



ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΕΘΝΩΝ, ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Π.Μ.Σ. ΔΙΕΘΝΩΝ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ «ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ»
(ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ JEAN MONNET)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η Οδηγία 2011/24/ΕΕ περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση και η πρακτική εφαρμογή της στην Ελλάδα»

της Αικατερίνης Σ. Μαυρίδου
(Α.Μ. 1215Μ042)

Επιβλέπων Καθηγητής: Δημήτριος Ν. Χρυσόχου

Αθήνα, Νοέμβριος 2016

Copyright © Αικατερίνη Σ. Μαυρίδου, 2016.
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς το συγγραφέα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτή τη Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία εκφράζουν το συντάκτη της και δεν αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον επιβλέποντα Καθηγητή για τη στήριξη και την προτροπή του στην εκπόνηση της εργασίας και την ακαδημαϊκή οικογένεια του Παντείου Πανεπιστημίου στην οποία είχα την τύχη να βρεθώ τα τελευταία χρόνια.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Πίνακες/ Διαγράμματα/ Εικόνες.....	6
Συντομογραφίες	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ABSTRACT.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο- Η πολιτική υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

1.1 Θεσμικό πλαίσιο για την υγεία	12
1.2 Πολιτική της υγείας	16
1.2.1 Εξέλιξη της πολιτικής.....	17
1.2.2 Πρόγραμμα «Υγεία για την Ανάπτυξη» για την περίοδο 2014-2020.....	19
1.3 Αρμοδιότητα της Ένωσης	21
1.4 Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού στην υγεία	22
1.5 Ο τομέας της υγείας ως υπηρεσία στην Ενιαία Εσωτερική Αγορά	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο- Η περίθαλψη στην Ε.Ε. στο πλαίσιο των Κανονισμών 883/2004 και 987/2009 για τον συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης

2.1 Οι Κανονισμοί 883/2004 και 987/2009 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τον συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης.....	32
2.2 Νομολογία του Δικαστηρίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης	35
2.3 Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας	37
2.4 Προγραμματισμένη νοσηλεία στην Ε.Ε.	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο- Η εξέλιξη της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης στην Ε.Ε.

3.1 Η Οδηγία 2011/24/ΕΕ για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη	43
3.1.1. Εξέλιξη και στόχοι	43
3.1.2 Νομική βάση, επικουρικότητα και αναλογικότητα	47
3.2 Κανόνες αποζημίωσης δαπανών διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης	48
3.3 Προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα	52
3.4 Εθνικά Σημεία Επαφής	54
3.5 Συνεργασία στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη	57
3.5.1 Αναγνώριση ιατρικών συνταγών.....	57
3.5.2 Ευρωπαϊκά Δίκτυα Αναφοράς	57

3.5.3 Ηλεκτρονική υγεία	58
3.5.4 Αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας	59
3.6 Επιδράσεις της Οδηγίας	60
3.6.1 Επίδραση στα συστήματα υγειονομική περίθαλψης.....	60
3.6.2 Επίδραση στους ασθενείς	61
3.6.3 Επίδραση στους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο- Η εφαρμογή της Οδηγίας στην Ελλάδα

4.1 Η περίπτωση της Ελλάδας	63
4.1.1 Εθνικό Σημείο Επαφής στην Ελλάδα	64
4.1.2 Πληροφορίες από το Ε.Σ.Ε. και τους παρόχους υγείας	65
4.1.3 Διαδικασίες καταγγελιών και μηχανισμοί άσκησης ενδίκων μέσων.....	65
4.1.4 Προστασία προσωπικών δεδομένων	65
4.1.5 Δικαίωμα στην ποιότητα και ασφάλεια.....	66
4.1.6 Απαγόρευση των διακρίσεων.....	66
4.1.7 Αποζημίωση δαπανών υγείας.....	67
4.1.8 Διοικητική διαδικασία για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη	68
4.1.9 Συγκριτικές διαστάσεις.....	69
ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ	73
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76

Πίνακες/ Διαγράμματα/ Εικόνες

Πίνακας 1: Οι κυριότερες Αποφάσεις του Δ.Ε.Ε. αναφορικά με δικαιώματα των ασθενών στη διασυνοριακή περίθαλψη.....	37
Πίνακας 2: Η περίοδος ισχύος της ΕΚΑΑ ανά κράτος μέλος, έτος αναφοράς 2015.....	40
Πίνακας 3: Το ποσοστό των ασφαλισμένων που έχουν δικαίωμα προγραμματισμένης διασυνοριακής περίθαλψης μετά από προηγούμενη έγκριση, έτος αναφοράς 2015.....	42
Πίνακας 4: Οι διαφορές μεταξύ του Κανονισμού 883/2004 και της Οδηγίας	52
Πίνακας 5: Αριθμός αιτήσεων για υγειονομική περίθαλψη που έλαβαν προέγκριση	70
Πίνακας 6: Χρόνος επεξεργασίας των αιτημάτων για προηγούμενη έγκριση	71
Πίνακας 7: Αριθμός αιτημάτων για αποζημίωση	72
 Διάγραμμα 1: Ποσοστό (%) ασφαλισμένων –κατόχων της ΕΚΑΑ σε ισχύ, έτος αναφοράς 2015	41
Διάγραμμα 2: Ποσοστό πληροφορημένων πολιτών για τα δικαιώματά τους στην υγειονομική περίθαλψη	56
 Εικόνα 1: Διάγραμμα ροής που συνοψίζει τη χρηματοδότηση της διασυνοριακής υγειονομικής	51
Εικόνα 2: Ποσοστό των πολιτών που γνώριζαν την ύπαρξη του ΕΣΕ	56

Συντομογραφίες

ΑΕγχ.Π = Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
Α.Μ.Σ. = Ανοιχτή Μέθοδος Συντονισμού
Α.Τ.Υ. = Αξιολόγηση Τεχνολογίας Υγείας
Α.Υ.Σ. = Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο
Δ.Ε.Ε. = Δικαστήριο Ευρωπαϊκής Ένωσης
Δ.Σ. = Διοικητικό Συμβούλιο
Ε.Δ.Α. = Ευρωπαϊκά Δίκτυα Αναφοράς
Ε.Ε. = Ευρωπαϊκή Ένωση
Ε.Ε.Α. = Ενιαία Εσωτερική Αγορά
Ε.Ε.Π. = Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη
Ε.Κ. = Ευρωπαϊκή Κοινότητα
Ε.Κ.Α.Α. = Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας
Ε.Κ.Α.Ε. = Ευρωπαϊκή Κοινότητα Ατομικής Ενέργειας
Ε.Κ.Α.Χ. = Ευρωπαϊκή Κοινότητα Άνθρακα και Χάλυβα
Ε.Κ.Π.Υ. = Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας
Ε.Ο.Κ. = Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
Ε.Ο.Π.Υ.Υ. = Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Ε.Σ.Δ.Η.Υ. = Εθνικό Συμβούλιο Διακυβέρνησης Ηλεκτρονικής Υγείας
Ε.Σ.Ε. = Εθνικό Σημείο Επαφής
Κ.Ε.Ν. = Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο
ν. = Νόμος
Π.Π.Α. = Προσωρινό Πιστοποιητικό Αντικατάστασης
Π.Ο.Υ. = Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Σ.Ε.Ε. = Συνθήκη Ευρωπαϊκής Ένωσης
Σ.Λ.Ε.Ε. = Συνθήκη Λειτουργίας Ευρωπαϊκής Ένωσης

Περίληψη

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται το δικαίωμα πρόσβασης των ασθενών στην υγειονομική περίθαλψη εντός της Ένωσης, από τη δημιουργία της πολιτικής της υγείας στις Συνθήκες και την ανάγκη ασφάλειας στην δημόσια υγεία, την εφαρμογή του δικαιώματος αυτού βάσει του Κανονισμού (ΕΚ) 883/2004 έως και την σχετικά πρόσφατη εξέλιξη με την εφαρμογή της οδηγίας 2011/24/ΕΕ περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση και την πρακτική εφαρμογή της στην Ελλάδα.

Στο πρώτο κεφάλαιο, θα παρουσιαστεί η εξέλιξη της πολιτικής της υγείας στην ένωση, η αρμοδιότητά της, και η εφαρμογή νέων μεθόδων διακυβέρνησης, ήτοι η ανοιχτή μέθοδος συντονισμού, με την εφαρμογή της οποίας ολοκληρώθηκε το τελευταίο πρόγραμμα «Υγεία για την Ανάπτυξη» της Ε.Ε. για την περίοδο 2014-2020.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, θα παρουσιαστεί το δικαίωμα των διακινούμενων ασθενών μέσω του νομικού πλαισίου που δίνει ο Κανονισμός 883/2004 με τη χρήση της ευρωπαϊκής κάρτας ασφάλισης ασθένειας και τη χορήγηση της προηγούμενης έγκρισης για προγραμματισμένη νοσηλεία (φορητό έγγραφο S2), και μια μικρή αναφορά στη νομολογία του ΔΕΕ που επέκτεινε αυτά τα δικαιώματα.

Στη συνέχεια ακολουθεί το τρίτο κεφάλαιο με το οποίο, θα επιχειρηθεί η παρουσίαση των βασικότερων σημείων της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ, η οποία αποτελεί, στην ουσία, την κωδικοποίηση της νομολογίας του ΔΕΕ.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, θα παρουσιαστεί η εθνική νομοθεσία και ο τρόπος εφαρμογής της Οδηγίας στην Ελλάδα από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Η εργασία θα κλείσει με την αποτίμηση της προσπάθειας της Ένωσης, μέσω της Οδηγίας, να επεκτείνει τα δικαιώματα των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

ABSTRACT

This paper deals with the right to access of patients in health care systems within the European Union, the creation of health policy in the Treaties and the need for security in public health, the implementation of this right under Regulation (EC) 883/2004 until the relatively recent development of the implementation of Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare in the European Union and its practical application in Greece.

In the first chapter, a presentation of the development of health policy in the Union, the competence of EU, and implementation of new governance methods, namely the open coordination method, the implementation of which has completed the last program "Health for Growth" within EU, will occur.

In the second chapter, a presentation of the right of patients through the legal framework given by Regulation 883/2004 on the use of the European health insurance card and the granting of prior authorization for planned treatment (S2 portable document), with a small reference to the ECJ case law which extended these rights.

Then follows the third chapter, in which an analysis of the main points of the Directive 2011/24/EU is attempted, which is essentially a codification of the ECJ case law.

In the fourth chapter, a presentation of the national legislation and the way it is applied in Greece by the National Organization for Health Care Services (EOPYY) is attempted.

The paper closes with the valuation of the effort of the Directive to expand patients' rights in cross-border healthcare in the European Union.

Εισαγωγή

«Σήμερα είναι μια σημαντική ημέρα για τους ασθενείς σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Από σήμερα η ισχύουσα νομοθεσία της ΕΕ κατοχυρώνει το δικαίωμα των πολιτών να μεταβαίνουν σε άλλη χώρα της ΕΕ για περίθαλψη και να τους επιστρέφονται οι δαπάνες τους. Από σήμερα, όλες οι χώρες της ΕΕ πρέπει να μεταφέρουν στο εθνικό τους δίκαιο την Οδηγία, η οποία εγκρίθηκε 30 μήνες πριν, σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη. Για τους ασθενείς, αυτή η Οδηγία είναι δύναμη: μεγαλύτερη επιλογή στο σύστημα υγείας, περισσότερες πληροφορίες, ευκολότερη αναγνώριση των ιατρικών συνταγών σε άλλο κράτος [...]». ¹Είναι η δήλωση που έκανε την 25^η Οκτωβρίου 2013 ο εκπρόσωπος της Επιτροπής, Tonio Borg, με αφορμή την έναρξη εφαρμογής της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ.

Το νομικό πλαίσιο για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) εντοπίζεται σε τέσσερα κύρια κείμενα. Στον Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στον οποίο καθορίζονται τα δικαιώματα των πολιτών της Ένωσης, στη Συνθήκη για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στην οποία καθορίζονται οι μηχανισμοί διακυβέρνησης της Ένωσης, στον Κανονισμό (ΕΚ) 883/2004, στον οποίο θεσπίζονται πρότυπα για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε ορισμένες κατηγορίες ασθενών και τέλος, στην Οδηγία 2011/24/ΕΕ, στην οποία διευκρινίζεται η έννομη σχέση μεταξύ των δικαιωμάτων των ασθενών και τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη. ²

Κυριότερος φόβος των κρατών μελών αποτέλεσε ότι η προσέγγιση της εσωτερικής αγοράς στον τομέα της υγείας, θα έθετε σε κίνδυνο την εθνική κυριαρχία και θα υπονόμει την εθνική αρμοδιότητα στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, όπου ορισμένοι κανόνες θα μπορούσαν να δημιουργήσουν αδικαιολόγητα εμπόδια στην ελεύθερη κυκλοφορία των εμπορευμάτων και των υπηρεσιών. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια από τα κράτη μέλη του ελέγχου καθορισμού των προτεραιοτήτων του τομέα της υγείας και την ικανότητα σχεδιασμού αυτού.

¹ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, *Δήλωση του αρμόδιου μέλους της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για θέματα υγείας Tonio Borg, για την έναρξη ισχύος της οδηγίας σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη*. MEMO/13/932, 25-10-2013

² Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2015), *Study on Public Service translation in cross-border healthcare*, DGT/2014/TPS, σελ. 15

Σκοπός της εργασίας είναι να αναζητηθεί η εξέλιξη των δικαιωμάτων για τη διασυννοριακή υγειονομική περίθαλψη εντός της Ένωσης και ειδικότερα πώς η Ελλάδα εφαρμόζει τα δικαιώματα αυτά. Ειδικότερα, η εργασία στοχεύει να περιγράψει την πορεία της δημόσιας υγείας στην Ε.Ε. μέσω της χρήσης νέων μεθόδων διακυβέρνησης προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών. Να μελετήσει και να περιγράψει τη διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης εντός της Ένωσης μέσω της εφαρμογής του Κανονισμού και των εργαλείων που παρέχει. Να καταγράψει τη νομολογία του ΔΕΕ που διευρύνει τα δικαιώματα των ασθενών, η κωδικοποίηση της οποίας οδήγησε στην υιοθέτηση της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ. Το δικαίωμα αποζημίωσης μετά από τη χορήγηση προηγούμενης έγκρισης και το γεγονός ότι η Οδηγία δεν εμπεριέχει περισσότερα δικαιώματα από αυτά τα οποία είχε ήδη καταγράψει και καθορίσει το Δικαστήριο. Τέλος, να μελετήσει και να περιγράψει πώς εφαρμόζονται οι διατάξεις της Οδηγίας στην εθνική νομοθεσία, αρμοδιότητα την οποία έχει αναλάβει ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Η πολιτική υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

1.1 Θεσμικό πλαίσιο για την υγεία

Η πορεία για την κατοχύρωση των δικαιωμάτων των πολιτών της Ε.Ε. για την ελεύθερη παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε διαφορετικό κράτος μέλος από το αρμόδιο, ξεκίνησε το 1951 με τη Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα Άνθρακα και Χάλυβα και τις πρώτες διατάξεις για την ασφάλεια και την υγιεινή των εργαζομένων, και κατέληξε στην εφαρμογή της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού για τη διαμόρφωση της ενωσιακής πολιτικής υγείας και στην τελευταία ρύθμιση με την ψήφιση του Κανονισμού (ΕΕ) αριθ. 282/2014 για τον συντονισμό και τη στρατηγική της Ένωσης στον τομέα της υγείας με τη θέσπιση του τρίτου προγράμματος δράσης για την περίοδο 2014-2020.

Αρχικά, οι τρεις ιδρυτικές Συνθήκες, ΕΚΑΧ, ΕΚΑΕ και ΕΟΚ, δεν εμπεριείχαν συγκεκριμένες διατάξεις οι οποίες να κατοχύρωναν την αρμοδιότητα της τότε Κοινότητας στον τομέα της υγείας. Η έλλειψη ρητής αναφοράς στα ανωτέρω κείμενα είχε ως συνέπεια την αδυναμία διαμόρφωσης ενός πλαισίου άσκησης πολιτικής στην υγεία. Ωστόσο, βάσει των οικονομικών δραστηριοτήτων της τότε Κοινότητας, όσον αφορά ζητήματα δημόσιας υγείας, υπήρχε έμμεση αναφορά σε ορισμένες διατάξεις, όπως α) το πεδίο προστασίας της υγιεινής και της ασφάλειας των εργαζομένων, με την πρόληψη και την αντιμετώπιση των επαγγελματικών ασθενειών και των εργατικών ατυχημάτων, β) το πεδίο της ασφάλισης των διακινούμενων εργαζομένων, γ) το πεδίο της προστασίας της υγείας του πληθυσμού σε σχέση με την έκθεση σε ιονίζουσες ακτινοβολίες και την ασφάλεια των πυρηνικών εγκαταστάσεων και δ) το πεδίο της ελεύθερης διακίνησης αγαθών και υπηρεσιών, στο οποίο περιλαμβάνονται τα φάρμακα, τα προϊόντα βιοϊατρικής τεχνολογίας, η ασφάλιση για περίθαλψη και η ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελματιών και των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.³

Στην Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη (Ε.Ε.Π., 1987), καθορίζονταν τρεις προστασίες, και πιο συγκεκριμένα, στο άρθρο 100^A(3) η προστασία της υγείας που αφορούσε την υγιεινή και την ασφάλεια καθώς και την προστασία του περιβάλλοντος και του

³ Χ. Οικονόμου (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος, σελ. 115-116

καταναλωτή, οι οποίες συσχετίζονταν με τη λειτουργία της ενιαίας αγοράς. Το άρθρο 118^A καλούσε τα κράτη μέλη να διασφαλίσουν την προστασία της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων στο χώρο εργασίας και τέλος, στο άρθρο 130Π, το οποίο θέσπιζε τη διασφάλιση της υγείας στην περιβαλλοντική πολιτική της τότε Κοινότητας. Ωστόσο, διαπιστώνεται ότι τα ζητήματα δημόσιας υγείας που αναφέρονται στην ΕΕΠ καθορίζονται βάσει του βαθμού που αυτά συμβάλλουν στην ομαλή λειτουργία της οικονομικής αγοράς.⁴

Στην Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση, (ΣΕΕ, 1992), εισήχθησαν δύο νέα άρθρα για τον τομέα της υγείας, ήτοι το άρθρο 3(ο) με το οποίο καθορίζει την υποχρέωση της Ένωσης για την επίτευξη υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ανθρώπου και το άρθρο 129 το οποίο θέτει το πλαίσιο διασφάλισης του στόχου αυτού. Σύμφωνα με το άρθρο 129, η δράση της τότε Κοινότητας επικεντρώθηκε στην πρόληψη των ασθενειών με έμφαση στις μεγάλες πληγές της ανθρωπότητας όπως π.χ. τη τοξικομανία, μέσω της χρήσης της έρευνας για τα αίτια και τους τρόπους μετάδοσης των ασθενειών, καθώς και τη σωστή ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού.⁵

Το εν λόγω άρθρο, κατά την κριτική που ασκήθηκε, χαρακτηρίστηκε ότι περιέχει γενικότητα και ασάφεια στις διατάξεις του, καθώς και αοριστία στην κατανομή των αρμοδιοτήτων μεταξύ των κρατών μελών και της Επιτροπής όσον αφορά την επίτευξη των στόχων που έθετε το ίδιο. Συγκεκριμένα, η διατύπωση «υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας» έθετε διλήμματα σχετικά με το τι σημαίνει υψηλό επίπεδο, σε ποιο σημείο τίθεται το όριο του υψηλού επιπέδου και πως τελικά αυτό μετριέται, ενώ δεν προσδιορίζονταν οι ασθένειες που συνιστούν μεγάλη πληγή της ανθρωπότητας. Επίσης, δεν είχε ξεκάθαρα καθοριστεί αν ο «συντονισμός των δραστηριοτήτων» των κρατών μελών αφορούσε την υιοθέτηση κοινών ή παρόμοιων στόχων, προγραμμάτων, πολιτικών ή απλά την ανταλλαγή πληροφοριών.⁶

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο στην έκθεσή του,⁷ σημείωσε ότι το άρθρο 129 περιόριζε το σκοπό της δράσης της Κοινότητας σε ζητήματα γενικού ενδιαφέροντος, χωρίς να γίνεται καμία αναφορά στην εναρμόνιση της νομοθεσίας των κρατών μελών

⁴ Χ. Οικονόμου (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος, σελ. 116

⁵ Ibid, σελ. 119

⁶ Ibid, σελ. 119

⁷ European Parliament (1993), *Report of the Committee on the Environment, Public Health and Customer Protection on public health policy after Maastricht*, Session Documents, PE 250.804/fin. 20 October 1993.

στον τομέα της δημόσιας υγείας. Ενώ τόνιζε ότι το εν λόγω άρθρο στην ουσία δεν παρείχε ουσιαστική βάση για ανάληψη από μέρους της τότε Κοινότητας νομοθετικής δραστηριότητας, παρά μόνο την πρωτοβουλία συντονισμού. Το Κοινοβούλιο, οδηγούμενο από την ασάφεια του άρθρου, κάλεσε την Επιτροπή να αναπτύξει κοινούς ορισμούς ως προς την πολιτική υγείας, τους στόχους και τις προτεραιότητες και να προσδιορίσει το περιεχόμενο των εκφράσεων του άρθρου όπως «υψηλοί κίνδυνοι», «πληθυσμοί σε κίνδυνο», «υψηλού επιπέδου προστασία υγείας». Βάσει των ανωτέρω, υποστηρίχθηκε ότι η ασάφεια του άρθρου 129, ήταν απόρροια συμβιβασμού μεταξύ των κρατών μελών που επιθυμούσαν την επέκταση των αρμοδιοτήτων της Ένωσης στον τομέα της υγείας και εκείνων των κρατών μελών που έβλεπαν το άρθρο 129 ως ένα περιορισμό αυτών των αρμοδιοτήτων. Επιπλέον, η γενικότητα και η ασάφεια του άρθρου 129 οδήγησε στη μη κοινή κατανόηση και προσέγγιση ως προς το τι θα μπορούσε να σημαίνει πολιτική υγείας, τι επίδραση θα πρέπει να έχει στη διαδικασία της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης και τι ρόλο θα καθόριζε στις μελλοντικές πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις της Ένωσης.⁸

Με τη Συνθήκη του Άμστερνταμ, το νέο άρθρο 152 προσέθεσε ορισμένες νέες διατάξεις και τροποποίησε άλλες, ενώ δεν αποτέλεσε τη ριζική αναθεώρηση αντιμετώπισης των ανεπαρκειών των προηγούμενου άρθρου. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι η αναθεώρηση του εν λόγω άρθρου δεν ήταν αποτέλεσμα συνειδητής συναινετικής διαδικασίας αναγνώρισης της χρησιμότητας εφαρμογής μιας συντονισμένης πολιτικής υγείας αλλά εξωτερικών επιδράσεων, γεγονός με το οποίο χαρακτηρίστηκε ως μια χαμένη ευκαιρία.⁹

Στο νέο άρθρο 152 εμφανίζονται δύο αντιφάσεις, η πρώτη αφορά στην μη συμπερίληψη των υπηρεσιών υγείας στη Συνθήκη, ενώ συγχρόνως άλλες πολιτικές έχουν άμεση επίπτωση στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Εντοπίζεται εδώ ένας «συμφυής δυισμός»¹⁰ όπου η αρχή της επικουρικότητας και τα εθνικά συστήματα υγείας αντιβαίνουν στους στόχους της ενιαίας ευρωπαϊκής αγοράς. Ενώ, στη δεύτερη αντίφαση εντοπίζεται η αναίρεση προς τους ίδιους τους δηλωμένους σκοπούς της τότε Κοινότητας,

⁸ Χ. Οικονόμου (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος, σελ. 121

⁹ W. Holland, E. Mossialos, G. Permanand, (1999), *Public health policies and priorities in Europe*, σελ 8-9, στο Χ. Οικονόμου (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος

¹⁰ Χ. Οικονόμου (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος

τόσο από πλευράς των γενικών διακηρυκτικών στόχων, όσο και σχετικά με τις πρωτοβουλίες δράσης της Ένωσης στον τομέα της υγείας.¹¹

Ωστόσο, υπάρχουν και ορισμένες θετικές αλλαγές που εντοπίζονται στο άρθρο 152 σε σχέση με το προηγούμενο άρθρο 129, οι οποίες εντοπίζονται ως εξής:

- Η πρόβλεψη ότι οι πολιτικές της Ένωσης θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους τις επιπτώσεις που μπορεί να έχουν στην υγεία των πολιτών
- Ενδυνάμωση της δέσμευσης της Κοινότητας για την διασφάλιση του υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας
- Προάγεται η υγεία και οι παράγοντες που προσδιορίζουν την καλή υγεία και
- Η αρμοδιότητα της τότε Κοινότητας επεκτάθηκε σε δύο νέους τομείς, ήτοι την ασφάλεια των οργάνων και ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του, και τον κτηνιατρικό και φυτοϋγειονομικό έλεγχο.¹²

Στη συνέχεια, στο άρθρο 179 του Σχεδίου Συντάγματος για την Ευρωπαϊκή Ένωση, επαναδιατυπώνεται η αρχή ότι η δράση της Ένωσης στον τομέα της δημόσιας υγείας είναι συντρέχουσα και εφαρμόζεται χωρίς να επηρεάζονται οι αρμοδιότητες των κρατών μελών στην οργάνωση και παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, στο εν λόγω άρθρο, εισάγεται η εφαρμογή της Ανοιχτής Μεθόδου Συντονισμού στον τομέα της υγείας, με την οποία η Επιτροπή σε συνεργασία με τα κράτη μέλη συντονίζουν τις πολιτικές και τα προγράμματά τους με την εφαρμογή κατευθυντήριων γραμμών και δεικτών, την οργάνωση της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών και την τακτική παρακολούθηση και αξιολόγηση των εν λόγω προγραμμάτων.¹³

Ουσιαστικά, η τροποποίηση του άρθρου 152 σε Άρθρο 168 επήλθε με την υπογραφή της Συνθήκης της Λισαβόνας (Δεκέμβριος 2007) μετά την αποτυχία

¹¹ M. Wismar, R. Busse, P. Berman, (2002), *The European Union and health services- the context*, in R. Busse, M. Wismar, P. Berman, (eds), *The European Union and health services: The impact of the Single European Market on member states*, IOS Press, Amsterdam, σελ. 17-29 στο Χ. Οικονόμου (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος

¹² H.D.C. Roscam-Abbing, (1998), *Public health in the Treaty of Amsterdam*, European Journal of Health Law. 5:171-175. W. Baer (2001), *Actual developments in the health policy of the European Union*, in J. Kyriopoylos, T. Beazoglou, D. Heffley, (eds), *Health economics in the new era*, Exandas, Athens, pp. 25-30, στο Χ. Οικονόμου (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος

¹³ Χ. Οικονόμου (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος, σελ. 128-129

υιοθέτησης τους Συντάγματος για την Ευρώπη.¹⁴ Στο νέο άρθρο η γενική θέση της Ένωσης παραμένει η ίδια και επί της ουσίας δεν υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις σε σχέση με το άρθρο 152. Έτσι, οι εθνικές πολιτικές συμπληρώνονται από τη δράση της Ένωσης, οι οποίες αποβλέπουν στην βελτίωση της δημόσιας υγείας, στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας, την συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών και τη εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ανθρώπου. Βέβαια, η δράση της Ένωσης αναπτύσσεται χωρίς να θίγεται η αρμοδιότητα και η ευθύνη των κρατών μελών σχετικά με την οργάνωση, παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.¹⁵

Εντούτοις, το νέο άρθρο τροποποιεί τη δράση της Ένωσης για να διασφαλίσει την καταπολέμηση των μεγάλων πηγών της ανθρωπότητας στον τομέα της υγείας ως εξής: α) διασφαλίζει την επαγρύπνηση για τις σοβαρές διασυνοριακές απειλές κατά της υγείας και την αντιμετώπιση τέτοιων απειλών, β) ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών επεκτείνοντας τη βελτίωση της παροχής των υπηρεσιών στις παραμεθόριες περιοχές, γ) εφαρμόζει την ανοιχτή μεθόδου συντονισμού στην υγεία και δ) θεσπίζει μέτρα ασφάλειας και ποιότητας εκτός των οργάνων και ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του, του κτηνιατρικού και φυτοϋγειονομικού τομέα, επεκτείνεται και στον τομέα των φαρμάκων και ιατρικών μηχανημάτων.¹⁶

1.2 Πολιτική της υγείας

Σύμφωνα με τον Οικονόμου, πολιτική της υγείας ορίζουμε «το σύνολο των αποφάσεων, των δεσμεύσεων και των μέτρων για τη διατήρηση ή τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Αποτελεί μια συμφωνία ως προς το σκοπό, τους στόχους και τους άξονες δράσης για την επίτευξη αυτών».¹⁷ Ενώ, σύμφωνα με τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ),

¹⁴ Αξίζει να σημειωθεί ότι το Νοέμβριο του 2002 εκδόθηκε στη Ρώμη από το Δίκτυο Ενεργών Πολιτών η Ευρωπαϊκή Χάρτα των Δικαιωμάτων των Ασθενών. Η Χάρτα υιοθετήθηκε επισήμως το Σεπτέμβριο του 2007 στις Βρυξέλλες από την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και αποτελεί πλέον μέρος του Ευρωπαϊκού Δικαίου.

