γνώμονα την κοινωνική πολιτική ή έννοιες όπως η ισότητα, η αποτελεσματικότητα, η κοινωνική δικαιοσύνη, ή η παροχή υπηρεσιών Αυτό απεικονίζει τη διαφορά ανάμεσα στην εθνική κοινωνική πολιτική και τους Ευρωπαϊκούς μηχανισμούς ολοκλήρωσης. Επιπρόσθετα υπογραμμίζεται πως η κινητικότητα των ασθενών αποτελεί πλεονέκτημα για ένα μικρό γκρουπ Ευρωπαίων πολιτών. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί με γνώμονα το υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο που διαθέτουν καθώς επίσης στη γνώση και αξιοποίηση ξένης γλώσσας (Schenk, 2013).

Ο τελευταίος τρόπος ολοκλήρωσης επιτυγχάνεται μέσω μιας «τεχνοκρατικής» αντίληψης για τα συστήματα κοινωνικής προστασίας τα οποία θεωρείται πως πρέπει να εκσυγχρονιστούν στις αλλαγές του αιώνα που διανύεται. Για τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων κοινωνικής προστασίας προϋπόθεση αποτελεί η αλλαγή των κοινωνικών και οικονομικών δεδομένων μέσα από την ευελιξία στην αγορά εργασίας το οποίο μέτρο έχει στόχο την διατήρηση της αλληλεγγύης. Επιπρόσθετα η συγκεκριμένη τεχνοκρατική αντίληψη προσβλέπει στην ορθολογικότερη χρήση των περιορισμένων πόρων με σκοπό την καθολική κάλυψη και την κοινωνική αλληλεγγύη. Μέρος των κρατών-μελών πρεσβεύουν πως οι δυνάμεις της αγοράς δύναται να λειτουργήσουν για την μείωση του κόστους (Minogiannis, 2003). Η κοινωνική προστασία αποτελεί το πιο ισχυρό στοιχείο της Ευρωπαϊκής ταυτότητας, εξασφαλίζει την κοινωνική συνοχή που αποκλείει την περιθωριοποίηση των ασθενών (Κουσνέρ, 2000). Η κοινωνική προστασία αγγίζει όλο και περισσότερο την κοινωνική συνείδηση και θεωρείται ως «λυδία λίθος» του Ευρωπαϊκού εγχειρήματος λόγω του υψηλού ποσοστού ανεργίας που πλήττει τα Ευρωπαϊκά κράτη. (Παπαγιάννης, 2007).

Ελληνικός εξευρωπαϊσμός

Η Ελλάδα προσχώρησε στην ΕΕ (τότε ΕΟΚ) το 1981, αποτελώντας το δέκατο μέλος της κοινότητας. Η διαδικασία της ένταξης ξεκίνησε από την δεκαετία του 1960 αλλά η προσπάθεια αυτή ανεκόπη εξαιτίας της βίαιης μεταβολής του Δημοκρατικού Πολιτεύματος και της επιβολής δικτατορικού καθεστώτος το 1967. Η Ελλάδα

αποτελεί μια ειδική περίπτωση για την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση διότι αντιπροσωπεύει ένα ξεχωριστό «μωσαϊκό χαρακτηριστικών»: αποτελεί μια περιφερειακή χώρα η οποία εδράζεται σε μια ταραχώδη περιοχή, τα βαλκάνια την πάλαι ποτέ πυριτιδαποθήκη της Ευρώπης, υποστηρίζει μια ξεχωριστή ιστορική και πολιτική ανάπτυξη με την συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού να είναι χριστιανοί ορθόδοξοι σε αντίθεση με την πλειονότητα των υπολοίπων ευρωπαίων που χαρακτηρίζονται ως καθολικοί χριστιανοί (Larsen, Olsen, 2010). Η Ελλάδα δύναται να χαρακτηριστεί ως μια μικρή περιφερειακή χώρα με χαμηλή οικονομική ανάπτυξη, χαμηλή βιομηχανοποίηση, χαμηλότερο επίπεδο διαβίωσης σε σχέση με τον μέσο όρο της ΕΕ και σχετικά μικρό χρονικό διάστημα εκδημοκρατισμού. Οι αναφορές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής κατά τις χρονιές 1976 και 1977 υπήρξαν σαφείς και απόλυτες: Η Ελλάδα είναι απολύτως ανέτοιμη από οικονομικής απόψεως να εισέλθει στους κόλπους της (τότε) ΕΟΚ. Αλλά η απόφαση για τη ολοκλήρωση βασίζεται σε μια πολιτική πρωτοβουλία και στην αντίληψη πως η Ελλάδα αποτελεί μια δυτική χώρα με φιλελεύθερο καθεστώς (Hibou, 2009).

Σύμφωνα με τις θεωρίες της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης τα κράτη-μέλη που απαρτίζουν την ένωση μεταβιβάζουν ένα σύνολο αρμοδιοτήτων και λειτουργιών σε Ευρωπαϊκό επίπεδο. Η Ελλάδα κατά την ένταξή της υστερούσε σε δημόσιες δράσεις που αφορούσαν το πεδίο της κοινωνικής πολιτικής (πολιτική υγείας, εκπαίδευση) καθώς επίσης και τον κοινωνικό διάλογο.

Ο αντίκτυπος της ΕΕ στα κράτη-μέλη γίνεται φανερός σε δύο αλλαγές-μεταρρυθμίσεις στον οικονομικό ρόλο του κράτους: Μέσω της μείωσης των οικονομικών ενεργειών του κράτους καθώς και το τεράστιο μέγεθος της έννοιας του κράτους ιδίως στην Ελλάδα και επιπλέον μέσω του διαφορετικού ρυθμιστικού προτύπου της ελληνικής οικονομίας. Η πλέον σημαντική παρέμβαση της ΕΕ στην ελληνική οικονομία αποτελεί η υιοθέτηση της συνθήκης του Μάαστριχτ το 1992. Τα κριτήρια σύγκλισης που υιοθετήθηκαν αποτελούν μια μακροοικονομική πειθαρχία, μια άτυπη σύγκλιση και η οποία μακροοικονομική πειθαρχία επιτηρείται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Larsen, Olsen, 2010). Τα κριτήρια σύγκλισης στο χώρο της υγείας (τουλάχιστον) δεν υιοθετήθηκαν λόγω ενδογενών παθογενειών όπως η απουσία κλίματος σύμπνοιας και συναίνεσης στις επιχειρούμενες μεταρρυθμίσεις, αλλά και στο ισχυρό πελατειακό κράτος το οποίο εκφράζεται μέσω της κομματικοκρατίας. Με τον συγκεκριμένο όρο δηλώνεται η ροπή των κομμάτων να

διδεσδύουν στους θεσμικούς χώρους της κοινωνίας υποσκάπτοντας τις αυτόνομες λογικές των χώρων αυτών (Πελαγίδης, 2005).



Εικόνα 2.2: Άποψη περί εξευρωπαϊσμού

Τα χρόνια της οικονομικής κρίσης, η κοινωνική προστασία έχει τεθεί εν αμφιβόλω. Η οικονομική κρίση που χτύπησε την Ελλάδα από το 2010 και έπειτα και έχει τις ρίζες της εν μέρει και στον τρόπο διοίκησης της χώρας στην προ κρίσης περίοδο και εν μέρει σε προβληματικές διαδικασίες ευρωπαϊκού συντονισμού. Οι δύο αυτές παράμετροι επηρέασαν και επηρεάζουν άμεσα την πολιτική υγείας της χώρας. Βασικό μηχανισμό αυτής της επιρροής αποτελεί το μνημόνιο. Το ερώτημα που τίθεται είναι αν αυτά που προβλέπονται στο μνημόνιο προϋπήρχαν ως ιδέες στην ατζέντα της πολιτικής μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας ή αν συνιστούν ένα νέο μονοπάτι πολιτικής; Με άλλα λόγια συνιστά η κρίση ένα κρίσιμο σταυροδρόμι στην πολιτική υγείας της Ελλάδος ή λειτουργεί και αυτή και τα μνημόνια ως «καταλύτες» για επιτάχυνση προ υπάρχουσών διαδικασιών πολιτικής μεταρρύθμισης; Σε αυτό το κομμάτι θα στρέψουμε τώρα την ανάλυση, εστιάζοντας πρώτα στη πολιτική και τις πολιτικές υγείας στην προ κρίσης εποχή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΕΠΙΡΡΟΕΣ ΠΡΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

Με βάση τα προαναφερθέντα γεννάται το ερώτημα κατά πόσον επιδρά η Ευρωπαϊκή Ένωση στις εγχώριες πολιτικές και αν ναι σε τι βαθμό. Σε ότι σχετίζεται με τον υγειονομικό τομέα θα επιχειρηθεί να αναλυθεί η υπόθεση εργασίας της σχολής του ιστορικού θεσμισμού καθώς επίσης και της προσέγγισης του εξευρωπαϊσμού σε σχέση με την Ελληνική εμπειρία.

Η πορεία ανάπτυξης του υγειονομικού συστήματος στη χώρα είναι συνδεδεμένη με τις κοινωνικοπολιτικές εξελίξεις καθώς επίσης και με το οικονομικό περιβάλλον που επικρατεί στη χώρα. Στην Ελλάδα η πορεία αυτή δύναται να χαρακτηριστεί και ως παράλληλη με την πορεία ανάπτυξης του Ελληνικού κράτους (Κουρής, Σουλιώτης, Φιλαλήθης, 2007). Στη παρούσα μελέτη αρχικά θα εξετασθούν οι διαχρονικές προσπάθειες δημιουργίας ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας στον Ελλαδικό χώρο καθώς επίσης και οι κυριότερες μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες. Με σκοπό να «έρθουν στο φώς» τα δομικά στοιχεία και η πορεία εξέλιξης του Ελληνικού συστήματος υγείας συνίσταται η διάκριση εξέλιξης του συστήματος σε τέσσερις χρονικές περιόδους: Η πρώτη τοποθετείται από το 1833 έως το 1922, η δεύτερη στο χρονικό διάστημα 1922 έως το 1945, η τρίτη περίοδος καλύπτει την περίοδο από το 1946 έως το 1981 και η τέταρτη περίοδος ξεκινά με την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983 και καταλήγει στις μέρες μας (Κουρής, Σουλιώτης, Φιλαλήθης, 2007).

Έννοια και είδη μεταρρυθμίσεων

Οι στόχοι της πολιτικής υγείας που τίθενται από τα κράτη περιλαμβάνουν στόχους όπως της ισότητας στην πρόσβαση στη φροντίδα υγείας, την προστασία του εισοδήματος, την μικροοικονομική και τη μακροοικονομική αποδοτικότητα, την

ελευθερία επιλογής από πλευράς ασθενών καθώς επίσης την κατάλληλη αυτονομία των προμηθευτών. Η διαμόρφωση της πολιτικής υγείας δεν αποτελεί μια «ξεχωριστή» οργανωτική καθώς επίσης και διοικητική διαδικασία αλλά αποτελεί μέρος ευρύτερων δομικών αλλαγών και μεταρρυθμίσεων που συμβαίνουν σε επίπεδο κοινωνίας. Η διαμόρφωση της πολιτικής υγείας επηρεάζεται με εμφανή τρόπο από πολιτικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, θεσμικούς παράγοντες. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ερμηνεύει την υγειονομική μεταρρύθμιση «ως μια σκοπίμως, δυναμική διαδικασία η οποία εμπεριέχει συστηματική πολιτική, δομικές και επεξεργασμένες αλλαγές και στοχεύει στην επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων (Κουρής κ.α, 2006). Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις δύναται να αποσαφηνισθούν επί τη βάσει τριών κριτηρίων: Σπουδαιότητα αυτών, το ερέθισμα στην αλλαγή, χρόνο πραγματοποίησής τους. Με βάση το πρώτο κριτήριο οι μεταρρυθμίσεις διαχωρίζονται σε δομικές και οριακές. Οι μεν πρώτες χαρακτηρίζονται από υψηλή πολιτική και κοινωνική σημασία και οι επιχειρούμενες αλλαγές επηρεάζουν τον πυρήνα του συστήματος. Οι δε οριακές αλλαγές χαρακτηρίζονται από μια λιγότερο ουσιαστική μεταβολή στο σύστημα.

Με κριτήριο το έναυσμα για αλλαγή οι μεταρρυθμίσεις στην υγεία κατηγοριοποιούνται σε αντιδραστικές και σε προδραστικές. Οι αντιδραστικές μεταρρυθμίσεις έρχονται για να αντιμετωπίσουν εκ των υστέρων ένα εξωτερικό ερέθισμα, ένα γεγονός. Στον αντίποδα οι προδραστικές μεταρρυθμίσεις πραγματοποιούνται με γνώμονα τις προβλέψεις για το τι πρόκειται να συμβεί. Οι προδραστικές μεταρρυθμίσεις έχουν ένα χαρακτήρα περισσότερο συστηματικό.

Σύμφωνα με το τελευταίο κριτήριο ο χρόνος υλοποίησης δύναται να αναγνωστεί ως ραγδαία μεταρρύθμιση ή ως σταδιακή –βαθμιαία. Στην πρώτη περίπτωση μια μεταρρύθμιση επιδιώκει να επιφέρει άμεσα αλλαγές και σε μικρό βάθος χρόνου. Αντιθέτως μια υγειονομική μεταρρύθμιση είναι σταδιακή όταν οι επιχειρούμενες τροποποιήσεις εντάσσονται σε μακροπρόθεσμο προγραμματισμό (Κουρής κ.α, 2006).

Καθοριστικός παράγων για την επιτυχή ολοκλήρωση μιας υγειονομικής μεταρρύθμισης συνιστά η υπερκομματική μεθοδολογία και φιλοσοφία (Κουρής, Σουλιώτης κ.α, 2007) η οποία θα πρέπει να υπερισχύει σε ένα πρόγραμμα σχεδιασμού και αναδιοργάνωσης ενός υγειονομικού συστήματος. Μεταρρυθμιστικές ενέργειες στον υγειονομικό τομέα δύναται να επιτευχθούν καλύτερα και με μικρότερο κοινωνικό κόστος εφόσον οι τελευταίες βασίζονται σε πνεύμα συναίνεσης.

Ιστορική αναδρομή στην εξέλιξη του ελληνικού συστήματος υγείας

Πρώτη περίοδος 1833-1922

Με τη σύσταση του Ελληνικού κράτους δεν εφαρμόστηκε μια σαφής υγειονομική πολιτική. Το κράτος και διάφοροι φιλανθρωπικοί φορείς επεμβαίνουν αποσπασματικά και ασυντόνιστα δίνοντας έμφαση στην αντιμετώπιση επιδημιών. Τα πρώτα υγειονομικά μέτρα λαμβάνονται επί της Βασιλείας του Όθωνα με τη σύσταση της υγειονομικής αστυνομίας στα 1833 η οποία υπάγονταν στο Υπουργείο Εσωτερικών και η σύσταση της εν λόγω αρχής έγινε για την αντιμετώπιση λοιμωδών νόσων όπως η χολέρα και η πανώλη. Την περίοδο εκείνη η δημόσια υγεία καθίσταται κατανοητή με όρους δημόσιας τάξης και ασφάλειας. Το 1836 καθορίστηκαν οι αρμοδιότητες του υγειονομικού τμήματος και περιελάμβαναν την εποπτεία της δημοσίας υγείας, την εφαρμογή νόμων για τον έλεγχο μετάδοσης μολυσματικών νόσων καθώς επίσης και την επιβολή καθάρσεων, την επιτήρηση αγορών τροφίμων, σφαγείων και συστημάτων ύδρευσης, αποχέτευσης, την διοίκηση, διαχείριση της μαιευτικής σχολής η οποία ιδρύθηκε το 1838, την εφαρμογή νόμων που σχετίζονται με την άσκηση υγειονομικών επαγγελματιών (Δαρδαβέσης, 2008). Από το 1834 η άδεια ασκήσεως των ιατρικών επαγγελματιών χορηγείται από το «ιατροσυνεδριο» όργανο το οποίο είχε την ευθύνη εφαρμογής του υγειονομικού κανονισμού (Νομικός, 1998). Κατά την ίδια περίοδο καταγράφεται επίσης η εισαγωγή του θεσμού του νομιάτρου ο οποίος ήταν υπεύθυνος για όλα τα θέματα υγείας του νομού στον οποίο υπηρετούσε (Μανιού, Ιακωβίδου, 2009). Κατά τη πρώτη περίοδο το κράτος δεν είχε καθήκοντα περίθαλψης. Η αδυναμία πραγματοποίησης του συγκεκριμένου πλαισίου οφειλόταν στην έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς επίσης και στην δεινή οικονομική θέση στην οποία βρισκόταν το κράτος από συστάσεώς του. Το 1845 ψηφίζεται ο πρώτος υγειονομικός κανονισμός ο οποίος καθορίζει την οργάνωση των υγειονομείων και των λοιμοκαθαρητηρίων τα οποία λειτούργησαν σε τη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα σε λιμάνια, νησιά και στις ακριτικές περιοχές του κράτους.

Από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα μέχρι και τις αρχές του 20^{ου} παρατηρείται μια μεγάλη περίοδος τελμάτων λόγω της προτεραιότητας του κράτους για σύσταση

αξιόμαχων ενόπλων δυνάμεων. Η περίοδος από το 1870 έως το 1910 χαρακτηρίζεται ως εποχή «νεκροφάνειας των υπηρεσιών υγείας». Αυτό αναφέρεται γιατί ενώ ο προϋπολογισμός αυξήθηκε 7 φορές κατά το χρονικό διάστημα 1858- 1908 οι δαπάνες υγείας αντίθετα σημείωσαν μείωση 18% (Μακρίδης, 1933). Στο χρονικό διάστημα 1864 έως το 1870 η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας υπήρξε υποτυπώδης, δεν δημιουργήθηκε αυτοτελές Υπουργείο για ζητήματα υγείας και τα υγειονομικά ζητήματα υπάγονταν στη διεύθυνση Δημοσίας Υγιεινής και Αντιλήψεως (η οποία διεύθυνση υπαγόταν στο Υπουργείο Εσωτερικών), όπου ανήκαν ένας υγειονομικός επιθεωρητής καθώς και το ιατροσυνέδριο (Νομικός, 1998). Κατά την περίοδο 1894 έως 1914 παρατηρείται μια πολυδιάσπαση των υπηρεσιών υγειονομικού ενδιαφέροντος σε διάφορα Υπουργεία όπως το άλλοτε Υπουργείο Συγκοινωνιών που είχε τη μέριμνα του τμήματος ελονοσίας, το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας είχε υπό την επίβλεψή του το τμήμα σχολικής υγιεινής, το Υπουργείο Εσωτερικών αστυιατρική υπηρεσία κ.α (Δαρδαβέσης, 2008).

Το 1917 ιδρύεται το Υπουργείο Περιθάλψεως το οποίο είχε ως μέριμνα τη περίθαλψη των προσφύγων, τη περίθαλψη των τραυματιών πολέμου, των ορφανών, καθώς επίσης και των οικογενειών των επιστράτων (Κουρής κ.α, 2007) αφενός και αφετέρου τη συγκέντρωση των διάσπαρτων μέχρι τότε υγειονομικών υπηρεσιών υπό ενιαία σκέπη (Δαρδαβέσης, 2008). Το επίπεδο φροντίδας σε αντιπαραβολή με άλλες ευρωπαϊκές χώρες συνεχίζει και θεωρείται υποτυπώδες (Economou, 2010).

Κατά την ανωτέρω περίοδο στο πεδίο της κοινωνικής ασφάλισης παρατηρείται έλλειψη ενός κρατικά οργανωμένου συστήματος. Στην Ελλάδα τα πρώτα αλληλοβοηθητικά ταμεία λειτούργησαν από το 1836 στην εμπορική ναυτιλία και ακολούθησαν τις επόμενες δεκαετίες η ίδρυση ταμείων ασφάλισης για τους αξιωματικούς του Στρατού, του πολεμικού ναυτικού, η ίδρυση του ναυτικού απομαχικού ταμείου, του Μετοχικού Ταμείου Δημοσίων Υπαλλήλων κ.α (Πέτρουλας, Ρομπόλης, Ξυδέας, Χλέτσος, 1993). Από συστάσεως του Ελληνικού κράτους έως και τα τέλη του 19^{ου} αιώνα το ποσοστό ασφαλισμένου πληθυσμού δεν υπερέβαινε το 10% (Economou, 2010).

Δεύτερη περίοδος 1922-1945

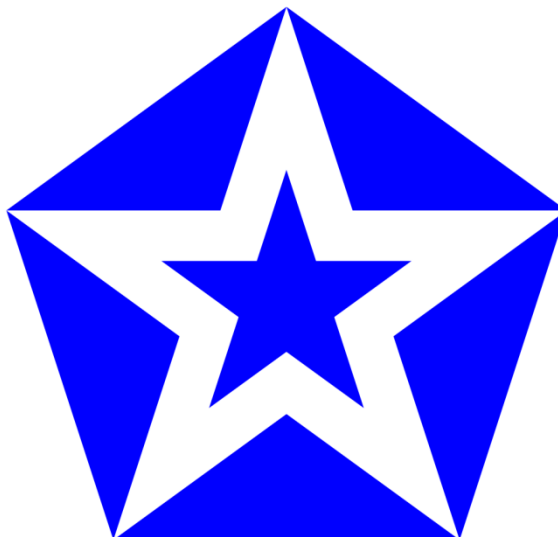
Η έναρξη της συγκεκριμένης περιόδου βρίσκει το Ελληνικό κράτος σε δυσχερή οικονομική θέση η οποία επιδεινώνεται εξαιτίας της Μικρασιατικής καταστροφής η οποία επιφέρει τεράστιο κύμα προσφύγων (ενάμιση εκατομμύριο) οι

οποίοι βιώνουν δύσκολες και ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης. Σε αυτό το πλαίσιο ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας το 1922 για να αντιμετωπισθούν οι ανωτέρω προβληματικές. Σε αυτή τη περίοδο παρατηρείται μια πρώτη οργανωμένη προσπάθεια οργάνωσης του συστήματος υγείας στη χώρα (Γκάτσου, 2006). Αυτό ήλθε σαν απόρροια του προσφυγικού κύματός που ακολούθησε την Μικρασιατική καταστροφή αλλά και της οικονομικής κρίσης που έλαβε χώρα λίγα χρόνια αργότερα. Μια πρώτη προσπάθεια αναμόρφωσης του συστήματος υγείας έλαβε χώρα το 1923 όταν έγινε προσπάθεια για αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας με γνώμονα την ισότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Το Νομοθετικό Διάταγμα του 1923 «περί οργάνωσης της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας» προέβλεπε τη διαίρεση της χώρας σε 5 υγειονομικές επαρχίες. Η μεταρρύθμιση αυτή δεν ευοδώθηκε λόγω της συγκεντρωτικής δομής του κράτους και της ίδιας της Κυβέρνησης στη παραχώρηση εξουσιών (Athanasiadis, Kostopoulou, Philalithis, 2015).

Μια από τις σημαντικότερες προσπάθειες αναμόρφωσης του συστήματος υγείας συγκαταλέγεται το πρόγραμμα που καταρτίστηκε από τον διεθνή οργανισμό της Κοινωνίας των Εθνών (ΚΤΕ) το 1928 κατόπιν αιτήματος της Ελληνικής Πολιτείας (εξαιτίας της επιδημίας δάγκειου πυρετού ο οποίος έπληξε 1,3 εκατομμύρια ανθρώπους) (Κονδύλης, 2009). Στην έκθεση που συντάχθηκε τα συμπεράσματα της επιτροπής υπήρξαν άκρως απογοητευτικά για την υγειονομική κατάσταση που επικρατούσε στη χώρα η οποία χαρακτηριζόταν ως «άκρως επικίνδυνη από πλευράς υγιεινής». Η ποιότητα καθώς επίσης ο βαθμός κάλυψης των υγειονομικών υπηρεσιών κρίθηκαν ως απόλυτα ανεπαρκείς το δε επίπεδο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ως επικίνδυνα χαμηλό, η νοσοκομειακή φροντίδα ως στοιχειώδης, η οργάνωση της κεντρικής και τοπικής διοικήσεως για την υγεία ως ανύπαρκτη (Κουρής κ.α, 2007). Η επιτροπή πρότεινε την ίδρυση ενός κεντρικού συντονιστικού οργάνου για την λειτουργία των υγειονομικών υπηρεσιών. Βασική υγειονομική μονάδα του συστήματος θα αποτελούσαν τα κέντρα υγείας τα οποία θα λειτουργούσαν στην Επικράτεια και θα παρείχαν υπηρεσίες προληπτικού χαρακτήρα αλλά και περίθαλψη. Τελικά το πρόγραμμα της ΚΤΕ δεν εφαρμόστηκε λόγω έλλειψης σχεδιασμού και οργάνωσης και υπό την πίεση συντεχνιακών συμφερόντων και πολιτικών σκοπιμοτήτων (Κουρής κ.α, 2007) και απωλέσθηκε η ευκαιρία οργάνωσης ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας. Ωστόσο βάσει των προτάσεων της ΚΤΕ ιδρύθηκαν η Υγειονομική σχολή Αθηνών, η Σχολή νοσοκόμων

και κατά την ίδια χρονική περίοδο ελήφθησαν μέτρα για την καταπολέμηση της ελονοσίας, της φυματίωσης, των αφροδισίων νοσημάτων (Οικονόμου,2004).

