

Ο Ευρωπαίος Ασθενής (Cross-border health care)*

Άγγελος Στεργίου**

Πρώτον, η διασυνοριακή περίθαλψη έχει έναν «εργαλειακό» ρόλο, αφού υπηρετεί την ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων. Χωρίς αυτή, θα ορθωνόντουσαν ανυπέρβλητα εμπόδια στη μετακίνηση στο εσωτερικό της Ε.Ε. για διάφορους (προσωπικούς ή επαγγελματικούς) λόγους. Δεύτερον, η διασυνοριακή περίθαλψη ενδέχεται να είναι προγραμματισμένη. Με δική του πρωτοβουλία, ο ασθενής μπορεί να αναζητήσει αποτελεσματικότερη θεραπεία σε κράτος μέλος άλλο από εκείνο όπου ασφαλίζεται, μέσω δύο οδών: κατόπιν έγκρισης με βάση το άρθρο 20 του Κανονισμού 883/2004 ή εναλλακτικά χωρίς έγκριση του φορέα με απευθείας μετάβαση με βάση την Οδηγία 2011/24 για τα δικαιώματα των ασθενών στη διασυνοριακή περίθαλψη. Η διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη βοηθά τον Ευρωπαίο ασθενή που αρρωσταίνει στο εξωτερικό, να έχει την αναγκαία περίθαλψη στον τόπο προσωρινής του διαμονής, αυξάνει τις επιλογές για λήψη προγραμματισμένης φροντίδας σε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρέχει εναλλακτικές θεραπείες (ακόμη και σε προχωρημένο πειραματικό στάδιο) σε ασθενείς με σπάνιες ασθένειες, αποτελεί λύση για τις λίστες αναμονής, συμβάλλει στην άμβλυνση των πιέσεων που δέχεται ένα σύστημα υγείας σε περιόδους επιδημιολογικών κρίσεων (COVID-19) και παρέχει ευκαιρίες ανάπτυξης μιας διασυνοριακής συνεργασίας (collaboration) μεταξύ παρόχων και ασφαλιστικών φορέων. Η αναζήτηση της κατάλληλης θεραπείας εντός Ε.Ε. μπορεί να αποτελεί δικαίωμα για τον κάθε Ευρωπαίο ασθενή, ωστόσο, δεν παύει να απειλεί τη βιωσιμότητα των εθνικών συστημάτων υγείας και κοινωνικής ασφάλειας. Το διακύβευμα βρίσκεται στην αναζήτηση του σημείου ισορροπίας ανάμεσα στην απαγόρευση (στενό έλεγχο) και την πλήρη απελευθέρωση της διασυνοριακής περίθαλψης.

διασυνοριακή παροχή υπηρεσιών υγείας – Κανονισμός 883/2004 – Οδηγία 2011/24 – cross-border health care

Εισαγωγή

Η διασυνοριακή περίθαλψη στην Ε.Ε. έχει δύο όψεις που υπακούουν σε διαφορετικές προτεραιότητες. Η πρώτη είναι απόρροια κι αναγκαίος όρος για την ελεύθερη κυκλοφορία των εργαζομένων κι ευρύτερα των προσώπων (ως τουριστών, φοιτητών, συνταξιούχων, κ.α.). Δύσκολα θα αποτολμούσε κανείς να κυκλοφορήσει από χώρα σε χώρα της Ε.Ε., για ποικίλους λόγους – πέραν από την παροχή εργασίας – αν γνώριζε ότι θα παρέμεινε ακάλυπτος σε περίπτωση τυχόν ασθένειάς του. Η άλλη όψη αφορά την προγραμματισμένη μετακίνηση για ιατρικούς λόγους (planned care), δηλαδή τη μετακίνηση με σκοπό την αναζήτηση μιας καλύτερης θεραπείας εκτός του κράτους μέλους στην ασφάλιση του οποίου υπάγεται ο ενδιαφερόμενος (αρμόδιος φορέας). Στην πρώτη περίπτωση, η διασυνοριακή παροχή υγειονομικών υπηρεσιών υπηρετεί μια θεμελιώδη ελευθερία του ενωσιακού δικαίου, ενώ η δεύτερη υπακούει στα προτάγματα της ενιαίας αγοράς, καθώς και στις απαιτήσεις του δικαιώματος στην υγεία που επιβάλλει τη δημιουργία ενός ευρωπαϊκού χώρου υγείας. Ως γνωστόν, ανάμεσα στα δικαιώματα του ασθενούς, εντάσσεται κι η δυνατότητά του για επιλογή ιατρού ή νοσηλευτικής μονάδας, όχι μόνο στα στενά εθνικά όρια, αλλά και σε άλλη χώρα της Ε.Ε. (ή γενικότερα του κόσμου).

* Η παρούσα μελέτη δημοσιεύθηκε αρχικά στη γαλλική γλώσσα και περιλαμβάνεται στο συλλογικό έργο « *Droit comparé et justice sociale : Mélanges offerts à la professeure Christina Deliyanni-Dimitrakou* », mare & martin (éd.), 2026, σσ. 391-424.

** Ομ. Καθηγητής της Νομικής Σχολής ΑΠΘ

I. Το ενωσιακό δίκαιο σε αναζήτηση ισορροπίας ανάμεσα στο δικαίωμα στην υγεία και τη βιωσιμότητα των εθνικών συστημάτων υγείας

Η αναζήτηση της κατάλληλης θεραπείας εντός Ε.Ε. μπορεί να αποτελεί δικαίωμα για τον κάθε Ευρωπαίο ασθενή, ωστόσο, δεν παύει να απειλεί τη βιωσιμότητα των εθνικών συστημάτων υγείας και κοινωνικής ασφάλειας. Οι ασθενείς έχουν αναφαίρετο δικαίωμα να αναζητήσουν μια αποτελεσματικότερη θεραπεία εκτός της χώρας τους. Η διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη βοηθά τον Ευρωπαίο ασθενή που αρρωσταίνει στο εξωτερικό, να έχει την αναγκαία περίθαλψη στον τόπο προσωρινής του διαμονής, αυξάνει τις επιλογές για λήψη προγραμματισμένης φροντίδας σε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρέχει εναλλακτικές θεραπείες (ακόμη και σε προχωρημένο πειραματικό στάδιο) σε ασθενείς με σπάνιες ασθένειες, αποτελεί λύση για τις λίστες αναμονής, συμβάλλει στην άμβλυνση των πιέσεων που δέχεται ένα σύστημα υγείας σε περιόδους επιδημιολογικών κρίσεων (λ.χ. COVID-19) και παρέχει ευκαιρίες ανάπτυξης μιας διασυνοριακής συνεργασίας (collaboration) μεταξύ παρόχων και ασφαλιστικών φορέων. Πρόσφατα, όπως θα δούμε παρακάτω, οι διασυνοριακές υπηρεσίες υγείας έλαβαν και μια ηλεκτρονική όψη (άρθρο 28 ν. 4931/2022), αν και πολλά κράτη μέλη (όπως η Γερμανία) διακατέχονται από φόβους παραβίασης των προσωπικών δεδομένων¹.

Το κλειδί, ωστόσο, για την ανάπτυξη της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης είναι η κοινωνική ασφάλιση, κατεξοχήν έκφραση της εθνικής αλληλεγγύης. Ο θεσμός αυτός είναι, κατ' αρχήν, προσανατολισμένος στην εθνική προσφορά υπηρεσιών υγείας (δημόσια και ιδιωτική). Η αναγνώριση της δυνατότητας προσφυγής σε υγειονομικές υπηρεσίες του εξωτερικού – ιδιαίτερα όταν αυτές είναι ακριβές – θέτει σε σοβαρό κίνδυνο τη βιωσιμότητα του συστήματος. Πρόσθετα, η κοινωνική ασφάλιση είναι ο κύριος «πελάτης» των εθνικών δημόσιων δομών υγείας. Είναι εκείνη που συμμετέχει εμμέσως στη χρηματοδότησή τους, μέσω των ασφαλιστικών εισφορών. Αν οι ασθενείς-ασφαλισμένοι αναζητούσαν υπηρεσίες υγείας στο εξωτερικό, αυτή η φυγή τους θα «στοίχιζε» στο ίδιο το δημόσιο υγειονομικό σύστημα που ενώ θα είχε λειτουργικές δαπάνες, ανεξάρτητα αριθμού ασθενών, δεν θα είχε έσοδα από τα Ταμεία. Έτσι, η «έξοδος» θα κατέληγε με τον καιρό σε ατροφία του συστήματος και παραπέρα στην εξάρτηση (υπανάπτυξη) της χώρας από την προσφορά υπηρεσιών υγείας άλλων χωρών.

Επομένως, το ζήτημα δεν είναι να αναγνωρίσουμε, κατά τρόπο απόλυτο, την ελευθερία του ασθενή να απευθυνθεί αλλού, αλλά να βρούμε ένα σημείο ισορροπίας ανάμεσα στη δυνατότητα μετακίνησης για θεραπευτικούς λόγους και διαφύλαξης των εθνικών συστημάτων. Δηλαδή, να μην «πεθάνει» ούτε ο ασθενής ούτε το σύστημα. Η αλήθεια είναι ότι η ισορροπία επιτυγχάνεται περισσότερο με τη συνεργασία και με κανόνες ήπιου δικαίου (soft law με προσφυγή στην open method of coordination), παρά με κανονιστικούς (αυστηρούς και γενικούς) όρους. Η διασυνοριακή περίθαλψη θα πρέπει να γίνεται με όρους αμοιβαίου συμφέροντος κι όχι κατά τρόπο αναγκαστικό ο οποίος θα προκαλούσε ενδεχομένως εθνική αναδίπλωση. Μέχρι να δημιουργηθεί ένας πραγματικά ευρωπαϊκός χώρος υγείας, η πλήρης απελευθέρωση θα μπορούσε να λειτουργήσει σε βάρος των εθνικών συστημάτων υγείας, καθώς και σε βάρος των ασθενών που δεν θα μπορούσαν να μετακινηθούν.

II. Η οργάνωση των εθνικών συστημάτων υγείας ανήκει στην αρμοδιότητα των κρατών μελών

Η οργάνωση των συστημάτων υγείας ανήκει, κατ' αρχήν, στην αρμοδιότητα των εθνικών νομοθετών, αποτελώντας θεμελιακή επιλογή του κάθε κράτους μέλους της Ε.Ε. Πράγματι, το ΔΕΕ εκκινεί τους δικανικούς του συλλογισμούς, επ' ευκαιρία της διασυνοριακής περίθαλψης,

¹. Βλ. το άρθρο 28 παρ. 3 του ν. 4931/22: «Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, τα οποία τυγχάνουν επεξεργασίας στο πλαίσιο του παρόντος, περιορίζονται στα απολύτως απαραίτητα, προκειμένου να υλοποιηθεί ο σκοπός της παροχής διασυνοριακών υπηρεσιών υγείας των παρ. 1 και 2, ιδίως δε των παρ. α) έως δ) της παρ. 2».

υπενθυμίζοντας ότι το ενωσιακό δίκαιο δεν θίγει την εξουσία των κρατών μελών να ρυθμίζουν κατά το δοκούν τα συστήματα ασφάλισης ασθένειας². Εν απουσία εναρμόνισης³, κάθε σύστημα υγείας αποτελεί εθνική επιλογή κατανομής των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων της χώρας και διαμόρφωσης της φυσιογνωμίας του (κατ' αρχήν, επιλογή της κάθε κοινωνίας χωριστά). Η Συνθήκη της Λισαβόνας (ΣΛΕΕ) επιβεβαίωσε τον σεβασμό της αυτονομίας των κρατών μελών ως προς τον καθορισμό των υγειονομικών πολιτικών τους. Μάλιστα, στο άρθρο 168 παρ. 7 ΣΛΕΕ αναφέρεται ότι «... Στις ευθύνες των κρατών μελών εμπίπτει η διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης, καθώς και η κατανομή των πόρων που διατίθενται για τις υπηρεσίες αυτές...». Η αναφορά αυτή δεν είναι αδιάφορη ή αθώα. Αντανακλά το εθνικό δημόσιο συμφέρον ως λόγο περιορισμού της μετακίνησης των ασθενών στο εξωτερικό⁴. Πάντως, δεν θα πρέπει να παραβλέπουμε ότι η ενωσιακή αρμοδιότητα έχει μια διττή όψη, αφού, πέραν από την κοινωνική διάσταση, αφορά και την καλή λειτουργία της εσωτερικής αγοράς και τον ευρωπαϊκό ανταγωνισμό (οικονομική διάσταση).

Ωστόσο, η εδαφικότητα του εθνικού συστήματος έρχεται συχνά σε σύγκρουση με την επιθυμία των ασθενών να αξιοποιήσουν όλες τις ευκαιρίες που τους προσφέρει η ευρωπαϊκή αγορά υπηρεσιών υγείας. Ο ιατρικός – και βιοϊατρικός (ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή) – τουρισμός αποτελεί έναν δυναμικό τομέα δραστηριότητας, λόγω της αναζήτησης από τους Ευρωπαίους πολίτες υπηρεσιών καλύτερης ποιότητας⁵ ή πιο προσιτής τιμής⁶. Όπως αναφέραμε, η επιλογή ιατρού και νοσηλευτικού ιδρύματος αποτελεί δικαίωμα του ασθενούς και συνέχεται με την ίδια την υγεία. Ο Ευρωπαϊκός Πυλώνας Κοινωνικών Δικαιωμάτων στην αρχή 16 (Υγειονομική περίθαλψη) προβλέπει, χωρίς να προβαίνει σε καμιά διάκριση, ότι «Ο καθένας έχει το δικαίωμα έγκαιρης πρόσβασης σε προσιτή, προληπτική και θεραπευτική υγειονομική περίθαλψη καλής ποιότητας». Δεν προβαίνει σε καμιά περαιτέρω διάκριση, ανάμεσα στο ιδιωτικό και δημόσιο ή εντός ή εκτός του κράτους μέλους.

Το ζήτημα είναι πόσο αλώβητη θα παραμείνει η αρμοδιότητα των κρατών μελών να παρέχουν υπηρεσίες υγείας αποκλειστικά εντός των συνόρων τους. Για λόγους που απορρέουν από την ίδια τη θεμελιακή υπόσταση της Ε.Ε. (ελευθερία κυκλοφορίας εργαζομένων και πολιτών, καθώς κι άλλες θεμελιώδεις ελευθερίες) επήλθε από πολύ νωρίς κάμψη της αρχής της εδαφικότητας των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης. Η απελευθέρωση αυτή της μετακίνησης των ασθενών δεν κατέληξε τόσο στην πλήρη κυκλοφορία των ασθενών όσο σ' ένα ελεγχόμενο άνοιγμα της «στρόφιγγας» της ροής τους από χώρα σε χώρα της Ε.Ε.

Αποφεύγοντας τις ριζικές αλλαγές, ο νέος Κανονισμός ΕΚ 883/2004, εκσυγχρονίζοντας τον προηγούμενο Κανονισμό 1408/71, έχει προσαρμόσει τον συντονισμό των συστημάτων στη δημιουργική νομολογία του ΔΕΕ⁷. Έχει οργανώσει την πρόσβαση στις παροχές ασθένειας, μητρότητας και τις ισοδύναμες παροχές πατρότητας, σε περίπτωση κατοικίας ή διαμονής σε κράτος μέλος άλλο από το αρμόδιο, πάνω σε μια βάση εύθραυστων ισορροπιών, έτσι ώστε να προστατεύονται και οι ασθενείς και τα εθνικά συστήματα.

Πρώτον, θα πρέπει να γίνει διάκριση ανάμεσα στις παροχές σε είδος και τις παροχές σε

². Βλ. ΔΕΚ C-238/82, *Duphar*, 07.02.1984, ECLI:EU:C:1984:45, ΔΕΚ C-158/96, *Kohll/Union des caisses de maladie*, 28.04.1998, ECLI:EU:C:1998:171.

³. Βλ. ΔΕΚ C-157/99, *Smits και Peerbooms*, 12.07.2001, ECLI:EU:C:2001:404, σκ. 45, ΔΕΚ C-349/87, *Paraschi/Landesversicherungsanstalt Württemberg*, 04.10.1991, ECLI:EU:C:1991:372.

⁴. Βλ. N. DE GROVE-VALDEYRON, *Répertoire Dalloz de droit européen*, 33.

⁵. Συχνά, οι ασθενείς δεν εμπιστεύονται την ασφάλεια της ιατρικής περίθαλψης που παρέχεται από το αρμόδιο κράτος, όπως στην υπόθεση C-268/13, *Elena Petru*, 09.10.2014, ECLI:EU:C:2014:2271.

⁶. Βλ. E. BROSSET, *Tourisme médical et sécurité des soins devant le juge de l'Union*, RDSS, 2015, σ. 15, P. MAVRIDIS, *Libre circulation des patients : la protection des personnes et des systèmes de sécurité sociale*, *Revue de Droit du Travail*, 2015, σ. 377. Βλ. ακόμη S. HENNION / O. KAUFMANN, *Citoyenneté européenne et libre circulation des patients*, Berlin, 2014, P. NIHOUL / A.-C. SIMON (dir.), *L'Europe et les soins de santé*, 2005.

⁷. Βλ. εκτενώς Α. ΤΣΕΤΟΥΡΑ, *Η ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων στο Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο*, 2019, σ. 145 επ.

χρήμα. Οι δεύτερες χορηγούνται από τον αρμόδιο φορέα, σύμφωνα με τη νομοθεσία που αυτός εφαρμόζει (άρθρο 21 παρ. 1). Με συμφωνία μεταξύ του αρμόδιου φορέα και του φορέα του τόπου κατοικίας ή διαμονής, οι παροχές αυτές μπορούν να καταβάλλονται από το φορέα του τόπου κατοικίας ή διαμονής σε βάρος του αρμόδιου φορέα, σύμφωνα με τη νομοθεσία του τελευταίου (εξαγωγιμότητα)⁸.

Δεύτερον, για τη χορήγηση των παροχών σε είδος (υγειονομική περίθαλψη) σε άλλο κράτος μέλος από το αρμόδιο προβλέπονται οι εξής δύο εναλλακτικές περιπτώσεις:

α) χορήγηση παροχών σε είδος που καθίστανται ιατρικά αναγκαίες κατά τη διάρκεια της διαμονής/κατοικίας σε άλλο κράτος μέλος της Ε.Ε. (άρθρο 19 παρ. 1) και

β) προγραμματισμένη μετάβαση σε άλλο κράτος μέλος με σκοπό τη λήψη παροχών σε είδος, κατόπιν έγκρισης από τον αρμόδιο φορέα (άρθρο 20)⁹.