¹⁵ Χ. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Σακελλαρόπουλος Θ. *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος σελ. 408

¹⁶ Ibid, σελ. 409

¹⁷ J. Green, N. Thorogood, (1998), *Analyzing health policy. A sociological approach*, Longman, London, σελ. 1-26, Γ. Κυριακόπουλος, Χ. Οικονόμου, Ε. Γεωργούσης, Μ. Γείτονα, (1999), *Τα οικονομικά της υγείας από το Α ως το Ω*, Έξαντας, Αθήνα, σελ. 119 στο Χ. Οικονόμου (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος, σελ. 111

«υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς η απουσία ασθενειών ή αναπηρίας».¹⁸

Τα κράτη μέλη είναι αυτά τα οποία διατηρούν την αποκλειστικότητα της οργάνωσης, παροχής και χρηματοδότησης των εθνικών συστημάτων υγείας¹⁹ καθώς η Ένωση δεν έχει καμία τυπική αρμοδιότητα θεσμοθέτησης στον τομέα της υγείας και η οποία περιορίζεται στην ανάπτυξη προγραμμάτων δημόσιας υγείας και την υιοθέτηση κινήτρων. Όμως η δράση της Ένωσης στην εσωτερική αγορά και την πολιτική ανταγωνισμού, στις οποίες έχει την αρμοδιότητα θεσμικής παρέμβασης και νομοθέτησης περιπλέκει την κατάσταση καθώς επιφέρει έμμεσες συνέπειες στον τομέα της υγείας.²⁰ Η υγεία επηρεάζεται και από πολλούς εξωτερικούς παράγοντες, για το λόγο αυτό, μια αποτελεσματική πολιτική υγείας θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη και τους υπόλοιπους τομείς πολιτικής της Ένωσης. Βάσει της Συνθήκης της ΕΕ, οι πολιτικές της, θα πρέπει να εφαρμόζουν τόσο την προσέγγιση «Η υγεία σε όλες τις πολιτικές» όσο και το ότι η εν λόγω πολιτική πρέπει να επεκταθεί σε εθνικές και περιφερειακές πολιτικές.²¹

1.2.1 Εξέλιξη της πολιτικής

Τον Οκτώβριο του 2007, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή παρουσίασε τη Λευκή Βίβλο όσον αφορά τη στρατηγική της Ένωσης για την υγεία για την περίοδο 2008-2013.²² Κύριοι στόχοι της στρατηγικής αυτής αποτέλεσαν η υγιής γήρανση, η προστασία της δημόσιας υγείας και ο συντονισμός για την προώθηση αποτελεσματικών συστημάτων υγείας και νέων τεχνολογιών. Η πραγμάτωση των στόχων είχε προϋπόθεση τη διαφύλαξη των βασικών κοινών αρχών που διέπουν τον υγειονομικό τομέα στην Ένωση, όπως την καθολικότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, την προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών, την ποιότητα στην περίθαλψη, την ισοτιμία και αλληλεγγύη, την ανάδειξη

¹⁸ Βλ. Αιτιολογική Σκέψη (3): Κανονισμός (ΕΕ) αριθ. 282/2014 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 11^{ης} Μαρτίου του 2014, σχετικά με τη θέσπιση τρίτου Προγράμματος για τη δράση της Ένωσης στον τομέα της υγείας (2014- 2020) και την κατάργηση της απόφασης αριθ. 1350/2007/ΕΚ

¹⁹ «Στην πολιτική της υγείας, η Ε.Ε. έχει περιορισμένη ανάμειξη», στο N. Nugent (2012), *Πολιτική και διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση: Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές*, Εκδόσεις Σαββάλας, σελ. 398

²⁰ Χ. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Σακελλαρόπουλος Θ. *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος σελ. 404

²¹ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Δημόσια Υγεία, *Η Διάσταση της Υγείας σε όλες τις πολιτικές*, (πρόσβαση στις 19-09-2016) http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_el.htm

²² Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Λευκή Βίβλος, 23-10-2007, Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της Ε.Ε. για την περίοδο 2008-2013, COM (2007) 630 τελικό

της υγείας ως κοινωνικό αγαθό και τέλος τη θέση της υγείας ανάμεσα σε όλες τις πολιτικές της Ένωσης.²³

Παρόλο που το πρώτο άρθρο 3 της Συνθήκης για την Ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας προέβλεπε τη συμβολή της στην προστασία της υγείας, στο άρθρο 168 της ΣΛΕΕ²⁴ για τη δημόσια υγεία καθορίζεται η δράση της Ένωσης, η οποία αναπτύσσεται χωρίς να θίγονται στο παραμικρό οι αρμοδιότητες των κρατών μελών.²⁵ Αρχικά, έμφαση είχε δοθεί με τη Σύσταση 92/442 του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου για τη σύγκλιση των στόχων και των πολιτικών όσον αφορά την κοινωνική προστασία, η οποία κάλεσε τα κράτη μέλη: «α) να εξασφαλίσουν σε όλα τα πρόσωπα τα οποία διαμένουν νόμιμα στην επικράτειά τους πρόσβαση στις αναγκαίες προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, κάτω από προϋποθέσεις που τα ίδια θα θέσουν, β) να αναπτύξουν υψηλής ποιότητας συστήματα φροντίδας υγείας, που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού, γ) να οργανώσουν υπηρεσίες αποκατάστασης για την επανάκτηση της φυσικής ικανότητας μετά από σοβαρές ασθένειες και ατυχήματα, δ) να παράσχουν συνταξιοδοτική προστασία στα άτομα που αναγκάστηκαν να διακόψουν την επαγγελματική τους δραστηριότητα λόγω ασθένειας».²⁶ Η συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών αποτελεί το κυριότερο στοιχείο στην προαναφερόμενη Σύσταση. Στη συνέχεια, η υγεία, η οποία αποτελεί κύριο συστατικό της κοινωνικής ασφάλισης και της κοινωνικής πολιτικής, δεν συμπεριλήφθηκε στην ημερήσια διάταξη της οικονομικής ολοκλήρωσης και εναρμόνισης. Συνεπώς, δεν διαμορφώθηκε ένα «Κοινοτικό Σύστημα Υγείας» και παρέμειναν οι διαφοροποιήσεις ως προς την οργάνωση, την παροχή και τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας.²⁷ Προτάθηκε και διατηρήθηκε η λύση της «προοδευτικής σύγκλισης» για την

²³ Χ. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος, *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος σελ. 403

²⁴ Το άρθρο 168 παράγραφος 2 δεύτερο εδάφιο αναφέρει ότι «Η Επιτροπή μπορεί να αναλαμβάνει, σε στενή επαφή με τα κράτη μέλη, κάθε χρήσιμη πρωτοβουλία για την προώθηση του συντονισμού αυτού, ιδίως πρωτοβουλίες για τον καθορισμό κατευθυντήριων γραμμών και δεικτών, την οργάνωση της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών και την προετοιμασία των στοιχείων που είναι αναγκαία για την τακτική παρακολούθηση και αξιολόγηση».

και το τρίτο εδάφιο ορίζει ότι «Η Ένωση και τα κράτη μέλη ευνοούν τη συνεργασία με τις τρίτες χώρες και τους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς σε θέματα δημόσιας υγείας».

Έτσι, το άρθρο 168 παράγραφος 5 της ΣΛΕΕ εξουσιοδοτεί το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο να θεσπίζουν μέτρα ενθάρρυνσης της προστασίας και βελτίωσης της υγείας του ανθρώπου.

²⁵ Χ. Οικονόμου (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος, σελ. 112

²⁶ Council of the European Union (1992), *Council recommendation of 27 July 1992 on the convergence of social protection objectives and policies*, (92/442/CEE) στο Χ. Οικονόμου (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος, σελ. 112

²⁷ R. Leidl (1998), Introduction in R. Leidl, (ed) *Health care and its financing in the Single European Market*, IOS Press, Amsterdam, σελ. 1-10, στο Χ. Οικονόμου (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος, σελ. 113

αντιμετώπιση στα κοινά προβλήματα και τις προκλήσεις²⁸ η οποία στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε μέσω της εφαρμογής της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού (ΑΜΣ). Όπως θα δούμε παρακάτω, η ΑΜΣ, θεωρείται ένα ήπιο νομοθετικό όργανο, το οποίο δεν επιφέρει νομικές κυρώσεις στο πλαίσιο της διακυβέρνησης, και μπορεί να οδηγήσει στη συνεργασία και στην ανάληψη δράσεων σύγκλισης στον τομέα της υγείας.²⁹

1.2.2 Πρόγραμμα «Υγεία για την Ανάπτυξη» για την περίοδο 2014-2020³⁰

Η υγεία δεν χαρακτηρίζεται μόνο ως πολύτιμο αγαθό, αλλά πλέον και ως μοχλός για την ανάπτυξη καθώς ο τομέας της υγείας έχει ως κινητήρια δύναμη την καινοτομία και ένα εργατικό δυναμικό με υψηλό βαθμό ειδίκευσης. Σύμφωνα με την Επιτροπή, οι δαπάνες για έρευνα και ανάπτυξη θα μπορούσαν να ανέλθουν στο 0,3% του ΑΕγχΠ. Δεδομένου ότι, ο τομέας της υγείας είναι ένας από τους μεγαλύτερους τομείς στην ΕΕ καθώς αντιπροσωπεύει περίπου το 10% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος της ΕΕ και απασχολεί έναν στους δέκα εργαζόμενους, ενώ το ποσοστό των εργαζομένων με επίπεδο σπουδών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης υπερβαίνει τον γενικό μέσο όρο, αποτελεί σημαντικό παράγοντα της στρατηγικής «Ευρώπη 2020».^{31,32}

Με την υιοθέτηση του Κανονισμού (ΕΕ) 282/2014³³ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, αλλάζει δραστικά το τοπίο τόσο σε εθνικό όσο και σε διασυνοριακό επίπεδο. Το εν λόγω τρίτο πρόγραμμα δράσης της ΕΕ στον τομέα της υγείας (2014-2020), «Υγεία για την Ανάπτυξη», το οποίο εφαρμόζεται με τον

²⁸ Χ. Οικονόμου (1999), *Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας. Προβλήματα και τάσεις*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος (επιμ.) *Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους*, Κριτική, Αθήνα, σελ. 521-525

²⁹ Χ. Οικονόμου (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα, Εκδόσεις Διδόνικος, σελ. 113

³⁰ Κανονισμός (ΕΕ) αριθ. 282/2014 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 11^{ης} Μαρτίου του 2014, σχετικά με τη θέσπιση τρίτου Προγράμματος για τη δράση της Ένωσης στον τομέα της υγείας (2014- 2020) και την κατάργηση της απόφασης αριθ. 1350/2007/ΕΚ

³¹ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, *Πρόταση Κανονισμού σχετικά με τη θέσπιση του προγράμματος «Υγεία για την ανάπτυξη» του τρίτου πολυετούς προγράμματος δράσης της ΕΕ στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2014-2020*, COM(2011) 709 τελικό, Βρυξέλλες, 9-11-2011

³² Στην ανακοίνωσή της, της 29ης Ιουνίου 2011, «Προϋπολογισμός για την Ευρώπη 2020» η Επιτροπή επισήμανε ότι «η προώθηση της καλής υγείας αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των στόχων της στρατηγικής "Ευρώπη 2020" για μια έξυπνη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη. Η διατήρηση υγιών και ενεργών ανθρώπων για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα έχει θετικό αντίκτυπο στην παραγωγικότητα και στην ανταγωνιστικότητα. Η καινοτομία στην υγεία επιτρέπει να αντιμετωπιστεί η πρόκληση της βιωσιμότητας του τομέα στο πλαίσιο της δημογραφικής αλλαγής· η ανάληψη δράσης για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία είναι σημαντική για την επίτευξη της "χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξης"

³³ Κανονισμός (ΕΕ) αριθ. 282/2014 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 11^{ης} Μαρτίου του 2014, σχετικά με τη θέσπιση τρίτου Προγράμματος για τη δράση της Ένωσης στον τομέα της υγείας (2014- 2020) και την κατάργηση της απόφασης αριθ. 1350/2007/ΕΚ

προαναφερόμενο Κανονισμό, επικεντρώνεται στην ενίσχυση, σε σχέση με τα προηγούμενα προγράμματα, και στη συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής ανάπτυξης και τη διατήρηση ενός υγιούς πληθυσμού, ακολουθεί και θέτει σε εφαρμογή τους βασικούς στόχους της στρατηγικής «Ευρώπη 2020» και τις τρέχουσες προτεραιότητες της πολιτικής υγείας. Το πρόγραμμα «Ευρώπη 2020: Μια ευρωπαϊκή στρατηγική για έξυπνη, βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη»³⁴ έθεσε τους στόχους, οι οποίοι στρέφονται όλοι γύρω από την καινοτομία στην υγειονομική περίθαλψη, το οποίο επίσης περιλαμβάνεται σε πρωτοβουλίες, όπως η «Ένωση καινοτομίας» και το «ψηφιακό θεματολόγιο». Ωστόσο, η καινοτομία δεν αφορά μόνο την τεχνολογία και τα νέα προϊόντα, αλλά αφορά επίσης την καινοτομία στην οργάνωση της δομής της υγειονομικής περίθαλψης, στην επένδυση των πόρων καθώς και στον τρόπο χρηματοδότησης των εθνικών συστημάτων υγείας.³⁵

Κατά την αποτίμηση του προηγούμενου Προγράμματος για την Υγεία 2008-2013 δόθηκε μεγάλη αξία στις δράσεις που έχουν ως σκοπό τα εξής:

- Ενθάρρυνση ανταλλαγής καλών πρακτικών μεταξύ των κρατών μελών
- Υποστήριξη των δικτύων ανταλλαγής γνώσεων ή αμοιβαίας εκμάθησης
- Καταγραφή των διασυνοριακών απειλών για τη μείωση των κινδύνων και των συνεπειών
- Καταγραφή υποθέσεων σχετικά με την εσωτερική αγορά όπου η Ένωση έχει ουσιώδες νομιμότητα για τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας στην εξεύρεση λύσεων στα κράτη μέλη
- Ενθάρρυνση της προοπτικής για καινοτομία στον τομέα της υγείας
- Εγκαθίδρυση ενός συστήματος ανταλλαγής πληροφοριών και γνώσης
- Βελτίωση του οικονομικού ισοζυγίου διασφαλίζοντας τη σωστή χρήση των οικονομικών πηγών.³⁶

Βάσει των ανωτέρω συμπερασμάτων, το νέο αυτό πρόγραμμα στοχεύει στην οικονομική ανάπτυξη μέσω της βελτίωσης της υγείας και πιο συγκεκριμένα καθορίζει τους εξής τέσσερις στόχους:

³⁴ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Ανακοίνωση: *Ευρώπη 2020, Στρατηγική για έξυπνη, διατηρήσιμη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη*, COM(2010) 2020 τελικό, Βρυξέλλες, 3-3-2010

³⁵ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, *Πρόταση Κανονισμού σχετικά με τη θέσπιση του προγράμματος «Υγεία για την ανάπτυξη» του τρίτου πολυετούς προγράμματος δράσης της ΕΕ στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2014-2020*, COM(2011) 709 τελικό, Βρυξέλλες, 9-11-2011

³⁶ P. Testori Coggi (2014), *What is the added value of the new EU health program?* [Regulation (EU) no 282/2014], *European Journal of Public Health*, Vol. 24, No. 3, 528-630

- (1) ανάπτυξη κοινών εργαλείων και μηχανισμών σε διασυνοριακό επίπεδο, και διευκόλυνση της υιοθέτησης της καινοτομίας από τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να υποστηριχθεί η ανάπτυξη καινοτόμων και βιώσιμων συστημάτων υγείας
- (2) καλύτερη πρόσβαση στην ιατρική εμπειρογνωμοσύνη σε διασυνοριακό επίπεδο και ανάπτυξη κοινών λύσεων και κατευθυντήριων γραμμών για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και της ασφάλειας των ασθενών,
- (3) επικαιροποίηση βέλτιστων πρακτικών για οικονομικώς αποδοτικά μέτρα πρόληψης, μέσω της αντιμετώπισης των κρίσιμων παραγόντων κινδύνου και συγκεκριμένα του καπνίσματος, της κατάχρησης οινόπνευματος και της παχυσαρκίας, όπως και του VIH/AIDS, στη διασυνοριακή συνεργασία, με στόχο την πρόληψη των νόσων και την προαγωγή της καλής υγείας και
- (4) ανάπτυξη κοινών προσεγγίσεων για τη βελτίωση του συντονισμού σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, με στόχο την προστασία των πολιτών από διασυνοριακές απειλές υγείας.³⁷

Με προϋπολογισμό που ανέρχεται στα 450 εκατομμύρια ευρώ για επτά (7) χρόνια, το πρόγραμμα θα ενισχύσει τις δράσεις σε 23 διαφορετικούς τομείς στους οποίους έχει θέσει προτεραιότητα. Με αυτό τον τρόπο ενθαρρύνονται τόσο τα κράτη μέλη όσο και κάθε ενδιαφερόμενος να κάνουν πλήρη χρήση όλων των ευκαιριών και των δυνατοτήτων που δίνονται από το εν λόγω πρόγραμμα.³⁸

1.3 Αρμοδιότητα της Ένωσης

Για πρώτη φορά η αρμοδιότητα του τομέα της υγείας εκχωρείται το 1993 στην Ένωση, όταν με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ συμπεριλήφθη το Άρθρο 129³⁹ για τη δημόσια υγεία. Υποχρέωση της Κοινότητας ήταν να συμβάλει στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ανθρώπου μέσα από δράσεις όπως η πρόληψη των ασθενειών και των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας, συμπεριλαμβανομένης της τοξικομανίας. Τα μέσα που χρησιμοποίησε για την επιδίωξη αυτού του σκοπού ήταν η

³⁷ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, *Πρόταση Κανονισμού σχετικά με τη θέσπιση του προγράμματος «Υγεία για την ανάπτυξη» του τρίτου πολυετούς προγράμματος δράσης της ΕΕ στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2014-2020*, COM(2011) 709 τελικό, Βρυξέλλες, 9-11-2011

³⁸ P. Testori Coggi (2014), *What is the added value of the new EU health program?* [Regulation (EU) no 282/2014], *European Journal of Public Health*, Vol. 24, No. 3, 528-530

³⁹ Νυν Άρθρο 168 της ΣΛΕΕ

έρευνα για τα αίτια και τους τρόπους μετάδοσης των ασθενειών και η καμπάνια για την ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε ζητήματα υγείας.⁴⁰

Ωστόσο, η θέση της Επιτροπής ως προς τις δράσεις στον τομέα της υγείας διαπνέεται από επιλεκτικότητα, συμπληρωματικότητα και έχει προστιθέμενη αξία ως προς τις αρχές της επικουρικότητας, σύμφωνα με την οποία η Ένωση παρεμβαίνει μόνο όταν ο επιθυμητός στόχος μπορεί να επιτευχθεί καλύτερα συλλογικά και της αναλογικότητας των δράσεων με τους επιδιωκόμενους στόχους.⁴¹ Θέση, όμως, που δεν έλαβε υπόψη τις επιπτώσεις στον τομέα της υγείας από την εσωτερική αγορά και τις οικονομικές πολιτικές.⁴²

1.4 Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού στην υγεία

Η Ένωση προκειμένου να διαμορφώσει την κοινωνική πολιτική έχει εισαγάγει ένα νέο, ήπιας μορφής εργαλείο διακυβέρνησης την Ανοικτή Μέθοδο Συντονισμού (στο εξής ΑΜΣ).⁴³ Η ΑΜΣ θεωρείται μία μέθοδος νέου τύπου διακυβέρνησης, η οποία έχει σκοπό την κατοχύρωση ενός ευρωπαϊκού μοντέλου προστασίας της υγείας, χρησιμοποιώντας τα οφέλη που μπορούν να προκύψουν από την αποτελεσματικότερη διακυβέρνηση των συστημάτων υγείας των κρατών μελών.^{44,45}

Σύμφωνα με τον κο Πασσά, η ΑΜΣ αποτελεί «κατεξοχήν μια μη νομικά δεσμευτική διάδραση μεταξύ κοινοτικών και εθνικών θεσμών, η οποία εφαρμόζεται διαφοροποιημένα σε ολόένα και περισσότερα πεδία πολιτικής. Οι Boussaguet, Dehousse και Jacquot περιγράφουν την ΑΜΣ ως μια στρατηγική που προωθεί την ανάπτυξη

⁴⁰ Χ. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος σελ. 405

⁴¹ W. Hunter, A. Berlin, G. Gounvas (1994) *New perspectives for public health in the European Union*, Journal of Public Health, σελ. 101-108, στο Χ. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος σελ. 405

⁴² E. Mossialos, M. McKee (2002) *EU law and the social character of health care*, P.I.E. –Peter Lang, Bruxelles, στο Χ. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος, *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος σελ. 405

⁴³ Th. Sakellariopoulos, J. Bergman (eds) (2004), *Connecting welfare diversity within the European social model*, Intersentia, Antwerpen, στο Χ. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος, *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος σελ. 427

⁴⁴ Χ. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος, *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος

⁴⁵ Για κριτική σχετικά με την ΑΜΣ βλέπε: V. Hatzopoulos, (2007), *Why the Open Method of Coordination Is Bad For You: A Letter to the EU*, European Law Journal, Vol. 13, No. 3, May 2007, pp. 309–342.

διαδικαστικών κανονικοτήτων που προάγουν την αμοιβαία άμιλλα και μάθηση αντί της εγκατάστασης μηχανισμών ενωσιακού ελέγχου, και συνεπώς η Επιτροπή περιορίζεται σε δευτερεύοντα ρόλο υπό την σκέπη των αρχηγών κρατών και κυβερνήσεων του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου. Οι συγγραφείς εμμέσως υπενθυμίζουν παλαιότερη ανάλυση του Dehousse ότι η ΑΜΣ εμφανίστηκε ως μέσο πολιτικής για την εκκίνηση μιας διαδικασίας ελλείπει πραγματικής συμφωνίας σε σαφείς πολιτικούς στόχους και προτεραιότητες».⁴⁶

Η μη ύπαρξη απευθείας αρμοδιότητας θεσμοθέτησης στον υγειονομικό τομέα από την Ένωση και η κυριαρχία της αρχής της επικουρικότητας, συνέβαλαν στην εφαρμογή της ΑΜΣ στον τομέα της υγείας.⁴⁷

Κατά τη συνεδρίαση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου του Γκέτεμποργκ⁴⁸ εισήχθη για πρώτη φορά η εφαρμογή της ΑΜΣ για την φροντίδα των ηλικιωμένων και τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Κατά τη διάρκεια του Συμβουλίου και μετά από εκπόνηση προκαταρκτικής έκθεση της προηγούμενης συνεδρίασης καθορίστηκαν οι προσανατολισμοί στον τομέα της υγείας και κατέληξαν ότι τα συστήματα υγείας θα έπρεπε να επιτυγχάνουν τρεις στόχους: α) την εγγύηση της δυνατότητας πρόσβασης όλων των πολιτών στις υγειονομικές υπηρεσίες, β) την παροχή ποιοτικών υγειονομικών υπηρεσιών και γ) την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.⁴⁹ Στη συνέχεια, κατά τη συνεδρίαση του Ευρ. Συμβουλίου της Βαρκελώνης, κλήθηκαν τα κράτη μέλη να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο, βάσει του οποίου η Επιτροπή συνέταξε μια κοινή έκθεση. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο, εξέτασε λεπτομερώς την υφιστάμενη κατάσταση του τομέα της υγείας σε κάθε κράτος μέλος. Δεδομένου ότι, όλα τα κράτη μέλη επεδίωκαν την επίτευξη της όσο το δυνατόν καλύτερης ισορροπίας μεταξύ των στόχων αυτών, επιβεβαιώθηκε η σπουδαιότητα των τριών γενικών προαναφερόμενων στόχων. Στην έκθεση προτάθηκε η στενότερη συνεργασία και την ανταλλαγή απόψεων μεταξύ των κρατών μελών, αλλά δεν προτάθηκε η εφαρμογή της ανοιχτής μεθόδου συντονισμού

⁴⁶ Α. Πασσάς (2012), *Η εθνική δημόσια διοίκηση στην Ευρωπαϊκή Ενωσιακή πολιτική διαδικασία*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήσης, σελ. 126

⁴⁷ Χ. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος, *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος σελ. 427

⁴⁸ Συμπεράσματα της Προεδρίας Ευρωπαϊκού Συμβουλίου του Γκέτεμποργκ στις 15-16/6/2001

⁴⁹ Χ. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος, *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος σελ. 427

(ΑΜΣ). Πράγματι, τα κράτη μέλη δεν ήταν ποτέ πρόθυμα να δώσουν την αρμοδιότητα στην ένωση να ενεργεί σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης.⁵⁰

Ωστόσο, στην ανακοίνωση της Επιτροπής του Απριλίου του 2004 είναι η πρώτη σαφής πρόταση να χρησιμοποιηθεί η ανοικτή μέθοδος συντονισμού για την υγειονομική περίθαλψη, της οποίας στόχος είναι να καθορίσει ένα κοινό πλαίσιο για τη στήριξη των κρατών μελών στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης και της ανάπτυξης της υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας.⁵¹

Ένας καθοριστικός παράγοντας σε αυτή τη διαδικασία θεωρήθηκε η μέθοδος διακυβέρνησης και η ισορροπία των αρμοδιοτήτων της κεντρικής και της εθνικής διοίκησης⁵² και υποστηρίχθηκε από την επιστημονική κοινότητα η εκτενέστερη εφαρμογή της μεθόδου στον τομέα της υγείας, δεδομένου ότι θα μπορούσε να συμβάλει στην υιοθέτηση κοινών προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση κοινών προβλημάτων μέσα από την προώθηση βέλτιστων πρακτικών, σεβόμενη τις εθνικές διαφοροποιήσεις και ιδιαιτερότητες.⁵³

Τα κράτη μέλη ζήτησαν μια ήπια ΑΜΣ μέσω μιας διακυβερνητικής διαδικασίας με ποιοτικούς και όχι ποσοτικούς στόχους, με βάση την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών και τόνισαν τη λεπτή ισορροπία μεταξύ όλων των ενδιαφερόμενων μερών στα εθνικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης εκφράζοντας το φόβο τους ότι οι αυστηρές κατευθυντήριες γραμμές της ΕΕ θα μπορούσαν να διαταράξουν αυτές τις ισορροπίες.⁵⁴

Ωστόσο, η εφαρμογή της ανοικτής μεθόδου συντονισμού για τον τομέα της υγείας είναι ενσωματωμένη στη διαδικασία για τον εκσυγχρονισμό της κοινωνικής προστασίας.⁵⁵

⁵⁰ R. Baeten (2005), *Health care: After the Court, the policy-makers get down to work*, in Degryse, C. and Pochet P. (eds), *Social Developments in the European Union*

⁵¹ Ibid

⁵² X. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος, *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος σελ. 428

⁵³ P. Belcher, M. McKee, E. Mossialos, (2002/2003), *Reforming the EU health competence. Framing the discussion*, Eurohealth 8,5:1-3 στο X. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος, *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος σελ. 428

⁵⁴ R. Baeten (2005), *Health care: After the Court, the policy-makers get down to work*, in Degryse, C. and Pochet P. (eds), *Social Developments in the European Union*

⁵⁵ Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, Ψήφισμα σχετικά με τα αποτελέσματα του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου της 15^{ης} και 16^{ης} Μαρτίου 2002 στη Βαρκελώνη, P5_TA(2002)0137

