



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ

ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ

ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΟΝΟΜΑ

ΜΑΝΩΛΑ ΕΥΤΥΧΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ

«Η διασυννοριακή φροντίδα υγείας στην Ε.Ε.»



Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2007



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ

ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



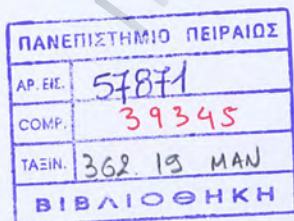
ΤΕΙ

ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΟΝΟΜΑ  
ΜΑΝΩΛΑ ΕΥΤΥΧΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ  
«Η ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε.»

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης



00157871

Πειραιάς, 2007



**UNIVERSITY OF  
PIRAEUS**

**PROGRAM OF  
POSTGRADUATE  
STUDIES**

**HEALTH  
MANAGEMENT**



**TEI  
PIRAEUS**

**NAME**



**MANOLA EFTYCHIA**

**TITLE**

**“THE CROSS-BORDER HEALTHCARE WITHIN THE E.U.”**

**RESEARCH PAPER FOR THE ACQUISITION OF POSTGRADUATE  
DIPLOMA IN SCIENCE**

**PIRAEUS, 2007**

 <p><b>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ</b></p>	<p><b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ</b></p> <p><b>ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b></p>	 <p><b>ΤΕΙ ΠΕΙΡΑΙΩΣ</b></p>
---	---	--

**ΟΝΟΜΑ  
ΜΑΝΩΛΑ ΕΥΤΥΧΙΑ**

**ΤΙΤΛΟΣ  
«Η ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε.»**

*Επόπτης : κος Αντωνίου Αντώνιος*

Τίτλος: Καθηγητής ΤΕΙ Πειραιά

*Μέλη:*

Τίτλος Όνομα

Μελέτη για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2007

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας και ιδιαίτερα τον επιβλέποντα καθηγητή μου κο Αντωνίου Αντώνιο καθώς και τις συμφοιτήτριές μου, Ασπασία, Αθηνά και Ζέττα, για την αμέριστη συμπαράσταση.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<i>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</i>	<i>iv</i>
<i>ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ</i>	<i>v</i>
<i>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</i>	<i>viii</i>
<i>SUMMARY</i>	<i>ix</i>
<i>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ, ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ</i>	<i>x</i>
<i>ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ</i>	<i>xi</i>
<i>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</i>	<i>1</i>
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</i>	<i>2</i>
<i>ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ</i>	<i>2</i>
Έντυπα Ε	3
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</i>	<i>6</i>
<i>ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ 1408/71 ΚΑΙ 574/72</i>	<i>6</i>
Γενικές αρχές του κανονισμού 1408/71	6
Ο κανονισμός 574/72	9
Σημαντικά άρθρα των παραπάνω κανονισμών	9
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</i>	<i>14</i>
<i>ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΜΕΤΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ</i>	<i>14</i>
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</i>	<i>16</i>
<i>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (2003-2008)</i>	<i>16</i>
Σκοπός και γενικοί στόχοι	16
Κοινοτικές δράσεις και δραστηριότητες	16
Εφαρμογή του προγράμματος	18
Συμμετοχή των χωρών ΕΖΕΣ/ΕΟΧ, των συνδεδεμένων χωρών της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, της Κύπρου, της Μάλτας και της Τουρκίας και διεθνής συνεργασία.	18
Παρακολούθηση, αξιολόγηση και διάδοση των αποτελεσμάτων	19
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5</i>	<i>20</i>
<i>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΩΝ (2007-2013)</i>	<i>20</i>
Στόχος και σκοποί	20
Ενέργειες και μέσα	20

Ενέργειες και μέσα	22
Ενέργειες που συμβάλλουν σε όλους τους ανωτέρω στόχους:	23
Μέθοδοι εφαρμογής του προγράμματος	24
Συμμετοχή τρίτων χωρών	24
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6</b>	<b>25</b>
<b>ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>25</b>
Εισαγωγή	25
Λειτουργία της κάρτας	25
Εφαρμογή	27
Κατάργηση – τροποποίηση κοινοτικών εντύπων με την εισαγωγή της Κάρτας	29
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7</b>	<b>31</b>
<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΧΩΡΟΥ Ε-HEALTH</b>	<b>31</b>
Σχέδια Δράσης	31
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8</b>	<b>35</b>
<b>ΑΡΧΕΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΕ</b>	<b>35</b>
Αρχή της αλληλεγγύης	35
Η αρχή της εδαφικότητας	36
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9</b>	<b>38</b>
<b>Η ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΩΝ ΥΠΟΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΔΕΚ</b>	<b>38</b>
Μελέτες περιπτώσεων- Αποφάσεις ΔΕΚ	38
Συμπεράσματα	53
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10</b>	<b>56</b>
<b>ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΕΥΡΥΝΣΗ</b>	<b>56</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11</b>	<b>59</b>
<b>Η ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΣΤΗ ΠΡΑΞΗ</b>	<b>59</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12</b>	<b>61</b>
<b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ</b>	<b>61</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13</b>	<b>63</b>
<b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ</b>	<b>63</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14</b>	<b>64</b>
<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ</b>	<b>64</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15</b>	<b>67</b>
<b>ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΔΙΑΒΟΥΛΕΥΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ</b>	<b>67</b>
Θέματα προς διαβούλευση:	67

<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>	<b>70</b>
Πίνακας 1: Έντυπα Ε και κατηγορίες ασφαλισμένων	71
Πίνακας 2: Προσφυγές ασθενών στο ΔΕΚ- αποφάσεις του ΔΕΚ- προκύπτουσες αρχές	75
Σχεδιάγραμμα σχετικά με την κάλυψη των εξόδων της υγειονομικής περίθαλψης	77
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>78</b>

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διπλωματική εργασία έχει ως αντικείμενο την μελέτη της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, της μετακίνησης των ασθενών στην ΕΕ και την διερεύνηση των δικαιωμάτων των ευρωπαίων ασθενών.

Παρουσιάζονται τα προγράμματα δράσης της Κοιτότητας σχετικά με την διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη και μελετώνται οι επιδράσεις των δικαστικών αποφάσεων στην εξέλιξη των δικαιωμάτων, για περιπτώσεις ασθενών που προσέφυγαν στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο.

Αναφέρονται οι επιδράσεις της διεύρυνσης της ΕΕ, τα προβλήματα, που προκύπτουν στην ΕΕ από τη διασυνοριακή μετακίνηση των ασθενών και οι προτάσεις της Επιτροπής για την αποτελεσματική διαχείριση της διασυνοριακής φροντίδας υγείας.

Τέλος παρουσιάζονται δύο πίνακες. Ο ένας με τα έντυπα Ε και ποιες κατηγορίες ασθενών, καθένα αφορά, καθώς και οι τροποποιήσεις ή η κατάργηση αυτών μετά την εισαγωγή της Ευρωπαϊκής Κάρτας Υγείας. Ο δεύτερος αφορά τις αναφερόμενες δικαστικές αποφάσεις και την συμβολή τους στην εξέλιξη των δικαιωμάτων των ασθενών. Οι πίνακες αυτοί πιστεύουμε να αποτελέσουν ένα χρήσιμο εργαλείο, το οποίο, εύκολα θα βελτιώνεται όταν θα ενημερώνεται, σε τακτά χρονικά διαστήματα.

**Λέξεις – κλειδιά:** Διασυνοριακή φροντίδα υγείας, κινητικότητα ασθενών, διασυνοριακή μετακίνηση των ασθενών, δικαιώματα των ασθενών, αποφάσεις ΔΕΚ, Ευρωπαϊκό Δικαστήριο.

## SUMMARY

This research paper has as an objective the study of the cross-border healthcare and mobility of patients within the European Union. The present study attempts to discover the legal framework of the rights of European patients and the development of these rights.

Moreover, it presents the programs of action of EU. Afterwards, it studies some cases of European patients, who appealed to the ECJ and the impact of the ECJ rulings at the development of the European patients' rights.

It refers to the impact of the EU enlargement, to the advantages, disadvantages and problems that the cross-border mobility of patients brings, and last to the suggestions of the Commission for an effective management of the cross-border healthcare.

At the end, two tables are presented. The one refers to the E Forms and to which category of patients each Form relates and to their modification or abolition after the introduction of the European Health Insurance Card. The other concerns the ECJ rulings and their contribution to the development of patients' rights. We believe that these tables will form a useful tool that could easily be updated, when regularly informed.

Graduate Thesis Submitted for the  
Degree "Master in Health  
Management" University of  
Piraeus- TEI of Piraeus, Greece.

Supervisor: Dr Antoniou Antonios

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ, ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Έντυπα Ε και κατηγορίες ασφαλισμένων.....σελ.71
Πίνακας 2: Προσφυγές ασθενών στο ΔΕΚ- αποφάσεις του ΔΕΚ- προκύπτουσες αρχές.....σελ.75
Σχεδιάγραμμα σχετικά με την κάλυψη των εξόδων της υγειονομικής περίθαλψης.....σελ.77

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

ΓΓΚΑ: Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΔΕΚ: Δικαστήριο Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων

ECJ: European Court of Justice

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΖΕΣ: Ευρωπαϊκή Ζώνη Ελευθέρων Συναλλαγών

ΕΚ: Ευρωπαϊκή Κοινότητα

ΕΟΧ: Ευρωπαϊκός Οικονομικός Χώρος

NHS: National Health System

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Πριν από μια δεκαετία οι συζητήσεις σχετικά με το θέμα της μετακίνησης των ασθενών σε ευρωπαϊκό επίπεδο ήταν περιορισμένες. Η Συνθήκη του Άμστερνταμ το 1994 έκανε σαφές ότι τα συστήματα υγείας ήταν θέμα των εθνικών κυβερνήσεων.

Με την ελευθερία μετακίνησης των ατόμων στην ΕΕ, ανέκυψε η ανάγκη, τα άτομα, που ταξίδευαν, να μπορούν όταν την χρειαστούν, να λάβουν φροντίδα υγείας. Το θέμα τακτοποιήθηκε με τον κανονισμό του Συμβουλίου 1408/71· κανονισμός, ο οποίος καθιέρωσε το E111 σύστημα.

Αναγνωρίστηκε επίσης ότι, κάποιες φορές, μπορούν να υπάρξουν οφέλη για τα συστήματα υγείας από τη διασυνοριακή συνεργασία, όπως για παράδειγμα η αποφυγή της ανάγκης για εξειδικευμένες εγκαταστάσεις εις διπλούν. Αυτό μπορούσε να διεκπεραιωθεί είτε υπό το σύστημα E112 ή μέσω κάποιας από τις πολλές διμερείς συμφωνίες που υπήρχαν. Επιπλέον, ο αριθμός των ατόμων που μετακινούνταν ήταν ακόμα σχετικά μικρός και για τα περισσότερα από τα άτομα που μετακινούνταν ήταν σχεδόν απίθανο να χρειαστούν φροντίδα υγείας.

Αυτή η κατάσταση έχει από πολλές απόψεις αλλάξει. Ο βαθμός της μετακίνησης εντός της ΕΕ έχει αισθητά αυξηθεί. Η νέα γενιά των ευρωπαίων πολιτών, η οποία είναι συνηθισμένη στο να διασχίζει με ευκολία τα σύνορα και ικανή να αγοράζει προϊόντα και υπηρεσίες από οποιοδήποτε μέρος της ΕΕ, είναι λιγότερο πιθανό να αποδεχτεί περιορισμούς σε ότι αφορά την παροχή φροντίδας υγείας. Σαν συνέπεια, μια σειρά από άτομα αμφισβήτησαν την υπάρχουσα κατάσταση και σε πολλές περιπτώσεις το ΔΕΚ δέχτηκε τα επιχειρήματά τους. Με τις αποφάσεις του ΔΕΚ ενισχύθηκαν σημαντικά τα δικαιώματα των ευρωπαίων ασθενών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

### **ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Με το άρθρο 51 της Συνθήκης της Ρώμης και τις επιμέρους ρυθμίσεις, δημιουργήθηκε ένα θεσμικό όργανο, η Διοικούσα Επιτροπή, στην οποία ανατέθηκαν πολλές αρμοδιότητες. Μεταξύ άλλων στοχεύει στη διαπραγμάτευση συμφωνιών και στην ανάπτυξη της συνεργασίας μεταξύ των κρατών-μελών, στην επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν από την ερμηνεία των ρυθμίσεων, στην υποβολή μεταρρυθμιστικών προτάσεων και στον έλεγχο πληρωμών, που πρέπει να αποδοθούν από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Βάσει των ρυθμίσεων αυτών διασφαλίζεται η διατήρηση του δικαιώματος της ασφάλισης υγείας σε εργαζόμενους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη, οι οποίοι διαμένουν σε άλλο κράτος-μέλος είτε προσωρινά είτε μόνιμα.

Το δικαίωμα αυτό δόθηκε, κατόπιν, και σε άλλες ομάδες, όπως στους εποχιακά εργαζόμενους και στους διασυνοριακά εργαζόμενους.

Με τη ρύθμιση 73 του 1963 δόθηκε το δικαίωμα στους μισθωτούς εργαζόμενους να λαμβάνουν φροντίδα υγείας σε ένα άλλο κράτος-μέλος χωρίς να διαμένουν σε αυτό. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να υπάρχει έγκριση από τον αρμόδιο ασφαλιστικό φορέα της χώρας καταγωγής. Συνεπώς, παραχωρείται το δικαίωμα για λήψη παροχών σε είδος από τους δικαιούχους στο κράτος όπου νοσηλεύονται, σύμφωνα με τη νομοθεσία του κράτους νοσηλείας. Οι διασυνοριακά εργαζόμενοι μπορούν πλέον να λαμβάνουν φροντίδα υγείας και από τα δύο συστήματα υγείας των κρατών αυτών και οι μισθωτοί μπορούν να λάβουν υπηρεσίες υγείας σε άλλο κράτος-μέλος, εφόσον δοθεί η προέγκριση από τον ασφαλιστικό τους φορέα. (Κυριόπουλος, Γείτονα, 1995)

Οι παραπάνω ρυθμίσεις εντάχθηκαν στο κανονισμό 1408 του 1971, ο οποίος αναφέρεται στη μετακίνηση μισθωτών, μη μισθωτών και των οικογενειών τους εντός της Κοινότητας. Ο κανονισμός αυτός εντάσσεται στο πλαίσιο ανάπτυξης της ευρωπαϊκής νομοθεσίας υπό την εποπτεία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου. Ο κανονισμός 1408/71 καθώς και ο μεταγενέστερος 574 του 1972 (περί του τρόπου

εφαρμογής του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 περί εφαρμογής των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στους μισθωτούς, στους μη μισθωτούς και στα μέλη των οικογενειών τους που διακινούνται εντός της Κοινότητας) αποτελούν σημείο σταθμό στη διαδικασία κατοχύρωσης του δικαιώματος των πολιτών των κρατών-μελών της Κοινότητας για παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε άλλο κράτος-μέλος. Συνοπτικά, οι κοινοτικές ρυθμίσεις δίνουν τη δυνατότητα παροχών σε είδος στους κλάδους της ασφάλισης ασθένειας ή μητρότητας, δηλαδή ιατρική και οδοντιατρική φροντίδα, φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη σε όλους τους υπηκόους της Κοινότητας.

Οι κανονισμοί 1408/71 και 574/72 τροποποιήθηκαν, ώστε να συμπεριληφθούν και άλλες κατηγορίες εργαζομένων. Με τον κανονισμό 1380/81 περιλήφθηκαν και οι ελεύθεροι επαγγελματίες στην ευρωπαϊκή κοινοτική νομοθεσία. Επίσης, με τον κανονισμό 859/2003 αντίστοιχες προβλέψεις τέθηκαν σε ισχύ για τους υπηκόους τρίτων χωρών, οι οποίοι διαμένουν μόνιμα στην Κοινότητα και δεν καλύπτονταν από τις διατάξεις των κανονισμών 1408/71 και 574/72 λόγω της ιθαγένειάς τους, ενώ πληρούν τις υπόλοιπες προϋποθέσεις.

## **Έντυπα Ε**

Η χρησιμοποίηση συγκεκριμένων εντύπων (έντυπα Ε) αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ανάληψη παροχών από τους πολίτες της ΕΕ. Διακρίνονται, αριθμητικά, ανάλογα με τη περίπτωση. Ο συνολικός τους αριθμός ανέρχεται σε 31 (Ε 103 έως Ε128Β), πράγμα που δημιουργεί συχνά γραφειοκρατικές στρεβλώσεις κατά την απόκτηση και χρησιμοποίησή τους.

Εργαζόμενοι ή άτομα ασφαλισμένα καθώς και τα προστατευόμενα μέλη τους, τα οποία διαμένουν σε άλλο κράτος-μέλος από αυτό που απέκτησαν τα ασφαλιστικά δικαιώματα, τυγχάνουν παροχής υπηρεσιών υγείας με τη χρησιμοποίηση του εντύπου Ε106. Είναι απαραίτητη η συμπλήρωση του Ε106 από τον ασφαλιστικό οργανισμό του κράτους-μέλους, στο οποίο είναι ασφαλισμένος ο εργαζόμενος και έπειτα πρέπει να δοθεί στον αντίστοιχο φορέα του τόπου προσωρινής διαμονής. Οι υπηρεσίες υγείας προσφέρονται από τον ασφαλιστικό φορέα του τόπου διαμονής, παρέχοντας την ίδια ποιοτικά και ποσοτικά προσφορά υπηρεσιών υγείας με τους δικαιούχους του. Συνήθως, οι διασυνοριακά εργαζόμενοι χρησιμοποιούν το Ε106 και έχουν το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και στα δύο γειτονικά κράτη.

Το έντυπο E121 χορηγείται στους συνταξιούχους, οι οποίοι διαμένουν σε άλλο κράτος-μέλος από αυτό που χρηματοδοτεί τη σύνταξη γήρατος. Τη φροντίδα υγείας την παρέχει ο ασφαλιστικός φορέας της χώρας διαμονής, ενώ την παροχή σε χρήμα την αναλαμβάνει το ίδρυμα που καταβάλλει τη σύνταξη. Ο αρμόδιος ασφαλιστικός οργανισμός πρέπει να χορηγεί στους δικαιούχους-συνταξιούχους το E121 και στη συνέχεια υποβάλλεται στον αντίστοιχο φορέα του τόπου διαμονής.

Το έντυπο E119 χορηγείται όταν ένα άτομο είναι άνεργο ή αναζητά εργασία σε άλλο κράτος-μέλος. Οι παροχές σε είδος για φροντίδα υγείας χορηγούνται εφόσον το άτομο προσκομίσει το έντυπο, το οποίο πρέπει να έχει φροντίσει να λάβει πριν την αναχώρησή του.

Για τα προστατευόμενα μέλη ενός εργαζόμενου χρησιμοποιείται το έντυπο E109, εφόσον αυτά κατοικούν σε άλλο κράτος-μέλος από αυτό στο οποίο διαμένει και εργάζεται ο δικαιούχος. Στα προστατευόμενα μέλη συνταξιούχου παραχωρείται το έντυπο E122.

Στη περίπτωση των μισθωτών και των αυτοαπασχολούμενων που εργάζονται σε ένα κράτος-μέλος άλλο από αυτό που διαμένουν, είναι απαραίτητο να λάβουν το έντυπο E111 από τον ασφαλιστικό τους οργανισμό, πριν την αναχώρησή τους. Σε περίπτωση λήψης υπηρεσίας υγείας πρέπει εκείνοι και τα προστατευόμενα μέλη τους να υποβάλουν το E111 στον αντίστοιχο ασφαλιστικό φορέα της χώρας όπου εργάζονται. Το ίδιο έντυπο δικαιούνται και οι προσωρινά διαμένοντες σε ένα κράτος-μέλος, όταν απαιτείται άμεση παροχή φροντίδας υγείας, καθώς και εκείνοι που εργάζονται σε περισσότερα του ενός κράτη-μέλη. Εάν υπάρξει ξαφνική ανάγκη για παροχή υπηρεσιών υγείας, το δικαίωμα για παροχές σε είδος και σε χρήμα παραχωρείται με τη προσκόμιση του εντύπου E111 από τον αρμόδιο ασφαλιστικό οργανισμό στον αντίστοιχο του τόπου προσωρινής διαμονής.

Όταν ένας εργαζόμενος ή τα μέλη της οικογένειάς του δικαιούνται φροντίδα υγείας στη χώρα όπου αυτός εργάζεται και κατοικεί και αποφασίσει να επιστρέψει στη χώρα καταγωγής ή να διαμείνει σε άλλο κράτος-μέλος, τα δικαιώματά του διατηρούνται εφόσον πάρει έγκριση από τον ασφαλιστικό φορέα του τόπου κατοικίας του. Στη περίπτωση αυτή παραχωρούνται τα έντυπα E112 και E117.

Το E112 χορηγείται επίσης σε εργαζόμενο ή προστατευόμενα μέλη, που επιθυμούν να λάβουν σε άλλο κράτος-μέλος φροντίδα υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η προέγκριση από τον αρμόδιο φορέα του τόπου μόνιμης



κατοικίας και έπειτα η προσκόμιση του εντύπου στον αντίστοιχο φορέα του κράτους υποδοχής.

Μετά την εισαγωγή της Ευρωπαϊκής Κάρτας Υγείας (από 1η Ιουνίου 2004), κάποια από τα παραπάνω έντυπα τροποποιήθηκαν και άλλα δεν ισχύουν πλέον. (Βλ. κεφάλαιο 6 και πίνακα 1)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ 1408/71 ΚΑΙ 574/72

(μετά και από τις τελευταίες τροποποιήσεις)

Ο κανονισμός 1408/71 καθορίζει τις γενικές αρχές όσον αφορά τα δικαιώματα κοινωνικής ασφάλισης των μεταναστών εργαζομένων, ενώ τα λεπτομερή διαδικαστικά και διοικητικά θέματα καθορίζονται από τον κανονισμό 574/72. Και οι δύο κανονισμοί εφαρμόζονται σε όλο τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο. Συγκεκριμένα, ο κανονισμός 574/72 παρέχει πληροφορίες για την εφαρμογή του 1408/71 σε κάθε κράτος του ΕΟΧ.

Προκειμένου να βοηθηθούν οι εθνικές αρχές, ώστε να εφαρμόσουν τον κανονισμό 1408/71, ιδρύθηκε η Διοικούσα Επιτροπή. Αποτελείται κυρίως από αντιπροσώπους των κρατών-μελών της ΕΚ. Σκοπός της είναι να αντιμετωπίζει διοικητικά θέματα και θέματα που αφορούν την ερμηνεία των κανονισμών, καθώς και να προωθεί τη συνεργασία σε θέματα κοινωνικής ασφάλισης μεταξύ των κρατών-μελών της Κοινότητας. Η Διοικούσα Επιτροπή εκδίδει αποφάσεις σχετικά με την ερμηνεία των κανονισμών και την συνεργασία, οι οποίες δεν είναι νομικά δεσμευτικές, αλλά είναι ιδιαίτερης σημασίας και πρέπει να ακολουθούνται κατά την εφαρμογή των κανονισμών.

Το τελικό όργανο που αποφασίζει για θέματα σχετικά με την ερμηνεία των κανονισμών είναι το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο. Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο είναι επίσης, υπεύθυνο για να αποφασίζει εάν ένα κράτος-μέλος της ΕΕ συμμορφώνεται με τις υποχρεώσεις που θέτουν οι κανονισμοί. Οι αποφάσεις του ΔΕΚ αναιρούν αυτόματα κάθε αντίθετη απόφαση της Διοικούσας Επιτροπής.

Παρ'όλο που τρία κράτη του ΕΟΧ (Ισλανδία, Λιχτενστάιν, Νορβηγία) δεν είναι μέλη της Κοινότητας και δεν είναι υποχρεωμένα να ακολουθούν τις αποφάσεις του ΔΕΚ, στην πράξη τις ακολουθούν.

#### **Γενικές αρχές του κανονισμού 1408/71**

##### *Εισαγωγή*

Όλα τα κράτη-μέλη του ΕΟΧ έχουν διαφορετικά συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. Σκοπός του κανονισμού 1408/71 είναι να συντονίσει τα διάφορα συστήματα, ώστε να προστατεύονται τα δικαιώματα κοινωνικής ασφάλισης των υπηκόων που μετακινούνται μεταξύ των κρατών-μελών του ΕΟΧ, σαν να είχαν παραμείνει στο κράτος καταγωγής τους καθ'όλη τη διάρκεια του εργασιακού τους βίου.

Ο κανονισμός 1408/71 βασίζεται σε τέσσερις βασικές αρχές, οι οποίες έχουν σχεδιαστεί για να επιτύχουν αυτό τον σκοπό. Παρ'όλ'αυτά, υπάρχουν και αρκετές εξαιρέσεις σε αυτές τις αρχές.

Οι τέσσερις βασικές αρχές είναι:

- Η αρχή της ισότητας στη φροντίδα υγείας
- Η αρχή της εφαρμοστέας νομοθεσίας
- Η αρχή της συνάθροισης των περιόδων ασφάλισης
- Η αρχή της εξαγωγής παροχών

### ***Η αρχή της ισότητας στη φροντίδα υγείας***

Το άρθρο 6 της Συνθήκης της ΕΚ γενικά απαγορεύει τη διάκριση βάσει της εθνικότητας σε όλους τους τομείς εφαρμογής της Συνθήκης. Το άρθρο 3 του κανονισμού 1408/71 περιλαμβάνει επίσης, την απαγόρευση διάκρισης (άμεσης ή έμμεσης) όσον αφορά την εθνικότητα. Το άρθρο ορίζει ότι τα άτομα που διαμένουν στην επικράτεια ενός κράτους-μέλους υπόκεινται στις ίδιες υποχρεώσεις και απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με τους υπηκόους του συγκεκριμένου κράτους σύμφωνα με την υφιστάμενη νομοθεσία.

### ***Η αρχή της εφαρμοστέας νομοθεσίας***

Σύμφωνα με αυτή την αρχή, ένα άτομο πρέπει να υπόκειται στη νομοθεσία ενός μόνο κράτους-μέλους κάθε φορά. Με αυτή την αρχή προβλέπεται η αποφυγή συγχύσεων, που μπορεί να προκληθούν, αν ένα άτομο υπόκειται ταυτόχρονα στη νομοθεσία κοινωνικής ασφάλισης περισσότερων του ενός κρατών. Αυτή η αρχή αποτρέπει επίσης τη πιθανότητα να μην εφαρμοστεί καμία νομοθεσία στη διασυνοριακή μετακίνηση. Οι περισσότεροι κανονισμοί για να προσδιορίσουν την εφαρμοστέα νομοθεσία, ορίζουν ότι η νομοθεσία του κράτους στο οποίο το άτομο απασχολείται είναι εφαρμοστέα.

