

# Η αναγκαιότητα των μεταρρυθμίσεων του ελληνικού συστήματος υγείας

Ευάγγελος Β. Τσακνάκης

Φοιτητική Εργασία (ΠΥΣ611, ΑΠΚΥ)  
Αθήνα, 12-2013

Περιεχόμενα:

Περίληψη  
Εισαγωγή

1. Οι μεταρρυθμίσεις του ελληνικού συστήματος υγείας είναι αναγκαίες και χρήσιμες για τη βιωσιμότητά του;
2. Η πολιτική υγείας ως ευθύνη κάθε χώρας ξεχωριστά και το παράδοξο της απαίτησης της Ευρώπης για χρηματοδοτικές προσαρμογές προς τα κάτω στην ελληνική πραγματικότητα της οικονομικής κρίσης.
3. Οι προϋποθέσεις και ο πιθανός χαρακτήρας ενός κοινού ευρωπαϊκού συστήματος χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας

Συμπεράσματα  
Βιβλιογραφία

## Περίληψη:

Τα υφιστάμενα προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας, η οικονομική κρίση και η ανάγκη παραμονής της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση καθιστούν αναγκαίες και χρήσιμες τις μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν χώρα τα τελευταία έτη στην Ελλάδα. Η κατεύθυνση προς την οιονεί αγορά αναμένεται να ελέγξει το κόστος και να βελτιώσει την ποιότητα παροχής των υπηρεσιών υγείας. Αποτελεί, ωστόσο, οξύμωρο το γεγονός ότι από τη μια πλευρά η πολιτική υγείας παραμένει σε επίπεδο χώρας – μέλους, ενώ χώρες, όπως η Ελλάδα που βρίσκεται υπό επιτήρηση (μνημόνιο), υποχρεούνται για χρηματοδοτικές προσαρμογές προς τα κάτω. Διαφαίνεται, έτσι, η έλλειψη στρατηγικής της ΕΕ. Ένα ενιαίο ευρωπαϊκό σύστημα υγείας, υπεύθυνο για το συντονισμό και έλεγχο των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας κάθε χώρας, θα βελτιώνει - ενδεχομένως- την ποιότητα των υπηρεσιών, θα ήλεγχε το κόστος και θα μεριμνούσε για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού.

## Εισαγωγή

Η οικονομική κρίση που μαστίζει τα τελευταία χρόνια την Ευρωπαϊκή περιφέρεια επηρεάζει τις δημόσιες πολιτικές και τα συστήματα υγείας κάθε χώρας. Η βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας και οι αρχές της καθολικότητας, της ισότητας και της αλληλεγγύης αποτελούν ανάγκες πρωταρχικής σημασίας της κάθε χώρας.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιώντας το παράδειγμα του ελληνικού συστήματος υγείας θα αναλύσουμε την κατεύθυνση στην οποία κινούνται οι μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας και εάν αυτές κρίνονται αναγκαίες και χρήσιμες για τη βιωσιμότητά του. Στη συνέχεια, βασιζόμενοι στο ελληνικό σύστημα υγείας, θα σχολιάσουμε το εξής παράδοξο: αφενός τη διατήρηση της πολιτικής υγείας από την Ελλάδα και αφετέρου τις αποδεκτές δεσμεύσεις για χρηματοδοτικές δεσμεύσεις προς τα κάτω. Τέλος, θα παραθέσουμε μια πιθανή εναλλακτική εμβάθυνση της διαδικασίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου θα δημιουργούνταν ένα κοινό ευρωπαϊκό σύστημα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, προβάλλοντας τις προϋποθέσεις ενός τέτοιου εγχειρήματος και τον πιθανό του χαρακτήρα.