Το 2005 κατατέθηκαν οι πρώτες εθνικές εκθέσεις των κρατών μελών όσον αφορά την υγεία και τη μακροχρόνια φροντίδα. Έπειτα, «με σκοπό τον εξορθολογισμό, τη συνέργεια και το συντονισμό των τριών διαφορετικών ΑΜΣ, (κοινωνική ένταξη, επαρκείς και βιώσιμες συντάξεις και υψηλής ποιότητας βιώσιμη υγειονομική περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα) προκειμένου να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα τους, συγχωνεύτηκαν σε μία ενιαία κοινωνική ΑΜΣ»⁵⁶ καθορίζοντας τους βασικούς στόχους ως εξής: πρόσβαση σε όλους, ποιότητα συμπεριλαμβανομένης και της προληπτικής υγείας σε επαρκή υγειονομική περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα και τέλος στον οικονομικά προσιτό χαρακτήρα και τη βιωσιμότητα μιας πιο ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης.⁵⁷

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή με ανακοίνωσή της το 2008, πρότεινε την ενίσχυση της ΑΜΣ⁵⁸ για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη, χρησιμοποιώντας ως μέσο τη βελτίωση της προβολής και των μεθόδων εργασίας της, ενισχύοντας την αλληλεπίδραση με άλλες πολιτικές, την ενδυνάμωση της βάσης τεκμηρίωσης και της αμοιβαίας μάθησης και της συμμετοχής όλων των σχετικών παραγόντων.⁵⁹

Η ΑΜΣ θεωρείται μία μέθοδος νέου τύπου διακυβέρνησης, η οποία έχει σκοπό την κατοχύρωση ενός ευρωπαϊκού μοντέλου προστασίας της υγείας, χρησιμοποιώντας τα οφέλη που μπορούν να προκύψουν από την αποτελεσματικότερη διακυβέρνηση των συστημάτων υγείας των κρατών μελών. Τα θεσμικά όργανα της Ένωσης συμερίζοντας αυτή την άποψη δεν επιδιώκουν την αλλαγή των υφιστάμενων στα κράτη μέλη

⁵⁶ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2005), *Εργαζόμαστε μαζί, εργαζόμαστε καλύτερα: Ένα νέο πλαίσιο για τον ανοικτό συντονισμό των πολιτικών κοινωνικής προστασίας και κοινωνικής ένταξης στην Ευρωπαϊκή Ένωση*, COM (2005) 706 τελικό, Βρυξέλλες, 22-12-2005 στο Χ. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος, *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.* σελ. 429

⁵⁷ Χ. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος, *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος σελ. 429

⁵⁸ «Αν και η έννοια της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού (ΑΜΣ) είναι μία, διάφορες παραλλαγές της έχουν εφαρμοστεί σε διαφορετικά πεδία της ευρωπαϊκής πολιτικής. Η πρώτη μορφή "ήπιου" συντονισμού στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) εφαρμόστηκε στον οικονομικό τομέα στις περιπτώσεις της Οικονομικής-Νομισματικής Ένωσης (ΟΝΕ), του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης (ΣΣΑ) και των Γενικών Κατευθυντηρίων Γραμμών Οικονομικής Πολιτικής (ΓΚΓΟΠ). Στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής, ως προπομπός της ΑΜΣ θεωρείται η Ευρωπαϊκή Στρατηγική Απασχόλησης (ΕΣΑ), γνωστή και ως διαδικασία του Λουξεμβούργου», στο Α. Φερώνας (2007) *Η επίδραση της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής Απασχόλησης στην ελληνική πολιτική απασχόλησης: Μια περίπτωση «γνωσιακού» Εξευρωπαϊσμού; Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη* 2007 2 (2)

⁵⁹ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (2008γ) *Ανανεωμένη δέσμευση για την κοινωνική Ευρώπη: ενίσχυση της ανοικτής μεθόδου συντονισμού για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη*, COM(2008) 418 τελικό, Βρυξέλλες, 2-7-2008, στο Χ. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος, *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος σελ. 430

παραδειγμάτων πολιτικής υγείας αλλά μέσα από τη διαδικασία της αμοιβαίας μάθησης που συνιστά κύριο χαρακτηριστικό της ΑΜΣ, επιχειρείται η σύγκλιση του επιπέδου υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των κρατών μελών με έμφαση στα νεότερα κράτη μέλη της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης. Έτσι, η διαδικασία του εξευρωπαϊσμού των πολιτικών υγείας θεωρείται ως η προσπάθεια διατήρησης ενός υψηλού επιπέδου στην προστασία της υγείας στο σύνολο, ενισχύοντας το επίπεδο των κρατών μελών που τυχόν υπολείπονται.⁶⁰

1.5 Ο τομέας της υγείας ως υπηρεσία στην Ενιαία Εσωτερική Αγορά (Ε.Ε.Α.)

Σύμφωνα με τον κο Ταγαρά, «στη ΣΛΕΕ δεν προσδιορίζεται το περιεχόμενο της έννοιας υπηρεσία. Ακριβέστερα, στη συνθήκη της Λισαβόνας δεν προσεγγίζεται θετικά η έννοια υπηρεσία. Στο άρθρο 57 ΣΛΕΕ οι υπηρεσίες ορίζονται αρνητικά. Συγκεκριμένα, στο εν λόγω άρθρο ορίζεται ότι *κατά την έννοια των Συνθηκών, ως υπηρεσίες νοούνται οι παροχές που (κατά κανόνα) προσφέρονται αντί αμοιβής, εφόσον) δεν διέπονται από τις διατάξεις τις σχετικές με την ελεύθερη κυκλοφορία των εμπορευμάτων, των κεφαλαίων και των προσώπων*. Τη δεκαετία του 1950, κατά την περίοδο της υιοθέτησης της συνθήκης για την ίδρυση της ΕΟΚ, ο Ευρωπαίος νομοθέτης είτε επειδή αδυνατούσε να προσδιορίσει την έννοια *υπηρεσία* είτε επειδή στη συνέχεια θεώρησε ότι οποιαδήποτε εννοιοκρατική προσέγγιση θα δρούσε ανασταλτικά στο να συμπεριληφθούν άλλες υπηρεσίες, οι οποίες θα δημιουργούνταν στη συνέχεια με την ανάπτυξη της επιστήμης και της τεχνικής, απέφυγε να ορίσει την εν λόγω έννοια. Έτσι, φαίνεται ότι η ΣΛΕΕ θεωρεί αυτονόητη εξ ορισμού την έννοια που αποδίδεται στον όρο υπηρεσία από την οικονομική επιστήμη».⁶¹

Οι έμμεσες επιπτώσεις στον τομέα της υγείας των κρατών μελών που οφείλονται στη λειτουργία της Ενιαίας Εσωτερικής Αγοράς (στο εξής Ε.Ε.Α.), μαζί με τις άμεσες επιπτώσεις που απορρέουν από τη δραστηριότητα της Ένωσης, είτε μέσω των άρθρων της ΣΕΕ, είτε μέσω των πολιτικών της δημόσιας υγείας που εφαρμόζει, καθορίζουν την

⁶⁰ T. Hervey (2008) *The European Union's governance of health care and the welfare modernization agenda*, Regulation and Governance 2: 130-120 στο Χ. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος, *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος σελ. 430-431

⁶¹ Χ. Ταγαράς, Μ. Μενγκ- Παπαντώνη (2013), *Η κατ' άρθρο 26.2 ΣΛΕΕ εσωτερική αγορά: Ελεύθερη κυκλοφορία εμπορευμάτων, προσώπων, υπηρεσιών, κεφαλαίων*, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη, σελ. 205

μέχρι τώρα πορεία της υγειονομικής περίθαλψης εντός της Ένωσης.⁶² Όπως αναφέρει ο Οικονόμου, «η κατάργηση των φραγμών στην ελεύθερη κυκλοφορία των εμπορευμάτων, των υπηρεσιών, των προσώπων και των κεφαλαίων μεταξύ των κρατών μελών, επιδρά στην οργάνωση, τη χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας».⁶³ Πιο συγκεκριμένα, στον τομέα της υγείας, η ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων περιλαμβάνει την αγορά εργασίας του ιατρικού, νοσηλευτικού και των λοιπών επαγγελματιών υγείας. Η ελεύθερη κυκλοφορία των εμπορευμάτων αφορά στην αγορά και την προμήθεια των φαρμακευτικών σκευασμάτων και των ιατρικών συσκευών ενώ στις υπηρεσίες αφορά στην παροχή της ιδιωτικής ή της εθνικής ασφαλιστικής κάλυψης. Οι τελευταίες δύο ελευθερίες εντοπίζονται πιο έντονα στον τομέα της διασυνοριακής περίθαλψης, στην οποία οι ασθενείς αναζητούν καλύτερη υγειονομική φροντίδα. Όσον αφορά στην ελεύθερη κυκλοφορία των κεφαλαίων σχετίζεται με τις επενδυτικές δραστηριότητες σε ιδιωτικές μονάδες.⁶⁴

Τα συστήματα υγείας των κρατών μελών προσαρμόστηκαν, όσο το δυνατό καλύτερα, στα νέα δεδομένα που διαμορφώθηκαν βάσει της εφαρμογής της Ενιαίας Εσωτερικής Αγοράς και της μεγάλης κινητικότητας των διακινούμενων εντός της Ε.Ε. Τίθεται όμως το ζήτημα σχετικά με τον βαθμό στον οποίο η δομή και η οργάνωση των συστημάτων περίθαλψης γενικά είναι συμβατά με το θεσμικό πλαίσιο που ορίζει η Ε.Ε.Α.. Όπως και το κατά πόσο, οι διατάξεις της Συνθήκης για την Ε.Ε.Α. επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών υγείας και με ποιον τρόπο.⁶⁵ Η Επιτροπή, στην έκθεσή της Υψηλού Επιπέδου Επιτροπής για την Υγεία, επισημαίνει τη σπουδαιότητα της υγείας του ατόμου, τις ιδιαιτερότητες του αγαθού της υγείας καθώς και την εξασφάλιση των κρατών μελών της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών τους στις υπηρεσίες υγείας, τα οποία οδηγούν στη διαμόρφωση μιας αγοράς η οποία δύσκολα εφαρμόζει τους κανόνες του υγιούς ανταγωνισμού. Η ανωτέρω διαπίστωση σημαίνει ότι οι διατάξεις της Συνθήκης

⁶² Χ. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος, *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος σελ. 409

⁶³ Ibid, σελ. 409

⁶⁴ P. Berman, R. Busse, M. Wismar, B. Ong, C. Paton (2002), *The Single European Market and health services- the research design* in R. Busse, M. Wismar, P. Berman, (eds), *The European Union and health services: The impact of the Single European Market on member states*, IOS Press, Amsterdam, σελ. 31-38, στο Χ. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος, *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος σελ. 409-410

⁶⁵ Χ. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος, *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος σελ. 410

σχετικά με τις τέσσερις ελευθερίες πρέπει να εφαρμόζονται με προσοχή στον τομέα της υγείας.⁶⁶

Οι αποφάσεις του Δικαστηρίου στις υποθέσεις σχετικά με τον τομέα της υγείας είναι σαφείς: θεωρείται αναγκαίο να βελτιωθεί η σαφήνεια προκειμένου να διασφαλίζεται η αποτελεσματικότερη εφαρμογή της ελεύθερης λήψης και παροχής υπηρεσιών υγείας. Το Συμβούλιο της Υγείας⁶⁷ της 26ης Ιουνίου 2002, αναγνώρισε ότι οι εξελίξεις, όπως αυτές που αφορούν την ενιαία αγορά έχουν αντίκτυπο στα συστήματα υγείας και εξέφρασε την ανησυχία ότι οι εξελίξεις αυτές θα πρέπει να είναι συνεπής με τους στόχους της πολιτικής για την υγεία των κρατών μελών, καθώς και με τις αρχές της αλληλεγγύης, δικαιοσύνης και της καθολικότητας στην οποία βασίζονται όλα τα εθνικά συστήματα. Στα συμπεράσματά του το Συμβούλιο, κάλεσε την Επιτροπή να ξεκινήσει μια διαδικασία υψηλού επιπέδου προβληματισμού σχετικά με αυτά τα θέματα. Αυτή ήταν η πρώτη φορά που τα κράτη μέλη, καθώς ήταν εξαιρετικά απρόθυμα να επιτρέψουν τη συζήτηση της ΕΕ για την υγεία, δέχθηκαν ένα όργανο της να συζητήσει για θέματα υγειονομικής περίθαλψης. Η συνειδητοποίηση ότι η ένωση εισέρχεται στα εθνικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης από την πίσω πόρτα της εσωτερικής αγοράς εξηγεί αναμφίβολα αυτήν την εξέλιξη.⁶⁸

Οι προσδοκίες της περαιτέρω διαδικασίας θεωρήθηκαν υψηλές, παρόλα αυτά υπήρχε η ελπίδα ότι οι πρωτοβουλίες για την πολιτική υγείας θα διασφάλιζαν ότι τα κράτη μέλη θα διατηρήσουν την αρμοδιότητα οργάνωσης και χρηματοδότησης των συστημάτων τους. Η έκθεση της Ομάδας Υψηλού Επιπέδου απέδειξε ότι δεν ανταποκρίνονται πραγματικά στις προσδοκίες αυτές και υπάρχουν διάφορες εξηγήσεις που μπορούν να δοθούν για αυτή την κατάληξη.⁶⁹

Κατ' αρχάς, φαίνεται να υπάρχει μια ευρεία συναίνεση μεταξύ των κρατών μελών όσον αφορά την ανάλυση των προβλημάτων που προκαλούνται από τον αντίκτυπο της εσωτερικής αγοράς στα εθνικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, δεν υπήρχε συναίνεση σχετικά με το πώς να αντιμετωπισθούν αυτά τα προβλήματα.

⁶⁶ European Commission (2001), *The internal market and health services*, Report of the High Level Committee on Health, στο Χ. Οικονόμου (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος, *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος σελ. 410

⁶⁷ Συμβούλιο «Απασχόληση, Κοινωνική Πολιτική, Υγεία και Καταναλωτές» -EPSCO

⁶⁸ R. Baeten (2005), *Health care: After the Court, the policy-makers get down to work*, in Degryse, C. and Pochet P. (eds), *Social Developments in the European Union*

⁶⁹ Ibid

Ορισμένα κράτη μέλη είχαν παραλύσει από την ιδέα ότι τα εθνικά συστήματα υγείας θα πρέπει να συμμορφωθούν με ευρωπαϊκά πρότυπα. Δεύτερον, ορισμένα κράτη μέλη είχαν την ελπίδα ότι το σχέδιο για το Σύνταγμα θα έδινε περισσότερες εγγυήσεις για την εξισορρόπηση των στόχων της κοινωνικής και εσωτερικής αγοράς. Και τέλος, παρά το γεγονός ότι η διαδικασία συντονίστηκε από τη ΓΔ Υγείας και Ασφάλειας Τροφίμων (πλέον DG Sanco), ήταν σαφές ότι η ΓΔ Εσωτερικής Αγοράς επιθυμούσε με ζήλο να διασφαλίσει ότι η τελική έκθεση δεν θα περιείχε καμία πρόταση που θα είναι αντίθετη προς τις προθέσεις τους να συμπεριλάβουν τις διατάξεις για την υγειονομική περίθαλψη στην Οδηγία για τις υπηρεσίες στην εσωτερική αγορά. Συνεπώς, η πρόταση Οδηγίας για τις υπηρεσίες βρίσκονταν στα συρτάρια της ΓΔ Εσωτερικής Αγοράς αναμένοντας την τελική έκβαση της διαδικασίας προβληματισμού υψηλού επιπέδου και υποβλήθηκε αμέσως μετά την έγκριση της τελικής έκθεσης.⁷⁰

Έτσι, η Πρόταση Οδηγίας της Επιτροπής⁷¹ για τις υπηρεσίες υγείας στην εσωτερική αγορά στις αρχές του 2004, περιελάμβανε διατάξεις που απέρρεαν από την ερμηνεία των αποφάσεων του Δικαστηρίου, εφαρμόζοντας στις υπηρεσίες υγείας τις αρχές της ελεύθερης κυκλοφορίας. Παρόλα αυτά, η θέση αυτή δεν έγινε δεκτή⁷² από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο, διότι θεωρήθηκε ότι δεν συνυπολογίστηκαν οι ιδιαιτερότητες του τομέα της υγείας, κυρίως όσον αφορά την τεχνική πολυπλοκότητά τους για την αντιμετώπιση των ατελειών της αγοράς, την ευαισθησία της κοινής γνώμης, τη διασφάλιση της προσβασιμότητας στην περίθαλψη υψηλής ποιότητας για όλους τους πολίτες και την κύρια υποστήριξή τους από δημόσια ταμεία καθώς δεν λήφθηκε υπόψη η συμμετοχή ενός τρίτου μέρους στην υγειονομική περίθαλψη, του δημόσιου συστήματος υγείας προκειμένου να εγγραφεί η οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος.⁷³

Έτσι, ψηφίστηκε η Οδηγία 2006/123/EK χωρίς την επέκτασή της στις υπηρεσίες υγείας⁷⁴ και η Επιτροπή ανέπτυξε μια εξατομικευμένη πολιτική ειδικά για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Τον Ιούνιο του 2006, το Συμβούλιο παρουσίασε

⁷⁰ R. Baeten (2005), *Health care: After the Court, the policy-makers get down to work*, in Degryse, C. and Pochet P. (eds), *Social Developments in the European Union*

⁷¹ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Πρόταση Οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, σχετικά με τις υπηρεσίες στην εσωτερική αγορά, COM (2004) 2 της 13.1.2004.

⁷² Αναλυτικότερα για τους λόγους που δεν συμπεριλήφθηκε η υγεία στην εν λόγω Οδηγία στο R. Baeten, (2005), *Health care: After the Court, the policy-makers get down to work*, in Degryse, C. and Pochet P. (eds), *Social Developments in the European Union*

⁷³ R. Baeten (2005), *Health care: After the Court, the policy-makers get down to work*, in Degryse, C. and Pochet P. (eds), *Social Developments in the European Union*

⁷⁴ Οδηγία 2006/123/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 12ης Δεκεμβρίου 2006, σχετικά με τις υπηρεσίες στην εσωτερική αγορά (Οδηγία Μπόλκενσταϊν).

συμπεράσματα για τις κοινές αξίες και αρχές στα συστήματα υγείας στην ΕΕ. Στα εν λόγω συμπεράσματα, τονίζεται η ιδιαίτερη αξία σε κάθε κατάλληλη πρωτοβουλία σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας, η οποία έχει ως στόχο τη διασφάλιση σαφήνειας σχετικά με τα δικαιώματα των διακινούμενων όταν μετακινούνται από ένα κράτος μέλος σε άλλο, και ότι οι εν λόγω αξίες και αρχές αυτές θα πρέπει να αποκτήσουν νομική μορφή με πρωταρχικό σκοπό την ασφάλεια δικαίου⁷⁵⁷⁶.

Σύμφωνα με τον κο Ταγαρά, «Το άρθρο 56 ΣΛΕΕ αναφέρεται ρητά στην ελευθερία παροχής υπηρεσιών και το άρθρο 57 ΣΛΕΕ στα δικαιώματα εκείνων που παρέχουν υπηρεσίες. Σύμφωνα με το άρθρο 57 ΣΛΕΕ, οι υπηρεσίες οι οποίες ενδιαφέρουν την ελεύθερη κυκλοφορία υπηρεσιών, είναι αυτές που παρέχονται με τα παρακάτω χαρακτηριστικά: διασυνοριακά, προσωρινά (όταν δηλαδή η παροχή τους δεν συνδέεται με μόνιμη εγκατάσταση) (άρθρο 57.3 ΣΛΕΕ), στο πλαίσιο μη εξαρτημένης εργασίας και έναντι αμοιβής (άρθρο 57.1 ΣΛΕΕ)».⁷⁷

Πιο συγκεκριμένα, στον τομέα της υγείας, το άρθρο 56 της ΣΛΕΕ επιδιώκει στην μείωση των μέτρων που εισάγουν διακρίσεις ή μη διακρίσεις τα οποία απαγορεύουν ή παρεμποδίζουν την ελευθερία της αγοράς.⁷⁸ Η ειδική φύση των υπηρεσιών στην κοινωνική ασφάλιση σαφώς εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής των βασικών αρχών των τεσσάρων ελευθεριών.⁷⁹ Άλλωστε η αρχή της ελεύθερης μετακίνησης εφαρμόζεται και στις υποθέσεις στις οποίες η πληρωμή των ιατρικών εξόδων πραγματοποιείται από τον ασφαλιστικό φορέα ή το γενικό σύστημα φορολογίας.⁸⁰

Τέλος, η προσθήκη του Πρωτοκόλλου αριθ. 26 της Συνθήκης της Λισαβόνας,⁸¹ με ισάξια ισχύ της Συνθήκης, καταδεικνύει το ενδιαφέρον της Ε.Ε. για τις υπηρεσίες γενικού

⁷⁵ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, *Πρόταση Οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη*, COM(2008) 414 τελικό, της 2-07-2008

⁷⁶ 10173/06 SAN 168 SOC 302 MI 132 στο Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, *Πρόταση Οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη*, COM(2008) 414 τελικό, της 2-07-2008

⁷⁷ Χ. Ταγαράς, Μ. Μενγκ- Παπαντώνη (2013), *Η κατ' άρθρο 26.2 ΣΛΕΕ εσωτερική αγορά: Ελεύθερη κυκλοφορία εμπορευμάτων, προσώπων, υπηρεσιών, κεφαλαίων*, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη, σελ. 206

⁷⁸ Σημείο 12 της Απόφασης ΔΕΕ C-76/90 Sager για τη ελευθερία εγκατάστασης του παρόχου υπηρεσίας

⁷⁹ Σημείο 20 και 21 της Απόφασης ΔΕΕ C-158/96 Kohll

⁸⁰ Σημείο 55-56 στην Απόφαση C-157/99 Geraets-Smits and Peerbooms, Σημείο 39 στην Απόφαση C-385/99 Muller -Faure

⁸¹ Συνθήκη της Λισαβόνας, Πρωτόκολλο (αριθ. 26), σχετικά με τις υπηρεσίες γενικού συμφέροντος

ενδιαφέροντος και εισάγει θεμελιώδεις κανόνες στον τομέα αυτό,⁸² όπως το υψηλό επίπεδο ποιότητας, ασφάλειας και οικονομικής προσιτότητας, ίση μεταχείριση και προώθηση της καθολικής πρόσβασης και των δικαιωμάτων των χρηστών.⁸³

⁸² Α. Στεργίου (2011), *Το κοινωνικό περιεχόμενο των Ευρωπαϊκών Συνθηκών και η Παραδοσιακή «Κοινοτική Μέθοδος» στην παραγωγή Ευρωπαϊκών Κοινωνικών Δικαιωμάτων*, στο Θ. Σακελλαρόπουλος, *Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, σελ. 55

⁸³ Συνθήκη της Λισαβόνας, Πρωτόκολλο (αριθ. 26), σχετικά με τις υπηρεσίες γενικού συμφέροντος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2. Η περίθαλψη στην Ε.Ε. στο πλαίσιο των Κανονισμών 883/2004 και 987/2009 για τον συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης

2.1 Οι Κανονισμοί 883/2004 και 987/2009 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τον συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης⁸⁴

Από την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη εκτός του αρμοδίου κράτους μέλους ασφάλισης διέπεται ουσιαστικά από το παράγωγο ενωσιακό δίκαιο, σύμφωνα με τη θεμελιώδη αρχή της ελεύθερης κυκλοφορίας των προσώπων όπως αυτή κατοχυρώνεται στη Συνθήκη. Με βάση το άρθρο 48 της ΣΛΕΕ, το κοινοτικό πλαίσιο για το συντονισμό των συστημάτων της κοινωνικής ασφάλισης διασφαλίζει τα δικαιώματα των διακινούμενων εργαζομένων και των μελών των οικογενειών τους, συμπεριλαμβανομένων των δικαιωμάτων της υγειονομικής περίθαλψης. Αρχικά, οι Κανονισμοί (ΕΟΚ) 1408/71 και 574/72⁸⁵, οι οποίοι έχουν αντικατασταθεί από τους Κανονισμούς (ΕΚ) 883/2004 και τον εφαρμοστικό του 987/2009, είχαν ως στόχο να καθιερώσουν τα δικαιώματα στους πολίτες που διακινούνται σε άλλο κράτος μέλος από το αρμόδιο, ή στους διακινούμενους εργαζομένους και τις οικογένειές τους που εργάζονται και ζουν σε διαφορετικά κράτη μέλη, με το άρθρο 22, (πλέον στο νέο κανονισμό άρθρα 19 και 20), για την πρόσβαση σε θεραπεία εκτός του αρμοδίου κράτους μέλους.⁸⁶ Ουσιαστικά, οι διατάξεις αυτές προβλέπουν, την υπό όρους πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη εκτός του αρμοδίου κράτους μέλους: είτε όταν οι άνθρωποι χρειάζονται ιατρικώς αναγκαία φροντίδα κατά τη

⁸⁴ «Η εναρμόνιση των εθνικών νομοθεσιών κοινωνικής ασφάλισης παραγκωνίστηκε υπέρ του συντονισμού αυτών ήδη στο πλαίσιο των πρώτων Κανονισμών που υιοθετήθηκαν στον τομέα αυτό (Κανονισμός 3 της 25ης Σεπτεμβρίου 1958 και 4 της 3ης Δεκεμβρίου 1958), καθώς τα κράτη μέλη θεώρησαν ότι ο συντονισμός επέτρεπε την ελεύθερη κυκλοφορία των εργαζομένων, σεβόμενος ταυτόχρονα την κρατική κυριαρχία στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης και τις διαφορές των συναφών εθνικών νομοθεσιών», στο J.Clergerie, X. Καραθανάση, *Τα δικαιώματα των ασθενών στην διασυννοριακή υγειονομική περίθαλψη*, Ελληνική Επιθεώρηση Ευρωπαϊκού Δικαίου, (2009), τ.29 τεύχος 1, σελ. 43-48

⁸⁵ Ο Κανονισμός (ΕΟΚ) 574/72 ήταν ο Κανονισμός εφαρμογής του Καν. (ΕΟΚ) 1408/71.

⁸⁶ Σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 1231/2010 (ο οποίος τροποποίησε τον Κανονισμό 859/2003), οι διατάξεις του Κανονισμού (ΕΚ) 883/2004 έχουν επεκταθεί και στους υπηκόους τρίτων χωρών σύμφωνα με την αρχή της απαγόρευσης των διακρίσεων της ΕΕ

διάρκεια προσωρινής διαμονής είτε τη λήψη προέγκρισης από τον αρμόδιο φορέα για να λάβει θεραπεία σε άλλο κράτος μέλος.⁸⁷

Έτσι, η διαδικασία για τον συντονισμό των συστημάτων της κοινωνικής ασφάλισης στον κλάδο των παροχών ασθένειας, επιδιώκει να απαντήσει σε τρία βασικά ερωτήματα: υπό ποιες προϋποθέσεις είναι το δικαίωμα παροχών υγειονομικής περίθαλψης σε είδος δυνατό να ισχύει σε άλλο κράτος μέλος από το αρμόδιο; Ποια νομοθεσία καθορίζει το πεδίο εφαρμογής και τις λεπτομέρειες αυτού του δικαιώματος; και ποιος είναι αρμόδιος να καλύπτει τα ιατρικά έξοδα; Ο γενικός κανόνας αναφέρει ότι, τα άτομα που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής των ανωτέρω Κανονισμών πληρούν τις προϋποθέσεις και καλύπτονται σαν να ήταν ασφαλισμένοι στο εθνικό σύστημα του κράτους μέλους όπου πραγματοποιείται η φροντίδα ή η περίθαλψη, αντί του αρμόδιου κράτους μέλους – δηλαδή, του κράτους στο οποίο το άτομο καταβάλλει ασφαλιστικές εισφορές. Στην πράξη, αυτό σημαίνει ότι τα τιμολόγια και η διαδικασία της αποζημίωσης πραγματοποιείται σύμφωνα με τους όρους και τις διατυπώσεις του κράτους μέλος στο οποίο έγινε η θεραπεία.⁸⁸

Επιπλέον, οι Κανονισμοί έχουν προβλέψει την ιατρική κάλυψη της θεραπείας στο εξωτερικό, υπό την προϋπόθεση ότι ο ασθενής θα ζητήσει και θα αποκτήσει την προηγούμενη έγκριση από το αρμόδιο κράτος, λαμβάνοντας το φορητό έγγραφο S2 (πρώην έντυπο E 112). Αυτή η άδεια θα πρέπει να χορηγείται όταν η εν λόγω θεραπεία περιλαμβάνεται στις παροχές που προβλέπονται από τη νομοθεσία του κράτους μέλους στο οποίο κατοικεί ο ενδιαφερόμενος και όταν δεν μπορεί να του δοθεί η εν λόγω θεραπεία εντός προθεσμίας ιατρικώς αποδεκτής (άρθρο 20, παράγραφος 2 του Κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 883/2004). Στην περίπτωση αυτή, το κόστος της εν λόγω θεραπείας καταβάλλεται από το αρμόδιο κράτος μέλος, με βάση τα τιμολόγια που κατέθεσε, πλην του ποσού που κατέβαλλε ο ασθενής για το ποσοστό που του αναλογεί για την συνταγογράφηση και αγορά φαρμάκων στο κράτος μέλος θεραπείας.⁸⁹

Η ανωτέρω διαδικασία υπάγεται και ελέγχεται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης του κράτους μέλους. Έτσι, η προηγούμενη έγκριση αποτελεί έναν κανόνα. Ο

⁸⁷ W. Palm, I. Glinos (2010), *Enabling patient mobility in the EU: between free movement and coordination*, Health systems governance in Europe, the role of European Union Law and Policy, (12), pp. 509-560, σελ. 514

⁸⁸ Ibid, σελ. 515

⁸⁹ S. Greer, T. Sokol (2014), *Rules for Rights: European Law, Health Care and Social Citizenship*, European Law Journal, Vol. 20, No. 1, January 2014, pp. 66–87.