### ***Η αρχή της συνάθροισης των περιόδων ασφάλισης***

Σύμφωνα με αυτή την αρχή, οι χρονικές περίοδοι ασφάλισης, απασχόλησης αυτοαπασχόλησης ή διαμονής που έχουν πραγματοποιηθεί σε ένα κράτος-μέλος, πρέπει να αναγνωρίζονται όταν συνυπολογίζονται τα δικαιώματα παροχών σε άλλο κράτος-μέλος. Για τη σωστή τήρηση αυτής της αρχής απαιτείται στενή συνεργασία μεταξύ των εθνικών φορέων κοινωνικής ασφάλισης.

### **Η αρχή της εξαγωγής παροχών**

Σύμφωνα με την αρχή αυτή καταβάλλονται τα οφέλη στους δικαιούχους που διαμένουν σε κράτη-μέλη της Κοινότητας. Δεσμεύονται τα κράτη-μέλη να παρέχουν υπηρεσίες υγείας στους ασφαλισμένους τους, ακόμα και όταν τα άτομα κατοικούν σε άλλο κράτος-μέλος. Υπάρχουν όμως εξαιρέσεις σε αυτή την αρχή. Για παράδειγμα η αρχή δεν αφορά ειδικές παροχές χωρίς εισφορές. (Κυριόπουλος, Γείτονα, 1995)

### **Προϋποθέσεις για την ισχύ των δικαιωμάτων**

1. Το άτομο πρέπει να είναι υπήκοος ενός κράτους-μέλους της ΕΕ ή προστατευόμενο μέλος δικαιούχων ή άπατρις ή πολιτικός πρόσφυγας. Η ερμηνεία του όρου υπήκοος της ΕΕ εξαρτάται από την εσωτερική νομοθεσία κάθε κράτους και οι όροι του απάτριδος και του πολιτικού πρόσφυγα αποσαφηνίζονται στη Σύμβαση της Γενεύης.
2. Το άτομο πρέπει επίσης να έχει σχέση εργασίας ως μισθωτός ή ως ελεύθερος επαγγελματίας. Κάθε εργαζόμενος, υπήκοος της ΕΕ, ο οποίος καλύπτεται από κάποιο ασφαλιστικό φορέα, έχει το δικαίωμα να λάβει κοινωνικές παροχές οπουδήποτε εντός της επικράτειας της Κοινότητας. Η ρύθμιση 1390/81 επέκτεινε το δικαίωμα και συμπεριέλαβε τους αυτοαπασχολούμενους, τα μέλη της οικογένειάς τους καθώς και τους διασυννοριακά και εποχιακά εργαζόμενους. Κάλυψη παρέχεται επίσης στους συνταξιούχους και στα προστατευόμενα μέλη τους. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με το άρθρο 120 του κανονισμού 574/72 όπως τροποποιήθηκε από τον 307/99 καλύπτονται και τα πρόσωπα που σπουδάζουν ή εκπαιδεύονται επαγγελματικά. Επίσης, σύμφωνα με το άρθρο 26 του ίδιου κανονισμού όπως τροποποιήθηκε από τον 631/2004 δικαιούνται κοινωνικές παροχές άνεργοι που μεταβαίνουν σ' ένα κράτος-μέλος άλλο από το αρμόδιο για αναζήτηση απασχόλησης.

Οι ρυθμίσεις του 1408/71 εφαρμόζονται σε όλα τα κοινωνικοασφαλιστικά σχήματα. Υπάρχει όμως μια σημαντική διάκριση μεταξύ των παροχών σε είδος και σε χρήμα των κλάδων ασθένειας και μητρότητας. Με απόφαση του ΔΕΚ, οι παροχές σε

χρήμα καταβάλλονται άμεσα από το αρμόδιο ίδρυμα, ενώ οι παροχές σε είδος παρέχονται από το ίδρυμα του τόπου υποδοχής για λογαριασμό του αρμόδιου φορέα, στον οποίο ανήκει ο δικαιούχος. Συγκεκριμένα, οι παροχές σε χρήμα αφορούν ποσά που καταβάλλονται στους δικαιούχους για προστασία από απώλεια εισοδήματος λόγω ασθένειας ή ατυχήματος, ενώ οι παροχές σε είδος αφορούν την παροχή υπηρεσιών υγείας και τη χρηματοδότησή τους. (Κυριόπουλος, Γείτονα, 1995)

### **Ο κανονισμός 574/72**

*Σκοπός του κανονισμού 574/72 (κανονισμός εφαρμογής) είναι τα παρακάτω:*

Η πρόβλεψη διαδικασιών εφαρμογής του κανονισμού ΕΟΚ αριθ. 1408/71, προσαρμοσμένες στους νέους κανόνες ουσίας και στην πείρα που αποκτήθηκε κατά τη διάρκεια των ετών εφαρμογής των κειμένων αυτών. Πρέπει, επίσης, να διευκρινίζεται ποιοι είναι οι αρμόδιοι φορείς και αρχές κάθε κράτους-μέλους, καθώς και οι οργανισμοί συνδέσμου που είναι εξουσιοδοτημένοι να επικοινωνούν κατ' ευθείαν μεταξύ τους. Επιπλέον, πρέπει να διευκρινίζονται τα έγγραφα που πρέπει να υποβάλλονται και να συμπληρώνονται έτσι ώστε να μπορούν οι ενδιαφερόμενοι να επωφελούνται από τις παροχές.

Η λεπτομερής διευκρίνιση των προϋποθέσεων εφαρμογής των διατάξεων του κανονισμού ΕΟΚ αριθ. 1408/71 σχετικά με τον καθορισμό της εφαρμοστέας νομοθεσίας καθώς και των διατάξεων σχετικά με τις διάφορες κατηγορίες παροχών. Η διευκρίνιση των προϋποθέσεων απόδοσης των παροχών που έχουν χορηγηθεί από ένα φορέα κράτους-μέλους για λογαριασμό φορέα άλλου κράτους-μέλους, καθώς και οι αρμοδιότητες της επιτροπής λογαριασμών.

Η διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ των αρχών και των φορέων των κρατών-μελών, να προβλέπεται η δυνατότητα ηλεκτρονικής επεξεργασίας των πληροφοριών κατ' εφαρμογή του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 1408/71 καθώς και η τροποποίηση κάποιων παραρτημάτων που θα αποβλέπει στην ένταξη σε μια κοινοτική πράξη των αποφάσεων που λαμβάνονται από τα ενδιαφερόμενα κράτη-μέλη ή από τις αρμόδιες αρχές τους.

### **Σημαντικά άρθρα των παραπάνω κανονισμών**

*Άρθρο 22 του κανονισμού 1408/71*

(Διαμονή εκτός του αρμοδίου κράτους — Επιστροφή ή μεταφορά κατοικίας σε άλλο κράτος-μέλος κατά τη διάρκεια ασθένειας ή μητρότητας — Ανάγκη μετάβασης σε άλλο κράτος-μέλος για υποβολή σε κατάλληλη θεραπεία)

Ο μισθωτός ή μη μισθωτός, ο οποίος πληρεί τις απαιτούμενες από τη νομοθεσία του αρμοδίου κράτους προϋποθέσεις για να έχει δικαίωμα παροχών και:

α) η κατάσταση του οποίου απαιτεί παροχές σε είδος που καθίστανται ιατρικά αναγκαίες κατά τη διάρκεια διαμονής στο έδαφος άλλου κράτους-μέλους, λαμβάνοντας υπόψη τη φύση των παροχών και την αναμενόμενη διάρκεια της διαμονής, ή

β) ο οποίος, αφού απέκτησε το δικαίωμα παροχών σε βάρος του αρμοδίου φορέα, έλαβε την έγκριση του φορέα αυτού να επιστρέψει στο έδαφος του κράτους-μέλους στο οποίο κατοικεί ή να μεταφέρει την κατοικία του στο έδαφος άλλου κράτους-μέλους, ή

γ) ο οποίος έλαβε την έγκριση του αρμοδίου φορέα να μεταβεί στο έδαφος άλλου κράτους-μέλους, για να υποβληθεί στην κατάλληλη για την κατάστασή του θεραπεία, έχει δικαίωμα:

i) παροχών σε είδος που χορηγούνται, για λογαριασμό του αρμοδίου φορέα από το φορέα του τόπου διαμονής ή κατοικίας, σύμφωνα με τη νομοθεσία που εφαρμόζεται από το φορέα αυτόν, σαν να ήταν ασφαλισμένος σε αυτόν. Η διάρκεια χορήγησης των παροχών αυτών διέπεται από τη νομοθεσία του αρμοδίου κράτους.

ii) παροχών σε χρήμα που καταβάλλονται από τον αρμόδιο φορέα σύμφωνα με τη νομοθεσία που εφαρμόζεται από το φορέα αυτόν. Πάντως, οι παροχές αυτές μπορούν μετά από συμφωνία μεταξύ του αρμοδίου φορέα και του φορέα του τόπου διαμονής ή κατοικίας, να καταβάλλονται από τον τελευταίο αυτό φορέα, για λογαριασμό του πρώτου, σύμφωνα με τη νομοθεσία του αρμοδίου κράτους.

Η έγκριση που απαιτείται, σύμφωνα με τη παράγραφο β, μπορεί να μη δοθεί μόνο αν διαπιστωθεί ότι η μετακίνηση του ενδιαφερόμενου θα έθετε σε κίνδυνο την κατάσταση της υγείας του ή την εφαρμογή ιατρικής θεραπείας.

Η έγκριση που απαιτείται, σύμφωνα με τη παράγραφο γ δεν δύναται να μη δοθεί εφόσον η σχετική θεραπεία περιλαμβάνεται στις παροχές που προβλέπονται από τη νομοθεσία του κράτους-μέλους, στο έδαφος του οποίου κατοικεί ο ενδιαφερόμενος, και εφόσον η θεραπεία αυτή δεν είναι δυνατόν να του παρασχεθεί

μέσα στα χρονικά όρια που είναι κανονικά αναγκαία για την παροχή της στο κράτος-μέλος του τόπου κατοικίας, εάν ληφθεί υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειας.

Τα παραπάνω εφαρμόζονται ανάλογα και στα μέλη της οικογένειας ενός μισθωτού ή μη μισθωτού.

Στα μέλη της οικογένειας, τα οποία κατοικούν στο έδαφος κράτους-μέλους άλλου από εκείνο στο έδαφος του οποίου κατοικεί ο μισθωτός ή μη μισθωτός, οι παροχές σε είδος χορηγούνται για λογαριασμό του φορέα του κράτους-μέλους στο έδαφος του οποίου κατοικούν τα μέλη της οικογένειας, από το φορέα του τόπου διαμονής κατά τις διατάξεις της νομοθεσίας που εφαρμόζει, σαν να ήταν ασφαλισμένος ο μισθωτός ή μη μισθωτός σε αυτόν. Η διάρκεια χορήγησης των παροχών διέπεται πάντως από τη νομοθεσία του κράτους-μέλους στο έδαφος του οποίου κατοικούν τα μέλη της οικογένειας. Η έγκριση που απαιτείται χορηγείται από το φορέα του κράτους μέλους στο έδαφος του οποίου κατοικούν τα μέλη της οικογένειας. Το γεγονός ότι ο μισθωτός ή μη μισθωτός δικαιούνται παροχών δεν θίγει το δικαίωμα παροχών των μελών της οικογένειάς του.

#### *Άρθρο 28 του κανονισμού 1408/71*

(Συντάξεις που οφείλονται δυνάμει της νομοθεσίας ενός ή περισσοτέρων κρατών, αν δεν υπάρχει δικαίωμα παροχών στη χώρα κατοικίας)

Ο δικαιούχος σύνταξης οφειλόμενης κατά τη νομοθεσία ενός κράτους-μέλους ή συντάξεων οφειλόμενων κατά τη νομοθεσία δύο ή περισσοτέρων κρατών-μελών, ο οποίος δεν δικαιούται παροχών κατά τη νομοθεσία του κράτους-μέλους στο έδαφος, του οποίου κατοικεί, λαμβάνει, παρόλα αυτά, τις παροχές αυτές για τον ίδιο και για τα μέλη της οικογένειάς του, κατά το μέτρο, που θα δικαιούταν τις παροχές αυτές κατά τη νομοθεσία του κράτους-μέλους ή τουλάχιστον ενός από τα κράτη-μέλη, που είναι αρμόδια στο θέμα της σύνταξης, αν κατοικούσε στο έδαφος του εν λόγω κράτους.

Οι παροχές αυτές χορηγούνται υπό τους εξής όρους:

- α) οι παροχές σε είδος χορηγούνται από το φορέα του τόπου κατοικίας, σαν να δικαιούταν ο ενδιαφερόμενος σύνταξη και παροχές σε είδος, με βάση τη νομοθεσία του κράτους στο έδαφος του οποίου κατοικεί.
- β) οι παροχές σε χρήμα μετά από συμφωνία μεταξύ του αρμοδίου φορέα και του φορέα του τόπου κατοικίας, μπορούν να καταβάλλονται από τον τελευταίο αυτό

φορέα για λογαριασμό του πρώτου κατά τις διατάξεις της νομοθεσίας του αρμοδίου κράτους.

Ο φορέας που φέρει το βάρος των παροχών σε είδος, καθορίζεται βάσει των εξής κανόνων:

Αν ο δικαιούχος σύνταξης δικαιούται των παροχών αυτών με βάση τη νομοθεσία ενός μόνο κράτους-μέλους, βαρύνεται ο αρμόδιος φορέας του κράτους αυτού.

Αν ο δικαιούχος σύνταξης δικαιούται των παροχών αυτών με βάση τη νομοθεσία δύο ή περισσότερων κρατών-μελών, βαρύνεται ο αρμόδιος φορέας του κράτους-μέλους στη νομοθεσία του οποίου είχε υπαχθεί ο δικαιούχος επί περισσότερο χρόνο. Αν η εφαρμογή του κανόνα αυτού έχει ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση περισσότερων φορέων με τις παροχές αυτές, τότε από τους φορείς αυτούς βαρύνεται εκείνος, για τον οποίον ισχύει η νομοθεσία, στην οποία είχε υπαχθεί τελευταία ο δικαιούχος.

#### *Άρθρο 31 του κανονισμού 1408/71*

(Διαμονή του δικαιούχου της σύνταξης ή/και των μελών της οικογένειάς του σε κράτος-μέλος άλλο από το κράτος της κατοικίας τους)

Ο δικαιούχος σύνταξης βάσει της νομοθεσίας κράτους-μέλους ή συντάξεων βάσει της νομοθεσίας δύο ή περισσότερων κρατών-μελών, ο οποίος δικαιούται παροχών κατά τη νομοθεσία ενός των εν λόγω κρατών-μελών, καθώς και τα μέλη της οικογένειάς του, κατά τη διάρκεια της διαμονής τους στο έδαφος κράτους-μέλους άλλου από το κράτος κατοικίας τους, δικαιούνται:

α) παροχές σε είδος που καθίστανται ιατρικά αναγκαίες κατά τη διάρκεια της διαμονής στο έδαφος κράτους-μέλους άλλου από το κράτος κατοικίας, λαμβάνοντας υπόψη τη φύση των παροχών και την προβλεπόμενη διάρκεια της διαμονής. Οι εν λόγω παροχές σε είδος χορηγούνται από τον φορέα του τόπου διαμονής, σύμφωνα με τις διατάξεις της νομοθεσίας που εφαρμόζεται από αυτόν, για λογαριασμό του φορέα του τόπου κατοικίας του δικαιούχου σύνταξης ή των μελών της οικογένειάς του.

β) παροχές σε χρήμα που χορηγούνται, κατά περίπτωση, από τον αρμόδιο φορέα, σύμφωνα με τις διατάξεις της νομοθεσίας που αυτός εφαρμόζει. Εντούτοις, κατόπιν συμφωνίας μεταξύ του αρμοδίου φορέα και του φορέα του τόπου διαμονής, οι παροχές αυτές μπορούν να καταβάλλονται από τον τελευταίο αυτόν φορέα για λογαριασμό του πρώτου, σύμφωνα με τις διατάξεις της νομοθεσίας του αρμοδίου κράτους.



*Άρθρο 63 του κανονισμού 574/72*

(Παροχές σε είδος στους μισθωτούς ή μη μισθωτούς σε περίπτωση μεταφοράς της κατοικίας ή επιστροφής στην χώρα κατοικίας, καθώς και στους μισθωτούς ή μη μισθωτούς οι οποίοι έχουν έγκριση να μεταβούν σε άλλο κράτος-μέλος για θεραπεία)

Για να λάβει παροχές σε είδος, ο μισθωτός ή μη μισθωτός υποχρεούται να προσκομίσει στο φορέα του τόπου κατοικίας βεβαίωση που να πιστοποιεί ότι του επιτρέπεται να διατηρήσει το δικαίωμα των παροχών αυτών. Η βεβαίωση αυτή η οποία εκδίδεται από τον αρμόδιο φορέα αναγράφει κυρίως, εφόσον συντρέχει περίπτωση, την ανώτατη διάρκεια κατά την οποία οι παροχές σε είδος μπορούν ακόμη να χορηγούνται σύμφωνα με τις διατάξεις της νομοθεσίας του αρμόδιου κράτους. Η βεβαίωση μπορεί να εκδοθεί μετά την αναχώρηση και μετά από αίτηση του ενδιαφερόμενου εφόσον δεν ήταν δυνατόν να εκδοθεί προηγουμένως για λόγους ανωτέρας βίας. (Κανονισμοί 1408/71 και 574/72, 2006)

Πανεπιστήμιο Περπινάνης

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

#### **ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΜΕΤΑΚΙΝΟΥΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Οι μετακινούμενοι ασθενείς εντάσσονται σε πέντε κατηγορίες:

Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει εκείνους τους πολίτες, που ενώ βρίσκονται σε διακοπές σε ένα κράτος της ΕΕ, χρειάζεται να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας στο κράτος αυτό. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχουν ρυθμίσεις σε όλο τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, για να διευκολύνεται η διαδικασία, βασισμένες στο έντυπο E111, παρέχοντας το δικαίωμα στη περίθαλψη κατά τη διάρκεια τα προσωρινής διαμονής.

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει εκείνους τους πολίτες που συνταξιοδοτούνται σε μια διαφορετική χώρα και επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν το σύστημα υγείας της χώρας, στην οποία διαμένουν προς το παρόν και ίσως και μακροπρόθεσμα.

Η τρίτη κατηγορία αποτελείται από άτομα, τα οποία έχουν στενούς πολιτισμικούς και γλωσσικούς δεσμούς με τη χώρα στην οποία παρέχεται η φροντίδα. Σε περιοχές όπου μια φυσική κοινότητα χωρίζεται από εθνικά σύνορα, τα άτομα ζητούν θεραπεία κοντά στη πατρίδα τους, που τυχαίνει να είναι στην απέναντι πλευρά του συνόρου. Αυτή είναι συχνά η περίπτωση για παράδειγμα μιας πόλης, η οποία χωρίζεται από ένα ποταμό, ο οποίος αποτελεί ταυτόχρονα και εθνικό σύνορο. Αυτή η κατηγορία ασθενών περιλαμβάνει επίσης μετανάστες, οι οποίοι επιστρέφουν στην χώρα καταγωγής τους, για να λάβουν φροντίδα υγείας. Όταν η πρόσβαση σε διασυνοριακή φροντίδα είναι εύκολη, για παράδειγμα στο πλαίσιο διμερών συμφωνιών συνεργασίας, αυτοί οι ασθενείς είναι πιθανόν να είναι οι πρώτοι οι οποίοι θα επωφεληθούν από τις νέες δυνατότητες.

Η τέταρτη κατηγορία αποτελείται από εκείνους τους ασθενείς, οι οποίοι διασχίζουν τα σύνορα για να λάβουν φροντίδα υγείας ή να αγοράσουν αγαθά σχετικά με την υγεία. Αυτό συμβαίνει συνήθως λόγω ύπαρξης πλεονεκτημάτων όσον αφορά την ποιότητα, την πρόσβαση ή την τιμή και συγκεκριμένα αφορά κυρίως ιδιωτικές πληρωμές που καλύπτονται από τους ασθενείς. Παραδείγματα αποτελούν οι ασθενείς, οι οποίοι πηγαίνουν στο εξωτερικό για να αποφύγουν τις μεγάλες λίστες αναμονής

στην πατρίδα τους και ασθενείς που ζητούν θεραπείες, οι οποίες είναι φθηνότερες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η μετακίνηση από τα παλιά στα νέα κράτη-μέλη.

Η πέμπτη και αριθμητικά λιγότερο σημαντική κατηγορία αφορά εκείνους τους ασθενείς, που το σύστημα υγείας της δικής τους χώρας τους στέλνει στο εξωτερικό, γιατί υπάρχουν περιορισμένες δυνατότητες στην χώρα καταγωγής. Αφορά κυρίως μικρές χώρες ή περιοχές με μικρή πληθυσμιακή πυκνότητα, όπου το εθνικό σύστημα υγείας δεν μπορεί λογικά να παρέχει ένα καθολικό εύρος υπηρεσιών φροντίδας υγείας για τον πληθυσμό του. Η φροντίδα υγείας που παρέχεται σε αυτή την κατηγορία, γενικά, κατευθύνεται από τις δημόσιες αρχές, προσπαθώντας να διασφαλίσουν την συνέχεια στη φροντίδα υγείας, την κάλυψη εκτάκτων εξόδων και την κατάλληλη επιλογή παρόχων στο εξωτερικό. Κάποιοι ασθενείς μεταβαίνουν στο εξωτερικό, στο πλαίσιο συμφωνιών συνεργασίας, προκειμένου να μοιραστούν εγκαταστάσεις, κυρίως σε σχέση με υπηρεσίες εντάσεως κεφαλαίου ή πολύ εξειδικευμένες. (Rosenmöller, McKee, Baeten, 2006)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (2003-2008)**

#### **Σκοπός και γενικοί στόχοι**

Το πρόγραμμα, το οποίο συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποσκοπεί στην προστασία της ανθρώπινης υγείας και τη βελτίωση της δημόσιας υγείας.

Γενικοί στόχοι του προγράμματος είναι:

- α) η βελτίωση της πληροφόρησης και της γνώσης για την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας.
- β) η ενίσχυση της ικανότητας ταχείας και συντονισμένης αντίδρασης όταν η υγεία απειλείται.
- γ) η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη των ασθενειών μέσω της αντιμετώπισης των καθοριστικών παραγόντων της υγείας σε όλες τις πολιτικές και δραστηριότητες.

Το πρόγραμμα συμβάλλει:

- α) στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης υγείας κατά τον καθορισμό και την υλοποίηση όλων των κοινοτικών πολιτικών και δραστηριοτήτων, προωθώντας μια ολοκληρωμένη και διατομεακή στρατηγική υγείας.
- β) στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία.
- γ) στην ενθάρρυνση της συνεργασίας μεταξύ κρατών-μελών στους τομείς που καλύπτονται από το άρθρο 152 της συνθήκης.

#### **Κοινοτικές δράσεις και δραστηριότητες**

Οι κοινοτικές δράσεις και δραστηριότητες πραγματοποιούνται μέσω της στενής συνεργασίας των κρατών-μελών. Οι δραστηριότητες αυτές είναι οι ακόλουθες:

- α) Δραστηριότητες που αφορούν τα συστήματα παρακολούθησης και ταχείας αντίδρασης για τους σκοπούς της παρακολούθησης της δημόσιας υγείας και την παροχή εθνικών πληροφοριών, καθώς και στοιχείων σε κοινοτικό επίπεδο, για την προαγωγή των στόχων του προγράμματος. Επίσης, με σκοπό την αντιμετώπιση απειλών κατά της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των σοβαρών ασθενειών και την

αντίδραση σε απρόβλεπτα γεγονότα, την διεξαγωγή έρευνας και συντονισμού των αντιδράσεων.

β) Δραστηριότητες που αφορούν τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Ανάπτυξη και εφαρμογή δραστηριοτήτων προαγωγής της υγείας και πρόληψης ασθενειών σε όλες τις κοινοτικές πολιτικές και με ενδεχόμενη συμμετοχή μη κυβερνητικών οργανώσεων, καθώς και καινοτόμων ή πιλοτικών σχεδίων και δικτύων μεταξύ εθνικών ιδρυμάτων και δραστηριοτήτων.

γ) Νομοθετικές δραστηριότητες, με σκοπό την προπαρασκευή κοινοτικών νομοθετημάτων στον τομέα της δημόσιας υγείας, την αξιολόγηση των επί της υγείας επιπτώσεων της κοινοτικής νομοθεσίας και τον συντονισμό της θέσης της Κοινότητας και των κρατών-μελών της σε φόρουμ στα οποία συζητούνται ζητήματα υγείας.

δ) Δραστηριότητες που αφορούν τη διαβούλευση, τη γνώση και την πληροφόρηση.

i) Με την ανάπτυξη και διάδοση στις αρμόδιες αρχές των κρατών-μελών, στους επαγγελματίες της υγείας και άλλων τομέων και στο ευρύτερο κοινό, πληροφοριών και ενημέρωσης σχετικά με την υγεία.

ii) Με την πληροφόρηση και διαβούλευση για θέματα υγείας και θέματα σχετικά με την υγεία σε κοινοτικό επίπεδο, προσφέροντας τη συμμετοχή όλων των ενδιαφερομένων μερών, όπως οι οργανώσεις ασθενών, οι επαγγελματίες της υγείας, οι παρέχοντες υγειονομική περίθαλψη, οι συνδικαλιστικές οργανώσεις, οι κοινωνικοί εταίροι και οι ΜΚΟ στον τομέα της δημόσιας υγείας.

iii) Με την ανταλλαγή εμπειριών και πληροφοριών για θέματα υγείας μεταξύ της Κοινότητας και των αρχών και αρμόδιων οργανώσεων των κρατών-μελών. Την ανάπτυξη και αξιοποίηση δικτύων για την ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τις βέλτιστες πρακτικές στον τομέα της δημόσιας υγείας και την αποτελεσματικότητα των πολιτικών υγείας.

iv) Με την ενθάρρυνση της εκπαίδευσης και της επαγγελματικής κατάρτισης στον τομέα της δημόσιας υγείας, οι οποίες είναι συναφείς με τους στόχους του προγράμματος.

v) Με την λήψη επιστημονικών πληροφοριών και συμβουλών από εμπειρογνώμονες.

Για την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης υγείας κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των κοινοτικών πολιτικών και δραστηριοτήτων, οι στόχοι του προγράμματος μπορούν να υλοποιηθούν ως κοινές στρατηγικές και κοινές δράσεις με τη δημιουργία συνδέσεων, αφενός, με συναφή

κοινοτικά προγράμματα και δράσεις και, αφετέρου, με δράσεις που αναλαμβάνει το Κοινό Κέντρο Ερευνών και οι αρμόδιες κοινοτικές οργανώσεις.