## 1. Οι μεταρρυθμίσεις του ελληνικού συστήματος υγείας είναι αναγκαίες και χρήσιμες για τη βιωσιμότητά του;

Το ελληνικό σύστημα υγείας, το οποίο έχει επηρεαστεί και επηρεάζεται συνεχώς από την οικονομική κρίση, υπόκειται σε μεταρρυθμίσεις που κρίνονται χρήσιμες και αναγκαίες για την βιωσιμότητά του. Η μεταρρύθμιση που λαμβάνει χώρα στο ελληνικό σύστημα υγείας έχει επικεντρωθεί κυρίως στη λειτουργική, οικονομική και διαχειριστική του διάσταση επιχειρώντας να αντιμετωπίσει μακροχρόνια προβλήματα.[1]

Το κλασικό υπόδειγμα του κοινωνικού κράτους, όπως αυτό διαμορφώθηκε στα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια, δεν επέζησε αλώβητο της διαμάχης των υπερασπιστών του κράτους πρόνοιας κατά της νεοσυντηρητικής εκστρατείας. Έτσι, στη Βρετανία της δεκαετίας του '80 τη θέση του πήρε σταδιακά το πρότυπο των «οιονεί αγορών» το οποίο διασφάλιζε τον κοινωνικό χαρακτήρα που παρήγαγαν οι απρόσωπες γραφειοκρατίες και ενίσχυε τον καταναλωτή, ενώ η ιδιαιτερότητα των οιονεί αγορών έγκειται στην παραγωγή κοινωνικών υπηρεσιών η οποία γίνεται με την ανάθεση συμβολαίων από τις κρατικές αρχές σε οργανισμούς που ανταγωνίζονται μεταξύ τους.[2] Όπως τα κράτη τα οποία κατά την μεταπολεμική περίοδο περιλάμβαναν αμιγώς κρατικά συστήματα υγείας εισήγαγαν τις οιονεί αγορές στο σύστημά τους, έτσι και οι μεταρρυθμίσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας δεν σκοπεύουν στην ενίσχυση του κρατικού συστήματος ή

στη δημιουργία ενός φιλελεύθερου, αλλά προσανατολίζονται προς τις οιοινεί αγορές.

Οι μεταρρυθμίσεις είναι αναγκαίες και χρήσιμες για τη βιωσιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας λόγω των υφιστάμενων αδυναμιών του συστήματος (ενδογενείς παράγοντες), καθώς έπρεπε ήδη από τις τελευταίες δεκαετίες να τεθούν οι παράμετροι εκείνες στην κλινική αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα στη χρήση των πόρων, την ικανοποίηση του ασθενούς, οι οποίες μαζί με το κόστος θα έπρεπε να αποτελούν οδηγούς στην πολιτική μεταρρύθμιση που θα ελάμβανε χώρα. Το ελληνικό σύστημα υγείας, λίγο πριν την υπογραφή του Μνημονίου, αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα τα οποία συνοψίζονται στο κατατεταγμένο συνονθύλευμα υπηρεσιών που αδυνατούσε να καλύψει τις πληθυσμιακές ανάγκες, στα προβλήματα στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, καθώς απουσίαζε ένας φορέας συγκέντρωσης και στη συνέχεια κατανομής των οικονομικών πόρων, στα απαρχαιωμένα συστήματα αποζημίωσης, στις ξεπερασμένες τεχνικές διαχείρισης και διοίκησης των μονάδων υγείας που οδηγούσαν σε σπατάλη πόρων και στην ανυπαρξία μηχανισμού ορθολογικής κατανομής των υγειονομικών πόρων με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.[3] Οι μεταρρυθμίσεις, ακόμη, κρίνονται αναγκαίες και λόγω της οικονομικής κρίσης που διανύει η Ελλάδα και την ανάγκη παραμονής της στην Ευρωπαϊκή Ένωση (εξωγενείς παράγοντες).

Η θέση για τη δημιουργία ενός ενιαίου φορέα συγκέντρωσης όλων των πόρων που προέρχονται από τη φορολογία και τις ασφαλιστικές εισφορές, προκειμένου να δημιουργηθεί ένα μονοψωνιακό σύστημα αγοράς υπηρεσιών ώστε να πιέζονται οι προμηθευτές και να βελτιώνουν την αποδοτικότητά τους είχε ήδη διατυπωθεί στα μέσα της δεκαετίας του '90.[4] Από τις μεταρρυθμίσεις που γίνονται τα τελευταία χρόνια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα γίνεται σαφές ότι δημιουργείται σταδιακά η κατεύθυνση προς οιοινεί αγορά, όπου ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος περιέλαβε τα τέσσερα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ) και σκοπεύει να ενσωματώσει και άλλα ταμεία, θα είναι το μονοψώνιο -ο αγοραστής- και στη βάση του θα ανταγωνίζονται οι πάροχοι. Ο ΕΟΠΥΥ θα λειτουργεί με αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη έναντι των προμηθευτών υγείας.[5] Η διαμόρφωση της αγοράς της πρωτοβάθμιας φροντίδας με βάση την εισαγωγή εσωτερικού ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών, κρίνεται ως ικανή συνθήκη να εγγυηθεί την αποδοτικότητα του συστήματος και την άρση των αντινομιών οι οποίες το χαρακτηρίζουν.[6] Στις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις εντάσσεται και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση η οποία είναι σε θέση να αποφέρει εξοικονόμηση πόρων.[7]

