



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΜΑΡΙΑ ΠΑΓΑΝΗ

ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2012



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ

ΜΑΡΙΑ ΠΑΓΑΝΗ

ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Επιβλέπων Καθηγητής : Οικονόμου Χαράλαμπος
Τίτλος Επίκουρος Καθηγητής

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2012



MASTER OF SCIENCE IN
HEALTH MANAGEMENT



MARIA PAGANI

**CROSS-BORDER HEALTH CARE:
THE CASE OF GREECE**

Thesis to obtain
Master of Science

Piraeus, 2012

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με το πέρας της πτυχιακής μου εργασίας θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές και ειλικρινείς ευχαριστίες μου στον εισηγητή και επιβλέποντα Καθηγητή κ. Χαράλαμπο Οικονόμου, η συμβολή και πολύτιμη βοήθεια του οποίου υπήρξε καθοριστικής σημασίας για την ολοκλήρωσή της.

Ιδιαίτερη μνεία και θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω προς τη Γραμματεία και τα μέλη ΔΕΠ της Σχολής, για τη βοήθεια που μου παρείχαν και την καθοριστική συμβολή τους.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την αμέριστη συμπαράσταση τους σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ Γ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία ερευνήθηκε το θέμα της διασυνοριακής φροντίδας υγείας και ειδικά η περίπτωση της Ελλάδας.

Κίνητρο αποτέλεσε το γεγονός ότι πλέον παρατηρείται αύξηση της κίνησης των πολιτών για εργασία, διακοπές και σπουδές αλλά και των ασθενών και επαγγελματιών υγείας που αναζητούν ή προσφέρουν υπηρεσίες υγείας στη διευρυμένη ΕΕ καθιστώντας αναγκαία την καλύτερη συνεργασία των συστημάτων υγείας και των πολιτικών μεταξύ των μελών της ΕΕ.

Από όσα παρατέθηκαν στην παρούσα εργασία φάνηκε ότι οι ασθενείς επιθυμούν να τους παρέχεται υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας όσο το δυνατόν ταχύτερα και εγγύτερα στην κατοικία τους, αν και κάποιες φορές κρίνεται αναγκαία η παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε άλλο κράτος. Η ελευθερία διακίνησης που παρέχεται στους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης συμβάλλει στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε άλλο κράτος αν και τα κράτη-μέλη διατηρούν την αποκλειστικότητα οργάνωσης, παροχής και χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας. Μία σειρά από νόμους εξασφαλίζει ένα σαφές πλαίσιο παροχής διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης εντός της ΕΕ. Στα ίδια πλαίσια κινούνται και οι διαδικασίες επιστροφής των εξόδων.

Η επεξεργασία των δεδομένων από τον ΟΠΑΔ και το ΙΚΑ, σχετικά με τις δαπάνες για νοσηλεία στο εξωτερικό κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η Ρόδος έχει τις υψηλότερες δαπάνες ανά περιστατικό ενώ το έτος 2008 φάνηκε να έχει την υψηλότερη δαπάνη ανά περιστατικό. Επίσης, ως προς τη ροή των ασθενών προς το εξωτερικό, παρατηρείται ότι οι Έλληνες ασθενείς στο μεγαλύτερο ποσοστό επισκέπτονται ευρωπαϊκές χώρες προκειμένου να απολαύσουν υγειονομική περίθαλψη.

Τέλος, σημαντική είναι η δημιουργία ενός παρατηρητήριου μεταξύ των κρατών-μελών για ανταλλαγή απόψεων, επικοινωνία, παροχή κατευθυντήριων γραμμών και εισαγωγή ευρέως μετρήσιμων δεικτών για την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης.

Λέξεις κλειδιά: διασυνοριακή φροντίδα υγείας, Ευρωπαϊκή Ένωση, πολιτική υγείας, συστήματα υγείας

Cross-Border Health Care: the case of Greece
Maria Pagani
Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management”
University of Piraeus – TEI of Piraeus, Greece
Supervisor: Dr. Charalabos Economou

ABSTRACT

In the current study it was investigated the issue of cross-border health care and especially the case of Greece.

It was extremely motivated the fact that nowadays there is an increasing movement of people work in other countries, going for vacation and study as well as patients and health professionals who seek or provide health services in the enlarged EU. So it seems incumbent the better cooperation between health care systems and policies among EU members.

According to the study, patients wish to be provided with high quality health care as quickly as possible and as close to their home as possible, although sometimes it is necessary to visit another country. The free European citizens’ movement contributes to the provision of healthcare in another Member States. Each Member State is exclusively responsible for the organization, provision and financing of its health care systems. European laws provide a clear framework for cross-border healthcare within the EU.

The data from OPAD and IKA about the health care cost abroad analyzed and showed that Rhodes Island has the highest cost per incident while year 2008 appeared to have the highest cost per incident. Moreover, as for the patients’ flow abroad, it was observed that the majority of Greek patients are visiting European countries in order to receive health care.

Finally, it is important the establishment of an observatory between Member States for consultation, communication and introduction of widely measurable indicators for effectiveness of health care.

Keywords: cross-border healthcare, European Union. health policy, health systems

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	V
ABSTRACT.....	VI
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	IX
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	X
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	XI
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ	
ΕΝΩΣΗΣ.....	3
1.1. Οι τέσσερις ελευθερίες και οι επιπτώσεις τους.....	3
1.2. Πολιτική υγείας στην ΕΕ.....	4
1.3. Συστήματα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	9
1.4. Θεσμικό πλαίσιο για την υγεία στην ΕΕ.....	11
1.5. Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού (ΑΜΣ).....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	21
2.1. Ορισμός.....	21
2.2. Διασυνοριακή κινητικότητα.....	21
2.2.1. Ελεύθερη κυκλοφορία ασθενών.....	23
2.2.2. Κυκλοφορία επαγγελματιών της υγείας.....	32
2.3. Θεσμικό πλαίσιο διασυνοριακής φροντίδας υγείας.....	34
2.4. Εμπόδια πρόσβασης στη διασυνοριακή φροντίδα υγείας.....	40
2.5. Δικαιώματα ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη.....	42
2.6. Ποιότητα και ασφάλεια παρεχόμενων υπηρεσιών.....	45
2.7. Οφέλη διασυνοριακών υπηρεσιών υγείας.....	47
2.8. Πλαίσιο διασυνοριακής συνεργασίας.....	50
2.9. Στατιστικά.....	52
2.10. Κόστος χρηματοδότησης.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	60
3.1. Ιστορική Αναδρομή.....	60
3.2. Οργάνωση του συστήματος υγείας.....	62
3.3. Νοσηλεία στο εξωτερικό.....	64
3.3.1. Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ).....	64
3.3.2. Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ).....	65
3.3.3. Οργανισμός Απασχόλησης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ).....	68
3.3.4. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).....	69
3.4. Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας.....	71
3.5. Στατιστικά στοιχεία.....	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	115

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 118

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 123

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1. Παράγοντες λήψης διασυννοριακής φροντίδας υγείας	53
Διάγραμμα 2. Δαπάνες υγείας.....	55
Διάγραμμα 3. Ασφαλισμένοι ΟΠΑΔ που μετέβησαν στο εξωτερικό για νοσηλεία (2006-2011)	75
Διάγραμμα 4. Δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού ΟΠΑΔ (2006-2011).....	75
Διάγραμμα 5. Αριθμός ασφαλισμένων ΟΠΑΔ που μετέβησαν στο εξωτερικό για νοσηλεία ανά χώρα το 2011.....	76
Διάγραμμα 6. Συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού 1992-2011 (σε €).....	77
Διάγραμμα 7. Νοσήλια εξωτερικού σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Πειραιά, 1992-2011 (ποσοστό %).....	79
Διάγραμμα 8. Νοσήλια εξωτερικού σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πειραιάς, 1992-2011 (€).80	
Διάγραμμα 9. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 1992 (€).....	81
Διάγραμμα 10. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 1992 (€)	82
Διάγραμμα 11. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 1993 (€).....	83
Διάγραμμα 12. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 1993 (€)	83
Διάγραμμα 13. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 1994 (€).....	84
Διάγραμμα 14. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 1994 (€)	85
Διάγραμμα 15. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 1995 (€).....	86
Διάγραμμα 16. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 1995 (€)	86
Διάγραμμα 17. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 1996 (€).....	87
Διάγραμμα 18. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 1996 (€)	88
Διάγραμμα 19. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 1997 (€).....	89
Διάγραμμα 20. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 1997 (€)	89
Διάγραμμα 21. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 1998 (€).....	90
Διάγραμμα 22. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 1998 (€)	90
Διάγραμμα 23. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 1999 (€).....	91
Διάγραμμα 24. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 1999 (€)	92
Διάγραμμα 25. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2000 (€).....	93
Διάγραμμα 26. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2000 (€)	93
Διάγραμμα 27. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2001 (€).....	94
Διάγραμμα 28. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2001 (€)	95
Διάγραμμα 29. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2002 (€).....	96
Διάγραμμα 30. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2002 (€)	96
Διάγραμμα 31. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2003 (€).....	97
Διάγραμμα 32. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2003 (€)	98
Διάγραμμα 33. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2004 (€).....	99
Διάγραμμα 34. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2004 (€)	99
Διάγραμμα 35. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2005 (€).....	100
Διάγραμμα 36. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2005 (€)	101
Διάγραμμα 37. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2006 (€).....	101
Διάγραμμα 38. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2006 (€)	102
Διάγραμμα 39. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2007 (€).....	103
Διάγραμμα 40. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2007 (€)	103
Διάγραμμα 41. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2008 (€).....	104
Διάγραμμα 42. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2008 (€)	105
Διάγραμμα 43. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2009 (€).....	106
Διάγραμμα 44. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2009 (€)	106

Διάγραμμα 45. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2010 (€).....	107
Διάγραμμα 46. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2010 (€)	108
Διάγραμμα 47. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2011 (€).....	109
Διάγραμμα 48. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2011 (€)	109
Διάγραμμα 49. Μέση συνολική δαπάνη ανά υποκατάστημα, €	111
Διάγραμμα 50. Μέση συνολική δαπάνη ανά έτος, €	112
Διάγραμμα 51. Ποσοστό συνολικής δαπάνης νοσηλίων ανά προορισμό.....	113
Διάγραμμα 52. Ποσοστό ροής περιστατικών ανά προορισμό	114
Διάγραμμα 53. Μέση συνολική δαπάνη ανά προορισμό (σε €)	114

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Ποσοστό επί του συνόλου νοσηλειών στο εξωτερικό, 1992-2011	78
Πίνακας 2. Μέση Συνολική Δαπάνη ανά υποκατάστημα, €.....	110
Πίνακας 3. Μέση Συνολική Δαπάνη ανά έτος, €.....	111
Πίνακας 4. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 1992	123
Πίνακας 5. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 1993	124
Πίνακας 6. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 1994	125
Πίνακας 7. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 1995	126
Πίνακας 8. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 1996	127
Πίνακας 9. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 1997	128
Πίνακας 10. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 1998	129
Πίνακας 11. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 1999	130
Πίνακας 12. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 2000	131
Πίνακας 13. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 2001	132
Πίνακας 14. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2002.....	133
Πίνακας 15. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2003.....	134
Πίνακας 16. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2004.....	135
Πίνακας 17. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2005.....	136
Πίνακας 18. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2006.....	137
Πίνακας 19. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2007.....	138
Πίνακας 20. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2008.....	139
Πίνακας 21. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2009.....	140
Πίνακας 22. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2010.....	141
Πίνακας 23. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2011.....	142
Πίνακας 24. Μέση συνολική δαπάνη ανά υποκατάστημα ανά έτος (€)	143
Πίνακας 25. Συνολική δαπάνη ροής ασθενών (€)	144
Πίνακας 26. Συνολική ροή περιστατικών ανά προορισμό.....	145
Πίνακας 27. Μέση συνολική δαπάνη ανά προορισμό	145

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ΑΜΣ	Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΑΑ	Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΟΚ	Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
ΕΟΠΥΥ	Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΠΥΥ	Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΣΥΕ	Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΚΥ	Κέντρων Υγείας
ΝΠΔΔ	Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών
ΟΓΑ	Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΔΠΥ	Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠεΣ.Υ.	Περιφερειακού Συστήματος Υγείας
ΠΟΕ	Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

ΠΑΝΕΠΙΣΤ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα που πραγματεύεται η παρούσα εργασία είναι «Διασυνοριακή φροντίδα υγείας: Η περίπτωση της Ελλάδας».

Το θέμα εντάσσεται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο συνεργασίας μεταξύ των ευρωπαϊκών κρατών αλλά και γενικότερα των κρατών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) καθώς η παγκοσμιοποίηση των υπηρεσιών υγείας επηρεάζει τόσο το επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και την οργάνωση και λειτουργία των συστημάτων υγείας. Στα πλαίσια δε του Παγκόσμιου Οργανισμού Εμπορίου (ΠΟΕ) συνάπτονται συμφωνίες που έχουν ενδιαφέρον τόσο για τη δημόσια υγεία όσο και την πολιτική που ακολουθείται.

Ως προς την πολιτική υγείας που ακολουθείται, στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης, αναδείχθηκε η σπουδαιότητα ζητημάτων που ξεπερνούν την εθνική διάσταση, θέτοντας νέες προκλήσεις ως προς τις θεωρητικές προσεγγίσεις και τα μεθοδολογικά εργαλεία, με αποτέλεσμα την ανάδειξη ενός νέου «επιστημονικού παραδείγματος». Έτσι, πέρα από το σαφή εννοιολογικό προσδιορισμό και την οριοθέτηση του γνωστικού αντικείμενου παρατηρείται αλληλεπίδραση μεταξύ της παγκόσμιας και της τοπικής διάστασης του θέματος, αναπτύσσονται νέες ερευνητικές μέθοδοι καθώς επίσης εργαλεία συλλογής και ανάλυσης δεδομένων ενώ αναδεικνύεται η σημασία των μελετών σε διάφορους τομείς και οι προσεγγίσεις τους στην άσκηση διακυβέρνησης στον τομέα της υγείας (Οικονόμου, 2004).

Στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης παρατηρείται αύξηση της **κίνησης των πολιτών** για εργασία, διακοπές και σπουδές αλλά και των ασθενών και επαγγελματιών υγείας που αναζητούν ή προσφέρουν υπηρεσίες υγείας στη διευρυμένη ΕΕ καθιστώντας αναγκαία την καλύτερη συνεργασία των συστημάτων υγείας και των πολιτικών μεταξύ των μελών της ΕΕ (Bertinato et al., 2005).

Έτσι, συστάθηκε από την ΕΕ μία **υψηλού επιπέδου ομάδα** για την ενδυνάμωση της συνεργασίας μεταξύ των κρατών-μελών στις υπηρεσίες υγείας και τη φροντίδα υγείας. Η εν λόγω **πολιτική** στοχεύει στην επανεξέταση των πληροφοριών και των θεμάτων που αφορούν τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη στην Ευρώπη. Αφού μελετηθούν οι σύγχρονες τάσεις κινητικότητας των ασθενών, μελετάται το νομικό πλαίσιο της, οι οικονομικές επιπτώσεις, η παρακολούθηση της ποιότητας και των δικαιωμάτων των σχετικών ασθενών και τα ζητήματα ευθύνης (Bertinato et al., 2005).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί η διασυνοριακή φροντίδα υγείας και ειδικότερα η περίπτωση της Ελλάδας. Ειδικότερα, η εργασία **στοχεύει**:

1. Να μελετήσει, να παρουσιάσει και να περιγράψει την υφιστάμενη κατάσταση στα θέματα των υπηρεσιών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.
2. Να μελετήσει, να παρουσιάσει και να περιγράψει τα θέματα που άπτονται της διασυνοριακής φροντίδας υγείας.
3. Να μελετήσει, να παρουσιάσει και να περιγράψει το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, ειδικά στο θέμα της διασυνοριακής φροντίδας.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια: την Εισαγωγή, το 1^ο κεφάλαιο που περιγράφει τις υπηρεσίες υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το 2^ο κεφάλαιο που αναλύει τη διασυνοριακή φροντίδα υγείας, το 3^ο κεφάλαιο που αναλύει το σύστημα υγείας στην Ελλάδα και τέλος το 4^ο κεφάλαιο με τα συμπεράσματα και τις προτάσεις ενώ ακολουθεί η βιβλιογραφία και το παράρτημα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

1.1. Οι τέσσερις ελευθερίες και οι επιπτώσεις τους

Οι τέσσερις θεμελιώδεις ελευθερίες διακίνησης (ελεύθερη διακίνηση αγαθών, υπηρεσιών, κεφαλαίων και ανθρώπων) αποτελούν ουσιαστικό μέρος του Ευρωπαϊκού Δίκαιου, όπως αυτό αναπτύχθηκε μέσω της νομολογίας του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Κοινοτήτων και ενσωματώθηκαν σε πρωτογενή και δευτερογενή νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η εφαρμογή τους στοχεύει στην διασφάλιση εκείνων των ασφαλιστικών δικλείδων που θεωρούνται ουσιώδεις για την υλοποίηση των στόχων και αρχών της ΕΕ όπως αυτοί έχουν καταγραφεί στις διάφορες Συνθήκες της (Συνθήκη της Ρώμης 1957, Συνθήκη του Άμστερνταμ 1986, Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση 1992, Συνθήκη του Άμστερνταμ, 1997, Συνθήκη της Νίκαιας, 2001).

Οποιαδήποτε παρέκκλιση και καταστρατήγηση των θεμελιωδών ελευθεριών της ΕΕ δεν είναι επιτρεπτή καθώς δε συνάδει με την ουσιαστική αξία και το ρόλο των ελευθεριών.

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. Στον τομέα της υγείας, οι διατάξεις της Συνθήκης που διέπουν τις **τέσσερις αυτές ελευθερίες διακίνησης** πρέπει να εφαρμόζονται με ιδιαίτερη προσοχή (European Commission, 2001) καθώς τόσο η σημασία της υγείας για το άτομο όσο και οι ιδιαιτερότητες του εν λόγω αγαθού (ύπαρξη ασύμμετρης πληροφόρησης μεταξύ ασθενή και γιατρού και ανάγκη εξασφάλισης από τα κράτη μέλη ισότιμης πρόσβασης των πολιτών τους στις υπηρεσίες υγείας) οδηγούν στη διαμόρφωση μιας αγοράς που δύσκολα υπόκειται στους κανόνες του ανταγωνιστικού προτύπου (Οικονόμου, 2011).

Ειδικότερα, η ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων περιλαμβάνει την αγορά εργασίας του ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού και των λοιπών επαγγελματιών υγείας καθώς επίσης και την πιθανή ζήτηση υπηρεσιών από πρόσωπα που διαμένουν για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα σε άλλη χώρα. Η ελεύθερη κυκλοφορία των προϊόντων αναφέρεται στην αγορά και την προμήθεια των φαρμακευτικών σκευασμάτων και των ιατρικών συσκευών ενώ η ελεύθερη κυκλοφορία των υπηρεσιών στην παροχή ιδιωτικής

και υποχρεωτικής ασφαλιστικής κάλυψης. Οι δύο αυτές ελευθερίες συνδέονται με τις διασυνοριακές ροές ασθενών που αποσκοπούν στην αναζήτηση υγειονομικής φροντίδας (Οικονόμου, 2011).

Προκειμένου οι ελευθερίες αυτές να γίνουν υλοποιήσιμες, η ΕΕ θέσπισε νόμους για να εξασφαλίσει, αφενός, ότι τα αγαθά και οι παρεχόμενες εκτός συνόρων υπηρεσίες είναι κατάλληλης ποιότητας, και δεύτερον, ότι η ελευθερία μετακίνησης των ανθρώπων δεν περιορίζεται από την υγεία τους (εξασφαλίζοντας ότι μπορούν να λάβουν υγειονομική περίθαλψη εκτός της χώρας τους) (Wismar et al., 2011).

Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει μια τεταμένη κατάσταση μεταξύ των τεσσάρων ελευθεριών (όπως αυτές μεταφράζονται σε παρεχόμενα δικαιώματα στους ιδιώτες για την υγειονομική περίθαλψη) και των πεπερασμένων πόρων του συστήματος οι οποίοι πρέπει να κατανέμονται κατά το δικαιότερο και αποτελεσματικότερο τρόπο. Επιπλέον, η ελεύθερη κυκλοφορία ενέχει την έννοια της δικαιοσύνης και της ισότητας, καθώς θα μπορούσε κάλλιστα να αποτελεί πλεονέκτημα για τα μέλη των ήδη προνομιούχων κοινωνικών στρωμάτων, ωφελώντας τους λιγότερο άρρωστους, τους πιο μορφωμένους και τους πλουσιότερους. Αυτές οι πληθυσμιακές ομάδες τείνουν να είναι περισσότερο επικεντρωμένες στις ανάγκες τους για υγειονομική περίθαλψη ενώ παράλληλα έχουν υψηλές προσδοκίες, καθώς γνωρίζουν καλύτερα τα δικαιώματά τους, είναι πιο εξοικειωμένοι με το ταξίδι στο εξωτερικό ενώ είναι πιθανό να είναι σε καλύτερη οικονομική θέση για να αντέξουν τα έξοδα μετακίνησης και τα ιατρικά έξοδα πριν αυτά τους επιστραφούν από την αρμόδια υγειονομική υπηρεσία της χώρας τους. Η κινητικότητα των ασθενών συχνά υποθάλπεται από την αυξημένη επιλογή του παρόχου και της θεραπείας σε ευρωπαϊκή κλίμακα (Mossialos et al., 2010).

1.2. Πολιτική υγείας στην ΕΕ

Ως «πολιτική υγείας» **ορίζεται** το σύνολο των αποφάσεων, των δεσμεύσεων και των μέτρων που υιοθετούνται για τη διατήρηση ή τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Οικονόμου, 2004).

Βασική διάσταση της ευρωπαϊκής πολιτικής υγείας αποτελεί η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο σχέδιο για τη διαμόρφωση μίας **ενιαίας εσωτερικής αγοράς** που θα περιφρουρεί τις **τέσσερις βασικές ελευθερίες** διακίνησης και την ανάγκη ύπαρξης

ρυθμιστικών παρεμβάσεων για την εξασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου κοινωνικής προστασίας. Μία ακόμα διάσταση, που αλληλεπιδρά και αλληλοεπηρεάζεται με την προηγούμενη είναι η κατανομή των αρμοδιοτήτων λήψης αποφάσεων και ανάληψης δράσεων μεταξύ της ΕΕ και των κρατών-μελών (Οικονόμου, 2004).

Η πολιτική υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) έχει μια **θεμελιώδη αντίφαση** στον πυρήνα της. Από τη μία, η Συνθήκη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, ως πεδίο εφαρμογής του δικαίου της ΕΕ, αναφέρει ρητά ότι η υγειονομική περίθαλψη είναι ευθύνη των κρατών-μελών. Από την άλλη, δεδομένου ότι τα συστήματα υγείας των κρατών-μελών αλληλεπιδρούν με τους ανθρώπους (π.χ. προσωπικό και ασθενείς), τα αγαθά (π.χ. φάρμακα και συσκευές) και τις υπηρεσίες (π.χ. παροχές υγειονομικής περίθαλψης και πάροχοι), τα οποία εγγυούνται την ελεύθερη διασυνοριακή κυκλοφορία με την ίδια συνθήκη, πολλές εθνικές δραστηριότητες για την υγεία στην πραγματικότητα υπόκεινται στην ευρωπαϊκή νομοθεσία και την πολιτική. Για παράδειγμα, όταν τα εθνικά συστήματα υγείας προσπαθούν να αγοράσουν φάρμακα ή ιατρικό εξοπλισμό, ή να προσλάβουν επαγγελματίες υγείας, παρατηρείται ότι το πεδίο εφαρμογής των ενεργειών τους καθορίζεται πλέον σε μεγάλο βαθμό από την κοινοτική νομοθεσία. Επιπλέον, όταν οι πολίτες ενός κράτους-μέλους ταξιδεύουν εκτός των εθνικών τους συνόρων, δικαιούνται να λάβουν την υγειονομική περίθαλψη που θα χρειαστούν και αποζημιώνονται από τις αρμόδιες υγειονομικές υπηρεσίες της χώρας τους. Έτσι τα εθνικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης επίσημα εμπίπτουν στη νομοθεσία της ΕΕ, αλλά τα στοιχεία που αφορούν τη χρηματοδότηση, την παράδοση και την παροχή τους, επηρεάζονται άμεσα από το δίκαιο της ΕΕ (Mossialos et al., 2010).

Γενικά, σε ολόκληρη της ΕΕ, τόσο οι πολιτικές υγείας όσο και τα συστήματα περίθαλψης αλληλοσυνδέονται κυρίως λόγω του ότι οι ασθενείς πλέον έχουν τη δυνατότητα να απολαμβάνουν την περίθαλψη σε όλη την ΕΕ, έχοντας υψηλότερες προσδοκίες για την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης. Ταυτόχρονα οι επαγγελματίες του χώρου της υγείας εργάζονται σε διάφορες χώρες της ΕΕ ενώ νέες εξελίξεις έχουν καταγραφεί στις τεχνολογίες της υγείας (Directive 2011/24/EU).

Έτσι, η **κοινωνική πολιτική**, στο πλαίσιο της ΕΕ, προσδιορίζει κάποιες κοινά αποδεκτές κοινωνικές προδιαγραφές που συμπληρώνουν την οικονομική ολοκλήρωση, αν και στον τομέα της υγείας, οι αρμοδιότητες της Κοινότητας είναι περιορισμένες γιατί ενώ προβλέπεται (Συνθήκη Ίδρυσης Ευρωπαϊκής Κοινότητας, άρθρο 3) η συμβολή της στην επίτευξη υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας, η δράση της πρέπει να

αναπτύσσεται χωρίς να θίγονται οι αρμοδιότητες των κρατών-μελών στην οργάνωση και παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών (Οικονόμου, 2004).

Έμφαση δίνεται στο περιεχόμενο της Σύστασης του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου αλλά και στις ανακοινώσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τη **συνεργασία μεταξύ των κρατών-μελών**. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τη **Σύσταση 92/442** του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, που αποτελεί χαρακτηριστικό της προσέγγισης για τη σύγκλιση των στόχων και των πολιτικών κοινωνικής προστασίας (και ανάλογη Έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την κοινωνική προστασία το 1999), τα κράτη-μέλη οφείλουν να εξασφαλίσουν στα άτομα, που νόμιμα διαμένουν στην επικράτειά τους, πρόσβαση στις αναγκαίες προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, ανάλογα βέβαια με τις προϋποθέσεις που τα ίδια τα κράτη-μέλη θέτουν. Επιπλέον οφείλουν να αναπτύξουν υψηλής ποιότητας συστήματα φροντίδας υγείας που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού ενώ θα πρέπει να οργανώσουν υπηρεσία αποκατάστασης που θα συνδράμει στην ανάκτηση της φυσικής ικανότητας του ατόμου ύστερα από σοβαρές ασθένειες ή ατυχήματα. Τέλος, τα κράτη-μέλη οφείλουν να παράσχουν συνταξιοδοτική προστασία σε όσα άτομα αναγκάστηκαν, λόγω κάποιας ασθένειας, να σταματήσουν να εργάζονται. Είναι λοιπόν εμφανής η ανάγκη στενής **συνεργασίας των κρατών-μελών** για τον καθορισμό κάποιων κοινών στόχων, όπως η διασφάλιση υψηλής ποιότητας και βιώσιμης υγειονομικής προστασίας (Οικονόμου, 2004).

Κοινές αρχές για την υγειονομική περίθαλψη στην ΕΕ αποτελούν, σύμφωνα με τα **συμπεράσματα του Συμβουλίου** για τις κοινές αξίες και αρχές στα συστήματα υγείας της ΕΕ, η **καθολικότητα**, η **πρόσβαση σε φροντίδα υψηλής ποιότητας**, η **ισότητα** και η **αλληλεγγύη**. Σημαντικό όμως είναι να προσδιοριστεί ποιος είναι αρμόδιος για την εξασφάλιση της εφαρμογής αυτών των αρχών στη διασυνοριακή περίθαλψη. Έτσι, η ύπαρξη σαφούς πλαισίου είναι αποφασιστικής σημασίας τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους επαγγελματίες που παρέχουν την περίθαλψη (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2007).

Η στρατηγική της Κοινότητας για την υγεία κατά την περίοδο 2008-2013 προσδιορίστηκε στη **Λευκή Βίβλο** που εξέδωσε, τον Οκτώβριο του 2007, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2007; Οικονόμου, 2011). Στόχοι της στρατηγικής αυτής, προκειμένου να διαφυλαχθούν οι βασικές κοινές αρχές που διέπουν τον υγειονομικό τομέα στα κράτη μέλη της Ένωσης (καθολικότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών, ποιότητα στην περίθαλψη, αλληλεγγύη και ισοτιμία στην υγεία, ανάδειξη της υγείας ως κοινωνικού αγαθού που

συμβάλει και στην οικονομική παραγωγικότητα και ευημερία και συμπερίληψη της υγείας σε όλες τις πολιτικές της Κοινότητας και της Ένωσης), είναι η υγιής γήρανση, η προστασία της δημόσιας υγείας και η προώθηση δυναμικών συστημάτων υγείας και νέων τεχνολογιών (Οικονόμου, 2011).

Έτσι, βασική επιδίωξη της πολιτικής υγείας της ΕΕ είναι η **ενδυνάμωση των πολιτών**· ο ασθενής ολοένα και περισσότερο εξατομικεύεται και καθίσταται ενεργό πρόσωπο και όχι απλό αντικείμενο φροντίδας ενώ λαμβάνονται τα δικαιώματα των ασθενών και των πολιτών ως σημαντικό σημείο εκκίνησης (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2007).

Ως προς τις αξίες που αφορούν στη βελτίωση της υγείας, αυτές πρέπει να περιλαμβάνουν **εξάλειψη των ανισοτήτων** γιατί παρά το γεγονός ότι πολλοί Ευρωπαίοι έχουν μακρύτερη και υγιέστερη ζωή σε σχέση με προηγούμενες γενιές, υπάρχουν μεγάλες ανισότητες στον τομέα της υγείας εσωτερικά αλλά και μεταξύ των κρατών μελών και των περιφερειών. Για παράδειγμα, αν και ο συνολικός πληθυσμός της ΕΕ γερνάει, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση για τις γυναίκες κυμαίνεται στα 9 έτη μεταξύ των χωρών της ΕΕ και για τους άνδρες στα 13 ενώ τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας είναι έξι φορές μεγαλύτερα. Η Επιτροπή προτείνει ενέργειες που στόχο έχουν τη μείωση των ανισοτήτων, συμπεριλαμβανομένης της στοχευμένης προώθησης της υγείας και της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2007).

Φαίνεται λοιπόν επιβεβλημένη η **καθιέρωση σαφώς καθορισμένων κανόνων** και η αξιόπιστη ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την πρόσβασή τους στην υγειονομική περίθαλψη άλλης ευρωπαϊκής χώρας και την επιστροφή των ιατρικών εξόδων τα οποία εξασφαλίζουν ισορροπία και οδηγούν στην εξάλειψη της νομικής αβεβαιότητας, μεταξύ της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας και της προστασίας του δικαιώματος των ασθενών να αναζητούν θεραπεία εκτός της χώρας τους. Παράλληλα ενισχύεται η συνεργασία μεταξύ των χωρών της ΕΕ ενώ θεωρείται αναγκαία η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες σε άλλη χώρα ιατρικές φροντίδες. Οι παρεχόμενες πληροφορίες για την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης και την ασφάλεια των ασθενών, βοηθά όσους αναζητούν θεραπεία σε άλλη χώρα να κάνουν την καλύτερη επιλογή προτού αναχωρήσουν από τη χώρα τους (Directive 2011/24/EU).

Παρόλα αυτά, η Επιτροπή υποστηρίζει τη θέσπιση ενός **κοινοτικού πλαισίου** για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη. Εκτός από τον καθορισμό των σχετικών

νομικών ορισμών και γενικών διατάξεων, η οδηγία COM(2008) 414 διαρθρώνεται γύρω από τρεις κύριους τομείς (European Commission, 2008):

- **Κοινές αρχές σε όλα τα συστήματα υγείας της ΕΕ**, όπως συμφωνήθηκε τον Ιούνιο του 2006 από το Συμβούλιο, που θα καθορίζουν ποιο κράτος-μέλος είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση των κοινών αρχών της υγειονομικής περίθαλψης και τι περιλαμβάνουν οι αρμοδιότητες αυτές, ώστε να διασφαλιστεί η ύπαρξη σαφήνειας και εμπιστοσύνης με σχετικά με τις αρχές που καθορίζουν και παρακολουθούν τα πρότυπα υγειονομικής περίθαλψης σε ολόκληρη την ΕΕ.
- **Ένα ειδικό πλαίσιο για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη**, που θα καθιστά σαφή τα δικαιώματα των ασθενών για υγειονομική περίθαλψη σε άλλο κράτος-μέλος, συμπεριλαμβανομένων των ορίων που θέτουν τα κράτη-μέλη μπορούν για την εν λόγω υγειονομική περίθαλψη στο εξωτερικό, και τα οποία βασίζονται στην οικονομική κάλυψη που παρέχεται για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, με βάση την αρχή ότι οι ασθενείς δικαιούνται να λάβουν ως αποζημίωση μέχρι το ποσό που θα τους είχε καταβληθεί αν είχαν ακολουθήσει την ίδια θεραπεία στη χώρα τους.
- **Ευρωπαϊκή συνεργασία σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης** όπως συνεργασία σε παραμεθόριες περιοχές, αναγνώριση των συνταγών που εκδίδονται σε άλλες χώρες, ευρωπαϊκά δίκτυα αναφοράς, αξιολόγηση της τεχνολογίας για την υγεία, συλλογή δεδομένων, ποιότητα και ασφάλεια, προκειμένου να καταστεί δυνατή η εν λόγω συνεργασία σε σταθερή και αποτελεσματική βάση. Σε **εθνικό επίπεδο**, τα κράτη-μέλη θα πρέπει να δημιουργήσουν τουλάχιστον ένα εθνικό σημείο επαφής που θα παρέχει στους ασθενείς όλες τις σχετικές **πληροφορίες**, εξασφαλίζοντας ότι τα **κέντρα αναφοράς** του κράτους συμμετέχουν στο ευρωπαϊκό δίκτυο αναφοράς (ΕΛΙΑΜΕΠ, 2011).

Στο πλαίσιο των **πολιτικών υγείας της ΕΕ** εντάσσεται το πρόγραμμα «**Υγεία για την ανάπτυξη**» (2014-2020) που αποτελεί το τρίτο πολυετές πρόγραμμα δράσης της ΕΕ. Το εν λόγω πρόγραμμα βοηθά και στηρίζει τα κράτη-μέλη με στόχο (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2011):

- Την υλοποίηση των απαραίτητων μεταρρυθμίσεων προκειμένου να καταστούν τα συστήματα υγείας καινοτόμα και βιώσιμα. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή οφείλει να βοηθήσει τα κράτη μέλη να αντιμετωπίσουν την έλλειψη ανθρώπινων και οικονομικών πόρων ενώ τα παροτρύνει να ενσωματώσουν την καινοτομία στην υγειονομική περίθαλψη, π.χ. σε ό,τι αφορά την ηλεκτρονική υγεία, και να μοιραστούν

την εμπειρογνωμοσύνη που διαθέτουν στον τομέα αυτό. Επιπλέον, το πρόγραμμα υποστηρίζει την ευρωπαϊκή σύμπραξη καινοτομίας για την ενεργό και υγιή γήρανση.

- Τη βελτίωση της πρόσβασης σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη. Προτείνεται η θέσπιση ενός συστήματος διαπίστευσης των ευρωπαϊκών δικτύων αναφοράς, το οποίο αναμένεται να συμβάλλει στην υποστήριξη των δράσεων που αναλαμβάνονται στον τομέα των σπάνιων νόσων. Θα έπρεπε επίσης να καταρτιστούν ευρωπαϊκές κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών και τη κρίση των αντιμικροβιακών φαρμάκων.
- Την προαγωγή της καλής υγείας των Ευρωπαίων πολιτών και την πρόληψη των νόσων. Τα κράτη μέλη καλούνται να ανταλλάσσουν τις ορθές πρακτικές τους σχετικά με την πρόληψη του καπνίσματος, την κατάχρηση οινοπνεύματος και την παχυσαρκία. Επίσης, θα πρέπει να προωθηθεί η πρόληψη των χρόνιων νόσων, όπως ο καρκίνος, μέσω συγκεκριμένων δράσεων.

Την προστασία των πολιτών της ΕΕ από διασυνοριακές απειλές καθώς εκτιμάται ότι πρέπει να βελτιωθεί το επίπεδο προετοιμασίας και οι ικανότητες συντονισμού σε περίπτωση σοβαρών διασυνοριακών απειλών.

1.3. Συστήματα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Τα **συστήματα υγείας της ΕΕ** αποτελούν μέρος του ευρύτερου δικτύου υπηρεσιών γενικού ενδιαφέροντος και κεντρικό συστατικό της υψηλής κοινωνικής προστασίας που παρέχεται από την Ένωση και συμβάλλει στην κοινωνική συνοχή και την κοινωνική δικαιοσύνη όπως επίσης και στην αέναη ανάπτυξη (Directive 2011/24/EU).

Τα δημόσια συστήματα υγείας μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες (OECD 1992; Οικονόμου, 2004):

- Τα «ολοκληρωμένα (integrated) συστήματα», που χαρακτηρίζονται από την κρατική χρηματοδότηση, την κάθετη ιεραρχική δομή οργάνωσης και διοίκησης, το διοικητικό μηχανισμό μεταφοράς και κατανομής πόρων, το δημόσιο χαρακτήρα των μονάδων υγείας και την αμοιβή των επαγγελματιών υγείας με μισθό. Από τα κράτη μέλη τα ΕΕ, τα εννέα (Δανία, Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία, Ισπανία, Ιταλία,

Πορτογαλία, Φινλανδία και Σουηδία) έχουν αναπτύξει ολοκληρωμένα συστήματα υγείας, με χρηματοδότηση από τη φορολογία και δημόσιους προμηθευτές υπηρεσιών.

- Τα «συμβολαιακά (contractual) συστήματα», με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή/και τον κρατικό προϋπολογισμό, με αποκεντρωμένη και πλουραλιστική δομή, ύπαρξη ασφαλιστικών φορέων, παραγωγή φροντίδων με δημόσιο χαρακτήρα και αμοιβή των προμηθευτών σύμφωνα με συμβάσεις (Αυστρία, Γερμανία, Ολλανδία).
- Τα «συστήματα αποζημίωσης» (reimbursement), με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή τον κρατικό προϋπολογισμό, αποκεντρωμένη δομή οργάνωσης και διοίκησης, ύπαρξη δημόσιου ασφαλιστικού φορέα, ιδιωτικού χαρακτήρα προμηθευτές που αμείβονται από τους χρήστες, οι οποίοι στη συνέχεια αποζημιώνονται από το ασφαλιστικό σύστημα (Βέλγιο, Γαλλία, Λουξεμβούργο).

Γενικά, τα συστήματα υγείας έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- παρέχουν την κύρια πρόσβαση των ασφαλισμένων στην υγειονομική περίθαλψη
- κυριαρχούνται από δημόσια χρηματοδότηση, αλλά υπάρχει συνήθως επιμερισμός του κόστους
- η συμμετοχή είναι υποχρεωτική
- η κάλυψη των παροχών είναι καθολική
- η πρόσβαση (και η κατανομή των πόρων) βασίζεται στην ανάγκη.

Βέβαια δεν υπάρχει ουσιαστικά **καθολική κάλυψη** καθώς το δικαίωμα ορισμένων ομάδων είναι ασαφές. Συγκεκριμένα, για άτομα που αιτούνται ασύλου και παράνομους μετανάστες, η πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες μπορεί να είναι έως και ανύπαρκτη. Προβλήματα μπορεί επίσης να προκύψουν για τους νομίμως διαμένοντες κατοίκους ή από τον τρόπο με τον οποίο είναι οργανωμένη η κάλυψη. Η κάλυψη για τους ανέργους, για παράδειγμα, μπορεί να απαιτεί ορισμένες διοικητικές προϋποθέσεις (Αυστρία), ή η τήρηση των αρχείων μπορεί να μη λειτουργεί αποτελεσματικά (Πολωνία) ή η κάλυψη μπορεί να απολεσθεί μετά το διαζύγιο εφόσον πληρούνται ορισμένες διοικητικές προϋποθέσεις που παραβλέπονται στα πλαίσια των συστημάτων κοινωνικής υγειονομικής ασφάλισης (Busse et al., 2006).

1.4. Θεσμικό πλαίσιο για την υγεία στην ΕΕ

Η κατοχύρωση του δικαιώματος των πολιτών των κρατών-μελών της ΕΕ για παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε άλλο κράτος-μέλος αποτέλεσε μια μακρά διαδικασία που ξεκίνησε από το 1951 με τη Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα Άνθρακα και Χάλυβα και τις διατάξεις για την υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων, και κατέληξε στην έκδοση κατέληξε στην ανακοίνωση της Επιτροπής για το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους με σταδιακή εφαρμογή της **Ανοικτής Μεθόδους Συντονισμού** στη διαμόρφωση της κοινοτικής πολιτικής υγείας.

Ο **Κοινοτικός Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων των Εργαζομένων** (Διάσκεψη Στρασβούργου, 1989) καθώς και ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Συνόδου της Νίκαιας (2000) αναγνωρίζει το δικαίωμα των πολιτών για πρόσβαση στην προληπτική υγειονομική περίθαλψη και το δικαίωμα να απολαμβάνουν ιατρική περίθαλψη ενώ διεθνείς διακηρύξεις, αναγνωρίζουν θεμελιώδη δικαιώματα σχετικά με την υγεία (Οικονόμου, 2004; Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2007).

Γεγονός είναι ότι για τους Ευρωπαίους, η **πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη** είναι θεμελιώδες δικαίωμα, ουσιαστικό για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, το οποίο πρέπει να εξασφαλίζεται για όλους. Ο χάρτης θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο άρθρο 33 διακηρύσσει ότι: *«κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης»* ενώ στο άρθρο 32, η Ένωση *«αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα πρόσβασης στις παροχές κοινωνικής ασφάλειας και στις κοινωνικές υπηρεσίες που εξασφαλίζουν προστασία σε περιπτώσεις όπως η μητρότητα, η ασθένεια, το εργατικό ατύχημα, η εξάρτηση ή το γήρας»* (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2001; Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Γενικά, έως τις αρχές της δεκαετίας του '90, η ΕΕ δεν είχε καμία αρμοδιότητα σε θέματα υγείας, παρά μόνο στο βαθμό που αυτό ήταν αναγκαίο ως συνέπεια του σχεδίου οικονομικής ολοκλήρωσης. Έτσι, υιοθετήθηκαν διατάξεις στις αρχικές Συνθήκες που αφορούσαν την προστασία της υγιεινής και της ασφάλειας στους χώρους εργασίας, την ασφαλιστική κάλυψη των μετακινούμενων εργαζομένων, την προστασία της δημόσιας υγείας του πληθυσμού από την έκθεση σε ιονίζουσες ακτινοβολίες, τον περιορισμό της ελεύθερης κυκλοφορίας των προσώπων και των εμπορευμάτων λόγω αναγκών δημόσιας υγείας και την ελεύθερη διακίνηση αγαθών και υπηρεσιών όπως φάρμακα, προϊόντα

βιοϊατρικής τεχνολογίας, ασφάλιση υγείας και ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελματιών και των εργαζομένων στον τομέα της υγείας (Οικονόμου, 2011).

Το 1993, με τη **Συνθήκη του Μάαστριχτ** εισάγονται δύο νέα άρθρα που αναφέρονται στην υγεία των πολιτών της ΕΕ. Το άρθρο 3(ο) που καλεί την Ένωση να συμβάλει στην επίτευξη υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης υγείας και το άρθρο 129 που –παρά τη γενικότητα και την ασάφεια των διατάξεών του- θέτει το πλαίσιο εξασφάλισης του στόχου αυτού. Επιπλέον, τα άρθρα 3(α) και 129Α στηρίζουν και συμπληρώνουν την πολιτική των κρατών-μελών για την προστασία της υγείας των καταναλωτών (Οικονόμου, 2004; Οικονόμου, 2011).

Ειδικότερα, με **το άρθρο 129** για τη δημόσια υγεία, εκχωρείται, για πρώτη φορά, αρμοδιότητα στην ΕΕ για ζητήματα υγείας. Σύμφωνα με το εν λόγω άρθρο η Κοινότητα καλείται να συμβάλει στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ανθρώπου μέσα από δράσεις που επικεντρώνονται στην πρόληψη των ασθενειών και κυρίως των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας, συμπεριλαμβανομένης της τοξικομανίας. Ως μέσα για την επιδίωξη αυτού του σκοπού αναφέρονται η έρευνα για τα αίτια και τους τρόπους μετάδοσης των ασθενειών και η ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σχετικά με τα ζητήματα υγείας. Επιπροσθέτως, η Κοινότητα καλείται να εξασφαλίσει την ενσωμάτωση των απαιτήσεων προστασίας της υγείας και στις άλλες πολιτικές της, ενώ τα κράτη-μέλη οφείλουν να συντονίσουν μεταξύ τους, σε συνεργασία με την Επιτροπή, τις πολιτικές και τα προγράμματα που εφαρμόζουν, αποκλείοντας οποιοδήποτε προσπάθεια εναρμόνισης των νομοθετικών και κανονιστικών διατάξεων των κρατών-μελών (Οικονόμου, 2011).

Ο χαρακτήρας και η εφαρμογή του άρθρου 129 προσδιορίστηκε από την άποψη ότι οι δράσεις στον τομέα της υγείας θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από επιλεκτικότητα, συμπληρωματικότητα και να έχουν προστιθέμενη αξία, στοιχεία που παρέβλεψαν τις επιπτώσεις στον τομέα της υγείας από την εσωτερική αγορά και τις οικονομικές πολιτικές (Οικονόμου, 2011).

Βέβαια το άρθρο 129 χαρακτηρίζεται από γενικότητα και ασάφεια στις διατάξεις του, ενώ εμφανίζεται αοριστία στην κατανομή των αρμοδιοτήτων μεταξύ των κρατών-μελών και της Επιτροπής αναφορικά με την επίτευξη των στόχων που έθετε το άρθρο. Ειδικότερα, η διατύπωση «υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας» έθετε διλήμματα ως προς το τι σημαίνει υψηλό επίπεδο, σε ποιο σημείο τίθεται το όριο του υψηλού και πώς τελικά αυτό μετρείται. Επίσης, στο συγκεκριμένο άρθρο δεν υπήρχε σαφής προσδιορισμός των ασθενειών που αποτελούν μεγάλη πληγή της ανθρωπότητας ενώ ο

«συντονισμός των δραστηριοτήτων» των κρατών-μελών δεν ήταν ξεκάθαρο αν αφορούσε την υιοθέτηση κοινών ή παρόμοιων στόχων, προγραμμάτων, πολιτικών ή απλά την ανταλλαγή πληροφοριών. Τέλος, δεν καθοριζόταν ο πολιτικός, οικονομικός ή άλλος χαρακτήρας των δράσεων ενθάρρυνσης που θα έπρεπε να θεσπίσει το Συμβούλιο. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, σε έκθεσή του, υπογράμμισε ότι το άρθρο 129 αποτελούσε περιορισμό στη δράση της Κοινότητας σε θέματα γενικού ενδιαφέροντος. Παράλληλα δεν υπήρχε αναφορά για νομοθετική εναρμόνιση των κρατών-μελών στον τομέα της δημόσιας υγείας παρέχοντας ουσιαστικά βάση μόνο για ανάληψη πρωτοβουλιών συντονισμού (European Parliament, 1993; Οικονόμου, 2011).

Από την άλλη, το θετικό στη θέσπιση του άρθρου 129 ήταν ότι αποτελούσε το έναυσμα για ανάπτυξη προγραμμάτων δημόσιας υγείας στην Κοινότητα, τα οποία συνέβαλλαν στην έναρξη μιας διαδικασίας σύγκλισης. Επιπλέον, συνέβαλε στην ανακοίνωση της Επιτροπής το 1993 για τη διαμόρφωση ενός πλαισίου δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας και στη σύσταση της Υψηλού Επιπέδου Επιτροπής Υγείας (High Level Committee on Health), ως συμβουλευτικού οργάνου της Επιτροπής.

Έτσι, λόγω της ασάφειας που το διέκρινε, το άρθρο 129 δεν αποτελούσε κοινή προσέγγιση στην ερμηνεία της πολιτικής υγείας σε επίπεδο ΕΕ, ενώ παράλληλα δεν καθόριζε την επίδραση που θα έπρεπε να έχει στη διαδικασία της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης και το ρόλο που θα μπορούσε να παίξει σε μελλοντικές πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις της Κοινότητας. Αποτελούσε δε συμβιβασμό μεταξύ των κρατών-μελών που επιθυμούσαν επέκταση της αρμοδιότητας της Ένωσης σε ζητήματα υγείας και θεσμική κατοχύρωση των δραστηριοτήτων, που μέχρι εκείνη τη στιγμή λάμβαναν άτυπα χώρα, και εκείνων των κρατών-μελών που αντιτίθεντο σε μια παρόμοιο προοπτική και θεωρούσαν το άρθρο 129 ως περιορισμό αυτών των δραστηριοτήτων. Με άλλα λόγια, η πολιτική της ΕΕ για τη δημόσια υγεία χαρακτηρίστηκε ως μίγμα στοιχείων μεταξύ της παραδοσιακής προσέγγισης και της προσπάθειας διαμόρφωσης μιας συνολικής στρατηγικής (Οικονόμου, 2011).

Τη Συνθήκη του Μάαστριχτ ακολούθησε η **Συνθήκη του Άμστερνταμ** (1997, αποτέλεσμα της Διακυβερνητικής Διάσκεψης που ξεκίνησε το 1996) με το άρθρο 152 το οποίο τροποποιούσε ορισμένες διατάξεις του άρθρου 129 ενώ πρόσθετε κάποιες άλλες. Γενικά το άρθρο 152 χαρακτηριζόταν και αυτό από ασάφεια ενώ κάνει ιδιαίτερα πολύπλοκη τη σχέση μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και της ενιαίας ευρωπαϊκής αγοράς. Βέβαια στο εν λόγω άρθρο προβλέπεται ότι ο σχεδιασμός και η εφαρμογή όλων των πολιτικών υγείας της Κοινότητας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους τις επιπτώσεις που

ενδέχεται να έχουν στην υγεία των πολιτών ενώ παράλληλα εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας (Οικονόμου, 2004). Με άλλα λόγια, ο ρόλος της Κοινότητας είναι συμπληρωματικός των εθνικών πολιτικών, ενθαρρύνοντας έτσι τη συνεργασία και στηρίζοντας τη δράση όσον αφορά τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, την πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας και την αποτροπή των πηγών κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία (COM(2001)723).

Σύμφωνα με το **άρθρο 152** της Συνθήκης για την δημόσια υγεία, η ΕΕ προσπαθεί να εξασφαλίσει ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου. Η ανακοίνωση της Επιτροπής για τη **«Στρατηγική στον τομέα της υγείας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας»** τονίζει ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και στις ανησυχίες του πληθυσμού, σε ένα πλαίσιο που χαρακτηρίζεται από την πρόκληση της γήρανσης και την ανάπτυξη νέων ιατρικών τεχνικών, καθώς και από τη διευρυνόμενη διεθνή διάσταση της υγειονομικής περίθαλψης (μεταδοτικές ασθένειες, περιβαλλοντική υγεία, αυξημένη κινητικότητα προσώπων, υπηρεσιών και αγαθών) (Μηνακούλη και συν., 2005).

Το άρθρο 129 συμπεριλήφθηκε στα υπό τροποποίηση άρθρα της Διακυβερνητικής Διάσκεψης του Άμστερνταμ. Το **άρθρο 152** της Συνθήκης του Άμστερνταμ (1997) για τη δημόσια υγεία ορίζει το ρόλο της ΕΕ ως συμπληρωματικό των εθνικών πολιτικών και καθορίζει τις διαδικασίες με τις οποίες οι ευρωπαϊκοί οργανισμοί μπορεί να δρουν στο επίπεδο της υγείας και οριοθετεί τα μέτρα που πρέπει να τεθούν σε εφαρμογή (Lear & Mossialos, 2008). Αν και δεν αποτέλεσε ριζική αναθεώρηση του άρθρου 129 και αντιμετώπιση των ανεπαρειών του, παρόλα αυτά τροποποίησε ορισμένες διατάξεις του ενώ προσέθεσε και κάποιες νέες. Αυτό οφείλεται στο ότι δεν είχε ακόμα αναγνωριστεί η αναγκαιότητα ανάπτυξης συντονισμένης πολιτικής υγείας (Οικονόμου, 2011).

Στο άρθρο 152 διατηρήθηκε η ασάφεια του άρθρου 129 ενώ εκ νέου αποκλείστηκαν οι υπηρεσίες υγείας από τη Συνθήκη, οι οποίες παραμένουν αποκλειστική αρμοδιότητα των εθνικών πολιτικών του κάθε κράτους-μέλους. Έτσι, στο άρθρο 152 παρουσιάζονται δύο βασικές αντιφάσεις (Mossialos et al., 2010; Οικονόμου, 2011):

- Η μη συμπερίληψη των υπηρεσιών υγείας στη Συνθήκη αν και οι επιμέρους πολιτικές της Ένωσης επιδρούν στην παροχή των υπηρεσιών υγείας.
- Η αναίρεση των δηλωμένων σκοπών της Κοινότητας τόσο σε επίπεδο γενικών διακηρυκτικών στόχων όσο και σε επίπεδο ανάληψης συγκεκριμένων πρωτοβουλιών

δράσης για την προστασία της δημόσιας υγείας. Όμως, η εφαρμογή αποτελεσματικών δράσεων δημόσιας υγείας σε επίπεδο ΕΕ προϋποθέτει την εξασφάλιση ελαχίστων προδιαγραφών αποτελεσματικής λειτουργίας των εθνικών υπηρεσιών υγείας.

Στο άρθρο 152 η εφαρμογή των 4 ελευθεριών διακίνησης στον τομέα της υγείας μεταφράζεται σε ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών, των φαρμακευτικών προϊόντων, των ιατρικών συσκευών και των επενδύσεων. Συνεπώς εμφανίζεται ιδιαίτερα πολύπλοκη η σχέση μεταξύ των υπηρεσιών υγείας ως ένας σημαντικός παράγοντας των εθνικών οικονομιών και της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Αγοράς (Wismar et al., 2002).

Ως προς τις θετικές αλλαγές που επήλθαν στο άρθρο 129 με το άρθρο 152, θεωρείται η έμφαση που δίνεται σε ορισμένα ζητήματα όπως η ανάγκη ελέγχου των επιπτώσεων στην υγεία των πολιτών που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την πρόβλεψη, το σχεδιασμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών της Κοινότητας. Επιπλέον, ενδυναμώνεται η δέσμευση της Κοινότητας αφού πλέον δεν «συμβάλλει» αλλά «εξασφαλίζει» υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας ενώ δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην προαγωγή της υγείας και στους παράγοντες που προσδιορίζουν την καλή υγεία. Έτσι, η Κοινότητα αποκτά αρμοδιότητα όχι μόνο στην προστασία της υγείας (π.χ. έλεγχος ασθενειών) αλλά και σε ζητήματα προαγωγής και πρόληψης (π.χ. περιορισμός της διαφήμισης προϊόντων καπνού). Τέλος, θετική θεωρείται η επέκταση της αρμοδιότητας της Κοινότητας στη θέσπιση μέτρων για την ασφάλεια των οργάνων και ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του και για τον κτηνιατρικό και φυτοϋγειονομικό έλεγχο (Mossialos et al., 2010; Οικονόμου, 2011).

Γενικά, το άρθρο 152 είναι αυτό που παρέχει τη νομική βάση για το πρώτο πρόγραμμα ενιαίας δημόσιας υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Πριν το 2003, η ΕΕ είχε υιοθετήσει μια σειρά μικρότερων προγραμμάτων σε διάφορους σημαντικούς τομείς της δημόσιας υγείας όπως «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου» και «Η Ευρώπη κατά του AIDS». Οι αναθεωρήσεις του Άμστερνταμ όμως έδωσαν στην Επιτροπή μια νέα ώθηση και, το 1998 ξεκίνησε μια συζήτηση για την πολιτική δημόσιας υγείας της ΕΕ. Προτάθηκε μία θεμελιώδης αναθεώρηση, με όραμα την ολοκληρωμένη στρατηγική της ΕΕ για τη δημόσια υγεία η οποία είχε τρία σκέλη:

- βελτίωση της πληροφόρησης για την ανάπτυξη της υγείας
- άμεση αντίδραση σε απειλές της υγείας

- αντιμετώπιση των προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας μέσω της προαγωγής της και της πρόληψης των ασθενειών.

Η διεύρυνση της ΕΕ και η πρόκληση της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης λόγω της παγκοσμιοποίησης έκαναν επιτακτική την ανάγκη επαναπροσδιορισμού των καταστατικών συνθηκών της Ένωσης που διατυπώθηκε στο **Συμβούλιο του Λάακεν** (2001) με τη «Συνέλευση για το Μέλλον της Ευρώπης» και κατέληξε σε ενιαίο κείμενο με τη **μορφή Συντάγματος**. Σύμφωνα με αυτό, η αρμοδιότητα της Ένωσης στον τομέα της δημόσιας υγείας και της προστασίας των καταναλωτών και του περιβάλλοντος εξακολουθεί να παράλληλη με αυτή της αρμοδιότητας των κρατών-μελών, με τη μορφή υποστηρικτικής, συντονιστικής ή συμπληρωματικής δράσης (Οικονόμου, 2004).

Το άρθρο 179 στο Σχέδιο Συντάγματος αποτελεί τροποποίηση του άρθρο 152 όπου επαναδιατυπώνεται η αρχή ότι η δράση της Ένωσης στον τομέα της δημόσιας υγείας θα αναπτυχθεί χωρίς να θίγονται οι αρμοδιότητες των κρατών-μελών σε ότι αφορά την οργάνωση και την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και ιατρικής περίθαλψης (Οικονόμου, 2004). Στο εν λόγω άρθρο εισάγεται η εφαρμογή της ΑΜΣ στον τομέα της υγείας, που δημιουργήθηκε στο πλαίσιο της πολιτικής για την απασχόληση, προβλέποντας ότι τα κράτη-μέλη συντονίζουν μεταξύ τους και σε συνεργασία με την Επιτροπή τις πολιτικές και τα προγράμματα για την οργάνωση και ανταλλαγή των βέλτιστων πρακτικών (Οικονόμου, 2004; Lear & Mossialos, 2008; Mossialos et al., 2010).

Το Δεκέμβριο του 2007, υπογράφηκε η **Συνθήκη της Λισαβόνας**, ύστερα από αποτυχία υιοθέτησης ενός Συντάγματος για την Ευρώπη, ενώ παράλληλα τροποποιήθηκε το άρθρο 152 σε **άρθρο 168**. Το Άρθρο 168 δεν διαφοροποιείται σημαντικά σε σχέση με το 152 καθώς η γενική θέση της Ένωσης παραμένει η ίδια και συνίσταται στο ότι η δράση της Ένωσης συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές και αποβλέπει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας, στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές της και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για την υγεία, μέσα από την ενθάρρυνση της συνεργασίας μεταξύ των κρατών-μελών και τη στήριξη της δράσης τους. Επιπλέον, κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου ενώ η δράση της Ένωσης αναπτύσσεται χωρίς να θίγονται οι ευθύνες των κρατών-μελών σχετικά με τη διαμόρφωση της πολιτικής τους στον τομέα της υγείας, καθώς και την οργάνωση, παροχή και χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών (Οικονόμου, 2011).

Ωστόσο, στο άρθρο 168 διακρίνονται τροποποιήσεις που αναδεικνύουν νέες διαστάσεις πολιτικής. Έτσι, η δράση της ΕΕ για την καταπολέμηση μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας στον τομέα της υγείας, περιλαμβάνει τώρα και την επαγρύπνηση για τις σοβαρές διασυνοριακές απειλές κατά της υγείας, την κήρυξη συναγερμού σε περίπτωση τέτοιων απειλών και την καταπολέμησή τους. Επιπλέον, ενθαρρύνονται συνεργασίες μεταξύ των κρατών-μελών που αναφέρονται και στη βελτίωση της συμπληρωματικότητας των υγειονομικών τους υπηρεσιών στις παραμεθόριες περιοχές ενώ προβλέπεται η εφαρμογή της ΑΜΣ στην υγεία, καθώς δίνεται η δυνατότητα στην Επιτροπή να αναλαμβάνει, σε στενή επαφή με τα κράτη-μέλη, 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. Τέλος, θεσπίζονται μέτρα ασφάλειας και ποιότητας και στον τομέα των φαρμάκων και ιατρικών μηχανημάτων. Έτσι, διευρύνονται οι δυνατότητες παρέμβασης της ΕΕ στην υγεία και παρέχεται η θεσμική βάση δικαιολόγησης για ανάληψη σχετικών πρωτοβουλιών (ΕΗΜΑ, 2010; Οικονόμου, 2011).

1.5. Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού (ΑΜΣ)

Η **Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού (ΑΜΣ)** είναι ένα ήπιο νομοθετικό όργανο, που υιοθετήθηκε από την ΕΕ για τη διαμόρφωση κοινωνικής πολιτικής στο πλαίσιο προώθησης ενός αποκεντρωμένου ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου το οποίο αντανακλά τη διαφορετικότητα των κοινωνικών συστημάτων των 27 κρατών-μελών. Η απουσία άμεσης αρμοδιότητας θεσμοθέτησης στον υγειονομικό τομέα από την πλευρά της Κοινότητας και η κυριαρχία της αρχής της επικουρικότητας, οδήγησαν στην εφαρμογή της ΑΜΣ και στον τομέα της υγείας. Η ΑΜΣ δεν επιφέρει νομικές κυρώσεις στα πλαίσια πολυεπίπεδων μορφών διακυβέρνησης, μπορεί όμως να οδηγήσει σε συνεργασία και στην ανάληψη εθελοντικών δράσεων σύγκλισης στον υγειονομικό τομέα. Παρέχει δηλαδή νέο πλαίσιο συνεργασίας μεταξύ των κρατών-μελών με αντικείμενο τη **σύγκλιση των εθνικών πολιτικών** προκειμένου να επιτευχθούν ορισμένοι κοινοί στόχοι. Έτσι, τα κράτη-μέλη αξιολογούνται από άλλα κράτη-μέλη και η Επιτροπή έχει μόνον εποπτικό ρόλο. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Δικαστήριο δεν εμπλέκονται σχεδόν καθόλου

στη διαδικασία της ΑΜΣ (Οικονόμου, 2011; http://europa.eu/legislation_summaries/glossary/open_method_coordination_el.htm).