ασθενής μπορεί να έχει πρόσβαση μόνο στους παρόχους οι οποίοι αποτελούν το κρατικό σύστημα ασφάλισης ή είναι συμβεβλημένοι με αυτό στο κράτος της θεραπείας (άρθρο 20 του Κανονισμού (ΕΚ) 883/2004). Επιπλέον, το αρμόδιο κράτος μέλος καλύπτει και τα έξοδα ταξιδιού και διαμονής, τα οποία είναι άρρηκτα συνδεδεμένα από τη θεραπεία του ασθενούς και, εάν είναι απαραίτητο, για ένα ακόμη πρόσωπο που πρέπει να τον συνοδεύσει (άρθρο 26(8) του εφαρμοστικού Κανονισμού (ΕΚ) 987/2009).⁹⁰

Επίσης, οι ανωτέρω Κανονισμοί προβλέπουν τη δυνατότητα σε ορισμένους ασφαλισμένους να μεταφέρουν την κατοικία τους σε άλλο κράτος μέλος (όπως συνταξιούχοι, αποσπασμένοι εργαζόμενοι⁹¹ και τα μέλη των οικογενειών τους), αλλά να εξακολουθούν να καλύπτονται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης του κράτους προέλευσης. Έτσι, στον ενδιαφερόμενο εκδίδεται το φορητό έγγραφο S1, με το οποίο μπορεί να εγγραφεί για κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης στο κράτος μέλος κατοικίας του, με το οποίο ζητά την καταβολή του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης από το αρμόδιο κράτος μέλος ή κράτος προέλευσης. Στην περίπτωση αυτή, η απόδοση της αποζημίωσης στο κράτος μέλος κατοικίας γίνεται είτε με την:

- «επιστροφή των εξόδων βάσει των πραγματικών εξόδων, η οποία προϋποθέτει την υποβολή των δικαιολογητικών των πραγματικών εξόδων ή
- (για ορισμένες κατηγορίες προσώπων⁹²) βάσει σταθερών ποσών (κατ' αποκοπή ποσά) για τα κράτη μέλη όταν η χρήση της επιστροφής των εξόδων βάσει των πραγματικών εξόδων δεν είναι ενδεδειγμένη»^{93,94}

Τέλος, ο συντονισμός των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας υπάγεται στην αρμοδιότητα της Γενικής Δ/σης Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Κοινωνικής

⁹⁰ S. Greer, T. Sokol (2014), *Rules for Rights: European Law, Health Care and Social Citizenship*, European Law Journal, Vol. 20, No. 1, January 2014, pp. 66–87.

⁹¹ Αν και η απόσπαση του εργαζόμενου θεωρείται ότι είναι προσωρινή διαμονή στο κράτος μέλος υποδοχής, ορισμένα κράτη μέλη τη θεωρούν μεταφορά κατοικίας και ζητούν από τον διακινούμενο την έκδοση του φορητού εγγράφου S1.

⁹² Αφορά μόνο σε συνταξιούχους και τα μέλη των οικογενειών τους, ή μέλη της οικογένειας ενός ασφαλισμένου που διαμένουν σε διαφορετικό κράτος μέλος από τον ασφαλισμένο, όταν το κράτος μέλος αυτό έχει επιλέξει το σύστημα επιστροφής εξόδων με βάση τα κατ' αποκοπή ποσά.

⁹³ Άρθρο 63 (1) του Κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 987/2009 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 16ης Σεπτεμβρίου 2009, για τον καθορισμό της διαδικασίας εφαρμογής του Κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 883/2004 για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης

⁹⁴ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Έκθεση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο σύμφωνα με τις υποχρεώσεις που προβλέπονται δυνάμει του άρθρου 20 παράγραφος 3 της οδηγίας 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 9ης Μαρτίου 2011, περί της εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης, Βρυξέλλες, COM (2014) 44 final, σελ. 5-6

Ένταξης (DG Empl) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, μαζί με την Διοικητική Επιτροπή (άρθρο 71 του Κανονισμού (ΕΚ) 883/2004) για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής Ασφάλισης των Διακινούμενων Εργαζομένων, η οποία αποτελείται από εκπροσώπους των κρατών μελών. Ο ρόλος της είναι να χειρίζεται στις τακτικές συνόδους όλα τα διοικητικά θέματα και τα θέματα ερμηνείας που απορρέουν από τους Κανονισμούς καθώς και την προώθηση και την ανάπτυξη της συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών σε θέματα κοινωνικής ασφάλισης.

2.2 Νομολογία του Δικαστηρίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Διατηρώντας το νομικό πλαίσιο που απορρέει από του Κανονισμούς, το ΔΕΕ έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην περαιτέρω αναγνώριση των δικαιωμάτων των ασθενών εντός της Ένωσης. Η πρώτη δικαστική απόφαση στην οποία αναγνωρίστηκαν τα εν λόγω δικαιώματα είναι η υπόθεση Kohll και Decker⁹⁵, στην οποία αναγνωρίστηκε, σε δύο πολίτες του Λουξεμβούργου, το δικαίωμα να λάβουν αποζημίωση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (ορθοδοντική θεραπεία και αγορά γυαλιών οράσεως, αντίστοιχα) που προβλέπονται σε άλλο κράτος μέλος (Γερμανία και Βέλγιο), με βάση τα τιμολόγια επιστροφής, όπως αυτό εφαρμόζεται στο κράτος μέλος ασφάλισης, χωρίς να είχε δοθεί προηγούμενη έγκριση από τον φορέα ασφάλισης των πολιτών.⁹⁶

Σε αυτήν την πρώτη δικαστική υπόθεση αξίζει να γίνει μια μικρή αναφορά. Έτσι, στην υπόθεση αυτή, οι διατάξεις του Κανονισμού για τη διαδικασία λήψης της προέγκρισης ήρθαν αντιμέτωπες με το διατάξεις της Συνθήκης σχετικά με την ελευθερία των αγαθών και υπηρεσιών: τα άρθρα 28 και 49 ΕΚ (μετά την 1η Ιανουαρίου του 2010 τα άρθρα 38 και 56 της Συνθήκης για τη λειτουργία για την Ευρωπαϊκή Ένωση, ΣΛΕΕ).⁹⁷

Αναλυτικότερα, στην εν λόγω υπόθεση το Δ.Ε.Ε. έκρινε:

- Ότι τα κράτη μέλη έχουν τη δυνατότητα να οργανώνουν τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τους (Decker 21-22, Kohll 17-18)
- Ότι οι διατάξεις της κοινωνικής ασφάλισης δεν εξαιρούνται από την εφαρμογή του αρχής της ελεύθερης κυκλοφορίας (Decker 24-25, Kohll 20-21)

⁹⁵ Υποθέσεις C-158/96 και C-120/95 της 28^{ης} Απριλίου 1998

⁹⁶ W. Palm, J. Nickless, H. Lewalle, A. Coheur (2000), *Implications of recent jurisprudence on the coordination of health care protection systems*, Summary Report, AIM, σελ. 7

⁹⁷ F. Pennings (2011), *The cross-border health care directive: More free movement for citizens and more coherent EU law?*, European Journal of Social Security, Volume 13 (2011), No. 4, σελ. 430-431

- Ότι το άρθρο 22 του Κανονισμού 1408/71⁹⁸, το οποίο επίσης απαιτεί προηγούμενη έγκριση για την κάλυψη της περίθαλψης που παρέχεται σε άλλο κράτος μέλος για λογαριασμό του αρμοδίου φορέα, αλλά σύμφωνα με το τιμολόγιο που ισχύουν στο κράτος μέλος όπου παρέχεται η υγειονομική περίθαλψη, δεν εμποδίζει την αποζημίωση βάσει των τιμολογίων που ισχύουν στο κράτος ασφάλισης σε περίπτωση απουσίας προηγούμενης άδειας (Decker 27-29, Kohll 25-27)
- Ότι η απαίτηση προηγούμενης άδειας αποθαρρύνει τους ασφαλισμένους από το να ζητήσουν φροντίδα από παρόχους υπηρεσιών υγείας ή προμηθευτές ιατρικών προϊόντων που είναι εγκατεστημένοι σε άλλα κράτη μέλη και, συνεπώς, συνιστά εμπόδιο στην ελεύθερη κυκλοφορία των ασθενών (Decker 34-36, Kohll 34-35)
- Ότι στην περίπτωση αυτή, η απαίτηση για προηγούμενη έγκριση δεν θα μπορούσε να δικαιολογηθεί, είτε με βάση μια σοβαρή απειλή για την οικονομική ισορροπία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, είτε για λόγους που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία (προστασία της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών, η συντήρηση ενός ιατρικού και νοσοκομειακών υπηρεσιών που είναι ισορροπημένη και προσιτή σε όλους) (Decker 40-43, Kohll 40-42, 47, 52).⁹⁹

Ως αποτέλεσμα αυτής της υπόθεσης, διαπιστώνεται ότι υπήρξαν δύο διαφορετικές διαδικασίες αποζημίωσης: σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΚ) 883/2004, με τον οποίο η αποζημίωση γίνεται βάσει των τιμών του κράτους της θεραπείας, και σύμφωνα με τη νομολογία που βασίζεται στο άρθρο 56 της ΣΛΕΕ, με την οποία η αποζημίωση στον ασθενή καθορίζεται σύμφωνα με τις τιμές του αρμόδιου κράτους μέλους.¹⁰⁰

Στον παρακάτω πίνακα, καταγράφονται οι δικαστικές υποθέσεις του Δ.Ε.Ε. σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών στην περίπτωση αναζήτησης παροχής υγειονομικής περίθαλψης σε άλλο κράτος μέλος από το αρμόδιο.

⁹⁸ Ο εν λόγω Κανονισμός έχει αντικατασταθεί από τον Κανονισμό (ΕΚ) 883/2004 από την 01-05-2010

⁹⁹ W. Palm, J. Nickless, H. Lewalle, A. Coheur (2000), *Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection systems*, Summary Report, AIM, σελ. 8

¹⁰⁰ F. Pennings (2011), *The cross-border health care directive: More free movement for citizens and more coherent EU law?*, European Journal of Social Security, Volume 13 (2011), No. 4, σελ. 430-431

Πίνακας 1: Οι κυριότερες Αποφάσεις του Δ.Ε.Ε. αναφορικά με δικαιώματα των ασθενών στη διασυνοριακή περίθαλψη.

α/α	Υπόθεση/ Απόφαση ΔΕΕ
1	Υπόθεση Kohll και Decker , C-158/96 και C-120/95 της 28 ^{ης} Απριλίου 1998
2	Υπόθεση Geraets- Smits και Peerbooms, C-157/99 της 12 ^{ης} Ιουλίου 2001
3	Υπόθεση Vanbraekel, C-368/98 της 12 ^{ης} Ιουλίου 2001
4	Υπόθεση Ιωαννίδη, C-326/00 της 25 ^{ης} Φεβρουαρίου 2003
5	Υπόθεση Muller –Faure και Van Riet, C-385/99 της 13 ^{ης} Μαΐου 2003
6	Υπόθεση Inizan, C-56/01 της 23 ^{ης} Οκτωβρίου 2003
7	Υπόθεση Leichtle, C-8/02 της 18 ^{ης} Μαρτίου 2004
8	Υπόθεση Keller, C-145/03 της 12 ^{ης} Απριλίου 2005
9	Υπόθεση Watts, C-372/04 της 16 ^{ης} Μαΐου 2006
10	Υπόθεση Acereda Herrera, C-466/04 της 15 ^{ης} Ιουνίου 2006
11	Υπόθεση Σταματελάκη, C-444/05 της 19 ^{ης} Απριλίου 2007

Πηγή: FreSsco “Free movement of workers and social security coordination” database: →Reg. 1408/71, →article 22, →corresponding ECJ Case Law: <http://www.tress-network.org/DB/homeDBNew.jsp#> και Ν. Σκλήκα,, Θ. Τσοτσορού, (2008), *Ο εκσυγχρονισμός του συντονιστικού μηχανισμού των εθνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας: Η υγειονομική περίθαλψη.*

2.3 Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας.

Σε συνέχεια της απόφασης του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου της Βαρκελώνης¹⁰¹, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το Συμβούλιο προέβησαν στις απαραίτητες ενέργειες για την εισαγωγή και λειτουργία από 1ης Ιουνίου 2004 της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας¹⁰² (στο εξής Ε.Κ.Α.Α. ή κάρτα) βάσει του Κανονισμού (ΕΚ) 631/2004 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 31^{ης} Μαρτίου 2004. Η εν λόγω κάρτα αντικατέστησε τα κοινοτικά έντυπα, τα οποία βεβαίωναν την κάλυψη από τον αρμόδιο φορέα της υγειονομικής περίθαλψης, η οποία παρέχεται κατά την διάρκεια (προσωρινής) διαμονής σε άλλο κράτος μέλος, με στόχο την προαγωγή της ελεύθερης κυκλοφορίας όλων των ασφαλισμένων προσώπων.¹⁰³

¹⁰¹ Στις 15 και 16 Μαρτίου 2002

¹⁰² European Health Insurance Card (E.H.I.C)

¹⁰³ Εγκύκλιος Φ.60000/οικ.12854/897/25-05-2004 της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Στις Αποφάσεις της Διοικητικής Επιτροπής 189, 190, 191 /18-6-2003 καθώς και τις S1¹⁰⁴, S2¹⁰⁵ του 2009 (τροποποιητικές) καθορίζονται αφενός τις νομικές προϋποθέσεις πρόσβασης στην περίθαλψη κατά τη διάρκεια διαμονής σε κράτος μέλος άλλο από το αρμόδιο κράτος ή το κράτος κατοικίας, και προσδιορίζονται τα τεχνικά χαρακτηριστικά της Ε.Κ.Α.Α.

Η ΕΚΑΑ θεωρείται «το πρώτο και, μέχρι στιγμής, μοναδικό ενωσιακό έγγραφο, το οποίο δηλώνει την “ταυτότητα” του ασφαλισμένου κάθε κράτους μέλους ως Ευρωπαίου πολίτη. Με την εισαγωγή της κάρτας, ο κοινοτικός νομοθέτης αποδίδει μεγάλη σημασία στην εκπλήρωση των στόχων, τους οποίους αυτή υπηρετεί, δηλαδή την προαγωγή της κινητικότητας και την εγκαθίδρυση της ελεύθερης κυκλοφορίας.¹⁰⁶ Σύμφωνα δε με την Επιτροπή, πρέπει να αντιλαμβανόμαστε όλον τον σχεδιασμό για την εισαγωγή και λειτουργία της Κάρτας, ως πολιτική πρωτοβουλία με καταλυτική επίδραση στην εγκαθίδρυση των δικαιωμάτων».¹⁰⁷

Οι παροχές σε είδος που χορηγούνται από τον φορέα του κράτους μέλους διαμονής βάσει μιας έγκυρης ευρωπαϊκής κάρτας ασφάλισης ασθένειας αποδίδονται από τον αρμόδιο φορέα σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις. Έγκυρη ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης ασθένειας θεωρείται η κάρτα, η περίοδος διάρκειας ισχύος της οποίας δεν έχει παρέλθει. Όταν εξαιρετικές περιστάσεις¹⁰⁸ εμποδίζουν την έκδοση μιας ευρωπαϊκής κάρτας ασφάλισης ασθένειας, εκδίδεται από τον αρμόδιο φορέα ένα Προσωρινό Πιστοποιητικό Αντικατάστασης (στο εξής Π.Π.Α.¹⁰⁹) με περιορισμένη διάρκεια ισχύος.

Η Ε.Κ.Α.Α. μπορεί να χρησιμοποιείται σε όλες τις περιπτώσεις προσωρινής διαμονής κατά τις οποίες ένας ασφαλισμένος απαιτεί παροχές σε είδος, ανεξαρτήτως του σκοπού της διαμονής, ο οποίος μπορεί να είναι ο τουρισμός, οι επαγγελματικές δραστηριότητες ή οι σπουδές και αποδεικνύει ότι ο κάτοχος της κάρτας δικαιούται

¹⁰⁴ Απόφαση αριθ. S1, της 12^{ης} Ιουνίου 2009, σχετικά με την ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης ασθένειας

¹⁰⁵ Απόφαση αριθ. S2, της 12^{ης} Ιουνίου 2009, σχετικά με τα τεχνικά χαρακτηριστικά της ευρωπαϊκής κάρτας ασφάλισης ασθένειας

¹⁰⁶ Εγκύκλιος Φ.60000/οικ.12854/897/25-05-2004 της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων

¹⁰⁷ Εγκύκλιος Φ.60000/οικ.12854/897/25-05-2004 της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων

¹⁰⁸ «Η Διοικητική Επιτροπή έχει δεχθεί, ότι ως “εξαιρετικές” περιστάσεις δύνανται να θεωρηθούν η κλοπή, η απώλεια της ευρωπαϊκής Κάρτας ή η αναχώρηση εντός πολύ σύντομου χρονικού διαστήματος, έτσι ώστε να είναι ανέφικτη η απόκτησή της». (στο Εγκύκλιο Φ.60000/οικ.12854/897/25-05-2004 της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων)

¹⁰⁹ Η Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας και το Προσωρινό Πιστοποιητικό Αντικατάστασης (Π.Π.Α.) είναι σύμφωνα με ένα ενιαίο υπόδειγμα, το οποίο φέρει τα χαρακτηριστικά και τις τεχνικές προδιαγραφές που καθορίζονται από την Απόφαση S2 της Διοικητικής Επιτροπής.

παροχές ασθένειας σε είδος στο κράτος μέλος διαμονής, οι οποίες καθίστανται αναγκαίες για ιατρικούς λόγους και οι οποίες χορηγούνται κατά τη διάρκεια προσωρινής διαμονής σε ένα άλλο κράτος μέλος, ώστε ο κάτοχος της κάρτας να μην αναγκάζεται να επιστρέψει στο αρμόδιο κράτος ή το κράτος κατοικίας για να λάβει την απαραίτητη θεραπεία. Ο σκοπός των παροχών αυτού του τύπου είναι να επιτρέπεται στον ασφαλισμένο να συνεχίσει τη διαμονή του υπό ιατρικά ασφαλείς συνθήκες.¹¹⁰

Στην Απόφαση S1 της Διοικητικής Επιτροπής καθορίζονται οι ενέργειες των αρμοδίων φορέων για την αποφυγή της παράτυπης χρήσης της κάρτας όπως τη συνεργασία μεταξύ των φορέων των κρατών μελών, η ύπαρξη της ημερομηνίας λήξης της κάρτας. Ωστόσο, αρκετά κράτη μέλη εντοπίζουν περιπτώσεις λανθασμένης χρήσης της κάρτας, όπως χρήση της παλαιάς κάρτας μετά από αλλαγή ασφαλιστικού φορέα ή κατάχρησή (ή απάτη)¹¹¹ της όπως π.χ. η Βουλγαρία κατέβαλε 750.000ευρώ αποζημίωση σε κράτος μέλος διαμονής βάσει της κάρτας, για κατόχους κάρτας οι οποίοι δεν είχαν το δικαίωμα για υγειονομική περίθαλψη βάσει της νομοθεσίας της για την περίοδο χρήσης των παροχών σε είδος.¹¹²

Περίοδος ισχύος της Ε.Κ.Α.Α.

Η περίοδος ισχύος της ευρωπαϊκής κάρτας ασφάλισης ασθένειας καθορίζεται από τον φορέα που την εκδίδει βάσει της προβλεπόμενης διάρκειας του δικαιώματος του ασφαλισμένου.¹¹³

Όσον αφορά την Ελλάδα, εκτιμάται ότι παρά την ύπαρξη πολλών φορέων με διαφορετικές νομοθεσίες, η μέση διάρκεια του δικαιώματος ανέρχεται σε 1 έτος, ανάλογα με τη διάρκεια του ασφαλιστικού δικαιώματος του κάθε φορέα. Στο παρακάτω πίνακα, αποτυπώνεται η χρονική διάρκεια ισχύος της κάρτας σε όλα τα κράτη μέλη της Ένωσης.

¹¹⁰ Απόφαση αριθ. S1, της 12^{ης} Ιουνίου 2009, σχετικά με την ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης ασθένειας

¹¹¹ Στο πλαίσιο της καταπολέμησης της απάτης και του σφάλματος στην κοινωνική ασφάλιση και συγκεκριμένα για όλους τους κλάδους που αναφέρονται στο άρθρο 3 του Κανονισμού (ΕΚ) 883/2004, η Διοικητική Επιτροπή (άρθρο 71 και 72 Καν. (ΕΚ) 883/2004) έχει υιοθετήσει την Απόφαση H5 της 18^{ης} Μαρτίου 2010 για τη συνεργασία των κρατών μελών με τον ορισμό Εθνικών Σημείων Επαφής (ή αλλιώς όπως διατηρήθηκε η συντομογραφία τους «H5NCP»).

¹¹² Έκθεση της Διοικητικής Επιτροπής βάσει του ετήσιου ερωτηματολογίου για την χρήση της ΕΚΑΑ, έτος αναφοράς 2015.

¹¹³ Απόφαση αριθ. S1, της 12^{ης} Ιουνίου 2009, σχετικά με την ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης ασθένειας

Πίνακας 2: Η περίοδος ισχύος της ΕΚΑΑ ανά κράτος μέλος, έτος αναφοράς 2015

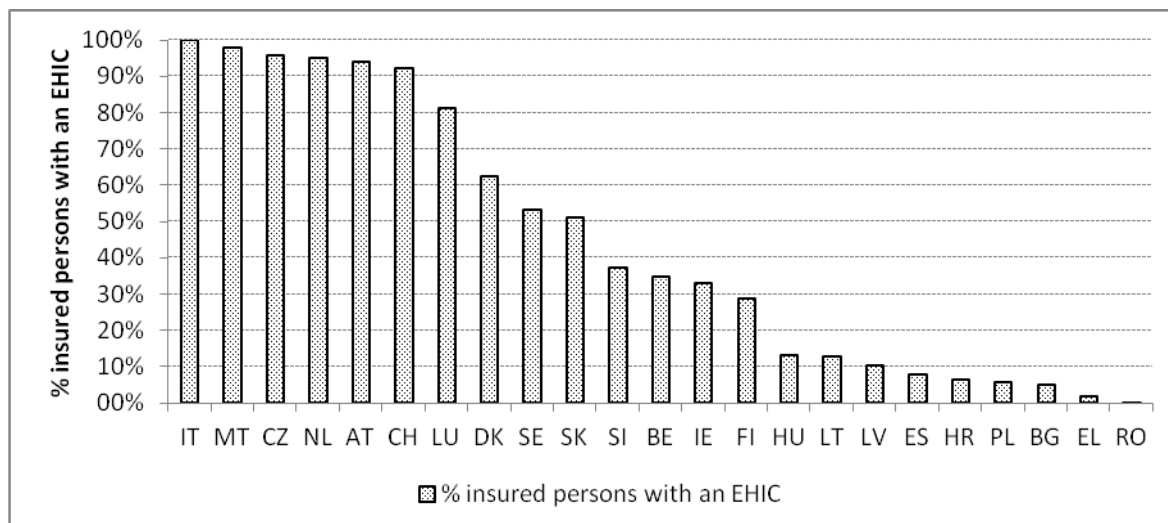
MS/KM	Περίοδος ισχύος της ΕΚΑΑ
BE	1 με 2 χρόνια (π.χ. έως 31/12 του επόμενου έτους)
BG	1 έτος (οικονομικά ενεργούς πολίτες), 5 χρόνια (παιδιά), 10 χρόνια (συνταξιούχοι)
CZ	5 χρόνια
DK	(max) 5 χρόνια, μικρότερη περίοδος σε συγκεκριμένες περιπτώσεις
DE	Αρκετές μέρες/εβδομάδες έως αρκετά χρόνια (ίδια περίοδο για την εθνική κάρτα)
EE	max 3 χρόνια (ενήλικοι), max 5 years (παιδιά)
IE	4 χρόνια
EL	1 έτος (μισθωτοί και μη μισθωτοί), 1 έως 3 χρόνια (συνταξιούχοι), περίπου 6 μήνες (φοιτητές)
ES	2 χρόνια, 12 μήνες (ένας αρμόδιος φορέας)
FR	2 χρόνια
HR	3 χρόνια (όλοι οι ασφαλισμένοι), 4 έως 5 χρόνια (διπλωματικό προσωπικό)
IT	6 χρόνια
CY	max 5 χρόνια
LV	3 χρόνια
LT	max 2 χρόνια (ενεργός πληθυσμός), έως τα 6 χρόνια (those insured by State means), max 1 έτος (φοιτητές)
LU	3-60 μήνες (αναλογικά με την έκταση του ασφαλιστικού φακέλου), min 1 έτος για ορισμένες ομάδες καταγεγραμμένων με το Έντυπο S1
HU	max 3 χρόνια (ασφαλισμένα άτομα), max. 4 χρόνια για αποσπασμένους δημοσίους υπαλλήλους
MT	5 χρόνια
NL	1, 3 και 5 χρόνια Οι περισσότεροι αρμόδιοι φορείς εκδίδουν την ΕΚΑΑ για περίοδο 5 ετών.
AT	1 ή 5 χρόνια, 10 χρόνια (συνταξιούχοι)
PL	6 μήνες, 5 χρόνια (συνταξιούχοι), μικρότερη περίοδος σε ορισμένες περιπτώσεις
PT	3 χρόνια
RO	1 έτος
SI	1 έτος, 5 χρόνια (συνταξιούχοι και τα μέλη οικογένειάς τους, παιδιά)
SK	απροσδιόριστος
FI	2 χρόνια
SE	3 χρόνια
UK	5 χρόνια
IS	3 χρόνια, 5 χρόνια (συνταξιούχοι)
LI	5 χρόνια
NO	3 χρόνια
CH	Μεταξύ 3 και 10 ετών (5 χρόνια μέσο όρο)

Πηγή: Διοικητική Επιτροπή¹¹⁴, δεδομένα για την χρήση της ΕΚΑΑ, Ετήσιο ερωτηματολόγιο 2016

Στο παρακάτω διάγραμμα αποτυπώνεται το ποσοστό των ασφαλισμένων κάθε κράτους μέλους οι οποίοι είναι κάτοχοι της κάρτας κατά το έτος 2015. Παρατηρείται ότι, από τους 9.000.000 ασφαλισμένους στην Ελλάδα ένα μικρό ποσοστό απευθύνεται στον φορέα ασφάλισής του για την έκδοση της κάρτας.

¹¹⁴ Η Διοικητική Επιτροπή για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υπάγεται στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή βάσει του Τίτλου IV (άρθρα 71 και 72) του Κανονισμού ΕΚ 883/2004

Διάγραμμα 1 Ποσοστό (%) ασφαλισμένων –κατόχων της ΕΚΑΑ σε ισχύ, έτος αναφοράς 2015



* Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για DE, EE, FR, CY, PT, UK, IS, LI και NO.