### **Εφαρμογή του προγράμματος**

Η Επιτροπή μεριμνά, σε στενή συνεργασία με τα κράτη-μέλη, για την εφαρμογή των δράσεων του προγράμματος. Με κατάλληλες διαρθρωτικές ρυθμίσεις στις οποίες τα κράτη-μέλη συμμετέχουν ενεργά, εξασφαλίζει το συντονισμό και την ολοκλήρωση δικτύων παρακολούθησης της υγείας και ταχείας αντίδρασης σε απειλές κατά της υγείας. Τα κράτη-μέλη αναλαμβάνουν, στο πλαίσιο των αντίστοιχων αρμοδιοτήτων τους, την ενδεδειγμένη δράση για την εξασφάλιση της αποτελεσματικής λειτουργίας του προγράμματος.

Επίσης, η Επιτροπή, συνεργαζόμενη στενά με τα κράτη-μέλη, επιδιώκει τη συγκρισιμότητα των δεδομένων και των πληροφοριών και, όταν αυτό είναι δυνατόν, τη συμβατότητα και τη διαλειτουργικότητα των συστημάτων και των δικτύων ανταλλαγής δεδομένων και πληροφοριών σχετικά με την υγεία.

Τέλος, εξασφαλίζει τη μετάβαση από τις δράσεις τις διεξαγόμενες στο πλαίσιο των προγραμμάτων δημόσιας υγείας, οι οποίες συμβάλλουν στις προτεραιότητες που εκτίθενται στο παρόν πρόγραμμα, προς εκείνες που υλοποιούνται δυνάμει του παρόντος προγράμματος.

### **Συμμετοχή των χωρών ΕΖΕΣ/ΕΟΧ, των συνδεδεμένων χωρών της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, της Κύπρου, της Μάλτας και της Τουρκίας και διεθνής συνεργασία.**

Το πρόγραμμα είναι ανοικτό στη συμμετοχή: α) των χωρών ΕΖΕΣ/ΕΟΧ, β) των συνδεδεμένων χωρών της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, σύμφωνα με τους όρους που προσδιορίζονται στις ευρωπαϊκές συμφωνίες, γ) της Κύπρου, της Μάλτας και της Τουρκίας, με χρηματοδότηση από συμπληρωματικές πιστώσεις, σύμφωνα με τις διατάξεις της συνθήκης.

Κατά την εφαρμογή του προγράμματος, ενισχύεται η συνεργασία με τρίτες χώρες και διεθνείς οργανισμούς αρμόδιους στον τομέα της δημόσιας υγείας, ιδίως δε με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το Συμβούλιο της Ευρώπης και τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, ή δυνάμενους να έχουν επίδραση στη δημόσια υγεία, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου και ο Οργανισμός Επισιτισμού και Γεωργίας των Ηνωμένων Εθνών.

### **Παρακολούθηση, αξιολόγηση και διάδοση των αποτελεσμάτων**

Η Επιτροπή, σε συνεργασία με τα κράτη-μέλη, παρακολουθεί τακτικά την εφαρμογή των δράσεων του προγράμματος βάσει των τεθέντων στόχων. Υποβάλλει ετήσια έκθεση στην επιτροπή. Η Επιτροπή διαβιβάζει αντίγραφο των κυρίων πορισμάτων της στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και στο Συμβούλιο.

Η Επιτροπή, ως το τέλος του τετάρτου έτους του προγράμματος, αναθέτει σε ανεξάρτητους ειδικευμένους εμπειρογνώμονες εξωτερική αξιολόγηση της εφαρμογής και των επιτευγμάτων του προγράμματος κατά τα τρία πρώτα έτη. Αξιολογεί επίσης τα αποτελέσματά του για την υγεία και την αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων, καθώς και τη συνοχή και τη συμπληρωματικότητα με άλλα συναφή προγράμματα, δράσεις και πρωτοβουλίες που υλοποιούνται βάσει άλλων κοινοτικών πολιτικών και δραστηριοτήτων. Ανακοινώνει τα πορίσματά της στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Συμβούλιο, την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών. Υποβάλλει επίσης σ' αυτά τα όργανα και οργανισμούς τελική έκθεση επί της εφαρμογής του προγράμματος έως το τέλος του έτους που έπεται της ολοκλήρωσης του προγράμματος. Τέλος, δημοσιοποιεί τα αποτελέσματα των δράσεων που αναλήφθηκαν και τις εκθέσεις αξιολόγησης. (L271/1, 09-10-2002)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΩΝ (2007- 2013)

(Καλύτερη υγεία, μεγαλύτερη ασφάλεια και περισσότερη εμπιστοσύνη για τους πολίτες: μια στρατηγική για την υγεία και την προστασία των καταναλωτών)

#### Στόχος και σκοποί

Το πρόγραμμα συμπληρώνει και υποστηρίζει τις πολιτικές των κρατών-μελών και συμβάλλει στην προστασία της υγείας, της ασφάλειας και των οικονομικών συμφερόντων των πολιτών.

Οι κοινοί στόχοι για την υγεία και την προστασία των καταναλωτών που επιδιώκονται είναι οι εξής:

1. προστασία των πολιτών από τους κινδύνους και τις απειλές που ξεφεύγουν από τον έλεγχο των μεμονωμένων ατόμων (π.χ. απειλές για την υγεία που έχουν επιπτώσεις στην κοινωνία συνολικά, μη ασφαλή προϊόντα, αθέμιτες εμπορικές πρακτικές).
2. αύξηση της ικανότητας των πολιτών να λαμβάνουν καλύτερες αποφάσεις για τα συμφέροντά τους στον τομέα της υγείας αλλά και ως καταναλωτών.
3. και ένταξη των στόχων της πολιτικής που εφαρμόζεται στους τομείς της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών στις άλλες κοινοτικές πολιτικές.

#### Ενέργειες και μέσα

- Βελτίωση της επικοινωνίας με τους πολίτες της ΕΕ για τα θέματα της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών, με εκστρατείες ενημέρωσης/ευαισθητοποίησης, έρευνες, συνέδρια, συνεδριάσεις εμπειρογνομόνων και εμπλεκόμενων φορέων, δημοσιεύσεις για ζητήματα που παρουσιάζουν ενδιαφέρον για την υγεία και την πολιτική καταναλωτών, παροχή πληροφοριών online και μέσω της ανάπτυξης και χρήσης σημείων πληροφόρησης.



- Αύξηση της συμμετοχής της κοινωνίας των πολιτών και των εμπλεκόμενων φορέων στη χάραξη της πολιτικής για την υγεία και την προστασία των καταναλωτών, μέσω της προώθησης και ενίσχυσης των οργανώσεων που δραστηριοποιούνται σε κοινοτικό επίπεδο στους τομείς της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών. Επίσης, μέσω της δικτύωσης των μη κυβερνητικών οργανώσεων που δραστηριοποιούνται στους τομείς της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών καθώς και των λοιπών εμπλεκόμενων φορέων. Τέλος, μέσω της ενίσχυσης των συμβουλευτικών φορέων και μηχανισμών κοινοτικού επιπέδου.
- Ανάπτυξη κοινής προσέγγισης για την ένταξη των θεμάτων της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών στις άλλες κοινοτικές πολιτικές, μέσω της ανάπτυξης και εφαρμογής μεθόδων για την αξιολόγηση του αντίκτυπου των κοινοτικών πολιτικών και δραστηριοτήτων στα θέματα της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών. Επίσης, μέσω της ανταλλαγής ορθών πρακτικών με τα κράτη-μέλη σχετικά με τις εθνικές πολιτικές.
- Προώθηση της διεθνούς συνεργασίας σχετικά με την υγεία και την προστασία των καταναλωτών, με ανάπτυξη μέτρων συνεργασίας με διεθνείς οργανισμούς και με τρίτες χώρες που δεν συμμετέχουν στο πρόγραμμα.
- Βελτίωση του έγκαιρου εντοπισμού, της αξιολόγησης και της γνωστοποίησης των κινδύνων, μέσω της υποστήριξης της παροχής επιστημονικών συμβουλών και της διενέργειας αξιολογήσεων κινδύνου. Επίσης, με τη συλλογή και αντιπαραβολή πληροφοριών και δημιουργία δικτύων ειδικών και φορέων, καθώς και μέσω της προώθησης της ανάπτυξης και της εναρμόνισης των μεθοδολογιών αξιολόγησης του κινδύνου.
- Προώθηση της ασφάλειας των αγαθών και των ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, μέσω της ανάλυσης των στοιχείων και ανάπτυξης κατευθυντήριων γραμμών βέλτιστης πρακτικής για την ασφάλεια των καταναλωτικών προϊόντων και υπηρεσιών. Επίσης, με την ανάπτυξη μεθοδολογιών και την τήρηση βάσης δεδομένων με σκοπό τη συλλογή στοιχείων για τους τραυματισμούς σε σχέση με την ασφάλεια των καταναλωτικών προϊόντων. Με την παροχή τεχνικής βοήθειας για την ανάλυση ζητημάτων που σχετίζονται με τη χάραξη και την εφαρμογή των πολιτικών και της νομοθεσίας.

Οι συγκεκριμένοι στόχοι που επιδιώκονται στον τομέα της υγείας είναι οι εξής:

- προστασία των πολιτών από τις απειλές για την υγεία.
- προώθηση πολιτικών που οδηγούν σε υγιέστερο τρόπο της ζωής.
- συμβολή στη μείωση της επίπτωσης σημαντικών νόσων.
- και βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας.

### **Ενέργειες και μέσα**

- Ενίσχυση της επιτήρησης και του ελέγχου των απειλών για την υγεία, μέσω της ενίσχυσης της ικανότητας αντιμετώπισης των μεταδοτικών νόσων, με την ανάπτυξη στρατηγικών και μηχανισμών για την πρόληψη, την ανταλλαγή πληροφοριών και την αντιμετώπιση των απειλών που προέρχονται από μη μεταδοτικές νόσους. Με την ανταλλαγή πληροφοριών για τις υπάρχουσες στρατηγικές και ανάπτυξη κοινών στρατηγικών για τον εντοπισμό και τη λήψη αξιόπιστων πληροφοριών για τις απειλές για την υγεία που προέρχονται από φυσικές, χημικές ή βιολογικές πηγές, συμπεριλαμβανομένων των απειλών που προκαλούνται από εσκεμμένες ενέργειες διάχυσης ουσιών στο περιβάλλον.
- Αντιμετώπιση των απειλών για την υγεία, με την ανάπτυξη διαδικασιών διαχείρισης των κινδύνων για τις καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας και ενίσχυση της ικανότητας συντονισμένης αντιμετώπισης.
- Προώθηση της υγείας με την αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων, όπως εκείνων που συνδέονται με τους εθισμούς, εκείνων που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, παράγοντες κοινωνικού και οικονομικού χαρακτήρα, καθώς και παράγοντες περιβαλλοντικού χαρακτήρα. Παροχή υποστήριξης για δραστηριότητες ενημέρωσης του κοινού.
- Πρόληψη νόσων και τραυματισμών. Σε συντονισμό με τις εργασίες για τους καθοριστικούς για την υγεία παράγοντες, το πρόγραμμα θα υποστηρίξει την ανάπτυξη και εφαρμογή ενεργειών για σημαντικές νόσους που έχουν ιδιαίτερη σημασία, σε σχέση με τη συνολική επιβάρυνση από τις νόσους στην Κοινότητα, και για τις οποίες η κοινοτική δράση μπορεί να προσδώσει σημαντική προστιθέμενη αξία στις εθνικές προσπάθειες. Επίσης την κατάρτιση και εφαρμογή στρατηγικών και μέτρων για την πρόληψη των νόσων, ιδίως με τον εντοπισμό βέλτιστων πρακτικών και την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών και συστάσεων, που θα αφορούν, μεταξύ άλλων, τη δευτεροβάθμια πρόληψη, τη διενέργεια προληπτικών εξετάσεων και την έγκαιρη ανίχνευση των νόσων.

- Επίτευξη συνεργιών μεταξύ των εθνικών συστημάτων υγείας, με τους εξής τρόπους:

α) Διευκόλυνση της διασυνοριακής αγοράς και παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της συλλογής και της ανταλλαγής πληροφοριών που καθιστούν δυνατή την από κοινού αξιοποίηση και χρήση των δυνατοτήτων διασυνοριακής περίθαλψης.

β) Ανταλλαγή πληροφοριών για την κινητικότητα των επαγγελματιών του τομέα της υγείας και διαχείριση των συνεπειών της.

γ) Καθιέρωση κοινοτικού συστήματος συνεργασίας για τα κέντρα αναφοράς και τις άλλες δομές συνεργασίας μεταξύ των συστημάτων υγείας περισσότερων του ενός κρατών-μελών.

δ) Δημιουργία δικτύου για την ενίσχυση της ικανότητας ανάπτυξης και ανταλλαγής πληροφοριών και αξιολογήσεων σχετικά με τις τεχνολογίες και τις τεχνικές υγείας (αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας).

ε) Παροχή πληροφοριών για τα συστήματα υγείας και την ιατρική φροντίδα στους ασθενείς, στους επαγγελματίες και στους υπεύθυνους για τη χάραξη της πολιτικής, σε συνδυασμό με τις γενικές ενέργειες πληροφόρησης που αναλαμβάνονται στον τομέα της υγείας και συμπεριλαμβανομένων των μηχανισμών ανταλλαγής και διάδοσης πληροφοριών που χρησιμοποιούνται από κοινού με το σχέδιο δράσης για έναν ευρωπαϊκό χώρο ηλεκτρονικής υγείας.

ζ) Ανάπτυξη μέσων για την αξιολόγηση του αντίκτυπου των κοινοτικών πολιτικών στα συστήματα υγείας.

η) Ανάπτυξη και εφαρμογή ενεργειών για την προώθηση της ασφάλειας των ασθενών και της παροχής υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας.

θ) Υποστήριξη της διαδικασίας χάραξης πολιτικής για τα συστήματα υγείας, ιδίως όσον αφορά την ανοικτή μέθοδο συντονισμού για την υγειονομική περίθαλψη και τις υπηρεσίες μακρόχρονης περίθαλψης.

**Ενέργειες που συμβάλλουν σε όλους τους ανωτέρω στόχους:**

- Συνέχιση της περαιτέρω ανάπτυξης ενός βιώσιμου συστήματος παρακολούθησης της υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στις ανισότητες στον τομέα της υγείας.

- Καθορισμός σχετικών πρόσθετων δεικτών.

- Ανάπτυξη κατάλληλων μηχανισμών υποβολής εκθέσεων.

- Εξασφάλιση της τακτικής συλλογής σχετικών πληροφοριών, σε συνεργασία με το στατιστικό πρόγραμμα και διεθνείς οργανώσεις.

- Υποστήριξη της ανάλυσης των θεμάτων της υγείας στην Κοινότητα μέσω τακτικών κοινοτικών εκθέσεων για την υγεία, τήρηση μηχανισμών διάδοσης όπως η διαδικτυακή πύλη υγείας, παροχή υποστήριξης για τη διενέργεια συνεδρίων συναίνεσης και στοχοθετημένων εκστρατειών πληροφόρησης που συντονίζονται μεταξύ των ενδιαφερόμενων μερών.

- Εστίαση στην τακτική παροχή αξιόπιστων πληροφοριών στους πολίτες, στους υπεύθυνους για τη λήψη αποφάσεων, στους ασθενείς, στα άτομα που παρέχουν φροντίδα, στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και σε άλλα ενδιαφερόμενα μέρη.

### **Μέθοδοι εφαρμογής του προγράμματος**

1. Οι ενέργειες που αναλαμβάνονται για την επίτευξη των στόχων και των σκοπών περιλαμβάνουν ειδικότερα:

- (α) την άμεση ή έμμεση εφαρμογή από την Επιτροπή σε κεντρική βάση.
- (β) και την από κοινού διαχείριση των ενεργειών με διεθνείς οργανισμούς.

### **Συμμετοχή τρίτων χωρών**

Στο πρόγραμμα μπορούν να συμμετάσχουν:

- α) οι χώρες ΕΖΕΣ/ΕΟΧ σύμφωνα με τους όρους που καθορίζονται στη συμφωνία ΕΟΧ και
- β) τρίτες χώρες, και ιδίως οι χώρες που περιλαμβάνονται στην πολιτική γειτονίας της Ένωσης, οι χώρες που υποβάλλουν αίτηση για προσχώρηση, καθώς και οι υποψήφιας και οι υπό προσχώρηση στην Ένωση χώρες, όπως και οι χώρες των δυτικών Βαλκανίων που συμμετέχουν στη διαδικασία σταθεροποίησης και σύνδεσης, σύμφωνα με τους όρους που καθορίζονται στις αντίστοιχες διμερείς ή πολυμερείς συμφωνίες στις οποίες προβλέπονται οι γενικές αρχές της συμμετοχής τους στα κοινοτικά προγράμματα.

Επίσης, κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του προγράμματος ενθαρρύνεται η ανάπτυξη σχέσεων με τρίτες χώρες που δεν συμμετέχουν στο πρόγραμμα και με τους σχετικούς διεθνείς οργανισμούς. (COM(2005) 115 τελικό)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### Εισαγωγή

Η εισαγωγή της ευρωπαϊκής κάρτας υγείας στοχεύει στην αντικατάσταση όλων των υφιστάμενων εγγράφων που χρειάζονται για θεραπεία σε άλλο κράτος-μέλος και να απλοποιηθούν οι διαδικασίες, χωρίς να θίγονται τα υφιστάμενα δικαιώματα και υποχρεώσεις.

Η νέα ευρωπαϊκή κάρτα θα ωφελήσει τους ευρωπαίους πολίτες, γιατί θα μειωθούν οι σημερινές διαδικασίες για την λήψη των διαφόρων εγγράφων, με την αντικατάστασή τους από μια μοναδική και εξατομικευμένη κάρτα. Θα διευκολύνει την προσωρινή διαμονή στο εξωτερικό και το έντυπο E111 θα είναι το πρώτο που θα αντικατασταθεί. Το κοινό θα ωφελείται πιο εύκολα από τις υπηρεσίες που παρέχονται από τον συντονισμό των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας που λειτουργούν στο πλαίσιο του κανονισμού 1408/71. Η ευρωπαϊκή κάρτα θα απλοποιήσει την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας που παρέχεται από το κράτος υποδοχής, ενώ συγχρόνως θα παρέχει εγγύηση στους φορείς που χρηματοδοτούν το σύστημα υγείας στο κράτος υποδοχής ότι ο ασθενής είναι πλήρως ασφαλισμένος στο κράτος καταγωγής και θα διασφαλίζονται ότι θα λάβουν την αποζημίωση από τον αρμόδιο φορέα.

#### Λειτουργία της κάρτας

Η χρήση της κάρτας υγείας αφορά τρεις ομάδες:

- τους ασφαλισμένους,
- τους παρόχους υπηρεσιών υγείας και
- τους ασφαλιστικούς φορείς του κράτους, στο οποίο ο ασφαλισμένος είναι εγγεγραμμένος και του κράτους υποδοχής, το οποίο θα ζητήσει την αποζημίωση για τα έξοδα περίθαλψης από το προηγούμενο.

Οι ασφαλισμένοι είναι εκείνοι που θα ωφεληθούν περισσότερο από τη νέα κάρτα. Δεν θα χρειάζεται πλέον να κάνουν αίτηση στον αρμόδιο φορέα για τη λήψη συγκεκριμένου εντύπου, πριν τη προσωρινή διαμονή σε άλλο κράτος-μέλος. Όλοι οι ασφαλισμένοι θα έχουν μια εξατομικευμένη κάρτα. Αρχικά, η κάρτα θα

χρησιμοποιηθεί σαν το έντυπο E111 και ο ασφαλισμένος θα την επιδεικνύει στον πάροχο φροντίδας υγείας ή στον ασφαλιστικό φορέα του τόπου διαμονής.

Παρόλα αυτά, αν η κάρτα αποσκοπεί στην απλοποίηση των διαδικασιών πρέπει, σύμφωνα με την Επιτροπή, να ληφθούν δυο μέτρα για την τροποποίηση των κανονισμών 1408/71 και 574/72.

Προτείνεται η ενοποίηση του δικαιώματος μεταξύ όλων των κατηγοριών των ασφαλισμένων. Ο κανονισμός 1408/71, στην παρούσα του μορφή, προνοεί για διάφορες περιπτώσεις, στις οποίες τα ασφαλισμένα άτομα δικαιούνται φροντίδα υγείας, κατά τη διάρκεια προσωρινής διαμονής σε άλλο κράτος-μέλος. Η έκταση του δικαιώματος ποικίλει ανάλογα με τη κατηγορία του ασφαλισμένου ατόμου. Οι διαφορές μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών δεν αποτελούν το εμπόδιο στην εισαγωγή της ευρωπαϊκής κάρτας υγείας, αλλά είναι ένας πολύπλοκος παράγοντας, που θα αύξανε το κόστος, αφού οι κάρτες θα έπρεπε να έχουν ένα τρόπο να αναγνωρίζουν την κατηγορία του ασφαλισμένου και οι διαδικασίες για τον έλεγχο του δικαιώματος μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων θα ήταν πιο περίπλοκες. Γι' αυτό η Επιτροπή στην πρότασή της για την απλοποίηση του κανονισμού 1408/71, πρότεινε την ευθυγράμμιση των δικαιωμάτων, ώστε οι ασφαλισμένοι να λαμβάνουν την απαραίτητη περίθαλψη, άσχετα με τη φύση της προσωρινής διαμονής.

Ένα δεύτερο μέτρο που προτείνεται είναι η απομάκρυνση συγκεκριμένων τυπικών διαδικασιών που απαιτούνται, επιπρόσθετα με την παρουσίαση των εντύπων, ώστε να ληφθεί η φροντίδα υγείας σε κράτος-μέλος άλλο από εκείνο στο οποίο το άτομο είναι ασφαλισμένο. Για κάποια κράτη-μέλη, σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, υπάρχουν επιπρόσθετες διαδικασίες που πρέπει να τηρηθούν, προκειμένου το άτομο να λάβει τη περίθαλψη. Για παράδειγμα, ο ασφαλισμένος πρέπει να ειδοποιεί πρώτα τον ασφαλιστικό του φορέα, πριν ζητήσει περίθαλψη. Για σύντομη παραμονή στο εξωτερικό, αυτή η υποχρέωση μπορεί να αποδειχτεί δυσεφάρμοστη και πραγματικό εμπόδιο στη λήψη φροντίδας υγείας και στην ελεύθερη μετακίνηση των ατόμων. Πολλές χώρες έχουν ήδη αποφασίσει να μην επιβάλουν κυρώσεις για τη μη συμμόρφωση με τέτοιου είδους διαδικασίες. Επιπλέον, οι ασθενείς πολύ συχνά δεν γνωρίζουν αυτή την υποχρέωση και απλά πιστεύουν ότι έχουν κατοχυρώσει την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στο κράτος διαμονής, αν χρειαστεί, απλά και μόνο με τη λήψη του απαραίτητου εντύπου.

Με την κάρτα υγείας οι *πάροχοι υπηρεσιών υγείας* δεν θα λαμβάνουν πλέον έντυπα, τα οποία είναι δυσνόητα ή λάθος συμπληρωμένα, όπως συμβαίνει σήμερα. Θα μειωθούν επίσης, οι διοικητικές τυπικές διαδικασίες και με την εισαγωγή ενός ηλεκτρονικού συστήματος θα απλοποιηθούν ακόμα περισσότερο οι διαδικασίες.

Όσον αφορά τους *ασφαλιστικούς φορείς*, η κάρτα, σε αρχικό στάδιο, θα φέρει τις απαραίτητες πληροφορίες προς τον φορέα του τόπου διαμονής, ώστε να ζητήσει αποζημίωση από τον αρμόδιο ασφαλιστικό φορέα. Η εισαγωγή της κάρτας θα μειώσει τον αριθμό τέτοιων αιτημάτων που απορρίπτονται. Τα δεδομένα της κάρτας θα είναι πιο ακριβή από τα υπάρχοντα έντυπα. Η εισαγωγή ενός ηλεκτρονικού συστήματος, όχι μόνο θα μειώσει τις διαδικασίες, αλλά θα μειώσει τη πιθανότητα λαθών, την απόρριψη αιτημάτων για αποζημίωση, τις απάτες και την κατάχρηση. Επίσης, η ενοποίηση του δικαιώματος των διάφορων κατηγοριών θα απλοποιήσει τη διαδικασία αποζημίωσης μεταξύ των φορέων, περιορίζοντας τις διαφορές μεταξύ των κατηγοριών των ασφαλισμένων στα υφιστάμενα έντυπα.

Η ευρωπαϊκή κάρτα υγείας είναι ένα φιλόδοξο σχέδιο, που θα υπηρετεί τα συμφέροντα του ευρωπαίου πολίτη. Πρέπει όμως, να σημειωθεί ότι υπάρχουν πολλές εθνικές διαφορές στα συστήματα υγείας και στη χρήση των καρτών και ότι την ευθύνη για την κοινωνική ασφάλιση και την οργάνωση των συστημάτων υγείας, την έχουν τα κράτη-μέλη. Ενώ έχουν διανεμηθεί κάρτες σε κάποιες χώρες, λειτουργούν μόνο εντός του εθνικού συστήματος και μέχρι στιγμής δεν υπάρχει διασυννοριακή λειτουργία των καρτών. Το σχέδιο της ευρωπαϊκής κάρτας πρέπει προφανώς να ανταπεξέλθει με τρόπο ευέλικτο στις οργανωτικές διαφορές που υπάρχουν και η εφαρμογή του σχεδίου να γίνει σταδιακά. (COM 2003, 73 final)

## **Εφαρμογή**

Τα κράτη-μέλη προβαίνουν στις πρακτικές και τεχνικές ρυθμίσεις εισαγωγής της Κάρτας από την 1η Ιουνίου 2004. Με ισχύ από την 1η Ιουνίου 2004 η Κάρτα αντικαθιστά τα έντυπα E 111 και E 111B, τα οποία προβλέπονται για τους σκοπούς απόδοσης των δαπανών της περίθαλψης, η οποία χορηγείται κατά την διάρκεια διαμονής σε κράτος-μέλος άλλο από το αρμόδιο κράτος ή το κράτος κατοικίας. Τα κράτη-μέλη, των οποίων οι φορείς δεν διαθέτουν κάρτα ασφάλισης ασθένειας,

μπορούν να επωφεληθούν από μία μεταβατική περίοδο, η οποία δεν μπορεί να παραταθεί πέρα από την 31η Δεκεμβρίου 2005.

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η Κάρτα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνον σε περίπτωση διαμονής (προσωρινής διαμονής) και όχι σε περίπτωση κατοικίας (συνήθους διαμονής) σε κράτος-μέλος άλλο από το αρμόδιο κράτος. Στην περίπτωση της κατοικίας σε κράτος-μέλος, για την κάλυψη των ιατρικά αναγκαίων παροχών κατά την διάρκεια διαμονής σε άλλο κράτος-μέλος, ακόμη και πίσω στο αρμόδιο κράτος, την Κάρτα εκδίδει το κράτος κατοικίας, το οποίο και επιβαρύνεται με τις δαπάνες για τις παροχές αυτές, π.χ. στον συνταξιούχο του ΙΚΑ (αρμόδιο κράτος η Ελλάδα) αλλά κάτοικο Γερμανίας, την Κάρτα εκδίδει ο γερμανικός φορέας του τόπου κατοικίας του Έλληνα συνταξιούχου.