LEAGUE OF NATIONS



SOCIETE DES NATIONS

Εικόνα 3.1: Κοινωνία των Εθνών

Κατά τη συγκεκριμένη περίοδο έχουμε τη σύσταση του ΙΚΑ το 1934 που σκοπό είχε την ασφάλιση των μισθωτών και την παροχή συντάξεων με τη λειτουργία του οργανισμού να αναβάλλεται για τρία χρόνια αργότερα εξαιτίας σοβαρών οικονομικών αδυναμιών, με τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του ιδρύματος να χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη μικρού αριθμού ασφαλισμένων. Η περίοδος του μεσοπολέμου στο χώρο της υγείας χαρακτηρίζεται από συνεχόμενες μετονομασίες του νεοσυσταθέντος Υπουργείου, διαχωρισμού των υπηρεσιών και επανενώσεις των αρμοδιοτήτων (Δαρδαβέσης, 2008). Σε επίπεδο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών η νοσοκομειακή περίθαλψη στη χώρα χαρακτηρίζεται ως υποτυπώδης έως και το 1937. Δημοτικά και Κοινοτικά νοσοκομεία με ελάχιστες εξαιρέσεις παρέχουν χαμηλής ποιότητας υγειονομικές υπηρεσίες στο πληθυσμό (Κονδύλης, 2009).

Σταθμό στην οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψη αποτέλεσε η ψήφιση του αναγκαστικού νόμου 965/1937 με τον οποίο επιχειρήθηκε να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για τη σύσταση δημοσίων νοσοκομείων. Ενώ στα 1934 φαίνεται πως λειτουργούσαν 111 νοσηλευτικά ιδρύματα και 13.000 κλίνες ο αριθμός αυτός στα

1939 έφτασε τις 16.000 κλίνες και τα νοσοκομεία τα 117 (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001). Τέλος το 1941 ιδρύονται με τον αναγκαστικό νόμο 2796/1941 τα προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για τις ανάγκες του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου τα οποία παρέμειναν εν ισχύ και μετά τη λήξη του (Κονδύλης, 2009).

Τρίτη περίοδος 1945-1981

Η μεταπολεμική περίοδος χαρακτηρίζεται από ύπαρξη σημαντικών ανισοτήτων, χαμηλή ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες, υψηλό αριθμό ανασφάλιστου εργατικού δυναμικού, οξεία οικονομική κρίση, υψηλή ανεργία καθώς επίσης και υψηλό μεταναστευτικό κύμα. Επιπλέον η φτώχεια, οι υλικές καταστροφές, οι ελλείψεις σε υλικοτεχνικές υποδομές συνθέτουν «τον καμβά» που ακολούθησε τη κατοχή και αργότερα τον εμφύλιο πόλεμο το δεύτερο ήμισυ της δεκαετίας του 1940. Οι υπηρεσίες υγείας εμφάνιζαν έλλειψη σε ανθρώπινο δυναμικό, οι κτιριακές και τεχνολογικές εγκαταστάσεις κρίνονταν ως ανεπαρκείς. Το υγειονομικό προσωπικό σε πλείστες περιπτώσεις διέθετε χαμηλό γνωστικό υπόβαθρο, ήταν ανισομερώς κατανεμημένο ανάμεσα σε αστικές και αγροτικές περιοχές και επιπλέον στο νοσοκομειακό τομέα οι κλίνες εμφανίζονταν και αυτές ανισομερώς κατανεμημένες (Οικονόμου, 2004). Οι δημόσιες δαπάνες υγείας καθ όλη την εξεταζόμενη περίοδο κατατάσσονταν στις χαμηλότερες ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ.

Κύρια κατεύθυνση του κράτους υπήρξε η εξασφάλιση των απαραίτητων απαιτήσεων δημοσίας υγείας καθώς επίσης και η φροντίδα των πλέον αδυνάμων κοινωνικών στρωμάτων. Στη συγκεκριμένη περίοδο απουσιάζει ένας οργανωμένος τρόπος παροχής υπηρεσιών υγείας και η παρεχόμενη υγειονομική προστασία κρίνεται ως περιορισμένη. Επιπλέον η πολιτική υγείας τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο χαρακτηρίζεται από μια σειρά προτάσεων ή σχεδίων νόμων οι οποίες είτε δεν ψηφίστηκαν, είτε δεν εφαρμόστηκαν (Κονδύλης, 2009). Μια πρώτη αναφορά για συγκρότηση Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας αναφέρθηκε για πρώτη φορά με το πέρας του πολέμου το 1945 από τον Καθηγητή Ιατρικής Νικόλαο Λούρο. Στην πρότασή του ο Λούρος πρότεινε τη σύσταση της εν λόγω υπηρεσίας με σκοπό τον έλεγχο των δαπανών και των αποκεντρωμένων διοικητικών υπηρεσιών. Επιπλέον πρότεινε την ενοποίηση των τότε υπάρχοντων ασφαλιστικών ταμείων με χρηματοδότηση του ενιαίου ταμείου αναλόγως του εισοδήματος. (Πανταζή, 2004). Η συγκεκριμένη

πρόταση αποτελεί μια μεταρρυθμιστική προσπάθεια που ξεκίνησε με την λήξη του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου και υλοποιήθηκε με τη πάροδο πολλών δεκαετιών. Στη συγκεκριμένη εποχή εν λόγω καινοτόμος πρόταση δεν βρήκε ευήκοα ώτα. Μια δεύτερη πρόταση για σύσταση ενός ημικρατικού οργανισμού ο οποίος θα αναλάμβανε το συντονισμό και τη διεύθυνση των διεσπαρμένων υγειονομικών υπηρεσιών κατετέθη από τον Υπουργό Προνοίας Φωκίωνα Ζαΐμη το 1951 χωρίς όμως αποτέλεσμα (Κονδύλης, 2009).

Η σημαντικότερη νομοθετική προσπάθεια στην εξετασθείσα περίοδο με σκοπό την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα αποτελεί το νομοθετικό διάταγμα 2592/53 «Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως» το οποίο απετέλεσε την πρώτη σοβαρή προσπάθεια συστηματικής αναδιοργάνωσης του υγειονομικού συστήματος της χώρας προωθώντας καινοτόμες αρχές αντίστοιχες με το περίφημο εθνικό σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας. Εστιάζοντας στο νομοσχέδιο οι στόχοι του 2592/53 υπήρξαν:

- Η αποκέντρωση σε 13 υγειονομικές περιφέρειες (Athanasiadis, et al, 2015) καθώς και η περιφερειακή οργάνωση των δημοσίων νοσοκομείων σε συνδυασμό με τη συμμετοχή των κοινωνικών φορέων στη λήψη αποφάσεων.
- Η σταδιακή συγκέντρωση των οικονομικών πόρων και η επιχορήγηση των νοσοκομείων με σκοπό να είναι εφικτή η παροχή υπηρεσιών σε απομακρυσμένες περιοχές.
- Ο προγραμματισμός των υπηρεσιών του δημοσίου με γνώμονα τις υγειονομικές ανάγκες.
- Θέσπιση οικονομικών κινήτρων για τη προσέλκυση ιατρικού προσωπικού σε απομακρυσμένες περιοχές.
- Η θέσπιση υγειονομικών σταθμών στην επαρχία με σκοπό τη κάλυψη των αναγκών του αγροτικού πληθυσμού (Κουρής κ.α, 2007).

Ωστόσο παρά την εξαιρετικά καινοτόμο στη σύλληψη μεταρρύθμιση για τα δεδομένα της εποχής η εφαρμογή του υπήρξε μερική με δεδομένο ότι αρκετές διατάξεις δεν εφαρμόστηκαν ή πολύ σύντομα τροποποιήθηκαν. Ο διαχωρισμός της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες καταργήθηκε, οι ειδικοί λογαριασμοί χρηματοδότησης καταργήθηκαν. Συνεπώς χάθηκε μια πρώτη ευκαιρία για τον πρώιμο εξευρωπαϊσμό του συστήματος υγείας να δημιουργηθεί ένα σύστημα το οποίο θα

στηρίζονταν στο μοντέλο Beveridge (Polyzos, Economou, Zilidis, 2008) κάτι το οποίο θα δημιουργηθεί 30 χρόνια μετά. Οι αιτίες της μη υλοποίησης του διατάγματος μπορούν να αναζητηθούν στο ευρύτερο θεσμικό και κοινωνικό πλαίσιο της χώρας όπως η συγκεντρωτική δομή του κράτους (Οικονόμου, 2004) καθώς επίσης και οι κυρίαρχες συντηρητικές αντιλήψεις που επικρατούσαν εκείνη τη εποχή εκείνη και θεωρούσαν τις κατευθύνσεις του νομοσχεδίου αρκετά σοσιαλίζουσες (Polyzos, et al., 2008, Κονδύλης, 2009). Λίγα χρόνια αργότερα το 1961 θεσπίζεται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) με σκοπό την ασφάλιση του αγροτικού πληθυσμού που την συγκεκριμένη περίοδο αποτελούσε και την πλειοψηφία του πληθυσμού της χώρας. Ακολούθησε το 1968 επί δικτατορίας το σχέδιο του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών Λουκά Πάτρα το οποίο προέβλεπε τη δημιουργία ενιαίου ταμείου υγείας, τη σύσταση ενός συντονιστικού υγειονομικού οργάνου το οποίο θα συντονίζει και θα ελέγχει τους ασφαλιστικούς φορείς, την εισαγωγή του θεσμού των γενικών ιατρών, τη σύσταση περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων καθώς επίσης τη σύσταση εθνικού συνταγολογίου. Η πρόταση Πάτρα δεν εφαρμόστηκε (Μανιού, Ιακωβίδου, 2009).

Το τέλος της δικτατορίας και η αρχή της μεταπολίτευσης χαρακτηρίστηκε από τις εντατικές ενέργειες για την ένταξη της χώρας στην ΕΟΚ. Το 1976 έχουμε την πρόταση του κέντρου προγραμματισμού και οικονομικών ερευνών (ΚΕΠΕ) το οποίο πρότεινε τη δημιουργία μιας ενιαίας εθνικής υπηρεσίας, την ενοποίηση των βασικών ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ) ή τη θέσπιση συνεργασίας των υφιστάμενων φορέων σε επίπεδο συντονισμό για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Οι προτάσεις αυτές δεν εφαρμόστηκαν αφού βρήκαν αντίθετους τόσο το ιατρικό προσωπικό όσο και την πλειοψηφία των πολιτικών κομμάτων (Κουρής κ.α, 2007).



Εικόνα 3.2: ΚΕΠΕ

Το 1980 έρχεται στην επικαιρότητα το νομοσχέδιο του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών Σπύρου Δοξιάδη με τίτλο «Μέτρα Προστασίας Υγείας» το οποίο παρουσίαζε τη σύσταση ενός εθνικού συστήματος υγείας, τη σύσταση ενός εθνικού φορέα υγείας με τη συνένωση των κύριων ασφαλιστικών ταμείων ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ, ΟΠΑΔ, τη δημιουργία πολυιατρείων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες, τον προσανατολισμό στη πρωτοβάθμια φροντίδα, τη βελτίωση του επιπέδου του υγειονομικού προσωπικού, τον νοσοκομειακό γιατρό πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Το νομοσχέδιο Δοξιάδη αμφισβητήθηκε από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Οικονόμου, 2004, Κονδύλης, 2009) και από τις πολιτικές δυνάμεις της χώρας ακόμα και από το κυβερνών κόμμα με αποτέλεσμα την απόσυρση του σχετικού νομοσχεδίου (Polyzos, et al., 2008).

Τέταρτη περίοδος · Θεσμοθέτηση ΕΣΥ

Ιστορικά το ελληνικό σύστημα υγείας βασιζόταν σε χαρακτηριστικά που προσιδιάζουν στο Βισμαρκιανό μοντέλο αντανακλώντας τη δομή της Ελληνικής οικονομίας (μικρές επιχειρήσεις-μικρά και πολλά ασφαλιστικά ταμεία). Κύριο ασφαλιστικό ταμείο υπήρξε το ΙΚΑ το οποίο όπως αναφέρθηκε ιδρύθηκε το 1934. Στη συνέχεια σημαντικά ασφαλιστικά ταμεία υπήρξαν το Ταμείο Επαγγελματιών και

Βιοτεχνών Ελλάδος (ΤΕΒΕ) με έτος ίδρυσης το 1934 και το ταμείο εμπόρων (ΤΑΕ) στο ασφαλιζόνταν οι ελεύθεροι επαγγελματίες το 1940. Η τρίτη σημαντική κατηγορία υπήρξε ο ΟΓΑ στον οποίο ασφαλισμένοι ήταν οι αγρότες ιδρύθηκε το 1961 και η τέταρτη μεγάλη κατηγορία ήταν αυτή των δημοσίων υπαλλήλων οι οποίοι ήταν ασφαλισμένοι στον ΟΠΑΔ (Polyzos, et al., 2008).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 η εκ βάθρων αναμόρφωση στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί προτεραιότητα για τη σοσιαλιστική κυβέρνηση της χώρας. Το πρώτο νομοθέτημα πριν τη θέσπιση του ΕΣΥ υπήρξε η σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) με το νόμο 1278/1982. Το ΚΕΣΥ προβλέπονταν να είναι ένα όργανο συμμετοχής των πολιτών με συμμετοχή κοινωνικού ελέγχου για τη διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής στη πολιτική της υγείας και στη συμμετοχή αποφάσεων. Το ΚΕΣΥ συγκροτούσαν εκπρόσωποι των εργαζομένων στην υγεία, συνδικαλιστικές οργανώσεις των εργαζομένων, των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, της Πολιτείας, της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων. Με τη πάροδο του χρόνου ο ρόλος του ΚΕΣΥ υποβαθμίστηκε καθώς δεν μπόρεσε να ανταποκριθεί στο ρόλο του και στις επιστημονικές προκλήσεις σε θέματα υγείας στο τελευταίο τέταρτο του αιώνα (Κουρής κ.α, 2007).

Το 1983 αποτελεί έτος τομή με την ψήφιση της πιο σημαντικής νομοθετικής υγειονομικής μεταρρύθμισης στη χώρα (Economou, 2010). Τον Οκτώβριο του 83 επί υπουργίας Παρασκευά Αυγερινού ψηφίζεται ο 1397/83 ο οποίος προβλέπει την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η ίδρυση και η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ υπήρξε κύριο χαρακτηριστικό ενός *ευρύτερου προγράμματος αργοπορημένου προοδευτικού εκσυγχρονισμού* (Κονδύλης, 2009). Κύριες αρχές του νομοθετήματος για το ΕΣΥ στηρίζονταν στη θεώρηση της υγείας ως κοινωνικό αγαθό. Για πρώτη φορά δομούνταν οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός εθνικού συστήματος υγείας στο οποίο θα παρέχονταν δωρεάν η πρόσβαση, όλες οι υπηρεσίες υγείας θα παρέχονταν ισότιμα ανεξάρτητα από το κοινωνικό, πνευματικό, οικονομικό υπόβαθρο του καθενός. Βασικές παράμετροι του συστήματος υπήρξαν (Κουρής κ.α, 2007):

- Αποκέντρωση των υπηρεσιών μέσω διαίρεσης της χώρας σε υγειονομικές επαρχίες και η λειτουργία 13 Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ) καθώς επίσης και την εκχώρηση γνωμοδοτικών και εποπτικών αρμοδιοτήτων στα Νομαρχιακά Συμβούλια.

- Ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας υπηρεσιών υγείας. Ο κεντρικός έλεγχος για το σχεδιασμό και την εφαρμογή των υγειονομικών προγραμμάτων ανήκει στη δικαιοδοσία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και το οποίο έχει υπό την άμεση εποπτεία το σύνολο των νοσοκομείων τα οποία χρηματοδοτούνται από το Δημόσιο με εξαίρεση τα Πανεπιστημιακά και τα Στρατιωτικά (τα οποία υπάγονται στα Υπουργεία Παιδείας και Εθνικής Άμυνας αντίστοιχα) με σκοπό να εξαλειφθούν οι σπατάλες και οι επικαλύψεις.
- Θεσμοθέτηση στο ΕΣΥ ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Εισάγεται η έννοια της μονιμότητας στο ΕΣΥ και απαγορεύεται η εξάσκηση του επαγγέλματος στον ιδιωτικό τομέα.
- Ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Στον ιδρυτικό νόμο 1397/83 προβλέπεται η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου δικτύου Κέντρων Υγείας αστικού και αγροτικού κυρίως τύπου τα οποία θα καλύπτουν το σύνολο της επικράτειας σε χερσαίο και νησιωτικό χώρο και τα οποία θα στελεχώνονται με οικογενειακούς γιατρούς.

Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ απετέλεσε τη σοβαρότερη και ουσιαστικότερη μεταρρυθμιστική ενέργεια εφαρμογής ενός πλαισίου αρχών και ενιαίων κανόνων λειτουργίας σε ένα κατακερματισμένο σύνολο υγειονομικών υπηρεσιών. Το ΕΣΥ διαπνέονταν από μία σύγχρονη θεώρηση για το αγαθό υγεία και επιπλέον ανταποκρίνονταν στη παράδοση και το κεκτημένο των σύγχρονων ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας (Οικονόμου, 2012). Η θέσπιση του ΕΣΥ δεν κατάφερε να αντιμετωπίσει με επάρκεια θέματα μικροοικονομικής και μακροοικονομικής αποδοτικότητας στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών διαχείρισης/διοίκησης με επακόλουθο την αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας από 3,86% το 1980 στο 4,77% το 1989 (Κουρής κ.α, 2007). Επιπλέον η θέσπιση του ΕΣΥ δεν ευδοκίμησε και η περιφερειακή αποκέντρωση. Οι ανωτέρω προβληματικές εξηγούνται από το γεγονός ότι ορισμένες ρυθμίσεις του νομοσχεδίου δεν εφαρμόστηκαν με απόρροια τη διαιώνιση καταστάσεων που αναίρεσαν τη φιλοσοφία αλλά και τη φιλοδοξία του νομοσχεδίου. Ο νόμος 1397/83 προέβλεπε τη κατάργηση όλων των μέχρι τότε μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας και σε αντικατάσταση αυτών την λειτουργία κέντρων υγείας αστικού και αγροτικού τύπου καθώς και την απόδοση σε ειδικό λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας από τα ασφαλιστικά ταμεία των

δαπανών περίθαλψης των ασφαλισμένων τους στα κέντρα υγείας. Τελικώς λειτούργησαν μόνον τα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου. Η κατάργηση των υπόλοιπων μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας, η ίδρυση κέντρων υγείας αστικού τύπου τα οποία σκοπό είχαν την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια φροντίδα, καθώς και η λειτουργία του ειδικού λογαριασμού δεν υλοποιήθηκαν με αποτέλεσμα τη ύπαρξη και λειτουργία μιας πλειάδας δομών και υπηρεσιών στη πρωτοβάθμια φροντίδα (Οικονόμου, 2012). Η μη λειτουργία των κέντρων υγείας αστικού τύπου έχει σαν αποτέλεσμα την λειτουργία ενός συστήματος υγείας νοσοκομειοκεντρικού.

Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ προέβλεπε (όπως και οι προηγούμενες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες) στο άρθρο 16 την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και τη δημιουργία ενός φορέα υγείας ο οποίος θα συνέλεγε, θα διαχειριζόταν, και θα κατένειμε τα κονδύλια σε κέντρα υγείας και νοσοκομεία. Η εισαγωγή αυτού του ενιαίου φορέα θα μπορούσε να αποτελέσει την αφετηρία εισαγωγής μορφών ελεγχόμενου ανταγωνισμού ενταγμένος στο πλαίσιο μιας ευρύτερης προσέγγισης της πολιτικής υγείας. Ο ενιαίος φορέας θα μπορούσε να λειτουργεί ως μονοψώνιο για λογαριασμό των ασφαλισμένων. Λόγω της ενοποίησης των ταμείων ο νέος οργανισμός θα είχε ισχυρότατη διαπραγματευτική δύναμη και θα μπορούσε να επιβάλλει κανόνες και στοιχεία της αγοράς. Επιπλέον θα μπορούσε να δώσει την ευκαιρία για αποκέντρωση μέσω της κατανομής πόρων με συνέπεια την προαγωγή της ισότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Σκουτέλης, 1995). Η συγκεκριμένη πρόταση νόμου για τη συνένωση των ασφαλιστικών ταμείων προκάλεσε πλήθος αντιδράσεων από εμπλεκόμενους φορείς, ιατρούς, ασφαλιστικά ταμεία ακόμα και από σημαίνοντα πρόσωπα του κυβερνητικού χώρου (Πρόεδρος της Βουλής) με αποτέλεσμα για μία ακόμα φορά την μη υλοποίηση ενοποίησης των ταμείων. Άλλοι παράγοντες που συνετέλεσαν σε αυτή την αντίδραση είναι και η διατήρηση των βαθιά εδραιωμένων πελατειακών σχέσεων, η γραφειοκρατική δομή, η ανυπαρξία ικανότητας σχεδιασμού και διατήρησης καθώς επίσης και η έλλειψη εμπειρίας στη διαχείριση των αλλαγών (Μόσιαλος, Allin, 2007). Αποτέλεσμα η παραμονή των ανισοτήτων τόσο στη μεριά της χρηματοδότησης (λόγω εισφορών στα ασφαλιστικά ταμεία) όσο και στο επίπεδο των παροχών. Εξαιτίας αυτού του συστήματος τα δημόσια νοσοκομεία να οδηγούνται επί μακρόν σε μεγαλύτερα ελλείμματα εξαρτώμενα από την κυβερνητική επιχορήγηση (Κουρής, Σουλιώτης, Φιλαλήθης, 2007).

Επιπλέον παρά τον αποκεντρωτικό χαρακτήρα του θεσμού του ΕΣΥ και ενώ εκδόθηκε λίγα χρόνια αργότερα Προεδρικό Διάταγμα για τη λειτουργία 9 υγειονομικών περιφερειών αυτό δεν εφαρμόστηκε και το σύστημα συνέχισε να λειτουργεί με τον ίδιο συγκεντρωτικό χαρακτήρα (Κακαλέτσης, Ιωαννίδης, Σιγάλας, Χατζητόλιος, 2013). Παρατηρούμε συνεπώς ότι μια ιστορική αναγκαιότητα για αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας η οποία διεφάνη από το μακρινό 1923 δεν εφαρμόστηκε σε αλληπάλλληλες νομοθετικές προσπάθειες.

Η μεταρρύθμιση της περιόδου 1990-1993

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 η αλλαγή των πολιτικών συσχετισμών και η επικράτηση της φιλελεύθερης ιδεολογίας επανέφεραν στην εξουσία τη συντηρητική παράταξη. Το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων τον Ιούλιο του 1992 με τη νομοθετική παρέμβαση του νομοσχεδίου 2071/1992 με τίτλο «εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστημάτων υγείας» εμπνευστής του οποίου υπήρξε ο αρμόδιος Υπουργός Γιώργος Σούρλας επιχείρησε να αναπροσαρμόσει τη φιλοσοφία του συστήματος υγείας. Οι στόχοι του νόμου υπήρξαν οι εξής (Οικονόμου, 2004):

- Το κράτος εγγυάται το δικαίωμα των πολιτών για ελευθερία επιλογής γιατρού και ιδρύματος.
- Τη δυνατότητα επιλογής από πλευράς ιατρικού προσωπικού μεταξύ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και μερικής απασχόλησης σε αντικατάσταση της ανελαστικής μορφής των εργασιακών σχέσεων που ίσχυε μέχρι τότε.
- Την απελευθέρωση του ιδιωτικού τομέα και τη δυνατότητα ίδρυσης νέων νοσοκομείων και κλινικών αφού με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ το κράτος κατείχε την σχεδόν πλήρη μονοπώληση της λειτουργίας του τομέα υγείας.
- Την αύξηση των νοσηλίων για να καλυφθούν τα ελλείμματα των νοσοκομείων (Polyzos, et al., 2008).
- Την αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στην αγορά φαρμάκων.
- Τη θέσπιση εισιτηρίου για επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Ο προσανατολισμός του συστήματος υγείας κατά τη περίοδο 1990-1993 διαπνέονταν από την αντίληψη της αγοράς στο σύστημα υγείας, αφού κύρια στοχοθεσία του συστήματος αποτελούσε η ελευθερία επιλογής είτε ιατρού είτε νοσηλευτικού ιδρύματος (Κουρής κ.α, 2007). Κατά τη διάρκεια της συντηρητικής διαχείρισης του ΕΣΥ δεν επήλθαν αλλαγές στη χρηματοδότηση και τη παροχή της υγειονομικής περίθαλψης. Κατά την ανωτέρω περίοδο η Κυβέρνηση εμφανίστηκε υποστηρικτική στον ιδιωτικό τομέα θεωρώντας ότι μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη παροχή της υγειονομικής περίθαλψης (Niakas, Petsetakis, 1995).