Πηγή Διοικητική Επιτροπή, δεδομένα για την χρήση της ΕΚΑΑ, Ετήσιο ερωτηματολόγιο 2016

2.4 Προγραμματισμένη νοσηλεία στην Ε.Ε.

Το Φορητό Έγγραφο S2 (Portable Document S2)¹¹⁵, βεβαιώνει το δικαίωμα σε προγραμματισμένη νοσηλεία σε κράτος μέλος άλλο από το αρμόδιο του ασφαλισμένου, βάσει των διαδικασιών που καθορίζονται από τους Κανονισμούς (ΕΚ) 883/2004 και 987/2009 και αποτελεί την λεγόμενη προηγούμενη έγκριση. Προκειμένου ο ασφαλισμένος-ασθενής να πραγματοποιήσει μια προγραμματισμένη νοσηλεία σε άλλο κράτος μέλος από το αρμόδιο θα πρέπει να απευθυνθεί στο φορέα ασφάλισής του και να ζητήσει την έκδοση του ανωτέρω φορητού εγγράφου βάσει του Κανονισμού (ΕΚ) 883/2004.

Στον παρακάτω πίνακα, απεικονίζεται το αριθμός και το ποσοστό των ασφαλισμένων που έκαναν χρήση του δικαιώματος προγραμματισμένης διασυνοριακής περίθαλψης μετά από προηγούμενη έγκριση, ανά κράτος μέλος, για το έτος 2015. Παρατηρείται ότι μόνο 490 έντυπα S2 έχουν εκδοθεί για έλληνες ασφαλισμένους δικαιούχους υγειονομικής περίθαλψης.

¹¹⁵ Αντικατέστησε το έντυπο E112.

Πίνακας 3: Το ποσοστό των ασφαλισμένων που έχουν δικαίωμα προγραμματισμένης διασυννοριακής περίθαλψης μετά από προηγούμενη έγκριση, έτος αναφοράς 2015

MS/KM	Αριθμός των ασφαλισμένων (Α)	Αριθμός των PD S2 που εκδόθηκαν (Β)	Μερίδιο του ασφαλισμένου πληθυσμού (Β/Α)	σε 100,000 ασφαλισμένους
BE	11,177,731	n.a.	n.a.	0
BG	6,222,079	331	0.005%	5
CZ	10,430,223	101	0.001%	1
DK	5,600,000	72	0.001%	1
DE	70,728,389	n.a.	n.a.	0
EE	1,237,336	38	0.003%	3
IE	n.a.	636	n.a.	n.a.
EL	9,000,000	490	0.005%	5
ES	47,762,374	399	0.001%	1
FR	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
HR	4,326,925	485	0.011%	11
IT	60,216,084	3,364	0.006%	6
CY	606,620	383	0.063%	63
LV	2,264,954	196	0.009%	9
LT	2,959,784	35	0.001%	1
LU	875,066	15,282	1.746%	1,746
HU	9,899,383	270	0.003%	3
MT	219,691	21	0.010%	10
NL	16,825,883	3,297	0.020%	20
AT	8,750,759	4,757	0.054%	54
PL	33,594,006	108	0.000%	0
PT	n.a.	49	n.a.	n.a.
RO	17,191,563	775	0.005%	5
SI	2,177,983	335	0.015%	15
SK	5,163,561	770	0.015%	15
FI	5,490,376	98	0.002%	2
SE	7,841,769	78	0.001%	1
UK	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
IS	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
LI	n.a.	10	n.a.	n.a.
NO	n.a.	100	n.a.	n.a.
CH	8,140,000	124	0.002%	2
Total*		32,604	0.012%	12

* Selection of the Member States of which the number of insured persons is available/

Επιλογή των στοιχείων των κρατών μελών των οποίων ο αριθμός των ασφαλισμένων είναι διαθέσιμος

Πηγή: Διοικητική Επιτροπή, Η χρήση της ΕΚΑΑ και του Φ.Ε. S2, Ετήσιο Ερωτηματολόγιο 2016

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η εξέλιξη της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης στην Ε.Ε.

3.1 Η Οδηγία 2011/24/ΕΕ για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη

Η Οδηγία 2011/24/ΕΕ¹¹⁶ (στο εξής Οδηγία) για τη εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης υιοθετήθηκε την 24^η Απριλίου 2011, με προθεσμία ενσωμάτωσης στο εθνικό δίκαιο από τα κράτη μέλη την 25^η Οκτωβρίου 2013. Στην ελληνική νομοθεσία ενσωματώθηκε με το νόμο 4213/2013 (ΦΕΚ 261/Α'/09-12-2013).

3.1.1 Εξέλιξη και στόχοι

Το 2003, μετά την παρότρυνση των Υπουργών Υγείας των κρατών μελών, κλήθηκε η Επιτροπή να βελτιώσει την ασφάλεια δικαίου στον τομέα της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, κωδικοποιώντας τη νομολογία του Δικαστηρίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης που αφορά στο δικαίωμα των ασθενών να λαμβάνουν ιατρική περίθαλψη σε άλλο κράτος μέλος από το αρμόδιο.¹¹⁷ Παρ' όλο που η θέση του Δικαστηρίου είναι σαφής, κρίθηκε αναγκαίο να βελτιωθεί η σαφήνεια προκειμένου να εξασφαλίζεται η αποτελεσματικότερη εφαρμογή της ελεύθερης λήψης και παροχής υπηρεσιών υγείας. Στη συνέχεια, το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο μετά από έρευνες που πραγματοποίησε για τα συστήματα και τις πολιτικές υγείας παρουσίασε μια ανάλυση από ανεξάρτητους εμπειρογνώμονες¹¹⁸, η οποία χρησιμοποιήθηκε ως βάση για την εκτίμηση των επιπτώσεων της εν λόγω Οδηγίας. Η έρευνα αυτή είχε ως επίκεντρο τα εξής επτά θέματα της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης: «προηγούμενη έγκριση και πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, ποιότητα και ασφάλεια, δικαιώματα των

¹¹⁶ Η Οδηγία 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 9^{ης} Απριλίου 2011, περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, *ΕΕ L 88 της 4.4.2011, σ. 45 έως 65*

¹¹⁷ Βλ. την έκθεση της διαδικασίας προβληματισμού υψηλού επιπέδου για την κινητικότητα των ασθενών και τις μελλοντικές εξελίξεις υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, και την ανακοίνωση της Επιτροπής - συνέχεια της διαδικασίας προβληματισμού υψηλού επιπέδου για την κινητικότητα των ασθενών και τις μελλοντικές εξελίξεις υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, COM (2004) 301 τελικό, 20 Απριλίου 2004.

¹¹⁸ Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K and Van Ginneken E (2007), *Cross-Border Healthcare: Mapping and Analysing Health Systems Diversity, European Observatory on Health Systems and Policies*

ασθενών, διασυνοριακή συνεργασία, καλάρια και τιμολόγηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, παλαιότερες επιπτώσεις της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης και δεδομένα της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης».¹¹⁹

Έτσι, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή πρότεινε την ίδρυση κοινοτικού πλαισίου για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, με τον καθορισμό νομικών ορισμών και γενικών διατάξεων και διαρθρώνεται γύρω από τρεις κύριους τομείς:

- **«κοινές αρχές σε όλα τα συστήματα υγείας της ΕΕ** που εγκρίθηκαν από το Συμβούλιο τον Ιούνιο του 2006 και καθορίζουν ποιο κράτος μέλος θα είναι αρμόδιο να εξασφαλίζει τις κοινές αρχές της υγειονομικής περίθαλψης και τι περιλαμβάνουν οι αρμοδιότητες αυτές, ώστε να εξασφαλίζεται σαφήνεια και βεβαιότητα ως προς το ποιες αρχές καθορίζουν και παρακολουθούν τα πρότυπα της υγειονομικής περίθαλψης σε ολόκληρη την ΕΕ
- **ένα ειδικό πλαίσιο για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη:** η Οδηγία θα αποσαφηνίζει τα δικαιώματα των ασθενών για τη λήψη υγειονομικής περίθαλψης σε άλλο κράτος μέλος, συμπεριλαμβανομένων των ορίων που μπορούν να θέσουν τα κράτη μέλη ως προς την εν λόγω περίθαλψη στο εξωτερικό, καθώς και το βαθμό οικονομικής κάλυψης που προβλέπεται για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, με βάση την αρχή ότι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα επιστροφής των εξόδων έως το ποσό που θα είχε καταβληθεί αν είχαν ακολουθήσει την ίδια θεραπεία στο κράτος κατοικίας
- **ευρωπαϊκή συνεργασία για την υγειονομική περίθαλψη:** η οδηγία ορίζει ένα πλαίσιο για την ευρωπαϊκή συνεργασία σε τομείς όπως η συνεργασία σε μεθοριακές περιοχές, η αναγνώριση των συνταγών που έχουν εκδοθεί σε άλλες χώρες, τα ευρωπαϊκά δίκτυα αναφοράς, η αξιολόγηση των τεχνολογιών στον τομέα της υγείας, η συλλογή δεδομένων και η ποιότητα και η ασφάλεια, προκειμένου η δυνητική συμβολή αυτής της συνεργασίας να πραγματοποιείται αποτελεσματικά και σε βιώσιμη βάση».¹²⁰

Η πρωτοβουλία αυτή είχε ως σκοπό να καθορίσει ένα σαφές και διαφανές πλαίσιο για την παροχή διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης εντός της Ένωσης, στην

¹¹⁹ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, *Πρόταση Οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη*, Βρυξέλλες, 2-7-2008, COM (2008) 414 τελικό, σελ. 3

¹²⁰ Ibid, σελ. 4

περίπτωση που η περίθαλψη παρέχεται σε διαφορετικό κράτος από το αρμόδιο χωρίς να υπεισέρχονται στη διαδικασία αδικαιολόγητα εμπόδια. Η ασφάλεια και η υψηλή ποιότητα θα πρέπει να διασφαλίζονται και να χαρακτηρίζουν την περίθαλψη. Οι διαδικασίες για την επιστροφή των εξόδων πρέπει να είναι σαφείς, συγκεκριμένες, προσβάσιμες και διαφανείς. Με βάση τον σεβασμό των αρχών της καθολικότητας, της πρόσβασης σε περίθαλψη υψηλής ποιότητας, της ισότητας και της αλληλεγγύης, το πλαίσιο αυτό έχει τους εξής στόχους:¹²¹

- «παροχή επαρκούς σαφήνειας ως προς τα δικαιώματα επιστροφής των εξόδων σε περίπτωση που η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται σε άλλα κράτη μέλη
- και εξασφάλιση της τήρησης των αναγκαίων απαιτήσεων για υψηλής ποιότητας, ασφαλή και αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη και στην περίπτωση της διασυνοριακής περίθαλψης».¹²²

Όπως αναφέρει η Επιτροπή, «σύμφωνα με τις αποφάσεις του Δικαστηρίου, το γεγονός ότι η νομοθεσία του κράτους μέλους ασφάλισης δεν εγγυάται στους ασθενείς που καλύπτονται από αυτή τη νομοθεσία ένα βαθμό επιστροφής των εξόδων ισοδύναμο με εκείνον που θα δικαιούνταν αν είχαν λάβει την υγειονομική περίθαλψη στο κράτος μέλος ασφάλισης, αποτελεί περιορισμό της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών κατά την έννοια του άρθρου 56 ΣΛΕΕ»¹²³. Ως εκ τούτου, κλήθηκε η Οδηγία να ρυθμίσει τα ζητήματα που συνδέονται με την επιστροφή των εξόδων της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται σε άλλο κράτος μέλος από το αρμόδιο, ώστε να διευκολύνεται και να διασφαλίζεται η άσκηση του δικαιώματος παροχής και λήψης υπηρεσιών υγείας.¹²⁴

Κρίνεται επιπλέον, ως ιδιαίτερα σημαντικό για τους ασθενείς, κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης να διασφαλίζονται τα εξής:

- «σαφείς πληροφορίες που καθιστούν δυνατό στα άτομα να επιλέγουν συνειδητά όσον αφορά την υγειονομική τους περίθαλψη

¹²¹ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, *Πρόταση Οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη*, Βρυξέλλες, 2-7-2008, COM (2008) 414 τελικό, σελ. 4

¹²² Ibid, σελ. 4-5

¹²³ Βλ. ιδίως υπόθεση C-368/98 *Vanbraekel*, παράγραφος 45.

¹²⁴ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, *Πρόταση Οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη*, Βρυξέλλες, 2-7-2008, COM (2008) 414 τελικό, σελ. 8

- μηχανισμοί για την εξασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης
- συνέχεια της περίθαλψης μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών και οργανώσεων που εμπλέκονται στη θεραπεία
- και μηχανισμοί για να εξασφαλίζονται κατάλληλα μέσα αποκατάστασης και αποζημίωσης για βλάβες που οφείλονται στην υγειονομική περίθαλψη».¹²⁵

Ο στόχος της Οδηγίας είναι να καθοριστεί η ύπαρξη σαφούς πλαισίου για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη στο εσωτερικό της ΕΕ, προκειμένου να διευκολυνθεί η άσκηση των δικαιωμάτων των ασθενών, ενώ ταυτόχρονα να διασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας, βάσει των κατωτέρω:

- «παροχή επαρκούς σαφήνειας ως προς τα δικαιώματα επιστροφής των εξόδων για υγειονομική περίθαλψη που έχει παρασχεθεί σε άλλα κράτη μέλη, ώστε αυτά τα δικαιώματα να ασκούνται πραγματικά
- και εξασφάλιση της τήρησης των αναγκαίων απαιτήσεων για υψηλής ποιότητας, ασφαλή και αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη και στην περίπτωση της διασυνοριακής περίθαλψης»¹²⁶

Επίσης, θα πρέπει να διασφαλίζεται, ότι ακολουθεί και είναι σύμφωνη με τους γενικούς στόχους των κρατών μελών, όπως αναφέρθηκαν και παραπάνω, που είναι η εξασφάλιση της προσβασιμότητας, της ποιότητας και της ασφάλειας της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται από τα συστήματα υγείας τους και δεν υπονομεύει τα συστήματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης, σεβόμενη το γεγονός ότι τα συστήματα υγείας ανήκουν στην αρμοδιότητα των κρατών μελών και ότι τα κράτη μέλη κατέχουν πλήρως τις αρμοδιότητες για την οργάνωση και παροχή των υπηρεσιών υγείας και της ιατρικής περίθαλψης σύμφωνα με το άρθρο 168 ΣΛΕΕ.¹²⁷

¹²⁵ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, *Πρόταση Οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη*, Βρυξέλλες, 2-7-2008, COM (2008) 414 τελικό, σελ. 8

¹²⁶ Ibid, σελ. 9

¹²⁷ Ibid, σελ. 9

3.1.2. Νομική βάση, επικουρικότητα και αναλογικότητα

Ενώ αρχικά στην Πρόταση της Οδηγίας ως νομική βάση θεωρήθηκαν οι διατάξεις της εσωτερικής αγοράς, μετά από πολιτική πίεση καθορίστηκε η διπλή νομική βάση με τις διατάξεις της δημόσιας υγείας. Έτσι, ενώ το άρθρο 114 της ΣΛΕΕ για την εσωτερική αγορά είναι η κατάλληλη νομική βάση¹²⁸, στην πορεία προστέθηκε και το άρθρο 168 για τη δημόσια υγεία, προκειμένου να μη γίνει προσέγγιση της Οδηγίας μόνο από την πλευρά της εσωτερικής αγοράς, αλλά να συμπληρωθεί από τους στόχους της πολιτικής της υγείας.¹²⁹

Η επιλογή του άρθρου 114 ως νομική βάση αιτιολογείται στο προοίμιο, καθώς οι διατάξεις της Οδηγίας έχουν αντικείμενο τη λειτουργία της εσωτερικής αγοράς, βάση της οποίας είναι η διασφάλιση της ελεύθερης κυκλοφορίας των υπηρεσιών υγείας και της προστασίας της υγείας, τηρώντας τον σεβασμό στις αρμοδιότητες των κρατών μελών σε θέματα οργάνωσης και παροχής των υπηρεσιών υγείας και της ιατρικής φροντίδας.¹³⁰ Ενώ, η νομική βάση της δημόσιας υγείας κρίθηκε απαραίτητη για την ενθάρρυνση των διατάξεων συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών.¹³¹

Επικουρικότητα- αναλογικότητα

Κατά τον έλεγχο της αρχής της επικουρικότητας της Οδηγίας διαπιστώθηκε ότι, η οδηγία συνάδει με την αρχή της επικουρικότητας όπως αυτή αναφέρεται στο άρθρο 5 της ΣΕΕ, καθώς οι στόχοι της δεν μπορούν να επιτευχθούν επαρκώς από τα κράτη μέλη και μπορούν, λόγω της κλίμακας της δράσης, να επιτευχθούν καλύτερα σε κοινοτικό επίπεδο.¹³²

¹²⁸ Ως προς τη νομική βάση της Οδηγίας, οι απόψεις δίστανται. Βλ. σχετικά:

1. M. Peeters (2012), *Free Movement of Patients: Directive 2011/24/EU on the Application of Patients' rights in cross-border healthcare*, European Journal of Health Law, 19(2012) 29-60, σελ. 33

2. I. Antonaki (2014), *The EU legal framework on cross-border healthcare after the adoption of the Patients' Mobility Directive*, University of Warsaw Journal of Comparative Law 1(1), pp. 42-62, σελ. 10

¹²⁹ R. Baeten (2012), *Europeanization of national health systems: National impact and EU codification of the patient mobility case law*, European Social Observatory, σελ. 12

¹³⁰ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, *Πρόταση Οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη*, Βρυξέλλες, 2-7-2008, COM (2008) 414 τελικό, σελ. 7

¹³¹ R. Baeten (2012), *Europeanization of national health systems: National impact and EU codification of the patient mobility case law*, European Social Observatory, σελ. 12

¹³² Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, *Πρόταση Οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη*, Βρυξέλλες, 2-7-2008, COM (2008) 414 τελικό, σελ. 9-10

Κατά τον έλεγχο της αρχής της αναλογικότητας, όπως αυτή επίσης ορίζεται στο άρθρο 5 της ΣΕΕ, διαπιστώθηκε ότι η δράση της περιορίζεται στις ελάχιστες απαιτούμενες ενέργειες για την υλοποίηση των εν λόγω στόχων. Η Οδηγία αφήνει ευρύ περιθώριο για την εφαρμογή των αρχών που τη διέπει από τα κράτη μέλη σύμφωνα με την κατάσταση που επικρατεί σε εθνικό, περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο.¹³³

Η εν λόγω Οδηγία κωδικοποιεί της Αποφάσεις του ΔΕΕ στον τομέα αυτό, και προσπαθεί να δημιουργήσει νομική βάση η οποία μέχρι πρότινος δεν υπήρχε, καθώς δεν ήταν εύκολο μέχρι τώρα να εφαρμοστούν οι θεμελιώδεις αρχές που καθορίστηκαν από το Δικαστήριο.¹³⁴ Δεν δημιουργεί καμία σημαντική αλλαγή σε σχέση με τη μέχρι τώρα νομολογία του ΔΕΕ αλλά αναπτύσσει και βελτιστοποιεί τις εν λόγω αρχές. Επιπλέον, διασφαλίζει το δικαίωμα των ευρωπαίων πολιτών για περίθαλψη σε διασυνοριακό επίπεδο και τη λήψη της ανάλογης αποζημίωσης. Παρόλα αυτά, η αποζημίωση που θα εισπραχθεί θα είναι έως το ποσό του κόστους που θα είχε καταβληθεί εάν η υγειονομική περίθαλψη είχε πραγματοποιηθεί στο αρμόδιο κράτος μέλος χωρίς να ξεπερνά το πραγματικό κόστος, και μόνο για το είδος της περίθαλψης για το οποίο ο ασθενής θα εισέπραττε εάν η παροχή περίθαλψης θα πραγματοποιούνταν στο αρμόδιο κράτος μέλος.

Η διάκριση μεταξύ νοσοκομειακής και μη νοσοκομειακής περίθαλψης εξηγείται από τη δήλωση ότι δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι η μη νοσοκομειακή περίθαλψη υπονομεύει είτε την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης είτε του οργανισμού που παρέχει την υγειονομική περίθαλψη, κατά την οποία η χορήγηση προηγούμενης έγκρισης δεν μπορεί να δικαιολογηθεί.¹³⁵

3.2 Κανόνες αποζημίωσης των δαπανών της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης

Σύμφωνα με την Οδηγία, πρέπει να διασφαλίζεται ότι ο ασθενής θα εισπράξει την δαπάνη που κατέβαλλε για την θεραπεία του από το κράτος μέλος ασφάλισης, εφόσον η εν λόγω υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνεται στις παροχές στις οποίες ο ασθενής θα είχε δικαίωμα να λάβει, ως εάν η θεραπεία είχε παρασχεθεί στο αρμόδιο κράτος μέλος.

¹³³ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, *Πρόταση Οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη*, Βρυξέλλες, 2-7-2008, COM (2008) 414 τελικό, σελ. 10-11

¹³⁴ Lang I. (2009), *Patient Mobility in the European Union: Pushing for EU Internal Health Market*, Med Law 28(4): 661-71

¹³⁵ Σημείο 7.2 του συνημμένου Explanatory Memorandum στο Σχέδιο της Οδηγίας για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη

Έτσι, η επιστροφή αυτών των δαπανών μπορεί να γίνει υπό τους ίδιους όρους, κριτήρια επιλεξιμότητας καθώς και κανονιστικές και διοικητικές διατυπώσεις, όπως εάν αυτή η υγειονομική περίθαλψη είχε παρασχεθεί στο κράτος μέλος ασφάλισης (άρθρο 7). Δημιουργήθηκε έτσι η υποχρέωση στα κράτη μέλη να αναπτύξουν έναν διαφανή μηχανισμό υπολογισμού των εξόδων για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη (άρθρο 7,6).¹³⁶

Η προηγούμενη έγκριση απαιτείται σε ορισμένες περιπτώσεις διασυνοριακής περίθαλψης, ως προϋπόθεση για την επιστροφή των δαπανών. Τέτοια περίπτωση είναι όταν στην υγειονομική περίθαλψη συμπεριλαμβάνεται διανυκτέρευση στο νοσοκομείο για τουλάχιστον μία νύχτα ή απαιτείται η χρήση πολύ εξειδικευμένης και δαπανηρής ιατρικής υποδομής ή εξοπλισμού (άρθρο 8.2 (α)), είτε όταν πρόκειται για θεραπείες που παρουσιάζουν ιδιαίτερο κίνδυνο για τον ασθενή, τον πληθυσμό, ή όταν αυτή παρέχεται από έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης που, κατά περίπτωση, θα μπορούσε να προκαλέσει σοβαρές ανησυχίες σχετικά με την ποιότητα ή την ασφάλεια της περίθαλψης (άρθρο 8,2 (β) και (γ)).¹³⁷

Απόρριψη της προηγούμενης έγκρισης μπορεί να γίνει όταν η υγειονομική περίθαλψη μπορεί να παρασχεθεί στην εσωτερική αγορά εντός προθεσμίας ιατρικώς αποδεκτής (άρθρο 8,6).

Επιπλέον, η προηγούμενη έγκριση μπορεί, να απορριφθεί όταν (άρθρο 8,6):

- ο ασθενής θα θέσει, με εύλογη βεβαιότητα, σε κίνδυνο την ασφάλεια του, που δεν μπορεί να θεωρηθεί ως αποδεκτός με το πιθανό όφελος της διασυνοριακής περίθαλψης
- το ευρύ κοινό θα εκτεθεί με εύλογη βεβαιότητα σε σημαντικό κίνδυνο ασφαλείας ως αποτέλεσμα της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης
- η εν λόγω υγειονομική περίθαλψη πρέπει να παρέχεται από έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης που εγείρει σοβαρές και συγκεκριμένες ανησυχίες σχετικά με την τήρηση των προτύπων και κατευθυντηρίων γραμμών για την ποιότητα της περίθαλψης και την ασφάλεια των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των διατάξεων σχετικά με την εποπτεία.¹³⁸

¹³⁶ R. Baeten (2012), *Europeanization of national health systems: National impact and EU codification of the patient mobility case law*, European Social Observatory, σελ. 13

¹³⁷ Ibid, σελ. 13

¹³⁸ Ibid, σελ. 13

Επίσης, μια γενική εξαίρεση επιτρέπει στα κράτη μέλη να περιορίζουν τις αποζημιώσεις της διασυνοριακής υγειονομικής με βάση επιτακτικούς λόγους γενικού συμφέροντος, όπως απαιτήσεις σχεδιασμού (άρθρο 7.9). Ωστόσο, δεν είναι σαφές πώς αυτό πρέπει να ερμηνευτεί και να εφαρμοστεί.¹³⁹

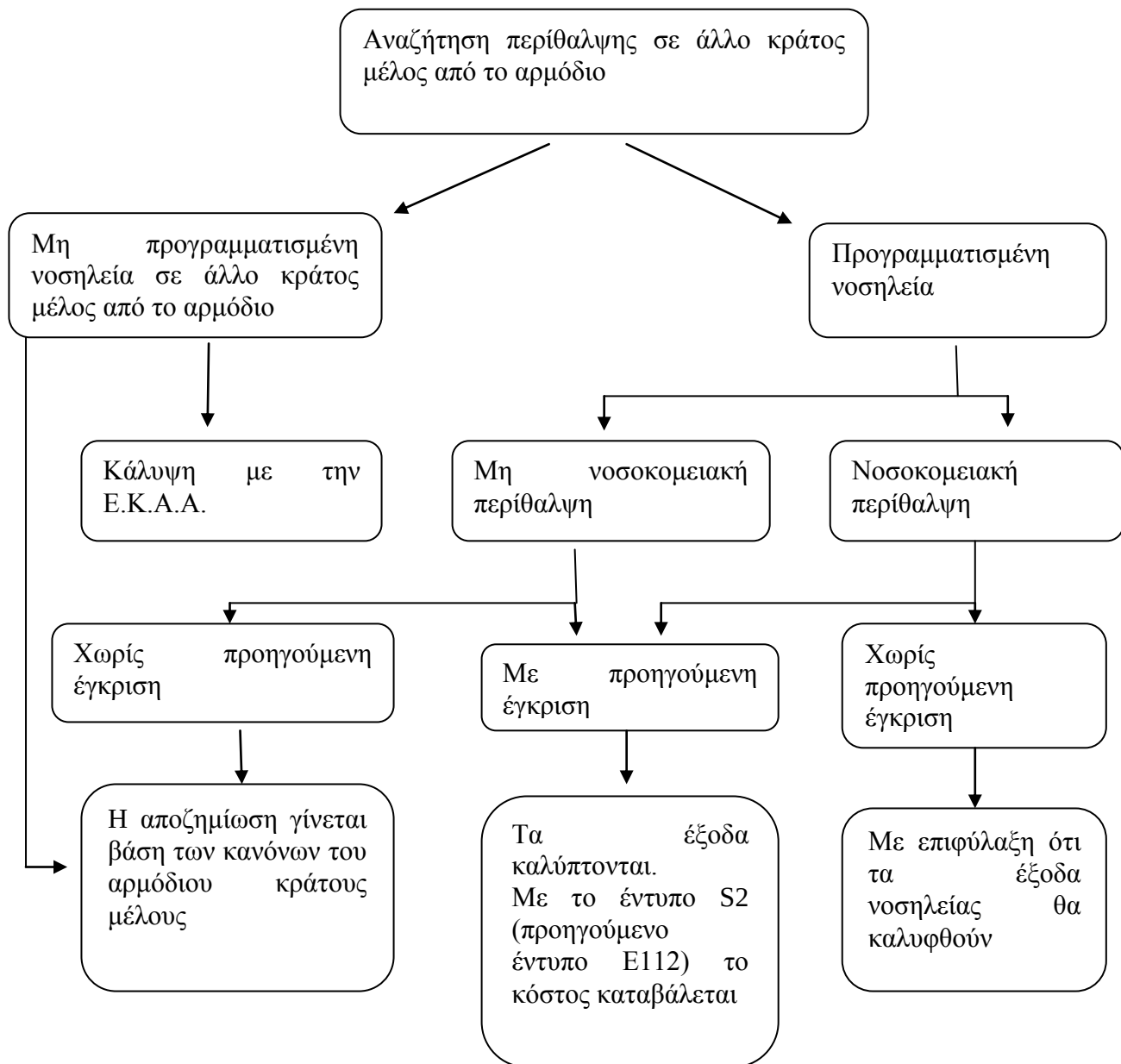
Τέλος, είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι, στην περίπτωση που ο ασθενής δικαιούται διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη σύμφωνα με τις διατάξεις της Οδηγίας αλλά και του Κανονισμού για τον συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, και αν η εφαρμογή του Κανονισμού είναι η πιο συμφέρουσα για τον ασθενή, θα πρέπει να ενημερώνεται σχετικά ο ασθενής (προοίμιο 31), η προηγούμενη άδεια πρέπει να χορηγείται και οι παροχές να καταβάλλονται σύμφωνα με τον Κανονισμό εκτός αν ο ασθενής επιθυμεί διαφορετικά (άρθρο 8,3).¹⁴⁰

Στην παρακάτω εικόνα απεικονίζεται συνοπτικά η ροή αποζημίωσης κατά τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη.