Βασίζεται κυρίως στον από κοινού προσδιορισμό των προς επίτευξη στόχων που αποφασίζονται από το Συμβούλιο, σε μέσα μέτρησης που ορίστηκαν από κοινού (π.χ. στατιστικές, δείκτες, κατευθυντήριες γραμμές) και στη συγκριτική αξιολόγηση των επιδόσεων των κρατών-μελών και στην ανταλλαγή των βέλτιστων πρακτικών (εποπτεία που διενεργείται από την Επιτροπή). Μπορεί να περιλαμβάνει μέτρα «ελαστικού χαρακτήρα», δεσμευτικά για τα κράτη-μέλη αλλά δεν όχι με τη μορφή οδηγιών, κανονισμών ή αποφάσεων, επιβάλλοντας έτσι στα κράτη-μέλη την ανάγκη να καταρτίσουν σχέδια εθνικών μεταρρυθμίσεων και να τα διαβιβάσουν στην Επιτροπή. Αντίθετα, δεν περιλαμβάνονται αριθμητικοί στόχοι και η πραγμάτωσή τους, εναπόκειται κυρίως στην εκτίμηση των κρατών-μελών (http://europa.eu/legislation_summaries/glossary/open_method_coordination_el.htm).

Για πρώτη φορά η εφαρμογή της ΑΜΣ στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και της φροντίδας των ηλικιωμένων προτάθηκε στο Συμβούλιο του Γκέτεμποργκ (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, 2001). Βασιζόμενο στα συμπεράσματα της Λισαβόνας και της Στοκχόλμης, το Συμβούλιο κλήθηκε να εκπονήσει προκαταρκτική έκθεση για το εαρινό Συμβούλιο του 2002 σχετικά με τους προσανατολισμούς στον παραπάνω τομέα. Οι βασικοί άξονες προσανατολισμού καθορίστηκαν στην ανακοίνωση της Επιτροπής σχετικά με το μέλλον της φροντίδας υγείας για τους ηλικιωμένους (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2001). Η ανακοίνωση, εξετάζοντας τις δημογραφικές, τεχνολογικές και οικονομικές προκλήσεις που τα κράτη-μέλη καλούνταν να αντιμετωπίσουν, καθώς και την πολυμορφία των εθνικών συστημάτων υγείας, συμπέρανε ότι τα συστήματα υγείας θα έπρεπε να επιτυγχάνουν τρεις στόχους: **(α)** την εγγύηση της δυνατότητας πρόσβασης των υγειονομικών υπηρεσιών, **(β)** την παροχή ποιοτικών υγειονομικών υπηρεσιών και **(γ)** την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας (Οικονόμου, 2011).

Το **Συμβούλιο της Βαρκελώνης** ζήτησε μια διεξοδικότερη εξέταση του βαθμού ικανοποίησης των ανωτέρω στόχων από τα κράτη-μέλη. Έτσι τα κράτη κλήθηκαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγιο που επιχειρούσε να αποτυπώσει την υφιστάμενη κατάσταση κάθε χώρας και τις προγραμματισμένες αλλαγές σχετικά με τις διαστάσεις πρόσβασης, ποιότητας και βιωσιμότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας. Παράλληλα εξεταζόταν η ύπαρξη μηχανισμών διασφάλισης και αποτίμησης της πρόσβασης, προτύπων και μηχανισμών αξιολόγησης και προαγωγής

της ποιότητας καθώς και ζητήματα δαπανών, χρηματοδότησης και μηχανισμών ελέγχου του κόστους. Από την επεξεργασία του ερωτηματολογίου συντάχθηκε από την Επιτροπή μια κοινή έκθεση που επιβεβαίωνε τη σπουδαιότητα των τριών γενικών στόχων. Υπογραμμίζοταν επίσης η ανάγκη αντιμετώπισης κοινών προκλήσεων (νέες τεχνολογίες και θεραπευτικές μέθοδοι) από όλα τα κράτη-μέλη, η βελτίωση της ευεξίας και της ενημέρωσης των ασθενών και η δημογραφική γήρανση και η ανάγκη προσαρμογής των συστημάτων υγείας στις προκλήσεις αυτές (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, 2002; Οικονόμου, 2011).

Το Συμβούλιο των Βρυξελλών επιδοκίμασε και ενέκρινε την παραπάνω Κοινή Έκθεση ενώ παράλληλα ζήτησε εντατικοποίηση της συνεργατικής ανταλλαγής απόψεων (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, 2003). Επιπλέον, υποστηρίχθηκε η εκτενέστερη εφαρμογή της μεθόδου στον τομέα της υγείας καθώς θα μπορούσε να συμβάλλει στην υιοθέτηση κοινών προσεγγίσεων για αντιμετώπιση κοινών προβλημάτων μέσω της προώθησης βέλτιστων πρακτικών. Μακροπρόθεσμα δε θα συνέβαλε στην αύξηση της συγκρισιμότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, της πρόσβασης και της ποιότητά τους, συμβάλλοντας στην ενδυνάμωση της ευρωπαϊκής διάστασης των συστημάτων υγείας ενώ παράλληλα θα μπορούσαν να δρομολογηθούν εξελίξεις προς την υιοθέτηση ενιαίων προτύπων και μεθόδων διασφάλισης ποιότητας και πιστοποίησης, ιατρικών πρωτοκόλλων (Busse et al., 2002).

Οι πρώτες εθνικές εκθέσεις για την υγεία και τη μακροχρόνια φροντίδα κατατέθηκαν το 2005 που στη συνέχεια συγχωνεύθηκαν σε μία ενιαία κοινωνική ΑΜΣ που σκοπό είχε 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 αποτελεσματικότητά τους. Οι στόχοι που τέθηκαν σε αυτή την περίπτωση ήταν (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2005; Οικονόμου, 2011):

- Καθολική πρόσβαση σε επαρκή υγειονομική περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα που δεν θα οδηγεί σε συνθήκες φτώχειας και οικονομικής εξάρτησης, ενώ θα αντιμετωπίζονται οι ανισότητες πρόσβασης στην περίθαλψη.
- Ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας μέσω της ανάπτυξης ποιοτικών προδιαγραφών που ανταποκρίνονται στις βέλτιστες διεθνείς πρακτικές.

- Χαρακτήρας οικονομικά προσιτός και οικονομική βιωσιμότητα μιας ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας.

Ενίσχυση της ΑΜΣ σημειώθηκε το 2008 με ανακοίνωση της Επιτροπής για ανανέωση των δεσμεύσεων για μια κοινωνική Ευρώπη.

Παρά τους προβληματισμούς, η ΑΜΣ φαίνεται να αποτελεί παράδειγμα του νέου τύπου διακυβέρνησης, που επιχειρεί να κατοχυρώσει το ευρωπαϊκό μοντέλο προστασίας της υγείας.

Έτσι, αν και δεν διαμορφώθηκε ένα «**Κοινοτικό Σύστημα Υγείας**» διατηρήθηκαν οι διαφορές μεταξύ των κρατών-μελών ως προς την ιστορική εξέλιξη, την οργάνωση, την παροχή και τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, προκρίθηκε η λύση της προοδευτικής «σύγκλισης», ως ανταπόκριση σε κοινά προβλήματα και προκλήσεις, που εκδηλώθηκε με την εφαρμογή της ΑΜΣ (Οικονόμου, 2004).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΚ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Ορισμός

Με τον όρο «διασυνοριακή φροντίδα υγείας» αναφερόμαστε στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας από μία χώρα με την προϋπόθεση ότι ο ασθενής είναι ασφαλισμένος σε άλλη ή κατά οιονδήποτε τρόπο υπάγεται στο υγειονομικό σύστημα μιας άλλης χώρας. Πρόκειται δηλαδή για την περίθαλψη που λαμβάνει ο ασθενής σε κράτος-μέλος διαφορετικό από αυτό στο οποίο είναι ασφαλισμένος, ή για την υγειονομική περίθαλψη που παρέχει ένας επαγγελματίας στο χώρο της υγείας σε ένα κράτος-μέλος άλλο από αυτό στο οποίο συνήθως κατοικεί ή εργάζεται (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2008).

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο επικρατεί **δυσχέρεια** για τη σαφή και κοινή απόδοση του όρου, που προκύπτει τόσο από την πολυπλοκότητα και την έλλειψη συντονισμού των διαφορετικών ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας όσο και από τη διαδικασία που απαιτείται για τη μετακίνηση των ασθενών κατά τη διασυνοριακή ροή τους.

Έτσι, ενώ όρος «διασυνοριακή περίθαλψη» καλύπτει τη συνεργασία σε μεθοριακές περιοχές αλλά και τη γενικότερη περίθαλψη που παρέχεται σε άλλη κράτος, χωρίς να προϋποτίθεται γειτνίαση, η συνεργασία μεταξύ των συστημάτων υγείας αντιμετωπίζει **δυσκολίες** που σχετίζονται με διαφορετικά νομικά πλαίσια, ζητήματα ευθύνης και μηχανισμούς αποζημίωσης που πρέπει να επιλυθούν. Ανάλογα με τη χώρα ή την ειδική αγωγή που επικρατεί σε αυτή, οι προκύπτουσες δαπάνες μπορεί να αποζημιωθούν από τα εθνικά ασφαλιστικά ταμεία υγείας πλήρως, μερικώς ή και καθόλου. Έτσι, η παροχή ιατρικής περίθαλψης σε άλλα κράτη-μέλη τη ΕΕ μπορεί να έχει συνέπειες τόσο για τη χώρα παροχής της περίθαλψης, όσο και για τη χώρα του δικαιούχου της περίθαλψης (Eurobarometer, 2007).

2.2. Διασυνοριακή κινητικότητα

Η αυξημένη κινητικότητα του πληθυσμού και το άνοιγμα της αγοράς στο πλαίσιο της ΕΕ αποτελούν σημαντική πρόκληση για τα συστήματα υγείας και κυρίως για το βαθμό στον οποίο η οργάνωση των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών μπορεί να είναι συμβατή με το θεσμικό πλαίσιο της ΕΕ (Wismar et al., 2002; Hatzopoulos, 2002).

Γενικά οι διατάξεις της ΕΕ οδηγούν στην εμφάνιση τάσεων σύγκλισης λόγω του ανοίγματος και της ολοκλήρωσης των αγορών εργασίας του υγειονομικού δυναμικού, των φαρμάκων ή της συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας. Καθιστούν δε περισσότερο διαθέσιμες τις υγειονομικές υπηρεσίες και αυξάνουν τις δυνατότητες επιλογής των πολιτών ή ευνοούν αυτούς που βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση. Προς αυτή την κατεύθυνση, οι αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου αποτελούν σημαντικό ερμηνευτικό παράγοντα (Palm et al., 2000).

Τόσο η πορεία προς την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση όσο και η αρχή της ελεύθερης κυκλοφορίας προσώπων εντός της Κοινότητας έθεσαν το ζήτημα της **πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα** που παρέχεται από χώρα άλλη από αυτή της ιθαγένειας και της κατοχύρωσης του ασφαλιστικού δικαιώματος (Οικονόμου, 2004). Γενικά, το μεγαλύτερο μέρος της υγειονομικής περίθαλψης λαμβάνεται από άτομα που βρίσκονται ίδια χώρα με τους παρόχους υγειονομικής φροντίδας καθώς, τις περισσότερες φορές, οι ασθενείς δεν είναι πρόθυμοι να ταξιδέψουν μεγάλες αποστάσεις ακόμη και μέσα στην ίδια τους τη χώρα. Εντούτοις, για κάποιους λόγους αναζητείται υγειονομική φροντίδα σε άλλη κράτη (Commission of the European Communities, 2008). Ο ΠΟΥ ορίζει την πρόσβαση ως *«μέτρο του μεγέθους του πληθυσμού που προσεγγίζει τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας»* (Busse et al., 2006).

Στόχος της πολιτικής σχετικά με την πρόσβαση στην διασυνοριακή υγειονομική φροντίδα είναι ο συντονισμός των εθνικών κοινωνικοασφαλιστικών δικαιωμάτων σε διεθνές επίπεδο. Στην ακραία του έκφραση παίρνει τη μορφή πρότασης, γνωστής και ως **«σενάριο του 13^{ου} κράτους»**, για την εναρμόνιση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης των κρατών-μελών της Ένωσης, με τη δημιουργία ενός **πανευρωπαϊκού ασφαλιστικού ταμείου** για τους μετανάστες εργαζομένους, το οποίο θα λειτουργεί παράλληλα με τα εθνικά ασφαλιστικά συστήματα (Οικονόμου, 2004).

Η σημαντικότητα της πρόσβασης για νοσηλεία στο εξωτερικό έγκειται στο γεγονός ότι διαχρονικά η ανθρωπότητα ταυτίζεται με την κινητικότητα των πληθυσμών. Έτσι έχουμε (Κυριόπουλος & Γείτονας, 1995):

- Νοσηλεία σε αλλοδαπή χώρα, ενταγμένη στις ευρωπαϊκές πολιτικές που συντονίζεται με τα κοινωνικά και ασφαλιστικά συστήματα μέσω των ρυθμίσεων και των επιταγών της κοινότητας.
- Νοσηλεία συμπληρωματική της κοινωνικής προστασίας ή ακόμα και ιδιωτική ασφάλιση.

- Ιδιωτική νοσηλεία που επιβαρύνει μόνο τον ασθενή καθώς δεν εμπλέκεται κάποιος δημόσιος ή ιδιωτικός ασφαλιστικός οργανισμός.

2.2.1. Ελεύθερη κυκλοφορία ασθενών

Ως προς την κίνηση εντός των ευρωπαϊκών συνόρων για λόγους υγείας, αυτό δεν είναι κάτι νέο. Παλαιότερες «αντιστοιχίσεις» αυτών των κινήσεων δείχνουν τις λουτροπόλεις της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης και τα ζεστά και ξηρά νότια ευρωπαϊκά κλίματα. Η εμφάνιση των **οργανωμένων δημόσιων συστημάτων υγειονομικής** περίθαλψης κατά τα τέλη του 19^{ου} και αρχές του 20^{ου} αιώνα δεν δίνει τέλος στα ταξίδια με σκοπό την υγειονομική περίθαλψη, παρά την ταχεία ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας και πρακτικής και την επέκταση της κάλυψης των πολιτών ώστε να περιλαμβάνονται όλο και μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού. Οι άνθρωποι συνέχισαν και συνεχίζουν με αυξανόμενους ρυθμούς, να ταξιδεύουν στο εξωτερικό για ιατρική περίθαλψη, τόσο σε ιδιωτική βάση όσο και μέσω του δημόσιου συστήματος υγείας τους.

Βέβαια, η διαδικασία της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης και η αρχή της ελεύθερης κυκλοφορίας των προσώπων εντός της Κοινότητας έθεσαν το ζήτημα της ρύθμισης του δικαιώματος της πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα των μετακινούμενων ατόμων, σε χώρα άλλη από αυτή της ιθαγένειας (Οικονόμου, 2011).

Η κατοχύρωση του δικαιώματος της ελεύθερης κυκλοφορίας προσώπων εντός της Κοινότητας ήταν αποτέλεσμα μιας μακράς διαδικασίας εξελικτικών σταδίων με σημείο-σταθμό την έκδοση των κανονισμών του Συμβουλίου 1408/71 και 574/72 όπου ρυθμίζονται οι προϋποθέσεις μετακίνησης των ατόμων στο εσωτερικό της Κοινότητας, τα οποία δικαιούνται πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη καθώς και στις παροχές μητρότητας. Πιο συγκεκριμένα, οποιοδήποτε μισθωτό άτομο ή μέλος της οικογένειας του διαμένει ή κατοικεί σε κράτος-μέλος άλλο από αυτό που είναι ασφαλισμένο για ασθένεια, δικαιούται παροχών ασθένειας σε είδος σύμφωνα με τη νομοθεσία του κράτους αυτού σαν να ήταν ασφαλισμένος εκεί, αλλά με έξοδα του φορέα ασφάλισης του. Στην περίπτωση μετάβασης κάποιου σε άλλο κράτος-μέλος ειδικά για τη λήψη θεραπευτικής αγωγής, το κόστος που ορίζεται από τους παραπάνω κανονισμούς καλύπτεται από το κράτος-μέλος όπου είναι ασφαλισμένος μόνο στην περίπτωση που έχει λάβει έγκριση για αυτό. Το κράτος δεν μπορεί να αρνηθεί την έγκριση στην περίπτωση που το πρόσωπο δεν μπορεί να λάβει αγωγή εντός του χρόνου που είναι κανονικά αναγκαίος για τη λήψη της,

σύμφωνα με την κατάσταση της υγείας του, και η αγωγή συμπεριλαμβάνεται στις αγωγές που προβλέπονται από το σύστημα υγείας του κράτους μέλους ασφάλισης (Οικονόμου, 2011).

Μπορεί να διακριθούν διάφοροι **τύποι κινητικότητας** των ασθενών (Legido-Quigley et al, 2007). Η πιο προφανής διάκριση είναι αυτή μεταξύ **ατόμων που χρειάζονται ιατρική βοήθεια ενώ βρίσκονται στο εξωτερικό** (πρώτα κινήθηκαν και ύστερα χρειάστηκαν φροντίδα) και **αυτών που ζητούν ιατρική περίθαλψη στο εξωτερικό** (πρώτα χρειάζονται φροντίδα και στη συνέχεια μετακινούνται). Επιπλέον μπορούν να εντοπιστούν δυο ειδικές κατηγορίες: οι άνθρωποι που ζουν σε **παραμεθόριες περιοχές** και οι **συνταξιούχοι** που έχουν εγκατασταθεί σε άλλο κράτος-μέλος (Mossialos et al., 2010).

Οι «ρυθμίσεις», οι οικονομικοί δηλαδή και οργανωτικοί μηχανισμοί που βρίσκονται σε ισχύ και επιτρέπουν τη διασυνοριακή φροντίδα και χρηματοδοτική κάλυψη για θεραπεία σε άλλο κράτος μέλος, συνιστούν **«διαδρομές» στην κινητικότητα των ασθενών** με διαφορετικές αφετηρίες και νομικές βάσεις. Μπορούμε να διακρίνουμε τρεις κύριους τύπους: την **παραδοσιακή διαδρομή συντονισμού**, τη **βασισόμενη στη Συνθήκη** που συστάθηκε με νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου και τη **συμβατική** που ξεκίνησε διμερώς μεταξύ των εμπλεκόμενων παραγόντων. Οι τρεις αυτοί τύποι διαφέρουν σημαντικά, σε πρακτικά, οικονομικά και διαδικαστικά θέματα. Έτσι, ενώ ο πρώτος τύπος είναι μια τυπική θεσμική ρύθμιση κατευθύνθηκε από τις δημόσιες αρχές και ο δεύτερος κυρίως από πολίτες (που μπορούν να πληρώσουν εκ των προτέρων και να καλύψει τα έξοδα ταξιδιού και διαμονής). Στον τρίτο τύπο, η λήψη αποφάσεων βρίσκεται στα χέρια των συμβαλλομένων εταίρων.

Η ετοιμότητα δε, των ασθενών να ταξιδεύσουν για θεραπευτικούς λόγους, ειδικά εκτός συνόρων, **καθορίζεται** από ένα **σύνολο παραγόντων** που συνδέονται με τη συγκεκριμένη κατάσταση του ασθενή, τις ανάγκες του για θεραπεία και τη διαθεσιμότητα της θεραπείας στη χώρα του και στο εξωτερικό. Συγκεκριμένα οι λόγοι που οι ασθενείς επιλέγουν να ταξιδέψουν στο εξωτερικό για φροντίδα υγείας είναι λόγω της ύπαρξης μακράς λίστας αναμονής στη χώρα τους, της πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη εγγύτερα στη χώρα του, της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη που δεν είναι διαθέσιμη στη χώρα του (π.χ. πολύ εξειδικευμένη θεραπεία), της επίτευξης συμπληρωματικότητας και οικονομιών κλίμακας, της αύξηση των εισοδημάτων, της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών, της αύξησης του ανταγωνισμού και το σπάσιμο των εγχώριων μονοπωλίων, της ενίσχυση της ευρύτερης συνεργασίας, (π.χ. περιφερειακή

ολοκλήρωση), της προσέλκυσης χρηματοδότησης και τέλος λόγω της αύξηση των επιλογών που έχουν οι ασθενείς (συντά σε ανταγωνιστικές ασφαλιστικές αγορές) (Glinos & Baeten, 2006; Wismar et al., 2011).

Οι βασικότερες **αιτίες δημιουργίας** της διασυνοριακής ροής ασθενών, συνδέονται άμεσα με την έντονη κινητικότητα που εμφανίζεται:

- Κινητικότητα στην αγορά εργασίας, καθώς στα πλαίσια της ΕΕ και της διεθνοποίησης της αγοράς εργασίας ενισχύεται σημαντικά η μετακίνηση των εργαζομένων από χώρα σε χώρα σε μεγάλα χρονικά διαστήματα.
- Κινητικότητα για βραχεία παραμονή που αναφέρεται στις συχνές μετακινήσεις για λόγους επαγγελματικούς και αναψυχής από χώρα σε χώρα.
- Καταμερισμός της εργασίας στον τομέα της υγείας που συνδέεται με την εξειδίκευση των επαγγελματιών και την ανάπτυξη και πρόοδο της ιατρικής τεχνολογίας που διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα με συνέπεια να στρέφουν ανταγωνιστικά τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας μεταξύ των χωρών.
- Εισροή μεταναστών στην ΕΕ που ευνοείται από τη διεθνή κοινωνική και οικονομική συγκυρία ιδιαίτερα στα κράτη-μέλη της ΕΕ.

Έτσι, θα μπορούσε κάποιος να πει ότι η πρόσβαση στη διασυνοριακή φροντίδα μπορεί να είναι περιστασιακή ή προγραμματισμένη. Αναλυτικότερα:

- **περιστασιακή φροντίδα:** όταν προσωρινά σε ένα άλλο κράτος μέλος, ένα πρόσωπο έχει δικαίωμα της απαραίτητης φροντίδας κατά τη διάρκεια της παραμονής τους.
- **προγραμματισμένη φροντίδα:** Ασθενείς που κινούνται προς ένα άλλο κράτος μέλος συγκεκριμένα για να λάβουν την απαραίτητη φροντίδα πρέπει προηγουμένως να έχουν λάβει έγκριση από τον αρμόδιο φορέα της χώρας της.

Στο πλαίσιο της ΕΕ, αναφέρονται τρεις **βασικές κατηγορίες διασυνοριακής φροντίδας υγείας**, ανάλογα με τις αιτίες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου (Οικονόμου, 2004; Bertinato et al., 2005; Rosenmüller et al., 2006; Mossialos et al., 2010; Wismar et al., 2011)

1. Οι **μετανάστες εργαζόμενοι** και τα προστατευόμενα μέλη τους, συμπεριλαμβανομένων των διασυνοριακά απασχολούμενων, που εργάζονται σε ένα κράτος-μέλος αλλά διαμένουν σε ένα άλλο στο οποίο επιστρέφουν καθημερινά. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν και οι **αόρατοι άνθρωποι**, ένας άγνωστος αριθμός μεταναστών από χώρες εκτός ΕΕ, πολλοί από τους οποίους δεν έχουν κάποιο δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη στη χώρα τους και έτσι κανένα δικαίωμα δεν

τους αναγνωρίζεται από άλλα κράτη μέλη της ΕΕ. Περιλαμβάνουν τους μετανάστες εργαζόμενους και τα μέλη των οικογενειών τους, αυτούς που αναζητούν άσυλο και τα θύματα του λαθρεμπορίου. Υπάρχουν, εντούτοις, πολύ λίγες πληροφορίες για την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν στις χώρες όπου έχουν εγκατασταθεί και είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν ακόμα μεγαλύτερα προβλήματα εάν κινούνται προς μια τρίτη χώρα.

2. Οι **εργαζόμενοι** που διαμένουν προσωρινά για μικρό χρονικό διάστημα σε κράτος-μέλος άλλο από αυτό που έχουν θεμελιώσει το ασφαλιστικό τους δικαίωμα είτε για προσωπικούς είτε για επαγγελματικούς λόγους και τους παρέχεται κάλυψη σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν:

- Οι **τουρίστες** καθώς τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται αύξηση στον όγκο των τουριστών στην Ευρώπη αλλά και ο αυξανόμενος αριθμός συνταξιούχων που πραγματοποιούν ταξίδια στο εξωτερικό. Αυτοί είναι το είδος ανθρώπων για τους οποίους αναπτύχθηκε το έντυπο E111, επιτρέποντάς τους να λάβουν την προσοχή στο εξωτερικό σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Εντούτοις, αυτός ο μηχανισμός δεν επιλύει όλα τα πρακτικά ζητήματα σχετικά με την κινητικότητα των ασθενών. Ειδικότερα, σε κάποιες ευρωπαϊκές περιοχές υπάρχουν μεγάλες εποχιακές εισροές τουριστών, που οδηγούν είτε στην καθιέρωση συγκεκριμένων υγειονομικών υπηρεσιών προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες των τουριστών είτε σε εποχιακές δυσκολίες στην παροχή υπηρεσιών.

- **Κάτοικοι του εξωτερικού** και κυρίως άνθρωποι που συνταξιοδοτούνται και επιστρέφουν στην πατρίδα τους, ύστερα από χρόνια εργασίας σε κάποιο άλλο κράτος. Έτσι, πολλοί από τη βόρεια Ευρώπη αποσύρονται στη νότια (Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία και Ελλάδα) αλλά και σε χώρες όπως η Κροατία και η Βουλγαρία προκαλώντας ζητήματα όπως η γήρανση του πληθυσμού.

Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία, τον Ιούλιο του 2006, περισσότερα από 300.000 πολίτες του Ηνωμένου Βασιλείου λάμβαναν τη σύνταξή τους σε άλλο κράτος μέλος, κυρίως στην Ιρλανδία (103.667), την Ισπανία (76.357), τη Γαλλία, την Ιταλία και τη Γερμανία (με περισσότερους από 30.000 συνταξιούχους σε κάθε μία από αυτές). Το Δεκέμβριο του 2004, περισσότεροι από 50.000 γερμανοί πολίτες ελάμβαναν τη σύνταξή τους σε άλλο κράτος μέλος, κυρίως στην Αυστρία (16.375), στη Γαλλία και στην Ισπανία (12.000 σε κάθε μία από αυτές) (Mossialos et al., 2010).

- **Άτομα προερχόμενα από νέο-ενταγμένες χώρες**, καθώς το άνοιγμα των συνόρων στην Ευρώπη, αποτέλεσμα της κατάργησης των συνόρων και της μείωσης του κόστους ταξιδιού, δημιούργησαν νέες ομάδες ανθρώπων που κινούνται μέσα στην Ευρώπη. Για παράδειγμα καλά αμειβόμενοι εργαζόμενοι σε ένα κράτος-μέλος περνούν το Σαββατοκύριακο σε ένα άλλο κράτος ή ειδικευμένοι τεχνίτες προερχόμενοι από κάποιο νέο κράτος-μέλος κινούνται προς κάποιο άλλο κράτος ή τέλος συνταξιούχοι από βόρειες χώρες που περνούν τους χειμώνες σε χώρες της Μεσογείου.
3. Τους μετακινούμενους ασθενείς κατόπιν έγκρισης του ασφαλιστικού τους φορέα για τη λήψη θεραπευτικών υπηρεσιών σε άλλο κράτος-μέλος. Σε αυτούς ανήκουν (Mossialos et al., 2010):
- **Άνθρωποι που πηγαίνουν στο εξωτερικό για θεραπεία**, καθώς κάποιες χώρες έχουν υιοθετήσει πολιτικές σύμφωνα με τις οποίες στέλνουν τους ασθενείς στο εξωτερικό για θεραπεία. Σε κάποιες περιπτώσεις, πρόκειται για βραχυπρόθεσμη κίνηση με σκοπό να προκαλέσει τα εσωτερικά μονοπώλια και να επιφέρει έτσι την αλλαγή στο εγχώριο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Κάποιες άλλες χώρες (π.χ. Μάλτα, Κύπρος, Ισλανδία) στέλνουν τους ασθενείς στο εξωτερικό για εξειδικευμένες θεραπείες (π.χ. καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών, καρδιάς και πνευμόνων).
 - **Ασθενείς που πηγαίνουν στο εξωτερικό με δικά τους χρήματα**: Πρόκειται για ασθενείς που ταξιδεύουν στο εξωτερικό για θεραπεία, στις περιπτώσεις που οι θεραπείες στην χώρα τους δεν είναι κατάλληλες, δεν είναι διαθέσιμες ή υπάρχει αδικαιολόγητη καθυστέρηση (μεγάλες λίστες αναμονής). Στις περιπτώσεις αυτές περιλαμβάνεται η παραμονή σε ιαματικές πηγές, η πλαστική χειρουργική επέμβαση και η οδοντική θεραπεία. Κάποια από τα νέα κράτη μέλη παρέχουν ευκαιρίες εκμετάλλευσης με χαμηλότερο κόστος προκειμένου να προσελκύσουν ασθενείς από τη δυτική Ευρώπη, αυξάνοντας έτσι τον ανταγωνισμό σε σχέση με τη Νότια Αφρική και την Ινδία.
- Στην περίπτωση που η κινητικότητα των ασθενών παρουσιάζεται επειδή η επιθυμητή φροντίδα δεν αποτελεί μέρος του εθνικού πακέτου παροχών και οι ασθενείς πρέπει να πληρώσουν από την τσέπη ή μέσω ιδιωτικής ασφάλειας, εγείρονται σημαντικά ζητήματα που μπορεί να προκύψουν καθώς οι ασθενείς αναζητούν θεραπεία με ιδιωτική πρωτοβουλία. Παρόλο που τα στοιχεία δεν είναι

πλήρη, υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι «ιδιώτες» ασθενείς ταξιδεύουν εντός της ΕΕ για φθηνότερες θεραπείες (οδοντιατρική αγωγή, αισθητική χειρουργική, κ.λπ.) ή για περίθαλψη παράνομη ή ανύπαρκτη στη χώρα τους (π.χ. έκτρωση, θεραπείες γονιμότητας, γενετικός έλεγχος, μη εγκεκριμένες εναλλακτικές θεραπείες για σοβαρές ασθένειες). Συχνά βασίζονται στην πληροφόρησή τους στο διαδίκτυο και αναζητούν περίθαλψη σε ξένους παρόχους που δεν καλύπτουν τις απαραίτητες προδιαγραφές με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν θέματα που σχετίζονται με την ποιότητα και την ασφάλεια της περίθαλψης, αλλά και τη λήψη των κατάλληλων μετανοσηλευτικών παροχών κατά την επιστροφή στη χώρα του (Mossialos et al., 2010).

Οι λόγοι που ο ασθενής μεταβαίνει για θεραπεία σε χώρα του εξωτερικού, δηλαδή **εκτός της χώρας του**, είναι πολλοί (Wismar et al., 2011):

- Η διασυνοριακή περίθαλψη μπορεί να αναφέρεται στην κινητικότητα των ασθενών στις **μεθοριακές περιφέρειες** (π.χ. στην Ευρωπεριφέρεια Maas-Ρήνου μεταξύ Βελγίου, Κάτω Χωρών και Γερμανίας). Εάν ο ασθενής ζει σε παραμεθόρια περιοχή και το νοσοκομείο ή ο γιατρός στη γειτονική χώρα βρίσκονται εγγύτερα θα επιλέξει να επισκεφθεί τη γειτόνα περιοχή. Οι ασθενείς επισκέπτονται το σύστημα συχνότερα εάν είναι εγγύτερα και όχι τόσο συχνά καθώς απομακρύνονται από αυτό. Η **ελκυστικότητα ενός τόπου** είναι ανάλογη του μεγέθους του. Έτσι, οι **αλληλεπιδράσεις ανάμεσα σε δύο τόπους** θα είναι πιο σημαντικές όταν το μέγεθος τους είναι μεγάλο και η μεταξύ τους απόσταση μικρή ενώ η προσέλκυση και χρήση των υπηρεσιών μειώνεται με την αύξηση της απόστασης. Πολλές αναλύσεις έδειξαν ότι η προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη αυξάνεται με το μέγεθος της πόλης και μειώνεται με την απόσταση από αυτήν (Decourpigny & Perez, 2010; Directive 2011/24/EU).

Μπορεί επίσης να αναφέρεται στην υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται **σε άλλο κράτος μέλος χωρίς καμία προϋπόθεση γειτνίασης** (π.χ. οι διευθετήσεις για παραπομπή ασθενών μεταξύ Μάλτας και Ηνωμένου Βασιλείου για διάγνωση και θεραπεία από ειδικούς) (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Σε κάποιες περιπτώσεις η **πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να είναι άνιση**. Για παράδειγμα σε συνοριακές περιοχές όπως στις Νότιες Άλπεις, η διασυνοριακή περιοχή καλύπτει διαφορετικά πολιτικά συστήματα. Από τη μία το ιταλικό σύστημα υγείας, που βασίζεται στην αρχή ότι η προσφορά ελέγχει τη ζήτηση (request), εξηγώντας έτσι την αύξηση στη γεωγραφική απόσταση μεταξύ των

υπηρεσιών και στη δημιουργία λιστών αναμονής. Έτσι, παρατηρείται «απόδραση» προς τη Γαλλία για επείγουσες περιπτώσεις όπου η αρχή της οργάνωσης του ιατρικού συστήματος αντιστρέφεται και η ζήτηση (request) ελέγχει την προσφορά και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Decourigny & Perez, 2010).

- Ένας ακόμα λόγος μπορεί να είναι η μεγάλη αναμονή προκειμένου ο ασθενής να υποβληθεί στη συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή στη χώρα του. Ακόμα κι αν ο ασθενής καλύπτεται για ένα ευρύ φάσμα παροχών, ο επιμερισμός του κόστους είναι προσιτός και οι πάροχοι είναι γεωγραφικά κοντά, μπορεί να υπάρχουν οργανωτικά εμπόδια στην πρόσβαση. Ανάμεσα στα πιο σημαντικά από αυτά είναι οι **λίστες αναμονής** και οι **χρόνοι αναμονής**. Οι λίστες αναμονής είναι ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα των βρετανικών, ιρλανδικών, ιταλικών, πολωνικών και ολλανδικών συστημάτων υγείας -αν και οι Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο ήταν σε θέση να μειώσουν τις λίστες τους με την αύξηση της χρηματοδότησης, με πρόβλεψη αναδιάρθρωσης (συμπεριλαμβανομένης της αποστολής ασθενών στο εξωτερικό) και με τη μεταρρύθμιση της επιστροφής (Busse et al., 2006).

Σε κάποιες χώρες οι μακρές λίστες αναμονής ώθησαν τις δημόσιες αρχές να προσφέρουμε στους ασθενείς ταχύτερη πρόσβαση στο εξωτερικό, ή τις αρχές να επιλέξουν να μην παρέχουν συγκεκριμένες υπηρεσίες στο εσωτερικό της χώρας, για παράδειγμα, όταν ο αριθμός των ασθενών δεν το δικαιολογεί. Και στις δύο περιπτώσεις, οι ασθενείς «στέλλονται στο εξωτερικό» για να λάβουν περίθαλψη που αποτελεί μέρος του εγχώριου πακέτου παροχών. Αυτό σημαίνει ότι οι πρακτικές πτυχές της διασυνοριακής διαδρομής, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών ραντεβού και του ταξιδιού, οργανώνονται από τον αρμόδιο φορέας που καλύπτει και τις δαπάνες. Παραδείγματα χωρών που δημιούργησαν τέτοιες δομές είναι η Αγγλία, η Ιρλανδία, η Νορβηγία και η Ολλανδία. Τον Δεκέμβριο του 2004, μια παράγραφος εισήχθη στο ολλανδικό δίκαιο στις συμφωνίες μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών και των νοσοκομείων, προκειμένου να παράσχει νομική βάση για τους ολλανδούς ασφαλιστές να συνάπτουν συμβάσεις με ξένα νοσοκομεία που αποτελούν μέρος του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης του κράτους εγκατάστασης. Το βρετανικό σύστημα υγείας συγκρότησε δύο βραχύβια συστήματα για να στέλνουν τους ασθενείς από τις λίστες αναμονής στη Γερμανία, τη Γαλλία και το Βέλγιο. Στις αρχές του 2003, το Βέλγιο εξέφρασε την ανησυχία του για τη διασυνοριακή διμερή συμφωνία που υπέγραψε με την Αγγλία θεωρώντας ότι τέτοιες συμβάσεις θα μπορούσαν να θέσουν την ακεραιότητα του εθνικού συστήματος σε κίνδυνο. Ωστόσο, στις περισσότερες

περιπτώσεις, δεν υπάρχουν διμερείς συμφωνίες και οι ενδιαφερόμενοι δεν είναι υποχρεωμένοι να ακολουθούν τις εθνικές απαιτήσεις (π.χ. σχετικά τιμολόγια, ιατρικές διαδικασίες, πρότυπα ποιότητας, κ.λπ.). Ανάλογη διμερή συμφωνία έχει και η Μάλτα με τη Μ. Βρετανία (Mossialos et al., 2010)

- Επίσης, ο ασθενής κινείται προς το εξωτερικό εάν χρειάζεται κάποια ειδική αγωγή.

Τα ταξίδια για την παροχή ιατρικής φροντίδας στο εξωτερικό μπορεί να είναι (Busse et al., 2006):

- **Ιδιωτικά ταξίδια:** Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τα άτομα που επιλέγουν να αναζητήσουν περίθαλψη στο εξωτερικό. Αυτές περιλαμβάνουν την επιθυμία να λάβουν την απαιτούμενη φροντίδα στη χώρα καταγωγής τους (έτσι ώστε να είναι κοντά στην οικογένεια τους ή να βρίσκονται σε ένα πιο οικείο περιβάλλον), να νοσηλεύονται σε γνωστό κέντρο του εξωτερικού ή να επωφεληθούν από το χαμηλότερο κόστος ιδιωτικής θεραπείας. Οι ασθενείς μπορεί επίσης να επιθυμούν να αποφύγουν δημόσιο σύστημα, τις λίστες αναμονής ή την πρόσβαση σε περίθαλψη που δεν καλύπτεται ή καλύπτεται μόνο εν μέρει από το δημόσιο σύστημα της χώρας τους -συνήθως αισθητική χειρουργική, αναπαραγωγική θεραπεία, διακοπή της κύησης και οδοντιατρική θεραπεία- αλλά η ιδιωτική εναλλακτική λύση σε τοπικό επίπεδο μπορεί είτε να μην είναι διαθέσιμα ή να είναι υπερβολικά δαπανηρή. Οι ευκαιρίες για πρόσβαση σε θεραπεία στο εξωτερικό σε ιδιωτική βάση ενισχύονται με τις βελτιωμένες συνδέσεις μεταφοράς, τις βελτιωμένες πληροφορίες για τους ξένους παρόχους (εν μέρει ως αποτέλεσμα των παρόχων που ενεργά προωθούν τις υπηρεσίες τους σε δυνητικούς πελάτες στο εξωτερικό), τα άτομα όλο και πιο πολύ εξοικειώνονται με τη διέλευση των συνόρων και την εμφάνιση των μεσιτών για τη διευκόλυνση της διαδικασίας (Busse et al., 2006).
- **Ταξίδια μέσω του δημοσίου συστήματος:** Τα άτομα είναι επίσης σε θέση να ταξιδέψουν σε άλλα κράτη-μέλη για να λάβουν θεραπεία μέσω του δημόσιου συστήματος και του επίσημου μηχανισμού παραπομπής, συνήθως χορηγείται με βάση το **έγγραφο E112**. Σε τέτοιες περιπτώσεις επίσημης παραπομπής δεν είναι τόσο πολύ θέμα επιλογών του ασθενούς ως αναγκαιότητα. Για παράδειγμα, η παραπομπή μπορεί να γίνει ώστε να δώσει στον ασθενή τη δυνατότητα να αποκτήσει πρόσβαση σε κάποιο στοιχείο της τεχνολογίας ή σε μια ειδική θεραπεία που δεν είναι διαθέσιμα στη χώρα του. Η λήψη θεραπείας στο εξωτερικό μέσω του συστήματος της χώρας του δεν περιορίζεται σε τέτοιες περιπτώσεις όπως αυτές. Το E112 μπορεί επίσης να

χρησιμοποιηθεί για να επιτρέψει στους ασθενείς να λαμβάνουν περίθαλψη κοντά στην οικογένεια στο εξωτερικό (η φροντίδα μητρότητας είναι ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα). Οι πολίτες μπορούν επίσης να επιλέξουν να λάβουν θεραπεία σε άλλο κράτος-μέλος όταν αντιμετωπίζουν «αδικαιολόγητη καθυστέρηση» στη θεραπεία στη χώρα τους ή όταν η περίθαλψη που παρέχεται είναι εξωνοσοκομειακή. Πρακτικά, τα συστήματα υγείας των κρατών-μελών πρέπει να προσαρμοστούν πλήρως στις απαιτήσεις αυτής της νομοθεσίας και σε ορισμένες περιπτώσεις οι ασθενείς μπορεί να υποχρεωθούν να ζητήσουν επιστροφή μέσω των δικαστηρίων. Τέλος, το νομοθετικό πλαίσιο που διέπει το σύστημα E112 ενισχύει το E111 (πλέον «**Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας**»), η οποία παρέχει το δικαίωμα στους πολίτες των κρατών-μελών να έχουν πρόσβαση, χωρίς επιβάρυνση, άμεσα σε κάθε αναγκαία θεραπεία όταν βρίσκονται σε άλλο κράτος μέλος (Busse et al., 2006).

- **Επίσημες διασυνοριακές ρυθμίσεις:** Η κίνηση εντός των ευρωπαϊκών συνόρων για τη λήψη υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι νέα και παρόλο που ο αριθμός των ασθενών που συμμετέχουν δεν είναι σημαντικός σε σχέση με όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, είναι πλήρως θεσμοθετημένο χαρακτηριστικό της ευρωπαϊκής φροντίδας υγείας. Οι «επίσημες ρυθμίσεις» στοχεύουν στη διευκόλυνση της πρόσβασης των ομάδων, αντί μεμονωμένων ατόμων, που τυπικά ορίζονται από τη γεωγραφική τους θέση, τη συμμετοχή του σε συγκεκριμένο ασφαλιστικό οργανισμό ή από την προβληματική θέση τους στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα τους (για παράδειγμα υπάρχει μεγάλη λίστα αναμονής ή έχουν ειδικές ανάγκες που ικανοποιούνται ευκολότερα στο εξωτερικό από ότι στη χώρα τους). Μπορεί βέβαια τα ασφαλιστικά ταμεία να προσφέρουν στους πελάτες τους τη δυνατότητα να λάβουν τη θεραπεία στη χώρα τους ή στο εξωτερικό, προκειμένου να προσελκύσουν πελάτες που εκτιμούν ανάλογες επιλογές. Και αυτό φαίνεται από την περίπτωση ορισμένων γερμανικών ταμείων υγείας ότι ο ασφαλιστικός οργανισμός δεν χρησιμοποιεί αυτή την επιλογή ως μέρος της στρατηγικής μάρκετινγκ (Busse et al., 2006).

Βέβαια, η ελεύθερη κυκλοφορία των ασθενών δημιούργησε προβληματισμό ως προς την πιθανή δημιουργία διευρωπαϊκών λιστών αναμονής, δυσχεραίνοντας τον ορθολογικό προγραμματισμό των υπηρεσιών (Οικονόμου, 2011).

Τέλος, να υπογραμμίσουμε ότι η μετακίνηση των ασθενών μπορεί να πραγματοποιηθεί και στα όρια της χώρας όταν, για παράδειγμα, η παροχή φροντίδας

υγείας είναι διαθέσιμη σε κάποια περιοχή και οι ασθενείς μετακινούνται από τη μία περιοχή της χώρας στην άλλη.

2.2.2. Κυκλοφορία επαγγελματιών της υγείας

Πέρα από τη μετακίνηση ασθενών παρατηρείται και κυκλοφορία επαγγελματιών υγείας ως αποτέλεσμα της ανισορροπίας που υπάρχει στο ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στον τομέα της υγείας. Οι **επαγγελματίες υγείας κινούνται προς τους ασθενείς**, που αν και δεν αποτελούν μορφή κινητικότητας ασθενών παρόλα αυτά η ανάλυση θα ήταν ελλιπής εάν δεν γινόταν αναφορά και σε αυτούς. Συγκεκριμένα, πρόκειται για κάποιους επαγγελματίες υγείας που έχουν το δικαίωμα να εργάζονται σε περισσότερες από μια χώρες. Για παράδειγμα κάποια νοσοκομεία της Αγγλίας αποφάσισαν να συνάψουν συμβάσεις με χειρουργικές ομάδες από τη Γερμανία, οι οποίες πηγαίνουν στην Αγγλία για ένα Σαββατοκύριακο και χειρουργούν μεγάλο αριθμό ασθενών που χρειάζονται μη-επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Αυτό είναι μέρος μίας σειράς στρατηγικών που σκοπό έχουν να μειώσουν τις λίστες αναμονής. Από την άλλη εγείρονται σημαντικά ζητήματα, όπως τα συστήματα για την κλινική διακυβέρνηση, την επαγγελματική εγγραφή, την αντεπαγγελματική ιατρική συμπεριφορά κ.λπ.

Επίσης η κινητικότητα των επαγγελματιών υγείας προκαλείται και από την ανισορροπία που υπάρχει στις πολιτικές υγείας οι οποίες εφαρμόζονται, στην μακροοικονομική κατάσταση, στην πολιτική ανάπτυξης των ανθρωπίνων πόρων και τις μεταναστευτικές τάσεις και λαμβάνει τρεις μορφές (Οικονόμου, 2004):

- Αριθμητική ανισορροπία μεταξύ της κατάστασης που επικρατεί σε διάφορες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας και των πραγματικών αναγκών.
- Ποιοτική ανισορροπία μεταξύ του υφιστάμενου τύπου και επιπέδου εκπαίδευσης και αυτού που πραγματικά είναι αναγκαίο.
- Ανισορροπία στην κατανομή μεταξύ γεωγραφικών περιφερειών, υπηρεσιών και μονάδων, ιδιωτικού και δημόσιου τομέα που είναι έκδηλη στη διαφορά που υπάρχει μεταξύ προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών.

Έτσι οι **επαγγελματίες της υγείας** μετακινούνται από τη μια χώρα στην άλλη ενώ ταυτόχρονα διευκολύνονται από τους ευρωπαϊκούς κανόνες, για αναγνώριση των επαγγελματικών τους προσόντων και δυνατότητα αυτόματης αναγνώρισης μέσω

επαγγελματικών βάσεων (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2002; Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Ως προς ζήτημα της **ελεύθερης διακίνησης ιατρών** αυτό ρυθμίστηκε σε ικανοποιητικό βαθμό από την κοινοτική νομοθεσία και τις ισχύουσες οδηγίες. Παρουσιάζονται όμως επιμέρους προβλήματα (π.χ. η αναγνώριση ιατρικών ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων) που και αυτά θα μπορούσαν να επιλυθούν ενιαία για όλους τους γιατρούς της κοινότητας (οδηγία 2005/36/EC του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου 7 Σεπτεμβρίου 2005 για την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων).

Γενικότερα, η πληροφόρηση για τον αριθμό των επαγγελματιών της υγείας, τις ειδικεύσεις τους, και την κατανομή τους είναι σημαντική για τον προγραμματισμό και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση, τα κράτη-μέλη και οι υπό ένταξη χώρες αναπτύσσουν και ενισχύουν το **σύστημα συλλογής ακριβών δεδομένων** σχετικά με την κινητικότητα των επαγγελματιών της υγείας, ενθαρρύνοντας τα κράτη-μέλη και τα υπό ένταξη κράτη να συλλέγουν και να μοιράζονται δεδομένα για το εργατικό δυναμικό και τους επαγγελματίες της υγείας, σε συνεργασία με την Επιτροπή και τους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς. Τα δεδομένα αυτά θα πρέπει να συλλέγονται μέσω των υφισταμένων επιτροπών για την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων, στην πράξη όμως οι στατιστικές που παρέχουν τα κράτη μέλη μέσω αυτών των επιτροπών για τα επαγγέλματα της υγείας απέχουν πολύ από το να είναι πλήρεις. Η Επιτροπή καλεί τις εθνικές αρχές υγείας να παρέχουν στις εν λόγω επιτροπές ενημερωμένες και πλήρεις στατιστικές σχετικά με την κυκλοφορία των επαγγελματιών της υγείας για σκοπούς τόσο διασυννοριακής περίθαλψης όσο και μόνιμης εγκατάστασης σε άλλο κράτος μέλος (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Η συλλογή αυτών των πληροφοριών είναι ιδιαίτερα σημαντική λόγω των ελλείψεων που υπάρχουν σε ορισμένα κράτη μέλη και εντείνονται λόγω της γήρανσης του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας. Μεταξύ 1995-2000, οι ιατροί ηλικίας κάτω των 45 ετών, σε όλη την Ευρώπη, μειώθηκε κατά 20%, ενώ ο αριθμός των ιατρών ηλικίας άνω των 45 αυξήθηκε κατά περισσότερο από 50%. Οι μέσοι όροι ηλικίας αυξάνονται και όσον αφορά τους νοσοκόμους καθώς σε πέντε κράτη-μέλη σχεδόν το 50% των νοσοκόμων είχε ηλικία άνω των 45 ετών. Αν συνεχιστούν αυτές οι τάσεις, οι ελλείψεις προσωπικού θα καταστούν κρίσιμες στο σύνολο της ΕΕ κατά τις επόμενες δεκαετίες. Η διευκόλυνση της κινητικότητας μπορεί έως ένα σημείο να εξασφαλίσει ότι οι επαγγελματίες της υγείας θα πηγαίνουν εκεί που υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη γι' αυτούς. Αν όμως οι συνολικοί αριθμοί και οι ειδικεύσεις των επαγγελματιών της υγείας

δεν είναι επαρκείς, αυτό εξακολουθεί να αντιπροσωπεύει σημαντικό κίνδυνο για τα συστήματα υγείας σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ ο αντίκτυπος θα είναι πιο αισθητός στα φτωχότερα κράτη μέλη. Στο πλαίσιο αυτό, θα είναι δύσκολο για μια οποιαδήποτε χώρα να επενδύει στην εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας χωρίς να γνωρίζει ότι το ίδιο θα πράξουν και οι άλλες χώρες. Μια συντονισμένη ευρωπαϊκή στρατηγική που θα καλύπτει ζητήματα όπως η παρακολούθηση, η εκπαίδευση, οι προσλήψεις και οι συνθήκες εργασίας των επαγγελματιών υγείας μπορεί να εξασφαλίσει ότι τα κράτη-μέλη θα εισπράξουν την απόδοση των επενδύσεών τους σε επαγγελματίες υγείας και ότι η Ένωση στο σύνολό της θα είναι σε θέση να καλύψει τους στόχους της παροχής υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας. Η Επιτροπή καλεί τα κράτη-μέλη να εξετάσουν αυτό το ζήτημα σε συνεργασία με τα επαγγέλματα της υγείας (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Ένα ιδιαίτερο ζήτημα που αντιμετωπίζεται σε αυτές τις συζητήσεις είναι η **κοινοποίηση των διαδικασιών καταγγελίας επαγγελματικών αδικημάτων**, για να εντοπιστεί η πιο κατάλληλη μέθοδος για τη **διασφάλιση επαρκούς εμπιστευτικής ανταλλαγής πληροφοριών** σχετικών με την ελεύθερη κυκλοφορία επαγγελματιών υγείας και όχι μόνο. Έχουν ήδη πραγματοποιηθεί προπαρασκευαστικές εργασίες στο Βέλγιο, στο πλαίσιο του σχεδίου «Sysex», που παρέχει στους πολίτες πληροφορίες σχετικά με τους κανόνες και τις διαδικασίες για την επαγγελματική αναγνώριση, επιτρέπει την υποβολή σε απευθείας σύνδεση αιτήσεων για αναγνώριση, και επιτρέπει επίσης την ανταλλαγή εμπιστευτικών πληροφοριών μεταξύ των αρμόδιων αρχών. Η Επιτροπή και τα κράτη μέλη εξετάζουν εάν είναι εφικτή η επέκταση αυτού του σχεδίου σε όλη την ΕΕ (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

2.3. Θεσμικό πλαίσιο διασυνοριακής φροντίδας υγείας

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο θεσπίζονται κανόνες δικαίου ενώ προτείνεται λεπτομερές πλαίσιο εναρμόνισης των νομοθετικών μέτρων για ζητήματα όπως η συλλογή δεδομένων, η παροχή πληροφοριών στους ασθενείς, τα κριτήρια για χορήγηση άδειας και η διαδικασία έγκρισης, τα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας, των δικαιωμάτων των ασθενών και οι αποζημίωσης για βλάβες (SEC 2008, 2164). Βέβαια, το ρυθμιστικό

πλαίσιο για τη διασυνοριακή φροντίδα υγείας μέσα στην ΕΕ αν και έχει διαφοροποιηθεί δεν είναι ξεκάθαρο (Bertinato et al., 2005).

Η **θεμελίωση του δικαιώματος** για διασυνοριακή νοσηλεία στο πλαίσιο της Κοινότητας βασίζεται τόσο στα ατομικά όσο και τα κοινωνικά δικαιώματα αλλά και σε διαφορετικές διαδικασίες, ρυθμίσεις και κανονισμούς όπως αυτές εκφράζονται από τα επιμέρους έντυπα, οδηγούν στη δημιουργία συγχύσεων και **ανισοτήτων** σε σχέση με την αντιμετώπιση των διαφόρων περιπτώσεων (Hermans, 1997). Η **πολυπλοκότητα της νομοθεσίας** που ρυθμίζει τις σχέσεις ασφαλισμένων - προμηθευτών - τρίτων πληρωτών σε εθνικό και κοινοτικό επίπεδο ανέδειξε το Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων σε σημαντικό ερμηνευτικό παράγοντα των άρθρων της Συνθήκης και του δευτερογενούς δικαίου της Ένωσης. Έτσι, το Δικαστήριο κλήθηκε να αποφασίσει για μια σειρά περιπτώσεων οι οποίες έθεταν επιτακτικά ερωτήματα σχετικά με το χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας, τη δυνατότητα των ασθενών να αναζητήσουν θεραπευτική αγωγή σε άλλο κράτος-μέλος χωρίς προηγούμενη έγκριση και το ύψος της απόδοσης των εξόδων περίθαλψης σε κράτος-μέλος διαφορετικό από το κράτος του αρμόδιου φορέα (Οικονόμου, 2004).

Ο πρωταρχικός φόβος των εθνικών κυβερνήσεων ήταν το γεγονός ότι αν για τη λήψη θεραπείας σε άλλο κράτος-μέλος δεν απαιτούνταν προηγούμενη έγκριση, οι φορείς παροχής υγειονομικών υπηρεσιών δεν θα είχαν συμφέρον να συνδράμουν στο σύστημα σύναψης συμβάσεων δεσμευμένοι από συμβατικές ρήτρες σχετικά με τη διαθεσιμότητα, τον όγκο, την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και τις τιμές παροχής υπηρεσιών. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τις πιθανές μετακινήσεις των ασθενών προς την αλλοδαπή, οδηγούσε τους ασφαλιστικούς φορείς να αδυνατούν να προγραμματίσουν τις ανάγκες προσαρμόζοντας αυτές στις δαπάνες και να διασφαλίσουν σε όλους ιατρικές υπηρεσίες. Το **σύστημα των συμβάσεων** θα έχανε τον λόγο ύπαρξής του ως εργαλείου διαχείρισης της ιατρικής περίθαλψης, θίγοντας την κυριαρχική εξουσία των κρατών-μελών και αναιρώντας την αρχή της επικουρικότητας (Οικονόμου, 2004).

Οι **μεταγενέστερες αποφάσεις** του Δικαστηρίου αποσαφήνισαν αρκετές παραμέτρους, διευκρινίζοντας ότι (Οικονόμου, 2004):

- η δυνατότητα ελεύθερης διασυνοριακής επιλογής υγειονομικών υπηρεσιών και προϊόντων από τους ασθενείς περιλαμβάνει τόσο την εξωνοσοκομειακή όσο και τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας και εφαρμόζεται τόσο στα συστήματα υγείας που έχουν υιοθετήσει το πρότυπο της αποζημίωσης όσο και σε αυτά που στηρίζονται στην άμεση παροχή υπηρεσιών σε είδος,

- οι προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας δεν πρέπει να εφαρμόζουν τεχνικές χρέωσης των εξόδων οι οποίες κάνουν διάκριση μεταξύ των υπηκόων της ημεδαπής και της αλλοδαπής,
- οι παροχές σε είδος δεν πρέπει να αρνούνται σε πολίτες που διαβιούν σε άλλο κράτος-μέλος, εφόσον έχουν κατοχυρώσει το δικαίωμα παροχής,
- αν το κόστος νοσηλείας σε άλλο κράτος μέλος είναι χαμηλότερο από το κόστος στο κράτος του αρμόδιου ασφαλιστικού φορέα, ο ασθενής έχει δικαίωμα -υπό προϋποθέσεις- να κρατήσει τη διαφορά,
- οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας σε άλλο κράτος μέλος ακόμη και αν οι υπηρεσίες αυτές δεν προβλέπονται από τη δέσμη παροχών του αρμόδιου φορέα, με την προϋπόθεση ότι πληρούν τα διεθνώς αναγνωρισμένα επιστημονικά πρότυπα.

Βέβαια, τα κράτη-μέλη οφείλουν να ασκούν τις αρμοδιότητές τους στον τομέα της διασυνοριακής φροντίδας υγείας σύμφωνα με το κοινοτικό δίκαιο. Αν και η παροχή της φροντίδας υγείας είναι **ευθύνη του κάθε κράτους-μέλους**, η ΕΕ έχει ρυθμιστικό και παρεμβατικό χαρακτήρα στο θέμα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων όπως τουρίστες μετανάστες κ.λπ. σε άλλα κράτη-μέλη. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να λαμβάνει ιατρικές υπηρεσίες και φροντίδες σε άλλο κράτος-μέλος της ΕΕ σε περίπτωση που ασθενήσει κατά τη διάρκεια της προσωρινής του παραμονής ή μπορεί η φροντίδα του να έχει εγκριθεί εκ των προτέρων και προγραμματιστεί.

Για τους πολίτες, το πρώτο βήμα πρέπει να είναι η παροχή σαφέστερης εικόνας του υφιστάμενου νομικού πλαισίου της ΕΕ όσον αφορά την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και την επιστροφή των δαπανών που πραγματοποιούνται σε άλλο κράτος μέλος. Η πρόσβαση των ατόμων σε περίθαλψη αποτελεί φυσικά μέρος της αρμοδιότητας των κρατών-μελών στο πλαίσιο των οικείων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και ασφάλισης υγείας. Τα δικαιώματα στο πλαίσιο της κοινοτικής νομοθεσίας αφορούν κυρίως την επιστροφή δαπανών για περίθαλψη που παρέχεται σε άλλο κράτος μέλος (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Ειδικότερα, με βάση το **άρθρο 42** της Συνθήκης ΕΕ, με τη μορφή της «ελεύθερης κυκλοφορίας προσώπων», οργανώθηκε ένας κοινοτικός μηχανισμός το 1958, προκειμένου να συντονίσει τις υπευθυνότητες της κοινωνικής ασφάλισης για τους εργαζομένους που κινούνταν στην Ευρωπαϊκή Οικονομική Περιοχή (Bertinato et al.,

2005). Με βάση το άρθρο 42 δημιουργήθηκε ένα Ευρωπαϊκό πλαίσιο που εξασφάλιζε τη συνεργασία στα δικαιώματα κοινωνικής ασφάλισης των μετακινούμενων εργαζόμενων και των μελών των οικογενειών τους, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος στην υγειονομική περίθαλψη (Mossialos et al., 2010).

Στα μέσα της δεκαετίας του 1970, η τότε Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (ΕΟΚ) αναγνώρισε ότι η **αρχή της ελεύθερης κυκλοφορίας των προσώπων** -μία από τις τέσσερις ελευθερίες που κατοχυρώνονται στις Ευρωπαϊκές Συνθήκες- δεν θα είχε κανένα νόημα αν αφορούσε μόνο τους πλήρως υγιείς ανθρώπους που μπορούσαν να επωφεληθούν από την ελευθερία αυτή.

Έτσι, το 1971, υιοθετήθηκε το Council Regulation (EC) No **1408/71** (14 Ιουνίου 1971) σχετικά με την **εφαρμογή συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης** στους μισθωτούς, στους αυτοαπασχολούμενους και στα μέλη των οικογενειών τους που κινούνται μέσα στην Κοινότητα καθιερώνοντας μια σειρά μηχανισμών από τους οποίους τα άτομα θα μπορούσαν να λάβουν υγειονομική περίθαλψη σε ένα άλλο κράτος μέλος. Έως τότε η οποιαδήποτε ιατρική περίθαλψη στο εξωτερικό ήταν ιδιωτική υπόθεση του κάθε ενδιαφερόμενου. Βέβαια, ακόμα και σήμερα, χιλιάδες ευρωπαίοι πολίτες που χρειάζονται ιατρική περίθαλψη εκτός της χώρας τους πληρώνουν γι' αυτό (Bertinato et al., 2005).