Περίοδος 1994 -προτάσεις εμπειρογνομώνων-οιονεί αγοράς

Η νέα ατζέντα στη πολιτική υγείας ξεκίνησε να εφαρμόζεται μετά την επάνοδο του σοσιαλιστικού κόμματος στην εξουσία στα τέλη του 1993. Οι περισσότερες μεταρρυθμίσεις της περιόδου 1990-1993 καταργήθηκαν κυρίως αυτές που αφορούσαν τις εργασιακό καθεστώς των ιατρών στα νοσοκομεία με επαναφορά από το 1994 του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης (Polyzos, et al., 2008). Στις αρχές του 1994 το Υπουργείο Υγείας με επικεφαλής τον Καθηγητή Δημήτρη Κρεμαστινό συγκροτεί δύο επιτροπές μία από Έλληνες και μια από ξένους εμπειρογνώμονες με επικεφαλής στη δεύτερη τον διεθνή κύριο Καθηγητή Οικονομικών Brian Abel Smith με γνώμονα τη πρόταση θεσμικών μεταρρυθμίσεων και αώτερο στόχο τον εκσυγχρονισμό του ελληνικού συστήματος υγείας. Από την αρχή του πορίσματος των εμπειρογνομώνων τίθεται με σαφήνεια το πλαίσιο πολιτικής υγείας, το οποίο είχε υιοθετηθεί και από τις χώρες του ΟΟΣΑ πράγμα το οποίο δηλώνει μια «άτυπη» σύγκλιση γύρω από μια έννοια της συγκράτησης του κόστους. Το πλαίσιο αυτό προβλέπει την επαρκή και ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε μια αξιοπρεπή υγειονομική φροντίδα. Μακροοικονομική αποδοτικότητα του συστήματος· το κόστος της φροντίδας υγείας δεν θα πρέπει να υπερβαίνει ένα αποδεκτό ποσοστό εθνικών πόρων. Μικροοικονομική αποδοτικότητα. Το άθροισμα των υπηρεσιών υγείας που επιλέγονται είναι επιβεβλημένο να εξασφαλίζει τα βέλτιστα δυνατά αποτελέσματα και την ικανοποίηση του ασθενούς με το μικρότερο δυνατό κόστος. Συγκεκριμενοποιώντας τις προτάσεις των σχετικών επιτροπών αυτές προσανατολίζονταν (Σουλιώτης, 2003):

- Στην ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και στην αποκέντρωση των υπηρεσιών με τη δημιουργία του Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ) με παράλληλη μεταβίβαση όλων των οικονομικών πόρων που προορίζουν για την περίθαλψη των ασφαλιζομένων
- Στη σύσταση και δημιουργία Περιφερειακών Υγειονομικών Συμβουλίων με διαχειριστικές αρμοδιότητες των πόρων του ΕΦΥ με στόχο την αποκέντρωση του συστήματος.
- Στο σύστημα σφαιρικών προϋπολογισμών για τα νοσοκομεία. Κατά το συγκεκριμένο σύστημα ο προϋπολογισμός του νοσοκομείου συμφωνείται έπειτα από διαπραγμάτευση ανάμεσα στη διοίκηση του νοσοκομείου, τα ασφαλιστικά ταμεία και την κεντρική διοίκηση και δεν αναθεωρείται. Τούτο λαμβάνει χώρα για τον έλεγχο των δαπανών του νοσοκομείου (Σούλης, 1999). Η μέθοδος αυτή εφαρμοζόταν σε Γαλλία, Βρετανία, Ολλανδία και άλλες ευρωπαϊκές χώρες κατά τη δεκαετία του 1990 (Σουλιώτης, 2000).
- Στην αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, τη μετατροπή τους σε ανώνυμες εταιρείες και σε τελικό στάδιο τη κατάργηση της μονιμότητας των υπαλλήλων του ΕΣΥ.

Στις προτάσεις των επιτροπών ασκήθηκε οξεία κριτική, είχαν ενδείξεις από μεταρρυθμίσεις στο εθνικό σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας και εντάσσονταν στο ευρύτερο πλαίσιο για τη διάκριση της προσφοράς από τη ζήτηση και την εισαγωγή του φαινομένου των οιονεί αγορών. Η κεντρική αντίληψη περί οιονεί αγορών συνίσταται στο συνδυασμό στοιχείων αγοράς και ανταγωνισμού με σκοπό την επίτευξη των στόχων κοινωνικής και υγειονομικής πολιτικής (Κυριόπουλος, Οικονόμου, 2000). Ο ελεγχόμενος ανταγωνισμός βασίζεται στην αναγνώριση πως η αγορά των υπηρεσιών υγείας βασίζεται σε τρία μέρη: του καταναλωτές-ασθενείς, στους προμηθευτές καθώς επίσης στους χρηματοδότες και επιχειρείται η αποκατάσταση της ισορροπίας μεταξύ τους (Σκουτέλης, 1995). Η διαφορά ανάμεσα σε οιονεί και στις συμβατικές αγορές είναι πως στις πρώτες η παραγωγή των κοινωνικών υπηρεσιών γίνεται μέσω της ανάθεσης συμβολαίων από κρατικές υπηρεσίες σε οργανισμούς (κερδοσκοπικούς και μη) οι οποίοι βρίσκονται μεταξύ τους σε ανταγωνισμό. Επιπλέον οι καταναλωτές εκπροσωπούνται από

διαμεσολαβητές οι οποίοι αποφασίζουν για το συμφέρον των πρώτων σε αντίθεση με τη παραδοσιακή κυριαρχία στις κλασικές αγορές. Επιπρόσθετα η αγοραστική δύναμη του καταναλωτή χρήστη υπηρεσιών υγείας δεν εκφράζεται από τις συνηθισμένες πληρωμές αλλά μέσω της επιλογής διαμεσολαβητή ή παραγωγού υπηρεσιών ο οποίος πληρώνεται από τις αρμόδιες κρατικές αρχές (Ματσαγγάνης, 1994).

Οι προτάσεις των επιτροπών κατηγορήθηκαν διότι δεν ελάμβαναν υπόψη μια σειρά από παράγοντες όπως ιστορικούς, κοινωνικούς, γεωγραφικούς και αυτό συνέβαλε στη διατήρηση ενός κλίματος αμφισβήτησης στις προτάσεις και στην εφικτότητα του εγχειρήματος.

Λίγα χρόνια αργότερα το 1996 το Υπουργείο Υγείας με προεξάρχοντα τον Υπουργό Αναστάσιο Πεπονή παρουσίασε ένα μετριοπαθέστερο νομοσχέδιο στο οποίο δεν γίνονταν αναφορά στην ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων αλλά στην υιοθέτηση περιφερειακών σφαιρικών προϋπολογισμών και τη χρηματοδότηση των δημοσίων νοσηλευτηρίων μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών. Η προκήρυξη Εθνικών εκλογών την ίδια χρονιά ακύρωσε την ανωτέρω μεταρρυθμιστική πρωτοβουλία (Οικονόμου, 2012).

Η απόπειρα μεταρρύθμισης του 1997 · Εμφάνιση DRG's

Στα τέλη της δεκαετίας του 1990 και μετά τις προτάσεις των εμπειρογνομόνων ακολούθησε ο νόμος 2519/1997 «ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του εθνικού συστήματος υγείας» επί Υπουργίας Κώστα Γείτονα για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας ο οποίος έδινε έμφαση σε περισσότερο τεχνοκρατικές λύσεις με έμφαση στην εισαγωγή σύγχρονων αρχών και τεχνικών διοίκησης. Ο νόμος προέβλεπε την εισαγωγή DRG's (Diagnosis Related Groups) ως μέθοδο αποπληρωμής των νοσοκομείων του ΕΣΥ, την καθιέρωση κλειστών προϋπολογισμών ανά κλινική και ανά νοσοκομείο, τη «χαλαρή ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων» (μέσω κοινοπραξιών ως επί το πλείστον) (Κονδύλης, 2009). Σύμφωνα με το μοντέλο των DRG's μετά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο ο τελευταίος κατατάσσεται σε κάποια κοστολόγηση των ιατρονοσηλευτικών και εργαστηριακών πράξεων αναλόγως με τη διαγνωστική κατηγορία που ανήκει ο εκάστοτε ασθενής και η δαπάνη καταβάλλεται στο νοσοκομείο από τον ασφαλιστικό οργανισμό (Σούλης, 1999). Τα DRG's αποτελούν μια σύγχρονη μέθοδο

χρηματοδότησης η οποία αναπτύχθηκε στο Πανεπιστήμιο του Yale το 1977. Στην Ευρώπη τα DRG's εισήχθησαν αρχικά στο γαλλικό σύστημα υγείας το 1986. Στη συνέχεια υιοθετήθηκε από το ιταλικό σύστημα υγείας με την εισαγωγή της συγκεκριμένης μεθόδου χρηματοδότησης να ξεκινά το 1992, να εφαρμόζεται αρχικά σε πειραματικό στάδιο σε ορισμένα νοσοκομεία πριν την πλήρη εισαγωγή της μεθόδου το 1997. Τα Σκανδιναβικά κράτη υιοθέτησαν τη συγκεκριμένη μέθοδο χρηματοδότησης στις αρχές της δεκαετίας του 1990. (Φουστέρη, 2011). Τα επόμενα χρόνια πολλά ευρωπαϊκά κράτη υιοθέτησαν τη συγκεκριμένη μέθοδο χρηματοδότησης.

Επιπρόσθετα ο νόμος προέβλεπε την σύσταση ινστιτούτου έρευνας και ελέγχου της ποιότητας των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών, τη σύσταση συμβουλίου συντονισμού και ενιαίας δράσης υπηρεσιών υγείας καθώς επίσης και δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το Υπουργείο Υγείας ο οποίος προσπάθησε να περιορίσει τα ελλείμματα των δημοσίων νοσοκομείων με επιδοτήσεις από τη γενική φορολογία (Polyzos, etal., 2008). Ο ανωτέρω νόμος υπήρξε λιγότερο ριζοσπαστικός σε σχέση με τις εκθέσεις των εμπειρογνομόνων αλλά παρά το γεγονός αυτό οι πρωτοβουλίες του ανωτέρω νομοθετήματος δεν εφαρμόστηκαν (Γκάτσου, 2006).

Η μεταρρύθμιση «υγεία για τον πολίτη»

Τη περίοδο μετά το 2000 οι συνθήκες για μεταρρυθμίσεις ευρείας κλίμακας ευδοκούν με το σχέδιο «υγεία για τον πολίτη». Το τελευταίο έχει ως στόχο τη μετεξέλιξη του ΕΣΥ σ' ένα σύγχρονο υγειονομικό σύστημα. Το σοσιαλιστικό κόμμα το 2000 το οποίο επικράτησε στις εκλογές του ίδιου έτους μέσω του αρμόδιου Υπουργού Υγείας Αλέκου Παπαδόπουλου παρουσίασε το αρχικό πλάνο της μεταρρύθμισης του υγειονομικού συστήματος τον Ιούλιο του ίδιου έτους. Ο πυρήνας της μεταρρύθμισης περιελάμβανε (Μόσιαλος, Allin, 2007):

- Τη δημιουργία ενιαίου συντονιστικού φορέα διαχείρισης των οικονομικών του οργανισμού διαχείρισης πόρων υγείας (ΟΔΙΠΥ) και την ενοποίηση του ΕΣΥ και ασφαλιστικών οργανισμών που διαθέτουν δομές παροχής υπηρεσιών υγείας

- Την αποκέντρωση του συστήματος υγείας μέσω της καθιέρωσης 17 περιφερειακών συστημάτων υγείας (ΠΕΣΥ) με σκοπό το συντονισμό των δράσεων και των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας
- Την οργάνωση ενός βασικού συστήματος περίθαλψης μέσω συμβάσεων με ιατρούς βασικής περίθαλψης
- Την εισαγωγή προγράμματος αξιολόγησης του ιατρικού συμμετέχουν στο ΕΣΥ

Επιπλέον στόχοι της μεταρρύθμισης υπήρξαν η ενδυνάμωση των νοσοκομείων μέσω του θεσμού των μάντζερ, της βέλτιστης χρησιμοποίησης των πόρων και η αύξηση της αποδοτικότητας, η ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της εισαγωγής του οικογενειακού γιατρού (Σουλιώτης, 2003), η συνεχής βελτίωση της ποιότητας, η έμφαση σε πολιτικές που ενισχύουν την τεκμηριωμένη άσκηση της ιατρικής (Κουρής κ.α, 2007).

Ο στόχος της συνένωσης των ασφαλιστικών φορέων (στο μεταξύ λειτουργούσαν περίπου 30 ασφαλιστικά ταμεία καλύπτοντας το 97% του πληθυσμού) ήταν να δημιουργηθεί ένας μονοψωνιακός αγοραστής υπηρεσιών με στόχο να εξορθολογισθεί το σύστημα αγορών. Η πρόταση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας είχε μέριμνα την ενοποίηση των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ που κάλυπταν ένα ποσοστό ασφαλισμένων που προσέγγιζε το 90% , παρέχοντας τη δυνατότητα στα υπόλοιπα ταμεία να ενταχθούν οικεία βουλήσει. Σταδιακά ο ΟΔΠΥ θα εφήρμοζε έναν ενιαίο κανονισμό παροχών για την άρση των υφιστάμενων διαφορών στις παροχές των ασφαλιστικών ταμείων. Όσα ασφαλιστικά ταμεία δεν μεταβίβαζαν τους πόρους τους στον ΟΔΠΥ τότε θα πλήρωναν τις υπηρεσίες του ΕΣΥ με βάση ειδικό τιμολόγιο. Επιπλέον ο ΟΔΠΥ θα είχε τη δυνατότητα να αγοράζει υγειονομικές υπηρεσίες τόσο από το ΕΣΥ όσο και από τον ιδιωτικό τομέα με γνώμονα το κόστος και την ποιότητα των υπηρεσιών (Οικονόμου, 2004). Το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία θα χρηματοδοτούσαν τη λειτουργία του ΟΔΠΥ σύμφωνα με επιδημιολογικούς, δημογραφικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Ο ΟΔΠΥ από τη μεριά του θα «αγόραζε» υπηρεσίες υγείας για τους ασθενείς του από τα ΠΕΣΥ και τον ιδιωτικό τομέα με βάση κριτήρια ποιότητας και κόστους υπηρεσιών. Η προσπάθεια για διαχωρισμό της προσφοράς από τη ζήτηση υπηρεσιών με δημιουργία οιονεί αγοράς

στην υγεία είναι περισσότερο προσανατολισμένη σε μια συνεργατική και όχι σε μια ανταγωνιστική σχέση ανάμεσα σε αγοραστή (ΟΔΠΥ) και προμηθευτή υπηρεσιών (ΕΣΥ) όπου και οι δύο είναι κρατικοί θεσμοί και αυτό έγινε με γνώμονα τις αδυναμίες που παρουσιάστηκαν σε συνθήκες διαυγέστερου ανταγωνισμού στο Βρετανικό σύστημα υγείας (NHS) στις αρχές της δεκαετίας του 1990 (Tountas, Karnaki, Pavi, 2002).

Τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας τα οποία προβλέπονταν και στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ αλλά δεν εφαρμόστηκαν είχαν ως βλέψη τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον στόχος του Υπουργείου υπήρξε η μεταφορά στις περιφέρειες της ισχύος των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων η πλειοψηφία των οποίων μέχρι τότε ήταν πρόσωπα διορισμένα από την εκάστοτε κυβέρνηση καθώς επίσης και αντιπροσώπους των συνδικάτων των ιδρυμάτων. Ακόμα σε σχέση με τα νοσοκομεία προβλέπονταν η μετατροπή των νοσοκομείων σε αυτοτελείς μονάδες του ΠΕΣΥ, η διοίκηση του νοσοκομείου από μάνατζερ, η συγκρότηση νέων τμημάτων και υπηρεσιών όπως του τμήματος ποιοτικού ελέγχου, της κοστολόγησης αλλά και η κατάργηση των κλειστών προϋπολογισμών κατά τομέα

Το Υπουργείο στη βασική του στοχοθεσία πρότεινε την καθιέρωση ενός συστήματος βασικής περίθαλψης στο οποίο υπήρχε μέριμνα να εγγράφεται ο πληθυσμός σε έναν προσωπικό ιατρό. Οι γιατροί της βασικής περίθαλψης θα ήταν συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία και θα αμείβονταν κατά κεφαλήν. Σε περίπτωση που ο ασθενής παρέκαμπε το προσωπικό ιατρό και επισκέπτονταν ειδικό τότε θα επωμιζόταν το μισό κόστος της επίσκεψης.

Το τέταρτο δομικό στοιχείο της μεταρρύθμισης «υγεία για τον πολίτη» σχετιζόταν με το εργασιακό καθεστώς. Οι μόνιμοι ιατροί του ΕΣΥ είχαν την επιλογή να αποκτήσουν απογευματινά ιδιωτικά ιατρεία εντός των νοσηλευτηρίων με στόχο να «επισημοποιηθούν» κάποιες από τις άτυπες αμοιβές που ελάμβαναν. Το Υπουργείο καθόριζε τις πολλαπλές εργασιακές σχέσεις των πανεπιστημιακών ιατρών οδηγώντας τους να επιλέξουν την εξάσκηση του επαγγέλματος είτε στο δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα. Σε περίπτωση που διατηρούνταν στο ΕΣΥ θα μπορούσαν να διατηρήσουν πλην της αμοιβής τους και την επιλογή των απογευματινών ιατρείων. Σε περίπτωση που διάλεγαν τον ιδιωτικό τομέα τότε δεν θα είχαν το δικαίωμα να γίνουν διευθυντές στις κλινικές του ΕΣΥ (Μόσιαλος, Allin, 2007). Η μεταρρυθμιστική πρωτοβουλία περιελάμβανε επίσης και την καθιέρωση

αξιολόγησης στο σύνολο των διευθυντών του ΕΣΥ και του προσωπικού των ιδρυμάτων.

Αντιδράσεις των ενδιαφερομένων στη προωθούμενη μεταρρύθμιση

Οι αντιδράσεις στη μεταρρύθμιση «για την υγεία και τον πολίτη» υπήρξαν έντονες και πολύπλευρες. Επιχειρώντας μια αναδρομή στις αντιδράσεις θα ονοματίσουμε τους κύριους δρώντες ενάντια στην προωθούμενη μεταρρύθμιση (Μόσιαλος, Allin, 2007) .

- Δημόσιοι υπάλληλοι του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και των νοσοκομείων. Η συγκεκριμένοι δρώντες εναντιώθηκαν στη νομοθετική πρωτοβουλία της περιφερειακής αποκέντρωσης της εξουσίας στα ΠΕΣΥ γιατί η τελευταία νοηματοδοτούσε μια μεταβίβαση εξουσίας από τα κομματικοποιημένα διοικητικά συμβούλια των νοσηλευτικών ιδρυμάτων στους περιφερειακούς διευθυντές. Το συνδικαλιστικό όργανο των υπαλλήλων στα νοσοκομεία η ΠΟΕΔΗΝ θεώρησε πως η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση δεν είναι προς τη κατεύθυνση της ωφέλειας του προσωπικού των νοσοκομείων και των ασθενών του συστήματος υγείας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα μια σειρά από διαμαρτυρίες και απεργιακές κινητοποιήσεις
- Ασφαλιστικά ταμεία. Ο συντονισμός των δραστηριοτήτων των ταμείων σήμαινε την καθιέρωση ενός μονοφωνιακού αγοραστή υπηρεσιών υγείας. Αυτό θα γίνονταν με γνώμονα την ορθολογική κατανομή πόρων συνάμα όμως να πιεστούν πάροχοι υπηρεσιών για την ποιότητα και για τιμές. Αυτόνομα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία απολάμβαναν αυξημένα προνόμια υγειονομικής φροντίδας όπως τα ταμεία του Ο.Τ.Ε. και της Δ.Ε.Η. και των τραπεζών αντέδρασαν στη προωθούμενη μεταρρύθμιση.
- Ιατροί. Το ιατρικό προσωπικό τη συγκεκριμένη περίοδο διαχωρίζεται στα δύο σημαντικότερα συνδικάτα στο δημόσιο τομέα αυτό των νοσοκομειακών ιατρών (ΟΝΓΕ) και το συνδικάτο των γιατρών του ΙΚΑ (ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ). Επιπλέον στον ιατρικό κόσμο ανήκουν και οι πανεπιστημιακοί γιατροί οι οποίοι θεωρείται πως ασκούν σημαντική επιρροή στις πολιτικές της υγείας. Οι γιατροί του ΙΚΑ αντέδρασαν πρώτοι στη μεταρρύθμιση αντιδρώντας στη πρόταση οι 5000 από τους 8000 γιατρούς που είχαν κυλιόμενες συμβάσεις

ορισμένου έργου να ανταγωνιστούν για να ενταχθούν στο νέο σύστημα υγειονομικής φροντίδας, με παράλληλη την ένταξη των πολυιατρείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ και τη μετατροπή τους σε αστικά κέντρα υγείας. Επιπλέον οι γιατροί του ΙΚΑ διαμαρτυρήθηκαν και για μισθολόγιό τους καθώς αξίωναν αυξήσεις στις απολαβές τους μεγαλύτερες από τη συλλογική σύμβαση εργασίας.

Οι νοσοκομειακοί γιατροί αντιστάθηκαν στη μεταρρύθμιση για ποικίλους λόγους. Οι διαχειριστές των νοσοκομείων και τα ΠΕΣΥ θα επιτηρούσαν τις νοσοκομειακές δραστηριότητες με τρόπο διαφορετικό σε σχέση με τα πολιτικά διορισμένα διοικητικά συμβούλια των ιδρυμάτων. Επιπλέον ένα ενοποιημένο ταμείο και ο κατά συνέπεια εξορθολογισμός του συστήματος θα είχε αντίκτυπο στη κλινική αυτονομία του ιατρικού προσωπικού αναφορικά με ζητήματα ελέγχου ποιότητας και τις κατευθυντήριες γραμμές εξασκήσεως της ιατρικής πρακτικής. Ένας επιπρόσθετος παράγων δυσaráεσκείας των νοσοκομειακών ιατρών ήταν τα προτεινόμενα συστήματα αξιολόγησης και ελέγχου ποιότητας θα είχαν ως απόρροια περισσότερη εργασία για το ιατρικό προσωπικό, ενώ δεν υπήρχε περιθώριο για προαγωγές εντός του παγιωμένου νοσοκομειακού συστήματος. Ακόμα η μεταρρύθμιση επικρίθηκε και για τα απογευματινά ιατρεία καθώς θεωρήθηκε πως δημιουργείται εντός του ΕΣΥ ένα σύστημα δύο ταχυτήτων. Αποτέλεσμα των ανωτέρω λόγων όπως και με τους γιατρούς του ΙΚΑ οι επαναλαμβανόμενες απεργιακές κινητοποιήσεις στις αρχές του 2001.

Σημαντικότερες αντιδράσεις στη προτεινόμενη μεταρρύθμιση επέδειξαν οι πανεπιστημιακοί ιατροί. Οι πανεπιστημιακοί καθηγητές εναντιώθηκαν στην υποχρεωτική επιλογή ανάμεσα στην άσκηση του επαγγέλματος στο ΕΣΥ ή στην ιδιωτική άσκηση του επαγγέλματος. Η συγκεκριμένη κατηγορία δρώντων προχώρησαν σε απεργία από τα καθηγητικά τους καθήκοντα αρνούμενοι να διδάξουν στα αμφιθέατρα αφού πρωτίτερα κατέφυγαν ανεπιτυχώς στον Άρειο Πάγο. Το Υπουργείο Υγείας αντιμετώπιζε με αυτή την κατάσταση αντιπρότεινε στους πανεπιστημιακούς για αποκλειστική χρήση το ανεγερθέν Αττικό νοσοκομείο. Οι γιατροί εκτίμησαν αρχικά ως ακατάλληλη την τοποθεσία γιατί το νοσοκομείο βρισκόταν μακριά από το κέντρο της Αθήνας σε σχετικά υποβαθμισμένη περιοχή από πλευράς κοινωνικού προφίλ. Επίσημα υπεστήριζαν πως το νοσοκομείο δεν είναι επαρκώς εξοπλισμένο και

αρνήθηκαν την πρόταση του αρμοδίου Υπουργού. Μόνον μετά την αντικατάσταση του Υπουργού Υγείας από τον πρώην Καθηγητή της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Κωνσταντίνο Στεφανή απεδέχθησαν οι πανεπιστημιακοί το Αττικό νοσοκομείο, διατηρώντας παράλληλα το δικαίωμα στην ελευθερία εξάσκησης του επαγγέλματος τόσο στο ΕΣΥ όσο και εκτός αυτού (ιδιωτικό τομέα).

- **Ιδιωτικός τομέας.** Η επίσημη αντίδραση απόν ιδιωτικό τομέα δεν έλαβε τις αντίστοιχες διαστάσεις όπως των ιατρών ή των ασφαλιστικών ταμείων και η συγκεκριμένη κατηγορία δρώντων στο σύστημα υγείας δεν είδε με «καλό μάτι» τις προωθούμενες αλλαγές. Παραδείγματος χάριν ο ισχυρός διαγνωστικός τομέας εναντιώθηκε στο συντονισμό των ασφαλιστικών ταμείων αλλά και στην ίδρυση του ΟΔΠΥ διότι τούτο θα σήμαινε αυξημένη επίβλεψη, ανταγωνιστικό περιβάλλον σε ότι σχετίζεται με τις τιμές, ένταση των ελέγχων ως προς την καταλληλότητα της φροντίδας και τον σχεδιασμό των συμβολαίων στα οποία υπήρχαν διαφορετικοί όροι για τα αδιάφορα και ανεξάρτητα ταμεία.
- **Κυβέρνηση.** Οι υπουργικές ευθύνες στον υγειονομικό χώρο διαμοιράζονται εκτός του Υπουργείου Υγείας το οποίο είναι υπεύθυνο για τα δημόσια νοσοκομεία και στο Υπουργείο Εργασίας το οποίο επιβλέπει τα ασφαλιστικά ταμεία και στο Υπουργείο Παιδείας το οποίο έχει την ευθύνη για τους πανεπιστημιακούς γιατρούς. Ενδεχομένως ενυπάρχουν διαφορετικές αντιλήψεις και διαφορετικά συμφέροντα εντός του υπουργικού συμβουλίου. Επιπροσθέτως ο τότε Πρωθυπουργός δεν επεδίωξε με σθένος την προώθηση των αλλαγών.
- **Αντιπολίτευση.** Η Αξιοματική Αντιπολίτευση ετάχθη ενάντια στη προωθούμενη μεταρρύθμιση χωρίς να προσφέρει κάποια εναλλακτική πρόταση. Επιπλέον συνετάχθη φανερά με τους πανεπιστημιακούς ιατρούς και το κύριο αίτημά τους για παράλληλη άσκηση των καθηκόντων τους εντός και εκτός του ΕΣΥ. Τα κόμματα της αριστεράς αντιτάχθηκαν και αυτά με τη σειρά τους στη μεταρρύθμιση αναφέροντας πως επρόκειτο για μια νεοφιλελεύθερη και τεχνοκρατική μεταρρύθμιση-προσέγγιση στο χώρο της υγείας.