Οι μη ενεργοί Ευρωπαίοι πολίτες (inactifs), δηλαδή όσοι δεν είναι ασφαλισμένοι σε κάποιον φορέα κράτους μέλους, προκειμένου να αποκτήσουν δικαίωμα διαμονής σε άλλο κράτος μέλος, θα πρέπει να είναι εφοδιασμένοι με ασφάλιση ασθένειας – πέραν από τους επαρκείς πόρους. Η απαίτηση αυτή της Οδηγίας 2004/38/ΕΕ αποσκοπεί στην αποφυγή του λεγόμενου «κοινωνικού τουρισμού». Δηλαδή, γι' άλλες σκοπιμότητες (δημοσιονομικού κυρίως χαρακτήρα), δεν ικανοποιείται το αίτημα του Ευρωπαίου πολίτη για πρόσβαση τουλάχιστον σε μια αναγκαία περίθαλψη.

III. Υγειονομική περίθαλψη εκτός αρμόδιου κράτους λόγω άσκησης του δικαιώματος ελεύθερης κυκλοφορίας των προσώπων

Ως γνωστόν, οι εργαζόμενοι ασφαλιζονται κατά του κινδύνου της ασθένειας στο κράτος μέλος όπου απασχολούνται (lex loci laboris). Μόνο στην περίπτωση των αποσπασμένων εργαζομένων (μέχρι 24 μηνών), διατηρείται η ασφάλιση του κράτους μέλους αποστολής (άρθρο 12 παρ. 1 του Κανονισμού 883/2004)¹⁰. Έτσι, αρμόδιος φορέας, δηλαδή φορέας που επωμίζεται τις δαπάνες της θεραπείας, είναι ο φορέας στον οποίο ο ενδιαφερόμενος είναι ασφαλισμένος. Ενδέχεται, ωστόσο, ο ασφαλισμένος να κατοικεί ή να διαμένει προσωρινά σε άλλο κράτος μέλος της Ε.Ε. Σε αυτές τις περιπτώσεις – που στηρίζονται στην ελεύθερη κυκλοφορία των εργαζομένων/προσώπων – όπως θα δούμε, δημιουργείται μια διάσπαση ανάμεσα στον αρμόδιο φορέα – που επωμίζεται τις δαπάνες – και τον φορέα του τόπου κατοικίας ή προσωρινής διαμονής που παρέχει την υγειονομική περίθαλψη.

1. Κατοικία σε κράτος μέλος άλλο από το αρμόδιο – Προσωρινή διαμονή στο αρμόδιο κράτος μέλος όταν η κατοικία βρίσκεται σε άλλο κράτος μέλος

Σύμφωνα με το άρθρο 17 του Κανονισμού 883/2004, «Ο ασφαλισμένος ή τα μέλη της οικογένειάς του που κατοικούν σε κράτος μέλος άλλο από το αρμόδιο, λαμβάνουν στο κράτος μέλος κατοικίας τους παροχές σε είδος που χορηγούνται, για λογαριασμό του αρμοδίου φορέα, από το φορέα του τόπου κατοικίας, σύμφωνα με τις διατάξεις της νομοθεσίας που αυτός εφαρμόζει, ως εάν οι ενδιαφερόμενοι ήταν ασφαλισμένοι δυνάμει της νομοθεσίας αυτής».

Η προηγούμενη διάταξη αφορά συνήθως αποσπασμένους εργαζομένους, μεθοριακούς, καθώς και συνταξιούχους. Ας τονίσουμε ότι η έννοια της κατοικίας (residence) εκλαμβάνεται από τον Κανονισμό ως συνήθης διαμονή, ως σύννηθες κέντρο των συμφερόντων του ατόμου (άρθρο 1 του Κανονισμού 883/2004). Για τον λόγο αυτό, ένα πρόσωπο δεν μπορεί να έχει

⁸. Βλ. εκτενώς Α. ΤΣΕΤΟΥΡΑ, ό.π., σ. 206.

⁹. Δεν μπορεί να αποκλειστεί η εκ των υστέρων παροχή προέγκρισης, σε περίπτωση κατεπείγουσας υγειονομικής περίθαλψης (βλ. ΔΕΕ C-777/18, *Vas Megyei Kormányhivatal (Διασυνοριακές υγειονομικές υπηρεσίες)*, 23.09.2020, ECLI:EU:C:2020:745).

¹⁰. Βλ. Α. ΣΤΕΡΓΙΟΥ, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, 4η εκδ., 2022, σ. 481.

δύο τύπους κατοικίας¹¹. Διαφορετική είναι η έννοια της προσωρινής διαμονής (stay) που έχει έναν παροδικό χαρακτήρα.

Θα πρέπει να προσέξουμε ότι το «ποιες» παροχές σε είδος θα χορηγηθούν εξαρτάται από τη νομοθεσία του κράτους κατοικίας – ενδέχεται να χορηγηθούν και παροχές που δεν προβλέπονται από τη νομοθεσία του αρμόδιου φορέα, που ωστόσο προβλέπονται από τη νομοθεσία του τόπου κατοικίας. Το αρμόδιο κράτος θα επιστρέψει τις δαπάνες στο κράτος κατοικίας. Λ.χ. ένα πρόσωπο που κατοικεί στην Ισπανία και είναι ασφαλισμένο στην Ολλανδία, έχει πρόσβαση στην ισπανική υγειονομική περίθαλψη, σύμφωνα με τις προβλέψεις της ισπανικής νομοθεσίας. Είναι απαραίτητο, ωστόσο, για να εφαρμοστεί το άρθρο 17, ο ασφαλισμένος και τα μέλη της οικογένειάς του να εγγραφούν στα μητρώα του κράτους μέλους κατοικίας τους (έγγραφο S1). Πάντως, τέθηκε ενώπιον του ΔΕΕ το ζήτημα αν η αρμοδιότητα του κράτους κατοικίας παροχές σε είδος – όταν δεν προβλέπει κάποια παροχή – μπορεί να έρθει σε αντίθεση με το δικαίωμα ελεύθερης κυκλοφορίας (υπόθ. *Von Chamier- Glisczinski*)¹².

Ο Κανονισμός προβλέπει, στην περίπτωση κατοικίας σε άλλο κράτος μέλος, τη δυνατότητα πρόσβασης και στην υγειονομική περίθαλψη του αρμόδιου κράτους, κατά την προσωρινή διαμονή στο τελευταίο. Το άρθρο 18 δεν εξειδικεύει σε ποια κατηγορία εργαζομένων αναφέρεται, αλλά η διατύπωσή του είναι γενική. Δηλαδή, αναγνωρίζεται δικαίωμα επιλογής ανάμεσα στο αρμόδιο κράτος και το κράτος κατοικίας¹³. Ο προηγούμενος Κανονισμός το προέβλεπε μόνο για τους μεθοριακούς εργαζομένους.

Σύμφωνα με το άρθρο 18 του Κανονισμού, «1. Εκτός εάν άλλως προβλέπεται στην παρ. 2, ο ασφαλισμένος και τα μέλη της οικογένειάς του που αναφέρονται στο άρθρο 17, δικαιούνται επίσης παροχές σε είδος κατά τη διαμονή τους στο αρμόδιο κράτος μέλος. Οι παροχές σε είδος χορηγούνται από τον αρμόδιο φορέα και σε βάρος του, σύμφωνα με τις διατάξεις της νομοθεσίας που εφαρμόζει, ως εάν οι ενδιαφερόμενοι κατοικούσαν στο εν λόγω κράτος μέλος. 2. Τα μέλη της οικογένειας μεθοριακού εργαζομένου δικαιούνται παροχές σε είδος κατά τη διάρκεια της διαμονής τους στο αρμόδιο κράτος μέλος, εκτός εάν το εν λόγω κράτος μέλος αναφέρεται στο παράρτημα III¹⁴. Σε αυτή την περίπτωση, τα μέλη της οικογένειας μεθοριακού εργαζομένου δικαιούνται παροχές σε είδος στο αρμόδιο κράτος μέλος, σύμφωνα με τους όρους που ορίζει το άρθρο 19 παρ. 1¹⁵».

2. Προσωρινή διαμονή στο κράτος μέλος του αρμόδιου φορέα, όταν η κατοικία βρίσκεται σε άλλο κράτος μέλος

Σύμφωνα με το άρθρο 18 του Κανονισμού, ο ασφαλισμένος και τα μέλη της οικογένειάς του που αναφέρονται στο άρθρο 17, δικαιούνται επίσης παροχές σε είδος κατά την προσωρινή διαμονή τους στο αρμόδιο κράτος μέλος. Οι παροχές σε είδος χορηγούνται από τον αρμόδιο φορέα και σε βάρος του, σύμφωνα με τις διατάξεις της νομοθεσίας που εφαρμόζει, ως εάν οι ενδιαφερόμενοι κατοικούσαν στο εν λόγω κράτος μέλος. Η πρακτική αξία της διάταξης αυτής φαίνεται στην περίπτωση των μεθοριακών εργαζομένων, όταν επιστρέφουν στη χώρα τους. Ως γνωστόν, κατά τους ορισμούς του άρθρου 1 του Κανονισμού, «μεθοριακός εργαζόμενος»: το πρόσωπο που ασκεί μισθωτή ή μη μισθωτή δραστηριότητα σε ένα κράτος μέλος και κατοικεί σε άλλο κράτος μέλος, όπου επιστρέφει, κατά κανόνα, κάθε ημέρα ή τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα.

Τα μέλη της οικογένειας μεθοριακού εργαζομένου δικαιούνται παροχές σε είδος κατά τη διάρκεια της διαμονής τους στο αρμόδιο κράτος μέλος, εκτός εάν το εν λόγω κράτος μέλος

¹¹. Βλ. ΔΕΕ C-255/13, I, 05.06.2014, ECLI:EU:C:2014:1291.

¹². ΔΕΚ C-208/07, *Petra von Chamier-Glisczinski*, 16.07.2009, ECLI:EU:C:2009:455. Το ΔΕΕ έκρινε ότι το άρθρο 21 ΣΛΕΕ δεν εγγυάται σ' ένα ασφαλισμένο πρόσωπο ότι η μετακίνησή του σε άλλο κράτος μέλος θα είναι ουδέτερη από άποψη κοινωνικής ασφάλισης.

¹³. Βλ. F. PENNING, *European Social Security Law*, 6th ed., 2015, σ. 189.

¹⁴. Η Ελλάδα δεν αναφέρεται στο Παράρτημα III.

¹⁵. Αν οι παροχές σε είδος καθίστανται αναγκαίες κατά τη διάρκεια της διαμονής τους (άρθρο 19 παρ. 1).

αναφέρεται στο Παράρτημα III – στο Παράρτημα III αναφέρονται 11 κράτη μέλη, γεγονός που εξασθενεί τη σημασία του άρθρου 18 παρ. 2 του Κανονισμού. Σε αυτή την περίπτωση, τα μέλη της οικογένειας μεθοριακού εργαζομένου δικαιούνται παροχές σε είδος στο αρμόδιο κράτος μέλος, σύμφωνα με τους όρους που ορίζει το άρθρο 19 παρ. 1 του Κανονισμού.

3. Παροχή ιατρικά αναγκαίων υπηρεσιών κατά την προσωρινή διαμονή σε άλλο κράτος μέλος

Κατά το άρθρο 19 παρ. 1 του Κανονισμού 883/84, ο ασφαλισμένος και τα μέλη της οικογένειάς του που διαμένουν προσωρινά (temporary residence), κατά τη διάρκεια της διαμονής τους, για διάφορους λόγους, σε κράτος μέλος άλλο από το αρμόδιο, δικαιούνται τις παροχές σε είδος (περίθαλψη) που είναι ιατρικά αναγκαίες, αφού ληφθούν υπόψη η φύση των παροχών και η αναμενόμενη διάρκεια της διαμονής. Εδώ, ο Κανονισμός ακολούθησε τη νομολογία του ΔΕΕ που δεν περιοριζόταν μόνο στην περίπτωση επείγουσας περίθαλψης¹⁶.

Πράγματι, ο Κανονισμός 883/04 απαγκιστρώθηκε από τον όρο του επείγοντος της περίθαλψης (urgence) του προηγούμενου Κανονισμού 1408/71 (άρθρο 22 παρ. 1, στοιχείο α'). Έτσι, για να τύχει περίθαλψης ο μετακινούμενος ασφαλισμένος απαιτείται αυτή να είναι αναγκαία κι όχι επείγουσα. Το αναγκαίο δεν είναι και πάντα επείγον. Ποιες όμως παροχές σε είδος θεωρούνται «αναγκαίες για ιατρικούς λόγους» (necessary medical care), κατά το άρθρο 19 παρ. 1 του Κανονισμού; Η έννοια αυτή διευκρινίζεται περαιτέρω από το άρθρο 25 παρ. 3 του Κανονισμού εφαρμογής 987/09, σύμφωνα με το οποίο καλύπτονται οι υγειονομικές υπηρεσίες που καθίστανται για ιατρικούς λόγους αναγκαίες, ώστε να μην υποχρεωθεί ο ασφαλισμένος να επιστρέψει στο αρμόδιο κράτος μέλος, πριν από τη λήξη της προβλεπόμενης διαμονής του για να υποβληθεί εκεί στην απαιτούμενη θεραπεία. Επομένως, ο σκοπός των αναγκαίων υπηρεσιών (νοσοκομειακών και μη) συνίσταται στη συνέχιση της διαμονής υπό συνθήκες ιατρικώς ασφαλείς¹⁷.

Η αναγκαιότητα της περίθαλψης δεν αφορά μόνο παθήσεις που εκδηλώθηκαν κατά τρόπο αιφνίδιο κατά την προσωρινή διαμονή σε άλλο κράτος μέλος, αλλά εκτείνεται σε χρόνιες και προϋπάρχουσες ασθένειες που ήταν ήδη γνωστές στον ασφαλισμένο κατά την αναχώρησή του. Και σε αυτές τις περιπτώσεις δεν θα πρέπει ο ασφαλισμένος να υποχρεωθεί να επιστρέψει πριν από την προβλεπόμενη λήξη της διαμονής του, για να υποβληθεί στη χώρα του στην απαιτούμενη θεραπεία¹⁸. Η εγκυμοσύνη κι ο τοκετός περιλαμβάνονται στην «αναγκαία περίθαλψη», εφόσον δεν υποκρύπτουν μια σκόπιμη μετακίνηση.

Οι παροχές σε είδος χορηγούνται για λογαριασμό του αρμόδιου φορέα από τον φορέα του τόπου διαμονής, σύμφωνα με τις διατάξεις της νομοθεσίας που αυτός εφαρμόζει, ως εάν οι ενδιαφερόμενοι ήταν ασφαλισμένοι δυνάμει της νομοθεσίας αυτής. Το είδος και η έκταση της περίθαλψης εξαρτάται από τις διατάξεις της νομοθεσίας που διέπουν τον φορέα του τόπου διαμονής. Λ.χ. Δανός ασφαλισμένος που διαμένει προσωρινά στην Ελλάδα, θα λάβει την προβλεπόμενη για τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ περίθαλψη. Οι παροχές χορηγούνται για λογαριασμό του αρμόδιου φορέα που αποδίδει στον φορέα του τόπου διαμονής τις πραγματοποιηθείσες δαπάνες.

Κατά την παρ. 2 του άρθρου 19, η Διοικητική Επιτροπή καταρτίζει κατάλογο των παροχών σε είδος για τις οποίες, προκειμένου να χορηγηθούν κατά τη διάρκεια της διαμονής σε άλλο κράτος μέλος, απαιτείται για πρακτικούς λόγους προγενέστερη συμφωνία μεταξύ του ενδιαφερομένου και του φορέα που χορηγεί την περίθαλψη. Η διαδικασία αυτή αποβλέπει στη διασφάλιση της συνέχειας της θεραπείας του ασφαλισμένου κατά τη διαμονή του σε άλλο κράτος μέλος.

Προκειμένου να απαιτήσει αναγκαία ιατρική φροντίδα, ο διακινούμενος ασφαλισμένος θα πρέπει να προσκομίσει βεβαίωση του αρμόδιου φορέα ότι δικαιούται παροχών ασθένειας. Τον ρόλο αυτό εξυπηρετεί από 1η Ιουνίου 2004 η Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας

¹⁶. Βλ. ΔΕΚ C-326/00, *IKA*, 25.02.2003, ECLI:EU:C:2003:101.

¹⁷. Βλ. P. MAVRIDIS, ό.π.

¹⁸. Βλ. άρθρο 1 της Απόφασης S3 της 12ης Ιουνίου 2009 της Διοικητικής Επιτροπής.

(Κανονισμός 631/2004) (European Health Insurance Card). Η κάρτα πιστοποιεί το δικαίωμα του ενδιαφερομένου σε παροχές υγείας από το αρμόδιο κράτος μέλος. Απλουστεύοντας τις διοικητικές διαδικασίες, διευκολύνει την ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων στο εσωτερικό της Ε.Ε. Μέτρο υψηλής συμβολικής αξίας, αποτελεί απτή απόδειξη ότι η ευρωπαϊκή ενοποίηση έχει αλλάξει την καθημερινότητα των Ευρωπαίων πολιτών. Μελλοντικά η ευρωπαϊκή κάρτα θα ενσωματώνει ηλεκτρονικά πληροφορίες σχετικά με την υγεία του κατόχου της¹⁹. Η ευρωπαϊκή κάρτα δεν χρησιμεύει στη μετάβαση σε άλλο κράτος μέλος επί σκοπώ προγραμματισμένης θεραπείας. Όπως θα δούμε, στην τελευταία περίπτωση απαιτείται έγκριση με προσκομιδή ενός άλλου εγγράφου, του S2.

4. Διασυνοριακή περίθαλψη συνταξιούχων

Συχνά, οι συνταξιούχοι, αναζητώντας τη θαλπωρή ενός θερμότερου κλίματος, μεταναστεύουν στις ηλιόλουστες χώρες της Ένωσης. Στην περίπτωση αυτή, έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη του φορέα του τόπου κατοικίας, ως αν η σύνταξη καταβαλλόταν αποκλειστικά από το κράτος αυτό²⁰. Από πλευράς διαδικασίας, για να απολαύσουν τη δυνατότητα αυτής της πρόσβασης θα πρέπει να έχουν εγγραφεί στον αντίστοιχο φορέα χρησιμοποιώντας το έντυπο S1. Το έγγραφο αυτό εκδίδεται κατόπιν αιτήματος του ενδιαφερομένου από τον αρμόδιο φορέα.