¹³⁹ Ibid, σελ. 13

¹⁴⁰ Ibid, σελ. 13

Εικόνα 1: Διάγραμμα ροής που συνοψίζει τη χρηματοδότηση της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης



Πηγή: Wismar MP, Figueras J., Ernst K., Van Ginneken E. (2011^a), *Cross-border health care in the European Union: Mapping and analyzing practices and policies*, Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.

Στον παρακάτω πίνακα, απεικονίζονται συνοπτικά, οι διαφορές μεταξύ της εφαρμογής της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ και του Κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 883/2004.¹⁴¹

Πίνακας 4: Οι διαφορές μεταξύ του Κανονισμού 883/2004 και της Οδηγίας

	Νομική βάση	Επιστροφή εξόδων	Ισχύοντες Κανόνες
Κανονισμοί ΕΚ 883/04 και 987/09	Ελεύθερη διακίνηση ατόμων	• Προέγκριση χρειάζεται σε όλες τις θεραπείες • Εκτός από τις θεραπείες που είναι ιατρικώς αναγκαίες κατά τη διάρκεια προσωρινής παραμονής στο κράτος μέλος θεραπείας • Η προέγκριση δεν μπορεί να απορριφθεί εάν ⇒ Η θεραπεία συμπεριλαμβάνεται στο «πακέτο ωφελιμάτων υγείας» ⇒ Η θεραπεία δεν μπορεί να γίνει εντός προθεσμίας ιατρικά δικαιολογημένης	• Κράτος μέλος θεραπείας • «ως εάν ήταν ασφαλισμένος στο κράτος μέλος θεραπείας» • Εφαρμόζονται οι διατυπώσεις και οι προϋποθέσεις του κράτους μέλους θεραπείας • Το κράτος μέλος ασφάλισης πληρώνει απευθείας
Οδηγία 2011/24/ΕΕ	Ελεύθερη διακίνηση ατόμων, φαρμάκων και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού	Δεν χρειάζεται προέγκριση, εκτός εάν η θεραπεία • Περιλαμβάνει τουλάχιστον μία διανυκτέρευση • Παρουσιάζει ιδιαίτερο κίνδυνο για τον ασθενή / πληθυσμό • Ο πάροχος ενδέχεται να εγείρει σοβαρές και συγκεκριμένες ανησυχίες όσον αφορά την ασφάλεια και την ποιότητα της περίθαλψης	• Κράτος μέλος ασφάλισης • « ως εάν τύγχανε υγειονομικής περίθαλψης στο κράτος μέλος ασφάλισης» • Εφαρμόζονται οι διατυπώσεις και οι προϋποθέσεις του κράτους μέλους ασφάλισης • Ο ασθενής προπληρώνει και το κράτος μέλος ασφάλισης του επιστρέφει τα έξοδα • Εκτός: Εάν πληρούνται οι όροι του Κανονισμού ΕΚ 883/04, ισχύουν οι όροι αυτοί

Πηγή: Κυπριακή Δημοκρατία, Εθνικό Σημείο Επαφής για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, αλλά και στο M. Peeters (2012), *Free Movement of Patients: Directive 2011/24/ on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare*, European Journal of Health Law 19, 29-60

3.3 Προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα

Η Οδηγία για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη εφαρμόζει τις διατάξεις του κοινοτικού πλαισίου της Οδηγίας 95/46/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών¹⁴² καθώς και της Οδηγίας 2002/58/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, σχετικά με την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και την προστασία της ιδιωτικής ζωής στον τομέα των ηλεκτρονικών επικοινωνιών¹⁴³, ως εκ

¹⁴¹ Κυπριακή Δημοκρατία, Εθνικό Σημείο Επαφής για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη http://www.moh.gov.cy/moh/cbh/cbh.nsf/page04_gr/page04_gr?OpenDocument (πρόσβαση στις 25-10-2016)

¹⁴² ΕΕ L 281 της 23.11.1995, σ. 31.

¹⁴³ ΕΕ L 201 της 31.7.2002, σ. 37.

τούτου, διασφαλίζει τα δικαιώματα των ασθενών που απορρέουν από την προστασία της ιδιωτικής ζωής όσον αφορά την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.¹⁴⁴

Στοιχείο της επιτυχής συνέχισης της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης είναι και η έγκαιρη διαβίβαση των δεδομένων που αφορούν την υγεία των ασθενών. Έτσι, το πλαίσιο που παρέχει η Οδηγία 95/46/EK για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών, προβλέπει το δικαίωμα των ασθενών να έχουν πρόσβαση στα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν την υγεία τους. Σε αυτό το πλαίσιο περιλαμβάνεται και το δικαίωμα πρόσβασης στα ιατρικά μητρώα του ασθενούς, όπως η διάγνωση, τα αποτελέσματα των εξετάσεων, οι αξιολογήσεις από θεράποντες ιατρούς και κάθε θεραπεία ή επέμβαση που έχει πραγματοποιηθεί.¹⁴⁵

Στις 25 Μαΐου του 2018, τίθεται σε εφαρμογή ο νέος Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679¹⁴⁶ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της Οδηγίας 95/46/EK.

Παράλληλα, υπάρχει σε ισχύ και ο Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 45/2001¹⁴⁷ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 18ης Δεκεμβρίου 2000, σχετικά με την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από τα όργανα και τους οργανισμούς της Κοινότητας και σχετικά με την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών.

Τέλος, στις διατάξεις των Κανονισμών (ΕΚ) 883/2004 και 987/2009 διασφαλίζεται η προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σε όλους τους κλάδους της κοινωνικής ασφάλισης που εμπίπτουν στο υλικό πεδίο εφαρμογής τους.

¹⁴⁴ Βλ. επίσης το 2009/C129/03, *Opinion of the European Data Protection Supervisor on the proposal for a directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare*.

¹⁴⁵ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, *Πρόταση Οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη*, Βρυξέλλες, 2-7-2008, COM (2008) 414 τελικό, σελ. 6

¹⁴⁶ OJ L 119, 4.5.2016, p. 1–88

¹⁴⁷ OJ L 8, 12.1.2001, p. 1–22

3.4 Εθνικά Σημεία Επαφής¹⁴⁸

Βάσει του άρθρου 6 της Οδηγίας συστήνονται στα κράτη μέλη τα Εθνικά Σημεία Επαφής (στο εξής Ε.Σ.Ε.), με την ευθύνη, πλην αυτών που αναγράφονται στο άρθρο, της κατάλληλης ενημέρωσης των ασθενών προκειμένου να βελτιωθεί η εμπιστοσύνη των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη και να επιτευχθεί η ελεύθερη κυκλοφορία των υπηρεσιών υγείας στην εσωτερική αγορά καθώς και το υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας.¹⁴⁹

Πιο συγκεκριμένα, παρέχουν πληροφόρηση ως εξής:

- στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (πληροφορίες σχετικά με το δικαίωμα ενός συγκεκριμένου παρόχου να παρέχει υπηρεσίες ή έχει τυχόν περιορισμούς στην άσκηση του επαγγέλματός του)
- όσον αφορά τα πρότυπα και τις κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την ποιότητα και τις διατάξεις ασφαλείας, συμπεριλαμβανομένης της εποπτείας και της αξιολόγησης των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης,
- πληροφορίες σχετικά με την προσβασιμότητα των ατόμων με ειδικές ανάγκες στα νοσοκομεία
- τις διαδικασίες υποβολής παραπόνων και τους μηχανισμούς άσκησης ενδίκων μέσων
- νομικές και διοικητικές επιλογές που είναι διαθέσιμες για την επίλυση των διαφορών, συμπεριλαμβανομένης της περίπτωσης πρόκλησης βλάβης από τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη
- τα στοιχεία επικοινωνίας των εθνικών σημείων επαφής σε άλλα κράτη μέλη (άρθρο 5.2)¹⁵⁰

Επιπλέον, τα εθνικά σημεία επαφής μπορούν να παρέχουν περισσότερες πληροφορίες σε εθελοντική βάση (προοίμιο 48), καθώς και πληροφορίες σχετικά με τα

¹⁴⁸ Άρθρο 6 της Οδηγίας

¹⁴⁹ M. Peeters (2012), *Free Movement of Patients, Directive 2011/24 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare*, European Journal of Health Law 19 (2012) 29-60, σελ 45

¹⁵⁰ Ibid, σελ 45

δικαιώματα για την επιστροφή των δαπανών και τη διαφορά μεταξύ των διαδικασιών της Οδηγίας και του Κανονισμού 883/2004 και σχετικά με τις διαδικασίες στην περίπτωση που το αίτημά τους δεν γίνει δεκτό (άρθρο 6.4).¹⁵¹

Τα κράτη μέλη ορίζουν ένα ή περισσότερα εθνικά σημεία επαφής, αποστέλλοντας τα στοιχεία του στην Επιτροπή. Υποχρέωση των ΕΣΕ είναι να συμβουλεύουν οργανώσεις ασθενών, παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και ασφαλιστικούς φορείς (άρθρο 6.1).¹⁵² Επιπλέον, τα εθνικά σημεία μπορούν να δημιουργήσουν σημεία επαφής σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο, σύμφωνα με την ήδη υπάρχουσα ειδική οργάνωση του συστήματός τους υγειονομικής περίθαλψης.¹⁵³

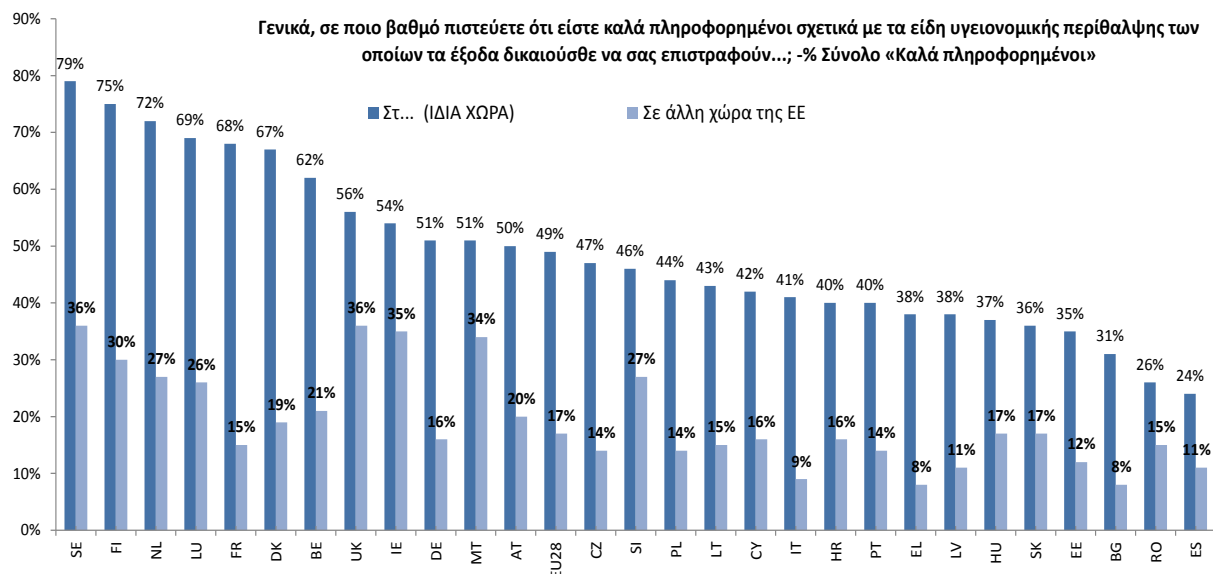
Η έρευνα του Ευρωβαρόμετρου, όπως αυτή αποτυπώνεται στο παρακάτω πίνακα, έδειξε ότι οι ασθενείς δεν γνωρίζουν τα δικαιώματά τους όσον αφορά τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη. Συχνά παρατηρείται έλλειψη σαφών πληροφοριών, όπως επίσης, δεν γνωρίζουν τις δυνατότητες και τα δικαιώματά τους για θεραπεία στο εξωτερικό και επιστροφή των εξόδων. Στο παρακάτω διάγραμμα διαπιστώνεται ότι οι Έλληνες και οι Βούλγαροι πολίτες είναι οι λιγότερο πληροφορημένοι (μόνο 8%) σχετικά με τα είδη υγειονομικής περίθαλψης των οποίων τα έξοδα δικαιούνται να τους επιστραφούν.

¹⁵¹ Ibid, σελ 45

¹⁵² M. Peeters (2012), *Free Movement of Patients, Directive 2011/24 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare*, European Journal of Health Law 19 (2012) 29-60, σελ 45

¹⁵³ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, *Πρόταση Οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη*, Βρυξέλλες, 2-7-2008, COM (2008) 414 τελικό, σελ. 20-21

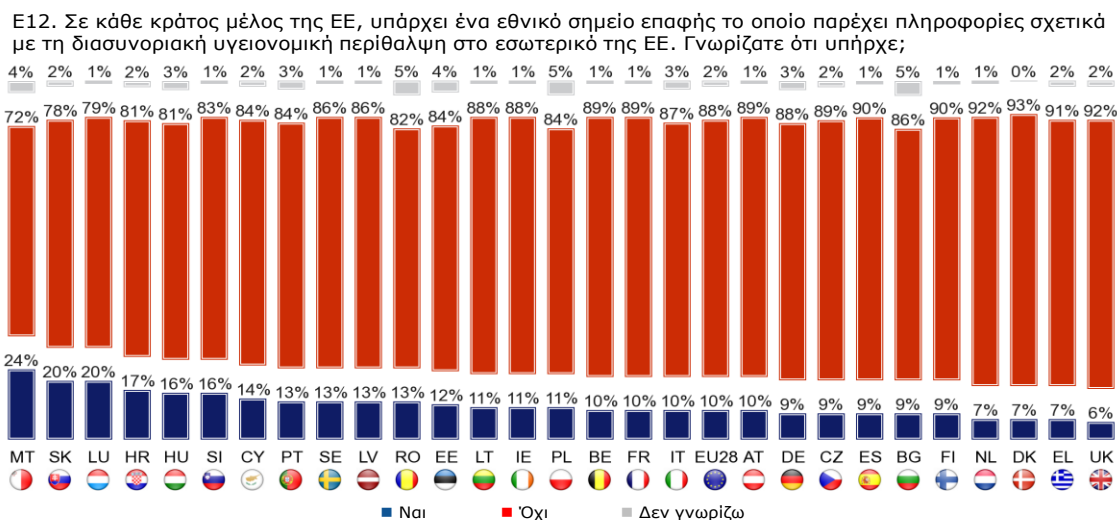
Διάγραμμα 2: Ποσοστό πληροφορημένων πολιτών για τα δικαιώματά τους στην υγειονομική περίθαλψη



Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Έκθεση ευρωβαρόμετρου 425, Τα δικαιώματα των ασθενών στη διασυνοριακή περίθαλψη στην Ε.Ε. σελ. 42

Παράλληλα, μόνον ένας στους δέκα γνώριζε την ύπαρξη των ΕΣΕ. Ενώ συγκεκριμένα στην Ελλάδα μόνο το 7% γνώριζε την ύπαρξη του Εθνικού Σημείου Επαφής.

Εικόνα 2: Ποσοστό των πολιτών που γνώριζαν την ύπαρξη του ΕΣΕ



Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Έκθεση ευρωβαρόμετρου 425, Τα δικαιώματα των ασθενών στη διασυνοριακή περίθαλψη στην Ε.Ε. σελ. 52

3.5 Συνεργασία στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη

3.5.1 Αναγνώριση ιατρικών συνταγών

Σύμφωνα με το άρθρο 11 της Οδηγίας και την εκτελεστική Οδηγία 2012/52/ΕΕ¹⁵⁴ τέθηκε σε εφαρμογή η αρχή της αμοιβαίας αναγνώρισης των ιατρικών συνταγών μεταξύ των κρατών μελών και εξουσιοδοτείται η Επιτροπή να θεσπίσει πρακτικά μέτρα για να βοηθήσει στην αναγνώριση αυτή μέσω της ψήφισης της προαναφερόμενης εκτελεστικής οδηγίας. Η ανωτέρω εκτελεστική Οδηγία αναφέρει κατάλογο των κοινών στοιχείων που πρέπει να περιλαμβάνονται στις διασυνοριακές συνταγές. Ο εν λόγω κατάλογος περιλαμβάνει, με περιορισμένες εξαιρέσεις, την «διεθνή κοινή ονομασία» του προϊόντος. Η προθεσμία μεταφοράς της εκτελεστικής Οδηγίας ήταν η ίδια με εκείνη που είχε τεθεί για τη μεταφορά στο εθνικό δίκαιο της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ, ήτοι η 25^η Οκτωβρίου 2013.¹⁵⁵

3.5.2 Ευρωπαϊκά Δίκτυα Αναφοράς

Το άρθρο 12 της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ ορίζει ότι η Επιτροπή υποστηρίζει τα κράτη μέλη στην ανάπτυξη Ευρωπαϊκών Δικτύων Αναφοράς (στο εξής ΕΔΑ), με την έκδοση ειδικού καταλόγου κριτηρίων και προϋποθέσεων που πρέπει να πληρούν τα ευρωπαϊκά δίκτυα αναφοράς καθώς και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης που επιθυμούν να προσχωρήσουν σε τέτοια δίκτυα.¹⁵⁶

Η θεσμοθέτηση των ΕΔΑ τα οποία θα αποτελέσουν κατάλογο με παρόχους υγειονομικής περίθαλψης με μεγάλο βαθμό ειδίκευσης (ιδίως στον τομέα των σπάνιων νόσων) από τα κράτη μέλη, αποτελεί μια νέα προστιθέμενη αξία για την Ένωση στον τομέα της υγείας και θα συμβάλει στην καλύτερη παροχή υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας εντός της Ένωσης.¹⁵⁷

¹⁵⁴ Εκτελεστική Οδηγία 2012/52/ΕΕ της Επιτροπής, της 20ής Δεκεμβρίου 2012, σχετικά με τη θέσπιση μέτρων που διευκολύνουν την αναγνώριση των ιατρικών συνταγών οι οποίες εκδίδονται σε άλλα κράτη μέλη (ΕΕ L 356 της 22.12.2012, σ. 68).

¹⁵⁵ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, *Έκθεση της Επιτροπής σχετικά με την εφαρμογή της οδηγίας 2011/24/ΕΕ περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης*, COM (2015) 421 final, σελ. 10

¹⁵⁶ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, *Κατ' εξουσιοδότηση Απόφαση της Επιτροπής, της 10^{ης} Μαρτίου 2014, για τον καθορισμό των κριτηρίων και των προϋποθέσεων που πρέπει να πληρούν τα ευρωπαϊκά δίκτυα αναφοράς και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης που επιθυμούν να προσχωρήσουν σε ένα ευρωπαϊκό δίκτυο αναφοράς*, C(2014) 1408 final, σελ. 5

¹⁵⁷ Ibid

Έτσι, το 2014, εγκρίθηκε το νομικό πλαίσιο για τη δημιουργία και την αξιολόγηση των δικτύων με την κατ' εξουσιοδότηση απόφαση¹⁵⁸ και την εκτελεστική απόφαση¹⁵⁹ της Επιτροπής. Βάσει των ανωτέρω, έχει αρχίσει η διαδικασία για την ίδρυση ευρωπαϊκών δικτύων αναφοράς (ΕΔΑ), συμπεριλαμβανομένης της δημιουργίας της επιτροπής των κρατών μελών, η οποία θα είναι επιφορτισμένη με την έγκριση των προτάσεων για τα ΕΔΑ και τα πρώτα δίκτυα αναμένεται να εγκριθούν κατά τη διάρκεια του τρέχοντος έτους.¹⁶⁰

3.5.3 Ηλεκτρονική υγεία

Βάσει της εκτελεστικής απόφασης 2011/890/ΕΕ¹⁶¹ της Επιτροπής, σχετικά με το δίκτυο για την ηλεκτρονική υγεία (e-Health) δημιουργήθηκε το εν λόγω δίκτυο (στο εξής δίκτυο e-Health), το οποίο έχει ως στόχο την ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των εθνικών αρχών. Επιπλέον, το εν λόγω δίκτυο υποστηρίζεται επιχειρησιακά με τη κοινή δράση στο πλαίσιο του προγράμματος «Υγεία για την ανάπτυξη» που θεσπίστηκε με τον κανονισμό (ΕΕ) αριθ. 282/2014,¹⁶² καθώς και από σειρά δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται σύμφωνα με το σχέδιο δράσης για την ηλεκτρονική υγεία 2012-2020: Καινοτομική υγειονομική περίθαλψη για τον 21ο αιώνα.^{163 164}

Με την έναρξη των δραστηριοτήτων του, το εν λόγω δίκτυο «ενέκρινε κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με συνοπτικές εκθέσεις συνόλων δεδομένων των ασθενών και σχετικά με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, καθώς και έγγραφα θέσης

¹⁵⁸ Κατ' εξουσιοδότηση απόφαση της Επιτροπής 2014/286/ΕΕ, της 10ης Μαρτίου 2014, για τον καθορισμό των κριτηρίων και των προϋποθέσεων που πρέπει να πληρούν τα ευρωπαϊκά δίκτυα αναφοράς και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης που επιθυμούν να προσχωρήσουν σε ένα ευρωπαϊκό δίκτυο αναφοράς (ΕΕ L 147 της 17.5.2014, σ. 71)

¹⁵⁹ Εκτελεστική απόφαση της Επιτροπής 2014/287/ΕΕ σχετικά με τον καθορισμό κριτηρίων για τη δημιουργία και την αξιολόγηση των ευρωπαϊκών δικτύων αναφοράς και των μελών τους και για τη διευκόλυνση της ανταλλαγής πληροφοριών και εμπειρογνομosύνης όσον αφορά τη δημιουργία και την αξιολόγηση των εν λόγω δικτύων (ΕΕ L 147 της 17.5.2014, σ. 79).

¹⁶⁰ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Έκθεση της Επιτροπής προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο σχετικά με την εφαρμογή της οδηγίας 2011/24/ΕΕ περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης, Βρυξέλλες, 4-9-2015, COM(2015) 421 final, σελ. 10-11

¹⁶¹ http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/decision_ehealth_network_en.pdf (πρόσβαση στις 26-10-2016)

¹⁶² http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2014.086.01.0001.01.ENG (πρόσβαση στις 26-10-2016)

¹⁶³ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:52012DC0736> (πρόσβαση στις 26-10-2016)

¹⁶⁴ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Έκθεση της Επιτροπής προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο σχετικά με την εφαρμογή της οδηγίας 2011/24/ΕΕ περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης, Βρυξέλλες, 4-9-2015, COM(2015) 421 final, σελ. 11

σχετικά με την ηλεκτρονική ταυτοποίηση, τη διαλειτουργικότητα, τον προτεινόμενο κανονισμό για την προστασία των δεδομένων και την επένδυση στην ηλεκτρονική υγεία που πρέπει να υποστηριχθεί από το χρηματοδοτικό μηχανισμό «Συνδέοντας την Ευρώπη» (CEF). Επί του παρόντος, το δίκτυο επεξεργάζεται κατευθυντήριες γραμμές για την εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων που θα επιτρέπουν τη χρήση ιατρικών πληροφοριών για τη δημόσια υγεία και την έρευνα».¹⁶⁵

Κατά την λειτουργία του εν λόγω δικτύου, και συγκεκριμένα για την παροχή διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, δεν απαιτείται φυσική μετακίνηση σε άλλη χώρα ούτε για τον ασθενή, ούτε για τον επαγγελματία, καθώς η περίθαλψη αυτή μπορεί να παρασχεθεί μέσω τεχνολογιών πληροφόρησης και επικοινωνίας. Αυτός ο νέος και καινοτόμος τρόπος παροχής υπηρεσιών κερδίζει έδαφος, αλλά παρουσιάζει ειδικές προκλήσεις ως προς την εξασφάλιση συμβατότητας μεταξύ των διαφορετικών τεχνολογιών πληροφόρησης και επικοινωνίας των συστημάτων υγείας των κρατών μελών. Ως εκ τούτου, είναι αναγκαίο να προβλεφθεί ενωσιακή εναρμόνιση σε αυτό τον τομέα.¹⁶⁶

3.5.4 Αξιολόγηση Τεχνολογίας Υγείας

Στην εκτελεστική απόφαση 2013/329/ΕΕ¹⁶⁷ καθορίζονται οι κανόνες σχετικά με το δίκτυο Αξιολόγησης της Τεχνολογίας Υγείας (στο εξής ΑΤΥ) που προβλέπεται από το άρθρο 15 της Οδηγίας. Στόχος του εν λόγω δικτύου αποτελεί η στήριξη της συνεργασίας μεταξύ εθνικών αρχών, μεταξύ άλλων όσον αφορά τη σχετική αποτελεσματικότητα, καθώς και τη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των τεχνολογιών υγείας. Το δίκτυο ΑΤΥ υποστηρίζεται και αυτό επιστημονικά από μια κοινή δράση στο

¹⁶⁵ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, *Έκθεση της Επιτροπής προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο σχετικά με την εφαρμογή της οδηγίας 2011/24/ΕΕ περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης*, Βρυξέλλες, 4-9-2015, COM(2015) 421 final, σελ. 11

¹⁶⁶ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, *Πρόταση Οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη*, Βρυξέλλες, 2-7-2008, COM (2008) 414 τελικό, σελ. 24

¹⁶⁷ Εκτελεστική απόφαση της Επιτροπής 2013/329/ΕΕ, της 26ης Ιουνίου 2013, σχετικά με τη θέσπιση κανόνων για τη δημιουργία, διαχείριση και διαφανή λειτουργία του δικτύου των αρμόδιων για την αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας εθνικών αρχών ή φορέων (ΕΕ L 175 της 27.6.2013, σ. 71)

πλαίσιο του προγράμματος «Υγεία για την Ανάπτυξη», την ονομαζόμενη «EUnetHTA».¹⁶⁸

Επιπλέον, το εν λόγω δίκτυο ακολουθεί τη στρατηγική για τη συνεργασία εντός της Ένωσης το οποίο ενέκρινε τον Οκτώβριο του 2014, αλλά και ένα έγγραφο προβληματισμού σχετικά με την επαναχρησιμοποίηση των από κοινού εργασιών σε εθνικές δραστηριότητες, το οποίο ενέκρινε το επόμενο έτος.¹⁶⁹ Επόμενος στόχος του δικτύου ΑΤΥ είναι να συνεχίσει τον στρατηγικό του ρόλο, για το λόγο αυτό ζήτησε από την Επιτροπή να προτείνει μέτρα για να διασφαλιστεί η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του.¹⁷⁰¹⁷¹

3.6 Επιδράσεις εφαρμογής της Οδηγίας

3.6.1 Επίδραση στα συστήματα υγειονομική περίθαλψης

Παρόλο που, υπάρχουν πιθανότητες η διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη να επηρεάζει τη δυνατότητα ελέγχου της υγειονομικής περίθαλψης από τα κράτη μέλη, από μια άλλη οπτική γωνία, μπορεί να προσφέρει τη λύση για ταχύτερη πρόσβαση των ασθενών σε περίθαλψη, καθώς και να συμβάλει στην εξασφάλιση μιας πιο αποτελεσματικής συνολικής οργάνωσης των συστημάτων υγείας. Ωστόσο, δεν δύναται η παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε ασθενείς από άλλα κράτη μέλη να υπονομεύσει τον πρωταρχικό σκοπό των συστημάτων υγείας των κρατών μελών, που είναι παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους και κατοίκους του. Η Οδηγία δεν παρέχει το δικαίωμα σε ασθενείς από το εξωτερικό να εξυπηρετούνται ταχύτερα από τους κατοίκους του κράτους. Όπως και στις περιπτώσεις που υπάρχουν λίστες αναμονής για ένα συγκεκριμένο είδος θεραπείας, οι ασθενείς από άλλα κράτη μέλη καταγράφονται με