- Μέσα μαζικής επικοινωνίας. Τα μέσα μαζικής επικοινωνίας ιστορικά δεν έχουν καθορίσει σημαντικές μεταρρυθμίσεις στον υγειονομικό χώρο. Στη συγκεκριμένη μεταρρύθμιση ο ρόλος των μέσων ενημέρωσης αρχικά κάλυπταν το θέμα με θετικό πρόσημο, όμως στην πορεία αντιστράφηκε και πολλές περιπτώσεις υπήρχε και αρνητική κριτική στο προωθούμενο νομοσχέδιο.

Υιοθέτηση μεταρρύθμισης;

Παρά το πλήθος και τη σφοδρότητα των αντιδράσεων ο νόμος 2889/2001 ψηφίσθηκε υπήρξε όμως κατά πολύ ασθενέστερος σε σχέση με τις αρχικές του φιλοδοξίες και βλέψεις (Μόσιαλος, Allin, 2007). Η βασική καινοτομία του νόμου υπήρξε η αποκέντρωση της διοίκησης του συστήματος μέσω της διαίρεσης σε 17 υγειονομικές περιφέρειες και της συγκρότησης των ΠΕΣΥ (Κουρής κ.α, 2007). Στην αιτιολογική έκθεση του νόμου 2889/2001 αναφέρεται πως η περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ αποτελεί επιλογή κεφαλαιώδους σημασίας και πως η αποκεντρωμένη διοίκηση αποτελεί για καιρό το μοναδικό ως επί το πλείστον επιτυχημένο μοντέλο διοικήσεως για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες (Κακαλέτσης κ.α, 2013). Παρά την ανωτέρω πρωτοβουλία η ιδέα για την δημιουργία ενός μονοφωνιακού αγοραστή εγκαταλείφθηκε και αυτό με τη σειρά του δημιούργησε προβλήματα στη λειτουργία των ΠΕΣΥ. Εάν δημιουργούνταν ο ΟΔΠΥ αυτός ο οργανισμός θα μπορούσε με τη σειρά του να συνάψει συμβόλαια και υπηρεσίες μέσω των ΠΕΣΥ κάτι το οποίο σήμαινε πως τα ΠΕΣΥ θα είχαν σημαντικές εξουσίες και θα συνέβαλλε στην αποτελεσματικότητα και την ποιότητα της φροντίδας (Μόσιαλος, Allin, 2007).

Επιπρόσθετα ο νόμος θέσπισε καίριες αλλαγές στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των υγειονομικών μονάδων με σημαντικότερη αυτή του μοντέλου διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με τοποθέτηση διοικητού-μάντζερ. Η συγκεκριμένη «τομή» αποσκοπούσε στη συγκράτηση του κόστους των υπηρεσιών και ταυτόχρονα την βελτίωση των υφιστάμενων υπηρεσιών (Κουρής, κ.α, 2007).

Επιπλέον τον Ιούνιο του 2001 νε τη νέα νομοθετική ρύθμιση συνεστήθη το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ) το οποίο όργανο είχε αποστολή της διασφάλισης της ομαλής και αποτελεσματικής λειτουργίας των φορέων υγείας και πρόνοιας και το οποίο σώμα υπαγόταν απευθείας στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Το νομοσχέδιο 2889/2001 υποστηρίχθηκε και από το νόμο 2955/2001 και το οποίο αναφέρονταν σε θέματα προμηθειών των νοσοκομείων με βασικό στόχο την οργάνωση του συστήματος προμηθειών της κεντρικής υπηρεσίας και των αποκεντρωμένων μονάδων των ΠΕΣΥ. Το τελευταίο νομοσχέδιο είχε κύρια μέριμνα την αποφυγή των χρονοβόρων διαδικασιών καθώς επίσης και την εξασφάλιση των δίκαιων όρων ανταγωνισμού και μη παρέκκλισης στο δημοσιονομικό σχεδιασμό.

Περίοδος 2004-2009

Από το 2004 και για πεντέμισι περίπου χρόνια επανήλθε στην εξουσία το φιλελεύθερο κόμμα χωρίς όμως η συγκεκριμένη περίοδος να διαπνέεται από ιδιαίτερο μεταρρυθμιστικό πνεύμα. Η νέα ηγεσία του μετονομασθέντος Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με επικεφαλής τον Νικήτα Κακλαμάνη κατά τα πρώτα δύο έτη επεχείρησε την προαιρετική θέσπιση δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας από τα ασφαλιστικά ταμεία, την προαιρετική εφαρμογή του οικογενειακού ιατρού από τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς επίσης έδωσε την προοπτική της ίδρυσης νέων υπηρεσιών όπως η μετανοσοκομειακή φροντίδα και της κατ' οίκον νοσηλείας (Polyzos, et al.,2008). Επιπλέον κατά τα πρώτα δύο χρόνια ψηφίστηκαν νόμοι που αφορούσαν ζητήματα δημοσίας υγείας, τη φαρμακευτική περίθαλψη, το σύστημα προμηθειών, τον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας (Κουρής, κ.α, 2007). Το 2004 η Κυβέρνηση στο πρόγραμμα σταθερότητας και ανάπτυξης που απέστειλε στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή ανέφερε πως βασικός στόχος της μεταρρύθμισης του υγειονομικού συστήματος που θα προωθούσε είναι βραχυπρόθεσμα η εξασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος και μακροπρόθεσμα η διατηρησιμότητά του μέσω της συγκράτησης των διογκούμενων δαπανών. Οι δαπάνες υγείας κατά την περίοδο 1995 έως το 2008 αυξήθηκαν σε υψηλό βαθμό υψηλότερο από το μέσο όρο των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και προσέγγιζαν το ποσοστό του 10% του ΑΕΠ (Ιωακείμογλου, 2010) κάτι το οποίο ερχόταν σε αντίθεση με τη δημοσιονομική πειθαρχία. Κράτη όπως η Ολλανδία και κυρίως η Γερμανία η οποία από τη δεκαετία του 1980 κατόρθωσε να ελέγξει τη δαπάνη υγείας σε ποσοστό 8,4% του ΑΕΠ και αργότερα να την περιορίσει στο 8,1% (Γαρδίκας, 2000). Το 2003 η Ελλάδα κατείχε την έκτη θέση των χωρών του ΟΟΣΑ σε δαπάνες υγείας με 9,9% του ΑΕΠ και εντός Ευρώπης (των 21 κρατών) κατείχε μια από τις πρώτες τρεις θέσεις με μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης των δαπανών υγείας

το 4,9% (Στάθης, 2005). Η μεταρρυθμιστική προσπάθεια του Υπουργείου απέβλεπε στη διαχείριση του χρέους των νοσοκομείων προς τους προμηθευτές του, της μείωσης του κόστους μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα μέσω της χρήσης πληροφοριακών συστημάτων και σύγχρονων διοικητικών μεθόδων καθώς επίσης και μέσω της προώθησης συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) ανάμεσα σε δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα και ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες. Οι στόχοι των ΣΔΙΤ όπως καταγράφηκαν σε επίσημες κυβερνητικές πολιτικές ήταν η άντληση ιδιωτικών επενδυτικών κεφαλαίων για τη κατασκευή δημοσίων υποδομών, η μεταφορά λειτουργικού ρίσκου από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα, η μεγαλύτερη ευελιξία του ιδιωτικού τομέα (Παπαδόπουλος, 2010). Ο θεσμός των ΣΔΙΤ έχει διεισδύσει στα Ευρωπαϊκά συστήματα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας όπου ελάχιστα μεγάλα έργα χρηματοδοτούνται αποκλειστικά από το δημόσιο, αλλά και σε χώρες όπως η Γαλλία, η Ισπανία, η Σουηδία ακολουθήθηκε το αντίστοιχο πρότυπο. Από τις ανωτέρω προωθούμενες μεταρρυθμίσεις στην ελληνική περίπτωση ένα μικρό μέρος υλοποιήθηκε με αμφιλεγόμενα αποτελέσματα όπως στον προγραμματισμό και υλοποίηση για την κατασκευή τριών νοσοκομείων με τη μέθοδο ΣΔΙΤ στις περιπτώσεις του Γενικού Νοσοκομείου παιδών Θεσσαλονίκης, του Ογκολογικού κέντρου Θεσσαλονίκης και του Γενικού Νοσοκομείου Πρεβέζης (Κουρής, Φιλαλήθης, 2008). Οι πολιτικές για τη συγκράτηση του κόστους δεν υλοποιήθηκαν (Οικονόμου, 2012).

Από το 2007 και έπειτα σημαντική παρέμβαση αποτέλεσε η εκ νέου τάση για συγκεντρωτισμό του συστήματος υγείας με την θέσπιση 7 Υγειονομικών Περιφερειών (ΥΠΕ) προς αντικατάσταση των 17 ΠΕΣΥ τα οποία στο μεσοδιάστημα είχαν μετονομαστεί σε Διοικητικές υγειονομικές περιφέρειες (ΔΥΠΕ). Η συγκεκριμένη αλλαγή προωθήθηκε από τον Υπουργό Υγείας Δημήτρη Αβραμόπουλο με σκοπό την επίτευξη οικονομιών κλίμακας (Economou, 2012) με μείωση του (διοικητικού) κόστους, αύξηση της παραγωγικότητας και βελτίωση της αποτελεσματικότητας των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης (Boutsioli, 2010). Σκοπός των ΥΠΕ υπήρξε ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Παρά τα παραπάνω Η νέα λειτουργία των ΥΠΕ απετέλεσε οπισθοδρόμηση για την περιφερειακή αποκέντρωση και το σχεδιασμό του ΕΣΥ (Κακαλέτσης κ.α 2013).

Στο μεταξύ καθ' όλη τη δεκαετία του 2000 οι δαπάνες υγείας προσέγγιζαν ποσοστά μεγαλύτερα του κοινοτικού μέσου όρου και των χωρών του ΟΟΣΑ (ως

ποσοστό του ΑΕΠ). Το 2007 ο μέσος όρος δαπανών υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ ήταν στο 8,9% ενώ τα αντίστοιχα ελληνικά ποσοστά έφταναν το 9,8% το 2007 (Ιωακείμογλου, 2010). Τα αίτια για την αύξηση των δαπανών υγείας εστιάζονται σε κοινωνικοοικονομικούς και δημογραφικούς δείκτες όπως η γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, επιδημιολογικούς παράγοντες όπως η αύξηση των μεταναστών. Ακόμα η πρόοδος στην ιατρική τεχνολογία με φαρμακευτικά σκευάσματα υψηλότερης ποιότητας καθώς επίσης και προηγμένες ιατρικές μέθοδοι επιτείνουν την αύξηση στις δαπάνες. Επιπλέον στο χώρο της υγείας η αύξηση των δαπανών μπορεί να αποδοθεί και στις σπατάλες του συστήματος υγείας όπως η απουσία ελέγχων στη συνταγογράφηση, στην ανυπαρξία ελέγχου μέτρων και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών (Στουρνάρας, 2011), αλλά και γενικότερα απουσία μέτρων συγκράτησης του κόστους μέτρα τα οποία είχαν υιοθετηθεί ήδη από χώρες της ΕΕ από τη δεκαετία του 1980 καθώς επίσης έλλειψη κατάλληλων μεθόδων χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης από συστάσεως του ΕΣΥ (Niakas, Petsetakis, 1995). Για την αντιμετώπιση των αυξανόμενων δαπανών υγείας εφαρμόζονται μια σειρά από διαρθρωτικές παρεμβάσεις τόσο ως προς τη προσφορά όσο και ως προς τη ζήτηση υπηρεσιών. Παρεμβάσεις από την πλευρά της προσφοράς μπορούν να αναφερθούν οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί, η αμοιβή των γιατρών κατά κεφαλή, οι φραγμοί στην είσοδο στην ιατρική επιστήμη και επάγγελμα, ο έλεγχος των τιμών, ο έλεγχος της φαρμακευτικής δαπάνης κ.α. Στη πλευρά της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας δύναται να αναφερθούν η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών, φαρμακευτικών σκευασμάτων, εργαστηριακών διαγνωστικών εξετάσεων (Καραγιάννη, 2015). Κατά την ανωτέρω περίοδο δεν ελήφθησαν μέτρα τόσο στη πλευρά της προσφοράς όσο και στη ζήτηση. Σε όλη αυτή τη περίοδο παρατηρούνταν διογκούμενα δημοσιονομικά ελλείμματα και χρέη που οφείλονταν τόσο στις τεχνητά αυξημένες δαπάνες όπως η υπερκοστολόγηση υπηρεσιών και η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση όσο και στην αδυναμία συλλογής εσόδων (Χλέτσος, 2015). Σε ότι σχετίζεται με τη φαρμακευτική δαπάνη κατά την περίοδο 2000-2009 παρατηρήθηκε μια εντυπωσιακή αύξηση της τάξεως του 385% τουτέστιν αύξηση κατά έτος 19,6% όταν στις χώρες του ΟΟΣΑ το αντίστοιχο ποσοστό κυμαίνονταν στο 3,5% (Ρεκλείτη, Τανανάκη, Κυλούδης, 2012). Η αύξηση των δαπανών του ΕΣΥ κατά το 2009 «έτρεχε» με ρυθμό 8% όταν ο ρυθμός ανάπτυξης της οικονομίας προσέγγιζε το μηδέν (Πολύζος, 2012) Η συγκεκριμένη περίοδος αποτέλεσε μια παρέκκλιση από τους στόχους της δημοσιονομικής

πειθαρχίας και της άτυπης ιδεολογικής σύγκλισης για μια προσπάθεια για τον περιορισμό του κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών. Σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο η περίοδος 2003-2009 αποτελεί μια «καταραμένη» επταετία καθότι όπως αναφέρει η υγεία κατέστρεψε την οικονομία και «τραυμάτισε» το ίδιο το σύστημα υγείας πράγμα το οποίο αντελήφθησαν οι δανειστές μέσω των μνημονίων (Λιαρόπουλος, 2010).

Ιστορικά διδάγματα· Λόγοι αδυναμίας υγειονομικών μεταρρυθμίσεων

Η πλειοψηφία των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων που έλαβαν χώρα στο εθνικό σύστημα υγείας είτε απερρίφθησαν στην ολότητά τους, είτε υιοθετήθηκαν μερικώς. Οι κυριότεροι παράγοντες για τους οποίους οι μεταρρυθμίσεις στον υγειονομικό τομέα δεν έχουν επιφέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα είναι (Κουρής κ.α, 2006):

- Η έλλειψη συστηματικότητας που διακρίνει την προπαρασκευή και εκτέλεση των μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας από τις εκάστοτε κυβερνήσεις. Η απουσία σχεδιασμού αποτελούσε μέχρι το 2010 την πλέον φανερή αδυναμία των κομματικών προγραμμάτων. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να υπογραμμιστεί πως μια υγειονομική μεταρρύθμιση συνιστά μια διαδικασία δύσκολη, δυσχερή και δαιδαλώδη. Όπου τα αποτελέσματα είναι πολλές φορές αμφίβολα και τα αποτελέσματα της μεταρρύθμισης δεν είναι βραχυπρόθεσμα ορατά.
- Η μη οικοδόμηση της αναγκαίας κοινωνικής συναίνεσης για την προώθηση των μεταρρυθμιστικών τομών. Για μεγάλες μεταρρυθμίσεις όπως αυτές που αποτυπώνονται στον υγειονομικό τομέα απαιτείται προεργασία για την απαραίτητη κοινωνική συναίνεση. Επιπρόσθετα απαιτείται η αναγνώριση της αναγκαιότητας για μεταρρύθμιση από τους πολίτες, τους κοινωνικούς φορείς, τους συνδικαλιστές στο χώρο της υγείας. Η κοινωνική συναίνεση συμβάλει στη διαμόρφωση μιας διαυγούς λαϊκής εντολής για την υλοποίηση των σχεδιαζόμενων πολιτικών. Στον Ελλαδικό χώρο η διαμόρφωση καναλιών επικοινωνίας ανάμεσα σε πολίτες και τους επαγγελματίες υγείας δεν βρίσκονταν στις προτεραιότητες της πολιτικής υγείας. Μοναδική εξαίρεση αποτέλεσε ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ 1397/83 ο οποίος έτυχε ισχυρής κοινωνικής αποδοχής

- Η αδυναμία εξασφάλισης απαιτούμενων οικονομικών πόρων για την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων. Στην Ελλάδα μεταρρυθμίσεις δεν ευδοκίμησαν λόγω αδυναμίας εξεύρεσης των απαραίτητης χρηματοδότησης αλλά εφαρμογής (πχ ΠΦΥ, προσλήψεις σε απαιτούμενο προσωπικό).
- Η απουσία της απαραίτητης πολιτικής πρωτοβουλίας και η λαθεμένη εκτίμηση για το πολιτικό κόστος. Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις συχνά περιλαμβάνουν μια σειρά από μη δημοφιλείς πρακτικές η εφαρμογή των οποίων εκ πρώτης επηρεάζει ένα μεγάλο αριθμό ατόμων εκ δευτέρας απαιτεί «συγκρούσεις» με κατεστημένες λογικές και ομάδες συμφερόντων, οι οποίες δεν επιθυμούν την αλλαγή του υφιστάμενου καθεστώτος. Οι ομάδες και οι λογικές ανεδείχθησαν στη πλειοψηφία των μεταρρυθμίσεων μεταπολεμικά. Συνέπεια των παραπάνω αποτελεί το σύνδρομο της μετάθεσης στόχων, το οποίο δηλώνει πως μια μεταρρύθμιση δύναται να ευδοκιμήσει μόνον στο βαθμό που δεν θίγει κομματικά κεκτημένα και δεν εμπεριέχει πολιτική φθορά-πολιτικό κόστος.
- Η αδυναμία διαμόρφωσης μιας ολοκληρωμένης , υπερκομματικής εθνικής πολιτικής υγείας λόγω των συνεχόμενων εναλλαγών στις κυβερνήσεις και στους υπουργούς Υγείας. Ένα από τα αξιοσημείωτα ευρήματα των ελληνικών υγειονομικών μεταρρυθμίσεων αποτελεί η αδυναμία επίτευξης μιας συνολικής εθνικής πολιτικής υγείας, εξαιτίας της συνεχούς εναλλαγής των κυβερνήσεων και ως επακόλουθο των υπουργών υγείας ακόμα και στην ίδια κυβέρνηση. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα κάθε φορά που αντικαθίσταται ένας υπουργός να αλλάζει και η πολιτική του Υπουργείου. Είναι χαρακτηριστικό πως από το 1974 έως το 2015 το χαρτοφυλάκιο του υπουργείου Υγείας έχουν υπηρετήσει 30 υπουργοί (δίχως να προσμετρούνται οι υπηρεσιακοί Υπουργοί) με μέσο όρο παραμονής στο υπουργείο τους 16,1 μήνες όταν με γνώμονα τις αρχές της διοικητικής επιστήμης απαιτείται ένα διάστημα κατ' ελάχιστον των 2 με 3 ετών προκειμένου να παραχθεί ένα αποτελεσματικό διοικητικό έργο και άλλα τόσα για να υπάρξει μια αξιολόγηση αυτού. Στη συνέχεια ακολουθεί πίνακας των διατελεσάντων Υπουργών Υγείας στη χώρα από τη μεταπολίτευση έως το τέλος του 2015.

Θητεία Υπουργών Υγείας 1974-2015

Υπουργοί Υγείας	Μήνες Θητείας
Δοξιάδης Σπ	48
Αβραμόπουλος Δ	44
Αυγερινός Π	27
Κρεμαστινός Δ	27
Παπαδόπουλος Α	26
Γεννηματάς Γ	25
Γείτονας Κ	25
Κακλαμάνης Ν	23
Στεφανής Κ	21
Λοβέρδος Α	20
Χρυσανθοπουλος Κ	18
Παπαδήμας Δ	17
Γιαννάκου Μ	16
Σούρλας Γ	16
Στεφανόπουλος Κ	15
Φλώρος Ι	14
Λυκουρέντζος Α	12
Γεωργιάδης Α	12
Σιούφας Δ	10
Ξενογιαννακοπούλου Μ	9
Πεπολής Α	9
Κακλαμάνης Απ	8
Μαγκάκης Γ. Α	8
Βορίδης Μ	7
Κουρουμπλής Π	7
Μερίκας Γ	6
Έβερτ Μ	3
Δερδεμέζης Β	3
Ξανθός Α	3
Κοκκέβης Α	2

Πηγή: Κουρής, Σουλιώτης, Φιλαλήθης, 1974-2006, Τριανταφύλλου, 2007- 2016

Επιπλέον σύμφωνα με την προσέγγιση του Μουζέλη καθοριστικός παράγων μη υλοποίησης των μεταρρυθμίσεων στον υγειονομικό χώρο αποτελεί η κομματικοκρατία η οποία χαρακτηρίζεται από τη ψηφοθηρία και τη λογική του πελατειακού κράτους τα οποία δυσχεράνουν τη προσπάθεια μεταρρύθμισης. Το φαινόμενο της κομματικοκρατίας εκφράζεται με τρεις τρόπους:

- Μέσω της μετάθεσης στόχων όπου οι μεταρρυθμίσεις έχουν ως μέλημα το γενικό συμφέρον ακόμα και αν θιγούν τα συμφέροντα των ολίγων. Το τελευταίο όμως αντιτίθεται στη κομματική λογική το οποίο θυσιάζει το γενικό στα συμφέροντα των επιμέρους
- Μέσω της έλλειψης συνέχειας στην πολιτική εξαιτίας της αδυναμίας διαμόρφωσης μιας εθνικής πολιτικής υγείας λόγω των συνεχόμενων εναλλαγών Κυβερνήσεων και υπουργών Υγείας.
- Μέσω της αντίθεσης σε εξωκομματικούς ελέγχους. Το κομματικό σύστημα δεν αποδέχεται έλεγχο στις ενέργειές του ούτε και περιοριστικές δράσεις σε αυτές (Γκάτσου, 2006).

Ευρωπαϊκές επιρροές προ κρίσεως

Οι μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν να προωθηθούν στο ελληνικό σύστημα υγείας δεν κατέστη εφικτό να προωθηθούν στην ολότητά τους. Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της ιστορικής πορείας στη πολιτική υγείας της Ελλάδος διεδραμάτιζε η εθνική οικονομία. Στην Ελλάδα η πλειοψηφία των μεταρρυθμίσεων υπήρξαν ήταν θνησιγενείς αφενός λόγω των έντονων δημοσιονομικών αδυναμιών αφετέρου λόγω των ελλειμμάτων στο προϋπολογισμό και φαινομένων φοροδιαφυγής (Γκάτσου, 2006).

Οι προσπάθειες για την αναμόρφωση του υγειονομικού τομέα αποδεικνύουν την έντονη εξάρτηση από το «νότιο-Ευρωπαϊκό σύνδρομο». Το τελευταίο έχει ως κύρια χαρακτηριστικά τις πελατειακές σχέσεις, την υπερπροστασία έναντι του κινδύνου του γήρατος, τα προνομιακά οφέλη, την απουσία συναινετικού πνεύματος,

τις διοικητικές ανορθογραφίες καθώς επίσης και την κλαδική πολυδιάσπαση. Η εφαρμογή μιας ολοκληρωμένης μεταρρύθμισης στο σύστημα υγείας δεν αποτελούσε την κύρια μέριμνα των τελευταίων κυβερνήσεων πριν την υπαγωγή της χώρας στους μνημονιακούς μηχανισμούς.

Στην ουσία της πολιτικής υγείας της χώρας η Ευρωπαϊκή Ένωση δεν επέφερε μεταβολές στη δομή του συστήματος καθώς επίσης και στην εφαρμοζόμενη πολιτική. Ο εξευρωπαϊσμός της ελληνικής πολιτικής υγείας στην προ κρίσης περίοδο δεν αναπτύχθηκε με αντίστοιχο τρόπο όπως σε άλλα κράτη της δυτικής Ευρώπης. Παρά το γεγονός αυτό αναφέρονται οι επιρροές του εξευρωπαϊσμού σε διαδικασίες αλλά όχι στα αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν ήταν (Γκάτσου, 2006):

- Δομές διαβούλευσης ανάμεσα στους κοινωνικούς εταίρους οι οποίες ξεκίνησαν στο δεύτερο ήμισυ της δεκαετίας του 1990 και προσέδωσαν ένα χαρακτήρα περισσότερο επιστημονικό και τεχνοκρατικό βασισμένο σε αποτελέσματα φορέων και ινστιτούτων
- Επιτροπές εμπειρογνομόνων οι οποίες ξεκίνησαν την ίδια περίοδο με τις δομές διαβούλευσης και οι οποίες επιτροπές έδωσαν έμφαση στο συντονισμό ανάμεσα σε οικονομική και κοινωνική πολιτική.
- Νέα θεσμικά όργανα. Η ίδρυση νέων θεσμικών οργάνων αποτελεί απόρροια του εξευρωπαϊσμού της ΕΕ. Στις κοινωνικές υπηρεσίες υπήρξε η ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας το 1998. Η λειτουργία καθώς και η σημασία των θεσμών υπήρξε περισσότερο φανερή σε γνωσιολογικό επίπεδο παρά σε επίπεδο πολιτικής.
- Διαχειριστικές αρχές οι οποίες είχαν μέριμνα την διαχείριση, την παρακολούθηση καθώς και τον έλεγχο των συγχρηματοδοτούμενων προγραμμάτων.
- Εθνικά Σχέδια Δράσης. Τα εθνικά σχέδια δράσης στο χώρο της υγείας έθεταν συγκεκριμένους στόχους για τα κράτη-μέλη της ΕΕ. Οι στόχοι αυτοί αφορούσαν την εγγύηση της δυνατότητας πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες, την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγειονομικού ενδιαφέροντος καθώς επίσης και την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.