Πρόσθετα, ο Κανονισμός 883/2004 αναγνώρισε στους συνταξιούχους ένα νέο δικαίωμα. Οι τελευταίοι μπορούν να επιστρέψουν για περίθαλψη – όπου περιλαμβάνεται και η προγραμματισμένη περίθαλψη – στο κράτος μέλος στο οποίο βρίσκεται ο αρμόδιος (συνταξιοδοτικός) φορέας, εφόσον όμως το εν λόγω κράτος μέλος έχει προβεί στη σχετική επιλογή και αναφέρεται στο Παράρτημα IV (το δικαίωμα δεν είναι ακόμη γενικευμένο) – η Ελλάδα συμπεριλαμβάνεται στο εν λόγω Παράρτημα (άρθρο 27 παρ. 2)²¹. Έτσι, το άρθρο 27 εξομοιώνει τους συνταξιούχους με τους ασφαλισμένους²². Ποιος αναλαμβάνει το κόστος αυτής της επιστροφής για ιατρικούς λόγους; Το άρθρο 27 παρ. 5 του Κανονισμού προβλέπει ότι η δαπάνη των παροχών σε είδος – περιλαμβάνει και την προγραμματισμένη περίθαλψη – βαρύνει τον φορέα του τόπου της κατοικίας του συνταξιούχου ή των μελών της οικογένειάς του, αν τα πρόσωπα αυτά κατοικούν σε κράτος μέλος το οποίο έχει επιλέξει την απόδοση των δαπανών βάσει κατ' αποκοπή ποσών. Λ.χ. ένας Ολλανδός συνταξιούχος που διαμένει στην Ισπανία, αν επιστρέψει στην Ολλανδία για περίθαλψη, το κόστος θα το αναλάβει η Ισπανία²³.

Εξάλλου, ο Κανονισμός προβλέπει ποιος φορέας επιβαρύνεται σε περίπτωση σώρευσης περισσότερων συντάξεων. Το ζήτημα έχει περισσότερες πτυχές ανάλογα αν το κράτος του τόπου κατοικίας είναι ανάμεσα στους αρμόδιους για τη σύνταξη φορείς. Ειδικότερα:

α) Το άρθρο 23 ορίζει ότι το πρόσωπο που λαμβάνει σύνταξη ή συντάξεις δυνάμει της νομοθεσίας δύο ή περισσότερων κρατών μελών, εκ των οποίων το ένα είναι το κράτος μέλος κατοικίας, και δικαιούται παροχές σε είδος δυνάμει της νομοθεσίας του εν λόγω κράτους μέλους, καθώς και τα μέλη της οικογένειάς του, λαμβάνουν αυτές τις παροχές σε είδος από τον φορέα του τόπου κατοικίας και σε βάρος του ως αν ο ενδιαφερόμενος ήταν συνταξιούχος του οποίου η σύνταξη καταβαλλόταν αποκλειστικά δυνάμει της νομοθεσίας του κράτους μέλους αυτού (κράτους κατοικίας).

β) Περαιτέρω, το άρθρο 24 ρυθμίζει την περίπτωση έλλειψης δικαιώματος για παροχές σε είδος δυνάμει της νομοθεσίας του κράτους μέλους κατοικίας. Το πρόσωπο που λαμβάνει σύνταξη ή συντάξεις δυνάμει της νομοθεσίας ενός ή περισσότερων κρατών μελών και το οποίο δεν δικαιούται παροχές σε είδος δυνάμει της νομοθεσίας του κράτους μέλους

¹⁹. Βλ. E. SABATAKAKIS, La carte européenne d'assurance-maladie, Revue du Marché commun et de l'Union européenne, No 549, σ. 368.

²⁰. Βλ. A. ΤΣΕΤΟΥΡΑ, ό.π., σ. 216 επ.

²¹. Βλ. J.-P. LHERNOULD, Les nouvelles règles de coordination pour les soins de santé, RDSS, 2010, σ. 29.

²². Βλ. A. ΤΣΕΤΟΥΡΑ, Η εφαρμογή του συντονιστικού κανονισμού στις συντάξεις, σ. 342 επ., F. MARHOLD, Modernisation of european coordination of sickness benefits, European Journal of Social Security, 2009, σ. 121.

²³. Παράδειγμα που παραθέτει ο J.-P. LHERNOULD, ό.π.

κατοικίας, λαμβάνει, παρά ταύτα, τις παροχές αυτές, για τον ίδιο και τα μέλη της οικογένειάς του, εφόσον θα τις δικαιούνταν δυνάμει της νομοθεσίας του κράτους μέλους ή ενός τουλάχιστον εκ των κρατών μελών που είναι αρμόδια για τις συντάξεις του, εάν κατοικούσε στο εν λόγω κράτος μέλος. Δηλαδή, για να λάβει ο συνταξιούχος υγειονομική περίθαλψη στο κράτος όπου κατοικεί, θα πρέπει να πληροί, αφενός, τις προϋποθέσεις της νομοθεσίας του αρμόδιου για τη σύνταξη κράτους, το οποίο και θα επιβαρυνθεί με το κόστος της, αφετέρου, τις προϋποθέσεις της νομοθεσίας του τόπου κατοικίας.

Σύμφωνα με το άρθρο 25, όταν το πρόσωπο που λαμβάνει σύνταξη ή συντάξεις δυνάμει της νομοθεσίας ενός ή περισσοτέρων κρατών μελών, κατοικεί σε κράτος μέλος, κατά τη νομοθεσία του οποίου το δικαίωμα λήψης παροχών σε είδος δεν υπόκειται σε προϋποθέσεις ασφάλισης ή μισθωτής ή μη μισθωτής δραστηριότητας, και δεν λαμβάνει σύνταξη από το εν λόγω κράτος μέλος, η δαπάνη των παροχών σε είδος που χορηγούνται στον ίδιο και στα μέλη της οικογένειάς του, επιβαρύνει τον φορέα ενός από τα κράτη μέλη που είναι αρμόδια για τις συντάξεις, ο οποίος προσδιορίζεται σύμφωνα με το άρθρο 24 παρ. 2 του Κανονισμού, εφόσον, ο συνταξιούχος και τα μέλη της οικογένειάς του θα δικαιούνταν τις παροχές αυτές αν κατοικούσαν στο εν λόγω κράτος μέλος. Η διάταξη αποβλέπει στην προστασία κρατών μελών των οποίων τα συστήματα στην κατοικία (residence-based system), αφού δεν επιβαρύνονται με τη δαπάνη²⁴.

Ο Κανονισμός 883/2004 εκδηλώνει ειδική μέριμνα για του αιτούντες σύνταξη²⁵. Κατά το άρθρο 22 του Κανονισμού, ο ασφαλισμένος ο οποίος, μετά την υποβολή αίτησης συνταξιοδότησης ή κατά τη διάρκεια της εξέτασής της, παύει να δικαιούται παροχές σε είδος δυνάμει της νομοθεσίας του κράτους μέλους που ήταν τελευταία αρμόδιο, εξακολουθεί να δικαιούται παροχές σε είδος δυνάμει της νομοθεσίας του κράτους μέλους στο οποίο κατοικεί, υπό τον όρο ότι ο αιτών σύνταξη πληροί τις ασφαλιστικές προϋποθέσεις της νομοθεσίας του κράτους μέλους που αναφέρεται στην παρ. 2. Το δικαίωμα παροχών σε είδος στο κράτος μέλος κατοικίας ισχύει και για τα μέλη της οικογένειάς του αιτούντος σύνταξη. Οι παροχές σε είδος βαρύνουν τον φορέα του κράτους μέλους, το οποίο, σε περίπτωση συνταξιοδότησης, καθίσταται αρμόδιο δυνάμει των άρθρων 23 έως 25.

Τέλος, ο Κανονισμός επιδεικνύει ιδιαίτερο ενδιαφέρον με την καθιέρωση ειδικών κανόνων για τους συνταξιούχους μεθοριακούς εργαζομένους. Κατά το άρθρο 28 παρ. 1, ο μεθοριακός εργαζόμενος που συνταξιοδοτείται, δικαιούται σε περίπτωση ασθένειας να εξακολουθήσει να λαμβάνει παροχές σε είδος στο κράτος μέλος όπου άσκησε τελευταία μισθωτή ή μη μισθωτή δραστηριότητα, εφόσον πρόκειται για τη συνέχιση της θεραπείας που άρχισε στο εν λόγω κράτος μέλος. Ως «συνέχιση της θεραπείας» νοείται η συνεχιζόμενη διερεύνηση, διάγνωση και θεραπεία μιας ασθένειας. Η λύση αυτή είναι η κατάλληλη, γιατί, για την κατηγορία αυτή, αρμόδιο γίνεται, μετά τη σύνταξη, το κράτος μέλος διαμονής. Βέβαια, για τους μεθοριακούς, υπάρχει και η δυνατότητα του άρθρου 27 παρ. 2 του Κανονισμού με τον περιορισμό που περιέχει (βλ. πιο πάνω).

IV. Ταξίδι με σκοπό τη λήψη παροχών σε είδος (προγραμματισμένη θεραπεία)

Ο ασθενής μπορεί να αναζητήσει μια αποτελεσματικότερη θεραπεία σε κράτος μέλος άλλο από εκείνο όπου ασφαλίζεται, μέσω δύο οδών: κατόπιν έγκρισης του αρμόδιου φορέα, με βάση το άρθρο 20 του Κανονισμού 883/2004 (1), ή εναλλακτικά χωρίς έγκριση του αρμόδιου φορέα με απευθείας μετάβαση, με βάση την Οδηγία 2011/24 για τα δικαιώματα των ασθενών στη διασυνοριακή περίθαλψη. Το σύστημα έχει μετατραπεί, με κίνδυνο πολυπλοκότητας, σε δυαδικό (παράλληλο), αφού η Οδηγία δεν επηρέασε την ισχύ του Κανονισμού.

Η σχέση της Οδηγίας 2011/24 με τον Κανονισμό 883/2004 ρυθμίζεται από το άρθρο 2 της Οδηγίας. Η τελευταία δεν επιφέρει καμία αλλαγή στις προβλέψεις του Κανονισμού, απλώς

²⁴. Βλ. Α. ΤΣΕΤΟΥΡΑ, ό.π., σσ. 232-233.

²⁵. Ibid, σ. 214.

προσφέρει στους Ευρωπαίους πολίτες πρόσθετες δυνατότητες (συμπληρωματικότητα)²⁶ – κατά το άρθρο 7 παρ. 1, η Οδηγία δεν επιφέρει «ζημία» στους κανόνες του Κανονισμού 883/2004 (εφαρμόζεται υπό την επιφύλαξη του Κανονισμού). Στο πλαίσιο αυτό, το άρθρο 8 παρ. 3 της Οδηγίας προβλέπει ότι, όσον αφορά τις αιτήσεις για προηγούμενη έγκριση που υποβάλλει ασφαλισμένος για να του παρασχεθεί διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, το κράτος μέλος ασφάλισης ελέγχει αν πληρούνται οι προϋποθέσεις του Κανονισμού 883/2004. Αν πληρούνται οι προϋποθέσεις αυτές, χορηγείται προηγούμενη έγκριση σύμφωνα με τον εν λόγω Κανονισμό, εκτός αν ο ασθενής εγείρει διαφορετική αξίωση. Κι αυτό γιατί οι προβλέψεις του Κανονισμού είναι γενικά ευνοϊκότερες για τον ασθενή²⁷.

Ο Κανονισμός 883/2004, όπως και οι προηγούμενες εκδοχές του (1408/71), επιτρέπει μέσω της χορήγησης έγκρισης μια ελεγχόμενη κινητικότητα των ασθενών. Ωστόσο, το σύστημα προέγκρισης αμφισβητήθηκε από τη νομολογία του ΔΕΕ που προσέφυγε, για τον λόγο αυτό, στις διατάξεις της ίδιας της Συνθήκης. Η ενωσιακή νομοθεσία και η νομολογία του ΔΕΕ βρίσκονται σε τροχιά συνεχούς αναζήτησης της κατάλληλης ισορροπίας. Η μετέπειτα Οδηγία, «κωδικοποιώντας»²⁸ τη σχετική νομολογία (για την ακρίβεια, ορισμένες πτυχές της), απελευθέρωσε την ευρωπαϊκή αγορά υπηρεσιών υγείας. Η απελευθέρωση δεν ήταν κι αυτή πλήρης, γιατί δεν παρακάμφθηκε η ανάγκη διαφύλαξης της βιωσιμότητας των εθνικών συστημάτων. Από την άλλη πλευρά, τη στιγμή που η επιστροφή των ιατρικών δαπανών, κατά τη μετάβαση χωρίς προέγκριση του αρμόδιου φορέα, δεν καλύπτει το πραγματικό κόστος του ταξιδιού, ορθώνονται πραγματικά εμπόδια στον ιατρικό τουρισμό.

1. Η επιλογή του Κανονισμού: μετάβαση με έγκριση από τον αρμόδιο φορέα

Ο ασφαλισμένος που μεταβαίνει σε άλλο κράτος μέλος προκειμένου να του χορηγηθούν παροχές σε είδος πρέπει υποχρεωτικά – εφόσον ακολουθήσει την οδό του Κανονισμού – να ζητήσει την έγκριση του αρμόδιου φορέα ο οποίος – φυσικά, εφόσον αποδεχθεί τη σχετική αίτηση – τον εφοδιάζει με το έντυπο S2, ένα είδος «ιατρικού διαβατηρίου». Με αυτό τον τρόπο, το κράτος του αρμόδιου φορέα προσπαθεί να ελέγξει τον ιατρικό τουρισμό και να αποτρέψει τη διακινδύνευση της βιωσιμότητας των εθνικών συστημάτων υγείας και κοινωνικής ασφάλισης. Η εφαρμογή του άρθρου 20 παρ. 1 του Κανονισμού 883/2004 προϋποθέτει την αποκλειστική απόφαση του ασφαλισμένου να λάβει υγειονομική περίθαλψη σε άλλο κράτος μέλος της επιλογής του (επιλογή δημόσιου ή ιδιωτικού παρόχου).

A. Σε ποιες περιπτώσεις χορηγείται έγκριση

Ο Κανονισμός, ενώ αναγνωρίζει στα κράτη μέλη την εξουσία ελέγχου της ροής του ιατρικού τουρισμού, συγχρόνως προσπαθεί να δημιουργήσει ένα αυστηρό πλαίσιο, έτσι ώστε η διακριτική ευχέρεια να μην αποβαίνει σε βάρος των ασθενών. Όπως αναφέραμε, η μετακίνηση των ασθενών δεν γίνεται από «καπρίτσιο», αλλά για θεραπευτικούς λόγους. Σύμφωνα με το άρθρο 20 παρ. 2, η χορήγηση έγκρισης εξαρτάται από την πλήρωση δύο προϋποθέσεων:

α) η εν λόγω θεραπεία περιλαμβάνεται στις παροχές που προβλέπονται από τη νομοθεσία του κράτους μέλους στο οποίο κατοικεί ο ενδιαφερόμενος. Ωστόσο, η ρητή αντιστοιχία της αναζητούμενης αλλού θεραπείας με τις καλυπτόμενες από την εθνική νομοθεσία θεραπείες δεν πρέπει να ερμηνεύεται κατά τρόπο που να αποβαίνει σε βάρος του ασθενούς. Έτσι, αν, στην περίπτωση που οι προβλεπόμενες από την εθνική νομοθεσία παροχές περιλαμβάνονται σε κατάλογο που δεν αναφέρει ρητά τη συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδο που πρόκειται να εφαρμοστεί ή έχει εφαρμοστεί, αλλά προβλέπει ορισμένους τύπους θεραπευτικής αγωγής των οποίων τις δαπάνες καλύπτει ο αρμόδιος φορέας, η χορήγηση έγκρισης είναι υποχρεωτική, όταν αποδεικνύεται ότι η θεραπευτική αυτή μέθοδος αντιστοιχεί σε ορισμένους τύπους αγωγής που περιλαμβάνονται στον ισχύοντα κατάλογο. Αυτό ισχύει εφόσον δεν μπορεί να

²⁶. Βλ. Ν. ΣΚΛΗΚΑ / Θ. ΤΣΟΤΣΟΡΟΥ, Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη εντός της ΕΕ. Οι ασθενείς μεταξύ Κανονισμού 883/2004 και Οδηγίας 2011/24/ΕΕ, ΕΔΚΑ, 2012, σ. 643.

²⁷. Βλ. Ν. DE GROVE-VALDEYRON, ό.π., σ. 312.

²⁸. Βλ. ΔΕΕ C-777/18, ό.π., σκ. 65.

παρασχεθεί έγκαιρα εντός του κράτους μέλους κατοικίας του ασφαλισμένου άλλη, εξίσου αποτελεσματική, θεραπευτική αγωγή²⁹. Η προηγούμενη ερμηνεία αποβλέπει στον έλεγχο της άρνησης, όταν η πρόβλεψη της θεραπείας δεν είναι ρητή, αλλά έμμεση³⁰.

β) μια τέτοια θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του ασφαλισμένου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειάς του³¹. Δηλαδή, η έγκριση δίδεται, όταν η συγκεκριμένη περίθαλψη ή άλλη περίθαλψη που παρουσιάζει τον ίδιο βαθμό αποτελεσματικότητας δεν είναι διαθέσιμη στο κράτος μέλος του αρμόδιου φορέα εντός αποδεκτού από ιατρικής άποψης χρόνου. Η «οικεία θεραπευτική αγωγή είναι επαρκώς δοκιμασμένη και αναγνωρισμένη ως έγκυρη από τη διεθνή ιατρική επιστήμη»³². Εξάλλου, σύμφωνα με τη νομολογία, τη στιγμή της εκτίμησης, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κι η ένταση του πόνου ή η φύση της αναπηρίας που ενδέχεται να εμποδίζουν τη γρήγορη επαγγελματική επανένταξη του ατόμου³³.

Ως προς την έννοια της έγκαιρης θεραπείας, αυτή κρίνεται, κατά τρόπο αποφασιστικό, μόνο από καθαρά ιατρική άποψη (κατά τη σχετική διατύπωση του Κανονισμού: «*déjà acceptable sur le plan médical*»). Άλλες διοικητικού χαρακτήρα διατυπώσεις, όπως λίστες αναμονής, προγραμματισμός, δεν μπορούν από μόνες τους να δικαιολογήσουν την άρνηση χορήγησης προέγκρισης³⁴. Πάντως, το ΔΕΕ δεν καταδίκασε τις λίστες αναμονής που υπάρχουν σε πολλά κράτη μέλη (υποθ. *Watts*). Από τη στιγμή που συντρέξουν οι ανωτέρω δύο προϋποθέσεις, η χορήγηση της έγκρισης από τον αρμόδιο φορέα είναι υποχρεωτική³⁵. Ο τελευταίος δεν μπορεί να αρνηθεί τη χορήγηση έγκρισης για όμοια ή με τον ίδιο βαθμό αποτελεσματικότητας θεραπεία που δεν μπορεί να παρασχεθεί έγκαιρα στη χώρα διαμονής.