Επιπλέον, υπάρχουν περιπτώσεις, στις οποίες η Κάρτα δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί. Τέτοιες είναι οι περιπτώσεις:

- κατοικίας εκτός αρμοδίου κράτους, για την κάλυψη των παροχών σε είδος του οποίου εκδίδεται είτε το κοινοτικό έντυπο E 106 (κατοικία εργαζόμενου, μαζί με τα μέλη της οικογένειάς του, εκτός αρμοδίου κράτους), είτε το έντυπο E 109 (κατοικία μελών οικογένειας σε κράτος-μέλος άλλο από το κράτος κατοικίας του εργαζόμενου, το οποίο μπορεί να είναι και το αρμόδιο κράτος), και
- κατοικίας συνταξιούχου ή/και μελών της οικογένειάς του εκτός αρμοδίου κράτους καθώς και κατοικίας των μελών οικογένειας συνταξιούχου σε κράτος-μέλος άλλο από εκείνο, στο οποίο κατοικεί ο συνταξιούχος, για την κάλυψη των παροχών σε είδος των οποίων εκδίδεται το κοινοτικό έντυπο E 121.
- διαμονής σε κράτος-μέλος άλλο από το αρμόδιο, όταν πρόκειται για παροχές, οι οποίες οφείλονται σε εργατικό ατύχημα ή επαγγελματική ασθένεια και οι οποίες καλύπτονται από το κοινοτικό έντυπο E 123.

Παράλληλα, η άσκηση δραστηριότητας ή η φοίτηση σε κράτος-μέλος άλλο από το αρμόδιο δεν θεωρείται κατοικία αλλά διαμονή στο κράτος αυτό. Η Κάρτα είναι ατομική και εκδίδεται στο όνομα του κατόχου. Η Κάρτα είναι αυστηρά προσωπική και, έτσι, θα εκδίδεται ατομικά για τον άμεσα ασφαλισμένο και ξεχωριστά για κάθε μέλος της οικογένειάς του, το οποίο τον συνοδεύει, ακόμη και για αβάπτιστο παιδί.



Τέλος, η περίοδος ισχύος της Κάρτας πρέπει να καθορίζεται από τον φορέα, ο οποίος την εκδίδει.

Η ευρωπαϊκή Κάρτα περιέχει τα ακόλουθα στοιχεία:

- το ονοματεπώνυμο του κατόχου της Κάρτας,
- τον αριθμό μητρώου του κατόχου της Κάρτας ή, εάν ο αριθμός αυτός δεν υπάρχει, του ασφαλισμένου, από τον οποίο έλκονται τα δικαιώματα του κατόχου της Κάρτας,
- την ημερομηνία γέννησης του κατόχου της Κάρτας,
- την ημερομηνία λήξης της Κάρτας,
- τον κωδικό ISO του κράτους-μέλους έκδοσης της Κάρτας,
- τον κωδικό αριθμό του αρμόδιου φορέα και το ακρωνύμιό του και
- τον λογικό αριθμό της Κάρτας.

#### **Κατάργηση – τροποποίηση κοινοτικών εντύπων με την εισαγωγή της Κάρτας**

Μετά την υιοθέτηση του Κανονισμού (ΕΚ) 631/04, οι κυριότερες τροποποιήσεις είναι οι εξής:

- Από 1ης Ιουνίου 2004 καταργούνται τα έντυπα E 110, E 128 και E 128B, ενώ από την ίδια ημερομηνία το έντυπο E 119 αναπροσαρμόζεται, ώστε να αφορά πλέον αποκλειστικά σε παροχές σε χρήμα.

- Επειδή ορισμένα κράτη-μέλη έχουν κάνει χρήση της μεταβατικής περιόδου για την εισαγωγή της Κάρτας, το ισχύον έντυπο E 111 αντικαθίσταται βάσει νέου υποδείγματος (νέου E 111), το οποίο ισχύει για το χρονικό διάστημα από την 1η Ιουνίου 2004 έως την 31η Δεκεμβρίου 2005.

- Από 1ης Ιουνίου 2004 καταργούνται, επίσης, τα έντυπα: E 113, για την γνωστοποίηση νοσηλείας από τον φορέα του τόπου διαμονής προς τον αρμόδιο φορέα, και E 114, για την χορήγηση παροχών σε είδος μεγάλης σπουδαιότητας, το κόστος των οποίων υπερβαίνει ένα κατ' αποκοπή ποσό, το οποίο καθορίζεται και αναθεωρείται περιοδικά από την Διοικητική Επιτροπή.

Από ελληνικής πλευράς, την ευθύνη του συντονισμού για την ενιαία και ορθή εφαρμογή του κοινοτικού κεκτημένου για την λειτουργία της Κάρτας φέρει η ΓΓΚΑ (Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Ασφάλισης), εκπρόσωποι της οποίας συμμετέχουν,

ως τακτικά μέλη, στην Διοικητική Επιτροπή και λειτουργούν ως γέφυρα μεταξύ του ανωτέρω Οργάνου και του συνόλου των φορέων της χώρας. (Ε.Ο. 60000/οίκ. 12854/897, 2004)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΧΩΡΟΥ E-HEALTH

Η ηλεκτρονική υγεία “e-health” είναι ένας αναδυόμενος τομέας διασύνδεσης της πληροφορικής της υγείας, της δημόσιας υγείας και των επιχειρήσεων, που αναφέρεται στον εμπλουτισμό και την ενίσχυση των υπηρεσιών υγείας και των πληροφοριών που παρέχονται μέσω του διαδικτύου με τη χρήση της ανάλογης τεχνολογίας. Ο όρος e-health δεν περιέχει μόνο τη τεχνολογική εξέλιξη, αλλά και τη βελτίωση της περίθαλψης σε τοπικό, εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο μέσω της χρήσης της τεχνολογίας της πληροφορίας και των επικοινωνιών.

Το πρόγραμμα e-health προσφέρει τη δυνατότητα παροχής βελτιωμένων υγειονομικών υπηρεσιών, με περισσότερη αποτελεσματικότητα και λιγότερο κόστος. Η συμμετοχή εκπροσώπων οργανώσεων που αντιπροσωπεύουν τους ασθενείς και τους πολίτες στο σχεδιασμό προϊόντων, συστημάτων και υπηρεσιών e-health έχει καθοριστική σημασία.

#### Σχέδια Δράσης

Η ανάληψη των σχεδίων δράσης για την προώθηση της ηλεκτρονικής υγείας εντοπίζεται κυρίως στην πρόσβαση, την ύπαρξη κατάλληλων υποδομών, την καλλιέργεια της εμπιστοσύνης των πολιτών και την σύσταση της νομικής υπόστασης της ηλεκτρονικής υγείας.

#### *Ενίσχυση της πρόσβασης σε υπηρεσίες e-health.*

Ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού ενδέχεται να μην διαθέτει τις απαραίτητες δεξιότητες για τη χρήση της πληροφορικής, προκειμένου να ωφεληθεί κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο από τις εξελίξεις στο χώρο του e-health. Πρέπει να καθιερωθούν συστήματα τα οποία θα εξασφαλίζουν τα συμφέροντά τους. Για μερικά ακόμη χρόνια, θα είναι απαραίτητο να υπάρχουν και άλλα μέσα επικοινωνίας που να εξασφαλίζουν στους πολίτες πρόσβαση σε υπηρεσίες, όπως για παράδειγμα το τηλέφωνο. Επίσης, πρέπει να διατίθενται και γραπτές πληροφορίες.

Το ενδεχόμενο να υπάρξουν ορισμένα τμήματα της κοινότητας που μπορεί να αποκλειστούν από τις υπηρεσίες που προσφέρει το πρόγραμμα αυτό πρέπει να αντιμετωπιστεί κατά προτεραιότητα, έτσι ώστε αυτές οι ήδη μειονεκτούσες ομάδες να μην αισθανθούν ότι επιτείνεται ο αποκλεισμός τους. Εφόσον εφαρμοστεί με τον κατάλληλο τρόπο, το πρόγραμμα e-health θα μπορούσε να συμβάλει καθοριστικά στην παροχή βελτιωμένων υγειονομικών υπηρεσιών στις ομάδες αυτές.

Τα κράτη-μέλη πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στο θέμα της αποζημίωσης για διασυνοριακές υπηρεσίες. Πράγματι, μπορούν να προβλεφθούν περιπτώσεις στις οποίες ένας ασθενής, ο οποίος κατοικεί κοντά στα σύνορα, διαπιστώνει ότι ο πλησιέστερος ειδικός που είναι σε θέση να του προσφέρει μια δεύτερη γνώμη μέσω τηλεσυνδιάσκεψης, εργάζεται σε νοσοκομείο σε ένα άλλο κράτος-μέλος από αυτό στο οποίο κατοικεί ο ασθενής. Η έλλειψη ρυθμίσεων θα ήταν δύσκολο να γίνει κατανοητή από τα άτομα αυτά και θα έπρεπε να προσαρμοσθεί στους κανονισμούς σε κάθε κράτος-μέλος.

#### *Ανάπτυξη της τεχνολογικής υποδομής.*

Είναι αναγκαίο να αναληφθεί δράση για την " εξέλιξη ευρυζωνικών δικτύων στις τηλεπικοινωνίες". Υπάρχουν ορισμένες γεωγραφικές περιοχές όπου η ευρυζωνικές συνδέσεις με το διαδίκτυο δεν είναι ακόμη τόσο σταθερές όσο θα έπρεπε. Αυτό έχει σημαντικές επιπτώσεις για τα νοσοκομεία και τους επαγγελματίες που προσφέρουν πρώτες βοήθειες και που βρίσκονται στις περιοχές αυτές. Έτσι, ορισμένες δραστηριότητες τηλεϊατρικής θα μπορούσαν να είναι εξαιρετικά αβέβαιες, αν όχι αδύνατες. Σε αγροτικές ή αραιοκατοικημένες περιοχές, όπου οι σημερινές ευρυζωνικές συνδέσεις είναι σχετικά ευπαθείς, οι αποστάσεις μεταξύ των υγειονομικών εγκαταστάσεων είναι μεγάλες, πράγμα που σημαίνει ότι τα δυνητικά οφέλη από τις εφαρμογές e-health θα είναι μεγαλύτερα. Συνεπώς, πρέπει να γίνουν επενδύσεις στον απαραίτητο εξοπλισμό, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί ότι θα υπάρχει η κατάλληλη τεχνολογική υποδομή που θα προσφέρει σε όλους τους ενδιαφερόμενους άμεση πρόσβαση σε υπηρεσίες e-health.

Για να εξασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα των ευρυζωνικών επικοινωνιών, συνίσταται η χορήγηση χρηματοδοτικής ενίσχυσης από τα διαρθρωτικά ταμεία και το Ταμείο Συνοχής της ΕΕ ή από την Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων.

*Ενδυνάμωση των καταναλωτών υγειονομικών υπηρεσιών και ανάπτυξη της εμπιστοσύνης των πολιτών.*

Υπάρχει η ανάγκη υποστήριξης των ατόμων, για να διαχειρίζονται μια ασθένεια από την οποία πάσχουν, τους κινδύνους και τον τρόπο ζωής τους, καθώς και να αναζητούν προληπτικά πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας τους. Σήμερα οι ασθενείς επιθυμούν να παίρνουν μαζί με τους επαγγελματίες του κλάδου της υγείας τις αποφάσεις για τη θεραπεία που θα ακολουθήσουν. Όσοι επιθυμούν να αναζητήσουν πληροφορίες για διάφορα φάρμακα χρησιμοποιώντας το διαδίκτυο, πρέπει να ενθαρρύνονται με θέρμη να χρησιμοποιούν κατά προτεραιότητα την τράπεζα δεδομένων του ΕΟΦ.

Είναι απαραίτητο να δοθεί έμφαση στις βελτιώσεις που μπορεί να προκύψουν για την ποιότητα της περίθαλψης και την ασφάλεια των ασθενών από την πρόσβαση σε "ολοκληρωμένους και ασφαλείς ηλεκτρονικούς φακέλους υγείας". Σημαντικό βήμα αποτελεί η κατοχύρωση της εμπιστοσύνης των ασθενών στην ασφάλεια και την εμπιστευτικότητα των ιατρικών φακέλων, και να εξασφαλιστεί ταυτόχρονα ότι όλες οι απαραίτητες πληροφορίες θα είναι διαθέσιμες στους επαγγελματίες του κλάδου που ασχολούνται με τη θεραπεία ενός ατόμου, επιτρέποντας τους να προσφέρουν την ποιοτικά καλύτερη δυνατή θεραπεία. Πρέπει, όμως, να υπάρξει μέριμνα ούτως ώστε ορισμένα ιατρικά δεδομένα τα οποία θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν επιλεκτικά δεν θα περιέχονται στη διάθεση ασφαλιστικών οργανισμών. Συνεπώς, πρέπει να δοθεί άμεση προτεραιότητα στην προώθηση διατάξεων για τη θέσπιση κώδικα δεοντολογίας για ορισμένους ειδικούς τομείς, όπως η υγεία, κυρίως για να αντιμετωπιστούν προβλήματα όπως αυτό της εμπιστευτικότητας και της ασφάλειας.

Εκτός από το θέμα της εξασφάλισης της εμπιστευτικότητας, οι πολίτες θα ενδιαφέρονται για την προστασία των δικαιωμάτων τους για αποζημίωση σε περίπτωση που προκύψουν προβλήματα που σχετίζονται με την διασυνοριακή παροχή υπηρεσιών.

Ένα άλλο θέμα είναι τα προσόντα εκείνων που προσφέρουν διασυνοριακές υπηρεσίες στον τομέα της υγείας. Οι υπηρεσίες e-health δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να χρησιμοποιούνται για την παράκαμψη εθνικών ρυθμίσεων, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι οι ρυθμιστικές αρχές στο κράτος-μέλος υποδοχής πρέπει να γνωρίζουν ότι προσφέρεται μια υπηρεσία από κάποιον επαγγελματία στον κλάδο της υγείας σε ένα άλλο κράτος-μέλος και να είναι βέβαιες ότι ο επαγγελματίας αυτός διαθέτει τα απαραίτητα προσόντα και την άδεια που χρειάζεται για να ασκεί το λειτούργημα του, χωρίς να υφίσταται πειθαρχικές κυρώσεις. Οι πολίτες θέλουν να είναι βέβαιοι ότι οι επαγγελματίες του κλάδου της υγείας οι οποίοι τους προσφέρουν

υπηρεσίες από άλλα κράτη-μέλη πληρούν τις ίδιες προϋποθέσεις που ισχύουν στο δικό τους κράτος.

*Η σύσταση Φόρουμ e-health.*

Στο Φόρουμ e-health θα συμμετέχουν όλες οι ενδιαφερόμενες ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των εκπροσώπων των ασθενών, των πολιτών και των επαγγελματιών του κλάδου, τόσο σε εθνικό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο. Πιστεύεται ότι το Φόρουμ θα μπορέσει να προχωρήσει στη σύσταση ομάδων εργασίας για συγκεκριμένα θέματα, ένα από τα οποία θα είναι προφανώς το θέμα της διαλειτουργικότητας. Η ενεργή συμμετοχή των πολιτών στο Φόρουμ είναι καθοριστικής σημασίας, καθώς θα χρησιμοποιούν με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη τις υπηρεσίες e-health και θα υποστηρίζουν τη περαιτέρω εξέλιξή τους. (COM(2004) 356 τελικό και C71/30, 2005)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

### **ΑΡΧΕΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΕ**

Τα συστήματα υγείας στην Ε.Ε. διέπονται από αρχές, οι οποίες συμβάλλουν στην ομαλότερη λειτουργία των συστημάτων.

#### **Αρχή της αλληλεγγύης**

Όσον αφορά την παροχή φροντίδας υγείας, το ευρωπαϊκό πρότυπο είναι η υποχρεωτική κάλυψη. Αυτή η αρχή κυριαρχεί στα συστήματα υγείας και διαχωρίζει έντονα την Ευρώπη από άλλες ηπείρους, όπου η μορφή αυτή είναι θέμα επιλογής. Η υποχρεωτική κάλυψη είναι η έκφραση της αρχής της αλληλεγγύης, η οποία είναι κυρίαρχη στην οργάνωση του κοινωνικού κράτους των κρατών-μελών της ΕΕ. Η αρχή της αλληλεγγύης μπορεί να εντοπιστεί σε τρία επίπεδα:

- ο την ενσωμάτωση στο σύστημα,
- ο τη χρηματοδότηση του συστήματος και
- ο τα οφέλη που διασφαλίζονται από το σύστημα.

Εκτός από αυτό το ουσιαστικό χαρακτηριστικό, τα κράτη-μέλη έχουν λίγα κοινά στοιχεία. Δυο ήταν τα μοντέλα που καθόρισαν την σύγχρονη μορφή των συστημάτων υγείας: το μοντέλο του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης και εκείνο του εθνικού συστήματος υγείας.

Το μοντέλο του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης εγκαθιδρύθηκε στη Γερμανία από τον Bismark και ακολουθεί ένα συμμετοχικό μοντέλο. Σύμφωνα με αυτό, τα άτομα ασφαλιζονται γιατί συμμετέχουν σε μια επαγγελματική ομάδα, οργάνωση ή εταιρία. Συμπληρωματικά προγράμματα υπάρχουν για όσους δεν υπάγονται στα παραπάνω. Το αποτέλεσμα είναι το σύστημα να χρηματοδοτείται από άμεσες εισφορές τόσο των εργοδοτών όσο και των εργαζομένων.

Το μοντέλο Beveridge προσφέρει καθολική κάλυψη όλων των νόμιμων κατοίκων και παροχή υπηρεσιών εντός του συστήματος, το οποίο είναι ολοκληρωτικά οργανωμένο, διοικούμενο και χρηματοδοτούμενο από το κράτος. Τα άτομα ασφαλιζονται λόγω της υπηκοότητάς τους ή λόγω της φυσικής παρουσίας τους στο εθνικό έδαφος. Υπάρχει ένα και μοναδικό Ταμείο, το οποίο χρηματοδοτείται άμεσα

από το κράτος μέσω της φορολογίας και άλλων άμεσων ή έμμεσων εισφορών. Κάποιες χώρες ακολουθούν ένα μικτό σύστημα, το οποίο συγκεντρώνει στοιχεία και από τα δύο μοντέλα.

### **Η αρχή της εδαφικότητας**

Στη θεωρία δεν υπάρχουν εθνικά σύνορα για τα άτομα που ζητούν περίθαλψη σε ένα άλλο κράτος-μέλος της ΕΕ, εφόσον τα άτομα είναι ελεύθερα να μετακινούνται και να ζουν οπουδήποτε εντός του εδάφους της ΕΕ. Αυτή η ελεύθερη πρόσβαση όμως, είναι περιορισμένη στα είδη των υπηρεσιών υγείας που ζητούνται σε καθαρά ιδιωτική βάση. Με άλλα λόγια, οποιοσδήποτε, που είναι πρόθυμος να πληρώσει από τη τσέπη του, μπορεί να λάβει περίθαλψη οπουδήποτε θέλει. Στη πράξη όμως, αυτή η κατανάλωση έχει μικρή μόνο σημασία αφού όλα τα κράτη-μέλη της ΕΕ έχουν διαφορετικά δημόσια συστήματα περίθαλψης για τα άτομα που βρίσκονται στη δικαιοδοσία τους. Παρά το γεγονός ότι εντός της κοινότητας υπάρχει η ελευθερία μετακίνησης των ατόμων, οι αρμόδιες Αρχές περιορίζουν τις οικονομικές τους υποχρεώσεις, με τον ένα ή τον άλλο τρόπο στη δική τους χώρα. Η κρατική κάλυψη για την υγεία παραδοσιακά περιορίζεται στους παρόχους που βρίσκονται εντός των εθνικών συνόρων. Αυτό είναι γνωστό ως η μία πλευρά της αρχής της εδαφικότητας. Η άλλη είναι η υποχρέωση να είναι τα άτομα ασφαλισμένα σε ένα νόμιμο ορισμένο φορέα ή να υπόκεινται σε περίθαλψη, η οποία προσφέρεται από εθνικές υπηρεσίες. Και οι δύο πτυχές δεν μπορούν να λειτουργήσουν χωρίς την εδαφικότητα. Για τους ασθενείς, από τη στιγμή που υπόκεινται σε κρατικά προγράμματα περίθαλψης ή ασφάλισης, αυτό σημαίνει ότι πρέπει να λάβουν ιατρική περίθαλψη από έναν πάροχο εντός της εθνικής επικράτειας και ότι θεωρητικά δεν δικαιούνται να αποζημιωθούν για έξοδα ιατρικής φροντίδας, την οποία έλαβαν εκτός της εθνικής επικράτειας. Από το 1958, η Συνθήκη της ΕΚ παρείχε μια εξαίρεση στην αρχή της εδαφικότητας, προκειμένου να ενθαρρυνθεί η ελεύθερη μετακίνηση των ατόμων εντός της ΕΕ. Ο κοινοτικός μηχανισμός για τον συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, βασισμένος στους κανονισμούς του Συμβουλίου (ΕΚ) αριθμ.1408/71 και 574/72, έχει εγγυηθεί τη πρόσβαση στη περίθαλψη για τους μετανάστες εργαζόμενους και τα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς τους που μετακινούνται ή διαμένουν σε ένα άλλο κράτος-μέλος της ΕΕ.



Στους τομείς της παροχής φροντίδας υγείας και κοινωνικής ασφάλισης είχε θεωρηθεί ότι η διασυνοριακή πρόσβαση στη περίθαλψη ρυθμιζόταν αποκλειστικά από τους κανονισμούς του Συμβουλίου (1408/71 και 574/72), οι οποίοι σε περιορισμένη μόνο έκταση ανατρέπουν την αρχή της εδαφικότητας. Αυτή η νομική κατάσταση συνεχίστηκε μέχρι το 1998, όταν το ΔΕΚ αποφάνθηκε ότι στις περιπτώσεις Decker και Kohll οι εθνικοί κανονισμοί, οι οποίοι καθιστούν την αποζημίωση των εξόδων για ιατρική φροντίδα, που παρασχέθηκε σε άλλο κράτος-μέλος, εξαρτώμενη από προηγούμενη έγκριση του ασφαλιστικού ταμείου, εμποδίζουν παράνομα την αρχή της ελεύθερης κίνησης αγαθών και υπηρεσιών εντός της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Υπήρξε σειρά αποφάσεων του ΔΕΚ, οι οποίες μπορούν να θεωρηθούν ότι ανατρέπουν την εθνικά προσανατολισμένη αρχή της εδαφικότητας στο πεδίο των συστημάτων υγείας. (Rosenmöller, McKee, Baeten, 2006)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### Η ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΩΝ ΥΠΟΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΔΕΚ

Η πρώτη περίπτωση, στην οποία το Δικαστήριο προχώρησε σε μια σημαντικά εκτενή ερμηνεία των διατάξεων του κανονισμού 1408/71 όσον αφορά την υγεία, ήταν η περίπτωση Pierik. Αυτή η περίπτωση αφορούσε έναν συνταξιούχο, ο οποίος δικαιούταν παροχές σύμφωνα με τη νομοθεσία της Δανίας και ο οποίος ζήτησε να αποζημιωθεί για τα έξοδα, που προέκυψαν, στη διάρκεια μιας υδροθεραπείας, η οποία χορηγήθηκε στη Γερμανία. Αυτή η περίπτωση δεν μπορούσε να εναρμονιστεί με τους όρους του άρθρου 31 του κανονισμού 1408/71, το οποίο αφορά συγκεκριμένα τους συνταξιούχους που χρειάζονται επείγουσα θεραπεία κατά τη διαμονή τους σε ένα άλλο κράτος-μέλος. Όμως, ο Pierik δεν διέμενε στη Γερμανία όταν η υδροθεραπεία κρίθηκε απαραίτητη, αλλά μετακινήθηκε εκεί για τον συγκεκριμένο σκοπό. Το ΔΕΚ έκρινε ότι υπό τις επικρατούσες συνθήκες δεν πρέπει να απορριφθεί η έγκριση για διασυννοριακή θεραπεία. Αντιδρώντας στις αποφάσεις, το Συμβούλιο τροποποίησε τις σχετικές διατάξεις του κανονισμού 1408/71 δύο φορές. Οι προϋποθέσεις υπό τις οποίες οι αρμόδιοι φορείς δεν θα μπορούσαν να αρνηθούν στους ασθενείς την έγκριση για να μεταβούν σε άλλα κράτη-μέλη έγιναν ακόμα αυστηρότερες.

#### Μελέτες περιπτώσεων- Αποφάσεις ΔΕΚ

##### *Περιπτώσεις Decker και Kohll*

Οι αποφάσεις στις περιπτώσεις Decker και Kohll απαγγέλθηκαν την ίδια μέρα στις 28 Απριλίου 1998. Στην περίπτωση Decker, το Δικαστήριο βεβαίωσε ότι τα προγράμματα εθνικής ασφάλειας και φροντίδας υγείας πρέπει επίσης να σεβαστούν το άρθρο 28 της ΕΚ, σχετικά με την ελευθερία κίνησης των αγαθών. Το ασφαλιστικό ταμείο υγείας του Decker στο Λουξεμβούργο αρνήθηκε να τον αποζημιώσει για ένα ζευγάρι γυαλιών που αγόρασε στο Βέλγιο, με συνταγή από οφθαλμίατρο του Λουξεμβούργου. Σύμφωνα με τον ισχύοντα κώδικα ασφάλισης υγείας στο

Λουξεμβούργο έπρεπε πρώτα να πάρει έγκριση από τον ασφαλιστικό οργανισμό του Λουξεμβούργου. Ο Kohll, υπήκοος του Λουξεμβούργου, ζήτησε να αποζημιωθεί για οδοντική θεραπεία που έλαβε η κόρη του στη Γερμανία, χωρίς προηγούμενη έγκριση από τον ασφαλιστικό φορέα της χώρας του.

Το Δικαστήριο κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η απαίτηση για εκ των προτέρων έγκριση αποτελούσε παράβαση του Άρθρου 49 της Συνθήκης. Τέτοιου είδους παράβαση μπορούσε να δικαιολογηθεί με την εξαίρεση για τη δημόσια υγεία, η οποία περιέχεται στο Άρθρο 46 της Συνθήκης, στην έκταση που τα εθνικά μέτρα υπηρετούν «τον σκοπό για διατήρηση της ισορροπίας στην παροχή ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών, διαθέσιμων σε όλους» (Case C-158/96, 1998). Τα εθνικά μέτρα θα μπορούσαν επίσης να τηρηθούν, εάν είχε θεωρηθεί αναγκαίο να διαφυλαχθεί η οικονομική ισορροπία του προγράμματος κοινωνικής ασφάλισης και για λόγους πρωταρχικής σημασίας γενικού ενδιαφέροντος. Παρ'όλ'αυτά, καμία από τις παραπάνω αιτιολογίες δεν μπορούσε να εφαρμοστεί στις παραπάνω περιπτώσεις, από τη στιγμή που η επιστροφή χρημάτων ζητήθηκε να γίνει με τον συντελεστή που ισχύει στο Λουξεμβούργο και έτσι δεν θα μπορούσε να τεθεί θέμα διακινδύνευσης της χρηματοδοτικής ισορροπίας του συστήματος υγείας ή της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών στο ίδιο κράτος.