Στους κανονισμούς **1408/71** και **574/72** του Συμβουλίου ρυθμίζονται οι **προϋποθέσεις μετακίνησης** και ελεύθερης κυκλοφορίας προσώπων στο εσωτερικό της Κοινότητας, οι οποίοι δικαιούνται πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και στις παροχές μητρότητας. Συγκεκριμένα, κάθε μισθωτός ή μέλος της οικογένειάς του που διαμένει ή κατοικεί σε άλλο κράτος-μέλος από αυτό που είναι ασφαλισμένο για ασθένεια, δικαιούται παροχών ασθένειας σε είδος, σύμφωνα με τη νομοθεσία του κράτους αυτού, σαν να ήταν ασφαλισμένο εκεί, αλλά με έξοδα του φορέα ασφάλισής του. Εάν μεταβεί σε άλλο κράτος-μέλος ειδικά για τη λήψη θεραπευτικής αγωγής, το κόστος ορίζεται από τους παραπάνω κανονισμούς και καλύπτεται από το κράτος-μέλος όπου είναι ασφαλισμένος μόνο στην περίπτωση που έχει λάβει εκ των προτέρων έγκριση. Το κράτος δεν μπορεί να αρνηθεί την έγκριση στην περίπτωση που ο ασθενής δεν μπορεί να λάβει αγωγή εντός του χρόνου που είναι κανονικά αναγκαίος για τη λήψη της, σύμφωνα με την κατάσταση της υγείας του (υπάρχουν δηλαδή λίστες αναμονής) και η αγωγή συμπεριλαμβάνεται στις αγωγές που προβλέπονται από το σύστημα υγείας του κράτους-μέλους ασφάλισης (Οικονόμου, 2004). Με άλλα λόγια ο **κανονισμός 1408/71** συντονίζει τα νόμιμα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης των κρατών-μελών συμπεριλαμβανομένων και των συστημάτων παροχής ιατρικής περίθαλψης. Στο πλαίσιο ελεύθερης κυκλοφορίας

μισθωτών και μη μισθωτών εργαζομένων της ιατρικής, οδηγίες προβλέπουν την αμοιβαία αναγνώριση των διπλωμάτων των γιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας καθορίζοντας τις ουσιαστικές απαιτήσεις της αρχικής κατάρτισής τους (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2001).

Ειδικότερα, το άρθρο 22 του κανονισμού **1408/71** (άρθρα 19-20 στο νέο κανονισμό 883/2004) παρέχει επίσης διόδους νομικής κάλυψης της επεξεργασίας που παραλαμβάνεται έξω από το κράτος της κατοικίας ή του συνεταιρισμού (Bertinato et al., 2005).

Επιπλέον, αν κάποιο άτομο διαμένει προσωρινά σε άλλο κράτος-μέλος από το δικό του -για ταξίδι, σπουδές, απόσπαση ή αναζήτηση απασχόλησης- και τύχει να χρειαστεί υγειονομικής περίθαλψης, θα του παρασχεθεί στην ίδια βάση με τα άτομα που είναι ασφαλισμένα στην εν λόγω χώρα. Εάν χρειαστεί να πληρώσει για την περίθαλψη αυτή, οι δαπάνες θα του επιστραφούν στη χώρα καταγωγής του, σύμφωνα με τα τιμολόγια και τις αμοιβές που ισχύουν στο κράτος-μέλος όπου παρασχέθηκε η περίθαλψη (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Οι ανωτέρω κανονισμοί (1408/71 και 574/72) τροποποιήθηκαν πολλές φορές από άλλους ενώ η ισχύς τους επεκτάθηκε προκειμένου να συμπεριλάβουν και άλλες κατηγορίες ατόμων εκτός των μισθωτών και των οικογενειών τους. Ο κανονισμός **1390/81** επέκτεινε το δικαίωμα περίθαλψης σε άλλο κράτος-μέλος για τους ελεύθερους επαγγελματίες και τις οικογένειες τους.

Η κατάσταση άλλαξε εντυπωσιακά το 1998 με δύο συνδεδεμένες αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου όπου οι ασθενείς θα μπορούσαν να χρησιμοποιούν τις παροχές της εσωτερικής αγοράς για να αποκτήσουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σε άλλα κράτη μέλη. Κατά συνέπεια, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή συγκάλεσε μια υψηλού επιπέδου διαδικασία αντανάκλασης για να αντιμετωπίσει το ζήτημα της κινητικότητας των ασθενών. Η διαδικασία αυτή οδήγησε σε μια σειρά συστάσεων που σκοπό είχαν τη μεγιστοποίηση των πιθανών ωφελημάτων της κινητικότητας των ασθενών, ελαχιστοποιώντας τα προβλήματα (Bertinato et al., 2005; Wismar et al., 2011).

Έτσι, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο όρισε ότι η **ιατρική περίθαλψη αποτελεί υπηρεσία** γεγονός που σημαίνει ότι η διασυνοριακή παροχή της δεν μπορεί να παρεμποδιστεί παρά μόνο για επιτακτικούς λόγους γενικού συμφέροντος που αφορούν π.χ. την προστασία της υγείας ή την ανάγκη για διαφύλαξη της οικονομικής ισορροπίας των συστημάτων υγείας, που είναι αναγκαία για τη διατήρηση της ποιότητας της προσφερόμενης περίθαλψης (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2001).

Τέλος, με τον κανονισμό **859/2003** τέθηκαν σε ισχύ προβλέψεις για υπηκόους τρίτων χωρών που διαμένουν μόνιμα στην Κοινότητα και δεν καλύπτονταν από τις διατάξεις των κανονισμών 1408/71 και 574/72 λόγω της ιθαγένειας τους, ενώ πληρούν τις υπόλοιπες προϋποθέσεις (Οικονόμου, 2004).

Σύμφωνα με την οδηγία 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9^{ης} Μαρτίου 2011 κάθε κράτος πρέπει να καθορίσει ένα ή περισσότερα **εθνικά σημεία επαφής** για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη. Τα σημεία αυτά βρίσκονται σε επικοινωνία με τις οργανώσεις ασθενών, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και τους ασφαλιστικούς φορείς υγειονομικής περίθαλψης ενώ παράλληλα θα πρέπει να παρέχουν στους ασθενείς πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά τους, όταν αυτοί αποφασίζουν να επωφεληθούν της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και στοιχεία επικοινωνίας άλλων σημείων επαφής σε άλλα κράτη μέλη (Directive 2011/24/EU).

Τα κράτη μέλη έχουν προθεσμία μέχρι τις **25 Οκτωβρίου 2013** να θεσπίσουν εθνικούς νόμους εφαρμογής της οδηγίας (Directive 2011/24/EU).

Το **κράτος μέλος όπου πραγματοποιείται η θεραπεία** οργανώνει και παρέχει την υγειονομική περίθαλψη ενώ παράλληλα εξασφαλίζει την τήρηση των προτύπων ποιότητας και ασφάλειας κατά την παροχή της περίθαλψης, κυρίως μέσω της δημιουργίας μηχανισμών ελέγχου. Επίσης, εξασφαλίζει ότι θα γίνει σεβαστή η προστασία προσωπικών δεδομένων και η ίση μεταχείριση για ασθενείς μη υπηκόους της επικράτειάς του. Το εθνικό σημείο επαφής του κράτους μέλους όπου πραγματοποιείται η θεραπεία παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες στους ασθενείς (Directive 2011/24/EU).

Μετά την παροχή της περίθαλψης, το **κράτος μέλος ασφάλισης** είναι αυτό που αναλαμβάνει να επιστρέψει τα έξοδα για την υγειονομική περίθαλψη του ασφαλισμένου, υπό τον όρο ότι η θεραπεία που αυτός έλαβε συγκαταλέγεται μεταξύ των μορφών περίθαλψης για τις οποίες προβλέπεται επιστροφή εξόδων βάσει της εθνικής νομοθεσίας (Directive 2011/24/EU).

Το **κράτος μέλος ασφάλισης** εξασφαλίζει επιστροφή των εξόδων που βαρύνουν τον ασφαλισμένο ο οποίος λαμβάνει διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, υπό τον όρο ότι ο ασφαλισμένος δικαιούται τέτοια μορφή υγειονομικής περίθαλψης. Το επίπεδο των εξόδων που επιστρέφονται ισούται με το ποσό που θα είχε επιστραφεί από το επίσημο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, εάν η περίθαλψη είχε παρασχεθεί στο έδαφός του. Αυτό το επίπεδο εξόδων δεν υπερβαίνει το πραγματικό κόστος της περίθαλψης που

παρασχέθηκε. Έχει δε τη δυνατότητα να επιστρέψει συναφή έξοδα, όπως έξοδα διαμονής ή μετακίνησης (Directive 2011/24/EU).

Για την ανάληψη ορισμένων εξόδων διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, το κράτος ασφάλισης προβλέπεται **σύστημα προηγούμενης έγκρισης**, για την αντιμετώπιση του κινδύνου αποσταθεροποίησης του σχεδιασμού και/ή της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Οφείλει δε το κράτος να παράσχει την έγκριση εάν ο ασθενής δικαιούται την εν λόγω υγειονομική περίθαλψη και όταν αυτή δεν μπορεί να του παρασχεθεί στη χώρα του εντός προθεσμίας ιατρικώς αποδεκτής. Αντίθετα μπορεί να αρνηθεί να δώσει αυτήν την έγκριση σε ασθενή σε περιπτώσεις που απαριθμούνται με μεγάλη ακρίβεια (Directive 2011/24/EU).

2.4. Εμπόδια πρόσβασης στη διασυνοριακή φροντίδα υγείας

Οι Συνθήκες έθεσαν περιορισμούς στην κυκλοφορία προσώπων μεταξύ των κρατών-μελών για λόγους δημόσιας υγείας, αν και οι συνθήκες υπό τις οποίες εφαρμόζονται είναι εξαιρετικά περιορισμένες. Η πρώτη ευρωπαϊκή νομοθεσία που ορίζει τη βάση για περιορισμό της μετακίνησης ήταν της οδηγίας **64/221/ΕΟΚ**, η οποία καλύπτει τα άτομα που πάσχουν από ορισμένες ασθένειες, συμπεριλαμβανομένων ασθενειών που περιλαμβάνονται στους Διεθνείς Κανονισμούς Υγείας, φυματίωση, σύφιλη, καθώς και άλλες λοιμώδεις ή μεταδοτικές ασθένειες εφόσον αποτελούν αντικείμενο των διατάξεων που ισχύουν για τους υπηκόους της εν λόγω χώρας. Περιλαμβάνονται επίσης ορισμένες ασθένειες και αναπηρίες που μπορεί να αποτελούν απειλή για τη δημόσια τάξη και ασφάλεια (π.χ. τοξικομανία, βαθιά ψυχική διαταραχή). Η οδηγία 64/221/ΕΟΚ αντικαταστάθηκε από την οδηγία **2004/38/ΕΚ**, που περιορίζει σημαντικά τις συνθήκες οι οποίες οδηγούν σε περιορισμό.

Η ποικιλία των συστημάτων υγείας, ιδίως όσον αφορά την ποιότητα και την ασφάλεια των πολιτικών, αποτελούν σημαντικό εμπόδιο για τη διευκόλυνση της διασυνοριακής υγείας στην ΕΕ. Η έλλειψη εμπιστοσύνης στην υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται σε άλλα κράτη-μέλη και η σχετική έλλειψη σαφήνειας όσον αφορά τις αρμοδιότητες των κρατών μελών στο θέμα αυτό εξετάστηκε από την Επιτροπή. Τον Ιούνιο του 2006, οι υπουργοί υγείας ενέκριναν «Συμπεράσματα του Συμβουλίου για τις κοινές αξίες και αρχές στα συστήματα υγείας της ΕΕ» (Council of the European Union,

2006). Περιλαμβάνονται μέτρα για επίτευξη καλής ποιότητας της περίθαλψης, συστηματική προσέγγιση για εξασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών, μηχανισμού δεοντολογικής στήριξης της φροντίδας, διαδικασίες που εγγυώνται τη συμμετοχή των ασθενών, αποκατάσταση των δικαιωμάτων των ασθενών, αν τα πράγματα πάνε στραβά (Wismar et al., 2011).

Ειδικότερα, το **πρώτο εμπόδιο** αφορά το κατά πόσον η ασφαλιστική υγειονομική κάλυψη εκτείνεται στο σύνολο του πληθυσμού. Η πρωτοβάθμια κάλυψη συνήθως βρίσκεται στο δημόσιο σύστημα και χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση υγείας ή από τη φορολόγηση ή και από τα δύο ή ακόμα μέσω συμπληρωματικής προαιρετικής ασφάλισης υγείας (που και αυτή μπορεί να θεωρηθεί ότι παίζει σημαίνοντα ρόλο στην κάλυψη των αναγκών καθώς παρέχει το μέρος του κόστους της περίθαλψης το οποίο δεν καλύπτεται από το δημόσιο σύστημα). Το **δεύτερο εμπόδιο** αφορά παροχές που καλύπτονται από το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας. Τα δύο αυτά εμπόδια είναι θεμελιώδη και πρωταρχικά. Τα **υπόλοιπα** είναι χωρίς αυστηρή σειρά προτεραιότητας μεταξύ τους, αλλά παρουσιάζονται με φθίνουσα σειρά από τα εθνικής ευθύνης μέσω της περιφερειακών και θεσμικών ζητημάτων, κυρίως σε προσωπικές προτιμήσεις και επιλογές. Αφορούν στη γεωγραφία, την οργάνωση της προσφοράς και τη συμπεριφορά καθώς και προσωπικές και πολιτιστικές προτιμήσεις. Προφανώς, άλλοι παράγοντες - κυρίως πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματα και τους διαθέσιμους παρόχους- αποτελούν επιπλέον παράγοντες που καθορίζουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Busse et al, 2006; Wismar et al., 2011).

Μερικά από αυτά τα εμπόδια πρόσβασης είναι η κάλυψη του πληθυσμού που σπάνια υπόκειται σε ριζική αλλαγή (αν και οι Κάτω Χώρες προχώρησαν σε μία τέτοια αλλαγή στις αρχές του 2006) αλλά και σημαντικές αλλαγές στη γεωγραφική κατανομή των φορέων που συνήθως λαμβάνει χώρα μόνο για μεγάλο χρονικό διάστημα, αν όχι καθόλου. Συγκριτικά, οι πολιτικές αναδιανομής του κόστους και τα πακέτα παροχών έχουν υποστεί αλλοίωση (Busse et al., 2006; Wismar et al., 2011).

Ως προς το πρώτο εμπόδιο, τα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ έχουν συστήματα καθολικής δημόσιας κάλυψης, με την κάλυψη να επεκτείνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό (Busse et al., 2006).

Οι γεωγραφικές πτυχές παίζουν τουλάχιστον τρεις ρόλους όσον αφορά την πρόσβαση (Busse et al, 2006; Wismar et al., 2011):

- η απόσταση της περιοχής,

- ο αριθμός των παρόχων, και
- η εγγύτητα στα εθνικά σύνορα.

Πολλές περιοχές της ΕΕ είναι σχετικά πυκνοκατοικημένες και ως εκ τούτου η γεωγραφική απόσταση έως τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης δεν φαίνεται να αποτελεί σημαντική ανησυχία. Επιπλέον, οι περισσότερες χώρες έχουν θέσει σε εφαρμογή κάποια μορφή σχεδιασμού εγκαταστάσεων για την υγεία, που εξουδετερώνει οποιαδήποτε άνιση κατανομή των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ευρωβαρόμετρου για την εγγύτητα προς τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που αναλύθηκαν από Alber & Kohler (2004), κατά μέσο όρο περίπου 48% της ΕΕ-25 έχουν πρόσβαση στο νοσοκομείο σε λιγότερο από 20 λεπτά (περίπου 53% της πρώην ΕΕ-15 και 35% από τα 10 νέα κράτη μέλη) (Busse et al, 2006; Wismar et al., 2011).

Η γεωγραφική πρόσβαση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να είναι πιο δύσκολη στην περιφέρεια. Το πλησιέστερο κατάλληλο κέντρο υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να βρίσκονται πέρα από τα σύνορα. Υπό αυτές τις περιστάσεις, η κίνηση των ασθενών από τα σύνορα και οι ρυθμίσεις σε διασυνοριακό επίπεδο μεταξύ των θεσμικών οργάνων μπορεί να διευκολύνει τη γεωγραφική πρόσβαση σε παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Busse et al., 2006; Wismar et al., 2011).

2.5. Δικαιώματα ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη

Το 1998, η περίφημη υπόθεση *Kohll and Decker*, έδωσε στο ευρωπαϊκό δικαστήριο την πρώτη του ευκαιρία να εφαρμόσει την ελεύθερη μετακίνηση προσώπων στον τομέα της υγείας, υποστηρίζοντας ότι οι υπήκοοι της ΕΕ έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν ιατρικές θεραπείες σε οποιοδήποτε κράτος-μέλος χωρίς προηγούμενη έγκριση. Μεταγενέστερες αποφάσεις διευκρίνισαν ότι πρέπει να γίνει διάκριση μεταξύ νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Τα κράτη-μέλη θα μπορούσαν να υιοθετήσουν ένα σύστημα προέγκρισης για προγραμματισμένες νοσοκομειακές υπηρεσίες στο εξωτερικό (Lear & Mossialos, 2008).

Σε κοινοτικό επίπεδο δεν υπάρχουν σαφείς κανόνες σχετικά τον τρόπο που θα πρέπει να ικανοποιούνται οι απαιτήσεις για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, ή ποιος είναι υπεύθυνος για την εξασφάλισή τους.

Από έρευνα του ευρωβαρόμετρου (2007) διαπιστώνεται ότι πολλοί πολίτες αγνοούν τις δυνατότητες λήψης περίθαλψης σε ένα άλλο κράτος μέλος. Από την ίδια έρευνα διαπιστώνεται ότι το 30% του πληθυσμού της ΕΕ δεν γνωρίζει ότι υπάρχει, υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις, η δυνατότητα λήψης υγειονομικής περίθαλψης στο εξωτερικό και επιστροφής των δαπανών από το εθνικό τους σύστημα υγείας ή από τον φορέα στον οποίο είναι ασφαλισμένοι.

Σύμφωνα με αποφάσεις του Δικαστηρίου της ΕΕ, επιβεβαιώνεται το δικαίωμα των ασθενών να μεταβαίνουν για θεραπεία στο εξωτερικό και να λαμβάνουν πίσω τα **ιατρικά τους έξοδα** υπό συγκεκριμένους όρους. Σύμφωνα με την οδηγία **2011/24/ΕΕ** για τα **δικαιώματα των ασθενών** στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης αποσαφηνίζονται οι προϋποθέσεις και επιπλέον δημιουργείται ένα δίκτυο εθνικών σημείων επαφής που θα παρέχουν σαφείς και ακριβείς πληροφορίες για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη ενώ παράλληλα βοηθούνται οι χώρες της ΕΕ να ανταλλάσσουν εμπειρίες για την παροχή της καλύτερης δυνατής περίθαλψης στους ασθενείς, πχ μέσω των νέων τεχνολογιών υγείας. Σύμφωνα με την οδηγία 2011/24/ΕΕ (Directive 2011/24/EU) και την πρόταση για τα δικαιώματα των ασθενών (European Commission, 2008) ο ασθενής θα πρέπει (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004):

- Σαφείς πληροφορίες που καθιστούν δυνατό στα άτομα να επιλέγουν συνειδητά την υγειονομική τους περίθαλψη. Στην περίπτωση **νοσοκομειακής περίθαλψης** να είναι σε θέση να επιλέγουν τον πάροχο της υγειονομικής περίθαλψης σε οποιοδήποτε κράτος-μέλος με την προϋπόθεση ότι έχουν λάβει εκ των προτέρων έγκριση από το σύστημα της χώρας τους· ενώ σε **μη νοσοκομειακή** φροντίδα, να μπορούν να αναζητούν υγειονομική περίθαλψη στο εξωτερικό χωρίς προέγκριση ή και να απαιτούν επιστροφή των δαπανών μετά την επιστροφή στη χώρα τους.
- Να γνωρίζουν τους όρους και τις προϋποθέσεις που ισχύουν για την περίθαλψη που θα λάβουν αλλά και για την επιστροφή εξόδων που δικαιούνται.
- Να είναι επαρκώς ενημερωμένος για την ποιότητα και την ασφάλεια της θεραπευτικής αγωγής που παρέχεται σε άλλες χώρες. Να γνωρίζει δηλαδή τους μηχανισμούς εξασφάλισης της ποιότητας και της ασφάλειας της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης. Οι αρχές της χώρας στην οποία παρέχεται η υγειονομική

περίθαλψη είναι υπεύθυνες για την κλινική επίβλεψη. Παράλληλα να είναι σίγουροι ότι δεν θα υπάρχει διακριτική μεταχείριση λόγω φύλου, φυλής, χρώματος, καταγωγής ή κοινωνικής προέλευσης, γενετικών χαρακτηριστικών, γλώσσας, θρησκείας ή πεποιθήσεων, πολιτικών φρονημάτων ή κάθε άλλης γνώμης, ιδιότητας μέλους εθνικής μειονότητας, περιουσίας, γέννησης, ηλικίας, αναπηρίας ή σεξουαλικού προσανατολισμού.

- Να γνωρίζουν τη διάρκεια της περίθαλψης μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών και θεραπευτικών οργανισμών.
- Να γνωρίζουν τον τρόπο υποβολής καταγγελίας και εξεύρεσης λύσεων σε περίπτωση που κάτι δεν πάει καλά, τους μηχανισμούς δηλαδή εξασφάλισης των κατάλληλων μέσων αποκατάστασης και αποζημίωσης για βλάβες που προκύπτουν από την υγειονομική περίθαλψη. Θα πρέπει επίσης να έχουν πρόσβαση στους ιατρικούς τους φακέλους, ενώ η προστασία των προσωπικών τους δεδομένων θα είναι εξασφαλισμένη στις περιπτώσεις διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης.

Για τους πολίτες, το πρώτο βήμα πρέπει να είναι μια σαφέστερη δήλωση των υφιστάμενων δικαιωμάτων τους σε υγειονομική περίθαλψη βάσει της κοινοτικής νομοθεσίας. Η πρόσβαση των ατόμων σε περίθαλψη αποτελεί μέρος της αρμοδιότητας των κρατών-μελών στο πλαίσιο των οικείων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και ασφάλισης υγείας. Τα δικαιώματα στο πλαίσιο της κοινοτικής νομοθεσίας αφορούν κυρίως την επιστροφή δαπανών για περίθαλψη που παρέχεται σε άλλο κράτος-μέλος και παρουσιάζονται στην προτεινόμενη οδηγία για τις υπηρεσίες στην εσωτερική αγορά και στον κανονισμό 1408/71 για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, που αντανακλούν και οι δύο τη νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου. Το πλαίσιο αυτό αντικατοπτρίζει τις ακόλουθες **γενικές αρχές** (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004):

- οποιαδήποτε μη νοσοκομειακή περίθαλψη την οποία δικαιούται στο κράτος του μπορεί να την αναζητήσει σε οποιοδήποτε άλλο κράτος-μέλος χωρίς προηγούμενη έγκριση, και να του επιστρέφονται οι δαπάνες με ανώτατο όριο το επίπεδο επιστροφής που παρέχει το σύστημά του,
- οποιαδήποτε νοσοκομειακή περίθαλψη δικαιούται στο κράτος του μπορεί επίσης να την αναζητήσει σε οποιοδήποτε άλλο κράτος-μέλος με την προϋπόθεση ότι έχει λάβει πρώτα έγκριση από το σύστημα. Αυτή η έγκριση πρέπει να χορηγείται αν το σύστημά δεν μπορεί να παράσχει την εν λόγω περίθαλψη σε ένα εύλογο χρονικό όριο

από ιατρική άποψη λαμβανομένης υπόψη της κατάστασης του ασθενή. Και στην περίπτωση αυτή, επιστρέφονται οι δαπάνες με ανώτατο όριο τουλάχιστον το επίπεδο επιστροφής που παρέχει το σύστημά σας,

- εάν επιθυμεί να αναζητήσει θεραπεία στο εξωτερικό, οι υγειονομικές αρχές μπορούν να παράσχουν πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο που απαιτείται για την παροχή έγκρισης για περίθαλψη σε άλλο κράτος μέλος, τα επίπεδα επιστροφής που εφαρμόζονται, και πώς μπορεί να ασκηθεί προσφυγή εναντίον αποφάσεων.

2.6. Ποιότητα και ασφάλεια παρεχόμενων υπηρεσιών

Μία από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νομοθέτες της Ευρώπης είναι το ότι πρέπει να ευθυγραμμίσουν πλήρως δύο στόχους: την ποιότητα των παρεχόμενων αγαθών και υπηρεσιών στο εξωτερικό και την ελευθερία μετακίνησης μέσω της εξάλειψης των υγειονομικών περιορισμών, εξασφαλίζοντας ότι μπορούν να λάβουν υγειονομική περίθαλψη εκτός της χώρας τους (Wismar et al., 2011).

Αναλυτικότερα, επειδή η υγειονομική περίθαλψη αντιπροσωπεύει μεγάλο μέρος των δημόσιων δαπανών, ο τομέας αυτός έχει ζωτική σημασία για την εφαρμογή των συστάσεων που ορίζονται στις γενικές κατευθυντήριες γραμμές της οικονομικής πολιτικής και στα προγράμματα σταθερότητας και σύγκλισης. Επί του παρόντος, τρεις στόχοι θεωρούνται πτυχές στην πολιτική της υγείας: η **πρόσβαση**, η **ποιότητα** και η **βιωσιμότητα**. Οι τρεις αυτοί στόχοι αλληλοσυνδέονται και αλληλεπιδρούν γι' αυτό και πρέπει να εξετάζονται συνολικά. Έτσι, η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας χαμηλής ποιότητας δεν είναι επιθυμητή· η πρόσβαση χωρίς οικονομική βιωσιμότητα δεν είναι εφικτή και η εξασφάλιση ότι μόνο οι θεραπευτικές μέθοδοι αποδεδειγμένης αξίας λαμβάνουν δημόσια χρηματοδότηση είναι ένας σημαντικός τρόπος να εξασφαλίζεται η οικονομική βιωσιμότητα (Μηνακούλη και συν., 2005).

Η ελεύθερη λήψη υγειονομικής περίθαλψης σε ολόκληρη την ΕΕ πρέπει να συνοδεύεται από εγγυήσεις ποιότητας και ασφάλειας. Οι ασθενείς, προκειμένου να κάνουν συνειδητές επιλογές, πρέπει να έχουν πρόσβαση σε όλες τις πληροφορίες που επιθυμούν σχετικά με τις προϋποθέσεις υπό τις οποίες θα λάβουν υγειονομική περίθαλψη σε άλλο κράτος μέλος της ΕΕ και θα τους επιστραφούν τα έξοδα όταν επιστρέψουν στη χώρα τους.

Τα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης στην Ευρώπη είναι πολύ υψηλού επιπέδου. Οι πολίτες εμπιστεύονται τις ιατρικές υπηρεσίες στη χώρα τους. Όταν οι ασθενείς ταξιδεύουν στην ΕΕ για τη λήψη περίθαλψης, πρέπει να έχουν την ίδια εμπιστοσύνη και για τις ιατρικές υπηρεσίες στο εξωτερικό. Ωστόσο, δεν διαθέτουν πάντοτε τις απαραίτητες πληροφορίες και εγγυήσεις. Η προτεινόμενη οδηγία καλύπτει ακριβώς αυτά τα θέματα (Wismar et al., 2011).

Ως προς τη συνέχεια της φροντίδας, προβλέπονται διάφορα μέτρα. Η χώρα όπου παρασχέθηκε η θεραπεία εξασφαλίζει ότι οι ασθενείς έχουν πρόσβαση στον γραπτό ή ηλεκτρονικό τους ιατρικό φάκελο αναφορικά με τη θεραπεία που τους παρασχέθηκε. Η χώρα τους θα διασφαλίσει ότι η ιατρική παρακολούθηση στη συνέχεια είναι της ίδιας ποιότητας ανεξάρτητα του τόπου στην ΕΕ όπου παρασχέθηκε η θεραπεία (ΕΛΙΑΜΕΠ, 2011).

Η παροχή ποιοτικής ιατρικής περίθαλψης είναι κοινή απαίτηση όλων των Ευρωπαίων και αποτελεί κεντρικό στόχο της δημόσιας υγείας. Παράλληλα, το καθοριστικό μερίδιο που καλύπτεται από τη δημόσια χρηματοδότηση προσδίδει μία δεύτερη διάσταση σε αυτή την απαίτηση για ποιότητα: πρόκειται για τον τρόπο με τον οποίο θα επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή σχέση μεταξύ οφέλους για την υγεία και δαπανών που συνεπάγονται τα προϊόντα και οι θεραπείες (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2001).

Το θέμα της ποιότητας είναι ιδιαίτερα περίπλοκο τόσο λόγω της πολυμορφίας των προτύπων παροχής της περίθαλψης όσο και λόγω της ανομοιογένειας των θεραπευτικών πρακτικών. Οι **πολιτικές βελτίωσης της ποιότητας** επιτρέπουν τη μείωση του κόστους και άρα την έλλειψη ποιότητας (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2001).

Οι εν λόγω κατάλληλες πολιτικές θα πρέπει να είναι διακριτές σε όλα τα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης και να περιλαμβάνουν μηχανισμούς διασφάλισης της ποιότητας των κύριων εισροών στο σύστημα (π.χ. φαρμακευτικά προϊόντα, τεχνολογία υγείας, επαγγελματίες υγείας). Σε νοσοκομειακό επίπεδο, οι πολιτικές αυτές περιλαμβάνουν μεθόδους ενίσχυσης των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της περίθαλψης (π.χ. δημιουργία και εφαρμογή κατευθυντήριων γραμμών, δείκτες ποιότητας, έρευνες σε ασθενείς) καθώς και συστημάτων διασφάλισης ποιότητας (Wismar et al., 2011).

Η εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής **ποιότητας** των παρεχόμενων στους πολίτες υπηρεσιών υγείας είναι αρμοδιότητα του κάθε κράτους-μέλους. Το **σύστημα**

υποβολής παραπόνων και επιστροφής εξόδων πρέπει να ρυθμίζονται και αυτά κεντρικά από την ΕΕ αποτελώντας μέρος του εσωτερικού δικαίου των κρατών-μελών.

Η **ασφάλεια των ασθενών** είναι ένα αναδυόμενο δικαίωμά τους. Θέτει συγκεκριμένα θέματα στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης. Οι ασθενείς θα πρέπει να εμπιστεύονται συνολικά τη δομή της υγειονομικής περίθαλψης ενώ θα πρέπει να προστατεύονται από βλάβη που προκαλείται από κακή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας ή ιατρικά λάθη. Τόσο η εθνική δέσμευση για την εξασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών και η ευρωπαϊκή υποστήριξη προς τις εθνικές προσπάθειες στο πεδίο αυτό θα είναι ζωτικής σημασίας προκειμένου να εξασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενών στην πράξη (Wismar et al., 2011).

Ειδικότερα, η **ασφάλεια** στην παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη, εάν ο ασθενής στέλνεται από το Εθνικό Σύστημα Υγειονομικής Ασφάλισης της χώρας του σε άλλο κράτος-μέλος για θεραπεία, αποτελεί αποκλειστική ευθύνη της αρμόδιας αρχής της χώρας όπου παρέχει την υπηρεσία. Έτσι, η αποζημίωση, σε περίπτωση ζημιάς για τυχόν **ιατρική αμέλεια** αν και ρυθμίζεται από τα διαφορετικά νομικά συστήματα που ισχύουν σε κάθε χώρα και μπορεί να αφορούν την ποινική ή αστική ευθύνη σε πολλές χώρες το θέμα είναι περίπλοκο και χρονοβόρο ενώ θα πρέπει να καλύπτεται από το Εθνικό Σύστημα Υγειονομικής Ασφάλισης της χώρας από όπου στάλθηκε ο ασθενής. Σε δεύτερη φάση, η απόδοση των δαπανών αποζημίωσης θα πρέπει να γίνονται από το Εθνικό Σύστημα Υγειονομικής Ασφάλισης της χώρας υποδοχής προς το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας που αποζημίωσε τον ασθενή. Οι ιατρικές ενώσεις της ΕΕ έχουν προτείνει ένα είδος αποζημίωσης που θα βασίζεται στο “no fault”, σύμφωνα με την οποία, σε σύντομο χρονικό διάστημα, ο ασθενής θα αποζημιώνεται για πιθανές επιπλοκές, ανεξάρτητα από το αν υπάρχει ή όχι ιατρική ευθύνη.

2.7. Οφέλη διασυνοριακών υπηρεσιών υγείας

Τα οφέλη των διασυνοριακών υπηρεσιών υγείας μπορεί να είναι **οικονομικά, πρόσβασης, ισότητας και ποιότητας** (Wismar et al., 2011).

Αναλυτικότερα, κατά την αξιολόγηση των επιπτώσεων πρέπει να αναλυθούν και οι **επιπτώσεις στο κόστος θεραπείας** και στις **παροχές περίθαλψης** λόγω της κινητικότητας των ασθενών καθώς η αύξηση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης στο

εξωτερικό δημιουργεί αύξηση στο κόστος θεραπείας. Σημαντική αύξηση στο κόστος προκαλεί και η δημιουργία ενός σαφώς καθορισμένου νομοθετικού καθώς κάθε σύστημα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να προσαρμοστεί στους νέους λεπτομερείς κανόνες (Wismar et al., 2011).

Τα νέα κράτη-μέλη αν και αντιμετωπίζουν μεγάλα προβλήματα υγείας έχουν λιγότερα **οικονομικά μέσα** για να τα αντιμετωπίσουν. Επομένως, τα συστήματα υγείας υφίστανται ιδιαίτερη πίεση εφόσον προσπαθούν όχι απλώς να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των πολιτών, αλλά παράλληλα να συμβάλουν στη γενική οικονομική ανάπτυξη και τη βιώσιμη ανάπτυξη των χωρών αυτών. Η συνεργασία σε ευρωπαϊκό επίπεδο μπορεί να αποφέρει ιδιαίτερα οφέλη στα συστήματα αυτά, σε συνδυασμό με την απόδοση υψηλής προτεραιότητας στις επενδύσεις στην υγεία και στις υγειονομικές υποδομές στα νέα κράτη μέλη (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Η **κινητικότητα των ασθενών** έχει **συνέπειες** για τις υπηρεσίες υγείας και την ιατρική περίθαλψη τόσο της χώρας στην οποία είναι ασφαλισμένος ο ασθενής όσο και της χώρας στην οποία παρέχεται η περίθαλψη. Εκτός από τις συνέπειες της κινητικότητας των ασθενών, τα συστήματα υγείας σε όλη την Ευρώπη αντιμετωπίζουν κοινές προκλήσεις στο πλαίσιο της προσαρμογής τους στις συνεχείς εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης, στη γήρανση του ευρωπαϊκού πληθυσμού και στην αύξηση των προσδοκιών του κοινού. Αν και τα συστήματα υγείας εμπίπτουν κυρίως στην αρμοδιότητα των κρατών μελών, η συνεργασία σε ευρωπαϊκό επίπεδο έχει μεγάλες δυνατότητες για την εξασφάλιση οφελών τόσο για τους ασθενείς όσο και για τα συστήματα υγείας συνολικά. Επομένως, είναι απαραίτητη μια **ευρωπαϊκή στρατηγική** που θα εξασφαλίσει ότι οι πολίτες θα μπορούν να ασκήσουν τα δικαιώματά τους να αναζητούν περίθαλψη σε άλλα κράτη-μέλη εάν επιθυμούν, και ότι η ευρωπαϊκή συνεργασία μπορεί να βοηθήσει τα συστήματα να συνεργάζονται για να αντιμετωπίσουν καλύτερα τις προκλήσεις (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Η δυνατότητα του ασθενή να λάβει υγειονομική περίθαλψη στο εξωτερικό τονώνει την **καινοτομία**, συμβάλει στον αποτελεσματικότερο σχεδιασμό και χρήση πόρων και στην καλύτερη συνολική ποιότητα περίθαλψης. Ωστόσο εντοπίστηκαν ορισμένα προβλήματα όπως η αβεβαιότητα που υπάρχει σχετικά με τη γενική εφαρμογή των δικαιωμάτων επιστροφής εξόδων για υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται σε άλλο κράτος-μέλος (SEC 2008, 2164).

Μέσω της διασυνοριακής φροντίδας υγείας και της συνεργασίας στο επίπεδο της υγείας βελτιώνεται η χρήση των πόρων σε ζητήματα καλύτερης κατανόησης των

δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων των ασθενών, η από κοινού χρήση της πλεονάζουσας δυναμικότητας μεταξύ συστημάτων και η διασυνοριακή περίθαλψη, η κινητικότητα των επαγγελματιών της υγείας, ο εντοπισμός και η δικτύωση των ευρωπαϊκών κέντρων αναφοράς, και ο συντονισμός της αξιολόγησης των νέων τεχνολογιών της υγείας. Καλύπτονται επίσης η βελτίωση της πληροφόρησης και των γνώσεων σχετικά με τα συστήματα υγείας για την παροχή μιας καλύτερης βάσης για τον εντοπισμό των βέλτιστων πρακτικών και τη διασφάλιση της καθολικής πρόσβασης σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, καθώς και η χρησιμοποίηση της ομάδας υψηλού επιπέδου για τις υπηρεσίες υγείας και την ιατρική περίθαλψη με σκοπό την παροχή βοήθειας στους αρμόδιους για τα συστήματα υγείας ώστε να συνεργάζονται σε ευρωπαϊκό επίπεδο (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Επιπλέον, η συνεργασία μεταξύ των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να προσφέρει οφέλη για τους ασθενείς και για καλύτερη λειτουργία των συστημάτων συνολικά, όπως για παράδειγμα στις μεθοριακές περιφέρειες ή εκεί όπου υπάρχει περιορισμένη δυναμικότητα. Υπάρχουν πολλά σχέδια και έχει αναπτυχθεί ένα ευρύ φάσμα λύσεων για τις πρακτικές δυσκολίες της διασυνοριακής συνεργασίας. Ωστόσο, επειδή τα σχέδια αυτά αναπτύχθηκαν με βάση τοπικές πρωτοβουλίες, υπάρχει περιορισμένη συγκέντρωση γνώσεων σε ευρωπαϊκό επίπεδο σχετικά με τα διδάγματα από αυτά (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Τέλος, αποτιμώντας τον αντίκτυπο της διασυνοριακής φροντίδας υγείας θα μπορούσαν να περιγραφούν κάποιες **δράσεις (σε επίπεδο Κοινότητας)** για τη **βελτίωση της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης**, ξεκινώντας από τη μη λήψη περαιτέρω μέτρων (βασικό σενάριο) έως την υιοθέτηση ενός λεπτομερούς νομικού πλαισίου για τη βελτίωση της νομικής ασφάλειας, της σαφήνειας και της διασυνοριακής συνεργασίας. Οι επιλογές αυτές αξιολογούνται και τα αποτελέσματα αποτελούν πολύτιμη συμβολή (SEC 2008, 2164).

Η πρώτη επιλογή θα ήταν να μη γίνει **τίποτε σε κοινοτικό επίπεδο**. Αυτό το σενάριο θα άφηνε όλες τις ευθύνες για τη δημιουργία σαφήνειας στα επιμέρους κράτη-μέλη. Σύμφωνα με τη δεύτερη επιλογή, η Επιτροπή θα παρέχει καθοδήγηση σχετικά με τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, αλλά δεν θα προτείνει συμπληρωματικά δεσμευτικά νομικά μέτρα. Η Επιτροπή καταλήγει σε μια ανακοίνωση με λεπτομερή ερμηνεία για την εφαρμογή των αποφάσεων του Δικαστηρίου, η οποία περιλαμβάνει συστάσεις σχετικά με πληροφορίες που επιτρέπουν συνειδητές επιλογές, αρχές και συστάσεις για την εξασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας στη διασυνοριακή

υγειονομική περίθαλψη. Προβλέπει επίσης ότι αυτή η λύση θα δημιουργήσει ένα μηχανισμό για να ωθήσει τα κράτη μέλη να συνεργαστούν για να ανταλλάξουν ιδέες και βέλτιστες πρακτικές στον τομέα της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, υποστηρίζοντας δραστηριότητες για την ανάπτυξη κοινών δεδομένων και δεικτών που χρησιμεύουν ως βάση για τη χάραξη πολιτικής σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας (SEC 2008, 2164).

Μία άλλη επιλογή θα σήμαινε, ενδεχομένως σε συνδυασμό με τις ήπιες ενέργειες τη **δημιουργία ενός γενικού νομικού πλαισίου** για τις υπηρεσίες υγείας, μέσω οδηγίας για τις υπηρεσίες υγείας. Αυτό θα παρέχει σαφήνεια σχετικά με τις αποζημιώσεις που πρέπει να επιστραφούν για υγειονομική περίθαλψη που παρασχέθηκε στο εξωτερικό. Γεγονός βέβαια είναι ότι τα κράτη-μέλη πρέπει να παρέχουν πληροφορίες στους πολίτες τους για τα δικαιώματά τους για υγειονομική περίθαλψη στο εξωτερικό (SEC 2008, 2164).

2.8. Πλαίσιο διασυνοριακής συνεργασίας

Το Βέλγιο είναι η χώρα που συμμετέχει στις περισσότερες διασυνοριακές συνεργασίες καθώς έχει συμφωνίες με την Ολλανδία και σε μικρότερο βαθμό με τη Γαλλία. Η Γερμανία έχει επίσης πολλές διασυνοριακές ρυθμίσεις -και λόγω της γεωγραφικής της θέσης με τις χώρες που συνορεύουν με αυτή (Busse et al., 2006).

Γενικότερα, είναι αναγκαία η αποτύπωση των υφιστάμενων κοινών αρχών και αξιών στα κράτη-μέλη στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, η εφαρμογή των οποίων προσδίδει μεγαλύτερη σαφήνεια σε θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας, χωρίς ωστόσο να θίγεται η αρμοδιότητα και ευελιξία των κρατών-μελών ως προς την οργάνωση των συστημάτων υγείας τους. Η συνεργασία έγκειται στην πληροφόρηση του ασθενή, στη συνεργασία για την ποιότητα και τους ποιοτικούς δείκτες, στην ανταλλαγή πληροφόρησης και τις στατιστικές όσον αφορά τις ροές των ασθενών και των επαγγελματιών και τη συνεργασία στη σύνταξη των διεθνών συμφωνιών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Ως προς τη χώρα καταγωγής πρέπει να εξασφαλίζεται ότι ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα θεραπείας θα μπορεί να έχει πρόσβαση στο γραπτό ή ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο του ασθενούς, σύμφωνα με τις οδηγίες περί προστασίας δεδομένων. Η

βελτιωμένη συνεργασία στις ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας μεταξύ κρατών-μελών εξασφαλίζει ότι τα εν λόγω δεδομένα θα είναι πλήρως ευανάγνωστα και κατανοητά. Έτσι, τα πληροφοριακά συστήματα υγείας θα μπορούν να «συνομιλούν μεταξύ τους», γεγονός ιδιαίτερα επωφελές όχι μόνο για την ασφάλεια των ασθενών αλλά και για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας (ΕΛΙΑΜΕΠ, 2011).

Είναι λοιπόν εμφανές ότι η χρήση των τεχνολογιών της πληροφορίας προσφέρει μεγάλες δυνατότητες στους ασθενείς, στους επαγγελματίες και στα συστήματα υγείας γενικά. Στα πλαίσια λοιπόν της προώθησης της πληροφορικής στα πλαίσια της υγείας εντάσσεται και η ηλεκτρονική υγεία, ιδίως μέσω του προγράμματος για τη δημόσια υγεία. Έτσι, **ζητήματα διαλειτουργικότητας και συμβατότητας** μεταξύ των συστημάτων πληροφόρησης για την υγεία έχουν ιδιαίτερη σημασία. Θεωρείται δε αναγκαία η θέσπιση ευρωπαϊκών αρχών σχετικά με την αρμοδιότητα και τις ευθύνες όλων όσοι εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Μέσω της διασύνδεσης των συστημάτων υγείας μία **συνταγή** που εκδίδεται σε άλλο κράτος μέλος της ΕΕ θα αναγνωρίζεται στην χώρα κατοικίας του ασθενούς και αντιστρόφως, εξασφαλίζοντας ότι η υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται σε άλλη χώρα της ΕΕ συνεχίζεται κατά τον ενδεδειγμένο τρόπο μετά την επιστροφή του ασθενούς στην πατρίδα του. Ο ασθενής δικαιούται να λάβει το συνταγογραφημένο φάρμακο εφόσον το υπόψη φάρμακο έχει λάβει έγκριση για πώληση και διατίθεται στη χώρα όπου επιθυμεί να προμηθευτεί το προϊόν (ΕΛΙΑΜΕΠ, 2011).

Η οδηγία 2000/31/EK15 για το ηλεκτρονικό εμπόριο συμβάλλει στην ασφάλεια δικαίου και στη σαφήνεια που είναι αναγκαίες ώστε οι πάροχοι υπηρεσιών της κοινωνίας της πληροφορίας να είναι σε θέση να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε όλη την Ένωση. Ασφαλώς, οι δραστηριότητες που δεν μπορούν να παρασχεθούν σε απευθείας σύνδεση, όπως ιατρικές συμβουλές που απαιτούν τη φυσική εξέταση του ασθενούς, δεν αποτελούν υπηρεσίες της κοινωνίας της πληροφορίας και εξακολουθούν να υπόκεινται στους κανόνες του κράτους μέλους όπου παρέχεται η υπηρεσία. Ωστόσο, οι απαιτήσεις για την προστασία της δημόσιας υγείας που προβλέπει η κοινοτική νομοθεσία εφαρμόζονται είτε οι υπόψη υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε απευθείας σύνδεση είτε εκτός σύνδεσης. Ομοίως, τα κράτη-μέλη μπορούν να αναλάβουν δράση προκειμένου να περιορίσουν την παροχή υπηρεσιών από άλλο κράτος μέλος όταν αυτό είναι αναγκαίο για την προστασία της δημόσιας υγείας, με την επιφύλαξη των προϋποθέσεων που ορίζονται στην οδηγία για το ηλεκτρονικό εμπόριο (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Η Επιτροπή αποφάσισε τη σύσταση «ομάδας υψηλού επιπέδου για τις υπηρεσίες υγείας και την ιατρική περίθαλψη», που βασίζεται στις ακόλουθες αρχές (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004):

- Στήριξη της ευρωπαϊκής συνεργασίας μεταξύ των κρατών-μελών σε θέματα υπηρεσιών υγείας και ιατρικής περίθαλψης, με σκοπό την παροχή βοήθειας στους ασθενείς για υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη με συμβολή στη βελτίωση των συστημάτων υγείας ως προς την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητά τους.
- Προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των κρατών-μελών και υλοποίηση των συστάσεων της διαδικασίας προβληματισμού μέσω δραστηριοτήτων όπως η ανάπτυξη καλύτερης κατανόησης των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων των ασθενών, η από κοινού χρήση της πλεονάζουσας δυναμικότητας μεταξύ συστημάτων και η διασυνοριακή περίθαλψη, ο εντοπισμός και η δικτύωση των ευρωπαϊκών κέντρων αναφοράς, και ο συντονισμός της αξιολόγησης των νέων τεχνολογιών της υγείας.
- Μέλη της είναι υψηλόβαθμοι εκπρόσωποι των κρατών-μελών (σε επίπεδο Γενικού Διευθυντή), και της Επιτροπής, με προσφυγή σε εξωτερικούς εμπειρογνώμονες ανάλογα με την ανάγκη.
- Υπάρχει στενή συνεργασία με άλλους φορείς σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο, ιδίως με την επιτροπή κοινωνικής προστασίας και την επιτροπή οικονομικής πολιτικής.
- Οι ενδιαφερόμενοι φορείς θα πρέπει να συμμετέχουν σε τακτική βάση, ιδίως μέσω του φόρουμ υγείας της ΕΕ. Οι εκπρόσωποι των περιφερειακών και τοπικών αρχών με αρμοδιότητες σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει επίσης να έχουν τη δυνατότητα να συμβάλουν, δεδομένου ότι, στα περισσότερα κράτη μέλη, η παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί αρμοδιότητα των περιφερειακών ή τοπικών αρχών.

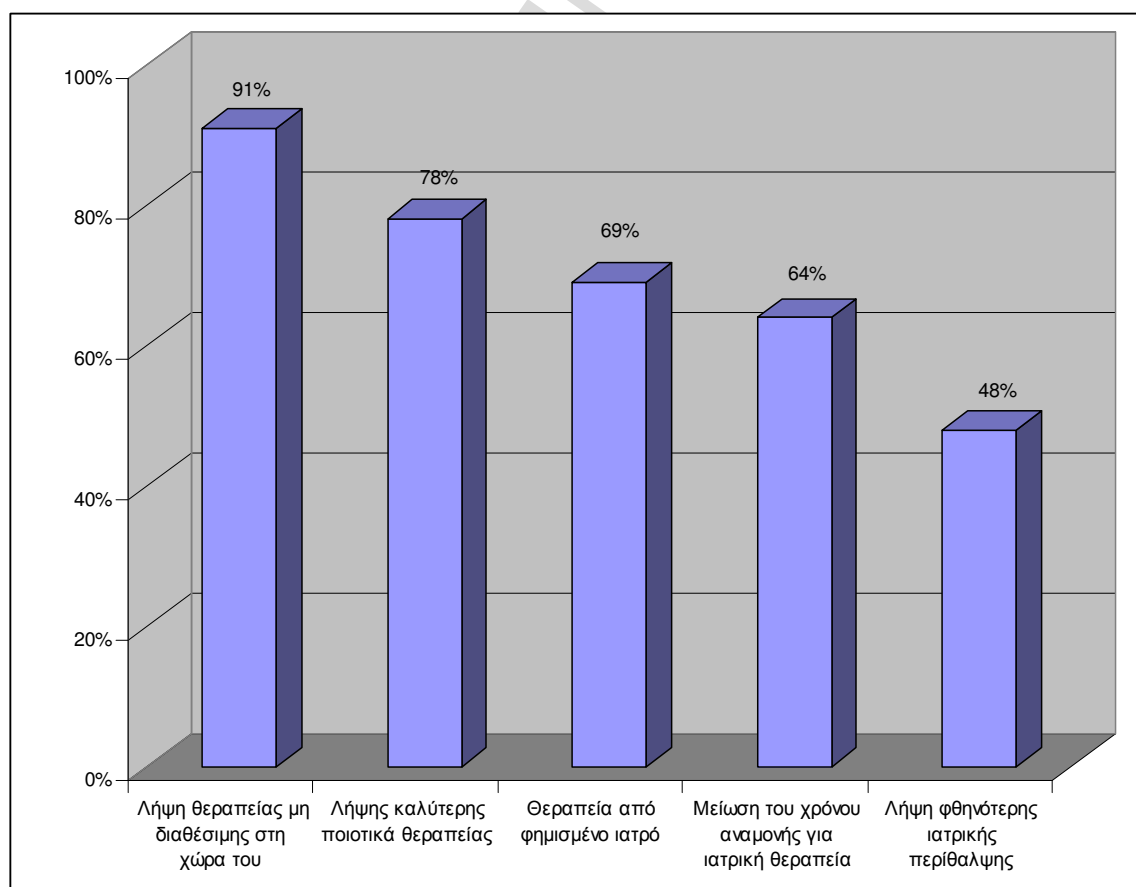
2.9. Στατιστικά

Ορισμένες χώρες και περιοχές υφίστανται υψηλές συγκεντρώσεις κινητικότητας των ασθενών και μπορεί να είναι σημαντικό σε ορισμένες περιπτώσεις ή για συγκεκριμένες ιατρικές καταστάσεις (Mossialos et al., 2010).

Η γήρανση του πληθυσμού, που προέρχεται από τα χαμηλά ποσοστά γεννήσεων και τη μεγαλύτερη διάρκεια ζωής, είναι πλέον μία παγιωμένη κατάσταση. Έως το 2060 υπολογίζεται ότι ο αριθμός των ατόμων στην ΕΕ ηλικίας άνω των 65 ετών θα αυξηθεί κατά 30% ενώ ο αριθμός των ατόμων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 80 αναμένεται να τριπλασιαστεί μέχρι το 2060 (4,5% του πληθυσμού το 2009, 12,1% του πληθυσμού 2060) (Eurostat, 2006).

Οι αλλαγές αυτές ίσως αυξήσουν τη ζήτηση για φροντίδα υγείας ενώ θα επιφέρουν μείωση του ενεργού πληθυσμού. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε αύξηση των δαπανών για φροντίδα υγείας κατά 1-2% του ΑΕΠ στα κράτη-μέλη μέχρι το 2060. Κατά μέσον όρο αυτό θα ισοδυναμούσε με αύξηση περίπου 25% στις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ. Ωστόσο, η Επιτροπή δείχνει ότι εάν οι άνθρωποι μπορούν να παραμένουν υγιείς καθώς μεγαλώνουν, η αύξηση των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη λόγω της γήρανσης θα μειωθεί στο μισό (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2007; Commission of the European Communities, 2008).

Διάγραμμα 1. Παράγοντες λήψης διασυννοριακής φροντίδας υγείας



Ως προς τη διασυνοριακή φροντίδα υγείας, σε έρευνα που διεξήχθη από το Ευρωβαρόμετρο το 2007, το ενδιαφέρον εστιάζεται σε εκείνους τους πολίτες που δηλώνουν διατεθειμένοι να μεταβούν σε άλλο κράτος-μέλος της ΕΕ για ιατρική περίθαλψη (53% του συνόλου των ερωτηθέντων στα 27 κράτη-μέλη). Ρωτήθηκαν για τους παράγοντες που θα μπορούσαν να αποτελέσουν κίνητρα για την απόκτηση υπηρεσιών υγείας εκτός της χώρας τους, στην ΕΕ. Αυτά είναι (διάγραμμα 1) (Eurobarometer, 2007):

- Λήψη θεραπείας μη διαθέσιμης στη χώρα του (91%).
- Λήψης καλύτερης ποιοτικά θεραπείας (78%).
- Θεραπεία από φημισμένο ιατρό (69%).
- Μείωση του χρόνου αναμονής για ιατρική θεραπεία (64%).
- Λήψη φθηνότερης ιατρικής περίθαλψης (48%).

Αν και τα διαθέσιμα δεδομένα για την έκταση της διασυνοριακής φροντίδας υγείας είναι εξαιρετικά ανομοιογενή, είναι κοινώς αποδεκτό ότι ο σημερινός όγκος της κινητικότητας των ασθενών είναι σχετικά χαμηλός, περίπου 1% των συνολικών δημόσιων δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη (European Commission, 2006; Van Ginneken & Busse, 2010).

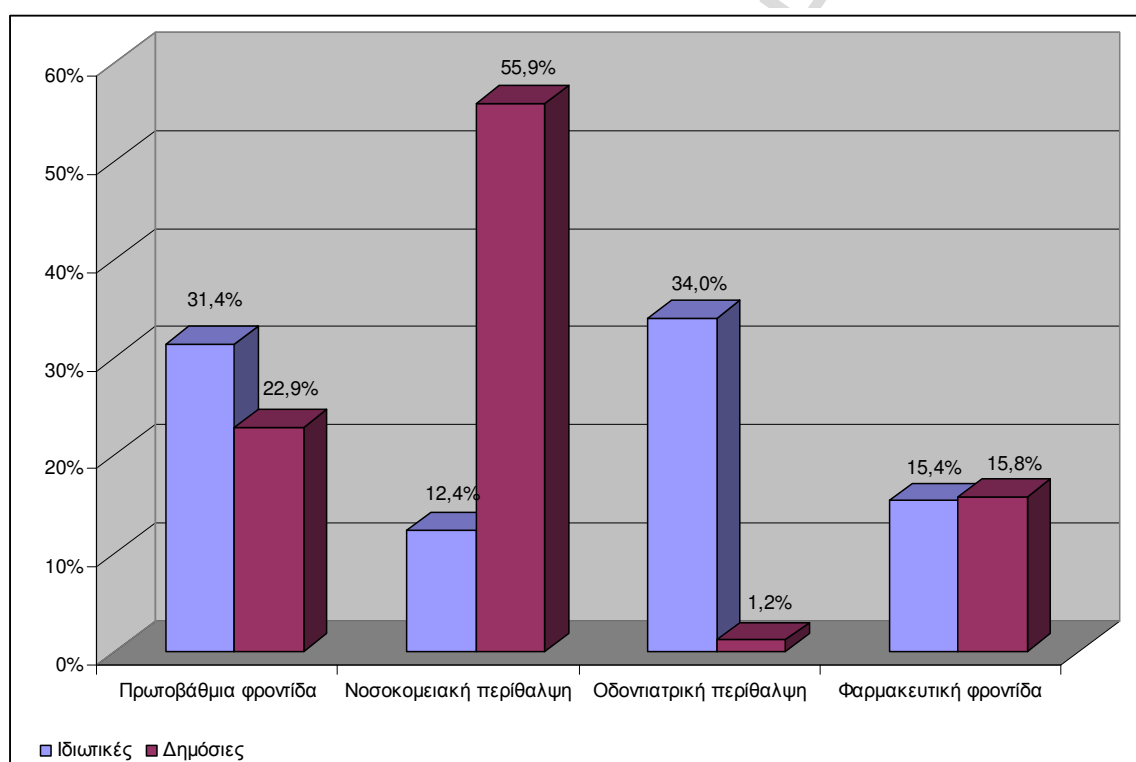
Γενικά, οι ασθενείς προτιμούν να λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη εντός της χώρας τους. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο η ζήτηση για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη αντιπροσωπεύει μόνο το 1% περίπου των δημοσίων δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη, που αντιστοιχεί περίπου σε 10 δισεκατομμύρια ευρώ. Η εκτίμηση αυτή περιλαμβάνει τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη που οι ασθενείς δεν είχαν εκ των προτέρων προγραμματίσει (όπως περίθαλψη έκτακτης ανάγκης). Αυτό σημαίνει λιγότερο από 1% της δαπάνης, ενώ η μετακίνηση των ασθενών είναι για προγραμματισμένη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, όπως οι επεμβάσεις ισχίου και γονάτου ή καταρράκτη (ΕΛΙΑΜΕΠ, 2011).

2.10. Κόστος χρηματοδότησης

Στην Ελλάδα, οι συνολικές δαπάνες υγείας έφτασαν το 9,6% του ΑΕΠ το 2007, ελαφρώς πάνω από το μέσο όρο του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ, Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD).

Οι ιδιωτικές δαπάνες αντιπροσωπεύουν το 39,7% των συνολικών δαπανών ενώ οι δημόσιες, από τη φορολογία και εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, αντιπροσωπεύουν το 29,1% και 31,2% των συνολικών δαπανών, αντίστοιχα. Αυτή η εξάρτηση από την ιδιωτική περίθαλψη είναι ένα χαρακτηριστικό που διαφοροποιεί το ελληνικό από πολλά άλλα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας. Οι δημόσιες δαπάνες για την πρωτοβάθμια φροντίδα είναι 22,9%, για τη νοσοκομειακή περίθαλψη 55,9%, για την οδοντιατρική περίθαλψη 1,2%, για τη φαρμακευτική φροντίδα 15,8%, ενώ η αντίστοιχοι αριθμοί για τις ιδιωτικές δαπάνες είναι 31,4%, 12,4%, 34,0% και 15,4% αντίστοιχα (Relakis & Μανιαδάκη, 2010).

Διάγραμμα 2. Δαπάνες υγείας



Αν και οι ευρωπαίοι πολίτες θεωρητικά είναι ελεύθεροι να αναζητήσουν την υγειονομική φροντίδα που επιθυμούν, από οποιοδήποτε διαθέσιμο πάροχο, πρακτικά η ελευθερία αυτή είναι περιορισμένη λόγω της ικανότητάς τους να πληρώσουν γι' αυτό ή λόγω των περιορισμών που θέτονται από τα δημόσια και ιδιωτικά συστήματα χρηματοδότησης της υγείας. Παραδοσιακά, οι χώρες περιορίζουν τις προβλεπόμενες από το νόμο καλύψεις της φροντίδας υγείας που παρέχονται στους πολίτες με παρόχους που βρίσκονται εντός της επικράτειας (Wisnar et al., 2011).

Η **οργάνωση και χρηματοδότηση** των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθεί να εμπίπτει στην αρμοδιότητα των κρατών-μελών τα οποία καλούνται να προσαρμόσουν τα πολύ διαφορετικά συστήματά τους στις κοινές προκλήσεις. Ωστόσο, αρκετές **Κοινοτικές πολιτικές** επηρεάζουν τα εθνικά συστήματα κοινωνικής προστασίας για την υγειονομική περίθαλψη και τη μακροχρόνια μέριμνα. Οι εθνικές πολιτικές οφείλουν να τηρούν τους κανόνες της εσωτερικής αγοράς, συμπεριλαμβανομένων των κανόνων περί ανταγωνισμού και των αρχών της ελεύθερης κυκλοφορίας των προσώπων, των αγαθών και των υπηρεσιών (Μηνακούλη και συν., 2005).

Κατά μέσο όρο κάθε χώρα της ΕΕ ξοδεύει λιγότερο από 3€ ανά ασθενή ή λιγότερο από 0,5% των δημοσίων δαπανών για διασυνοριακή φροντίδα ασθενών, σε σύνολο δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη ως μερίδιο του ΑΕΠ (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Οι έγκαιρες **επενδύσεις** στην υγεία μειώνουν το μεταγενέστερο κόστος για την οικονομία συνολικά. Η μελλοντική οικονομική ανάπτυξη και η βιώσιμη ανάπτυξη ολόκληρης της Ένωσης εξαρτώνται επομένως από τις επενδύσεις στην υγεία, επενδύσεις οι οποίες θα έχουν διπλή σημασία για τα νέα κράτη μέλη ώστε να μειώσουν το χάσμα με την υπόλοιπη Ένωση (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Η ΕΕ υποστηρίζει ήδη **επενδύσεις στην υγεία** στα σημερινά κράτη-μέλη, όταν η πτυχή αυτή καθορίζεται ως προτεραιότητα από τις οικείες χώρες και περιφέρειες, όπως για παράδειγμα (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004):

- στο επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία» στην Πορτογαλία, 475 εκατ. ευρώ επενδύονται με στόχο την προώθηση της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας, τη βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, και την ανάπτυξη εταιρικών σχέσεων στον τομέα της υγείας,
- στο πρόγραμμα «Ceuta» στην Ισπανία (συνολικός προϋπολογισμός 105,5 εκατ. ευρώ), ο άξονας «αστική και τοπική ανάπτυξη» παρέχει υποστήριξη για την τεχνολογική ανακαίνιση και την αναβάθμιση των κέντρων υγείας και των νοσοκομείων,
- στα περιφερειακά προγράμματα για την Ήπειρο και την ηπειρωτική Ελλάδα (συνολικός προϋπολογισμός 1,553 εκατ. ευρώ), τα προγράμματα για τις υποδομές και την αστική αναβάθμιση περιλαμβάνουν υποστήριξη για δραστηριότητες συναφείς με την υγεία.