Επιπλέον η επίδραση της Ευρώπης στα συστήματα υγείας των κρατών-μελών αγγίζει και τους παρακάτω τομείς (Sotiropoulos, 2004):

- Τα οικονομικά των συστημάτων υγείας. Τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη καθώς επίσης και οι πολιτικές είναι αποτέλεσμα μακρο-οικονομικών στόχων και δεσμεύσεων. Η προσπάθεια περιορισμού του κόστους των υπηρεσιών υγείας στηρίζεται σε μια ισορροπία ανάμεσα στον εκσυγχρονισμό της υγείας και στους περιορισμένους πόρους.
- Ένας επιπλέον τρόπος έμμεσης επίδρασης της Ευρώπης αποτελεί η καθιέρωση ενός σημαντικού αριθμού Ευρωπαϊκών συστημάτων αξιολόγησης του υγειονομικού τομέα καθώς επίσης και άντλησης πληροφοριών σε ότι σχετίζεται με την υγεία. Το Ευρωπαϊκό παρατηρητήριο για την υγεία και η Eurostat επιβεβαιώνουν τον ανωτέρω ισχυρισμό.
- Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού συμπληρώνει τους έμμεσους τρόπους επίδρασης του εξευρωπαϊσμού στην πολιτική της υγείας. Η συγκεκριμένη μέθοδος αποτελεί μια ήπιας μορφής διακυβέρνηση και έχει υιοθετηθεί από την ΕΕ για τη διαμόρφωση της κοινωνικής πολιτικής (Οικονόμου, 2011). Η κεντρική ιδέα της συγκεκριμένης μεθόδου είναι να εισαγάγει μια διακρατική μαθησιακή διαδικασία μέσω της οποίας τα κράτη δοκιμάζουν κοινές λύσεις στα προβλήματά τους δίχως να αγνοήσουν τη διαφορετικότητα τους ως προς τη δομή και τη λειτουργία του εκάστοτε συστήματος. Τα κράτη συμφωνούν σε μια βασική σειρά στόχων και δεικτών για τα επιθυμητά αποτελέσματα- εκροές (Greer,2011). Η προσδοκία είναι πως με αυτό τον τρόπο θα προκύψει μια ομογενοποίηση των αντιλήψεων για τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής τεχνογνωσίας καθώς και των προτύπων δράσης. (Σωτηρόπουλος, 2009). Η ανοικτή μέθοδος συνεργασίας αποτελεί έναν από τους πλέον αποτελεσματικούς μηχανισμούς Ευρωπαϊκής παρέμβασης που αυξάνει τα επίπεδα ευημερίας των κρατών και προάγει τη θετική ολοκλήρωση στα συστήματα υγείας (Greer, 2011).

Συνεπώς αναδύεται σταδιακά μια αλλαγή σε γνωσιολογικό επίπεδο εκπεφρασμένη μέσω της διάχυσης εργαλείων πολιτικής προερχόμενα από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Sotiropoulos, 2004).

Συμπερασματικά αν επιχειρούσαμε να αναδείξουμε την ιστορική πορεία του ελληνικού συστήματος υγείας θα αναφέραμε πως οι αλλαγές στο υγειονομικό σύστημα δεν είναι αποτέλεσμα ενός ορθολογικού σχεδιασμού αλλά μια ad hoc διαδικασία που ξεκινά από νομοθετικές ρυθμίσεις οι οποίες υλοποιούνται εν μέρει. (Tragakes, Polyzos, 1998). Επιπλέον θα παρατηρούσαμε πως πολλές μεταρρυθμίσεις οι οποίες προτεινόταν και οποίες θεωρούνταν απαραίτητες για το ελληνικό σύστημα υγείας δεν υλοποιήθηκαν για μια σειρά από λόγους όπως οι αντιδράσεις των ομάδων συμφερόντων, το πελατειακό κράτος, η έλλειψη σχεδιασμού, το δημοσιονομικό περιβάλλον και γενικότερα στην ελληνική παθολογία στο τρόπο διοίκησης.

Η πρώτη προσπάθεια για αποκέντρωση στις υπηρεσίες υγείας προτάθηκε το μακρινό 1923 αλλά υιοθετήθηκε ως διαδικασία εκσυγχρονισμού και εξευρωπαϊσμού του υγειονομικού συστήματος στις αρχές του 2000 με την δημιουργία των ΠΕΣΥ αφού προηγήθηκαν αποτυχημένες απόπειρες και με το νομοσχέδιο του 1953, το νομοσχέδιο Δοξιάδη, αλλά και τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ.

Η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων αποτέλεσε στόχων των περισσότερων μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων με αφετηρία την αναφορά του 1945, στη συνέχεια επί δικτατορίας το 1968, εν συνεχεία η ενοποίηση των ταμείων υπήρχε στις προτάσεις της ΚΕΠΕ, στο νομοσχέδιο Δοξιάδη με τη σύσταση εθνικού φορέα υγείας, στον ιδρυτικό νόμο του 1397/83 ΕΣΥ, στις προτάσεις των εμπειρογνομόνων το 1994 με τη σύσταση του ενιαίου φορέα υγείας, στη μεταρρύθμιση για την υγεία και τον πολίτη του 2000 με τη δημιουργία του οργανισμού διαχείρισης πόρων υγείας ΟΔΙΠΥ. Οι αντιδράσεις στην μεταρρύθμιση του συστήματος και στον εξευρωπαϊσμό του αντιμετώπιζονταν από τους άμεσα εμπλεκόμενους περισσότερο ως προβληματική παρά ως ευκαιρία ενώ στο μεταξύ οι δαπάνες υγείας αυξάνονταν και από 5,9 ως ποσοστό του ΑΕΠ το 1980 ανήλθαν στο 10,6 το 2009 (Σουλιώτης, 2013).

Επίσης η προσπάθεια εισαγωγής των DRG's στο ΕΣΥ το 1997 δεν αντιμετωπίστηκε με τη δέουσα προσοχή ούτε ως εργαλείο συγκράτησης του κόστους και σύνδεσης αυτού με τη δραστηριότητα (Γείτονα-Κοντούλη, 1997) ούτε ως μηχανισμός αύξησης της αποδοτικότητας αλλά ούτε και ως μια μεταρρύθμιση και κατ' επέκταση εκσυγχρονισμός και εξευρωπαϊσμός του συστήματος υγείας.

Επιπλέον η προσπάθεια για εισαγωγή του συστήματος των οιονεί αγορών στο ελληνικό σύστημα υγείας συνάντησε αντιδράσεις και στις προτάσεις των εμπειρογνομόνων το 1994 αλλά και στη μεταρρύθμιση των αρχών του 2000 και εν τέλει δεν υλοποιήθηκε.

Στην ενότητα που ακολουθεί θα παρουσιαστούν τα μέτρα τα οποία ελήφθησαν από τις ελληνικές κυβερνήσεις από το 2010 και έπειτα από το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης μέσω του μηχανισμού των μνημονίων και θα επιχειρηθεί να αναδειχθεί πως πολλά μέτρα που ελήφθησαν απετέλεσαν επιταγές ή κελεύσματα γύρω από την αόριστη έννοια της δημοσιονομικής πειθαρχίας τα οποία στο παρελθόν αγνοήθηκαν, πολεμήθηκαν ή και λαιδορήθηκαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Ο ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΜΝΗΜΟΝΙΩΝ ΕΝ ΜΕΣΩ ΚΡΙΣΗΣ

Ελλάδα- αδυναμία δανεισμού

Η Ελληνική οικονομία μετά από 14 συνεχή χρόνια επέκτασης της από το 1994 και εντεύθεν, το ΑΕΠ της άρχισε να προσεγγίζει μηδενικούς ρυθμούς ανάπτυξης και από τα τέλη του 2008 και έπειτα να παρουσιάστηκαν φαινόμενα συρρίκνωσης του ΑΕΠ (Kondilis, Giannakopoulos, Gavana, Ierodiakonou, Waitzkin, 2013). Η παγκόσμια οικονομική κρίση που εκδηλώθηκε αρχικά στις Η.Π.Α. το 2007 μεταφέρθηκε και στην ευρωπαϊκή ήπειρο. Ίσως η χώρα που επηρεάστηκε με μεγαλύτερη οξύτητα ήταν η Ελλάδα. Το 2010 αποτελεί έτος καμπή στην ιστορία της σύγχρονης Ελλάδος. Η χώρα βρέθηκε από την προηγούμενη χρονιά σε τροχιά οικονομικής ύφεσης και την επόμενη αντιμετώπισε μια δριμύτατη κρίση χρέους λόγω της οικονομικής ύφεσης αλλά και εξαιτίας της αποκάλυψης των ανακριβών δεδομένων σε σχέση με το δημόσιο έλλειμμα το οποίο προσέγγιζε 15,7% του ΑΕΠ το 2009 (Economou, Kaitelidou, Kentikelenis, Sissouras, 2014) ποσοστό πολύ μεγαλύτερο από το 3% της συνθήκης του Μάαστριχτ και της δημοσιονομικής πειθαρχίας με αποτέλεσμα την αδυναμία δανεισμού από τις διεθνείς αγορές. Τον Μάιο του 2010 η Ελλάδα μπροστά στο φάσμα της οικονομικής χρεοκοπίας και της στάσης πληρωμών οδηγήθηκε στην υπογραφή δανειακής συμφωνίας με τρεις οργανισμούς, δύο Ευρωπαϊκούς και έναν υπερεθνικό οι οποίοι συνέστησαν την τρόικα. Οι δύο ευρωπαϊκοί οργανισμοί ήταν η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ) και ο υπερεθνικός οργανισμός ήταν το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ). Η συμφωνία που υπεγράφη από την Ελλάδα και τους πιστωτές αφορούσε δάνειο 110 δισεκατομμυρίων € 80 από αυτά από τους Ευρωπαϊκούς θεσμούς και τα υπόλοιπα 30 από το ΔΝΤ με υποχρέωση από πλευράς κράτους περιορισμού δαπανών και γενικότερα δημοσιονομικής πειθαρχίας και προσαρμογής σε νέα δεδομένα και σε περίοδο οικονομικής λιτότητας με σκοπό τη βελτίωση των δημοσιονομικών της χώρας και την επίτευξη ανάπτυξης. Το κράτος δανειζόταν αυτά τα χρήματα αρχικά από το μόνιμο ταμείο χρηματοπιστωτικής σταθερότητας (ΕFSF) το οποίο λειτούργησε ως όργανο ειδικού σκοπού και στη

συνέχεια από το νεοσυσταθέντα ευρωπαϊκό μηχανισμό στήριξης (ESM) ο οποίος αποτελεί από το 2012 μόνιμο οργανισμό με έδρα το Λουξεμβούργο (Το Βήμα, 2015).

Υγεία- στόχος των μνημονίων άξονες δράσης

Ο υγειονομικός τομέας βρέθηκε στο επίκεντρο των δράσεων για τον περιορισμό των δαπανών, τον εξορθολογισμό του συστήματος υγείας, αλλά και την ίδια την βιωσιμότητά του συστήματος. Τα εφαρμοσθέντα μέτρα εντάσσονται σε ένα ευρύ πλαίσιο επιλογών που θα μπορούσαν να αναλυθούν ως εξής: *μέτρα λιτότητας για τον έλεγχο του κόστους και των δαπανών των υγειονομικών υπηρεσιών* καθώς επίσης *μέτρα που συνδέονται με την ένταση καθώς επίσης με την ποιότητα των δημοσίων υπηρεσιών υγείας* (Οικονόμου, 2013). Στα μέτρα για τιθάσευση της δαπάνης και τη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών εντάσσονται οι προσπάθειες *μείωσης της δημοσίας δαπάνης υγείας, η αύξηση των εσόδων μέσω της φορολογικής πολιτικής, η αύξηση στις ασφαλιστικές εισφορές και η αύξηση της συμμετοχής του πληθυσμού στο κόστος χρήσεως των υγειονομικών υπηρεσιών*, ενώ συμπληρωματικές επιδράσεις ανακύπτουν από την εφαρμοζόμενη πολιτική στην *απασχόληση και τις εργασιακές σχέσεις* (Οικονόμου, 2013). Κύριο μέλημα των επιχειρούμενων παρεμβάσεων αποτελεί ο περιορισμός των δημοσίων ελλειμμάτων. Εργαλείο της εφαρμοζόμενης πολιτικής για τη μείωση των ελλειμμάτων αποτελεί το μνημόνιο συνεργασίας και σύμφωνα με τους στόχους του μνημονίου η δαπάνη υγείας έως το 2013 θα έπρεπε να είναι μικρότερη η ή ίση με 6% του ΑΕΠ και η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη 1% του ΑΕΠ προσεγγίζοντας τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Συνεπώς οι δαπάνες υγείας βρέθηκαν στο επίκεντρο των περικοπών εστιάζοντας στη μείωση των δημοσίων εσόδων σε ότι αφορά το πρώτο μνημόνιο (Kaitelidou, Kouli, 2012) Για την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων επιλέχθηκαν δύο βασικοί άξονες: το ΕΣΥ και οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης (IOBE, ΕΣΔΥ, 2011). Οι παρεμβάσεις στο χώρο του ΕΣΥ περιελάμβαναν τη μείωση του μισθολογικού κόστους, τον περιορισμό της νοσοκομειακής και φαρμακευτικής δαπάνης επιτυγχάνοντας συνολική εξοικονόμηση 1.081 εκατομμύρια € το 2011 και 380 εκατομμύρια € την επόμενη χρονιά. Πιο συγκεκριμένα το μισθολογικό κόστος στο ΕΣΥ μειώθηκε κατά 461 εκατομμύρια €, η νοσοκομειακή δαπάνη κατά 259 εκατομμύρια €, όπως επίσης η ίδια εξοικονόμηση παρατηρήθηκε και δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (Τσαφαντάκης, 2013). Στα μέτρα για τον έλεγχο του κόστους εντάσσονται οι παρεμβάσεις στο ανθρώπινο δυναμικό.

Σε ότι αφορά το προσωπικό των υπηρετούντων στα δημόσια νοσηλευτικά σχήματα τούτο αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες για την εύρυθμη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας καθώς απορροφά 70% με 75% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Στο ελληνικό σύστημα υγείας παρατηρούνταν μια αυξητική τάση στην απασχόληση του εργατικού δυναμικού. Αυτό οφείλονταν σε παράγοντες όπως το πελατειακό κράτος, αλλά και η νοοτροπία που είχε καλλιεργηθεί από διάφορα κοινωνικά στρώματα. Ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού που υπηρετούσε το ΕΣΥ είχε υπερβεί κατά 6.500 τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Στην αναλογία γιατρών/πληθυσμού η Ελλάδα ήταν πρώτη ανάμεσα στις 30 χώρες του ΟΟΣΑ (Στάθης, 2011). Τα μέτρα που έλαβαν χώρα για τη μείωση των απολαβών των εργαζομένων στο ΕΣΥ αφορούσαν: Τη μισθολογική αναπροσαρμογή του προσωπικού των δημοσίων νοσοκομείων, τις εφημερίες των ιατρών του ΕΣΥ, τις παροχές του προσωπικού των νοσοκομείων (υπερωρίες). Πέραν αυτών θεσπίστηκε το ενιαίο μισθολόγιο για τη πληρωμή ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με κατάργηση 15 ειδικών μισθολογίων τα οποία προϋπήρχαν (Τσαφαντάκης, 2013). Επιπρόσθετα υπήρξε μείωση του προσωπικού καθώς εξαιτίας της έλλειψης αναπλήρωσης των υπαλλήλων που συνταξιοδοτήθηκαν. Ένα επιπλέον μέτρο που ελήφθη από την Ελληνική κυβέρνηση με στόχο τον έλεγχο των δαπανών στο πλαίσιο συνεργασίας με τους πιστωτές υπήρξε η αύξηση της συμμετοχής των χρηστών για υπηρεσίες υγείας. Πολλές ευρωπαϊκές χώρες εισαγάγουν το συγκεκριμένο μέτρο με σκοπό να μετριάσουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και για να ελέγξουν το κόστος των υπηρεσιών (Thomson, Figueras, Evetovits, Jowett, Mladovsky, Maresso, Cylus, Karanikolos, Kluge, 2014). Το «εισιτήριο» για έναν εξωτερικό ασθενή για να εισαχθεί σε ένα ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο ή σε κάποιο κέντρο υγείας σημείωσε αύξηση από 3€ σε 5€ (Economou, Kaitelidou, Kentikelenis, Sissouras, Maresso, 2014), όπως επίσης οι ασθενείς του νέου διευρυμένου φορέα κοινωνικής ασφάλισης ΕΟΠΥΥ θα πληρώνουν 1€ ανά συνταγή επιπλέον από την συμμετοχή τους στα φάρμακα. Το τελευταίο μέτρο πάρθηκε για την εξοικονόμηση 115 εκατομμυρίων € για ιατρικές υπηρεσίες για ιατρικές υπηρεσίες από ιδιώτες ιατρούς οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με ασφαλιστικά ταμεία (Οικονόμου, 2013). Επιπλέον σύμφωνα με τους σχεδιασμούς του μνημονίου προβλέφθηκε μέτρο για μία πρόσληψη κάθε δέκα αποχωρήσεις το 2011 και μία πρόσληψη κάθε πέντε αποχωρήσεις το 2012. Αυτό το οποίο αξίζει να υπογραμμισθεί είναι πως ο επαναπροσδιορισμός των απολαβών των επαγγελματιών υγείας δεν βασίστηκε σε κάποιο εξωτερικό σύστημα αξιολόγησης και

μέτρησης της απόδοσής και συσχέτισης με αυτή αλλά βασίσθηκε στο γενικότερο άξονα της εσωτερικής υποτίμησης και καθολικής περικοπής σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα (Οικονόμου, 2013).

Τα μέτρα του μνημονίου και της κυβέρνησης για το ΕΣΥ επιπλέον περιελάμβαναν ένα ευρύ φάσμα μεταρρυθμίσεων –παρεμβάσεων.

Μηχανοργάνωση των νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Η απουσία οργάνωσης και λειτουργίας ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος υγείας απετέλεσε κατά το παρελθόν σημαντικό παράγοντα στη δημιουργία ελλειμμάτων στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα. Η ανάγκη για τη δημιουργία ενός τέτοιου πληροφοριακού συστήματος υπήρξε εμφανής. Η λειτουργία του esy.net αποτελεί τη ψηφιακή πλατφόρμα όπου καταγράφονται τα οικονομικά και λειτουργικά στοιχεία των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας. Η ανάπτυξη της πληροφορικής στον υγειονομικό τομέα ξεκίνησε με τα Μεσογειακά Ολοκληρωμένα Προγράμματα την δεκαετία του 1980 και συνεχίστηκε με το δεύτερο Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης τη δεκαετία του 1990 με μέτρια αποτελέσματα και μέτρια αποδοχή από τους χρήστες (Βαγγελάτος, Σαριβουγιούκας, 2005).

Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια KEN- DRG's. Τα τελευταία εντάσσονταν στη λογική του ελέγχου του κόστους. Η μέθοδος αυτή βασίζεται κατά κύριο λόγο στο πραγματικό κόστος μιας υγειονομικής υπηρεσίας. Το μοντέλο των DRG's δίδει κίνητρα για τη συγκράτηση του κόστους και την αύξηση της αποδοτικότητας. Στα DRG's η αποζημίωση είναι σταθερή και προσυμφωνημένη έτσι το εκάστοτε νοσοκομείο δύναται να πετύχει κέρδος ή έστω να μειώσει τα ελλείμματά του με παράλληλη μείωση του κόστους παραγωγής του. Επί της ουσίας η λειτουργία των DRG's αποτελεί ένα γενικευμένο τιμοκατάλογο νοσηλείων, οποίος καθορίζει το κόστος και τη μέση διάρκεια νοσηλείας για κάθε κατηγορία νοσηλείας. Η εφαρμογή των DRG's του οποίου η λειτουργία μεταφέρθηκε κατά τα πρότυπα του γερμανικού υγειονομικού συστήματος (Souliotis, Golna, Tountas, Siskou, Kaitelidou, Liaropoulos, 2016) είχε ως αποτέλεσμα εξοικονόμηση πόρων ύψους 2,2 δισεκατομμυρίων € για τα νοσοκομεία. Στην Ευρώπη τα DRG's εφαρμόζονται σε πολλές χώρες και αποτελούν ένα από τα βασικά στοιχεία ενός νέου δημοσίου management στα νοσοκομεία. Η εφαρμογή των DRG's λαμβάνει χώρα σε κράτη όπως η Γαλλία η Γερμανία, η Ολλανδία, οι Σκανδιναβικές χώρες, η Ιταλία, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Κύπρος αλλά και σε Βαλκανικές χώρες όπως η Βουλγαρία και στα κράτη της πρώην Γιουγκοσλαβίας στη Σερβία, στη Κροατία, στη Βοσνία,

στη Σλοβενία, στη ΠΓΔΜ (Μανιαδάκης, Μπαρτσώκας, Γούναρης, Καρράς, Βουδούρη, Κουφάκης, Λαναράς, Καρανίκας, Πετρίκος, Φούσας, Δερβένης, 2011). Μέχρι την εισαγωγή των ΚΕΝ η χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας βασιζόταν σε ένα αναχρονιστικό, περίπλοκο και κυρίως υποκοστολογημένο μοντέλο του κλειστού νοσηλίου + την απαραίτητη κρατική επιχορήγηση το οποίο δημιουργούσε ελλείμματα και δεν μπορούσε να ανταποκριθεί στις σύγχρονες ανάγκες του συστήματος υγείας. Στο ελληνικό σύστημα υγείας είδαμε πως η εφαρμογή των DRG's εισήχθη για πρώτη φορά το 1997 χωρίς επιτυχή κατάληξη.

Η κριτική που μπορεί να ασκηθεί στην εφαρμογή των ΚΕΝ στο ελληνικό σύστημα υγείας είναι η εισαγωγή τους σε χρονικό διάστημα μόλις ενός έτους από την υπογραφή του πρώτου μνημονίου. Το συγκεκριμένο πλαίσιο περιγράφεται ως εξαιρετικά βραχύ για μια τέτοιου είδους μεταρρύθμιση. Τούτο είχε σαν απόρροια ο καθορισμός του κοστολογίου των ΚΕΝ να μην βασίζεται σε πραγματικές δαπάνες αλλά σε ένα συνδυασμό κοστολόγησης βάσει δραστηριότητας με δεδομένα από επιλεγμένα δημόσια θεραπευτήρια και σταθμίσεις κόστους. Εξαιτίας των ανωτέρω τα ΚΕΝ έχουν ήδη τροποποιηθεί ήδη 4 φορές (Polyzos, Karanikas, Thireos, Kastanioti, Kontodimopoulos, 2013).

Εισαγωγή του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος. Στα πλαίσια του μνημονίου αναφέρονταν η μετάβαση από το απλογραφικό σύστημα του δημοσίου λογιστικού και η ολοκλήρωση της λειτουργίας του διπλογραφικού συστήματος, η εφαρμογή της αναλυτικής λογιστικής σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία και η περιοδική δημοσίευση ελεγμένων ισολογισμών. Στη διπλογραφική μέθοδο παρακολουθούνται οι μεταβολές όλων των στοιχείων ενεργητικού, παθητικού και καθαρής θέσης και βασίζεται στο δεδομένο πως μεταβάλλει δύο τουλάχιστον λογαριασμούς από τους οποίους ο ένας χρεώνεται και αντιστοίχως ο άλλος πιστώνεται.

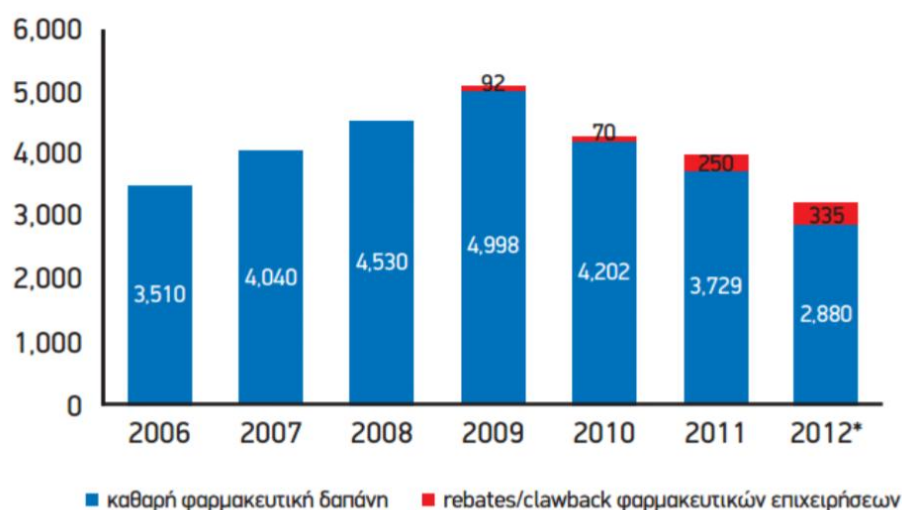
Λειτουργία παρατηρητηρίου τιμών για τις προμήθειες στα δημόσια νοσοκομεία. Στα πλαίσια του μνημονίου συνεργασίας ο έλεγχος καθώς και ο περιορισμός των δαπανών για τη προμήθεια αναλώσιμου υλικού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού ξεκίνησε με την πιστή εφαρμογή της δημιουργίας κοινού μητρώου προμηθευτών μέσω ενιαίας πλατφόρμας, υπολογισμού των αποθεμάτων, διαπραγματεύσεων ανάμεσα στη διοίκηση των νοσοκομείων με τις εταιρείες προμήθειας υλικών, διενέργειας εθνικών διαγωνισμών, της καταπολέμησης της υπερτιμολόγησης και της σπατάλης των υλικών. Στο τομέα αυτό σημαντική ήταν η ψήφιση του νόμου 3918/2011 όπου οι προμήθειες υγείας εφεξής προγραμματίζονται σε περιφερειακό

επίπεδο μέσα από Περιφερειακά Προγράμματα Προμηθειών και υπηρεσιών (Οικονόμου, 2013).