Οι αποφάσεις για τις περιπτώσεις Kohll και Decker πυροδότησαν σε μεγάλο βαθμό συζητήσεις σχετικά με την ακριβή έννοια και τις επιπτώσεις τους. Σχεδόν όλα τα κράτη-μέλη ήταν ενάντια στο άνοιγμα επιπρόσθετων «θυρών» για τους ασθενείς. Από την άποψη κάποιων κρατών-μελών, των οποίων τα συστήματα υγείας ήταν επιβαρυνμένα από μεγάλες λίστες αναμονής, αυτό φαινόταν λογικό. Οι λίστες αναμονής αποτελούν σημαντικό πρόβλημα, από τη στιγμή που περιορίζουν την πρόσβαση στους ασθενείς. Όμως, στην αρχή, ακόμα και άλλοι τύποι συστημάτων έδειχναν απροθυμία στην αποδοχή των νέων δεδομένων. Γενικά, αυτές οι συζητήσεις αφορούσαν συγκεκριμένα ερωτήματα, όσον αφορά το κατά πόσο μπορούσαν να εφαρμοστούν οι κανόνες της Κοινής Αγοράς. Μια άλλη πτυχή αποτελεί ένα πιο γενικό ερώτημα, δηλαδή πώς οι οικονομικοί στόχοι των όρων της ελεύθερης μετακίνησης μπορούν να συμβιβαστούν με τους κοινωνικούς στόχους των κρατών-μελών στους τομείς της φροντίδας υγείας και κοινωνικής ασφάλισης.

*Περιπτώσεις Vanbraekel και Geraets-Smits/Peerbooms*

Η υπόθεση Vanbraekel (Case C-368/98, 2001) αφορά μια Βελγίδα υπήκοο, η οποία προσπάθησε να λάβει αποζημίωση από το ασφαλιστικό της ταμείο για θεραπεία που έλαβε σε νοσοκομείο της Γαλλίας. Σύμφωνα με το άρθρο 22 του κανονισμού ΕΚ 1408/71, οποιοδήποτε άτομο που έχει λάβει προηγούμενη έγκριση από τον ασφαλιστικό του φορέα για να λάβει θεραπεία σε άλλο κράτος-μέλος, έχει το δικαίωμα αυτό, «σαν να ήταν ασφαλισμένος στον ανάλογο φορέα του κράτους του». Στην πράξη, αυτό σημαίνει ότι όταν η θεραπεία δεν παρέχεται δωρεάν (παροχή σε είδος) και ο ασθενής πρέπει να υποστεί τις ιατρικές δαπάνες, πρέπει να τις καλύψει σύμφωνα με τις τιμές που εφαρμόζονται στο κράτος όπου λαμβάνει χώρα η θεραπεία. Στην υπό μελέτη υπόθεση, οι παροχές που δίνονται από τη γαλλική νομοθεσία ήταν χαμηλότερες από εκείνες που προσφέρονται από τον φορέα του Βελγίου για την ίδια θεραπεία που παρέχεται εντός του Βελγίου. Επομένως, το ερώτημα που ανέκυψε είναι εάν οι διατάξεις του κανονισμού ΕΚ 1408/71 δίνουν το δικαίωμα στους δικαιούχους να λάβουν τις υψηλότερες παροχές που καθορίζονται από τη νομοθεσία της πατρίδας τους, ή εάν η αποζημίωση περιορίζεται στο επίπεδο που καθορίζει η νομοθεσία του κράτους, όπου λαμβάνει χώρα η θεραπεία.

Η Geraets-Smits έλαβε θεραπεία για την ασθένεια του Πάρκινσον από μια εξειδικευμένη κλινική στη Γερμανία, χωρίς να λάβει προηγούμενη έγκριση. Πλήρως άμεσα τη κλινική και έπειτα ζήτησε αποζημίωση από το ασφαλιστικό της ταμείο στη Δανία, βάσει της διαδικασίας που έχει καθιερωθεί από την υπόθεση Kohll και Decker. Το ασφαλιστικό ταμείο αρνήθηκε να την αποζημιώσει, υποστηρίζοντας ότι η εν λόγω θεραπεία δεν ήταν «συνηθισμένη», ότι ικανοποιητική και επαρκής θεραπεία για τα συμπτώματά της ήταν διαθέσιμη στην Ολλανδία από συμβεβλημένο πάροχο και ότι η θεραπεία που παρασχέθηκε στη Γερμανία δεν παρείχε κανένα επιπλέον όφελος.

Ο Peerbooms έπεσε σε κόμα μετά από ένα αυτοκινητιστικό ατύχημα. Ο ειδικός νευρολόγος του, ζήτησε να τον μεταφέρουν σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο στην Αυστρία όπου έλαβε εντατική θεραπεία και ανέκτησε τις αισθήσεις του. Αυτή η θεραπεία ήταν διαθέσιμη στην Ολλανδία μόνο σε πειραματική βάση και μόνο για άτομα κάτω των 25 ετών, ενώ στην Αυστρία καλύπτεται ολοκληρωτικά από τον κοινωνικό ασφαλιστικό φορέα.

Στην υπόθεση Geraets-Smits/Peerbooms, (Case C-157/99, 2001), η απαίτηση για εκ των προτέρων έγκριση αμφισβητήθηκε από τους κανόνες της Συνθήκης σχετικά με τις υπηρεσίες. Σύμφωνα με το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της Δανίας, οι

ασθενείς θεραπεύονται δωρεάν από τους παρόχους φροντίδας υγείας, οι οποίοι έχουν συνάψει συμφωνία με τον ασφαλιστικό φορέα. Έγκριση για θεραπεία από έναν πάροχο φροντίδας υγείας χωρίς συμφωνία με τον ασφαλιστικό φορέα δίνεται από τον φορέα μόνο υπό δύο προϋποθέσεις: α) η θεραπεία για την οποία ζητείται η έγκριση πρέπει να θεωρείται λογική, λογική σε επιστημονικό επίπεδο και β) πρέπει να είναι αναγκαία από άποψη χρόνου και ποιότητας για τον συγκεκριμένο ασθενή.

Παρά τις αντίθετες θέσεις των εμπλεκόμενων κρατών-μελών, το Δικαστήριο αποφάσισε όμοια και για τις δύο περιπτώσεις. Το Δικαστήριο βεβαίωσε ότι « βάσει του κοινοδικαίου οι ιατρικές δραστηριότητες εμπίπτουν μέσα στα πλαίσια του Άρθρου 60 της Συνθήκης και δεν υπάρχει η ανάγκη διαχωρισμού μεταξύ της φροντίδας που παρέχεται σε περιβάλλον νοσοκομείου και της φροντίδας που παρέχεται εκτός τέτοιου περιβάλλοντος (Case C-157/99, 2001). Το Δικαστήριο επανέλαβε τη δήλωση που έγινε ήδη στη περίπτωση Kohll ότι «το γεγονός ότι οι υπό συζήτηση εθνικοί κανόνες στις κύριες διαδικασίες (ή δικαστικά μέτρα) είναι κανόνες κοινωνικής ασφάλειας δεν μπορεί να εξαιρεί την εφαρμογή των Άρθρων 59 και 60 (τόρα 49 και 50) της Συνθήκης. Στην υπόθεση Vanbraekel, το Δικαστήριο θεώρησε ότι «το γεγονός ότι ένα άτομο έχει χαμηλότερου επιπέδου κάλυψη όταν λαμβάνει νοσοκομειακή περίθαλψη σε ένα άλλο κράτος-μέλος απ'ότι αν λάβει την ίδια περίθαλψη στο κράτος-μέλος στο οποίο είναι ασφαλισμένο, μπορεί να αποθαρρύνει ή να εμποδίσει αυτό το άτομο να ζητήσει περίθαλψη από άλλο κράτος-μέλος, και αποτελεί τόσο για τα ασφαλισμένα άτομα όσο και για τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, εμπόδιο στην ελευθερία παροχής υπηρεσιών». Ένας τέτοιος περιορισμός μπορεί να δικαιολογηθεί από «πρωταρχικής σημασίας παράγοντες» που έχουν σχέση με τον έλεγχο των εξόδων και τη διατήρηση της υψηλής ποιότητας παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών εντός ενός κράτους-μέλους. Το Δικαστήριο συνεχίζει: «η έγκριση για να λάβει κάποιος θεραπεία σε άλλο κράτος-μέλος μπορεί να απορριφθεί μόνο αν η θεραπεία, η οποία είναι η ίδια ή το ίδιο αποτελεσματική για τον ασθενή, μπορεί να δοθεί χωρίς υπερβολική καθυστέρηση από ίδρυμα το οποίο έχει συνάψει συμφωνία με τον ασφαλιστικό φορέα του ασφαλισμένου ατόμου».

Τέλος, οι αποφάσεις του ΔΕΚ, σχετικά με το σύστημα έγκρισης της Δανίας, ανέδειξαν μια νέα σημαντική αρχή. Η απόφαση του ασφαλιστικού ταμείου της Δανίας βασίστηκε στο τι θεωρείται «συνηθισμένη» θεραπεία. Το ΔΕΚ δέχτηκε ότι το κάθε κράτος-μέλος μπορεί να ορίσει το πεδίο δράσης του δικού του συστήματος υγείας και έτσι μπορεί να αποκλείει παροχή ή αποζημίωση συγκεκριμένων προϊόντων

ή υπηρεσιών. Όμως, οι αποφάσεις του πρέπει να βασίζονται «σε αντικειμενικά κριτήρια, χωρίς αναφορά στην προέλευση των προϊόντων». Παρομοίως, η εκ των προτέρων έγκριση πρέπει να βασίζεται σε « αντικειμενικά κριτήρια, τα οποία να είναι εκ των προτέρων γνωστά, με τέτοιο τρόπο που να περιορίζεται και να αποφεύγεται η αυθαιρεσία στην άσκηση εξουσίας από τις εθνικές αρχές». Επίσης, οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται μέσα σε «εύλογο χρονικό διάστημα». Συνεπώς, το ΔΕΚ αποφάνθηκε ότι οι θεραπείες που θεωρούνται «συνηθισμένες» εντός των επαγγελματικών κύκλων πρέπει να βασίζονται σε «ό,τι έχει εξεταστεί επαρκώς από τη διεθνή ιατρική επιστήμη» και όχι σε ό,τι θεωρείται συνηθισμένο στους εθνικούς επαγγελματικούς κύκλους. (Rosenmüller, McKee, Baeten, 2006)

#### *Περίπτωση Müller-Fauré και Van Riet*

Οι αποφάσεις που περιγράφηκαν παραπάνω επιβεβαιώθηκαν στην απόφαση Müller-Fauré και Van Riet ( Case C-385/99,2003). Η υπόθεση αφορούσε δύο Δανούς ασθενείς, οι οποίοι ζήτησαν από τον ασφαλιστικό τους φορέα αποζημίωση. Ο Müller-Fauré έλαβε οδοντική θεραπεία από ιδιώτη ιατρό στη Γερμανία χωρίς να έχει λάβει προηγούμενη έγκριση, ενώ ο Van Riet έλαβε και νοσοκομειακή αλλά και εξωνοσοκομειακή θεραπεία στο Βέλγιο, παρά το γεγονός ότι ο ασφαλιστικός του φορέας είχε αρνηθεί να δώσει έγκριση. Το Δικαστήριο επιβεβαίωσε ότι η εκ των προτέρων έγκριση δεν είναι απαραίτητη για αποζημίωση ιατρικών εξόδων που έγιναν σε άλλο κράτος-μέλος για εξωνοσοκομειακή θεραπεία και ότι η έγκριση περιορίζεται στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Το Δικαστήριο δεν κάνει διαχωρισμό μεταξύ των συστημάτων αποζημίωσης (όπως στην περίπτωση Kohll) και των συστημάτων που βασίζονται στις παροχές σε είδος (όπως στη περίπτωση Müller-Fauré/van Riet). Σχετικά με τα κριτήρια με τα οποία μπορεί να εκτιμηθεί η ύπαρξη «υπερβολικής καθυστέρησης» και το ζήτημα εάν η καθυστέρηση που προκαλείται από τις λίστες αναμονής είναι «υπερβολική», το Δικαστήριο αποφάνθηκε ότι «πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όχι μόνο η ιατρική κατάσταση του ασθενή και όπου ενδείκνυται η φύση της ανικανότητας του ασθενή, αλλά επίσης και το ιατρικό ιστορικό του».

#### *Περίπτωση Inizan*

Η περίπτωση Inizan (Case C-56/2001, 2003) αφορούσε ένα Γάλλο υπήκοο, ο οποίος έλαβε θεραπεία για τον πόνο στη Γερμανία, χωρίς να έχει λάβει την έγκριση που θεωρείται απαραίτητη από τη νομοθεσία της Γαλλίας. Το Δικαστήριο

διασαφήνισε ότι τέτοια έγκριση είναι απαραίτητη μόνο στη περίπτωση που ο ασθενής ζητάει να λάβει στο κράτος υποδοχής παροχές σε είδος ή επιστροφή χρημάτων σύμφωνα με τις τιμές και τις προϋποθέσεις που εφαρμόζονται σε αυτό το κράτος. Αν ο ασθενής ζητά μόνο αποζημίωση σύμφωνα με τη νομοθεσία του κράτους που είναι ασφαλισμένος, τότε η απαίτηση για προηγούμενη έγκριση παραβιάζει το Άρθρο 49 ΕΚ. Από την άλλη πλευρά, η απαίτηση για προηγούμενη έγκριση μπορεί να δικαιολογηθεί όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Η έγκριση μπορεί να απορριφθεί «μόνο εάν η θεραπεία, η οποία είναι ίδια ή το ίδιο αποτελεσματική για τον ασθενή, μπορεί να ληφθεί χωρίς υπερβολική καθυστέρηση εντός της επικράτειας του κράτους-μέλους στο οποίο λειτουργεί το ασφαλιστικό ταμείο του ασφαλισμένου ατόμου». (Inizan).

Συμπληρώνοντας την Müller-Fauré/van Riet, η απόφαση «Inizan» επισημαίνει ότι η έγκριση είναι απαραίτητη όταν πρόκειται για νοσοκομειακή περίθαλψη στο εξωτερικό, ακόμα και αν το σύστημα υγείας της χώρας που είναι ασφαλισμένος ο ασθενής δεν λειτουργεί με παροχές σε είδος, αλλά με βάση την αποζημίωση. Αυτό έπρεπε να τονιστεί, από τη στιγμή που από την αρχή τα εθνικά συστήματα προσπάθησαν να αποφύγουν τις συνέπειες των αποφάσεων του ΔΕΚ, υποστηρίζοντας ότι η φύση των εθνικών νομικών δομών, όπως στη περίπτωση του διακανονισμού των αμοιβών και των πληρωμών, είναι τέτοια, που θα απέρριπτε τη νομοθεσία της ΕΚ.

### *Περίπτωση Leichtle*

Η υπόθεση Leichtle (Case C-8/2002, 2004) αναφέρεται στο ζήτημα αποζημίωσης για ιαματική θεραπεία, παρά το γεγονός ότι η έγκριση που ζητήθηκε, απορρίφθηκε από τη γερμανική νομοθεσία. Ο κος Leichtle είναι στέλεχος του Ομοσπονδιακού Γραφείου Εργασίας (Bundesanstalt für Arbeit) και ζήτησε από το Γραφείο να επιβεβαιώσει ότι δικαιούται τις δαπάνες που συνδέονται με τη θεραπεία υγείας, την οποία πρότεινε να λάβει στην Ιταλία, στο πλαίσιο ενός προγράμματος για βοήθεια σε περίπτωση ασθένειας κ.α.. Το αίτημα αυτό απορρίφθηκε από το Ομοσπονδιακό Γραφείο, με την αιτιολογία ότι δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις που ορίζει το πρόγραμμα. Σύμφωνα με τη γνώμη του ελεγκτή-ιατρού του Γραφείου, οι διαθέσιμες ιατρικές πληροφορίες δεν επέτρεπαν να καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η θεραπεία που παρέχεται στην Ιταλία, πρόσφερε πολύ μεγαλύτερες προοπτικές επιτυχίας απ' ό,τι οι διαθέσιμες θεραπείες στη Γερμανία.

Ο ασθενής έλαβε αποζημίωση των δαπανών που συνδέονται αυστηρά με τη θεραπεία την ίδια. Άλλες δαπάνες, όπως η μεταφορά, η διαμονή, η διατροφή, οι φόροι κλπ θα πληρούσαν τους όρους για αποζημίωση, μόνο αν ένας ειδικός σε αυτό το θέμα κατέθετε ότι η θεραπεία στο εξωτερικό πρόσφερε «πολύ αυξημένες προοπτικές επιτυχίας». Σύμφωνα με τη γερμανική κυβέρνηση, αυτή η απαίτηση ήταν δικαιολογημένη από την ανάγκη διατήρησης της οικονομικής ισορροπίας των θεραπευτικών ιδρυμάτων και του ανταγωνισμού εντός της εθνικής επικράτειας. Το Δικαστήριο επισημαίνει ότι τίποτα δεν αποτρέπει το κράτος (πχ η περίπτωση των επιπρόσθετων δαπανών) από το να καθορίσει ένα ανώτατο όριο αποζημίωσης, για δαπάνες που γίνονται στο εξωτερικό, στο επίπεδο του κόστους της ίδιας θεραπείας εντός της εθνικής επικράτειας. Αναφέρεται επίσης, ότι ο ασθενής που έχει κάνει έφεση κατά της άρνησης του αρμόδιου φορέα να χορηγήσει έγκριση, ώστε να λάβει θεραπεία στο εξωτερικό, δεν πρέπει να περιμένει το αποτέλεσμα της διαδικασίας της έφεσης: η κατάσταση της υγείας των περισσότερων ασθενών δεν επιτρέπει μακρές περιόδους αναμονής.

*Αποφάσεις που αφορούν τους συνταξιούχους – Ιωαννίδης και Van Der Deuin*

Πρόσφατα χρειάστηκε το Δικαστήριο να αποφανθεί για υποθέσεις που αφορούσαν δικαιώματα φροντίδας υγείας συνταξιούχων. Η υπόθεση Pierik που αναφέρθηκε παραπάνω, αφορούσε ένα συνταξιούχο που δεν μπορούσε να διεκδικήσει την πιο ευνοϊκή θέση που παρέχεται για τους συνταξιούχους από το άρθρο 31 του κανονισμού ΕΚ 1408/71. Η υπόθεση Ιωαννίδης (Case C-326/00, 2003) αναφέρεται στη σχέση μεταξύ των άρθρων 22 και 31 του κανονισμού ΕΚ 1408/71. Το άρθρο 22 αφορά γενικά τους εργαζόμενους, ενώ το άρθρο 31 ασχολείται συγκεκριμένα με τους συνταξιούχους. Η διαφορά των διατάξεων των δύο άρθρων είναι θεμελιώδης: από τη μία πλευρά, το άρθρο 22 επιτρέπει μόνο παροχές, οι οποίες είναι άμεσα αναγκαίες κατά τη διάρκεια της παραμονής στην επικράτεια ενός άλλου κράτους-μέλους και εφόσον έχει ληφθεί προηγούμενη έγκριση από τον αρμόδιο ασφαλιστικό φορέα της χώρας καταγωγής. Από την άλλη πλευρά, το άρθρο 31 αναγνωρίζει δικαιώματα στους συνταξιούχους «οι οποίοι διαμένουν στην επικράτεια ενός κράτους-μέλους, άλλου από εκείνο που κατοικούν μόνιμα» και δεν περιέχει καμία αναφορά σε επείγουσες καταστάσεις, ούτε αναφέρει κάποια διαδικασία έγκρισης.



Ο κος Ιωαννίδης κατοικεί στην Ελλάδα και είναι συνταξιούχος του ΙΚΑ λόγω γήρατος. Κατά τη διάρκεια ταξιδιού του στη Γερμανία χρειάστηκε να νοσηλευτεί επειγόντως λόγω στηθαγχικών ενοχλήσεων. Ο ενδιαφερόμενος διέθετε ισχύον έντυπο E111, το οποίο είχε χορηγήσει το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ). Έπειτα ζήτησε από τον γερμανικό ταμείο ασθένειας να καλύψει απευθείας τις δαπάνες νοσηλείας που βάρυναν το ταμείο αυτό και να ζητήσει στη συνέχεια από το ΙΚΑ να του τις αποδώσει όπως προβλέπει ο κανονισμός 1408/71. Ο γερμανικός φορέας αρνήθηκε να πληρώσει και ζήτησε από τον ελληνικό ασφαλιστικό φορέα να εκδώσει ένα έντυπο E112 (δηλαδή το έντυπο που απαιτείται όταν ο ασφαλισμένος επιθυμεί να λάβει άδεια μετάβασης σε άλλο κράτος-μέλος προκειμένου να υποβληθεί εκεί σε θεραπεία) για τον ασθενή, με το οποίο θα δινόταν έγκριση για νοσοκομειακή περίθαλψη στο εξωτερικό.

Το ΙΚΑ αρνήθηκε τότε να αναλάβει τις εν λόγω δαπάνες, με την αιτιολογία ότι ο Β. Ιωαννίδης έπασχε από χρόνια ασθένεια και ότι η επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του δεν ήταν αιφνίδια. Η ελληνική ρύθμιση απαιτεί, για την εκ των υστέρων έγκριση της απόδοσης των ιατρικών δαπανών στις οποίες υποβλήθηκε ο συνταξιούχος στο εξωτερικό, να εκδηλώθηκε η πάθηση κατά τρόπο αιφνίδιο κατά τη διάρκεια της διαμονής του ασφαλισμένου στο εξωτερικό και να υπήρχε άμεση ανάγκη παροχής της περίθαλψης.

Αφού η υποβληθείσα από τον Β. Ιωαννίδη ένσταση έγινε δεκτή, το ΙΚΑ προσέφυγε ενώπιον των ελληνικών δικαστηρίων. Το ελληνικό δικαστήριο υπέβαλε ερωτήματα στο ΔΕΚ ως προς το συμβατό της προμνησθείσας ελληνικής ρύθμισης με το κοινοτικό δίκαιο.

Το ΔΕΚ υπογραμμίζει, καταρχάς, ότι στο εθνικό δικαστήριο εναπόκειται να καθορίσει αν η περίθαλψη που παρασχέθηκε στον ενδιαφερόμενο είχε προγραμματιστεί και αν αυτός πραγματοποίησε την εκεί διαμονή του για ιατρικούς σκοπούς, περίπτωση στην οποία ο κανονισμός 1408/71 εξαρτά από προηγούμενη έγκριση (έντυπο E 112) την απευθείας ανάληψη της δαπάνης των παροχών σε είδος από τον φορέα του κράτους-μέλους εντός του οποίου παρασχέθηκε η περίθαλψη. Εν προκειμένω, φαίνεται ότι το εθνικό δικαστήριο δεν θεώρησε ότι συνέτρεχε τέτοια περίπτωση.

Το ΔΕΚ επισημαίνει, περαιτέρω, ότι, όσον αφορά την ανάληψη των δαπανών της περίθαλψης που κατέστη αναγκαία κατά τη διάρκεια διαμονής εντός κράτους-μέλους άλλου από το κράτος κατοικίας του ασφαλισμένου, ο κανονισμός 1408/71

προβλέπει διαφορές μεταξύ της κατάστασης των συνταξιούχων και της κατάστασης των εργαζομένων. Κατά το ΔΕΚ, ο σκοπός του κοινοτικού νομοθέτη φαίνεται ότι ήταν να ευνοήσει την πραγματική κινητικότητα των συνταξιούχων, λαμβάνοντας υπόψη το ότι είναι ενδεχομένως περισσότερο ευάλωτοι και εξαρτημένοι σε θέματα υγείας.

Έτσι, η κοινοτική ρύθμιση δεν εξαρτά την ανάληψη της δαπάνης περίθαλψης του συνταξιούχου κατά τη διάρκεια διαμονής του σε άλλο κράτος-μέλος από την προϋπόθεση - η οποία, αντιθέτως, ισχύει για τους εργαζομένους - να απαιτεί η κατάσταση της υγείας του ενδιαφερομένου άμεση παροχή περίθαλψης κατά τη διάρκεια της διαμονής αυτής.

Κατά το ΔΕΚ, το δικαίωμα επί των παροχών σε είδος το οποίο εγγυάται στους συνταξιούχους ο κανονισμός 1408/71 δεν μπορεί να περιοριστεί μόνο στις περιπτώσεις στις οποίες η παρασχεθείσα περίθαλψη κατέστη αναγκαία εξαιτίας αιφνίδιας εκδήλωσης της πάθησης. Ειδικότερα, το γεγονός απλώς και μόνον ότι ο συνταξιούχος πάσχει από χρόνια ασθένεια, την οποία γνώριζε ήδη πριν από τη διαμονή του στο εξωτερικό, δεν τον εμποδίζει να επωφεληθεί της περίθαλψης την οποία απαιτεί η εξέλιξη της κατάστασης της υγείας του κατά τη διάρκεια της διαμονής αυτής.

Το ΔΕΚ υπενθυμίζει, εξάλλου, ότι η αρχή που ισχύει όσον αφορά την ανάληψη των ιατρικών δαπανών των συνταξιούχων εντός άλλου κράτους-μέλους, την οποία εγγυάται ο κανονισμός 1408/71, συνίσταται στην απόδοση των δαπανών από τον φορέα του τόπου κατοικίας στον φορέα του τόπου διαμονής.

Πάντως, το ΔΕΚ υπενθυμίζει, συναφώς, ότι, αν ο φορέας του τόπου διαμονής κακώς αρνήθηκε να αναλάβει τις δαπάνες της περίθαλψης και αν ο φορέας του τόπου κατοικίας δεν συνέβαλε, όπως όφειλε, στη διευκόλυνση αυτής της ανάληψης των δαπανών, ο ασφαλισμένος δικαιούται να ζητήσει απευθείας από τον φορέα του τόπου κατοικίας την απόδοση των δαπανών της περίθαλψης στις οποίες υποβλήθηκε. Η απόδοση αυτή δεν μπορεί, εξάλλου, να εξαρτηθεί ούτε από κάποια διαδικασία έγκρισης ούτε από την προϋπόθεση να εκδηλώθηκε η πάθηση κατά τρόπο αιφνίδιο.