¹⁶⁸ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Έκθεση της Επιτροπής προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο σχετικά με την εφαρμογή της οδηγίας 2011/24/ΕΕ περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, Βρυξέλλες, 4-9-2015, COM(2015) 421 final, σελ. 12

¹⁶⁹ http://ec.europa.eu/health/technology_assessment/docs/reuse_jointwork_national_hta_activities_en.pdf

¹⁷⁰ Συμπεράσματα του Συμβουλίου σχετικά με την «καινοτομία προς όφελος των ασθενών», σύνοδος του Συμβουλίου Απασχόλησης, Κοινωνικής Πολιτικής, Υγείας και Καταναλωτών, Βρυξέλλες, 1η Δεκεμβρίου 2014. http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/145978.pdf

¹⁷¹ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Έκθεση της Επιτροπής προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο σχετικά με την εφαρμογή της οδηγίας 2011/24/ΕΕ περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, Βρυξέλλες, 4-9-2015, COM(2015) 421 final, σελ. 12

ίσους όρους και αναμένουν όπως και οι ασθενείς με όμοιες ανάγκες από το συγκεκριμένο κράτος θεραπείας.¹⁷²

Επιπρόσθετα, βρίσκεται στη ευχέρεια των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης να δεχτούν ασθενείς από το εξωτερικό για προγραμματισμένη θεραπεία, υπό την προϋπόθεση ότι δεν τίθεται σε κίνδυνο η ιατρική ικανότητα του κράτους μέλους θεραπείας. Στην περίπτωση όμως, που το κράτος θεραπείας δύναται να εξυπηρετήσει ασθενείς ταχύτερα από τη χώρα τους, χωρίς να αυξάνονται οι χρόνοι αναμονής των άλλων ασθενών, και οι ασθενείς είναι διαθέσιμοι να μετακινηθούν για την λήψη της περίθαλψης σε άλλη χώρα, τότε θα έχουμε μια πιο αποτελεσματική περίθαλψη για όλους.¹⁷³

3.6.2 Επίδραση στους ασθενείς

Η εν λόγω Οδηγία αποσκοπεί στην πρόβλεψη μέτρων που σκοπό έχουν την προστασία του συγκεκριμένου ασθενούς (και αποδέκτη των υπηρεσιών), προκειμένου να διασφαλίσει τις ευνοϊκότερες συνθήκες για τη λήψη περίθαλψης στο εξωτερικό και τη δημιουργία εμπιστοσύνης μεταξύ τους και ώστε να επιτρέπει στους ασθενείς να αναζητήσουν θεραπεία στην ΕΕ. Έτσι, η οδηγία ορίζει στα κράτη μέλη να ακολουθούν τα πρότυπα και τις κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την ποιότητα και την ασφάλεια της περίθαλψης (άρθρο 4,1). Τα κράτη μέλη παρέχουν επιπλέον την αμοιβαία συνδρομή που είναι απαραίτητη, συμπεριλαμβανομένης της συνεργασίας σχετικά με τα πρότυπα και τις κατευθυντήριες γραμμές για την ποιότητα και την ασφάλεια (άρθρο 10), παρόλο που δεν είναι σαφές ποιο επίπεδο των μέτρων ποιότητας και ασφάλειας απαιτείται και πώς αυτό εποπτεύεται. Ως εκ τούτου, η Οδηγία δεν διασφαλίζει, σε επιθυμητό μέτρο, την ποιότητα και την ασφάλεια της διασυνοριακής περίθαλψης και ο ασθενής θα πρέπει να στηρίζεται στους εθνικούς κανόνες του κράτους μέλους θεραπείας.¹⁷⁴

Ωστόσο, οι ισχύοντες Κανονισμοί (ΕΚ) 883/2007 και 987/2009 εξασφαλίζουν τη μετάβαση του ασθενή σε άλλο κράτος μέλος, ο οποίος δεν μπορεί να έχει την

¹⁷² Ανακοίνωση της Επιτροπής, *Κοινοτικό πλαίσιο για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη*, COM(2008) 415 τελικό, σελ. 11-12

¹⁷³ Ibid, σελ.11-12

¹⁷⁴ R. Baeten (2012), *Europeanization of national health systems: National impact and EU codification of the patient mobility case law*, European Social Observatory, σελ. 28

υγειονομική περίθαλψη που δικαιούνται σε εύλογο χρονικό διάστημα στο αρμόδιο κράτος μέλος, διαδικασία η οποία παραμένει αμετάβλητη.¹⁷⁵ Επομένως, προς όφελος του ασθενή, ισχύουν δύο συστήματα επιλογής στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη.¹⁷⁶

3.6.3 Επίδραση στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας

Η συνεργασία των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας, ιδιαίτερα σε πρωτοβουλίες που ευνοούν την κινητικότητα των ασθενών, βοηθάει στο να μάθουν ο ένας από τον άλλο και να εισάγουν νέες διαδικασίες και προσεγγίσεις οι οποίες είχαν θετικά αποτελέσματα. Η θεραπεία ασθενών στο εξωτερικό, εντάσσεται σε μια ευρύτερη συνεργασία, η οποία προϋποθέτει τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών της υγείας, την ανταλλαγή γνώσης, την κοινή κατάρτιση και εκπαίδευση και την ανταλλαγή των επαγγελματιών, εμπειριών και βέλτιστων πρακτικών. Γενικά, η διασυνοριακή περίθαλψη οδηγεί στην αύξηση του ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων και την ενθάρρυνση τους να έχουν καλύτερες επιδόσεις.¹⁷⁷ Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων, η οδηγία δεν δημιουργεί επιπλέον εμπόδια στην αναγνώριση αυτή, και επίσης, δεν επηρεάζει τα δικαιώματα των επαγγελματιών του τομέα της υγείας όσον αφορά την μετακίνησή τους για εργασία σε άλλα κράτη μέλη.¹⁷⁸

¹⁷⁵ Με τη έκδοση του φορητού εγγράφου S2

¹⁷⁶ Ανακοίνωση της Επιτροπής, *Κοινοτικό πλαίσιο για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη*, COM(2008) 415 τελικό, σελ. 10

¹⁷⁷ R. Baeten (2012), *Europeanization of national health systems: National impact and EU codification of the patient mobility case law*, European Social Observatory, σελ.29

¹⁷⁸ Ανακοίνωση της Επιτροπής, *Κοινοτικό πλαίσιο για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη*, COM(2008) 415 τελικό, σελ. 11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο- Εφαρμογή της Οδηγίας

4.1 Η περίπτωση της Ελλάδας¹⁷⁹

Στην Ελλάδα, η Οδηγία ενσωματώθηκε στο εθνικό δίκαιο με το ν.4213/2013 (ΦΕΚ 261/Α΄/09-12-2013), ωστόσο δεν εφαρμόστηκε άμεσα καθώς υπήρχαν εκκρεμείς διαδικασίες μέχρι τον Οκτώβριο του 2014.¹⁸⁰ Σύμφωνα με την έκθεση του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους, η ενσωμάτωση και εφαρμογή της Οδηγίας «δεν προκαλεί πρόσθετη δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού ούτε και του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ, ενώ σύμφωνα με την Έκθεση ανάλυσης ρυθμιστικών συνεπειών, όχι μόνο δεν θα προκαλέσει διοικητική επιβάρυνση αλλά, τουναντίον, θα εκσυγχρονίσει τα εθνικά συστήματα υγείας».¹⁸¹

Στον ν. 4213/2013 παρουσιάζεται το πεδίο εφαρμογής της και η ορολογία που χρησιμοποιείται, όπως αυτή αποτυπώνεται στην Οδηγία. Οι όροι όπως «διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη», «ασθενής» και «ιατρικό ιστορικό», ορίζονται έτσι ώστε ελληνικές υπηρεσίες να διευκολύνονται στην κατανόηση τους, καθώς και συγκεκριμένες πληροφορίες δίνονται, σχετικά με τις ευθύνες των ελληνικών φορέων υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με τη διασυνοριακή περίθαλψη. Όπως πληροφορίες σχετικά με τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούνται, καθώς και τα δικαιώματα των πολιτών της ΕΕ στην Ελλάδα ή Ελλήνων πολιτών σε άλλα κράτη μέλη.¹⁸²

¹⁷⁹ Βλ. επίσης για την ενσωμάτωση της οδηγίας στην Τσεχία: L. Prudil (2014), *Implementation of the Directive 2011/24/eu in the Czech Republic*, European Journal of Health Law, 21(2014)15-22, για την περίπτωση της Ισπανίας: T. Requelo (2014), *Cross-border Healthcare in Spain and the Implementation of the Directive 2011/24/eu on the Application of Patients' Rights in Cross-border Healthcare*, European Journal of Health Law, 21(2014)79-96, για την περίπτωση των Κάτω Χωρών: L.M.H.Bongers, D.M.R. Townend *The implementation of the Directive on the Application of Patients' Rights in Cross-border Healthcare in the Netherlands*, European Journal of Health Law, 21(2014)65-78, για την περίπτωση της Φινλανδίας: M.Kattelus (2014), *Implementation of the Directive on the Application on Patients' Rights in Cross-border Healthcare (2011/24/eu) in Finland*, European Journal of Health Law, 21(2014)23-32, για την περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου και της Γαλλίας, S. Taylor (2012) *Cross-border Patients and Informed Choices on treatment in English and French law and the Patients' Rights Directive*, European Journal of Health Law, 19(2012) 467-484.

¹⁸⁰ Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2015), *Study on Public Service translation in cross-border healthcare*, DGT/2014/TPS, σελ. 27

¹⁸¹ Κ. Ραπτοπούλου (2014), *Ο ασθενής ως διακινούμενος ασφαλισμένος και αποδέκτης υπηρεσιών υγείας*, Ε.Δ.Κ.Α. τόμος ΝΣΤ΄, σελ. 160

¹⁸² Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2015), *Study on Public Service translation in cross-border healthcare*, DGT/2014/TPS, σελ. 27-28

4.1.1 Εθνικό Σημείο Επαφής της Ελλάδας

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) συστάθηκε με το άρθρο 17 του νόμου 3918/2011, από την 1η Ιανουαρίου 2012 και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας. Ωστόσο, έχει απορροφήσει τους υφιστάμενους κλάδους υγείας των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, όσον αφορά τις παροχές σε είδος.¹⁸³ Επιπλέον, ο ΕΟΠΥΥ, έχει ορισθεί αρμόδιος φορέας σχετικά με τα θέματα υγειονομικής περίθαλψης για τους σκοπούς της εφαρμογής της υγειονομικής περίθαλψης στο πλαίσιο των Κανονισμών 883/2004 και 987/2009 καθώς και το μοναδικό Εθνικό Σημείο Επαφής για την εφαρμογή της Οδηγίας. Εκτός από τις προαναφερόμενες αρμοδιότητες, ο ΕΟΠΥΥ, έχει επιφορτιστεί με τη λειτουργία του συστήματος για την επιστροφή των δαπανών της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης (συμμετέχει στην Επιτροπή Λογαριασμών της Διοικητικής Επιτροπής, η οποία συγκροτήθηκε βάσει του άρθρου 74 του Κανονισμού 883/2004).¹⁸⁴

Με το άρθρο 6 παρ. 1 του ν. 4213/2013, η Δ/ση Διεθνών Ασφαλιστικών Σχέσεων του ΕΟΠΥΥ ορίστηκε ως το Εθνικό Σημείο Επαφής και ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Σημείου Επαφής καθορίστηκαν στην απόφαση Νο 264/166/17-03-2014 του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ. Οι διοικητικές διαδικασίες καθορίζονται βάσει του άρθρου 9 της Υπουργικής Απόφασης Υ9α/76908/05.09.2014. Ενώ οι περιπτώσεις υγειονομικής περίθαλψης που μπορεί να υπόκειται σε προηγούμενη έγκριση καθορίζονται βάσει του άρθρου 8 της Υπουργικής Απόφασης Υ9α/79323/15.09.2014.¹⁸⁵ Επιπλέον, στο ν. 4213/2013 διευκρινίζονται οι διαδικασίες και τα κριτήρια για την εκ των προτέρων έγκριση της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης. Ασχολείται επίσης με θέματα ηλεκτρονικής υγείας, τις νέες τεχνολογίες και την πρόοδο της ιατρικής μέσω νέων μεθόδων όπως και το Εθνικό Συμβούλιο Διακυβέρνησης Ηλεκτρονικής Υγείας (ΕΣΔΗΥ).¹⁸⁶

¹⁸³ «Ωστόσο, οι παροχές σε χρήμα το πλαίσιο της ασφάλισης υγείας, π.χ. οι παροχές ασθενοείας, παροχές ανικανότητας λόγω εργατικού ατυχήματος, εγκυμοσύνη και τα επιδόματα τοκετού και έξοδα κηδείας, παραμένουν στην αρμοδιότητα των ασφαλιστικών φορέων της κοινωνικής ασφάλισης, και τα οποία υπάγονται στο Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (άρθρο 30 παρ. 2 του νόμου 3918/2011)», στο T. Vidalis, I. Kyriakaki (2014), *Cross-border Healthcare: Directive 2011/24 and the Greek Law*, *European Journal of Health Law*, 21(2014) 33-45, σελ. 35

¹⁸⁴ T. Vidalis, I. Kyriakaki (2014), *Cross-border Healthcare: Directive 2011/24 and the Greek Law*, *European Journal of Health Law*, 21(2014) 33-45, σελ. 35

¹⁸⁵ Έγγραφο ΕΟΠΥΥ, Αρ. Πρωτ.: ΔΑ4Δ/οικ.23927/21-06-2016 (ΑΔΑ: Ω5ΞΓΟΞ7Μ-453)

¹⁸⁶ Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2015), *Study on Public Service translation in cross-border healthcare*, DGT/2014/TPS, σελ. 28

4.1.2 Πληροφορίες από το Εθνικό Σημείο Επαφής και τους παρόχους υγείας

Έτσι, το ΕΣΕ στην Ελλάδα, οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή εάν η προτεινόμενη θεραπεία εφαρμόζεται βάσει των διατάξεων της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης και εάν τυχόν απαιτείται η προηγούμενη έγκριση. Επιπλέον, βάσει του άρθρου 9 παρ. 5 της Οδηγίας εφαρμόζει τη διαδικασία εκτίμησης της δαπάνης πριν αυτή πραγματοποιηθεί. Πληροφορίες οφείλει να δώσει και στους δυνητικούς ασθενείς που επιθυμούν να λάβουν υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα. Ενώ την ίδια υποχρέωση παροχής πληροφοριών έχουν και τα νοσοκομεία.¹⁸⁷

4.1.3 Διαδικασίες καταγγελιών και μηχανισμοί άσκησης ενδίκων μέσων

Το δικαίωμα των ασθενών για την υποβολή ένστασης κατοχυρώνεται στο άρθρο 47, παρ. 8 του ν. 2071/1992. Ενώ, με το άρθρο 1, παρ. 2 του ν. 2519/1997, το δικαίωμα αυτό, μαζί με τα άλλα δικαιώματα που προβλέπονται στο άρθρο 47, επεκτείνουν το πεδίο εφαρμογής ώστε να συμπεριλάβει και τους ασθενείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας.¹⁸⁸

4.1.4 Προστασία προσωπικών δεδομένων

Στην εθνική έννομη τάξη περιλαμβάνεται μια ολοκληρωμένη νομοθεσία για την προστασία της ιδιωτικής ζωής και της προστασίας των δεδομένων, αρχής γενομένης από τις διατάξεις των άρθρων 9 και 9α του Ελληνικού Συντάγματος, καθώς και του άρθρου 10 της Σύμβασης του Οβιέδο (ν. 2619/1998). Ως ανεξάρτητη ρυθμιστική αρχή, η εθνική Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων είναι υπεύθυνη για την εφαρμογή του ν. 2472/1997, και των σχετικών ειδικών νόμων, οι οποίοι μαζί συνθέτουν ένα νομικό πλαίσιο, το οποίο έχει ενσωματώσει τις Οδηγίες 95/46 και 2002/58 στο εθνικό δίκαιο. Επίσης, σύμφωνα με το άρθρο 7 του νόμου 2472/1997, είναι πλήρως αρμόδια για την προστασία των ευαίσθητων δεδομένων (συμπεριλαμβανομένων και εκείνων με ιατρικό ενδιαφέρον). Έτσι, υπάρχει η αρχή, ότι όποιος θέλει να συλλέξει και να χρησιμοποιήσει ιατρικά δεδομένα, θα πρέπει να αποκτήσει μια σχετική άδεια για συγκεκριμένο χρονικό

¹⁸⁷ Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2015), *Study on Public Service translation in cross-border healthcare*, DGT/2014/TPS, σελ. 29

¹⁸⁸ T. Vidalis, I. Kyriakaki (2014), *Cross-border Healthcare: Directive 2011/24 and the Greek Law*, *European Journal of Health Law*, 21(2014) 33-45, σελ. 36

διάστημα, με ειδική αιτιολόγηση τόσο για το σκοπό όσο και των ασφαλών συνθηκών αποθήκευσης και επεξεργασίας αυτών των δεδομένων. Ρητή εξαίρεση, σύμφωνα με το δίκαιο της ΕΕ, αφορά η επεξεργασία των δεδομένων από ιατρούς ή άλλα πρόσωπα που εργάζονται βάσει του επαγγελματικού απορρήτου (άρθρο 7 Α).¹⁸⁹

Ωστόσο, ένας γιατρός δεν υποχρεούται πλέον να διατηρήσει το απόρρητο στις εξής περιπτώσεις:

- α) της νόμιμης υποχρέωσης, η τήρηση των οποίων επιβάλλεται από ειδικό νόμο (όπως το καθήκον να ενημερώνει σχετικά με γεγονότα προσωπικής κατάστασης, όπως η γέννηση ή ο θάνατος του ασθενούς, κλπ, ή για την εξάπλωση μολυσματικών ασθενειών ή το καθήκον να αναφέρει ένα έγκλημα)
- β) άλλου λόγου, ο οποίος δεν μπορεί να αιτιολογηθεί διαφορετικά
- γ) των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης
- δ) της δημόσιας υπηρεσίας (δηλαδή, έλεγχος, κλπ), κατά την κατάθεση αναφοράς.¹⁹⁰

4.1.5 Δικαίωμα στην ποιότητα και ασφάλεια

Ένα σημαντικό θέμα που σχετίζεται με την επεξεργασία των δεδομένων του ασθενούς, είναι αυτό της συνέχισης της φροντίδας. Σύμφωνα με το άρθρο 4 παρ. 2 στ, της Οδηγίας, όλοι οι ασθενείς δικαιούνται να έχουν πρόσβαση στα ιατρικά αρχεία που τους αφορούν, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν σε άλλο κράτος μέλος για τη θεραπεία τους. Ωστόσο, πρακτικά προβλήματα μπορεί να προκύπτουν από διαφορές στα τεχνικά μέσα και τις μεθόδους προστασίας των δεδομένων στις χώρες της ΕΕ. Για παράδειγμα, ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία μόνο κατ'εξαίρεση φυλάσσονται σε ελληνικά νοσοκομεία και κλινικές, ως εκ τούτου, όλα τα δεδομένα που λαμβάνονται σε ηλεκτρονική μορφή θα πρέπει να αποτελέσουν αντικείμενο προστασίας, κυρίως από τον θεράποντα ιατρό.¹⁹¹

4.1.6 Απαγόρευση των διακρίσεων

Οι διατάξεις του άρθρου 4 παρ. 3 για την απαγόρευση των διακρίσεων στον τομέα της υγείας, όπως αυτές αναφέρονται στην Οδηγία, εφαρμόζεται στο εθνικό δίκαιο με το ν. 3418/2005. Σύμφωνα με το άρθρο 2, παρ. 3 του ίδιου νόμου, η άσκηση της

¹⁸⁹ T. Vidalis, I. Kyriakaki (2014), *Cross-border Healthcare: Directive 2011/24 and the Greek Law*, *European Journal of Health Law*, 21(2014) 33-45, σελ. 37

¹⁹⁰ Ibid, σελ. 39

¹⁹¹ Ibid, σελ. 39-40

ιατρικής θα πρέπει να απευθύνονται σε όλους τους ανθρώπους «χωρίς διακρίσεις με βάση το φύλο, τη φυλή, τη θρησκεία, εθνικότητα, ηλικία, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή των πολιτικών θέσεων». Ομοίως, το άρθρο 4 παρ. 1 αναφέρεται στο καθήκον του γιατρού η «προώθηση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και την ίση κατανομή των πόρων» καθώς και «να αποφευχθεί η διακριτική θεραπεία, λόγω εκπαιδευτικών, νομικών, οικονομικών, κοινωνικών και γεωγραφικών διαφορών».¹⁹²

4.1.7 Αποζημίωση δαπανών υγείας

Όπως αναφέρεται στο άρθρο 1 του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (στο εξής ΕΚΠΥ), ο ΕΟΠΥΥ έχει ως στόχο να εξασφαλίσει την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας. Έτσι, παρέχει ασφαλιστική κάλυψη για όλους τους τύπους των υπηρεσιών υγείας σε είδος, όπως η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας, η πρωτοβάθμια φροντίδα, φαρμακευτική αγωγή, οδοντιατρική φροντίδα, νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα και το εξωτερικό, επιπρόσθετη φροντίδα και αποκατάσταση.¹⁹³ Έτσι, στην Κοινή Υπουργική Απόφαση αριθ. Υ9α/87340/08-10-14 (ΦΕΚ 2774/Β'/16-10-14), αναφέρονται οι γενικές αρχές και τα κριτήρια (άρθρο 2) για τον υπολογισμό των εξόδων που πρόκειται να επιστραφούν σε ασφαλισμένο στα πλαίσια της διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης βάσει του άρθρου 7 του ν.4213/13).¹⁹⁴

Αρμόδια για την διαδικασία επιστροφής των εξόδων είναι η Υπηρεσία Ελέγχου και Εκκαθάρισης του ΕΟΠΥΥ, η οποία σε περίπτωση που πληρούνται οι προϋποθέσεις των διατάξεων του άρθρου 7 παρ. 5 του ν. 4213/13), τα έξοδα της περίθαλψης επιστρέφονται στον ασφαλισμένο και τα οποία ανέρχονται έως του ποσού:

- i) «της εκάστοτε ασφαλιστικής τιμής που αφορά σε πράξη ή ομάδα πράξεων-εξετάσεων και ελλείπει αυτής της τιμής του ισχύοντος Κρατικού Τιμολογίου,
- ii) του Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλίου (ΚΕΝ) ή ελλείπει αυτού του Ημερησίου Ανοικτού Νοσηλίου με τις εκάστοτε πρόσθετες δαπάνες ειδών (π.χ. ιατροτεχνολογικών βοηθημάτων κ.λ.π.) αφαιρουμένης σε κάθε περίπτωση της συμμετοχής του ασθενούς σε διαγνωστικές εξετάσεις ή νοσηλεία όπως προβλέπεται στην ισχύουσα εθνική νομοθεσία και στον

¹⁹² T. Vidalis, I. Kyriakaki (2014), *Cross-border Healthcare: Directive 2011/24 and the Greek Law*, *European Journal of Health Law*, 21(2014) 33-45, σελ. 41

¹⁹³ Ibid, σελ. 42

¹⁹⁴ Ibid

ΕΚΠΥ. Επισημαίνεται ότι το ΚΕΝ θα καθορίζεται στην εγκριτική απόφαση του ΑΥΣ αντίστοιχα για κάθε αίτημα δευτεροβάθμιας διασυνοριακής περίθαλψης με υποχρέωση προηγούμενης έγκρισης.

Για την αντιστοίχιση των τιμών των πρόσθετων ειδών/υλικών, ο οικείος φορέας παροχών ασθενοείας σε είδος δύναται να ζητά τη συνδρομή της ΕΠΥ, ενώ δε θα αποζημιώνει στην περίπτωση που τα εν λόγω υλικά δεν έχουν κοστολογηθεί και δεν συμπεριλαμβάνονται στο Εθνικό Παρατηρητήριο Τιμών».¹⁹⁵

Ωστόσο, η διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη δεν μπορεί να εφαρμόζεται για την παράκαμψη των καθιερωμένων κανόνων και διαδικασιών για την πρόσβαση σε παροχές υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα προέλευσης. Ως εκ τούτου, ένα κράτος μέλος μπορεί να κάνει χρήση της δυνατότητας που δίνει το άρθρο 7 της Οδηγίας, να εφαρμόζουν τους ίδιους όρους και προϋποθέσεις, όπως ισχύουν για υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται στο έδαφός του, υπό την προϋπόθεση ότι αυτοί είναι συμβατοί με το δίκαιο της ΕΕ, δηλαδή, αυτοί δεν εμποδίζουν την ελεύθερη κυκλοφορία των ασθενών ή υπηρεσιών.¹⁹⁶

4.1.8 Διοικητική διαδικασία για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη

Σχετικά πρόσφατα έχει καθοριστεί στην χώρα μας το σύστημα της προηγούμενης έγκρισης για την αποζημίωση του κόστους της διασυνοριακής περίθαλψης καθώς και η διαδικασία απόρριψης ή έγκρισης των αιτήσεων για περίθαλψη, μέσω του Ανωτάτου Υγειονομικού Συμβουλίου (ΑΥΣ) που έχει συσταθεί στην Κεντρική Υπηρεσία του ΕΟΠΥΥ. Αναλυτικά, όλες οι διοικητικές διαδικασίες για τη χρήση της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης έχουν ολοκληρωθεί σύμφωνα με το άρθρο 9 του ν. 4213/13 και καταγράφονται στην Υπουργική Απόφαση υπ' αριθ. Υ9α/76908/05.09.2014 (ΦΕΚ 2425/Β'/11-09-14). Όσον αφορά τις περιπτώσεις που μπορεί να υπόκειται σε προηγούμενη έγκριση έχουν οριστεί αυτές σύμφωνα με το άρθρο 8 του ν. 4213/13 και αναφέρονται στην Υπουργική Απόφαση υπ' αριθ. Υ9α/79323/15.09.2014 (ΦΕΚ 2459/Β'/16-09-14). Επιπλέον, στην Κοινή Υπουργική Απόφαση αριθ. Υ9α/87340/08-10-14 (ΦΕΚ 2774/Β'/16-10-14), αναφέρονται οι γενικές αρχές για τον υπολογισμό των

¹⁹⁵ Έγγραφο ΕΟΠΥΥ Αρ. Πρωτ.: ΔΑ4Δ/οικ.23927/21-06-2016 (ΑΔΑ: Ω5ΕΓΟΞ7Μ-453) σελ. 7-8

¹⁹⁶ T. Vidalis, I. Kyriakaki (2014), *Cross-border Healthcare: Directive 2011/24 and the Greek Law*, *European Journal of Health Law*, 21(2014) 33-45, σελ. 43

εξόδων που πρόκειται να επιστραφούν σε ασφαλισμένο στα πλαίσια της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης βάσει του άρθρου 7 του ν.4213/13).¹⁹⁷

Τέλος, σύμφωνα με το άρθρο 7 της Υπουργικής Απόφασης Υ9α/76908/05.09.2014, το ΕΣΕ οφείλει να διεκπεραιώνει τις αιτήσεις των πολιτών για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη σε σύντομο χρονικό διάστημα από τη λήψη τους, και βάσει των διατάξεων του άρθρου 4, παρ. 1 του Ν. 2690/1999 (Κώδικας Διοικητικής Διαδικασίας), όπως ισχύει.¹⁹⁸ Παρόλα αυτά, στα ετήσια στατιστικά στοιχεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, που θα δούμε παρακάτω, το διάστημα αυτό ανέρχεται τελικά στους 3,5 μήνες.