Το ελληνικό σύστημα υγείας, ωστόσο, εξακολουθεί να είναι για τον ασθενή χαστικό, καθώς δεν έχουν αναπτυχθεί διαδικασίες προσανατολισμού και κατεύθυνσής του προς τις υπηρεσίες υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις είναι αναγκαίες και χρήσιμες με την προϋπόθεση όμως η ομογενοποίηση των παροχών υγείας προς όλους τους ασφαλισμένους και η πρόσβαση σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, ως προς το είδος, την έκταση το ύψος, τον τρόπο και τη διαδικασία χορήγησης να συντελείται προς τα πάνω και συνεπώς να βελτιώνεται το επίπεδο της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.[8]

## **2. Η πολιτική υγείας ως ευθύνη κάθε χώρας ξεχωριστά και το παράδοξο της απαίτησης της Ευρώπης για χρηματοδοτικές προσαρμογές προς τα κάτω στην ελληνική πραγματικότητα της οικονομικής κρίσης.**

Αποτελεί οξύμωρο το γεγονός ότι από τη μια πλευρά οι χώρες της Ευρώπης βαδίζουν προς την ευρωπαϊκή ενοποίηση βάσει της διαμορφωμένης αγοράς, δεδομένων των ελευθεριών της κυκλοφορίας των προσώπων (αγορά εργασίας γιατρών και νοσηλευτών και λοιπών επαγγελματιών υγείας) και των ελευθεριών διακίνησης των προϊόντων και υπηρεσιών (αγορά και προμήθεια φαρμακευτικών σκευασμάτων και ιατρικών συσκευών, παροχή υπηρεσιών ιδιωτικής και υποχρεωτικής ασφαλιστικής κάλυψης),[9] ενώ παράλληλα, λόγω της αρχής της επικουρικότητας,[10] πολιτικών συμφωνιών και λόγω προβληματικού τρόπου διακυβέρνησης της ευρωπαϊκής ένωσης, η πολιτική υγείας παραμένει σε επίπεδο χώρας – μέλους και επιβάλλονται χρηματοδοτικές προσαρμογές προς τα κάτω, όπως συμβαίνει στην Ελλάδα.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στη Λευκή Βίβλο που εξέδωσε το έτος 2007 προσδιόριζε τη στρατηγική για την υγιή γήρανση του πληθυσμού, την προστασία της δημόσιας υγείας και την προώθηση δυναμικών συστημάτων υγείας και νέων τεχνολογιών. Η καθολικότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας όλων των πολιτών των μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η ποιότητα των υπηρεσιών, η αλληλεγγύη και η ισοτιμία στην υγεία αποτελούσαν τις βασικές κοινές αρχές του υγειονομικού τομέα στα κράτη μέλη της Ένωσης.[11] Η απάντηση στο ερώτημα κατά πόσο η Ευρωπαϊκή Ένωση μπορεί να εφαρμόσει την παραπάνω στρατηγική για την υγεία, η οποία να είναι δεσμευτική για τα κράτη μέλη είναι αρνητική καθώς τα κράτη μέλη διατηρούν την αποκλειστικότητα της οργάνωσης, παροχής και χρηματοδότησης δίχως η Ένωση να έχει αρμοδιότητα θεσμοθέτησης στον τομέα της υγείας.[12]

Έχει αποδειχθεί διεθνώς ότι οι οικονομικές κρίσεις οδηγούν σε μείωση των δαπανών υγείας και ταυτόχρονη επιδείνωση των δεικτών υγείας του πληθυσμού ειδικά των κατώτερων κοινωνικοοικονομικά

στρωμάτων. Η δημοσιονομική κρίση και η ύφεση της ελληνικής οικονομίας των τελευταίων ετών υποχρεώνουν την Ελλάδα να διατηρήσει τις δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη σε επίπεδο κάτω από 6 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ διατηρώντας παράλληλα την καθολική πρόσβαση και βελτιώνοντας την ποιότητα της περίθαλψης.[13]

Η Ελλάδα της οικονομικής κρίσης ασκεί πολιτική υγείας σε επίπεδο χώρας – μέλους, ενώ ταυτόχρονα με το μνημόνιο και με την ιδεολογική σύγκλιση, τη θετική ενοποίηση και την αρνητική ενοποίηση, το Κέντρο της Ευρώπης (οι Βρυξέλλες) πιέζει για οικονομικές προσαρμογές προς τα κάτω. Αποτελεί οξύμωρο η πολιτική υγείας στην Ελλάδα να ασκείται από την ίδια τη χώρα όταν είναι υποχρεωμένη να το κάνει με μικρότερο κόστος. Έτσι, τίθεται το ερώτημα σε ποιο βαθμό οι μεταρρυθμίσεις που επιχειρούνται είναι μια προσπάθεια εξορθολογισμού του τρόπου λειτουργίας του συστήματος υγείας και όχι απλώς ένα μέσο περιορισμού του δημοσιονομικού βάρους και ένας μηχανισμός εσωτερικής υποτίμησης και απαξίωσης του ανθρώπινου παραγωγικού δυναμικού της χώρας.[14]

Παρ' όλες τις μεταρρυθμίσεις που υποχρεούται η Ελλάδα να πραγματοποιήσει (μέτρα για την αύξηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων, συμπίεση μισθών, έλεγχος των δαπανών υγειονομικού υλικού, μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, ενοποίηση των ταμείων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων για μείωση των δαπανών),[15] είναι υποχρεωμένη συνάμα να ασκεί η ίδια την πολιτική υγείας στους πολίτες της. Το παράδοξο έγκειται στο γεγονός ότι η ίδια η Ευρώπη δεν προέβλεψε την προστασία των αδύναμων χωρών της, επιτρέποντας την είσοδο στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Παρ' όλα αυτά η Ευρώπη επηρεάζει την κάθε χώρα υπό επιτήρηση με διάφορους τρόπους: θετική ενοποίηση, αρνητική ενοποίηση, ιδεολογική σύγκλιση (επιβολή μέτρων, απαγορεύσεις, δεσμεύσεις, κατευθύνσεις) και την καθιστά όμηρο στις βουλές των εκάστοτε εμπειρογνομόνων, τεχνοκρατών και διαπραγματευτών.

### **3. Οι προϋποθέσεις και ο πιθανός χαρακτήρας ενός κοινού ευρωπαϊκού συστήματος χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας**

Για την εξάλειψη του οξύμωρου φαινομένου της διαδικασίας που λαμβάνει χώρα και μειώνει την αυτονομία του έθνους – κράτους και την αυτονομία της κοινωνικής του πολιτικής, ενώ, παράλληλα, κρατάει την πολιτική υγείας σε τοπικό επίπεδο χώρας – μέλους μπορούν να προταθούν εναλλακτικοί τρόποι άσκησης της πολιτικής υγείας. Ένας εναλλακτικός τρόπος για να διατηρηθεί η καθολική κάλυψη του ευρωπαϊκού πληθυσμού και η πρόσβασή του σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, πιθανόν, θα μπορούσε να ήταν η δημιουργία ενός κοινού ευρωπαϊκού συστήματος

υγείας και χρηματοδότησης (όπως στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής), το οποίο θα είχε την έδρα του στις Βρυξέλλες. Θα μπορούσε, δηλαδή, όπως στις ΗΠΑ, το ενιαίο ευρωπαϊκό σύστημα υγείας να βασίζεται σε τέσσερις συντελεστές, λειτουργώντας όμως με διαφορετικό τρόπο και αποφεύγοντας το φιλελεύθερο στοιχείο. Πρώτον, οι αγοραστές (άτομα, επιχειρήσεις που πληρώνουν την ασφάλιση υγείας των υπαλλήλων τους και οι κυβερνήσεις), και δεύτερον οι ασφαλιστές να αντικατασταθούν από έναν οργανωμένο φορέα αγοραστή, όπως είναι στην Ελλάδα ο ΕΟΠΥΥ, αποτελώντας τον κύριο αγοραστή της φροντίδας υγείας της κάθε χώρας. Τρίτον, οι παροχείς (νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας, φαρμακεία, ιατροί κ.ά.) να υπόκεινται στο έναν και μοναδικό οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας σε κάθε χώρα. Τόσο ο κύριος αγοραστής των υπηρεσιών υγείας κάθε χώρας όσο και οι παροχείς θα υπάγονται απευθείας στο κοινό ευρωπαϊκό σύστημα υγείας. Τέλος, οι προμηθευτές (φαρμακευτικές εταιρείες, εταιρείες φαρμακευτικών ειδών) να έχουν εισαχθεί ανταγωνιστικά (οιονεί αγορά) σε κάθε χώρα και να ελέγχονται από το κοινό ευρωπαϊκό σύστημα υγείας.[16]