Στην απόφαση που αφορούσε την υπόθεση Van Der Deuin, το Δικαστήριο επιβεβαίωσε ότι η έγκριση ήταν όντως υποχρεωτική για τους συνταξιούχους που μετέβησαν σε άλλο κράτος-μέλος με σκοπό να λάβουν εκεί θεραπεία (Case C-156/01, 2003). Σύμφωνα με το άρθρο 28 του κανονισμού 1408/71, δύο Δανοί συνταξιούχοι

μετακόμισαν σε άλλο κράτος-μέλος και «μετακίνησαν» και τα δικαιώματά τους για φροντίδα υγείας στους φορείς του νέου τόπου διαμονής τους. Αυτή η διάταξη επιτρέπει στους συνταξιούχους να λάβουν παροχές σε είδος από τον ασφαλιστικό φορέα του τόπου διαμονής τους και με δική του επιβάρυνση, σαν να ήταν συνταξιούχοι του δεύτερου κράτους. Κατά συνέπεια, κατά τη διάρκεια μακροχρόνιας παραμονής τους σε άλλο κράτος-μέλος, ο ασφαλιστικός φορέας του δεύτερου κράτους καλείται να δράσει σαν «ασφαλιστικός φορέας κράτους καταγωγής». Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, αν ο συνταξιούχος αποφασίσει να πάει σε άλλο κράτος-μέλος προκειμένου να λάβει εκεί θεραπεία, πρέπει να λάβει προηγούμενη έγκριση από τον φορέα του τόπου διαμονής του, ακόμα και αν μεταβαίνει στη χώρα καταγωγής του.

#### *Η περίπτωση Watts*

Μετά τις αποφάσεις που εξέδωσε το Δικαστήριο, μεταξύ άλλων, στις υποθέσεις Kohll, Smits και Peerbooms, και Müller-Fauré, και έχοντας επεξεργαστεί ορισμένες αρχές σχετικές με τις προϋποθέσεις υπό τις οποίες οι ασθενείς δικαιούνται βάσει του άρθρου 49 ΕΚ να λαμβάνουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε άλλα κράτη-μέλη και να τους αποδίδονται οι σχετικές δαπάνες από το εθνικό σύστημα ασφάλισης υγείας στο οποίο υπάγονται, το Δικαστήριο καλείται τώρα να διευκρινίσει κατά πόσον οι αρχές αυτές έχουν εφαρμογή στο ισχύον στο Ηνωμένο Βασίλειο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS), το οποίο, σε αντίθεση με τα συστήματα που εξετάστηκαν με τη μέχρι σήμερα νομολογία, έχει αποκλειστικά δημόσιο χαρακτήρα όσον αφορά τόσο την οργάνωση όσο και τη χρηματοδότησή του. Εκτός του ζητήματος της εφαρμογής του άρθρου 49 στο NHS καθαυτό, η αίτηση έκδοσης προδικαστικής απόφασης θίγει επίσης ζητήματα σχετικά με τη χρήση των καταλόγων αναμονής ως μέσου εξισορρόπησης της προσφοράς και της ζήτησης νοσοκομειακών υπηρεσιών και τις συνέπειες που θα είχε στη χρηματοδότηση του NHS τυχόν διαπίστωση ότι ένα σύστημα όπως το NHS πρέπει να καλύπτει τις δαπάνες νοσηλείας σε άλλο κράτος μέλος.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του NHS συνοψίζονται ως εξής, βάσει των στοιχείων που παρέσχε το αιτούν δικαστήριο με την αίτησή του:

– Οι φορείς του NHS είναι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και παρέχουν δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη εντός της περιοχής αρμοδιότητάς τους σε κάθε πρόσωπο που κατοικεί στο Ηνωμένο Βασίλειο.

- Η χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης γίνεται απευθείας από το κράτος, σχεδόν αποκλειστικά από τα έσοδα της γενικής φορολογίας, τα οποία η Κυβέρνηση κατανέμει στα Primary Care Trusts (PCT), ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού που έχουν στην ευθύνη τους. Δεν υπάρχει σύστημα εισφορών του εργαζομένου ή του εργοδότη σε συστήματα ασφάλισης υγείας, ούτε σύστημα συνεισφοράς του ασθενούς στις δαπάνες ιατρικής περίθαλψης. Το ποσό που διατίθεται στα PCT για τη νοσοκομειακή περίθαλψη δεν είναι απεριορίστο.

- Τα PCT είναι φορείς που έχουν συσταθεί δια νόμου και έχουν ως αποστολή να σχεδιάζουν και να διασφαλίζουν την παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε κάθε περιοχή. PCT υπάρχει σε κάθε περιοχή στην Αγγλία.

- Τα «NHS trusts» αποτελούν χωριστά νομικά πρόσωπα που συστάθηκαν για να αναλάβουν την κυριότητα και τη διαχείριση των νοσοκομείων και των λοιπών εγκαταστάσεων και υποδομών. Εν γένει, τα NHS trusts χρηματοδοτούνται από τα PCT.

- Δεδομένου ότι τα NHS Trusts παρέχουν τα ίδια ή, σε λίγες περιπτώσεις, μέσω άλλων φορέων δωρεάν (νοσοκομειακή) περίθαλψη στους ασθενείς τους, δεν ανακύπτει ζήτημα απόδοσης των σχετικών δαπανών στον ασθενή, ούτε υπάρχει σχετική νομοθετική ρύθμιση. Οι ασθενείς του NHS δεν έχουν ιδιωτικού δικαίου αξίωση έναντι του NHS για χρηματοδότηση της περίθαλψής τους, ούτε δικαιούνται, βάσει του δημοσίου δικαίου, να επιλέξουν το είδος της περίθαλψης και τον χρόνο παροχής της. Δεν δικαιούνται, επομένως, νοσηλεία στον ιδιωτικό τομέα στην Αγγλία και Ουαλία με δαπάνη του NHS.

- Η πρόσβαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη κατά κανόνα προϋποθέτει παραπομπή από γενικό ιατρό. Δεν υπάρχουν εθνικοί κατάλογοι ιατρικών παροχών.

- Στο πλαίσιο του NHS, η επιλογή του είδους της νοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς και ο τόπος και ο χρόνος της παροχής της, γίνεται από τον αρμόδιο φορέα του NHS, βάσει προτεραιότητας που προσδιορίζεται με ιατρικά κριτήρια και των πόρων που έχει στη διάθεσή του ο εν λόγω φορέας, και όχι από τον ασθενή. Κατά των αποφάσεων των φορέων του NHS σχετικά με την παροχή ή μη περίθαλψης επιτρέπεται η άσκηση προσφυγής σύμφωνα με τις πάγιες αρχές του εθνικού δημοσίου δικαίου, τέτοιου είδους όμως προσφυγές συνήθως απορρίπτονται.

- Ο προϋπολογισμός του NHS δεν επαρκεί για την εντός συντόμου χρονικού διαστήματος περίθαλψη όλων όσων έχουν τέτοια ανάγκη, ανεξαρτήτως του πόσο επείγουσα είναι αυτή. Κατά συνέπεια, το NHS κατανέμει τους πεπερασμένους

πόρους που έχει στη διάθεσή του στις μορφές περίθαλψης κατά προτεραιότητα και ανάλογα με την κάθε περίπτωση. Ως αποτέλεσμα, για τις λιγότερο επείγουσες θεραπείες καταρτίζονται κατάλογοι αναμονής.

- Η κατανομή των πόρων και η στάθμιση των ιατρικών προτεραιοτήτων γίνεται κατά την κρίση των φορέων του NHS στο πλαίσιο των κατευθυντήριων γραμμών που ισχύουν σε εθνικό επίπεδο. Η διαχείριση των καταλόγων αναμονής γίνεται κατά τρόπο ώστε, αφενός, η παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης να γίνεται με τη δέουσα προτεραιότητα και σύμφωνα με τις αποφάσεις των οικείων φορέων του NHS ως προς τη χρήση των πόρων και, αφετέρου, ώστε οι ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας να έχουν ίση μεταχείριση ανάλογα με την κατάσταση τους και το πόσο επείγουσα είναι αυτή.

- Ο ασθενής του NHS που κατοικεί στο Ηνωμένο Βασίλειο μπορεί να νοσηλευθεί σε άλλο κράτος μέλος σύμφωνα με το άρθρο 22 του κανονισμού 1408/71 (σύστημα E112), οπότε οι σχετικές δαπάνες αποδίδονται, σύμφωνα με τον κανονισμό αυτόν, απευθείας στον αρμόδιο φορέα του κράτους-μέλους όπου παρασχέθηκε η νοσηλεία, σύμφωνα με τα εκεί ισχύοντα ποσοστά απόδοσης, και όχι στον ασθενή. Το Ηνωμένο Βασίλειο δεν έχει θεσπίσει νομοθεσία εκτελεστική του άρθρου 22 του κανονισμού 1408/71.

- Οι εξ αλλοδαπής επισκέπτες, δηλαδή τα πρόσωπα που δεν κατοικούν στο Ηνωμένο Βασίλειο, μπορούν επίσης να λάβουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στο πλαίσιο του NHS, αλλά όχι δωρεάν. Οι κανονισμοί του NHS, όπως έχουν τροποποιηθεί, ορίζουν ότι οι εξ αλλοδαπής επισκέπτες καταβάλλουν το κόστος της περίθαλψης τους. Τις δαπάνες αυτές εισπράττει ο φορέας του NHS που παρέσχε την περίθαλψη. Το NHS trust που παρέχει περίθαλψη σε εξ αλλοδαπής επισκέπτη υποχρεούται να εισπράξει τις δαπάνες αυτές, εκτός αν ο ασθενής εμπίπτει σε κάποια από τις εξαιρέσεις που προβλέπουν οι κανονισμοί.

Το 2002 η Υ. Watts μαθαίνει ότι έχει οστεοαρθρίτιδα σε αμφότερες τις κεφαλές των ισχίων της και θα χρειαζόταν ολική αντικατάσταση αμφοτέρων των κεφαλών των ισχίων. Η κόρη της Watts ζήτησε έγκριση για να λάβει η μητέρα της θεραπεία στο εξωτερικό. Ο αρμόδιος ελεγκτής δήλωσε ότι η κα Watts ήταν σε τόση ανάγκη για αντικατάσταση του γοφού, όσο και οι άλλοι ασθενείς στη λίστα αναμονής και ότι η περίπτωση της ήταν υπόθεση ρουτίνας και θα έπρεπε να περιμένει περίπου ένα χρόνο για θεραπεία. Το αίτημα για θεραπεία στο εξωτερικό απορρίφθηκε, αφού η θεραπεία

μπορούσε να παρασχεθεί εντός του NHS και επομένως «χωρίς υπερβολική καθυστέρηση». Η Y. Watts προσέφυγε δικαστικώς ζητώντας την αναθεώρηση της απόφασης αυτής.

Τον Ιανουάριο του 2003, η Y. Watts μετέβη στη Γαλλία για να συμβουλευθεί ειδικό, ο οποίος διέγινωσε επιδείνωση της κατάστασής της και γνωμάτευσε ότι η αντικατάσταση των κεφαλών των ισχίων θα έπρεπε να πραγματοποιηθεί μέχρι τα μέσα Μαρτίου 2003.

Κατά την αρχική συζήτηση της ένδικης προσφυγής της Y. Watts, στις 22 Ιανουαρίου 2003, προτάθηκε η επανεξέταση της Y. Watts, προκειμένου το PCT να αναθεωρήσει την απόφασή του. Στις 31 Ιανουαρίου 2003 την εξέτασε ο ίδιος ιατρός που την είχε εξετάσει και στο παρελθόν. Διέγινωσε ότι η κατάστασή της είχε κατά τι επιδεινωθεί σε σχέση με τον μέσο ασθενή και ότι τώρα μπορεί να την κατατάξει σε αυτούς που χρειάζονται να υποβληθούν «σύντομα» σε εγχείρηση. Αυτό σημαίνει ότι θα έπρεπε να υποβληθεί στην εγχείρηση εντός τριών ή τεσσάρων μηνών, δηλαδή τον Απρίλιο ή τον Μάιο του 2003. Εν συνεχεία, με έγγραφο της 4ης Φεβρουαρίου 2003, το PCT επιβεβαίωσε ότι, παρά τα στοιχεία αυτά, εμμένει στην απόφασή του να μη γνωμοδοτήσει υπέρ της αίτησης της Y. Watts για νοσηλεία στο εξωτερικό κάνοντας χρήση του εντύπου E112, διότι πλέον θα πρέπει να αναμείνει μόνον τρεις ή τέσσερις ακόμη μήνες μέχρι να υποβληθεί σε εγχείρηση αντικατάστασης των κεφαλών των ισχίων.

Αντί να αναμείνει μέχρι τον Απρίλιο ή τον Μάιο, η Y. Watts υποβλήθηκε σε εγχείρηση αντικατάστασης των κεφαλών των ισχίων στις 7 Μαρτίου 2003 στη Γαλλία. Μετά την επιστροφή της, συνέχισε την ένδικη διαδικασία κατά της απόφασης του PCT που δεν της επέτρεψε να νοσηλευθεί στο εξωτερικό και ζήτησε να της αποδοθούν δαπάνες 3 900 λιρών στερλινών, περιλαμβανομένων των δαπανών παραμονής της στο νοσοκομείο. Το Δικαστήριο απέρριψε την προσφυγή της. Παρόλο που δέχθηκε ότι οι απορριπτικές αποφάσεις του PCT ήταν νομικώς πλημμελείς, διότι το PCT δεν αναγνώρισε ότι οι παρασχεθείσες στην προσφεύγουσα ιατρικές υπηρεσίες εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής του άρθρου 49 ΕΚ, έστω και αν το ζήτημα της απόδοσης των δαπανών νοσηλείας ανέκυψε στο πλαίσιο του NHS, εντούτοις απέρριψε την προσφυγή επί της ουσίας. Έκρινε ότι, μετά την επανεξέταση της Y. Watts στο τέλος Ιανουαρίου 2003, δεν συντρέχει «αδικαιολόγητη καθυστέρηση» στην περίπτωση της. Το ότι θα έπρεπε να αναμείνει τρεις έως τέσσερις μήνες δεν της

παρείχε δικαίωμα περίθαλψης στο εξωτερικό και αξίωση έναντι του NHS για απόδοση των σχετικών δαπανών. Τελικά, η Y. Watts έκανε προσφυγή στο ΔΕΚ.

Τα ερωτήματα που υπέβαλε το Court of Appeal αφορούν κυρίως την εφαρμογή του άρθρου 49 ΕΚ στην περίπτωση της Y. Watts και, ειδικότερα, το αν η διάταξη αυτή παρέχει στην Y. Watts το δικαίωμα να αναζητήσει τις δαπάνες της νοσοκομειακής περίθαλψης που της παρασχέθηκε στη Γαλλία, χωρίς σχετική έγκριση του NHS ή άλλης αρμόδιας αρχής του Ηνωμένου Βασιλείου.

Το βασικό πρόβλημα στην παρούσα υπόθεση έγκειται στο ότι η Y. Watts έχει δύο εγγενώς αντιφατικές ιδιότητες. Σε εθνικό επίπεδο, αφενός, η κατάστασή της καθορίζεται από την υπαγωγή της στο εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στο πλαίσιο του οποίου δεν δικαιούται να επιλέξει το είδος, τον τρόπο και τον χρόνο περίθαλψής της. Αφετέρου, από την άποψη του κοινοτικού δικαίου, διαθέτει ελευθερία επιλογής ως προς τις ιατρικές υπηρεσίες που λαμβάνει στο πλαίσιο της απαιτούμενης περίθαλψης, με την επιφύλαξη δικαιολογημένων περιορισμών που επιβάλλει η εθνική νομοθεσία. Το να κριθεί ότι το δικαίωμά της να επικαλεστεί το άρθρο 49 ΕΚ κατά της άρνησης του εθνικού φορέα στον οποίον υπάγεται να της αποδώσει τις δαπάνες για τις υπηρεσίες που έλαβε σε άλλο κράτος-μέλος θα συνιστούσε ανεπίτρεπτο περιορισμό της δυνατότητας προσβολής της άρνησης αυτής βάσει του κοινοτικού δικαίου.

Το Δικαστήριο αποφάσισε ότι το άρθρο 49 ΕΚ πρέπει να ερμηνευθεί υπό την έννοια ότι, καταρχήν, τα πρόσωπα που κατοικούν σε κράτος-μέλος το οποίο διαθέτει εθνικό σύστημα υγείας, όπως το NHS στο Ηνωμένο Βασίλειο, έχουν δικαίωμα να νοσηλεύονται σε άλλο κράτος-μέλος με δαπάνη του εθνικού συστήματος υγείας. Τα κράτη-μέλη μπορούν να εξαρτούν το δικαίωμα αυτό από υποχρέωση του ενδιαφερομένου να λάβει προηγούμενη έγκριση, υπό την προϋπόθεση ότι η χορήγηση της έγκρισης αυτής γίνεται με αντικειμενικά, διαφανή και μη εισάγοντα διακρίσεις κριτήρια στο πλαίσιο ευχερώς προσβάσιμης διαδικασίας, η οποία διασφαλίζει την αντικειμενική, αμερόληπτη και εντός εύλογου χρόνου εξέταση των αιτήσεων για χορήγηση έγκρισης, και ότι κατά των αποφάσεων περί μη χορήγησης έγκρισης επιτρέπεται άσκηση ένδικης προσφυγής. Η έλλειψη τέτοιων κριτηρίων και τέτοιας διαδικασίας δεν συνεπάγεται στέρηση των σχετικών δικαιωμάτων των ενδιαφερομένων. Δεν έχει σημασία για την εφαρμογή του άρθρου 49 ΕΚ σε περιπτώσεις όπως αυτή της κύριας δίκης το αν η παρεχόμενη στο πλαίσιο του NHS,

εντός ή εκτός των νοσοκομείων, περίθαλψη συνιστά παροχή υπηρεσίας κατά την έννοια του άρθρου 49 ΕΚ.

Η άρνηση έγκρισης για νοσηλεία σε άλλο κράτος-μέλος μπορεί να δικαιολογηθεί από λόγους που αφορούν τη διαχείριση των καταλόγων αναμονής μόνον εφόσον η διαχείριση των καταλόγων αναμονής γίνεται κατά τρόπον ώστε να λαμβάνονται επαρκώς υπόψη οι εξατομικευμένες ιατρικές ανάγκες των ασθενών και να μην εμποδίζεται η παροχή περίθαλψης σε άλλο κράτος μέλος σε περίπτωση ανάγκης. Όταν οι προϋποθέσεις χορήγησης έγκρισης για νοσηλεία σε άλλο κράτος μέλος στοχεύουν στη διασφάλιση της οικονομικής σταθερότητας του εθνικού συστήματος υγείας, λόγοι αποκλειστικά χρηματοδοτικού ή οικονομικού χαρακτήρα δεν είναι ικανοί να δικαιολογήσουν την άρνηση χορήγησης τέτοιας έγκρισης.

Για να καθοριστεί, στο πλαίσιο του άρθρου 49 ΕΚ, αν είναι δυνατή η χωρίς αδικαιολόγητη καθυστέρηση περίθαλψη, επιτρέπεται να λαμβάνονται υπόψη οι χρόνοι αναμονής και η κλινική προτεραιότητα που έχει καθορίσει ο οικείος φορέας του NHS, υπό την προϋπόθεση ότι και τα δύο καθορίζονται βάσει συγκεκριμένων ενδείξεων της κατάστασης της υγείας του ασθενούς κατά τον χρόνο εκτίμησης της, καθώς και βάσει του ιατρικού ιστορικού του και της πιθανής εξέλιξης της ασθένειας για την οποία ο ασθενής ζητεί ιατρική περίθαλψη.

Η ορθή ερμηνεία του άρθρου 22 του κανονισμού 1408/71 και, ειδικότερα, της φράσης «τα χρονικά όρια που είναι κανονικά αναγκαία για την παροχή περίθαλψης», στηρίζεται στα ίδια κριτήρια βάσει των οποίων ερμηνεύεται η έννοια της «αδικαιολόγητης καθυστέρησης» στο πλαίσιο του άρθρου 49 ΕΚ.

Αν ένα κράτος-μέλος υποχρεούται από το κοινοτικό δίκαιο να καλύψει τη νοσηλεία σε άλλο κράτος-μέλος προσώπου που κατοικεί στο πρώτο κράτος-μέλος και στο οποίο παρασχέθηκε νοσηλεία εκτός του πλαισίου του άρθρου 22 του κανονισμού 1408/71, το κόστος περίθαλψης πρέπει να υπολογίζεται βάσει της ισχύουσας στο κράτος-μέλος κατοικίας νομοθεσίας. Αν δεν υπάρχει σύστημα προκαθορισμένων τιμών ή διατίμησης για τον υπολογισμό του αποδοτέου ποσού, το ποσό αυτό υπολογίζεται βάσει του πραγματικού κόστους της παρασχεθείσας περίθαλψης. Οι δαπάνες μετάβασης και διαμονής για την περίθαλψη στο άλλο κράτος-μέλος αποδίδονται μόνον αν αυτό προβλέπεται από τις διέπουσες διατάξεις για την παροχή περίθαλψης στο εθνικό έδαφος.

Το άρθρο 49 ΕΚ δεν επιτρέπει να λαμβάνονται υπόψη δημοσιονομικές εκτιμήσεις προκειμένου να καθοριστεί αν ένα κράτος-μέλος υποχρεούται να αποδίδει



τη δαπάνη νοσηλείας σε άλλο κράτος-μέλος, εκτός αν αποδεικνύεται ότι η συμμόρφωση προς την υποχρέωση αυτή σε ευρεία κλίμακα ενδέχεται να απειλήσει την χρηματοοικονομική ισορροπία του εθνικού συστήματος υγείας. Δημοσιονομικές εκτιμήσεις δεν μπορούν να λαμβάνονται υπόψη κατά τη λήψη αποφάσεων με τις οποίες δεν παρέχεται η κατά το άρθρο 22 του κανονισμού 1408/71 έγκριση. (Case C-372/04 – Watts)

### **Συμπεράσματα**

Στις αποφάσεις του, το Δικαστήριο κατέστησε σαφές ότι εφόσον οι υπηρεσίες υγείας προσφέρονται επ' αμοιβή πρέπει να νοούνται ως υπηρεσίες κατά την έννοια της Συνθήκης και επομένως πρέπει να ισχύουν οι διατάξεις που αφορούν την ελεύθερη κυκλοφορία. Το Δικαστήριο απεφάνθη επίσης ότι, κατά συνέπεια, τα μέτρα σύμφωνα με τα οποία η επιστροφή των δαπανών που πραγματοποιήθηκαν σε άλλο κράτος-μέλος υπόκειται σε προηγούμενη έγκριση αποτελούν εμπόδια στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών, παρά το γεγονός ότι μπορεί να είναι δικαιολογημένα για λόγους υπέρτερης κοινής ωφέλειας.

Βάσει αυτών και άλλων υποθέσεων που ακολούθησαν, οι αποφάσεις του Δικαστηρίου διαμόρφωσαν τις ακόλουθες αρχές:

Οποιαδήποτε μη νοσοκομειακή περίθαλψη την οποία δικαιούται ο ενδιαφερόμενος στο κράτος-μέλος του μπορεί επίσης να την αναζητήσει σε οποιοδήποτε άλλο κράτος-μέλος χωρίς προηγούμενη έγκριση, και να του επιστραφούν οι δαπάνες με ανώτατο όριο το επίπεδο επιστροφής που παρέχει το σύστημά του.

Οποιαδήποτε νοσοκομειακή περίθαλψη την οποία δικαιούνται οι ενδιαφερόμενοι στο κράτος-μέλος τους μπορούν να την αναζητήσουν και σε οποιοδήποτε άλλο κράτος-μέλος με την προϋπόθεση ότι έχουν λάβει πρώτα έγκριση από το σύστημά τους. Αυτή η έγκριση πρέπει να χορηγείται αν το σύστημά τους δεν μπορεί να τους παράσχει την εν λόγω περίθαλψη εντός προθεσμίας αποδεκτής από ιατρική άποψη λαμβανομένης υπόψη της κατάστασής τους. Για τους ασθενείς αυτούς οι δαπάνες επιστρέφονται με ανώτατο όριο τουλάχιστον το επίπεδο επιστροφής που παρέχει το σύστημά τους. (SEC (2006) 1195/4)

Οι ασθενείς έχουν ακόμα το δικαίωμα χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας σε άλλο κράτος-μέλος, ακόμα και αν οι υπηρεσίες αυτές δεν προβλέπονται από τη δέσμη

παροχών του αρμόδιου φορέα, με την προϋπόθεση ότι πληρούν τα διεθνώς αναγνωρισμένα επιστημονικά πρότυπα.

Επιπλέον, οι προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας δεν πρέπει να κάνουν διάκριση, όσον αφορά τις τεχνικές χρέωσης των εξόδων, μεταξύ των υπηκόων της ημεδαπής και της αλλοδαπής.

Επίσης, οι παροχές σε είδος δεν πρέπει να αρνούνται σε πολίτες που διαμένουν σε άλλο κράτος-μέλος, εφόσον έχουν κατοχυρώσει το δικαίωμα παροχής.

Οι ασθενείς έχουν την ελευθερία επιλογής των διασυνοριακών υγειονομικών υπηρεσιών και προϊόντων και εφαρμόζεται τόσο στα συστήματα υγείας με το πρότυπο της αποζημίωσης, όσο και στα συστήματα που βασίζονται στην άμεση παροχή υπηρεσιών σε είδος. (Οικονόμου Χ., 2004)

Με την απόφαση Watts της 16ης Μαΐου 2006 δόθηκαν δύο διευκρινίσεις. Πρώτον, μερικά κράτη-μέλη των οποίων τα συστήματα θεμελιώνονται σε ενσωματωμένη δημόσια χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών υγείας είχαν ισχυριστεί ότι οι διατάξεις της Συνθήκης για την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών δεν ίσχυαν για τα εν λόγω κράτη. Η απόφαση Watts επιβεβαίωσε ότι οι διατάξεις ισχύουν. Δεύτερον, μερικά κράτη-μέλη ισχυρίστηκαν ότι η απαίτηση του άρθρου 152 παράγραφος 5 της Συνθήκης να μη «θίγονται στο παραμικρό οι αρμοδιότητες των κρατών-μελών σε ό,τι αφορά την οργάνωση και την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης» εμπόδιζε τις δεσμευτικές υποχρεώσεις δυνάμει του κοινοτικού δικαίου για τα συστήματα υγείας. Στην απόφασή του, το Δικαστήριο αναφέρει ότι η εν λόγω διάταξη δεν αποκλείει τη δυνατότητα να ζητηθεί από τα κράτη-μέλη, δυνάμει άλλων διατάξεων της Συνθήκης όπως το άρθρο 49, ή κοινοτικών μέτρων που εγκρίθηκαν με βάση άλλες διατάξεις της Συνθήκης, όπως το άρθρο 22 του κανονισμού 1408/71, να προβούν σε προσαρμογές των εθνικών τους συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης. (SEC (2006) 1195/4)

Οι αποφάσεις του Δικαστηρίου στις εν λόγω μεμονωμένες περιπτώσεις είναι αρκετά σαφείς, και δεν είναι δυνατό να απαιτηθούν προϋποθέσεις για την άσκηση των δικαιωμάτων των ασθενών που αναγνωρίζονται από το Δικαστήριο. Ωστόσο, είναι αναγκαίο να βελτιωθεί η σαφήνεια ώστε να εξασφαλίζεται η γενικότερη και αποτελεσματικότερη εφαρμογή των ελευθεριών λήψης και παροχής υπηρεσιών υγείας, για να αντιμετωπιστούν θέματα όπως τα εξής:

– αν υπάρχουν κοινές αξίες και αρχές για τις υπηρεσίες υγείας, στις οποίες μπορούν να βασίζονται οι πολίτες σε ολόκληρη την ΕΕ, και ποια είναι τα πρακτικά θέματα που

πρέπει να αποσαφηνιστούν για τους πολίτες που επιθυμούν να λάβουν υγειονομική περίθαλψη σε άλλα κράτη-μέλη.