Συγχωνεύσεις νοσοκομείων και κλινικών μέσω της αναδιοργάνωσης των δημοσίων υγειονομικών μονάδων. Οι αλλαγές αυτές εντάσσονται στη φιλοσοφία του ελέγχου του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών και η κρίση ενήργησε «καταλυτικά» για την υιοθέτηση της συγκεκριμένης δράσης στην Ελλάδα αλλά και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Quaglio, Karapiperis, Van Woensel, Arnold, Mc Daid, 2013). Ο νέος χάρτης του ΕΣΥ θα περιελάμβανε 83 από τα 131 νοσοκομεία περιλαμβάνοντας επιπλέον 5 νοσοκομεία του ΙΚΑ και 2 ειδικής φύσεως (Γ. Ν. Παπαγεωργίου, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο). Η εφαρμογή του νέου οργανογράμματος είχε ως αποτέλεσμα 20% μείωση στις οργανικές κλίνες των νοσοκομείων του ΕΣΥ, 5% μείωση των οργανικών ιατρικών τομέων, 20% μείωση στα οργανικά τμήματα, 15% μείωση στις κενές οργανικές θέσεις (Τσαφαντάκης, 2013).

Στο χώρο του φαρμάκου τα μέτρα του μνημονίου για τον περιορισμό των δαπανών περιλαμβάνουν ευρύ φάσμα μεταρρυθμίσεων. Μεταρρυθμίσεις όπως την μείωση του ποσοστού κέρδους χονδρεμπόρων και φαρμακοποιών, τη πλήρη εφαρμογή συστήματος τιμολόγησης επί τη βάση των τριών χαμηλότερων τιμών της ΕΕ των 22, τη δημοσίευση αρνητικής λίστας συνταγογράφησης και λίστας μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, την επαναφορά της θετικής λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων, την αύξηση του ανταγωνισμού ανάμεσα σε γενόσημα σκευάσματα και πρωτότυπα σε επίπεδο τιμής με καθορισμό της τιμής των γενοσήμων στο 60% της τιμής των πρωτοτύπων. Από τον Ιούνιο του 2012 και έπειτα η ιατρική συνταγή βασίζεται στην δραστική ουσία του φαρμάκου και όχι στην εμπορική ονομασία αυτού (Siskou, Kaitelidou, Litsa, Georgiadou, Alexopoulou, Paterakis, Argyri, Liaropoulos, 2014). Το φθηνότερο φάρμακο εφεξής καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία ενώ αν ο χρήστης επιλέξει το πρωτότυπο φάρμακο θα πληρώσει την διαφορά τη μεταφορά. Επιπλέον στο Υπουργείο Υγείας μεταφέρθηκε το σύνολο της ευθύνης για το φάρμακο. Ίσως το σημαντικότερο μέτρο για το περιορισμό της σπατάλης υπήρξε ένταξη όλων των ασφαλιστικών ταμείων στο σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (Στουρνάρας, 2011). Ένα από τους πρώτα μέτρα του μνημονίου για τη καταπολέμηση της φαρμακευτικής δαπάνης υπήρξε η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μέσω το νομοσχεδίου 3892/2010 (Siskou, et al, 2014). Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί μια

διαδικασία κατά την οποία οι επαγγελματίες υγείας εισαγάγουν τις φαρμακευτικές συνταγές σε ένα αυτοματοποιημένο σύστημα συλλογής δεδομένων δημιουργώντας τις ηλεκτρονικές συνταγές. Στόχευση του μέτρου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης υπήρξε ο εξορθολογισμός των δαπανών με παράλληλη ενίσχυση της διαφάνειας στην κοινωνική ασφάλιση και ένα εργαλείο έρευνας και παρακολούθησης. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί θεσμό σε συστήματα υγείας δυτικών χωρών της Ευρώπης όπως η Αγγλία, η Ολλανδία (Van Dijk, De Vries, Bell, 2011), η Δανία (η οποία θεωρείται και πρωτοπόρος στη συγκεκριμένη πρακτική), η Σουηδία, το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία, το Λουξεμβούργο, η Αυστρία, η Φινλανδία, η Νορβηγία, η Βόρειος Ιρλανδία αλλά και της ανατολικής Ευρώπης όπως η Τσεχία, η Σλοβακία, η Πολωνία, η Εσθονία η Λετονία, η Ρουμανία, η Λιθουανία, η Σλοβενία (Kierkegaard, 2013).



Γράφημα 1. Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη τα έτη 2006-2012 σε δις. Ευρώ

Πηγή: IOBE, 2012

Στο ανωτέρω διάγραμμα παρατηρούμε την μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης μετά την εισαγωγή του μέτρου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Μάλιστα η μείωση στην δημόσια φαρμακευτική δαπάνη από το 2012 στο 2013 έφτασε το 35% (Siskou, et al., 2014). Αν και η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης ταυτίζεται σε χρονικό πλαίσιο με την έναρξη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης εν πολλοίς δεν αποτελεί τον μοναδικό λόγο για την παρατηρούμενη μείωση. Ένα από τα μέτρα που ετέθησαν ως προαπαιτούμενα στο μνημόνιο συνεργασίας υπήρξε και η αλλαγή των

συνταγογραφούμενων φαρμάκων με βάση τη δραστική ουσία και όχι την εμπορική ονομασία.

Ένας επιπλέον τομέας που υπήρξε στόχος της μεταρρύθμισης και περιορισμού της δαπάνης ήταν η *αύξηση της συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος*. Αυτό έγινε μέσω της αύξησης των συμπληρωμών σε φαρμακευτικά σκευάσματα. Ασθένειες όπως άνοια, επιληψία, διαβήτης τύπου 2, Alzheimer προ κρίσης οι ασθενείς δεν πλήρωναν για την προμήθεια των φαρμάκων για τις ανωτέρω παθήσεις από το 2011 πληρώνουν για σκευάσματα σε ποσοστό 10%. Ασθένειες όπως της στεφανιαίας νόσου, ρευματοειδούς αρθρίτιδας, χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας οι ασθενείς πληρώνουν από 10% συμμετοχής στα φάρμακα προ κρίσης σήμερα πληρώνουν 25% επί του φαρμάκου. Στην κατηγορία της πνευμονικής υπέρτασης οι ασθενείς δεν συμμετείχαν καθόλου στη πληρωμή των αναγκαίων. Σήμερα συνεισφέρουν από τον οικογενειακό προϋπολογισμό το 25% για την αγορά των απαραίτητων φαρμάκων (Economidou, et al., 2014).

Στα μέτρα που σχετίζονται με την ένταση και τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι μέτρα τα οποία στοχεύουν στο *περιορισμό της έκτασης της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού*. Η θεσμοθέτηση του νέου ενιαίου φορέα του ΕΟΠΠΥ οδήγησε αρχικά στην εισαγωγή εισοδηματικών κριτηρίων για τη δωρεάν χορήγηση υγειονομικού υλικού σε τετραπληγικούς, παραπληγικούς, μεταμοσχευμένους, οροθετικούς. Επιπλέον οδήγησε σε μείωση των δικαιολογούμενων φυσικοθεραπειών, λογοθεραπειών, εργοθεραπειών, λουτροθεραπειών καθώς επίσης στη μη κάλυψη ορισμένων δαπανηρών εξετάσεων όπως η θρομβοφιλία (Οικονόμου, 2013).

Πέραν των ανωτέρω θεσμικών παρεμβάσεων υιοθετήθηκαν μία σειρά από παρεμβάσεις που σχετίζονται με την εν γένει λειτουργία του ΕΣΥ. Μέτρα όπως της καθιέρωσης εντατικότερης δημοσιονομικής και λειτουργικής επίβλεψης των δαπανών υγείας από πλευράς του Υπουργείου Οικονομικών, τη δημοσίευση ελεγμένων λογαριασμών των δημοσίων νοσοκομείων και τη βελτίωση μηχανισμών τιμολόγησης και κοστολόγησης, τη δημοσίευση μηνιαίων στατιστικών οικονομικών στοιχείων που σχετίζονται με τα έσοδα, τις δαπάνες, τη χρηματοδότηση και τις ληξιπρόθεσμες οφειλές των νοσοκομείων (Γεωργακόπουλος, 2014).

Ένα από τα ερωτήματα που γεννώνται είναι αν τα παρακάτω μέτρα παρήγαγαν και συμβάδιζαν με τη δημοσιονομική προσαρμογή. Η δημοσιονομική προσαρμογή στον υγειονομικό χώρο στο διάστημα 2009-2011 υπήρξε εντυπωσιακή.

Κατά το συγκεκριμένο διάστημα η δημόσια δαπάνη υγείας μειώθηκε από 16,1δισεκατομμύρια € το 2009 σε 12,4 δις € το 2011 (Λιαρόπουλος, 2014) και στα 10 δις € το 2013 (ΕΛΣΤΑΤ, 2015). Η ελληνική πολιτεία μείωσε τις δαπάνες για την υγεία από το 10% του ΑΕΠ στα τέλη της πρώτης δεκαετίας του 21^{ου} αιώνα στο 9,2% το 2013 σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ και πλέον προσεγγίζει τον μέσο όρο στις δαπάνες υγείας ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ (Χλέτσος, 2015). Στο σημείο αυτό πρέπει να υπογραμμιστεί πως οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ ήταν ανέκαθεν χαμηλές και χαμηλότερες σε σχέση με τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Η δημόσια δαπάνη υγείας μειώθηκε από 6,8% το 2009 στο 6% το 2013 κάτι το οποίο συμβάδιζε με τις μνημονιακές απαιτήσεις της χώρας έναντι των δανειστών για στόχο στη δημόσια δαπάνη υγείας ίση με το 6% του ΑΕΠ. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί πως ο στόχος του 6% για τη δημόσια δαπάνη υγείας τέθηκε και στη Πορτογαλία χώρα με παρεμφερή πληθυσμό με αυτό της Ελλάδος και η οποία τέθηκε υπό μνημονιακό καθεστώς το 2011. Στο πορτογαλικό σύστημα υγείας του οποίου οι δαπάνες προσέγγιζαν το 7% τα προηγούμενα χρόνια και το 2014 επετεύχθη ο στόχος της δημοσιονομικής προσαρμογής της μείωσης της δημόσιας δαπάνης στο επίπεδο του 6% του ΑΕΠ (Παλαιολόγος, 2016).

Όλα τα ανωτέρω μέτρα τα οποία θεσμοθετήθηκαν και προβλέφθηκαν από τα μνημόνια συνεργασίας για το ελληνικό σύστημα υγείας μπορούμε να τονίσουμε πως κατά το παρελθόν τα «κελεύσματα» περί μιας άτυπης ιδεολογικής σύγκλισης γύρω από μια δημοσιονομική πειθαρχία τα οποία δεν εισακούστηκαν λαμβάνουν «σάρκα και οστά» με βάση τα μνημονιακά προγράμματα. Στη προκειμένη περίπτωση η οικονομική κρίση ενήργησε ως «καταλύτης» που παρήγαγε μεταρρυθμίσεις και ενίσχυση-βελτίωση του ελληνικού συστήματος υγείας (Simou, Koutsogeorgou, 2014).

ΕΟΠΥΥ



Εικόνα 4.1: ΕΟΠΥΥ

Η θέσπιση του ΕΟΠΥΥ αποτελεί ίσως τη σημαντικότερη νομοθετική μεταρρύθμιση που έλαβε χώρα ήταν η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με το νόμο 3918/2011 επί Υπουργίας Ανδρέα Λοβέρδου. Πριν τη δημιουργία του ενιαίου φορέα περίπου 30 ταμεία καθώς και κλάδοι ασφάλισης υγείας κάλυπταν σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού με το 50% του πληθυσμού να ασφαρίζεται στο ΙΚΑ, το 20% να καλύπτεται από τον ΟΓΑ, το 13% να βρίσκεται στον ΟΑΕΕ, και το 12% στον ΟΠΑΔ (Σταθακοπούλου, 2014). Ο ΕΟΠΥΥ προέκυψε αρχικά από τη συνένωση των ασφαλιστικών ταμείων:

- ΙΚΑ
- ΟΓΑ
- ΟΑΕΕ
- ΟΠΑΔ

- ΤΥΔΚΥ
- Οίκος Ναύτου

Στη συνέχεια μετά τις ανωτέρω συνενώσεις προσετέθησαν και άλλα μικρότερα ταμεία όπως ΕΤΑΑ, ΕΤΑΠ ΜΜΕ/ΤΑΙΣΥΤ, Λιμενικό, ΤΑΥΤΕΚΩ. Με την ένταξη του ΤΑΥΤΕΚΩ μεταφέρθηκαν στον ΕΟΠΥΥ οι κλάδοι υγείας :

- ΚΑΠ-ΔΕΗ (Ταμείο ασθενείας προσωπικού ΔΕΗ)
- ΤΑΠ-ΟΤΕ (Ταμείο Ασθενείας προσωπικού ΟΤΕ)
- ΤΑΠΑΕ Εθνική (Ταμείο ασθενείας προσωπικού εθνικής ασφαλιστικής)
- ΤΑΠ ΕΤΕ (Ταμείο ασθενείας προσωπικού εμπορικής τραπεζής)
- ΤΑΠ ΗΣΑΠ (Ταμείο ασθενείας προσωπικού ΗΣΑΠ)
- ΤΑΠ ΗΛΠΑΠ (Ταμείο ασθενείας προσωπικού ΗΛΠΑΠ)
- ΤΑΑΠΤΠΓΑΕ (Ταμείο ασθενείας προσωπικού Πίστεως Γενικής και American express

Με την ένταξη του ΕΤΑΑ στον ΕΟΠΥΥ προσχώρησαν στον ΕΟΠΥΥ τα παρακάτω τ έως ανεξάρτητα ταμεία υγείας:

- Τομέας Υγειονομικών (Πρώην ΤΣΑΥ)
- Τομέας Σύνταξης Μηχανικών και Εργοληπτών Δημοσίων Έργων (ΤΣΜΕΔΕ)
- Τομέας Προνοίας Δικηγόρων Αθηνών
- Τομέας Προνοίας Δικηγόρων Θεσσαλονίκης
- Τομέας Προνοίας Δικηγόρων Πειραιώς
- Δικηγόρων Επαρχιών και Δικαστικών Επιμελητών (ΤΥΠΕ-ΤΠΔΕ)
- Τομέας Νομικών
- Τομέας Συμβολαιογράφων
- Προνοίας Εργοληπτών Δημοσίων Έργων

Τα συγκεκριμένα ταμεία προσχώρησαν με σκοπό τη προσφορά υπηρεσιών υγείας πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης σε πληθυσμό εννέα εκατομμυρίων κατοίκων.

Ο ΕΟΠΥΥ αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και εποπτεύεται από τα Υπουργεία Εργασίας και Υγείας με έδρα την Αθήνα. Οι ασφαλισμένοι του

ΕΟΠΥΥ από όποιο ταμείο και αν προέρχονται απολαμβάνουν ισότιμα τις υπηρεσίες που τους παρέχονται από το νεοθεσπισθέντα οργανισμό σύμφωνα με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ που περιλαμβάνει την ιατρική εξέταση, τις παρακλινικές εξετάσεις, φαρμακευτική αγωγή κ.α δια μέσω των δομών υγείας του οργανισμού όπως Μονάδες Υγείας πρώην ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας καθώς επίσης και από τους συμβεβλημένους με τον οργανισμό γιατρούς και προμηθευτές υπηρεσιών υγείας (Γεωργακόπουλος, 2014).

Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του εγχειρήματος του ΕΟΠΥΥ είναι η ετήσια επιχορήγηση από το κρατικό προϋπολογισμό σε ποσοστό 0,6% του ΑΕΠ αρχικά και στη συνέχεια η συμμετοχή περιορίστηκε στο 0,4% επί του ΑΕΠ. Επιπλέον πηγή χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ αποτελούν οι ασφαλιστικές εισφορές παροχών ασθένειας σε είδος ασφαλισμένου και εργοδότη. Οι πόροι προέρχονται από τις εισφορές εργαζομένων σε ποσοστό 2,55% και από τις εισφορές του εργοδότη σε ποσοστό 5,1% επί των αποδοχών. Ακόμα ο ΕΟΠΥΥ αντλεί πόρους από τις εισφορές των συνταξιούχων σε ποσοστό 4%. Επιπρόσθετες πηγές πόρων του οργανισμού αποτελούν οι κοινωνικοί πόροι υπέρ των αντιστοίχων φορέων και κλάδων υγείας που εντάσσονται, οι πρόσοδοι από τη χρηματοοικονομική εκμετάλλευση διαθέσιμων κεφαλαίων και αξιών, δωρεών, κληρονομιών κτήσεων, έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους ασφαλιστικών εταιρειών οι οποίες συνάπτουν συμβάσεις με τον οργανισμό (Γεωργακόπουλος, 2014).

Εισαγωγή των οιονεί αγορών στο ελληνικό σύστημα υγείας

Όπως αναφέρθηκε κατά τις προηγούμενες δεκαετίες πραγματοποιήθηκαν απόπειρες για τη συνένωση των ασφαλιστικών ταμείων υπό ενιαία διοίκηση κάτι το οποίο δεν ευδοχώθηκε για μια σειρά από λόγους όπως τα συντεχνιακά συμφέροντα, το πολιτικό κόστος, οι αντιδράσεις των ενδιαφερόμενων. Οι πρώτες επιμελείς προσπάθειες για τη συνένωση των ασφαλιστικών ταμείων αναγάγονται στα 1976 με τις προτάσεις της ΚΕΠΕ, συνεχίζονται με το νομοσχέδιο Δοξιάδη στις αρχές της δεκαετίας του 1980, αποτελούν μέριμνα του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ, είναι η κύρια

παρέμβαση της επιτροπής εμπειρογνομόνων που υιοθέτησε το 1994 το Υπουργείο Υγείας και φυσικά στο νομοσχέδιο για την υγεία και τον πολίτη στις αρχές του 21^{ου} αιώνα. Όλες οι παραπάνω μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις για τη δημιουργία είτε του ΕΦΥ τη δεκαετία του 1990 είτε του ΟΔΠΥ στις αρχές του 2000 όπως αναφέρθηκε δεν ευδοκίμησαν και έφτασε το πλήρωμα του χρόνου για τη συνένωση των ασφαλιστικών ταμείων υπό τον ΕΟΠΥΥ. Ο νεοθεσπισθείς οργανισμός προσδοκά αυτό που προσδοκούσαν και οι προηγούμενες μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις οι οποίες δεν ευδοκίμησαν· τον περιορισμό του κόστους και τη συγκράτηση των υγειονομικών δαπανών στηριζόμενος στην ισχυρή διαπραγματευτική ισχύ μέσω του μονοψωνιακού χαρακτήρα του. Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ υπαγορεύθηκε σαν ιστορική αναγκαιότητα για τον έλεγχο των περιορισμένων πόρων καθώς επίσης για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων από τα διάφορα ταμεία ασφάλισης. Τα μέσα για την επιτυχία του εγχειρήματος αναζητούνταν στην αξιοποίηση της συνένωσης των δυνάμεων της ζήτησης για υγειονομικές υπηρεσίες καθώς επίσης η λειτουργία μιας μονοψωνιακής αγοράς προς όφελος των ασφαλισμένων (Σταθακοπούλου, 2014) . Η λειτουργία του μονοψωνίου συνεπάγεται αυξημένη διαπραγματευτική ισχύ έναντι των προμηθευτών υγείας καθότι ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει ποσοστό 90% του πληθυσμού.

Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η ομογενοποίηση των υγειονομικών παροχών ως προς το σύνολο του ασφαλισμένου πληθυσμού και επιπλέον η καθολική πρόσβαση σε ένα ενιαίο σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών (Γεωργακόπουλος, 2014). Υπό την αιγίδα του ΕΟΠΥΥ εντάσσονται ως βασικές υπηρεσίες ο κλάδος υγείας του ΙΚΑ, το ενιαίο ταμείο ασφάλισης μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), οι κλάδοι υγείας του ΟΓΑ, του ΟΑΕΕ, του ΟΠΑΔ. Με τη συγκεκριμένη δομή επιτυγχάνεται η οργανική ενοποίηση του κλάδου υγείας με το ΕΣΥ, εξοικονόμηση χρημάτων και η διασφάλιση της πρόσβασης στο υγειονομικό σύστημα, οι καλύτερες δυνατότητες ισονομίας για το σύνολο των πολιτών καθώς επίσης και η βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος και της διαθεσιμότητας του με όρους κοινωνικής δικαιοσύνης. Ο ΕΟΠΥΥ εποπτεύεται από δύο Υπουργεία, το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Εργασίας.

Οι παροχές που προσφέρει ο ΕΟΠΥΥ είναι σε είδος και σε χρήμα. Ο ΕΟΠΥΥ ενσωματώνει τους υγειονομικούς σταθμούς του ΙΚΑ και λειτουργεί με διττό χαρακτήρα. Πάροχος καθώς επίσης και αγοραστής υγειονομικών υπηρεσιών. Ο ΕΟΠΥΥ διαπραγματεύεται εκ μέρους όλων των ασφαλιστικών ταμείων ως ΝΠΔΔ όλες τις τιμές και τις συμβάσεις με γιατρούς νοσοκομειακά σχήματα καθώς επίσης

και διαγνωστικές εξετάσεις. Ο ΕΟΠΥΥ λειτουργεί ως ο αγοραστής υπηρεσιών υγείας και οι προμηθευτές υπηρεσιών ανταγωνίζονται μεταξύ τους για σύναψη συμβάσεων υγείας (contracting). Η έννοια της σύναψης συμβάσεων υγείας δύναται να οριστεί ως ένας μηχανισμός ενός φορέα (Υπουργείο ή ασφαλιστικό ταμείο) ο οποίος χρηματοδοτεί ούτως ώστε να εξασφαλίσει μία εξειδικευμένη δέσμη υπηρεσιών, με ειδικούς στόχους, καθορισμένη ποσότητα και ποιότητα σε συγκεκριμένο τόπο, σε συγκεκριμένες τιμές για συγκεκριμένη χρονική περίοδο από κάποιο προμηθευτή υγείας (Σώζου, 2011). Η διαμόρφωση της αγοράς υγείας με βάση τη λειτουργία του εσωτερικού ανταγωνισμού ανάμεσα στους προμηθευτές αποτελεί δομική αλλαγή στη φιλοσοφία του συστήματος και κρίνεται ικανή να εγγυηθεί την αποδοτικότητα του συστήματος. Ο ΕΟΠΥΥ ως πάροχος και ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας στοχεύει στο (Κοντός, 2013):

- Να είναι εμφανείς οι δαπάνες τόσο για την αγορά όσο και για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών
- Να δίδεται η δυνατότητα στον ΕΟΠΥΥ να κάνει τις επιλογές του με γνώμονα το χαμηλότερο κόστος για την ίδια παροχή
- Να ελέγχει την άρτια εκτέλεση του προϋπολογισμού
- Να καλύψει το σύνολο του πληθυσμού της Επικράτειας
- Να αποσυμφωρήσει τα δημόσια νοσοκομεία

Επιπλέον ο ΕΟΠΥΥ ως πάροχος και αγοραστής υγειονομικών υπηρεσιών δύναται να ασκεί αποτελεσματικότερο έλεγχο στις δαπάνες (γιατρών, φαρμακευτικών υλικών διαγνωστικών εξετάσεων), να αντιμετωπίσει με αποτελεσματικότερο τρόπο σε σχέση με το παρελθόν φαινόμενα μονοπωλιακών καταστάσεων από ιδιώτες προμηθευτές κυρίως στη περιφέρεια. Τα ταμεία μέσω του ΕΟΠΥΥ έχουν ενιαία μηχανογράφηση και μεγαλύτερη διαπραγματευτική ισχύ (Ξένος, Νεκτάριος, Πολύζος, Υφαντόπουλος, 2013).

Το 2014 με το νόμο 4238/2014 επί Υπουργίας Άδωνη Γεωργιάδη αλλάζει η φυσιογνωμία και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ ο οποίος πλέον παραμένει μόνον ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας τόσο από υγειονομικές υπηρεσίες του δημοσίου όσο και από αυτές του ιδιωτικού τομέα. Η συγκεκριμένη αλλαγή νοηματοδοτεί μια αλλαγή του τρόπου λειτουργίας της αγοράς υπηρεσιών υγείας με αξιοσημείωτη αναβάθμιση του ιδιωτικού τομέα υγείας ο οποίος δύναται ενίοτε να υποκαταστήσει

τις δημόσιες υπηρεσίες (Χλέτσος, 2015). Σύμφωνα με τις διατάξεις του 4238/2014 ο ΕΟΠΥΥ στοχεύει (Σταθακοπούλου, 2014):

- Στην αγορά υγειονομικών υπηρεσιών στους νυν ασφαλισμένους, συνταξιούχους καθώς επίσης και στα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους
- Η θέσπιση κανόνων σχεδιασμού ποιότητας, ανάπτυξης, αξιολόγησης, ασφαλείας και αποτελεσματικότητας στην αγορά υγειονομικών υπηρεσιών, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των πόρων που διατίθενται
- Καθορισμός κριτηρίων και όρων σύμβασης για προμήθεια υγειονομικών υπηρεσιών τόσο από τους φορείς του δημοσίου όσο και από την ιδιωτική πρωτοβουλία καθώς και από τους συμβαλλόμενους ιατρούς καθώς και η αναθεώρηση και τροποποίηση των όρων αυτών όποτε αυτό καθίσταται απαραίτητο
- Η διαπραγμάτευση με όλους τους συμβαλλόμενους παρόχους των αμοιβών τους, των όρων των συμβάσεων του οργανισμού, των τιμών του φαρμακευτικού υλικού καθώς και των ιατροτεχνολογικών υλικών.