Για ένα τέτοιο εγχείρημα πρέπει να ελεγχθεί η συμβατότητα του τρόπου ενοποίησης της Ευρωπαϊκής Ένωσης με το κοινωνικό μοντέλο πρόνοιας που έχει ζήσει η Ευρώπη μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, όταν σχηματίστηκαν τα κράτη πρόνοιας των χωρών. Η εισαγωγή των οιονεί αγορών σε κάθε χώρα είναι απαραίτητη ώστε να κτιστεί στη συνέχεια ένα κοινό ευρωπαϊκό, πλέον, σύστημα υγείας το οποίο θα αποσκοπεί στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού, στις ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και στο διαχειρίσιμο οικονομικό κόστος.

Μπορεί, για παράδειγμα, να αντιστοιχεί συγκεκριμένη δαπάνη για κάθε πολίτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ, πρέπει να ληφθεί υπόψη και η ανομοιογένεια των χωρών της ΕΕ ως προς την κουλτούρα και τον πολιτισμό τους. Πρέπει να εξετασθεί εάν και σε ποιο βαθμό οι ευρωπαίοι πολίτες έχουν ευρωπαϊκή συνείδηση και κατά πόσο οι χώρες που απολαμβάνουν συστήματα υγείας αυξημένων παροχών (π.χ. σκανδιναβικό μοντέλο) είναι διατεθειμένες να απωλέσουν πιθανόν μέρος των παροχών τους προς τους πολίτες. Είναι πιθανό, λοιπόν, ένα κοινό ευρωπαϊκό σύστημα υγείας να σταθεί ικανό να διατηρήσει την υγεία ως κοινωνικό αγαθό σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

### **Συμπεράσματα**

Για τη βιωσιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας οι μεταρρυθμίσεις που επιχειρούνται τα τελευταία έτη κρίνονται αναγκαίες και χρήσιμες, καθώς, υφίστανται σοβαρές αδυναμίες στο ελληνικό σύστημα υγείας, ενώ

η αναγκαιότητα των μεταρρυθμίσεων επιβάλλεται και λόγω της οικονομικής κρίσης που διανύει η Ελλάδα και της ανάγκης παραμονής της στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας κατευθύνονται κυρίως προς την εισαγωγή των οιονεί αγορών με τον ΕΟΠΥΥ ως κύριο φορέα συγκέντρωσης όλων των πόρων που προέρχονται από τη φορολογία και τις ασφαλιστικές εισφορές, ενώ οι προμηθευτές θα πιέζονται και θα βελτιώνουν την αποδοτικότητά τους. Οι μεταρρυθμίσεις είναι αναγκαίες και χρήσιμες με την προϋπόθεση όμως τη βελτίωση του επιπέδου της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Το γεγονός ότι από τη μια πλευρά οι χώρες της Ευρώπης βαδίζουν προς την ευρωπαϊκή ενοποίηση, ενώ παράλληλα η πολιτική υγείας παραμένει σε επίπεδο χώρας – μέλους και επιβάλλονται χρηματοδοτικές προσαρμογές προς τα κάτω, αποτελεί οξύμωρο φαινόμενο. Η Ελλάδα που βρίσκεται υπό επιτήρηση (μνημόνιο) καλείται να μειώνει τις δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη διατηρώντας παράλληλα την καθολική κάλυψη του πληθυσμού σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας Έτσι, ο σκοπός των μεταρρυθμίσεων καθίσταται αμφισβητήσιμος. Αποτελεί, ωστόσο, παράδοξο το γεγονός ότι η ίδια η Ευρώπη δεν προέβλεψε την προστασία των αδύναμων χωρών της, για την αποτροπή τους στην εισαγωγή καθεστώτος μνημονίου.