4.1.9 Συγκριτικές διαστάσεις

Στα ετήσια στατιστικά στοιχεία που απέστειλαν τα κράτη μέλη για πρώτη φορά (έτος αναφοράς 2015) στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή, λόγω του ότι είναι το πρώτο ολοκληρωμένο έτος εφαρμογής της Οδηγίας, παρατηρούνται τα εξής:

Κατά την περίπτωση που η υγειονομική περίθαλψη υπόκειται σε προηγούμενη έγκριση, η πλειοψηφία των κρατών μελών έλαβαν λιγότερο από 100 αιτήσεις για προηγούμενη έγκριση κατά το έτος 2015, από τις οποίες, κατά μέσο όρο το 50,2% εγκρίθηκαν. Ορισμένα κράτη μέλη αντιμετώπισαν δυσκολίες στο διαχωρισμό μεταξύ των αιτημάτων που αντιμετωπίζονται σύμφωνα με την Οδηγία και αυτών που αντιμετωπίζονται με βάση τον Κανονισμό 883/2004, όπως π.χ. η Γερμανία και το Λουξεμβούργο, δεδομένης της στενής σχέσης μεταξύ των δύο διαφορετικών νομικών διαδικασιών. Όταν ένα πρόσωπο ζητήσει προηγούμενη έγκριση για να πάει στο εξωτερικό για θεραπεία, συνήθως αυτό ζητείται, χωρίς να ληφθεί υπόψη το νομικό πλαίσιο βάσει του οποίου στο τέλος θα εγκριθεί, το οποίο διευκρινίζεται σε μεταγενέστερο στάδιο, όταν η αίτηση είναι υπό επεξεργασία με δεδομένες τις επιλογές.¹⁹⁹ Από τα κράτη μέλη που απάντησαν, συνολικά 18 κράτη μέλη έχουν εφαρμόσει τη διαδικασία της προηγούμενης έγκρισης, πέντε (5) κράτη μέλη (στις οποίες

¹⁹⁷ Έγγραφο ΕΟΠΥΥ Αρ. Πρωτ.: ΔΑ4Δ/οικ.23927/21-06-2016 (ΑΔΑ: Ω5ΞΓΟΞ7Μ-453)

¹⁹⁸ Ibid

¹⁹⁹ Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2016), *Member State Data on cross-border healthcare following the Directive 2011/24/EU, Year 2015*, σελ. 11

είναι η Τσεχία, η Εσθονία, η Ολλανδία, η Νορβηγία και η Σουηδία) δεν το έχουν εφαρμόσει.²⁰⁰

Παρατηρώντας στο συνολικό αριθμό των αιτήσεων για προηγούμενη έγκριση εμφανίζονται κάποιες διαφορές, όπως ότι κατά μέσο όρο εγκρίθηκαν 50,2% των αιτήσεων, 24,1% δεν έγιναν δεκτές και 25,7% είτε είχαν ανακληθεί ή θεωρηθεί απαράδεκτες. Στη Δανία και την Πολωνία υπάρχει ένα αρκετά μικρό ποσοστό αιτήσεων που πήραν προέγκριση. Την ίδια στιγμή στην Πολωνία παρατηρείται ότι έχει έναν υψηλό αριθμό αιτήσεων που έχουν είτε αποσυρθεί είτε θεωρούνται ως απαράδεκτες. Το ίδιο συμβαίνει και στην Ελλάδα, στην οποία αιτήσεις θεωρήθηκαν ως απαράδεκτες, ενώ οι ασθενείς έχει λάβει υγειονομική περίθαλψη χωρίς πρώτα να υποβάλλουν αίτηση για προηγούμενη έγκριση.²⁰¹

Πίνακας 5: Αριθμός αιτήσεων για υγειονομική περίθαλψη που έλαβαν προέγκριση

Αρμόδιο κράτος μέλος	Παρελήφθησαν το 2015	Εγκρίθηκαν το 2015	Δεν εγκρίθηκαν το 2015	Αποσύρθηκαν/ Απαράδεκτα το 2015
BE	54	34	20	0
BG	8	6	1	1
CY	15	9	3	3
DK	76	6	54	18
ES	24	15	6	2
GR	12	3	0	9
HR	14	4	10	0
HU	1	0	0	1
IE	216	93	15	85
IT	194	73	70	n/a
LU	334	253	29	52
MT	1	1	0	0
PL	42	3	4	29
RO	7	5	1	0
SI	39	7	20	12
SK	178	146	8	24
UK	142	95	37	20

Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2016), *Member State Data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU-Year 2015*

Ο μέσος χρόνος επεξεργασίας σχετικά με τις αιτήσεις για προηγούμενη έγκριση ποικίλουν ανά κράτος μέλος, από 3 εργάσιμες ημέρες στη Ρουμανία σε 3,4 μήνες στην Ελλάδα. Γεγονός που μπορεί να οδηγήσει στην αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης σε γειτονικά κράτη μέλη.²⁰²

²⁰⁰ Ibid, σελ. 11

²⁰¹ Ibid, σελ. 12

²⁰² Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2016), *Member State Data on cross-border healthcare following the Directive 2011/24/EU, Year 2015*, σελ. 4

Πίνακας 6 : Χρόνος επεξεργασίας των αιτημάτων για προηγούμενη έγκριση

Αρμόδιο κράτος μέλος	Μέσος όρος	μονάδα	Ανώτατο όριο, εάν ορίζεται από το κράτος μέλος	μονάδα
BE	Δεν είναι διαθέσιμα	Δεν είναι διαθέσιμα	45	Ημέρες
BG	6,0	Εβδομάδες	1	Μήνας
CY	40,0	Εργάσιμες ημέρες	30	Εργάσιμες ημέρες
DE	Δεν είναι διαθέσιμα	Δεν είναι διαθέσιμα	Όχι	n/a
DK	21,0	Ημέρες	14	Ημέρες
ES	17,0	Ημέρες	45	Ημέρες
GR	3,4	Μήνες	Όχι	n/a
HR	30,0	Ημέρες	60	Ημέρες
HU	29,0	Ημέρες	52	Ημέρες
IE	10,0	Εργάσιμες ημέρες	20	Εργάσιμες ημέρες
IT	15,0	Ημέρες	30	Ημέρες
LU	1-4	Εβδομάδες	Όχι	n/a
MT	6,0	Εβδομάδες	6	Εβδομάδες
PL	14,0	Εργάσιμες ημέρες	30	Ημέρες
RO	3,0	Εργάσιμες ημέρες	5,0	Εργάσιμες ημέρες
SI	25,8	Ημέρες	60	Ημέρες
SK	19,0	Ημέρες	21	Ημέρες
UK - England	14,0	Ημέρες	20	Ημέρες
UK - Gibraltar	n/a	n/a	Όχι	n/a
UK - Northern Ireland	25,0	Εργάσιμες ημέρες	20	Εργάσιμες ημέρες
UK - Scotland	Δεν είναι διαθέσιμα	Δεν είναι διαθέσιμα	Όχι	n/a
UK - Wales ¹	20,0	Εργάσιμες ημέρες	20	Εργάσιμες ημέρες

Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2016), *Member State Data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU-Year 2015*

Στην περίπτωση που η υγειονομική περίθαλψη που **δεν υπόκειται σε προηγούμενη έγκριση**, ο αριθμός αυτών των αιτήσεων αποζημίωσης που αφορούν στην υγειονομική περίθαλψη ήταν χαμηλό, με ορισμένες εξαιρέσεις. Το Βέλγιο και η Δανία μαζί, έλαβαν πάνω από 30.000 αιτήσεις για αποζημίωση, ενώ οι περισσότερες αιτήσεις για αποζημίωση αφορούν υγειονομική περίθαλψη που χορηγήθηκε στη Γερμανία και αμέσως επόμενη χώρα την Ισπανία.²⁰³

Στον παρακάτω πίνακα με τα αιτήματα για αποζημίωση εντοπίζονται κάποιες διαφορές. Κατά μέσο όρο 78,0% από τις αιτήσεις αποζημίωσης εγκρίθηκαν, 15,8% απορρίφθηκαν και 6,1% είτε αποσύρθηκαν είτε θεωρήθηκαν ως απαράδεκτες.²⁰⁴

²⁰³ Ibid, σελ. 4

²⁰⁴ Ibid, σελ. 19

Πίνακας 7: Αριθμός αιτημάτων για αποζημίωση

Αρμόδιο κράτος μέλος	Παρελήφθησαν το 2015	Εγκρίθηκαν το 2015	Απορρίφθηκαν το 2015	αποσύρθηκαν/ Απαράδεκτα το 2015
BE	32 557	9 469	370	0
BG	10	3	0	0
CY	0	0	0	0
CZ	309	275	34	0
DK	31 684	24 879	6 346	459
EE	55	53	2	0
ES	22	11	7	4
GR	6	3	3	Δεν υπάρχουν στοιχεία
HR	108	73	35	0
HU	0	0	0	0
IE	328	157	11	86
IT	127	66	44	n/a
MT	3	0	0	0
NO	11 429	7 764	919	158
PL	4 872	3 747	82	271
RO	530	240	123	16
SE	Δεν υπάρχουν στοιχεία	9 836	535	64
SI	1 713	1 517	42	154
SK	4 833	4 231	382	218
UK	1 704	1091	204	409

Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2016), *Member State Data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU-Year 2015*

ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ

Η επιλογή των ασθενών για αναζήτηση υγειονομικής σε άλλο κράτος μέλος από το αρμόδιο βρίσκεται σε αρκετά χαμηλό ποσοστό, εκτιμάται περίπου στο 1% της συνολικής δημόσιας δαπάνης για την υγειονομική περίθαλψη, ωστόσο το ποσοστό αυτό είναι κατά προσέγγιση, καθώς τα περισσότερα συστήματα υγείας στην Ένωση δεν τηρούν τα απαραίτητα στοιχεία.²⁰⁵ Συνήθως, οι ασθενείς επιλέγουν να παρέχεται η περίθαλψη κοντά στον τόπο κατοικίας τους, στο σύστημα υγείας το οποίο γνωρίζουν χρόνια, από προσωπικό και επαγγελματίες υγείας που μπορούν να επικοινωνήσουν στη μητρική τους γλώσσα.

Όπως αναφέρθηκε ήδη, η κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών εντός της Ένωσης προκειμένου να έχουν ελεύθερη παροχή υγειονομικής περίθαλψης, ξεκίνησε από τη Συνθήκη της ΕΚΑΧ και με την εξέλιξη της πολιτικής και των αναθεωρήσεων των Συνθηκών κατέληξε στην εφαρμογή της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού, με τη χρήση κατευθυντήριων γραμμών, την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών για τη βελτίωση της ποιότητας των συστημάτων υγείας των κρατών μελών και την υιοθέτηση κοινών προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση κοινών προβλημάτων με σεβασμό προς τις εθνικές διαφοροποιήσεις και ιδιαιτερότητες. Η εφαρμογή της ανωτέρω μεθόδου μόνο οφέλη στον τομέα της υγείας μπορεί να δώσει και βρίσκεται προς τη σωστή κατεύθυνση για τη συνεργασία των κρατών μελών. Στην ίδια σκοπιά βρίσκεται και η υιοθέτηση του Κανονισμού 282/2014, όσον αφορά το πρόγραμμα δράσης της ένωσης στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2014-2020, με τον οποίο βελτιώνεται η διασυνοριακή συνεργασία σε ιατρικό επίπεδο, αναπτύσσονται μέτρα πρόληψης για την αντιμετώπιση κρίσιμων κινδύνων και ακολουθούνται κοινές προσεγγίσεις σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, με πρωταρχικό στόχο την προστασία των πολιτών.

Οι κοινοί στόχοι των συστημάτων υγείας σε όλη την Ένωση απεικονίζουν τις πιο θεμελιώδεις αξίες των πολιτών. Οι βασικές αρχές της καθολικότητας, της ισότητας, της καλής ποιότητας και της αλληλεγγύης πρέπει να εφαρμόζονται σε όλα τα εθνικά συστήματα. Ωστόσο, η διασφάλιση της βιωσιμότητας των εθνικών συστημάτων υγείας βρίσκεται στην αρμοδιότητα των εθνικών αρχών, όπως και η οργάνωση και η παροχή υπηρεσιών υγείας και ιατρικής περίθαλψης. Έτσι, οι μεγάλες εκροές ασθενών θα

²⁰⁵ Ανακοίνωση της Επιτροπής – Διαβουλεύσεις για την ανάληψη κοινοτικής δράσης στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, SEC (2006) 1195/4 της 26ης Σεπτεμβρίου 2006.

μπορούσαν να οδηγήσουν σε παραγκώνιση των επαγγελματιών, φθορά των εγκαταστάσεων και απώλεια επενδύσεων του συστήματος από τους ασθενείς, γεγονός το οποίο επηρεάζει την πρόσβαση των ασθενών που δεν επιλέγουν την αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης εντός της Ένωσης, οι οποίοι μπορεί να λάβουν χαμηλότερου επιπέδου υγειονομική περίθαλψη, εκτός εάν το γεγονός αυτό αποτελέσει μοχλό πίεσης για τη χρηματοδότηση, τη βελτίωση της ποιότητας και την έγκαιρη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας της χώρας. Αντίθετα, οι μεγάλες εισροές σε ένα εθνικό σύστημα υγείας μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα διαχείρισης προμηθειών, χώρου και προσωπικού. Ωστόσο, είναι αρνητική η επίδραση της διασυνοριακής περίθαλψης στην ισότητα όσον αφορά την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Οι κοινωνικά και γενικά οι πιο εύπορες ομάδες είναι πιθανό να κάνουν μεγαλύτερη χρήση της επιλογής να λάβουν περίθαλψη βάσει της οδηγίας.

Η υιοθέτηση της Οδηγίας κατάφερε να παρέχει ασφάλεια δικαίου ως προς την ερμηνεία των σημαντικότερων πτυχών των αποφάσεων του Δικαστηρίου σε σχέση με την κινητικότητα των ασθενών. Ωστόσο, η Οδηγία αποφεύγει προσεκτικά την αντιμετώπιση της εφαρμογής των αρχών της ελεύθερης κυκλοφορίας πέρα από το ζήτημα της κινητικότητας των ασθενών, ούτε ασχολείται με τους παρόχους που επιθυμούν να παρέχουν προσωρινά υπηρεσίες ή μόνιμα και έχουν εγκατασταθεί σε άλλο κράτος μέλος.

Η επίδραση της διασυνοριακής περίθαλψης στην πρόσβαση των ασθενών στην περίθαλψη είναι προς όφελος του ασθενή που πηγαίνει στο εξωτερικό: έχει πιο άμεση και γρήγορη πρόσβαση στην περίθαλψη και τη δυνατότητα να επιλέξει ανάμεσα σε περισσότερους παρόχους. Ωστόσο, η διαδικασία για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη με βάση την Οδηγία στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι λιγότερο ευνοϊκή από τη διαδικασία με βάση τον Κανονισμό για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης. Η Οδηγία αποδίδει λιγότερες εγγυήσεις από τον Κανονισμό 883/04, όσον αφορά την οικονομική πλευρά της πρόσβασης στην περίθαλψη. Αυτός είναι και ο λόγος που η Οδηγία δίνει προτεραιότητα στην διαδικασία με βάση τον Κανονισμό, όταν ο ασθενής έχει το δικαίωμα για θεραπεία στο εξωτερικό.²⁰⁶

Ωστόσο, η συνέχιση της περίθαλψης στο κράτος προέλευσης μπορεί να καταστεί προβληματική για τους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία στο εξωτερικό, γεγονός το οποίο η Οδηγία δεν αντιμετωπίζει πλήρως. Επιπλέον, η Οδηγία δεν παρέχει εγγυήσεις όσον

²⁰⁶ R. Baeten (2012), *Europeanization of national health system: National impact and EU codification of the patient mobility case law*, European Social Observatory, σελ. 43

αφορά την ποιότητα και την ασφάλεια της διασυνοριακής περίθαλψης, και συνεπώς, οι ασθενείς θα πρέπει να εξαρτώνται από τα επίπεδα ποιότητας του κράτους μέλους θεραπείας.

Επιπρόσθετα, η Οδηγία δημιουργεί σημαντική προστιθέμενη αξία μέσω της καλύτερης συνεργασίας προς όφελος τόσο των ασθενών που μεταβαίνουν σε άλλη χώρα όσο και εκείνων που λαμβάνουν περίθαλψη στη χώρα τους, μέσω της ανάπτυξης των Ευρωπαϊκών Δικτύων Αναφοράς, μέσω του δικτύου για την ηλεκτρονική υγεία καθώς και του δικτύου Αξιολόγησης της Τεχνολογίας της Υγείας, τα οποία εξετάσαμε παραπάνω.

Έτσι, η Οδηγία αποτελεί ένα από παράδειγμα από τα οφέλη της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης στην καθημερινή ζωή των ασθενών, η οποία αποτέλεσε απόρροια του συνόλου της νομολογίας του Δικαστηρίου στον τομέα της υγείας και βασίζεται σε προσφυγές απλών πολιτών που επιχείρησαν να ασκήσουν τα ατομικά τους δικαιώματα τα οποία απορρέουν από τη Συνθήκη.

Στην Ελλάδα, ο ΕΟΠΥΥ έχει οργανώσει κατάλληλα το μηχανισμό εφαρμογής της Οδηγίας για τα δικαιώματα των ασθενών, δεδομένων των διοικητικών προβλημάτων που δημιουργούνται από το ελάχιστο προσωπικό που υπηρετεί σε όλες τις υπηρεσίες υγείας της χώρας μας, το οποίο αιτιολογεί, εν μέρει, και την μεγάλη καθυστέρηση (περίπου 3,5 μήνες) για την διαδικασία της προηγούμενης έγκρισης και την αποζημίωση των ασθενών. Παρόλα αυτά, θα πρέπει να επισημανθεί, ότι οι ιδιαίτερα χαμηλές τιμές του Κρατικού Τιμολογίου στη χώρας μας, όσον αφορά την τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας, έναντι των τιμών που χρεώνουν για τις ίδιες υπηρεσίες τα άλλα κράτη μέλη, καταδεικνύει ότι δεν θεωρείται ως συμφέρουσα για τον ασθενή η επιλογή της διαδικασίας παροχής υγειονομικής περίθαλψης μέσω της Οδηγίας, έναντι αυτής μέσω των προαναφερόμενων Κανονισμών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

- Antonakaki I. (2014), *The EU legal framework on cross-border healthcare after the adoption of the Patients' Mobility Directive*, University of Warsaw Journal of Comparative Law 1 (1), pp.42-62
- Baeten R. (2005), *Health care: After the Court, the policy-makers get down to work*, in Degryse, C. and Pochet P. (eds), *Social Developments in the European Union*
- Baeten R. (2012), *Europeanization of national health systems: National impact and EU codification of the patient mobility case law*, *European Social Observatory*
- Berman P., Busse R., Wismar M., Ong B., Paton C. (2002), *The Single European Market and health services- the research design* in Busse R., Wismar M., Berman P., (eds), *The European Union and health services: The impact of the Single European Market on member states*, IOS Press, Amsterdam, σελ. 31-38,
- Greer S., Sokol T. (2014), *Rules for Rights: European Law, Health Care and Social Citizenship*, *European Law Journal*, Vol. 20, No. 1, January 2014, pp. 66–87.
- Hatzopoulos V. (2007), *Why the Open Method of Coordination Is Bad For You: A Letter to the EU*, *European Law Journal*, Vol. 13, No. 3, May 2007, pp. 309–342.
- Hervey T. (2008) *The European Union's governance of health care and the welfare modernization agenda*, *Regulation and Governance* 2: 130-120
- Lang I. (2009), *Patient Mobility in the European Union: Pushing for EU Internal Health Market*, *Med Law* 28(4): 661-71
- Nugent N. (2009), *Πολιτική και διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση: Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές*, Εκδόσεις Σαββάλας
- Nugent N. (2012), *Πολιτική και διακυβέρνηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση: Ιστορία, Θεσμοί, Πολιτικές*, Εκδόσεις Σαββάλας
- Palm W., Glinos I. (2010), *Enabling patient mobility in the EU: between free movement and coordination*, *Health systems governance in Europe, the role of European Union Law and Policy*, (12), pp. 509-560
- Palm W., Nickless J., Lewalle H., Coheur A. (2000), *Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection systems*, Summary Report, AIM
- Peeters M. (2012), *Free Movement of Patients, Directive 2011/24 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare*, *European Journal of Health Law* 19 (2012) 29-60

- Pennings F. (2011), *The cross-border health care directive: More free movement for citizens and more coherent EU law?* European Journal of Social Security, Volume 13 (2011), No. 4,
- Testori Coggi P. (2014), *What is the added value of the new EU health program?[Regulation (EU) no 282/2014]*, European Journal of Public Health, Vol. 24, No. 3, 528-630
- Wismar M., Busse R., Berman P. (2002), *The European Union and health services- the context*, in Busse R., Wismar M., Berman P., (eds), *The European Union and health services: The impact of the Single European Market on member states*, IOS Press, Amsterdam, σελ. 17-29
- Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K. and Van Ginneken E., *Cross-Border Healthcare: Mapping and Analysing Health Systems Diversity*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2007.
- Vidalis T., Kyriakaki I. (2014), *Cross-border Healthcare: Directive 2011/24 and the Greek Law*, European Journal of Health Law, 21(2014) 33-45

Ελληνική

- Μαραβέγιας Ν., Σακελλαρόπουλος Θ. (2006), *Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση και Ελλάδα: Οικονομία, Κοινωνία, Πολιτικές*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα
- Οικονόμου Χ. (2004), *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα
- Οικονόμου Χ. (2011), *Η επίδραση της Ε.Ε. στα συστήματα υγείας των χωρών μελών, στο Σακελλαρόπουλος Θ. Η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε.* Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα
- Πασσάς Α. (2012), *Η εθνική δημόσια διοίκηση στην Ευρωπαϊκή Ενωσιακή πολιτική διαδικασία*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήσης,
- Ραπτοπούλου Κ. (2014), *Ο ασθενής ως διακινούμενος ασφαλισμένος και αποδέκτης υπηρεσιών υγείας*, Ε.Δ.Κ.Α. τόμος ΝΣΤ'
- Σακελλαρόπουλος Θ. (επιμ.) (2011), *Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα
- Σακελλαρόπουλος Θ. (2011), *Ζητήματα Κοινωνικής Πολιτικής*, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα
- Σκλήκας Ν., Τσοτσορού Θ. (2008), *Ο εκσυγχρονισμός του συντονιστικού μηχανισμού των εθνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας: Η υγειονομική περίθαλψη*, Τόμος 1, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα- Κομοτηνή

Ταγαράς Χ., Μ. Μενγκ- Παπαντώνη (2013), *Η κατ' άρθρο 26.2 ΣΛΕΕ εσωτερική αγορά: Ελεύθερη κυκλοφορία εμπορευμάτων, προσώπων, υπηρεσιών, κεφαλαίων*, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη

Φερόνας Α. (2007) *Η επίδραση της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής Απασχόλησης στην ελληνική πολιτική απασχόλησης: Μια περίπτωση «γνωσιακού» Εξευρωπαϊσμού; Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη 2007 2 (2)*

ΕΥΡΩΠΑΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ

Ανακοίνωση της Επιτροπής, Κοινοτικό πλαίσιο για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, COM(2008) 415 τελικό

Απόφαση αριθ. S1, της 12ης Ιουνίου 2009, σχετικά με την ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης ασθένειας

Απόφαση αριθ. S2, της 12ης Ιουνίου 2009, σχετικά με τα τεχνικά χαρακτηριστικά της ευρωπαϊκής κάρτας ασφάλισης ασθένειας

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, *Έκθεση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο σύμφωνα με τις υποχρεώσεις που προβλέπονται δυνάμει του άρθρου 20 παράγραφος 3 της οδηγίας 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 9ης Μαρτίου 2011, περί της εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης*, Βρυξέλλες, COM (2014) 44 final

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Λευκή Βίβλος, 23-10-2007, Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της Ε.Ε. για την περίοδο 2008-2013, COM (2007) 630 τελικό

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2015), *Public service translation in cross-border healthcare*

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, *Πρόταση Κανονισμού σχετικά με τη θέσπιση του προγράμματος «Υγεία για την ανάπτυξη» του τρίτου πολυετούς προγράμματος δράσης της ΕΕ στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2014-2020*, COM(2011) 709 τελικό, Βρυξέλλες, 9-11-2011

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Έκθεση της Επιτροπής σχετικά με την εφαρμογή της οδηγίας 2011/24/ΕΕ περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, COM (2015) 421 final

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Ανακοίνωση: *Ευρώπη 2020, Στρατηγική για έξυπνη, διατηρήσιμη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη*, COM(2010) 2020 τελικό, Βρυξέλλες, 3-3-2010

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Πρόταση Οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, σχετικά με τις υπηρεσίες στην εσωτερική αγορά, COM (2004) 2 της 13.1.2004

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, *Πρόταση Οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των*

ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, COM(2008) 414 τελικό, της 2-07-2008

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2005), Εργαζόμαστε μαζί, εργαζόμαστε καλύτερα: Ένα νέο πλαίσιο για τον ανοικτό συντονισμό των πολιτικών κοινωνικής προστασίας και κοινωνικής ένταξης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, COM (2005) 706 τελικό, Βρυξέλλες, 22-12-2005

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (2008γ) Ανανεωμένη δέσμευση για την κοινωνική Ευρώπη: ενίσχυση της ανοιχτής μεθόδου συντονισμού για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη, COM(2008) 418 τελικό, Βρυξέλλες, 2-7-2008

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Έκθεση ευρωβαρομέτρου 425, Τα δικαιώματα των ασθενών στη διασυνοριακή περίθαλψη στην Ε.Ε

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2016), Member State Data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU-Year 2015

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, Ψήφισμα σχετικά με τα αποτελέσματα του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου της 15^{ης} και 16^{ης} Μαρτίου 2002 στη Βαρκελώνη, P5_TA(2002)0137

Εκτελεστική Οδηγία 2012/52/ΕΕ της Επιτροπής, της 20ής Δεκεμβρίου 2012, σχετικά με τη θέσπιση μέτρων που διευκολύνουν την αναγνώριση των ιατρικών συνταγών οι οποίες εκδίδονται σε άλλα κράτη μέλη (ΕΕ L 356 της 22.12.2012, σ. 68)

Εκτελεστική απόφαση της Επιτροπής 2013/329/ΕΕ, της 26ης Ιουνίου 2013, σχετικά με τη θέσπιση κανόνων για τη δημιουργία, διαχείριση και διαφανή λειτουργία του δικτύου των αρμόδιων για την αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας εθνικών αρχών ή φορέων (ΕΕ L 175 της 27.6.2013, σ. 71).

Εκτελεστική απόφαση της Επιτροπής 2014/287/ΕΕ σχετικά με τον καθορισμό κριτηρίων για τη δημιουργία και την αξιολόγηση των ευρωπαϊκών δικτύων αναφοράς και των μελών τους και για τη διευκόλυνση της ανταλλαγής πληροφοριών και εμπειρογνωμοσύνης όσον αφορά τη δημιουργία και την αξιολόγηση των εν λόγω δικτύων (ΕΕ L 147 της 17.5.2014, σ. 79).

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, *Κατ' εξουσιοδότηση Απόφαση της Επιτροπής, της 10^{ης} Μαρτίου 2014, για τον καθορισμό των κριτηρίων και των προϋποθέσεων που πρέπει να πληρούν τα ευρωπαϊκά δίκτυα αναφοράς και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης που επιθυμούν να προσχωρήσουν σε ένα ευρωπαϊκό δίκτυο αναφοράς, C(2014) 1408 final*

Κανονισμός (ΕΕ) αριθ. 282/2014 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 11ης Μαρτίου του 2014, σχετικά με τη θέσπιση τρίτου Προγράμματος για τη δράση της Ένωσης στον τομέα της υγείας (2014- 2020) και την κατάργηση της απόφασης αριθ. 1350/2007/ΕΚ

Οδηγία 2006/123/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 12ης Δεκεμβρίου 2006, σχετικά με τις υπηρεσίες στην εσωτερική αγορά (Οδηγία Μπόλκενσταϊν)

Συμπεράσματα του Συμβουλίου σχετικά με την «καινοτομία προς όφελος των ασθενών», σύνοδος του Συμβουλίου Απασχόλησης, Κοινωνικής Πολιτικής, Υγείας και Καταναλωτών, Βρυξέλλες, 1η Δεκεμβρίου 2014

European Parliament, (1993), Report of the Committee on the Environment, Public Health and Consumer Protection on public health policy after Maastricht, Session Documents, PE 250.804/fin. 20 October 1993

Council of the European Union, (1992), Council recommendation of 27 July 1992 on the convergence of social protection objectives and policies, (92/442/CEE)

Opinion of the European Data Protection Supervisor on the proposal for a directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare, 2009/C129/03

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Δημόσια Υγεία, *Η Διάσταση της Υγείας σε όλες τις πολιτικές*
http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_el.htm

Κυπριακή Δημοκρατία, Εθνικό Σημείο Επαφής για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη
http://www.moh.gov.cy/moh/cbh/cbh.nsf/page04_gr/page04_gr?OpenDocument

FreSsco “Free movement of workers and social security coordination” database:
<http://www.tress-network.org/DB/homeDBNew.jsp#>