Στα πολυιατρεία τα οποία μετονομάζονται σε Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) παρέχονται υγειονομικές υπηρεσίες προς όλους ασφαλισμένους και ανασφάλιστους δίχως χρέωση. Τα βασικά χαρακτηριστικά της νέας λειτουργίας των πολυιατρείων συνοψίζονται:

- Τα 120 πολυιατρεία του πρώην ΕΟΠΥΥ παραδίδονται στις υγειονομικές περιφέρειες
- Οι ασφαλισμένοι απευθύνονται στις δομές του ΠΕΔΥ (πολυιατρεία, κέντρα υγείας) για εξετάσεις και συνταγογράφηση φαρμάκων. Ακόμα θα επισκέπτονται τους συμβεβλημένους ιατρούς και διαγνωστικά κέντρα
- Οι υπηρεσίες στις μονάδες του ΠΕΔΥ παρέχονται δωρεάν και στον ανασφάλιστο πληθυσμό
- Σε κάθε μονάδα ορίζεται ένας ιατρός υποδοχής γενικός γιατρός και παθολόγος ο οποίος δέχεται χωρίς τηλεφωνικό ραντεβού κυρίως τα έκτακτα περιστατικά (Κυριαζή, Μπαλτάση, 2014).



Εικόνα 4.2 ΠΕΔΥ

Παρατηρούμε συνεπώς με την λειτουργία και τη θέσπιση του ΕΟΠΥΥ την εισαγωγή των οιονεί αγορών με καθυστέρηση μιας δεκαετίας από την πρωτοβουλία της μεταρρύθμισης για την υγεία και τον πολίτη των αρχών του 2000 και περίπου 20 από αυτή των εμπειρογνομόνων στις προτάσεις για μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας το 1994. Παρατηρούμε πως η εισαγωγή των οιονεί αγορών αποτελεί μια ιστορική συνέχεια, μια ιστορική διαδρομή η οποία διεφάνη από το 1994 υιοθετήθηκε από μια σειρά χωρών της δυτικής Ευρώπης από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 στην Ολλανδία με το πρόγραμμα Dekker που προέβλεπε τον ελεγχόμενο ανταγωνισμό των ασφαλιστικών φορέων και την επέκταση της αγοράς για ιδιωτικές και συμπληρωματικές ασφαλίσεις. Στόχος της επιτροπής Dekker υπήρξε ένα σύστημα ασφάλισης υγείας που θα προάγει την αποτελεσματικότητα και θα διατηρεί την υγειονομική περίθαλψη προσιτή για όλους. Η Σουηδία με τη μεταρρύθμιση Dagmar το 1985 με την χρηματοδότηση των περιφερειακών οργάνων με βάση τα εκάστοτε δημογραφικά χαρακτηριστικά της κάθε επαρχίας με παράλληλη ανάληψη από τα συμβούλια της απόλυτης μέριμνας για το εύρος και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών που αυτά αποδέχονται να αγοράσουν εξ ονόματος των κατοίκων της περιφέρειάς τους (Ματσαγγάνης, 1994). Επιπλέον σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 καθιερώθηκε η εισαγωγή των οιονεί αγορών σε μια σειρά από χώρες με

διαφορετικά συστήματα υγείας μεταξύ τους όπως η Μεγάλη Βρετανία όπου το εθνικό σύστημα υγείας για να καταστεί περισσότερο αποδοτικό εισήχθησαν αρχικά μέτρα όπως η εισαγωγή γενικού μάνατζμεντ στα νοσοκομεία και στη συνέχεια μέθοδοι ελεγχόμενου ανταγωνισμού με διαχωρισμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που αποτελούσε αρμοδιότητα των αρχών οικογενειακής περίθαλψης από τη νοσοκομειακή περίθαλψη η οποία ήταν αρμοδιότητα των υγειονομικών επαρχιών (Νιάρχου, 2009). Τα νοσοκομειακά σχήματα καθώς επίσης και οι γενικοί ιατροί απετέλεσαν τους προμηθευτές υγειονομικών υπηρεσιών και οι υγειονομικές επαρχίες τους αγοραστές των υπηρεσιών (Πολίτη, 2009). Στη Γερμανία η μορφή των οιονεί αγορών εμφανίστηκε με τον ελεγχόμενο ανταγωνισμό ανάμεσα στα ασφαλιστικά ταμεία με σκοπό τη προσέλκυση εγγεγραμμένων ατόμου το 2009 θεσπίστηκε το κεντρικό ταμείο υγείας, όργανο αρμόδιο για τη συγκέντρωση των εισφορών από τα ταμεία και στη συνέχεια στη κατανομή τους πίσω σε αυτά (Θεοδώρου, 2014). Κάτι αντίστοιχο έλαβε χώρα στα συστήματα υγείας της Τσεχίας, της Σλοβακίας αλλά και σε χώρες της τέως Σοβιετικής Ένωσης με τον ανταγωνισμό ανάμεσα στους ασφαλιστικούς οργανισμούς για τη προσέλκυση ασθενών (Besstremyannaya, 2013). Στη Γαλλία με τη συνένωση των τριών μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων το 2004 (Σώζου, 2011) και με τη μέθοδο contracting όπου η τελευταία προκύπτει μετά από διαπραγματεύσεις ανάμεσα σε παρόχους υγειονομικών υπηρεσιών (νοσοκομεία, ιατρούς), στο κράτος που εκπροσωπείται μέσω του αρμοδίου Υπουργείου Υγείας καθώς και μέσω της κοινωνικής ασφάλισης (η οποία είναι υποχρεωτική) (Φουστέρη, 2011). Η Ιταλία με το διαχωρισμό των νοσοκομειακών οργανισμών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και στις υγειονομικές αρχές που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καθώς και επίσης με το μοντέλο διάκρισης ανάμεσα σε αγοραστές και προμηθευτές υγείας μέσω δύο μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών η πρώτη στα 1992-1993 μέσω της εκχώρησης αρμοδιοτήτων και της δημιουργίας συστήματος οιονεί αγορών στις περιφερειακές δομές με την εγκαθίδρυση ενός χρηματοδοτικού συστήματος που προσβλέπει στη συγκράτηση των δαπανών και στη συνέχεια μέσω νέας μεταρρύθμισης του ιταλικού συστήματος υγείας το 1999 με την εδραίωση της διάκρισης ανάμεσα σε προμηθευτές αγοραστές υγειονομικών υπηρεσιών (Σαλάχα, 2010). Επίσης και στο ισπανικό σύστημα υγείας υπήρξε διάκριση αγοραστών και προμηθευτών υγείας με τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων να διεξάγεται μέσω διαπραγμάτευσης ανάμεσα σε νοσοκομειακά ιδρύματα και τις περιφερειακές αρχές (Σώζου, 2011). Όλες αυτές οι μεταρρυθμίσεις «ανέδειξαν» τον δρόμο για

εκσυγχρονισμό του συστήματος, για τον εξευρωπαϊσμό του ελληνικού συστήματος υγείας και οι οποία (εισαγωγή των οιονεί αγορών) δεν υιοθετήθηκε για μια σειρά από λόγους από ελληνικής πλευράς. Η προώθηση του ανταγωνισμού στον υγειονομικό χώρο αποτελεί την κυρίαρχη πολιτική πρόταση για μεταρρύθμιση του χώρου για δύο περίπου δεκαετίες. Οι υποστηρικτές της εισαγωγής των στοιχείων του ανταγωνισμού στην υγεία πρεσβεύουν στην επίτευξη αποδοτικότητας διαμέσου της δυνατότητας που προσφέρουν οι ανταγωνιστικές αγορές. Ο ελεγχόμενος ανταγωνισμός αποτελεί μια αξιομνημόνευτη εκδοχή εισαγωγής τεχνικών αποτελεσματικής διαχείρισης και αποτελεί ανταγωνιστικό πρότυπο ανάμεσα σε προμηθευτές στις υγειονομικές υπηρεσίες · δηλαδή μεταξύ των νοσοκομειακών ιδρυμάτων και των ιατρών για καλύτερες τιμές και καλύτερη ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας παράλληλα όμως με γνώμονα την ισχυροποίηση της θέσης του χρήστη- καταναλωτή υγειονομικών υπηρεσιών (Κυριόπουλος, 2006). Ο ελεγχόμενος ανταγωνισμός αποτελεί μια στρατηγική που φιλοδοξεί στη βέλτιστη χρησιμοποίηση των πόρων και χρησιμοποιεί στοιχεία του ανταγωνισμού με βάση τις αρχές της μικροοικονομικής θεωρίας (Einhoven, 1993). Μια λειτουργία που στοχεύει στην ενίσχυση του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας έναντι μιας απρόσωπης γραφειοκρατίας, όσο και στη διασφάλιση του κοινωνικού χαρακτήρα του προϊόντος που αυτές παράγουν: της εισαγωγής στοιχείων του ανταγωνισμού και της αγοράς μέσω της λειτουργίας των οιονεί αγορών (Ματσαγγάνης, 1994). Παρατηρούμε πως ο ΕΟΠΥΥ και στις δύο φάσεις της λειτουργίας του είτε ως αγοραστής και πάροχος υγειονομικών υπηρεσιών είτε λειτουργώντας μονάχα ως αγοραστής λειτουργεί στα πλαίσια των οιονεί αγορών καθότι: η παραγωγή των κοινωνικών υπηρεσιών γίνεται μέσω της ανάθεσης συμβολαίων (από τον ΕΟΠΥΥ) σε οργανισμούς κρατικούς ή ιδιωτικούς, κερδοσκοπικούς και μη οι οποίοι βρίσκονται σε ανταγωνισμό μεταξύ τους, η αγοραστική δύναμη του χρήστη υγειονομικών υπηρεσιών δεν εκφράζεται μέσω πληρωμών αλλά μέσω της επιλογής παραγωγού ο οποίος στη συνέχεια πληρώνεται από τις υπεύθυνες δημόσιες αρχές και τέλος μέσω των χρηστών υπηρεσιών υγείας οι οποίοι εκπροσωπούνται μέσω διαμεσολαβητών οι οποίοι λαμβάνουν αποφάσεις με γνώμονα το συμφέρον των ασθενών (Ματσαγγάνης, 1994). Κατά συνέπεια τα μνημόνια που υπεγράφησαν από την ελληνική πλευρά και από τους δανειστές μέσω της τρόικα σε ότι σχετίζονται με την λειτουργία του ΕΟΠΥΥ και την εισαγωγή των οιονεί αγορών στο σύστημα υγείας αποτελούν μια θεσμοθέτηση ευρωπαϊκών επιρροών οι οποίες εκφράζονταν μέσω των προσπαθειών για μεταρρυθμίσεις

εκσυγχρονισμό και εξευρωπαϊσμό του συστήματος και οποίες προσπάθειες δεν ευδοκίμησαν κατά τις προηγούμενες δεκαετίες. Η οικονομική κρίση λειτούργησε ως καταλύτης, ως ένα σημείο καμπής στο να υιοθετηθούν ή έστω να επιβληθούν οι ανωτέρω μεταρρυθμίσεις σε σύντομο χρονικό διάστημα μέσω του μηχανισμού των μνημονίων, να ξεπεραστούν τα πολιτικά και θεσμικά εμπόδια καθώς και οι ελληνικές παθογένειες τα οποία στο παρελθόν δεν επέτρεψαν να υιοθετηθούν οι ανωτέρω διεθνείς τάσεις και να βαδίσει το ελληνικό σύστημα υγείας στο ιστορικό μονοπάτι του εξευρωπαϊσμού του συστήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο ιστορικός θεσμισμός ως αναλυτικό εργαλείο πολιτικής επιχειρεί να εξηγήσει τη διαμορφωθείσα παράδοση στο εκάστοτε πεδίο της πολιτικής. Στο χώρο της υγείας ο ιστορικός θεσμισμός μελετά την εξέλιξη καθώς και τις συνέπειες των πολιτικών θεσμών οι οποίοι θεσμοί ωθούν-κατευθύνουν τις πολιτικές σε συγκεκριμένο ορίζοντα, σε συγκεκριμένο μονοπάτι, όπου σε αυτό το μονοπάτι προηγούμενες αποφάσεις διαδραμάτισαν πρωτεύοντα ρόλο και οι οποίες αποφάσεις είναι εξαιρετικά δύσκολο να ανατραπούν. Στην ελληνική περίπτωση η πολιτική υγείας είχε κατά τα παρελθόντα έτη δεχθεί ευρωπαϊκές επιρροές, είχε δεχθεί προτάσεις για τον εξευρωπαϊσμό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης αλλά και ευρύτερα προτάσεις για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος. Οι προτάσεις αυτές στις περιόδους πριν το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης και της κρίσης χρέους αγνοήθηκαν και σε αρκετές περιπτώσεις πολεμήθηκαν από ομάδες συμφερόντων. Αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα ο διαχωρισμός της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες δηλαδή η αποκέντρωση του συστήματος υγείας (η οποία βασίζεται στη λογική πως μικρότερα και άρτια δομημένα σχήματα είναι εγγενώς περισσότερο ευέλικτα από ότι μεγαλύτερες οργανώσεις) σχεδιάστηκε για πρώτη φορά το 1923 και στη συνέχεια σε μια σειρά από προωθούμενες μεταρρυθμίσεις όπως στη μεταρρύθμιση του 1953 που επιχείρησε να εισαχθεί το συγκεκριμένο μέτρο, στο νομοσχέδιο Δοξιάδη το 1980, στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ το 1983, καθώς επίσης και στις προτάσεις των εμπειρογνομόνων το 1994. Ο χωρισμός της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες θεσπίστηκε μόλις το 2001 με το νομοσχέδιο Παπαδόπουλου και την ίδρυση των ΠΕΣΥ. Ο χωρισμός σε υγειονομικές περιφέρειες αποτελεί τον κανόνα σε ότι αφορά ευρωπαϊκά συστήματα υγείας όπως το αγγλικό και το γερμανικό. Το νομοσχέδιο του 1953 επεχείρησε να «βαδίσει στα χνάρια» του διάσημου Βρετανικού συστήματος υγείας τύπου Beveridge με δημιουργία εθνικού συστήματος υγείας κάτι το οποίο υιοθετήθηκε με καθυστέρηση τριών δεκαετιών το

1983. Οι συγκεκριμένες μεταρρυθμίσεις υιοθετήθηκαν από ελληνικής πλευράς με καθυστέρηση 80 και 30 ετών αντιστοίχως όμως υιοθετήθηκαν πριν το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης. Υπήρξαν μεταρρυθμιστικές προσπάθειες οι οποίες αν και κοινοποιήθηκαν αν και προβλέφθηκαν δεν προωθήθηκαν εξαιτίας των αντιδράσεων των ομάδων συμφερόντων. Μια τέτοια προσπάθεια ήταν αυτή της συνένωσης των ασφαλιστικών ταμείων. Πρώτη φορά γίνεται αναφορά για ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων το μακρινό 1945 με την πρόταση του Καθηγητού Λούρου. Στη συνέχεια αρχίζει και διαφαίνεται η αναγκαιότητα για συνένωση των ταμείων το 1968, στη συνέχεια με μεγαλύτερο σθένος στις προτάσεις της ΚΕΠΕ με την ενιαία εθνική υπηρεσία το 1976 και στο νομοσχέδιο Δοξιάδη με τον εθνικό φορέα υγείας στις αρχές του 1980. Στην συνέχεια η συνένωση των ασφαλιστικών ταμείων αναφέρονταν στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ το 1983 αλλά οι αντιδράσεις των ενδιαφερομένων και γενικότερα των ομάδων πίεσης και συμφερόντων ανάγκασαν το Υπουργείο Υγείας να υπαναχωρήσει στη προωθούμενη μεταρρύθμιση. Εν συνεχεία με τρόπο απόλυτο οι προτάσεις των εμπειρογνομόνων στα μέσα της δεκαετίας του 1990 αναφέρουν την αναγκαιότητα για συνένωση των ασφαλιστικών ταμείων με τον ενιαίο φορέα υγείας κάτι το οποίο δεν ευοδώθηκε. Η τελευταία και πλέον ισχυρή προσπάθεια έλαβε χώρα το 2001 στο νομοσχέδιο για την υγεία και τον πολίτη με την δημιουργία του ΟΔΠΥ και την υπαγωγή στον νέο φορέα των πόρων των ασφαλιστικών ταμείων. Μετά από αλλεπάλληλες κινητοποιήσεις των ομάδων πίεσης και συμφερόντων ακόμα και μέσα από το κυβερνών κόμμα η θέσπιση του ΟΔΠΥ «έμεινε σχέδιο επί χάρτου». Η ίδρυση και η θέσπιση του ΕΟΠΥΥ το 2011 δεν απετέλεσε κάτι περισσότερο από μια αναγκαιότητα η οποία αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1945, επαναδιατυπώθηκε το 1968 και η οποία στο σύνολο των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών αναφέρονταν με διαφορετικό όνομα. Η Ενιαία Εθνική Υπηρεσία της ΚΕΠΕ, ο Εθνικός Φορέας Υγείας του νομοθετήματος Δοξιάδη, ο Ενιαίος Φορέας Υγείας των εμπειρογνομόνων του 1994 και ο ΟΔΠΥ του Παπαδόπουλου αποτελούν τους «ιδιότυπους προγόνους» σε μεταρρυθμιστικό επίπεδο του ΕΟΠΥΥ οι οποίοι δεν πρόλαβαν ούτε να γεννηθούν, ούτε να αναπτυχθούν εξαιτίας μιας σειράς από παθογένειες της ελληνικής πραγματικότητας. Η οικονομική κρίση λειτούργησε ως «καταλύτης» για την υιοθέτηση της συγκεκριμένης μεταρρυθμιστικής πρωτοβουλίας και ο μηχανισμός των μνημονίων θέσπισε μια ευρωπαϊκή επιρροή η οποία υπήρξε επιταγή για περισσότερο από μισό αιώνα. Μία δεύτερη μεταρρυθμιστική ενέργεια η οποία δεν ευοδώθηκε πριν την

οικονομική κρίση και η οποία αναγνώσθηκε ως αναγκαιότητα αλλά και ως μια διαδικασία εξευρωπαϊσμού του συστήματος υγείας υπήρξε η λειτουργία των οιονεί αγορών. Στις προτάσεις των ξένων εμπειρογνομόνων το 1994 αλλά και στο νομοσχέδιο Παπαδόπουλου αναφέρεται ο σχεδιασμός και η λειτουργία των οιονεί αγορών δηλαδή του διαχωρισμού της προσφοράς από την ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Ο ενιαίος φορέας υγείας για την περίπτωση του 1994 και ο ΟΔΙΠΥ θα μπορούσαν να διαπραγματεύονται με μεγαλύτερη ισχύ για συμβόλαια με παρόχους υγειονομικών υπηρεσιών δηλαδή με γιατρούς, κλινικές και νοσοκομεία με γνώμονα το κόστος και την ποιότητα σε παρεχόμενες υπηρεσίες. Η λειτουργία των οιονεί αγορών με διαχωρισμό της προσφοράς από τη ζήτηση υπήρξε κανόνας σε μία σειρά από χώρες όπως: η Σουηδία με τη μεταρρύθμιση Dagmar το 1985, Η Ολλανδία με το νομοσχέδιο Dekker το 1987, η Μεγάλη Βρετανία στις αρχές της δεκαετίας του 1990, η Γερμανία με τον ελεγχόμενο ανταγωνισμό ανάμεσα στους ασφαλιστικούς οργανισμούς υπό την εποπτεία του ενιαίου ταμείου υγείας, η Γαλλία με την συνένωση των ασφαλιστικών ταμείων και με τη μέθοδο του contacting, η Ιταλία με τις μεταρρυθμίσεις του 1992-1993 αλλά και στη συνέχεια μέσω νέας μεταρρύθμισης του Ιταλικού συστήματος υγείας το 1999 με την εδραίωση της διάκρισης των προμηθευτών και των αγοραστών υγείας και η Ισπανία μέσω της μεθόδου της διαπραγμάτευσης ανάμεσα στα νοσοκομεία και τις περιφερειακές αρχές. Όλα αυτά τα παραδείγματα- υποδείγματα ανέδειξαν μια πορεία, ανέδειξαν ένα μονοπάτι εκσυγχρονισμού του συστήματος υγείας με σκοπό τον περιορισμό των δαπανών καθώς επίσης τη συγκράτηση και βέλτιστη εκμετάλλευση των περιορισμένων πόρων για την υγεία. Ανέδειξαν ένα μονοπάτι εξευρωπαϊσμού του συστήματος πάνω στο οποίο βαδίζουν οι μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα κατά τη περίοδο της οικονομικής κρίσης από το 2010 και εντεύθεν μέσω του μηχανισμού των μνημονίων. Μια τρίτη μεταρρύθμιση η οποία εισήχθη στο ελληνικό σύστημα υγείας μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης είναι αυτή της εισαγωγής των DRG's η οποία προβλέφθηκε από τη νομοθετική μεταρρύθμιση του 1997 και η οποία αγνοήθηκε την περίοδο εκείνη αν και εφαρμόστηκε με επιτυχία στη Γαλλία από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 αλλά και στις Σκανδιναβικές χώρες την δεκαετία του 1990 και αργότερα από το σύνολο των ευρωπαϊκών κρατών. Αυτά τα οποία αναφέρονται στα μνημόνια προϋπήρχαν ως ιδέες σε μεταρρυθμιστικές προσπάθειες για την αναμόρφωση του συστήματος υγείας. Η κρίση ενήργησε με τρόπο καταλυτικό στην υιοθέτηση των συγκεκριμένων πολιτικών. Κατά συνέπεια οι μηχανισμοί των

μνημονίων αποτελούν μια θεσμοθέτηση μιας άτυπης ιδεολογικής σύγκλισης η οποία κατά το παρελθόν προϋπήρχε και που η οικονομική κρίση επιτάχυνε τις διαδικασίες μεταρρύθμισης και εξευρωπαϊσμού του ελληνικού υγειονομικού συστήματος.