Η δημιουργία ενός κοινού ευρωπαϊκού συστήματος υγείας, το οποίο θα ελέγχει και θα συντονίζει τους οργανισμούς υπηρεσιών παροχής υγείας κάθε χώρας (ΕΟΠΥΥ στην Ελλάδα), θα εξάλειπτε αφενός το παραπάνω οξύμωρο φαινόμενο και αφετέρου, με την εισαγωγή οιονεί αγορών (ανταγωνισμός των προμηθευτών) θα στόχευε, στον έλεγχο του κόστους, στη βελτίωση της παροχής των υπηρεσιών υγείας και στην καθολική κάλυψη του ευρωπαϊκού πληθυσμού.

---

[1] Οικονόμου (2012), σ. 105.

[2] Μασσαγγάνης (1994), σ. 372.

[3] Οικονόμου (2012), σ. 95.

[4] Οικονόμου (2012), σ.σ. 95-96.

[5] Οικονόμου (2012), σ. 99.

[6] Σκρουμπέλος κ.ά. (2012), σ. 49.

[7] Οικονόμου (2012), σ. 105.

[8] Οικονόμου (2012), σ. 99.

[9] Οικονόμου (2011), σ.σ. 409-426.

[10] Για την αρχή της επικουρικότητας βλ. (Ηλεκτρονικές Πηγές) Europa. Σύνταγμα της Ευρώπης.

[11] Οικονόμου (2011), σ. 403.

[12] Οικονόμου (2011), σ.σ. 403-404.

[13] Αθανασάκης κ.ά. (2011), σ.σ. 59-62.

[14] Οικονόμου (2012), σ. 97.

[15] Οικονόμου (2012), σ. 105.

[16] Για το σύστημα φροντίδας υγείας των ΗΠΑ βλ. Bodenheimer & Grumbach (2010), σ.σ. 175-176.

## Βιβλιογραφία

- Αθανασάκης, Κ., Βεντούρης, Ν., Καπάκη, Β., Καραμπλή, Ε., Μυλωνά, Κ., Μυλωνάς, Χ., Ολλανδέζος, Μ., Πάλακα, Ε., Παπαγεωργίου, Ε., Παρατσιώκας, Ν., Ρελάκης, Γ., Σκρουμπέλος, Α., Βασιλική Τσιάντου, Β. 2011. Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου. Αθήνα: Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών.
- Bodenheimer, T., Grumbach, K. 2010. Συγκρούσεις και Αλλαγές στο σύστημα φροντίδας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών. Στο Κατανοώντας την Πολιτική Υγείας. Μια κλινική προσέγγιση. επιμ. ελληνικής έκδοσης Σουλιώτης Κ. Αθήνα: Παρισιάνου, σ.σ. 175-184.
- Οικονόμου, Χ. 2012. Το Θεσμικό Πλαίσιο Παροχών Ασθενείας στην Ελλάδα. Αθήνα: Επιστημονικές Εκθέσεις Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών εξελίξεων.
- Οικονόμου, Χ. 2011. Η Επίδραση της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα Συστήματα Υγείας των Χωρών Μελών. Στο Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης του Σακελλαρόπουλου Θ. Αθήνα: Διόνικος, σ.σ. 403-440.
- Μασσαγγάνης, Μ. 1994. Μεταρρυθμίσεις Τύπου Οιονεί Αγορών σε Δημόσια Συστήματα Υγείας. Στο Ε΄ Επιστημονικό Συνέδριο – Όρια και Σχέσεις Δημόσιου και Ιδιωτικού. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο, σ.σ. 371-385.
- Σκρουμπέλος, Α., Καπάκη, Β., Αθανασάκης, Κ., Σουλιώτης, Κ., Κυριόπουλος, Γ. 2012. Ανασυγκρότηση και Χρηματοδότηση της Ασφάλισης Υγείας. Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

## Ηλεκτρονικές Πηγές

- Σύνταγμα της Ευρώπης. Οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων της Ένωσης. Η αρχή της επικουρικότητας και ο ρόλος των εθνικών κοινοβουλίων. Στο Europa. [http://europa.eu/scadplus/constitution/subsidiarity\\_el.htm](http://europa.eu/scadplus/constitution/subsidiarity_el.htm) Ημερομηνία πρόσπελασης: 1.12.2013.