Η υλοποίηση της σύστασης αυτής εξαρτάται επομένως από την απόφαση, εκ μέρους των οικείων περιφερειών και χωρών, να κατατάξουν τις **επενδύσεις στην υγεία** και στις υποδομές υγείας στους τομείς προτεραιότητας για ευρωπαϊκή ενίσχυση. Η Επιτροπή θα συνεργαστεί με τα κράτη μέλη μέσω της ομάδας υψηλού επιπέδου για τις υπηρεσίες υγείας και την ιατρική περίθαλψη, και μέσω των κατάλληλων δομών για τα οικεία χρηματοδοτικά μέσα, ώστε να διασφαλιστεί ότι παρέχεται η αναγκαία βαρύτητα στην υγεία κατά την ανάπτυξη των γενικών σχεδίων. Η ανάγκη για πρόσθετες ευρωπαϊκές επενδύσεις στις υγειονομικές υποδομές θα εξεταστεί επίσης στο πλαίσιο της ανάπτυξης των νέων δημοσιονομικών προοπτικών για την Ένωση από το 2006 (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Ως προς την επιστροφή των χρημάτων των ασθενών, είναι γεγονός ότι στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς δεν **πληρώνουν** άμεσα τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες, που καλύπτονται από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης ή την ασφάλεια υγείας. Στην περίπτωση δε, της διασυνοριακής φροντίδας και ενώ οι ασθενείς ζητούν ιατρική περίθαλψη σε χώρα της ΕΕ, διαφορετική από τη δική τους, τα **έξοδα** τους επιστρέφονται από το εθνικό ίδρυμα υγείας ή από την υγειονομική αρχή, εφόσον έχουν δικαίωμα σε ανάλογη περίθαλψη στη χώρα τους και έως το επίπεδο επιστροφής των εξόδων που προβλέπεται για την ίδια ή παρόμοια περίθαλψη στο εθνικό τους σύστημα υγείας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2008).

Οι διαφορές στο εύρος των παροχών που δίδονται στους πολίτες και τους κατοίκους από τα δημόσια συστήματα κάλυψης για την υγειονομική περίθαλψη (π.χ. διακοπή της κύησης) είναι μικρές. Σε γενικές γραμμές τα οφέλη εμπίπτουν σε μία από τις τρεις κατηγορίες (Busse et al, 2006):

- απροσδιόριστη, αλλά σε γενικές γραμμές πλήρης αποζημίωση
- καθορισμένη αποζημίωση σε γενικές κατηγορίες (νοσοκομειακή περίθαλψη, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη κλπ.)
- ρητές λίστες παροχών

Γενικά, υπάρχει τάση αύξησης της σαφήνειας ως προς τον καθορισμό των παροχών (ιδίως για όσα εξαιρούνται της κάλυψης), με πιθανές επιπτώσεις στην πρόσβαση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτό σχετίζεται με την εισαγωγή τεχνολογιών για τις πληρωμές που δείχνουν τις τιμές ύστερα από συγκεκριμένες διαδικασίες (Busse et al, 2006).

Συχνά, είναι δύσκολο να προσδιοριστούν τα δικαιώματα που ισχύουν σχετικά με τις **αποζημιώσεις** σε περιπτώσεις διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό επιβεβαιώθηκε από έρευνα του Ευρωβαρόμετρου, που έδειξε ότι το 30% των πολιτών της ΕΕ **δεν γνωρίζει τη** δυνατότητα να λάβει υγειονομική περίθαλψη εκτός της χώρας στην οποία είναι ασφαλισμένοι. Αυτή η αβεβαιότητα και η σύγχυση σχετικά με τη γενική εφαρμογή των δικαιωμάτων αποζημίωσης για υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται σε άλλα κράτη-μέλη είναι πιθανό να καταστήσει δυσκολότερο για τους ασθενείς να χρησιμοποιήσουν τα δικαιώματά τους στην πράξη, καθώς οι αρμόδιοι εμφανίζονται απρόθυμοι να εφαρμόσουν κανόνες και διαδικασίες που δεν είναι σαφώς καθορισμένες. Από την άλλη, αν οι ασθενείς, είναι δύσκολο να αμφισβητήσουν τις ερμηνείες που δίδονται ή τους κανόνες που εφαρμόζονται λόγω έλλειψης σαφήνειας σχετικά με τα δικαιώματά τους και πώς θα πρέπει να τα ασκήσουν (European Commission, 2008).

Ειδικότερα, ως προς την **επιστροφή ιατρικών εξόδων**, στους ασθενείς επιστρέφεται το ίδιο ποσό που θα τους επιστρεφόταν αν ελάμβαναν εντός της χώρας τους τον ίδιο τύπο υγειονομικής περίθαλψης. Τα κράτη-μέλη που παρέχουν δωρεάν υγειονομική φροντίδα θα πρέπει να ενημερώσουν τους ασθενείς σχετικά με τα ισχύοντα τιμολόγια επιστροφής δαπανών (ΕΛΙΑΜΕΠ, 2011; Hatzopoulos, 2008).

Επιπλέον, αν μια θεραπεία δεν είναι διαθέσιμη σε ένα κράτος-μέλος, οι εθνικές υγειονομικές αρχές δεν μπορούν να αρνηθούν έγκριση σε έναν ασθενή που αναζητά θεραπεία σε χώρα άλλη από κάποια της ΕΕ. Στους ασθενείς επιστρέφονται οι δαπάνες της εν λόγω θεραπείας, εφόσον αυτή περιλαμβάνεται στο εθνικό **«πακέτο ωφελημάτων υγείας»** τα οποία προσδιορίζονται είτε γενικά είτε μέσω πινάκων (όπως αναλυτικοί κωδικοί τιμολόγησης ιατρικών πράξεων) που χρησιμοποιούνται για το σκοπό της διασυνοριακής επιστροφής δαπανών (ΕΛΙΑΜΕΠ, 2011).

Ο ασθενής πληρώνει προκαταβολικά και, στη συνέχεια, του επιστρέφονται οι δαπάνες από την εθνική αρχή το συντομότερο δυνατόν. Προβλέπεται δε ότι τα κράτη-μέλη μπορούν εκ των προτέρων να επιβεβαιώσουν γραπτώς το ποσό των δαπανών που θα επιστραφεί, με βάση εκτίμηση που υποβάλλει ο ασθενής (ΕΛΙΑΜΕΠ, 2011).

Ειδικότερα, οποιαδήποτε εξωνοσοκομειακή περίθαλψη την οποία δικαιούνται οι πολίτες στο δικό τους κράτος-μέλος, μπορούν να την αναζητήσουν σε οποιοδήποτε άλλο κράτος-μέλος **χωρίς προηγούμενη έγκριση** και πρέπει να αποζημιωθούν μέχρι το επίπεδο της αποζημίωσης που θα τους παρείχε το δικό τους σύστημα. Για τη **νοσοκομειακή περίθαλψη**, την οποία δικαιούται ο ασθενής στο κράτος-μέλος του μπορεί να την αναζητήσει σε οποιοδήποτε άλλο κράτος-μέλος, υπό ορισμένες συνθήκες,

αν και το κράτος-μέλος μπορεί να απαιτήσει από τους ασθενείς προηγούμενη διοικητική έγκριση (σύστημα προέγκρισης) για την αποζημίωση των εξόδων νοσοκομειακής περίθαλψης που παρασχέθηκε σε άλλο κράτος-μέλος. Αυτό συμβαίνει κυρίως εάν τα κράτη-μέλη θεωρούν και μπορούν να αποδείξουν ότι η εκροή ασθενών έχει τέτοιο αντίκτυπο που σοβαρά υπονομεύει ή ενδέχεται να υπονομεύσει το σχεδιασμό και τον εξορθολογισμό που εφαρμόζονται στο νοσοκομειακό τομέα.. Επιπλέον, οι ασθενείς θα επωφελούνται από διαφανείς και ταχείες διαδικασίες, μεταξύ άλλων και για την **επιστροφή των δαπανών**, και θα έχουν το δικαίωμα να ζητούν την επανεξέταση κάθε διοικητικής απόφασης σχετικής με θέματα διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης (Commission of the European Communities, 2008; Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2008).

Τα τελευταία χρόνια, οι πολίτες έχουν φέρει μια σειρά από υποθέσεις στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο επιχειρώντας να διεκδικήσουν τα **δικαιώματα αποζημίωσης** για υγειονομική περίθαλψη που προσφέρθηκε σε άλλα κράτη-μέλη. Από το 1998, το Δικαστήριο με αποφάσεις του αποφάνθηκε επανειλημμένα ότι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να έχουν επιστροφή για υγειονομική περίθαλψη που παρασχέθηκε στο εξωτερικό όπως εάν τους είχε παρασχεθεί στη χώρα τους, αν και οι αρχές που ορίζονται σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόζονται γενικά (Commission of the European Communities, 2008).

ΠΑΝΕΠΙΣΤ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1. Ιστορική Αναδρομή

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα αποτελεί μέρος του κράτους πρόνοιας και έχει πορεία ανάπτυξης παράλληλη με την πορεία ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας.

Οι πρώτες προσπάθειες οργάνωσης της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα είναι εμφανείς από τα πρώτα χρόνια του νεοσύστατου Ελληνικού κράτους (1833).

Κατά το πρώτο μισό του 19^{ου} αιώνα το νοσολογικό πρότυπο του ελληνικού πληθυσμού χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση επιδημιών (πανώλης και χολέρας), η αντιμετώπιση των οποίων υπαγόρευσε αρχικά την ίδρυση υγειονομείων και λοιμοκαθαρητηρίων. Εν συνεχεία η εποπτεία της δημόσιας υγείας ανατέθηκε στο υπουργείο Εσωτερικών που προέβη στη λήψη ρυθμιστικών μέτρων αναλαμβάνοντας καθήκοντα «Υγειονομικής Αστυνομίας» και θεσπίζοντας, μεταξύ άλλων, το θεσμό του νομιάτρου και του επαρχιακού γιατρού. Κατά το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα θα ιδρυθούν αρκετά νοσοκομεία, κυρίως από τους δήμους που στηρίζονται στη χρηματοδοτική βοήθεια της ιδιωτικής πρωτοβουλίας.

Τη δεύτερη δεκαετία του 20^{ου} αιώνα ιδρύεται το Υπουργείο Περιθάλψεως και λαμβάνονται μέτρα ασφάλισης της υγείας και προστασίας στους χώρους εργασίας (Ν. 3934/1911). Τον Αύγουστο 1922, η κυβέρνηση Π. Πρωτοπαπαδάκη ψήφισε το νόμο 2882/1922 «περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου της Περιθάλψεως, μετονομαζομένου εις Υπουργείον Υγιεινής και Πρόνοιας», που αποτελεί ξεχωριστό υπουργείο για τη διαχείριση θεμάτων υγείας (Οικονόμου, 2004; Δαρδαβέσης, 2008).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1930, το επίπεδο κοινωνικής ασφάλισης εξακολουθεί να είναι ανεπαρκές με μικρό αριθμό ασφαλισμένων, πρόβλημα που διογκώνεται μετά την οικονομική κρίση του 1929. Στη συνέχεια με νομοθετική ρύθμιση του 1934 προβλέπεται η ίδρυση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) που εφαρμόστηκε τρία χρόνια αργότερα (1937) στηριζόμενο στις αρχές του κλασικού τύπου κοινωνικής ασφάλισης που επικρατούσε στην Κεντρική Ευρώπη. Το ίδιο έτος ψηφίζεται ο Α.Ν. 965/1937 «Περί οργάνωσης των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων» που θεωρείται ο βασικός νόμος της μετέπειτα νοσοκομειακής φροντίδας στην Ελλάδα (Οικονόμου, 2004).

Κατά τη μεταπολεμική περίοδο, γίνονται προσπάθειες ανόρθωσης της χώρας με περιορισμένες επενδύσεις στον τομέα της υγείας. Με το καινοτόμο για την εποχή Ν.Δ. 2592/1953 «Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως», που ψηφίστηκε ομόφωνα από του Βουλή, καθορίζεται η οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με στόχο την οικονομική και διοικητική αποκέντρωση του συστήματος υγείας.

Το 1983 ψηφίζεται ο Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΕΣΥ), ο οποίος αποτελεί τομή στην αναμόρφωση του συστήματος υγείας και βάση της σύγχρονης οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Βασική κατεύθυνση του ΕΣΥ ήταν η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, η άσκηση κοινωνικού ελέγχου και η ανάπτυξη ενιαίου πλαισίου λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο ενιαίου προγραμματισμού και ίσης κατανομής πόρων. Ειδικότερα το ΕΣΥ πρόβλεπε μετατροπή των νοσοκομείων σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), απαγόρευση ίδρυσης και επέκταση των ιδιωτικών κλινικών, διάκριση των νοσοκομείων σε περιφερειακά και νομαρχιακά με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση του νοσοκομειακού γιατρού ενώ παράλληλα δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) με τη δημιουργία Κέντρων Υγείας (ΚΥ). Σήμερα, μια σειρά νομοθετημάτων που θεσπίστηκαν τις δύο τελευταίες δεκαετίες καθορίζουν το νομικό πλαίσιο που ισχύει για τη Δημόσια Υγεία (Οικονόμου, 2004).

Ακολούθησαν μία σειρά από νόμους (Ν. 2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας, Ν. 2194/1994 για την αποκατάσταση του ΕΣΥ κ.λπ.) που είχαν χαρακτήρα διορθωτικών παρεμβάσεων, δεν οδήγησαν όμως σε ριζική αναμόρφωση του ΕΣΥ.

Το 2000 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας δημοσιοποίησε το σχέδιο μεταρρύθμισης του ΕΣΥ «Υγεία για τον Πολίτη» για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας της χώρας. Σκοπός ήταν η μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας, που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των Ελλήνων πολιτών. Σύμφωνα με το Σχέδιο προβλεπόταν η συγκρότηση Περιφερειακού Συστήματος Υγείας (Πε.Σ.Υ.), στο οποίο θα υπάγονταν όλες οι υγειονομικές μονάδες του ΕΣΥ της συγκεκριμένης περιφέρειας, ενώ παράλληλα περιελάμβανε σημαντικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της ΠΦΥ. Τέλος ο Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΠΥ) θα ήταν υπεύθυνος για τη συγκέντρωση και διαχείριση των πόρων υγείας των μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ κ.λπ.). Η μεταρρύθμιση είχε δετή χρονικό περιορισμό (έως το τέλος του 2006).

Γενικά, έως το 2001, το ΕΣΥ γνώρισε τέσσερις μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις: Ν. 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις», Ν. 2920/2001 «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας, Ν. 2955/2001 «Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας του ΠΕΣΥ» και Ν. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις». Βασικό χαρακτηριστικών των ανωτέρων μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων ήταν η αναντιστοιχία μεταξύ της θεσμικής τους έκφρασης, των δηλωμένων στόχων και της πραγματικής εφαρμογής τους, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι παρεμβάσεις ουσιαστικά απέτυχαν να πραγματοποιήσουν τους στόχους τους. Η εν λόγω αποτυχία θα μπορούσε ίσως να θεωρηθεί ότι είναι το αποτέλεσμα της σύνθετης και πολύπλοκης διαδικασίας των μεταρρυθμίσεων όπου εμπλέκονται παράγοντες όπως η πολιτική βούληση, η στράτευση σε ένα κοινό όραμα αλλά και τεχνικοί, διοικητικοί και θεσμικοί όροι (Οικονόμου, 2004).

Το 2011 με το Ν. 2456/2011 (έναρξη λειτουργίας 1/1/2012) συστάθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ένα νέο ΝΠΔΔ με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα. Ο ΕΟΠΥΥ προήλθε από τη συνένωση των Κλάδων Υγείας των παρακάτω ασφαλιστικών Ταμείων: ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ, Οίκος Ναύτου (1/4/2012), ΤΑΥΤΕΚΩ (1/5/2012). Οι ιατρικές υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ θα παρέχονται σε 4 τομείς: σε Κρατικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ, Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ, τέως Ιατρεία του ΙΚΑ, συμβεβλημένους ιατρούς, μη συμβεβλημένους ιατρούς με χρέωση του ασθενούς.

3.2. Οργάνωση του συστήματος υγείας

Στην Ελλάδα, η ΠΦΥ αναπτύχθηκε στα πλαίσια **τεσσάρων βασικών δομών**: του ΕΣΥ (μέσω των ΚΥ και των περιφερειακών ιατρών, των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και του ΕΚΑΒ), των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (μέσω των πολυϊατρείων, εργαστηρίων και διαγνωστικών κέντρων), της τοπικής αυτοδιοίκησης (μέσω των δημοτικών ιατρείων και των προνοιακών υπηρεσιών) και του ιδιωτικού τομέα (μέσω των ιδιωτικών γιατρών, συμβεβλημένων και μη, διαγνωστικών κέντρων και εξωτερικών ιατρείων ιδιωτικών κλινικών) (Οικονόμου, 2004).

Η ΠΦΥ διαμορφώνεται σύμφωνα με τις κοινωνικές αρχές και αξίες και το επιδημιολογικό πρότυπο που καθορίζουν οι υγειονομικές ανάγκες κάθε χρονική περίοδο,

όποτε κατά καιρούς μπορεί να έχει διαφορετικό περιεχόμενο. Παίζει σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση του συστήματος υγείας καθώς εκφράζει μια στρατηγική που προωθεί τη διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας δίνοντας έμφαση στις υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας, με αποκέντρωση και ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη.

Στη διακήρυξη της Διεθνούς Διάσκευσης για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (12/9/1978), εκφράστηκε η ανάγκη για ανάληψη άμεσης δράσης από όλες τις κυβερνήσεις, τους εργαζομένους σε υπηρεσίες υγείας και ανάπτυξης και την παγκόσμια κοινότητα, για την προστασία και προαγωγή της υγείας όλων των ανθρώπων. Ορίστηκε δε ότι η ΠΦΥ αποτελεί βασική υγειονομική μέριμνα που στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι προσβάσιμη από το σύνολο των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και τους παρέχεται σε διαδραστική μορφή και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί ανεξαρτήτως σταδίου ανάπτυξης και μέσα σε πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης. Η ΠΦΥ αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα τόσο του συστήματος υγείας μίας χώρας, του οποίου αποτελεί κεντρική λειτουργία και κύριο στόχο, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, φέρνοντας την υγειονομική φροντίδα όσο το δυνατόν κοντύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Με τον τρόπο αυτό συνιστά το πρώτο στάδιο μιας αλληλουχίας υπηρεσιών υγείας (WHO, 1978).

Ως προς τη νοσοκομειακή περίθαλψη, το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται νοσοκομειοκεντρικό. Ειδικότερα, η απουσία ρυθμιστικών κανόνων πρόσβασης και ελευθερίας του ασθενούς να απευθυνθεί σε οποιονδήποτε τύπο υπηρεσίας αλλά και η πολλαπλότητα φορέων που παρέχουν ταυτόχρονα πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας καθιστούν τη διαχωριστική γραμμή μεταξύ εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής φροντίδας ιδιαίτερα δυσδιάκριτη (Οικονόμου, 2004).

Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα δημόσια νοσοκομεία που λειτουργούν εκτός ΕΣΥ και τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές. Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές που διαθέτουν την κατάλληλη τεχνολογία και εξειδικευμένο προσωπικό.

Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος (ΕΣΥΕ) το 2009 λειτουργούσαν στη χώρα 313 θεραπευτήρια (εκτός των στρατιωτικών) με 54.704

κλίνες. Από αυτά τα 142 ήταν δημόσια νοσοκομεία (38.115 κλίνες), 5 (1.465) ήταν ιδιωτικά νοσοκομεία, 166 (15.124 κλίνες) ήταν ιδιωτικές κλινικές, 191 (1.004 κλίνες) ήταν ΚΥ (ΕΣΥΕ, 2009).

Παρά τη σημαντική πρόοδο που συντελέστηκε παρουσιάζονται προβλήματα στην οργάνωση και διοίκηση των νοσοκομείων, τόσο σε ανθρώπινο δυναμικό όσο και σε υλικοτεχνική υποδομή ενώ ταυτόχρονα τα ελλείμματα των νοσοκομείων οφείλονται στη μη ορθολογική οργάνωση και διαχείρισή τους.

3.3. Νοσηλεία στο εξωτερικό

Τα πιο σημαντικά ασφαλιστικά ταμεία στην Ελλάδα, που καλύπτουν την πλειονότητα του πληθυσμού, αποτελούν το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), τον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) και ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ). Οι εν λόγω φορείς παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω των δικών τους εγκαταστάσεων και των συμβεβλημένων γιατρών (Relakis & Μανιαδάκη, 2010). Από 1.1.2012 όλα τα ανωτέρω ασφαλιστικά ταμεία εντάχθηκαν στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) (ΦΕΚ 1233/2012).

3.3.1. Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ)

Το ΙΚΑ αναλαμβάνει ολόκληρη τη δαπάνη νοσηλείας που απαιτείται σε περίπτωση πάθησης η οποία δεν μπορεί να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί στην Ελλάδα, λόγω έλλειψης κατάλληλων επιστημονικών μέσων ή εξειδικευμένων γιατρών. Εκτός από τη δαπάνη νοσηλείας, καλύπτει επίσης τα εισιτήρια και ένα ποσοστό για έξοδα διαμονής και διατροφής του ασθενή και του συνοδού του. Δεν καταβάλλεται δαπάνη για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές του εξωτερικού εκτός αν τα περιστατικά αφορούν παιδιά ενώ ταυτόχρονα η νοσηλεία σε χώρα εκτός ΕΕ εγκρίνεται μόνο εφόσον το συγκεκριμένο περιστατικό δεν αντιμετωπίζεται σε χώρα της ΕΕ. Αυτό αιτιολογείται τόσο στη γνωμάτευση του ιατρού όσο και στη γνωμάτευση της Ειδικής Υγειονομικής Επιτροπής Εξωτερικού στην οποία θα πρέπει να αναφέρεται απαραίτητα και η χώρα και το συγκεκριμένο εξειδικευμένο νοσηλευτικό κέντρο όπου θα παρασχεθεί η νοσηλεία.

Το θεσμικό πλαίσιο σύμφωνα με το οποίο γίνεται η έγκριση συνίσταται στο άρθρο 3α Κανονισμού Νοσοκομειακής Περίθαλψης και στις διατάξεις της Φ7/οικ. 15/ 7-1-97 (ΦΕΚ 22/97 τ. Β.) Υπουργικής Απόφασης που εκδόθηκε κατ' εξουσιοδότηση του άρθρου 39 του Ν. 1759/88.

Για την ανάγκη νοσηλείας στο εξωτερικό γνωματεύει η Δευτεροβάθμια Ειδική Υγειονομική Επιτροπή Εξωτερικού του ΙΚΑ, έπειτα από γνώμη διευθυντή κλινικής θεραπευτηρίου του Ιδρύματος, με ειδικότητα σχετική με την πάθηση. Η τελική έγκριση γίνεται από το Διευθυντή του Περιφερειακού Υποκαταστήματος του τόπου κατοικίας του ασθενή.

Οι προϋποθέσεις είναι οι ασθενείς/δικαιούχοι να είναι οι άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένοι ή συνταξιούχοι.

Ως δικαιολογητικά κατατίθενται η αίτηση του ασφαλισμένου ή του συνταξιούχου και η γνωμάτευση γιατρού Δ/ντή κλινικής Κρατικής, Νοσοκομείου ή Πανεπιστημιακής κλινικής της αντίστοιχης με τη πάθηση ειδικότητας που να αναφέρει ότι η πάθηση του αιτούντα δεν αντιμετωπίζεται στην Ελλάδα.

Σε περίπτωση μεταμόσχευσης το ΙΚΑ αναλαμβάνει και τη δαπάνη νοσηλείας του δότη. Δεν καταβάλλεται δαπάνη για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές του εξωτερικού, εκτός από περιστατικά που αφορούν παιδιά (μέχρι 14 ετών). Η νοσηλεία σε χώρα εκτός ΕΕ εγκρίνεται μόνο εφόσον το συγκεκριμένο περιστατικό δεν αντιμετωπίζεται σε Ευρωπαϊκή χώρα.

3.3.2. Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ)

Για τη νοσηλεία των ασφαλισμένων του δημοσίου σε νοσοκομεία και κέντρα αποκατάστασης του εξωτερικού, ο ΟΠΑΔ, σύμφωνα με το άρθρο 8, δηλώνει ότι οι ασφαλισμένοι του δικαιούνται νοσηλείας στο εξωτερικό:

- Εάν η διάγνωση ή η θεραπεία σοβαρής νόσου δεν μπορεί να γίνει στην Ελλάδα λόγω έλλειψης των κατάλληλων επιστημονικών μέσων ή ιατρών που διαθέτουν την απαιτούμενη ειδίκευση και είναι γνωστό ότι η αντίστοιχη διάγνωση και θεραπεία γίνεται στο εξωτερικό και δεν αποτελεί πειραματική μέθοδο. Τα ανωτέρω πιστοποιούνται από γνωμάτευση διευθυντή της αρμόδιας κλινικής κρατικού ή πανεπιστημιακού νοσοκομείου της Ελλάδας και αντίστοιχη γνωμάτευση της

αρμόδιας ειδικής υγειονομικής επιτροπής Αθηνών ή Θεσσαλονίκης. Τη σχετική απόφαση εκδίδει ο Πρόεδρος ή ο Γενικός Διευθυντής του ΟΠΑΔ.

- Όταν υπηρετούν ή βρίσκονται σε εκπαιδευτική άδεια στο εξωτερικό. Σε περίπτωση νοσηλείας σε άλλη χώρα εκτός εκείνης στην οποία υπηρετούν, απαιτείται όμοια απόφαση και με τις ίδιες προϋποθέσεις με εκείνη της προηγούμενης περίπτωσης, στην οποία θα πρέπει να δικαιολογείται η νοσηλεία σε άλλη χώρα.
- Εφόσον διαμένουν μόνιμα στο εξωτερικό, καθώς όσοι διαμένουν μόνιμα σε χώρες της Ε.Ε. ασφαρίζονται υποχρεωτικά με τα κοινοτικά έντυπα ενώ όσοι διαμένουν σε χώρες εκτός Ε.Ε., τους αποδίδονται δαπάνες Ελλάδας.
- Σε περίπτωση που βρίσκονται προσωρινά και για οποιοδήποτε λόγο στο εξωτερικό και προσφερθούν σε αυτούς υγειονομικές υπηρεσίες λόγω βίαιου, αιφνίδιου και αναπότρεπτου συμβάντος. Η γενόμενη νοσηλεία αναγνωρίζεται εκ των υστέρων, ύστερα από γνωμάτευση της παραπάνω ειδικής υγειονομικής επιτροπής, στην οποία αιτιολογείται απαραίτητα η αναγκαιότητα της άμεσης και επιβεβλημένης νοσηλείας.

Εφόσον βρίσκονται στην ΕΕ θα πρέπει να έχουν την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας (ΕΚΑΑ). Σε περίπτωση μη χρήσης της, θα ακολουθείται η διαδικασία που προβλέπεται από τους κοινοτικούς κανονισμούς, δηλαδή κοστολόγηση δαπανών, από τον αρμόδιο φορέα της χώρας νοσηλείας και απόδοση της δαπάνης όπως θα ορίζεται από αυτόν. Δεν απαιτείται έγκριση της ειδικής υγειονομικής επιτροπής και για τα δικαιολογητικά που θα υποβάλλονται δεν απαιτείται θεώρηση από ελληνική αρχή ούτε και μετάφραση.

Δαπάνες νοσηλείας στο εξωτερικό θεωρούνται:

- Τα εισιτήρια μετάβασης και επιστροφής του ασθενούς και του συνοδού του, στην οικονομικότερη θέση του μεταφορικού μέσου που χρησιμοποιείται, μετά από γνωμάτευση της ειδικής υγειονομικής επιτροπής και προκειμένου για μεταμόσχευση και του δότη.
- Τα έξοδα διαμονής του ασθενούς και του τυχόν αναγκαίου συνοδού και δότη σε ξενοδοχείο τριών (3) αστέρων, για μεν τον ασθενή και δότη για το χρόνο που βρίσκονται εκτός νοσοκομείου, ενώ για το συνοδό για όλο το εγκριθέν διάστημα παραμονής του στο εξωτερικό. Ειδικά για τις περιπτώσεις μεταμοσχεύσεων χορηγούνται έξοδα διατροφής για το διάστημα που ο ασθενής και ο δότης βρίσκονται εκτός νοσοκομείου και για τον συνοδό όλο το εγκεκριμένο διάστημα ύψους τριάντα

ευρώ (30) ημερησίως. Τα δικαιολογητικά για την ανεύρεση δότη μυελού των οστών δε χρειάζονται θεώρηση από προξενική ή πρεσβευτική αρχή και εξοφλούνται άμεσα.

- Το νοσήλιο, οι ιατρικές αμοιβές, όλες οι απαραίτητες ιατρικές πράξεις, τα φάρμακα, οι εργαστηριακές εξετάσεις, οι φυσιοθεραπείες, κάθε πρόσθετο είδος που είναι απαραίτητο για την αντιμετώπιση της πάθησής του και την αποκατάστασή του, καθώς και οι δαπάνες που πραγματοποιήθηκαν εκτός νοσοκομείου για τη διάγνωση της πάθησης ή την ολοκλήρωση της θεραπείας, εφόσον κρίθηκαν απαραίτητες μετά από σύσταση του θεραπευτηρίου που νοσηλεύθηκε ο ασθενής.

Προκειμένου για μεταμόσχευση καταβάλλεται επιπλέον η δαπάνη για τυχόν νοσηλεία και του δότη.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, ύστερα από γνωμάτευση της ειδικής υγειονομικής επιτροπής, αναγνωρίζονται και οι παρακάτω δαπάνες:

- Η δαπάνη αμαξιδίου εντός του αεροσκάφους
- Η δαπάνη φορείου εντός αεροσκάφους.
- Η μεταφορά ασθενούς με ασθενοφόρο από και προς το νοσοκομείο.
- Η μεταφορά του ασθενούς με ειδικό αεροσκάφος.
- Δαπάνες συνοδού ιατρού.

Σε περίπτωση όπου κατά την επιστροφή απαιτείται ένα εκ των ανωτέρω, απαιτείται η γνωμάτευση του νοσηλευτικού ιδρύματος. Επίσης, αναγνωρίζονται σε βάρος του Οργανισμού δαπάνες ταρίχευσης και μεταφοράς της σωρού, σε περίπτωση θανάτου του ασφαλισμένου.

Για την παραπομπή του ασφαλισμένου στην ειδική υγειονομική επιτροπή προσκομίζεται στην αρμόδια υπηρεσία του ΟΠΑΔ το ατομικό βιβλιάριο νοσηλείας του και αιτιολογημένη γνωμάτευση από διευθυντή κρατικού ή πανεπιστημιακού νοσοκομείου της Ελλάδας ανάλογης ειδικότητας στην οποία θα αναφέρεται η πάθηση του ασθενούς, καθώς και ότι η θεραπεία δεν μπορεί να γίνει στην Ελλάδα.

Προκειμένου για μεταμόσχευση, μαζί με τα ανωτέρω δικαιολογητικά προσκομίζεται και η γνωμάτευση του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων.

Στις χώρες της ΕΕ η νοσηλεία εγκρίνεται για κρατικό νοσοκομείο, το οποίο να δέχεται το έντυπο E112. Σε περίπτωση που ο ασθενής νοσηλευτεί σε ιδιωτική πτέρυγα κρατικού νοσοκομείου, όπου το E112 δεν γίνεται αποδεκτό, θα πρέπει να προσκομίσει βεβαίωση του νοσοκομείου στην οποία θα αναφέρεται ότι η ιδιωτική πτέρυγα είναι ενταγμένη οργανικά στο νοσοκομείο και δε λειτουργεί αυτόνομα.

Παιδιά μέχρι την ηλικία των δεκατεσσάρων (14) ετών συμπληρωμένων μπορούν να νοσηλευτούν και σε ιδιωτικούς φορείς.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις όπου ο ασθενής χρειάζεται άμεση νοσηλεία, η οποία επιβεβαιώνεται από την Ειδική Υγειονομική Επιτροπή, μπορεί να παρασχεθεί νοσηλεία σε ιδιωτικούς φορείς που λειτουργούν σε χώρες της ΕΕ.

Τα ποσοστά συμμετοχής για τις δαπάνες νοσηλείας και περίθαλψης στις χώρες εκτός ΕΕ υπόκεινται στα ίδια ποσοστά που υπόκεινται οι αντίστοιχες δαπάνες στην Ελλάδα. Όσον αφορά τη νοσηλεία εκτός ΕΕ (π.χ. ΗΠΑ) και όπου δεν υπάρχουν κρατικά νοσοκομεία με την ελληνική έννοια του όρου, τα νοσοκομεία να είναι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ομοσπονδιακά χρηματοδοτούμενα ή πανεπιστημιακά.

Στην περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής μετέβη στο εξωτερικό για να υποβληθεί σε θεραπεία χωρίς να έχει την αντίστοιχη γνωμάτευση διευθυντή της αρμόδιας κλινικής κρατικού ή πανεπιστημιακού νοσοκομείου της Ελλάδας και χωρίς να έχει παραπεμφθεί στην υγειονομική επιτροπή τότε δύναται να αναγνωρισθεί εκ των υστέρων η νοσηλεία εφόσον γνωματεύσει θετικά η αντίστοιχη επιτροπή. Στην περίπτωση αυτή εγκρίνονται με απόφαση του Δ.Σ. δαπάνες νοσηλείας μέχρι του πενταπλάσιου των δαπανών οι οποίες θα προέκυπταν αν νοσηλεύονταν σε κρατικό νοσοκομείο στην Ελλάδα και σε καμιά περίπτωση δεν μπορούν να υπερβούν τις δαπάνες που έκανε ο ασφαλισμένος στο νοσοκομείο του εξωτερικού.

Για την αναγνώριση των δαπανών νοσηλείας στο εξωτερικό, απαιτούνται το πλήρες ιστορικό νοσηλείας στο νοσοκομείο και τα κατά περίπτωση στοιχεία και εξοφλητικές αποδείξεις, επικυρωμένα από το οικείο ελληνικό προξενείο και μεταφρασμένα στην ελληνική, εκτός από τις περιπτώσεις ανεύρεσης δότη.

3.3.3. Οργανισμός Απασχόλησης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ)

Για τον ΟΑΕΕ η νοσηλεία στο εξωτερικό επιτρέπεται σε εξαιρετικές περιπτώσεις για σοβαρότατα νοσήματα η διάγνωση και η θεραπεία των οποίων δεν μπορεί να γίνει στην Ελλάδα. Οι ασφαλισμένοι του δικαιούνται νοσηλείας στο εξωτερικό ύστερα από απόφαση του Διοικητή και έγκριση της ειδικής Υγειονομικής Επιτροπής εφόσον πληρούν τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εκάστοτε Υπουργικές αποφάσεις περί νοσηλείας στο εξωτερικό & υποβάλλουν τα απαραίτητα δικαιολογητικά.

Για οικονομική διευκόλυνση των ασθενών που πρόκειται να νοσηλευθούν στο εξωτερικό, δίδεται προκαταβολή.

Οι δαπάνες που αποδίδονται στον ασφαλισμένο για νοσηλεία στο εξωτερικό είναι:

- Δαπάνες νοσηλείας & εξωνοσοκομειακής περίθαλψης εξ' ολοκλήρου.
- Δαπάνες μετάβασης - επιστροφής του ασθενούς και του συνοδού, οι οποίες πρέπει να αποδεικνύονται με απόδειξη.
- Έξοδα παραμονής ασθενούς και συνοδού και έξοδα διατροφής. Οι ανωτέρω δαπάνες αποδίδονται σε οποιαδήποτε χώρα του εξωτερικού και αν πραγματοποιήθηκε η νοσηλεία.

Για την απόδοση της δαπάνης νοσηλίων στο εξωτερικό πρέπει να προσκομίζονται βεβαίωση θεραπευτηρίου που έλαβε χώρα η νοσηλεία στην οποία θα αναφέρεται η πάθηση, η διάρκεια της νοσηλείας και η δαπάνη που καταβλήθηκε, πρωτότυπα και αναλυτικά τιμολόγια και σχετικές εξοφλητικές αποδείξεις θεωρημένα από την αρμόδια προξενική αρχή και εισιτήρια μετάβασης και επιστροφής.

3.3.4. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)

Η νοσηλεία στο εξωτερικό των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ εγκρίνεται με δαπάνες του οικείου ταμείου ύστερα από έγκριση των Ειδικών Υγειονομικών Επιτροπών Εξωτερικού (Ε.Υ.Ε.Ε.) και εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις που ορίζονται από τις εκάστοτε υπουργικές αποφάσεις περί νοσηλείας στο εξωτερικό, στις ακόλουθες περιπτώσεις (ΦΕΚ 2456, 2011):

- Αν ο ασφαλισμένος πάσχει από σοβαρό νόσημα, το οποίο δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στην Ελλάδα, είτε γιατί δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα είτε γιατί δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης της θεραπείας που απαιτείται.
- Αν ο ασφαλισμένος πάσχει από σοβαρό νόσημα το οποίο δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί έγκαιρα στην Ελλάδα και η τυχόν καθυστέρηση της αντιμετώπισης του θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του. Προκειμένου να γνωματεύσουν οι ειδικές υγειονομικές επιτροπές στις ανωτέρω περιπτώσεις απαιτείται η προσκόμιση από τον ενδιαφερόμενο της γνωμάτευσης γιατρού Διευθυντή κλινικής κρατικού νοσοκομείου ή Πανεπιστημιακής κλινικής ή στρατιωτικού νοσοκομείου ή ιδιωτικής κλινικής της αντίστοιχης με την πάθηση ειδικότητας ή των νομίμων αναπληρωτών τους, στην

οποία θα πρέπει να περιγράφεται με λεπτομέρεια το είδος της πάθησης ή της βλάβης και το ανέφικτο της αντιμετώπισής της στην Ελλάδα.

- Αν ο ασθενής αναχωρήσει επείγοντως για το εξωτερικό χωρίς την προβλεπόμενη προέγκριση του ασφαλιστικού φορέα, επειδή υπάρχει ανάγκη άμεσης αντιμετώπισης της περίπτωσης. Για την περίπτωση αυτή απαιτείται γνωμάτευση γιατρού διευθυντή κλινικής κρατικού νοσοκομείου ή Πανεπιστημιακής κλινικής ή στρατιωτικού νοσοκομείου ή ιδιωτικής κλινικής της αντίστοιχης με την πάθηση ειδικότητας με την οποία να πιστοποιείται με λεπτομέρεια η σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς και να επισημαίνεται η αδυναμία αντιμετώπισής του στην Ελλάδα και ότι η καθυστέρηση μετάβασης στο εξωτερικό εγκυμονεί κινδύνους για τη ζωή του ασφαλισμένου.
- Αν ο ασφαλισμένος που βρίσκεται προσωρινά για οποιονδήποτε λόγο σε χώρα του εξωτερικού, ασθενήσει ξαφνικά και νοσηλευτεί σε θεραπευτήριο. Για την περίπτωση αυτή απαιτείται ο ασφαλισμένος να υποβάλει γνωμάτευση νοσηλευτικού κέντρου του εξωτερικού στην οποία να περιγράφεται λεπτομερώς η πάθηση και η αναγκαιότητα της άμεσης και επιβεβλημένης νοσηλείας.

Σε χώρες της Ε.Ε. η νοσηλεία του ασθενούς και, προκειμένου για μεταμόσχευση, του δότη εγκρίνεται για δημόσιο νοσοκομείο ή φορείς ενταγμένους στο σύστημα με βάση τα κοινοτικά έντυπα. Σε χώρες εκτός Ε.Ε. ο οικείος ασφαλιστικός φορέας καταβάλλει τα ισχύοντα στην Ελλάδα με βάση το κρατικό τιμολόγιο, ύστερα από γνωμάτευση της αρμόδιας υγειονομικής επιτροπής (ΦΕΚ 2456, 2011).

Η νοσηλεία σε χώρα εκτός Ευρώπης εγκρίνεται μόνο στην περίπτωση που το συγκεκριμένο περιστατικό δεν αντιμετωπίζεται σε Ευρωπαϊκή χώρα. Στην περίπτωση αυτή η αναγκαιότητα της νοσηλείας πρέπει να αιτιολογείται σαφώς τόσο στη γνωμάτευση του γιατρού, όσο και στη γνωμάτευση της Ε.Υ.Ε.Ε. (ΦΕΚ 2456, 2011).

Εάν το περιστατικό αντιμετωπίζεται μεν σε χώρα της Ευρώπης αλλά ο ασφαλισμένος επιθυμεί να νοσηλευτεί σε άλλη μη Ευρωπαϊκή χώρα, τότε οι ασφαλιστικοί οργανισμοί βαρύνονται μόνο με το 30% των δαπανών νοσηλείας, των εξόδων ταξιδιού και διαμονής (ΦΕΚ 2456, 2011).

Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται οι διατάξεις των σχετικών υπουργικών αποφάσεων όπως ισχύουν κάθε φορά (ΦΕΚ 2456, 2011).

Επίσης, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί αναλαμβάνουν και τις παρακάτω δαπάνες (ΦΕΚ 2456, 2011):

- το αντίτιμο των εισιτηρίων μετάβασης και επιστροφής του ασθενή, του τυχόν αναγκαίου συνοδού του και, προκειμένου για μεταμόσχευση, του δότη, της οικονομικότερης θέσης του μεταφορικού μέσου που χρησιμοποιείται.
- Για έξοδα διαμονής και διατροφής του ασθενή, του τυχόν αναγκαίου συνοδού και του τυχόν δότη, ο φορέας καταβάλλει το ποσό των ενενήντα (90) € ημερησίως.

Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου των ασφαλιστικών οργανισμών προκαταβάλλεται μέρος των δαπανών για νοσηλεία, για όσες μέρες ορίζει η απόφαση της αρμόδιας Υγειονομικής Επιτροπής. Η προκαταβολή αυτή χορηγείται με προσκόμιση βεβαίωσης ή προτιμολογίου του νοσοκομείου όπου αναλύονται οι δαπάνες νοσηλείας κατά πρόβλεψη (ΦΕΚ 2456, 2011).

Σε περίπτωση θανάτου ασφαλισμένου στο εξωτερικό, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί αναλαμβάνουν τις δαπάνες ταρίχευσης, φέρετρου και μεταφοράς της σορού του αποβιώσαντος μέχρι του τόπου ενταφιασμού του στην Ελλάδα. Το ύψος του ποσού στην περίπτωση αυτή καθορίζεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Φορέα (ΦΕΚ 2456, 2011).

3.4. Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας

Στην Ελλάδα, η ζήτηση για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη ρυθμίζεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Επιπλέον, η Ελλάδα είναι μέλος της ΕΕ και, κατά συνέπεια, οι Έλληνες πολίτες έχουν δικαίωμα στην περίθαλψη, σύμφωνα με τους κανονισμούς 1408/71 και 574/72. Βασική προϋπόθεση ανάληψης των παροχών αποτελεί συμπλήρωση **συγκεκριμένων εντύπων (έντυπα Ε)** με αριθμητική διάκριση ανάλογα με την περίπτωση. Ο αριθμός των εντύπων ανέρχεται σε 31 (E103 έως E128B). Οι κύριες κατηγορίες ρυθμίσεων που προβλέπονται στους ανωτέρω κανονισμούς αφορούν την προέγκριση της φροντίδας από τον ασφαλιστικό φορέα, σύμφωνα με το E112 αλλά και φροντίδα έκτακτης ανάγκης κατά τη διάρκεια σύντομης παραμονής στο εξωτερικό, σύμφωνα με το διαδικασία E111 (Οικονόμου, 2004).

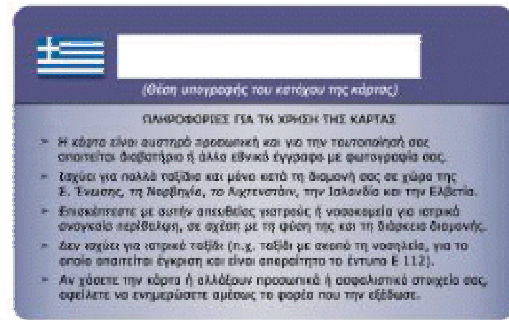
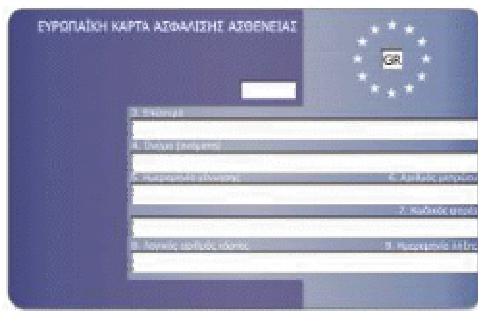
Η πληθώρα των εντύπων οδήγησε στην εμφάνιση γραφειοκρατικών στρεβλώσεων κατά τη διαδικασία απόκτησης και χρήσης των εντύπων αυτών ενώ πολλές φορές οι πολίτες αγνοούσαν την ύπαρξή τους. Έτσι, μετά την 1^η Ιουνίου 2004, το δικαίωμα που καλυπτόταν από τον κανονισμού 1408/71 αποδεικνύεται πλέον με τη χρήση της

Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας (ΕΚΑΑ) (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2003) που αντικατέστησε τα ισχύοντα έντυπα, και ιδίως το έντυπο E111 (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004). Σκοπός της κάρτας είναι η σταδιακή αντικατάσταση όλων των εντύπων που χρησιμοποιούνται για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε άλλο κράτος-μέλος και η απλούστευση των διαδικασιών, διατηρώντας ταυτόχρονα όλα τα υφιστάμενα δικαιώματα και υποχρεώσεις (Οικονόμου, 2004).

Κατά τη μετακίνηση των Ευρωπαίων πολιτών εντός της ΕΕ παρέχεται, με βάση τους κοινοτικούς κανονισμούς, η δυνατότητα πρόσβασής τους σε υπηρεσίες αναγκαίας περίθαλψης στο κράτος υποδοχής, εφόσον έχουν θεμελιώσει το αντίστοιχο δικαίωμα στο κράτος της μόνιμης διαμονής τους. Έτσι, όλοι οι κοινοτικοί υπήκοοι και συγκεκριμένα κάποιος Έλληνας πολίτης που έχει άμεση ανάγκη από θεραπεία απροσδόκητα ενώ ταξιδεύει σε κράτος-μέλος της ΕΕ προσκομίζει την ΕΚΑΑ και καλύπτεται για την απαιτούμενη ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη ενώ εξασφαλίζεται ότι το κόστος της θεραπείας θα καλυφθεί. Δικαιούχοι αυτής είναι μόνο οι κάτοχοι βιβλιαρίου ασφαλιστικού φορέα. Οι κάτοχοι της ΕΚΑΑ έχουν απευθείας πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στο κράτος υποδοχής και ο ασφαλιστικός φορέας του τόπου διαμονής του κατόχου της κάρτας καταβάλλει τη δαπάνη νοσηλείας στο κράτος υποδοχής. Αρμόδια αρχή για την παρακολούθηση της υλοποίησης της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας στην Ελλάδα είναι το ΙΚΑ, αρχή η οποία διαθέτει και τα σχετικά στοιχεία που αναφέρονται στον αριθμό των Ευρωπαίων πολιτών που εξυπηρετούνται, το κόστος νοσηλείας αυτών, καθώς και τυχόν νομικές διευκρινίσεις που απαιτούνται.

Αντίθετα, στην περίπτωση προγραμματισμένης νοσοκομειακής περίθαλψης, χρειάζεται εκ των προτέρων έγκριση από τον οργανισμό ασφάλισης για τις δαπάνες που πρέπει να καλυφθούν. Η έγκριση δεν είναι δυνατόν να μη δοθεί όταν η θεραπεία που απαιτείται από τον ασθενή αποτελεί μέρος του πακέτου της υγειονομικής περίθαλψης που καλύπτεται από τον ασφαλιστικό οργανισμό αλλά και όταν η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί στην Ελλάδα, εντός της αναγκαίας προθεσμίας λόγω της κατάστασης της υγείας του ασθενή και της πιθανή πορεία της νόσου (Οικονόμου, 2010).

Επιπλέον, η **διασυνοριακή κινητικότητα** που αφορά την υγειονομική περίθαλψη, κυρίως **επισκεπτών βραχείας διάρκειας** και Ευρωπαίων πολιτών, που εγκαταστάθηκαν στην Ελλάδα και λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη πρέπει να είναι επί ίσοις όροις με τους Έλληνες πολίτες και για λογαριασμό της χώρας που είναι ασφαλισμένοι.



Η Κάρτα είναι ατομική και εκδίδεται στο όνομα του κατόχου. Στην κάρτα αναγράφονται το ονοματεπώνυμο του κατόχου της Κάρτας, ο αριθμός μητρώου του ή εάν ο αριθμός αυτός δεν υπάρχει, του ασφαλισμένου, από τον οποίο έλκονται τα δικαιώματα του κατόχου της Κάρτας, η ημερομηνία γέννησής του, η ημερομηνία λήξης της Κάρτας, ο κωδικός ISO του κράτους-μέλους έκδοσης της Κάρτας, ο κωδικός αριθμός του αρμόδιου φορέα και το ακρωνύμιό του και ο λογικός αριθμός της Κάρτας (Εγκύκλιος, Α.Π. 12854/897/Φ600000/25.05.2004).

Οι πληροφορίες που αναγράφονται είναι το επίθετο και το όνομα του κατόχου, η ημερομηνία γέννησης και ο προσωπικός αριθμός αναγνώρισης. Η κάρτα δεν περιλαμβάνει ιατρικά δεδομένα αν και ίσως θα έπρεπε να υπάρχει σύνδεσή της με ένα «σύγχρονο σύστημα φακέλου ασθενούς». Περιέχει τις ίδιες πληροφορίες σε όλες τις χώρες όπου εκδίδεται. Η διάρκεια ισχύος της κάρτας ποικίλει από χώρα σε χώρα. Αναλυτικότερα, η ΕΚΑΑ είναι ίδια σε όλα τα κράτη μέλη, και αποδεικνύει ότι ο κάτοχος έχει δημόσια ασφάλιση. Η κάρτα επιτρέπει στους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης σε όλα τα κράτη-μέλη να εντοπίσουν τον κάτοχο της κάρτας. Ο ασφαλισμένος μπορεί να επωφεληθεί από μια απλουστευμένη διαδικασία για τη λήψη ιατρικής βοήθειας. Ωστόσο, η ΕΚΑΑ μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο σε δημόσια ιδρύματα και δεν είναι για τους μη συμβεβλημένους (συχνά ιδιωτικούς) παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει εμπόδιο στην πρόσβαση των ασθενών όταν προκύψει άμεση ανάγκη και βρίσκονται στο εξωτερικό, δεδομένου ότι μπορεί να είναι δύσκολο να γίνει διάκριση μεταξύ των συμβεβλημένων και μη συμβεβλημένων παρόχων υγείας κυρίως λόγω των προβλημάτων που σχετίζονται με τη γλώσσα και της προβολής των συμβεβλημένων παρόχων υγείας (Wismar et al., 2011).

3.5. Στατιστικά στοιχεία

Σύμφωνα με έρευνες, δεν είναι διαθέσιμα συνολικά στοιχεία που να αναφέρονται στη διασυνοριακή νοσηλεία υπηκόων των κρατών-μελών της ΕΕ στην Ελλάδα. Έτσι καθίσταται δυσχερής η διερεύνηση της διασυνοριακής φροντίδας υγείας και ο υπολογισμός των ασθενών που αναζητούν υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα (Κυριόπουλος & Γείτονα, 1995; Οικονόμου, 2004).

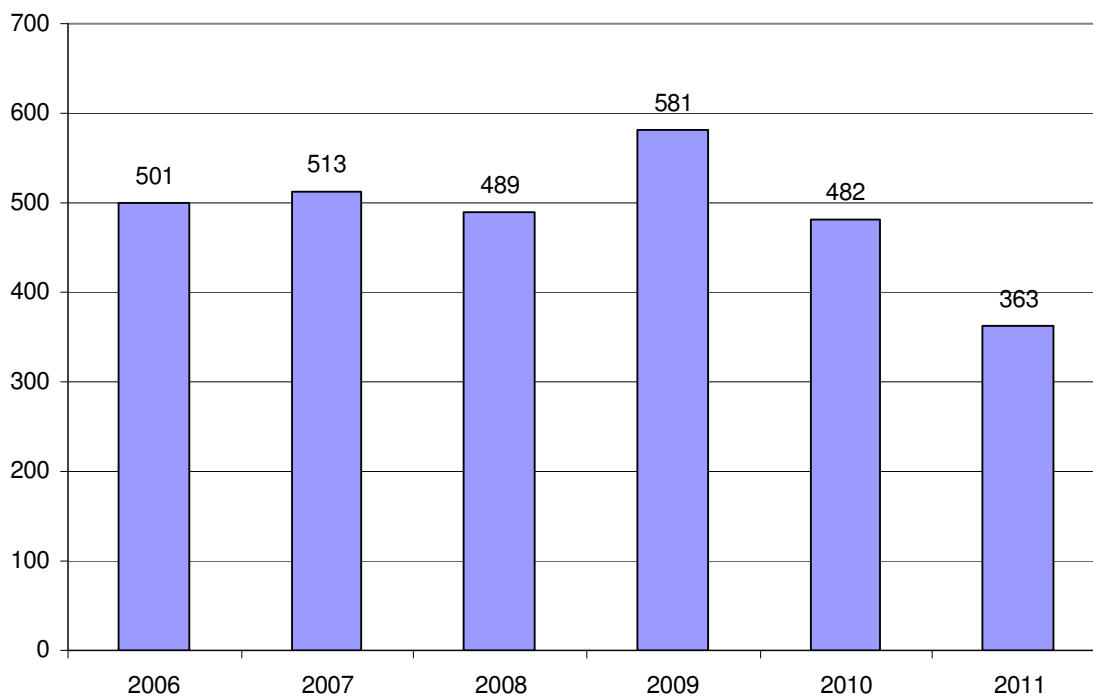
Ως προς τη ροή των Ελλήνων ασθενών προς την ΕΕ, η Διοίκηση του ΟΠΑΔ παρατήρησε πως μεγάλη μερίδα ασφαλισμένων έβρισκε ιδιαίτερα «ελκυστική» την ιδέα μετάβασής τους για νοσηλεία σε ιδιωτικά ιδρύματα του εξωτερικού, καθώς δεν προκαλούσε καμία δαπάνη στους ίδιους τους ασφαλισμένους. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα, η επιλογή αυτή ήταν προτιμότερη από την αντίστοιχη ενός δημόσιου κέντρου του εξωτερικού ή ενός ιδιωτικού κέντρου της Ελλάδας, καθώς εάν το τελευταίο δεν ήταν συμβεβλημένο με τον ΟΠΑΔ, ο ασφαλισμένος επιβαρυνόταν με μεγάλα ποσά, αν και η συνολική δαπάνη ήταν σαφώς μικρότερη από αυτή του κέντρου του εξωτερικού (Σουλιώτης, 2011).

Έτσι, η Διοίκηση του ΟΠΑ πρότεινε την αλλαγή του εν λόγω άρθρου του Κανονισμού Παροχών προκειμένου κάθε ασφαλισμένος που νοσηλεύεται σε ιδιωτικό ίδρυμα του εξωτερικού, το οποίο δεν αποδέχεται το ευρωπαϊκό τιμολόγιο E112, να επιβαρύνεται σε ποσοστό 20% επί της συνολικής δαπάνης (για τα παιδιά έως 14 ετών το αντίστοιχο ποσοστό είναι 10%) (Σουλιώτης, 2011).

Έτσι, τόσο ο αριθμός των ασφαλισμένων που μετέβησαν στο εξωτερικό για νοσηλεία όσο και οι σχετικές δαπάνες μειώθηκαν σταδιακά. Ο αριθμός των περιπτώσεων μειώθηκε κατά 24,7% το 2011 ενώ η σχετική δαπάνη το ίδιο έτος κατά 68,7% (διάγραμμα 3, διάγραμμα 4).

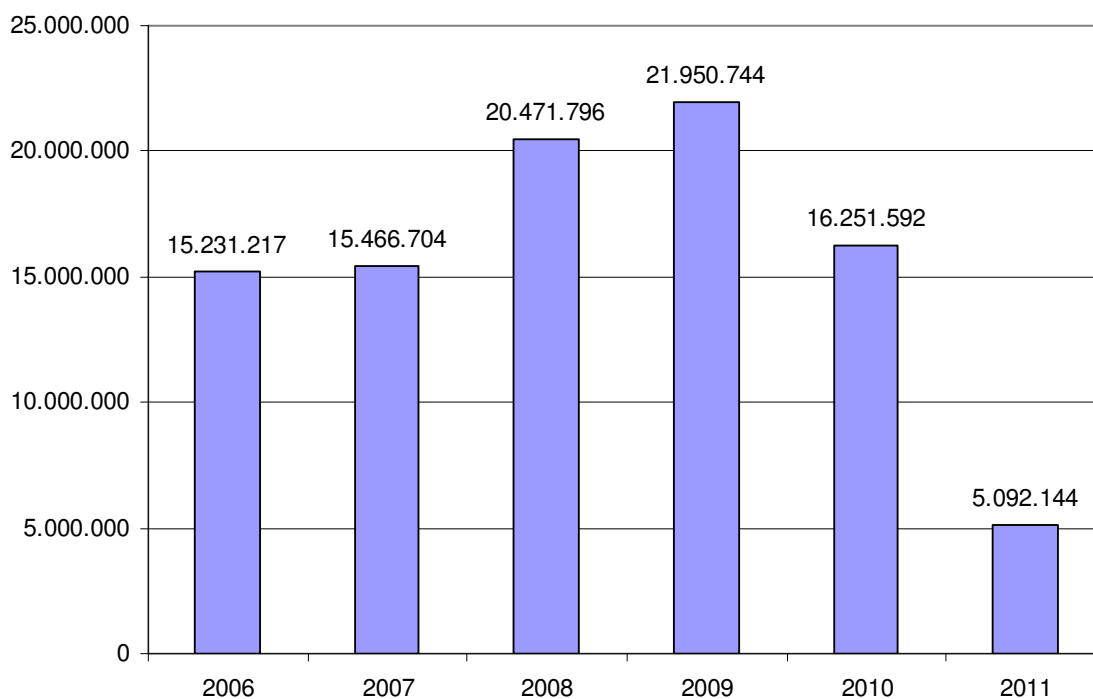
Προκειμένου δε να υπάρξει διαρκής αξιολόγηση της σκοπιμότητας μετάβασης, τυχόν εναλλακτικές επιλογές κ.λπ., υιοθετήθηκε ένα δυναμικό σύστημα παρακολούθησης των νοσηλίων (διάγραμμα 5). Στο διάγραμμα 5 παρατηρείται ότι οι περισσότερες περιπτώσεις ασφαλισμένων του ΟΠΑΔ, που μετέβησαν στο εξωτερικό για νοσηλεία, επισκέφτηκαν τη Γερμανία ενώ ακολουθεί η Αγγλία και έπονται οι ΗΠΑ και άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Γαλλία, Ελβετία, Βέλγιο, Ιταλία, Ολλανδία).

Διάγραμμα 3. Ασφαλισμένοι ΟΠΑΔ που μετέβησαν στο εξωτερικό για νοσηλεία (2006-2011)



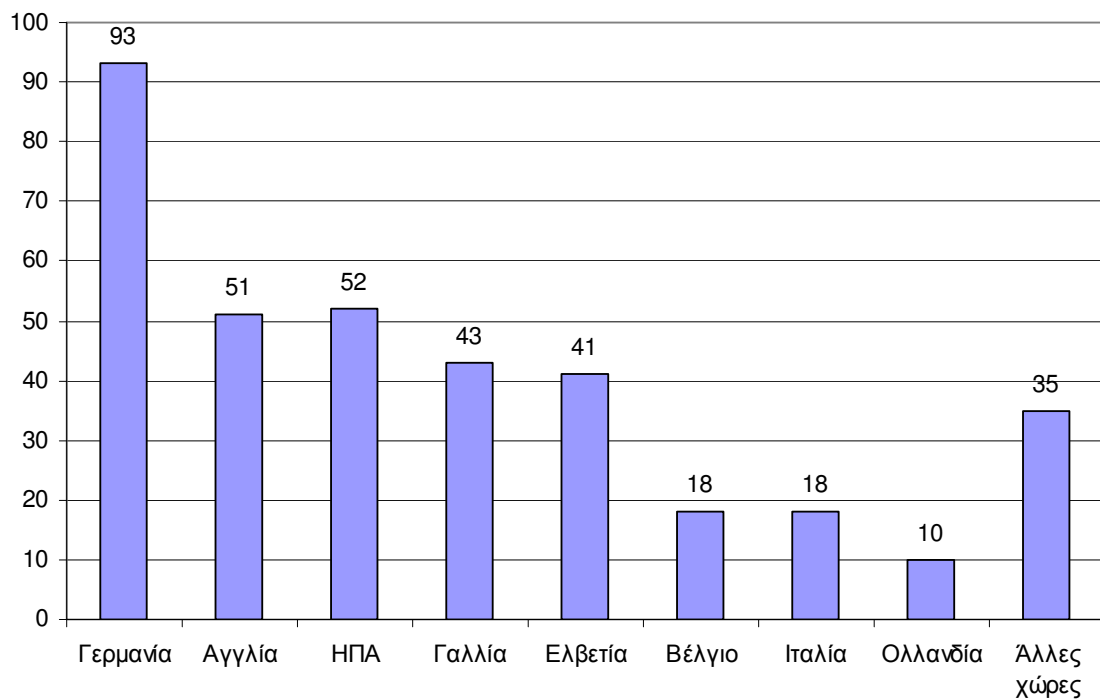
Πηγή: Σουλιώτης, 2011

Διάγραμμα 4. Δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού ΟΠΑΔ (2006-2011)



Πηγή: Σουλιώτης, 2011

Διάγραμμα 5. Αριθμός ασφαλισμένων ΟΠΑΔ που μετέβησαν στο εξωτερικό για νοσηλεία ανά χώρα το 2011

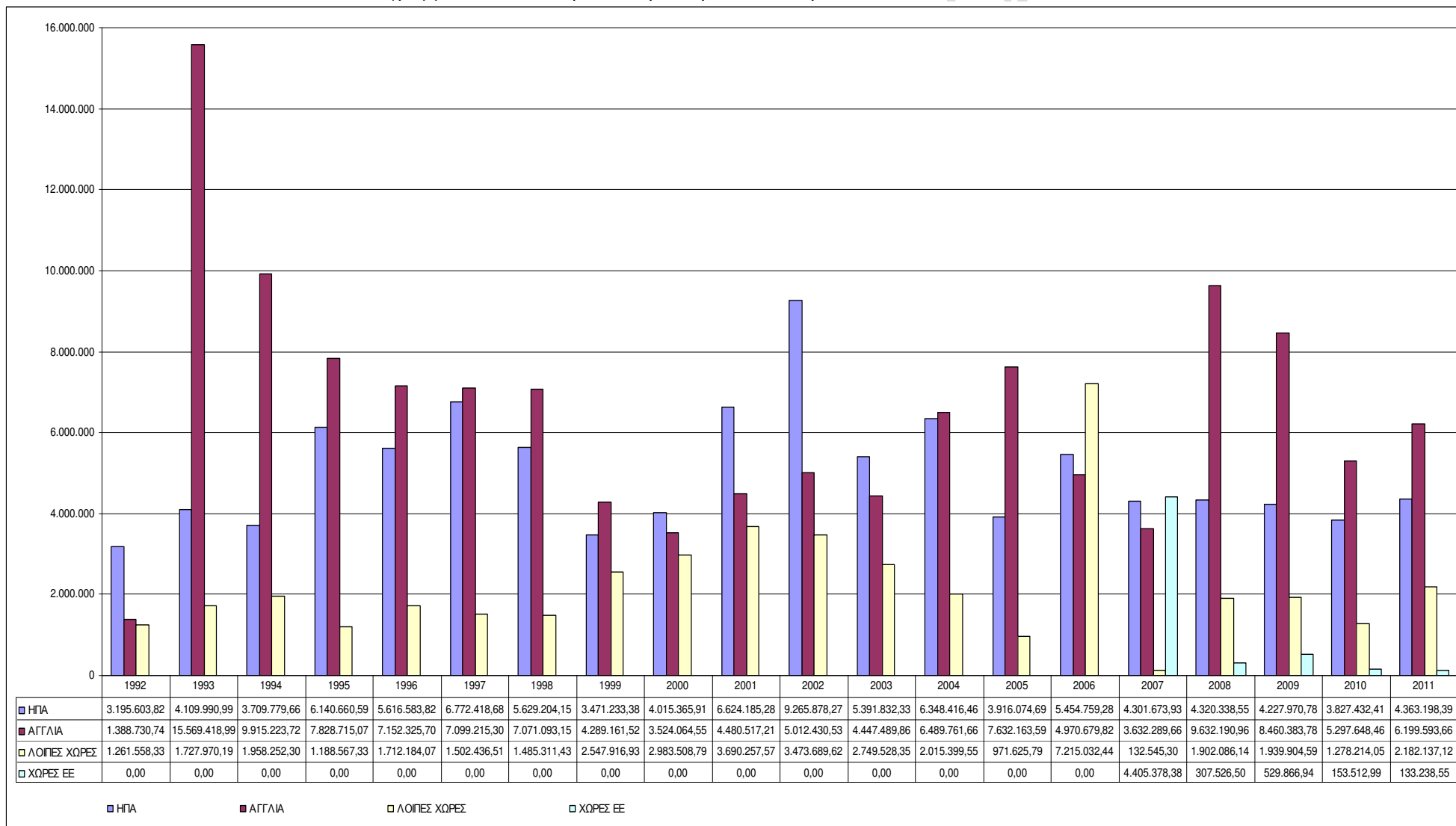


Πηγή: Σουλιώτης, 2011

Ως προς τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ που μετέβησαν στο εξωτερικό για νοσηλεία, στο διάγραμμα 6 φαίνονται οι **συνολικές δαπάνες** του ΙΚΑ για νοσήλια στο εξωτερικό για τα έτη 1992-2011 ανάλογα με την περιοχή την οποία επισκέφθηκαν οι ασθενείς. Τα δεδομένα των ετών 1992-2001 είναι σε δραχμές και κρίθηκε αναγκαίο να μετατραπούν σε ευρώ (με βάση την ισοτιμία 1€=340,75δρχ.) προκειμένου να υπάρχει κοινό μέτρο σύγκρισης.

Ως προς το ύψος των νοσηλίων του εξωτερικού, από το διάγραμμα 6, φαίνεται ότι οι δαπάνες ήταν ιδιαίτερα αυξημένες το 1993 για μετάβαση των ασθενών στην Αγγλία ενώ από το 2007 και μετά έχουμε δεδομένα και για μετάβαση των ασθενών σε ευρωπαϊκές χώρες άλλες από την Αγγλία. Από το διάγραμμα γίνεται εμφανές ότι η υψηλότερη δαπάνη νοσηλίων στο εξωτερικών έλαβε χώρα το 1993 για παροχές ασθενών προς την Αγγλία. Να σημειωθεί ότι τα ποσά των δαπανών για τα έτη 1992-2001 που ήταν σε δραχμές μετατράπηκαν σε € προκειμένου να υπάρχει κοινό μέτρο.

Διάγραμμα 6. Συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού 1992-2011 (σε €)



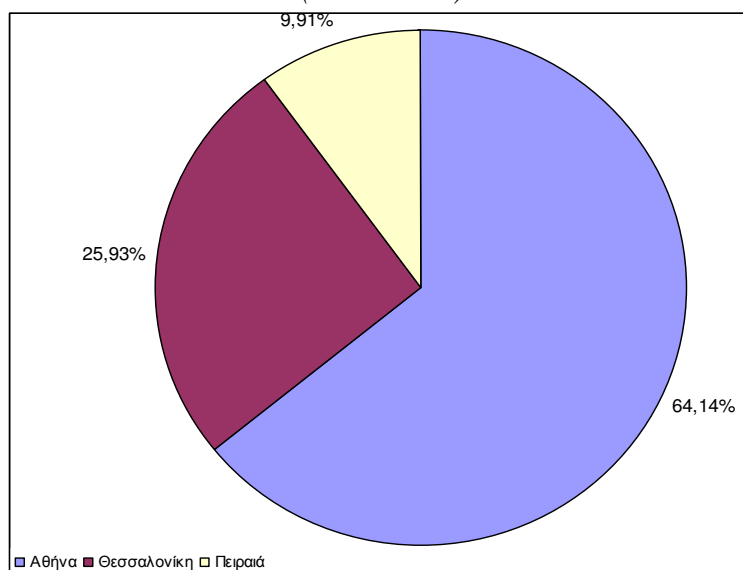
Από τους πίνακες 4-23 που παρατίθενται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ φαίνεται ότι καθόλα τα έτη η υψηλότερη δαπάνη στο σύνολό της καταγράφεται στα περιφερειακά υποκαταστήματα της Αθήνας, του Πειραιά και της Θεσσαλονίκης, το οποίο δικαιολογείται από την υπερσυγκέντρωση των ασφαλισμένων στα μεγάλα αστικά κέντρα. Φαίνεται δε ότι το υποκατάστημα της Αθήνας είναι αυτό που καταγράφει τις υψηλότερες δαπάνες σε νοσήλια του εξωτερικού. Αναλυτικότερα το 64,14% (15.039.2018€) των δαπανών κατά τα έτη 1992-2011, χορηγήθηκαν για νοσηλεία στο εξωτερικό από τα υποκαταστήματα των Αθηνών, το 25,93% (60.814.917€) από τα υποκαταστήματα της Θεσσαλονίκης και το 9,91% (23.241.496€) από τα υποκαταστήματα του Πειραιά (διάγραμμα 7).

Από το διάγραμμα 8 παρατηρούμε ότι το υποκατάστημα του Πειραιά παρουσιάζει αυξημένη δαπάνη κατά το 2008, καθώς υπήρχαν 2 περιπτώσεις νοσηλείας σε ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο (μεταμοσχεύσεις), με αυξημένο κόστος. Το 2009 το υποκατάστημα της Λάρισας παρουσιάζει αυξημένη δαπάνη δεδομένου ότι υπήρχαν 3 ασφαλισμένοι με μακροχρόνια νοσηλεία (ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο) που ανέβασαν το ποσό της δαπάνης. Γενικά υπάρχουν διακυμάνσεις στη δαπάνη με ιδιαίτερη αύξηση το 2011 που δικαιολογείται ίσως από την ανάγκη των ασθενών να αναζητήσουν νοσηλεία στο εξωτερικό λόγω των πολλών απεργιών που γίνονται στα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία (διάγραμμα 8).

Πίνακας 1. Ποσοστό επί του συνόλου νοσηλειών στο εξωτερικό, 1992-2011

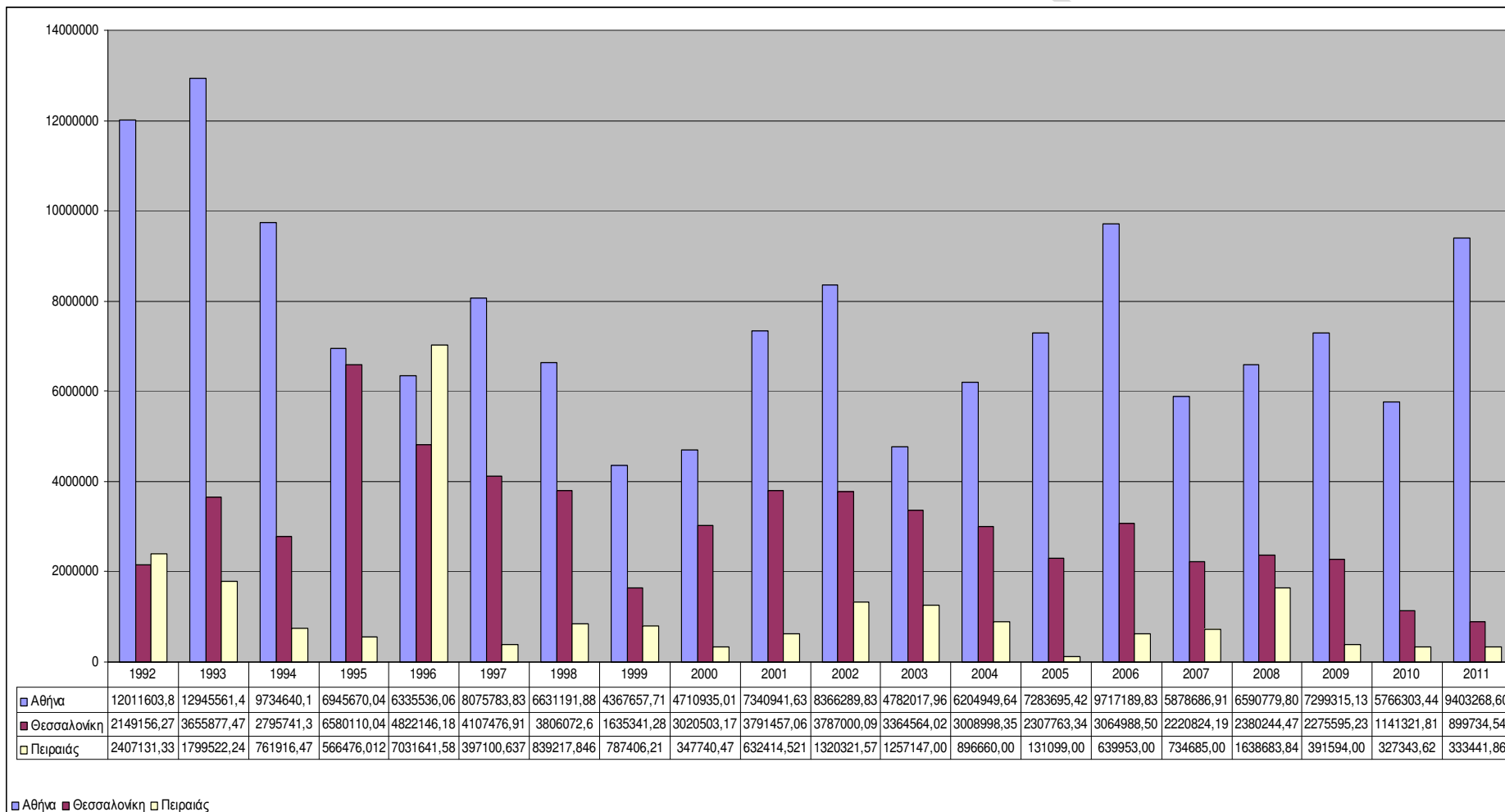
Υποκαταστήματα	Δαπάνη σε €	Ποσοστό επί του συνόλου
Αθήνα	150.392.018	64,14%
Θεσσαλονίκη	60.814.917	25,93%
Πειραιάς	23.241.496	9,91%
ΣΥΝΟΛΟ	234.448.431	100,00%

Διάγραμμα 7. Νοσήλια εξωτερικού σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Πειραιά, 1992-2011
(ποσοστό %)



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Διάγραμμα 8. Νοσήλια εξωτερικού σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πειραιάς, 1992-2011 (€)

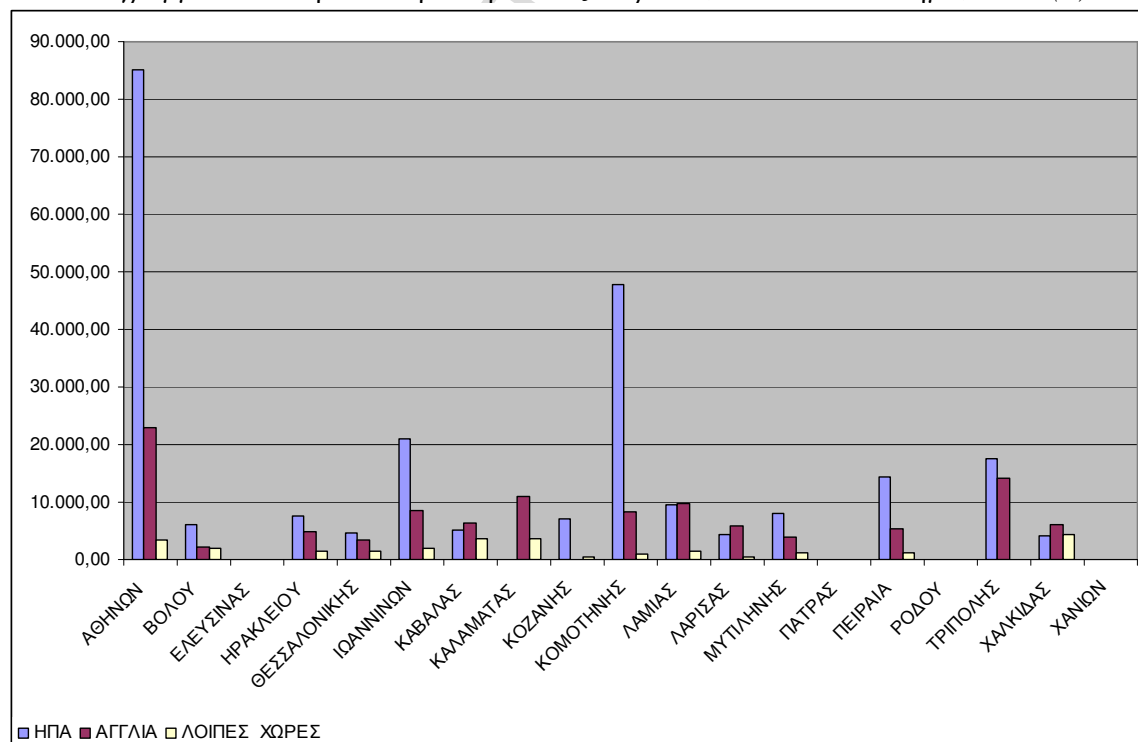


Μέση Δαπάνη και Μέση Συνολική Δαπάνη ανά υποκατάστημα κατ' έτος

Στη συνέχεια υπολογίζεται η μέση δαπάνη ανά υποκατάστημα και η μέση συνολική δαπάνη, με σκοπό να βρεθεί η δαπάνη του κάθε υποκαταστήματος ανά περίπτωση. Συγκεκριμένα, η μέση δαπάνη υπολογίζεται διαιρώντας τη δαπάνη του κάθε υποκαταστήματος δια τον αριθμό των περιπτώσεων (για ΗΠΑ, Αγγλία, Λοιπές Χώρες, Χώρες της ΕΕ εκτός Αγγλίας). Η μέση συνολική δαπάνη υπολογίζεται διαιρώντας το σύνολο των δαπανών του κάθε υποκαταστήματος (για ΗΠΑ, Αγγλία, Λοιπές Χώρες, Χώρες της ΕΕ εκτός Αγγλίας) δια τον συνολικό αριθμό των περιπτώσεων. Τα αποτελέσματα παραθέτονται σε πίνακες και ιστογράμματα καθώς και σε συγκεντρωτικούς πίνακες.

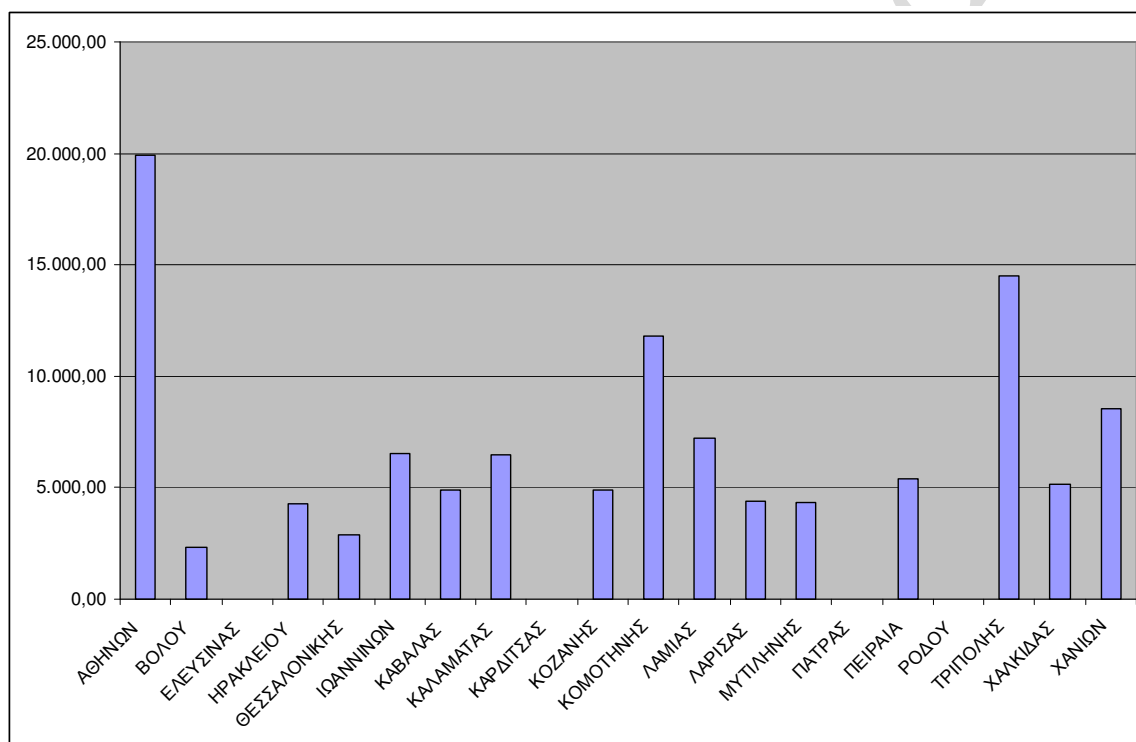
Κατά το έτος 1992, από το διάγραμμα 9 και τον πίνακα 4 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού στην Αθήνα για τις ΗΠΑ ήταν ιδιαίτερα υψηλή (85107,91€). Εξίσου υψηλές είναι και οι μέσες δαπάνες προς της ΗΠΑ του υποκαταστήματος της Κομοτηνής. (47889,95€). Ως προς τις δαπάνες προς την Αγγλία και Λοιπές Χώρες, δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα μεγάλες διακυμάνσεις, πέρα από τη μέση δαπάνη για ΗΠΑ του υποκαταστήματος Αθηνών που δικαιολογείται και από τον αριθμό των ασφαλισμένων που ανήκουν σε αυτό.

Διάγραμμα 9. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 1992 (€)



Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 1992, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 10 ότι και σε αυτή την περίπτωση το υποκατάστημα της Αθήνας έχει την υψηλότερη μέση συνολική δαπάνη (19886,76€) σε σχέση με τα υπόλοιπα υποκαταστήματα. Ακολουθούν τα υποκαταστήματα της Τρίπολης (14540,47€) και της Κομοτηνής (11807,96€).

Διάγραμμα 10. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 1992 (€)

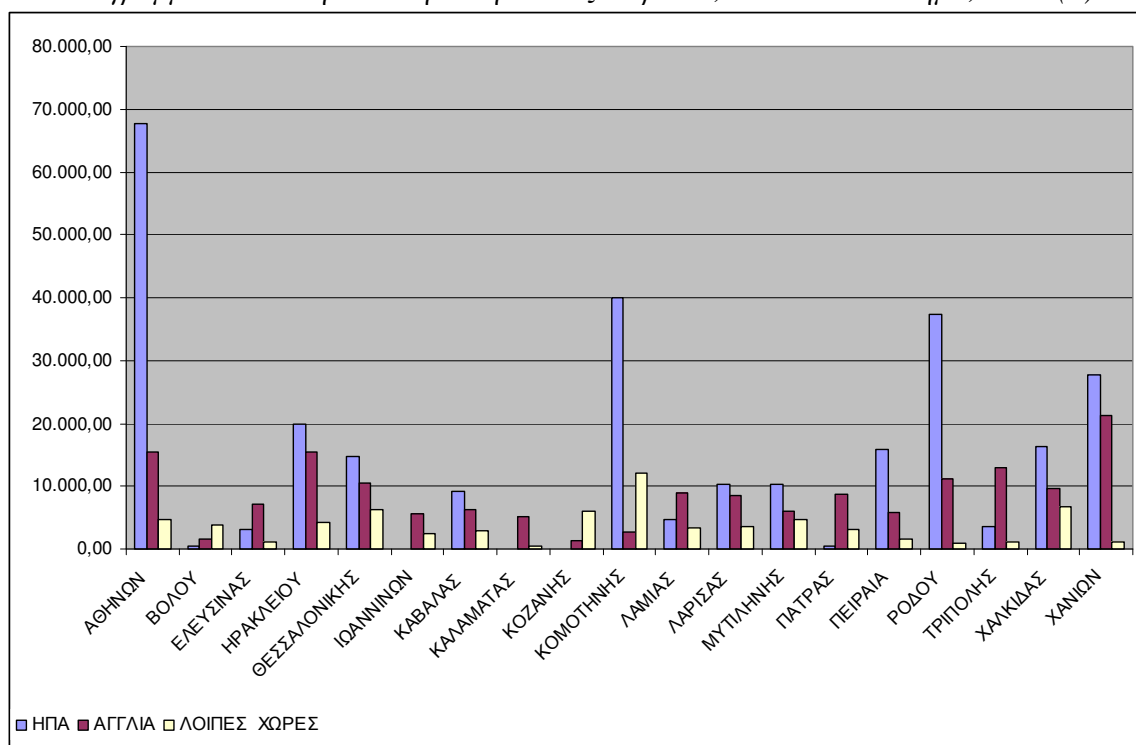


Κατά το έτος 1993, από το διάγραμμα 12 και τον πίνακα 5 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού στην Αθήνα για τις ΗΠΑ έχει μειωθεί (67789,89€) σε σχέση με την αντίστοιχη του προηγούμενου έτους, αν και εξακολουθεί να είναι υψηλή σε σχέση με τις αντίστοιχες δαπάνες για Αγγλία και λοιπές χώρες. Εξίσου υψηλές είναι και οι μέσες δαπάνες προς ΗΠΑ του υποκαταστήματος της Κομοτηνής. (40069,39€), της Ρόδου (37392,57€) και των Χανίων (27679,14€). Ως προς τις δαπάνες προς την Αγγλία και Λοιπές Χώρες δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα μεγάλες διακυμάνσεις.

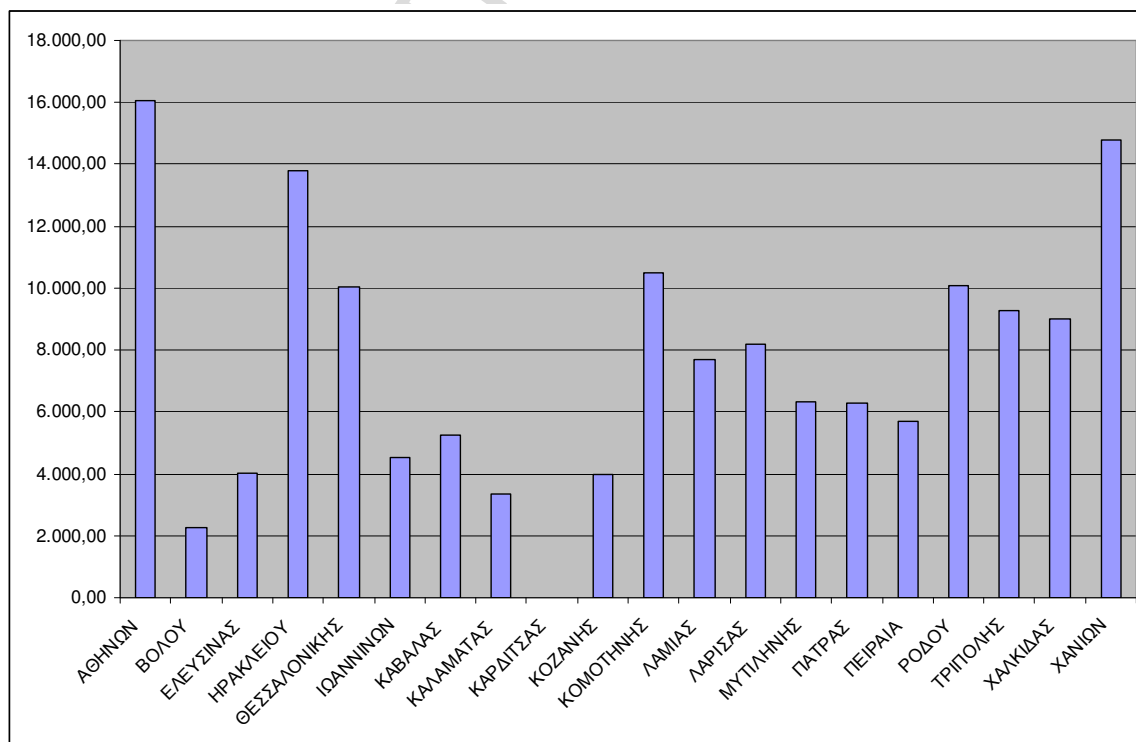
Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 1993, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 12 ότι και σε αυτή την περίπτωση το υποκατάστημα της Αθήνας έχει την υψηλότερη μέση συνολική δαπάνη (16061,49€) σε σχέση με τα υπόλοιπα υποκαταστήματα. Ακολουθούν τα υποκαταστήματα των Χανίων (14769,58€) και του Ηρακλείου (13810,49€). Γενικά παρατηρούμε ότι η «ψαλίδα» στη

μέση συνολική δαπάνη των υποκαταστημάτων κλείνει με τις διαφορές να γίνονται μικρότερες.

Διάγραμμα 11. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 1993 (€)



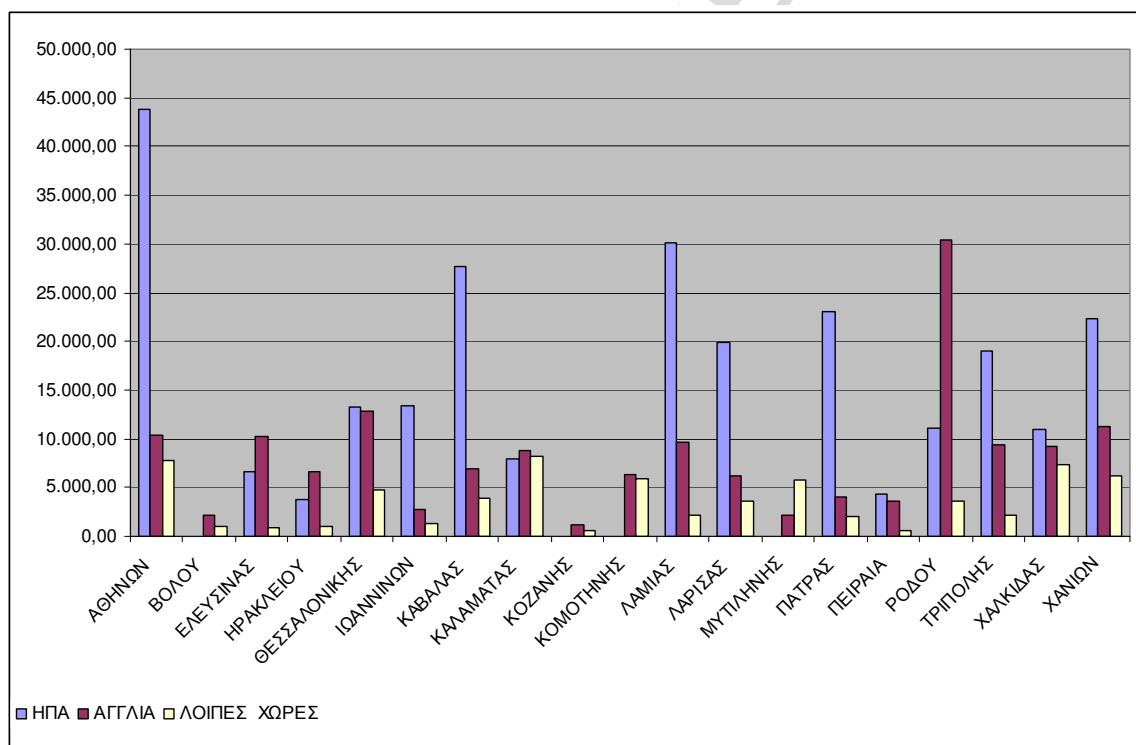
Διάγραμμα 12. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 1993 (€)



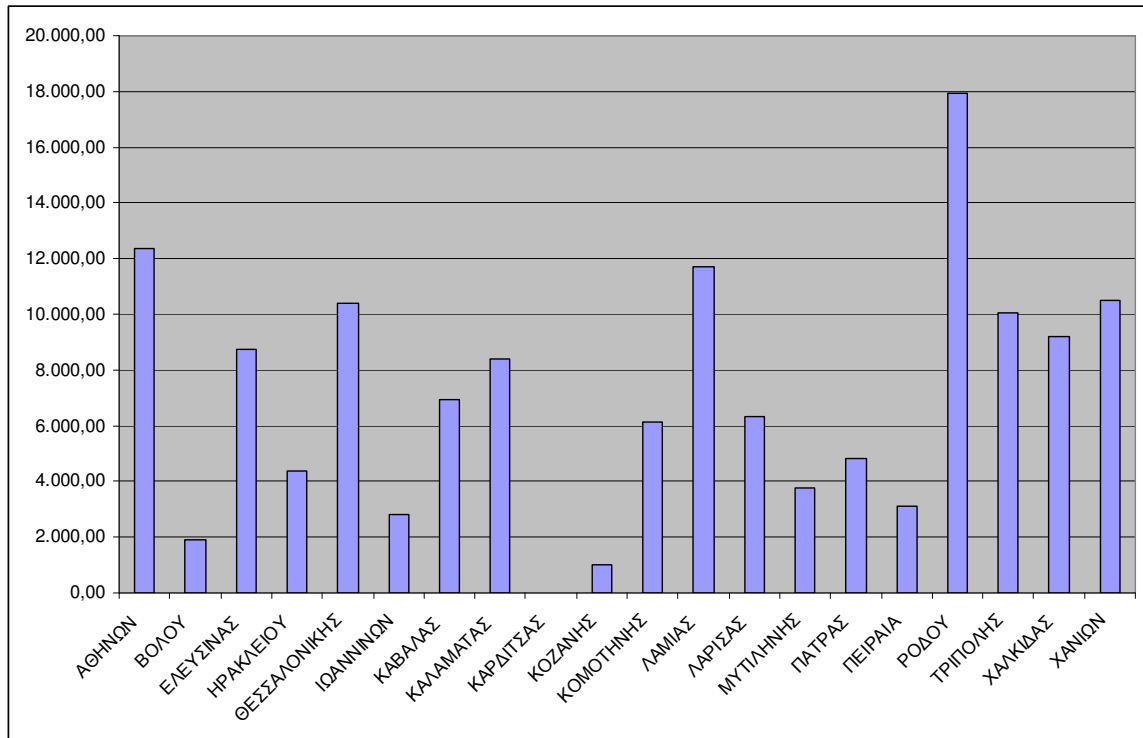
Κατά το έτος 1994, από το διάγραμμα 13 και τον πίνακα 6 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού έχει την ίδια πορεία με αυτή των προηγούμενων ετών, με την Αθήνα να προηγείται στα νοσήλια για τις ΗΠΑ, αν και έχουν μειωθεί (43874,60€). Ως προς τη μέση δαπάνη προς την Αγγλία παρουσιάζεται άνοδος στο υποκατάστημα της Ρόδου (30432,55€).

Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 1994, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 14 ότι το υποκατάστημα της Ρόδου είναι αυτό που έχει την υψηλότερη συνολική δαπάνη ανά περιστατικό (17963,85€) ενώ το υποκατάστημα της Αθήνας βρίσκεται αρκετά χαμηλότερα. Αυτό δικαιολογείται από την υψηλή δαπάνη του συγκεκριμένου υποκαταστήματος για νοσήλια στην Αγγλία.

Διάγραμμα 13. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 1994 (€)



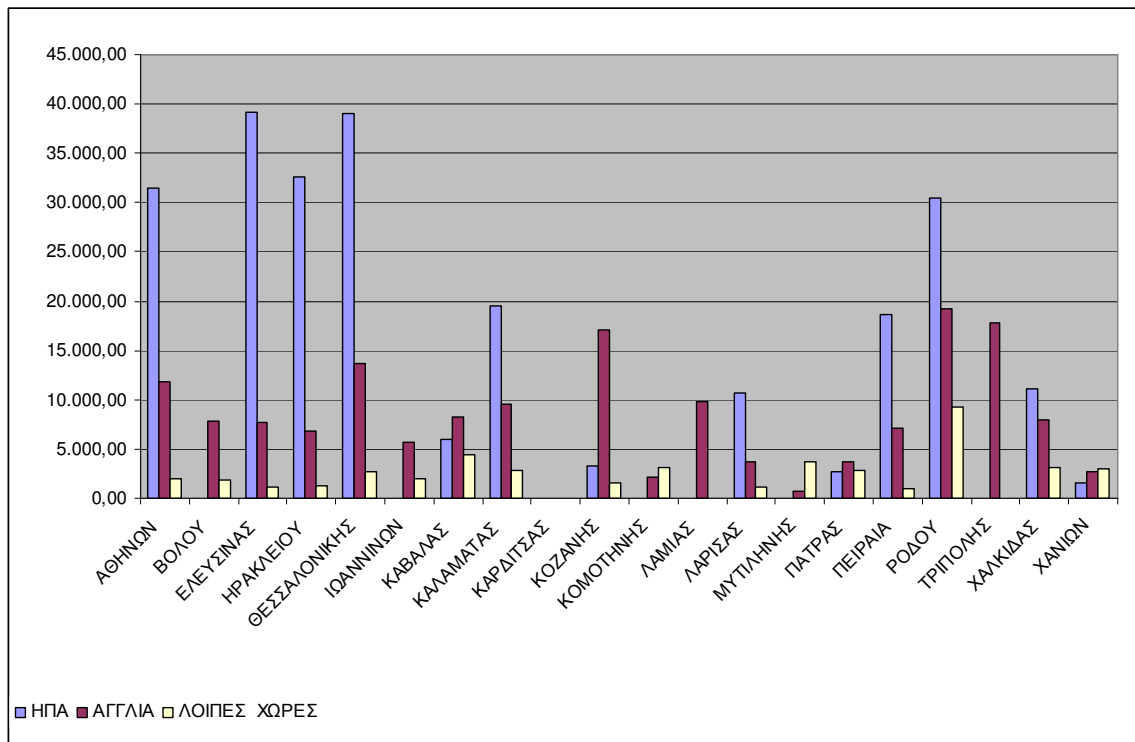
Διάγραμμα 14. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 1994 (€)



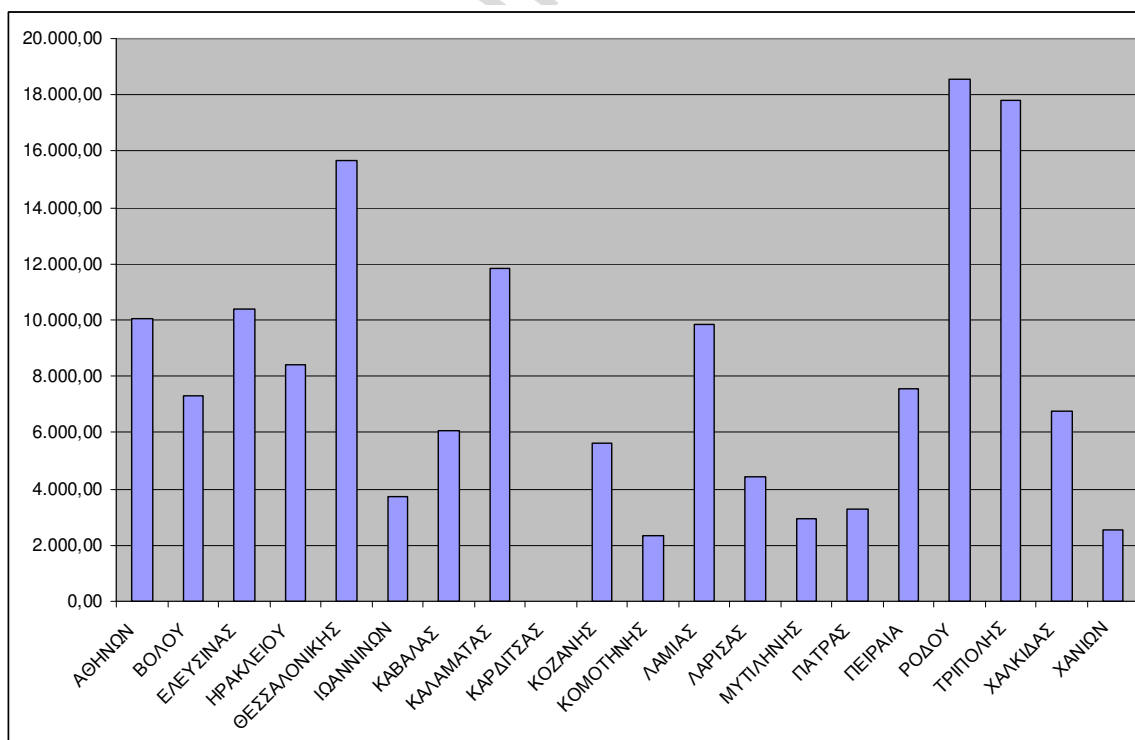
Κατά το έτος 1995, από το διάγραμμα 15 και τον πίνακα 7 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού για ΗΠΑ στην Αθήνα μειώνεται, ενώ οι δαπάνες των υποκαταστημάτων της Ελευσίνας (30092,26€) και της Θεσσαλονίκης (39065,31€) είναι αυτές που διεκδικούν τα σκήπτρα. Υψηλή εμφανίζεται και η δαπάνη του υποκαταστήματος της Κοζάνης (17101,44€) για Αγγλία καθώς και της Ρόδου (19213,13€).

Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 1995, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 16 ότι τα υποκαταστήματα της Ρόδου και της Τρίπολης έχουν την υψηλότερη συνολική δαπάνη ανά περιστατικό (18566,02€ και 17802,89€ αντίστοιχα) ενώ το υποκαταστήμα της Αθήνας βρίσκεται αρκετά χαμηλότερα.

Διάγραμμα 15. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 1995 (€)



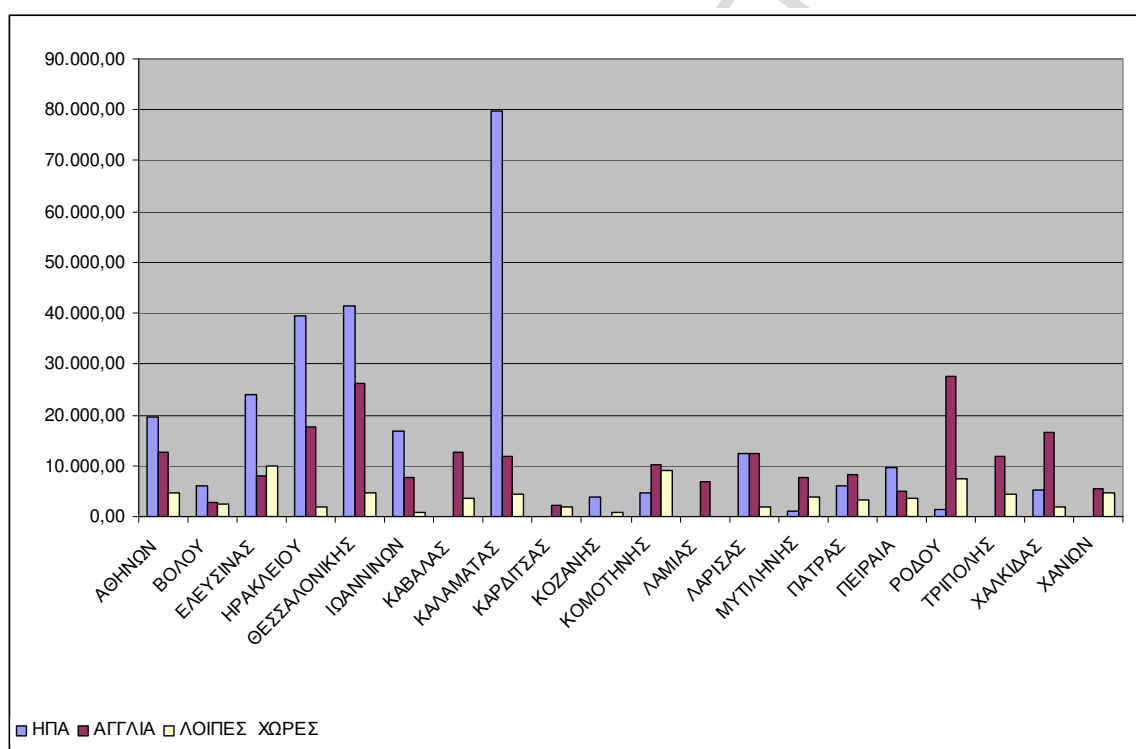
Διάγραμμα 16. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 1995 (€)



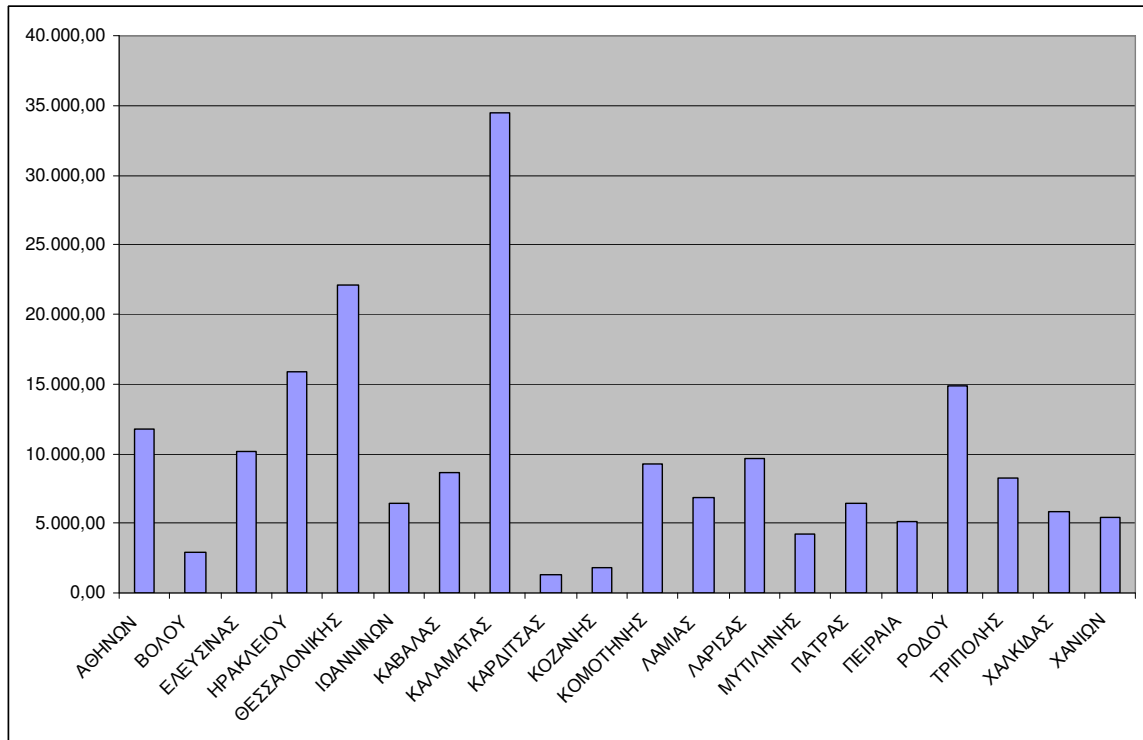
Κατά το έτος 1996, από το διάγραμμα 17 και τον πίνακα 8 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού για ΗΠΑ στην Αθήνα μειώνεται ακόμα περισσότερο, ενώ το υποκατάστημα της Καλαμάτας (79688,79€) παρουσιάζει ιδιαίτερα υψηλή δαπάνη.

Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 1996, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 18 ότι το υποκατάστημα της Καλαμάτας είναι αυτό που έχει και πάλι την υψηλότερη συνολική δαπάνη ανά περιστατικό (34468,74€) ενώ το υποκατάστημα της Αθήνας βρίσκεται αρκετά χαμηλότερα.

Διάγραμμα 17. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 1996 (€)



Διάγραμμα 18. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 1996 (€)

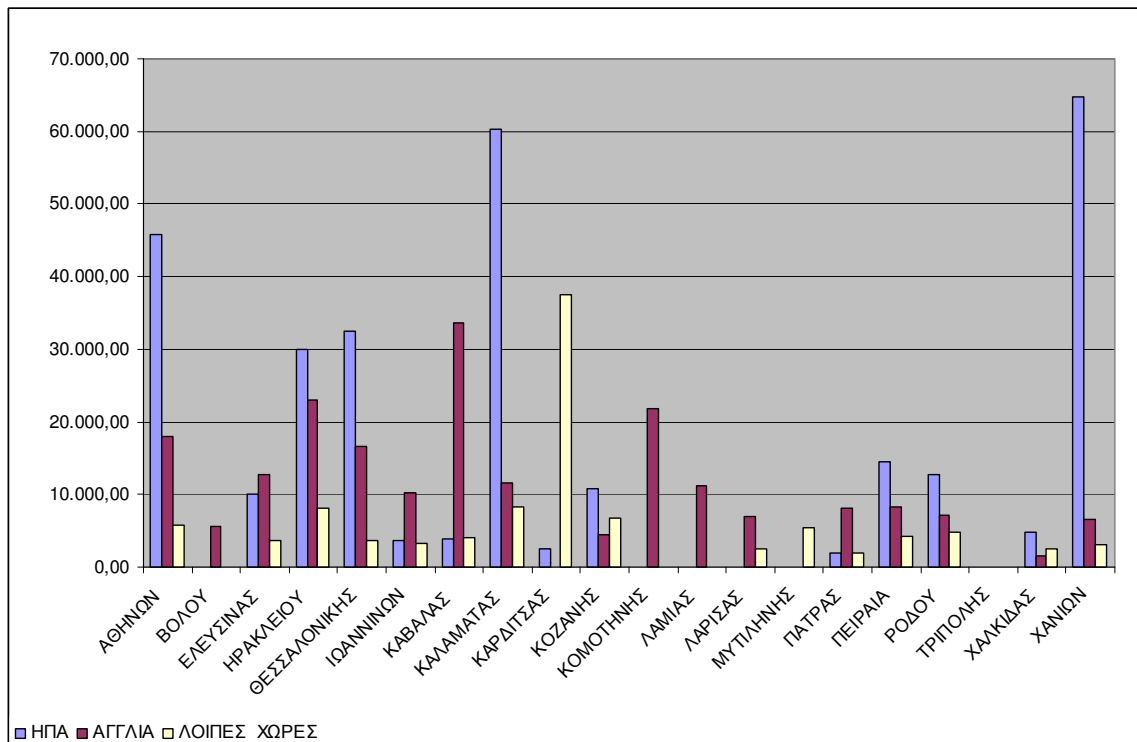


Κατά το έτος 1997, από το διάγραμμα 19 και τον πίνακα 9 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού για ΗΠΑ παρουσιάζει μεγάλη άνοδο στο υποκατάστημα των Χανίων (64791,23€), ενώ ακολουθεί το υποκατάστημα της Καλαμάτας (60292,80€). Εντύπωση προκαλεί και το γεγονός ότι στο υποκατάστημα της Καρδίτσας, που για πρώτη φορά έχουμε δεδομένα, παρουσιάζεται μία ιδιαίτερα υψηλή μέση δαπάνη (37537,31€) για νοσήλια σε άλλες χώρες.

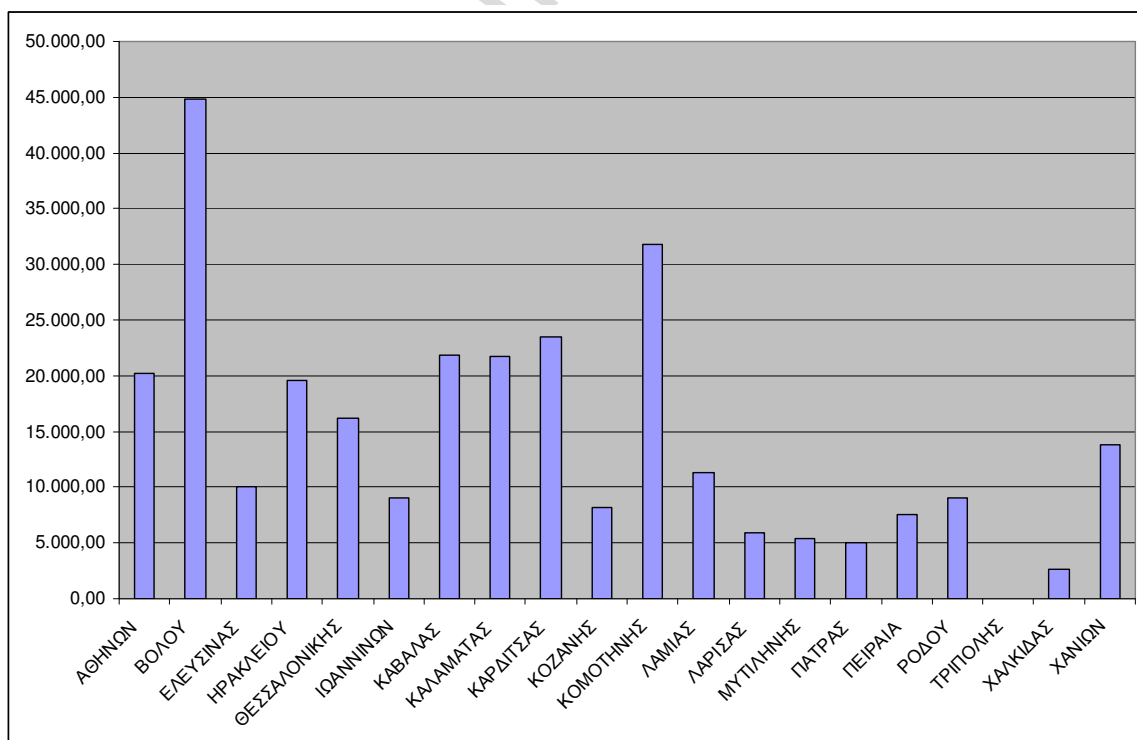
Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 1997, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 20 ότι το υποκατάστημα του Βόλου είναι αυτό που έχει την υψηλότερη συνολική δαπάνη ανά περιστατικό (44824,34€).

ΠΑ

Διάγραμμα 19. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 1997 (€)

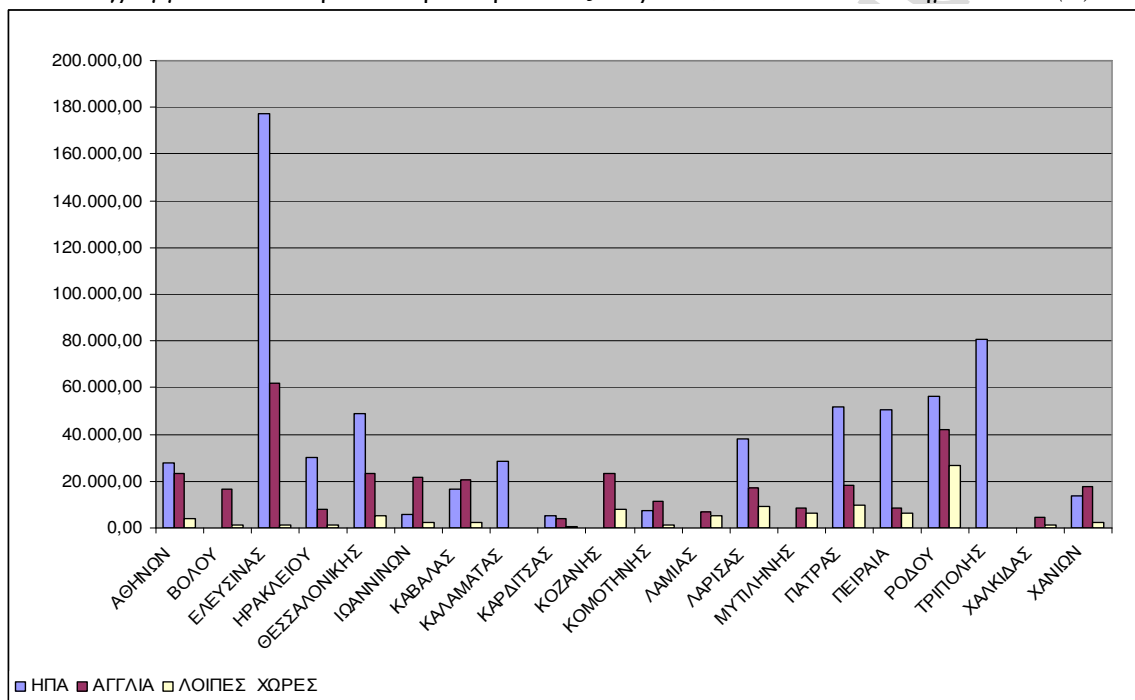


Διάγραμμα 20. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 1997 (€)

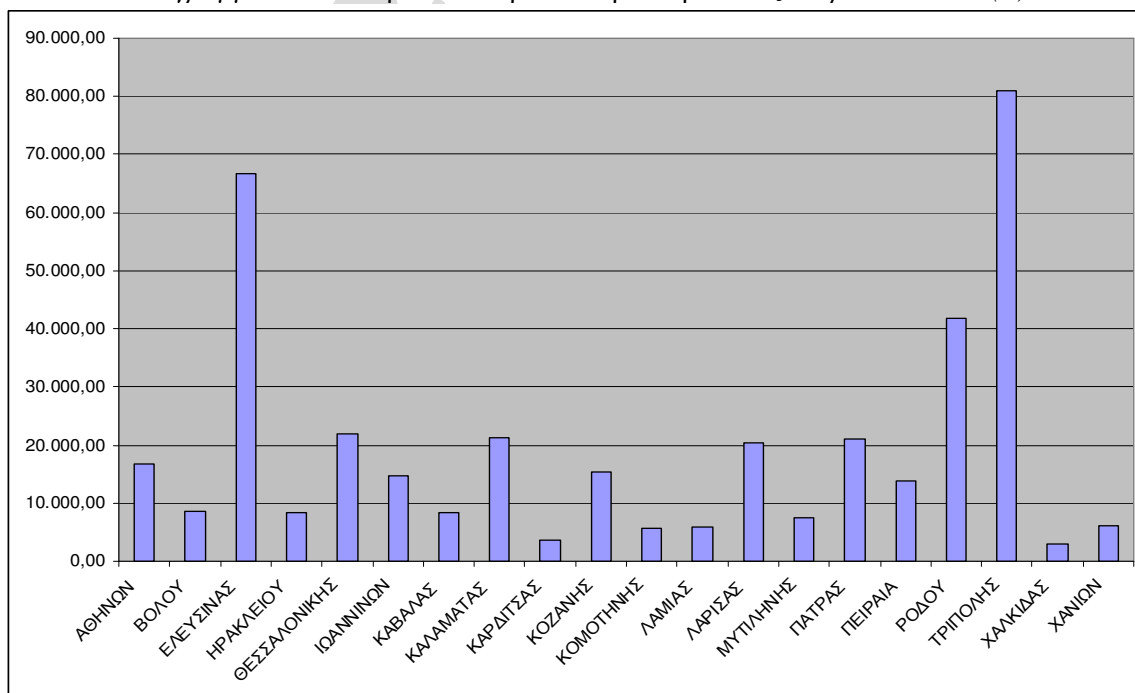


Κατά το έτος 1998, από το διάγραμμα 21 και τον πίνακα 10 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού για ΗΠΑ παρουσιάζεται ιδιαίτερα υψηλή στο υποκατάστημα της Ελευσίνας (177266,46€). Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 1998, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 22 ότι το υποκατάστημα της Τρίπολης (80843,37€) είναι αυτό που έχει την υψηλότερη συνολική δαπάνη ανά περιστατικό.

Διάγραμμα 21. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 1998 (€)



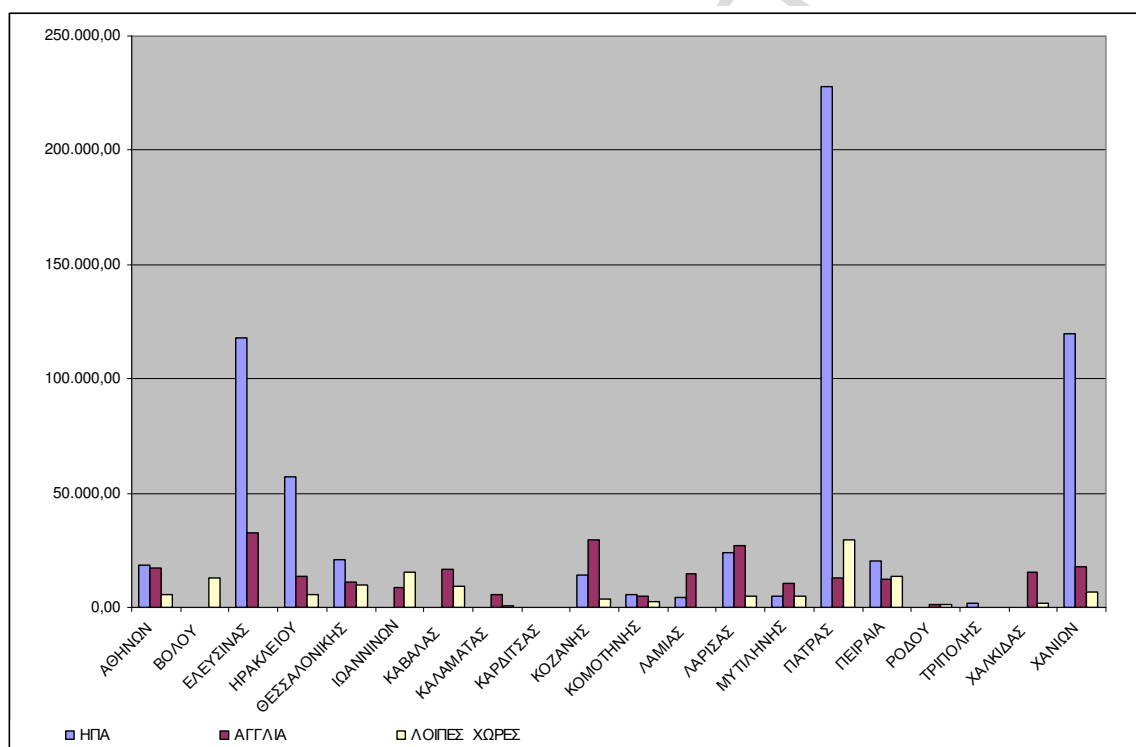
Διάγραμμα 22. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 1998 (€)



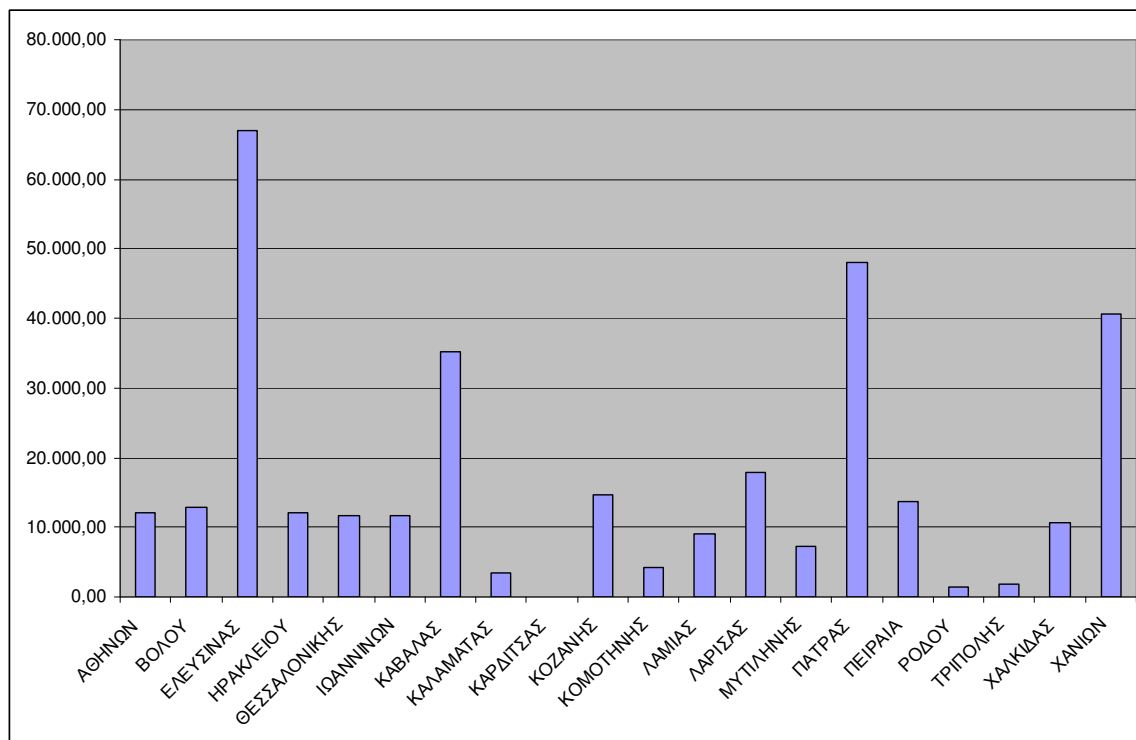
Κατά το έτος 1999, από το διάγραμμα 23 και τον πίνακα 11 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού για ΗΠΑ παρουσιάζεται υψηλή στο υποκατάστημα της Πάτρας (227590,20€), ενώ ακολουθεί το υποκατάστημα των Χανίων (120076,95€) και της Ελευσίνας (118120,37€). Στο υποκατάστημα της Πάτρας είναι υψηλή και η δαπάνη για νοσήλια σε άλλες χώρες.

Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 1999, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 24 ότι το υποκατάστημα της Ελευσίνας είναι αυτό που έχει την υψηλότερη συνολική δαπάνη ανά περιστατικό (66911,38€).

Διάγραμμα 23. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 1999 (€)



Διάγραμμα 24. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 1999 (€)

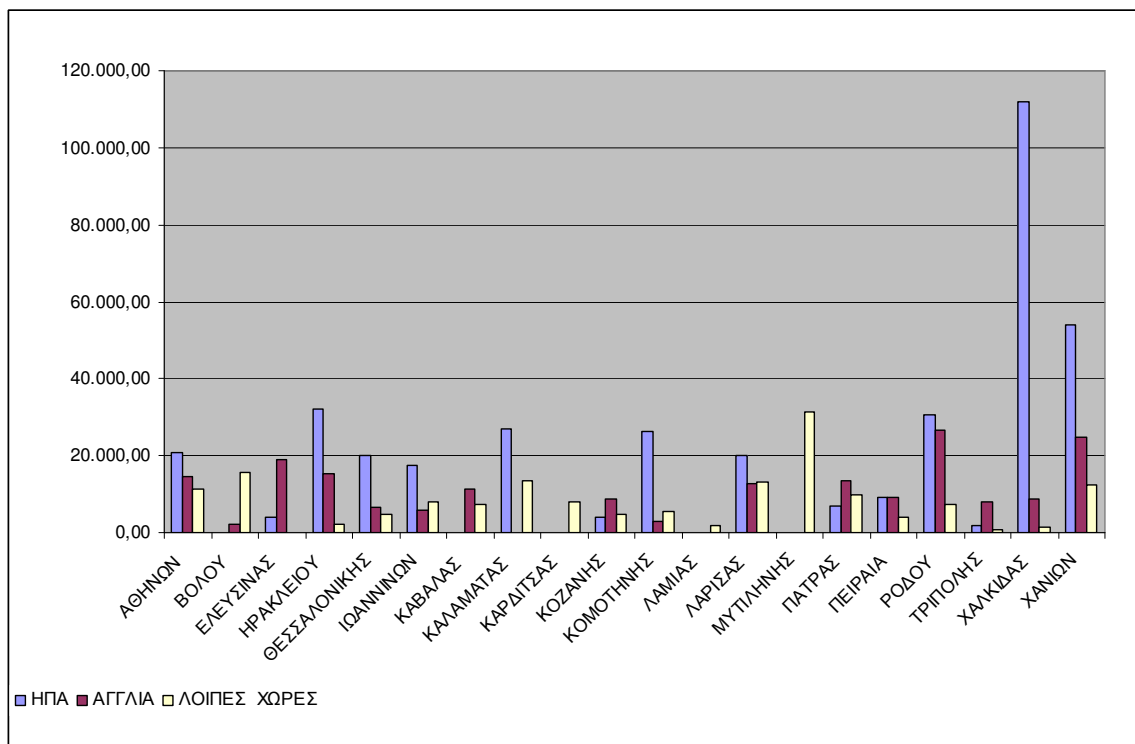


Κατά το έτος 2000, από το διάγραμμα 25 και τον πίνακα 12 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού για ΗΠΑ παρουσιάζεται υψηλή στο υποκατάστημα της Χαλκίδας (121120,04€). Υψηλή επίσης είναι η μέση δαπάνη για νοσήλια σε άλλες χώρες στο υποκατάστημα της Μυτιλήνης (31462,22€). Το υποκατάστημα αυτό είναι η πρώτη φορά που παρουσιάζει ενδιαφέρον στο θέμα της μέσης δαπάνης.

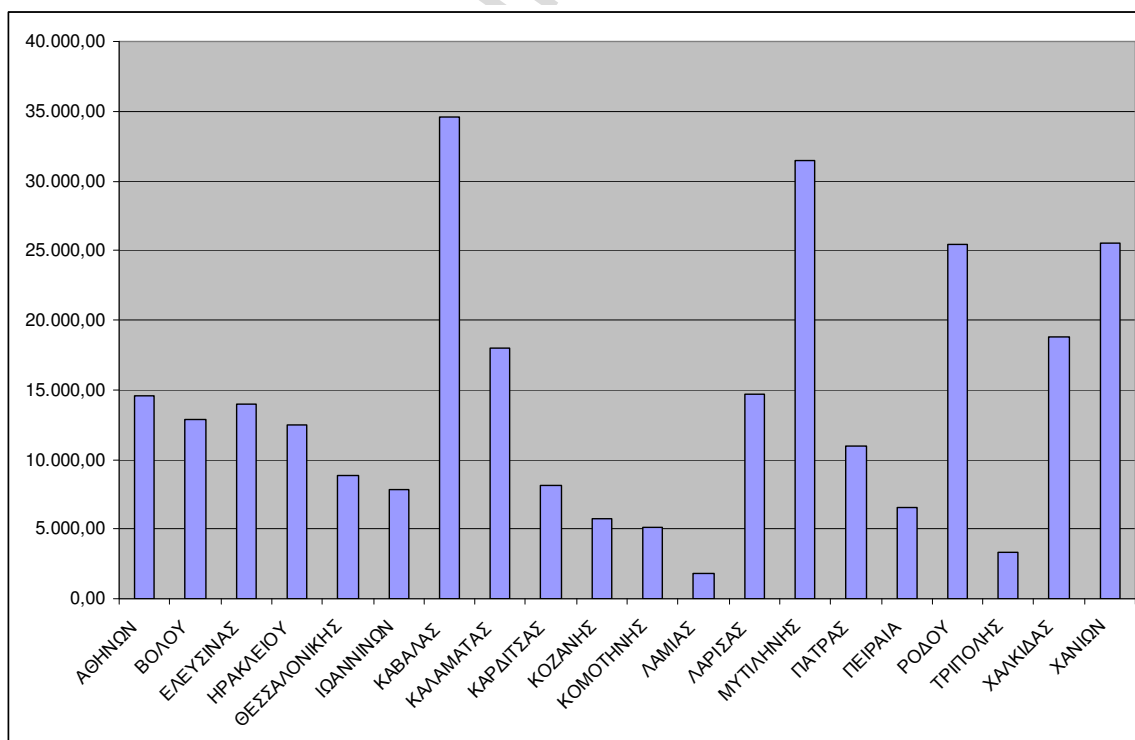
Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 2000, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 26 ότι σε αρκετά υποκαταστήματα (Καβάλα, Πάτρα, Ρόδος, Χανιά) η μέση συνολική δαπάνη είναι υψηλή.



Διάγραμμα 25. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2000 (€)



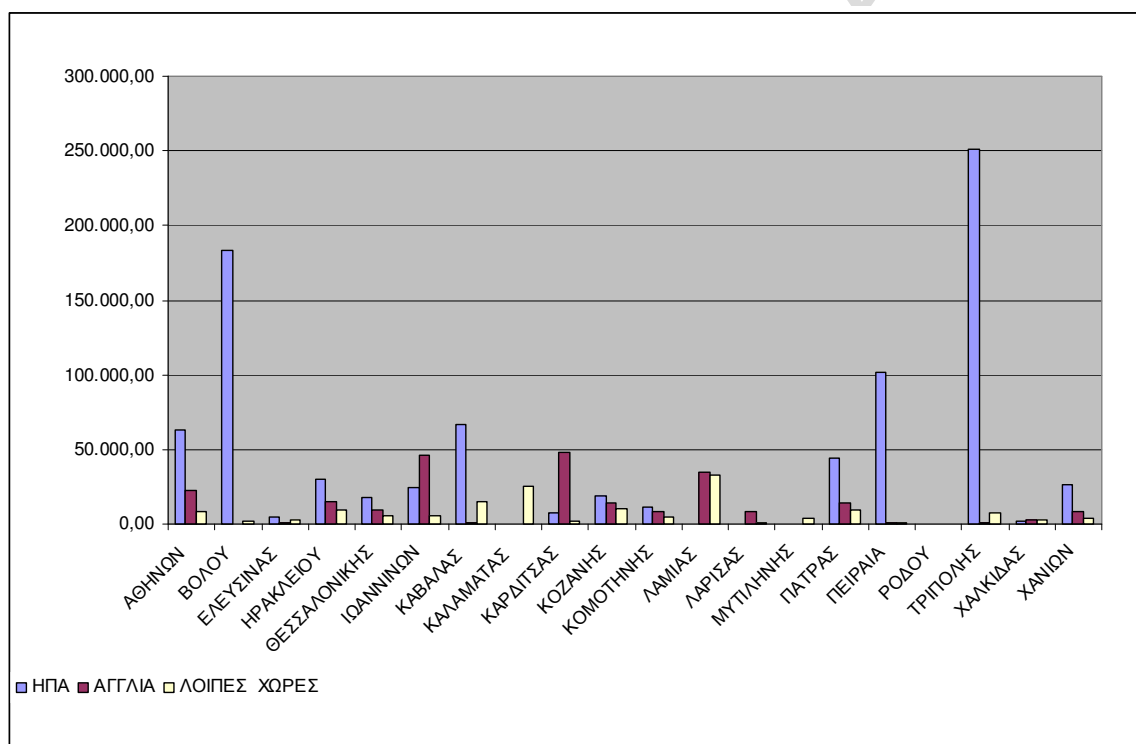
Διάγραμμα 26. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2000 (€)



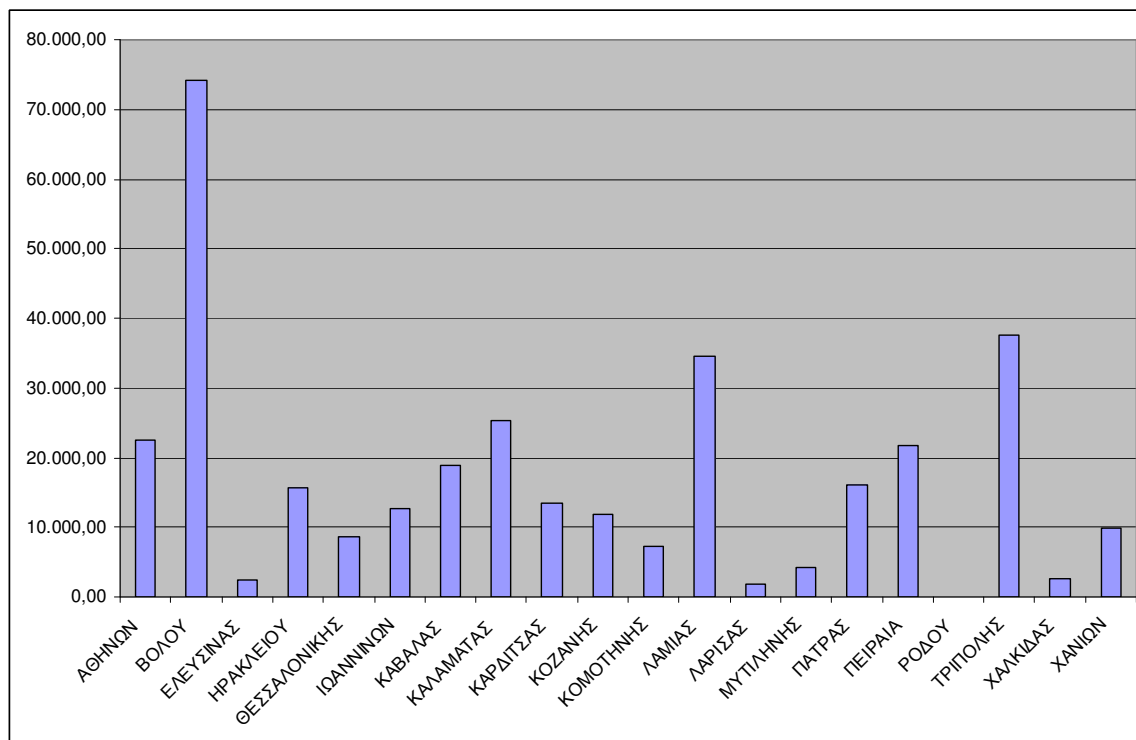
Κατά το έτος 2001, από το διάγραμμα 27 και τον πίνακα 13 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού για ΗΠΑ παρουσιάζεται υψηλή στο υποκατάστημα της Τρίπολης (251109,10€). Υψηλή επίσης είναι η μέση δαπάνη στο υποκατάστημα του Βόλου (182442,45€).

Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 2001, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 28 ότι ο Βόλος έχει την υψηλότερη μέση συνολική δαπάνη (74270,17€).

Διάγραμμα 27. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2001 (€)



Διάγραμμα 28. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2001 (€)

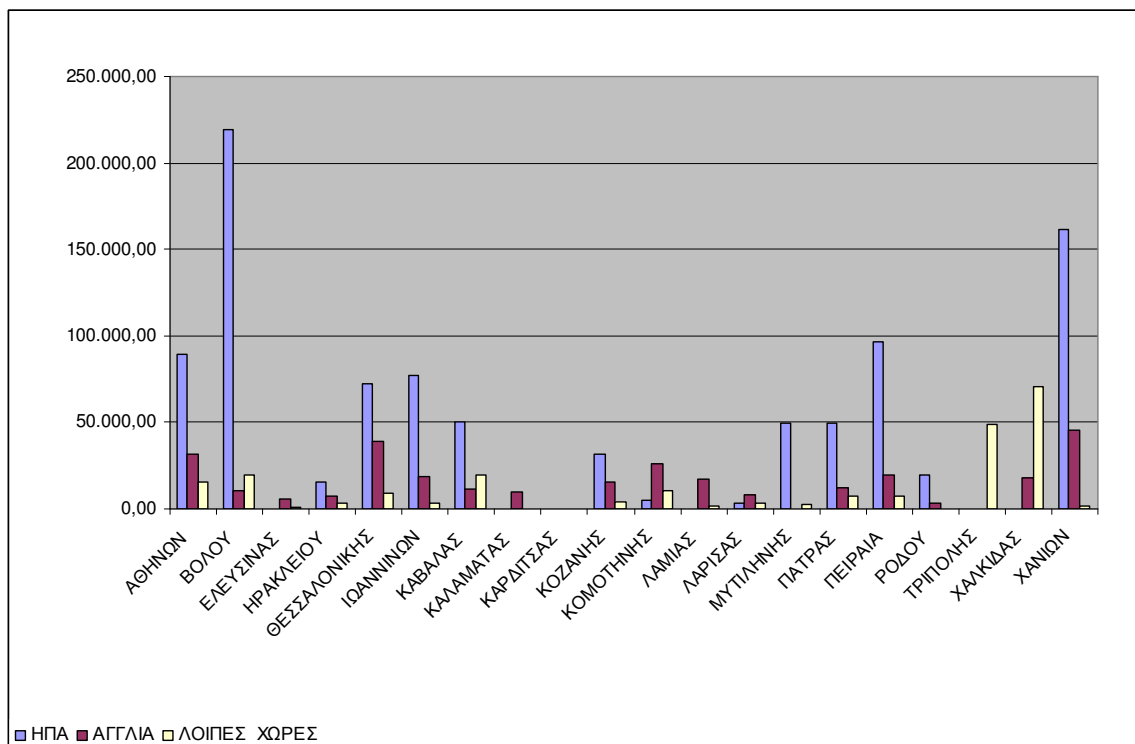


Κατά το έτος 2002, από το διάγραμμα 29 και τον πίνακα 14 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι και σε αυτό το έτος, η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού για ΗΠΑ παρουσιάζεται υψηλή στο υποκατάστημα του Βόλου (219047,32€). Υψηλή επίσης είναι η μέση δαπάνη στο υποκατάστημα των Χανίων (161445,52€).

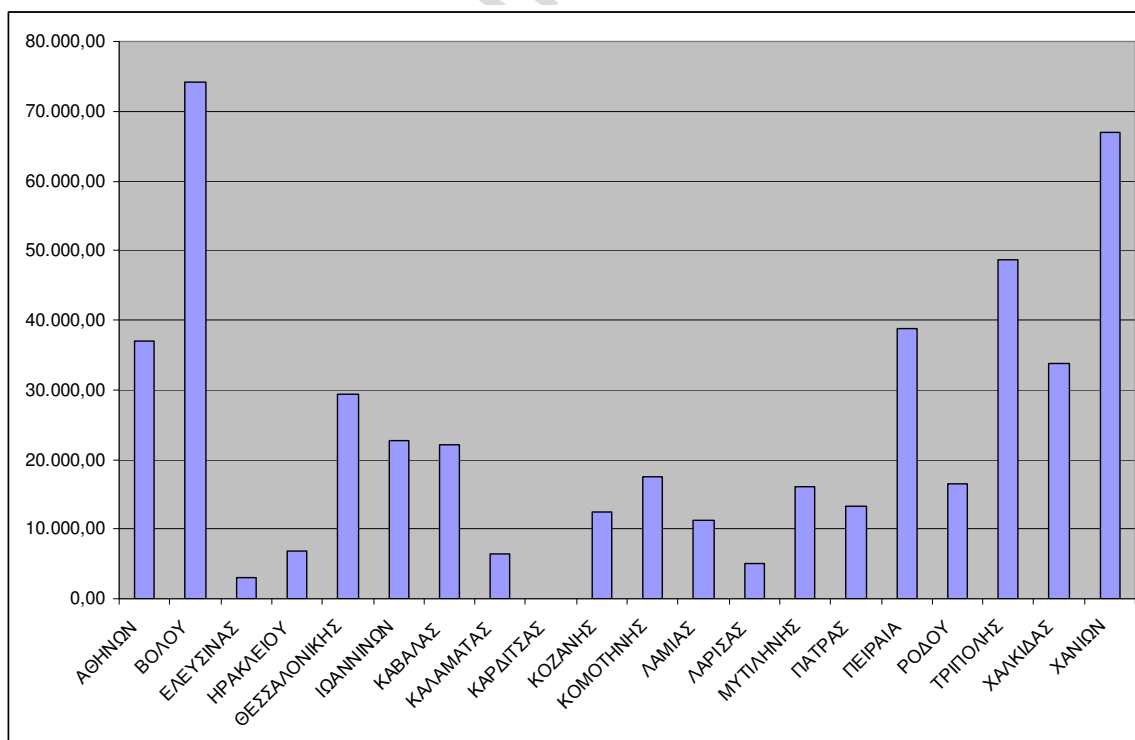
Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 2002, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 30 ότι σε αρκετά υποκαταστήματα (Βόλος, Χανιά, Τρίπολη) η μέση συνολική δαπάνη είναι υψηλή.

ΠΑΝ

Διάγραμμα 29. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2002 (€)



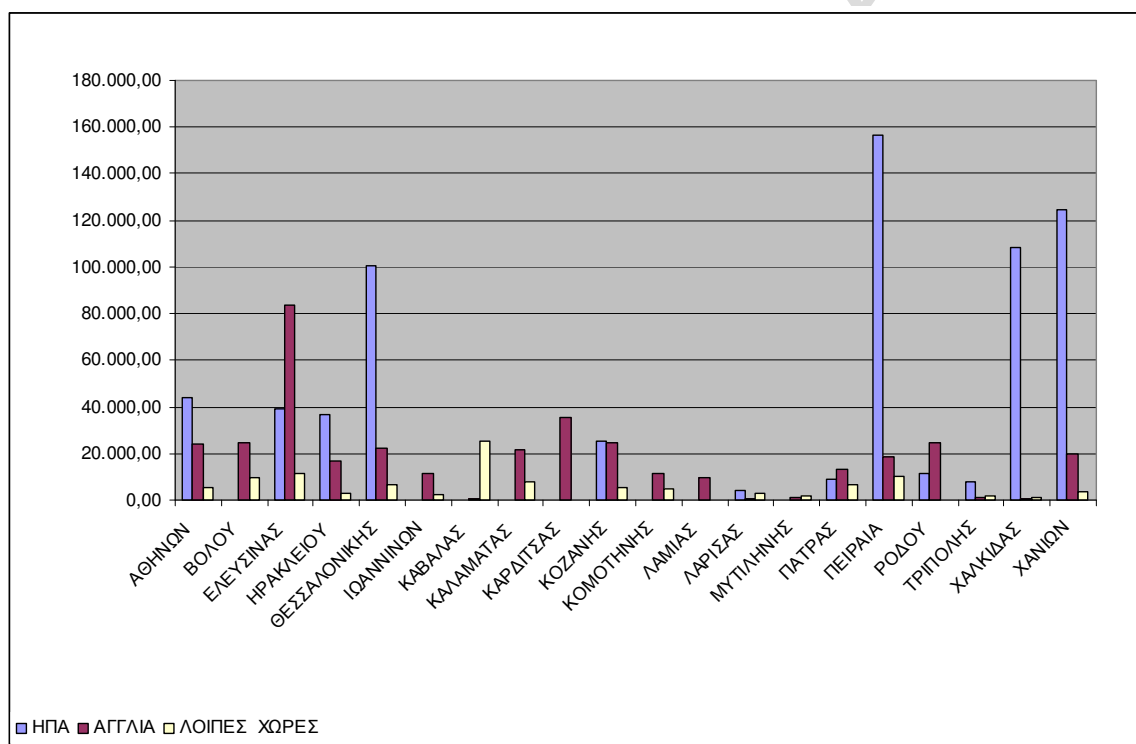
Διάγραμμα 30. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2002 (€)



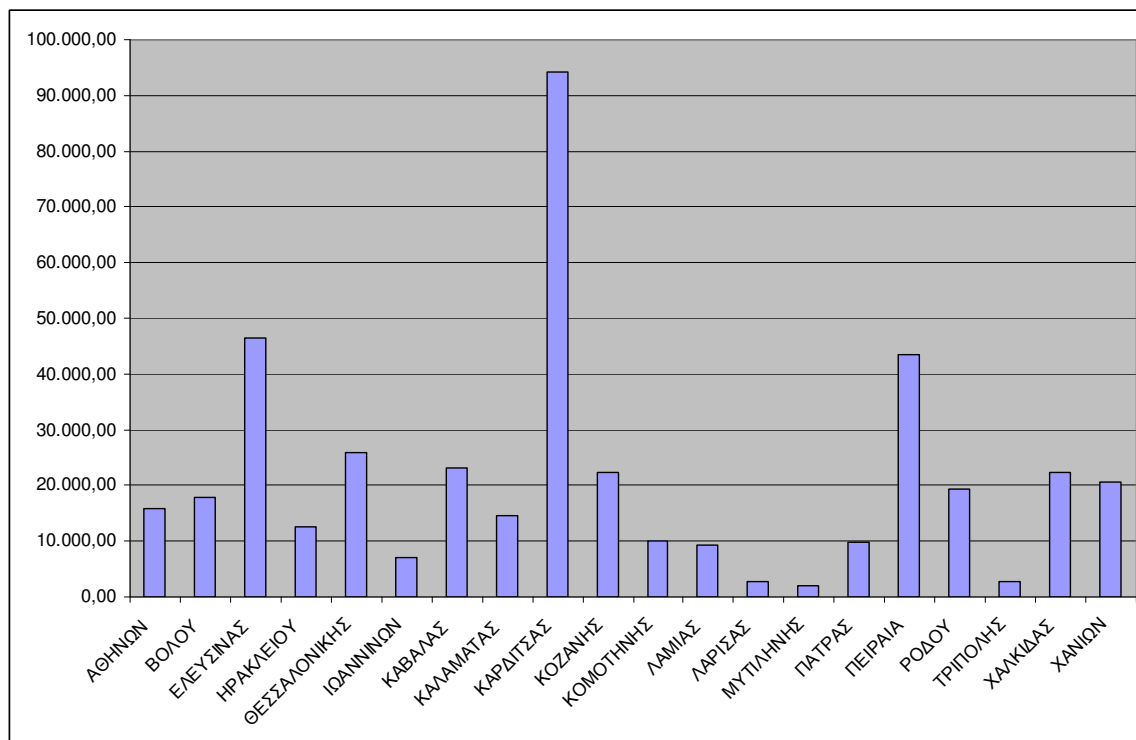
Κατά το έτος 2003, από το διάγραμμα 31 και τον πίνακα 15 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού για ΗΠΑ παρουσιάζεται υψηλή στο υποκατάστημα του Πειραιά (156673,33€). Υψηλή επίσης είναι η μέση δαπάνη στα υποκαταστήματα της Χαλκίδας (108334,52€) και των Χανίων (124504,58€).

Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 2003, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 32 ότι στο υποκατάστημα της Καρδίτσας είναι υψηλή με σημαντική διαφορά με τα υπόλοιπα (94179,47€).

Διάγραμμα 31. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2003 (€)



Διάγραμμα 32. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2003 (€)

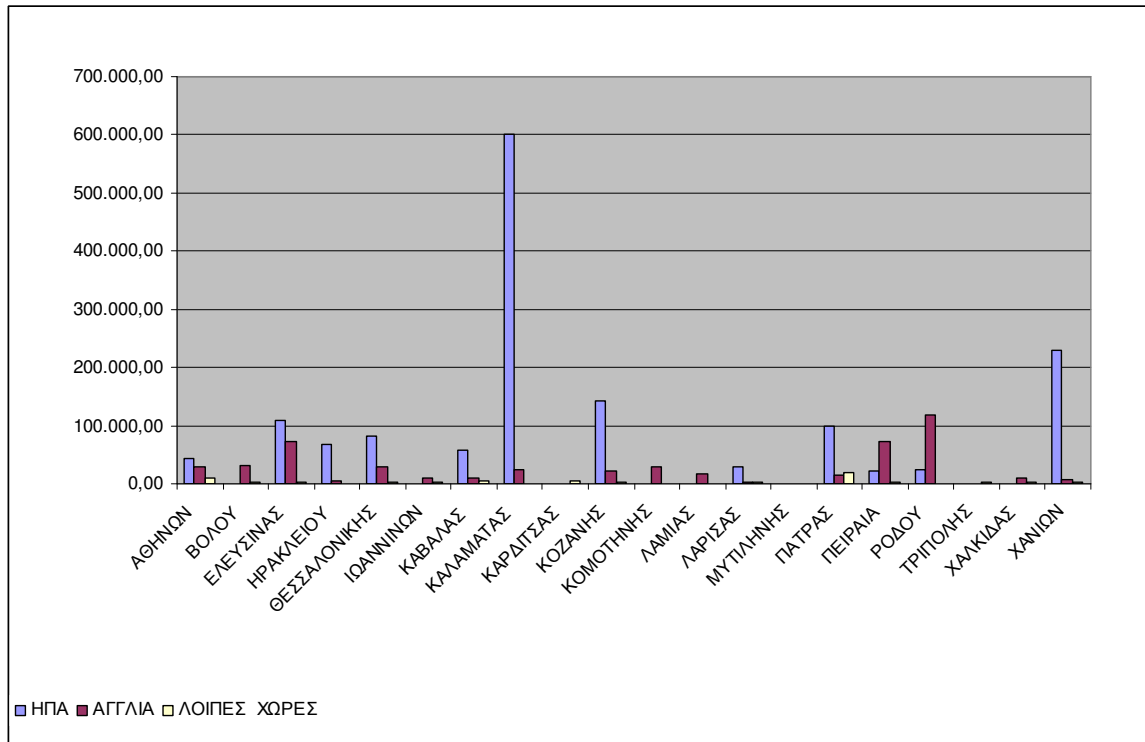


Κατά το έτος 2004, από το διάγραμμα 33 και τον πίνακα 16 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού για ΗΠΑ παρουσιάζεται υψηλή στο υποκατάστημα της Καλαμάτας (601218,88€).

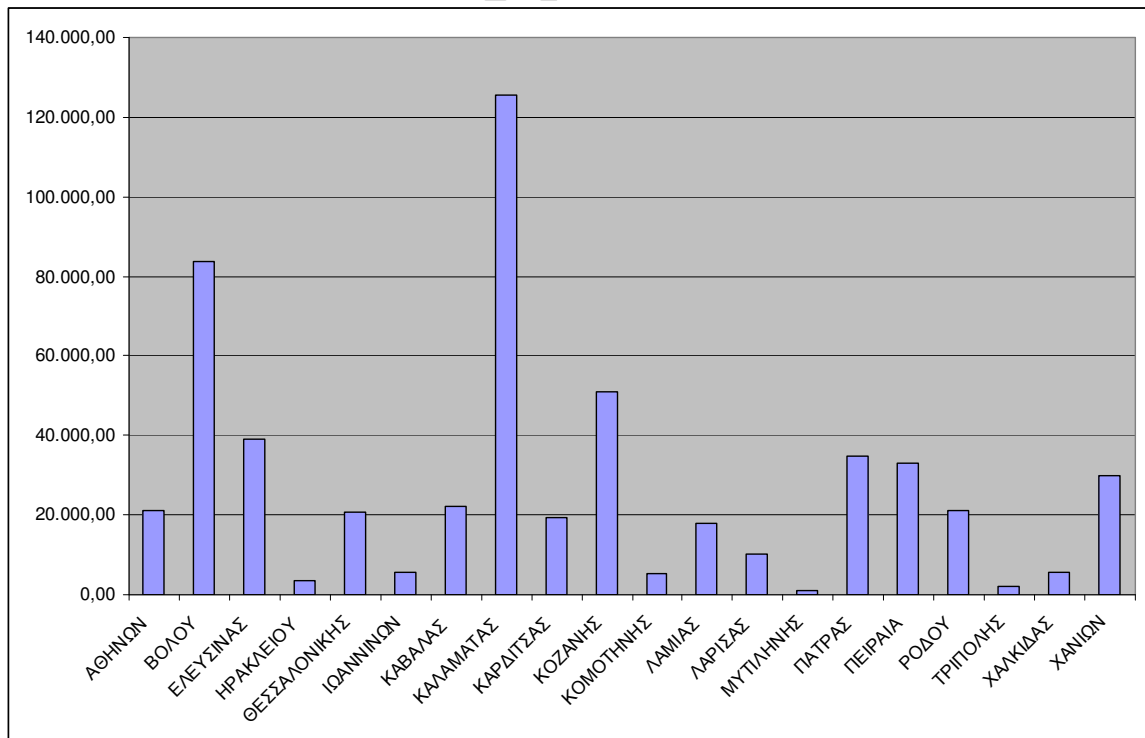
Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 2004, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 34 ότι και εδώ το υποκατάστημα της Καλαμάτας είναι υψηλά με διαφορά από τα υπόλοιπα (19359,13€).

ΠΑΝΕ

Διάγραμμα 33. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2004 (€)



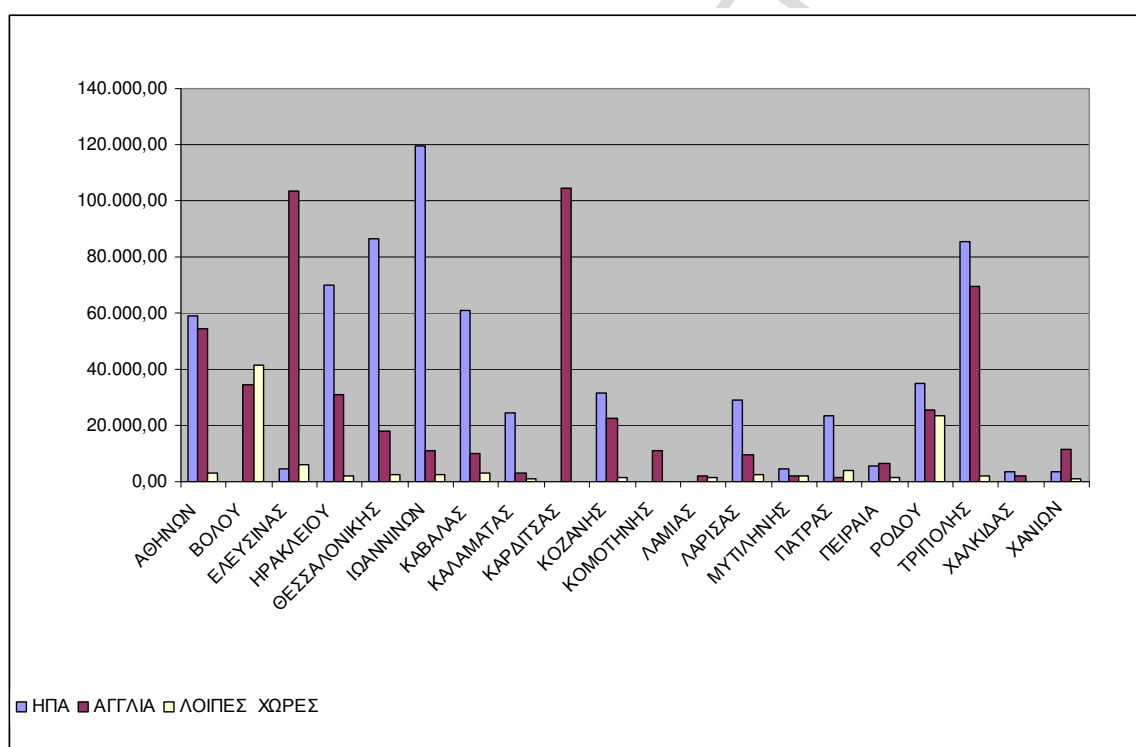
Διάγραμμα 34. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2004 (€)



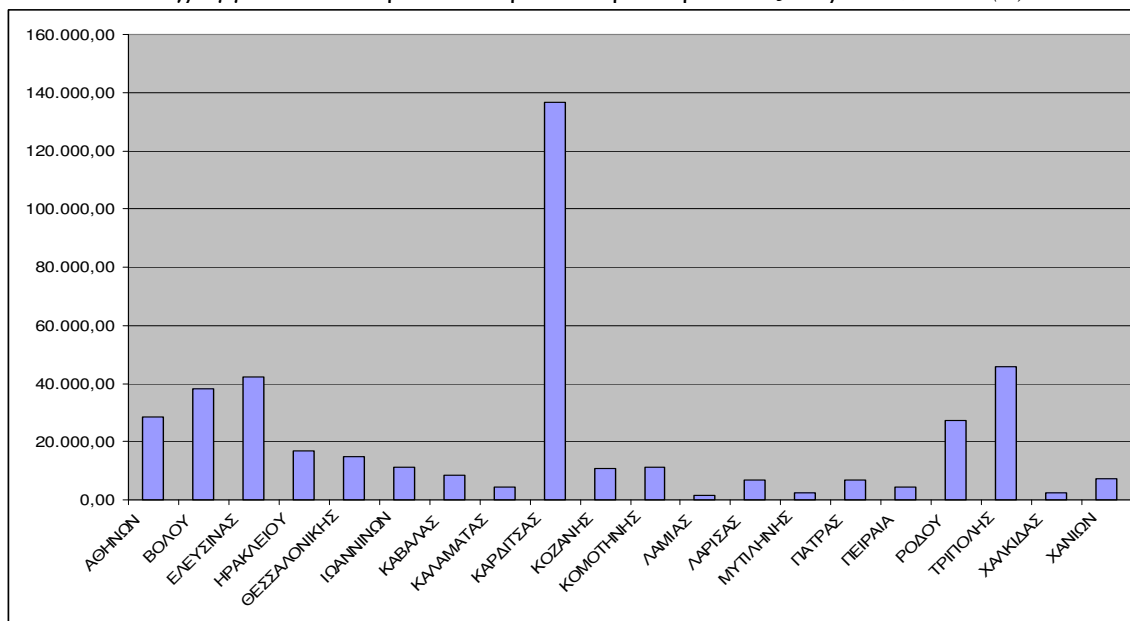
Κατά το έτος 2005, από το διάγραμμα 35 και τον πίνακα 17 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού για ΗΠΑ παρουσιάζεται υψηλή στο υποκατάστημα των Ιωαννίνων (119490,04€). Βέβαια παρατηρούμε ότι παρουσιάζονται σημαντικές δαπάνες για νοσήλια στην Αγγλία, με το υποκατάστημα της Ελευσίνας και της Καρδίτσας να βρίσκονται υψηλότερα από τα υπόλοιπα (103628,23€ και 104726,55€ αντίστοιχα).

Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 2005, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 36 ότι το υποκατάστημα της Καρδίτσας είναι υψηλά με διαφορά από τα υπόλοιπα (136496,69€).

Διάγραμμα 35. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2005 (€)

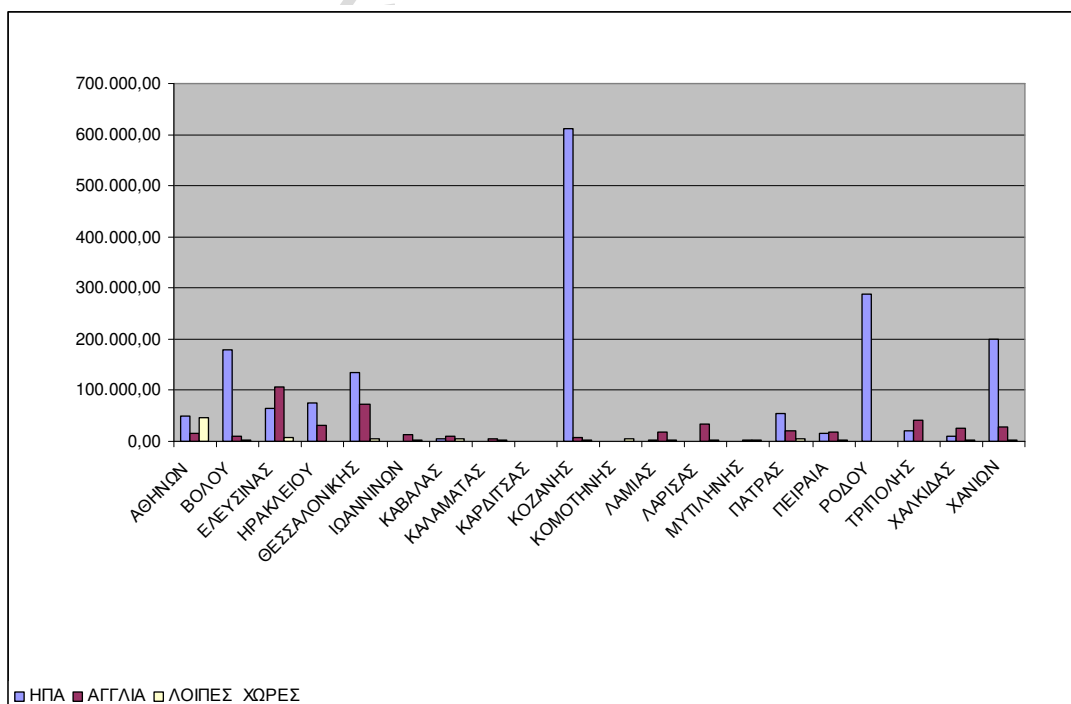


Διάγραμμα 36. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2005 (€)

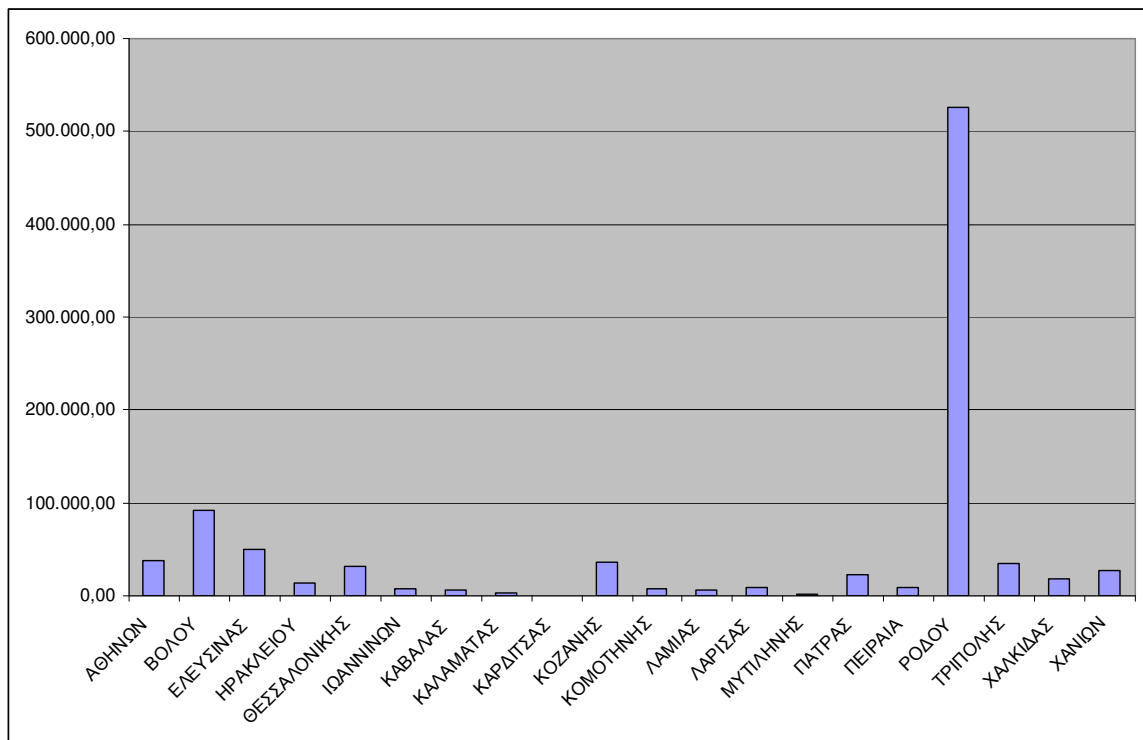


Κατά το έτος 2006, από το διάγραμμα 37 και τον πίνακα 18 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού για ΗΠΑ παρουσιάζεται υψηλή στο υποκατάστημα της Κοζάνης (610604,92€). Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 2006, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 38 ότι το υποκατάστημα της Ρόδου είναι υψηλά με διαφορά από τα υπόλοιπα (5525470,77€).

Διάγραμμα 37. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2006 (€)



Διάγραμμα 38. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2006 (€)

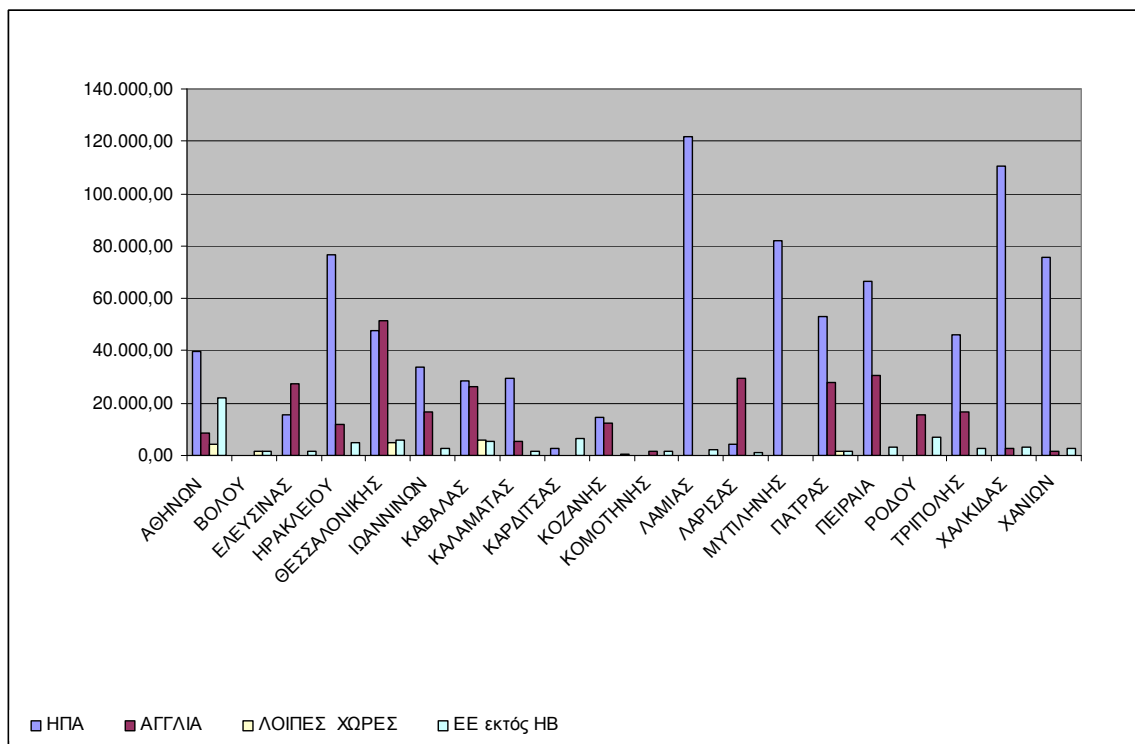


Κατά το έτος 2007, από το διάγραμμα 39 και τον πίνακα 19 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού για ΗΠΑ παρουσιάζεται υψηλή στο υποκατάστημα της Λαμίας (121725,50€). Βέβαια παρατηρούμε ότι παρουσιάζονται σημαντικές δαπάνες για νοσήλια στην Αγγλία στο υποκατάστημα της Θεσσαλονίκης (47715,16).

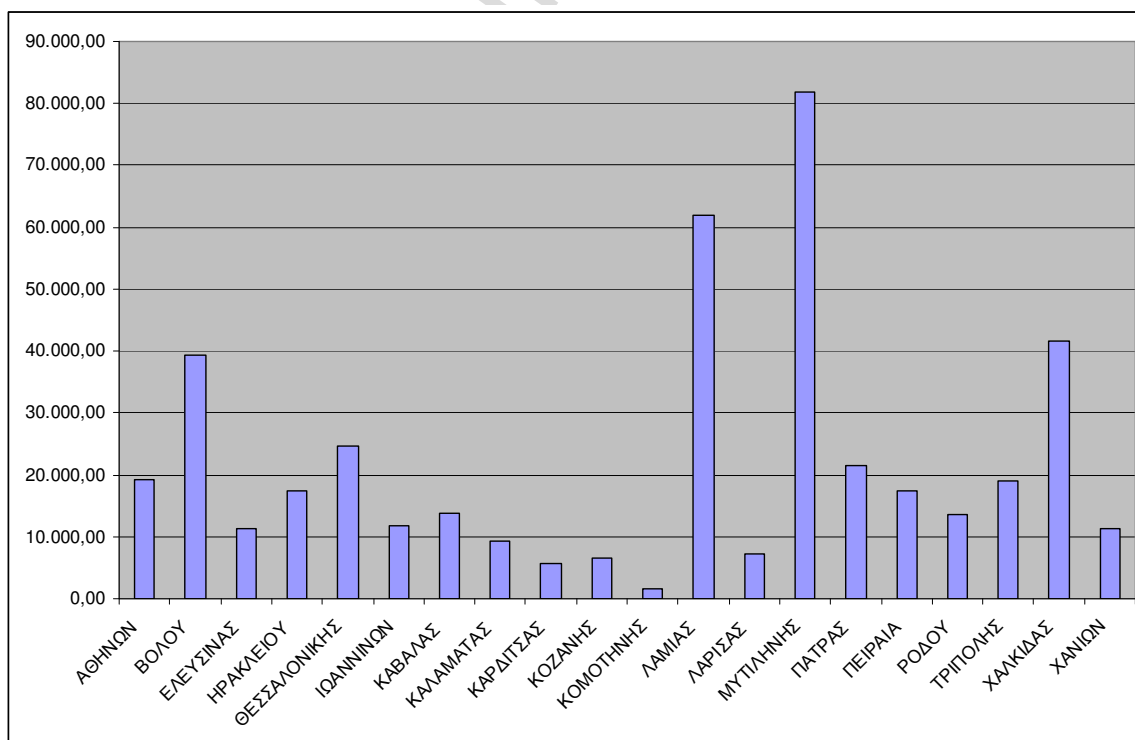
Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 2007, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 40 ότι το υποκατάστημα της Μυτιλήνης είναι υψηλά με διαφορά από τα υπόλοιπα (81849,63€).

ΠΑΝΕΛ

Διάγραμμα 39. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2007 (€)



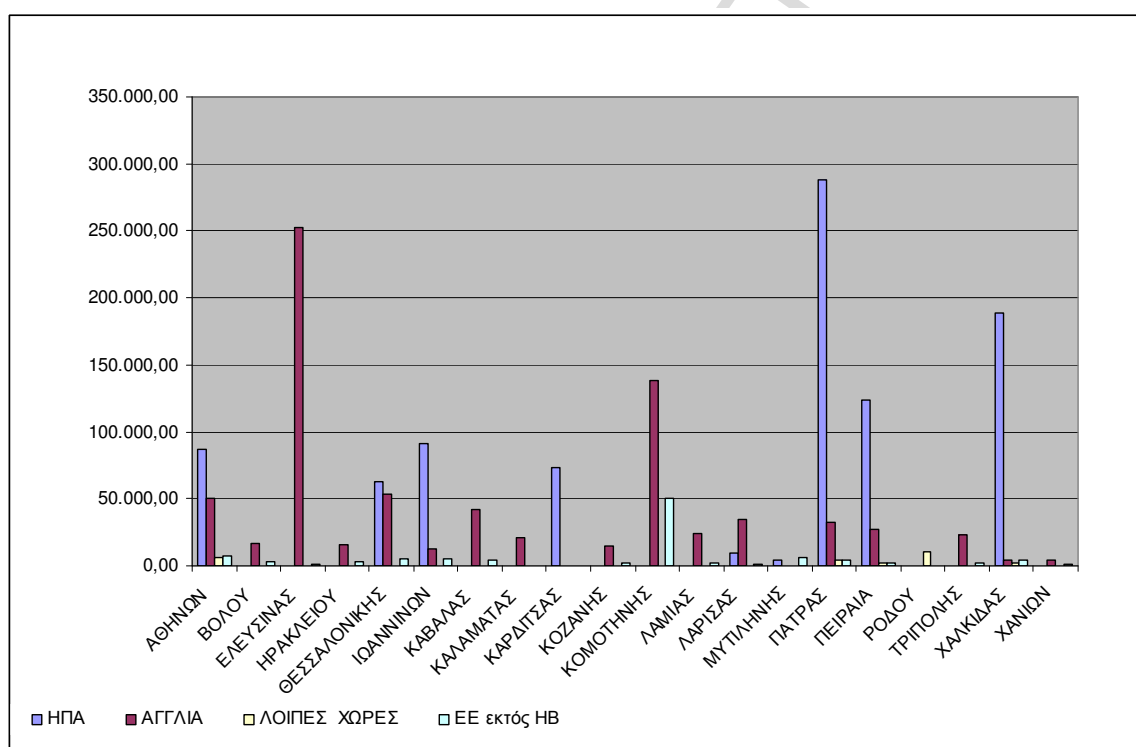
Διάγραμμα 40. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2007 (€)



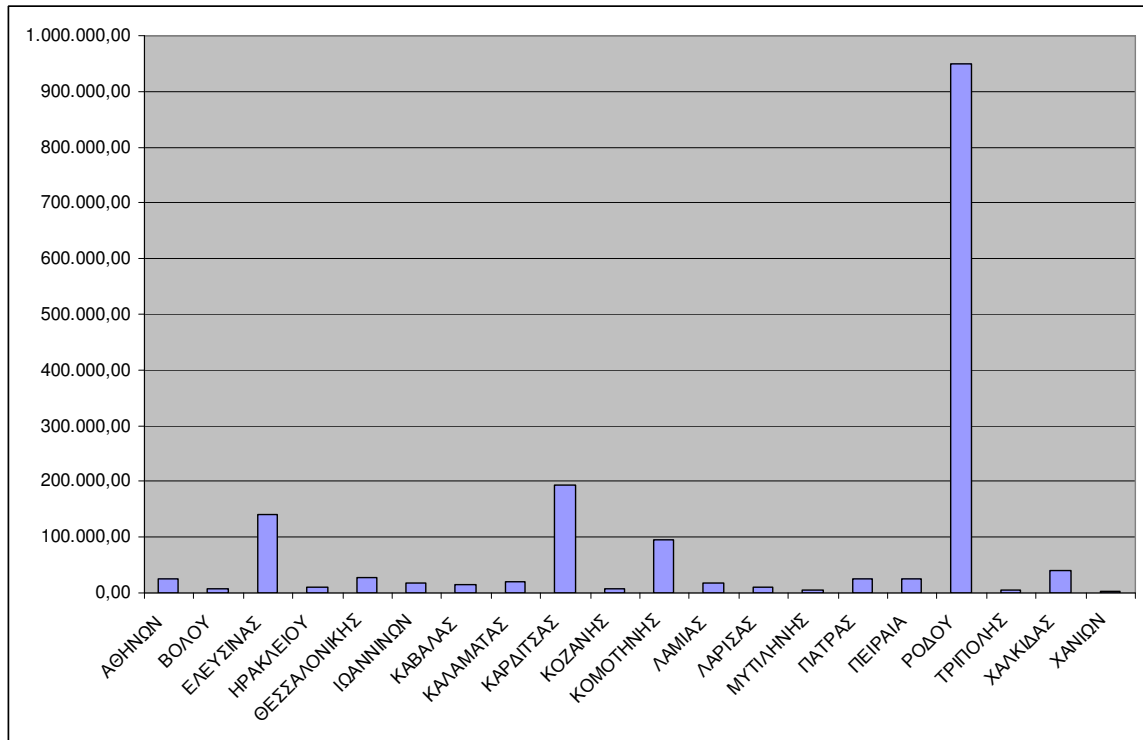
Κατά το έτος 2008, από το διάγραμμα 38 και τον πίνακα 20 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού για ΗΠΑ παρουσιάζεται υψηλή στο υποκατάστημα της Πάτρας (287902,52€). Βέβαια παρατηρούμε ότι παρουσιάζονται σημαντικές δαπάνες για νοσήλια στην Αγγλία, με το υποκατάστημα της Ελευσίνας και της Κομοτηνής να βρίσκονται υψηλότερα από τα υπόλοιπα (252308,79€ και 138617,41€ αντίστοιχα).

Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 2008, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 42 ότι το υποκατάστημα της Ρόδου είναι υψηλά με διαφορά από τα υπόλοιπα (948552,31€).

Διάγραμμα 41. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2008 (€)



Διάγραμμα 42. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2008 (€)

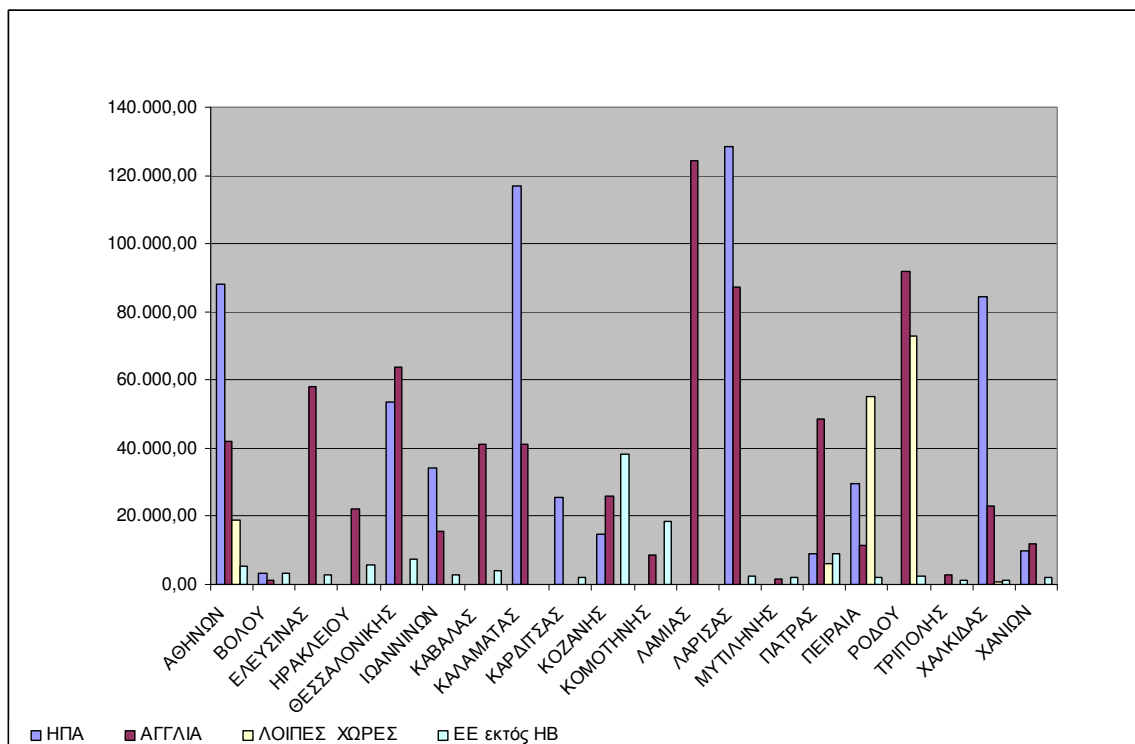


Κατά το έτος 2009, από το διάγραμμα 43 και τον πίνακα 21 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού για ΗΠΑ παρουσιάζεται υψηλή στο υποκατάστημα της Καλαμάτας (116914,89€). Βέβαια παρατηρούμε ότι παρουσιάζονται σημαντικές δαπάνες για νοσήλια στην Αγγλία που αγγίζουν το επίπεδο αυτών των ΗΠΑ, στο υποκατάστημα της Λαμίας και της Ρόδου να βρίσκονται υψηλότερα από τα υπόλοιπα (124319,13€ και 91953,57€ αντίστοιχα).

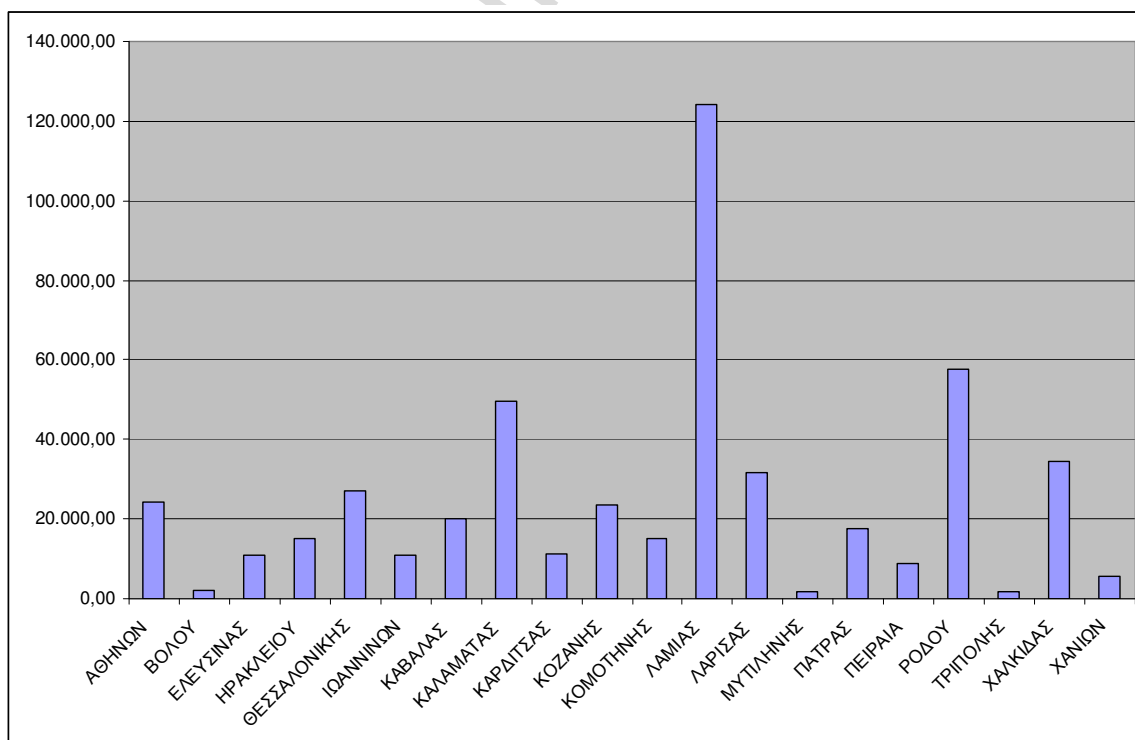
Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 2009, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 44 ότι το υποκατάστημα της Λαμίας είναι υψηλά με διαφορά από τα υπόλοιπα (124319,13€).

ΠΑΝ

Διάγραμμα 43. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2009 (€)



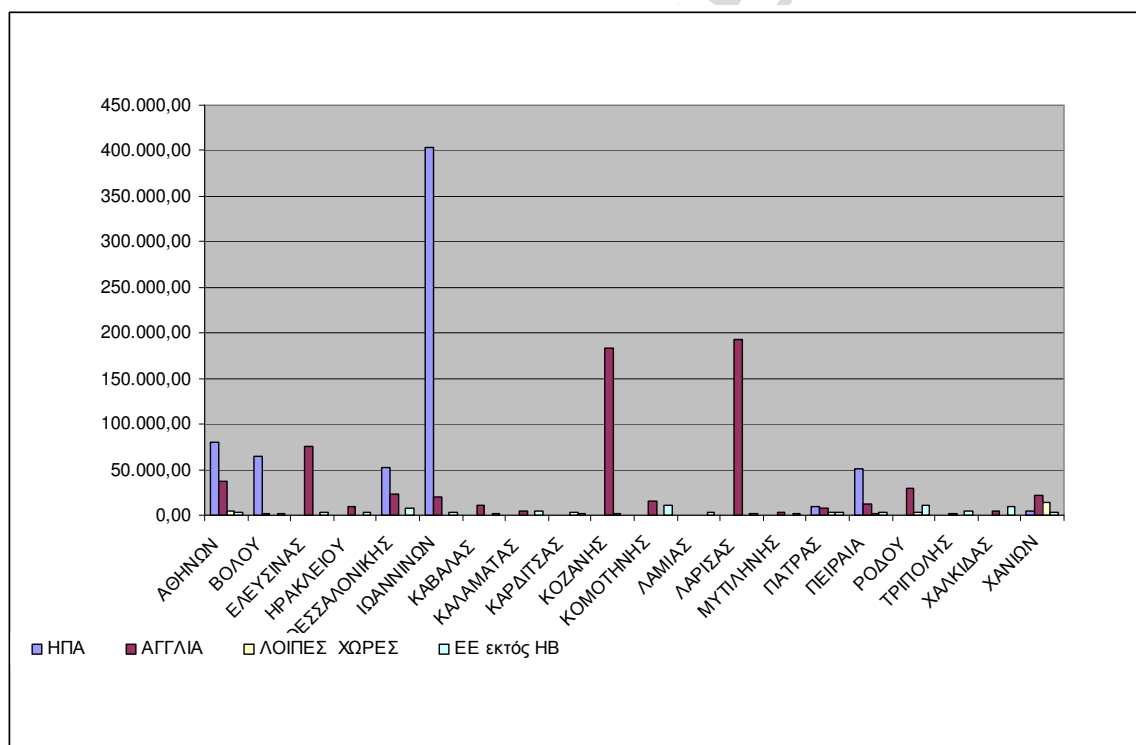
Διάγραμμα 44. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2009 (€)



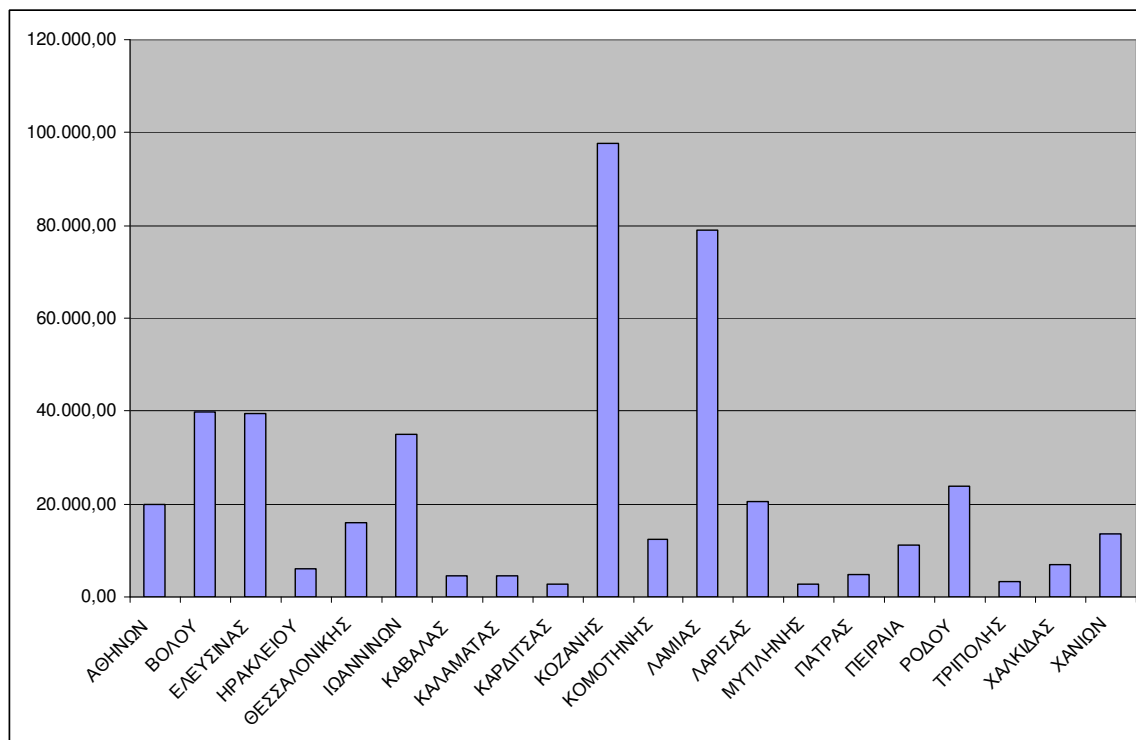
Κατά το έτος 2010, από το διάγραμμα 45 και τον πίνακα 22 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού για ΗΠΑ παρουσιάζεται υψηλή στο υποκατάστημα των Ιωαννίνων (404482,19€). Βέβαια παρατηρούμε ότι παρουσιάζονται σημαντικές δαπάνες για νοσήλια στην Αγγλία, στα υποκαταστήματα της Κοζάνης και της Λάρισας να βρίσκονται υψηλότερα από τα υπόλοιπα (183582,14€ και 192485,18€ αντίστοιχα).

Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 2010, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 46 ότι το υποκατάστημα της Κοζάνης και της Λαμίας είναι υψηλά με διαφορά από τα υπόλοιπα (97650,34€ και 78878,37€).

Διάγραμμα 45. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2010 (€)



Διάγραμμα 46. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2010 (€)

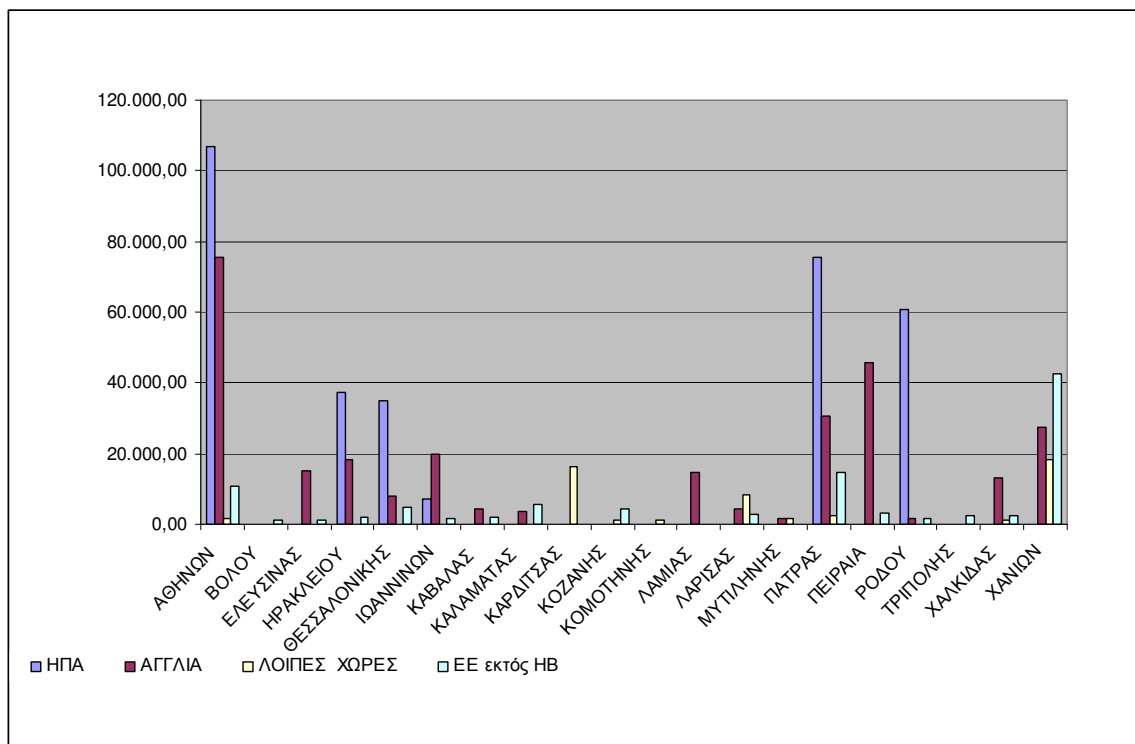


Κατά το έτος 2011, από το διάγραμμα 47 και τον πίνακα 23 του παραρτήματος, παρατηρούμε ότι η μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού για ΗΠΑ παρουσιάζεται υψηλή στο υποκατάστημα των Αθηνών (106945,94€). Βέβαια παρατηρούμε ότι παρουσιάζονται σημαντικές δαπάνες για νοσήλια στην Αγγλία στο ίδιο υποκατάστημα (75581,80€).

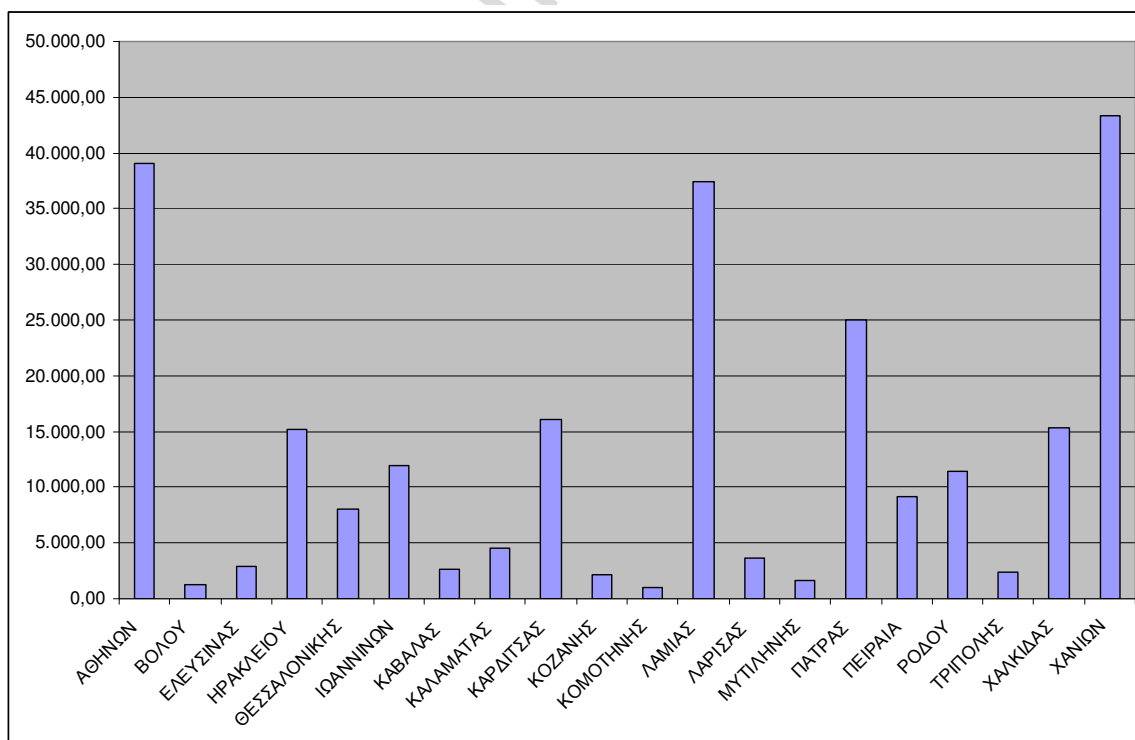
Ως προς τη μέση συνολική δαπάνη (πίνακας 24, Παράρτημα) κατά το έτος 2011, σε όλα τα υποκαταστήματα, φαίνεται στο διάγραμμα 48 ότι τα υποκαταστήματα της Αθήνας (39017,71€), της Λαμίας (37378,07€) και των Χανίων (43330,27€) είναι υψηλά με διαφορά από τα υπόλοιπα.

ΠΑΝ

Διάγραμμα 47. Μέση δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, ανά υποκατάστημα, 2011 (€)



Διάγραμμα 48. Μέση συνολική δαπάνη νοσηλίων εξωτερικού, 2011 (€)

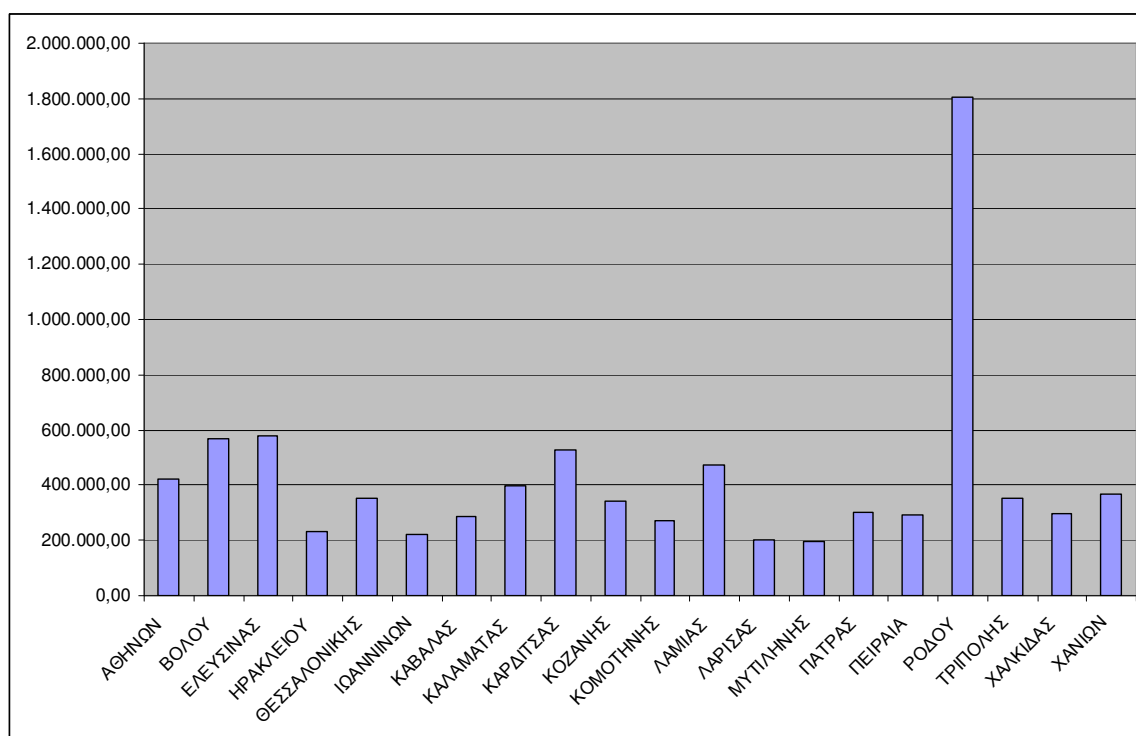


Από τον πίνακα 22 του Παραρτήματος εξάχθηκε η συνολική μέση δαπάνη του κάθε υποκαταστήματος συνολικά για όλα τα έτη (πίνακας 2). Με βάση τον πίνακα 2 και το διάγραμμα 49, φαίνεται ότι το υποκατάστημα της Ρόδου (1.804.126,98€, 21,27%) έχει την υψηλότερη μέση συνολική δαπάνη στο σύνολο των ετών (διάγραμμα 49).

Πίνακας 2. Μέση Συνολική Δαπάνη ανά υποκατάστημα, €

Υποκατάστημα	Μέση Συνολική Δαπάνη	Ποσοστό % επί του συνόλου
ΑΘΗΝΩΝ	423.182,15	4,99
ΒΟΛΟΥ	565.351,17	6,67
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	578.901,37	6,83
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	232.216,90	2,74
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	354.252,16	4,18
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	221.309,37	2,61
ΚΑΒΑΛΑΣ	288.068,03	3,40
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	397.490,38	4,69
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	529.746,62	6,25
ΚΟΖΑΝΗΣ	343.090,54	4,05
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	270.597,67	3,19
ΛΑΜΙΑΣ	472.373,84	5,57
ΛΑΡΙΣΑΣ	201.482,39	2,38
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	194.360,24	2,29
ΠΑΤΡΑΣ	303.190,19	3,57
ΠΕΙΡΑΙΑ	290.867,75	3,43
ΡΟΔΟΥ	1.804.126,98	21,27
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	349.262,05	4,12
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	295.690,11	3,49
ΧΑΝΙΩΝ	365.480,54	4,31
ΣΥΝΟΛΟ	8.481.040,45	

Διάγραμμα 49. Μέση συνολική δαπάνη ανά υποκατάστημα, €



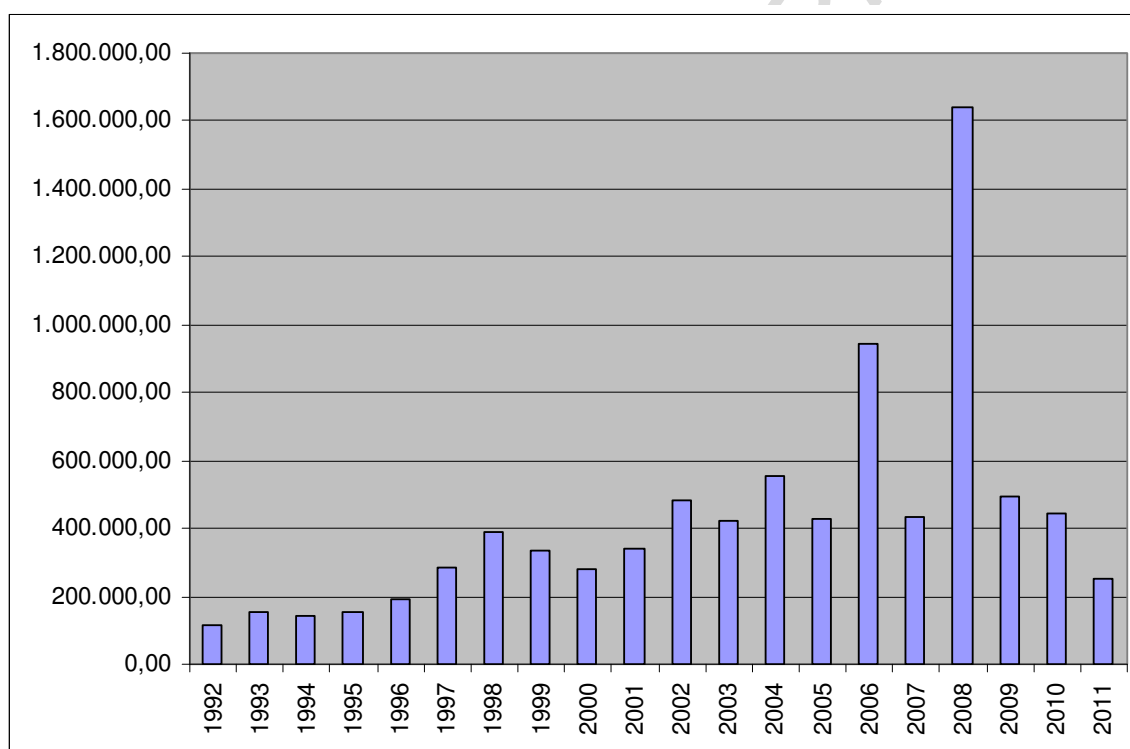
Επίσης από τον πίνακα 22 του Παραρτήματος υπολογίστηκε η συνολική μέση δαπάνη όλων των υποκαταστημάτων ανά έτος (πίνακας 3). Με βάση τον πίνακα 3 και το διάγραμμα 50, φαίνεται ότι το 2008 σημειώθηκε η υψηλότερη μέση συνολική δαπάνη στο σύνολο των υποκαταστημάτων (1638297,25€, 19,32%) (διάγραμμα 50).

Πίνακας 3. Μέση Συνολική Δαπάνη ανά έτος, €

Έτος	Μέση Συνολική Δαπάνη	Ποσοστό % επί του συνόλου
1992	113532,14	1,34
1993	151110,35	1,78
1994	140556,71	1,66
1995	155173,77	1,83
1996	191529,57	2,26
1997	287726,20	3,39
1998	391614,14	4,62
1999	334800,20	3,95
2000	280694,53	3,31
2001	341609,88	4,03
2002	481510,49	5,68
2003	421930,44	4,97
2004	552761,81	6,52

Έτος	Μέση Συνολική Δαπάνη	Ποσοστό % επί του συνόλου
2005	482744,18	5,06
2006	941566,24	11,10
2007	436269,59	5,14
2008	1638297,25	19,32
2009	493730,44	5,82
2010	443877,36	5,23
2011	254005,14	2,99
ΣΥΝΟΛΟ	8481040,45	

Διάγραμμα 50. Μέση συνολική δαπάνη ανά έτος, €

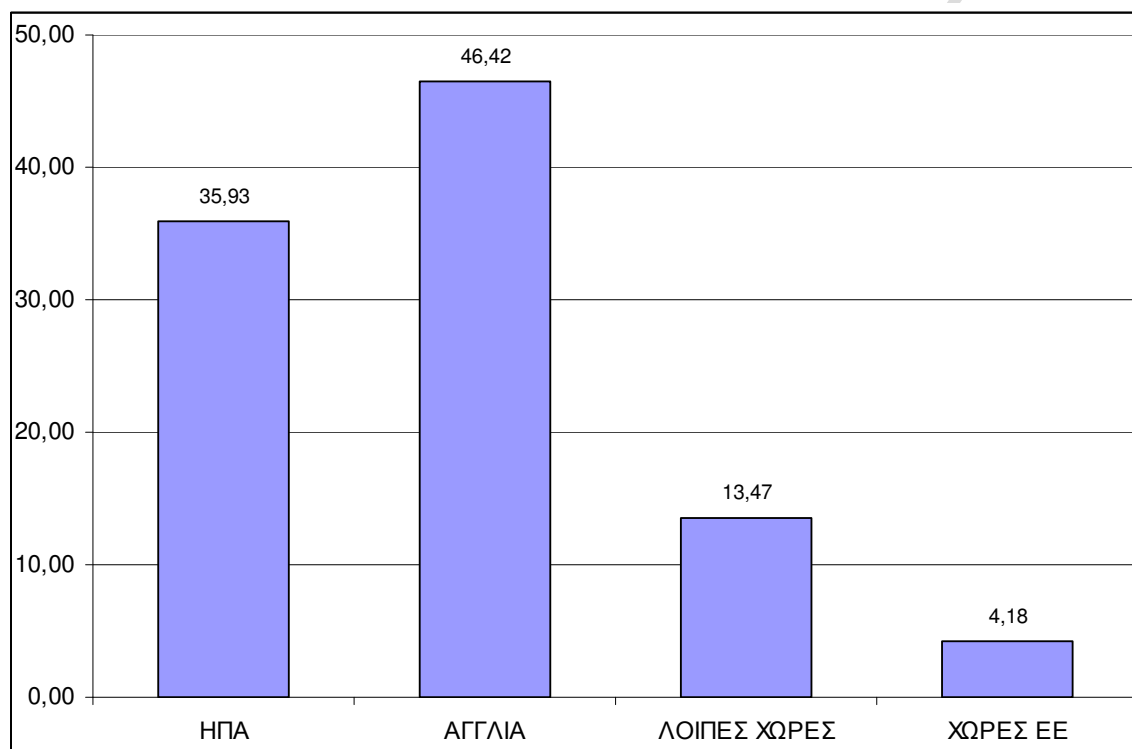


Ροή ασθενών ανά προορισμό – Μέση Συνολική Δαπάνη

Από τον πίνακα 25 που παρατίθεται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ παρατηρούμε ότι συνολικά καθόλα τα έτη (1992-2011) η υψηλότερη δαπάνη για νοσηλεία στο εξωτερικό σημειώνεται στην Ευρώπη, αθροίζοντας τις δαπάνες για Αγγλία (130.093.097,94€) και για χώρες της ΕΕ εκτός Αγγλίας (37.739.929,48€). Στο διάγραμμα 51 παρατηρείται η ποσοστιαία συμμετοχή της κάθε χώρας. Έτσι η Αγγλία κατέχει το 46,42% των δαπανών για νοσήλια επί του συνόλου, οι ΗΠΑ το 35,93%, οι λοιπές χώρες το 13,47% και οι ευρωπαϊκές χώρες εκτός της Αγγλίας το 4,18%. Βέβαια εάν αθροιστούν τα ποσοστά της Αγγλίας και των Ευρωπαϊκών χωρών εκτός Αγγλίας εξάγεται το συνολικό ποσοστό των

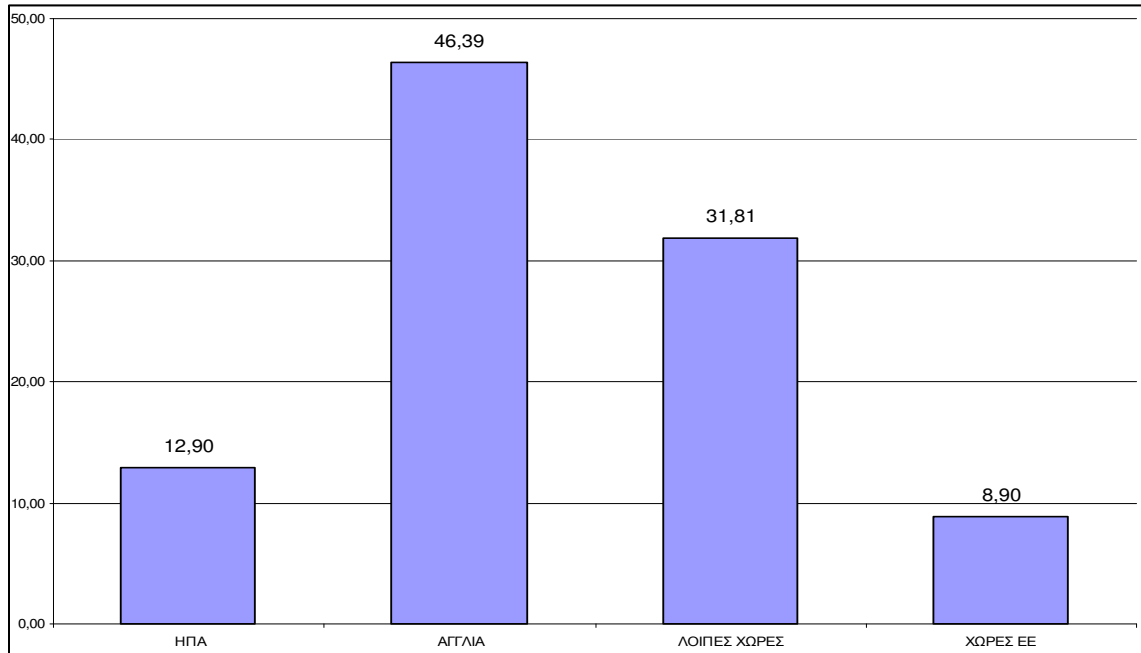
δαπανών για νοσήλια στην Ευρώπη που είναι ίσο με 50,60% επί του συνόλου. Βλέπουμε λοιπόν ότι η μεγαλύτερη ροή δαπανών για νοσήλια στο εξωτερικό λαμβάνει χώρα εντός Ευρώπης και έπονται οι ΗΠΑ ή οιοσδήποτε άλλες χώρες.

Διάγραμμα 51. Ποσοστό συνολικής δαπάνης νοσηλίων ανά προορισμό



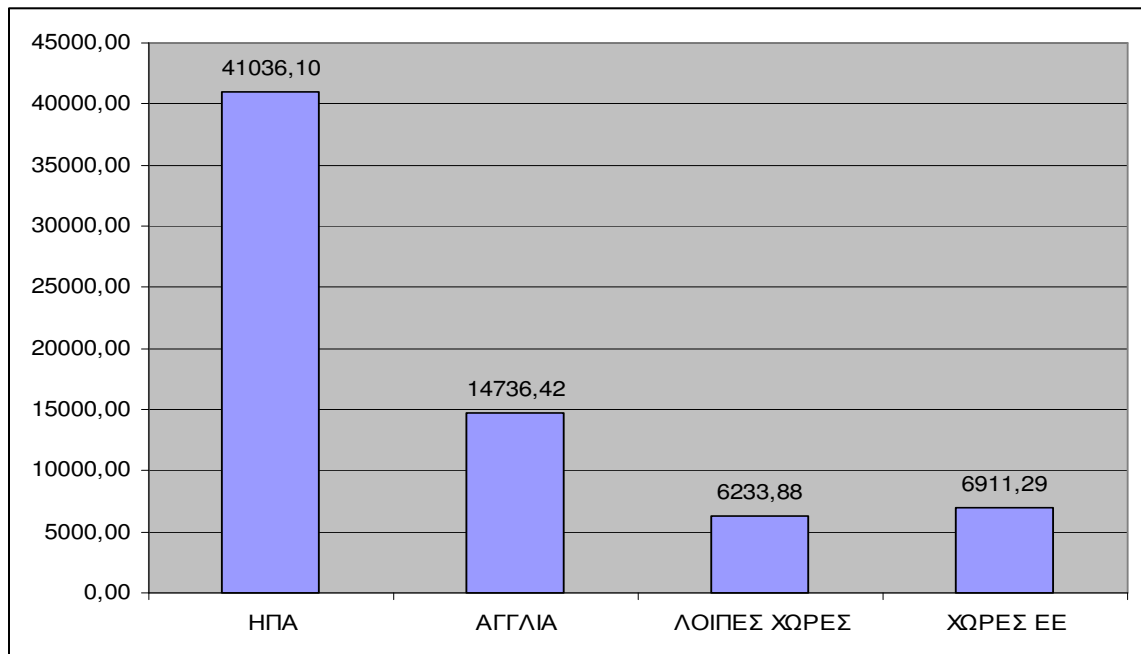
Επίσης, στον πίνακα 26 του ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ παρουσιάζονται τα περιστατικά ανά έτος και προορισμό καθώς και τα ποσοστά αυτών επί του συνόλου. Σύμφωνα με τον πίνακα 26 παρατηρείται ότι η Αγγλία βρίσκεται και πάλι στην πρώτη θέση ως προορισμός νοσηλείας στο εξωτερικό. Στο διάγραμμα 52 φαίνεται ότι η ροή των περιστατικών φθάνει τα 8828 (46,39%) περιστατικά και αν αθροιστεί με το ποσοστό άλλων περιστατικών εντός ΕΕ εκτός της Αγγλίας που είναι 1694 (8,90%) αγγίζει τα 10522 (55,29%). Έτσι και σε αυτή την περίπτωση η νοσηλεία στο εξωτερικό επικεντρώνεται κυρίως στην Ευρώπη, Αγγλία και λοιπές Ευρωπαϊκές χώρες, κάνοντας εμφανές ότι οι Έλληνες ασθενείς πρώτα αναζητούν νοσηλεία σε κάποια ευρωπαϊκή χώρα και στη συνέχεια απευθύνονται σε άλλες χώρες ή στις ΗΠΑ.

Διάγραμμα 52. Ποσοστό ροής περιστατικών ανά προορισμό



Από τους πίνακες 25 και 26 του ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ υπολογίστηκε η μέση συνολική δαπάνη για τη νοσηλεία στο εξωτερικό ανά προορισμό και σύμφωνα με τον πίνακα 27 φαίνεται ότι οι ΗΠΑ κατέχουν τη μεγαλύτερη μέση συνολική δαπάνη (41036,10€) ανά περιστατικό και έπεται η Αγγλία (14736,42€) (διάγραμμα 53).

Διάγραμμα 53. Μέση συνολική δαπάνη ανά προορισμό (σε €)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά και από όσα παρατέθηκαν στην παρούσα εργασία, είναι εμφανές ότι οι ασθενείς επιθυμούν να τους παρέχεται υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας όσο το δυνατόν ταχύτερα και εγγύτερα στην κατοικία τους. Ωστόσο, μερικές φορές ο καλύτερος τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι με υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται σε άλλο κράτος μέλος. Η ΕΕ παρέχει την ελευθερία στους πολίτες να αναζητούν υγειονομική περίθαλψη σε άλλα κράτη-μέλη αν και έχει καταστεί σαφές ότι τα κράτη-μέλη είναι αρμόδια για την οργάνωση, και την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Βέβαια, αν και η κινητικότητα των ασθενών εξακολουθεί να είναι ένα φαινόμενο σχετικά χαμηλής κλίμακας, όσον αφορά το συνολικό αριθμό των ατόμων που λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη σε άλλο κράτος-μέλος όσο και των οικονομικών επιβαρύνσεων, το γεγονός ότι οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να κινούνται πιο ελεύθερα μεταξύ των συστημάτων υγείας εγείρει μια σειρά από ζητήματα και μπορεί να έχει συνέπειες για τον τρόπο οργάνωσης της φροντίδας υγείας.

Κατά τη διάρκεια των προσπαθειών για οικονομική ολοκλήρωση, κατέστη σαφές ότι τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης των κρατών-μελών διαφέρουν πάρα πολύ για να υπάρχει πλήρης εναρμόνιση. Η μεγαλύτερη ανησυχία των πολιτών είναι οι συνθήκες υπό τις οποίες έχουν δικαίωμα να λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη σε άλλο κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με βάση τη **νομολογία**, είναι δυνατή η εξασφάλιση ενός σαφούς και διαφανούς πλαισίου παροχής διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης εντός της ΕΕ. Σε αυτή την περίπτωση, δεν πρέπει να υπάρχουν αδικαιολόγητα εμπόδια αλλά κρίνεται αναγκαία η ασφαλής και καλή ποιότητα. Οι διαδικασίες επιστροφής των εξόδων πρέπει να είναι και αυτές σαφείς και διαφανείς, με σεβασμό στις αρχές της καθολικότητας, της πρόσβασης σε ποιοτική περίθαλψη, της ισοτιμίας και της αλληλεγγύης (European Commission, 2008).

Επίσης, η ΕΕ δεν εφαρμόζει μια στρατηγική για την υγεία, δεσμευτική για τα κράτη-μέλη, επιδρά όμως στη διαμόρφωση των εθνικών πολιτικών υγείας. Τα κράτη-μέλη διατηρούν την **αποκλειστικότητα της οργάνωσης, παροχής** και χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας. Μέχρι πρόσφατα δε η ΕΕ δεν είχε τυπική αρμοδιότητα θεσμοθέτησης στον τομέα της υγείας, αλλά περιοριζόταν μόνο στην ανάπτυξη προγραμμάτων δημόσιας υγείας και στην υιοθέτηση κινήτρων που υποδήλωναν προτίμηση, όχι όμως και δεσμευτικότητα.

Οι ασθενείς μπορεί να σταλούν στο εξωτερικό από το σύστημα υγείας τους ή να πάνε ιδιωτικά αν και οι δύο αυτές καταστάσεις μπορεί να συνδέονται χωρίς να υπάρχει σαφής διαχωρισμός: οι ασθενείς που αναμένουν να θεραπευθούν στο εξωτερικό πρέπει πρώτα να ζητήσουν εξουσιοδότηση για λόγους αποζημίωσης ή οι ασθενείς που του αρνήθηκαν την εξουσιοδότηση μπορεί τελικά να επέλεξαν να πάνε στο εξωτερικό και να απαιτήσουν νομικά την αποζημίωση αργότερα. Επιπλέον, οι εγχώριοι πάροχοι ιατρικής φροντίδας συνήθως συνιστούν στους ασθενείς να επισκεφθούν ένα άλλο κράτος-μέλος καθώς οι ασθενείς δεν έχουν από μόνοι τους την απαραίτητη πληροφόρηση (Wisnar et al., 2011).

Όσον αφορά την επιστροφή των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης όταν οι ασθενείς αναζητούν ιατρική περίθαλψη σε άλλο κράτος-μέλος, έχουν αποσαφηνιστεί οι προϋποθέσεις υπό τις οποίες μπορούν να επιστραφούν οι εν λόγω δαπάνες. Η πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη εξαρτάται από την κατοχή των κατάλληλων πληροφοριών όσον αφορά την ποιότητα, τη διαθεσιμότητα και την καταλληλότητα διαφόρων υπηρεσιών, και από την ύπαρξη σαφήνειας σχετικά με τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούνται. Επίσης, όταν οι ασθενείς αναζητούν υγειονομική περίθαλψη σε άλλα κράτη μέλη, έχει ουσιαστική σημασία να εξασφαλίζεται η δέουσα προστασία της ευεξίας και της ασφάλειας του ασθενούς (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004).

Σύμφωνα με την επεξεργασία των αριθμητικών **δεδομένων** που είχαμε στη διάθεσή μας από τον ΟΠΑΔ και το ΙΚΑ, σχετικά με τις δαπάνες για νοσηλεία στο εξωτερικό φάνηκε ότι η Ρόδος έχει τις υψηλότερες δαπάνες ανά περιστατικό ενώ το έτος 2008 φάνηκε να έχει σε όλα τα υποκαταστήματα την υψηλότερη δαπάνη ανά περιστατικό. Σε διάφορα έτη παρουσιάστηκαν υποκαταστήματα με υψηλά επίπεδα δαπανών, όπως π.χ. το υποκατάστημα του Πειραιά κατά το έτος 2008, καθώς υπήρχαν περιστατικά μεταμοσχεύσεων που ανέβαζαν τις δαπάνες.

Ως προς τη ροή των ασθενών προς το εξωτερικό, παρατηρείται ότι οι Έλληνες ασθενείς στο μεγαλύτερο ποσοστό επισκέπτονται ευρωπαϊκές χώρες (Αγγλία και χώρες ΕΕ εκτός Αγγλίας) προκειμένου να απολαύσουν υγειονομική περίθαλψη στο εξωτερικό. Αυτό συμβαίνει κυρίως γιατί η Ευρώπη θεωρείται ένας οικείος προορισμός, με κοινό νόμισμα και προσιτό κόστος. Επίσης, οι κοινοτικοί κανονισμοί που διέπουν τη ροή ασθενών σε ευρωπαϊκές χώρες διευκολύνουν την πρόσβαση στη διασυνοριακή φροντίδα υγείας. Έτσι, κατά τη μετακίνηση των ασθενών και Ευρωπαίων πολιτών εντός της ΕΕ παρέχονται, με βάση τους κοινοτικούς κανονισμούς, δικαιώματα πρόσβασης στις υπηρεσίες περίθαλψης τους κράτους υποδοχής, εφόσον έχουν θεμελιώσει το αντίστοιχο

δικαίωμα στο κράτος της μόνιμης διαμονής τους. Ως κοινοτικοί υπήκοοι είναι ευκολότερο να λάβουν την ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη που απαιτείται προσκομίζοντας την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας.

Βέβαια οι ασθενείς επισκέπτονται και τις ΗΠΑ, σε μικρότερο όμως ποσοστό, αν και η μέση συνολική δαπάνη για τις ΗΠΑ είναι υψηλότερη κατά πολύ από αυτή για Αγγλία ή άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Γεγονός δε είναι ότι τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις καθώς η κοινωνία γερνάει ενώ οι ανισότητες ανάμεσα σε περιφέρειες και ομάδες πολιτών είναι μεγάλες. Έτσι, φαίνεται ότι όλα τα κράτη-μέλη της ΕΕ αντιμετωπίζουν τις ίδιες προκλήσεις, με αποτέλεσμα η αύξηση της συνεργασίας τους να οδηγεί σε θετικά αποτελέσματα. Η συνεργασία τους, σε πρακτικό επίπεδο αυξάνει την ποιότητα της περίθαλψης και την αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων. Είναι λοιπόν σημαντικό να εξακολουθήσουν να έχουν όλοι πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας περίθαλψη. Ο ρόλος των κρατών-μελών στην εξασφάλιση αυτής της πολιτικής είναι πρωταρχικός και ουσιαστικός, όμως η ανάληψη πρωτοβουλιών σε ευρωπαϊκό επίπεδο μπορεί να βοηθήσει τις δράσεις των κρατών μελών, μέσω της ανάπτυξης συνεργιών, συνεργασίας και συντονισμού.

Τέλος, στα πλαίσια της συνεργασίας είναι σημαντική η δημιουργία ενός δικτύου-παρατηρητήριου μεταξύ των κρατών-μελών για ανταλλαγή απόψεων, επικοινωνία, παροχή κατευθυντήριων γραμμών και εισαγωγή ευρέως μετρήσιμων δεικτών για την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης.

ΠΑΝΕΠΙ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

- Bertinato, L., Busse, R., Fahy, N., Legido-Quigley, H., McKee, M., Palm, W., Passarani, I., & Ronfini, F. (2005). Policy Brief. Cross Border Health Care in Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies*
- Busse R., Drews M., Wismar M. (2002). Consumer choice of health care services across borders, 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.
- Busse R., Worz M., Foubister T., Mossialos E. & Berman P. (2006). Mapping Health Services Access: National and cross-border issues (HealthACCESS). Final Report
- Commission of the European Communities (2008). Communication from the Commission. A Community framework on the application of patients' rights in cross-border healthcare, COM(2008) 415 final, Brussels, 2.7.2008
- Council of the European Union (2006). Council conclusions on common values and principles in EU health systems. 2733rd Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting, Luxembourg, 1–2/6/2006 (OJ 2006, C 156)
- Directive 2011/24/EU. Application of patients' rights in cross-border healthcare. Official Journal of the European Union. Διαθέσιμο στο <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:EN:PDF>
- EHMA (2010). EU Briefing: The impact of the Treaty of Lisbon on EU health law. *Occasional Papers*
- Eurobarometer (2007). Cross-border health services in the EU. Analytical report. Flash Eurobarometer European Commission. Available in http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_210_en.pdf
- Europa, Ιστοσελίδα EE, Σύνοψη της νομοθεσίας της EE http://europa.eu/legislation_summaries/glossary/open_method_coordination_el.htm,
- European Commission (2001). The internal market and health services. *Report of the High Level Committee on Health*
- European Commission (2006). Consultation regarding Community action on health services, SEC (2006) 1195/4, 26 September 2006
- European Commission (2007). White Paper: Together for Health: A strategic approach for the EU 2008-2013, SEC (2007) 1374-1376, 23 October 2007

- European Commission (2008). Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare, COM(2008) 414 final, Brussels, 2.7.2008
- European Parliament (1993). Report of the Committee on the Environment. Public Health and Consumer Protection on public health policy after Maastricht, Session Documents, PE 205.804/fin, 20/10/1993
- Eurostat (2006). Europe in figures. Available in http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-11-001/EN/KS-CD-11-001-EN.PDF
- Glinos A. & R. Baeten (2006). A literature review of cross-border patient mobility in the European Union. *Observatoire social européen*, September 2006
- Hatzopoulos V. (2002). Do the rules on internal market affect national health care systems? In McKee M., Mossialos E., Baeten R., (eds). *The impact of EU law in health care systems*, P.I.E.-Peter Lang, Bruxelles, pp. 123-160
- Hatzopoulos, V. (2008). Public procurement and State aids in public health care systems. *EuroObserver*, vol. 10, no 3
- Hermans H. (1997). Patients' rights in the European Union: Cross-border care as an example of the right to health care. *European Journal of Public Health*, 7 (3 supplement): 11-17
- Lear J. & Mossialos E. (2008). EU law and health policy in Europe. *EuroObserver*, vol. 10, no 3
- Legido-Quigley H. Glinos I. Baeten R. & McKee M. (2007). Patient mobility in the European Union. *British Medical Journal* 334 (7586): 188-90
- Mossialos E., Permanand G., Baeten R. & Hervey T. (2010). *Health Systems Governance in Europe. The Role of European Union Law and Policy*. Cambridge, European Observatory on Health Systems and Policies
- OECD, (1992). The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries, Paris, pp. 19-29
- Palm W., Nickless J., Lewalle H. & Coheur A. (2000). *Implications of recent jurisprudence on the coordination of health care protection systems*. AIM, Bruxelles
- Relakis J. & Maniadakis N. (2010). Developing HTA frameworks in emerging markets: the road ahead. The case of Greece. *Eurohealth*, vol. 16, no 4
- Rosenmöller M., McKee M. & Baeten R. (2006). Patient Mobility in the European Union: Learning from experience. *European Observatory*

van Ginneken E & Busse R. (2010). Cross-border healthcare data, in Wismar et al . (eds.), Cross-border healthcare

WHO, (1978). Primary Health Care. International Conference on Primary Health Care. Alma- Ata, USSR, 6-12 September 1978, Geneva- New York.

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, pp. 17-29

Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K. & van Ginneken E. (2011). Cross-border health care in the European Union: mapping and analyzing practices and policies. European Observatory on Health Systems and Policies

Ελληνική βιβλιογραφία

Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (2004). Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας, Εγκύκλιος Οδηγία, υπ' αριθμ. πρωτ.: Φ. 60000/ΟΙΚ. 12854/897

Δαρδαβέσης Θ.Ι. (2008). Η ιστορική πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833-1981). *Ιατρικό Βήμα, Πολιτική της Υγείας*

Έκτακτο Ευρωβαρόμετρο (2007). Cross-border health services in the EU, Analytical report, που διεξήγαγε η The Gallup Organization κατόπιν αιτήματος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, Γενική Διεύθυνση Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών

ΕΛΙΑΜΕΠ (2011). Τα δικαιώματα των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, διαθέσιμο στο ΕΛΙΑΜΕΠ, 2011

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2001). Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο, στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, στην Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και στην Επιτροπή των Περιφερειών: Το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους: εξασφάλιση της δυνατότητας πρόσβασης, της ποιότητας και της οικονομικής βιωσιμότητας. COM(2001) 723 τελικό, Βρυξέλλες 5.12.2001

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2002). Πρόταση Οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, COM(2002) 119 τελικό, Βρυξέλλες 07.03.2002

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2003). Ανακοίνωση της Επιτροπής σχετικά με την εισαγωγή της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Υγείας, COM(2003) 73 τελικό, Βρυξέλλες 17.02.2003

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2004). 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, Βρυξέλλες, 20.4.2004

- 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 (2007). Λευκή Βίβλος. Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013, COM(2007) 630 τελικό, Βρυξέλλες 23.10.2007
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2011). Πρόταση Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου 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 (2008). Βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης σε όλη την Ευρώπη. Γενική Διεύθυνση Υγείας και Καταναλωτών
- Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (2001). Συμπεράσματα της Προεδρίας: Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Γκέτεμποργκ, 15 και 16 Ιουνίου 2001
- Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (2002). Συμπεράσματα της Προεδρίας: Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Βαρκελώνης, 15 και 16 Μαρτίου 2002
- Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (2003). Συμπεράσματα της Προεδρίας: Ευρωπαϊκό Συμβούλιο των Βρυξελλών, 20 και 21 Μαρτίου 2003
- Κανονισμός (ΕΟΚ) 1408/71 (1971). Περί εφαρμογής των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στους μισθωτούς και τις οικογένειές τους που διακινούνται εντός της Κοινότητας, αριθ. 1408/71 του Συμβουλίου της 14ης Ιουνίου 1971
- Κυριόπουλος Ι. & Γείτονα Μ. (1995). Η διασυνοριακή ροή ασθενών στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Εκδ. Εξάντας
- Μηνακούλη Θ., Τσιακατούρα, Χ., Κολίτση Ζ & Χρηστάκης Μ. (2005). Ετήσια Έκθεση για την Υγεία. Η υγειονομική περίθαλψη και η μέριμνα για τους ηλικιωμένους. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- Οδηγία 2011/24/ΕΕ. Περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης. Διαθέσιμο στο <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32011L0024:EL:NOT>
- Οικονόμου Χ. (2004). Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες. Εκδ. Διόνικος
- Οικονόμου Χ. (2011). Η επίδραση της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα Συστήματα Υγείας των Χωρών Μελών σε Σακελλαρόπουλος Θ. (2011). Η κοινωνική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αθήνα, εκδ. Διόνικος

Σουλιώτης Κ. (2011). Έκθεση πεπραγμένων, Απολογισμός 2011. Οργανισμός
Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου

ΦΕΚ 2456 (2011). Κανονισμός ΕΟΠΥΥ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 4. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 1992

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ	ΗΠΑ			ΑΓΓΛΙΑ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	23	667.012.000	85.107,91	412	3.228.136.000	22.994,22	169	197.806.000	3.434,92	604	4.092.954.000	19.886,76
ΒΟΛΟΥ	1	2.094.000	6.145,27	22	16.616.000	2.216,50	6	3.969.000	1.941,31	29	22.679.000	2.295,04
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	1	2.574.000	7.553,93	22	37.481.000	4.999,80	7	3.401.000	1.425,85	30	43.456.000	4.251,01
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	94	149.777.000	4.676,07	408	465.999.000	3.351,88	249	116.549.000	1.373,64	751	732.325.000	2.861,73
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	2	14.226.000	20.874,54	36	104.148.000	8.490,10	21	13.528.000	1.890,51	59	131.902.000	6.560,90
ΚΑΒΑΛΑΣ	1	1.774.000	5.206,16	21	46.143.000	6.448,38	24	29.160.000	3.565,66	46	77.077.000	4.917,35
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	0	0	0,00	2	7.429.000	10.900,95	3	3.635.000	3.555,88	5	11.064.000	6.493,91
ΚΟΖΑΝΗΣ	1	2.437.000	7.151,87	0	3.741.000	0,00	3	462.000	451,94	4	6.640.000	4.871,61
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	2	32.637.000	47.889,95	11	30.808.000	8.219,30	3	932.000	911,71	16	64.377.000	11.807,96
ΛΑΜΙΑΣ	1	3.262.000	9.573,00	15	50.075.000	9.797,02	7	3.443.000	1.443,45	23	56.780.000	7.244,89
ΛΑΡΙΣΑΣ	2	3.071.000	4.506,24	5	10.036.000	5.890,54	2	348.000	510,64	9	13.455.000	4.387,38
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	5	13.696.000	8.038,74	5	6.538.000	3.837,42	5	2.035.000	1.194,42	15	22.269.000	4.356,86
ΠΑΤΡΑΣ	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
ΠΕΙΡΑΙΑ	37	180.202.000	14.292,95	335	605.294.000	5.302,56	76	34.734.000	1.341,24	448	820.230.000	5.373,06
ΡΟΔΟΥ	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	1	5.972.000	17.526,05	8	38.620.000	14.167,28	0	0	0,00	9	44.592.000	14.540,47
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	7	10.168.000	4.262,87	20	40.728.000	5.976,23	13	19.569.000	4.417,63	40	70.465.000	5.169,85
ΧΑΝΙΩΝ	0	0	0,00	13	40.308.000	0,00	1	305.000	0,00	14	40.613.000	8.513,36
ΣΥΝΟΛΟ	178	1.088.902.000	17.952,83	1.335	4.732.100.000	10.402,48	589	429.876.000	2.141,86	2.102	6.250.878.000	8.727,15

Παρατηρήσεις:

Στην στήλη "ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ" αναγράφεται ο αριθμός των ασφαλισμένων, που εισέπραξαν προκαταβολή κατά την διάρκεια του υπό εξέταση έτους

Στη στήλη "ΔΑΠΑΝΕΣ" αναγράφεται το σύνολο των χρημάτων που πληρώθηκαν κατά την διάρκεια του έτους είτε ως προκαταβολή, είτε ως δόση, είτε ως εκκαθάριση.

Πίνακας 5. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 1993

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ	ΗΠΑ			ΑΓΓΛΙΑ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	40	923.976.194	67.789,89	613	3.236.777.536	15.495,89	153	250.446.315	4.803,83	806	4.411.200.045	16.061,49
ΒΟΛΟΥ	1	167.678	492,09	22	11.898.262	1.587,18	11	14.216.584	3.792,86	34	26.282.524	2.268,57
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	4	4.124.750	3.026,23	5	12.044.419	7.069,36	4	1.562.556	1.146,41	13	17.731.725	4.002,87
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	4	27.193.157	19.950,96	27	141.420.209	15.371,34	7	10.211.780	4.281,22	38	178.825.146	13.810,49
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	38	191.589.978	14.796,31	250	894.082.494	10.495,47	76	160.067.775	6.180,94	364	1.245.740.247	10.043,62
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	0	0	0,00	38	73.335.144	5.663,60	21	17.455.877	2.439,42	59	90.791.021	4.516,01
ΚΑΒΑΛΑΣ	3	9.380.256	9.176,09	30	65.056.240	6.364,02	19	18.545.921	2.864,57	52	92.982.417	5.247,61
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	0	0	0,00	5	8.652.558	5.078,54	3	523.347	511,96	8	9.175.905	3.366,07
ΚΟΖΑΝΗΣ	0	0	0,00	4	1.955.820	1.434,94	5	10.198.750	5.986,06	9	12.154.570	3.963,34
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	1	13.653.646	40.069,39	4	3.713.592	2.724,57	1	4.110.340	12.062,63	6	21.477.578	10.505,05
ΛΑΜΙΑΣ	2	3.237.592	4.750,69	13	39.109.128	8.828,74	2	2.306.124	3.383,89	17	44.652.844	7.708,40
ΛΑΡΙΣΑΣ	3	10.399.051	10.172,71	35	100.164.892	8.398,69	3	3.735.162	3.653,86	41	114.299.105	8.181,31
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	4	13.895.975	10.195,14	6	12.128.958	5.932,48	8	12.931.948	4.743,93	18	38.956.881	6.351,49
ΠΑΤΡΑΣ	1	159.810	468,99	26	76.524.483	8.637,56	18	19.531.732	3.184,43	45	96.216.025	6.274,79
ΠΕΙΡΑΙΑ	26	139.664.778	15.764,41	219	434.440.492	5.821,71	72	39.081.934	1.592,97	317	613.187.204	5.676,73
ΡΟΔΟΥ	2	25.483.034	37.392,57	9	34.131.427	11.129,51	7	2.221.044	931,16	18	61.835.505	10.081,60
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	3	3.732.196	3.650,96	7	30.752.862	12.892,93	1	350.000	1.027,15	11	34.835.058	9.293,69
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	1	5.526.338	16.218,16	15	49.537.093	9.691,78	8	18.437.439	6.763,55	24	73.500.870	8.987,63
ΧΑΝΙΩΝ	3	28.294.996	27.679,14	11	79.553.913	21.224,28	8	2.871.215	1.053,27	22	110.720.124	14.769,58
ΣΥΝΟΛΟ	136	1.400.479.429	30.220,52	1.339	5.305.279.522	11.627,65	427	588.805.843	4.046,77	1.902	7.294.564.794	11.255,19

Πίνακας 6. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 1994

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ	ΗΠΑ			ΑΓΓΛΙΑ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	55	822.264.929	43.874,60	617	2.182.940.723	10.382,95	117	311.872.862	7.822,69	789	3.317.078.514	12.337,95
ΒΟΛΟΥ	0	0	0,00	13	9.340.469	2.108,58	3	1.090.211	1.066,48	16	10.430.680	1.913,18
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	2	4.533.213	6.651,82	8	27.935.636	10.247,85	1	296.500	870,14	11	32.765.349	8.741,51
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	2	2.521.629	3.700,12	17	38.485.631	6.643,76	11	3.550.547	947,25	30	44.557.807	4.358,80
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	46	207.043.123	13.208,91	139	609.205.545	12.862,14	84	136.400.180	4.765,40	269	952.648.848	10.393,09
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	2	9.141.983	13.414,50	17	15.475.244	2.671,48	12	5.359.368	1.310,68	31	29.976.595	2.837,82
ΚΑΒΑΛΑΣ	2	18.858.152	27.671,54	32	76.155.932	6.984,22	14	18.283.817	3.832,68	48	113.297.901	6.926,99
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	2	5.425.997	7.961,84	4	11.948.026	8.765,98	3	8.368.798	8.186,65	9	25.742.821	8.394,17
ΚΟΖΑΝΗΣ	0	0	0,00	7	2.910.420	1.220,17	4	882.920	647,78	11	3.793.340	1.012,03
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	0	0	0,00	7	14.980.250	6.280,37	3	5.994.479	5.864,00	10	20.974.729	6.155,46
ΛΑΜΙΑΣ	2	20.566.518	30.178,31	9	29.810.842	9.720,66	2	1.518.609	2.228,33	13	51.895.969	11.715,33
ΛΑΡΙΣΑΣ	2	13.534.790	19.860,29	14	29.664.662	6.218,35	9	10.907.566	3.556,72	25	54.107.018	6.351,52
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	0	0	0,00	5	3.779.135	2.218,13	4	7.819.095	5.736,68	9	11.598.230	3.781,93
ΠΑΤΡΑΣ	5	39.216.155	23.017,55	30	40.979.150	4.008,72	24	16.562.072	2.025,20	59	96.757.377	4.812,78
ΠΕΙΡΑΙΑ	52	77.822.766	4.392,05	136	169.591.212	3.659,56	56	12.209.059	639,82	244	259.623.037	3.122,61
ΡΟΔΟΥ	1	3.785.978	11.110,72	4	41.479.559	30.432,55	3	3.703.926	3.623,31	8	48.969.463	17.963,85
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	2	13.005.349	19.083,42	3	9.502.336	9.295,51	2	1.441.073	2.114,56	7	23.948.758	10.040,36
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	5	18.780.326	11.022,94	12	37.553.481	9.184,03	5	12.494.364	7.333,45	22	68.828.171	9.181,37
ΧΑΝΙΩΝ	1	7.606.512	22.322,85	7	26.874.229	11.266,84	4	8.519.024	6.250,20	12	42.999.765	10.515,96
ΣΥΝΟΛΟ	181	1.264.107.420	20.496,02	1.081	3.378.612.482	9.172,27	361	567.274.470	4.611,58	1.623	5.209.994.372	9.420,69

Πίνακας 7. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 1995

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ	ΗΠΑ			ΑΓΓΛΙΑ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	78	837.756.584	31.520,09	331	1.332.107.513	11.810,69	283	196.872.968	2.041,57	692	2.366.737.065	10.037,10
ΒΟΛΟΥ	0	0	0,00	10	26.854.283	7.880,93	1	608.334	1.785,28	11	27.462.617	7.326,78
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	2	26.641.377	39.092,26	11	28.958.308	7.725,82	3	1.156.609	1.131,43	16	56.756.294	10.410,18
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	4	44.536.608	32.675,43	12	28.045.483	6.858,76	11	4.989.855	1.331,25	27	77.571.946	8.431,50
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	78	1.038.297.454	39.065,31	238	1.106.094.204	13.638,90	104	97.780.837	2.759,21	420	2.242.172.495	15.666,93
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	0	0	0,00	16	30.686.189	5.628,43	17	11.211.524	1.935,44	33	41.897.713	3.725,98
ΚΑΒΑΛΑΣ	2	4.060.214	5.957,76	12	33.544.825	8.203,67	16	24.250.505	4.448,00	30	61.855.544	6.050,92
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	3	19.874.388	19.441,81	6	19.535.592	9.555,19	1	972.950	2.855,32	10	40.382.930	11.851,19
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
ΚΟΖΑΝΗΣ	1	1.100.569	3.229,84	2	11.654.630	17.101,44	5	2.626.864	1.541,81	8	15.382.063	5.642,72
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	0	0	0,00	20	14.712.570	2.158,85	5	5.223.102	3.065,65	25	19.935.672	2.340,21
ΛΑΜΙΑΣ	0	0	0,00	2	6.711.548	9.848,20	0	0	0,00	2	6.711.548	9.848,20
ΛΑΡΙΣΑΣ	3	10.883.848	10.646,95	12	15.029.347	3.675,56	3	1.190.395	1.164,49	18	27.103.590	4.418,94
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	0	0	0,00	4	959.100	703,67	11	14.015.146	3.739,12	15	14.974.246	2.929,66
ΠΑΤΡΑΣ	3	2.830.406	2.768,80	23	29.229.534	3.729,57	19	18.277.835	2.823,16	45	50.337.775	3.282,81
ΠΕΙΡΑΙΑ	11	70.006.392	18.677,09	48	117.383.282	7.176,77	16	5.637.027	1.033,94	75	193.026.701	7.553,01
ΡΟΔΟΥ	2	20.799.245	30.519,80	6	39.281.235	19.213,13	3	9.509.606	9.302,62	11	69.590.086	18.566,02
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	0	0	0,00	2	12.132.667	17.802,89	0	0	0,00	2	12.132.667	17.802,89
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	4	15.091.411	11.072,20	12	32.861.888	8.036,66	9	9.639.082	3.143,09	25	57.592.381	6.760,66
ΧΑΝΙΩΝ	1	551.600	1.618,78	2	1.852.461	2.718,21	1	1.041.680	3.057,02	4	3.445.741	2.528,06
ΣΥΝΟΛΟ	192	2.092.430.096	31.982,61	769	2.887.634.659	11.019,96	508	405.004.319	2.339,70	1469	5.385.069.074	10.758,05

Πίνακας 8. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 1996

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ	ΗΠΑ			ΑΓΓΛΙΑ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	128	853.644.986	19.571,83	237	1.025.543.732	12.699,01	174	279.645.194	4.716,53	539	2.158.833.912	11.754,24
ΒΟΛΟΥ	1	2.084.746	6.118,11	8	7.201.104	2.641,64	4	3.509.184	2.574,60	13	12.795.034	2.888,43
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	2	16.305.154	23.925,39	12	32.577.678	7.967,15	8	27.239.886	9.992,62	22	76.122.718	10.154,43
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	5	67.108.989	39.388,99	13	77.808.495	17.564,99	10	6.857.730	2.012,54	28	151.775.214	15.907,68
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	54	759.623.328	41.282,75	85	758.633.341	26.192,51	79	124.889.641	4.639,42	218	1.643.146.310	22.119,94
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	3	17.349.894	16.972,26	12	31.951.064	7.813,91	9	2.961.356	965,63	24	52.262.314	6.390,60
ΚΑΒΑΛΑΣ	0	0	0,00	15	65.083.682	12.733,42	12	14.616.471	3.574,58	27	79.700.153	8.662,82
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	4	108.615.279	79.688,39	4	16.039.429	11.767,74	3	4.542.746	4.443,87	11	129.197.454	34.468,74
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	2	28.103	41,24	2	1.569.787	2.303,43	1	694.443	2.037,98	5	2.292.333	1.345,46
ΚΟΖΑΝΗΣ	2	2.646.140	3.882,82	1	0	0,00	2	503.800	739,25	5	3.149.940	1.848,83
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	1	1.631.578	4.788,20	4	14.084.130	10.333,18	3	9.410.787	9.205,95	8	25.126.495	9.217,35
ΛΑΜΙΑΣ	0	0	0,00	11	25.688.330	6.853,42	0	0	0,00	11	25.688.330	6.853,42
ΛΑΡΙΣΑΣ	4	16.942.445	12.430,26	15	64.120.113	12.544,90	7	4.648.950	1.949,04	26	85.711.508	9.674,53
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	4	1.374.540	1.008,47	4	10.650.809	7.814,24	6	7.951.659	3.889,29	14	19.977.008	4.187,61
ΠΑΤΡΑΣ	4	8.295.954	6.086,54	30	86.054.630	8.418,16	19	21.887.352	3.380,68	53	116.237.936	6.436,30
ΠΕΙΡΑΙΑ	17	55.506.585	9.582,08	79	134.576.189	4.999,25	40	48.949.083	3.591,28	136	239.031.857	5.158,00
ΡΟΔΟΥ	2	952.353	1.397,44	5	47.250.292	27.733,11	5	12.811.515	7.519,60	12	61.014.160	14.921,54
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	0	0	0,00	1	4.077.000	11.964,78	1	1.541.652	4.524,29	2	5.618.652	8.244,54
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	1	1.740.863	5.108,92	4	22.674.729	16.635,90	11	7.506.104	2.002,56	16	31.921.696	5.855,04
ΧΑΝΙΩΝ	0	0	0,00	6	11.570.449	5.659,30	2	3.259.169	4.782,35	8	14.829.618	5.440,07
ΣΥΝΟΛΟ	234	1.913.850.937	24.002,49	548	2.437.154.983	13.051,69	396	583.426.722	4.323,70	1178	4.934.432.642	12.292,95

Πίνακας 9. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 1997

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ	ΗΠΑ			ΑΓΓΛΙΑ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	88	1.376.957.484	45.920,01	183	1.121.624.251	17.987,07	128	253.241.605	5.806,16	399	2.751.823.340	20.240,06
ΒΟΛΟΥ	0	12.645.523	0,00	1	1.929.345	5.662,05	0	699.027	0,00	1	15.273.895	44.824,34
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	1	3.411.384	10.011,40	9	39.361.731	12.835,00	4	4.958.014	3.637,57	14	47.731.129	10.005,48
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	5	51.137.100	30.014,44	15	117.796.243	23.046,46	9	24.978.450	8.144,93	29	193.911.793	19.623,22
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	61	676.971.599	32.569,02	110	620.235.301	16.547,33	82	102.415.856	3.665,37	253	1.399.622.756	16.235,09
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	1	1.267.101	3.718,56	29	100.853.013	10.205,99	5	5.686.130	3.337,42	35	107.806.244	9.039,41
ΚΑΒΑΛΑΣ	1	1.290.143	3.786,19	18	206.626.628	33.688,21	11	15.408.242	4.110,78	30	223.325.013	21.846,42
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	2	41.089.546	60.292,80	1	3.960.805	11.623,79	5	14.176.574	8.320,81	8	59.226.925	21.726,68
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	1	841.600	2.469,85	0	2.337.265	0,00	1	12.790.838	37.537,31	2	15.969.703	23.433,17
ΚΟΖΑΝΗΣ	3	11.017.000	10.777,21	1	1.491.000	4.375,64	3	6.990.000	6.837,86	7	19.498.000	8.174,41
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	0	0	0,00	2	14.873.222	21.824,24	0	6.802.229	0,00	2	21.675.451	31.805,50
ΛΑΜΙΑΣ	0	0	0,00	5	19.227.429	11.285,36	0	0	0,00	5	19.227.429	11.285,36
ΛΑΡΙΣΑΣ	0	0	0,00	13	30.541.378	6.894,61	4	3.557.453	2.610,02	17	34.098.831	5.886,47
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	0	0	0,00	0	0	0,00	2	3.709.554	5.443,22	2	3.709.554	5.443,22
ΠΑΤΡΑΣ	7	4.553.258	1.908,92	17	46.896.080	8.095,65	10	6.550.920	1.922,50	34	58.000.258	5.006,28
ΠΕΙΡΑΙΑ	8	39.722.166	14.571,59	22	62.969.352	8.399,83	23	32.620.524	4.162,24	53	135.312.042	7.492,46
ΡΟΔΟΥ	4	17.297.086	12.690,45	3	7.261.906	7.103,85	2	3.329.410	4.885,41	9	27.888.402	9.093,80
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	2	3.267.836	4.795,06	2	1.022.600	1.500,51	7	5.824.270	2.441,79	11	10.114.706	2.698,51
ΧΑΝΙΩΝ	3	66.232.838	64.791,23	9	20.050.065	6.537,89	8	8.216.146	3.013,99	20	94.499.049	13.866,33
ΣΥΝΟΛΟ	187	2.307.701.664	36.216,14	440	2.419.057.614	16.134,58	304	511.955.242	4.942,23	931	5.238.714.520	16.513,50

Πίνακας 10. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 1998

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ	ΗΠΑ			ΑΓΓΛΙΑ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	75	707.149.630	27.670,32	168	1.328.012.923	23.198,35	155	224.416.080	4.249,00	398	2.259.578.633	16.661,29
ΒΟΛΟΥ	0	2.113.565	0,00	3	16.824.703	16.458,50	4	1.727.260	1.267,25	7	20.665.528	8.663,88
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	2	120.807.092	177.266,46	5	105.495.284	61.919,46	3	1.194.370	1.168,37	10	227.496.746	66.763,54
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	4	40.706.832	29.865,61	8	21.705.691	7.962,47	12	5.677.248	1.388,42	24	68.089.771	8.325,97
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	40	664.331.322	48.740,38	65	510.207.081	23.035,48	69	122.380.834	5.205,09	174	1.296.919.237	21.873,98
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	1	1.879.956	5.517,11	12	89.436.562	21.872,48	6	4.540.740	2.220,95	19	95.857.258	14.805,92
ΚΑΒΑΛΑΣ	2	11.290.813	16.567,59	5	35.217.501	20.670,58	13	10.667.847	2.408,23	20	57.176.161	8.389,75
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	3	28.924.529	28.294,97	0	0	0,00	1	25.840	75,83	4	28.950.369	21.240,18
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	1	1.716.598	5.037,71	3	4.269.711	4.176,78	1	156.880	460,40	5	6.143.189	3.605,69
ΚΟΖΑΝΗΣ	0	0	0,00	4	31.647.538	23.219,03	4	10.456.078	7.671,37	8	42.103.616	15.445,20
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	4	10.103.649	7.412,80	4	15.167.913	11.128,33	6	2.179.471	1.066,02	14	27.451.033	5.754,33
ΛΑΜΙΑΣ	0	0	0,00	1	2.231.284	6.548,16	1	1.819.928	5.340,95	2	4.051.212	5.944,55
ΛΑΡΙΣΑΣ	5	64.867.485	38.073,36	11	64.583.957	17.230,43	5	15.939.815	9.355,72	21	145.391.257	20.318,10
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	0	0	0,00	1	2.936.203	8.616,88	1	2.117.968	6.215,61	2	5.054.171	7.416,25
ΠΑΤΡΑΣ	3	52.750.746	51.602,59	12	73.567.714	17.991,62	5	16.887.317	9.911,85	20	143.205.777	21.013,32
ΠΕΙΡΑΙΑ	9	155.631.598	50.748,06	21	61.471.156	8.590,46	31	68.860.727	6.518,90	61	285.963.481	13.757,67
ΡΟΔΟΥ	1	19.131.525	56.145,34	2	28.605.045	41.973,65	1	9.152.862	26.860,93	4	56.889.432	41.738,39
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	1	27.547.380	80.843,37	0	0	0,00	0	0	0,00	1	27.547.380	80.843,37
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	0	0	0,00	4	6.058.816	4.445,21	4	1.764.380	1.294,48	8	7.823.196	2.869,84
ΧΑΝΙΩΝ	2	9.198.593	13.497,57	2	12.035.910	17.660,91	9	6.154.224	2.006,76	13	27.388.727	6.182,91
ΣΥΝΟΛΟ	153	1.918.151.313	36.792,18	331	2.409.474.992	21.362,82	331	506.119.869	4.487,35	815	4.833.746.174	17.405,65

Πίνακας 11. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 1999

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ	ΗΠΑ			ΑΓΓΛΙΑ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	72	457.348.441	18.641,41	124	716.714.908	16.962,46	167	314.216.015	5.521,74	363	1.488.279.364	12.032,11
ΒΟΛΟΥ	0	0	0,00	0	0	0,00	2	8.780.810	12.884,53	2	8.780.810	12.884,53
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	4	160.998.066	118.120,37	6	67.002.476	32.772,06	0	0	0,00	10	228.000.542	66.911,38
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	2	38.815.011	56.955,26	7	31.549.425	13.226,88	15	27.918.964	5.462,26	24	98.283.400	12.018,02
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	19	134.192.954	20.727,18	58	212.653.568	10.759,91	64	210.396.018	9.647,65	141	557.242.540	11.598,17
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	0	0	0,00	12	36.120.740	8.833,64	10	51.399.091	15.084,11	22	87.519.831	11.674,76
ΚΑΒΑΛΑΣ	0	72.847.966	0,00	3	16.685.469	16.322,30	6	18.297.250	8.949,50	9	107.830.685	35.161,22
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	0	0	0,00	4	7.337.161	5.383,10	3	748.424	732,13	7	8.085.585	3.389,83
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
ΚΟΖΑΝΗΣ	2	9.522.665	13.973,10	3	30.332.407	29.672,20	4	5.032.408	3.692,16	9	44.887.480	14.636,82
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	3	5.882.067	5.754,04	12	19.131.231	4.678,71	5	3.664.788	2.151,01	20	28.678.086	4.208,08
ΛΑΜΙΑΣ	4	5.532.942	4.059,39	3	15.278.240	14.945,70	0	1.000.000	0,00	7	21.811.182	9.144,19
ΛΑΡΙΣΑΣ	8	64.606.841	23.700,24	12	109.396.781	26.753,92	12	19.994.690	4.889,87	32	193.998.312	17.791,48
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	1	1.626.361	4.772,89	2	7.115.641	10.441,15	2	3.475.317	5.099,51	5	12.217.319	7.170,84
ΠΑΤΡΑΣ	2	155.102.719	227.590,20	7	30.249.319	12.681,82	6	60.553.080	29.617,55	15	245.905.118	48.110,56
ΠΕΙΡΑΙΑ	5	34.795.905	0,00	23	97.483.450	12.438,48	30	136.029.211	13.306,84	58	268.308.566	13.575,96
ΡΟΔΟΥ	0	33.516	0,00	2	910.680	1.336,29	2	991.769	1.455,27	4	1.935.965	1.420,37
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	1	601.100	1.764,05	0	0	0,00	0	0	0,00	1	601.100	1.764,05
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	0	0	0,00	10	51.564.508	15.132,65	5	3.333.910	1.956,81	15	54.898.418	10.740,70
ΧΑΝΙΩΝ	1	40.916.221	120.076,95	2	12.005.785	17.616,71	1	2.370.950	6.958,03	4	55.292.956	40.567,10
ΣΥΝΟΛΟ	124	1.182.822.775	27.993,82	290	1.461.531.789	14.790,21	334	868.202.695	7.628,49	748	3.512.557.259	13.781,17

Πίνακας 12. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 2000

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ	ΗΠΑ			ΑΓΓΛΙΑ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	75	534.502.329	20.914,74	109	538.530.748	14.499,34	139	532.218.029	11.236,70	323	1.605.251.106	14.584,94
ΒΟΛΟΥ	0	0	0,00	1	693.976	2.036,61	4	21.195.856	15.550,88	5	21.889.832	12.848,03
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	1	1.385.536	4.066,14	2	12.890.163	18.914,40	0	0	0,00	3	14.275.699	13.964,98
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	3	32.664.254	31.953,29	15	79.032.928	15.462,54	10	7.192.265	2.110,72	28	118.889.447	12.460,90
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	72	496.551.957	20.239,34	138	314.624.481	6.690,79	131	218.060.018	4.885,05	341	1.029.236.456	8.857,78
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	1	6.013.500	17.647,84	7	14.087.642	5.906,15	13	36.281.782	8.190,48	21	56.382.924	7.879,39
ΚΑΒΑΛΑΣ	0	126.409.720	0,00	3	11.476.980	11.227,18	11	27.236.530	7.266,47	14	165.123.230	34.613,40
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	1	9.185.283	26.956,08	0	0	0,00	2	9.214.582	13.521,03	3	18.399.865	17.999,38
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	0	0	0,00	0	0	0,00	2	5.572.507	8.176,83	2	5.572.507	8.176,83
ΚΟΖΑΝΗΣ	4	5.488.004	4.026,42	4	12.056.687	8.845,70	6	9.679.364	4.734,34	14	27.224.055	5.706,75
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	1	9.007.973	26.435,72	11	10.908.771	2.910,36	7	12.952.987	5.430,45	19	32.869.731	5.076,99
ΛΑΜΙΑΣ	0	0	0,00	0	0	0,00	1	605.200	1.776,08	1	605.200	1.776,08
ΛΑΡΙΣΑΣ	5	34.473.454	20.233,87	10	43.614.523	12.799,57	6	26.816.110	13.116,22	21	104.904.087	14.660,11
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	0	0	0,00	0	0	0,00	1	10.720.751	31.462,22	1	10.720.751	31.462,22
ΠΑΤΡΑΣ	1	2.393.218	7.023,38	9	40.947.913	13.352,22	15	50.283.292	9.837,77	25	93.624.423	10.990,39
ΠΕΙΡΑΙΑ	7	21.563.615	9.040,40	20	61.544.866	9.030,79	26	35.384.084	3.993,91	53	118.492.565	6.561,14
ΡΟΔΟΥ	3	31.393.522	30.710,22	2	18.116.420	26.583,15	1	2.545.307	7.469,72	6	52.055.249	25.461,11
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	1	580.000	1.702,13	2	5.354.294	7.856,63	3	816.020	798,26	6	6.750.314	3.301,69
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	1	38.204.905	112.120,04	4	11.772.594	8.637,27	3	1.332.060	1.303,07	8	51.309.559	18.822,29
ΧΑΝΙΩΝ	1	18.418.665	54.053,31	3	25.172.010	24.624,12	2	8.523.875	12.507,52	6	52.114.550	25.490,12
ΣΥΝΟΛΟ	177	1.368.235.935	22.685,68	340	1.200.824.996	10.364,90	383	1.016.630.619	7.789,84	900	3.585.691.550	11.692,15

Πίνακας 13. Νοσήλια εξωτερικού (δρχ.), μέση δαπάνη (€), 2001

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ	ΗΠΑ			ΑΓΓΛΙΑ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	58	1.239.708.950	62.727,20	103	777.607.236	22.155,79	166	484.109.675	8.558,54	327	2.501.425.861	22.449,36
ΒΟΛΟΥ	2	125.016.027	183.442,45	0	0	0,00	3	1.521.767	1.488,64	5	126.537.794	74.270,17
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	1	1.762.194	5.171,52	3	1.249.158	1.221,97	4	3.645.149	2.674,36	8	6.656.501	2.441,86
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	4	41.559.911	30.491,50	19	99.032.977	15.296,44	8	24.480.444	8.980,35	31	165.073.332	15.627,13
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	66	408.617.086	18.169,24	134	430.016.703	9.417,70	235	453.305.204	5.660,92	435	1.291.938.993	8.715,99
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	4	33.365.865	24.479,72	4	62.715.262	46.012,66	28	58.272.444	6.107,58	36	154.353.571	12.582,83
ΚΑΒΑΛΑΣ	2	45.473.737	66.725,95	2	679.110	996,49	17	88.853.554	15.338,75	21	135.006.401	18.866,84
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	0	0	0,00	0	0	0,00	3	25.992.697	25.426,95	3	25.992.697	25.426,95
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	2	5.222.028	7.662,55	1	16.487.904	48.387,10	2	1.212.931	1.779,80	5	22.922.863	13.454,36
ΚΟΖΑΝΗΣ	1	6.370.829	18.696,49	6	28.515.893	13.947,61	14	50.049.609	10.491,48	21	84.936.331	11.869,66
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	2	7.990.270	11.724,53	8	22.148.113	8.124,77	6	9.465.884	4.629,93	16	39.604.267	7.264,17
ΛΑΜΙΑΣ	0	0	0,00	3	35.965.226	35.182,42	1	11.283.994	33.115,17	4	47.249.220	34.665,61
ΛΑΡΙΣΑΣ	4	0	0,00	4	11.418.624	8.377,57	16	3.537.094	648,77	24	14.955.718	1.828,77
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	0	0	0,00	0	0	0,00	2	2.827.901	4.149,52	2	2.827.901	4.149,52
ΠΑΤΡΑΣ	2	29.964.569	43.968,55	5	24.043.914	14.112,35	7	22.711.770	9.521,76	14	76.720.253	16.082,22
ΠΕΙΡΑΙΑ	6	208.094.635	101.782,65	9	2.709.147	883,39	14	4.691.466	983,43	29	215.495.248	21.807,40
ΡΟΔΟΥ	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	1	85.565.426	251.109,10	5	1.479.789	868,55	1	2.513.103	7.375,21	7	89.558.318	37.546,72
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	1	764.005	2.242,13	2	1.744.638	2.560,00	4	3.725.772	2.733,51	7	6.234.415	2.613,74
ΧΑΝΙΩΝ	2	17.715.603	25.995,02	4	10.922.544	8.013,61	4	5.254.808	3.855,33	10	33.892.955	9.946,58
ΣΥΝΟΛΟ	158	2.257.191.135	41.925,22	312	1.526.736.238	14.360,63	535	1.257.455.266	6.897,68	1.005	5.041.382.639	14.721,35

Πίνακας 14. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2002

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ	ΗΠΑ			ΑΓΓΛΙΑ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	50	4.477.468,83	89.549,38	72	2.275.180,70	31.599,73	104	1.613.640,00	15.515,77	226	8.366.289,53	37.018,98
ΒΟΛΟΥ	2	438.094,64	219.047,32	2	21.845,34	10.922,67	3	59.519,73	19.839,91	7	519.459,71	74.208,53
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	0	0,00	0,00	2	11.755,38	5.877,69	3	3.439,80	1.146,60	5	15.195,18	3.039,04
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	4	62.818,33	15.704,58	11	80.792,69	7.344,79	11	34.245,99	3.113,27	26	177.857,01	6.840,65
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	23	1.654.811,24	71.948,31	39	1.532.513,07	39.295,21	67	599.675,78	8.950,38	129	3.787.000,09	29.356,59
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	7	537.715,74	76.816,53	9	167.672,24	18.630,25	18	65.710,18	3.650,57	34	771.098,16	22.679,36
ΚΑΒΑΛΑΣ	4	202.672,89	50.668,22	5	57.068,96	11.413,79	27	533.701,85	19.766,74	36	793.443,70	22.040,10
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	0	0,00	0,00	4	37.814,76	9.453,69	2	805,07	402,54	6	38.619,83	6.436,64
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
ΚΟΖΑΝΗΣ	2	62.976,02	31.488,01	4	63.264,79	15.816,20	6	22.622,61	3.770,44	12	148.863,42	12.405,29
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	1	4.767,93	4.767,93	7	182.430,83	26.061,55	7	73.941,10	10.563,01	15	261.139,86	17.409,32
ΛΑΜΙΑΣ	0	0,00	0,00	5	84.482,28	16.896,46	3	4.792,26	1.597,42	8	89.274,54	11.159,32
ΛΑΡΙΣΑΣ	1	3.399,70	3.399,70	2	15.920,06	7.960,03	3	10.544,27	3.514,76	6	29.864,03	4.977,34
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	2	99.714,13	49.857,07	0	0,00	0,00	5	12.512,51	2.502,50	7	112.226,64	16.032,38
ΠΑΤΡΑΣ	2	98.671,33	49.335,67	13	153.664,78	11.820,37	9	65.479,15	7.275,46	24	317.815,26	13.242,30
ΠΕΙΡΑΙΑ	11	1.059.308,85	96.300,80	8	153.749,85	19.218,73	15	107.262,87	7.150,86	34	1.320.321,57	38.832,99
ΡΟΔΟΥ	4	79.122,09	19.780,52	1	3.154,94	3.154,94	0	0,00	0,00	5	82.277,03	16.455,41
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	48.730,38	48.730,38	1	48.730,38	48.730,38
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	0	0,00	0,00	7	125.339,58	17.905,65	3	211.437,41	70.479,14	10	336.776,99	33.677,70
ΧΑΝΙΩΝ	3	484.336,55	161.445,52	1	45.780,28	45.780,28	4	5.628,66	1.407,17	8	535.745,49	66.968,19
ΣΥΝΟΛΟ	116	9.265.878,27	79.878,26	192	5.012.430,53	26.106,41	291	3.473.689,62	11.937,08	599	17.751.998,42	29.636,06

Πίνακας 15. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2003

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ	ΗΠΑ			ΑΓΓΛΙΑ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	39	1.716.311,04	44.007,98	90	2.165.897,98	24.065,53	173	899.808,94	5.201,21	302	4.782.017,96	15.834,50
ΒΟΛΟΥ	0	3.491,73	0,00	3	74.667,53	24.889,18	3	28.429,92	9.476,64	6	106.589,18	17.764,86
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	1	39.418,54	39.418,54	3	250.292,94	83.430,98	3	34.851,85	11.617,28	7	324.563,33	46.366,19
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	3	110.319,22	36.773,07	20	342.586,43	17.129,32	18	58.926,28	3.273,68	41	511.831,93	12.483,71
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	21	2.105.936,33	100.282,68	36	794.628,22	22.073,01	73	463.999,47	6.356,16	130	3.364.564,02	25.881,26
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	0	0,00	0,00	12	137.142,72	11.428,56	12	30.409,49	2.534,12	24	167.552,21	6.981,34
ΚΑΒΑΛΑΣ	1	72,67	72,67	3	2.657,80	885,93	35	894.633,08	25.560,95	39	897.363,55	23.009,32
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	0	0,00	0,00	2	43.266,70	21.633,35	2	15.119,84	7.559,92	4	58.386,54	14.596,64
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	0	0,00	0,00	1	35.595,73	35.595,73	0	58.583,74	0,00	1	94.179,47	94.179,47
ΚΟΖΑΝΗΣ	3	76.558,31	25.519,44	3	74.509,61	24.836,54	1	5.649,46	5.649,46	7	156.717,38	22.388,20
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	0	0,00	0,00	4	45.100,79	11.275,20	1	5.104,00	5.104,00	5	50.204,79	10.040,96
ΛΑΜΙΑΣ	0	0,00	0,00	4	37.643,76	9.410,94	0	0,00	0,00	4	37.643,76	9.410,94
ΛΑΡΙΣΑΣ	3	12.626,68	4.208,89	2	1.287,84	643,92	5	13.576,06	2.715,21	10	27.490,58	2.749,06
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	0	0,00	0,00	1	1.287,73	1.287,73	5	10.290,18	2.058,04	6	11.577,91	1.929,65
ΠΑΤΡΑΣ	3	26.321,88	8.773,96	11	142.608,23	12.964,38	10	66.190,53	6.619,05	24	235.120,64	9.796,69
ΠΕΙΡΑΙΑ	6	940.043,00	156.673,83	10	187.446,00	18.744,60	13	129.658,00	9.973,69	29	1.257.147,00	43.349,90
ΡΟΔΟΥ	1	11.683,49	11.683,49	1	24.646,50	24.646,50	0	2.379,80	0,00	2	38.709,79	19.354,90
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	1	7.875,83	7.875,83	1	1.386,90	1.386,90	4	7.953,22	1.988,31	6	17.215,95	2.869,33
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	2	216.669,03	108.334,52	6	4.364,66	727,44	2	3.009,74	1.504,87	10	224.043,43	22.404,34
ΧΑΝΙΩΝ	1	124.504,58	124.504,58	4	80.471,79	20.117,95	6	20.954,75	3.492,46	11	225.931,12	20.539,19
ΣΥΝΟΛΟ	85	5.391.832,33	63.433,32	217	4.447.489,86	20.495,34	366	2.749.528,35	7.512,37	668	12.588.850,54	18.845,58

Πίνακας 16. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2004

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ	ΗΠΙΑ			ΑΓΓΛΙΑ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	40	1.780.166,25	44.504,16	101	3.042.759,63	30.126,33	155	1.382.023,76	8.916,28	296	6.204.949,64	20.962,67
ΒΟΛΟΥ	0	350.106,78	0,00	2	61.593,15	30.796,58	3	6.223,48	2.074,49	5	417.923,41	83.584,68
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	1	109.238,64	109.238,64	7	502.088,92	71.726,99	8	14.018,64	1.752,33	16	625.346,20	39.084,14
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	1,00	68.446,78	68.446,78	5	28.285,73	5.657,15	28	28.808,92	1.028,89	34	125.541,43	3.692,40
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	18	1.480.537,26	82.252,07	44	1.294.021,68	29.409,58	84	234.439,41	2.790,95	146	3.008.998,35	20.609,58
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	0	0,00	0,00	14	131.985,85	9.427,56	19	51.374,89	2.703,94	33	183.360,74	5.556,39
ΚΑΒΑΛΑΣ	6	341.116,93	56.852,82	8	78.705,83	9.838,23	6	22.186,24	3.697,71	20	442.009,00	22.100,45
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	1	601.218,88	601.218,88	1	25.124,77	25.124,77	3	1.700,28	566,76	5	628.043,93	125.608,79
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	0	0,00	0,00		13.498,63	0,00	1	5.860,50	5.860,50	1	19.359,13	19.359,13
ΚΟΖΑΝΗΣ	3	429.827,00	143.275,67	3	68.190,15	22.730,05	4	10.405,63	2.601,41	10	508.422,78	50.842,28
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	0	0,00	0,00	1	29.892,14	29.892,14	6	6.047,36	1.007,89	7	35.939,50	5.134,21
ΛΑΜΙΑΣ	0	0,00	0,00	3	53.895,30	17.965,10	0	0,00	0,00	3	53.895,30	17.965,10
ΛΑΡΙΣΑΣ	5	150.366,24	30.073,25	4	9.571,18	2.392,80	8	11.616,40	1.452,05	17	171.553,82	10.091,40
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	4	4.749,86	1.187,47	4	4.749,86	1.187,47
ΠΑΤΡΑΣ	5	488.835,15	97.767,03	10	144.591,66	14.459,17	7	135.032,47	19.290,35	22	768.459,28	34.929,97
ΠΕΙΡΑΙΑ	3	64.192,00	21.397,33	11	788.920,00	71.720,00	13	43.548,00	3.349,85	27	896.660,00	33.209,63
ΡΟΔΟΥ	1	24.619,36	24.619,36	1	117.953,93	117.953,93	5	5.304,00	1.060,80	7	147.877,29	21.125,33
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	3	6.721,87	2.240,62	3	6.721,87	2.240,62
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	0	0,00	0,00	5	52.593,15	10.518,63	7	15.068,06	2.152,58	12	67.661,21	5.638,43
ΧΑΝΙΩΝ	2	460.745,19	230.372,60	7	46.089,96	6.584,28	9	30.269,78	3.363,31	18	537.104,93	29.839,16
ΣΥΝΟΛΟ	86	6.349.416,46	73.830,42	227	6.489.761,66	28.589,26	373	2.015.399,55	5.403,22	686	14.854.577,67	21.653,90

Πίνακας 17. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2005

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ	ΗΠΙΑ			ΑΓΓΛΙΑ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	32	1.885.713,66	58.928,55	92	5.029.513,84	54.668,63	131	368.467,92	2.812,73	255	7.283.695,42	28.563,51
ΒΟΛΟΥ	0	0,00	0,00	1	34.541,89	34.541,89	1	41.564,52	41.564,52	2	76.106,41	38.053,21
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	1	4.354,75	4.354,75	3	310.884,70	103.628,23	4	24.002,65	6.000,66	8	339.242,10	42.405,26
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	2,00	139.691,74	69.845,87	13	403.052,59	31.004,05	19	36.469,57	1.919,45	34	579.213,90	17.035,70
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	14	1.213.738,04	86.695,57	49	883.940,02	18.039,59	92	210.085,28	2.283,54	155	2.307.763,34	14.888,80
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	1	119.490,04	119.490,04	16	172.246,90	10.765,43	12	29.124,40	2.427,03	29	320.861,34	11.064,18
ΚΑΒΑΛΑΣ	1	61.151,46	61.151,46	9	91.324,18	10.147,13	12	36.485,51	3.040,46	22	188.961,15	8.589,14
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	1	24.692,50	24.692,50	3	9.431,68	3.143,89	5	4.251,83	850,37	9	38.376,01	4.264,00
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	0	0,00	0,00	1	104.726,55	104.726,55	0	31.770,14	0,00	1	136.496,69	136.496,69
ΚΟΖΑΝΗΣ	3	94.095,68	31.365,23	2	44.690,94	22.345,47	9	14.632,25	1.625,81	14	153.418,87	10.958,49
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	0	0,00	0,00	4	44.848,82	11.212,21	0	0,00	0,00	4	44.848,82	11.212,21
ΛΑΜΙΑΣ	0	0,00	0,00	3	5.684,03	1.894,68	2	3.170,62	1.585,31	5	8.854,65	1.770,93
ΛΑΡΙΣΑΣ	3	86.418,53	28.806,18	2	18.507,00	9.253,50	16	38.465,00	2.404,06	21	143.390,53	6.828,12
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	1	4.252,00	4.252,00	1	1.826,12	1.826,12	3	5.289,41	1.763,14	5	11.367,53	2.273,51
ΠΑΤΡΑΣ	4	93.086,54	23.271,64	5	7.612,20	1.522,44	12	46.620,17	3.885,01	21	147.318,91	7.015,19
ΠΕΙΡΑΙΑ	2	11.414,00	5.707,00	15	97.372,00	6.491,47	13	22.313,00	1.716,38	30	131.099,00	4.369,97
ΡΟΔΟΥ	2	69.972,47	34.986,24	4	101.777,90	25.444,48	2	47.264,06	23.632,03	8	219.014,43	27.376,80
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	1	85.578,04	85.578,04	2	139.287,40	69.643,70	2	4.364,52	2.182,26	5	229.229,96	45.845,99
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	5	18.706,50	3.741,30	10	17.647,71	1.764,77	0	0,00	0,00	15	36.354,21	2.423,61
ΧΑΝΙΩΝ	1	3.718,74	3.718,74	10	113.247,12	11.324,71	6	7.284,94	1.214,16	17	124.250,80	7.308,87
ΣΥΝΟΛΟ	74	3.916.074,69	52.919,93	245	7.632.163,59	31.151,69	341	971.625,79	2.849,34	660	12.519.864,07	18.969,49

Πίνακας 18. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2006

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ	ΗΠΙΑ			ΑΓΓΛΙΑ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	42	2.064.920,51	49.164,77	75	1.109.903,89	14.798,72	141	6.542.365,43	46.399,75	258	9.717.189,83	37.663,53
ΒΟΛΟΥ	2	357.005,69	178.502,85	1	9.756,14	9.756,14	1	1.759,70	1.759,70	4	368.521,53	92.130,38
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	2	129.029,71	64.514,86	4	424.636,12	106.159,03	6	40.629,81	6.771,64	12	594.295,64	49.524,64
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	1,00	76.343,80	76.343,80	9	291.620,47	32.402,27	19	22.736,75	1.196,67	29	390.701,02	13.472,45
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	9	1.212.051,85	134.672,43	22	1.573.711,10	71.532,32	66	279.225,55	4.230,69	97	3.064.988,50	31.597,82
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	0	0,00	0,00	12	162.004,48	13.500,37	13	44.089,13	3.391,47	25	206.093,61	8.243,74
ΚΑΒΑΛΑΣ	1	5.227,81	5.227,81	4	45.122,27	11.280,57	9	37.256,43	4.139,60	14	87.606,51	6.257,61
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	0	0,00	0,00	4	17.018,59	4.254,65	3	6.747,81	2.249,27	7	23.766,40	3.395,20
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	0		0,00		16.600,10	0,00	0	0,00	0,00	0	16.600,10	0,00
ΚΟΖΑΝΗΣ	1	610.604,92	610.604,92	3	23.026,58	7.675,53	14	26.637,52	1.902,68	18	660.269,02	36.681,61
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	0	0,00	0,00	0	8.471,85	0,00	4	24.281,73	6.070,43	4	32.753,58	8.188,40
ΛΑΜΙΑΣ	1	3.693,50	3.693,50	3	57.792,71	19.264,24	7	12.871,68	1.838,81	11	74.357,89	6.759,81
ΛΑΡΙΣΑΣ	0	0,00	0,00	2	68.671,72	34.335,86	8	20.987,42	2.623,43	10	89.659,14	8.965,91
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	0	0,00	0,00	1	1.697,98	1.697,98	1	1.684,50	1.684,50	2	3.382,48	1.691,24
ΠΑΤΡΑΣ	5	271.178,83	54.235,77	8	158.143,72	19.767,97	7	30.634,61	4.376,37	20	459.957,16	22.997,86
ΠΕΙΡΑΙΑ	11	169.771,00	15.433,73	22	382.097,00	17.368,05	44	88.085,00	2.001,93	77	639.953,00	8.311,08
ΡΟΔΟΥ	1	288.948,56	288.948,56	0	214.991,74	0,00	0	21.530,47	0,00	1	525.470,77	525.470,77
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	1	21.378,15	21.378,15	2	82.776,81	41.388,41	0	0,00	0,00	3	104.154,96	34.718,32
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	4	44.933,00	11.233,25	6	158.234,12	26.372,35	1	2.869,92	2.869,92	11	206.037,04	18.730,64
ΧΑΝΙΩΝ	1	199.671,95	199.671,95	6	164.402,43	27.400,41	7	10.638,98	1.519,85	14	374.713,36	26.765,24
ΣΥΝΟΛΟ	82	5.454.759,28	66.521,45	184	4.970.679,82	27.014,56	351	7.215.032,44	20.555,65	617	17.640.471,54	28.590,72

Πίνακας 19. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2007

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ	ΗΠΑ			ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ			ΧΩΡΕΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΕΚΤΟΣ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	35	1.396.958,44	39.913,10	75	649.565,22	8.660,87	170	3.725.778,46	21.916,34	26	106.384,79	4.091,72	306	5.878.686,91	19.211,40
ΒΟΛΟΥ	0	300.019,51	0,00	0	0,00	0,00	6	11.255,22	1.875,87	2	3.361,32	1.680,66	8	314.636,05	39.329,51
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	3	47.145,09	15.715,03	4	108.390,00	27.097,50	8	13.471,64	1.683,96	0	0,00	0,00	15	169.006,73	11.267,12
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	4	305.895,85	76.473,96	10	116.700,77	11.670,08	14	66.496,32	4.749,74	0	0,00	0,00	28	489.092,94	17.467,61
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	11	524.866,79	47.715,16	27	1.383.104,90	51.226,11	51	307.851,33	6.036,30	1	5.001,17	5.001,17	90	2.220.824,19	24.675,82
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	2	67.099,01	33.549,51	8	132.025,28	16.503,16	9	22.862,26	2.540,25	0	0,00	0,00	19	221.986,55	11.683,50
ΚΑΒΑΛΑΣ	2	56.743,79	28.371,90	5	130.657,67	26.131,53	9	49.582,36	5.509,15	2	12.045,23	6.022,62	18	249.029,05	13.834,95
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	1	29.581,29	29.581,29	3	15.322,13	5.107,38	1	1.819,66	1.819,66	0	0,00	0,00	5	46.723,08	9.344,62
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	1	2.439,50	2.439,50	0	0,00	0,00	3	19.930,09	6.643,36	0	0,00	0,00	4	22.369,59	5.592,40
ΚΟΖΑΝΗΣ	3	43.364,87	14.454,96	6	75.293,82	12.548,97	10	5.992,88	599,29	0	0,00	0,00	19	124.651,57	6.560,61
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	0	0,00	0,00	1	1.685,00	1.685,00	2	3.390,10	1.695,05	0	0,00	0,00	3	5.075,10	1.691,70
ΛΑΜΙΑΣ	1	121.725,50	121.725,50	0	0,00	0,00	1	2.292,00	2.292,00	0	0,00	0,00	2	124.017,50	62.008,75
ΛΑΡΙΣΑΣ	1	4.194,36	4.194,36	5	148.752,55	29.750,51	18	23.108,43	1.283,80	0	0,00	0,00	24	176.055,34	7.335,64
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	1	81.849,63	81.849,63	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	81.849,63	81.849,63
ΠΑΤΡΑΣ	5	266.447,69	53.289,54	9	250.667,56	27.851,95	10	17.350,51	1.735,05	1	1.729,77	1.729,77	25	536.195,53	21.447,82
ΠΕΙΡΑΙΑ	3	199.955,00	66.651,67	15	456.696,00	30.446,40	24	78.034,00	3.251,42	0	0,00	0,00	42	734.685,00	17.492,50
ΡΟΔΟΥ	0	0,00	0,00	4	62.530,53	15.632,63	2	14.366,30	7.183,15	0	4.023,02	0,00	6	80.919,85	13.486,64
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	4	184.259,64	46.064,91	4	65.547,10	16.386,78	6	15.934,23	2.655,71	0	0,00	0,00	14	265.740,97	18.981,50
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	4	441.788,16	110.447,04	4	10.064,43	2.516,11	2	6.633,99	3.317,00	1	0,00	0,00	11	458.486,58	41.680,60
ΧΑΝΙΩΝ	3	227.339,81	75.779,94	14	25.286,70	1.806,19	7	19.228,60	2.746,94	0	0,00	0,00	24	271.855,11	11.327,30
ΣΥΝΟΛΟ	84	4.301.673,93	51.210,40	194	3.632.289,66	18.723,14	353	4.405.378,38	12.479,83	33	132.545,30	4.016,52	664	12.471.887,27	18.782,96

Πίνακας 20. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2008

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑ- ΣΤΗΜΑΤΑ	ΗΠΑ			ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ			ΧΩΡΕΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΕΚΤΟΣ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	23	2.007.181,53	87.268,76	67	3.362.132,91	50.181,09	148	1.021.069,56	6.899,12	30	200.395,80	6.679,86	268	6.590.779,80	24.592,46
ΒΟΛΟΥ	0	0,00	0,00	2	34.562,67	17.281,34	5	13.373,13	2.674,63	0	0,00	0,00	7	47.935,80	6.847,97
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	0	0,00	0,00	5	1.261.543,95	252.308,79	4	5.970,12	1.492,53	0	0,00	0,00	9	1.267.514,07	140.834,90
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	0	0,00	0,00	22	346.812,05	15.764,18	19	67.568,22	3.556,22	0	0,00	0,00	41	414.380,27	10.106,84
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	4	251.970,89	62.992,72	34	1.813.793,02	53.346,85	48	270.043,92	5.625,92	0	44.436,64	0,00	86	2.380.244,47	27.677,26
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	2	181.376,51	90.688,26	7	84.542,62	12.077,52	10	56.727,79	5.672,78	0	0,00	0,00	19	322.646,92	16.981,42
ΚΑΒΑΛΑΣ	0	0,00	0,00	6	254.311,55	42.385,26	17	73.382,03	4.316,59	0	0,00	0,00	23	327.693,58	14.247,55
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	0	0,00	0,00	4	83.061,51	20.765,38	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	4	83.061,51	20.765,38
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	1	73.697,40	73.697,40	0	0,00	0,00	0	120.119,73	0,00	0	0,00	0,00	1	193.817,13	193.817,13
ΚΟΖΑΝΗΣ	0	0,00	0,00	4	60.260,67	15.065,17	7	15.381,03	2.197,29	0	0,00	0,00	11	75.641,70	6.876,52
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	0	0,00	0,00	1	138.617,41	138.617,41	1	50.051,92	50.051,92	0	0,00	0,00	2	188.669,33	94.334,67
ΛΑΜΙΑΣ	0	0,00	0,00	2	47.483,81	23.741,91	1	2.128,40	2.128,40	0	0,00	0,00	3	49.612,21	16.537,40
ΛΑΡΙΣΑΣ	2	18.820,05	9.410,03	8	275.558,69	34.444,84	19	26.852,19	1.413,27	0	0,00	0,00	29	321.230,93	11.076,93
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	1	3.772,32	3.772,32	0	0,00	0,00	4	25.640,34	6.410,09	0	0,00	0,00	5	29.412,66	5.882,53
ΠΑΤΡΑΣ	1	287.902,52	287.902,52	12	392.486,41	32.707,20	10	40.044,88	4.004,49	8	35.480,32	4.435,04	31	755.914,13	24.384,33
ΠΕΙΡΑΙΑ	9	1.112.780,45	123.642,27	16	436.557,12	27.284,82	32	74.126,27	2.316,45	6	15.220,00	2.536,67	63	1.638.683,84	26.010,85
ΡΟΔΟΥ	0	4.822,27	0,00	0	930.965,66	0,00	0	2.745,64	0,00	1	10.018,74	10.018,74	1	948.552,31	948.552,31
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	0	0,00	0,00	2	46.756,55	23.378,28	10	15.846,01	1.584,60	0	0,00	0,00	12	62.602,56	5.216,88
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	2	378.014,61	189.007,31	5	20.747,84	4.149,57	2	9.156,70	4.578,35	1	1.975,00	1.975,00	10	409.894,15	40.989,42
ΧΑΝΙΩΝ	0	0,00	0,00	10	41.996,52	4.199,65	11	11.858,26	1.078,02	0	0,00	0,00	21	53.854,78	2.564,51
ΣΥΝΟΛΟ	45	4.320.338,55	96.007,52	207	9.632.190,96	46.532,32	348	1.902.086,14	5.465,76	46	307.526,50	6.685,36	646	16.162.142,15	25.018,80

Παρατηρήσεις:

1) Το Περιφερειακό Πειραιά παρουσιάζει αυξημένη δαπάνη δεδομένου ότι υπήρχαν 2 περιπτώσεις νοσηλείας σε ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο (μεταμοσχεύσεις), με αυξημένο κόστος

Πίνακας 21. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2009

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗ- ΜΑΤΑ	ΗΠΙΑ			ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ			ΧΩΡΕΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΕΚΤΟΣ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	31	2.726.247,13	87.943,46	79	3.308.209,40	41.876,07	174	939.878,08	5.401,60	17,00	324.980,52	19.116,50	301	7.299.315,13	24.250,22
ΒΟΛΟΥ	2	6.941,61	3.470,81	4	4.468,07	1.117,02	2	6.560,82	3.280,41	0,00	0,00	0,00	8	17.970,50	2.246,31
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	0	0,00	0,00	1	58.062,78	58.062,78	6	17.521,46	2.920,24	0,00	0,00	0,00	7	75.584,24	10.797,75
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	0	0,00	0,00	22	486.389,58	22.108,62	17	100.617,97	5.918,70	0,00	0,00	0,00	39	587.007,55	15.051,48
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	8	427.727,02	53.465,88	23	1.469.622,27	63.896,62	53	400.177,08	7.550,51	0,00	-21.931,14	0,00	84	2.275.595,23	27.090,42
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	2	68.407,50	34.203,75	6	94.205,04	15.700,84	9	24.912,29	2.768,03	0,00	0,00	0,00	17	187.524,83	11.030,87
ΚΑΒΑΛΑΣ	0	0,00	0,00	6	247.277,10	41.212,85	8	33.192,49	4.149,06	0,00	0,00	0,00	14	280.469,59	20.033,54
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	1	116.914,89	116.914,89	8	329.759,07	41.219,88	0	836,85	0,00	0,00	0,00	0,00	9	447.510,81	49.723,42
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	2	51.297,35	25.648,68	0	27.950,45	0,00	6	11.134,39	1.855,73	0,00	0,00	0,00	8	90.382,19	11.297,77
ΚΟΖΑΝΗΣ	2	29.275,51	14.637,76	1	26.133,44	26.133,44	1	38.421,59	38.421,59	0,00	0,00	0,00	4	93.830,54	23.457,64
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	0	0,00	0,00	2	17.631,38	8.815,69	4	73.575,79	18.393,95	0,00	0,00	0,00	6	91.207,17	15.201,20
ΛΑΜΙΑΣ	0	0,00	0,00	3	372.957,38	124.319,13	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3	372.957,38	124.319,13
ΛΑΡΙΣΑΣ	3	385.662,81	128.554,27	10	873.849,58	87.384,96	29	74.976,89	2.585,41	0,00	0,00	0,00	42	1.334.489,28	31.773,55
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	0	0,00	0,00	1	1.663,20	1.663,20	2	4.023,86	2.011,93	0,00	0,00	0,00	3	5.687,06	1.895,69
ΠΑΤΡΑΣ	1	9.135,70	9.135,70	5	243.279,40	48.655,88	12	107.825,26	8.985,44	4,00	25.511,64	6.377,91	22	385.752,00	17.534,18
ΠΕΙΡΑΙΑ	2	58.947,00	29.473,50	20	228.434,00	11.421,70	22	49.213,00	2.236,95	1,00	55.000,00	55.000,00	45	391.594,00	8.702,09
ΡΟΔΟΥ	0	0,00	0,00	4	367.814,27	91.953,57	3	6.980,07	2.326,69	2,00	145.513,92	72.756,96	9	520.308,26	57.812,03
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	0	0,00	0,00	4	10.890,24	2.722,56	14	18.010,16	1.286,44	0,00	0,00	0,00	18	28.900,40	1.605,58
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	4	337.579,47	84.394,87	9	208.147,57	23.127,51	2	2.619,04	1.309,52	1,00	792,00	792,00	16	549.138,08	34.321,13
ΧΑΝΙΩΝ	1	9.834,79	9.834,79	7	83.639,56	11.948,51	14	29.427,50	2.101,96	0,00	0,00	0,00	22	122.901,85	5.586,45
ΣΥΝΟΛΟ	59	4.227.970,78	71.660,52	215	8.460.383,78	39.350,62	378	1.939.904,59	5.132,02	25,00	529.866,94	21.194,68	677	15.158.126,09	22.390,14

Παρατηρήσεις:

1) Το Περιφερικό Λάρισας παρουσιάζει αυξημένη δαπάνη δεδομένου ότι υπήρχαν 3 ασφαλισμένοι με μακροχρόνια νοσηλεία (ΗΠΙΑ και Ηνωμένο Βασίλειο)

Πίνακας 22. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2010

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗ- ΜΑΤΑ	ΗΠΑ			ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ			ΧΩΡΕΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΕΚΤΟΣ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	34	2.722.638,75	80.077,61	65,00	2.366.546,35	36.408,41	168,00	575.619,91	3.426,31	21,00	101.498,43	4.833,26	288,00	5.766.303,44	20.021,89
ΒΟΛΟΥ	3	195.920,11	65.306,70	1,00	1.242,39	1.242,39	1,00	1.555,50	1.555,50	0,00	0,00	0,00	5,00	198.718,00	39.743,60
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	0	0,00	0,00	5,00	379.859,49	75.971,90	5,00	13.731,60	2.746,32	0,00	0,00	0,00	10,00	393.591,09	39.359,11
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	0	0,00	0,00	16,00	149.706,59	9.356,66	16,00	42.953,55	2.684,60	0,00	0,00	0,00	32,00	192.660,14	6.020,63
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	6	309.926,32	51.654,39	23,00	534.149,76	23.223,90	42,00	297.245,73	7.077,28	0,00	0,00	0,00	71,00	1.141.321,81	16.074,96
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	1	404.482,19	404.482,19	10,00	207.004,21	20.700,42	7,00	19.940,39	2.848,63	0,00	0,00	0,00	18,00	631.426,79	35.079,27
ΚΑΒΑΛΑΣ	0	0,00	0,00	5,00	55.464,60	11.092,92	12,00	22.573,16	1.881,10	0,00	0,00	0,00	17,00	78.037,76	4.590,46
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	0	0,00	0,00	5,00	22.327,48	4.465,50	3,00	13.967,97	4.655,99	0,00	0,00	0,00	8,00	36.295,45	4.536,93
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1.083,00	1.083,00	2,00	7.503,12	3.751,56	3,00	8.586,12	2.862,04
ΚΟΖΑΝΗΣ	0	0,00	0,00	2,00	367.164,28	183.582,14	0,00	19.369,78	0,00	2,00	4.067,28	2.033,64	4,00	390.601,34	97.650,34
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	0	0,00	0,00	2,00	29.296,50	14.648,25	4,00	44.009,18	11.002,30	0,00	0,00	0,00	6,00	73.305,68	12.217,61
ΛΑΜΙΑΣ	0	0,00	0,00	0,00	305.634,73	0,00	4,00	9.878,74	2.469,69	0,00	0,00	0,00	4,00	315.513,47	78.878,37
ΛΑΡΙΣΑΣ	0	0,00	0,00	1,00	192.485,18	192.485,18	9,00	13.034,42	1.448,27	0,00	0,00	0,00	10,00	205.519,60	20.551,96
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	0	0,00	0,00	2,00	7.498,93	3.749,47	1,00	878,72	878,72	0,00	0,00	0,00	3,00	8.377,65	2.792,55
ΠΑΤΡΑΣ	4	36.490,28	9.122,57	11,00	86.356,59	7.850,60	19,00	46.458,74	2.445,20	3,00	7.747,10	2.582,37	37,00	177.052,71	4.785,21
ΠΕΙΡΑΙΑ	3	154.101,76	51.367,25	10,00	116.353,37	11.635,34	15,00	55.888,49	3.725,90	1,00	1.000,00	1.000,00	29,00	327.343,62	11.287,71
ΡΟΔΟΥ	0	0,00	0,00	9,00	260.918,04	28.990,89	2,00	21.324,48	10.662,24	1,00	3.367,82	3.367,82	12,00	285.610,34	23.800,86
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	0	0,00	0,00	2,00	3.040,00	1.520,00	5,00	20.365,49	4.073,10	0,00	0,00	0,00	7,00	23.405,49	3.343,64
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	0	0,00	0,00	3,00	13.790,31	4.596,77	4,00	34.152,20	8.538,05	0,00	0,00	0,00	7,00	47.942,51	6.848,93
ΧΑΝΙΩΝ	1	3.873,00	3.873,00	9,00	198.809,66	22.089,96	7,00	24.183,00	3.454,71	2,00	28.329,24	14.164,62	19,00	255.194,90	13.431,31
ΣΥΝΟΛΟ	52	3.827.432,41	73.604,47	181	5.297.648,46	29.268,78	325	1.278.214	3.932,97	32	153.512,99	4.797,28	590	10.556.807,91	17.892,89

Πίνακας 23. Νοσήλια εξωτερικού (€), μέση δαπάνη (€), 2011

ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ	ΗΠΑ			ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ			ΧΩΡΕΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΕΚΤΟΣ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ			ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ		
	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)	ΠΕΡΙΠΤ.	ΔΑΠΑΝΗ	Μέση δαπάνη (€)
ΑΘΗΝΩΝ	32,00	3.422.270,17	106.945,94	60,00	4.534.908,13	75.581,80	135,00	1.425.265,44	10.557,52	14,00	20.824,86	1.487,49	241,00	9.403.268,60	39.017,71
ΒΟΛΟΥ	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2.518,31	1.259,16	0,00	0,00	0,00	2,00	2.518,31	1.259,16
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	0,00	0,00	0,00	1,00	15.222,06	15.222,06	8,00	10.221,06	1.277,63	0,00	0,00	0,00	9,00	25.443,12	2.827,01
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	3,00	112.417,26	37.472,42	22,00	401.202,19	18.236,46	10,00	19.455,03	1.945,50	0,00	0,00	0,00	35,00	533.074,48	15.230,70
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	7,00	244.112,97	34.873,28	49,00	380.775,10	7.770,92	56,00	274.846,47	4.907,97	0,00	0,00	0,00	112,00	899.734,54	8.033,34
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	3,00	21.564,61	7.188,20	7,00	140.091,09	20.013,01	4,00	6.283,76	1.570,94	0,00	0,00	0,00	14,00	167.939,46	11.995,68
ΚΑΒΑΛΑΣ	0,00	0,00	0,00	5,00	22.560,31	4.512,06	13,00	25.708,04	1.977,54	0,00	0,00	0,00	18,00	48.268,35	2.681,58
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	0,00	0,00	0,00	5,00	18.563,43	3.712,69	3,00	17.130,00	5.710,00	0,00	0,00	0,00	8,00	35.693,43	4.461,68
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	64.505,96	16.126,49	4,00	64.505,96	16.126,49
ΚΟΖΑΝΗΣ	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	4.179,73	4.179,73	2,00	2.114,92	1.057,46	3,00	6.294,65	2.098,22
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1.032,28	1.032,28	1,00	1.032,28	1.032,28
ΛΑΜΙΑΣ	0,00	0,00	0,00	1,00	14.825,53	14.825,53	0,00	14.546,00	0,00	0,00	8.006,54	0,00	1,00	37.378,07	37.378,07
ΛΑΡΙΣΑΣ	0,00	0,00	0,00	2,00	8.933,22	4.466,61	7,00	18.920,77	2.702,97	1,00	8.484,49	8.484,49	10,00	36.338,48	3.633,85
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	0,00	0,00	0,00	2,00	3.286,00	1.643,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1.442,00	1.442,00	3,00	4.728,00	1.576,00
ΠΑΤΡΑΣ	3,00	226.194,70	75.398,23	7,00	214.952,13	30.707,45	12,00	177.534,81	14.794,57	3,00	7.498,00	2.499,33	25,00	626.179,64	25.047,19
ΠΕΙΡΑΙΑ	1,00	0,00	0,00	4,00	182.565,23	45.641,31	22,00	66.455,66	3.020,71	0,00	0,00	0,00	27,00	249.020,89	9.223,00
ΡΟΔΟΥ	1,00	60.902,14	60.902,14	3,00	4.298,57	1.432,86	2,00	3.470,75	1.735,38	0,00	0,00	0,00	6,00	68.671,46	11.445,24
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,00	25.652,35	2.332,03	0,00	0,00	0,00	11,00	25.652,35	2.332,03
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	1,00	70.091,78	0,00	7,00	92.231,67	13.175,95	2,00	4.550,50	2.275,25	1,00	1.158,30	1.158,30	11,00	168.032,25	15.275,66
ΧΑΝΙΩΝ	0,00	121.223,79	0,00	6,00	165.179,00	27.529,83	2,00	85.398,44	42.699,22	1,00	18.171,20	18.171,20	9,00	389.972,43	43.330,27
ΣΥΝΟΛΟ	51	4.278.777,42	83.897,60	181	6.199.593,66	34.251,90	290,00	2.182.137,12	7.524,61	28,00	133.238,55	4.758,52	550,00	12.793.746,75	23.261,36

Πίνακας 24. Μέση συνολική δαπάνη ανά υποκατάστημα ανά έτος (€)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ΑΘΗΝΩΝ	19.886,76	16.061,49	12.337,95	10.037,10	11.754,24	20.240,06	16.661,29	12.032,11	14.584,94	22.449,36	37.018,98	15.834,50	20.962,67	28.563,51	37.663,53	19.211,40	24.592,46	24.250,22	20.021,89	39.017,71
ΒΟΛΟΥ	2.295,04	2.268,57	1.913,18	7.326,78	2.888,43	44.824,34	8.663,88	12.884,53	12.848,03	74.270,17	74.208,53	17.764,86	83.584,68	38.053,21	92.130,38	39.329,51	6.847,97	2.246,31	39.743,60	1.259,16
ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	0,00	4.002,87	8.741,51	10.410,18	10.154,43	10.005,48	66.763,54	66.911,38	13.964,98	2.441,86	3.039,04	46.366,19	39.084,14	42.405,26	49.524,64	11.267,12	140.834,90	10.797,75	39.359,11	2.827,01
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	4.251,01	13.810,49	4.358,80	8.431,50	15.907,68	19.623,22	8.325,97	12.018,02	12.460,90	15.627,13	6.840,65	12.483,71	3.692,40	17.035,70	13.472,45	17.467,61	10.106,84	15.051,48	6.020,63	15.230,70
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	2.861,73	10.043,62	10.393,09	15.666,93	22.119,94	16.235,09	21.873,98	11.598,17	8.857,78	8.715,99	29.356,59	25.881,26	20.609,58	14.888,80	31.597,82	24.675,82	27.677,26	27.090,42	16.074,96	8.033,34
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	6.560,90	4.516,01	2.837,82	3.725,98	6.390,60	9.039,41	14.805,92	11.674,76	7.879,39	12.582,83	22.679,36	6.981,34	5.556,39	11.064,18	8.243,74	11.683,50	16.981,42	11.030,87	35.079,27	11.995,68
ΚΑΒΑΛΑΣ	4.917,35	5.247,61	6.926,99	6.050,92	8.662,82	21.846,42	8.389,75	35.161,22	34.613,40	18.866,84	22.040,10	23.009,32	22.100,45	8.589,14	6.257,61	13.834,95	14.247,55	20.033,54	4.590,46	2.681,58
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ	6.493,91	3.366,07	8.394,17	11.851,19	34.468,74	21.726,68	21.240,18	3.389,83	17.999,38	25.426,95	6.436,64	14.596,64	125.608,79	4.264,00	3.395,20	9.344,62	20.765,38	49.723,42	4.536,93	4.461,68
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	0,00	0	0	0,00	1.345,46	23.433,17	3.605,69	0,00	8.176,83	13.454,36	0,00	94.179,47	19.359,13	136.496,69	0,00	5.592,40	193.817,13	11.297,77	2.862,04	16.126,49
ΚΟΖΑΝΗΣ	4.871,61	3.963,34	1.012,03	5.642,72	1.848,83	8.174,41	15.445,20	14.636,82	5.706,75	11.869,66	12.405,29	22.388,20	50.842,28	10.958,49	36.681,61	6.560,61	6.876,52	23.457,64	97.650,34	2.098,22
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	11.807,96	10.505,05	6.155,46	2.340,21	9.217,35	31.805,50	5.754,33	4.208,08	5.076,99	7.264,17	17.409,32	10.040,96	5.134,21	11.212,21	8.188,40	1.691,70	94.334,67	15.201,20	12.217,61	1.032,28
ΛΑΜΙΑΣ	7.244,89	7.708,40	11.715,33	9.848,20	6.853,42	11.285,36	5.944,55	9.144,19	1.776,08	34.665,61	11.159,32	9.410,94	17.965,10	1.770,93	6.759,81	62.008,75	16.537,40	124.319,13	78.878,37	37.378,07
ΛΑΡΙΣΑΣ	4.387,38	8.181,31	6.351,52	4.418,94	9.674,53	5.886,47	20.318,10	17.791,48	14.660,11	1.828,77	4.977,34	2.749,06	10.091,40	6.828,12	8.965,91	7.335,64	11.076,93	31.773,55	20.551,96	3.633,85
ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	4.356,86	6.351,49	3.781,93	2.929,66	4.187,61	5.443,22	7.416,25	7.170,84	31.462,22	4.149,52	16.032,38	1.929,65	1.187,47	2.273,51	1.691,24	81.849,63	5.882,53	1.895,69	2.792,55	1.576,00
ΠΑΤΡΑΣ	0,00	6.274,79	4.812,78	3.282,81	6.436,30	5.006,28	21.013,32	48.110,56	10.990,39	16.082,22	13.242,30	9.796,69	34.929,97	7.015,19	22.997,86	21.447,82	24.384,33	17.534,18	4.785,21	25.047,19
ΠΕΙΡΑΙΑ	5.373,06	5.676,73	3.122,61	7.553,01	5.158,00	7.492,46	13.757,67	13.575,96	6.561,14	21.807,40	38.832,99	43.349,90	33.209,63	4.369,97	8.311,08	17.492,50	26.010,85	8.702,09	11.287,71	9.223,00
ΡΟΔΟΥ	0,00	10.081,60	17.963,85	18.566,02	14.921,54	9.093,80	41.738,39	1.420,37	25.461,11	0,00	16.455,41	19.354,90	21.125,33	27.376,80	525.470,77	13.486,64	948.552,31	57.812,03	23.800,86	11.445,24
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	14.540,47	9.293,69	10.040,36	17.802,89	8.244,54	0,00	80.843,37	1.764,05	3.301,69	37.546,72	48.730,38	2.869,33	2.240,62	45.845,99	34.718,32	18.981,50	5.216,88	1.605,58	3.343,64	2.332,03
ΧΑΛΚΙΔΑΣ	5.169,85	8.987,63	9.181,37	6.760,66	5.855,04	2.698,51	2.869,84	10.740,70	18.822,29	2.613,74	33.677,70	22.404,34	5.638,43	2.423,61	18.730,64	41.680,60	40.989,42	34.321,13	6.848,93	15.275,66
ΧΑΝΙΩΝ	8.513,36	14.769,58	10.515,96	2.528,06	5.440,07	13.866,33	6.182,91	40.567,10	25.490,12	9.946,58	66.968,19	20.539,19	29.839,16	7.308,87	26.765,24	11.327,30	2.564,51	5.586,45	13.431,31	43.330,27

Πίνακας 25. Συνολική δαπάνη ροής ασθενών (€)

	ΗΠΑ	ΑΓΓΛΙΑ	ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ	ΧΩΡΕΣ ΕΕ ΕΚΤΟΣ ΑΓΓΛΙΑΣ
1992	3.195.603,82	1.388.730,74	1.261.558,33	0,00
1993	4.109.990,99	15.569.418,99	1.727.970,19	0,00
1994	3.709.779,66	9.915.223,72	1.958.252,30	0,00
1995	6.140.660,59	7.828.715,07	1.188.567,33	0,00
1996	5.616.583,82	7.152.325,70	1.712.184,07	0,00
1997	6.772.418,68	7.099.215,30	1.502.436,51	0,00
1998	5.629.204,15	7.071.093,15	1.485.311,43	0,00
1999	3.471.233,38	4.289.161,52	2.547.916,93	0,00
2000	4.015.365,91	3.524.064,55	2.983.508,79	0,00
2001	6.624.185,28	4.480.517,21	3.690.257,57	0,00
2002	9.265.878,27	5.012.430,53	3.473.689,62	0,00
2003	5.391.832,33	4.447.489,86	2.749.528,35	0,00
2004	6.348.416,46	6.489.761,66	2.015.399,55	0,00
2005	3.916.074,69	7.632.163,59	971.625,79	0,00
2006	5.454.759,28	4.970.679,82	7.215.032,44	0,00
2007	4.301.673,93	3.632.289,66	132.545,30	4.405.378,38
2008	4.320.338,55	9.632.190,96	307.526,50	1.902.086,14
2009	4.227.970,78	8.460.383,78	1.939.904,59	529.866,94
2010	3.827.432,41	5.297.648,46	1.278.214,05	153.512,99
2011	4.363.198,39	6.199.593,66	133.238,55	2.182.137,12
ΣΥΝΟΛΟ	100.702.601,37	130.093.097,94	37.739.929,48	11.707.720,28
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	280.243.349,06			

Πίνακας 26. Συνολική ροή περιστατικών ανά προορισμό

	ΗΠΑ	ΑΓΓΛΙΑ	ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ	ΧΩΡΕΣ ΕΕ	ΣΥΝΟΛΟ
1992	178	1335	589	0	2102
1993	136	1339	427	0	1902
1994	181	1081	361	0	1623
1995	192	769	508	0	1469
1996	234	548	396	0	1178
1997	187	440	304	0	931
1998	153	331	331	0	815
1999	124	290	334	0	748
2000	177	340	383	0	900
2001	158	312	535	0	1005
2002	116	192	291	0	599
2003	85	217	366	0	668
2004	86	227	373	0	686
2005	74	245	341	0	660
2006	82	184	351	0	617
2007	84	194	33	353	664
2008	45	207	46	348	646
2009	59	215	25	378	677
2010	52	181	32	325	590
2011	51	181	28	290	550
ΣΥΝΟΛΟ	2454	8828	6054	1694	19030
Ποσοστά επί του συνόλου	12,90%	46,39%	31,81%	8,90%	100,00%

Πίνακας 27. Μέση συνολική δαπάνη ανά προορισμό

ΗΠΑ	ΑΓΓΛΙΑ	ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ	ΧΩΡΕΣ ΕΕ
41036,10	14736,42	6233,88	6911,29