Ο ιστορικός θεσμισμός σε ευρωπαϊκό επίπεδο εξηγεί μέσω της εξάρτησης από την ιστορική πορεία το σημερινό status quo. Οι Ευρωπαϊκές συνθήκες δεν υπαγορεύουν κάποιο συγκεκριμένο πλαίσιο στα συστήματα υγείας για την παροχή, ή τη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών, πράγμα το οποίο συνεπάγεται ότι ένα Ομοσπονδιακό Κράτος Πρόνοιας δεν διαφαίνεται (τουλάχιστον) στο εγγύς μέλλον ή έστω δεν μπορεί να συναχθεί ως συμπέρασμα με βάση την ανάλυση του ιστορικού θεσμισμού. Η συνθήκη του Μάαστριχτ το 1992 επέβαλε μια άτυπη ιδεολογική σύγκλιση και μια μακροπρόθεσμη δημοσιονομική πειθαρχία η οποία ακολουθείται εκών άκων από τα Ευρωπαϊκά κράτη. Αυτό συνεπάγεται πως η παραμονή σε εθνικό επίπεδο καθίσταται αδύνατη λόγω των Ευρωπαϊκών συνθηκών και του ενιαίου Ευρωπαϊκού πλαισίου. Η οικονομική κρίση επηρέασε και σε ορισμένες περιπτώσεις «τράνταξε» τις οικονομίες των κρατών μελών της Ευρώπης κατά συνέπεια και τα συστήματα υγείας τους. Η αναντίρρητη ανάγκη για καλύτερη εκμετάλλευση των διαθεσίμων πόρων αλλά και περιορισμού στις δαπάνες κατευθύνει την Ευρώπη σε ένα περισσότερο «φιλελεύθερο μοντέλο» το οποίο θα οδηγήσει στον εξορθολογισμό του εκάστοτε υγειονομικού συστήματος με αναφορά σε θέματα ισοτιμίας στην πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες με γνώμονα την εξυπηρέτηση των τεσσάρων θεμελιωδών ελευθεριών της ΕΕ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Altenstetter, C. (1998), Regulating and financing medical devices in the European Union, in R Leidl ed , Health Care and its Financing in the single European market, Biomedical and Health Research, IOS Press, University of Ulm, pp 116-149
- Athanasiadis, A. Kostopoulou, S. Philalithis, A. (2015), Regional Decentralization in the Greek Health Care System: Rhetoric and Reality, Global Journal of Health Science, Vol.7 , No 6, pp 55-67
- Besstremyannaya, G.(2013), Managed Competition in Health Insurance <http://freepolicybriefs.org/2013/10/28/managed-competition-in-health-insurance-systems-in-central-and-eastern-europe/> Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 07/04/16
- Bohm, K. and Landwehr, C. (2014), The Europeanization of health Care Coverage Decisions: EU-Regulation, Policy Learning and Cooperation in Decision-Making, Journal of European Integration, Routledge, Vol 36 (1), 17-35
- Borzel ,T. & Risse ,T. (2000), When Europe meets home: Europeanization and Domestic Change, European Integration online papers, (EIoP) Vol.4 n.15 <http://eiop.or.at/eiop/texte/2000-015a.htm> , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 26/12/15
- Borzel, T. (2005), Europeanization: How the European Union interacts with its member states, chapter Bulmer, S. and Lequesne C. eds : The member States of the European Union. Oxford University Press pp 45-62 (18)

- Boutsoli, Z. (2010), The Greek Hospital Sector and Its Cost Efficiency problems in Relation to Unexpected Hospital Demand: A Policy making Perspective, Vol.2 No 2 pp 170-187
- Brooks, E. (2012), Europeanization through soft law: The future of EU health policy? Lancaster University, Political Perspectives Volume 6 (1), 86-104
- Bulmer, S. and Radaelli, C. (2004), The Europeanization of National Policy?, Queen's Papers on Europeanization, No 1/2004, Queens University Belfast
- Capoccia, G. and Kelemen D. (2007), The Study of Critical Junctures, Theory, Narrative, and Counterfactuals in Historical Institutionalism, World Politics 59, pp 341-369 http://fas-polisci.rutgers.edu/dkelemen/research/Capoccia-Kelemen_CriticalJunctures.pdf , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 20/12/15
- Da Cunha Rezende, F. (2011), Do Institutions Produce Institutional changes? The New Historical Institutionalism and Analytic Innovations in the Theory of Change, Brazilian Political Science Review, 5(1), pp 129-152
- Economou, C. (2010), Health systems in transition , Greece Health system review, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol.12 No.7 pp 1-180
- Economou, C. (2012), The Performance of the Greek Healthcare System and the Economic Adjustment programme: “Economic Crisis” Versus “System Specific Deficits” Driven Reform, στο κοινωνική θεωρία, επιθεώρηση κοινωνικής και πολιτικής θεωρίας, Εκδόσεις Παπαζήση, 33-69
- Economou, C. Kaitelidou, D. Kentikelenis, A. Sissouras, A et al. (2014), The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece, WHO/ European Observatory on Health Systems and Policies
- Einthoven, A. (1993), The History and the Principles of Managed Competition, Health Affairs, 12 No 1, pp 24-48
- Fioretos, O. Falleti, T. Sheingate, A. (2013), Historical Institutionalism in Political Science, https://noticide.files.wordpress.com/2013/11/tulia-falleti_historical_institutionalism_290513.pdf , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 16/12/15
- Greer, S. L. (2011), The weakness of strong policies and the strength of weak policies: Law, experimentalist governance, and supporting coalitions in the

- European Union health care policy, Regulation and Governance, 5(2), pp,187-203
- Hall, P. Taylor, R.C.R. (1996)., Political Science and the Three New Institutionalisms,
http://edoc.vifapol.de/opus/volltexte/2011/2782/pdf/dp96_6.pdf, Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 15/12/15
 - Hansen, H. M. (2010), Historical Institutionalism and Health Care Reform in the United States, Copenhagen Business School,
http://studenttheses.cbs.dk/bitstream/handle/10417/1520/carsten_malta_hansen.pdf?sequence=1 , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 17/12/15
 - Hervey, T. (2010), The Impacts of European Union Law on the health care sector: Institutional overview, Eurohealth, Vol 16 No 4, pp 1-4
 - Hibbou, B.(2009), “Greece and Portugal: Convergent or Divergent Europeanization” in Bulmer, Simon, and Christian Lequesne eds: The Member States of the European Union ,Oxford University Press, pp 229-253
http://www.svensteinmo.com/articles/Steinmo_2008_historical_institutionalism.pdf Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 12/12/15
 - Immergut, E. (2006), Historical – Institutionalism in Political Science and the problem of change, Constellations of Contingency, in Wimmer A., Kossler R. eds, Understanding Change, Models, Methodologies and Metaphors, Palgrave Macmillan, pp 237-259
 - Kaitelidou, D. Kouli, E. (2012), Greece: The Health System in a time of crisis. Eurohealth Vol 18 No 1, 12-14
 - Kierkegaard, P. (2013), E-prescription across Europe, Health Technol 3 pp 205-219
 - Kondilis, E. Giannakopoulos, S. Gavana, M. Ierodiakonou, I. et al., (2003) Economic Crisis, Restrictive Policies, and the population’s Health and Health Care: The Greek Case, American Journal of Public Health, 103(6): 973-979
 - Larsen, H. and Olsen, K.B. (2010), Europeanization of Greece, Department of Political Science, University of Copenhagen, The Politics of the European Union- Central Structures and processes of the EU, Jean Monnet Programme
 - Minogiannis, P. (2003), European Integration and Health Policy, Transaction publishers
 - Niakas, D. and Petsetakis, E. (1995), Problems and Perspectives in Health Care Policy in Greece, Public budgeting and fin mngmt 7 (2) , 251-278

<http://pracademics.com/attachments/article/963/niakas.pdf> , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 22/01/16

- Nordeng, Z. (2015), The impact of EU patient mobility rules on health systems in Germany and Norway, Department of Health Management and Health Economics Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo
- Oliver, A. Mosialos, E. (2005), European Health Systems Reforms: Looking back to see forward? , Journal of Health Politics , Policy and Law , Vol.30 , Nos 1-2, February April- 2005
- Pierson, P. (2000), Increasing Returns, Path Dependence and the study of Politics, The American Political Science review , Vol.94, No 2, pp 251-267
- Pierson, P. Skocpol, T. (2014), Historical Institutionalism in Contemporary Political Science, http://www.laisumedu.org/DESIN_Ibarra/Usuarios/PiersonSkocpol.pdf Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 16/12/15
- Pirro, E. B. and Zeff, E.E. (2000), Europeanization, European Integration, and Globalization, Review Essay
- Polyzos, N. Economou, C. Zilidis, C. (2008), National Health Policy in Greece: Regulations Or Reforms? The Sisyphus Myth, European Research Studies Volume XI, Issue (3)
- Polyzos, N. karanikas, H. Thireos, E. Kastanioti, C. et al, (2013), Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system, health policy 109 No 1, 14-22
- Quaglio, G. Karapiperis, T. Van Woensel, L. Arnold, E. et al. (2013), Austerity and health in Europe, 113, No1 pp 13-19
- Rabeharisoa, V. O Donovan, O. (2013), ‘Europe of Patients’ : the Europeanization of healthcare policies by European patients’ Organizations , Papiers De Recherche DU CSI –CSI Working Papers Series No 030, http://www.csi.mines-paristech.fr/working-papers/WP/WP_CSI_030.pdf , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 08/01/16
- Robert Harmsen and Thomas M. Wilson., (2000), Introduction: Approaches to Europeanization, Yearbook of European Studies 14 (2000), pp13-26
- Sauter, W. (2011), Harmonization in healthcare: the EU patients’ rights directive, TILEC Discussion Paper No 2011-030. Tilburg University, June 2011,

https://www.nza.nl/1048076/1048181/Research_paper_Harmonisation_in_healthcare_the_EU_patients_rights_directive.pdf Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 04/01/16

- Scharpf, W. (1996), Negative and Positive integration in the political economy of European welfare states, in Gary Marks, Fritz W Scharpf, Philippe C Scmitter, Wolfgang Streek ., Governance in the European Union, SAGE publications, pp 15-38
- Schenk A. (2013), in Evolving Europe: Voices of the Future, Does European integration of health policy only benefit a small minority of mobile individuals while it endangers collective institutions that protect the majority at the national level?, <http://uaces.org/documents/papers/1340/schenk.pdf> , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 17/12/15
- Simou, E. Koutsogeorgou, E. (2014), Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review, Health Policy, Vol 115 Iss 2 pp 111-119
- Siskou, O. Kaitelidou, D. Litsa, P. Georgiadou, G. et al. (2014), Investigating the Economic Impacts of New Public Pharmaceutical Policies in Greece: Focusing on Price Reductions and Cost-Sharing Rates, Health Regional Issues 4C, 107-114
- Sotiropoulos, D. (2004), The EU's impact on the Greek welfare state: Europeanization on paper? , Journal of European Social Policy, Vol 14(3)
- Souliotis, K. Golna, C. Tountas, Y. Siskou, O. et al.(2015), informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last..., European Journal of health Economics, 17 (2) pp 159-170
- Steffen, M. (2005), Health Governance in Europe, issues, challenges, and theories , Routledge Taylor and Francis Group
- Steinmo, S, (2008), Historical institutionalism, in Della Porta D. Keating M., Approaches and methodologies in the Social Sciences, Cambridge University press, Cambridge, pp 118-138,
- Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M, et al. (2014), Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy, WHO/ European Observatory on Health Systems and Policies

- Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E. (2002), Reforming the reform: the Greek national health system in transition, health policy, Volume 62, Issue 1 pp 15-29
- Tragakes, E. Polyzos, N. (1998), The evolution of health care reforms in Greece: charting a course of change, Int J Health Plann Manage, 13(2), 107-130.
- Van Dijk, L., De Vries, H. Bell, D. (2011), Electronic Prescribing in the United Kingdom and in the Netherlands, Agency for Healthcare Research and Quality, <https://healthit.ahrq.gov/sites/default/files/docs/citation/europe-e-prescribing-report.pdf> , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 08/03/16
- Velicu, C. I., (2011), Health policy governance in the EU: composing a Jigsaw Puzzle?, Eurolimes Supl 3, pp171-200, http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/29378/ssoar-eurolimes-2011-Supl.%203-velicu-Health_policy_governance_in_the_EU?sequence=1 , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 27/12/15
- WHO.,(2015), http://www.who.int/topics/health_policy/en/ Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 07/12/15

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Muller, P. - Surel, Y. (2002), Η Ανάλυση των Πολιτικών του Κράτους, Ανάλυση των Δημοσίων Πολιτικών , Εκδόσεις Τυποθήτω- Γιώργος Δάρδανος
- Nugent, N. (2006), Πολιτική και Διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Εκδόσεις Σαββάλας
- Βαγγελάτος, Α. Σαριβουγιούκας, Ι. (2005), Η διεξόδυση Πληροφοριακών Συστημάτων στα Νοσοκομεία, επιθεώρηση υγείας, 16 (93), 27-31
- Γαρδίκας, Κ. Δ. (2000), Εθνικά Συστήματα Υγείας Διαφόρων Χωρών, Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τη βάση της δυτικής ιατρικής WHO ALMA-ATA 1978, Εκδόσεις Παρισιάνου

- Γείτονα-Κοντούλη, Μ. (1997), Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Εκδόσεις Εξάντας
- Γεωργακόπουλος, Ν. (2014), Ο Ρόλος του ΕΟΠΥΥ στο ΕΣΥ: Μεταρρύθμιση ή Απορρύθμιση, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς
- Γεωργιάδου, Α. (1985), Δίκαιο της Κοινής Αγοράς, Εκδόσεις Σάκκουλα
- Γκάτσου Ε.(2006), Ο εξευρωπαϊσμός της Πολιτικής Υγείας στην Ελλάδα, Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης
- Δαρδαβέσης, Θ. (2008), Η Ιστορική πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833-1981), Ιατρικό Βήμα, 50-61 http://www.iatrikionline.gr/IB_115/7.pdf, Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 17/01/16
- ΕΛΣΤΑΤ, (2015), <http://www.statistics.gr/documents/20181/d54ba87d-85d4-4834-a24f-310eb1c48cee> , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 07/03/16
- Θεοδώρου, Μ. (2014), Σύστημα Υγείας Γερμανίας
- Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Μ. Σούλης, Σ. (2001), Συστήματα Υγείας και Ελληνική πραγματικότητα, Εκδόσεις Παπαζήση
- ΙΟΒΕ, ΕΣΔΥ. (2011), Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας την Περίοδο του Μνημονίου, μια μελέτη του ιδρύματος Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών και της Εθνικής σχολής Δημόσιας υγείας
- Ιωακείμογλου, Η. (2010), Υπηρεσίες Υγείας, Από το Δημόσιο Αγαθό στο εμπόρευμα, ΙΝΕ Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ
- Κακαλέτσης, Ν. Ιωαννίδης Α. Σιγάλας, Ι. Χατζητόλιος, Α., (2013), Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα, Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις, Αρχεία Ελληνικής ιατρικής, 30(2), 233-240
- Καραγιάννη, Ρ. (2012), η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά τη περίοδο 2009-2012, http://www.kepe.gr/images/oikonomikes_ekselikseis/issue_25/meros_b_1.pdf Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 25/02/16
- Κιούρτη, Μ. (2009), Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα Παρελθόν- Παρόν Μέλλον,

http://www.dee.gr/mediaupload/publications/kiourti_politiki_ygeias_stin_ella_da.pdf , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 07/12/15

- Κονδύλης, Η. (2009), Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα, Χαρακτηριστικά ανάπτυξης, στοιχεία ποιοτικής αξιολόγησης, σύγχρονες τάσεις και προοπτικές, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
- Κοντός, Δ. (2013), ΕΟΠΥΥ: Πάροχος και Αγοραστής, στο Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ, 4 βήματα για την μεταρρύθμιση, στο Ιατροκοινωνική Εκδήλωση «Υγεία και Μνημόνιο», Πάτρα 19-10-2013 Πάτρα Ιατρικός Σύλλογος Πατρών, Πάτρα
- Κουρής, Γ. Σουλιώτης, Κ. Φιλαλήθης, Α. (2006), Οι Υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα: Παράγοντες αποτυχίας και κανόνες ορθού μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού, Διοικητική Ενημέρωση, 36:82-90
- Κουρής, Γ. Σουλιώτης, Κ. Φιλαλήθης, Α. (2007), Οι «περιπέτειες» των μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού συστήματος υγείας: Μια ιστορική επισκόπηση, στο Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Ι: 35-67
- Κουρής, Γ. Φιλαλήθης, Α. (2008), Ο Μεταβαλλόμενος Ρόλος του Κράτους στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας: Ο ιδιωτικός Τομέας Υγείας σε Ρόλο Οδηγού; στο Πετμεζίδου Μ , Παπαθεοδώρου Χ, Κοινωνική Μεταρρύθμιση και Αλλαγές στο Μείγμα «Δημοσίου –Ιδιωτικού» στο πεδίο της Κοινωνικής Πολιτικής, 164-201, Πρακτικά του 3^{ου} Διεθνούς συνεδρίου της επιστημονικής εταιρείας Κοινωνικής πολιτικής, Αθήνα Δεκέμβριος 24-25 2008
- Κουσνέρ, Μ. (2000), Η δικτατορία των Γιατρών, Εκδόσεις Εξάντας
- Κυριαζή, Κ. Μπαλάση, Ε. (2014), Η Εξέλιξη του ΕΟΠΥΥ στο Εθνικό Σύστημα Υγείας , Α.Τ.Ε.Ι. Πειραιά, Πειραιάς
- Κυριόπουλος, Γ. (2006), Κράτος ή Αγορά, Η κρίσιμη Επιλογή στον Υγειονομικό τομέα, στο Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών, Κυριόπουλος, Γ.
- Κυριόπουλος, Γ. Οικονόμου, Χ. (2000), Είναι Επιθυμητή και Εφικτή η Διάκριση της Προσφοράς με τη Ζήτηση στις Υπηρεσίες Υγείας; Στο: Κυριόπουλος, Γ. Οικονόμου, Χ. Πολύζος, Ν. Σισσούρας, Α. Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της Διοίκησης-Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις θεμέλιο

- Λάβδας, Κ. (2002), Δημιουργία και εξέλιξη των Ευρωπαϊκών κοινοτήτων ΕΑΠ
- Λιαρόπουλος, Λ. (2014), Εθνική Ασφάλιση Υγείας: Πρόταση Μεταρρύθμισης, στο Συλλογικός τόμος της Ελληνικής Ένωσης Τραπεζών με θέμα «Ανταγωνιστικότητα για Ανάπτυξη: Προτάσεις πολιτικής »
- Λιαρόπουλος, Λ. Υγεία και Μνημόνιο: Εστιάζοντας στα Οικονομικά της Υγείας στην Κρίση, Εκδήλωση Ιατρικού Συλλόγου Πατρών, Πάτρα, 2010 <http://www.ispatras.gr/wp-content/uploads/2013/10/%CE%A0%CE%B1%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%AF%CE%B1%CF%83%CE%B7-%CE%BA-%CE%9B%CF%85%CE%BA%CE%BF%CF%8D%CF%81%CE%B3%CE%BF%CF%85-%CE%9B%CE%B9%CE%B1%CF%81%CF%8C%CF%80%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%BF%CF%85.pdf> , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 10/02/16
- Μακρίδης, Ν. (1933), Αι υπυρεσΐαι υγιεινής εν Ελλάδι, Αθήναι
- Μανιαδάκης, Ν. Μπαρτσώκας, Δ. Γούναρης, Δ. Καρράς, Κ., κ.α . (2011), Πόρισμα-Πρόταση επιτροπής ΥΥΚΑ για την διερεύνηση εφαρμογής των DRG's στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής αλληλεγγύης, Αθήνα
- Μανιού, Μ. Ιακωβίδου, Ε. (2009), Η σημερινή εικόνα των δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα, Το βήμα του Ασκληπιού, 8 (4): 380-400
- Ματσαγγάνης, Μ. (1994), Μεταρρυθμίσεις τύπου οιονεί αγορών σε δημόσια συστήματα υγείας, στο Όρια και Σχέσεις Δημοσίου και Ιδιωτικού, Ε Επιστημονικό Συνέδριο, 23-26 Νοεμβρίου, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα
- Μόσιαλος, Η. και Allin, S. (2007), Ομάδες συμφερόντων και η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, στο Featherstone K., Πολιτική στην Ελλάδα η πρόκληση του εκσυγχρονισμού, Εκδόσεις Οκτώ, 301-333
- Μοσχόπουλος, Δ. Ο ιστορικός θεσμισμός ως ερμηνευτικό ιστορικό εργαλείο, Η θεωρία και η εφαρμογή της σε ένα γεγονός της σύγχρονης ελληνικής ιστορίας, Διεθνές Συμπόσιο Ιστορίας με θέμα "Ο πολύπτυχος καθρέπτης της ιστορίας. Ιστορία και ιστοριογραφία παλαιοί και νέοι προβληματισμοί,

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 , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 16/12/15

- Μούσης, Ν. (2002), Εγχειρίδιο Ευρωπαϊκής Πολιτικής, Εκδόσεις Παπαζήση
- Νιάρχου, Σ. (2009), Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Καλαμάτα
- Νικολέντζος, Α. (2008), Η επιρροή των ιατρών στο Ελληνικό σύστημα υγείας: 1983-2001, Πανεπιστήμιο του Λονδίνου
- Νομικός Α.(1998), Οργάνωση και Διοίκηση Μονάδων Υγείας ΙΙΙ, Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Αθήνα
- Ξένος, Π. Νεκτάριος, Μ. Πολύζος, Ν. Υφαντόπουλος, Ι. (2014), Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης, νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 31(2), 172-185
- Οικονόμου, Χ. (2004), Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, Εκδόσεις Διόνικος
- Οικονόμου, Χ. (2011), Η Επίδραση της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα Συστήματα Υγείας των Χωρών Μελών, 403-432 στο Σακελλαρόπουλος Θ, Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Εκδόσεις Διόνικος
- Οικονόμου, Χ. (2012), Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα, Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ΙΝΕ Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ
- Οικονόμου, Χ. (2013), Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία, υγεία σύστημα υγείας και κοινωνική ευημερία: Μια αποσιωπημένη σχέση με μοιραία αποτελέσματα, <http://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blaptei-sobara-tin-ygeia%E2%80%A6?page=show>, Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 03/03/16
- Παλαιολόγος, Γ. (2016), <http://www.kathimerini.gr/845046/article/epikairothta/ellada/h-portogalia-deixnei-ton-dromo-gia-thn-ygeia> , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 15/03/16

- Πανταζή, Ε. (2004), Οι Υπηρεσίες Υγείας στα Ασφαλιστικά Ταμεία, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Καλαμάτα
- Παπαγιάννης, Δ. (2007), Εισαγωγή στο Ευρωπαϊκό Δίκαιο, Εκδόσεις Σάκκουλα
- Παπαδόπουλος, Α. (2010), Συμπράξεις, Συντονισμός και Συνεργασία του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα στα πλαίσια ενός Μικτού Συστήματος Υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, 21 (122):6-22
- Πελαγίδης, Θ. (2005), Η εμπλοκή των μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα, http://books.eudoxus.gr/publishers/CID_222/CID_00222_0220_ABS.pdf , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 15/01/16
- Πέτρουλας, Π. Ρομπόλης Σ. Ξυδέας, Ε Χλέτσος Μ. (1993), Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα, Η περίπτωση του ΙΚΑ, ΙΝΕ Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ
- Πολίτη, Β. (2009), Η Πυραμίδα Υγείας στην Ελληνική Κοινότητα, Σύγκριση με Κράτη Μέλη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Καλαμάτα
- Πολύζος, Ν. (2012), Αξιολόγηση 2009-12 και πρόταση για τις υπηρεσίες υγείας 2012 και μετά, <http://www.polyzosnikos.net/site/2012/06/10/%CE%B1%CE%BE%CE%B9%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B7%CF%83%CE%B7-2009-12-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%84%CE%B1%CF%83%CE%B7-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B9%CF%83-%CF%85%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5/> , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 05/02/16
- Ρεκλείτη, Μ. Τανανάκη, Μ. Κυλούδης, Π. (2009), Οι δαπάνες υγείας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία, Ανασκοπική Εργασία, http://www.spnj.gr/articlefiles/volume1_issue1/112.pdf , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 06/02/16
- Σαλάχα, Σ. (2010), Μεταρρυθμιστικές Πολιτικές και Εργαλεία Δημοσίου μανάτζμεντ στο Σύστημα Υγείας της Ιταλίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα

- Σκουτέλης, Γ.(1995), Ενιαίος Φορέας Υγείας: Ρεαλισμός και Ουτοπία, στο Κυριόπουλος Γ. Η Πολιτική υγείας στην Ελλάδα, Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών, 99-108, εκδόσεις Θεμέλιο Κοινωνία και Υγεία
- Σούλης, Σ. (1999), Οικονομική της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση
- Σουλιώτης, Κ. (2000), Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας, εκδόσεις Παπαζήση
- Σουλιώτης, Κ. (2003), Οι μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας στην Ελλάδα: Το ασύμπτωτο μεταξύ στόχων και πολιτικής, Κοινωνική αλλαγή στη σύγχρονη Ελλάδα 1980-2001: 9^ο επιστημονικό συνέδριο του ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, Πάντειο Πανεπιστήμιο, τόμος 1, 549-567
- Σουλιώτης, Κ. (2013) Η αλλαγή του χρηματοδοτικού υποδείγματος ως προϋπόθεση για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας , ΕΛΙΑΜΕΠ, Αθήνα, 2013, <http://www.eliamep.gr/wp-content/uploads/2013/01/%CE%A3%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%B9%CF%8E%CF%84%CE%B7%CF%82.pdf> , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 05/02/16
- Σταθακοπούλου, Χ. (2014), Η ενδυνάμωση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστής. Συγκριτική ανάλυση με φορείς του εξωτερικού, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
- Στάθης, Γ. Το Πρόβλημα των Δαπανών Υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, 2005, 16 (95): 5-6
- Στεφανίδης, Ν. (2009), Η Ευρωπαϊκή Πολιτική Ολοκλήρωση, Η προοπτική της δημιουργίας μιας Ευρωπαϊκής Πολιτείας , Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης Σχολή Νομικών Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών , Τμήμα Νομικής
- Στουρνάρας, Γ. (2011), Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την Περίοδο του Μνημονίου, ΘΕΣΕΙΣ , Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, Τεύχος 80 (1), 52-62
- Σώζου, Α. (2011), Ο ρόλος της σύναψης συμβάσεων υγείας (contracting) ως εργαλείου management στα σύγχρονα συστήματα υγείας, Τα παραδείγματα της Γαλλίας και της Ισπανίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα
- Σωτηρόπουλος, Δ. (2009), Ευκαιρίες και προβλήματα της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Πολιτικής: Η Ευρωπαϊκή πολιτική Απασχόλησης και η Ανοικτή

- μέθοδος Συντονισμού, <http://www.eliamep.gr/wp-content/uploads/2009/02/sotiropoulossylloghtomoseekp.pdf> , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 14/02/16
- Σωτηρόπουλος, Δ. (2009), Ευκαιρίες και Προβλήματα της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Πολιτικής: Η Ευρωπαϊκή Πολιτική Απασχόλησης και η Ανοικτή μέθοδος Συντονισμού, ΕΛΙΑΜΕΠ, <http://www.eliamep.gr/wp-content/uploads/2009/02/sotiropoulossylloghtomoseekp.pdf> , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 11/03/16
 - Το Βήμα. (2015), <http://www.tovima.gr/world/article/?aid=721052> , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 01/03/16
 - Τούντας, Γ. (2008), υπηρεσίες υγείας, εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα υγεία
 - Τσαφαντάκης, Β. (2013), Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο
 - Τσινισιζέλης, Μ. (2001), Quo Vadis Europa ?, Εκδόσεις Σμυρنيωτάκη
 - Φουστέρη, Α. (2011), Εισαγωγή συστήματος ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών (KEN-DRG's) διαδικασίες και προϋποθέσεις εφαρμογής τους, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα
 - Χλέτσος, Μ. (2015), Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης, <http://www.qualityinhealth.gr/index.php/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixalixletsou> , Ανασύρθηκε (στα Αγγλικά retrieved): 12/02/16
 - Χούκλι, Μ. (2007), Ευρωπαϊκή Ένωση και δημόσια υγεία, Εκδόσεις Mediforce