- πόση ευελιξία έχουν τα κράτη-μέλη όσον αφορά τη ρύθμιση και το σχεδιασμό των δικών τους συστημάτων υγείας χωρίς να δημιουργούν αδικαιολόγητα εμπόδια στην ελεύθερη κυκλοφορία.
- πώς θα συνδυαστεί η μεγαλύτερη επιλογή στην άσκηση των ατομικών δικαιωμάτων με την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας συνολικά.
- πώς θα εξασφαλιστεί ένας μηχανισμός ορθής οικονομικής αποζημίωσης σε περίπτωση παροχής διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης από συστήματα υγείας «υποδοχής».
- πώς μπορούν οι ασθενείς ή οι επαγγελματίες του τομέα να εντοπίσουν, να συγκρίνουν ή να επιλέξουν τους παρόχους υπηρεσιών των άλλων χωρών.
- και ο σύνδεσμος μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και των σχετικών υπηρεσιών όπως οι κοινωνικές υπηρεσίες και η μακροχρόνια φροντίδα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

### ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΕΥΡΥΝΣΗ

Δεδομένου του μικρού αριθμού ασθενών που μετακινούνται στο πλαίσιο του κανονισμού 1408/71, είναι πιθανό στο μέλλον να δοθεί προσοχή σε εναλλακτικές διατάξεις, βασισμένες είτε σε πρόσφατες αποφάσεις του ΔΕΚ ή σε ξεχωριστές διμερείς συμφωνίες με άλλα κράτη-μέλη. Η αυξημένη κινητικότητα μπορεί να επιφέρει τόσο οφέλη όσο κινδύνους. Από τη μια πλευρά, η πρόσβαση μπορεί να προσφέρει επιπλέον ευκαιρίες για παροχή υπηρεσιών υγείας σε άλλες χώρες. Από την άλλη πλευρά, οι νέες χώρες μπορεί να φοβούνται ότι τα εθνικά τους σχέδια για την υγεία θα ανατραπούν από τις ευρωπαϊκές συμφωνίες για τη κοινωνική ασφάλιση που θα επιτρέπουν ευκολότερη πρόσβαση σε πιο ακριβές διασυνοριακές υπηρεσίες υγείας, με συνέπεια ένας μεγάλος αριθμός υπηκόων τους να ταξιδεύει στα άλλα κράτη-μέλη για να λάβει φροντίδα υγείας.

Τα περισσότερα νέα κράτη-μέλη μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε σχετικά χαμηλό κόστος σε ασθενείς από άλλες χώρες, μια πολιτική που οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας σε κάποιες χώρες ελπίζουν να εκμεταλλευτούν. Κάποια κράτη όπως η Ουγγαρία αντιμετωπίζουν ήδη αυξημένες εισροές ασθενών από γειτονικά κράτη-μέλη, όπως η Αυστρία.

Το κόστος της φροντίδας υγείας είναι μόνο ένας από τους παράγοντες που καθορίζουν εάν ο ασθενής θα ταξιδέψει στα νέα κράτη-μέλη, γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις καλύπτεται από τον ασφαλιστικό φορέα και όχι άμεσα από τον ασθενή. Η εμπειρία στις μεθοριακές περιοχές έχει δείξει ότι υπάρχουν πολλοί ανασταλτικοί παράγοντες στη λήψη φροντίδας υγείας στο εξωτερικό, όπως οι διαφορετικές γλώσσες, η έλλειψη κατανόησης ή η ασυμβατότητα των διοικητικών διαδικασιών.

Είναι γεγονός ότι υπάρχει ανισορροπία μεταξύ της προσφοράς και ζήτησης για υπηρεσίες υγείας στις χώρες της Ε.Ε., με κάποιες χώρες να αντιμετωπίζουν λίστες αναμονής λόγω ανεπαρκούς προσφοράς, αλλά αυτές οι χώρες, γενικά, δεν είναι οι πιο κοντινές στα νέα κράτη-μέλη. Στην περίπτωση της Σλοβενίας, η οποία συνορεύει με την Ιταλία, όποιο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και αν έχει, υπονομεύεται από την σχετικά υψηλή ανεργία των ιατρών στην Ιταλία (McKee, Macle hose, Nolte, 2004). Οι

λίστες αναμονής είναι πρακτικά άγνωστες στη Γερμανία, άρα είναι σχεδόν απίθανο να υπάρξει μεγάλη ζήτηση για λήψη πιο γρήγορα θεραπείας στη Τσεχία ή στη Πολωνία από Γερμανούς ασθενείς. Όμως, ένα σημαντικό ερώτημα είναι εάν τα νέα κράτη-μέλη έχουν επαρκή ικανότητα να καταστήσουν αυτό πραγματικότητα.

Παρόλο που τα περισσότερα νέα κράτη-μέλη έχουν υποβληθεί στη διαδικασία της μεταρρύθμισης, η οποία περιλαμβάνει την ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τα συστήματα υγείας τους συνεχίζουν να ευνοούν τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, ο αριθμός των γενικών ιατρών, σε όλα τα νέα κράτη-μέλη για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμες πληροφορίες, είναι χαμηλότερος από τον μέσο όρο της Ε.Ε. Η πλειονότητα αυτών απασχολείται στο νοσοκομειακό τομέα, σε αντίθεση με τους γενικούς ιατρούς της Ε.Ε. Επιπλέον, όπως σε κάποια από τα παλιά κράτη-μέλη, υπάρχουν σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες στη παροχή υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, η αυξανόμενη κινητικότητα πρέπει να λάβει υπόψη το βαθμό της συγκρισιμότητας ως προς τη ποιότητα της φροντίδας υγείας. Στις περιπτώσεις Decker και Kohl, το ΔΕΚ υποστήριξε ότι οι υπάρχουσες διατάξεις σχετικά με την αμοιβαία αναγνώριση των επαγγελματιών υγείας παρέχει επαρκή διασφάλιση στους ασθενείς, ώστε να λάβουν θεραπεία σε άλλο κράτος.

Με δεδομένη την προϋπόθεση του άρθρου 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι ευθύνη των κρατών-μελών, η ΕΕ δίσταζε να αναμειχθεί στον τομέα της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, με εξαίρεση εκείνα τα στοιχεία που διαπραγματεύονται διεθνώς, όπως τα προϊόντα αίματος και τα φαρμακευτικά. Δεν υπάρχουν ευρωπαϊκά standards για τις υπηρεσίες υγείας ή κοινή συμφωνία για την διασφάλιση της ποιότητας, δημιουργώντας όλο και μεγαλύτερο πρόβλημα, αφού τα κράτη-μέλη ενσωματώνουν όλο και περισσότερα μέτρα για τη ποιότητα.

Συνοψίζοντας, είναι πιθανό οι πάροχοι σε κάποια νέα κράτη-μέλη να μπορέσουν να χρησιμοποιήσουν τα ανταγωνιστικά τους πλεονεκτήματα, ώστε να προσελκύσουν ασθενείς, για περιορισμένου εύρους θεραπείες. Είναι επίσης πιθανό να αντιμετωπίσουν αυξημένη ζήτηση λόγω του αυξανόμενου αριθμού των διασυνοριακά εργαζόμενων, αλλά με δεδομένο ότι αυτά τα άτομα έχουν περιορισμένες απαιτήσεις για φροντίδα υγείας, η ζήτηση θα είναι σχετικά μικρή. Μια ομάδα ατόμων που μπορεί να προκαλέσει σημαντική ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι οι συνταξιούχοι που μετακινούνται από τη βόρεια Ευρώπη στις μεσογειακές χώρες. Το γεγονός αυτό

μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερης σημασίας για τη Μάλτα και τη Κύπρο. (McKee, Maclehorse, Nolte, 2004)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

### Η ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΣΤΗ ΠΡΑΞΗ

Οι περισσότεροι ασθενείς που επιδιώκουν να λάβουν θεραπεία στο εξωτερικό, κάνουν χρήση του εντύπου E112. Στη πράξη, και με λίγες εξαιρέσεις, τα περισσότερα κράτη-μέλη αρνούνται να εγκρίνουν θεραπεία σε άλλο κράτος-μέλος, με την αιτιολογία ότι μπορεί να παρασχεθεί και εντός της επικράτειας. Ο μικρός όμως όγκος της διασυννοριακής μετακίνησης των ασθενών δεν μπορεί να αποδοθεί ολοκληρωτικά στην άρνηση των ασφαλιστικών φορέων να πληρώσουν για φροντίδα υγείας στο εξωτερικό. Άλλοι παράγοντες συμβάλλουν επίσης στη κατάσταση αυτή, όπως η απόσταση, η οποία σχετίζεται και με το χρόνο και τα έξοδα μετακίνησης, τα οποία ο ασφαλιστικός φορέας δεν υποχρεούται να πληρώσει. Άλλοι παράγοντες είναι η διαφορετική γλώσσα, η έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με τον τύπο της παρεχόμενης θεραπείας, η έλλειψη οικειότητας με τα άλλα συστήματα υγείας, η απροθυμία των τοπικών ιατρών να παραπέμψουν τους ασθενείς σε άλλες χώρες και τα διοικητικά έξοδα των εμπλεκόμενων διαδικασιών.

Η κατάσταση όμως αλλάζει γρήγορα, με την αυξανόμενη ενημέρωση σχετικά με τη δυνατότητα λήψης φροντίδας υγείας στο εξωτερικό, εν μέρει λόγω της προβολής από τα ΜΜΕ των πρόσφατων υποθέσεων του ΔΕΚ. Αρκετοί παράγοντες είναι πιθανό να προκαλέσουν αυτή τη ζήτηση περαιτέρω, συμπεριλαμβανομένης της γενικότερης αυξημένης μετακίνησης, της απροθυμίας αποδοχής των λιστών αναμονής, της εφαρμογής νέων και πειραματικών θεραπειών σε κάποια κράτη-μέλη και όχι σε άλλα, της μεγαλύτερης αφομοίωσης σε περιοχές που συνορεύουν και της αυξημένης δυνατότητας σύγκρισης των τιμών λόγω της νομισματικής ένωσης. Ένα θέμα ιδιαίτερης σημασίας για τις υπηρεσίες υγείας είναι η αύξηση του αριθμού των συνταξιούχων που μετακινούνται από τη βόρεια Ευρώπη προς τη νότια μετά τη συνταξιοδότηση, κάτι που μπορεί να δημιουργήσει ιδιαίτερες προκλήσεις για τη Μάλτα και τη Κύπρο.

Η παρότρυνση για να γίνουν οι ασθενείς πιο ενεργοί συμμετοχοί στην ευρωπαϊκή αγορά φροντίδας υγείας μπορεί να έρθει πρώτα από τους προμηθευτές φροντίδας υγείας, οι οποίοι επιδιώκουν να διασφαλίσουν τις θέσεις τους σε μια

αναδυόμενη ευρωπαϊκή αγορά. Έπειτα από τις ασφαλιστικές εταιρίες, οι οποίες επιδιώκουν τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες υγείας για τους πελάτες τους, στη χαμηλότερη τιμή. Τέλος, από πολιτικούς και τα ΜΜΕ που θέλουν να αυξήσουν την πληροφόρηση για τις διαφορές στα επίπεδα των παροχών, σαν μέσο ώστε να ασκήσουν πίεση σε κάποιες χώρες για να αυξήσουν τις δαπάνες για την υγεία. (McKee, Maclehorse, Nolte, 2004)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

### ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Ενώ κάποιοι σχολιαστές θεωρούν ότι η παρούσα κατάσταση ανοίγει τον δρόμο για τους ασθενείς σε μια μη ρυθμισμένη ευρωπαϊκή αγορά, κάποιοι άλλοι υποστηρίζουν ότι προσφέρει τη δυνατότητα να βελτιωθεί η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας και συγχρόνως να διατηρηθεί ο έλεγχος στο κόστος και στη ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Το κόστος των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης για τα δημόσια ταμεία έχει αυξηθεί με πολύ ταχύτερους ρυθμούς από τον πληθωρισμό κατά τα τελευταία χρόνια και αναμένεται να αυξηθεί κατά 1 έως και 2 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕγχΠ στα περισσότερα κράτη-μέλη από σήμερα μέχρι το 2050, ως άμεση συνέπεια της γήρανσης του πληθυσμού (SEC 2006). Ωστόσο, οι προβολές αυτές για τις μελλοντικές δαπάνες εξαρτώνται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τις μεταβολές του κόστους για παροχή συγκεκριμένης δέσμης περίθαλψης. Επομένως, το βασικό στοιχείο για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης είναι ο έλεγχος του κόστους και η βελτίωση της αποτελεσματικότητας, παράλληλα με τη λήψη μέτρων για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας ώστε να μεγιστοποιηθεί ο αριθμός των ετών ζωής που διανύονται με καλή υγεία (βάσει του δείκτη ετών υγιούς ζωής). Τα παραπάνω αποτελούν προσπάθειες και σχέδια δράσης σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Η βελτίωση στη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δεν πρέπει να περιοριστεί μόνο στις περιοχές που συνορεύουν, όπου είναι ευκολότερο να προσφερθεί ένα καθολικό εύρος υπηρεσιών υγείας. Η γκάμα των πρωτοβουλιών που αναπτύχθηκαν στο Euregios, με σκοπό να βελτιωθεί η πρόσβαση στη διασυνοριακή φροντίδα υγείας, προωθεί τη συμπληρωματικότητα μεταξύ των υπαρχουσών υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα, με τη ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας που οδηγεί σε μια υψηλότερη συγκέντρωση συγκεκριμένων τύπων διάγνωσης και θεραπείας, ο προγραμματισμός σε ευρωπαϊκό επίπεδο μπορεί να προσφέρει ένα πιο αποτελεσματικό τρόπο από άποψη κόστους, που θα διασφαλίζει υψηλής τεχνικής θεραπείες σε συγκεκριμένες εξειδικευμένες περιοχές. (McKee, Maclehorse, Nolte, 2004)

Η πρακτική χρησιμότητα της ευρωπαϊκής συνεργασίας έχει αποδειχθεί μέσω της αυξανόμενης διασυνοριακής συνεργασίας των υπηρεσιών υγείας στα περισσότερα εσωτερικά σύνορα της Ένωσης. Η συνεργασία δεν αφορά μόνο τους ασθενείς που μετακινούνται μεταξύ χωρών, αλλά και την κινητικότητα των επαγγελματιών υγείας, καθώς επίσης και πιο περίπλοκες δομές όπως κέντρα αναφοράς για τη δικτύωση ή τη μεταφορά ειδικοτήτων. Οι τεχνολογίες ενημέρωσης και επικοινωνίας (e-health) μπορούν να στηρίξουν την κινητικότητα και τη συνέχεια της περίθαλψης, ακόμη και να επιτρέψουν τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη χωρίς ο ασθενής ή ο επαγγελματίας να εγκαταλείψει το έδαφος της χώρας του. (SEC 2006)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13**

### **ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

Το περιεχόμενο του υπάρχοντος νομικού πλαισίου καθιστά δύσκολη τη χάραξη πολιτικής υγείας που θα διασφαλίζει ότι η αρχή της ελεύθερης μετακίνησης οδηγεί σε οφέλη και όχι σε προβλήματα. Οι διασυνοριακές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγω του ότι οι κανόνες των ενδιαφερομένων χωρών είναι ασύμβατοι μεταξύ τους και λόγω της έλλειψης διαφανούς νομικού πλαισίου και μιας ευρωπαϊκής δομής συνεργασίας.

Επιπροσθέτως, παρ' όλο που η οδηγία 95/46/ΕΚ για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών περιλαμβάνει ειδικές διατάξεις για τα δεδομένα υγείας, η γνώση αυτών των διατάξεων ίσως να μην επαρκεί στον τομέα της υγείας. (SEC 2006)

Ένας τομέας που απαιτεί πιο άμεση προσοχή σχετίζεται με τα standards της παρεχόμενης φροντίδας σε διαφορετικές χώρες. Υπάρχουν ανησυχίες για το κατά πόσο τα νέα κράτη-μέλη, τα οποία έχουν αντιμετωπίσει μακροχρόνια ανεπάρκεια σε επενδύσεις, τόσο σε υλικούς όσο και σε ανθρώπινους πόρους, θα καταφέρουν να παρέχουν αποτελεσματική και σύγχρονη φροντίδα υγείας.

Είναι πιθανό, ο ρυθμός ανάπτυξης σε αυτό τον τομέα να επιταχυνθεί στα επόμενα χρόνια, με σημαντικές αλλά ακόμα αβέβαιες επιπτώσεις στα συστήματα υγείας. Ένας τομέας στον οποίο απαιτείται προσοχή είναι η διασφάλιση ότι η αυξημένη κινητικότητα δεν θα εντείνει τις κοινωνικές ανισότητες που υπάρχουν στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι καλύτερα ενημερωμένοι πολίτες θα ωφεληθούν περισσότερο από την αυξημένη πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στο εξωτερικό. Συνεπώς, οι υπεύθυνοι χάραξης εθνικών πολιτικών για την υγεία πρέπει να εξασφαλίσουν ότι οι εξελίξεις δεν θα υπονομεύσουν τις δεσμεύσεις τους στην αρχή της αλληλεγγύης.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14**

### **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

Οι υποθέσεις του ΔΕΚ είναι χαρακτηριστικές και αποκαλυπτικές των εντάσεων που προκαλεί η συνύπαρξη περιχαρακωμένων εθνικών συστημάτων περίθαλψης και ασφάλισης υγείας και του τρόπου με τον οποίον αυτά λειτουργούν στην κοινή αγορά των είκοσι πέντε κρατών-μελών. Οι τριβές αυτές οφείλονται σε ορισμένους παράγοντες.

Ο πρώτος παράγοντας εντοπίζεται στο πρόβλημα των περιορισμένων δυνατοτήτων των συστημάτων υγείας που στηρίζονται σε συλλογική οργάνωση και χρηματοδότηση και των οποίων οι ανθρώπινοι και οικονομικοί πόροι, όπως και οι υποδομές, είναι εξ ορισμού πεπερασμένοι. Στα συστήματα αυτά η ζήτηση ιατρικής φροντίδας θα υπερβαίνει πάντοτε την προσφορά ιατρικών υπηρεσιών, χωρίς να υπάρχει η διορθωτική λειτουργία που επιτελεί ο μηχανισμός των τιμών, όπως συμβαίνει στα ιδιωτικά συστήματα υγείας. Οι τεχνολογικές εξελίξεις και η πρόοδος συχνά αυξάνουν τη ζήτηση, αντί να παρέχουν περισσότερες δυνατότητες κάλυψης της υφιστάμενης ζήτησης. Οι επενδύσεις στον τομέα της υγείας αποσκοπούν στη μεσοπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη κάλυψη της ζήτησης για ιατρικές υπηρεσίες και δεν είναι κατάλληλες για την αντιμετώπιση βραχυπρόθεσμων διακυμάνσεων της ζήτησης. Σε μια τέτοια κατάσταση, τα πρόσωπα που έχουν ανάγκη για οποιασδήποτε φύσης περίθαλψη δεν μπορούν να έχουν πάντοτε πρόσβαση σε αυτήν εντός αποδεκτών χρονικών ορίων στο πλαίσιο των εθνικών τους συστημάτων υγείας. Αναπόφευκτη συνέπεια της κατάστασης αυτής είναι η δημιουργία καταλόγων αναμονής, μέσω των οποίων οι διαχειριστές των συστημάτων υγείας εξισορροπούν την προσφορά και τη ζήτηση.

Ο δεύτερος παράγοντας είναι η συνύπαρξη στο εσωτερικό της Κοινότητας ποικίλων συστημάτων υγείας και ασφάλισης υγείας. Σε μία αδρή κατηγοριοποίηση, στα συστήματα αυτά καταλέγονται αποκλειστικά δημόσια συστήματα (όπως το NHS στο Ηνωμένο Βασίλειο), ιδιότυπα συστήματα (όπως το Ziekenfondswet στις Κάτω Χώρες, ZFW) και ιδιωτικά ασφαλιστικά συστήματα. Στα δημόσια συστήματα, η χρηματοδότηση είναι εξ ολοκλήρου δημόσια και η περίθαλψη παρέχεται δωρεάν. Στα

ενδιάμεσα συστήματα η χρηματοδότηση μπορεί να προέρχεται από είτε από δημόσιες είτε από ιδιωτικές πηγές είτε από αμφότερες, ενώ η περίθαλψη παρέχεται είτε σε είδος είτε έναντι δαπάνης η οποία στη συνέχεια αποδίδεται στον ασθενή. Στο τρίτο είδος συστημάτων, ο ασθενής καταβάλλει το κόστος της περίθαλψης του και στη συνέχεια επισπράττει τα σχετικά ποσά από τον ασφαλιστικό του φορέα υγείας. Ανάλογα με την οργάνωσή τους, η διαχείριση των συστημάτων αυτών είναι είτε «αυστηρή» είτε πιο ευέλικτη, οπότε θα πρόκειται αντίστοιχα είτε για σχετικά «κλειστά» είτε για σχετικά «ανοικτά» συστήματα.

Η τρίτη πηγή εντάσεων είναι η ίδια η κοινή αγορά και, ειδικότερα, η ελευθερία παροχής και λήψης υπηρεσιών σε ολόκληρη την Κοινότητα. Παρακινούμενοι αναμφίβολα και από τη σχετική νομολογία του Δικαστηρίου, όλο και περισσότεροι ασθενείς αναζητούν περίθαλψη σε άλλα κράτη-μέλη για διάφορους λόγους, όπως η δυνατότητα ταχύτερης περίθαλψης σε σχέση με το κράτος-μέλος της κατοικίας τους (όπως η Y. Watts), η δυνατότητα να έχουν στο άλλο κράτος-μέλος πρόσβαση σε είδος περίθαλψης που δεν είναι (ακόμη) διαθέσιμο στο κράτος-μέλος της κατοικίας τους ή διατίθεται μόνο σε πειραματική βάση (όπως ο M. Peerbooms) ή και το γεγονός ότι ο ασθενής έχει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον εγκατεστημένο σε άλλο κράτος-μέλος φορέα υπηρεσιών υγείας. Η κινητικότητα των ασθενών ενισχύεται επίσης λόγω της αύξησης των διαθέσιμων πληροφοριών (μέσω του διαδικτύου), καθώς και λόγω της δυνατότητας λήψης υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης μέσω επιχειρήσεων που ενεργούν ως μεσάζοντες στον τομέα αυτόν.

Η κατάσταση αυτή οδηγεί στην εμφάνιση μιας νέας αγοράς, αυτής των διασυνοριακώς παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η οποία δημιουργεί προβλήματα, όχι τόσο ως προς το δικαίωμα μετάβασης ή εισόδου σε άλλο κράτος-μέλος, αλλά κυρίως ως προς τη χρηματοδότηση της περίθαλψης. Τα προβλήματα αυτά δημιουργούνται όταν το ζήτημα της χρηματοδότησης της υγειονομικής φροντίδας αντιμετωπίζεται αποκλειστικά σε συνάρτηση με την εξισορρόπηση της προσφοράς και της ζήτησης στο πλαίσιο των εθνικών συστημάτων υγείας και ασφάλισης υγείας.

Οι περιπτώσεις των προσώπων που αναζητούν περίθαλψη εκτός του εθνικού συστήματος ασφάλισης υγείας έχουν οδηγήσει τα τελευταία δέκα έτη το Δικαστήριο στην έκδοση αποφάσεων με τις οποίες τέθηκαν ορισμένες βασικές αρχές για την επίλυση των προβλημάτων που διέπουν τη χρηματοδότηση των διασυνοριακά

παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. (Προτάσεις του Γενικού Εισαγγελέα Geelhoed, 2005)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15

### ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΔΙΑΒΟΥΛΕΥΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Σύμφωνα με την Επιτροπή, δύο είναι οι άξονες στήριξης της κοινοτικής δράσης:

Η ασφάλεια δικαίου. Είναι απαραίτητη η ευρύτερη εφαρμογή των αποφάσεων του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου όσον αφορά τις διατάξεις της Συνθήκης για την ελεύθερη κυκλοφορία των ασθενών, των επαγγελματιών και των υπηρεσιών υγείας. Τα παραπάνω αφορούν κυρίως τη διασυνοριακή περίθαλψη, η οποία όμως έχει επιπτώσεις σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.

Η στήριξη στα κράτη-μέλη σε τομείς όπου θα μπορούσε να ενισχυθεί περαιτέρω η εθνική δράση. Με τον τρόπο αυτόν αναμένεται ότι οι αρμόδιοι για τα συστήματα υγείας (συμπεριλαμβανομένων των φορέων κοινωνικής ασφάλισης) θα διαθέτουν ένα σαφές πλαίσιο κοινοτικής νομοθεσίας εντός του οποίου θα δραστηριοποιούνται και θα εκμεταλλεύονται τη συνεργασία των συστημάτων υγείας όπου είναι δυνατό για την παροχή ασφαλών, υψηλής ποιότητας και αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας.

#### **Θέματα προς διαβούλευση:**

- Ενημέρωση και αποσαφήνιση ώστε να καταστεί δυνατή η διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη.

Το δικαίωμα υγειονομικής περίθαλψης σε κάποιες χώρες δεν είναι αρκετό αν οι ασθενείς ή οι επαγγελματίες δεν διαθέτουν επαρκείς πληροφορίες ώστε να ενημερώνονται για τις εναλλακτικές επιλογές θεραπειών και παρόχων σε άλλα κράτη-μέλη. Θα πρέπει επίσης να εξασφαλίζεται η μεταβίβαση δεδομένων σχετικά με την υγεία μεταξύ συστημάτων υγείας, με βάση τις εργασίες που έχουν ήδη δρομολογηθεί σχετικά με την ανάπτυξη προτύπων διαλειτουργικότητας για τα ηλεκτρονικά ιατρικά μητρώα ή για την ανάπτυξη μιας Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασθένειας μέσω της οποίας θα παρέχεται πρόσβαση σε βασικά δεδομένα υγείας για τους πολίτες.

