



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ – ΘΕΣΜΙΚΟ
ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Ι. ΚΑΡΑΝΑΣΤΑΣΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΜΙΝΟΓΡΑΝΝΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2016

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας

Μεταπτυχιακή Διατριβή

Τίτλος: «Διασυνοριακή Περίθαλψη και Ιατρικός Τουρισμός – Θεσμικό Πλαίσιο και Προοπτικές στην Ελλάδα»

Ευάγγελος Ι. Καραναστάσης

Επιβλέπων Καθηγητής

Παναγιώτης Μινογιάννης

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμό Υπηρεσιών Υγείας από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Ιανουάριος 2016

Περίληψη

Στόχος της παρούσας διατριβής είναι σε πρώτο επίπεδο να παρουσιάσει το θεσμικό πλαίσιο που διέπει τη Διασυνοριακή Περίθαλψη στην Ευρωπαϊκή Ένωση γενικότερα και στην Ελλάδα ειδικότερα. Σε ένα δεύτερο επίπεδο στόχος είναι να παρουσιασθεί η έννοια του Ιατρικού Τουρισμού και η ανάπτυξή του σε παγκόσμιο επίπεδο και στην Ελλάδα.

Παρουσιάζεται η εξέλιξη της Ευρωπαϊκής πολιτικής υγείας που οδηγεί τελικά στην έκδοση Κανονισμών και Οδηγιών για τη Διασυνοριακή Περίθαλψη. Αυτά τα νομικά κείμενα αναλύονται και επισημαίνονται οι βασικές τους πρόνοιες. Παρουσιάζεται αναλυτικά η εφαρμογή της ευρωπαϊκής νομοθεσίας στην Ελλάδα ως προς την κινητικότητα των ασθενών και τα δικαιώματά τους όταν λαμβάνουν υπηρεσίες Διασυνοριακής Περίθαλψης. Επισημαίνονται τα προβλήματα που δημιουργούνται και παρουσιάζονται στοιχεία σχετικά με την κινητικότητα των ασθενών στο χώρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Παρουσιάζεται και αναλύεται η έννοια του Ιατρικού Τουρισμού. Γίνεται ειδική αναφορά στην ανάπτυξη του Ιατρικού Τουρισμού σε παγκόσμιο επίπεδο και ιδίως και στην Ελλάδα με έμφαση στους βασικούς λόγους για τους οποίους οι Ελληνικοί ιδιωτικοί πάροχοι υγείας βρίσκονται σε δύσκολη και επικίνδυνη οικονομική κατάσταση.

Η έρευνα εστιάζει στην επισκόπηση των διαθέσιμων νομικών κειμένων και στη μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά κυρίως με τη Διασυνοριακή Περίθαλψη και τον Ιατρικό Τουρισμό.

Το υπάρχον νομικό και θεσμικό πλαίσιο στην Ευρώπη και στην Ελλάδα διευκολύνουν την ανάπτυξη και της Διασυνοριακής Περίθαλψης και του Ιατρικού Τουρισμού. Υπάρχουν ακόμη συγκεκριμένα εμπόδια που πρέπει να υπερπηδηθούν. Στην Ελλάδα καταβάλλεται για πρώτη φορά συστηματική προσπάθεια από ιδιωτικούς παρόχους για εισέλθει η χώρα στην παγκόσμια αγορά του Ιατρικού Τουρισμού.

Summary

The purpose of this thesis is primarily to present the institutional framework of Cross Border Healthcare in the European Union in general and in Greece in particular. This thesis secondary aims to illustrate the meaning of Medical Tourism and its development in the world and in Greece.

The evolution of European health policy that gradually leads to the implementation of Guidelines and Regulations on Cross Border Healthcare is also illustrated. These legal texts are also presented with a detail analysis of their main provisions. The implementation of European legislation in Greece concerning the mobility of patients and their rights when receiving treatment in the Cross Border Healthcare concept is also analytically presented. Problems that arise are also pointed out and there data related to patients' mobility in Europe are also being presented

The meaning of Medical Tourism is also analytically illustrated. There is a special report on the development of Medical Tourism throughout in the world and especially in Greece with a regard to the main reasons that Greek private healthcare providers are in difficult and precarious economic situation.

The survey emphasizes on a review of available legal texts and on a study of existing bibliography mostly related to Cross Border Healthcare and Medical Tourism.

The existing legal and institutional framework in Europe and Greece facilitate the development of Cross Border Healthcare and Medical Tourism. There are still certain obstacles to overcome. A systematic effort takes place for the first time in Greece by private healthcare providers so that the country may enter into the globe market of Medical Tourism.

Πίνακας Περιεχομένων

Κεφάλαιο 1	10
Εισαγωγή	10
Κεφάλαιο 2 Διασυνοριακή Περίθαλψη	13
2.1 Η Ευρωπαϊκή Πολιτική Υγείας.....	13
2.1.1 Αρχή της επικουρικότητας και αντιφάσεις.....	14
2.1.2 Το ευρωπαϊκό δίκαιο ως εργαλείο για τη διασυνοριακή περίθαλψη	17
2.1.3 Υγεία σε όλες τις πολιτικές (HiaP).....	20
2.1.4 Η πολυπλοκότητα του φαινομένου	22
2.2 Ο Κανονισμός 883/04	23
2.2.1 Βασικές αρχές του Κανονισμού	24
2.2.2 Η σημασία του Κανονισμού για την Ευρωπαϊκή Πολιτική Υγείας	26
2.2.3 Η Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας – ΕΚΑΑ – Η χρήση της στην Ελλάδα 27	
2.3 Η Οδηγία 2011/24/ΕΕ	30
2.3.1 Ορισμός της Διασυνοριακής Περίθαλψης.....	30
2.3.2 Η βασική αρχή της Οδηγίας	31
2.3.3 Η προηγούμενη έγκριση	32
2.3.4 Συγκεκριμένα κριτήρια – Τυποποίηση της διαδικασίας	35
2.3.5 Τα Εθνικά Σημεία Επαφής	39
2.3.6 Παράλληλη εφαρμογή του Κανονισμού 883/04 και της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ	
41	
Κεφάλαιο 3 Ο Ιατρικός Τουρισμός	45
3.1 Εννοιολογική προσέγγιση	45

3.1.1	Ιατρικός Τουρισμός και Διασυνοριακή Περίθαλψη.....	46
3.1.2	Ιατρικός Τουρισμός και Τουρισμός Υγείας	47
3.1.3	Οι Ιατρικοί Τουρίστες	47
3.2	Η ανάπτυξη του Ιατρικού Τουρισμού.....	49
3.2.1	Οι παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη	49
3.2.2	Τόποι προορισμού	51
3.2.3	Τα οικονομικά αποτελέσματα	53
3.2.4	Η διαδικασία πιστοποίησης των παρόχων.....	54
3.3	Ιατρικός Τουρισμός στην Ελλάδα.....	55
3.3.1	Το θεσμικό πλαίσιο	55
3.3.2	Οι θεσμικές παρεμβάσεις στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα	57
3.3.3	Το αποτέλεσμα των παρεμβάσεων – Η οικονομική δυσπραγία των παρόχων	60
	Κεφάλαιο 4_Επίλογος.....	63
4.1	Το Πρόγραμμα ECAB.....	64
4.1.1	Τα ζητήματα που εξετάστηκαν.....	64
4.1.1	Τα σημαντικότερα συμπεράσματα	65
4.2	Η Εκτίμηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Οδηγία 2011/24/ΕΕ	68
4.2.1	Τα βασικά ερωτήματα	68
4.2.2	Τα κυριότερα συμπεράσματα	69
4.3	Η χρήση της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλειας Ασθένειας στην Ε.Ε.	73
4.4	Διασυνοριακή Περίθαλψη, εξέλιξη και προοπτική.....	74
4.5	Οι προοπτικές του Ιατρικού Τουρισμού στην Ελλάδα.....	75
4.5.1	Προοπτικές ανάπτυξης	75

4.5.2 Η επιλογή της καλύτερης λύσης.....	77
Βιβλιογραφία	80

Ευχαριστίες

Η παρούσα διατριβή δε θα μπορούσε να έχει ολοκληρωθεί χωρίς τη βοήθεια και την κατανόηση του επιβλέποντος Καθηγητή κ. Π. Μινογιάννη. Στον ίδιο αλλά και στο σύνολο των διδασκόντων του Τμήματος εκφράζω τις θερμές μου ευχαριστίες. Με λόγο περιεκτικό και κατανοητό μεταδίδουν με επάρκεια τις γνώσεις τους στο αντικείμενο της Πολιτικής Υγείας σε μεταπτυχιακό επίπεδο, ακόμη και σε φοιτητές που δεν έχουν ασχοληθεί στο ελάχιστο με το αντικείμενο αυτό στις βασικές τους σπουδές.

Κεφάλαιο 1

Εισαγωγή

Η παρούσα διατριβή έχει ως αντικείμενό της τη Διασυνοριακή Περίθαλψη (Cross Border Care) και τον Ιατρικό Τουρισμό (Medical Tourism). Στο δεύτερο Κεφάλαιο καταβάλλεται προσπάθεια να ερμηνευθεί εννοιολογικά η Διασυνοριακή Περίθαλψη και να αναλυθεί το θεσμικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο αυτή αναπτύσσεται στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Ελλάδα. Τα βασικά νομικά κείμενα, δηλαδή ο **Κανονισμός 883/04** και η **Οδηγία 2011/24/ΕΕ** παρουσιάζονται **στα πλαίσια μίας εξελικτικής διαδικασίας της γενικότερης πολιτικής υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.)**. Η πολιτική αυτή για πολλά χρόνια ακολούθησε μία τακτική αποχής των θεσμικών οργάνων της Ε.Ε. από την ανάμειξή τους στην εθνική πολιτική υγείας των κρατών μελών. Η αρχή της επικουρικότητας που ακολουθείτο ως προς τον τομέα της υγείας, αντιμετώπιζε την υγεία ως μία εθνική υπόθεση.

Στην πορεία όμως παρατηρείται μία οπισθοχώρηση αυτής της αρχής. Η Ε.Ε. με διάφορες παρεμβάσεις οδηγείται σταδιακά σε μία πιο ενεργή ανάμειξη. Τούτο γίνεται **με όχημα το ευρωπαϊκό δίκαιο, αλλά και την ανάγκη για καλύτερο συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης των χωρών μελών της Ε.Ε.** Σταδιακά αμφισβητείται η απόλυτη διάκριση της υγείας από άλλες οικονομικές δραστηριότητες. Η ανάγκη για καλύτερο συντονισμό των εθνικών πολιτικών ασφάλισης οδηγεί τελικώς στον **Κανονισμό 883/2004**. Ο Κανονισμός ουσιαστικά **ανοίγει το δρόμο** στην κινητικότητα των ασφαλισμένων εντός της Ε.Ε. για τη λήψη υπηρεσιών υγείας. Η εμφάνιση και ευρύτατη χρήση της **Ευρωπαϊκής Κάρτας**

Ασφάλισης Ασθένειας και η έκδοση της **Οδηγίας 2011/24/ΕΕ** που αναγνωρίζει απερίφραστα πλέον την έννοια της διασυνοριακής περίθαλψης αποτελούν τα επόμενα μεγάλα βήματα.

Η ενσωμάτωση της Οδηγίας στο εθνικό δίκαιο αναλύεται εκτενώς και όχι μόνο σε θεωρητικό επίπεδο. Αναλύεται πάντοτε σε συνδυασμό με τις εκτελεστικές οδηγίες και εγκυκλίους του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Καταβάλλεται προσπάθεια ώστε να αναδειχθούν τα διάφορα προβλήματα που εμφανίζονται και να εξηγηθεί η διαδικασία που ακολουθείται στην Ελλάδα, αλλά και κατ' επέκταση στο εσωτερικό της Ε.Ε. ως προς δύο σημαντικά σημεία. Το πρώτο είναι η αναγνώριση των δαπανών και το δεύτερο είναι η προηγούμενη έγκριση της μετάβασης του ασθενούς σε άλλη χώρα. Η παράλληλη εφαρμογή δύο διαφορετικών μεταξύ τους νομικών κειμένων, του Κανονισμού και της Οδηγίας και οι ιδιαιτερότητες που ανακύπτουν από αυτή, επίσης αναλύονται συστηματικά στο τέλος του δευτέρου Κεφαλαίου.

Στο τρίτο Κεφάλαιο της διατριβής **παρουσιάζεται και προσεγγίζεται εννοιολογικά η έννοια του Ιατρικού Τουρισμού**. Επιχειρείται να διακριθεί από την έννοια της Διασυνοριακής Περίθαλψης, μολονότι αυτό δεν είναι πάντοτε εφικτό. Παρουσιάζονται οι επί μέρους τύποι του Ιατρικού Τουρισμού και επεξηγείται η έννοια του **ιατρικού τουρίστα**. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στην ανάπτυξη του φαινομένου, τόσο στην Ελλάδα όσο κυρίως και σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι παράγοντες που προκαλούν αυτήν την ανάπτυξη, οι τόποι προορισμού και τα οικονομικά αποτελέσματα του φαινομένου παρουσιάζονται κατά τρόπο συνοπτικό. Ιδιαίτερη βαρύτητα αποδίδεται στο ζήτημα **της πιστοποίησης των παρόχων** με βάση διεθνή πρότυπα και υπό την αιγίδα διεθνών φορέων πιστοποίησης.

Ο Ιατρικός Τουρισμός για πρώτη φορά αναγνωρίζεται ως έννοια στην Ελλάδα με Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΚΥΑ) που υπογράφεται το 2013. Η Απόφαση αυτή έρχεται σε μία εποχή όπου οι ιδιωτικοί πάροχοι υγείας στην Ελλάδα δοκιμάζονται από την οικονομική κρίση και από τις πολιτικές που εφαρμόζονται μετά την ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για συγκράτηση των δαπανών στο χώρο της υγείας. Η **οικονομική δυσπραγία των παρόχων** ως αποτέλεσμα των παραπάνω παρουσιάζεται ενδελεχώς. Αυτή η δυσπραγία **παρακινεί τους παρόχους** προς τη στρατηγική επιλογή του Ιατρικού Τουρισμού.

Τέλος στο τέταρτο και τελευταίο Κεφάλαιο επιχειρείται μία αποτίμηση της εφαρμογής των νέων θεσμικών ρυθμίσεων για τη Διασυνοριακή Περίθαλψη σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παρουσιάζονται στοιχεία για τη χρήση της Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας, αλλά και για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει η Οδηγία 2011/24/ΕΕ στην εφαρμογή της. Στο κεφάλαιο αυτό επιλέγεται να πραγματοποιηθεί και μία πρώτη αποτίμηση της ανάπτυξης του Ιατρικού Τουρισμού στην Ελλάδα. Σκοπός του επιλόγου της παρούσας **δεν είναι να διατυπωθούν καταληκτικά συμπεράσματα**, αλλά κυρίως να αναδειχθεί ότι τα δύο αυτά αντικείμενα αποτελούν και για την Ευρώπη **και κυρίως για την Ελλάδα** μία νέα πραγματικότητα. Μία νέα πραγματικότητα που εξελίσσεται άλλοτε με προβλήματα, άλλοτε χωρίς. Ιδίως για την Ελλάδα επιχειρείται μέσα από την παρουσίαση συγκεκριμένων δράσεων που έχουν αναληφθεί στον τομέα του Ιατρικού Τουρισμού, να καταδειχθεί **η σπουδαιότητα του φαινομένου για το μέλλον των ιδιωτικών κυρίως παρόχων υγείας**.

Για τη συγγραφή της παρούσας διατριβής αναζητήθηκε υλικό από διάφορες πηγές. Η εθνική και ευρωπαϊκή νομοθεσία αποτέλεσαν βασικές πηγές άντλησης πληροφοριών. Άρθρα από επιστημονικά περιοδικά που ανευρέθηκαν στο Διαδίκτυο, καθώς και βιβλιογραφία σχετική με το αντικείμενο επίσης προσέθεσαν απαραίτητες πληροφορίες. Επιχειρήθηκε η σύνθεση αυτού του υλικού και καταβλήθηκε προσπάθεια ώστε τα νομικά κείμενα να παρουσιάζονται και να αναλύονται και με τη βοήθεια και άλλων πηγών, ώστε να γίνει κατανοητή κυρίως η εφαρμογή τους στην πράξη. Δυστυχώς και τα δύο βασικά αντικείμενα της παρούσας, δηλαδή η Διασυνοριακή Περίθαλψη και ο Ιατρικός Τουρισμός, για την Ελλάδα αποτελούν καινούργιες διαδικασίες από κάθε άποψη (θεσμική, νομική, οικονομική, επιστημονική), για την οποία δεν υπάρχει επαρκής ή και καθόλου βιβλιογραφία.

Κεφάλαιο 2

Διασυνοριακή Περίθαλψη

Η διασυνοριακή περίθαλψη στην Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελεί μία σχετικά νέα πραγματικότητα που έχει όμως την εξής ιδιαιτερότητα. Τα δύο βασικά νομοθετικά κείμενα που τη ρυθμίζουν, δηλαδή ο Κανονισμός 883/2004 και η Οδηγία 2011/24/ΕΕ εκδόθηκαν μεν πρόσφατα. Στην ουσία όμως ως φαινόμενο εμφανίζεται από την πρώτη κιόλας στιγμή της ίδρυσης και λειτουργίας της τότε Ε.Ο.Κ. Οι ιδρυτικές Συνθήκες απέκλειαν το χώρο την υγεία από τις διατάξεις της τότε Κοινής Αγοράς. Πλην όμως μέσα από μία μακρά διαδικασία, **που οι ίδιες οι Συνθήκες δρομολόγησαν**, η βούληση των ευρωπαίων πολιτών να μετακινούνται για τη λήψη ποιοτικότερων και φθηνότερων υπηρεσιών υγείας, τελικώς αναγνωρίστηκε εννοιολογικά και ρυθμίστηκε κανονιστικά. Ουσιαστικά δηλαδή και ο χώρος της υγείας εντάσσεται πλέον σταδιακά στις ρυθμίσεις περί ελευθερίας μετακίνησης προσώπων, υπηρεσιών και κεφαλαίων στην Ε.Ε, δηλαδή στην εσωτερική κοινή αγορά της Ένωσης. Στην πρώτη ενότητα του Κεφαλαίου αναλύεται αυτή η εξελικτική διαδικασία της ευρωπαϊκής πολιτικής υγείας, ενώ στη δεύτερη και στην τρίτη ενότητα παρουσιάζονται εκτενώς οι ρυθμίσεις του Κανονισμού 883/2004 και της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ για τη Διασυνοριακή Περίθαλψη.

2.1 Η Ευρωπαϊκή Πολιτική Υγείας

Η μετάβαση από μία ευρωπαϊκή πολιτική που απείχε από την ενασχόληση με τις εθνικές πολιτικές υγείας, σε μία πολιτική που θέτει στο επίκεντρο όλων των επί μέρους πολιτικών της Ε.Ε. την υγεία υπήρξε μακρά και δύσκολη. **Η αρχή της επικουρικότητας δεν ήταν εύκολο να σταθεί αλώβητη σε ένα περιβάλλον πολιτικής και κυρίως οικονομικής ενσωμάτωσης.** Οι αντιφάσεις που ανέκυψαν αντιμετωπίστηκαν από το ευρωπαϊκό δίκαιο, το οποίο μάλλον διευκόλυνε την υποχώρηση της αρχής αυτής. Η δε ανάγκη συντονισμού των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης επιτάχυνε τις εξελίξεις.

2.1.1 Αρχή της επικουρικότητας και αντιφάσεις

Η αρχή της **επικουρικότητας** αποτελεί μία βασική αρχή επί της οποίας στηρίχθηκε η πολιτική υγείας κατά την πορεία της ευρωπαϊκής ενοποίησης. Σε γενικές γραμμές και σύμφωνα με την αρχή αυτή, η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας **παραμένει μία εθνική υπόθεση** και η υγεία δεν αντιμετωπίζεται ως εμπορεύσιμο αγαθό (Mossialos, Mc Kee, Palm et al, 2001). Οι υπηρεσίες υγείας τυγχάνουν δηλαδή διαφορετικής αντιμετώπισης από άλλες υπηρεσίες που αναπτύσσονται εντός της κοινής αγοράς. Βέβαια με το άρθρο 129 της Συνθήκης του Μάαστριχτ επιχειρήθηκε να καμφθεί αυτή η απόλυτη αρχή. Επιφυλάχθηκαν τότε για την Ένωση συγκεκριμένες αρμοδιότητες για θέματα ιδίως δημόσιας υγείας. Οι αρμοδιότητες αυτές κατέστησαν δυνατή μία συντονισμένη δράση σε σημαντικά ζητήματα δημόσιας υγείας, όπως λ.χ. της σπογγώδους εγκεφαλοπάθειας, που απειλούσαν το σύνολο των πολιτών της Ένωσης.

Η συγκεκριμένη διάταξη αναθεωρήθηκε μεταγενέστερα, τόσο από το άρθρο 152 της συνθήκης του Άμστερνταμ, όσο και από το άρθρο 168 της Συνθήκης της Λισσαβόνας. Τελικώς όμως όλες αυτές οι διατάξεις περιορίζονται και πάλι στην εισαγωγή **γενικών κατευθυντήριων γραμμών** για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στα κράτη μέλη, τουλάχιστον μέχρι πρόσφατα, όπως θα δούμε στη συνέχεια. Είναι σαφές ότι και μετά τις νέες αυτές ρυθμίσεις το αποτέλεσμα παρέμεινε το ίδιο. Δηλαδή μόνον όταν η παρέμβαση της Ευρωπαϊκής Ένωσης μπορεί να επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με την επί μέρους εφαρμοζόμενη εθνική πολιτική, αυτή (η παρέμβαση) θα μπορεί να γίνεται αποδεκτή. Η αρχή της επικουρικότητας φάνηκε να επιβιώνει.

Η ανυπαρξία όμως **ρητής διάταξης** στις Συνθήκες που **να εξαιρεί** τις υπηρεσίες υγείας από τις γενικότερες διατάξεις περί ελευθερίας της αγοράς, οδηγεί στην εμφάνιση μίας **θεσμικής ασυμμετρίας** (Σακελλαρόπουλος Θ., επιμέλεια: , 2011). Ενώ δηλαδή η οικονομική δραστηριότητα απελευθερώνεται σε όλες της τις εκφάνσεις, **η υγεία εν τούτοις αντιμετωπίζεται κατά τρόπο ιδιαίτερο**, μολονότι κι αυτή ως υπηρεσία δεν εξαιρείται ρητώς από τις ρυθμίσεις περί ενιαίας αγοράς.

Ας υποθέσουμε δηλαδή ότι στον πυρήνα της οποιασδήποτε εθνικής πολιτικής υγείας ανήκουν ζητήματα όπως λ.χ. η πιστοποίηση και διακίνηση επαγγελματιών υγείας, η κρατική χρηματοδότηση δομών υγείας, η διασυνοριακή περίθαλψη, η παραγωγή και η χρήση ιατρικο-τεχνολογικού εξοπλισμού και φαρμάκων κ.α. Κανένα όμως από αυτά τα ζητήματα ξεχωριστά δε θα μπορούσε να εξαιρεθεί από τις γενικές διατάξεις των Συνθηκών περί οικονομικής ελευθερίας και ελευθερίας στη διακίνηση προσώπων και υπηρεσιών εντός της Ένωσης. Η γενική αρχή λ.χ. της ελεύθερης διακίνησης των επαγγελματιών στην Ε.Ε. δεν θα μπορούσε να αφήνει εκτός ρύθμισης και τους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσοκόμους, φαρμακοποιούς κλπ).

Ωε προς τους επαγγελματίες υγείας λ.χ. όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. είναι υποχρεωμένα να τηρούν αυτήν την αρχή. Για το σκοπό αυτόν το 2005 εκδόθηκε η Οδηγία με αριθμό 2005/36/EK, η οποία έχει ενσωματωθεί στο εθνικό δίκαιο με το Π.Δ. 38/2010. Η Οδηγία αυτή επιχειρεί να διευκολύνει την ελεύθερη εγκατάσταση **των επαγγελματιών** στο εσωτερικό της Ένωσης. Κωδικοποιούνται και βελτιώνονται προς τον σκοπό αυτόν οι υπάρχουσες μέχρι τότε διατάξεις. Με τις ρυθμίσεις της Οδηγίας επιχειρείται ή διευκολύνεται η εξομοίωση των επαγγελματικών προσόντων μέσω της καθιέρωσης ενός ενιαίου συστήματος αναγνώρισης των πτυχίων και των προσόντων (άρθρο 4 του Προοιμίου της Οδηγίας). Η Οδηγία κάνει ρητή αναφορά στην αναγκαιότητα η διευκόλυνση αυτής της εγκατάστασης να λαμβάνει υπόψη της **την υγειονομική περίθαλψη** και την πρόνοια (άρθρο 6 του Προοιμίου). Για το λόγο αυτόν γίνεται ειδική αναφορά στην ελεύθερη κυκλοφορία εντός της Ένωσης και στην αναγνώριση των προσόντων **των επαγγελματιών υγείας** (άρθρο 18 του Προοιμίου Οδηγίας).

Με την Οδηγία αυτή, όπως ισχύει σήμερα βάσει του εφαρμοστικού Π.Δ. διευκολύνεται πλέον η εγκατάσταση στην Ελλάδα, όπως άλλωστε και στις υπόλοιπες

χώρες της Ένωσης, επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι έχουν αποκτήσει το πτυχίο και την άδεια άσκησης επαγγέλματος σε οποιαδήποτε χώρα μέλος της Ε.Ε. Τι γίνεται επομένως αν η ελληνική, ή οποιαδήποτε άλλη κυβέρνηση αντίστοιχα εντός της Ε.Ε., θελήσει να επιφέρει περιορισμούς στην είσοδο ανθρώπων στο ιατρικό επάγγελμα με τη θέσπιση ειδικών ρυθμίσεων σε σχέση με την εθνικότητα ή με τη χώρα απόκτησης του πτυχίου; Τι γίνεται αν αυτό επιχειρηθεί στο πλαίσιο μίας εθνικής πολιτικής να περιοριστούν λ.χ. οι συνολικές δαπάνες στο χώρο της υγείας, μέσω του ελέγχου του αριθμού των ιδιωτών ιατρών; Η απάντηση ενόψει της Οδηγίας που μόλις αναλύθηκε είναι απλή. Αυτό θα ήταν αντίθετο με τον πυρήνα της ευρωπαϊκής νομοθεσίας περί ελευθερίας της διακίνησης αγαθών, προσώπων και υπηρεσιών.

Ένα μόλις έτος αργότερα όμως, το 2006, εκδόθηκε νεότερη Οδηγία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, με αριθμό 2006/123 ΕΚ, η οποία ενσωματώθηκε στο εθνικό δίκαιο με το Νόμο 3844/2010 - ΦΕΚ 63/Α'3.5.2010. Η Οδηγία αυτή προωθεί την ελεύθερη διασυνοριακή κυκλοφορία των υπηρεσιών εντός της Ε.Ε. Η κυκλοφορία αυτή εμποδιζόταν έως τότε από πολλούς εθνικούς περιορισμούς, οι οποίοι δεν επέτρεπαν την απρόσκοπτη λειτουργία της ελεύθερης εσωτερικής αγοράς στην Ε.Ε. Το αξιοσημείωτο όμως είναι ότι ο ευρωπαίος νομοθέτης, ενώ με την Οδηγία αυτή επεχείρησε να ελαττώσει αυτούς τους περιορισμούς για το σύνολο των υπηρεσιών, εντούτοις άφησε εκτός των ρυθμίσεων αυτής της Οδηγίας και μάλιστα με ρητή διάταξη, τις υγειονομικές υπηρεσίες. Σύμφωνα μάλιστα με τα άρθρα 22 και 23 του Προοιμίου της Οδηγίας, η εξαίρεση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από το πεδίο εφαρμογής της Οδηγίας καλύπτει τις ιατρικές και τις φαρμακευτικές υπηρεσίες. Ζητήματα σχετικά με την επιστροφή δαπανών που έχουν να κάνουν με ιατρική, φαρμακευτική και νοσηλευτική περίπτωση σε διαφορετική χώρα από τη χώρα κατοικίας, τίθενται εκτός του πεδίου ρύθμισης της Οδηγίας αυτής.

Οι δύο προαναφερθείσες Οδηγίες αποτελούν εύγλωττα παραδείγματα των αντιφάσεων που κυριαρχούν στο εσωτερικό της Ε.Ε., όσον αφορά στη χάραξη μίας ενιαίας νομοθετικής παρέμβασης στο χώρο της πολιτικής υγείας. Αυτό φαίνεται χαρακτηριστικά στο προαναφερθέν άρθρο 23 του Προοιμίου της νεότερης Οδηγίας. Σύμφωνα με το άρθρο αυτό το μείζον θέμα, αυτό δηλαδή της επιστροφής των εξόδων

σε περίπτωση νοσοκομειακής περίθαλψης, πρέπει πλέον να αντιμετωπιστεί με νεότερη ρύθμιση, η οποία θα λύνει όλα θέματα με σαφήνεια και ασφάλεια δικαίου.

Οι προαναφερόμενες νομοθετικές παρεμβάσεις από τα ευρωπαϊκά όργανα καταδεικνύουν όμως ότι βεβαίως **η αρχή της επικουρικότητας έχει ήδη καμφθεί και υποχωρήσει**. Ζητήματα που έχουν να κάνουν με την εθνική πολιτική υγείας πάντοτε εμπεριέχουν στοιχεία που καθιστούν απαραίτητη την εφαρμογή γενικότερων κανόνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αυτοί με τη σειρά τους ακυρώνουν εν πολλοίς ή τουλάχιστον δυσκολεύουν και περιορίζουν σημαντικά τη δυνατότητα χάραξης μίας αποκλειστικά εθνικής πολιτικής υγείας. Η εφαρμογή των βασικών αρχών της Ένωσης περί ελευθερίας στη μετακίνηση ανθρώπων και υπηρεσιών τελικώς έχει μεγάλη επίδραση στα εθνικά συστήματα υγείας των χωρών μελών (Irvin R.: σελ. 4, 2010)

2.1.2 Το ευρωπαϊκό δίκαιο ως εργαλείο για τη διασυνοριακή περίθαλψη

Στην πράξη ανακύπτουν πολλά προβλήματα, τα οποία συχνά καλούνται να λύσουν η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Επιτροπή) αλλά και το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Δ.Δ.Ε.) (Σακελλαρόπουλος Θ., επιμέλεια: σελ. 16, 2011). Το Δ.Δ.Ε. έχει πάντοτε ως γνώμονα στη λήψη των αποφάσεών του, είτε αυτές αφορούν σε ζητήματα πολιτικής υγείας, είτε σε ζητήματα γενικότερου ενδιαφέροντος, τη *raison d' etre* της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Στεργίου Α.: σελ. 244, 2014). Αυτή δεν είναι άλλη από τη δημιουργία **μίας οικονομικής ένωσης** στην καρδιά της Ευρώπης, η οποία θα εμποδίσει τη διεξαγωγή νέων καταστροφικών πολέμων στην ήπειρο. Συνεπώς οι αρχές της ελεύθερης διακίνησης ανθρώπων, αγαθών και υπηρεσιών σε ένα περιβάλλον δικαίου ανταγωνισμού αποτελούσαν πάντοτε τις κατευθυντήριες αρχές του Δ.Δ.Ε.

Μέσω της επίκλησης του ευρωπαϊκού δικαίου πολλοί πολίτες χωρών μελών της Ένωσης αμφισβήτησαν συγκεκριμένους περιορισμούς ως προς τη λήψη υπηρεσιών υγείας από άλλα κράτη της Ένωσης εκτός του δικού τους. Το υψηλό κόστος μίας υπηρεσίας υγείας που προσδοκούσε να έχει κανείς σε εθνικό επίπεδο, η χαμηλή ποιότητα αυτών των υπηρεσιών, ο μεγάλος χρόνος αναμονής, καθώς και άλλοι παράγοντες εξανάγκασαν πολλούς πολίτες χωρών μελών να αναζητήσουν την ίδια

υπηρεσία σε άλλη χώρα από τη δική τους, πάντοτε όμως εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι περιορισμοί που υπήρχαν ως προς την υιοθέτηση αυτού του αιτήματος από τα εθνικά ασφαλιστικά τους ταμεία, τους ανάγκασαν **να διεκδικήσουν αυτό το δικαίωμα δικαστικώς**. Το ευρωπαϊκό δίκαιο έχει ένα «άμεσο αποτέλεσμα», με την έννοια ότι κάθε πολίτης ενός κράτους μέλους μπορεί να το επικαλεστεί ενώπιον των εθνικών αρχών και δικαστηρίων.

Αυτό επέτρεψε σε πολλούς πολίτες να οδηγήσουν στα εθνικά δικαστήρια σε πρώτη φάση και στο Δ.Ε.Ε. σε δεύτερη φάση, αντίστοιχες υποθέσεις περιορισμών ως προς την απόκτηση υπηρεσιών υγείας εκτός των εθνικών συνόρων. Σε πολλές από αυτές τις περιπτώσεις αυτές το Δ.Ε.Ε. έκρινε ότι οι περιορισμοί αυτοί **δεν ήταν θεμιτοί** και επομένως δεν μπορούσαν να γίνουν αποδεκτοί (Harvey T.: σελ. 6, 2010). Παρ' όλα αυτά το Δ.Ε.Ε. ήταν αρκετά προσεκτικό **ώστε να μην αμφισβητήσει ευθέως** το δικαίωμα κάθε μέλους κράτους να οργανώνει και διευθύνει το χώρο των υπηρεσιών υγείας (Martin Mc Kee et all: σελ. 6, 2013).

Το Δ.Δ.Ε. τελικώς με την απόφαση υπ' αριθμ. C-158/96 της 28-04-1998 επί της υπόθεσης *Kohll* άνοιξε το δρόμο για πρώτη φορά **για τη διασυνοριακή περίθαλψη** εντός της Ε.Ε (Στεργίου Α.: σελ. 268, 2014). Με την απόφαση αυτή επέτρεψε την απόδοση δαπανών σε ασθενείς, οι οποίοι λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας σε χώρα της Ε.Ε. διαφορετική από τη δική τους. Ο μοναδικός περιορισμός ήταν ότι οι υπηρεσίες αυτές θα αφορούσαν **εξωνοσοκομειακή περίθαλψη**. Ο βασικός αντίλογος ως προς την ελεύθερη διακίνηση των ασθενών ήταν κατά την εκδίκαση της υπόθεσης και εξακολουθεί εν πολλοίς να είναι, ο κίνδυνος αυτή η απόλυτη ελευθερία να θέσει σε κίνδυνο τη χρηματοοικονομική ισορροπία των εθνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης. Η υποχρέωση **προηγούμενης εγκρίσεως** αποτελούσε ενδεχομένως το μοναδικό αποτελεσματικό και το λιγότερο δεσμευτικό μέσο για τον έλεγχο των δαπανών υγείας. Το Δ.Δ.Ε. έκρινε όμως ότι η απόδοση εξωνοσοκομειακών δαπανών υγείας δε θα μπορούσε σε καμία περίπτωση να διαταράξει την ισορροπία κανενός εθνικού κοινωνικού συστήματος ασφάλισης. Συνεπώς οι ασθενείς ήταν ελεύθεροι να αναζητήσουν εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας εκτός της χώρας τους. Καμία υποχρέωση δεν υπήρχε να αναζητήσουν και να εξασφαλίσουν την προηγούμενη έγκριση των εθνικών ασφαλιστικών οργανισμών. Η υποχρέωση αυτή, στο βαθμό που

υπήρχε, ήταν αντίθετη προς την ελευθερία παροχής υπηρεσιών, όπως αυτή καθιερωνόταν από τις Συνθήκες της Ε.Ε.

Η νομολογία του Δ.Δ.Ε. έκτοτε εξελίχθηκε και συνεχώς προσέθετε και ένα νέο κάθε φορά στοιχείο που ενίσχυε την άποψη ότι η αρχή της επικουρικότητας οδηγούταν πλέον στο περιθώριο. Ακόμη και σε ζητήματα χρηματοδότησης των εθνικών συστημάτων υγείας, το Δ.Δ.Ε. έτεινε να προσανατολίζεται περισσότερο προς την υιοθέτηση των κανόνων του ελεύθερου ανταγωνισμού, παρά των ιδεών περί προστασίας και περιχαράκωσης των εθνικών πολιτικών υγείας.

Υπό το πρίσμα αυτό λ.χ. έκρινε το Δ.Δ.Ε. ότι η χρηματοδότηση κρατικών νοσοκομείων δεν μπορεί να μην αντιμετωπίζεται κι αυτή ως μία μορφή κρατικής παρέμβασης στην οικονομία. Ως τέτοια ελέγχεται για τη συμβατότητά της με τις αρχές της εσωτερικής αγοράς, τόσο από την Επιτροπή όσο και από το Δ.Ε.Ε. Η Επιτροπή έκρινε πρόσφατα σε αντίστοιχη υπόθεση, ότι οι κρατικές ενισχύσεις σε μία συγκεκριμένη ομάδα βελγικών νοσοκομείων (IRIS) είναι συμβατές με τις διατάξεις περί εσωτερικής αγοράς. Το Δ.Ε.Ε. αντίθετα έκρινε ότι οι ενισχύσεις αυτές θα έπρεπε να είχαν ελεγχθεί για τη συμβατότητά τους με τις ως άνω διατάξεις και μάλιστα, στο σύνολό τους, ανεξάρτητα δηλαδή από το αν αυτές αφορούσαν σε υπηρεσίες νοσοκομειακού ή εξωνοσοκομειακού χαρακτήρα (Απόφαση του Δικαστηρίου της 7^{ης} Νοεμβρίου 2012 στην υπόθεση T-137/10, ειδικότερα το Συμπέρασμα στο οποίο κατέληξε το Δικαστήριο – σκέψεις 307-318).

Επί της ουσίας και τα δύο αυτά θεσμικά όργανα εξέτασαν τη συμβατότητα με το ευρωπαϊκό δίκαιο μίας πρακτικής, αυτή της κρατικής χρηματοδότησης δημόσιων νοσοκομείων, η οποία θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι ανήκει **στο σκληρό πυρήνα** της εθνικής πολιτικής για την υγεία κάθε χώρας μέλους. Τούτο είναι ενδεικτικό της υποχώρησης της αρχής της επικουρικότητας στο χώρο της υγείας και της αυξανόμενου ρόλου του ευρωπαϊκού δικαίου στην επίλυση των πρακτικών ζητημάτων που ανακύπτουν. Αυτό κατέστη ιδιαίτερα φανερό στο χώρο της διασυνοριακής περίθαλψης, όπου οι σχετικοί φραγμοί ήταν περισσότεροι.

Η παρέμβαση του Δ.Ε.Ε. έχει στις περισσότερες των περιπτώσεων **κατασταλτικό** και **διορθωτικό** χαρακτήρα. Ουσιαστικά ακυρώνει, διορθώνει ή τροποποιεί αποφάσεις

εθνικών οργάνων και δικαστηρίων που σε ζητήματα υγείας φαίνεται ότι παραβιάζουν θεσμικές διατάξεις των Συνθηκών. Προοδευτικά όμως έγινε πιο επιτακτική η ανάγκη ώστε οι επί μέρους εθνικές πολιτικές σε ζητήματα υγείας να αποκτήσουν ένα περισσότερο ενιαίο περιεχόμενο.

2.1.3 Υγεία σε όλες τις πολιτικές (HiaP)

Το άρθρο 168 της Συνθήκης της Λισσαβόνας, επιτάσσει την εξασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης υγείας κατά τον καθορισμό **όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης**. Η διατύπωση αυτή όμως δεν παρέμεινε σε επίπεδο απλής διακήρυξης, όπως συνέβη με ανάλογες διατυπώσεις αντίστοιχων άρθρων των παλαιότερων Συνθηκών.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει ήδη υιοθετήσει το Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων. Αυτό έγινε επίσημα με την υπογραφή της Συνθήκης της Νίκαιας (7-9 Δεκεμβρίου 2000). Στο άρθρο 6 της Συνθήκης της Λισσαβόνας γίνεται σαφής αναφορά στο Χάρτη, ο οποίος αποτελεί πλέον ένα ιδιότυπο τμήμα του ευρωπαϊκού δικαίου. Το άρθρο 35 του Χάρτη είναι αρκετά σαφές ως προς το δικαίωμα στην υγεία: «...κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (η υπογράμμιση δική μας) εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου...». Η χρησιμότητα αυτής της διακήρυξης είναι σημαντική. Ο Χάρτης γενικότερα καθιερώνει και προστατεύει κοινωνικά δικαιώματα. Η νομική προστασία αυτών των δικαιωμάτων βεβαίως δεν είναι ισοδύναμη με την προστασία των ατομικών δικαιωμάτων και ελευθεριών. Οι διατάξεις αυτές μπορεί να στερούνται κανονιστικής ισχύος, πλην όμως η εγγυητική τους λειτουργία είναι αναμφισβήτητη (Στεργίου Α.: σελ. 243, 2014)

Ήδη από το 2006 και κατά τη διάρκεια της Φινλανδικής προεδρίας της Ε.Ε. υιοθετήθηκε ως βασική στρατηγική της Ένωσης στο χώρο της υγείας η **προσέγγιση της υγείας σε όλες τις πολιτικές (Health in All Policies-HiaP)**, (Franklin R.: σελ.

36, 2013). Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, οι κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας δεν είναι δυνατόν να αλλάξουν παρά μόνον μέσω μίας συνδυασμένης προσπάθειας των φορέων και υπηρεσιών, δημοσίων και ιδιωτικών. Η προσπάθεια αυτή, είτε κινείται σε εθνικό, είτε κινείται σε υπερεθνικό επίπεδο – λ.χ. στο πλαίσιο της Ε.Ε., οφείλει να λαμβάνει πάντοτε υπ’ όψιν της τον παράγοντα της υγείας. Η αλλαγή αυτή δεν μπορεί να προέλθει μόνον από τον τομέα της υγείας, δηλαδή από φορείς και υπηρεσίες που ασχολούνται αποκλειστικά με τον τομέα αυτόν. Οι οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες λ.χ. έχουν συγκεκριμένες συνέπειες στον τομέα της υγείας. Για να καταπολεμηθεί κανείς αυτές τις συνέπειες δεν αρκεί να προστατευθεί μόνον η υγεία των πολιτών μέσα από διάφορες παρεμβάσεις, αλλά να προστατευθεί το ίδιο το εισόδημα των πολιτών σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Λιαρόπουλος Λ.: σελ. 6, 2010). Αυτό βέβαια απαιτεί μία συνδυασμένη προσπάθεια σε διάφορα επίπεδα, τα οποία δεν περιορίζονται στο χώρο της υγείας και μόνον. Ιδίως σε περιόδους έντονης οικονομικής κρίσης η υγεία πάντοτε τοποθετείται πιο κοντά στο επίκεντρο των διαφόρων πολιτικών που ασκούνται σε όλα τα επίπεδα. **Αυτή όμως η τοποθέτηση στο επίκεντρο είναι το ζητούμενο στα πλαίσια της πολιτικής της HiAP** (Sihto M.: σελ. 12, 2006)

Η επίσημη υιοθέτηση αυτής της στρατηγικής διευκολύνει την καλύτερη συνεργασία διαφόρων Διευθύνσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής σε ζητήματα που αφορούν είτε άμεσα είτε έμμεσα το χώρο της υγείας εντός της Ένωσης. Όλες πλέον οι δράσεις που αναλαμβάνει η Επιτροπή σε διάφορα θέματα ενσωματώνουν στον πυρήνα τους, ή τουλάχιστον οφείλουν να ενσωματώνουν, **τη διάσταση της υγείας**. Η υγεία αναγνωρίζεται πλέον ως μία βασική παράμετρος για την επιτυχία των σκοπών που η Συνθήκη της Λισσαβόνας έχει υιοθετήσει για την Ευρωπαϊκή Ένωση, δηλαδή της ανταγωνιστικότητας και της βιώσιμης ανάπτυξης. Καταβάλλεται επίσης προσπάθεια να αναγνωρίζονται και να αξιολογούνται οι επιπτώσεις στο χώρο της υγείας των διαφόρων πολιτικών που ασκούνται σε επί μέρους τομείς (Franklin P. :σελ. 34, 2013).

Η στρατηγική αυτή αποτελεί πλέον βασική παράμετρο της ευρωπαϊκής πολιτικής για την υγεία, όπως αυτή έχει αποκρυσταλλωθεί στη διακήρυξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής “Together for Health”, η οποία υιοθετήθηκε το 2007 (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Λευκή Βίβλος, 2007). Ουσιαστικά αποτελεί ένα εργαλείο προκειμένου να

προωθηθεί και στην Ευρώπη η πρωτοβουλία του Ευρωπαϊκού Γραφείου του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας «Υγεία 2020».

Η υιοθέτηση αυτής της στρατηγικής σε συνδυασμό με την απευθείας εφαρμογή του ευρωπαϊκού δικαίου στο χώρο της υγείας, **οδήγησε τελικώς σε μία απομάκρυνση από την αρχή της επικουρικότητας στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στα κράτη μέλη της Ένωσης**. Η οργάνωση και πολύ περισσότερο η χρηματοδότηση αυτών των συστημάτων δεν αποτελεί πλέον εθνική υπόθεση όπως παλαιότερα. Προς την κατεύθυνση αυτή σημαντική ήταν βεβαίως η συνεισφορά διαφόρων ομάδων πίεσης. Δημιουργήθηκε ένα **ισχυρό λόμπι**, το οποίο αποτελείτο από παράγοντες του ιατρικό-βομηχανικού συμπλέγματος και το οποίο πίεσε τα πράγματα προς **την κατεύθυνση της ανοικτής αγοράς και στο χώρο της υγείας** (Martin Mc Kee et al: σελ. 6, 2013). Τις περισσότερες φορές τα δικαιώματα των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν ως εργαλείο για την επίτευξη αυτού του σκοπού.

Η εξέλιξη αυτή διευκόλυνε σε μεγάλο βαθμό τη μετακίνηση εντός της Ε.Ε. πολιτών που επιθυμούσαν να αναζητήσουν και να λάβουν υπηρεσίες υγείας σε κράτος διαφορετικό από το δικό τους. Αυτή όμως η μετάβαση πολιτών από το ένα ευρωπαϊκό κράτος στο άλλο σε αναζήτηση υπηρεσιών υγείας, παρέμεινε και εξακολουθεί σε μεγάλο βαθμό να παραμένει, μία **πολύπλοκη υπόθεση**.

2.1.4 Η πολυπλοκότητα του φαινομένου

Επί της ουσίας βέβαια όλα αυτά τα ζητήματα ανέκυψαν εξαιτίας μίας διαρκώς αυξανόμενης ανάγκης για την αναζήτηση εκ μέρους των πολιτών των κρατών μελών της Ένωσης υπηρεσιών υγείας εκτός του κράτους καταγωγής ή μόνιμης κατοικίας τους. Οι λόγοι που προκαλούν αυτήν την ανάγκη είναι αρκετοί. Η Ένωση είναι μία περιοχή ελεύθερης κινητικότητας ατόμων, εργαζομένων ή μη. Εύκολα κανείς μετακινείται και ακόμη πιο εύκολα κατά τη μετακίνησή του αυτή θα μπορούσε να χρειαστεί ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Υπάρχουν περιπτώσεις δηλαδή όπου η αναζήτηση υπηρεσιών υγείας σε άλλη χώρα της Ε.Ε. δε γίνεται προγραμματισμένα, αλλά κατά τρόπο τυχαίο και έκτακτο. Πολλές

φορές όμως η αναζήτηση αυτή γίνεται εσκεμμένα και κατά τρόπο προγραμματισμένο. Η απουσία λ.χ. ενός εξειδικευμένου κέντρου σε μία χώρα μέλος, είναι πολύ πιθανόν να οδηγήσει κάποιους σε αναζήτηση αυτών των υπηρεσιών σε άλλη χώρα μέλος της Ε.Ε. Αντίθετα, πολλά άτομα που εργάζονται σε άλλη χώρα μέλος της Ε.Ε. από εκείνη όπου γεννήθηκαν και μεγάλωσαν πολλές φορές επιστρέφουν στη χώρα καταγωγής τους για ιατρικούς λόγους, καθώς αισθάνονται ότι το σύστημα υγείας της χώρας προέλευσής τους είναι περισσότερο οικείο. Στην περίπτωση δε των ηλικιωμένων τα πράγματα είναι ορισμένες φορές διαφορετικά. Πολλοί ευρωπαίοι εργάζονται για χρόνια στη χώρα τους, αλλά με τη συνταξιοδότησή τους επιλέγουν να εγκατασταθούν σε άλλη χώρα. Στην περίπτωση αυτή η λήψη υπηρεσιών υγείας από το σύστημα υγείας της χώρας εγκατάστασης είναι πλέον απαραίτητη.

Σε ορισμένες δε χώρες της Ένωσης η κινητικότητα των πολιτών στα πλαίσια της διασυνοριακής περίθαλψης έχει ορισμένες φορές ακόμη και πολιτικά αίτια. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτό της Ιρλανδίας, όπου οι πολίτες μετακινούνται ανάμεσα στο Βορρά και στο Νότο της χώρας για ιατρικούς λόγους, αλλά και ως μία προσπάθεια να διευκολυνθεί η συμφιλίωση των δύο πλευρών εντός της Ε.Ε. Η ύπαρξη πολλών και διάφορων λόγων που οδηγούν στην ανάπτυξη του φαινομένου της διασυνοριακής περίθαλψης στην Ευρώπη οδηγεί ακριβώς και στην **πολυπλοκότητα** του φαινομένου (Martin Mc Kee et all: σελ. 6, 2013). Η διαφορετική κατά καιρούς νομική αντιμετώπισή του από το θεσμικά όργανα της Ε.Ε. οφείλεται εν πολλοίς και στην αλλαγή των συνθηκών μέσα στις οποίες αυτό αναπτύσσεται.

2.2 Ο Κανονισμός 883/04

Για πολλά χρόνια, ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1970, το ζήτημα της κινητικότητας εντός της Ε.Ε. για τη λήψη υπηρεσιών υγείας, ρυθμιζόταν **αποσπασματικά** όμως από τον **Κανονισμό Ε.Ο.Κ. 1408/71**. Ο Κανονισμός αυτός βέβαια είχε τεθεί αποκλειστικά και μόνο για τη διευκόλυνση της κινητικότητας των εργαζομένων εντός της τότε Κοινής Αγοράς. Με τον Κανονισμό αυτόν όμως είχε καταστεί εφικτή και σε κάποιο βαθμό, η πρόσβαση των εργαζομένων στη

διασυνοριακή περίθαλψη. Είτε η περίθαλψη αυτή ήταν μη σχεδιασμένη, λ.χ. κατά τη διάρκεια ενός ταξιδιού, είτε ήταν προσχεδιασμένη. Υπήρχε η δυνατότητα, αρχικά με τη χρήση εντύπων (E 111, E 110, E 128 και E 119) τα οποία ακολουθούσαν μία ενιαία φόρμα για όλα τα κράτη μέλη, να αποκτήσει κανείς πρόσβαση σε διασυνοριακές υπηρεσίες υγείας. Η βασική δυσκολία είχε να κάνει με το γεγονός ότι με τον Κανονισμό αυτόν μπορούσε να καλυφθεί οικονομικά μόνον η νοσηλεία σε **δημόσιο** νοσοκομείο ή θεραπευτήριο (Palm W. et all: σελ. 78, 2011).

Με νεότερο Κανονισμό, τον 883/2004, επικαιροποιήθηκε το προηγούμενο καθεστώς. Με τον Κανονισμό αυτόν, όπως έχει ήδη τροποποιηθεί με τους μεταγενέστερους υπ' αριθμ. 987/2009 και 988/2009 Κανονισμούς, επιχειρείται ένας **συντονισμός των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας** σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Μέσω του συντονισμού αυτού ανοίγει ο δρόμος **για τη λήψη υπηρεσιών υγείας** σε καθεστώς διασυνοριακής περίθαλψης.

2.2.1 Βασικές αρχές του Κανονισμού

Σύμφωνα με το άρθρο 3 του Κανονισμού 883/2004 ο κλάδος των παροχών ασθενείας αποτελεί έναν από τους κλάδους όπου επιδιώκεται ο συντονισμός των ασφαλιστικών συστημάτων των χωρών της Ε.Ε. Τούτο αποτελεί μία σημαντική καινοτομία και αποτελεί μία βασική πλέον αρχή του Κανονισμού. Οι παροχές ασθενείας για πρώτη ίσως φορά από την ίδρυση της Ένωσης εντάσσονται σε ένα κωδικοποιημένο σύστημα, **το οποίο ρυθμίζει ιδίως την περίπτωση της κινητικότητας των ασθενών εντός της Ένωσης**. Με άλλα λόγια δηλαδή και με **όχημα τον εναρμονισμό των εθνικών πολιτικών σε ζητήματα κοινωνικής ασφάλισης, ο Κανονισμός ουσιαστικά ανοίγει διάπλατα το δρόμο της διασυνοριακής περίθαλψης στο εσωτερικό της Ένωσης**.

Αρχικά το πεδίο εφαρμογής των Κανονισμών που αφορούσαν σε ζητήματα κοινωνικής ασφάλισης αφορούσαν μόνον στους εργαζόμενους εντός της τότε Ε.Ο.Κ. και στη συνέχεια της Ε.Ε. Με τον Κανονισμό όμως 883/2004 το πεδίο εφαρμογής των διατάξεων διευρύνθηκε και αφορά πλέον **στο σύνολο των πολιτών της Ένωσης**,

ακόμη και στους πρόσφυγες και στους ανιθαγενείς (άρθρο 2 παρ. 1 του Κανονισμού). Το σημείο αυτό είναι εξαιρετικό σημαντικό. Ο εργαζόμενος παύει πλέον να είναι το αποκλειστικό υποκείμενο του δικαιώματος της κινητικότητας στο χώρο της υγείας εντός της Ένωσης. Ο Κανονισμός 883/2004 και όλα τα σχετικά νομοθετικά κείμενα που θα εκδίδονταν στη συνέχεια, ερμηνεύονται πλέον όχι ως κείμενα που αφορούν στην ελεύθερη μετακίνηση εργαζομένων, αλλά στη γενικότερη ελεύθερη κυκλοφορία **προσώπων** εντός της Ε.Ε (Στεργίου). Πρόκειται για την πλέον βασική αρχή, μολοντί εν πολλοίς λανθάνουσα του Κανονισμού. Βάσει της αρχής αυτής οι πρόνοιες του Κανονισμού, οι οποίες όπως αναφέρθηκε αφορούν πλέον και σε ζητήματα υγείας, εφαρμόζονται ακόμη και σε μη οικονομικά ενεργούς πολίτες. **Ο Κανονισμός ουσιαστικά εισάγει και οργανώνει την ελεύθερη διασυνοριακή περίθαλψη για το σύνολο του πληθυσμού** της Ε.Ε.

Ο Κανονισμός 883/04 φροντίζει βέβαια να μην αμφισβητεί τη δυνατότητα κάθε κράτους μέλους να οργανώνει και να χρηματοδοτεί αυτόνομα την εθνική πολιτική υγείας του. Γι' αυτό το λόγο και στο μείζον θέμα της μετάβασης ενός ασφαλισμένου σε άλλο κράτος για τη λήψη παροχών υγείας σε είδος (νοσοκομειακή περίθαλψη) είναι σαφής. Σύμφωνα με το άρθρο 20 παρ. 1 και 2: «... Εκτός αν άλλως προβλέπεται στον παρόντα κανονισμό, ο ασφαλισμένος που μεταβαίνει σε άλλο κράτος μέλος προκειμένου να του χορηγηθούν παροχές σε είδος κατά τη διάρκεια της διαμονής του, πρέπει να ζητήσει έγκριση (η υπογράμμιση δική μας) από τον αρμόδιο φορέα. Η έγκριση πρέπει να χορηγείται εφόσον η εν λόγω θεραπεία περιλαμβάνεται στις παροχές που προβλέπονται από τη νομοθεσία του κράτους μέλους στο οποίο κατοικεί ο ενδιαφερόμενος και μια τέτοια θεραπεία δεν είναι δυνατόν να του παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειάς του....».

Καθιερώνεται δηλαδή **η αρχή της προηγούμενης έγκρισης** από τον ασφαλιστικό φορέα του ενδιαφερομένου. Η αρχή αυτή είναι σύμφωνη με τη νομολογία του Δ.Ε.Ε., η οποία όπως έχουμε ήδη αναφέρει, έχει την τάση να προστατεύει την αυτονομία των εθνικών πολιτικών υγείας στο εσωτερικό της Ένωσης. Όμως υπάρχει

μία σημαντική καινοτομία. **Ένα κράτος μέλος δεν έχει το δικαίωμα να αρνηθεί αυτήν την έγκριση αδικαιολόγητα.** Η απόρριψη ενός αιτήματος οφείλει να είναι αιτιολογημένη. Σύμφωνα με το άρθρο 20 του Κανονισμού τίθενται δύο ουσιαστικές προϋποθέσεις, προκειμένου η σχετική αίτηση να μην απορριφθεί. Η πρώτη είναι προσδοκώμενη θεραπεία να εντάσσεται στις προβλεπόμενες παροχές του ασφαλιστικού ταμείου του ασθενούς. Η δεύτερη αφορά στην αδυναμία του κράτους μέλους να προσφέρει το ίδιο τη θεραπεία αυτή εντός ενός εύλογου και αποδεκτού ιατρικώς χρονικού διαστήματος.

Εφόσον δηλαδή ένας ασθενής αναζητήσει στο εξωτερικό (εντός της Ε.Ε.) θεραπεία για μία πάθηση και η θεραπεία αυτή προβλέπεται από τον ασφαλιστικό του φορέα, ενώ είναι αδύνατο να υποβληθεί σ' αυτήν εντός ευλόγου διαστήματος στην χώρα του, τότε ο ασφαλιστικός του φορέας είναι **υποχρεωμένος** να καλύψει τη σχετική δαπάνη. Δεν μπορεί να αρνηθεί να προσφέρει τη σχετική έγκριση στο ανάλογο αίτημα του ασθενούς. Τυχόν άρνησή του πλέον ελέγχεται δικαστικώς. Η κάλυψη μάλιστα αυτής της δαπάνης σε περίπτωση που αυτή τελικώς εγκριθεί είναι άμεση. **Καταβάλλεται μάλιστα απευθείας** από τον ασφαλιστικό οργανισμό, χωρίς τη μεσολάβηση του ασθενή.

2.2.2 Η σημασία του Κανονισμού για την Ευρωπαϊκή Πολιτική Υγείας

Ο Κανονισμός 883/2004 αποτελεί πρωταρχικώς βέβαια μία προσπάθεια συντονισμού των ευρωπαϊκών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης. Με την έκδοση και εφαρμογή του επιχειρείται ένας καλύτερος συντονισμός αυτών των επί μέρους εθνικών συστημάτων, όπως αναφέρεται στο άρθρο 3 του Προοιμίου του. Στο χώρο της κοινωνικής ασφάλισης η νομολογία που έχει αναπτυχθεί από το Δ.Ε.Ε. τις τελευταίες δεκαετίες, οι αλλαγές της νομοθεσίας σε εθνικό επίπεδο, όλα αυτά συνέβαλλαν ώστε οι σχετικές ρυθμίσεις να είναι περίπλοκες, αντιφατικές μεταξύ τους και για το λόγο αυτόν αναποτελεσματικές. Όλες όμως αυτές οι διατάξεις οφείλουν πλέον να υπηρετούν την ελεύθερη διακίνηση των προσώπων στο εσωτερικό της Ε.Ε. (άρθρο 1 του Προοιμίου) και να μη τη δυσκολεύουν.

Αυτός ο συντονισμός όμως δεν περιορίζεται μόνο σε ζητήματα σχετικά με τον σκληρό πυρήνα της κοινωνικής ασφάλισης, όπως είναι λ.χ. η μεταφορά ασφαλιστικών δικαιωμάτων από μία χώρα της Ε.Ε. σε άλλη, η αναγνώριση ετών προϋπηρεσίας, ο συνυπολογισμός των περιόδων ασφάλισης στο εσωτερικό της Ε.Ε. κλπ. Ο συντονισμός αυτός επεκτείνεται πλέον και σε επί μέρους κλάδους της κοινωνικής ασφάλισης, **ιδίως δε στον κλάδο των παροχών υγείας** (Στεργίου Α.: σελ. 266, 2014).

Οι προαναφερθείσες ρυθμίσεις του, όπως λ.χ. το άρθρο 20 που αφορά στην προγραμματισμένη μετακίνηση σε άλλο κράτος για τη λήψη υπηρεσιών υγείας, δεν μπορούν να ερμηνευτούν έξω από το γενικότερο πλαίσιο που αυτές βρίσκονται. Αυτό δεν είναι άλλο βέβαια από την προσπάθεια για καλύτερο συντονισμό των πολιτικών κοινωνικής ασφάλισης. **Εξ αντανάκλασως** λοιπόν και χωρίς να αποτελεί αυτό το βασικό σκοπό, **η ρύθμιση ζητημάτων διασυνοριακής περίθαλψης οργανώνεται πλέον σε μία νέα λογική**. Η λογική αυτή πλέον δεν είναι άλλη από την ελεύθερη λειτουργία της εσωτερικής αγοράς, είτε αυτή αφορά στην (ελεύθερη) διακίνηση προσώπων, είτε στην (ελεύθερη) διακίνηση υπηρεσιών. Μέχρι την έκδοση του Κανονισμού 883/2004 η οργάνωση των συστημάτων υγείας ανήκε στην εθνική σφαίρα επιλογής. Αυτό ήταν μία θεμελιώδης αρχή που απαντάται σε όλες τις Συνθήκες. Από εκεί και έπειτα όμως η αρχή αυτή **δεν είναι πλέον τόσο αλώβητη**.

2.2.3 Η Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας – ΕΚΑΑ – Η χρήση της στην Ελλάδα

Δεν είναι τυχαίο ότι την ίδια περίπου χρονική περίοδο και συγκεκριμένα το έτος 2003 η Ε.Ε. προχωρεί σε ένα ακόμη σημαντικό βήμα. Αντικαθιστά τα έως τότε ισχύοντα έντυπα (E 111 και E 111B), που προβλέπονταν από τον παλαιότερο Κανονισμό 1408/71 με την **Ευρωπαϊκή Κάρτα Κοινωνικής Ασφάλισης Ασθένειας** (European Health Insurance Card – EHIC). Η αντικατάσταση αυτή έγινε τυπικά πριν την έκδοση του Κανονισμού 883/2004. Προβλέφθηκε όμως μεταβατική περίοδος για την αντικατάσταση σε όλα τα κράτη μέλη, η οποία έληξε στο τέλος του 2005 (Απόφαση 197/2004). Ουσιαστικά επομένως η Κάρτα εφαρμόστηκε ταυτόχρονα με τον

Κανονισμό 883/2004 και υπό το καθεστώς των νέων ρυθμίσεων που αυτός εισήγαγε. Η Κάρτα αυτή διευκόλυνε σε μεγάλο βαθμό την απλούστευση των διαδικασιών μετακίνησης ασθενών στο εσωτερικό της Ε.Ε., μολονότι η βασική της ιδιότητα είναι απλώς να πιστοποιεί ότι κάποιος είναι φορέας δικαιωμάτων κοινωνικής ασφάλισης.

Η Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας (Κάρτα) δίδει τη δυνατότητα στον κάτοχό της να δέχεται υπηρεσίες υγείας σε οποιοδήποτε μέρος της Ε.Ε. και αν βρίσκεται χωρίς ουσιαστική οικονομική επιβάρυνση. Προϋπόθεση είναι ο ασθενής να είναι δικαιούχος κοινωνικής ασφάλισης στη χώρα του, **να υπάγεται δηλαδή στις πρόνοιες του Κανονισμού 883/04**. Οι υπηρεσίες αυτές προσφέρονται στον κάτοχο της Κάρτας από δημόσιο/κρατικό φορέα. Δεν καλύπτει δηλαδή το κόστος υπηρεσιών που παρέχονται από ιδιώτες παρόχους. Η Κάρτα δεν καλύπτει περιπτώσεις όπου η μετάβαση του ασθενούς σε άλλη χώρα γίνεται ακριβώς προς τον σκοπό της λήψης υπηρεσιών υγείας. Δεν μπορεί να καλύψει έξοδα μετάβασης, ούτε έξοδα διαμονής που σχετίζονται με τη λήψη της ιατρικώς αναγκαίας περίθαλψης. Δεν υποκαθιστά επομένως την ταξιδιωτική ασφάλιση υγείας, ούτε μπορεί να εγγυηθεί τη σε κάθε περίπτωση δωρεάν παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Είναι σημαντικό όμως ότι με την πρόοδο του χρόνου καταβάλλεται προσπάθεια και μέσω της εθνικής νομοθεσίας κάθε χώρας, ώστε να **επεκταθεί το εύρος των περιπτώσεων** που θα μπορούσε να γίνει χρήση της Κάρτας.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθούν οι πρόνοιες της σχετικής με το ζήτημα αυτό Εγκυκλίου της Διεύθυνσης Διεθνών Σχέσεων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (ΔΑ4Β/Φ204/1οικ.2857/22-07-2015). Σύμφωνα με την Εγκύκλιο αυτή δεν είναι μόνον η αιφνίδια εκδήλωση μίας πάθησης που καλύπτεται. Ένας ασφαλισμένος άλλης χώρας μέλους της Ε.Ε. που βρίσκεται προσωρινά στην Ελλάδα και παρουσιάζει επιδείνωση μίας πάθησης που ήδη προϋπάρχει στον οργανισμό του, είναι ομοίως σε θέση να κάνει χρήση της Κάρτας και να καλύψει κατ' αυτόν τον τρόπο τα έξοδα για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Είναι δε σημαντικό ότι η Κάρτα μπορεί να καλύψει και δαπάνες που έχουν σχέση με την παροχή υπηρεσιών υγείας σε χρόνιους ασθενείς.

Σύμφωνα με την ως άνω Εγκύκλιο (σελ. 7) καθορίζονται οι δομές υγείας στην Ελλάδα, όπου ο κάτοχος της Κάρτας μπορεί να λάβει τις απαραίτητες για τον ίδιον υπηρεσίες υγείας. Οι δομές αυτές είναι:

- Ιδιώτες ιατροί συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
- Διαγνωστικά κέντρα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
- Εργαστήρια ιδιωτικών κλινικών, τα οποία είναι συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
- Μονάδες Υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας του ΠΕΔΥ.
- Εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείων του ΕΣΥ
- Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ
- Αγροτικά και Περιφερειακά Ιατρεία.
- Τμήματα Εκτάκτων Περιστατικών (ΤΕΠ) κρατικών νοσοκομείων.
- Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης – Μονάδες Τεχνητού Νεφρού συμβεβλημένες με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και
- Πιστοποιημένοι ιδιώτες ιατροί. Στην περίπτωση αυτή καλύπτεται μόνον το κόστος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και της ηλεκτρονικής παραπομπής για διαγνωστικές εξετάσεις, όχι όμως και το κόστος της ίδιας της επίσκεψης στον ιατρό.

Παρέχεται επίσης η δυνατότητα νοσηλείας είτε σε Νοσοκομεία του ΕΣΥ, είτε σε συμβεβλημένες με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιδιωτικές κλινικές.

Ουσιαστικά με τις διατάξεις αυτές ένας ευρωπαίος πολίτης που είναι κάτοχος της Κάρτας και βρεθεί στην ανάγκη να δεχθεί ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη στην Ελλάδα **δεν είναι υποχρεωμένος να καλύψει το σχετικό κόστος**. Αυτήν την υποχρέωση την έχει μόνον όταν ο ίδιος **επιλέξει** να αναζητήσει αυτές τις υπηρεσίες **σε μη κρατικές δομές, οι οποίες δεν είναι συμβεβλημένες με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.** Η μοναδική δαπάνη που οφείλει να καλύψει ο ευρωπαίος ασφαλισμένος είναι η ιδιωτική συμμετοχή που προβλέπει ανάλογα με την περίπτωση ο Ε.Κ.Π.Α. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

2.3 Η Οδηγία 2011/24/ΕΕ

Η δεύτερη μεγάλη θεσμική αλλαγή στην ευρωπαϊκή πολιτική υγείας ήλθε με την έκδοση της Οδηγίας **2011/24/ΕΕ** του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9ης Μαρτίου 2011, περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης. Η Οδηγία αυτή ενσωματώθηκε στο ελληνικό εθνικό δίκαιο με τον Ν. 4213/2013 (ΦΕΚ Α' 261/09-12-2013). Ο νόμος αυτός μεταφέρει στην ελληνική έννομη τάξη όλες τις προβλέψεις της Οδηγίας ακολουθώντας την αρχική της διατύπωση.

2.3.1 Ορισμός της Διασυνοριακής Περίθαλψης

Η Οδηγία, με έναν αναλυτικό κατάλογο ορισμών που περιέχει στο τρίτο άρθρο της, επιχειρεί να **οριοθετήσει την έννοια της διασυνοριακής περίθαλψης**. Ως τέτοια νοείται η παροχή ή η συνταγογράφηση υγειονομικών υπηρεσιών σε κράτος μέλος της Ε.Ε. διαφορετικό από το κράτος ασφάλισης του ασθενούς. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από επαγγελματίες υγείας σε ασθενείς. Στις υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνονται η συνταγογράφηση, η χορήγηση φαρμάκων, καθώς και η χρήση ιατροτεχνολογικών βοηθημάτων.

Η περίθαλψη αυτή δύναται να παρέχεται στο σύνολο των ασφαλισμένων, όπως αυτοί προσδιορίζονται από τον Κανονισμό 883/2004, δηλαδή ουσιαστικά στο σύνολο των πολιτών της Ε.Ε. Για να αποφεύγονται παρερμηνείες σχετικά με την έννοια του κράτους ασφάλισης η Οδηγία είναι σαφής: Ως κράτος ασφάλισης θεωρείται εκείνο που έχει το δικαίωμα να παράσχει ή να αρνηθεί την προηγούμενη έγκριση που προβλέπουν οι διατάξεις του Κανονισμού 883/2004. Είναι σημαντικό **ότι δε γίνεται καμία διάκριση ανάμεσα σε ιδιώτες ή δημόσιους παρόχους υπηρεσιών υγείας**. Σύμφωνα πάντοτε με το άρθρο 3 της Οδηγίας ως πάροχος θεωρείται κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο που παρέχει νόμιμα υγειονομική περίθαλψη στο έδαφος ενός κράτους μέλους.

2.3.2 Η βασική αρχή της Οδηγίας

Οι ασθενείς **έχουν το δικαίωμα αποζημίωσης** για πληρωμές που έχουν κάνει ως αντάλλαγμα για την παροχή προς αυτούς υπηρεσιών υγείας σε καθεστώς διασυνοριακής περίθαλψης. Δε γίνεται **καμία διάκριση** για το κατά πόσον αυτή η περίθαλψη έλαβε χώρα σε δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα. Ούτε γίνεται κάποια διάκριση για το κατά πόσο η περίθαλψη ήταν νοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή. Το ύψος της αποζημίωσης αυτή θα ισούται με το ύψος της αποζημίωσης που θα ελάμβαναν από τον ασφαλιστικό τους οργανισμό, σε περίπτωση που η νοσηλεία γινόταν στην πατρίδα τους. Αν λ.χ. ένας Έλληνας ασφαλισμένος στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. νοσηλευθεί σε άλλη χώρα μέλος της Ε.Ε., τότε και σύμφωνα με τη σχετική διάταξη του Ν. 4213/2013 (άρθρο 7), η αποζημίωση που θα λάβει θα είναι ίση με αυτήν που προβλέπει ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών (ΕΚΠΑ) του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Ουσιαστικά δηλαδή η βασική αρχή της Οδηγίας δεν είναι **άλλη από την σε κάθε περίπτωση αποζημίωση της διασυνοριακής περίθαλψης.**

Η Οδηγία θέτει όμως έναν **ουσιαστικό περιορισμό** στα δικαιώματα του ασθενούς. Ο τελευταίος δε δικαιούται να αποζημιωθεί για υπηρεσίες υγείας που έλαβε σε καθεστώς υγειονομικής διασυνοριακής περίθαλψης, **όταν αυτές δεν προβλέπονται από τη νομοθεσία του κράτους προέλευσης** (Προοίμιο της Οδηγίας παρ. 13). Η αποζημίωση αυτή βεβαίως αφορά μόνο στις δαπάνες που υπεβλήθη ο ασθενής **αποκλειστικά για την ιατροφαρμακευτική του περίθαλψη.** Δεν αποζημιώνονται δηλαδή έξοδα διαμονής, μετάβασης κλπ. Αυτή η δυνατότητα υπάρχει μόνον στις περιπτώσεις όπου η διασυνοριακή περίθαλψη πραγματοποιείται κατόπιν προηγούμενης έγκρισης από τον ασφαλιστικό οργανισμό του ασθενούς ή σε περιπτώσεις όπου ένα άτομο που πάσχει από μία ή περισσότερες αναπηρίες υπόκειται σε συμπληρωματικά έξοδα.

Από τα παραπάνω συνάγεται ευθέως το συμπέρασμα ότι ο θεσμός της διασυνοριακής περίθαλψης **δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για την αποκόμιση οικονομικού οφέλους από την πλευρά του ασθενούς.** Τούτο προβλέπεται ρητά και στα εδάφια 32 και 33 του Προοιμίου της Οδηγίας. Για το λόγο αυτόν άλλωστε υπάρχει ειδική πρόβλεψη ώστε η αποζημίωση να μην υπερβαίνει σε κάθε περίπτωση

το **πραγματικό κόστος** της περίθαλψης. Αν δηλαδή ένας Έλληνας ασθενής μεταβεί σε άλλη χώρα μέλος της Ε.Ε. για νοσηλεία και το κόστος είναι μικρότερο από την αποζημίωση που προβλέπει ο Ε.Κ.Π.Α. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, τότε εξυπακούεται ότι ο ασθενής θα λάβει επιστροφή από τον Οργανισμό μόνο για τα πραγματικά του έξοδα.

Σημαντικό είναι το γεγονός ότι επιτρέπεται και **η απευθείας πληρωμή** προς τον πάροχο της υπηρεσίας υγείας στην αλλοδαπή. Κατ' αυτόν τρόπο διευκολύνεται η αποζημίωση των παρόχων χωρίς τη μεσολάβηση του ιδίου του ασθενούς. Τούτο βεβαίως προβλέπεται **απλώς και μόνον ως δυνατότητα**. Η Οδηγία κατά την εφαρμογή της στην πράξη προϋποθέτει **την πληρωμή των εξόδων περίθαλψης από τον ασθενή σε πρώτη φάση και σε δεύτερη φάση την απόδοση προς αυτόν της σχετικής δαπάνης**.

2.3.3 Η προηγούμενη έγκριση

Περιορίζεται σημαντικά η δυνατότητα του ασφαλιστικού οργανισμού του ασθενούς να αρνηθεί την πληρωμή των εξόδων, εφόσον η διασυνοριακή περίθαλψη δεν έχει εγκριθεί προηγουμένως από τον ίδιον τον οργανισμό, δηλαδή πριν από τη μετάβαση του ασθενούς σε άλλη χώρα για τη λήψη της υπηρεσίας. Ουσιαστικά **δεν απαιτείται η προηγούμενη έγκριση** του οικείου οργανισμού **παρά μόνον (άρθρο 8 της Οδηγίας)** όταν: «...α) η περίθαλψη υπόκειται σε απαιτήσεις σχεδιασμού προκειμένου να διασφαλιστεί επαρκής και μόνιμη πρόσβαση στην ποιοτική νοσοκομειακή περίθαλψη ή για να υλοποιηθεί ο στόχος της περιστολής των εξόδων και της πρόληψης, στο 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 οικείου φορέα παροχών ασθένειας σε είδος, ενδέχεται να εγείρει σοβαρές και συγκεκριμένες ανησυχίες όσον αφορά στην 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 Ευρωπαϊκής Ένωσης...».

Κατά την ενσωμάτωση της Οδηγίας στο εθνικό δίκαιο επαναλήφθηκε η διατύπωση του σχετικού με την περίπτωση αυτή άρθρου 8 της Οδηγίας. Μάλιστα και προς αποφυγή παρερμηνειών με την υπ' αριθμ. Υ9α//2014 (ΥΑ Υ9α/79323 ΦΕΚ Β 2459 2014) Απόφαση του Υπουργού Υγείας εξειδικεύονται οι περιπτώσεις, όπου είναι απαραίτητη η προηγούμενη έγκριση από τον Οργανισμό ασφάλισης του ασθενούς. Αναλυτικότερα και σύμφωνα με την ανωτέρω Υπουργική Απόφαση, η προηγούμενη έγκριση **είναι ουσιαστικά απαραίτητη στις περιπτώσεις εκείνες που απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς**, όταν δηλαδή και σύμφωνα με την Υ.Α.: «...η θεραπεία με τις ανάλογες ιατρικές πράξεις αντιστοιχούν με το σύστημα αποζημίωσης των ΚΕΝ έχουν ΜΔΝ (σ.σ. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας) μεγαλύτερη της μίας ημέρας» και: «... όσων ιατρικών περιπτώσεων η θεραπεία, δεν έχει ανάλογη αντιστοίχιση με ΚΕΝ αλλά αποζημιώνεται με ημερήσιο νοσήλιο σύμφωνα τίθενται στην κρίση της αρμόδιας Επιτροπής μόνο στην περίπτωση που κατά την έγγραφη εκτίμηση του παρόχου, χρήζει νοσηλείας με τουλάχιστον μία διανυκτέρευση».

Βεβαίως σε καθεστώς προηγούμενης έγκρισης εξακολουθούν να υπάγονται **οι σπάνιες παθήσεις**, η θεραπεία των οποίων αποζημιώνεται από τον ασφαλιστικό φορέα, σύμφωνα με το άρθρο 6 της Οδηγίας. Ο τελευταίος δύναται στις περιπτώσεις αυτές να ζητήσει τη διενέργεια σχετικής ιατρικής αξιολόγησης και να αρνηθεί τη χορήγηση της αιτούμενης προηγούμενης έγκρισης στις εξής περιπτώσεις: **Α.** Όταν υπάρχει κίνδυνος να εκτεθεί ο ασθενής σε κινδύνους που είναι μεγαλύτεροι από το όποιο προσδοκώμενο όφελος θα μπορούσε τελικά να έχει ο ασθενής, **Β.** Όταν υπάρχει κίνδυνος ασφάλειας και για το ευρύ κοινό από την ενδεχόμενη διασυνοριακή περίθαλψη του ασθενούς, **Γ.** Όταν υπάρχουν σοβαρές αμφιβολίες για το επίπεδο ποιότητας των παρόχων των αιτούμενων υπηρεσιών διασυνοριακής περίθαλψης και **Δ.** Όταν η περίθαλψη θα μπορούσε να παρασχεθεί και εντός Ελλάδας, αλλά σε εύλογο χρονικό διάστημα, χωρίς να επιβαρυνθεί η υγεία του ασθενούς.

Το ζήτημα της προηγούμενης έγκρισης είχε και έχει καθοριστική σημασία για τη διευκόλυνση της διασυνοριακής περίθαλψης. Σύμφωνα με το Προοίμιο της Οδηγίας (εδ. 27, 41 και 42) **η διασυνοριακή περίθαλψη θα μπορούσε ενδεχομένως να απειλήσει την οικονομική ισορροπία των εθνικών συστημάτων υγείας**. Κάθε

κράτος μέλος της Ένωσης έχει την υποχρέωση να αναπτύσσει ένα σύστημα νοσοκομειακής κάλυψης του πληθυσμού του. Το σύστημα αυτό και στο σημείο αυτό η Οδηγία υιοθετεί τη σχετική νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου, προκειμένου να σχεδιασθεί, να λειτουργήσει και να εξασφαλίζει διαρκώς την επαρκή και ποιοτική κάλυψη του πληθυσμού έχει μεγάλο κόστος για τους εθνικούς προϋπολογισμούς. Αυτό το κόστος καλύπτεται από πόρους που δεν είναι ποτέ αρκετοί. Αν οι λήπτες των υπηρεσιών μπορούν ελεύθερα να μετακινούνται για το σκοπό αυτόν, δηλαδή τη λήψη νοσοκομειακών υπηρεσιών, σε άλλα κράτη μέλη της Ένωσης, τότε ο εθνικός σχεδιασμός κινδυνεύει να ανατραπεί και να καταρρεύσει. Για το λόγο αυτόν κατά την Οδηγία το δικαίωμα κάθε κράτους να θέτει ορισμένους περιορισμούς, κυρίως στη νοσοκομειακή διασυνοριακή περίθαλψη, αλλά σε ορισμένες εξαιρετικές περιπτώσεις και στη μη νοσοκομειακή, **είναι δικαιολογημένο.**

Στο εδάφιο 33 του προοιμίου της Οδηγίας η σχετική αναφορά είναι περισσότερο από σαφής : «.....Η παρούσα οδηγία θα πρέπει να αναγνωρίζει ότι τα κράτη μέλη είναι ελεύθερα να οργανώνουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής ασφάλισης κατά τρόπον ώστε να καθορίζουν τη θεμελίωση δικαιώματος θεραπείας σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο...». Το απώτατο κριτήριο για την εφαρμογή της Οδηγίας εντός της Ε.Ε. είναι ουσιαστικά η προστασία και ο σεβασμός του δικαιώματος κάθε κράτους μέλους της Ένωσης να οργανώνει σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο το εθνικό του σύστημα υγείας. Αυτό το δικαίωμα **δεν πρέπει να απειλείται** ως προς την υλοποίησή του από καμία υπέρβαση των εθνικών προϋπολογισμών για την υγεία. Αυτή η υπέρβαση θα μπορούσε να υπάρξει ως αποτέλεσμα μίας άκριτης και απεριόριστης εφαρμογής του δικαιώματος λήψης υπηρεσιών διασυνοριακής περίθαλψης.

Βεβαίως οι προαναφερθείσες περιπτώσεις όπου η προηγούμενη έγκριση είναι τελικώς απαραίτητη, ουσιαστικά **μετριάζουν τη βασική αρχή της Οδηγίας** (Στεργίου), που δεν είναι άλλη από την (υποτιθέμενη) απουσία οποιασδήποτε προέγκρισης. Μάλιστα ένα κράτος μέλος επικαλούμενο λόγους γενικού συμφέροντος έχει τη δυνατότητα ακόμη και να αρνηθεί γενικώς την πρόσβαση υπηκόων άλλων κρατών μελών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του, όπως προβλέπεται στο άρθρο 4 παρ. 3 της Οδηγίας.

Επιχειρείται λοιπόν στα πλαίσια της Οδηγίας **να επιτευχθεί η χρυσή τομή**, ώστε από τη μία πλευρά να προστατεύεται και να διευκολύνεται η χάραξη εθνικής πολιτικής υγείας, αλλά και από την άλλη πλευρά να κατοχυρώνεται μία όσο το δυνατόν πιο λειτουργική πολιτική διασυνοριακής περίθαλψης. **Τούτο επιχειρείται να γίνει μέσω της καθιέρωσης της χρήσης ενός συστήματος γενικών και αντικειμενικών όρων για τη χορήγηση ή μη της προηγούμενης έγκρισης, όταν αυτή είναι απαραίτητη, καθώς και γενικότερα για την λήψη απόφασης περί επιστροφής χρημάτων στους ασθενείς.**

2.3.4 Συγκεκριμένα κριτήρια – Τυποποίηση της διαδικασίας

Η Οδηγία στο εδάφιο 37 του προοιμίου της αποδέχεται τη δυνατότητα των κρατών μελών να θέτουν συγκεκριμένα κριτήρια για να ελέγχουν τα υποβαλλόμενα σ' αυτά αιτήματα για επιστροφή χρημάτων διασυνοριακής περίθαλψης, ακόμη κι όταν αυτά αφορούν σε περιπτώσεις όπου δεν είναι απαραίτητη η προηγούμενη έγκριση. Τα κριτήρια αυτά σε κάθε περίπτωση οφείλουν να έχουν έναν **ιατροκεντρικό χαρακτήρα**. Αυτό που προέχει είναι η υγεία του ασθενούς. Επομένως τα κριτήρια οφείλουν να έχουν στο επίκεντρό τους ιατρικές γνωματεύσεις και να υπάρχουν πάντοτε γενικοί όροι που να είναι διατυπωμένοι με σαφήνεια, γενικότητα και χωρίς διακρίσεις. Ουσιαστικά τα όποια κριτήρια οφείλουν να τίθενται και να λειτουργούν με αντικειμενικότητα και διαφάνεια.

Στα πλαίσια αυτής της γενικής αρχής η Οδηγία υποχρεώνει (άρθρο 9) τα κράτη μέλη να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν ένα συγκεκριμένο πλαίσιο, τόσο νομοθετικό όσο (κυρίως) διοικητικό για την εξέταση των σχετικών αιτήσεων εκ μέρους των ασθενών. Σύμφωνα με το άρθρο αυτό και κατά την εξέταση της αίτησης για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, ο Οργανισμός Ασφάλισης του ασθενούς οφείλει να λαμβάνει υπόψη μόνον στοιχεία που έχουν σχέση με την ασθένεια, δηλαδή: **α)** τη συγκεκριμένη ιατρική κατάσταση του ασθενούς και **β)** τον επείγοντα χαρακτήρα και τις ατομικές περιστάσεις. Κατ' αυτόν τον τρόπο επιχειρείται να εξασφαλιστεί ότι η σχετική διοικητική απόφαση που θα εκδοθεί σχετικά με τη λήψη διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης και την επιστροφή των εξόδων της υγειονομικής περίθαλψης που παρασχέθηκε σε άλλο κράτος – μέλος, πρέπει να είναι πλήρως

αιτιολογημένη είτε αφορά αποδέχεται την αίτηση, είτε (πολύ περισσότερο) την απορρίπτει.

Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να υπάρχουν προβλήματα διακρίσεων με βάση την εθνικότητα του ασθενούς (άρθρο 4 της Οδηγίας), ούτε να δημιουργούνται ζητήματα μεροληψίας ή ζητήματα που έχουν σχέση με τη διαφάνεια των διαδικασιών. **Η αποφυγή διακρίσεων και η καθιέρωση συστήματος πλήρους διαφάνειας αποτελούν βασικές αρχές** για την αποτελεσματική εφαρμογή της Οδηγίας σε εθνικό επίπεδο σύμφωνα με το άρθρο 47 του Προοιμίου της. Η διαφάνεια μάλιστα αυτή επιβάλλει ώστε ο οικείος φορέας παροχών ασθένειας σε είδος να χορηγεί στον ασθενή γραπτή επιβεβαίωση του μέγιστου ποσού που θα επιστραφεί κατ' εκτίμηση, λαμβάνοντας υπόψη την κλινική περίπτωση του ασθενούς και επισημαίνοντας τις ιατρικές διαδικασίες που ενδέχεται να εφαρμοσθούν, όπως ρητά προβλέπει και πάλι το άρθρο 4 της Οδηγίας.

Στην Ελλάδα, προκειμένου η όλη διαδικασία μέσω της οποίας πραγματοποιείται ο υπολογισμός των προς απόδοση ποσών για τη διασυνοριακή περίθαλψη να γίνεται υπό καθεστώς πλήρους διαφάνειας, έχουν δημοσιευθεί και ισχύουν: **A.** Η υπ' αριθμ. Υ9α/76908 (ΦΕΚ Β 2425/11-9-2014) Απόφαση του Υπουργού Υγείας με τίτλο «Διοικητικές διαδικασίες για τη χρήση της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης» και **B.** Η υπ' αριθ. Υ9α/87340 (ΦΕΚ Β 2774/16-10-2014) Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΚΥΑ) των Υπουργών Υγείας, Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας. Να σημειωθεί ότι οι ως άνω Κ.Υ.Α. εφαρμόζονται είτε η απόδοση δαπανών πραγματοποιείται κατόπιν εφαρμογής της Οδηγίας 20/11/24/ΕΕ, είτε στα πλαίσια εφαρμογής του Κανονισμού 83/2004.

Με την πρώτη Υπουργική Απόφαση εγκαθιδρύεται ένα σύστημα βάσει του οποίου ο ασφαλισμένος για να του παρασχεθεί διασυνοριακή περίθαλψη **σε περίπτωση που απαιτείται προηγούμενη έγκριση**, σύμφωνα με το άρθρο 8 της Οδηγίας, δύναται να υποβάλει τη σχετική αίτηση του προς τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (στις Περιφερειακές Διευθύνσεις του τόπου κατοικίας), η οποία θα συνοδεύεται από συγκεκριμένα δικαιολογητικά.

Τα δικαιολογητικά **αυτά απηχούν ακριβώς τον ιατροκεντρικό χαρακτήρα** της όλης διαδικασίας, όπως επιτάσσει η Οδηγία. Απαιτούνται κυρίως δηλαδή (ανάμεσα στα

άλλα) τα εξής δικαιολογητικά: **A.** Γνωμάτευση ιατρού Διευθυντή Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου ή Στρατιωτικού Νοσοκομείου ή Πανεπιστημιακής Κλινικής ή Διευθυντή Ιδιωτικής Κλινικής της αντίστοιχης με την πάθηση ειδικότητας. Στη σχετική γνωμάτευση θα πρέπει να περιγράφεται με λεπτομέρεια το είδος της πάθησης με σύντομο ιστορικό ώστε να αιτιολογείται επαρκώς η ανάγκη αντιμετώπισης της κατάστασης του ασθενούς με την προτεινόμενη θεραπεία. **B.** «...Βεβαίωση από δύο τουλάχιστον νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας σε περίπτωση που η προτεινόμενη υγειονομική περίθαλψη δεν μπορεί να παρασχεθεί σε ελληνικό έδαφος εντός προθεσμίας ιατρικώς αποδεκτής με βάση αντικειμενική ιατρική αξιολόγηση της ιατρικής κατάστασης του ασθενούς, του ιστορικού και της πιθανής εξέλιξης της ασθένειάς του, της έντασης του πόνου που δοκιμάζει ή/και της φύσης της αναπηρίας του τη στιγμή που υπέβαλε ή υπέβαλε εκ νέου αίτηση έγκρισης. Είναι σαφής ο προσανατολισμός **στην αποφυγή της υπέρμετρης επιβάρυνσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας** με την αποφυγή εγκρίσεων σε περιπτώσεις, όπου η ίδια πάθηση δύναται να αντιμετωπιστεί επιτυχώς στην Ελλάδα, χωρίς να δημιουργηθεί πρόβλημα για την υγεία του ασθενούς.

Αυτή η Υ.Α. περεταιίρω ορίζει και περιγράφει με λεπτομέρειες τη διαδικασία που οφείλει ο ασφαλισμένος να ακολουθήσει. Βάσει λοιπόν των σχετικών προβλέψεων συγκροτείται ειδική Επιτροπή, η οποία παραλαμβάνει το φάκελο και ελέγχει εάν πληρούνται οι προϋποθέσεις προηγούμενης έγκρισης που υποβάλλει ο ασφαλισμένος για να του παρασχεθεί διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη βάσει των προϋποθέσεων υγειονομικής διασυνοριακής περίθαλψης.

Η Επιτροπή:

- Ελέγχει την πληρότητα του φακέλου και των απαιτούμενων δικαιολογητικών.
- Παραπέμπει τον ασφαλισμένο για περεταιίρω αξιολόγηση αν πρόκειται για άτομο που πάσχει από σπάνια ασθένεια.
- Ελέγχει εάν πληρούνται οι προϋποθέσεις υγειονομικής περίθαλψης που υπόκεινται σε προηγούμενη έγκριση (σύμφωνα με το άρθρο 8 § 1 της Οδηγίας).
- Πιστοποιεί εάν ή εν λόγω υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνεται στις παροχές που δικαιούται ο ασφαλισμένος (άρθρο 7 της Οδηγίας) και τέλος

- Γνωμοδοτεί αιτιολογημένα για την έγκριση ή μη χρήσης διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης σε κράτος-μέλος της Ε.Ε.

Η γνωμοδότηση της Επιτροπής αποτελεί καθοριστικό στοιχείο προκειμένου η αρμόδια Διοικητική Υπηρεσία του οικείου φορέα παροχών ασθενείας σε είδος να λάβει την τελική απόφαση περί προηγούμενης ή μη έγκρισης για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη σε κράτος-μέλος της Ε.Ε.

Εφόσον λοιπόν παρασχεθεί η προηγούμενη έγκριση ο ασφαλισμένος με την επιστροφή του στην Ελλάδα μετά από λήψη υπηρεσιών υγείας σε άλλο κράτος – μέλος της Ε.Ε., υποχρεούται να υποβάλλει **αίτημα** για την απόδοση των δαπανών. Το αίτημα αυτό οφείλει να περιλαμβάνει το πλήρες ιστορικό νοσηλείας, βεβαίωση του Νοσηλευτικού Ιδρύματος, από την οποία να προκύπτει κατά πόσον αυτό είναι κρατικό/ιδιωτικό ή κοινωφελές, τις εξοφλητικές αποδείξεις νοσηλείας και φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και τις αντίστοιχες ιατρικές βεβαιώσεις για την αναγκαιότητα αυτής της αγωγής. Σε περίπτωση μάλιστα που πρόκειται για άτομο με πιστοποιημένη αναπηρία τότε προβλέπεται και ειδική διαδικασία ως προς την απόδοση των δαπανών μετακίνησης και διαμονής. Ο ασφαλισμένος οφείλει να προσκομίσει τις αντίστοιχες εξοφλητικές αποδείξεις (εισιτήρια, αποδείξεις διαμονής κλπ) και στη συνέχεια αυτά θα εξετάζονται από την αρμόδια Διεύθυνση του ασφαλιστικού του φορέα, προκειμένου τελικώς να αποδοθούν οι δαπάνες. Η απόδοση των δαπανών δύναται να καλύπτει και συμπληρωματικά έξοδα όπως λ.χ. δαπάνες μετάβασης – επιστροφής και διαμονής, τα οποία θα αποδίδονται ανάλογα με τις ειδικότερες διατάξεις του Κανονισμού Παροχών του οικείου ασφαλιστικού φορέα.

Με την ΚΥΑ αυτή επιχειρείται να διασφαλισθεί **η χρήση ενός αμερόληπτου μηχανισμού**, ο οποίος θα είναι διαφανής και θα εφαρμόζεται σύμφωνα με τον κανονισμό παροχών του. Ειδικά δε για τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ προβλέπεται η ανάρτηση των σχετικών πληροφοριών για το ύψος των προς επιστροφή εξόδων στον ιστότοπο του Οργανισμού. Για το λόγο αυτόν **ιδίως σε περίπτωση απόρριψης της αίτησης**, ο ενδιαφερόμενος ασφαλισμένος έχει το δικαίωμα να προσφύγει σε ανώτερο όργανο και να προσβάλλει την απορριπτική απόφαση ενώπιον της Δευτεροβάθμιας Επιτροπής του άρθρου 32 παρ. 6 του ν. 3863/2010 (Α 115). Σε περίπτωση δε νέας απορριπτικής απόφασης από τη Δευτεροβάθμια Επιτροπή ο ενδιαφερόμενος

ασφαλισμένος δικαιούται να προσβάλλει την απορριπτική απόφαση της δευτεροβάθμιας επιτροπής ενώπιον των διοικητικών δικαστηρίων, σύμφωνα με το άρθρο 7 του ν. 702/1977 (Α 268).

Εν όψει αντίθετης ρύθμισης ο ασθενής είναι ελεύθερος να επιλέξει κατά πόσον θα υπαχθεί ή τουλάχιστον θα προσπαθήσει να υπαχθεί σε καθεστώς διασυνοριακής περίθαλψης, επιλέγοντας να εκμεταλλευτεί είτε τις πρόνοιες του Κανονισμού 883/2004, είτε τις πρόνοιες της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ.

2.3.5 Τα Εθνικά Σημεία Επαφής

Σημαντικό ρόλο στην τυποποίηση και απλοποίηση της διαδικασίας που ακολουθείται για την εφαρμογή της Οδηγίας σε ευρωπαϊκό επίπεδο επιτελούν τα **Εθνικά Σημεία Επαφής (Ε.Σ.Ε)**. Σύμφωνα με το άρθρο 47 του Προοιμίου της Οδηγίας σε κάθε κράτος μέλος της Ε.Ε. θα δημιουργηθεί ένα Σημείο Επαφής για την εφαρμογή της Οδηγίας. Θα πρόκειται για υπηρεσίες που θα ενημερώνουν τους ενδιαφερόμενους για τη διαδικασία που πρέπει να ακολουθηθεί κατά περίπτωση για την εφαρμογή της Οδηγίας. Οι πολίτες θα μπορούν στα Σημεία αυτά να ενημερώνονται λ.χ. για τη διαδικασία της προηγούμενης έγκρισης, εφόσον αυτή απαιτείται, καθώς και για τη διαδικασία απόδοσης των δαπανών (αποζημίωσης) σε περίπτωση που τελικώς υπαχθούν σε καθεστώς διασυνοριακής περίθαλψης.

Σύμφωνα με την Οδηγία (άρθρο 49 Προοιμίου) κάθε κράτος μέλος οφείλει να επιλέξει και να οργανώσει το ίδιο τα Εθνικά Σημεία Επαφής. Αυτή η οργάνωση όμως οφείλει να είναι αποτελεσματική, τα Σημεία να είναι στελεχωμένα με το κατάλληλο προσωπικό και να διαθέτουν τον απαραίτητο εξοπλισμό. Κατ' αυτόν τον τρόπο τα Εθνικά Σημεία Επαφής θα μπορούν να επιτελούν αποτελεσματικά το έργο τους, δηλαδή να ενημερώνουν τους πολίτες. Για το λόγο αυτόν και σύμφωνα πάντοτε με τις πρόνοιες της Οδηγίας τα Εθνικά Σημεία Επαφής που θα δημιουργηθούν στο εσωτερικό των κρατών μελών θα πρέπει **να είναι διασυνδεδεμένα μεταξύ τους**, τόσο σε εθνικό αλλά και σε **ενωσιακό** επίπεδο.

Στην Ελλάδα το Ε.Σ.Ε. υπάγεται στη Διεύθυνση Διεθνών Ασφαλιστικών Σχέσεων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και εδρεύει στα κεντρικά γραφεία του Οργανισμού. Σκοπός του Ε.Σ.Ε.

είναι να ενημερώσει, να συντονίσει και να υποστηρίξει τους ασθενείς, τους παρόχους υγείας και τους εμπλεκόμενους ασφαλιστικούς φορείς στα εξής κυρίως ζητήματα: Στην παροχή πληροφοριών σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ασθενών και των παρόχων, στην παροχή ενημέρωσης σχετικά με τις διαδικασίες επιστροφής των δαπανών και στην παροχή ενημέρωσης σχετικά με το ζήτημα της εκτέλεσης διασυνοριακών συνταγών.

Για την πιο εύρυθμη λειτουργία του Ε.Σ.Ε. στην Ελλάδα έχει εκδοθεί η υπ' αριθμ. 97740/07-11-2014 Εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας. Σύμφωνα με την εγκύκλιο αυτή η ενημέρωση που οφείλει να παρέχει το Ε.Σ.Ε. αφορά στα εξής ζητήματα:

- Τα στοιχεία επαφής των Εθνικών Σημείων Επαφής των λοιπών κρατών μελών της Ε. Ένωσης, καθώς και τα στοιχεία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης.
- Το δικαίωμα και τους περιορισμούς των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης να προσφέρουν περίθαλψη.
- Πληροφορίες σχετικά με ζητήματα ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας από τους παρόχους, δηλαδή τα πρότυπα που εφαρμόζονται, καθώς και διατάξεις που ισχύουν για την εποπτεία και την αξιολόγηση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Στο σημείο αυτό πρέπει να γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στην προσβασιμότητα των ατόμων με αναπηρία.
- Πληροφορίες για τη διαδικασία που μπορούν να ακολουθήσουν οι ασθενείς σε περίπτωση που οι υπηρεσίες που τους παρασχεθούν δεν είναι κατάλληλες. Η υποβολή παραπόνων, οι διαδικασίες νομικής συνδρομής για τη διευθέτηση των όποιων προβλημάτων εμφανιστούν, οι διοικητικές διαδικασίες που ακολουθούνται στις περιπτώσεις αυτές και οποιαδήποτε άλλη σχετική πληροφορία οφείλει να παρέχεται από το Ε.Σ.Ε. Ο λήπτης υπηρεσιών διασυνοριακής περίθαλψης πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος για τις δυνατότητες που έχει σε περίπτωση που από τις υπηρεσίες αυτές προκληθεί βλάβη στον ίδιο και στην κατάσταση της υγείας του.

- Τους όρους, τις προϋποθέσεις καθώς και τις διαδικασίες επιστροφής εξόδων στον ασφαλισμένο. Ζητήματα σχετικά με την κάλυψη δαπανών για φάρμακα, ιατρικά έξοδα και έξοδα νοσηλείας αποτελούν ένα σημαντικό πεδίο ενημέρωσης με ευθύνη του Ε.Σ.Ε. Είναι ευνόητο ότι κομβικό σημείο στην όλη διαδικασία ενημέρωσης αποτελεί το ζήτημα **της προηγούμενης έγκρισης**. Συνεπώς όλες οι διαδικασίες και οι προϋποθέσεις για αυτό το ζήτημα αποτελούν θέματα ενημέρωσης από το Ε.Σ.Ε. προς τους ενδιαφερόμενους.
- Ως προς το θέμα των διαδικασιών το Ε.Σ.Ε. ενημερώνει εκτός των άλλων και για τα χρονικά όρια που υπάρχουν σε κάθε περίπτωση, ώστε οι αιτήσεις των ασθενών να είναι εμπρόθεσμες.
- Τους όρους και τις προϋποθέσεις καθώς και τις διαδικασίες για τη λήψη προηγούμενης έγκρισης.
- Τέλος ειδική ενημέρωση πρέπει να παρέχεται σχετικά με την εκτέλεση των συνταγών (αναγνώριση συνταγών, απαραίτητα στοιχεία των συνταγών, ταυτοποίηση των φαρμάκων κλπ).

2.3.6 Παράλληλη εφαρμογή του Κανονισμού 883/04 και της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ

Η παράλληλη εφαρμογή του Κανονισμού 883/04 και της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ για τη διασυνοριακή περίθαλψη δημιουργεί ζητήματα ως προς την εφαρμογή των ακολουθητέων κάθε φορά διατάξεων σε σχέση κυρίως με το ζήτημα της προηγούμενης έγκρισης και το ζήτημα της απόδοσης των δαπανών (αποζημίωσης) στους ασθενείς. Η βασική αρχή είναι ότι ο ασθενής είναι **ελεύθερος να επιλέξει** αν θα υπαχθεί στις πρόνοιες του Κανονισμού ή της Οδηγίας. Οι βασικές διαφορές από αυτήν την επιλογή, που έχουμε ήδη σε μεγάλο βαθμό εντοπίσει και θα προσπαθήσουμε να κωδικοποιήσουμε είναι οι εξής:

- Σύμφωνα με τον Κανονισμό ο ασθενής δύναται να λάβει υγειονομική περίθαλψη μόνον από παρόχους που είναι ενταγμένοι στο δημόσιο σύστημα υγείας μίας χώρας. Αντίθετα οι πρόνοιες της Οδηγίας ισχύουν και στην περίπτωση που η περίθαλψη παρέχεται από ιδιώτες παρόχους, ακόμη κι αν αυτοί δεν είναι συμβεβλημένοι με το δημόσιο σύστημα υγείας.
- Ο Κανονισμός απαιτεί πάντοτε την προηγούμενη έγκριση του ασφαλιστικού φορέα του ασθενή για την περίπτωση προγραμματισμένης υγειονομικής περίθαλψης σε διαφορετικό κράτος μέλος της Ε.Ε. Αντίθετα η Οδηγία δεν απαιτεί την προηγούμενη έγκριση, εκτός από τις περιπτώσεις που έχουμε ήδη αναλύσει σε προηγούμενη ενότητα (2.3.3).
- Το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι διαφορετικό. Με την επιλογή του Κανονισμού ο ασθενής δύναται να λάβει υπηρεσίες υγείας είτε για προγραμματισμένη νοσηλεία, με τους όρους που ήδη αναλύσαμε σε προηγούμενη ενότητα (2.2.1), είτε επ' ευκαιρία της προσωρινής διαμονής σε άλλη χώρα μέλος της Ε.Ε., εφόσον είναι κάτοχος της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας (βλ. σε επόμενη ενότητα 2.4). Αντίθετα με την επιλογή της Οδηγίας το πεδίο των παρεχόμενων υπηρεσιών που μπορεί να λάβει ο ασθενής είναι πιο διευρυμένο. Ουσιαστικά μπορεί να λάβει στο εξωτερικό όλες τις υπηρεσίες που προβλέπονται από την εθνική νομοθεσία της χώρας του (ενότητα 2.3.3).
- Η υπαγωγή στις πρόνοιες του Κανονισμού οδηγεί στην άμεση και απευθείας κάλυψη των εξόδων από τον ασφαλιστικό οργανισμό του ασθενούς. Δεν απαιτείται δηλαδή ο ασθενής να καλύψει ο ίδιος τα έξοδα και μετά να τα αναζητήσει από τον ασφαλιστικό του φορέα, όπως προβλέπεται στην περίπτωση που επιλέξει να υπαχθεί στις πρόνοιες της Οδηγίας.

Στο σημείο αυτό να επισημάνουμε ότι ακριβώς αυτή η τελευταία διαφορά είναι που καθιστά **πιο ελκυστική την επιλογή του Κανονισμού** από τους ενδιαφερόμενους. Μολονότι είναι πιο δύσκολη η διαδικασία της προηγούμενης έγκρισης, μολονότι ενδεχομένως βάσει της Οδηγίας καλύπτονται περισσότερες υπηρεσίες υγείας και περισσότερες δαπάνες, εντούτοις ο ασθενής και εφόσον υπαχθεί στον Κανονισμό δεν

είναι υποχρεωμένος να προ-πληρώσει τα έξοδα νοσηλείας τους. Αυτά καλύπτονται απευθείας από τον ασφαλιστικό του φορέα χωρίς ενδιάμεση οικονομική επιβάρυνση του ασθενούς.

Κεφάλαιο 3

Ο Ιατρικός Τουρισμός

Ο Ιατρικός Τουρισμός αποτελεί μία νέα πραγματικότητα για την Ελλάδα. Ως φαινόμενο βέβαια απαντάται διεθνώς για μεγάλο χρονικό διάστημα. Δεν είναι εύκολο να προχωρήσει κανείς στην εννοιολογική του προσέγγιση λόγω της διαπλοκής των εννοιών της υγείας και του τουρισμού – αναψυχής. Για το λόγο αυτόν στην πρώτη ενότητα του Κεφαλαίου θα επιχειρηθεί ακριβώς η εννοιολογική προσέγγιση του φαινομένου, η κατά το δυνατό διάκρισή του από τη Διασυνοριακή Περίθαλψη και η παρουσίαση της έννοιας του ιατρικού τουρίστα. Στη δεύτερη ενότητα θα αναλυθούν οι παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη του φαινομένου σε διεθνή κλίμακα, καθώς και στοιχεία για τις χώρες προορισμού και την πιστοποίηση των παρόχων. Τέλος στην τρίτη ενότητα θα επιχειρηθεί μία πρώτη προσέγγιση της ανάπτυξης του Ιατρικού Τουρισμού στην Ελλάδα. Στο σημείο αυτό θα αποδοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη δυσπραγία των ιδιωτών παρόχων υγείας ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης γενικότερα, αλλά και ειδικότερα των μέτρων που έχουν ληφθεί στην Ελλάδα για τη μείωση των δαπανών στο χώρο της υγείας.

3.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Είναι δύσκολο να διακρίνει κανείς τον Ιατρικό Τουρισμό από παρεμφερείς έννοιες όπως λ.χ. η Διασυνοριακή Περίθαλψη. Παρ' όλα αυτά και με τη χρήση

συγκεκριμένων κριτηρίων μπορούμε να προχωρήσουμε στις απαραίτητες διακρίσεις και σε μία κωδικοποίηση του αντικειμένου.

3.1.1 Ιατρικός Τουρισμός και Διασυνοριακή Περίθαλψη

Με τον όρο ιατρικό τουρισμό εννοούμε την επιλογή ενός ατόμου να ταξιδέψει σε άλλη χώρα προκειμένου να λάβει υπηρεσίες υγείας. Υπό αυτήν την έννοια δεν είναι εύκολα να διακρίνει κανείς ξεκάθαρα το ιατρικό τουρισμό από τη διασυνοριακή περίθαλψη. Είναι συνηθισμένο οι δύο αυτοί όροι πολλές φορές να ταυτίζονται και να δημιουργούνται κατ' αυτόν τον τρόπο διάφορες παρερμηνείες. Στην ουσία όμως η διαφορά έγκειται σε μεγάλο βαθμό στην **κάλυψη των εξόδων** σε κάθε περίπτωση.

Όταν κανείς επιλέγει να συμμετάσχει σε ένα πρόγραμμα ιατρικού τουρισμού το επιλέγει ελεύθερα, πολλές φορές σε αντίθεση με τις συμβουλές του οικείου ασφαλιστικού φορέα, ενώ τα έξοδα καλύπτονται από τον ίδιο τον ασθενή. Στις περισσότερες δε των περιπτώσεων η μετάβαση στο εξωτερικό για λήψη ιατρικών υπηρεσιών συνδυάζεται με προγράμματα αναψυχής, διασκέδασης και τουρισμού. Σε αντίθεση με τη διασυνοριακή περίθαλψη όπου, όπως έχουμε ήδη αναλύσει, αυτή διευκολύνεται από θεσμικές παρεμβάσεις κυρίως στο χώρο της Ε.Ε., αλλά και από διακρατικές συμφωνίες όπως λ.χ. ανάμεσα στις Η.Π.Α. και στο Μεξικό, και η οποία κατά κανόνα καλύπτεται ως προς τα έξοδά της από τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενούς (D. Mc Mahon : σελ. 2, 2013).

Ο όρος ιατρικός τουρισμός έχει μία βαθύτερη **αναλυτική αξία**. Αποδίδει ιδιαίτερη σημασία τόσο στις έννοιες της υγείας και της θεραπείας, όσο και στην έννοια του ταξιδιού. Δεν καταλαμβάνει μόνον τον τομέα των υπηρεσιών υγείας, αλλά αναλύει και το οικονομικό αποτέλεσμα που δημιουργείται από το ταξίδι, τη μετάβαση του ασθενούς από τη μία χώρα στην άλλη. Ουσιαστικά αναδεικνύει την εμπορευματοποίηση της υγείας (Lunt N. et all: σελ. 9, 2011).

Ο όρος βέβαια πολλές φορές είναι **παραπλανητικός** και έχει επικριθεί γι' αυτό. Με τη χρήση του παραγνωρίζει κανείς το αίσθημα του πόνου που οπωσδήποτε νιώθει

ένας ασθενής όταν μεταβαίνει στο εξωτερικό για θεραπεία. Η λέξη «τουρισμός» επικαλύπτει πολλές φορές συναισθήματα και καταστάσεις που καμία σχέση δεν έχουν με ταξίδια αναψυχής (D. Mc Mahon: σελ. 2, 2013). Για το λόγο αυτόν απαντάται και με άλλες μορφές, όπως λ.χ. ως medical travel, ή ως elective medical tourism (Μελέτη I.K.Π.Υ., σελ. 1, 2012), για να αποδοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην έννοια του ταξιδιού για λόγους υγείας όμως και όχι αναψυχής, ή αντίστοιχα στην έννοια της επιλογής του ταξιδιού για λόγους υγείας σε αντιδιαστολή με την αναζήτηση θεραπείας στη χώρα διαμονής.

3.1.2 Ιατρικός Τουρισμός και Τουρισμός Υγείας

Όταν σκοπός του ιατρικού τουρισμού είναι η λήψη **υπηρεσιών ευεξίας**, (Μελέτη I.K.Π.Υ., 2012) όπως λχ. υπηρεσίες που παρέχονται από spa, ιαματικά λουτρά ή κέντρα αδυνατίσματος, τότε χρησιμοποιείται ο όρος τουρισμός υγείας (health tourism). Ο τουρισμός υγείας είναι μία συνήθεια διαδεδομένη για πολλά χρόνια σε πολλές χώρες. Υπάρχει πράγματι σε πολλές περιοχές μία παράδοση αναζήτησης τέτοιων υπηρεσιών από πολίτες, οι οποίοι ταξιδεύουν σε περιοχές όπου υπάρχουν ιαματικά λουτρά ή περιοχές με εν γένει υγιεινό κλίμα και θεραπευτικές ιδιότητες.

Δεν είναι εύκολο να διακρίνουμε τις δύο αυτές κατηγορίες. Μία διάκριση θα μπορούσε να στηριχθεί **στο περιεχόμενο των παρεμβάσεων** που γίνονται και έχουν να κάνουν με την υγεία του ασθενούς. Όταν γίνεται χρήση της ιατρικής και της βιοτεχνολογίας, όταν έχουμε παραμονή του ασθενούς σε νοσοκομείο και όταν έχουμε χρήση ιατρικών μηχανημάτων, είναι φανερό ότι αναφερόμαστε σε ιατρικό τουρισμό. Αντίθετα όταν δεν απαντώνται οι παραπάνω παρεμβάσεις, αλλά συναντούμε τη χρήση μη ιατρικών και νοσηλευτικών εγκαταστάσεων, τότε είναι φανερό ότι αναφερόμαστε περισσότερο στον Τουρισμό Υγείας (Lunt N. et all: σελ. 7, 2011).

3.1.3 Οι Ιατρικοί Τουρίστες

Η μεγάλη κινητικότητα που παρατηρείται από πολίτες που αναζητούν υπηρεσίες υγείας μακριά από τη χώρα διαμονής τους δημιουργεί πολλές φορές σύγχυση για το

κατά πόσον όλες αυτές οι περιπτώσεις μπορούν να ενταχθούν στο χώρο του ιατρικού τουρισμού. Αναφέραμε προηγουμένως (ενότητα 3.1.1) ότι ένας βασικός παράγοντας για την αναγκαία διάκριση είναι κατά πόσον ο ίδιος ο ασθενής επιβαρύνεται από αυτήν την επιλογή του ή όχι.

Υπάρχουν βέβαια περιπτώσεις όπου ανεξάρτητα από το ποιος επωμίζεται τη σχετική επιβάρυνση δεν μπορούμε να κάνουμε λόγο για ιατρικό τουρισμό. Όταν λ.χ. κάποιος βρίσκεται προσωρινά εκτός της χώρας τους και χρειαστεί ιατρική βοήθεια λόγω ατυχήματος ή άλλης έκτακτης αιτίας, τότε βεβαίως δεν πρόκειται για ιατρικό τουρίστα, αλλά μάλλον για «άτυχο τουρίστα», όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται (Lunt N. et all: σελ. 8, 2011). Στην περίπτωση αυτή δεν έχει σημασία αν τελικά ο ασθενής θα καταφέρει να υπαχθεί σε κάποια από τις πρόνοιες της διασυννοριακής περίθαλψης ή θα πληρώσει μόνος του τη θεραπεία χωρίς δικαίωμα αποζημίωσης της δαπάνης.

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου πολίτες χωρών μελών της Ε.Ε. επιλέγουν να εγκατασταθούν μετά τη συνταξιοδότησή τους σε άλλες χώρες. Είναι φανερό ότι σε περίπτωση νοσηλείας τους και ανεξάρτητα από τη χρηματοδότησή της, ούτε αυτοί θα μπορούσαν να ενταχθούν στην κατηγορία του ιατρικού τουρίστα.

Κατά μία άποψη δε (Lunt N. et all: σελ. 8, 2011) στην κατηγορία του ιατρικού τουρίστα δε θα μπορούσαν να ενταχθούν ακόμη και ασθενείς, οι οποίοι ταξιδεύουν στο εξωτερικό για θεραπεία ακολουθώντας τις συστάσεις των ασφαλιστικών τους ταμείων. Αυτό συμβαίνει κυρίως σε χώρες όπου υπάρχουν όρια αναμονής (όπως θα δούμε και στη συνέχεια) και μετά την υπέρβασή τους τα ασφαλιστικά ταμεία υποχρεούνται να καλύψουν τη νοσηλεία του ασθενούς στο εξωτερικό. Στην περίπτωση αυτή συνήθως υπάρχουν διακρατικές συμφωνίες που διευκολύνουν τη μετάβαση του ασθενούς σε συγκεκριμένες χώρες, όπου υπάρχει πλήρης κάλυψη της θεραπείας και των διάφορων εξόδων από το ασφαλιστικό ταμείο του ασθενούς.

Επί της ουσίας ο **ιατρικός τουρίστας** είναι εκείνος ο πολίτης, ο οποίος σε περίπτωση ασθένειας επιλέγει μόνος του να μεταβεί στο εξωτερικό. Δεν κάνει χρήση διαφόρων δικαιωμάτων που του προσφέρονται (λ.χ. ως κάτοχος Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας), αλλά επιλέγει και προβαίνει σε **ιδιωτικές πληρωμές** (Lunt

N. et all: σελ. 8, 2011). Είναι φανερό ότι αυτό διευκολύνει την αντιμετώπιση του φαινομένου ως μίας βιομηχανίας με δύο μόνο παίχτες, τους ασθενείς – καταναλωτές και τους παρόχους, χωρίς δηλαδή την παρέμβαση τρίτων παραγόντων (ασφαλιστικών ταμείων, κρατικού προϋπολογισμού κλπ).

3.2 Η ανάπτυξη του Ιατρικού Τουρισμού

Η ανάπτυξη του Ιατρικού Τουρισμού σε παγκόσμιο επίπεδο οφείλεται σε συγκεκριμένους παράγοντες. Οι σημαντικότεροι από αυτούς παρουσιάζονται και αναλύονται. Παρουσιάζονται επίσης οι σημαντικότεροι προορισμοί για ιατρικούς τουρίστες, ενώ δίδεται έμφαση και στο ζήτημα της πιστοποίησης των παρόχων από αναγνωρισμένους φορείς.

3.2.1 Οι παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη

Στο χώρο του ιατρικού τουρισμού έχει αναπτυχθεί μία ιδιαίτερα δυναμική βιομηχανία, η οποία αναπτύσσεται διαρκώς. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη αυτής της βιομηχανίας. Οι κυριότεροι αυτούς είναι οι εξής:

- Θεσμικές παρεμβάσεις

Μεγάλη ώθηση στην ανάπτυξη του τουρισμού υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο έδωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου και ιδίως η Γενική Συμφωνία για το Εμπόριο στις Υπηρεσίες (Lunt N. et all: σελ. 6, 2011). Η συμφωνία αυτή **επιτάχυνε** τις εξελίξεις στο χώρο του ιατρικού τουρισμού. Άλλωστε και εφόσον μιλάμε για την υγεία αναφερόμαστε σε χώρο κυρίως παροχής υπηρεσιών. Ο **Κανονισμός 883/2004**, τον οποίον έχουμε ήδη εκτενώς αναλύσει, καθώς και άλλες θεσμικές παρεμβάσεις στο χώρο της ελεύθερης διακίνησης προσώπων και υπηρεσιών (βλ. ενότητα 2.1.1) εντός της Ε.Ε. έχουν συμβάλλει τα μέγιστα στην πιο εύκολη κινητικότητα των ασθενών, αλλά και των επαγγελματιών υγείας. Ιδίως η δυνατότητα των ιατρών να ασκούν το λειτούργημά τους χωρίς ιδιαίτερα εμπόδια σε όποια χώρα της Ε.Ε. το επιθυμούν ανοίγει νέες προοπτικές για τον ιατρικό τουρισμό στην ήπειρο.

- Η χρήση του Διαδικτύου και της νέας τεχνολογίας

Αποτελεί ίσως σήμερα το πιο συνηθισμένο μέσο αναζήτησης και ενημέρωσης για όσους επιθυμούν να ενταχθούν σε προγράμματα ιατρικού τουρισμού (Μελέτη Ι.Κ.Π.Ι., σελ. 6, 2012). Η χρήση του διαδικτύου και της νέας τεχνολογίας είναι εξαιρετικά σημαντική. Δεν είναι τυχαίο ότι αναπτυσσόμενες χώρες που διακρίνονται για την επίδοσή τους στις **τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνιών (ICT)**, όπως η Ινδία, το Μεξικό και η Ταϊλάνδη (Sarantopoulos I. et all: σελ. 3, 2014), παρουσιάζουν ταυτόχρονη ανάπτυξη και στο χώρο του ιατρικού τουρισμού. Οι χώρες αυτές επένδυσαν στη νέα τεχνολογία προκειμένου εκτός των άλλων να αναδειχθούν σε βασικούς προορισμούς για τον ιατρικό τουρισμό. Η εκτεταμένη χρήση του διαδικτύου επέτρεψε και την ανάπτυξη μίας παράλληλης αγοράς με τον ιατρικό τουρισμό. Πρόκειται για εταιρείες οι οποίες έχουν **διαμεσολαβητικό ρόλο** (facilitators) ανάμεσα στους παρόχους υγείας και στους ασθενείς. Οι εταιρείες αυτές αξιοποιούν το διαδίκτυο και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, προκειμένου να διευκολύνουν τους ασθενείς στην αναζήτηση των κατάλληλων και αξιόπιστων παρόχων υγείας.

- Ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας σε πολλές αναδυόμενες οικονομίες

Είναι σημαντικό το γεγονός ότι σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες έχουμε **ταυτόχρονα** κατασκευή, λειτουργία και πιστοποίηση με διεθνή πρότυπα σύγχρονων υγειονομικών μονάδων, παρουσία εξειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και γενικότερα μία βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας (Μελέτη Ι.Κ.Π.Ι.: σελ. 6, 2012).

- Φθηνές αεροπορικές εταιρείες

Η μείωση του κόστους για τη **μετάβαση** των τουριστών υγείας ακόμη και σε απομακρυσμένες γωνιές του πλανήτη παίζει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού σε παγκόσμιο επίπεδο (Sarantopoulos I. et all: σελ. 2, 2014).

- Χαμηλό κόστος των προσφερόμενων υπηρεσιών

Ασθενείς που κατοικούν σε ανεπτυγμένες χώρες και έχουν υψηλά εισοδήματα επιδιώκουν να ταξιδεύουν σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπου το κόστος θεραπείας τους

είναι πολύ **μικρό**. Το κόστος βέβαια δε θα είχε από μόνο του ιδιαίτερη σημασία, αν στην απόφασή τους για μετάβαση σε αναπτυσσόμενες χώρες οι ενδιαφερόμενοι δεν ευνοούνταν και από άλλα τρία στοιχεία όπως έχουμε ήδη αναφέρει: Την ανάπτυξη των αντίστοιχων υποδομών στις χώρες αυτές, το χαμηλό κόστος μετάβασης (αεροπορικά εισιτήρια), καθώς και από την ευρεία χρήση του διαδικτύου προς αναζήτηση των σχετικών προορισμών (Sarantopoulos I. et all: σελ. 6, 2014).

- Παρακίνηση από τη βιομηχανία και τις κυβερνήσεις

Η ανάπτυξη μίας επικερδούς βιομηχανίας στο χώρο του ιατρικού τουρισμού αποτελεί από μόνη της έναν ισχυρό παράγοντα **ανατροφοδότησης** του συστήματος. Πολλοί ιδιωτικοί φορείς, είτε πρόκειται για παρόχους υγείας, είτε για φορείς που ενεργούν ως διαμεσολαβητές, αντιλαμβάνομενοι τη δυναμική του φαινομένου συντονίζουν τις ενέργειές τους προς το σκοπό της μεγιστοποίησης της σχετικής αγοράς. Καθοριστικός είναι και ο ρόλος κυβερνητικών παραγόντων και υπηρεσιών. Σε πολλές χώρες, ανάμεσά τους και η Ελλάδα, η κυβερνητική πολιτική ενισχύει τη βιομηχανία του ιατρικού τουρισμού. Σκοπός είναι η προσέλκυση ασθενών από το εξωτερικό, η προσέλκυση επενδύσεων, κεφαλαίων και γενικώς η αύξηση της οικονομικής δραστηριότητας στο χώρο της υγείας, χωρίς βεβαίως να δαπανηθούν χρήματα από τους εθνικούς προϋπολογισμούς. Είναι φανερό ότι οι ιατρικοί τουρίστες αντιμετωπίζονται ως μία πολύτιμη πηγή για εισοδήματα σε συνάλλαγμα (Sarantopoulos I. et all: σελ. 2, 2014). Η αδυναμία χρηματοδότησης των εθνικών συστημάτων υγείας, τόσο στις δημόσιες δομές όσο και στις ιδιωτικές, παρακινεί πολλούς παράγοντες του χώρου των υπηρεσιών υγείας, όπως θα δούμε εκτενώς και στη συνέχεια, να στραφούν προς τον ιατρικό τουρισμό.

3.2.2 Τόποι προορισμού

Πολλές χώρες δύνανται αυτή τη στιγμή να χαρακτηριστούν ως τόποι προορισμού στη σύγχρονη αγορά του ιατρικού τουρισμού (Sarantopoulos I. et all: σελ. 13, 2014). Κάθε μία από αυτές τις χώρες εκμεταλλεύεται ορισμένα χαρακτηριστικά που της δίνουν προβάδισμα σε σχέση με άλλες χώρες. Η Κύπρος λ.χ. εκμεταλλεύεται τις μακροχρόνιες σχέσεις που έχει με τη Μ. Βρετανία, προκειμένου να προσελκύσει

τουριστικούς ασθενείς από τη χώρα αυτή. Ορισμένες χώρες όπως λ.χ. η Ταϊλάνδη, η Ινδία, η Μαλαισία, , το Μεξικό, η Τουρκία, η Ουγγαρία κ.α. θεωρούνται κατά γενική ομολογία **ως κορυφαίοι προορισμοί** (Μελέτη Ι.Κ.Π.Ι.: σελ. 25, 2012) .

Δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις για ποιους συγκεκριμένους λόγους μία χώρα μπορεί να εισέλθει στην κλειστή σχετικά ομάδα των χωρών αυτών. Η απόσταση για παράδειγμα δε φαίνεται να παίζει ιδιαίτερο ρόλο, καθώς το στοιχείο του τουρισμού είναι αρκετά ισχυρό όταν κάποιος Ευρωπαίος επισκέπτεται λ.χ. την Ταϊλάνδη, προκειμένου εκτός των άλλων να υποβληθεί και σε κάποια θεραπεία. Ορισμένοι παράγοντες όμως είναι σαφώς σημαντικοί. Οι συναλλαγματικές ισοτιμίες λ.χ. που επηρεάζουν το τελικό κόστος φαίνεται ότι έχουν ιδιαίτερη σημασία (Lunt N. et all: σελ. 13, 2011). Εξίσου σημαντικοί είναι και παράγοντες που έχουν να κάνουν με την προβολή του προϊόντος και την εύκολη διασύνδεση της θεραπείας με γνωστούς και φθηνούς τουριστικούς προορισμούς (Μελέτη Ι.Κ.Π.Ι.: σελ. 25, 2012).

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα μίας χώρας που μπορεί και συγκεντρώνει τους περισσότερους από τους παραπάνω παράγοντες είναι η **Ινδία**. Στη χώρα αυτή υπάρχει μία **σαφής κυβερνητική βούληση** για τη στήριξη του ιατρικού τουρισμού. Αυτή εκδηλώνεται ποικιλοτρόπως με διάφορες πρωτοβουλίες, τόσο οικονομικές όσο και θεσμικές. Δίδονται οικονομικές ενισχύσεις, φορολογικά κίνητρα, αποδίδεται μεγάλη σημασία στη διαπίστευση των παρόχων και στην ανάπτυξη σχετικών διαδικτυακών τόπων. Σκοπός της Ινδικής κυβέρνησης είναι να καταστήσει τη χώρα «Κόμβο Ιατρικού Τουρισμού» (Μελέτη Ι.Κ.Π.Ι.: σελ. 62, 2012). Στα πλαίσια αυτής της στρατηγικής η Ινδική κυβέρνηση προχώρησε και σε μία καθ' όλα καινοτόμα πρωτοβουλία, **στην καθιέρωση δηλαδή ειδικής βίζας, της M (medical) βίζας** για να διευκολύνει την είσοδο και παραμονή στη χώρα τουριστών υγείας (Lunt N. et all: σελ. 22, 2011). Στην Ιαπωνία αντίθετα με πολλές άλλες χώρες η κυβέρνηση δεν αποδίδει μεγάλη σημασία στη μείωση του κόστους. Καθώς η χώρα δεν μπορεί να συναγωνισθεί φθηνούς ιατρικούς προορισμούς όπως λ.χ. η Ταϊλάνδη αποδίδει μεγαλύτερη έμφαση στην ποιότητα και στην ανάδειξη θεραπειών που δεν μπορούν λόγω κόστους και τεχνολογικών απαιτήσεων να προσφερθούν σε άλλες χώρες. Σκοπός βέβαια είναι η αναστροφή της ροής των ιατρικών τουριστών ώστε αυτοί να

έρχονται στην Ιαπωνία από άλλες χώρες και όχι να αφήνουν την Ιαπωνία για να επισκεφθούν άλλους πιο φθηνούς προορισμούς (Lunt N. et all: σελ. 22, 2011).

Με δυσκολία όμως μπορεί κανείς να συγκεντρώσει στοιχεία για τον πραγματικό αριθμό των ιατρικών τουριστών που επισκέπτονται μία χώρα. Στην Ινδία υπολογίζεται ότι ετησίως την προηγούμενη δεκαετία υπήρχαν περίπου 200.000 τουρίστες υγείας, 250.000 – 300.000 στη Σιγκαπούρη και 200.000 στην Κούβα. Στη δε Ταϊλάνδη ο αριθμός αγγίζει το 1.000.000, με τη διαφορά βέβαια αυτός ο αριθμός συμπεριλαμβάνει και όσους ταξιδεύουν εκεί για να αναζητήσουν υπηρεσίες που εντάσσονται μάλλον στον τουρισμό υγείας (Lunt N. et all: σελ. 15, 2011).

3.2.3 Τα οικονομικά αποτελέσματα

Στις Ινδίες τα έσοδα από την εισροή τουριστών υγείας άγγιξαν για το 2012 τα 2 δισεκατομμύρια δολάρια. Στην Ευρώπη το 2004 πραγματοποιήθηκαν 2,6 εκατομμύρια ταξίδια για λόγους υγείας σε συνδυασμό και με διακοπές, ενώ τα 1,8 εκατομμύρια από τα ταξίδια αυτά πραγματοποιηθήκαν αποκλειστικά για ιατρικούς λόγους (Μελέτη Ι.Κ.Π.Ι.: σελ. 39, 2012).

Το μέγεθος αυτής της αγοράς όμως δημιουργεί αρκετές φορές και **αντίστροφα αποτελέσματα**. Είναι πολύ πιθανόν εθνικοί πόροι που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν πιο αποτελεσματικά εντός ενός εθνικού συστήματος υγείας, να διατίθενται αποκλειστικά και μόνο για την ανάπτυξη υποδομών τουρισμού υγείας. Στις υποδομές αυτές βέβαια οι ντόπιοι κάτοικοι δεν έχουν καμία πρόσβαση. Η ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες κατ' αυτόν τον τρόπο οδηγεί στην αύξηση των **ανισοτήτων** ως προς την πρόσβαση του ντόπιου πληθυσμού σε κατάλληλες και ποιοτικές μονάδες υγείας (D. Mc Mahon: σελ. 10, 2013).

Σε πολλές χώρες καταβάλλεται προσπάθεια να αποφευχθούν αυτές οι παρενέργειες. Στην Κούβα λ.χ. ένα μεγάλο μέρος του εθνικού εισοδήματος που προέρχεται από τον ιατρικό τουρισμό επενδύεται στο εθνικό σύστημα υγείας της χώρας. Στη Σιγκαπούρη ομοίως οι αρχές υποστηρίζουν ότι ακριβώς χάριν στο εισόδημα από τον ιατρικό τουρισμό το κράτος είναι σε θέση να παρέχει **υπηρεσίες** υγείας στον ντόπιο

πληθυσμό που διαφορετικά δε θα ήταν σε θέση να προσφέρει. Σε κάθε περίπτωση βέβαια δεν είναι τα έσοδα αποκλειστικά και μόνον προς τους παρόχους υγείας που ενδιαφέρουν.

Μία χώρα που προβάλλεται ως διεθνής προορισμός ιατρικού τουρισμού είναι σίγουρο ότι θα έχει πολλαπλά κέρδη. Ο ιατρικός τουρίστας αναμένεται να ξοδέψει πολλά χρήματα τόσο για τη νοσηλεία/θεραπεία του, ως ασθενής δηλαδή, όσο και για την αναψυχή του, δηλαδή κυρίως ως **τουρίστας**. Στα μέσα της δεκαετίας του 2000 υπολογίζεται ότι η αξία της παγκόσμιας αγοράς του ιατρικού τουρισμού (ταξίδια, έξοδα θεραπείας, έξοδα αναψυχής κλπ) υπερέβαινε τα **32 δισεκατομμύρια δολάρια** (Sarantopoulos I. et all: σελ 33-34, 2014).

3.2.4 Η διαδικασία πιστοποίησης των παρόχων

Μία σημαντική πτυχή της βιομηχανίας του ιατρικού τουρισμού αποτελεί το ζήτημα της πιστοποίησης των παρόχων. Όταν κανείς ταξιδεύει σε μία μακρινή χώρα αναζητώντας πέρα από την αναψυχή του και υπηρεσίες υγείας, πολλά ζητήματα μπορούν να ανακύψουν σχετικά με την ποιότητα των εμπλεκόμενων μερών. Ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό, εγκαταστάσεις, υποδομές, ιατρικά μηχανήματα, όλοι αυτοί οι παράγοντες οφείλουν να ελεγχθούν και να πιστοποιηθούν κατά τρόπο όσο δυνατό πιο ανεξάρτητο και αντικειμενικό. **Η διαδικασία της πιστοποίησης των παρόχων πραγματοποιείται από διεθνείς ιδιωτικούς ή κρατικούς φορείς.** Τέτοιοι μεγάλοι φορείς είναι ο Διεθνής Οργανισμός Πιστοποίησης και Διαπίστευσης Ιατρικών Υπηρεσιών (Joint Commission International – JCI), με έδρα τις Η.Π.Α., ο Γερμανικός Οργανισμός Temos International Certification for Medical Tourism, ο Βρετανικός Quality Health Care Advise Trent Accreditation και ο Καναδικός Accreditation Canada.

Η πιστοποίηση ολοκληρώνεται κατόπιν μίας διαδικασίας που διαρκεί αρκετούς μήνες. Το κόστος είναι ιδιαίτερα υψηλό, για το JCI λ.χ. υπολογίζεται σε περίπου 50.000 δολάρια για την προετοιμασία της αξιολόγησης και την τελική επιθεώρηση και πιστοποίηση ενός νοσοκομείου (Μελέτη Ι.Κ.Π.Ι.: σελ. 122, 2012). Η διαδικασία οφείλει να διεξάγεται κατά τρόπο αντικειμενικό. Διεξάγονται επιτόπιες έρευνες και συνεντεύξεις, αναγνωρίζονται και επιλύονται προβλήματα, εφαρμόζονται μέθοδοι

παρακολούθησης της εφαρμογής των προβλεπόμενων διαδικασιών, ενώ η όλη διαδικασία της πιστοποίησης επαναλαμβάνεται τακτικά. Σκοπός είναι να επιτευχθεί η **διαρκής και αποτελεσματική συμμόρφωση του παρόχου με εγκεκριμένα πρότυπα** (Lunt N. et all: σελ. 28, 2011).

Η διαδικασία πιστοποίησης δεν είναι βέβαια πάντοτε λειτουργική. Πολλές χώρες, κυρίως φτωχές και αναπτυσσόμενες, δεν έχουν πρόσβαση σ' αυτήν. Οι ίδιοι οι φορείς πιστοποίησης λόγω της δεσπόζουσας θέσης που κατέχουν πολλές φορές είναι σε θέση να κατευθύνουν ένα πάροχο προς μία συγκεκριμένη κατεύθυνση, επιβάλλοντας κατ' αυτόν τον τρόπο συγκεκριμένες τάσεις στη βιομηχανία του ιατρικού τουρισμού παγκοσμίως. Λόγω της ύπαρξης διαφορετικών συστημάτων πιστοποίησης και πολλών και διαφορετικών αντίστοιχων φορέων δεν είναι ασυνήθιστο ένας μεγάλος πάροχος υγείας, λ.χ. ένα νοσοκομείο να αναζητήσει πιστοποίηση από διαφορετικούς φορείς. Αυτό βέβαια ανεβάζει κατά πολύ το κόστος της διαδικασίας (Μελέτη Ι.Κ.Π.Ι.: σελ. 130, 2012).

3.3 Ιατρικός Τουρισμός στην Ελλάδα

Σε μία χώρα που δοκιμάζεται έντονα από μία πρωτοφανή σε ένταση και διάρκεια οικονομική κρίση, η προσέλκυση ιατρικών τουριστών από το εξωτερικό φαντάζει ως μία ιδανική ευκαιρία, τόσο για την επιβίωση πολλών ιδιωτικών παρόχων υγείας, όσο και για την τόνωση της εθνικής οικονομίας. Το θεσμικό πλαίσιο όμως είναι νέο και σχετικά ελλιπές. Αυτό δημιουργεί διάφορα ζητήματα. Βέβαια το σημαντικότερο όλων δεν είναι η απουσία ενός περιεκτικού θεσμικού πλαισίου. Το ζήτημα είναι η **τρομερή οικονομική δυσπραγία των ιδιωτικών παρόχων υγείας**, που καθιστά για πολλούς από αυτούς ως μονόδρομο την ενασχόληση με τον Ιατρικό Τουρισμό.

3.3.1 Το θεσμικό πλαίσιο

Μέχρι πρόσφατα το θεσμικό πλαίσιο για την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα υπήρξε υποτυπώδης έως ανύπαρκτο. Το 2013 και κατόπιν έντονων διεργασιών εκδόθηκε η πρώτη και μοναδική μέχρι σήμερα **Κοινή Υπουργική**

Απόφαση (ΚΥΑ) των Υπουργών Υγείας και Τουρισμού, η υπ' αριθμ. 27217/22-11-2013 (ΦΕΚ Β' 3077/03-12-2013).

Με την ως άνω ΚΥΑ επιχειρείται για πρώτη φορά να οριοθετηθεί θεσμικά ο χώρος του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα προβλέπονται:

- Η ίδρυση **Μητρώου Παρόχων Ιατρικού Τουρισμού** (ΜΗ. Π. Ι. Τ.), το οποίο θα τηρείται από τον Ε.Ο.Τ.
- Στο Μητρώο θα εγγράφονται οι Πάροχοι, δημόσιοι ή ιδιωτικοί, οι οποίοι θα παρέχουν υπηρεσίες ιατρικού τουρισμού.
- Η χορήγηση Ειδικού Σήματος Ιατρικού Τουρισμού στους Παρόχους που θα εγγράφονται στο Μητρώο, εφόσον πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια.
- Διαδικασίες ελέγχου των Παρόχων που μπορούν να οδηγήσουν ακόμη και σε ανάκληση του Σήματος εφόσον διαπιστωθούν παραβάσεις και τέλος
- Η υπαγωγή των Παρόχων στον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας και στις ισχύουσες διατάξεις για την ιατρική διαφήμιση.

Πριν από την έκδοση της ως άνω ΚΥΑ, **η οποία εισάγει την έννοια του ιατρικού τουρισμού και στην ελληνική νομοθεσία**, η μοναδική ολοκληρωμένη νομοθετική παρέμβαση στο χώρο του ιατρικού τουρισμού στην Ελλάδα, **ορθότερα στο χώρο του τουρισμού υγείας**, υπήρξε η υπ' αριθμ. 9833/2009 (ΦΕΚ Β' 1055/02-06-2009) Υπουργική Απόφαση (Υ.Α.) του Υπουργού Υγείας. Με την Κ.Υ.Α. αυτή:

- Καθορίζονται οι έννοιες των Μονάδων Ιαματικής Θεραπείας και Κέντρων Ιαματικού Τουρισμού.
- Προβλέπονται ειδικές διαδικασίες για την έκδοση και τη χορήγηση Πιστοποιητικών Καλής Λειτουργίας των δομών αυτών.
- Προβλέπεται η υποχρέωση έκδοσης και τήρησης Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας για κάθε δομή και συγκεκριμένο κατ' ελάχιστο περιεχόμενο.
- Προβλέπεται η τήρηση συγκεκριμένων όρων λειτουργίας και υγιεινής.
- Προβλέπεται η απασχόληση συγκεκριμένου αριθμού προσωπικού συγκεκριμένων ειδικοτήτων ανάλογα με το μέγεθος της δομής.
- Υπάρχει ειδική πρόβλεψη για τη λειτουργία Κέντρων Θαλασσοθεραπείας.

Σχετικές διατάξεις για θέματα ιατρικού τουρισμού και συγκεκριμένα για τα κέντρα ιαματικού – θερμαλικού τουρισμού εντοπίζονται και στο Νόμο 4276/2014 (ΦΕΚ Α΄ 155/30-07-2014). Με το Νόμο αυτόν καθιερώνεται επί πλέον ειδική διαδικασία για την αδειοδότηση και λειτουργία αντίστοιχων εγκαταστάσεων. Με μία πρώτη ανάγνωση αυτών των δύο βασικών νομοθετικών κειμένων δεν είναι δύσκολο να καταλήξει κανείς στη διαπίστωση ότι ενώ υπάρχει ένα λεπτομερές νομικό πλαίσιο για τη λειτουργία των δομών του τουρισμού υγείας στην Ελλάδα, το αντίστοιχο νεότερο πλαίσιο για τη λειτουργία των δομών του ιατρικού τουρισμού είναι αρκετά **συνοπτικό**.

3.3.2 Οι θεσμικές παρεμβάσεις στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Παρά το γεγονός ότι έως πρόσφατα απουσίαζε το οποιοδήποτε θεσμικό πλαίσιο για τον ιατρικό τουρισμό στην Ελλάδα και το γεγονός ότι το υπάρχον πλέον πλαίσιο δεν είναι αρκετά λεπτομερές και κατανοητό, εντούτοις πολλοί πάροχοι υγείας στη χώρα έχουν αναπτύξει ένα ιδιαίτερα μεγάλο ενδιαφέρον για αυτό το αντικείμενο. Στο αποτέλεσμα αυτό μεγάλο ρόλο έπαιξαν οι παρεμβάσεις που έγιναν στη χώρα μας προκειμένου να μειωθεί η συνολική δαπάνη για την υγεία.

Πράγματι, με την **ίδρυση και λειτουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ** με το Ν. 3010/2011 εγκαινιάστηκε μία σειρά θεσμικών παρεμβάσεων στο χώρο της οργάνωσης της παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, οι οποίες είχαν άμεση επίπτωση στη χρηματοδότηση των ιδιωτών παρόχων. Στον Οργανισμό αυτόν έχουν ενοποιηθεί οι κλάδοι υγείας του συνόλου σχεδόν των ασφαλιστικών ταμείων της χώρας. Δημιουργήθηκε κατ' αυτόν τον τρόπο και για πρώτη φορά στην Ελλάδα ένα **ισχυρό μονοψώνιο** ως προς τον αγορά υπηρεσιών υγείας, τόσο από τους ιδιώτες όσο και από τους δημόσιους παρόχους.

Ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Οργανισμού (όπως αυτός ισχύει σήμερα-ΦΕΚ 3054/18-11-2012), παρέχει το δικαίωμα στον Οργανισμό **να διαπραγματεύεται** το ύψος των αμοιβών που προσφέρει στους παρόχους υγείας. Με την ενεργοποίηση μάλιστα της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ φιλοδοξεί

να εξοικονομήσει περίπου 100 εκατομμύρια Ευρώ μόνο για το έτος 2015 (Το Βήμα, 2015).

Είναι φανερό ότι και στην Ελλάδα πλέον το κράτος σκοπεύει να διατηρήσει τον έλεγχο σε κρίσιμους τομείς, όπως λ.χ. την ίδια τη χρηματοδότηση. Οι υπηρεσίες όμως θα προσφέρονται από ένα πλέγμα δημοσίων αλλά και ιδιωτικών παρόχων, οι οποίοι οφείλουν **να είναι ανταγωνιστικοί μεταξύ τους**, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται συνθήκες **οιονεί αγοράς**. Η αποζημίωση λ.χ. των ιδιωτικών κλινικών για τις υπηρεσίες που προσφέρουν θα γίνεται ανάλογα με την κατηγορία που θα εντάσσεται κάθε κλινική. Η ένταξη σε μία ανώτερη ή κατώτερη κατηγορία θα γίνεται στη βάση κριτηρίων υποδομής, διαδικασιών και αποτελεσμάτων. Τούτο προβλέπεται στο προσχέδιο για την αναθεώρηση του Ε.Κ.Π.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Άρθρο 10 παρ. Β' περ. 6) που δημοσιεύθηκε για διαβούλευση από τον Οργανισμό (ιστοσελίδα Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΠΡΟΣΧΕΔΙΟ ΝΕΟΥ Ε.Κ.Π.Υ.). Οι πάροχοι δηλαδή οφείλουν πλέον να αναβαθμίσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε κάθε επίπεδο (ιατρικό, διοικητικό κλπ), προκειμένου ακριβώς να πετύχουν καλές τιμές από τον Οργανισμό. Ουσιαστικά οδηγούνται σε έναν ανταγωνισμό μεταξύ τους. Ο ανταγωνισμός αυτός είναι βέβαια σε μεγάλο βαθμό ελεγχόμενος, καθώς συγκεκριμένες παράμετροι όπως τα κριτήρια αξιολόγησης και η τιμή αγοράς των υπηρεσιών τους εξακολουθούν να ορίζονται από το κράτος.

Με το Ν. 3198/2011 καθιερώθηκε νέο σύστημα προμηθειών για τα δημόσια νοσοκομεία, ιδρύθηκαν η Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών Υγείας, καθώς και η Επιτροπή Προδιαγραφών. Δρομολογήθηκε επίσης η δημιουργία ενός Ενιαίου Συστήματος Κωδικοποίησης και ενός Κοινού Μητρώου Εγκεκριμένων Προμηθευτών και Παροχών Υπηρεσιών (Ε.Σ.Δ.Υ., 2011). Καθιερώθηκαν για πρώτη επίσης φορά στην Ελλάδα **τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN)** με την υπ' αριθμόν Υ4α/οικ. 85649/ 27 **ΦΕΚ2Θ1170ΣΨΑ1 ()**, σε μία προσπάθεια να εισαχθεί και στη χώρα μας **ένα σύστημα προοπτικής χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας** (Ε.Σ.Δ.Υ., σελ. 1, 2011).

Η πλέον φιλόδοξη όμως αλλαγή που επιχειρείται να πραγματοποιηθεί αφορά στον έλεγχο **της αναγκαιότητας** της γενόμενης **κλινικής και ιατρικής πρακτικής** από κάθε πάροχο (άρθρο 100 παρ. 6 Ν. 4172/2013). Στην παρούσα φάση ο έλεγχος αυτός,

ο οποίος συνοδεύεται και από αντίστοιχο έλεγχο της ορθής τιμολόγησης των πρακτικών αυτών, έχει αναδρομικό χαρακτήρα και έχει ανατεθεί σε Ιδιωτικές Ελεγκτικές Εταιρείες. Το κόστος μάλιστα για τη διενέργεια του ελέγχου το επωμίζονται οι ιδιώτες πάροχοι.

Με τις διατάξεις του άρθρου 100 του Ν. 4172/2013 καθιερώθηκε ένα νέο σύστημα ελέγχου των δαπανών στο χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας. Το σύστημα αυτό προσπαθεί να εισάγει και στην Ελλάδα ένα **σύστημα κλειστών προϋπολογισμών** για το σύνολο των παρόχων υγείας. Διακρίνεται σε δύο ξεχωριστές αλλά παράλληλα και ταυτόχρονα εφαρμοζόμενες διαδικασίες ελέγχου των δαπανών.

Η πρώτη διαδικασία αφορά στην καθιέρωση ενός **μηχανισμού αυτόματων επιστροφών (clawback)**. Καθιερώθηκε η αυτόματη παρακράτηση της υπέρβασης της δαπάνης που έχει προϋπολογιστεί για κάθε κατηγορία παρόχων. Πιο συγκεκριμένα, ο Οργανισμός κάθε έτος προϋπολογίζει για κάθε ειδικότερη κατηγορία παρόχων ένα ανώτατο όριο δαπάνης σε μηνιαία και ετήσια βάση. Τούτο γίνεται με την έκδοση υπουργικών αποφάσεων στην αρχή κάθε έτους. Για το έτος 2014 λ.χ. ισχύει η υπ' αριθμ. Υ9α//2014 (ΥΑ Υ9α/οικ 62558 ΦΕΚ Β' 2111 2014), η οποία προβλέπει αναλυτικά ανά Κωδικό Αριθμό Εξόδων (Κ.Α.Ε.) το ύψος των επιμέρους δαπανών. Στη συνέχεια επιβάλλει στους παρόχους να μην υπερβαίνουν σε μηνιαία βάση αυτή τη δαπάνη. Σε περίπτωση υπέρβασης η διαφορά δεν καταβάλλεται προς τους παρόχους αλλά παρακρατείται αυτόματα από τον Οργανισμό. Σε περίπτωση δηλαδή που οι τιμολογημένες προς τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δαπάνες των παρόχων υπερβαίνουν αυτά τα όρια, ο Οργανισμός δεν τις αποδίδει, αλλά είτε τις συμψηφίζει με τις οφειλές που ο ίδιος έχει προς αυτούς, είτε τις αναζητεί από αυτούς με άλλους τρόπους. Για λειτουργικούς λόγους ο υπολογισμός της διαφοράς γίνεται σε εξαμηνιαία βάση, οπότε και κοινοποιείται σε κάθε πάροχο το ποσό της αυτόματης επιστροφής.

Η δεύτερη διαδικασία προβλέπει την παροχή **εκπτώσεων (rebates)** από τους παρόχους προς τον Οργανισμό για τις υποβαλλόμενες δαπάνες. Ορίζεται διαφορετικό ποσοστό ανά κατηγορία παρόχων, το οποίο κλιμακώνεται ανάλογα με το ύψος των παραστατικών που υποβάλλονται από τους παρόχους. Σήμερα βρίσκεται σε ισχύ η υπουργική απόφαση με αριθμ. Υ9/2014 (ΥΑ Υ9/οικ.3926 ΦΕΚ Β 1202 2014), βάσει

της οποίας ορίζονται λεπτομερώς τα ποσοστά έκπτωσης ανά κατηγορία παρόχου και ανάλογα με το ύψος της δαπάνης.

Ουσιαστικά δηλαδή εφαρμόζεται ένα **διπλό σύστημα «κουρέματος»** για κάθε μία δαπάνη που ένας ιδιώτης πάροχος υποβάλλει προς τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για πληρωμή. Πρώτα αφαιρείται από τη δαπάνη ένα ποσοστό ως **έκπτωση (rebate)** και στη συνέχεια **παρακρατείται (clawback)** και δεν αποδίδεται η διαφορά ανάμεσα στο ανώτερο όριο των δαπανών που έχει προϋπολογίσει ο Οργανισμός και στις δαπάνες που τελικώς υποβάλλονται προς πληρωμή. Για κάθε πάροχο ο ίδιος ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με ατομικές ειδοποιήσεις ορίζει το τελικό ποσό συμψηφισμού και επιστροφής. Έχει προβλεφθεί δε και ειδική φορολογική ρύθμιση της όλης διαδικασίας με την έκδοση πιστωτικών τιμολογίων από τους παρόχους βάσει της ΠΟΛ.1191/12.8.2014

Στο επίπεδο της **ζήτησης** των υπηρεσιών υγείας έχει επεκταθεί το καθεστώς συμμετοχής των **ασφαλισμένων** στο κόστος των υπηρεσιών που χρησιμοποιούν. Ο Ε.Κ.ΠΑ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. θεσμοθετεί τη συμμετοχή των ασθενών στη δαπάνη για υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν από ιδιωτικά θεραπευτήρια (σε πολύ υψηλά ποσοστά μάλιστα που **φθάνουν έως το 50% του χρησιμοποιούμενου Κ.Ε.Ν.** σε ιδιωτικά θεραπευτήρια για ασφαλισμένους του Ο.Γ.Α.). Ο Οργανισμός έχει προχωρήσει δε στον καθορισμό ανώτατου ορίου συμβεβλημένων ιατρών. Ουσιαστικά ο Οργανισμός, σύμφωνα με τον Ε.Κ.ΠΑ. δε δικαιολογεί πλέον νοσήλια ή αμοιβές για νοσηλεία ή επίσκεψη σε μη συμβεβλημένο θεραπευτικό κατάστημα ή ιατρό. Ο αριθμός των συμβάσεων ελέγχεται και καθορίζεται από τον ίδιον τον Οργανισμό.

3.3.3 Το αποτέλεσμα των παρεμβάσεων – Η οικονομική δυσπραγία των παρόχων

Οι παρεμβάσεις που περιγράφηκαν είχαν φυσικά ως αποτέλεσμα **τη μεγάλη μείωση της δαπάνης για την υγεία στην Ελλάδα**. Αυτή η μείωση όμως είχε αρνητικά αποτελέσματα ως προς τη **βιωσιμότητα** των παρόχων, όπως θα αναλυθεί παρακάτω.

Η συνολική δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα έχει μειωθεί κατακόρυφα. Η μείωση αυτή για το έτος 2012, όταν δηλαδή η οικονομική κρίση είχε κορυφωθεί,

υπολογίζεται **σε ποσοστό 25%** σε σχέση με το ανώτατο όριο που αυτή είχε αναρριχηθεί το 2008, ένα χρόνο δηλαδή πριν από την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Η δε δημόσια δαπάνη ανέρχεται σε ποσοστό 67% (το 2012) κάτω δηλαδή από το μέσο όρο του 72% για τις χώρες μέλη του Ο.Ο.Σ.Α. (OECD: σελ. 3, 2014).

Από το δε 2012 μέχρι και σήμερα σύμφωνα με μελέτη της ICAP GROUP υπολογίζεται ότι έχει επέλθει μία μείωση της αγοράς υπηρεσιών υγείας από ιδιώτες παρόχους σε ποσοστό περίπου **13% ετησίως**. Στο γεγονός αυτό συνέβαλε οπωσδήποτε η εφαρμογή των μεθόδων του clawback και του rebate Υπήρξε δε φανερή επιβάρυνση των ισολογισμών των παρόχων, κυρίως των ιδιωτικών κλινικών, για το έτος 2013, όταν εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά και τα δύο αυτά μέτρα, σε σχέση με το έτος 2012. Στο χώρο των εισηγμένων εταιρειών η μείωση αυτή ανέρχεται στο ύψος των 110 εκατομμυρίων Ευρώ για το 2014 και στο ύψος των 125 εκατομμυρίων Ευρώ για το 2013 (Express: 2015). Συνολικά δηλαδή και για την τελευταία διετία η συνδυασμένη εφαρμογή των μέτρων του rebate και του clawback επέφερε μία μείωση του τζίρου στο χώρο των εισηγμένων εταιρειών του κλάδου της υγείας ύψους 235 εκατομμυρίων Ευρώ (Ιστότοπος medispin: 2015). Να σημειωθεί βεβαίως ότι η πρώτη σημαντική κάμψη είχε ήδη παρατηρηθεί το έτος 2010. Τη χρονιά εκείνη η αγορά των υπηρεσιών των ιδιωτικών κλινικών λ.χ. είχε ήδη σημειώσει σημαντική κάμψη, η οποία ανήλθε στο 15% για τις γενικές και στο 13% για τις μαιευτικές κλινικές, σε σχέση με το 2009. Ουσιαστικά ήδη από το 2010 ο χώρος των ιδιωτικών κλινικών είχε επιστρέψει **σε επίπεδα του 2007 ως προς το μέγεθος του** (Μελέτη Ι.Κ.Π.Ι.: σελ. 72, 2012).

Είναι επομένως δύσκολο στην παρούσα συγκυρία να υιοθετήσει κανείς μία θετική εικόνα για τις προοπτικές των ιδιωτών παρόχων υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Μία βασική αιτία είναι **το ευμετάβολο περιβάλλον** μέσα στο οποίο αυτοί είναι υποχρεωμένοι να επιχειρούν. Η μεταβλητότητα αυτή έχει να κάνει αφενός μεν με την οικονομική δυσχέρεια που επικρατεί, αφετέρου δε με μία τρομερή δυσκολία ως προς την εγκαθίδρυση νέων σταθερών κανόνων.

Μέχρι το καλοκαίρι του 2013 λ.χ. οι πάροχοι τιμολογούσαν κανονικά τις υπηρεσίες του προς τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Με την ψήφιση όμως του Ν. 4172/2013 όπως προαναφέρθηκε, ενημερώθηκαν ότι επί των τιμολογίων τους θα υπήρχε πλέον ένα

διττό σύστημα περικοπών (rebate και clawback), το οποίο μάλιστα ειδικά ως προς το έτος εκείνο (2013) θα είχε και αναδρομική εφαρμογή. Είναι λογικό βεβαίως μέσα σε συνθήκες ακραίας και παρατεταμένης ύφεσης με υπαρκτό τον κίνδυνο μίας γενικευμένης κρατικής χρεωκοπίας, μία ιδιωτική επιχείρηση, η οποία προσφέρει τις υπηρεσίες της σε ένα δημόσιο Οργανισμό, να επιχειρεί σε καθεστώς **οικονομικής αβεβαιότητας**.

Το πρόβλημα όμως διευρύνεται και λαμβάνει ανησυχητικές πλέον διαστάσεις από την **αβεβαιότητα** που επικρατεί και σε **ζητήματα οργάνωσης και λειτουργίας**. Από τις αρχές του 2014 ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. λ.χ. έχει εξαγγείλει την πρόθεσή του να αλλάξει ριζικά τις υφιστάμενες συμβάσεις με όλους τους ιδιώτες παρόχους (Διαγνωστικά Δέντρα, Κλινικές, Κέντρα Αποκατάστασης και Αποθεραπείας, Μονάδες Αιμοκάθαρσης κλπ). Κατά καιρούς ενημερώνει τους παρόχους ότι οι συμβάσεις αυτές έχουν ημερομηνία λήξης, με την πάροδο της οποίας και κατόπιν διαβούλευσης αυτές (οι συμβάσεις) θα αντικατασταθούν με νέες. Βεβαίως κάτι τέτοιο δε γίνεται. Η αρχική καταληκτική ημερομηνία για την αλλαγή των συμβάσεων κάθε τόσο αλλάζει και επικαιροποιείται. Συνήθως αυτές οι αλλαγές **απέχουν ένα τρίμηνο μεταξύ τους**. Κατ' αυτόν τον τρόπο λ.χ. η 31-12-2014, η 30-03-2015 και η 30-06-2015, η 30-09-2015 αποτελούν μέχρι στιγμής τις τελευταίες «καταληκτικές» ημερομηνίες για αυτή την προαναγγελθείσα ριζική αλλαγή των υφισταμένων συμβάσεων (Ιστοσελίδα ΕΟΠΥΥ ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ). Η επιλογή του τριμήνου μάλλον έχει να κάνει με κάποια *μεταφυσική ερμηνεία το αριθμού τρία* στο χώρο της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα. Υπό αυτές τις συνθήκες η βιωσιμότητα πολλών ιδιωτών παρόχων τίθεται **εν αμφιβόλω**.

Είναι επόμενο λοιπόν ότι μέσα σ' αυτό το δυσμενές περιβάλλον οι ιδιώτες πάροχοι και κυρίως οι μεγάλες ιδιωτικές κλινικές θα στραφούν προς αναζήτηση άλλων πηγών εσόδων. Ο ιατρικός τουρισμός προβάλλει ως μία από τις πιο **ελπιδοφόρες εναλλακτικές πηγές εσόδων** (Μελέτη Ι.Κ.Π.Ι.: σελ. 72, 2012).

Κεφάλαιο 4

Επίλογος

Είναι φανερό ότι η μεταβλητότητα των οικονομικών συνθηκών και οι μεταβολές στο χώρο της νομοθεσίας, τόσο της ευρωπαϊκής εθνικής όσο και της εθνικής έχουν διευκολύνει σε μεγάλο βαθμό την κινητικότητα στο χώρο της υγείας εντός της Ε.Ε. και φυσικά και της Ελλάδας. Η δε επιδείνωση της θέσης των ιδιωτών παρόχων στην Ελλάδα εξαιτίας αφενός μεν της ίδιας της οικονομικής κρίσης, αφετέρου δε εξαιτίας των ειδικότερων μέτρων που ελήφθησαν για τον περιορισμό των δαπανών, έχει στρέψει το ενδιαφέρον τους προς τη στρατηγική επιλογή του ιατρικού τουρισμού.

Αναλύσαμε το θεσμικό πλαίσιο που έχει δημιουργηθεί σε Ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο που διευκολύνει την ανάπτυξη της διασυνοριακής περίθαλψης. Ομοίως αναλύθηκε το αντίστοιχο πλαίσιο που ισχύει στην Ελλάδα για την ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού στη χώρα μας. Ιδιαίτερη δε αναφορά έγινε και στην οικονομική δυσπραγία των ιδιωτών παρόχων υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας, που αποτελεί ένα βασικό ακόμη λόγο για την αναζήτηση από την πλευρά τους λύσεων στο χώρο του ιατρικού τουρισμού.

Ενδιαφέρον όμως παρουσιάζουν συγκεκριμένα στοιχεία που μας διαφωτίζουν για το κατά πόσον αυτές οι αλλαγές, τόσο οι θεσμικές όσο και οικονομικές, **οδήγησαν ή όχι τελικώς στη διευκόλυνση της Διασυνοριακής Περίθαλψης σε ευρωπαϊκό επίπεδο και εθνικό επίπεδο, καθώς και στην ανάπτυξη του Ιατρικού Τουρισμού στη χώρα μας.** Για την Ευρώπη και πολύ περισσότερο για την Ελλάδα οι έννοιες αυτές αποτελούν μία νέα πραγματικότητα. Σκοπός του παρόντος Κεφαλαίου δεν είναι να καταλήξει σε οριστικά συμπεράσματα. Γίνεται όμως προσπάθεια να αναδειχθούν οι δυσκολίες που υπάρχουν από την εφαρμογή στην πράξη νέων θεσμικών πλαισίων.

Για το λόγο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα δύο ερευνών που διεξήχθησαν στην Ε.Ε. ως προς την εφαρμογή της διασυνοριακής περίθαλψης. Η έμφαση αποδίδεται στις προκλήσεις που δημιουργούνται και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που αναδύονται. Ειδικά για την Ελλάδα επιχειρείται μία πρώτη αποτίμηση της ανάπτυξης του Ιατρικού Τουρισμού και των προσπαθειών που καταβάλλονται για την οργάνωση των ιδιωτικών παρόχων υγείας για τη διεύρυσή τους στην παγκόσμια αγορά.

4.1 Το Πρόγραμμα ECAB

Το πρόγραμμα για την εκτίμηση της διασυνοριακής περίθαλψης στην Ευρώπη (European Care Across Borders – ECAB) αποτέλεσε μία επιστημονική προσπάθεια προκειμένου να εντοπισθούν και να αξιολογηθούν τα πολλά κενά του φαινομένου της διασυνοριακής περίθαλψης (Martin Mc Kee et al: σελ. 6, 2013). Τέθηκε σε εφαρμογή από το 2010 έως το 2013. Σκοπός του ECAB ήταν να διερευνηθούν διάφορα σημαντικά ζητήματα που θα μπορούσαν να ανακύψουν όταν ασθενής αναζητούσε ή ήταν υποχρεωμένος να λάβει διασυνοριακή περίθαλψη. Ερωτήματα που είχαν σχέση με τη δυνατότητα του ασθενή να λάβει σωστή ενημέρωση ή να εξασφαλίσει μία συνέχεια στη θεραπεία του – σε περίπτωση που αυτή συνεχιζόταν σε διαφορετικές χώρες, ήταν καίριας σημασίας και έπρεπε να απαντηθούν.

4.1.1 Τα ζητήματα που εξετάστηκαν

Τα αποτελέσματα αυτής της προσπάθειας συνοψίζονται σε μία έκθεση με τον τίτλο Περίληψη Προγράμματος (Project Summary), στο εξής Έκθεση, οποία δημοσιεύθηκε το Δεκέμβριο του 2013 . Η Έκθεση έλαβε υπ' όψιν της την Οδηγία 2011/24/ΕΕ, καθώς και την υπάρχουσα έως τότε κατάσταση σε επίπεδο νομοθετικής πολιτικής. **Ανάμεσα στα άλλα** έδωσε μεγάλη βαρύτητα στα εξής θέματα:

Στις πρόνοιες που υπάρχουν σχετικά με την **ποιότητα των επαγγελματιών υγείας**. Πιο συγκεκριμένα αντικείμενο της μελέτης ήταν η διακρίβωση στοιχείων που είχαν σχέση με την επαγγελματική και επιστημονική εξέλιξη των επαγγελματιών υγείας. Ποια κριτήρια υπάρχουν στα κράτη – μέλη για την εξασφάλιση της ποιότητας των επαγγελματιών υγείας, ποια μέτρα (πειθαρχικά και μη) λαμβάνονται εναντίον τους σε περίπτωση που δεν πληρούνται αυτά τα κριτήρια, ποιες είναι οι απαιτήσεις για το επίπεδο της εμπειρίας και των ικανοτήτων τους.

Στα «**μονοπάτια**» της **θεραπείας**, όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται. Η διασυνοριακή περίθαλψη οφείλει να έχει μία συνέχεια. Όταν ένας ασθενής σύμφωνα με την Έκθεση δεχθεί υπηρεσίες υγείας σε ένα κράτος-μέλος, τότε πώς διασφαλίζεται ότι με την επιστροφή του στη χώρα όπου είναι ασφαλισμένος θα υπάρξει η κατάλληλη συνέχεια στη θεραπεία του; Υπάρχει κάποια αρχή που θα επιβλέπει αυτή τη διαδικασία;

Στο **Ιατρικό Ηλεκτρονικό Αρχείο**. Το Αρχείο αυτό επιτρέπει την καλύτερη συγκέντρωση, επεξεργασία και ανταλλαγή ιατρικών δεδομένων ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας. Όταν ο ίδιος ασθενής δέχεται τις υπηρεσίες από επαγγελματίες υγείας που ασκούν το λειτούργημά τους σε διαφορετικές χώρες, τότε η χρησιμότητα του Αρχείου γίνεται ακόμη πιο σπουδαία. Η ύπαρξη και λειτουργία αυτού του Αρχείου σε κάθε κράτος – μέλος και το περιεχόμενό του αποκτούν πλέον πολύ μεγάλη σημασία.

Στη **συνταγογράφηση φαρμάκων**. Η διασυνοριακή περίθαλψη εμπεριέχει και το ζήτημα της χρήσης φαρμάκων. Είναι πολύ πιθανό σε έναν ασθενή να συνταγογραφηθούν φάρμακα σε ένα κράτος – μέλος διαφορετικό από το κράτος ασφάλισής του. Ποιες διαδικασίες εφαρμόζονται στην περίπτωση αυτή; Είναι εφικτό τελικά ο ασθενής να λάβει τα φάρμακά του χωρίς να πληρώσει ο ίδιος το κόστος τους αλλά το ασφαλιστικό του ταμείο;

4.1.1 Τα σημαντικότερα συμπεράσματα

Σύμφωνα με την Έκθεση αυτή (σελ. 32) τα σημαντικότερα **συμπεράσματα** στα οποία μπορούμε να καταλήξουμε ως προς την ανάπτυξη της διασυνοριακής περίθαλψης στην Ευρώπη είναι τα εξής: Στο ζήτημα της **κινητικότητας των επαγγελματιών**

υγείας διαπιστώθηκε πρόοδος εν μέρει χάρη και στην εφαρμογή της Οδηγίας 36/2005/EK. Η Οδηγία αυτή πράγματι διευκολύνει την ελεύθερη εγκατάσταση εντός της Ε.Ε. επαγγελματιών που κατέχουν τα ίδια προσόντα. Πλην όμως εξακολουθούν να υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα σε κράτη μέλη της Ε.Ε. ως προς την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και κυρίως ως προς τη διαδικασία που ακολουθείται για την απόκτηση της σχετικής άδειας επαγγέλματος σε κάθε κράτος, ιδίως για τους ιατρούς. Οι διαφορές είναι υπεύθυνες για τη δημιουργία ανισοτήτων εντός της Ε.Ε., καθώς ένας απόφοιτος ιατρικής σχολής ενός κράτους μέλους είναι πολλές φορές δύσκολο να αποκτήσει την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος σε ένα άλλο κράτος μέλος. Η δε ευρωπαϊκή νομοθεσία όπως λ.χ. η προαναφερθείσα Οδηγία, είναι πολλές φορές δύσκολο να διευκολύνει αυτή την εναρμόνιση των διάφορων εθνικών πρακτικών.

Δεν υπάρχουν ακόμη πολλά διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με την **κινητικότητα των ασθενών** εντός της Ε.Ε. Πάντως από στοιχεία που συγκεντρώθηκαν σε διάφορες περιπτώσεις είναι φανερό ότι **η συνέχεια της θεραπείας δεν είναι πάντοτε αυτονόητη** (σελ. 13). Υπάρχει πρόοδος στη διασυνοριακή συνεργασία ανάμεσα σε παρόχους υγείας. Πιο συγκεκριμένα το άρθρο 10 της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ καλεί τα κράτη μέλη της Ε.Ε. να διευκολύνουν κατά το δοκούν τη διασυνοριακή περίθαλψη. Στα πλαίσια αυτής της πρόνοιας της Οδηγίας έχουν συσταθεί διάφορες συνεργασίες ανάμεσα σε μεγάλους παρόχους υγείας που είναι εγκατεστημένοι από τη μία και την άλλη πλευρά των κοινών συνόρων διαφόρων κρατών μελών της Ε.Ε. Οι συντάκτες της Έκθεσης μελέτησαν τις εξής συνεργασίες (σελ. 23): Αυστρία – Γερμανία, ανάμεσα σε νοσοκομεία στο Braunau και στο Simbach, Βέλγιο – Γαλλία, Γερμανία – Δανία, ανάμεσα στο Νοσοκομείο στο Flensburg και στις υγειονομικές αρχές της Δανίας, Φινλανδίας – Νορβηγίας που αφορούσαν νοσοκομεία στο Finnmark και Lapland, Ολλανδίας – Γερμανίας, ανάμεσα στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία στο Μάαστριχτ και στο Άαχεν, Ρουμανίας – Βουλγαρίας, ανάμεσα στα νοσοκομεία στο Călărași και στη Silistra και Ισπανίας – Γαλλίας, ως προς τη συνεργασία Καταλανικών και Γαλλικών υγειονομικών αρχών ως προς την ανέγερση του Νοσοκομείου Cerdanya. Τα αποτελέσματα βέβαια στις περιπτώσεις που εξετάστηκαν δεν υπήρξαν πάντοτε ενθαρρυντικά.

Στο σημείο αυτό η Έκθεση καταλήγει σε ορισμένα ενδιαφέροντα συμπεράσματα, τα οποία υπερβαίνουν το αυστηρό πεδίο της έρευνας και ισχύουν γενικότερα στο σύνολο των ζητημάτων της διασυνοριακής περίθαλψης (σελ. 24). Πιο συγκεκριμένα:

Εφόσον υπάρχει **πραγματική ανάγκη για διασυνοριακή συνεργασία** στο χώρο της υγείας σε τοπικό επίπεδο, τότε αυτή μπορεί πραγματικά να προχωρήσει χωρίς πολλά εμπόδια. Αν λ.χ. ένα νοσοκομείο που βρίσκεται από τη μία πλευρά των συνόρων έχει κενά σε ιατρικό προσωπικό, τότε είναι εύκολο να προσελκύσει ιατρούς και γενικότερα επαγγελματίες υγείας από την άλλη πλευρά των συνόρων. Κατ' αυτόν τον τρόπο μία διασυνοριακή συνεργασία θα ξεκινήσει και θα εξελιχθεί ανεμπόδιστα. Εφόσον αυτή η ανάγκη όμως εκπληρωθεί σύντομα ή εκλείψει, τότε η συνεργασία δε θα έχει μεγάλη διάρκεια.

Είναι απαραίτητη σε κάθε περίπτωση η ύπαρξη **αφοσιωμένων προς το σκοπό αυτόν προσώπων**. Πρόσωπα δηλαδή τα οποία θα επιδιώξουν την υλοποίηση της συνεργασίας ανάμεσα σε διαφορετικές χώρες μέλη της Ε.Ε. Ο χρόνος και η προσπάθεια που θα αφιερώσουν τα πρόσωπα αυτά είναι πολύτιμα. Αυτή η προσπάθεια όμως οφείλει να ενισχυθεί από τις υπάρχουσες σε κάθε περίπτωση διοικητικές και κυβερνητικές δομές.

Πολλές φορές βέβαια η συνεργασία αυτή δεν επιτυγχάνεται γιατί αναπτύσσονται **μη συμβατά μεταξύ τους συμφέροντα**. Κάποιο πάροχοι υγείας λ.χ. σε μία χώρα ενδέχεται να μην ωφελούνται από την ανάπτυξη της διασυνοριακής περίθαλψης. Στην περίπτωση αυτή είναι βέβαιον ότι θα δημιουργηθούν ζητήματα.

Σε κάθε περίπτωση **ο ρόλος της Ε.Ε. είναι σημαντικός**. Η ευρωπαϊκή νομοθεσία μπορεί να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να διευκολύνει τη διασυνοριακή περίθαλψη. Αυτό θα οδηγήσει στη νομιμοποίηση των κατά περίπτωση συνεργασιών ανάμεσα σε παρόχους που βρίσκονται εγκατεστημένοι σε διαφορετικές χώρες. Μεγάλη σημασία θα μπορούσε να έχει εξάλλου και η δυνατότητα της Ε.Ε. να χρηματοδοτήσει και γενικώς να ενισχύσει οικονομικά διάφορα εγχειρήματα συνεργασίας στο χώρο της διασυνοριακής περίθαλψης.

4.2 Η Εκτίμηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Οδηγία 2011/24/ΕΕ

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προσπάθησε να συγκεντρώσει πληροφορίες σχετικά με την εφαρμογή της Οδηγίας για τη διασυνοριακή περίθαλψη. Η Οδηγία έπρεπε να είχε ενσωματωθεί στο εθνικό δίκαιο κάθε χώρας μέλους μέχρι τον Οκτώβριο του 2013. Για το σκοπό αυτό συντάχθηκε μία Αξιολογική Έκθεση της Επιτροπής το Μάρτιο του 2015 – **Evaluative study on the cross border healthcare Directive (2011/24/EU)**, Final report Executive Summary 21 March 2015, στο εξής Έκθεση. Η Έκθεση αυτή επεχείρησε να αξιολογήσει την εφαρμογή της Οδηγίας από τα κράτη μέλη θέτοντας και απαντώντας συγκεκριμένα ερωτήματα.

4.2.1 Τα βασικά ερωτήματα

Τα βασικά ερωτήματα που απασχόλησαν τους συντάκτες της Έκθεσης διακρίθηκαν σε τρεις επί μέρους κατηγορίες (σελ. 5).

- Απόδοση δαπανών (αποζημιώσεις) σε περίπτωση διασυνοριακής περίθαλψης
- Ποιότητα και ασφάλεια της παροχής διασυνοριακής περίθαλψης και
- Υπερβολικές καθυστερήσεις.

Η έρευνα απευθύνθηκε και στα 28 κράτη – μέλη της Ε.Ε. Ειδικότερα όμως η έρευνα επεκτάθηκε σε 12 από τα κράτη μέλη. Συντάχθηκαν ερωτηματολόγια και έγιναν συνεντεύξεις προς διάφορους εμπλεκόμενους φορείς. Οι φορείς αυτοί ήταν κυρίως τα Εθνικά Σημεία Επαφής κάθε χώρας, οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας, ομάδες ασθενών, υπηρεσίες ελέγχου των παρόχων υγείας κλπ. Τουλάχιστον 120 φορείς δέχθηκαν και απάντησαν στα ερωτήματα που τους υποβλήθηκαν. Σύμφωνα με την Έκθεση υποβλήθηκαν 28 αξιολογικά ερωτήματα.

Τα ερωτήματα υποβλήθηκαν από **υποτιθέμενους ασθενείς**, οι οποίοι ενδιαφέρονταν να ενταχθούν σε καθεστώς διασυνοριακής περίθαλψης και για το λόγο αυτόν

απευθύνονταν σε επιλεγμένους φορείς, προκειμένου να λάβουν απαντήσεις. Επελέγη αυτή η τακτική ώστε να διερευνηθεί η διαδικασία εφαρμογής της Οδηγίας στην πράξη στο επίπεδο της σχέσης ενδιαφερόμενου ασθενούς και αναζητούμενου παρόχου υπηρεσιών. Ως παράδειγμα χρησιμοποιήθηκε σύμφωνα με την Έκθεση αντίστοιχη μέθοδος που εφαρμόζεται από το Γερμανικό Επιμελητήριο Φαρμακοποιών, για την αποτίμηση των σχέσεων που αναπτύσσονται ανάμεσα στους ασθενείς-πελάτες και στους φαρμακοποιούς στη Γερμανία.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας προέκυψαν ορισμένα ζητήματα. Δεν ευρέθησαν λ.χ. ποσοτικά στοιχεία σε σχέση με τις πραγματικές μετακινήσεις ασθενών στην Ε.Ε. προς αναζήτηση διασυνοριακής περίθαλψης. Απουσίαζαν επίσης καταγεγραμμένα στοιχεία σε σχέση με τους επιθυμητούς προορισμούς των ασθενών εντός της Ε.Ε. Διαπιστώθηκε περαιτέρω ότι οι καθυστερήσεις στο επίπεδο της λήψης των απαραίτητων νομοθετικών μέτρων από τις εθνικές κυβερνήσεις για την ενσωμάτωση της Οδηγίας στο εθνικό τους δίκαιο, προκαλούσαν διάφορες παρενέργειες που στην παρούσα φάση δεν ήταν δυνατό να αποτιμηθούν και να αξιολογηθούν. Είναι χαρακτηριστικό ότι σύμφωνα με την Έκθεση και κατά γενική ομολογία όλων των εμπλεκόμενων στην έρευνα φορέων, ο αριθμός των ασθενών που επέλεξαν να αξιοποιήσουν τις πρόνοιες της Οδηγίας ήταν **χαμηλός**.

4.2.2 Τα κυριότερα συμπεράσματα

Παρ' όλες τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι συντάκτες της Έκθεσης μπόρεσαν τελικώς να καταλήξουν σε **συγκεκριμένα συμπεράσματα** σχετικά με την εφαρμογή της Οδηγίας στην Ε.Ε., τα οποία έχουν ως εξής:

- Ως προς το ζήτημα της απόδοσης των δαπανών (αποζημιώσεων):

Η Έκθεση (σελ. 6) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι γενικώς **υπάρχει ελάχιστη ενημέρωση των πολιτών** σχετικά ακόμη και με την ύπαρξη της Οδηγίας. Συνεπώς οι ευρωπαίοι πολίτες δεν είναι στην πλειοψηφία τους σε θέση να αξιοποιήσουν τις πρόνοιες της Οδηγίας και όταν το κάνουν η ενημέρωση που έχουν ως προς τη δυνατότητα αναζήτησης των δαπανών τους είναι περιορισμένη. Στο σημείο αυτό ιδιαίτερα σημαντικός ως προς την ομαλή εφαρμογή της Οδηγίας είναι ο ρόλος των

Εθνικών Σημείων Επαφής. Τα Εθνικά Σημεία Επαφής είναι εκείνες οι υπηρεσίες που θα ενημερώσουν τους πολίτες για την προβλεπόμενη διαδικασία, κυρίως για τη διαδικασία επιστροφής των δαπανών.

Η Έκθεση διαπιστώνει ότι η επιστροφή των δαπανών βασίζεται σε διαφορετικές μεθόδους που αναπτύσσονται σε κάθε χώρα. Το κομβικό ζήτημα της **προηγούμενης έγκρισης** της θεραπείας επανέρχεται συνεχώς στο προσκήνιο. Σύμφωνα με την Έκθεση υπάρχουν χώρες, όπως λ.χ. η Σουηδία, που έχουν καταργήσει εντελώς αυτήν την προϋπόθεση. Υπάρχουν όμως και άλλες χώρες, όπως λ.χ. η Ιταλία, που έχουν δημιουργήσει ένα αρκετά γραφειοκρατικό σύστημα για υποβολή και έλεγχο δικαιολογητικών σε σχέση με την εφαρμογή της Οδηγίας. Αυτές οι διαφορές που απαντώνται οδηγούν σε ανισότητες ως προς την εφαρμογή της Οδηγίας σε διάφορες χώρες.

Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις όπου η εφαρμογή της Οδηγίας οδηγεί σε μεγάλο φορτίο διοικητικών διαδικασιών που πρέπει να διεκπεραιωθούν. Διαπιστώθηκε σε μεγάλο βαθμό μία έλλειψη επαρκούς συνεργασίας ανάμεσα στα Εθνικά Σημεία Επαφής και τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς. Οι πληροφορίες που ανταλλάσσονται είναι πολλές φορές **ελλιμματικές**. Αυτό όμως σύμφωνα με την Έκθεση δεν είναι ιδιαίτερα δύσκολο να ξεπεραστεί και να καθιερωθεί ένα υψηλό επίπεδο συνεργασίας. Από την πλευρά των Ασφαλιστικών Οργανισμών μάλιστα διαπιστώθηκε ότι η επεξεργασία των αιτημάτων για απόδοση δαπανών, όταν τελικά συμπληρώνονται οι σχετικοί φάκελοι με πλήρη στοιχεία, δεν είναι καθόλου αργή. Αντίθετα γίνεται με ταχύτητα και χωρίς να προκαλούνται ιδιαίτερα προβλήματα ως προς την τελική απόδοση των δαπανών.

Χωρίς προβλήματα διεξάγεται και η τιμολόγηση των υπηρεσιών σε ασθενείς που υπάγονται στις πρόνοιες της Οδηγίας. Η τιμολόγηση των ασθενών που προέρχονται από άλλη χώρα μέλος γίνεται στη βάση του κόστους και των τιμών που προβλέπονται για τους ίδιους τους πολίτες της χώρας όπου παρέχονται οι υπηρεσίες στους διασυνοριακούς ασθενείς.

Η Έκθεση καταλήγει στο γενικό συμπέρασμα ότι **δεν υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα** ως προς την επιστροφή των δαπανών στους ασθενείς. Παρά τα επί

μέρους προβλήματα που εμφανίζονται η διαδικασία κατά κανόνα προχωρεί κανονικά σε όλα τα κράτη μέλη. Αυτή η διαπίστωση όμως οφείλει να μην παραγνωρίζει το γεγονός ότι μέχρι σήμερα το πεδίο εφαρμογής της Οδηγίας είναι περιορισμένο. Εάν αυξηθεί όμως ο αριθμός των πολιτών που θα κάνουν χρήση των προνοιών της Οδηγίας, είναι πολύ πιθανόν να παρουσιαστούν σημαντικά προβλήματα ως προς το ζήτημα της επιστροφής των δαπανών.

- Ως προς το ζήτημα της ποιότητας και της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών:

Σύμφωνα με την Έκθεση (σελ. 7) τα Εθνικά Σημεία Επαφής θα έπρεπε να ενημερώνουν λεπτομερώς τους ενδιαφερόμενους για ζητήματα σχετικά με την ποιότητα των παρόχων υπηρεσιών υγείας. Αυτό όμως στην πράξη δε συμβαίνει. Τα Ε.Σ.Ε. περιορίζονται σε γενικόλογες πληροφορίες που δεν είναι εύκολο να αξιολογηθούν από τους ασθενείς. Ο ασθενής λ.χ. που θα ενημερωθεί από το Ε.Σ.Ε. ότι το Νοσοκομείο που θα μεταβεί για λήψη υπηρεσιών διασυνοριακής περίθαλψης έχει ένα συγκεκριμένο δείκτη θνησιμότητας, ή μετεγχειρητικών επιπλοκών, θα λάβει μεν την προβλεπόμενη από την Οδηγία ενημέρωση, πλην όμως και πάλι δε θα είναι σε θέση να τη διαχειριστεί και να την αξιολογήσει επαρκώς.

Σε κάθε περίπτωση η Έκθεση καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το ζήτημα της ασφάλειας και της ποιότητας δεν αποτελεί πρωταρχικό μέλημα των ασθενών που ενδιαφέρονται να υπαχθούν στις πρόνοιες της Οδηγίας. Περισσότερο τους απασχολεί το ζήτημα της προηγούμενης έγκρισης, όταν αυτή είναι απαραίτητη. Τα Ε.Σ.Ε. πάντως παρέχουν ικανές πληροφορίες και για το ζήτημα της συνέχειας της θεραπείας μετά την επιστροφή του ασθενή στη χώρα διαμονής του. Αυτό από την Έκθεση επισημαίνεται ως ένα θετικό σημείο που έχει να κάνει με την ποιότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων τελικώς υπηρεσιών σε καθεστώς διασυνοριακής περίθαλψης.

Σε γενικές γραμμές η Έκθεση **δε διαπιστώνει ιδιαίτερα προβλήματα** στο ζήτημα της ασφάλειας και της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών κατ' εφαρμογή της Οδηγίας. Επισημαίνει και πάλι βεβαίως ότι λόγω της περιορισμένης χρήσης της Οδηγίας από τους πολίτες της Ε.Ε. αυτά τα προβλήματα ενδέχεται να ανακύψουν στο

μέλλον. Τέλος προβαίνει και σε μία ενδιαφέρουσα παρατήρηση σε σχέση με το καθεστώς της προηγούμενης έγκρισης (όταν αυτό απαιτείται): Στις περιπτώσεις αυτές είναι πολύ πιθανόν ο ίδιος ο εθνικός πάροχος υπηρεσιών υγείας που νοσηλεύει ή έχει νοσηλεύσει τον ασθενή, αναζητεί πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα του παρόχου που ο ασθενής σκοπεύει να συνεχίσει τη νοσηλεία του σε άλλη χώρα μέλος της Ε.Ε.

- Ως προς το ζήτημα των υπερβολικών καθυστερήσεων

Η υπερβολική καθυστέρηση ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα βασικό λόγο για την εφαρμογή της Οδηγίας. Πολίτες που δεν μπορούν να λάβουν εγκαίρως τη θεραπεία που είναι αρμόζουσα στην περίπτωση τους είναι πολύ πιθανόν να κάνουν χρήση της Οδηγίας και να την αναζητήσουν (τη θεραπεία) σε άλλο κράτος μέλος της Ε.Ε.

Οι συντάκτες της Έκθεσης διαπίστωσαν ότι στις ιστοσελίδες των εθνικών οργανισμών υγείας πολύ συχνά αναφέρονται πληροφορίες σχετικές με το μέσο χρόνο αναμονής για συγκεκριμένες θεραπείες. Γενικώς και σύμφωνα με την Έκθεση **οι ασθενείς είναι ενημερωμένοι για τις καθυστερήσεις** που θα αντιμετωπίσουν είτε στη χώρα προέλευσης είτε στη χώρα προορισμού τους. Μάλιστα δύο χώρες (η Δανία και η Ολλανδία) έχουν καθιερώσει ανώτατα επιτρεπτά όρια αναμονής. Η Δανία ήδη από το 2008 και πριν την εισαγωγή της Οδηγίας είχε δώσει τη δυνατότητα σε ασθενείς που ανέμεναν πέραν των επιτρεπτών ορίων να μεταβούν σε άλλη χώρα μέλος της Ε.Ε. προκειμένου να λάβουν την απαιτούμενη θεραπεία με πλήρη αποζημίωση τους.

Η γενικότερη εκτίμηση των συντακτών της Έκθεσης είναι **ότι υπάρχει μία περιορισμένη εφαρμογή της Οδηγίας στην Ε.Ε.** Τούτο μπορεί να διορθωθεί με μια πιο στοχευμένη ενημέρωση των πολιτών. Η ενημέρωση αυτή οφείλει να εστιάσει όχι μόνον στα δικαιώματα που απορρέουν από την Οδηγία. Οφείλει κυρίως να εστιάσει στη διαδικασία που ακολουθείται ώστε ο ασθενής να είναι ενήμερος για τις λεπτομέρειες σε σχέση με την προηγούμενη έγκριση (όπου αυτή απαιτείται) και την απόδοση των δαπανών.

4.3 Η χρήση της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλειας Ασθένειας στην Ε.Ε.

Ενώ όμως αυτή είναι η κατάσταση στο ζήτημα της εφαρμογής της Οδηγίας για τη Διασυνοριακή Περίθαλψη στο εσωτερικό της Ε.Ε., διαφορετικά είναι **τα συμπεράσματα** που μπορούμε να εξάγουμε σχετικά με την αξιοποίηση των δυνατοτήτων που παρέχει ο **Κανονισμός 883/04**.

Η διαπίστωση είναι ότι έχει προκληθεί **μία εντυπωσιακή διείσδυση** της Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας στην Ένωση. Πιο συγκεκριμένα και βάσει των διαθέσιμων στοιχείων στην ιστοσελίδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής περίπου **200 εκατομμύρια Ευρωπαίοι** διέθεταν ήδη το έτος 2014 την Κάρτα και είναι σε θέση να τη χρησιμοποιήσουν, όταν αυτό είναι αναγκαίο. Ουσιαστικά το 40% του συνόλου των ασφαλισμένων στις χώρες μέλη της Ε.Ε. κατέχουν σήμερα την Κάρτα. Σε σχέση με το έτος 2013 υπάρχει μία αύξηση της τάξης του 4%, ενώ σε σχέση με το έτος 2009 η αύξηση αυτή υπολογίζεται στο επίπεδο του 10%.

Η εξέλιξη αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική. Προς την κατεύθυνση αυτή έχει βοηθήσει η απλοποίηση των διαδικασιών ως προς την έκδοση της Κάρτας από τον εκάστοτε εθνικό ασφαλιστικό οργανισμό. Η έκδοση της Κάρτας παραμένει χωρίς κόστος για τον ασφαλισμένο. Προβλέπονται δε απλουστευμένες διαδικασίες για την επίλυση προβλημάτων που ανακύπτουν από τη χρήση της Κάρτας στις διάφορες χώρες μέλη της Ε.Ε. Προβλέπεται δε και η δυνατότητα χρήσης ειδικής εφαρμογής σε «έξυπνα» κινητά τηλέφωνα και υπολογιστές (EHIC application). Με την εφαρμογή αυτή οι κάτοχοι της Κάρτας δύνανται να επικοινωνούν άμεσα με τον εθνικό ασφαλιστικό τους φορέα και να ενημερώνουν για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν κατά τη χρήση της Κάρτας στο εξωτερικό. Είναι χαρακτηριστικό ότι δεν αναφέρονται πολλά προβλήματα από τη χρήση της Κάρτας από πολίτες στις χώρες της Ε.Ε.

Η εξέλιξη αυτή μας βοηθά να κατανοήσουμε καλύτερα και την επίδραση που είχε ο Κανονισμός 883/04 στην ευρωπαϊκή πολιτική υγείας. Δεν είναι τυχαίο ότι η Κάρτα

αυτή εκδίδεται και χρησιμοποιείται στα πλαίσια των διατάξεων του Κανονισμού αυτού. Σε αντίθεση μάλιστα με την Έκθεση της Επιτροπής που παρουσιάστηκε στην αμέσως προηγούμενη ενότητα, όπου γίνεται λόγος για περιορισμένη εφαρμογή της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ, τα στοιχεία για τη χρήση της Κάρτας είναι **πραγματικά εντυπωσιακά**.

4.4 Διασυνοριακή Περίθαλψη, εξέλιξη και προοπτική

Η εξέλιξη της διαδικασίας της ευρωπαϊκής ενοποίησης έχει προκαλέσει σοβαρό αντίκτυπο και στο χώρο της πολιτικής υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση γενικότερα, αλλά και ειδικότερα στην Ελλάδα. Η εξέλιξη αυτή κατέστη δυνατή μέσα από μία διττή διαδικασία. Από τη μία πλευρά τα διάφορα θεσμικά όργανα παραγωγής πολιτικής της Ε.Ε. (κυρίως η Ευρωπαϊκή Επιτροπή) προχώρησαν σε **θετικές παρεμβάσεις** ως προς την κατεύθυνση της ενοποίησης της πολιτικής υγείας των χωρών μελών της Ένωσης. Η έκδοση της Οδηγίας 2001/24/Ε.Ε. αποτελεί το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα μίας τέτοιας παρέμβασης. Βεβαίως είχαν προηγηθεί σημαντικές θεσμικές παρεμβάσεις στο χώρο της κοινωνικής ασφάλισης με την έκδοση των Κανονισμών που έχουν ήδη παρουσιασθεί και αναλυθεί εκτενώς.

Οι παρεμβάσεις αυτές από μόνες τους δε θα μπορούσαν να οδηγήσουν στο συγκεκριμένο αποτέλεσμα αν δεν είχαν προηγηθεί ad hoc αποφάσεις του Δ.Ε.Ε., οι οποίες επιχείρησαν να καλύψουν τα νομικά κενά που υπήρχαν στις Ευρωπαϊκές Συμβάσεις. Στην ουσία όμως είτε με τη θετική παρέμβαση των θεσμικών οργάνων της Ε.Ε., είτε μέσω μίας διαδικασίας **αρνητικής ενοποίησης** που βασίστηκε στις επιταγές των δικαστικών αποφάσεων, η εξέλιξη της ευρωπαϊκής ενοποίησης και στο γεμάτο ιδιαιτερότητες χώρο της υγείας υπήρξε ραγδαία. Τούτο γίνεται εύκολα αντιληπτό αποκλειστικά και μόνον από το γεγονός ότι ήδη 200 εκατομμύρια Ευρωπαίοι πολίτες βρίσκονται σε θέση να αξιοποιήσουν το καθεστώς της διασυνοριακής περίθαλψης άμεσα, εύκολα και οπουδήποτε εντός της Ε.Ε., με τη χρήση της Κάρτας, όπως αυτό αναλύεται στην αμέσως προηγούμενη ενότητα. Επομένως οι προοπτικές της περαιτέρω αύξησης των διασυνοριακών ροών ασθενών

σε Ευρωπαϊκό επίπεδο αλλά και στην Ελλάδα διαγράφονται εντυπωσιακές. Επί της ουσίας με τη διαδικασία αυτή ο τομέας της υγείας αρχίζει πραγματικά και διέπεται από τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς.

Ο τομέας όμως της υγείας παρουσιάζει συγκεκριμένες **ιδιαιτερότητες**, όπως η ασύμμετρη πληροφόρηση ανάμεσα σε ιατρό και ασθενή και η ανάγκη για ισότιμη πρόσβαση του συνόλου του πληθυσμού σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Η ιδιαιτερότητα αυτή καθιστά προβληματική την πλήρη ενσωμάτωση των κανόνων της ελεύθερης αγοράς στο συγκεκριμένο τομέα (Σακελλαρόπουλος Θ. σελ. 410). Είναι θετικό το γεγονός ότι επιτέλους αυτή η ουσιαστικά αναπόφευκτη ενσωμάτωση γίνεται πλέον κατά τρόπο θεσμικά οργανωμένο. Δε γίνεται δηλαδή μονομερώς μέσω της δικαστικής ερμηνείας των Συνθηκών, αλλά μέσω μίας διαδικασίας νομοθέτησης σε κεντρικό επίπεδο. Η διαδικασία αυτή θα βοηθήσει ώστε να επιτευχθεί καλύτερος έλεγχος τόσο στις δαπάνες της υγείας, καθώς ελλοχεύει ο κίνδυνος της διόγκωσής τους με την ελεύθερη κινητικότητα των ασθενών, όσο και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Σακελλαρόπουλος Θ. σελ. 416).

Τούτο βέβαια θα έχει ιδιαίτερα θετικές συνέπειες σε χώρες όπως η Ελλάδα, η οποία πλήττεται από μία πρωτοφανή σε ένταση και σε διάρκεια οικονομική κρίση. Στο δυσμενές αυτό περιβάλλον μία εν πολλοίς ανεξέλεγκτη διαδικασία αύξησης των διασυνοριακών ροών ασθενών και στην Ελλάδα, ως συνέπεια μίας αποσπασματικής ερμηνείας των Συνθηκών από το Δ.Ε.Ε., θα επιδείνωνε την κατάσταση.

4.5 Οι προοπτικές του Ιατρικού Τουρισμού στην Ελλάδα

4.5.1 Προοπτικές ανάπτυξης

Η παρατεταμένη οικονομική κρίση και τα μέτρα περιορισμού των δαπανών υγείας έχουν οδηγήσει πολλούς ιδιώτες παρόχους στην στρατηγική επιλογή του ιατρικού τουρισμού. Οι δυνατότητες είναι πολλές και σε πολλούς επί μέρους τομείς. Αυτές εντοπίζονται κυρίως στο χώρο του Τουρισμού Υγείας. Η ύπαρξη πολλών

λουτροπόλεων με ξενοδοχειακές μονάδες υψηλών προδιαγραφών, σε συνδυασμό με το υπάρχον ήδη και αρκετά λεπτομερές θεσμικό πλαίσιο αποτελούν ικανούς παράγοντες για την ανάπτυξη αυτής της ειδικής κατηγορίας του ιατρικού τουρισμού.

Αντίστοιχες δυνατότητες εμφανίζονται και στο χώρο **της γηριατρικής** όπου η ύπαρξη μεγάλων ιδιωτικών Κέντρων Αποκατάστασης και Αποθεραπείας, κυρίως στην περιφέρεια, προσφέρει τη δυνατότητα παροχής υπηρεσιών σε υψηλού επιπέδου εγκαταστάσεις. Υψηλές προοπτικές εμφανίζονται και στο χώρο της **αιμοκάθαρσης**, όπου θα μπορούσε να προχωρήσει με αξιώσεις μία συνεργασία ανάμεσα των ιατρικών μονάδων και ξενοδοχείων. Αντίστοιχη εκτίμηση υπάρχει και για το χώρο της εξωσωματικής και **υποβοηθούμενης αναπαραγωγής** (Μελέτη Ι.Κ.Π.Ι., σελ. 177, 2012), όπου εκεί όμως εκκρεμεί ακόμη η δημοσίευση του σχετικού Π.Δ. για την οργάνωση και λειτουργία αντίστοιχων μονάδων.

Η ύπαρξη ισχυρών προσδοκιών επιβεβαιώνεται και από την **αντίστοιχη επιθυμία** πολλών ξενοδοχειακών μονάδων να επενδύσουν στο συγκεκριμένο χώρο. Η επιθυμία αυτή όμως δεν είναι ανάλογη της ενημέρωσης που υπάρχει σχετικά με το αντικείμενο. Σημαντική είναι επίσης και η στάση των τοπικών κοινωνιών. Όταν αυτές είναι θετικές προς την ιδέα τότε είναι πιο εύκολο μεγάλες ξενοδοχειακές μονάδες να επενδύσουν στο χώρο αυτόν (Sarantopoulos I. et all: σελ. 2014).

Η πρόσφατη ίδρυση του Greek Medical Tourism Council (ELITOUR), μίας Μη Κυβερνητικής Ομάδας, αποτελεί μία σημαντική πρόοδο. Το ELITOUR αποτελείται από μεγάλους ιδιώτες παρόχους. Σκοπός του είναι η δικτύωση ανάμεσα σε μεγάλες μονάδες υγείας, ασφαλιστικές και αεροπορικές εταιρείες, καθώς και ξενοδοχειακές μονάδες (Το Βήμα 2, 2015). Προσπαθεί μέσω μίας σειράς δράσεων να εκπαιδεύσει στελέχη από το χώρο της υγείας, του τουρισμού και των επιχειρήσεων στο αντικείμενο του ιατρικού τουρισμού. Οι δράσεις αυτές ξεκίνησαν εντός του 2015.

Μεγάλοι ιδιωτικοί πάροχοι υπηρεσιών υγείας, φορείς πιστοποίησης, ταξιδιωτικοί οργανισμοί, ασφαλιστικές εταιρείες, εταιρείες διαφήμισης και επικοινωνίας και ελληνικές φαρμακευτικές εταιρείες έχουν ενώσει τις δυνάμεις τους στα πλαίσια του ELITOUR. Εκτός από ad hoc δράσεις, όπως λ.χ. η συμμετοχή ή η διοργάνωση συνεδρίων, το ELITOUR φιλοδοξεί να διοργανώσει και επιμορφωτικά προγράμματα

για την εκπαίδευση στελεχών από το χώρο της υγείας, του τουρισμού και των επιχειρήσεων για απόκτηση πιστοποίησης ως Συντονιστών Ιατρικού Τουρισμού (Medical Tourism Coordinators). Με τα προγράμματα αυτά σύμφωνα με την ιστοσελίδα του ELITOUR τα στελέχη θα επιμορφώνονται κυρίως σε θέματα:

- Ιατρικός Τουρισμός και Τουρισμός Υγείας
- Τα όρια και οι προκλήσεις του Ιατρικού Τουρισμού.
- Η διεθνής αγορά του Ιατρικού Τουρισμού.
- Διασυνοριακή Περίθαλψη – νομικά θέματα
- Δικαιώματα ασθενών
- Θέματα πολυπολιτισμικότητας
- Διαχείριση ιατρικών τουριστών
- Ζητήματα ασφάλειας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Βέβαια η πρόσφατη επιδείνωση της κατάστασης στη χώρα οδήγησε στην αναβολή του πρώτου Συνεδρίου που θα διεξαγόταν σε ελληνικό έδαφος από το ELITOUR σε σχέση με τον ιατρικό τουρισμό.

Σε κάθε περίπτωση όμως η δημιουργία ενός δικτύου που περιλαμβάνει όλους τους πιθανούς ενδιαφερόμενους παράγοντες της αγοράς και κυρίως **η θεσμοθέτηση μίας διαρκούς διαδικασίας επιμόρφωσης και παραγωγής στελεχών**, αποτελεί μία σημαντική απόδειξη της σοβαρής ενασχόλησης των ενδιαφερομένων παρόχων υγείας στην Ελλάδα με το αντικείμενο του Ιατρικού Τουρισμού.

4.5.2 Η επιλογή της καλύτερης λύσης

Υπό τις συνθήκες κρίσης που λειτουργεί η ελληνική οικονομία δεν είναι εύκολη η επιλογή μίας λύσης που θα μπορούσε να εγγυηθεί ότι η ανάπτυξη του Ιατρικού Τουρισμού στην Ελλάδα θα ήταν ραγδαία και αποτελεσματική.

Η έλλειψη ρευστότητας καθιστά προβληματική την επένδυση σε νέες δομές, είτε αυτή προέρχεται από το δημόσιο, είτε από τον ιδιωτικό τομέα, είτε μέσω Σ.Δ.Ι.Τ. Το υπάρχον νομικό καθεστώς δυστυχώς δεν είναι εύκολο να βοηθήσει προς αυτήν την κατεύθυνση. Η μία και μοναδική Υπουργική Απόφαση που εισάγει στην ελληνική έννομη τάξη την έννοια του Ιατρικού Τουρισμού έχει ήδη προσβληθεί στο ΣτΕ από

την Πανελλήνια Ένωση Ιδιωτικών Κλινικών (ΠΕΙΚ, 2015), με την υπόθεση να εκκρεμεί και να είναι πιθανή ακόμη και η ακύρωσή της. Υπάρχουν βέβαια πολλές μεμονωμένες προσπάθειες από παρόχους, τόσο από ιατρικές δομές, όσο και από ξενοδοχεία. Πλην όμως απουσιάζει μία στρατηγική που θα μπορούσε να οδηγήσει στη διαμόρφωση ενός εθνικού «branding» για τον ιατρικό τουρισμό. Ως εκ τούτου ο Ιατρικός Τουρισμός στην Ελλάδα εξακολουθεί **να παραμένει χωρίς ... συνταγή**, όπως πολύ εύστοχα επισημαίνεται (Το Βήμα 3, 2015). Παρά τις επανειλημμένες διακηρύξεις περί της σπουδαιότητας του Ιατρικού Τουρισμού για την ελληνική οικονομία, εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι η νομοθετική διευθέτηση του ζητήματος παραμένει ουσιαστικά σε επίπεδο υπουργικής απόφασης και μόνον. Απουσιάζουν δε και οι συνήθειες στην περίπτωση αυτή διευκρινιστικές εγκύκλιοι που θα «έλυναν» τα χέρια των αρμόδιων διοικητικών υπηρεσιών. Σύμφωνα με το άρθρο 21 του Ν. 4276/2014 (ΦΕΚ Α' 155/30-07-2014), η διοίκηση οφείλει να εκδώσει νέα Υπουργική Απόφαση για τους όρους τήρησης του Μητρώου Παρόχων Ιατρικού Τουρισμού, για τη χορήγηση Σήματος Ιατρικού Τουρισμού, για την Πιστοποίηση των Παρόχων Ιατρικού Τουρισμού, καθώς και για κάθε άλλο σχετικό ζήτημα. Αυτή η Απόφαση δεν έχει ακόμη εκδοθεί με αποτέλεσμα κανείς πάροχος σήμερα να μην έχει τη δυνατότητα εγγραφής στο σχετικό Μητρώο.

Υπό τις συνθήκες αυτές η ελληνική πολιτεία θα μπορούσε να αξιοποιήσει την υπάρχουσα υποδομή κυρίως στο χώρο **του τουρισμού υγείας**. Όπως ήδη έχουμε αναφέρει η νομική κατοχύρωση της οργάνωσης και παροχής των αντίστοιχων υπηρεσιών είναι εκτεταμένη, λεπτομερής και λειτουργική. Στο χώρο αυτόν υπάρχει έντονη παρουσία του τομέα της τοπικής αυτοδιοίκησης, ο οποίος δραστηριοποιείται τα τελευταία 30 χρόνια μέσω του Συνδέσμου Δήμων Ιαματικών Πηγών Ελλάδας (Σ.Δ.Ι.Π.Ε.) και της αντίστοιχης Αναπτυξιακής Ελληνικής Θερμαλιστικής Εταιρείας (ΑνΕΘ) Α.Ε. (ΣΔΠΠΕ, 2015). Το έτος 1995 ο Σύνδεσμος, ο οποίος σημειωτέον ότι σήμερα εκπροσωπεί 58 Δήμους – μέλη, συμμετείχε στη δημιουργία του Ευρωπαϊκού Συνδέσμου Λουτροπόλεων (European Spa Association – ESPA).

Η δυναμική του τουρισμού υγείας στην Ελλάδα όμως, ιδίως του **Ιαματικού Τουρισμού – Θερμαλισμού**, είναι εξαιρετικά μεγάλη, είναι χαρακτηριστικό ότι στη χώρα υπάρχουν περίπου 720 πηγές, από τις οποίες όμως ένα ελάχιστο ποσοστό της

τάξης του 10% είναι ενεργό και τουριστικά αξιοποιήσιμο. Μέχρι σήμερα η ζήτηση των υπηρεσιών του προέρχεται κυρίως από Έλληνες, οι οποίοι ανήκουν στην τρίτη ηλικία (Κουσκούκης Κ, 2013 σελ 3).

Ο τομέας του Τουρισμού Υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από **έντονη εποχικότητα** ως προς τη ζήτηση των υπηρεσιών του κυρίως τους καλοκαιρινούς μήνες. Αυτό όμως δεν είναι δύσκολο να αντιμετωπισθεί, καθώς υπάρχουν υπηρεσίες που προσφέρονται στα πλαίσια του Τουρισμού Υγείας που απαιτούν επαναλαμβανόμενες θεραπείες Σε κάθε δε περίπτωση η εποχικότητα της ζήτησης θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως πλεονέκτημα για την προσέλκυση Τουριστών Υγείας από το εξωτερικό κατά τους χειμερινούς μήνες στις υπάρχουσες υποδομές και να λειτουργήσει κατ' αυτόν τον τρόπο **ως εργαλείο για τη συνολική επιμήκυνση της τουριστικής περιόδου στην Ελλάδα.**

Είναι κατανοητό ότι η δραστηριοποίηση ενός τόσο μεγάλου αριθμού παρόχων για πολλές δεκαετίες στην Ελλάδα σε μία πτυχή του Ιατρικού Τουρισμού, αυτή δηλαδή του Τουρισμού Υγείας, δεν μπορεί και δεν πρέπει να περάσει απαρατήρητη από την πολιτεία. Η τελευταία οφείλει να προωθήσει την εξωστρέφεια των παρόχων αυτών και να τους καταστήσει ουσιαστικά τον κινητήριο μοχλό της υπό ίδρυσης βιομηχανίας του Ιατρικού Τουρισμού στην Ελλάδα.

Βιβλιογραφία

- **Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ)**, 2011: «Μηχανισμός εφαρμογής των DRGs στην Ελλάδα»

Διαθέσιμο στη διεύθυνση:

http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%9C%CE%B5%CE%B8%CE%BF%CE%B4%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1%20%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BC%CE%BF%CE%B3%CE%AE%CF%82%20%CE%9A%CE%95%CE%9D-DRGs_final.pdf

- **Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΠΡΟΣΧΕΔΙΟ ΝΕΟΥ Ε.Κ.Π.Α.**

Διαθέσιμο

στο

<http://www.eopyy.gov.gr/%CE%88%CE%B3%CE%B3%CF%81%CE%B1%CF%86%CE%B1%20%CE%95%CE%9F%CE%A0%CE%A5%CE%A5/%CE%9D%CE%AD%CE%B1%20-%20%CE%91%CE%BD%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82%20-%20%CE%94%CE%B5%CE%BB%CF%84%CE%AF%CE%B1%20%CE%A4%CF%8D%CF%80%CE%BF%CF%85/%CE%A0%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%87%CE%B5%CE%B4%CE%B9%CE%BF%20%CE%91%CE%BD%CE%B1%CE%B8%CE%B5%CF%8E%CF%81%CE%B7%CF%83%CE%B7%20%CE%95%CE%9A%CE%A0%CE%A5%20-%20%CE%AD%CE%BA%CE%B4%CE%BF%CF%83%CE%B7%20310714%20-%202009-09-14.pdf>

- **ΕΟΠΥΥ, ΕΘΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΕΠΑΦΗΣ – ΕΣΕ**, διαθέσιμο στο

<http://www.eopyy.gov.gr/%CE%88%CE%B3%CE%B3%CF%81%CE%B1%CF%86%CE%B1%20%CE%95%CE%9F%CE%A0%CE%A5%CE%A5/%CE%9A%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8>

[C%CF%82%20-](#)

[%20%CE%9D%CE%BF%CE%BC%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%B1/%CE%95%CE%93%CE%9A%CE%A5%CE%9A%CE%9B%CE%99%CE%9F%CE%A3%20%CE%A5%CE%A5%20%CE%93%CE%99%CE%91%20%CE%95%CE%A3%CE%95.pdf](#)

- **Ευρωπαϊκή Επιτροπή**, Εκτίμηση για την εφαρμογή της Οδηγίας για τη Διασυνοριακή Περίθαλψη, (Evaluative study on the cross border healthcare Directive - 2011/24/EU), διαθέσιμη στο

http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/docs/2015_evaluative_study_exsum_en.pdf

- **IOBE**, (2011), «Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου»,

Διαθέσιμο στη Διεύθυνση: http://www.iobe.gr/index.asp?a_id=847).

- **Κανονισμοί Ευρωπαϊκής Ένωσης**

884/2004, διαθέσιμος στο

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:166:0001:0123:el:PDF>

987/2009, διαθέσιμος στο

<http://www.ika.gr/gr/infopages/dasika/LexUriServ-987.pdf>

408/71 ΕΚ, διαθέσιμος στο

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/ALL/?uri=CELEX:31971R1408>

- **Οδηγίες Ε.Ε.**

2011/24/ΕΕ – Διασυνοριακή Περίθαλψη, διαθέσιμη στο

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:el:PDF>

2005/36/ΕΚ - Επαγγελματικά Προσόντα, διαθέσιμη στο

[http://eur-](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:el:PDF)

[lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:el:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:el:PDF)

2006/123/ΕΚ – Υπηρεσίες στην εσωτερική αγορά, διαθέσιμη στο

[http://eur-](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:376:0036:0068:el:PDF)

[lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:376:0036:0068:el:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:376:0036:0068:el:PDF)

- **Το Βήμα 1**, 2015, Διαθέσιμο στη Διεύθυνση

<http://www.tovima.gr/society/article/?aid=689897&wordsinarticle=>

- **Το Βήμα 2**, 2015, Διαθέσιμο στη Διεύθυνση

<http://www.tovima.gr/finance/article/?aid=699049>

- **Το Βήμα 3**, 2015, Διαθέσιμο στη Διεύθυνση

<http://www.tovima.gr/finance/article/?aid=702371>

- **Ι.Κ.Π.Ι. (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής): Ανάπτυξη του Ιατρικού Τουρισμού στην Ελλάδα**, 2012, διαθέσιμη στο:

<http://www.peik.gr/images/files/medical-tourism.pdf>

- **Κουσκούκης Κ.**, «Αναπτυξιακό Μοντέλο Τουρισμού Υγείας, το μέλλον των Ιαματικών Πηγών στην Ελλάδα», 2013, διαθέσιμο στο:

[http://www.kedke.gr/tourism/wp-](http://www.kedke.gr/tourism/wp-content/uploads/2013/09/%CE%9F%CE%BC%CE%B9%CE%BB%CE%AF%CE%B1-%CE%9A.%CE%9A%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%BA%CE%BF%CF%8D%CE%BA%CE%B7.pdf)

[content/uploads/2013/09/%CE%9F%CE%BC%CE%B9%CE%BB%CE%AF%CE%B1-](http://www.kedke.gr/tourism/wp-content/uploads/2013/09/%CE%9F%CE%BC%CE%B9%CE%BB%CE%AF%CE%B1-%CE%9A.%CE%9A%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%BA%CE%BF%CF%8D%CE%BA%CE%B7.pdf)

[E%B1-](http://www.kedke.gr/tourism/wp-content/uploads/2013/09/%CE%9F%CE%BC%CE%B9%CE%BB%CE%AF%CE%B1-%CE%9A.%CE%9A%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%BA%CE%BF%CF%8D%CE%BA%CE%B7.pdf)

[%CE%9A.%CE%9A%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%BA%CE%BF%CF%8](http://www.kedke.gr/tourism/wp-content/uploads/2013/09/%CE%9F%CE%BC%CE%B9%CE%BB%CE%AF%CE%B1-%CE%9A.%CE%9A%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%BA%CE%BF%CF%8D%CE%BA%CE%B7.pdf)

[D%CE%BA%CE%B7.pdf](http://www.kedke.gr/tourism/wp-content/uploads/2013/09/%CE%9F%CE%BC%CE%B9%CE%BB%CE%AF%CE%B1-%CE%9A.%CE%9A%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%BA%CE%BF%CF%8D%CE%BA%CE%B7.pdf)

- **Στοιχεία για Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης**, διαθέσιμα στο

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559&langId=el>

- **Σακελλαρόπουλος Θ., επιμέλεια**, «Η κοινωνική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης», εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ, 2011.
- **Στεργίου Α.:** Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, Εκδόσεις Σάκκουλα, Β΄ Έκδοση, 2014.
- **Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων Ε.Ε.**, διαθέσιμος στο

http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_el.pdf

- **Λιαρόπουλος Λ.**, «Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας Α΄ Τόμος», Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2007.
- **Σ.Δ.Ι.Τ.Ε. 2015** διαθέσιμη στο

<http://www.thermalsprings.gr>

- **Π.Ε.Ι.Κ. 2015** διαθέσιμη στο

<http://www.peik.gr/index.php?start=24>

- **ECAB- Έκθεση με τίτλο: Περίληψη Προγράμματος (Project Summary)**, διαθέσιμη στο

http://www.ecabeurope.eu/PDF/EUCBCC_publishable_summary_v1_4.pdf

- **European Commission**, Together for Health, Λευκή Βίβλος

Διαθέσιμο στο

http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf

- **ELITOUR**

<http://www.elitour.org/>

<http://www.medfacilitators.com/en/>

- **Express** **2015**, διαθέσιμη στο http://www.express.gr/news/business/767325oz_20150320767325.php3

- **OESD, 2014**, διαθέσιμο στο <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-GREECE-2014.pdf>

- **D. Mc Mahoon: Medical Tourism and Cross Border Care, Background Paper**, σε **Nuffield Council on Bioethics, 2013**, διαθέσιμο σε

http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/Forward_look_background_paper_on_medical_tourism_and_cross-border_care.pdf

- **DG ANGO**, Βασικές Αρχές της Οδηγίας για τη Διασυνοριακή Περίθαλψη
Διαθέσιμο στο

http://www.eu-patient.eu/globalassets/events/2014_cbhc_gr/presentations/day2/dg-sanco-directive-on-patients-rights-in-cross-border-healthcare.pdf

- **Hervey Tamara**, The impacts of European law on the health care sector, σε Eurohealth V. 16 N. 4

διαθέσιμο στο

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/137999/Eurohealth16_4.pdf

- **Ioannis Sarantopoulos, Vicky Katsoni, Mary Geitona**: A Supply Side Investigation on Medical Tourism and ICT Use in Greece, σε Science Direct, 2014, διαθέσιμο στο

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814039597>

- **Mossialos E, Mc Kee M, Palm Willy et al**, “The influence of EU law on the social character of health care systems in the European Union”, Report submitted to the Belgian Presidency of the European Union, 2001.

- **Martin McKee, Reinhard Busse, Rita Baeten and Irene Glinos**: CROSS-BORDER HEALTH CARE COLLABORATION IN THE EUROPEAN

UNION: PLACING THE PATIENT AT THE CENTRE, σε Eurohealth V. 19 N. 4, διαθέσιμο στο

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/236811/Eurohealth_v19-n4.pdf

- **Neil Lunt, Richard Smith, Mark Exworthy, Stephen T. Green, Daniel Horsfall, Russel Mannion:** Medical Tourism, Systems, Markets and Health System Implications, A Scoping Review, 2011, διαθέσιμο στο

<http://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf>

- **Rachel Irwin,** EU Law and Health, an introduction, σε Eurohealth V. 16 N. 4, διαθέσιμο στο

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/137999/Eurohealth16_4.pdf

- **Sichto Marita, Eva Olilla, Meri Koivusalo,;** Principles and challenges of Health in All Policies, σε: Health in All Policies, Ministry of Social Affairs and Health Finland and European Observatory of Health Systems and Policies, 2006. Διαθέσιμο στο

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf?ua=1

- **Paula Franklin:** EUROPEAN PUBLIC HEALTH STRATEGIES: STATE OF PLAY, σε Eurohealth V. 19 N. 4, διαθέσιμο στο

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/236811/Eurohealth_v19-n4.pdf

- **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Το σύνολο της αναφερόμενης στην παρούσα Ελληνικής Νομοθεσίας (Νόμοι, Π.Δ., Υ.Α.) διατίθενται στην ιστοσελίδα του Εθνικού Τυπογραφείου (www.et.gr) όπου μπορούν να αναζητηθούν με τον αριθμό και το έτος δημοσίευσης, καθώς και τον αριθμό Φ.Ε.Κ. που έχουν λάβει,

όπως ακριβώς αναφέρονται στην παρούσα. Οι δε εγκύκλιοι δημοσιεύονται στην ιστοσελίδα ΔΙΑΥΓΕΙΑ (<https://diavgeia.gov.gr/>).