Εξαιρετικά γίνεται δεκτή η εκ των υστέρων προέγκριση. Ειδικότερα, ο ασφαλισμένος που έτυχε προγραμματισμένης περίθαλψης σε κράτος μέλος διαφορετικό από εκείνο της κατοικίας του, χωρίς ωστόσο να έχει ζητήσει έγκριση από τον αρμόδιο φορέα, σύμφωνα με το άρθρο 20 παρ. 1 του Κανονισμού 883/2004, δικαιούται, υπό τις προϋποθέσεις που προβλέπει ο εν λόγω Κανονισμός, την επιστροφή των εξόδων της περίθαλψης αυτής, αν³⁶: α) μεταξύ της ημερομηνίας κατά την οποία είχε ορισθεί η επίσκεψη στον ιατρό, για εξέταση και ενδεχομένως θεραπευτική αγωγή σε άλλο κράτος μέλος, και της ημερομηνίας κατά την οποία του παρασχεθήκε η σχετική περίθαλψη εντός του κράτους μέλους αυτού, όπου χρειάστηκε να μεταβεί, ο ασφαλισμένος ήταν, για λόγους συνδεομένους μεταξύ άλλων με την κατάσταση της υγείας του ή με την ανάγκη να τύχει εκεί επειγόντως της περιθάλψεως, σε κατάσταση που τον εμπόδιζε να ζητήσει από τον αρμόδιο φορέα την έγκριση ή να αναμείνει την απόφαση του φορέα επί μιας τέτοιας αιτήσεως, και β) πληρούνται κατά τα λοιπά οι λοιπές προϋποθέσεις για την κάλυψη των δαπανών για παροχές σε είδος, βάσει του άρθρου 20 παρ. 2 του Κανονισμού.

Ο Έλληνας νομοθέτης, με βάση τον Κανονισμό για τον συντονισμό και την Οδηγία, προβλέπει στο άρθρο 32 παρ. 1 ΕΚΠΥ ΕΟΠΥΥ (ΥΑ 80157/2018, όπως τροποποιήθηκε μεταγενέστερα) την προγραμματισμένη ή έκτακτη περίθαλψη. Κατά τους όρους της διάταξης

²⁹. Το άρθρο αυτό απαγορεύει στα εθνικά όργανα που αποφασίζουν επί των αιτήσεων προέγκρισης να βασίζονται, κατά την εφαρμογή της διάταξης αυτής, στο τεκμήριο ότι η νοσοκομειακή περίθαλψη που δεν μπορεί να παρασχεθεί εντός του κράτους μέλους κατοικίας του ασφαλισμένου δεν περιλαμβάνεται μεταξύ των παροχών για τις οποίες η νομοθεσία του κράτους αυτού προβλέπει την κάλυψη των δαπανών ή ότι, αντίστροφα, η νοσοκομειακή περίθαλψη που περιλαμβάνεται μεταξύ των παροχών αυτών μπορεί να παρασχεθεί εντός του κράτους μέλους αυτού.

³⁰. Βλ. ΔΕΚ C-368/98, *Vanbraekel κ.λπ.*, 12.07.2021, ECLI:EU:C:2001:400.

³¹. Βλ. ΔΕΚ C-56/01, *Inizan*, 23.10.2003, ECLI:EU:C:2003:578.

³². Βλ. ΔΕΚ C-157/99, ό.π., σκ. 94.

³³. Βλ. ΔΕΚ C-385/99, *Müller-Fauré και van Riet*, 13.05.2003, ECLI:EU:C:2003:270.

³⁴. Βλ. J.-P. LHERNOULD, ό.π., Α. ΤΣΕΤΟΥΡΑ, ό.π., σ. 192 επ.

³⁵. Βλ. ΔΕΕ C-777/18, ό.π., σκ. 42, ΔΕΕ C-173/09, *Elchinov*, 05.10.2010, ECLI:EU:C:2010:581.

³⁶. Βλ. ΔΕΕ C-777/18, ό.π.

αυτής, η νοσηλεία σε κράτη μέλη και λοιπές χώρες εγκρίνεται αρμοδίως, μετά από απόφαση του Δ.Σ. ή του Προέδρου του ΕΟΠΥΥ και σε περίπτωση απουσίας ή κωλύματος από τον νόμιμο αναπληρωτή του, ύστερα από αιτιολογημένη γνωμάτευση του αρμόδιου υγειονομικού οργάνου, όταν ο ασφαλισμένος:

α) Πάσχει από σοβαρό νόσημα, το οποίο δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στην Ελλάδα είτε γιατί δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα είτε γιατί δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και θεραπείας που απαιτείται, και με την προϋπόθεση ότι όλα τα παραπάνω είναι δυνατά στο εξωτερικό και δεν αποτελούν πειραματική ή ερευνητική μέθοδο. Σε ειδικές περιπτώσεις και όπου έχουν εξαντληθεί τα θεραπευτικά μέσα για τη νόσο του, ασθενής, με τεκμηριωμένη ιατρική γνωμάτευση από δημόσιο νοσοκομείο, δύναται να αιτείται τα έξοδα μετάβασης και επιστροφής του ιδίου και ενός συνοδού του, σε χώρα της Ε.Ε. ή και εκτός Ε.Ε., για συμμετοχή του σε ερευνητικά πρωτόκολλα, με την προϋπόθεση ότι η δαπάνη νοσηλείας, φαρμακευτικής θεραπείας και διαμονής τους όπου απαιτείται, βαρύνουν την εταιρεία και το ιατρικό κέντρο όπου διενεργείται η μελέτη. Το Α.Υ.Σ. θα γνωμοδοτεί γι' αυτές τις περιπτώσεις.

β) Πάσχει από σοβαρό νόσημα, το οποίο δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί στην Ελλάδα εγκαίρως και μέσα στον ιατρικώς αναγκαίο χρόνο και η τυχόν καθυστέρηση της αντιμετώπισης του θέτει σε κίνδυνο την κατάσταση της υγείας του ασθενούς.

γ) Αναχωρήσει επειγόντως για το εξωτερικό, χωρίς την προβλεπόμενη διαδικασία προέγκρισης του Οργανισμού, γιατί υπάρχει ανάγκη άμεσης και επείγουσας αντιμετώπισης της πάθησής του.

δ) Βρίσκεται προσωρινά για οποιαδήποτε αιτία σε χώρα εντός ή εκτός Ε.Ε. και λόγω βίαιου, αιφνίδιου και αναπότρεπτου συμβάντος ασθενήσει ξαφνικά και νοσηλευτεί σε Νοσοκομείο.

ε) Χρήζει μεταμόσχευσης ιστών ή οργάνων (συμπαγών ή ρευστών), η οποία δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα ή στον κρίσιμο για την περίπτωση του ασθενούς χρόνο. Για τις περιπτώσεις (α), (β) και (ε) απαιτείται προηγούμενη έγκριση, ενώ στις περιπτώσεις (γ) και (δ) είναι δυνατή η εκ των υστέρων έγκριση της νοσηλείας.

Μάλιστα, ο Έλληνας νομοθέτης, για να εγκρίνει περίθαλψη εκτός κράτους μέλους Ε.Ε. (λ.χ. στις Η.Π.Α.), εξομοιώνει τις δυνατότητες της Ελλάδας με τις δυνατότητες των άλλων κρατών μελών. Συγκεκριμένα, η προγραμματισμένη νοσηλεία σε χώρα εκτός Ε.Ε. εγκρίνεται μόνο στην περίπτωση που το περιστατικό δεν αντιμετωπίζεται σε χώρα της Ε.Ε. (άρθρο 32 ΕΚΠΥ)³⁷. Δηλαδή, προέχει η ευρωπαϊκή αγορά υπηρεσιών υγείας. Η επιλογή αυτή αποδίδεται μάλλον σε οικονομικούς λόγους, καθώς και στο γεγονός ότι η «Ευρώπη της υγείας» μοιράζεται, κατά βάθος, κοινές πρωτοβουλίες και νόρμες στον τομέα της δημόσιας υγείας.

Στο πλαίσιο καλοπροαίρετης συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών, το ΔΕΕ αποδέχθηκε ένα είδος προέκτασης του εθνικού συστήματος προέγκρισης. Ειδικότερα, το κράτος μέλος στο οποίο μετέβη ο ασθενής, μπορεί να εγκρίνει την περαιτέρω μεταφορά του σε τρίτο κράτος, λόγω της κατάστασής του (υπόθ. 145/03, *Keller*)³⁸. Ειδικότερα, ο αρμόδιος φορέας που συναίνεσε, με τη χορήγηση του εντύπου E 111 ή του εντύπου E 112, στο να παρασχεθεί σε ασφαλισμένο του ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε κράτος διαφορετικό από το αρμόδιο κράτος μέλος δεσμεύεται από τις ιατρικές διαπιστώσεις, σχετικά με την αναγκαιότητα επείγουσας περίθαλψης λόγω κινδύνου ζωής που παρέχεται κατά το χρονικό διάστημα ισχύος

³⁷. Εάν το περιστατικό αντιμετωπίζεται μεν σε χώρα της Ε.Ε. αλλά ο ασφαλισμένος επιθυμεί να νοσηλευθεί σε άλλη ευρωπαϊκή ή μη χώρα, τότε ο Οργανισμός καλύπτει μόνο το 20% του συνόλου των δαπανών νοσηλείας, μετάβασης / επιστροφής και διαμονής – διατροφής ασθενούς ή και συνοδού, κατόπιν νομίμως υποβληθέντων παραστατικών.

³⁸. Γερμανίδα που κατοικούσε στην Ισπανία και ήταν ασφαλισμένη σε ισπανικό ασφαλιστικό φορέα, κατά την προσωρινή της διαμονή στην πατρίδα της τη Γερμανία (E112), χρειάστηκε να νοσηλευτεί σε γερμανικό νοσοκομείο. Οι γερμανοί ιατροί του εκεί νοσοκομείου έκριναν ότι η επέμβαση που θα έπρεπε να υποβληθεί, θα μπορούσε να γίνει μόνο στην Ελβετία.

του εντύπου, από ιατρούς συμβεβλημένους με τον φορέα του κράτους μέλους διαμονής, καθώς και από την απόφαση που λαμβάνουν, κατά το ίδιο χρονικό διάστημα, οι ιατροί αυτοί, βάσει των εν λόγω διαπιστώσεων και των έως τότε γνώσεων της ιατρικής επιστήμης, να μεταφέρουν τον ενδιαφερόμενο σε νοσηλευτικό ίδρυμα ευρισκόμενο σε άλλο κράτος, ακόμη και αν βρίσκεται σε τρίτη χώρα. Η προηγούμενη απόφαση του ΔΕΕ στηρίχθηκε στην αμοιβαία εμπιστοσύνη³⁹ ανάμεσα στους φορείς των κρατών μελών και στην αρχή της χρηστής διοίκησης που καθιέρωσε ο Κανονισμός 883/2004 (άρθρο 76). Ο αρμόδιος φορέας εμπιστεύεται τον φορέα κράτους μέλους στο οποίο έχει μεταβεί ο ασφαλισμένος για ιατρικούς λόγους.

B. Διαδικασία προηγούμενης έγκρισης – Έκταση κάλυψης της δαπάνης

Η απαίτηση της προηγούμενης έγκρισης του αρμόδιου φορέα, ως προς τη νοσοκομειακή περίθαλψη και την περίθαλψη εκτός νοσοκομείου που απαιτεί τη χρησιμοποίηση βαρέως εξοπλισμού, μπορεί να δικαιολογείται, όπως θα δούμε αμέσως παρακάτω, από τη νομολογία του ΔΕΕ, δεν εγκαταλείπεται, ωστόσο, στην ελεύθερη εκτίμηση των κρατών μελών. Δηλαδή, η δυνατότητα χορήγησης έγκρισης δεν αναγνωρίζεται «εν λευκώ» στα κράτη μέλη. Παρατηρείται, λοιπόν, ένα πέρασμα από το ζήτημα της συμφωνίας γενικά του συστήματος χορήγησης προέγκρισης με τη Συνθηκή στον έλεγχο της άρνησης χορήγησής της από τον αρμόδιο φορέα. Η διακριτική ευχέρεια των αρμόδιων φορέων να απορρίπτουν ένα αίτημα προηγούμενης έγκρισης περιορίστηκε, ενώ ο έλεγχος μετατέθηκε κυρίως στο στάδιο της αιτιολόγησης της άρνησης χορήγησής της. Από την απόφαση *Smits-Peerbooms* και έκτοτε, το ΔΕΕ επεξεργάστηκε και συγκεκριμενοποίησε ακόμη περισσότερο τους όρους εγκυρότητας της άρνησης. Θα λέγαμε ότι όλο το σύστημα της προέγκρισης έχει τεθεί υπό τον έλεγχο του Δικαστηρίου με τη βοήθεια των σχετικών κανόνων της Συνθήκης. Με άλλα λόγια, οι εθνικές αρχές ελέγχουν την ελεύθερη διακίνηση των ασθενών κάτω από το άγρυπνο μάτι του ενωσιακού δικαστή.

Σύμφωνα με τη νομολογία, το σύστημα προηγούμενης έγκρισης που τα κράτη μέλη καλούνται να καθιερώσουν, πρέπει, μεταξύ άλλων, να στηρίζεται σε διαδικασία ευχερώς προσιτή και ικανή να διασφαλίζει στους ενδιαφερομένους ότι η αίτησή τους πρόκειται να εξεταστεί εντός εύλογης προθεσμίας, με αντικειμενικότητα και αμεροληψία, ενώ η τυχόν άρνηση εγκρίσεώς της πρέπει να μπορεί, επιπλέον, να αμφισβητηθεί μέσω ένδικης προσφυγής⁴⁰. Οι αρνήσεις χορηγήσεως εγκρίσεως, ή οι γνωματεύσεις επί των οποίων στηρίζονται ενδεχομένως οι αρνήσεις αυτές, πρέπει να αναφέρουν τις συγκεκριμένες διατάξεις βάσει των οποίων έχουν εκδοθεί και να είναι δεόντως αιτιολογημένες από πλευράς των διατάξεων αυτών. Ομοίως, τα δικαστήρια που επιλαμβάνονται προσφυγής κατά τέτοιων αρνητικών αποφάσεων πρέπει να είναι σε θέση, αν το θεωρούν αναγκαίο προς άσκηση του ελέγχου με τον οποίο είναι επιφορτισμένα, να ζητούν τη γνώμη ανεξάρτητων εμπειρογνομόνων παρεχόντων όλες τις εγγυήσεις αντικειμενικότητας και αμεροληψίας.

Ο ασφαλισμένος που λαμβάνει την έγκριση του αρμόδιου φορέα για να μεταβεί σε άλλο κράτος μέλος, προκειμένου να υποβληθεί στην κατάλληλη για την κατάστασή του θεραπεία, λαμβάνει παροχές σε είδος που χορηγεί, για λογαριασμό του αρμόδιου φορέα, ο φορέας του τόπου διαμονής, σύμφωνα με τις διατάξεις της νομοθεσίας που εφαρμόζει, ως εάν ήταν ασφαλισμένος δυνάμει της νομοθεσίας αυτής. Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής δεν έχει να πληρώσει τίποτα, αφού ο «λογαριασμός» αποστέλλεται στο αρμόδιο κράτος που αναλαμβάνει κι όλες τις δαπάνες.

Το Δικαστήριο έχει διευκρινίσει ότι τίποτε δεν εμποδίζει ένα κράτος μέλος να καθορίσει κατά βούληση τα ποσά επιστροφής των δαπανών περίθαλψης που μπορούν να ζητήσουν οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία σε άλλο κράτος μέλος, εφόσον τα ποσά αυτά

³⁹. Σύμφωνα με το άρθρο 4 παρ. 3 ΣΛΕΕ, «Σύμφωνα με την αρχή της καλόπιστης συνεργασίας, η Ένωση και τα κράτη μέλη εκπληρώνουν τα εκ των Συνθηκών καθήκοντα βάσει αμοιβαίου σεβασμού και αμοιβαίας συνεργασίας».

⁴⁰. Βλ. ΔΕΚ C-56/01, ό.π., σκ. 48, ΔΕΚ C-157/99, ό.π., σκ. 90, και *Müller-Fauré και van Riet*, ό.π., σκ. 85.

στηρίζονται σε αντικειμενικά και διαφανή κριτήρια τα οποία δεν εισάγουν διακρίσεις⁴¹. Όταν τα προβλεπόμενα ποσά (tariffs) από τον αρμόδιο φορέα ασφάλισης είναι υψηλότερα από εκείνα του κράτους μέλους όπου έχει παρασχεθεί η περίθαλψη, τότε επιστρέφονται, κατά το ΔΕΕ, τα υψηλότερα – στην περίπτωση που ο ασθενής κατέβαλε ήδη τις δαπάνες περίθαλψης – προκειμένου να αποτραπεί η προσβολή στην ελευθερία παροχής υπηρεσιών⁴².

Το άρθρο 26 παρ. 7 του Κανονισμού εφαρμογής μεταφέρει την προηγούμενη απόφαση *Vanbraekel* (συμπλήρωμα λόγω διαφοράς). Κατά τους όρους της διάταξης αυτής, «Εάν ο ασφαλισμένος κατέβαλε ο ίδιος το κόστος ή μέρος του κόστους εγκεκριμένης θεραπευτικής αγωγής και το κόστος το οποίο ο αρμόδιος φορέας είναι υποχρεωμένος να αποδώσει στο φορέα του τόπου διαμονής ή στον ασφαλισμένο σύμφωνα με την παράγραφο 6 (πραγματικό κόστος) είναι χαμηλότερο από το κόστος που θα έπρεπε να καταβάλει για την ίδια θεραπευτική αγωγή στο αρμόδιο κράτος μέλος (πλασματικό κόστος), ο αρμόδιος φορέας του αποδίδει, κατόπιν αίτησής του⁴³, το κόστος της θεραπευτικής αγωγής στο οποίο υποβλήθηκε ο ασφαλισμένος μέχρι του ύψους κατά το οποίο το πλασματικό κόστος υπερβαίνει το πραγματικό κόστος. Ωστόσο, το αποδιδόμενο ποσό δεν επιτρέπεται να υπερβαίνει το κόστος στο οποίο υποβλήθηκε πράγματι ο ασφαλισμένος, μπορεί δε να λαμβάνει υπόψη του το ποσόν το οποίο ο ασφαλισμένος θα κατέβαλλε εάν η θεραπεία είχε παρασχεθεί στο αρμόδιο κράτος μέλος».

Ο Κανονισμός 883/2004 δεν περιέχει ρυθμίσεις σχετικά με το ζήτημα των εξόδων μετάβασης και διαμονής⁴⁴. Ως ζήτημα που αφορά τον αρμόδιο φορέα (ασφάλισης) δεν αποτελεί αντικείμενο ρύθμισης του Κανονισμού. Λόγω της σιωπής του, εναπόκειται στον εθνικό νομοθέτη να καλύψει ή όχι τις παρεπόμενες δαπάνες⁴⁵. Φυσικά, δεν μπορεί να προβαίνει σε διακρίσεις ανάμεσα σε περίθαλψη στην ημεδαπή και την αλλοδαπή (βλ. και άρθρο 26 παρ. 8 του Κανονισμού 987/09)^{46,47}.

Ο Έλληνας νομοθέτης προβλέπει την κάλυψη εξόδων μετακίνησης στην περίπτωση μετάβασης στο εξωτερικό για ιατρικούς λόγους με έγκριση του φορέα. Κατά το άρθρο 35 ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ, δύνανται να αποζημιώνονται: α) Το αντίτιμο των εισιτηρίων μετάβασης και επιστροφής ασθενούς, τυχόν αναγκαίου συνοδού και προκειμένου για μεταμόσχευση και δότη, της οικονομικότερης θέσης του μεταφορικού μέσου που χρησιμοποιήθηκε, β) Το αντίτιμο δαπανών μετάβασης από το αεροδρόμιο στο Νοσοκομείο και αντιστρόφως, σε περίπτωση που αυτό εδρεύει σε διαφορετική πόλη, γ) Τα έξοδα διαμονής και διατροφής ασθενούς, τυχόν αναγκαίου συνοδού και προκειμένου για μεταμόσχευση και δότη μέχρι ποσού ύψους 50€ για διαμονή και 30€ για διατροφή ενός εκάστου ημερησίως, για όσο χρόνο ασθενής ή/και δότης βρίσκονται δικαιολογημένα εκτός Νοσοκομείου και για όλο το εγκριθέν διάστημα της παραμονής του συνοδού στο εξωτερικό με την προσκόμιση των σχετικών τιμολογίων που πιστοποιούν τη διαμονή.

2. Η επιλογή της Οδηγίας: μετάβαση χωρίς έγκριση από τον αρμόδιο φορέα

Η νομολογία του ΔΕΕ έπαιξε καταλυτικό ρόλο στη συμπλήρωση του συστήματος προέγκρισης του Κανονισμού – που φυσικά διατηρείται – με τη θεσμοθέτηση της δυνατότητας διασυνοριακής περίθαλψης χωρίς έγκριση (Οδηγία 2011/24/ΕΕ). Έτσι, η «άγρια» απορρύθμιση στην οποία θα μπορούσε ενδεχομένως να οδηγήσει η νομολογία του

⁴¹ Πρβλ. ΔΕΚ C-385/99, *Müller-Fauré και van Riet*, ό.π., σκ. 106-107.

⁴² Βλ. ΔΕΚ C-368/98, *Vanbraekel*, ό.π.

⁴³ Διατυπώνονται αμφιβολίες για την ανάγκη υποβολής αίτησης από τη στιγμή που καθιερώνεται υποχρέωση πληροφόρησης σε βάρος των κρατών μελών (J.-P. LHERNOULD, ό.π.).

⁴⁴ Βλ. ΔΕΚ C-466/04, *Acereda Herrera*, 16.06.2006, ECLI:EU:C:2006:405.

⁴⁵ Βλ. Α. ΤΣΕΤΟΥΡΑ, ό.π., σ. 190.

⁴⁶ Κάλυψη δαπανών μόνο όταν η περίθαλψη παρέχεται από εθνικό φορέα (*Watts*, ό.π., σκ. 139).

⁴⁷ Κατά το άρθρο 26 παρ. 8 του Κανονισμού εφαρμογής 987/2009, «Όταν η εθνική νομοθεσία του αρμόδιου φορέα προβλέπει την απόδοση του κόστους ταξιδιού και διαμονής που δεν μπορεί να διαχωριστεί από την περίθαλψη του ασφαλισμένου, το κόστος αυτό για τον ενδιαφερόμενο και, εάν χρειάζεται, για ένα ακόμη πρόσωπο που πρέπει να τον συνοδεύει, καλύπτεται από τον εν λόγω φορέα όταν χορηγείται έγκριση σε περίπτωση περίθαλψης σε άλλο κράτος μέλος».

ΔΕΕ (αρνητική ολοκλήρωση), μετουσιώθηκε – ή τουλάχιστον τείνει να μετουσιωθεί – σ' ένα δικαιωματικό πλαίσιο διασυνοριακής περίθαλψης (θετική ολοκλήρωση) που προσφέρει μεγαλύτερη ασφάλεια δικαίου και περισσότερες εναλλακτικές λύσεις για τους Ευρωπαίους ασθενείς.

A. Η «οδός της Συνθήκης» κατά τη νομολογία του ΔΕΕ: η έγκριση υπό το πρίσμα της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών (άρθρο 56 ΣΛΕΕ)

Η διαδικασία της προηγούμενης έγκρισης από τον ασφαλιστικό φορέα του κράτους υπαγωγής, προκειμένου να επωφεληθεί ένας ασφαλισμένος μιας προγραμματισμένης περίθαλψης στο εξωτερικό, τέθηκε υπό αμφισβήτηση από το ΔΕΕ, τόσο για τις ιατρικές (εξω-νοσοκομειακές) φροντίδες, όσο και για τις νοσοκομειακές⁴⁸. Η εξέλιξη της νομολογίας του ΔΕΕ, στο πλαίσιο μιας αρνητικής ολοκλήρωσης (negative integration), οδήγησε σε μερική απελευθέρωση των υπηρεσιών υγείας, δημιουργώντας μια ευρωπαϊκή αγορά⁴⁹. Το Δικαστήριο βρέθηκε στο επίκεντρο μιας έντασης ανάμεσα στην ελεύθερη διασυνοριακή παροχή ιατρικών φροντίδων – τον λεγόμενο ιατρικό τουρισμό – και την ύπαρξη διαφορετικών, στεγανών, εθνικών συστημάτων υγείας – ασφάλισης ασθενείας. Με άλλα λόγια, το ΔΕΕ προσπάθησε να ισορροπήσει ανάμεσα στην ανάπτυξη μιας ενιαίας αγοράς υπηρεσιών υγείας και τους εθνικούς δημοσιονομικούς περιορισμούς. Νομίζουμε ότι και στο μέλλον η διασυνοριακή περίθαλψη θα προχωρήσει ψηλαφητά προς την κατεύθυνση της εύθραυστης ισορροπίας.

Αναγνωρίζοντας το ΔΕΕ την εφαρμογή της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών και στην περιοχή της υγειονομικής περίθαλψης⁵⁰, αποφάνθηκε ότι η εθνική ρύθμιση που εξαρτά τη μετάβαση σε άλλο κράτος μέλος από προηγούμενη άδεια του αρμόδιου φορέα, συνιστά εμπόδιο στην απόλαυση της θεμελιώδους ελευθερίας παροχής υπηρεσιών τόσο του ασθενούς όσο και του παρόχου. Η ερμηνεία αυτή του Δικαστηρίου αποτελεί φυσικά κατάληξη της διεγερμένης εικόνας που έχει για την οικονομική δραστηριότητα – διεύρυνση πάντως που τοποθετείται άβολα σε σχέση με προηγούμενες αποφάσεις, όπως *Poucet-Pistre* ή *Sodemare* (C-70/95)⁵¹. Αφού το ΔΕΕ δέχθηκε ότι η προηγούμενη άδεια συνιστά εμπόδιο, προχώρησε – σ' έναν κλασικό πλέον συλλογισμό – στην έρευνα αν μπορεί να δικαιολογηθεί αντικειμενικά ως προς τις ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται εντός και εκτός νοσοκομείου.

Στο πλαίσιο αυτό, το Δικαστήριο έχει διακρίνει μεταξύ, αφενός, των ιατρικών υπηρεσιών που παρέχουν οι ιατροί στο ιατρείο τους ή κατ' οίκον στους ασθενείς, και, αφετέρου, της νοσοκομειακής περίθαλψης ή της ιατρικής περίθαλψης που απαιτεί τη χρησιμοποίηση εξειδικευμένου και δαπανηρού ιατρικού εξοπλισμού⁵². Ειδικότερα, ενώ για την εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη δεν είναι εύκολο να δικαιολογηθεί ο περιορισμός της προηγούμενης έγκρισης του οικείου ταμείου, όσον αφορά τη νοσοκομειακή, όπως αποφάνθηκε το ΔΕΕ, αρχικά στην απόφαση *Smits-Peerbooms* (υπόθ. C-157/99), η απαίτηση λήψης προηγούμενης άδειας για την ανάληψη του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης που παρασχέθηκε εντός άλλου κράτους μέλους εμφανίζεται «ως μέτρο ταυτοχρόνως αναγκαίο και εύλογο»⁵³. Το Δικαστήριο, στη συνέχεια, δέχθηκε ότι η Συνθήκη επιτρέπει στα κράτη

⁴⁸. Η πρωτοπόρα υπόθ. *Kohll* C-158/96 (απόφ. της 28.04.1998) άνοιξε τον δρόμο για την ελεύθερη μετακίνηση των ασθενών στο εσωτερικό της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η προηγούμενη έγκριση κρίθηκε αντίθετη στο δικαίωμα στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών. Ωστόσο, η εφαρμογή της ελευθερίας αυτής στην περιοχή των υπηρεσιών υγείας στηρίχθηκε σ' έναν αρχικό διαχωρισμό ανάμεσα στις ιατρικές φροντίδες (εκτός νοσοκομείου) και τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

⁴⁹. Βλ. J. BAQUERO CRUZ, *The case law of European Court of Justice on the mobility of patients: an assessment*, σε: J.W. van de Gronden (ed.), *Health Care and EU Law*, 2011, σ. 79.

⁵⁰. Οι υγειονομικές υπηρεσίες αποκλείστηκαν ρητά από το πεδίο εφαρμογής της Οδηγίας 2006/123/EK του 2006 για την παροχή υπηρεσιών στην εσωτερική αγορά.

⁵¹. Βλ. J. BAQUERO CRUZ, *ό.π.*, σ. 92.

⁵². Βλ. ΔΕΚ C-120/95, *Decker/Caisse de maladie des employés privés*, 28.04.1998, ECLI:EU:C:1998:167.

⁵³. Βλ. με σειρά από αποφάσεις που κινούνται στην ίδια ευθεία και προσθέτουν κάθε φορά και μια ψηφίδα στην όλη εξέλιξη: ΔΕΚ C-372/04, *Watts*, ΔΕΚ C-385/99, *Müller-Fauré και van Riet*, ΔΕΚ C-56/01, *Inizan*, ΔΕΚ C-444/05, *Σταματελάκη*, ΔΕΚ C-208/07, *Petra von Chamier-Glisczynski*. Βλ. J. BAQUERO CRUZ, *The case law of*

μέλη να περιορίζουν την ελεύθερη παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών, στο μέτρο που η διατήρηση της ικανότητας περίθαλψης ή του επιπέδου των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών εντός της εθνικής επικράτειας είναι σημαντική για τη δημόσια υγεία, καθώς και για την επιβίωση του πληθυσμού τους⁵⁴. Με τον τρόπο αυτό, η νομολογία επεδίωξε να εξισορροπήσει την ελεύθερη κυκλοφορία των ασθενών (και τη συνακόλουθη απελευθέρωση των υπηρεσιών υγείας) με την ανάγκη διατήρησης των εθνικών συστημάτων υγείας⁵⁵.

Για το Δικαστήριο, η φυσιογνωμία του συστήματος υγείας δεν παίζει κάποιον ρόλο (refund or third-payer system) (επιστροφή δαπανών ή απευθείας καταβολή δαπάνης). Στην υπόθεση *Watts* (C-372/02)⁵⁶, το ΔΕΕ, με ευκαιρία το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS), επέκτεινε τη νομολογία του και σε εθνικά δημόσια συστήματα, καθολικά στην οργάνωσή τους, χρηματοδοτούμενα καθ' ολοκληρία από τη φορολογία, όπου δεν υπάρχουν εισφορές ούτε φυσικά επιστροφή δαπανών⁵⁷. Ακόμη και στη δωρεάν περίθαλψη στο αρμόδιο κράτος μέλος υπάρχει, κατά το ΔΕΕ, ένα αποδιδόμενο ποσό σε περίπτωση προγραμματισμένης περίθαλψης σε άλλο κράτος μέλος.

Ειδικότερα, το ΔΕΕ έχει δεχθεί ότι μεταξύ των σκοπών που μπορούν να δικαιολογήσουν έναν τέτοιο περιορισμό της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών συγκαταλέγονται η αποτροπή του κινδύνου σοβαρής διαταράξεως της οικονομικής ισορροπίας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, η διατήρηση ισόρροπης και προσιτής σε όλους ιατρικής και νοσοκομειακής περιθάλψεως, η διαφύλαξη των δυνατοτήτων του συστήματος υγείας ή διατήρηση ικανού ιατρικού δυναμικού εντός της εθνικής επικράτειας, καθώς και ο σχεδιασμός που αποσκοπεί, αφενός, στην εξασφάλιση στο έδαφος του οικείου κράτους μέλους της δυνατότητας επαρκούς και διαρκούς προσβάσεως των πολιτών σε ένα ισόρροπο φάσμα ποιοτικής νοσοκομειακής περιθάλψεως και, αφετέρου, στην περιστολή των δαπανών και στην αποφυγή, κατά το μέτρο του δυνατού, οιασδήποτε διασπαθίσεως χρηματοοικονομικών, τεχνικών και ανθρώπινων πόρων. Συνοπτικά, στη νομολογία εντοπίζουμε δύο κύριους λόγους, έλεγχος δαπανών και προγραμματισμός.

Η νομολογία του ΔΕΕ είχε ως αποκλειστικό σημείο αναφοράς της τις θεμελιώδεις (οικονομικές) ελευθερίες της Συνθήκης. Το Δικαστήριο αγνόησε κάθε προσφυγή στο δικαίωμα στην ιατρική περίθαλψη που καθιερώνεται με το άρθρο 35 του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε. Όπως το επισημαίνει ο Γεν. Εισαγγελέας Colomer στην υπόθεση *Σταματελάκη*, η υγεία αποτελεί υπέρτατο αγαθό και δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται αποκλειστικά από τη σκοπιά των κοινωνικών δαπανών και των λανθανουσών οικονομικών δυσκολιών (σκ. 40)⁵⁸.

Το ΔΕΕ με τη νομολογία του δημιούργησε ένα πλαίσιο για τη διασυνοριακή περίθαλψη χωρίς έγκριση από τον αρμόδιο φορέα με προσφυγή σε διατάξεις της Συνθήκης. Ειδικότερα, το Δικαστήριο υπενθύμισε ότι οι οριζόμενες προϋποθέσεις για τη χορήγηση της έγκρισης πρέπει να δικαιολογούνται από επιτακτικούς λόγους, όπως αναφέραμε παραπάνω, να μην υπερβαίνουν το αντικειμενικώς αναγκαίο προς τούτο μέτρο και να μην μπορεί να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα με κανόνες λιγότερο περιοριστικούς των οικείων ελευθεριών. Ένα τέτοιο σύστημα πρέπει, επιπλέον, να στηρίζεται σε αντικειμενικά κριτήρια που να μην δημιουργούν

European Court of Justice on the mobility of patients: an assessment, ό.π., σ. 79 επ.

⁵⁴. Με την απαίτηση προηγούμενης έγκρισης για νοσηλεία σε άλλο κράτος μέλος της ΕΕ, αφενός, επιδιώκεται ο σκοπός της διασφάλισης εντός του οικείου κράτους επαρκούς και διαρκούς πρόσβασης σε ισόρροπη κλίμακα νοσοκομειακής περίθαλψης υψηλού επιπέδου, αφετέρου, ελέγχονται τα έξοδα και αποφεύγεται, κατά το μέτρο του δυνατού, κάθε σπατάλη οικονομικών, τεχνικών και ανθρώπινων πόρων (*Müller-Fauré*, σκ. 80).

⁵⁵. Βλ. V. HATZOPOULOS, Killing national health and insurance systems but healing patients? The European market for health care services after the judgments of the ECJ in *Vanbraekel* and *Peerbooms*, CML Rev., 2002, σσ. 683-729.

⁵⁶. Βλ. και ΔΕΚ C-444/05, *Σταματελάκη*, 19.04.2007, ECLI:EU:C:2007:231.

⁵⁷. Βλ. αναλυτικά Α. ΤΣΕΤΟΥΡΑ, ό.π., σ. 194 επ.

⁵⁸. Βλ. Π. ΤΣΑΝΤΙΛΑ, Η «συνταγματική» κατοχύρωση της προστασίας της υγείας μέσω των Ευρωπαϊκών Συνθηκών, ΕΔΚΑ, 2006, σ. 404.

δυσμενείς διακρίσεις και να είναι γνωστά εκ των προτέρων, ώστε να οριοθετείται η άσκηση της διακριτικής ευχέρειας των εθνικών αρχών, προκειμένου να μην ασκείται με αυθαίρετο τρόπο⁵⁹.

Από τη νομολογία του Δικαστηρίου προκύπτει επίσης ότι οι ασφαλισμένοι οι οποίοι μεταβαίνουν, χωρίς προέγκριση, σε κράτος μέλος διαφορετικό από εκείνο της ασφάλισής τους για περίθαλψη στο κράτος μέλος αυτό δεν μπορούν να αξιώσουν την κάλυψη των εξόδων της περιθάλψεως που τους παρασχέθηκε παρά μόνον εντός των ορίων της κάλυψης που διασφαλίζει το σύστημα ασφάλισης ασθενείας του κράτους ασφάλισης. Με αυτόν τον τρόπο, δεν απειλείται η βιωσιμότητα των εθνικών συστημάτων.

Να σημειώσουμε ότι, σε περίπτωση περίθαλψης που παρασχέθηκε σε κράτος μέλος διαφορετικό από το κράτος ασφάλισης, είναι δυνατή η επίκληση των όρων παροχής ιατρικών υπηρεσιών, προκειμένου να απορριφθεί σχετική αίτηση, εφόσον αυτές δεν εισάγουν διακρίσεις ούτε συνιστούν εμπόδιο στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών. Τούτο ισχύει ιδίως όσον αφορά την απαίτηση προηγούμενης επισκέψεως σε γενικό ιατρό πριν από την επίσκεψη σε ειδικευμένο ιατρό⁶⁰.

B. Η Οδηγία 2011/24/ΕΕ (ν. 4213/2013)

Εκτός από την οδό του Κανονισμού 883/2004, ο ασφαλισμένος μπορεί να επιλέξει την προσφυγή στην Οδηγία 2011/24/ΕΕ. Η εν λόγω Οδηγία απελευθέρωσε σχεδόν πλήρως την υγειονομική περίθαλψη σε διασυνοριακό επίπεδο. Ωστόσο, η ύπαρξη της δυαδικότητας των μηχανισμών για τους Ευρωπαίους ασθενείς, αν κι επιτρέπει την καλύτερη αξιοποίηση της ιατρικής προσφοράς των άλλων κρατών μελών, μπορεί να μετατραπεί σε πηγή συγχύσεων, αντινομιών και ανισοτήτων⁶¹. Η Οδηγία 2011/24/ΕΕ της 9ης Μαρτίου 2011⁶², σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών σε περίπτωση διασυνοριακής παροχής υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να αντιμετωπίσει την ανασφάλεια δικαίου, ενσωμάτωσε το προηγούμενο νομολογιακό κεκτημένο του ΔΕΕ. Επιχείρησε, δηλαδή, να εξισορροπήσει, από τη μια, τον συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας, κι από την άλλη, την οικονομική πλευρά, την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών. Πάντως, η επίπτωση της Οδηγίας στους εθνικούς προϋπολογισμούς υγείας, μέχρι στιγμής, φαίνεται να είναι μικρή⁶³ – αν και η αλήθεια είναι ότι τα δεδομένα είναι περιορισμένα. Θα συμφωνούσαμε ότι με τον τίτλο της (κι όχι μόνο) η Οδηγία «συγκαλύπτει», κατά κάποιον τρόπο, την οικονομική διάσταση του ζητήματος με τον μανδύα των δικαιωμάτων των ασθενών⁶⁴. Αντικατοπτρίζει ουσιαστικά τη λογική της αρνητικής ολοκλήρωσης, χωρίς να προχωρά προς την κατεύθυνση της θετικής (positive integration)⁶⁵.

Η Οδηγία αφορά τόσο τη νοσοκομειακή (το σύννηθες) όσο και την εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη. Εξάλλου, είναι αδιάφορος ο δημόσιος ή ιδιωτικός χαρακτήρας του συστήματος, καθώς κι ο τρόπος οργάνωσής του. Η Οδηγία δεν αφορά (άρθρο 1 παρ. 3): α) υπηρεσίες στον τομέα της μακροχρόνιας περίθαλψης σκοπός των οποίων είναι η στήριξη ατόμων που χρήζουν βοήθειας κατά την εκτέλεση των συνήθων καθημερινών εργασιών, β) πρόσβαση και κατανομή οργάνων με σκοπό να χρησιμεύσουν ως μοσχεύματα, γ) με εξαίρεση το κεφάλαιο IV, δημόσια προγράμματα εμβολιασμού κατά λοιμωδών νόσων τα οποία αποσκοπούν αποκλειστικά στην προστασία της υγείας του πληθυσμού στο έδαφος κράτους μέλους, τα

⁵⁹. Βλ. *Smits-Peerbooms, Müller-Fauré και van Riet, Watts*, ό.π.

⁶⁰. Βλ. ΔΕΚ C-385/99, *Müller-Fauré και van Riet*, ό.π.

⁶¹. Βλ. Κ. ΡΑΠΤΟΠΟΥΛΟΥ, Ο ασθενής ως διακινούμενος ασφαλισμένος και αποδέκτης υπηρεσιών υγείας, ΕΔΚΑ, 2014, σ. 150 επ.

⁶². Βλ. N. DE GROVE-VALDEYRON, *La directive sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers*, RTDeur, 2017, σ. 299.

⁶³. Εκτιμάται μόνο στο 0,004% του ετήσιου ενωσιακού προϋπολογισμού υγείας. Βλ. M. WISMAR ...[et al.], *Crossing the border for health care: adding value for patients and health systems*, Eurohealth, vol. 28, No 1, 2022.

⁶⁴. Βλ. N. DE GROVE-VALDEYRON, *Répertoire de droit européen, Santé publique*, n° 79.

⁶⁵. Βλ. J. BAQUERO CRUZ, ό.π., σ. 99.

οποία ακολουθούν ειδικό προγραμματισμό και μέτρα εφαρμογής.

Η Οδηγία, υπερβαίνοντας τον στόχο της διασυνοριακής περίθαλψης, αναγνωρίζει, επ' ευκαιρία της κινητικότητας, μια σειρά δικαιωμάτων υπέρ των Ευρωπαίων ασθενών. Η αναγνώριση των δικαιωμάτων των ασθενών αποτέλεσε, ως γνωστόν, μεγάλο σταθμό για το σύγχρονο δίκαιο υγείας. Η Οδηγία δεν αναφέρεται σε όλα, αλλά καλύπτει κάποια από αυτά. Η Οδηγία ενσωματώθηκε στην ελληνική έννομη τάξη με τον ν. 4213/2013⁶⁶ που τροποποιήθηκε μερικώς από τις διατάξεις του ν. 4931/2022. Σε πολλά σημεία, η μεταφορά αποτελεί σχεδόν αυτούσια επανάληψη των διατάξεων της Οδηγίας.

α) Η γενική αρχή της επιστροφής των δαπανών υγείας

Η Οδηγία έθεσε ως αρχή την επιστροφή σε κάθε περίπτωση των δαπανών υγείας που πραγματοποιήθηκαν σε άλλο κράτος μέλος, με κάποιες όμως εξαιρέσεις. Καταργώντας τη διάκριση ανάμεσα σε νοσοκομειακή και εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη, το άρθρο 7 της Οδηγίας ορίζει ότι το κράτος μέλος ασφάλισης επιστρέφει τα έξοδα που επιβάρυναν τον ασφαλισμένο που έλαβε διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, αν η εν λόγω υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνεται στις παροχές που δικαιούται ο ασφαλισμένος στο κράτος μέλος ασφάλισης (άρθρο 7 παρ. 1 του ν. 4213/13).

Τα έξοδα της διασυνοριακής περίθαλψης επιστρέφονται ή καταβάλλονται απευθείας έως το ποσό που θα είχε καλύψει ο φορέας παροχών ασθένειας σε είδος αν η υγειονομική αυτή περίθαλψη είχε παρασχεθεί στο ελληνικό έδαφος, ανεξαρτήτως του τρόπου που αυτή οργανώνεται, χωρίς το ποσό κάλυψής τους να υπερβαίνει τα πραγματικά έξοδα της υγειονομικής περίθαλψης που έλαβε ο ασθενής (άρθρο 26 παρ. 2 του ν. 4931/2022, άρθρο 7 παρ. 4 της Οδηγίας). Έτσι, η διασυνοριακή περίθαλψη παρέμεινε ουδέτερη απέναντι στη βιωσιμότητα του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης⁶⁷. Τα κράτη μέλη παραμένουν κυρίαρχα στον καθορισμό του τρόπου επιστροφής και του ύψους της κάλυψης των ιατρικών δαπανών. Ωστόσο, αν το κράτος μέλος το επιθυμεί, μπορεί να επιστρέψει τις ιατρικές δαπάνες καθ' ολοκληρία, ακόμη κι αν είναι υψηλότερες από τις αντίστοιχες στο έδαφός του⁶⁸.

Η μετάβαση σε μια άλλη χώρα, αν και η αναγκαία θεραπεία προσφέρεται στο έδαφος του αρμόδιου κράτους, μπορεί να είναι ζήτημα κι ατομικής προτίμησης. Η Οδηγία ικανοποιεί αυτή την επιλογή του ασφαλισμένου, αλλά οι επιπλέον δαπάνες δεν μπορούν να επιβαρύνουν τα οικονομικά του αρμόδιου φορέα⁶⁹. Αυτό ακριβώς είναι το σημείο εξισορρόπησης μεταξύ συλλογικού και ατομικού συμφέροντος. Μια ελευθερία επιλογής στο πλαίσιο των δυνατοτήτων των εθνικών συστημάτων.

Η επιστροφή των συναφών εξόδων είναι υποχρεωτική μόνο στην περίπτωση αναπηριών. Ειδικότερα, ο φορέας παροχών ασθένειας σε είδος δεν υποχρεούται να επιστρέφει συναφή έξοδα, όπως έξοδα διαμονής και μετακίνησης, εκτός των περιπτώσεων κατά τις οποίες η διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη αφορά είτε στην παροχή της περίθαλψης μετά από έγκριση για άτομα με μία (1) ή περισσότερες αναπηρίες, με πιστοποίηση επίσημου φορέα πιστοποίησης αναπηρίας, και κατόπιν αξιολόγησης του περιστατικού σύμφωνα με το άρθρο 8 (άρθρο 26 του ν. 4931/2022).

Το άρθρο 7 παρ. 7 της Οδηγίας δέχεται ότι το κράτος μέλος ασφάλισης (αρμόδιος φορέας) μπορεί να επιβάλλει στον ασφαλισμένο που επιδιώκει την επιστροφή των εξόδων διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, περιλαμβανομένης και εκείνης που έλαβε μέσω τηλεϊατρικής, τους ίδιους όρους, κριτήρια επιλεξιμότητας καθώς και κανονιστικές και διοικητικές διατυπώσεις, σε τοπικό, περιφερειακό ή εθνικό επίπεδο, που θα είχε επιβάλει αν αυτή η υγειονομική περίθαλψη είχε παρασχεθεί στο έδαφός του. Η εφαρμογή της αρχής του

⁶⁶. Προσαρμογή της εθνικής νομοθεσίας στις διατάξεις της Οδηγίας (ΔΕΝ, 2014, σ. 39).

⁶⁷. Βλ. Ρ. MAVRIDIS, ό.π.

⁶⁸. Βλ. Ν. DE GROVE-VALDEYRON, ό.π. σ. 307.

⁶⁹. Βλ. F. PENNING, ό.π., σ. 212.

άρθρου 7 διασφαλίζεται με τη θέσπιση μηχανισμού διαφάνειας ως προς τον υπολογισμό του κόστους διασυνοριακών υπηρεσιών υγείας (άρθρο 7 παρ. 6 της Οδηγίας) (άρθρο 7 παρ. 4 και 5 του ν. 4213/2013). Ο μηχανισμός αυτός θα στηρίζεται σε κριτήρια αντικειμενικά, γνωστά εκ των προτέρων, που δεν θα δημιουργούν διακρίσεις.

Το κράτος μέλος ασφάλισης μπορεί να περιορίζει την εφαρμογή των κανόνων για την επιστροφή των εξόδων διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης βασιζόμενο σε επιτακτικούς λόγους γενικού συμφέροντος, όπως απαιτήσεις σχεδιασμού προκειμένου να διασφαλιστεί επαρκής και μόνιμη πρόσβαση σε ένα ισόρροπο φάσμα ποιοτικής νοσοκομειακής περίθαλψης στο ενδιαφερόμενο κράτος μέλος ή για να υλοποιηθεί ο στόχος της περιστολής των εξόδων και της πρόληψης, στον βαθμό του δυνατού, της σπατάλης χρηματικών, τεχνικών και ανθρώπινων πόρων (άρθρο 7 παρ. 7 της Οδηγίας). Ουσιαστικά, η προηγούμενη διάταξη επαναλαμβάνει τους επιτακτικούς λόγους που δέχθηκε το ΔΕΕ στην απόφαση *Smits-Peerbooms*, C-157/99. Ο περιορισμός αυτός, ως φυσικόν, υπόκειται στη βάση της αρχής της αναλογικότητας (άρθρο 7 παρ. 11).

Γενικά, η Οδηγία απελευθέρωσε τις διασυνοριακές υπηρεσίες υγείας για όσους ασθενείς επιθυμούν να μην ακολουθήσουν την οδό της προηγούμενης έγκρισης (του συντονισμού των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας), χωρίς να θίξει στο παραμικρό την ελευθερία του εθνικού νομοθέτη για ειδικότερο προσδιορισμό των καλυπτόμενων υπηρεσιών υγείας. Έτσι, η απελευθέρωση αυτή δεν συνεπάγεται πρόσθετο κόστος για τους κρατικούς προϋπολογισμούς των κρατών μελών, αφού το κόστος που προκύπτει με αυτό τον τρόπο, ανέρχεται στο προβλεπόμενο τιμολόγιο του κράτους μέλους του ασθενούς. Η ελεύθερη κυκλοφορία των ασθενών βρίσκει τις ισορροπίες της με τα αντανακλαστικά αυτοσυντήρησης των εθνικών συστημάτων υγείας και κοινωνικής ασφάλισης.

Με βάση την Οδηγία, όταν τα πλήρη έξοδα της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης υπερβαίνουν το επίπεδο εξόδων που ο οικείος φορέας παροχών ασθενοείας σε είδος θα αναλάμβανε αν η υγειονομική περίθαλψη είχε παρασχεθεί στο ελληνικό έδαφος, τότε επιστρέφονται μόνο τα έξοδα που ορίζονται στον κανονισμό παροχών υγείας του οικείου φορέα παροχών ασθενοείας σε είδος. Αντίθετα, η οδός του Κανονισμού (μετάβαση μετά από προέγκριση του αρμόδιου φορέα) εμφανίζεται πιο συμφέρουσα για τον ασφαλισμένο, αφού καλύπτει το κόστος βάσει του τιμολογίου του κράτους μέλους περίθαλψης, δηλαδή καλύπτει το πραγματικό κόστος της περίθαλψης.

Εντέλει, δεν αποφεύγεται κάποιος «ταξικός» χαρακτήρας του όλου μηχανισμού, αφού η Οδηγία, μην καλύπτοντας το πλήρες κόστος περίθαλψης, απευθύνεται κυρίως στους πιο οικονομικά εύρωστους από τους Ευρωπαίους ασθενείς. Στην περίπτωση παράκαμψης του Κανονισμού και επίκλησης της Οδηγίας, ο ασθενής θα χρειαστεί να καταβάλλει το πραγματικό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης έλαβε (συνήθως, πολύ υψηλότερο από το επιστρεφόμενο), το οποίο του αποδίδεται, μάλιστα, εκ των υστέρων. Για να αποκατασταθούν οι εν τοις πράγμασι ανισότητες, λόγω οικονομικής κατάστασης των ασθενών, η Οδηγία προέβλεψε τη δυνατότητα των κρατών μελών να καταβάλλουν απευθείας τις δαπάνες νοσηλείας στο κράτος όπου αυτή πραγματοποιείται.

β) Ο μετριασμός της αρχής με την πρόβλεψη περιπτώσεων προέγκρισης

Αν κι η Οδηγία έθεσε ως γενική αρχή την απουσία προέγκρισης, ωστόσο, το άρθρο 8 (επίσης άρθρο 8 του ν. 4213/2013) μετρίασε την έντασή της, προβλέποντας δυνατότητα εφαρμογής ενός συστήματος προέγκρισης σε κάποιες περιπτώσεις⁷⁰. Αυτό το έπραξε από λόγους προστασίας των οικονομικών του κράτους μέλους. Παρόλα αυτά, στην ίδια παρ. 1 του άρθρου 8 διευκρίνισε ότι το ως άνω σύστημα, περιλαμβανομένων των κριτηρίων του, της εφαρμογής τους και των ατομικών απορριπτικών αποφάσεων επί αιτήσεων χορηγήσεως προηγούμενης εγκρίσεως, πρέπει να περιορίζεται μόνο σε ό,τι είναι απολύτως αναγκαίο και αναλογικό προς τον επιδιωκόμενο στόχο και δεν επιτρέπεται να συνιστά μέσο αυθαίρετων

⁷⁰. Στις περιπτώσεις που απαιτείται προέγκριση, η Οδηγία παραπέμπει στη διαδικασία έγκρισης του Κανονισμού 883/2004.

διακρίσεων ή αδικαιολόγητο εμπόδιο στην ελεύθερη κυκλοφορία των ασθενών.

Ειδικότερα, η προηγούμενη έγκριση του κράτους μέλους ασφάλισης επιτρέπεται, κατ' απόκλιση της νομολογίας, να τίθεται ως όρος για την απόδοση των δαπανών προκειμένου για περίθαλψη που: α) υπόκειται σε απαιτήσεις σχεδιασμού, προκειμένου να διασφαλιστεί επαρκής και μόνιμη πρόσβαση σε ένα ισόρροπο φάσμα ποιοτικής νοσοκομειακής περίθαλψης στο ενδιαφερόμενο κράτος μέλος ή για να υλοποιηθεί ο στόχος της περιστολής των εξόδων και της πρόληψης, στον βαθμό του δυνατού, της σπατάλης χρηματικών, τεχνικών και ανθρώπινων πόρων και: i) περιλαμβάνει τουλάχιστον μία διανυκτέρευση του ασθενούς ή ii) απαιτεί τη χρήση πολύ εξειδικευμένης και δαπανηρής ιατρικής υποδομής ή ιατρικού εξοπλισμού, β) αφορά θεραπείες που παρουσιάζουν ιδιαίτερο κίνδυνο για τον ασθενή ή τον πληθυσμό, ή γ) παρέχεται από πάροχο υγειονομικής περίθαλψης που, ανάλογα με την απόφαση του κράτους μέλους ασφάλισης στη συγκεκριμένη περίπτωση, ενδέχεται να εγείρει σοβαρές και συγκεκριμένες ανησυχίες όσον αφορά την ποιότητα ή την ασφάλεια της περίθαλψης, εξαιρουμένης της υγειονομικής περίθαλψης που υπόκειται στην ενωσιακή νομοθεσία διασφαλίζοντας ένα ελάχιστο επίπεδο ασφάλειας και ποιότητας στο σύνολο της Ένωσης. Τα κράτη μέλη οφείλουν να κοινοποιούν στην Επιτροπή τις κατηγορίες υγειονομικής περίθαλψης που αναφέρονται ανωτέρω, καθώς και κάθε ρύθμιση σχετική με το σύστημα προηγούμενης έγκρισης. Οι περιπτώσεις εξαίρεσης απαριθμούνται περιοριστικά.

Πέρα από την εξαίρεση του άρθρου 8 παρ. 2 της Οδηγίας – περιπτώσεις που, όπως είδαμε, υπόκεινται σε προηγούμενη έγκριση – η παρ. 6 του ίδιου άρθρου της Οδηγίας φράσσει κι αυτό την αρχή της επιστροφής των ιατρικών δαπανών, ορίζοντας τότε η άρνηση χορήγησης προέγκρισης που δικαιολογείται. Το κράτος μέλος ασφάλισης μπορεί να αρνηθεί να χορηγήσει προηγούμενη έγκριση για τους λόγους που ακολουθούν: α) ο ασθενής, σύμφωνα με κλινική αξιολόγηση, θα εκτεθεί με εύλογη βεβαιότητα σε κίνδυνο για την ασφάλειά του που δεν μπορεί να θεωρηθεί αποδεκτός, συνεκτιμώντας το πιθανό όφελος που θα έχει για τον ασθενή η επιδιωκόμενη διασυννοριακή υγειονομική περίθαλψη, β) το ευρύ κοινό θα εκτεθεί με εύλογη βεβαιότητα σε σημαντικό κίνδυνο ασφαλείας ως αποτέλεσμα της συγκεκριμένης διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης, γ) η εν λόγω υγειονομική περίθαλψη πρόκειται να παρασχεθεί από παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που εγείρουν σοβαρές και συγκεκριμένες ανησυχίες αναφορικά με τη συμμόρφωση ως προς τα πρότυπα και κατευθυντήριες γραμμές ποιότητας και ασφάλειας των ασθενών, καθώς και στις διατάξεις για την εποπτεία, είτε τα εν λόγω πρότυπα και κατευθυντήριες γραμμές καθορίζονται από νομοθετικές ρυθμίσεις και διατάξεις ή μέσω συστημάτων αξιολόγησης που έχει θεσπίσει το κράτος μέλος θεραπείας, δ) η εν λόγω υγειονομική περίθαλψη μπορεί να παρασχεθεί στο έδαφός του εντός προθεσμίας ιατρικώς αποδεκτής, λαμβανομένων υπόψη της κατάστασης της υγείας του και της πιθανής εξέλιξης της ασθένειας του κάθε ενδιαφερόμενου ασθενούς.

γ) Συλλογική πληροφόρηση – Διασυννοριακές ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας (e-Health)

Η όλη επιτυχία του εγχειρήματος της διασυννοριακής περίθαλψης εξαρτάται από τη σχετική πληροφόρηση των ασθενών. Το περιεχόμενο της πληροφόρησης διαγράφεται από την παρ. 3 του άρθρου 6 της Οδηγίας (άρθρο 25 του ν. 4931/2022)⁷¹. Για την επίτευξη του στόχου της

⁷¹. Σύμφωνα με το άρθρο 25 του ν. 4931/2022, «Το Ε.Σ.Ε. παρέχει στους ασθενείς, κατόπιν αίτησής τους, πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά τους για τη λήψη διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης, και ειδικότερα πληροφορίες: α) Για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με το δικαίωμα παροχής υπηρεσιών εκ μέρους τους ή τυχόν υφιστάμενους περιορισμούς στην άσκηση του επαγγέλματός τους, για τα πρότυπα και τις κατευθυντήριες γραμμές που τυχόν εφαρμόζονται από αυτούς, καθώς και για τις διατάξεις σχετικά με την εποπτεία και την αξιολόγηση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, όπως αυτές ισχύουν βάσει της κείμενης νομοθεσίας και όπως θα καθοριστούν από την υπουργική απόφαση του άρθρου 4, β) Για τις προϋποθέσεις επιστροφής των εξόδων σύμφωνα με το άρθρο 7 παρ. 6, τις διαδικασίες πρόσβασης και καθορισμού των δικαιωμάτων αυτών, γ) Για τις διαθέσιμες νομικές και διοικητικές επιλογές για τη διευθέτηση διαφορών, σε περίπτωση που οι ασθενείς θεωρούν ότι τα δικαιώματά τους δεν έχουν γίνει σεβαστά ή έχουν υποστεί βλάβη, σύμφωνα με το άρθρο 9, δ) Για την προσβασιμότητα των ατόμων με αναπηρία στα νοσοκομεία, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις, ε) Για τα στοιχεία επικοινωνίας των Ε.Σ.Ε. των άλλων κρατών μελών, στ) Για την εποπτεία και την αμοιβαία συνδρομή για τη διευκρίνιση του περιεχομένου των τιμολογίων διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης».

ενημέρωσης των ασθενών προβλέφθηκαν τα Εθνικά Σημεία Επαφής (ΕΣΕ)⁷² και ο ΕΟΠΥΥ έχει οριστεί ως τέτοιο από την πλευρά της Ελλάδας. Ειδικότερα, η Διεύθυνση Διεθνών Ασφαλιστικών Σχέσεων του ΕΟΠΥΥ ορίστηκε ως Εθνικό Σημείο Επαφής για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη και συνεπικουρείται στο έργο της από τις Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας (άρθρο 6 του ν. 4213/2013).

Ειδικότερα, κατά το άρθρο 6 Οδηγίας, κάθε κράτος μέλος ορίζει ένα ή περισσότερα εθνικά σημεία επαφής για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη – ο αριθμός τους ανήκει στη διακριτική του ευχέρεια – και κοινοποιεί τα ονόματα και στοιχεία επικοινωνίας τους στην Επιτροπή. Τα εθνικά σημεία επαφής διευκολύνουν την ανταλλαγή πληροφοριών και συνεργάζονται στενά μεταξύ τους, καθώς και με την Επιτροπή – η συνεργασία δεν είναι υποχρεωτική. Εξάλλου, παρέχουν, κατόπιν αιτήσεως, στους ασθενείς τα στοιχεία επικοινωνίας των εθνικών σημείων επαφής σε άλλα κράτη μέλη⁷³.

Προς την κατεύθυνση ενίσχυσης της υποχρέωσης πληροφόρησης υιοθετήθηκε το άρθρο 27 του ν. 4931/2022 που επικεντρώνεται στην ατομική περίπτωση του ενδιαφερομένου. Ο τελευταίος θα πρέπει να γνωρίζει το ποσό της επιστροφής, για να μπορέσει να αποφασίσει αν τελικά δύναται να αντέξει οικονομικά τη μετάβαση σε άλλο κράτος μέλος. Ειδικότερα, κατά τους όρους της διάταξης αυτής, *«Ο οικείος φορέας παροχών ασθένειας σε είδος δύναται να παρέχει, μετά από αίτηση του ασφαλισμένου, εκ των προτέρων γνωστοποίηση για το ποσό που θα επιστραφεί, κατ' εκτίμηση, για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη. Η εκτίμηση αυτή παρέχεται σύμφωνα με τις ισχύουσες, κατά τον χρόνο λήψης της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, εθνικές διατάξεις και λαμβάνει υπόψη την κλινική περίπτωση του ασθενούς, επισημαίνοντας τις ιατρικές διαδικασίες που ενδέχεται να εφαρμοσθούν. Ο οικείος φορέας παροχών ασθένειας σε είδος μπορεί να επιλέξει να εφαρμόσει τους μηχανισμούς χρηματικής αποζημίωσης μεταξύ των αρμόδιων οργάνων, όπως προβλέπει ο Κανονισμός (ΕΚ) 883/2004. Σε περιπτώσεις όπου δεν εφαρμόζονται τέτοιοι μηχανισμοί, οι οικείος φορέας παροχών ασθένειας σε είδος διασφαλίζει ότι οι ασθενείς λαμβάνουν την επιστροφή εξόδων, χωρίς αδικαιολόγητη καθυστέρηση»*.

Κατά το άρθρο 28 του ν. 4931/2022⁷⁴, το Υπουργείο Υγείας, δια των αρμόδιων υπηρεσιών του, ορίζεται ως Εθνική Αρχή υπεύθυνη για τα θέματα Ηλεκτρονικής Υγείας και έχει τη συνολική ευθύνη του συντονισμού των ενεργειών για την υλοποίηση της εθνικής στρατηγικής για την ηλεκτρονική υγεία, σε συνεργασία με τους αρμόδιους εμπλεκόμενους φορείς. Ως Εθνικό Σημείο Επαφής για την Ηλεκτρονική Υγεία ορίζεται η ανώνυμη εταιρεία με την επωνυμία «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης» και τον διακριτικό τίτλο Η.ΔΙ.Κ.Α. Α.Ε. (National Contact Point for eHealth, NCPeH). Το Εθνικό Σημείο Επαφής για την Ηλεκτρονική Υγεία αποτελεί τον κόμβο παροχής υπηρεσιών διασυνοριακής

⁷². Βλ. Ν. ΣΚΛΗΚΑ / Θ. ΤΣΟΤΣΟΡΟΥ, Το δικαίωμα ενημέρωσης των ασθενών για την περίθαλψη τους σε άλλο κράτος μέλος και την απόδοση της σχετικής δαπάνης. Υποχρέωση εξασφάλισης μέχρι 25.10.2013 Εθνικών Σημείων Επαφής. Βασικές αρχές ποιότητας της πληροφόρησης, ΕΔΚΑ, 2013, σ. 345 επ.

⁷³. Σύμφωνα με το άρθρο 10 παρ. 4 της Οδηγίας, *«Τα κράτη μέλη στα οποία πραγματοποιείται η θεραπεία διασφαλίζουν ότι οι πληροφορίες σχετικά με το δικαίωμα άσκησης των επαγγελματιών του τομέα της υγείας που είναι εγκατεστημένοι στο έδαφός τους, οι οποίες περιλαμβάνονται στα εθνικά ή τοπικά μητρώα, διατίθενται, κατόπιν αιτήσεως, στις αρχές άλλων κρατών μελών, σύμφωνα με τα κεφάλαια II και III και με τα εθνικά μέτρα εφαρμογής των διατάξεων του ενωσιακού δικαίου για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, ιδίως δε τις οδηγίες 95/46/ΕΚ και 2002/58/ΕΚ, και την αρχή του τεκμηρίου αθωότητας. Η ανταλλαγή πληροφοριών πραγματοποιείται μέσω του συστήματος πληροφόρησης της εσωτερικής αγοράς που θεσπίζεται σύμφωνα με την απόφαση 2008/49/ΕΚ της Επιτροπής, της 12ης Δεκεμβρίου 2007, για την προστασία των προσωπικών δεδομένων κατά την εφαρμογή του συστήματος πληροφόρησης για την εσωτερική αγορά»*.

⁷⁴. Οι υπηρεσίες διασυνοριακής διαλειτουργικότητας που εξυπηρετούνται από το Εθνικό Σημείο Επαφής για την Ηλεκτρονική Υγεία είναι: α) Αντίληψη και εκτέλεση ηλεκτρονικών συνταγών φαρμάκων, οι οποίες έχουν εκδοθεί από άλλα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, από εγκατεστημένο στην Ελλάδα φαρμακοποιό, β) Διάθεση ελληνικών ηλεκτρονικών συνταγών φαρμάκων με σκοπό την αντίληψη και εκτέλεσή τους από φαρμακοποιούς άλλων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, γ) Αντίληψη και προβολή του Συνοπτικού Ιατρικού Ιστορικού (Patient Summary) πολιτών άλλων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης από εγκατεστημένο στην Ελλάδα ιατρό, δ) Διάθεση του Συνοπτικού Ιατρικού Ιστορικού Ελλήνων πολιτών σε επαγγελματίες υγείας άλλων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

διαλειτουργικότητας ηλεκτρονικής υγείας σε συνεργασία με τους αντίστοιχους κόμβους των άλλων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης που συμμετέχουν στην Υποδομή Ψηφιακών Υπηρεσιών Ηλεκτρονικής Υγείας (eHDSI – eHealth Digital Service Infrastructure). Αποστολή της Η.ΔΙ.Κ.Α. Α.Ε. είναι να αποτελεί πύλη επικοινωνίας με τα λοιπά κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και να ενεργεί ως μεσολαβητής για την παροχή ψηφιακών υπηρεσιών υγείας.

δ) Διαδικαστικές εγγυήσεις

Το άρθρο 9 της Οδηγίας αναφέρεται στις διοικητικές διαδικασίες διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης που θα πρέπει να γίνουν σεβαστές. Έτσι, το κράτος μέλος ασφάλισης εξασφαλίζει ότι οι διοικητικές διαδικασίες όσον αφορά τη χρήση της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης και την επιστροφή των εξόδων υγειονομικής περίθαλψης που πραγματοποιήθηκε σε άλλο κράτος μέλος, βασίζονται σε αμερόληπτα και χωρίς διακρίσεις κριτήρια που είναι αναγκαία και ανάλογα προς τον επιδιωκόμενο στόχο. Ο επείγων χαρακτήρας και οι ατομικές περιστάσεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διεκπεραίωση των αιτήσεων (άρθρο 9 παρ. 3)⁷⁵.

Κατά τους ορισμούς του άρθρου 9 παρ. 6, τα κράτη μέλη ορίζουν εύλογα χρονικά όρια εντός των οποίων πρέπει να διεκπεραιωθούν οι αιτήσεις για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη και τα δημοσιοποιούν εκ των προτέρων. Κατά την εξέταση αίτησης για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, τα κράτη μέλη λαμβάνουν υπόψη: α) τη συγκεκριμένη ιατρική κατάσταση, β) τον επείγοντα χαρακτήρα και τις ατομικές περιστάσεις. Ακόμη, τα κράτη μέλη εξασφαλίζουν ότι κάθε μεμονωμένη διοικητική απόφαση σχετικά με τη χρήση της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης και την επιστροφή των εξόδων υγειονομικής περίθαλψης που δημιουργήθηκαν σε άλλο κράτος μέλος είναι δεόντως αιτιολογημένη και υπόκειται σε χωριστή διοικητική επανεξέταση και είναι δυνατόν να προσβληθεί δικαστικώς, μεταξύ άλλων μέσω διαδικασίας προσωρινών/ασφαλιστικών μέτρων.

ε) Απαγόρευση διακρίσεων λόγω εθνικότητας

Υπάρχουν κράτη μέλη που θεωρούν τους ασθενείς άλλων κρατών μελών ως καλοδεχούμενους κι άλλα ως βάρος, αφού «εκμεταλλεύονται» τις υγειονομικές τους υποδομές⁷⁶. Αυτό αφορά μάλλον τον δημόσιο τομέα, αφού για τον ιδιωτικό το μόνο κριτήριο πρόσβασης είναι η καταβολή των νοσηλίων. Γι' αυτό, από άρθρο 4 παρ. 3 της Οδηγίας (πρβλ. άρθρο 4 παρ. 3 του ν. 4213/2013) προβλέπεται η εφαρμογή της αρχής της απαγόρευσης των διακρίσεων λόγω εθνικότητας στους ασθενείς από άλλα κράτη μέλη. Ιδιαίτερα όσον αφορά τον πίνακα αμοιβών υγειονομικής περίθαλψης (άρθρο 4 παρ. 4): «τα κράτη μέλη εξασφαλίζουν ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης στο έδαφός τους εφαρμόζουν στους ασθενείς από άλλα κράτη μέλη τον ίδιο πίνακα αμοιβών υγειονομικής περίθαλψης που ισχύει και για τους ημεδαπούς ασθενείς σε συγκρίσιμη ιατρική κατάσταση ή ότι χρεώνουν τιμή που υπολογίζεται σύμφωνα με αντικειμενικά και χωρίς διακρίσεις κριτήρια, εάν δεν υπάρχει συγκρίσιμη τιμή για τους ημεδαπούς ασθενείς»⁷⁷.

Ωστόσο, η Οδηγία δεν θίγει τη δυνατότητα των κρατών μελών να θεσπίσουν περιοριστικά μέτρα για επιτακτικούς λόγους γενικού συμφέροντος (άρθρο 4 παρ. 3). Όπως ορίζεται από την προηγούμενη διάταξη, η αρχή αυτή δεν θίγει τη δυνατότητα του κράτους μέλους θεραπείας εφόσον αυτό δικαιολογείται από επιτακτικούς λόγους γενικού συμφέροντος, όπως απαιτήσεις σχεδιασμού προκειμένου να διασφαλιστεί επαρκής και μόνιμη πρόσβαση σε ένα ισόρροπο φάσμα ποιοτικής νοσοκομειακής περίθαλψης στο ενδιαφερόμενο κράτος μέλος ή προκειμένου να υλοποιηθεί ο στόχος της περιστολής των εξόδων και της πρόληψης, στον

⁷⁵. Βλ. Smits-Peerbooms, Müller Faure και van Riet, ό.π.

⁷⁶. Βλ. G. DAVIES, Legislating for patients' rights, σε: J.W. van de Gronden (ed.), Health Care and EU Law, 2011, σ. 196.

⁷⁷. Η παράγραφος αυτή δεν θίγει τις εθνικές διατάξεις που επιτρέπουν στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να ορίζουν τις τιμές τους, υπό τον όρο ότι δεν επιβάλλουν διακρίσεις εις βάρος των ασθενών από άλλα κράτη μέλη.

βαθμό του δυνατού, της σπατάλης χρηματικών, τεχνικών και ανθρώπινων πόρων, να θεσπίσει μέτρα σχετικά με την πρόσβαση στη θεραπεία με σκοπό να καλύψει τη θεμελιώδη ευθύνη του να εξασφαλίζει ικανοποιητική και μόνιμη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στο έδαφός του. Τα εν λόγω μέτρα περιορίζονται στα απολύτως αναγκαία και αναλογικά και δεν μπορούν να συνιστούν μέσο αυθαίρετων διακρίσεων και δημοσιοποιούνται εκ των προτέρων.

Μια πρόβλεψη που ενδέχεται να υπονομεύσει την απόλαυση της ευρωπαϊκής κοινωνικής ιθαγένειας, σε καιρούς οικονομικής κρίσης, είναι η καθιέρωση από την Οδηγία του δικαιώματος του κράτους μέλους περίθαλψης να επικαλεστεί λόγους γενικού συμφέροντος, προκειμένου να αρνηθεί την πρόσβαση υπηκόων άλλων κρατών μελών στις υπηρεσίες που παρέχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας (άρθρο 4 παρ. 3). Τα εν λόγω μέτρα, δημοσιοποιούμενα εκ των προτέρων, θα πρέπει να περιορίζονται στα απολύτως αναγκαία - αναλογικά και να μην συνιστούν μέσο αυθαίρετων διακρίσεων. Η διάταξη αυτή βρίσκεται στην ίδια ευθεία με την πρόσφατη εξέλιξη της νομολογίας ΔΕΕ. Αποδεικνύεται δυστυχώς ότι η εμβληματική απόφαση *Grzeleczyk* ήταν απλώς ένα «όνειρο» κι όχι η απαρχή μιας ευρωπαϊκής κοινωνικής πολιτικής⁷⁸.

Προκειμένου να ξεπεραστούν τα γλωσσικά εμπόδια, το άρθρο 4 παρ. 5 της Οδηγίας προβλέπει ότι τα κράτη μέλη μπορούν να επιλέξουν να παρέχουν πληροφορίες σε άλλες γλώσσες από αυτές που είναι οι επίσημες γλώσσες του ενδιαφερόμενου κράτους μέλους. Παρατηρούμε ότι η διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη δεν αποτελεί μια απλή μετακίνηση ασθενών, αλλά κάτι πιο σύνθετο. Προϋποθέτει εξίσου συντονισμό των παρεπόμενων όρων της περίθαλψης, από το ταξίδι μέχρι τη γλώσσα.

στ) Αναγνώριση συνταγών που έχουν εκδοθεί σε άλλο κράτος μέλος

Η Οδηγία καθιέρωσε ένα είδος διασυνοριακής φαρμακευτικής περίθαλψης, ένα είδος «ελεύθερης κυκλοφορίας συνταγών». Της αμοιβαίας αναγνώρισης φαρμακευτικών συνταγών προηγήθηκε μια προσπάθεια εναρμόνισης στον χώρο του φαρμάκου που αφορούσε την έκδοση των συνταγών, το περιεχόμενό τους, την αυθεντικότητά τους, κ.α. (βλ. *Résolution du 20 Déc. 1995*). Το ΔΕΕ έχει ήδη εφαρμόσει τους κανόνες της Συνθήκης στους εθνικούς νόμους για τα φαρμακεία και τις φαρμακευτικές προμήθειες και συνταγές⁷⁹.

Κατά το άρθρο 11 της Οδηγίας, αν ένα φάρμακο έχει άδεια κυκλοφορίας στο έδαφός τους σύμφωνα με την Οδηγία 2001/83/EK ή τον Κανονισμό (ΕΚ) αριθ. 726/2004, τα κράτη μέλη εξασφαλίζουν ότι οι συνταγές που χορηγούνται για αυτό το προϊόν σε άλλο κράτος μέλος για έναν κατονομαζόμενο ασθενή μπορούν να χρησιμοποιούνται στο έδαφός τους, σύμφωνα με την ισχύουσα εθνική νομοθεσία τους, και ότι απαγορεύονται οι περιορισμοί της αναγνώρισης μεμονωμένων συνταγών⁸⁰. «Συνταγή» κατά το άρθρο 3 είναι: η συνταγή φαρμάκου ή ιατροτεχνολογικού βοηθήματος η οποία εκδίδεται από ασκούντα νομοθετικά κατοχυρωμένο επάγγελμα στον τομέα της υγείας κατά την έννοια του άρθρου 3 παρ. 1, στοιχείο α', της Οδηγίας 2005/36/EK που έχει νόμιμη άδεια για τον σκοπό αυτό στο κράτος μέλος όπου εκδίδεται η συνταγή.

Συγκεκριμένα, η αναγνώριση των συνταγών δεν θίγει το δικαίωμα του φαρμακοποιού, βάσει οιοδήποτε εθνικού κανόνα, να αρνηθεί, για λόγους δεοντολογίας, τη χορήγηση φαρμάκου για το οποίο η συνταγή έχει εκδοθεί σε άλλο κράτος μέλος, στο οποίο ο φαρμακοποιός θα είχε δικαίωμα να αρνηθεί τη χορήγησή του, εάν η συνταγή είχε εκδοθεί στο κράτος μέλος ασφάλισης.

Το κράτος μέλος ασφάλισης λαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα, επιπροσθέτως της αναγνώρισης της συνταγής, για να διασφαλίσει τη συνέχεια της θεραπείας όταν μια συνταγή

⁷⁸. Βλ. Α. ΣΤΕΡΓΙΟΥ, *Κοινωνικά Δικαιώματα*, 2023, σ. 288.

⁷⁹. Βλ. ΔΕΚ C-322/01, *Deutscher Apothekerverband*, 11.12.2003, ECLI:EU:C:2003:664.

⁸⁰. Εκτός αν οι περιορισμοί αυτοί: α) περιορίζονται στα απολύτως αναγκαία και αναλογικά προς τη διαφύλαξη της ανθρώπινης υγείας και δεν εισάγουν διακρίσεις ή β) βασίζονται σε θεμιτές και αιτιολογημένες αμφιβολίες ως προς τη γνησιότητα, το περιεχόμενο ή τη δυνατότητα κατανόησης μιας συγκεκριμένης συνταγής.

εκδίδεται στο κράτος μέλος της θεραπείας και αφορά φάρμακα ή ιατροτεχνολογικά βοηθήματα διατιθέμενα στο κράτος μέλος ασφάλισης, και όταν η χορήγηση ζητείται στο κράτος μέλος ασφάλισης. Η ανωτέρω διάταξη ισχύει επίσης για τα ιατροτεχνολογικά βοηθήματα που κυκλοφορούν νομίμως στην αγορά του αντίστοιχου κράτους μέλους. Η παρ. 1 του άρθρου 11 δεν εφαρμόζεται για τα φάρμακα που υπόκεινται σε ειδική ιατρική συνταγή που προβλέπεται στο άρθρο 71 παρ. 2 της Οδηγίας 2001/83/ΕΚ.

Γ. Διασυνοριακή περίθαλψη στη βάση συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών

Η πλήρης (άγρια, ανεξέλεγκτη) απελευθέρωση της διασυνοριακής περίθαλψης, από τη στιγμή που καταγράφονται μεταξύ των κρατών μελών σοβαρές διαφορές ως προς το επίπεδο της παρεχόμενης προστασίας και των διαθέσιμων πόρων, θα ήταν επικίνδυνη για τη βιωσιμότητα των εθνικών συστημάτων. Πιο πρόσφορη θα ήταν μια ήπια παράκαμψη του συστήματος της προέγκρισης (της εθνικής τροχοπέδης) με την ανάπτυξη της συνεργασίας (collaboration) μεταξύ των κρατών μελών, κυρίως των όμορων.

Προς αυτή την κατεύθυνση, η Οδηγία 2011/24/ΕΕ ορθώς άνοιξε μια δίοδο στη συνεργασία που τείνει να συμπληρώσει το ισχύον θεσμικό πλαίσιο, όπως αυτό διαγράφεται από το δίδυμο του Κανονισμού και της Οδηγίας. Η αρχική ιδέα της Επιτροπής να προτείνει μια υποχρέωση συνεργασίας έδωσε τη θέση της σε μια πιο ρεαλιστική – κοντά στις πραγματικές επιθυμίες των κρατών μελών – προσέγγιση, σ' εκείνη της ενθάρρυνσης, χωρίς να διευκρινίζεται ακριβώς τι εννοείται με τον όρο αυτό. Μοίρασμα εμπειριών, ανταλλαγή καλών πρακτικών, διάλογος πάνω σε κοινά προβλήματα, «benchmarking», κι όλα αυτά στο πεδίο της υγειονομικής περίθαλψης κι όχι της ενιαίας αγοράς⁸¹. Η συνεργασία, ενώ δεν δημιουργεί πρόσθετα δικαιώματα για τους ασθενείς, ωστόσο, παρέχει σε αυτούς σημαντικά πλεονεκτήματα, αναφερόμενη σε υγειονομικές δομές και διευκολύνσεις.

Κατά το άρθρο 10 της Οδηγίας, «2. Τα κράτη μέλη διευκολύνουν τη συνεργασία για την παροχή διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, καθώς και μέσω ΤΠΕ και άλλων μορφών διασυνοριακής συνεργασίας. 3. Η Επιτροπή ενθαρρύνει τα κράτη μέλη, και ειδικότερα τα γειτονικά κράτη, να συνάπτουν αμοιβαίες συμφωνίες. Η Επιτροπή ενθαρρύνει επίσης τα κράτη μέλη να συνεργάζονται για την παροχή διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, ειδικότερα στις παραμεθόριες περιοχές». Η συνεργασία (collaboration) δεν αφορά μόνο τη διασυνοριακή περίθαλψη, αλλά και τις υποδομές, την τεχνογνωσία, το δίκτυο ηλεκτρονικής υγείας e-Health (άρθρο 14), τη συνεργασία και την ανταλλαγή επιστημονικών πληροφοριών μεταξύ των κρατών μελών στο πλαίσιο εθελοντικού δικτύου που συνδέει τις εθνικές αρχές ή τους αρμόδιους φορείς για την αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας που ορίζουν τα κράτη μέλη (άρθρο 15).

Κατά την Οδηγία (άρθρο 12), τα κράτη μέλη θα πρέπει να ενθαρρύνουν τη δημιουργία ευρωπαϊκών δικτύων αναφοράς (réseaux européens de référence), καθιερώνοντας έτσι – όταν υπάρξουν τα δίκτυα αυτά – ένα δικαίωμα πρόσβασης στην ιατρική καινοτομία. Ειδικότερα, η Επιτροπή στηρίζει τα κράτη μέλη στην ανάπτυξη ευρωπαϊκών δικτύων αναφοράς μεταξύ παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και κέντρων εμπειρογνωμοσύνης των κρατών μελών, ιδιαίτερα στον τομέα των σπάνιων νόσων. Τα δίκτυα βασίζονται στην εθελοντική συμμετοχή των μελών τους, τα οποία συμμετέχουν και συμβάλλουν στις δραστηριότητες των δικτύων σύμφωνα με τη νομοθεσία του κράτους μέλους όπου είναι εγκατεστημένα τα μέλη και είναι πάντα ανοικτά σε κάθε νέο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης που επιθυμεί να συμμετέχει, εφόσον ο εν λόγω πάροχος πληροί όλες τις απαιτούμενες προϋποθέσεις⁸². Τα ανωτέρω δίκτυα

⁸¹. Βλ. T. HERVEY, Cooperation between health care authorities in the proposal Directive on patients' rights in cross-border healthcare, σε: J.W. van de Gronden (ed.), Health Care and EU Law, 2011, σ. 185.

⁸². Τα ευρωπαϊκά δίκτυα αναφοράς έχουν τουλάχιστον τους ακόλουθους τρεις στόχους: α) συμβολή στην πραγμάτωση του δυναμικού της ευρωπαϊκής συνεργασίας για την πολύ εξειδικευμένη υγειονομική περίθαλψη των ασθενών και για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης με την εκμετάλλευση των καινοτομιών της ιατρικής επιστήμης και των τεχνολογιών υγείας, β) συμβολή στην ενοποίηση των γνώσεων όσον αφορά στην πρόληψη των νόσων, γ) προώθηση των βελτιώσεων όσον αφορά τη διάγνωση και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας, προσβάσιμης και οικονομικά αποδοτικής για όλους τους ασθενείς που πάσχουν από ασθένεια για την οποία απαιτείται ιδιαίτερη συγκέντρωση ειδικών γνώσεων σε τομείς της ιατρικής όπου σπανίζει η

αποτελούν ένα εγχείρημα οργανωμένης συνεργασίας που δεν περιορίζεται μόνο στα σπάνια νοσήματα.

Όπως αναφέραμε, η Οδηγία δεν απελευθέρωσε μόνο την κινητικότητα των ασθενών, αλλά ενθάρρυνε και την ανάπτυξή της πάνω σε μια συναινετική βάση. Η ενθάρρυνση της διασυνοριακής συνεργασίας έχει και μια περιφερειακή διάσταση, προκειμένου να υπάρξουν οικονομίες κλίμακας σε τοπικό επίπεδο (άρθρο 10 παρ. 3). Κυρίως, στην κεντρική και δυτική Ευρώπη, ανάμεσα σε γειτονικές χώρες με κοινές παραδόσεις κοινωνικού κράτους (λ.χ. ανάμεσα στην Αυστρία και Ιταλία) συνάπτονται διμερείς συμφωνίες. Λ.χ. η TRISAN αποτελεί μια τριμερή συνεργασία Γαλλίας, Γερμανίας και Ελβετίας στην περιοχή του Άνω Ρήνου. Η συνεργασία αυτή αποδείχθηκε ιδιαίτερα επωφελής σε περιπτώσεις επιδημιών. Ακόμη, η συνεργασία για διασυνοριακή περίθαλψη έχει οδηγήσει στην ίδρυση διμερούς (bi-national) νοσοκομείου (Hospital de Cerdanya/ Hôpital de Cerdagne) που βρίσκεται στα Ανατολικά Πυρηναία. Το νοσοκομείο αυτό που εξυπηρετεί τοπικό πληθυσμό και τουρίστες, ιδρύθηκε από τη Γαλλία και την Καταλονία (Ισπανία)⁸³.

Στην ανωτέρω προοπτική, το άρθρο 36 του ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ, προβλέποντας τη σύναψη συμβάσεων και διμερών συμφωνιών, άνοιξε τον δρόμο για τέτοιες υγειονομικές συνεργασίες. Ειδικότερα, το Δ.Σ. ΕΟΠΥΥ, κατόπιν εισήγησης της αρμόδιας Διεύθυνσης του ΕΟΠΥΥ, δύναται να εγκρίνει τη σύναψη συμβάσεων ή συμφωνιών συνεργασίας με Νοσοκομεία εντός και εκτός της Ε.Ε., λοιπούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, φορείς κοινωνικής ασφάλισης και άλλους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Εφόσον ο ΕΟΠΥΥ έχει συνάψει σχετική διμερή σύμβαση / συμφωνία με νοσηλευτικό κέντρο εκτός Ελλάδας (εντός ή εκτός Ε.Ε.) ή με ιδιωτική πτέρυγα δημοσίου νοσηλευτικού κέντρου (εντός Ε.Ε.), για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων παθήσεων, θα καταβάλλεται το ποσό του ειδικού τιμολογίου, όπως αυτό θα ορίζεται κατά περίπτωση στους όρους της διμερούς συμφωνίας. Εφόσον ο ασφαλισμένος επιθυμεί να νοσηλευθεί σε άλλο νοσηλευτικό κέντρο, τότε καλύπτεται από τον ΕΟΠΥΥ η δαπάνη που έχει ορισθεί στη συμφωνία και ενδεχόμενη υπερβάλλουσα οικονομική διαφορά καταβάλλεται από τον ίδιο τον ασφαλισμένο.

Επίμετρο

Η αναζήτηση της κατάλληλης θεραπείας δεν γνωρίζει εθνικά σύνορα. Όπως μετακινούνται οι ιατροί, κυκλοφορούν και οι ασθενείς. Αντίστοιχα με τους γιατρούς χωρίς σύνορα – οι ιατροί ήταν από τους πρώτους που απήλαυσαν την πραγματική άσκηση του δικαιώματος στην ελεύθερη κυκλοφορία⁸⁴ – υπάρχουν και ασθενείς χωρίς σύνορα. Θεωρητικά, ο κάθε ασθενής μπορεί να μεταβεί στο εξωτερικό για να τύχει υγειονομικής περίθαλψης είτε γιατί αυτή δεν υπάρχει στην πατρίδα του είτε γιατί αργεί πάρα πολύ είτε γιατί δεν την εμπιστεύεται. Μάλιστα, η παγκοσμιοποίηση αύξησε τις δυνατότητες σε προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών. Μπορεί οι δυνατότητες για «το καλό των αρρώστων» («επ' ωφελείη καμνόντων») του Ιπποκράτη να εκτινάχθηκαν, θα πρέπει, όμως, να είναι προσβάσιμες σε όλους ή τουλάχιστον στους περισσότερους. Εδώ, παρεμβαίνει ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης που επιστρέφει ή καταβάλλει απευθείας τις δαπάνες της διασυνοριακής

εμπειρογνωμοσύνη, δ) μεγιστοποίηση της οικονομικής αποδοτικότητας στη χρήση των πόρων με τη συγκέντρωσή τους όπου είναι σκόπιμο, ε) ενίσχυση της έρευνας, της επιδημιολογικής επιτήρησης όπως τα μητρώα και στην παροχή κατάρτισης για τους επαγγελματίες της υγείας, στ) προώθηση της κινητικότητας της εμπειρογνωμοσύνης, εικονικής και υλικής, και στην ανάπτυξη, ανταλλαγή και διάδοση πληροφοριών, γνώσεων και βέλτιστων πρακτικών και ενίσχυση της πρόόδου στον τομέα της διάγνωσης και θεραπείας σπάνιων νόσων, εντός και εκτός των δικτύων, ζ) ενθάρρυνση της διαμόρφωσης μονάδων συγκριτικής αξιολόγησης της ποιότητας και της ασφάλειας και συμβολή στην ανάπτυξη και στη διάδοση βέλτιστων πρακτικών εντός και εκτός του δικτύου, η) συνδρομή στα κράτη μέλη με ανεπαρκή αριθμό ασθενών που πάσχουν από συγκεκριμένες ασθένειες ή με έλλειψη τεχνολογίας ή ειδικών γνώσεων να παρέχουν υπηρεσίες υψηλής εξειδίκευσης και ποιότητας.

⁸³. Βλ. M. WISMAR ...[et al.], Crossing the border for health care: adding value for patients and health systems, Eurohealth, ό.π.

⁸⁴. Βλ. Οδηγίες για την αναγνώριση των διπλωμάτων. Το ζήτημα είναι ο συντονισμός των όρων πρόσβασης στο ιατρικό επάγγελμα, καθώς και του περιεχομένου της εκπαίδευσης.

περίθαλψης. Πότε το κάνει; Όταν ο εθνικός φορέας το κρίνει πρόσφορο, λαμβάνοντας υπόψη την περιστολή δαπανών και τον υγειονομικό προγραμματισμό της χώρας. Πώς το κάνει; Με τη χορήγηση ή όχι προέγκρισης.

Το ενωσιακό δίκαιο παρενέβη για να εγκαταστήσει μια ισορροπία ανάμεσα στην ελεύθερη κυκλοφορία των ασθενών και τη διαφύλαξη της βιωσιμότητας των εθνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης/υγείας. Με την υιοθέτηση του Κανονισμού και της Οδηγίας – που «κωδικοποίησε», όπως είδαμε, προηγούμενη νομολογία ΔΕΕ – ο εθνικός νομοθέτης δεν αισθάνεται πλέον πλήρως ελεύθερος να οργανώσει κατά το δοκούν και ανέλεγκτα τη διασυνοριακή παροχή υπηρεσιών υγείας σε άλλα κράτη μέλη της Ε.Ε. Έχει θεσμοθετηθεί ένα ενωσιακό πλαίσιο που είτε ελέγχει τη χορήγηση της έγκρισης από τον αρμόδιο φορέα (οδός του Κανονισμού) είτε επιτρέπει σε κάθε περίπτωση την επιστροφή των δαπανών αλλά στο προβλεπόμενο από τη νομοθεσία του αρμόδιου φορέα ύψος (οδός της Οδηγίας).

Ο Ευρωπαίος ασθενής έχει αναχθεί πλέον σε αυτόνομο υποκείμενο της ευρωπαϊκής ενοποίησης. Η διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη στην Ε.Ε., αφενός, επιτρέπει την κινητικότητα εντός Ε.Ε. για διάφορους λόγους, αφετέρου, αυξάνει τις επιλογές των ασθενών για προγραμματισμένη περίθαλψη στο εξωτερικό. Το όλο κανονιστικό πλαίσιο συμπληρώνεται με την ενθάρρυνση της συνεργασίας που είναι σε θέση να οργανώσει την ασυντόνιστη μετακίνηση των ασθενών πάνω σε μια οργανωμένη και επ' ωφελεία όλων βάση.