- Προσδιορισμός των αρμόδιων αρχών και των αρμοδιοτήτων τους.

Υπάρχει η ανάγκη σαφήνειας ως προς το ποια αρχή των κρατών-μελών είναι η αρμόδια για την εποπτεία των υπηρεσιών υγείας, για καθένα από τα διαφορετικά είδη παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, ποια είναι η αρμόδια αρχή για την εξασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται σε άτομα από άλλα κράτη-μέλη, και ποιο σύστημα υποβολής παραπόνων και επιστροφής εξόδων πρέπει να ισχύει για κάθε διαφορετικό είδος διασυνοριακών υπηρεσιών υγείας. Και άλλα ειδικά θέματα που αφορούν τη συνέχεια της περίθαλψης ή την μετακίνηση των επαγγελματιών υγείας.

- Ευθύνη για βλάβη που προκλήθηκε από υγειονομική περίθαλψη και αξιώσεις αποζημίωσης που απορρέουν από διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη.

Πρέπει να καθίσταται σαφές ποιος εγγυάται την ασφάλεια των ασθενών κατά τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, πώς αποζημιώνονται οι ασθενείς που υπέστησαν βλάβη, και αν υπάρξει σφάλμα, ποιοι κανόνες περί ευθύνης ισχύουν και ποια συνέχεια θα δοθεί στο σφάλμα αυτό. Όταν προξενείται βλάβη, πρέπει να υπάρχει ένας σαφής μηχανισμός για την κατάλληλη αποζημίωση και παρακολούθηση ώστε να αποφεύγεται η επανάληψη των σφαλμάτων.

- Εξασφάλιση μιας ισόρροπης υγειονομικής περίθαλψης με πρόσβαση για όλους.

Υπάρχει ανάγκη για μεγαλύτερη σαφήνεια ως προς τις δυνατότητες που διαθέτει το κράτος υποδοχής ώστε να εξασφαλίζεται ότι η θεραπεία ασθενών από άλλα κράτη-μέλη δεν θα εμποδίζει την παροχή ισόρροπης υπηρεσίας υγειονομικής περίθαλψης ανοικτής σε όλους, ούτε θα υπονομεύει τη συνολική βιωσιμότητα του συστήματος υγείας του κράτους-μέλους.

- θέματα δεοντολογίας και ικανότητα των κρατών-μελών να λαμβάνουν διαφορετικές αποφάσεις ως προς το τι θεωρούν κατάλληλο προς παροχή.

Η κοινοτική νομοθεσία έχει ήδη ρυθμίσει σε μεγάλο βαθμό την ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελματιών υγείας. Όμως, υπάρχουν και άλλα θέματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν στο συγκεκριμένο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας, είτε για τις προσωρινές μετακινήσεις των επαγγελματιών υγείας, είτε για την εγκατάσταση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης σε άλλα κράτη-μέλη.

- Ευρωπαϊκά δίκτυα κέντρων αναφοράς.



Η δημιουργία ευρωπαϊκής δικτύωσης θα βοηθούσε την παροχή υψηλής ποιότητας και οικονομικά αποδοτικής περίθαλψης, και κατά συνέπεια θα επέφερε οφέλη τόσο για τους ασθενείς όσο και για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

- Υλοποίηση του δυναμικού της καινοτομίας στην υγεία.

Μια κύρια πρόκληση για τις υπηρεσίες υγείας είναι η διαχείριση της καινοτομίας και η εξασφάλιση της παροχής θεραπείας με βάση τη βέλτιστη επιστημονική γνώση. Η συνεργασία για την παροχή κοινών κριτηρίων με σκοπό να δημιουργηθεί μια τέτοια βάση γνώσεων σε ευρωπαϊκό επίπεδο θα βοηθήσει στην εξάπλωση των κορυφαίων πρακτικών, στην αποφυγή της επικάλυψης των πόρων και στην ανάπτυξη κοινών δεσμών βασικών πληροφοριών και τεχνικών. (SEC 2006, 1195/4)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κινητικότητα των ασθενών και η διασυνοριακή φροντίδα υγείας είναι σημαντικά θέματα στις συζητήσεις σχετικά με τη μελλοντική εξέλιξη των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών της ΕΕ. Νέα δικαιώματα για τους ασθενείς ορίστηκαν από το ΔΕΚ στη διαδοχή των αποφάσεών του, οι οποίες αναφέρονται στον κανονισμό 1408/71 σχετικά με τη κοινωνική ασφάλιση των μετακινούμενων ασθενών. Οι αποφάσεις του Δικαστηρίου προκάλεσαν επίσης, σημαντικές επιδράσεις στις εθνικές κυβερνήσεις, στους ασφαλιστικούς οργανισμούς, στους παρόχους φροντίδας υγείας και στους επαγγελματίες υγείας.

Η κινητικότητα των ασθενών μπορεί να αποτελέσει κίνητρο για βελτιώσεις στην παροχή φροντίδας υγείας τόσο για τη χώρα αποστολής όσο και για τη χώρα υποδοχής, όπως για παράδειγμα να μειωθούν οι χρόνοι αναμονής.

Από την άλλη πλευρά, μπορεί να φέρει στην επιφάνεια αδυναμίες των διοικητικών διαδικασιών, όπως τήρηση αρχείων ασθενών και βάσεων πληροφοριών. Επίσης, μπορεί να ενέχει κινδύνους για τα συστήματα υγείας, κυρίως όταν η διαδικασία δεν ελέγχεται αποτελεσματικά και όταν οι αρχές και των δύο κρατών εμπλέκονται ανεπαρκώς. Η αρχή της ίσης μεταχείρισης μπορεί να τεθεί σε κίνδυνο, εάν οι ασθενείς που μεταβαίνουν στο εξωτερικό με δική τους πρωτοβουλία, παραμερίζονται λόγω ύπαρξης προτεραιοτήτων για τις εγχώριες ανάγκες. Επιπλέον, οι ασθενείς που αδυνατούν να πληρώσουν το επιπρόσθετο κόστος για θεραπεία στο εξωτερικό, μπορεί να έχουν περιορισμένη πρόσβαση στη φροντίδα. (Sieveking, 2006)

Όπως αναφέρεται και στις προτάσεις της Επιτροπής, προκειμένου να λειτουργήσει εύρυθμα η διασυνοριακή φροντίδα υγείας και να υπάρξουν οφέλη τόσο για τους ευρωπαίους πολίτες, όσο και για τα συστήματα υγείας, κρίνεται ιδιαίτερης σημασίας η ενίσχυση της συνεργασίας των κρατών-μελών εντός ενός σαφούς νομικού πλαισίου, το οποίο θα προωθήσει την εναρμόνιση των διαφόρων πρακτικών.

Τέλος, παρουσιάζονται δύο πίνακες. Ο ένας με τα έντυπα Ε και τις κατηγορίες ασθενών που καθένα αφορά, καθώς και τις τροποποιήσεις ή τη κατάργηση αυτών μετά την εισαγωγή της Ευρωπαϊκής Κάρτας Υγείας. Ο δεύτερος αφορά τις αναφερόμενες δικαστικές αποφάσεις και τις αρχές που προκύπτουν από αυτές, οι

οποίες συμβάλλουν στην εξέλιξη των δικαιωμάτων των ασθενών. Οι πίνακες αυτοί θα μπορούσαν να αποτελέσουν ένα χρήσιμο εργαλείο, το οποίο, εύκολα θα βελτιώνεται όταν θα ενημερώνεται, σε τακτά χρονικά διαστήματα. Επίσης, παρατίθεται ένα σχεδιάγραμμα που θα μπορούσε να αποτελέσει έναν απλοποιημένο οδηγό, τόσο για τα άτομα που ζητούν περίθαλψη στο εξωτερικό, όσο και για τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι είναι αρμόδιοι για να καθοδηγήσουν τους ασθενείς.

**Πίνακας 1: Έντυπα Ε και κατηγορίες ασφαλισμένων**

Έντυπα Ε	Ποιους αφορούν;	Τροποποιήσεις μετά την εισαγωγή της Ευρωπαϊκής Κάρτας (01.06.2004)
E 101	Στη περίπτωση μετάθεσης σε άλλο κράτος-μέλος που πρόκειται να διαρκέσει λιγότερο από δώδεκα μήνες. Το έντυπο πιστοποιεί ότι εξακολουθεί ο ασφαλισμένος να καλύπτεται από την νομοθεσία της χώρας προέλευσής του.	Ισχύει
E 102	Στη περίπτωση παράτασης της μετάθεσης για δώδεκα ακόμα μήνες.	Ισχύει
E 106	Βεβαίωση δικαιώματος για παροχές ασθένειας και μητρότητας σε είδος, σε περίπτωση κατοικίας σε κράτος άλλο από το αρμόδιο κράτος.  Αφορά ασφάλιση μόνιμων εργαζομένων στο εξωτερικό καθώς και των μελών της οικογένειάς τους. Το έντυπο E106 κατατίθεται στον ασφαλιστικό φορέα της χώρας που εργάζονται.	Ισχύει
E 108	Γνωστοποίηση αναστολής ή παύσεως του δικαιώματος για παροχές ασθένειας και μητρότητας σε είδος, για πρόσωπα που κατοικούν σε άλλη από την αρμόδια χώρα.  Η έκδοση του αποτελεί ανάκληση (ακύρωση) των εντύπων E106, E109, E121 & E128.	Ισχύει
E 109	Βεβαίωση για την εγγραφή των μελών της οικογένειάς του μισθωτού που διαμένουν σε άλλη χώρα, χωρίς να έχουν μαζί τους το κύριο μέλος. Ισχύει για όσο διάστημα ο ασφαλιστικός	Ισχύει

	φορέας καταβάλλει μηνιαίο ασφάλιστρο στη χώρα για την οποία εκδίδεται. (Στη πράξη το χρησιμοποιούν κυρίως φοιτητές)	
E 111	Στη περίπτωση των μισθωτών και των αυτοαπασχολούμενων που εργάζονται σε ένα κράτος-μέλος άλλο από αυτό που διαμένουν. Το ίδιο έντυπο δικαιούνται και οι προσωρινά διαμένοντες σε ένα κράτος-μέλος, όταν απαιτείται άμεση παροχή φροντίδας υγείας, καθώς και εκείνοι που εργάζονται σε περισσότερα του ενός κράτη-μέλη.	Αντικατάσταση με το νέο E 111, το οποίο ισχύει για τη μεταβατική περίοδο από την 1 <sup>η</sup> Ιουνίου 2004 έως την 31 <sup>η</sup> Δεκεμβρίου 2005. Έπειτα αντικαθίσταται από την Ευρωπαϊκή Κάρτα.
E 112	Βεβαίωση διατήρησης του δικαιώματος για χορηγούμενες ήδη παροχές της ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας.  Χορηγείται σαν εισιτήριο από το ασφαλιστικό Ταμείο για νοσηλεία στο ΕΣΥ άλλης χώρας. Αν ο εργαζόμενος ή ο συνταξιούχος πηγαίνει στο Ηνωμένο Βασίλειο το E112 θα πρέπει να σταλεί.	Ισχύει
E 113	Νοσηλεία: Γνωστοποίηση εισαγωγής και εξόδου.  Χορηγείται από το ξένο ασφαλιστικό Ταμείο και αποτελεί αναγγελία εισόδου - εξόδου σε δημόσια νοσοκομεία άλλης χώρας.  Το παρόν έντυπο εκδίδεται για περιπτώσεις που η απόδοση δαπανών των παροχών σε είδος γίνεται με βάση της πραγματικές δαπάνες.  Γνωστοποιεί την ημερομηνία εισαγωγής και εξόδου από το νοσηλευτικό ίδρυμα και το στέλνει στον αρμόδιο φορέα. Αν ο φορέας είναι η Δανία ή το Ηνωμένο Βασίλειο δεν χρειάζεται να συνταχθεί το έντυπο.	Καταργείται και αντικαθίσταται από την Ευρωπαϊκή Κάρτα.
E 114	Χορήγηση παροχών σε είδος μεγάλης σημασίας.  Χορηγείται για έγκριση δαπανών μεγάλου ύψους. Η κοινωνική ασφάλιση της ξένης χώρας, ζητά προέγκριση με το E114 εντός προθεσμίας 15 ημερών.  Ο φορέας του τόπου κατοικίας	Καταργείται και αντικαθίσταται από την Ευρωπαϊκή Κάρτα.

	<p>συμπληρώνει το μέρος Α του Ε114 και το διαβιβάζει στον αρμόδιο φορέα. Σε περίπτωση που ο αρμόδιος φορέας κρίνει ότι πρέπει να αρνηθεί τη χορήγηση των παροχών, οφείλει να συμπληρώνει το μέρος Β του Ε114 και να το επιστρέψει στο φορέα του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής. Αν ο αρμόδιος φορέας είναι το Ηνωμένο Βασίλειο δεν χρειάζεται η έκδοση του παρόντος εντύπου.</p>	
E 117	<p>Όταν ένας εργαζόμενος ή τα μέλη της οικογένειάς του δικαιούνται φροντίδα υγείας στη χώρα όπου αυτός εργάζεται και κατοικεί και αποφασίζει να επιστρέψει στη χώρα καταγωγής ή να διαμείνει σε άλλο κράτος-μέλος.</p>	Ισχύει
E 119	<p>Όταν ένα άτομο είναι άνεργο ή αναζητά εργασία σε άλλο κράτος-μέλος.</p>	Αναπροσαρμόζεται, ώστε να αφορά πλέον αποκλειστικά παροχές σε είδος.
E 121	<p>Βεβαίωση για την εγγραφή των συνταξιούχων και την τήρηση των καταστάσεων.</p> <p>Αφορά τους μόνιμους διαμένοντες συνταξιούχους στο εξωτερικό .</p> <p>Για χορήγηση του Ε121 από το Ταμείο πρέπει να καταθέτουν το μηναίο ασφαλιστικό καθώς και εκκαθαριστικό της εφορίας της χώρας που διαμένουν. Ο φορέας που οφείλει να εκδώσει τη βεβαίωση, σύμφωνα με το άρθρο 29.2 του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθμ. 574/72 δίνει και δύο αντίτυπα στο συνταξιούχο.</p>	Ισχύει
E 122	<p>Χορηγείται στα προστατευόμενα μέλη συνταξιούχου.</p>	Ισχύει
E 125	<p>Ο ξένος φορέας εκδίδει το έντυπο με τον λογαριασμό και τις οφειλές του κάθε ασφαλισμένου (ανεξαρτήτως εντύπου Ε) και το στέλνει στην Ελλάδα στο ΙΚΑ. Το ΙΚΑ τον διαβιβάζει στον ασφαλιστικό οργανισμό που ανήκει ο χρήστης προκειμένου να καταβάλλει ο ασφαλιστικός φορέας του τις δαπάνες περίθαλψης στο ΙΚΑ.</p>	Ισχύει
E 128	<p>Χορηγείται για φοιτητές και εργαζομένους σε άλλη χώρα της Ευρώπης. Κατατίθεται στον</p>	Καταργείται και αντικαθίσταται από την Ευρωπαϊκή Κάρτα.

	ασφαλιστικό οργανισμό της χώρας που διαμένουν. Έχει αποδοχή στη συγκεκριμένη χώρα που διαμένουν.	
--	--	--

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

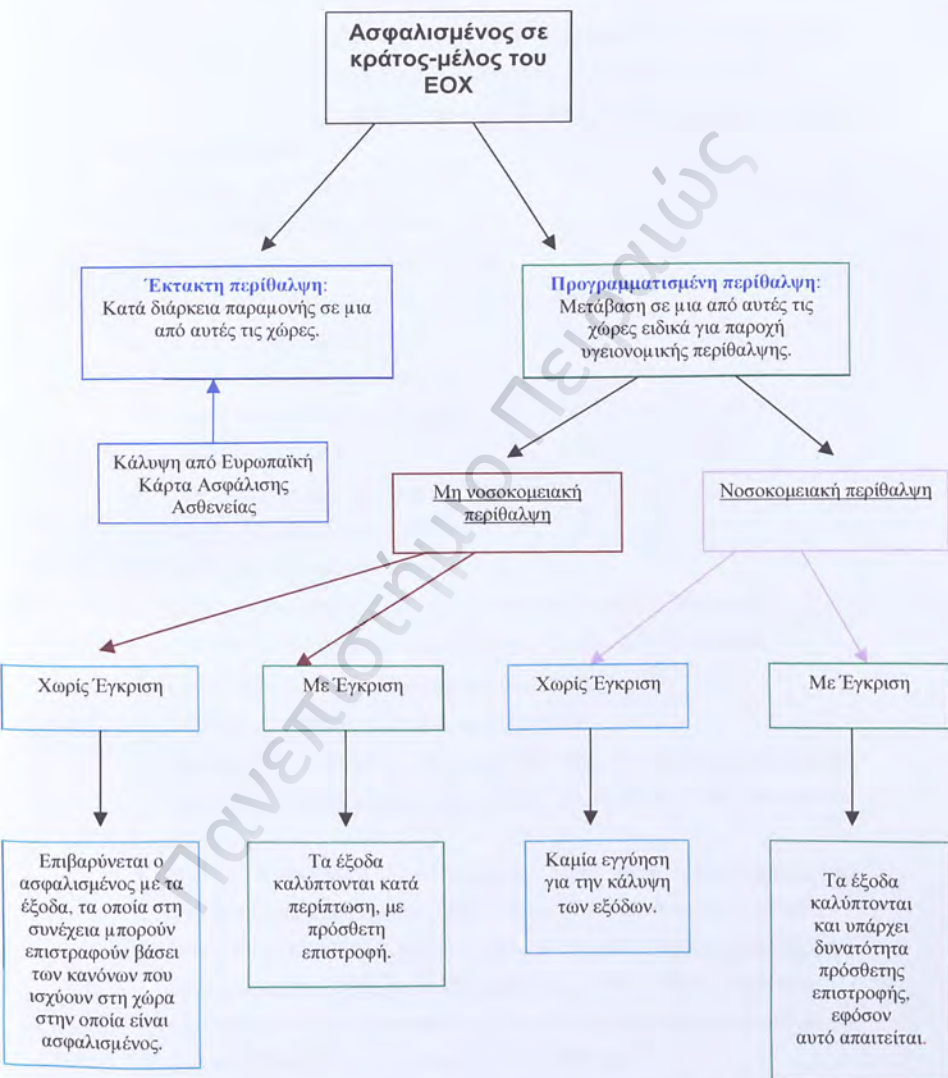
**Πίνακας 2: Προσφυγές ασθενών στο ΔΕΚ- αποφάσεις του ΔΕΚ- προκύπτουσες αρχές**

Περιπτώσεις ασθενών που προσέφυγαν στο ΔΕΚ	Οι αρχές που διαμορφώθηκαν από τις αποφάσεις του ΔΕΚ
Müller-Fauré, Van Riet, Inizan, Leichte	Οποιαδήποτε μη νοσοκομειακή περίθαλψη την οποία δικαιούται ο ενδιαφερόμενος στο κράτος-μέλος του μπορεί επίσης να την αναζητήσει σε οποιοδήποτε άλλο κράτος-μέλος χωρίς προηγούμενη έγκριση, και να του επιστραφούν οι δαπάνες με ανώτατο όριο το επίπεδο επιστροφής που παρέχει το σύστημά του.
Vanbrackel, Watts	Οποιαδήποτε νοσοκομειακή περίθαλψη την οποία δικαιούνται οι ενδιαφερόμενοι στο κράτος-μέλος τους μπορούν να την αναζητήσουν και σε οποιοδήποτε άλλο κράτος-μέλος με την προϋπόθεση ότι έχουν λάβει πρώτα έγκριση από το σύστημά τους. Αυτή η έγκριση πρέπει να χορηγείται αν το σύστημά τους δεν μπορεί να τους παράσχει την εν λόγω περίθαλψη εντός προθεσμίας αποδεκτής από ιατρική άποψη λαμβανομένης υπόψη της κατάστασής τους. Για τους ασθενείς αυτούς οι δαπάνες επιστρέφονται με ανώτατο όριο τουλάχιστον το επίπεδο επιστροφής που παρέχει το σύστημά τους.
Geraets-Smits και Peerbooms	Οι ασθενείς έχουν ακόμα το δικαίωμα χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας σε άλλο κράτος-μέλος, ακόμα και αν οι υπηρεσίες αυτές δεν προβλέπονται από τη δέσμη παροχών του αρμόδιου φορέα, με την προϋπόθεση ότι πληρούν τα διεθνώς αναγνωρισμένα επιστημονικά πρότυπα.
Decker και Kohl	Οι ασθενείς έχουν την ελευθερία επιλογής των διασυνοριακών υγειονομικών υπηρεσιών και προϊόντων και εφαρμόζεται τόσο στα συστήματα υγείας με το πρότυπο της αποζημίωσης, όσο και στα συστήματα που βασίζονται στην άμεση παροχή υπηρεσιών σε είδος.
Ιωαννίδης, Pierik	Το δικαίωμα επί των παροχών σε είδος, το οποίο εγγυάται στους συνταξιούχους ο κανονισμός 1408/71 δεν μπορεί να περιοριστεί μόνο στις περιπτώσεις στις οποίες η παρασχεθείσα περίθαλψη κατέστη αναγκαία εξαιτίας αιφνίδιας εκδήλωσης της πάθησης.
Van Der Deuin	Κατά τη διάρκεια μακροχρόνιας παραμονής

	<p>σε άλλο κράτος-μέλος, ο ασφαλιστικός φορέας του δεύτερου κράτους καλείται να δράσει σαν «ασφαλιστικός φορέας κράτους καταγωγής». Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, αν ο συνταξιούχος αποφασίσει να πάει σε άλλο κράτος-μέλος προκειμένου να λάβει εκεί θεραπεία, πρέπει να λάβει προηγούμενη έγκριση από τον φορέα του τόπου διαμονής του, ακόμα και αν μεταβαίνει στη χώρα καταγωγής του.</p>
Watts	<p>Οι διατάξεις της Συνθήκης για την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών ισχύουν και για τα κράτη-μέλη των οποίων τα συστήματα θεμελιώνονται σε ενσωματωμένη δημόσια χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών υγείας.</p>
Watts	<p>Η απαίτηση του άρθρου 152 παράγραφος 5 της Συνθήκης να μη «θίγονται στο παραμικρό οι αρμοδιότητες των κρατών-μελών σε ό,τι αφορά την οργάνωση και την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης» δεν αποκλείει τη δυνατότητα να ζητηθεί από τα κράτη-μέλη, δυνάμει άλλων διατάξεων της Συνθήκης όπως το άρθρο 49, ή κοινοτικών μέτρων που εγκρίθηκαν με βάση άλλες διατάξεις της Συνθήκης, όπως το άρθρο 22 του κανονισμού 1408/71, να προβούν σε προσαρμογές των εθνικών τους συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης.</p>



### Σχεδιάγραμμα σχετικά με την κάλυψη των εξόδων της υγειονομικής περιθαλψής



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [europa.eu.int/comm/health/ph\\_overview/Documents/key01\\_mobility\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key01_mobility_en.pdf).
- [ec.europa.eu/health-eu/care\\_for\\_me/mobility\\_in\\_europe/index\\_el.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/mobility_in_europe/index_el.htm)
- [ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_security\\_schemes/healthcare/e112/pdf/schema\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_security_schemes/healthcare/e112/pdf/schema_el.pdf)
- Case C-117/77, Pierik I (1978)
- Case C-182/78, Pierik II (1979)
- Case C-156/01, Van Der Deuin (2003)
- Case C-157/99, Geraets-Smits/Peerbooms (2001)
- Case C-158/96 Kohll (1998)
- Case C-326/00, Ioannidis (2003)
- Case C-368/98, Vanbraekel (2001)
- Case C-372/04, Watts (2004)
- Case C-385/99, Müller-Fauré/van Riet (2003)
- Case C-56/2001, Inizan (2003)
- Case C-8/2002, Leichtle (2004)
- COM (2003), 73 final, Commission of the EC, Brussels, 17-02-2003.
- COM(2004) 301 final, Commission of the EC, Brussels, 22-04-2004.
- COM(2004) 356 τελικό, Βρυξέλλες, 06-01-2005.
- COM(2005) 115 τελικό, Βρυξέλλες, 06-04-2005.
- European Consultation on the rights of patients, “A Declaration on the promotion of patients’ rights in Europe”, 28-30 March 1994, Amsterdam, WHO.
- McKee Martin, MacLehose Laura and Nolte Ellen, “Health policy and European Union enlargement”, 2004, Open University Press, σελ.172-189.
- Rosenmöller Magdalene, McKee Martin, Baeten Rita, “Patient Mobility in the European Union – Learning from Experience”, 2006, WHO Publications.
- SEC (2006) 1195/4, Ανακοίνωση της Επιτροπής: Διαβούλευση σχετικά με την κοινοτική δράση για τις υπηρεσίες υγείας, 26-09-2006.

- Sieveking Klaus, “ECJ Rulings on Health Care Services and Their Effects on the Freedom of Cross-Border Patient Mobility in the EU”, Bremen, ZERP, April 2006.
- Ανακοινωθέν Τύπου αριθ. 09/03, «Απόφαση του Δικαστηρίου στην υπόθεση C-326/00», 25/02/03, Τμήμα Τύπου και Πληροφοριών.
- Εγκύκλιος Οδηγία υπ’ αριθμ. πρωτ.: Φ. 60000/οίκ. 12854/897 (Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας), 25-05-2004.
- Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, C71/30, 22-03-2005.
- Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, L271/1, 09-10-2002, (Απόφαση αριθ. 1786/2002/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 23ης Σεπτεμβρίου 2002).
- Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 1408/71 του Συμβουλίου της 14ης Ιουνίου 1971, 28-04-2006.
- Κανονισμός (ΕΚ) αριθ.631/2004 της 31<sup>ης</sup> Μαρτίου 2004 (L100/1), 06-04-2004.
- Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 574/72 του Συμβουλίου της 21ης Μαρτίου 1972, 28-02-2006.
- Κυριόπουλος Ι., Γείτονα Μ., «Η διασυνοριακή ροή ασθενών στην Ελλάδα και την Ευρώπη», Αθήνα 1995, Εξάντας, σελ. 27-39.
- Οικονόμου Χ. «Οι επιπτώσεις της διεύρυνσης της ΕΕ στον υγειονομικό τομέα των χωρών μελών της: η περίπτωση της Ελλάδας», Αθήνα, 2004 ΙΣΤΑΜΕ «Α.Παπανδρέου», σελ. 136-148.
- Προτάσεις του Γενικού Εισαγγελέα L. A Geelhoed στην υπόθεση C-372/04, 15-12-2005.

**Ιστοσελίδες:**

- [ec.europa.eu/health](http://ec.europa.eu/health)
- [www.curia.eu.int](http://www.curia.eu.int)
- [www.europe4patients.org](http://www.europe4patients.org)
- [www.ggka.gr](http://www.ggka.gr)
- [www.mohaw.gr](http://www.mohaw.gr)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς