

**ΗΜΕΡΙΑΔΑ trESS 2005**  
**[Αθήνα, 08.06.2005]**

- Τίτλος ΙΙΙ, Κεφάλαιο 1 “Παροχές ασθένειας”**  
**– Η μετάβαση από τον Κανονισμό 1408/71 στον Κανονισμό (ΕΚ) 883/04**  
*Η προβληματική στον εκσυγχρονισμό και την απλοποίηση του συντονισμού των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας:*  
**- Πρόταση Οδηγίας για τις υπηρεσίες στην εσωτερική αγορά**  
**- Ενσωμάτωση της νομολογίας ΔΕΚ**

*Νίκος Σκλήκας*  
*Ιούνιος 2005*

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

**I. ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ (ΕΚ) 631/04 – ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΚΑΡΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

1. Η εξίσωση των δικαιωμάτων για παροχές ασθένειας σε είδος
  2. Η άμεση πρόσβαση στους παρόχους περίθαλψης
  3. Τα προβλήματα εφαρμογής του Κανονισμού 631/04
    - 3.1. Η σχέση ιατρικά αναγκαίας παροχής και διάρκειας διαμονής
    - 3.2. Η μη αποδοχή της Κάρτας από τα νοσοκομεία
- II. Η ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΜΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΚ ΣΤΟΝ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ 1408/71**
1. Το άρθρο 23 της Πρότασης Οδηγίας για τις υπηρεσίες στην εσωτερική αγορά
  2. Η υλοποίηση της νομολογίας από την Οδηγία ή τον Κανονισμό
  3. Τα προβλήματα ενσωμάτωσης της νομολογίας
    - 3.1. Ως προς την νομολογία Kohll και Decker και Müller-Fauré και van Riet
    - 3.2. Ως προς την νομολογία Vanbraekel
- III. ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ 883/04**
1. Οι διατηρούμενες βασικές αρχές του Κανονισμού 1408/71
  2. Οι σημαντικές αλλαγές στο Κεφάλαιο της Ασθένειας και οι λόγοι εισαγωγής τους
  3. Τα παραμένοντα παρά τις αλλαγές προβλήματα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Είναι γεγονός, ότι η προβληματική, ως προς την ερμηνεία και εφαρμογή διατάξεων του κοινοτικού δικαίου στον τομέα της κοινωνικής ασφάλειας, και κάθε προσπάθεια βελτίωσης του συντονισμού των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας συνδέονται πάντοτε και σε όλα τα επίπεδα – όργανα της Κοινότητας με ζωνρότατες και μακρόχρονες συζητήσεις, οι οποίες οδηγούν μεν στην λήψη αποφάσεων αλλά μετά από σκληρούς συμβιβασμούς. Αποτέλεσμα τούτων είναι, η προαγωγή του κοινοτικού κεκτημένου να χαρακτηρίζεται από συντηρητική, σε κοινοτικό επίπεδο, έως ικανοποιητική, σε εθνικό επίπεδο, ανάλογα με τον βαθμό προσαρμοστικότητας και εξέλιξης του τελευταίου σε κάθε κράτος μέλος.

Το Κεφάλαιο της Ασθένειας βρίσκεται τα τελευταία 10 έτη στο επίκεντρο των συζητήσεων και προβληματισμών, αφενός μεν για το είδος και την έκταση των παροχών ασθένειας σε

είδος (περίθαλψης), οι οποίες εμπίπτουν στον Κανονισμό 1408/71, αφετέρου δε για το ύψος της κάλυψης των δαπανών από την χορήγηση των παροχών αυτών.

Πράγματι, με κριτήριο σύγκρισης τον αριθμό των αποφάσεων του ΔΕΚ (Δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων), παρατηρούμε, ότι, ενώ κατά την 10ετία 1985 – 1995 οι περισσότερες αποφάσεις του αναφέρονταν στον τομέα των παροχών συντάξεων, η τελευταία 10ετία χαρακτηρίζεται από αποφάσεις στον τομέα των παροχών ασθένειας. Η εξήγηση ανάγεται στις κατά κλάδο ασφάλισης οικονομικές δυνατότητες των φορέων και την βιωσιμότητα των εθνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας. Αφού στα περισσότερα κράτη μέλη εξασφαλίστηκε σχετικά η βιωσιμότητα των συνταξιοδοτικών συστημάτων, η προσοχή στράφηκε στα συστήματα ασθένειας, κυρίως ενόψει του επικίνδυνα αυξανόμενου κόστους της περίθαλψης στην Ευρώπη και του στόχου για την προαγωγή της ελεύθερης κυκλοφορίας των ασθενών – προσώπων στην Κοινότητα.

## **I. ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ (ΕΚ) 631/04 – ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΚΑΡΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

### **1. Η εξίσωση των δικαιωμάτων για παροχές ασθένειας σε είδος**

Στα πλαίσια της ως άνω εξέλιξης του συντονισμού ήταν αναπόφευκτο γεγονός, ενόψει του εκσυγχρονισμού και της απλοποίησης του Κανονισμού 1408/71, οι βαθύτερες τομές του Κανονισμού 883/04 να πραγματοποιηθούν στο Κεφάλαιο της Ασθένειας. Ωστόσο, πριν αναφερθούμε σ' αυτές και επειδή η εφαρμογή του τελευταίου τοποθετείται μετά το 2007, εφόσον ακόμη δεν υποβληθεί στο Συμβούλιο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή η Πρόταση για τον Κανονισμό εφαρμογής του, (ο οποίος θα χρειασθεί τουλάχιστον 1 έτος συζητήσεων, έως ότου ψηφισθεί, η δε έναρξη ισχύος και των δύο Κανονισμών θα καθυστερήσει άλλο 1 έτος περίπου, κατόπιν παράκλησης σχεδόν όλων των κρατών μελών, προκειμένου να αφομοιώσουν και προσαρμοστούν οι διοικήσεις τους στο νέο κοινοτικό κεκτημένο), πρέπει να εξετάσουμε τις εξελίξεις του συντονισμού κατά την μεταβατική αυτήν περίοδο.

Η εντολή του Συμβουλίου της Βαρκελώνης (Μάρτιος 2002) για την εισαγωγή μιάς Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας, η οποία θα αντικαθιστούσε όλες τις κοινοτικές βεβαιώσεις δικαιώματος για παροχές ασθένειας σε είδος (έντυπα της σειράς E 100) με στόχο την προαγωγή της ελεύθερης κυκλοφορίας των προσώπων εντός της Κοινότητας, καθώς και η έναρξη λειτουργίας της Κάρτας αυτής, την 1η Ιουνίου 2004, επέβαλαν την πρόωρη υλοποίηση κάποιων αρχών του Κεφαλαίου της Ασθένειας του Κανονισμού 883/04, η οποία επιτεύχθηκε με την έκδοση του Κανονισμού (ΕΚ) 631/04, για την εξίσωση των δικαιωμάτων και την απλοποίηση των διαδικασιών.

Πράγματι, μέχρι την έναρξη ισχύος του Κανονισμού 631/04, το δικαίωμα για παροχές ασθένειας σε είδος των εργαζομένων – φοιτητών – ανέργων (και των μελών της οικογένειάς τους) κατά την διάρκεια διαμονής τους σε κράτος μέλος άλλο από το αρμόδιο (κράτος ασφάλισης) διέφερε σημαντικά έναντι του αντίστοιχου δικαιώματος των συνταξιούχων (και των μελών της οικογένειάς τους). Ενώ οι πρώτοι είχαν δικαίωμα σε άμεσα αναγκαίες παροχές (άρθρο 22, παράγραφος 1, στοιχείο α), οι δεύτεροι είχαν δικαίωμα σε κάθε παροχή, η οποία καθίστατο αναγκαία κατά την διάρκεια διαμονής σε άλλο κράτος μέλος (άρθρο 31, του Κανονισμού 1408/71). Εντούτοις, η διαφορά αυτή δεν εφαρμοζόταν στην πράξη από αρκετά κράτη μέλη, είτε λόγω σύγχυσης περί του περιεχομένου των διαφορετικών εννοιών και παροχών ή/και της διαδικασίας χορήγησής

τους είτε εξαιτίας της μη αποδοχής της ύπαρξης πλεονεκτήματος των συνταξιούχων έναντι των εργαζομένων για λόγους ισότητας μεταχείρισης.

Την διαφορά αποκατάστησε η απόφαση του ΔΕΚ στην Υπόθεση *IKA κατά Ιωαννίδη* (βλέπε απόφαση C-326/00 της 25.02.2003), το οποίο αποφάνθηκε, ότι για τους συνταξιούχους, παρά το ότι εμπίπτουν στις περί “εργαζομένων” διατάξεις του Κεφαλαίου της Ασθένειας, έστω και αν δεν ασκούν επαγγελματική δραστηριότητα, ο κοινοτικός νομοθέτης έκρινε σκόπιμο να θεσπίσει ειδική διάταξη για το δικαίωμά τους επί παροχών ασθένειας σε είδος, και ότι η ερμηνεία του άρθρου 31 δεν πρέπει να εμπνέεται από τις διατάξεις του άρθρου 22.

Με την υιοθέτηση του Κανονισμού 631/04 επέρχεται εξίσωση των δικαιωμάτων για παροχές ασθένειας σε είδος στο κράτος μέλος διαμονής των συνταξιούχων και των λοιπών κατηγοριών ασφαλισμένων προσώπων του Κανονισμού 1408/71 (τροποποίηση των άρθρων 22 (εργαζόμενοι), 25 (άνεργοι), 31 (συνταξιούχοι) και 34α (φοιτητές) για την εξίσωση του υλικού πεδίου εφαρμογής τους). Συγκεκριμένα, τα εν λόγω άρθρα προβλέπουν πλέον, ότι τα ανωτέρω πρόσωπα, των οποίων η κατάσταση απαιτεί παροχές σε είδος, οι οποίες καθίστανται ιατρικά αναγκαίες κατά την διάρκεια διαμονής σε κράτος άλλο από το αρμόδιο, έχουν δικαίωμα για παροχές σε είδος, οι οποίες χορηγούνται για λογαριασμό του αρμόδιου φορέα από τον φορέα του τόπου διαμονής..., (σημείο i), του άρθρου 22, παράγραφος 1, στοιχείου α).

Πρέπει να επισημανθεί, ότι ο Κανονισμός 631/04 εισάγει μεν, χάριν της εξίσωσης, το δικαίωμα σε παροχές, οι οποίες καθίστανται ιατρικά αναγκαίες, αλλά εξαρτά την κρίση περί αναγκαιότητάς τους από δύο σημαντικά κριτήρια:

- την φύση – έκταση των συγκεκριμένων παροχών, της οποίες απαιτεί η κατάσταση της υγείας του ασθενούς, και
- την αναμενόμενη διάρκεια της διαμονής του στο άλλο κράτος μέλος.

Έτσι, σε συνδυασμό με την χρησιμοποίηση του ρήματος “*καθίστανται*” αντί του ρήματος “*είναι*”, επιτυγχάνονται οι ακόλουθοι στόχοι:

- έλεγχος της επιβάρυνσης των αρμοδίων φορέων (ασφάλισης): αποδεκτές μόνον οι δαπάνες των πράγματι ιατρικά αναγκαίων παροχών, οι οποίες θα επιτρέψουν στον ασθενή να συνεχίσει ελεύθερα την διαμονή του στο άλλο κράτος μέλος, χωρίς να είναι αναγκασμένος να επιστρέψει στην χώρα προέλευσής του, για να τις λάβει,
- η μη επιβάρυνση με ιατρικά απαιτούμενες μεν παροχές, οι οποίες, όμως, σε σχέση με την διάρκεια διαμονής του ασθενούς μπορούν να μην χορηγηθούν στον τόπο διαμονής αλλά να τις λάβει αυτός, χωρίς επιδείνωση της υγείας του, όταν επιστρέψει στην χώρα προέλευσής του, και
- η δυνατότητα για την λήψη ιατρικά αναγκαίων παροχών ακόμη και σε περίπτωση προϋπάρχουσας (ήδη στο κράτος προέλευσης) ασθένειας, δηλαδή παροχών, οι οποίες πρέπει να επαναλαμβάνονται προγραμματισμένα σε τακτά χρονικά διαστήματα και στις οποίες, έτσι, συμπεριλαμβάνονται πλέον κάθε είδους εξετάσεις χρόνιας ασθένειας ή εξετάσεις ενόψει τοκετού, ακόμη και ο ίδιος ο τοκετός, εφόσον αποδεικνύεται, ότι είναι επιβεβλημένη η διαμονή στο άλλο κράτος μέλος και κατά το χρονικό διάστημα του τοκετού, καθώς επίσης
- σαφής προσδιορισμός από το ρήμα “*καθίστανται*” των ιατρικά αναγκαίων παροχών και μη ανάληψη από τον αρμόδιο φορέα των προγραμματισμένων από τον ασθενή παροχών (πριν από την αναχώρησή του για λήψη τους στο κράτος διαμονής – ιατρικό ταξίδι), για την χορήγηση των οποίων απαιτείται η έγκριση του αρμόδιου φορέα για

μετάβαση σε άλλο κράτος μέλος και λήψη εκεί της κατάλληλης για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς θεραπείας καθώς και η έκδοση του εντύπου E 112 (άρθρο 22, παράγραφος 1, στοιχείο γ), του Κανονισμού 1408/71, το οποίο δεν τροποποιήθηκε από τον Κανονισμό 631/04).

## **2. Η άμεση πρόσβαση στους παρόχους περίθαλψης**

Πέραν της εξίσωσης των δικαιωμάτων, ο Κανονισμός 631/04 τροποποίησε τον Κανονισμό 1408/71, χάριν της εισαγωγής της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας και για την απλοποίηση των διαδικασιών λήψης των παροχών ασθένειας σε είδος.

Πράγματι, μέχρι την έναρξη λειτουργίας της Κάρτας αυτής (01.06.2004), για να λάβει παροχές ασθένειας σε είδος από το σύστημα υγείας του άλλου κράτους μέλους, ο διακινούμενος έπρεπε να υποβάλει στον φορέα του τόπου διαμονής το χορηγηθέν σ' αυτόν από τον αρμόδιο φορέα (ασφάλισής του στο κράτος προέλευσης) κοινοτικό έντυπο E 111 (για απλή διαμονή, π.χ. τουρισμός, όλων των αναφερθεισών κατηγοριών προσώπων και των μελών της οικογένειάς τους, συμπεριλαμβανομένων των συνταξιούχων) ή το έντυπο E 128 (για εργασία ή φοίτηση).

Με την χορήγηση πλέον της εν λόγω Κάρτας, η οποία αντικατέστησε τα έντυπα E 111 και E 128 (με ορατά στοιχεία, δηλαδή όχι “έξυπνη” Κάρτα), και στα πλαίσια της απλοποίησης των διαδικασιών για προαγωγή της ελεύθερης κυκλοφορίας των προσώπων εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα τροποποιημένα άρθρα 21, 26 και 31, του Κανονισμού εφαρμογής 574/72, προβλέπουν, ότι ο διακινούμενος έχει άμεση πρόσβαση σε κάθε πάροχο υπηρεσιών περίθαλψης του συστήματος υγείας του κράτους διαμονής, ο οποίος είναι συμβεβλημένος με τον φορέα του τόπου διαμονής του ασθενούς, ανεξαρτήτως εάν πρόκειται για λήψη παροχών νοσοκομειακής ή μη νοσοκομειακής (ιατροφαρμακευτικής) περίθαλψης. Έτσι, δεν είναι υποχρεωμένος ο ασθενής να έλθει, πριν από την επίσκεψη στον πάροχο, σε επαφή με τον τοπικό φορέα.

## **3. Τα προβλήματα εφαρμογής του Κανονισμού 631/04**

Η εφαρμογή του Κανονισμού 631/04, και ειδικότερα η λειτουργία της Κάρτας, ήταν αναμενόμενο, ότι θα δημιουργούσε κατά το αρχικό διάστημα προσαρμογής όλων των εμπλεκόμενων μερών (φορέων, παρόχων και ασθενών) κάποια προβλήματα διαδικαστικής ή/και ερμηνευτικής φύσης. Ωστόσο, προέκυψαν, ενώ δεν αναμένονταν, και παραμένουν άλυτα μέχρι σήμερα, σοβαρά προβλήματα, τα οποία συνιστούν εμπόδιο στην άσκηση εκ μέρους των διακινουμένων (ασθενών) του εκχωρηθέντος από την Συνθήκη θεμελιώδους δικαιώματός τους για ελεύθερη κυκλοφορία εντός της Κοινότητας.

### **3.1. Η σχέση ιατρικά αναγκαίας παροχής και διάρκειας διαμονής**

Παρά τις κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (της Γραμματείας της Διοικητικής Επιτροπής) προς τις διοικήσεις των κρατών μελών, οι οποίες ερμηνεύουν τις διατάξεις του Κανονισμού 631/04, αναλύουν τις έννοιες, με την βοήθεια χαρακτηριστικών παραδειγμάτων, και περιγράφουν τις διαδικασίες εφαρμογής του, ένα πρώτο σημαντικό πρόβλημα δημιουργεί η προβλεπόμενη από τον εν λόγω Κανονισμό σχέση – σύνδεση των προς χορήγηση ιατρικά αναγκαίων παροχών ασθένειας σε είδος με την αναμενόμενη διάρκεια διαμονής του ασθενούς, δηλαδή ο έλεγχος από τον πάροχο ή η απόδειξη από τον ασθενή των ισχυρισμών του τελευταίου ως προς την διάρκεια διαμονής του.

Οι φορείς του τόπου διαμονής, οι οποίοι αμείβουν τους συμβεβλημένους τους παρόχους για τις χορηγούμενες από αυτούς παροχές ασθένειας σε είδος, διατηρούν πάντοτε μεγάλους φόβους, κατά πόσον οι αρμόδιοι φορείς (του κράτους προέλευσης των ασθενών) θα προβούν σε ταχεία απόδοση της εκάστοτε χρεωθείσας δαπάνης για την πληρωμή των παρόχων τους, χωρίς οι αρμόδιοι φορείς με το παραμικρό να αμφισβητούν το “ιατρικά αναγκαίο” των χορηγηθεισών παροχών ως ιατρικό ταξίδι του ασθενούς, κυρίως οσάκις πρόκειται για παροχές λόγω προϋπάρχουσας πάθησης. Ο φόβος αυτός αντανακλάται στις αυστηρές οδηγίες, τις οποίες έχουν απευθύνει οι φορείς του κράτους διαμονής στους παρόχους τους, και μεταφέρεται στους τελευταίους υπό την μορφή έντονου φόβου, κατά πόσον θα αμειφθούν από τους φορείς αυτούς σε περίπτωση διάστασης απόψεων ως προς αναγκαιότητα της χορήγησης των παροχών.

Ο διττός αυτός φόβος αναγκάζει τον πάροχο, πολλές φορές και χωρίς σοβαρό έλεγχο της διάρκειας διαμονής του ασθενούς, να αρνείται την χορήγηση περίθαλψης, παρά το ότι ο ασθενής την απαιτεί ως ιατρικά αναγκαία παροχή. Η άρνηση δε αυτή οδηγεί στην καθόλου επιθυμητή (και μη προβλέψιμη) αρνητική συνέπεια, να είναι αναγκασμένος ο ασθενής να λάβει τις απαιτούμενες για την κατάσταση της υγείας του παροχές ως ιδιωτικός ασθενής του παρόχου και να καταβάλει ο ίδιος την αμοιβή σ’ αυτόν βάσει του ιδιωτικού τιμολογίου του.

Μία τέτοια χορήγηση παροχών έχει ως αποτέλεσμα την σημαντική οικονομική επιβάρυνση του ασθενούς και συνιστά σοβαρό εμπόδιο στην ελεύθερη κυκλοφορία του, εφόσον, εάν ζητήσει την απόδοση της δαπάνης από τον αρμόδιο φορέα, όταν επιστρέψει στην χώρα προέλευσης, ο τελευταίος θα πρέπει, κατ’ εφαρμογή του άρθρου 34, παράγραφος 1, του Κανονισμού 574/72, να απευθυνθεί στον φορέα του τόπου διαμονής (μέσω του εντύπου E 126), ο οποίος, αφού κρίνει τις χορηγηθείσες παροχές ως ιατρικά αναγκαίες, θα επιστρέψει το έντυπο στον αρμόδιο φορέα, αναγράφοντας το ποσό του κρατικού του τιμολογίου, το οποίο αντιστοιχεί στις συγκεκριμένες παροχές, έτσι ώστε να αποδώσει ο αρμόδιος φορέας στον ασθενή το ποσό αυτό.

Σημειωτέον δε, ότι, με βάση την εμπειρία μας, το ιδιωτικό τιμολόγιο του παρόχου είναι περίπου 10πλάσιο του κρατικού στο ίδιο κράτος μέλος. Επίσης, πρέπει να επισημανθεί, ότι από τις διαμαρτυρίες, τις οποίες δέχονται καθημερινά οι αρμόδιοι φορείς της χώρας μας, αλλά και τα ήδη υποβληθέντα σχετικά αιτήματα απόδοσης των δαπανών, ο αριθμός των εντύπων E 126 πρέπει να είναι αρκετά μεγάλος και το διοικητικό βάρος και κόστος δυσανάλογο του κόστους της Κάρτας, το οποίο απεδέχθησαν όλα τα κράτη μέλη για την προαγωγή της ελεύθερης κυκλοφορίας των προσώπων εντός της Κοινότητας. Πέραν δε τούτου, η διαδικασία του άρθρου 34 είναι χρονοβόρα (έως και 6 μήνες) και δεν συνάδει με την υλοποίηση του στόχου της απλοποίησης των διαδικασιών.

Επειδή προβλέπεται για μετά το 2008 η ηλεκτρονική Κάρτα, δηλαδή το ηλεκτρονικό μέσο, το οποίο θα αντικαταστήσει όλα τα έντυπα της ασθένειας και όχι μόνον (όλα της σειράς E 100) και θα συμβάλλει στην άμεση ανταλλαγή όλων των πληροφοριών, οι οποίες είναι απαραίτητες για την διακίνηση των προσώπων εντός της Κοινότητας, θα πρέπει να δοθεί το συντομότερο δυνατόν λύση στο πρόβλημα. Ο επερχόμενος δε Κανονισμός εφαρμογής του Κανονισμού 883/04 θα πρέπει να εμπεριέχει διατάξεις, οι οποίες θα επιλύσουν το ζήτημα, του ποιός κρίνει το “ιατρικά αναγκαίο” των παροχών ασθένειας σε είδος, ο πάροχος, ο οποίος τις χορηγεί, ή ο φορέας του τόπου διαμονής, ο οποίος, στα πλαίσια των υποχρεώσεών του για στενή συνεργασία με τον αρμόδιο φορέα, κατ’ εφαρμογή του άρθρου

84α, του Κανονισμού 631/04, επιλαμβάνεται του θέματος σε περίπτωση αμφισβήτησης από τον τελευταίο μιάς παροχής ως ιατρικά αναγκαίας.

### **3.2. Η μη αποδοχή της Κάρτας από τα νοσοκομεία**

Ένα επίσης σημαντικό πρόβλημα, το οποίο λαμβάνει όλο και περισσότερο ανησυχητικές διαστάσεις, είναι η ευκολία (για ποικίλους και ασήμαντους λόγους), με την οποία τα νοσοκομεία (ιδίως των κρατών μελών της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης) αρνούνται, ως πάροχοι περίθαλψης, να δεχθούν την επιδεικνυόμενη από τους ασθενείς Κάρτα, οι οποίοι καλούνται, έτσι, να καταβάλουν οι ίδιοι την δαπάνη με βάση ιδιωτικό τιμολόγιο, το οποίο οδηγεί, όπως προαναφέρθηκε, σε σημαντική οικονομική επιβάρυνση των ασθενών και, συνεπώς, συνιστά κώλυμα στην ελεύθερη κυκλοφορία τους εντός της Ένωσης.

Σε ένα μικρό ποσοστό των αναφερθεισών περιπτώσεων, η στάση αυτή των νοσοκομείων οφείλεται στον ανωτέρω αναφερόμενο φόβο για μη απόδοση της δαπάνης από τον φορέα του τόπου διαμονής, οσάκις δεν είναι εύκολο να διαπιστωθεί, κατά πόσον πρόκειται για ιατρικό ταξίδι του ασθενούς ή όχι. Ο φόβος αυτός οδηγεί σε δύο σοβαρά λάθη εφαρμογής του άρθρου 22, παράγραφος 1, στοιχείο α), του Κανονισμού 1408/71, παρά την νομολογία του ΔΕΚ στην Υπόθεση *ΙΚΑ κατά Ιωαννίδη*:

- αφενός μεν το νοσοκομείο, αντί να κρίνει την ιατρική αναγκαιότητα των ζητούμενων παροχών με βάση την νομοθεσία του οικείου κράτους μέλους, σύμφωνα με το εν λόγω άρθρο, παραπέμπει τον ασθενή στον φορέα του στην χώρα προέλευσης για έγκριση των παροχών και έκδοση του εντύπου E 112, βάσει του άρθρου 22, παράγραφος 1, στοιχείο γ), δηλαδή εφαρμόζει εσφαλμένη νομική βάση για την χορήγηση των παροχών,
- αφετέρου δε ο αρμόδιος φορέας στο κράτος προέλευσης του ασθενούς (παρασύρεται και) αρνείται, δυνάμει του τελευταίου αυτού άρθρου, την έγκριση της μετάβασης στο κράτος διαμονής για θεραπεία και την έκδοση του εντύπου E 112, με το σκεπτικό (και την συνήθως πραγματική κατάσταση) της προϋπάρχουσας ασθένειας.

Εντούτοις, το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων μιάς τέτοιας αντιμετώπισης των ασθενών εκ μέρους των νοσοκομείων έχει βαθύτερα αίτια και αναδεικνύει ένα χρόνιο σοβαρό πρόβλημα, το οποίο σχετίζεται με την απόδοση των κατά κανόνα πολύ υψηλών δαπανών της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Πράγματι, έχει επανειλημμένα διαπιστωθεί από όλα τα κράτη μέλη και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, ότι ο χρόνος εκκαθάρισης των αμοιβαίων μεταξύ τους απαιτήσεων για απόδοση των δαπανών, οι οποίες δημιουργούνται για χορήγηση παροχών ασθένειας σε είδος κατά την διάρκεια διαμονής σε κράτος μέλος άλλο από το αρμόδιο, είναι συνήθως πολύ μεγάλος, κυμαινόμενος από 2 έως και 10 έτη μερικές φορές ή για ορισμένα κράτη μέλη.

Σε περίπτωση χορήγησης περίθαλψης σε ασθενή, ασφαλισμένο άλλου κράτους μέλους, το νοσοκομείο προβαίνει άμεσα στην χρέωση του φορέα της περιοχής του και φορέα διαμονής του ασθενούς. Ο φορέας αυτός πρέπει να αποδώσει αμέσως την δαπάνη στο νοσοκομείο και να χρεώσει με την σειρά του το ποσό αυτό, στο τέλος του ημερολογιακού εξαμήνου, στον αρμόδιο φορέα του κράτους προέλευσης του ασθενούς. Ο τελευταίος αυτός φορέας συνήθως καθυστερεί πολύ έως υπερβολικά, όπως προαναφέρθηκε να αποδώσει την δαπάνη στον φορέα του τόπου διαμονής.

Επειδή καθυστερεί η απόδοση της δαπάνης, ο φορέας του τόπου διαμονής, ενόψει του σχηματιζόμενου εν τω μεταξύ (από παρόμοιες καθυστερήσεις) μεγάλου οικονομικού του

ανοίγματος και της αδυναμίας του, έτσι, να καλύψει την δαπάνη του νοσοκομείου, δεν την αποδίδει στο τελευταίο, εάν δεν την λάβει, ενδεχομένως μετά από αρκετά έτη, από τον αρμόδιο φορέα του άλλου κράτους. Έτσι, δημιουργείται και στο νοσοκομείο το ίδιο οικονομικό πρόβλημα – έλλειμμα, με αποτέλεσμα, εύκολα να εγκαταλείπει το νοσοκομείο την εφαρμογή των σχετικών κοινοτικών διατάξεων και να επιβαρύνει τον ασθενή, ανεξαρτήτως εάν διαθέτει Κάρτα, με την πληρωμή της δαπάνης νοσηλείας του, ως ιδιώτης, με την προαναφερθείσα επιβάρυνση.

Η αντιμετώπιση του προβλήματος και, έτσι, η απρόσκοπτη κυκλοφορία των ασθενών – προσώπων, συνίσταται στην πρόβλεψη στον νέο Κανονισμό εφαρμογής της υποχρέωσης όλων των κρατών μελών για αμοιβαία μεταξύ των κρατών προκαταβολή σημαντικού μέρους της απόδοσης των δαπανών κατά το ημερολογιακό εξάμηνο, το οποίο έπεται αυτού της χρέωσής τους.

## **II. Η ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΜΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΚ ΣΤΟΝ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ 1408/71**

### **1. Το άρθρο 23 της Πρότασης Οδηγίας για τις υπηρεσίες στην εσωτερική αγορά**

Στον νέο Κανονισμό 883/04 δεν κατέστη δυνατόν να συμπεριληφθεί παρά ελάχιστο μέρος της νομολογίας του ΔΕΚ για την (ελεύθερη) παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (νοσοκομειακής και μη) κατά την διάρκεια διαμονής σε κράτος μέλος άλλο από το αρμόδιο, δηλαδή μόνον αυτό, το οποίο αφορούσε στα κριτήρια της έγκρισης για μετάβαση του ασθενούς σε άλλο κράτος και την λήψη εκεί της κατάλληλης για την κατάσταση της υγείας του θεραπείας.

Έτσι, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στις αρχές του 2004 παρουσίασε σχέδιο Πρότασης Οδηγίας σχετικά με τις υπηρεσίες στην εσωτερική αγορά, στις οποίες ενέταξε και τις υπηρεσίες υγείας. Στην Πρότασή της αυτή, και συγκεκριμένα στο άρθρο 23, επιχειρεί να αποτυπώσει το σύνολο της νομολογίας του ΔΕΚ, προκειμένου το άρθρο αυτό σε συνδυασμό με την εφαρμογή του Κανονισμού 1408/71 ή του 883/04 να προάγει την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών υγείας. Τούτο κατέστη πλέον δυνατόν, εφόσον το ΔΕΚ, με μία σειρά αποφάσεών του ξεκαθάρισε το τοπίο της (ελεύθερης) λήψης και του ύψους των παροχών ασθένειας σε είδος, διαχωρίζοντας τις παροχές ιατροφαρμακευτικής (πρωτοβάθμιας) περίθαλψης, ως ελεύθερα λαμβανόμενες με βάση την Συνθήκη, και ως υποκείμενες σε έγκριση, με βάση τον Κανονισμό 1408/71, τις παροχές νοσοκομειακής περίθαλψης.

Στην παράγραφο 1, του αρκετά βελτιωμένου εν τω μεταξύ άρθρου 23, η Επιτροπή ενσωματώνει την νομολογία του ΔΕΚ στις Υποθέσεις *Kohll*, *Decker* και *Müller-Fauré – van Riet* για την μη νοσοκομειακή περίθαλψη, (βλέπε αποφάσεις του C-158/96 και C-120/95, της 28.04.1998, και C-385/99, της 13.05.2003). Πολύ συνοπτικά, σύμφωνα με την παράγραφο αυτή, ένα κράτος μέλος δεν μπορεί να εξαρτά από την χορήγηση έγκρισης την μη νοσοκομειακή περίθαλψη σε άλλο κράτος μέλος.

**Πράγματι, στην νομολογία *Kohll* και *Decker* το ΔΕΚ έκρινε, ότι κανένα από τα εμπλεκόμενα στις δίκες κράτη μέλη δεν απέδειξε, ότι μία ρύθμιση περιορισμού (με προηγούμενη έγκριση) της ελεύθερης παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης είναι αναγκαία για την διασφάλιση ισόρροπης και προσιτής σε όλους τους ασφαλισμένους του παροχής ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών (πρωτοβάθμιας περίθαλψης) και την διατήρηση εντός της επικράτειάς του της ικανότητας περίθαλψης ή βασικού επιπέδου περίθαλψης,**

οπότε η ρύθμιση αυτή δεν δικαιολογείται από λόγους δημόσιας υγείας ή γενικού συμφέροντος (για την επιβίωση του πληθυσμού του), εξάλλου δε, η απόδοση δαπανών για τέτοιες παροχές, σύμφωνα με το εθνικό τιμολόγιο του (αρμόδιου) κράτους ασφάλισης, δεν έχει σημαντική επίπτωση στην χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

Τα κράτη μέλη με σύστημα παροχών σε είδος (και όχι απόδοσης δαπανών), ακριβώς επειδή δεν διέθεταν μηχανισμό για την απόδοση της δαπάνης σε περίπτωση ελεύθερης παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης (περίθαλψης κατόπιν ελεύθερης επιλογής του ασθενούς και όχι με τις ρυθμίσεις του εθνικού συστήματος ασφάλισης – υγείας), αντιστάθηκαν στην κρίση αυτή του ΔΕΚ και προσπάθησαν πολύ πιο έντονα και συστηματικά να την αποκρούσουν στην Υπόθεση *Müller-Fauré – van Riet*.

Ωστόσο, για τους ίδιους προαναφερθέντες λόγους, το ΔΕΚ έκρινε και πάλι, ότι τα άρθρα 59 και 60 της Συνθήκης (νυν κατόπιν τροποποίησης 49 και 50 ΕΚ) απαγορεύουν την νομοθετική ρύθμιση, βάσει της οποίας η ανάληψη των δαπανών μη νοσοκομειακής περίθαλψης, η οποία παρέχεται σε άλλο κράτος μέλος από πρόσωπο ή ίδρυμα, με το οποίο δεν είναι συμβεβλημένος ο φορέας ασθένειας του ασφαλισμένου, εξαρτάται από την χορήγηση προηγούμενης έγκρισης του φορέα αυτού, ενώ η νομοθετική αυτή ρύθμιση θεσπίζει σύστημα παροχών σε είδος, στο πλαίσιο του οποίου οι ασφαλισμένοι δεν έχουν δικαίωμα στην επιστροφή των δαπανών, στις οποίες υποβλήθηκαν για ιατρική περίθαλψη, παρά μόνον έχουν δικαίωμα στην ίδια την περίθαλψη, η οποία παρέχεται δωρεάν.

Ως προς την μη ύπαρξη μηχανισμού απόδοσης των δαπανών στα συστήματα αυτά, το ΔΕΚ τόνισε, ότι τα κράτη μέλη, τα οποία έχουν θεσπίσει τέτοια συστήματα, οφείλουν να προβλέπουν μηχανισμούς απόδοσης των δαπανών περίθαλψης, η οποία παρασχέθηκε σε κράτος μέλος άλλο από το αρμόδιο, εφόσον, άλλωστε, αυτοί χρειάζονται για την εφαρμογή του άρθρου 34, του Κανονισμού 574/72 (εκ των υστέρων απόδοση με βάση το έντυπο E 126, όπως προαναφέρθηκε), ή του άρθρου 93, του ίδιου Κανονισμού (απόδοση από τον αρμόδιο φορέα των δαπανών των φορέων του τόπου διαμονής με βάση τα πραγματικά ποσά).

Αφού στην παράγραφο 1α δίδεται ο ορισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης (περίθαλψης, η οποία στο κράτος ασφάλισης του ασθενούς παρέχεται σε νοσοκομειακή εγκατάσταση, είτε επειδή απαιτεί παραμονή του ασθενούς είτε μπορεί να παρασχεθεί μόνον στο πλαίσιο νοσοκομειακής εγκατάστασης, διότι είναι σε μεγάλο βαθμό εξειδικευμένη ή ενέχει πρόδηλο κίνδυνο για τον ασθενή), η παράγραφος 2 ενσωματώνει την νομολογία του ΔΕΚ στην Υπόθεση *Smits – Peerbooms*, (βλέπε απόφασή του C-157/99, της 12.07.2001), και παραπέμπει για την έγκριση νοσοκομειακής περίθαλψης σε άλλο κράτος μέλος στο άρθρο 22, παράγραφος 1, στοιχείο γ), του Κανονισμού 1408/71 (και το άρθρο 20, του νέου Κανονισμού 883/04).

Πράγματι, το ΔΕΚ έκρινε, ότι χωρίς μία νομοθετική ρύθμιση προηγούμενης έγκρισης για την ανάληψη της δαπάνης νοσοκομειακής περίθαλψης, η οποία παρασχέθηκε σε άλλο κράτος μέλος, θα διακυβευόταν όλη η προσπάθεια του αρμόδιου κράτους (ασφάλισης) για προγραμματισμό του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, η οποία καταβάλλεται με σκοπό την συμβολή στην διασφάλιση της προσφοράς ορθολογικής, σταθερής, ισόρροπης και προσιτής νοσοκομειακής περίθαλψης (δικαιολόγηση της ρύθμισης αυτής για επιτακτικούς λόγους δημοσίου συμφέροντος).

Ως προς τα κριτήρια για την χορήγηση της έγκρισης, το ΔΕΚ επεσήμανε:



- ότι, για να δικαιολογείται η έγκριση, παρότι παρεκκλίνει από θεμελιώδη ελευθερία, πρέπει να στηρίζεται σε αντικειμενικά κριτήρια, μη εισάγοντα διακρίσεις και εκ των προτέρων γνωστά, ώστε να ελέγχεται η άσκηση της εξουσίας εκτίμησης των εθνικών διοικήσεων, προκειμένου να μην χρησιμοποιείται αυθαίρετα,
- ότι το σύστημα έγκρισης πρέπει να στηρίζεται σε διαδικασία ευχερώς προσιτή και ικανή να διασφαλίζει στους ενδιαφερόμενους, ότι η αίτησή τους πρόκειται να εξετασθεί εντός εύλογης προθεσμίας, με αντικειμενικότητα και αμεροληψία, ενώ η τυχόν άρνηση έγκρισής της πρέπει, επιπλέον, να μπορεί να αμφισβητείται μέσω ένδικης προσφυγής,
- ότι η προϋπόθεση για τον αναγκαίο χαρακτήρα της θεραπείας μπορεί να δικαιολογηθεί από πλευράς του άρθρου 59 (νυν 49) της Συνθήκης ΕΚ, εάν ερμηνευθεί υπό την έννοια, ότι η αίτηση για θεραπεία σε άλλο κράτος μέλος μπορεί να απορριφθεί, μόνον εφόσον υπάρχει η δυνατότητα να παρασχεθεί η ίδια ή εξίσου αποτελεσματική για τον ασθενή θεραπεία έγκαιρα από ίδρυμα, με το οποίο είναι συμβεβλημένος ο φορέας ασθένειας του ασφαλισμένου, και
- ότι, προκειμένου να εκτιμηθεί, εάν εξίσου αποτελεσματική για τον ασθενή θεραπεία μπορεί να του παρασχεθεί έγκαιρα σε συμβεβλημένο με τον φορέα ίδρυμα, οι εθνικές διοικήσεις οφείλουν να συνεκτιμούν το σύνολο των περιστάσεων, οι οποίες χαρακτηρίζουν κάθε μεμονωμένη περίπτωση, λαμβάνοντας δεόντως υπόψη όχι μόνον την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, κατά τον χρόνο που ζητείται η έγκριση, αλλά, ενδεχομένως, τόσο την ένταση του πόνου ή την φύση της αναπηρίας του, η οποία μπορεί, παραδείγματος χάριν, να καθιστά αδύνατη ή υπερβολικά δύσκολη την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας, όσο και το ιστορικό του.

Με την παράγραφο 3 η Επιτροπή επιχειρεί να υλοποιήσει την νομολογία του ΔΕΚ στην Υπόθεση *Vanbraekel*, (βλέπε απόφασή του C-368/98, της 12.07.2001). Έτσι, σύμφωνα με την παράγραφο αυτή τα κράτη μέλη μεριμνούν, ώστε η κάλυψη, από το δικό τους σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, της υγειονομικής περίθαλψης, η οποία έχει παρασχεθεί σε άλλο κράτος μέλος, να μην είναι κατώτερη από εκείνη, η οποία προβλέπεται από το δικό τους σύστημα κοινωνικής ασφάλισης για ανάλογη υγειονομική περίθαλψη, η οποία παρέχεται στο έδαφός τους.

Πράγματι, το ΔΕΚ έκρινε στη Υπόθεση αυτή, ότι, όταν παρέχεται σε ένα πρόσωπο από το κράτος ασφάλισής του χαμηλότερο επίπεδο κάλυψης της δαπάνης, όταν νοσηλεύεται σε άλλο κράτος μέλος, από το επίπεδο κάλυψης, όταν νοσηλεύεται για την ίδια θεραπεία στο κράτος ασφάλισης, τότε το γεγονός αυτό είναι ικανό να αποθαρρύνει, ακόμη και να εμποδίσει το πρόσωπο αυτό να απευθυνθεί σε παρόχους υπηρεσιών περίθαλψης, οι οποίοι είναι εγκατεστημένοι σε άλλα κράτη μέλη, και τούτο συνιστά εμπόδιο για την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών του άρθρου 59 (νυν 49) της Συνθήκης ΕΚ, το οποίο πρέπει να ερμηνεύεται υπό την έννοια, ότι σε μία τέτοια περίπτωση ο αρμόδιος φορέας πρέπει να αποδώσει στον ασφαλισμένο του ασθενή και το ποσό, το οποίο αντιστοιχεί στην διαφορά των επιπέδων κάλυψης της δαπάνης μεταξύ του κράτους διαμονής και του αρμόδιου κράτους.

Στην υλοποίηση της ως άνω νομολογίας του ΔΕΚ μέσω του άρθρου 23, δηλαδή μέσω της Οδηγίας σχετικά με τις υπηρεσίες στην εσωτερική αγορά, και όχι με την ενσωμάτωσή της στον Κανονισμό 1408/71, αντιτάχθηκαν σχεδόν όλα τα κράτη μέλη στα πλαίσια συζήτησης του θέματος στην Διοικητική Επιτροπή, με αποτέλεσμα να δεσμευθεί η Γραμματεία της Επιτροπής αυτής να φέρει σχετική Πρόταση για ένα πρώτο εγχείρημα σταδιακής ένταξης της νομολογίας στον συντονιστικό μηχανισμό.

## 2. Η υλοποίηση της νομολογίας από την Οδηγία ή τον Κανονισμό

Τα κυριότερα επιχειρήματα για την αντίθεση αυτή των κρατών μελών στο άρθρο 23, όπως παρατέθηκαν από την ελληνική αντιπροσωπεία στην Διοικητική Επιτροπή, είναι τα ακόλουθα:

- Ο Κανονισμός συνιστά ένα πλήρες σύστημα κανόνων (παραγώγου) δικαίου, στο οποίο εντάσσεται (δύναται και πρέπει να ενταχθεί) κάθε μορφή διακίνησης των ευρωπαϊών πολιτών, λαμβανομένου, κυρίως, υπόψη του σκοπού των θεμελιωδών ελευθεριών της Συνθήκης και τον λόγο ύπαρξής τους στο καθ' ύλην πεδίο εφαρμογής της. Κατ' αυτήν την έννοια, υπό το κοινοτικό πλαίσιο συντονισμού καλύπτονται όλα τα ασφαλισμένα πρόσωπα και ως διακινούμενοι ασθενείς και ως αποδέκτες ή δυνάμει αποδέκτες υπηρεσιών υγείας.
- Για λόγους πολιτικής σκοπιμότητας επιβάλλονται ορισμένες πρόσθετες ρυθμίσεις, έτσι ώστε ο συντονισμός να συμπληρωθεί σε σχέση με τους τομείς, οι οποίοι κατ' ουσίαν άπτονται της αποτελεσματικής άσκησης του συνόλου των θεμελιωδών ελευθεριών της Συνθήκης (ελεύθερη κυκλοφορία αγαθών – υπηρεσιών), οι οποίες, άλλωστε, λειτουργούν παράλληλα και συνοδευτικά προς την ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων.
- Για τους σκοπούς της διαφάνειας και της ασφάλειας δικαίου, θα πρέπει να καταβληθεί άμεσα μία προσπάθεια, προκειμένου να περιληφθούν στον Κανονισμό το σύνολο των διατάξεων, οι οποίες ουσιαστικά καλύπτουν την παράλληλη και ανεξάρτητη εφαρμογή γενικότερων αρχών της Συνθήκης ΕΚ για την εγκαθίδρυση της εσωτερικής αγοράς.
- Η ενσωμάτωση της νομολογίας του ΔΕΚ (του άρθρου 23 της Πρότασης Οδηγίας) στον συντονισμό εγγυάται ταυτόχρονα την ορθή, ενιαία και ισορροπημένη εφαρμογή αυτών καθ' αυτών των αμιγώς συντονιστικών κανόνων, οι οποίοι ισχύουν σήμερα ή πρόκειται να ισχύσουν μετά την έναρξη εφαρμογής του Κανονισμού 883/04.
- Θα πρέπει να συνεκτιμηθούν τα δεδομένα – πλεονεκτήματα του κοινοτικού συντονισμού έναντι της Οδηγίας, σύμφωνα με τα οποία:
  - στην ενιαία και απρόσκοπτη εφαρμογή του κοινοτικού κεκτημένου συμβάλλει ένας ολόκληρος μηχανισμός διαβουλεύσεων και συντονισμού της διοικητικής πρακτικής στα εκάστοτε αναφερόμενα ερμηνευτικά, διοικητικά και οικονομικά ζητήματα (Διοικητική Επιτροπή και Επιτροπή Λογαριασμών),
  - ο δε Κανονισμός διασφαλίζει με οριζόντιες και ειδικές διατάξεις μία διαρθρωμένη και συνεχή συνεργασία μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων παραγόντων (φορέων, παρόχων, ασφαλισμένων και αρχών), έναντι της αποσπασματικής εθνικής αντιμετώπισης, στα πλαίσια, δηλαδή, της εσωτερικής τελικά νομοθεσίας και διαδικασίας (λόγω της ένταξης σ' αυτήν της Οδηγίας).
- Επειδή, η υλοποίηση της Οδηγίας επιτυγχάνεται με προσαρμογή της εσωτερικής νομοθεσίας των κρατών μελών, η ρύθμιση μικρού μόνον μέρους της συνδυασμένης εφαρμογής των αρχών της Συνθήκης (ή, απλούστερα, της ευνοϊκότερης εθνικής μεταχείρισης, αρχή, η οποία ισχύει ήδη οριζόντια στον συντονισμό για τους άλλους κλάδους της κοινωνικής ασφάλισης) και αποσπασματικά, βάσει κάθε μιάς εθνικής νομοθεσίας, θα επιτείνει την σύγχυση, η οποία ήδη υφίσταται σχετικά με το τι συνιστά κοινοτικό και τι εθνικό δίκαιο. Ο κίνδυνος αυτός είναι μεγάλος και υπαρκτός.
- Για τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, η εφαρμογή του Κανονισμού είναι δυσνόητη και σύνθετη, ενώ συχνά συνεπάγεται αυξημένο διοικητικό κόστος. Όταν ο πάροχος καλείται να εφαρμόσει δύο διαφορετικά κοινοτικά εργαλεία και να τα αντιμετωπίσει ισότιμα, από την εμπειρία μας προκύπτει, ότι ευκολότερα αυτός θα επιλέξει να ακολουθήσει την εθνική νομοθεσία (την ενσωματωμένη σ' αυτήν Οδηγία) και τις διαδικασίες της εθνικής διοίκησης και δυσκολότερα τον Κανονισμό.

- Ενώ θα πρέπει να εφαρμόζεται πρώτα ο Κανονισμός και συμπληρωματικά η Οδηγία, τόσο οι πάροχοι όσο και οι αρμόδιοι φορείς (ασφάλισης) θα κρίνουν μάλλον σκοπιμότερο να χρησιμοποιήσουν ως εργαλείο απόδοσης δαπάνης της (με ελεύθερη επιλογή του ασθενούς) περίθαλψης την Οδηγία (υψηλή αμοιβή του παρόχου λόγω εφαρμογής του ιδιωτικού του τιμολογίου, όπως προαναφέρθηκε, για τον φορέα δε προτιμότερη η απόδοση δαπάνης βάσει του κρατικού του τιμολογίου και όχι του κατά πολύ υψηλότερου κρατικού τιμολογίου του κράτους διαμονής, δυνάμει του άρθρου 34, του Κανονισμού 574/72, η διαδικασία του οποίου, εξάλλου, είναι χρονοβόρα).

### 3. Τα προβλήματα ενσωμάτωσης της νομολογίας

Η υλοποίηση της ως άνω νομολογίας του ΔΕΚ, ανεξαρτήτως εάν αυτή ενσωματωθεί στον Κανονισμό 1408/71 ή παραμείνει ως άρθρο 23 της Οδηγίας, θα εγείρει σημαντικά νομικά ζητήματα στην χώρα μας και, ενδεχομένως, θα επιφέρει σοβαρά οικονομικά προβλήματα στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης.

#### 3.1. Ως προς την νομολογία *Kohll και Decker και Müller-Fauré και van Riet*

Πράγματι, σύμφωνα με την νομολογία *Kohll και Decker και Müller-Fauré – van Riet*, ο έλληνας ασφαλισμένος μπορεί να λάβει πρωτοβάθμια περίθαλψη σε άλλο κράτος μέλος, κατ' επιλογήν του (ακόμη και προγραμματισμένη – ιατρικό ταξίδι) και όχι με βάση το άρθρο 22, παράγραφος 1, στοιχείο α), του Κανονισμού 1408/71, και να του αποδοθεί η δαπάνη στο ύψος του ελληνικού κρατικού τιμολογίου. Βέβαια, μία τέτοια περίπτωση θα πρέπει να θεωρηθεί σπάνια, αν λάβουμε υπόψη το πολύ χαμηλό ύψος του τιμολογίου της χώρας. Το πρόβλημα δεν είναι εκεί, εφόσον και μεγάλος να ήταν ο αριθμός τέτοιων αποδόσεων, δεν φαίνεται ικανός να θίγει την οικονομική ισορροπία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

Εντούτοις, ένα διττό ζήτημα ανακύπτει, με μία νομική και μία οικονομική πλευρά, οι συνέπειες των οποίων θα προβληματίσουν και θα πρέπει να τύχουν σοβαρής εξέτασης και συστηματικής αντιμετώπισης.

#### *Το νομικό ζήτημα*

Παράδειγμα: Ένας ασφαλισμένος του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ έχει αποσπασθεί για μία 5ετία και εργάζεται σε άλλο κράτος μέλος. Στον ασφαλισμένο αυτόν έχει χορηγηθεί η Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας για την κάλυψη κάθε ιατρικά αναγκαίας περίθαλψης κατά την μεγάλη διάρκεια της διαμονής του στο άλλο κράτος μέλος. Ο ασφαλισμένος αυτός επιστρέφει στην Ελλάδα για θερινές διακοπές, ασθενεί και επιλέγει να μην επισκεφθεί γιατρό (εντός) του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ αλλά να απευθυνθεί σε γνωστό του γιατρό. Πληρώνει τον τελευταίο με βάση το ιδιωτικό του τιμολόγιο και ο φορέας του, σύμφωνα με την προαναφερθείσα νομολογία του αποδίδει την δαπάνη βάσει του κρατικού τιμολογίου.

Αντίθετα, στον ασφαλισμένο του, ο οποίος δεν εγκατέλειψε ποτέ την χώρα και, έτσι, κατά την άποψη πολλών, δεν καταλαμβάνεται από το κοινοτικό δίκαιο (πρωτογενές – Συνθήκη ή παράγωγο – Κανονισμό), το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ απαγορεύει μία τέτοια επιλογή, επιτρέποντας την περίθαλψη από ιδιώτη γιατρό, μόνον όταν αυτή είναι επείγουσα.

Η απαγόρευση αυτή θα πρέπει να συνιστά αντικοινοτική ρύθμιση – συμπεριφορά, ως εισάγουσα έμμεση διακριτική μεταχείριση του μη διακινουμένου έναντι του διακινηθέντος

ασφαλισμένου. Πρόκειται για παραβίαση της αρχής περί ισότητας μεταχείρισης υπό την μορφή της λεγόμενης αντίστροφης διακριτικής μεταχείρισης. Δεν αρμόζει να χωρεί αμφισβήτηση, ότι μπορεί να εφαρμοσθεί το κοινοτικό δίκαιο στον μη διακινούμενο, εφόσον αυτός, όπως προαναφέρθηκε, θεωρείται, στα πλαίσια των θεμελιωδών ελευθεριών της Συνθήκης, δυνάμει διακινούμενος, δηλαδή δυνάμει αποδέκτης, οπουδήποτε στην Κοινότητα, υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

### *Το οικονομικό ζήτημα*

Πέραν της νομικής πλευράς, οι οικονομικές επιπτώσεις των περιπτώσεων, όπως η ανωτέρω εκτεθείσα, θα πρέπει να αποτελέσουν αντικείμενο έντονου προβληματισμού, εάν ληφθούν υπόψη τα ακόλουθα:

- Το ελληνικό κρατικό τιμολόγιο είναι μεν πολύ χαμηλό αλλά τούτο οφείλεται στο γεγονός, ότι τα ποσά όλων των ιατρικών πράξεων δεν έχουν αναπροσαρμοσθεί με βάση τον δείκτη τιμών καταναλωτή. Υπάρχει, ωστόσο, η εξαγγελία της κυβέρνησης, ότι εξετάζεται η αύξηση των ποσών αυτών.
- Το 2007 εντάσσονται στην Ευρωπαϊκή Ένωση η Βουλγαρία και η Ρουμανία, οπότε θα πρέπει να θεωρείται βέβαιο, ότι πολλοί γιατροί, κυρίως έλληνες, οι οποίοι αποφοίτησαν ή θα αποφοιτήσουν από τα πανεπιστήμια των χωρών αυτών, θα αναγνωρίσουν με κοινοτικές ρυθμίσεις, πλέον, εύκολα τα πτυχία τους και θα έλθουν στην Ελλάδα, για να εργασθούν. Η πληθώρα σε γιατρούς θα πρέπει φυσιολογικά να ρίξει τις τιμές των ιατρικών πράξεων. Εάν υποθεθεί, ότι, παραδείγματος χάριν, το κρατικό τιμολόγιο της ιατρικής επίσκεψης από 6 Ευρώ ανέλθει στα 10 Ευρώ περίπου (ή και 15) και το ιδιωτικό τιμολόγιο της επίσκεψης γιατρού μειωθεί, λόγω του μεγάλου ανταγωνισμού από τα 50 Ευρώ περίπου στα 20 Ευρώ, τότε θα πρέπει να αναμένεται, ότι ελάχιστοι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ θα προσέρχονται στα ιατρεία του για περίθαλψη, εφόσον το ποσό της αποδιδόμενης σ' αυτούς δαπάνης για κατ' επιλογή περίθαλψη δεν θα διαφέρει αισθητά από το πραγματικά καταβληθέν ποσό.

Κατόπιν τούτων, τίθεται το ερώτημα, κατά πόσον διασφαλίζεται για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ η ισόρροπη και προσιτή σε όλους τους ασφαλισμένους του παροχή ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών (πρωτοβάθμιας περίθαλψης) και μπορεί αυτό να διατηρήσει εντός της ελληνικής επικράτειας την ικανότητα περίθαλψης ή ενός βασικού επιπέδου περίθαλψης.

### **3.2. Ως προς την νομολογία *Vanbraekel***

Η νομολογία *Vanbraekel* επιβάλλει την απόδοση της διαφοράς της δαπάνης, η οποία θα δημιουργείτο, εάν ο αρμόδιος φορέας (ασφάλισης) απέδιδε στον ενδιαφερόμενο, για νοσοκομειακή του περίθαλψη (κατόπιν έγκρισης) σε άλλο κράτος μέλος την δαπάνη στο επίπεδο της πραγματικής, βάσει του εκεί κρατικού τιμολογίου, ενώ δεν θα απέδιδε το επιπλέον ποσό της σε περίπτωση, κατά την οποία η δική του νομοθεσία προέβλεπε απόδοση σε υψηλότερο επίπεδο.

Ένα πρώτο, καθαρά κοινοτικό πρόβλημα, το οποίο ανακύπτει, συνίσταται στην επέκταση της (νοσοκομειακής) περίθαλψης στην Υπόθεση *Vanbraekel* και στην πρωτοβάθμια (μη νοσοκομειακή) περίθαλψη, την οποία επιχειρεί η Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέσω του άρθρου 23 της Πρότασης Οδηγίας. Έτσι, τίθεται το ερώτημα, ποιες περιπτώσεις καταλαμβάνει αυτή η επέκταση υπό την έννοια, ότι θα πρέπει να διευκρινισθεί, κατά πόσον στο εν λόγω άρθρο συμπεριλαμβάνονται και όλες οι περιπτώσεις χορήγησης παροχών ασθένειας σε

είδος του άρθρου 22, παράγραφος 1, στοιχείο α), του Κανονισμού 1408/71 (παροχές βάσει της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας).

Ο σημαντικός, ωστόσο, προβληματισμός, κυρίως για την χώρα μας, έγκειται στην ερμηνεία του όρου “επίπεδο δαπάνης” της εν λόγω νομολογίας. Δεν έχει, δηλαδή, αποσαφηνισθεί ακόμη σε κοινοτικό επίπεδο, εάν το ΔΕΚ αναφερόταν σε διαφορετικό ποσό δαπάνης ή σε διαφορετικό ποσοστό κάλυψης της δαπάνης. Η ερμηνεία αυτή είναι ουσιώδης για τους ελληνικούς φορείς κοινωνικής ασφάλισης, καθόσον, ενώ δεν γεννάται θέμα ποσού (είναι σχεδόν πάντοτε χαμηλότερο), η εθνική μας νομοθεσία προβλέπει ποσοστό κάλυψης της δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη σε άλλο κράτος μέλος, σαφώς μετά από έγκριση. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 100% της κάλυψης, εφόσον η νομοθεσία μας αναφέρεται στην “πλήρη κάλυψη” της δαπάνης σε τέτοιες περιπτώσεις.

Το πρόβλημα ανακύπτει στις περιπτώσεις, κατά τις οποίες η νοσοκομειακή περίθαλψη πραγματοποιείται σε κράτη μέλη, των οποίων η νομοθεσία προβλέπει ποσοστό συμμετοχής του ασθενή στην δαπάνη (π.χ. Βέλγιο, 20 – 25% ανάλογα με την περίθαλψη). Μερικοί ελληνικοί φορείς ερμηνεύουν τον όρο “επίπεδο κάλυψης” της νομολογία *Vanbraekel* ως το ποσοστό 100% – πλήρη κάλυψη της δαπάνης και αποδίδουν στον ασθενή το ποσοστό συμμετοχής του στην δαπάνη της περίθαλψης. Οι περισσότεροι, όμως, φορείς εννοούν το επίπεδο αυτό να αντίστοιχο ποσό, το οποίο καταβάλλεται για την ίδια περίθαλψη στην Ελλάδα, και, επειδή τούτο είναι σαφώς χαμηλότερο, δεν αποδίδουν την συμμετοχή στον ενδιαφερόμενο.

### **III. ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ 883/04**

#### **1. Οι διατηρούμενες βασικές αρχές του Κανονισμού 1408/71**

Στον νέο Κανονισμό 883/04 διατηρήθηκαν οι ακόλουθες βασικές αρχές του Κανονισμού 1408/71, στον οποίο, βέβαια, συμπεριλαμβάνονται και οι αρχές του Κανονισμού 631/04:

- Ο αρμόδιος φορέας καλύπτει και χορηγεί πάντοτε τις παροχές ασθένειας σε χρήμα (επιδόματα ασθένειας), σύμφωνα με την νομοθεσία, την οποία εφαρμόζει.
- Ο αρμόδιος φορέας καλύπτει (εις βάρος του – χρεώνεται) τις παροχές ασθένειας σε είδος της διαμονής σε κράτος μέλος άλλο από το αρμόδιο, δηλαδή σε κάθε περίπτωση, κατά την οποία καθίστανται αυτές ιατρικά αναγκαίες, αφού ληφθούν υπόψη η φύση – έκταση των παροχών και η αναμενόμενη διάρκεια της διαμονής (για κάθε κατηγορία προσώπων, δηλαδή εργαζόμενους, ανέργους, φοιτητές, συνταξιούχους και μέλη της οικογένειας όλων αυτών).
- Ο αρμόδιος φορέας καθορίζει, σύμφωνα με την νομοθεσία του, την διάρκεια του δικαιώματος σε παροχές και την διάρκεια χορήγησης αυτών.
- Ο αρμόδιος φορέας καλύπτει (εις βάρος του – χρεώνεται) τις παροχές ασθένειας σε είδος και σε περίπτωση κατοικίας σε κράτος μέλος άλλο από το αρμόδιο, για τον εργαζόμενο (και ασφαλισμένο) στο αρμόδιο κράτος και τα μέλη της οικογένειάς του, οσάκις αυτά κατοικούν μαζί του.
- Ο φορέας του τόπου διαμονής σε όλες τις ανωτέρω περιπτώσεις ή του τόπου κατοικίας στην τελευταία ως άνω περίπτωση χορηγεί (ως βοηθητικός φορέας), σύμφωνα με την νομοθεσία, την οποία εφαρμόζει, για λογαριασμό του αρμόδιου φορέα τις εν λόγω παροχές ασθένειας, ως εάν το διακινούμενο πρόσωπο ήταν ασφαλισμένο στην νομοθεσία αυτή.

- Οι δαπάνες για παροχές ασθένειας σε είδος, σε κάθε περίπτωση διαμονής ή την μοναδική ως άνω περίπτωση κατοικίας σε κράτος μέλος άλλο από το αρμόδιο, αποδίδονται στον φορέα του τόπου διαμονής ή κατοικίας από τον αρμόδιο φορέα βάσει πραγματικών ποσών και σύμφωνα με τα δικαιολογητικά – λογιστικά στοιχεία του πρώτου.

## **2. Οι σημαντικές αλλαγές στο Κεφάλαιο της Ασθένειας και οι λόγοι εισαγωγής τους**

Η σημαντικότερη αλλαγή, η οποία επήλθε στο Κεφάλαιο της Ασθένειας, ήταν η απόδοση δαπανών για παροχές ασθένειας σε είδος σε περίπτωση κατοικίας σε κράτος μέλος άλλο από το αρμόδιο των εξής κατηγοριών προσώπων:

- μέλη της οικογένειας εργαζόμενου, όταν αυτά κατοικούν σε κράτος μέλος άλλο από εκείνο, στο οποίο κατοικεί αυτός, και
- συνταξιούχοι και τα μέλη της οικογένειάς τους, ανεξαρτήτως εάν αυτά κατοικούν μαζί με τους άμεσα ασφαλισμένους συνταξιούχους ή όχι.

Στον Κανονισμό 1408/71 έχει δημιουργηθεί για τις κατηγορίες αυτές προσώπων, χάριν της αποφυγής του υπέρμετρου διοικητικού κόστους (το οποίο θα δημιουργείτο άλλως από τις πολύ συχνές χρεώσεις – αποδόσεις δαπανών, με βάση τα πραγματικά ποσά, λόγω της χορήγησης πολυάριθμων παροχών ασθένειας σε είδος εξαιτίας της ηλικίας τους), ένα πλάσμα δικαίου, βάσει του οποίου οι απόδοση των δαπανών πραγματοποιείται με βάση το μέσο κόστος δαπανών (των αντιστοίχων κατηγοριών προσώπων, τα οποία ασφαλίζονται στο κράτος κατοικίας).

Πράγματι, το κράτος κατοικίας θεωρείται ως οιονεί αρμόδιο κράτος για τα πρόσωπα αυτά, το οποίο λειτουργεί ως προς τις παροχές ασθένειας σε είδος σε περίπτωση διαμονής σε άλλο κράτος μέλος, ακόμη και διαμονής στο αρμόδιο κράτος, ως αρμόδιο κράτος, ακολουθώντας τις αρχές – υποχρεώσεις του, όπως αυτές αναπτύχθηκαν ανωτέρω.

Με απλά λόγια τούτο σημαίνει:

- ότι, όταν τα πρόσωπα αυτά κατοικούν σε κράτος μέλος άλλο από το αρμόδιο, το τελευταίο τα “ξεχνάει” τελείως, ακυρώνοντας ακόμη και αυτό το βιβλιάριο ασθένειας – υγείας, το οποίο διαθέτουν, δηλαδή, το αρμόδιο κράτος καταβάλλει ανελλιπώς στο κράτος κατοικίας το ετήσιο μέσο κόστος του τελευταίου,
- ότι το αρμόδιο κράτος αφήνει στο κράτος κατοικίας να χρεώνεται τις παροχές ασθένειας σε είδος σε περίπτωση διαμονής σε άλλο κράτος μέλος (από το οιονεί αρμόδιο κράτος – από το κράτος κατοικίας αυτό) και
- ότι σε περίπτωση διαμονής σε κράτος μέλος άλλο από το κράτος κατοικίας, το τελευταίο, ως οιονεί αρμόδιο κράτος αποδίδει στο πρώτο τις δαπάνες περίθαλψης με βάση τα πραγματικά ποσά.

Η διαφοροποιημένη αυτή απόδοση των δαπανών μεταξύ αρμοδίου κράτους και κράτους κατοικίας (βάσει του μέσου κόστους δαπανών του τελευταίου) και μεταξύ κράτους κατοικίας και κράτους διαμονής (ακόμη και του αρμοδίου) οδήγησε σε μεγάλη (και άδικη) ανισότητα στην κατανομή των οικονομικών βαρών στα κράτη και τους φορείς ασφάλισης ασθένειας. Έτσι, όταν πριν από την εξέταση των διατάξεων του νέου Κανονισμού συμφωνήθηκαν οι Παράμετροι, οι οποίες θα λαμβάνονταν υπόψη κατά τις συζητήσεις των επιμέρους Τίτλων και Κεφαλαίων του νέου Κανονισμού, στην Παράμετρο 8 ορίστηκε, ότι οι διατάξεις του Κεφαλαίου της Ασθένειας έπρεπε να διαμορφωθούν κατά τέτοιο τρόπο,

ώστε να επιτευχθεί κατά το δυνατόν ισότιμη κατανομή των βαρών αυτών μεταξύ των φορέων.

Πράγματι, η ισχύουσα ακόμη με τον Κανονισμό 1408/71 άνιση κατανομή των βαρών από την διαφοροποιημένη ως άνω απόδοση των δαπανών περίθαλψης, θίγει κατ' εξοχήν κράτη μέλη με χαμηλό μέσο κόστος – χαμηλό επίπεδο δαπανών περίθαλψης, ιδίως δε την χώρα μας, όπως χαρακτηριστικά αποδεικνύει το ακόλουθο παράδειγμα.

Παράδειγμα: Ένας συνταξιούχος της Γερμανίας κατοικεί στην Ελλάδα. Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ χρεώνει στην Γερμανία ως ετήσιο μέσο κόστος περίθαλψής του 1000 Ευρώ (περίπου 340.000 δρχ.). Το πρόσωπο αυτό επιστρέφει 1 – 3 μήνες κατ' έτος στην χώρα του (π.χ. για διακοπές). Λαμβάνει εκεί (συνήθως ή και επιλεγμένα, καθότι η πατρίδα του, στην οποία έχει εμπιστοσύνη) παροχές νοσοκομειακής περίθαλψης, τις οποίες χρεώνεται το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (ως οιονεί αρμόδιο κράτος) με βάση την πραγματική τους δαπάνη, η οποία π.χ. ανέρχεται σε 10.000 Ευρώ (περίπου 3.400.000 δρχ.), ενώ σε βαριές περιπτώσεις μπορεί να φθάσει και τις 100.000 Ευρώ (περίπου 34.000.000 δρχ.).

Την δαπάνη αυτή δεν μπορεί το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ να συμπεριλάβει στον υπολογισμό του μέσου κόστους του συνταξιούχου του, (βλέπε Απόφαση 175 της Διοικητικής Επιτροπής). Αντίστροφα τα ποσά θα ανέρχονταν για το μεν καταβαλλόμενο από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ γερμανικό ετήσιο μέσο κόστος στο ποσό των 5.000 Ευρώ, για την αποδιδόμενη από την Γερμανία δαπάνη νοσοκομειακής περίθαλψης στο ποσό μόλις των 7.000 Ευρώ. Εάν δε λάβουμε υπόψη, ότι η Ελλάδα θα καταστεί συν τω χρόνω κράτος κατοικίας μεγάλου αριθμού συνταξιούχων κρατών της Βόρειας Ευρώπης, γίνεται εύκολα αντιληπτή η έκταση της άνισης κατανομής των βαρών και το μέγεθος του οικονομικού προβλήματος του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

Οι λόγοι αυτοί οδήγησαν στις ακόλουθες σημαντικές αλλαγές των αρχών – διατάξεων του Κεφαλαίου της Ασθένειας στον Κανονισμό 883/04:

- Το πλάσμα δικαίου καταργήθηκε. Δηλαδή το κράτος κατοικίας δεν είναι πλέον οιονεί αρμόδιο κράτος. Αντίθετα, αρμόδιο παραμένει πάντοτε το κράτος ασφάλισης του προσώπου, το οποίο κατοικεί σε κράτος άλλο από αυτό.
- Βασική αρχή, με στόχο την πλήρη απόδοση των δαπανών αναδείχθηκε (και εξ αυτού του λόγου πλέον) η αρχή της απόδοσης με βάση τις πραγματικές δαπάνες (ποσά), ενώ διατηρήθηκε η αρχή της απόδοσης βάσει κατ' αποκοπή ποσών (του μέσου κόστους), για τις ίδιες ανωτέρω κατηγορίες προσώπων, για τα κράτη μέλη, των οποίων οι νομοθετικές και διοικητικές δομές δεν επιτρέπουν την απόδοση βάσει των πραγματικών δαπανών. Έτσι, ενώ πλέον δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα απόδοσης δαπανών μεταξύ κρατών μελών, τα οποία έχουν επιλέξει την απόδοση βάσει τις πραγματικές δαπάνες, όταν, στο προαναφερθέν παράδειγμα, ένας γερμανός, κάτοικος Ελλάδας επιστρέφει για διαμονή στην χώρα του, η τελευταία αναλαμβάνει πλέον το κόστος της περίθαλψής του και όχι το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.
- Με σκοπό την πλήρη ισοτιμία στην κατανομή των οικονομικών βαρών, τα κράτη μέλη, τα οποία θα επιλέξουν την απόδοση βάσει του μέσου κόστους επιβαρύνονται, επιπλέον, με την χρέωση εις βάρος τους της νοσοκομειακής περίθαλψης σε άλλο κράτος μέλος κατόπιν έγκρισης (χρέωσης με βάση το έντυπο E 112).
- Ενόψει των διπλών πληρωμών, οι οποίες θα υπάρξουν εξαιτίας των εισαχθεισών στον νέο Κανονισμό ανωτέρω ρυθμίσεων, θα πρέπει στον Κανονισμό εφαρμογής του να συμπεριληφθούν οι κατάλληλες εκείνες διατάξεις για την εξάλειψή τους.

### 3. Τα παραμένοντα παρά τις αλλαγές προβλήματα

Κατ' αρχάς, είναι σημαντική η αναφορά στις διπλές αυτές πληρωμές και στον τρόπο, με τον οποίο αυτές θα διαμορφώσουν το ύψος του μέσου κόστους στον νέο Κανονισμό εφαρμογής. Έτσι, τα αναφερόμενα κατωτέρω προβλήματα θα καταστούν ευκολότερα αντιληπτά.

Το σημερινό ύψος του καταβαλλόμενου μέσου κόστους, ανεξαρτήτως ποίου κράτους μέλους είναι αυτό, ανέρχεται στο 80% του πραγματικού. Πρόκειται για ρύθμιση, η οποία ανάγεται στα πρώτα έτη εφαρμογής του Κανονισμού 1408/71 και οφείλεται στην έντονη διαφοροποίηση των δαπανών περίθαλψης μεταξύ περιφέρειας και κέντρου σε πολλά κράτη μέλη.

Κατά την συζήτηση του Κεφαλαίου της Ασθένειας και επειδή το ποσοστό αυτό δεν ανταποκρίνεται πλέον στην αρχή του άρθρου 36, του εν λόγω Κανονισμού, για απόδοση δαπανών κατά το δυνατόν πλησιέστερα στις πραγματικές δαπάνες, προτάθηκε η αύξηση του στο 100%. Εντούτοις, το γεγονός της καταβολής διπλών πληρωμών (κατά την απόδοση δαπανών), ιδίως από τα κράτη μέλη, τα οποία θα επιλέξουν ως τρόπο απόδοσης δαπανών την απόδοση βάσει των πραγματικών δαπανών, οδήγησε στην μείωσή του στο 85%.

Καταβολή διπλών πληρωμών (από το κράτος μέλος απόδοσης με βάση τις πραγματικές δαπάνες) υφίσταται, όταν απέναντί του στην απόδοση βρίσκεται ένα κράτος μέλος με τρόπο χρέωσης των δαπανών το μέσο κόστος.

Παράδειγμα: Το κράτος Α αποδίδει δαπάνες στο κράτος Β, για ασφαλισμένο του αλλά κάτοικο του τελευταίου, με βάση το μέσο κόστος επί 12 μήνες. Εάν το πρόσωπο αυτό μετακινηθεί για διαμονή π.χ. 1 – 3 μηνών στο κράτος Γ (το οποίο μπορεί να είναι και το ίδιο το Α), το κράτος Α αποδίδει (ή χρεώνεται το ίδιο) στο κράτος αυτό για τυχόν περίθαλψη κατά τους 1 – 3 μήνες τις πραγματικές δαπάνες. Έτσι, για το ίδιο πρόσωπο το κράτος Α έχει αποδώσει 12 μήνες στο Β και 1 – 3 στο Γ. Η απόδοση δαπανών για 1 – 3 μήνες συνιστά σαφώς διπλή πληρωμή. Αντίθετα, συμψηφίζεται μία τέτοια διπλή πληρωμή, όταν αποδίδει κράτος με μέσο κόστος προς κράτος με πραγματικά ποσά ή μεταξύ τους δύο κράτη με μέσο κόστος.

Το μέσο κόστος μειώθηκε και πέραν του 85% στο 80%, εφόσον έγινε δεκτό, ότι τα κράτη μέλη, τα οποία, ως αρμόδια κράτη, θα χορηγούν στα μέλη της οικογένειας μεθοριακού εργαζόμενου ή στους συνταξιούχους τους, κατοίκους άλλων κρατών μελών, πλήρεις παροχές ασθένειας σε είδος κατά την διαμονή τους σ' αυτά (και αντίστοιχα με μη εγγραφή στο Παράρτημα ΙΙΙ ή με εγγραφή στο Παράρτημα ΙV, του Κανονισμού 883/04, για ιατρικά αναγκαίες παροχές μόνο), υφίστανται έναντι των τελευταίων περαιτέρω διπλή επιβάρυνση.

Η Ελλάδα, ωστόσο, επιμένει, ότι το πρόβλημα των διπλών πληρωμών παραμένει παρά την μείωση του μέσου κόστους ακόμη και στο 80%. Τούτο οφείλεται, στο ότι τα περισσότερα κράτη μέλη από αυτά, τα οποία θα επιλέξουν ως τρόπο απόδοσης δαπανών το μέσο κόστος, σίγουρα δε είναι τα κράτη μέλη με Εθνικό Σύστημα Υγείας και ασφάλιση βασισμένη στην κατοικία (π.χ. Ηνωμένο Βασίλειο), διότι το σύστημά τους αυτό εκ των πραγμάτων δεν τα βοηθάει να υπολογίσουν εύκολα τις πραγματικές δαπάνες περίθαλψης, δεν είναι σε θέση να έχουν τον ακριβή αριθμό των συνταξιούχων και κατοίκων τους, αριθμό διά του οποίου διαιρείται το σύνολο των ετησίων δαπανών περίθαλψής τους, για να υπολογισθεί το μέσο κόστος.



Πράγματι, ως αρμόδια κράτη, τα κράτη αυτά είναι υποχρεωμένα αφενός μεν να αποδίδουν δαπάνες πάντοτε για τους συνταξιούχους τους, είτε αυτοί κατοικούν είτε διαμένουν σε άλλα κράτη μέλη, αφετέρου δε να επιβαρύνονται τις δαπάνες αυτές, όταν επιστρέφουν πίσω σ' αυτά. Έτσι, όπως και τα άλλα κράτη, ούτως ή άλλως, είναι επίσης υποχρεωμένα να διατηρούν τους συνταξιούχους αυτούς εγγεγραμμένους στα μητρώα τους.

Επίσης, επειδή, όπως αναφέρθηκε, δεν μπορούν να υπολογίσουν τις πραγματικές δαπάνες περίθαλψης, είναι σχεδόν βέβαιο, ότι, όταν οι συνταξιούχοι επιστρέφουν σ' αυτά και πραγματοποιούν περίθαλψη, δεν είναι σε θέση τα κράτη αυτά να τις διαχωρίσουν από τις δαπάνες, τις οποίες πραγματοποιούν οι δικοί τους συνταξιούχοι – κάτοικοι, από τις δαπάνες των οποίων και μόνον πρέπει να υπολογίζεται το μέσο κόστος. Αποτέλεσμα της αδυναμίας τους αυτής είναι η αύξηση του μέσου κόστους τους με δαπάνες συνταξιούχων τους αλλά κατοίκων άλλων κρατών μελών.

Πέραν τούτου, δεν είναι γενικότερα σε θέση τα κράτη αυτά να διαχωρίσουν εύκολα τις δαπάνες αυτές, παρά το ότι τις χρεώνουν ως πραγματικές στα άλλα αρμόδια κράτη. Κατ' αυτόν τον τρόπο, είτε πρόκειται για αύξηση του μέσου κόστους είτε για διπλή χρέωση, τα κράτη μέλη με απόδοση τις πραγματικές δαπάνες υποβάλλονται σε διπλές πληρωμές. Βέβαιο, πρόβλημα δεν υφίσταται μεταξύ κρατών με μέσο κόστος, εφόσον και τα δύο κράτη αυτά ισοσκελίζουν κατά τον ίδιο τρόπο αμοιβαία τις διπλές πληρωμές, ενώ δεν γεννάται θέμα απέναντι των κρατών με απόδοση τις πραγματικές δαπάνες, ακριβώς εξαιτίας των τελευταίων.

Η επιλογή του τρόπου απόδοσης – χρέωσης των δαπανών περίθαλψης θα δημιουργήσει έναν σημαντικό προβληματισμό για την Ελλάδα. Ήδη οι εμπειρογνώμονες του χώρου είναι διχασμένοι μεταξύ της χρέωσης από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με πραγματικές δαπάνες και αυτής με μέσο κόστος. Και στους δύο αυτούς τρόπους υπάρχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

Οι υπέρμαχοι της χρέωσης με πραγματικές δαπάνες ισχυρίζονται:

- ότι ειδικά μετά την εισαγωγή της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας, για την ορθή λειτουργία της οποίας το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ υποχρεώθηκε, όπως όλοι οι κοινοτικοί φορείς του τύπου διαμονής, άλλωστε, να οργανωθούν κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο, ώστε να αποδεικνύουν για κάθε πάροχό τους την ιατρικά αναγκαία παροχή ασθένειας σε είδος, το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ είναι πλέον σε θέση να “συλλαμβάνει” και χρεώνει δαπάνες, τις οποίες έχανε μέχρι τώρα, ενώ δεν ήταν σε θέση πριν από την εφαρμογή της Κάρτας, λόγω της ιδιομορφίας του Εθνικού μας Συστήματος Υγείας, να χρεώσει τις δαπάνες των Περιφερειακών Κέντρων Υγείας, των αγροτικών γιατρών και του ΕΚΑΒ (Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας), οι οποίες με πρόχειρους υπολογισμούς ανέρχονται σε πολλά εκατομμύρια Ευρώ, και
- ότι, αν επιλεγεί το μέσο κόστος, θα επιβαρυνθεί το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με την απόδοση των πολύ υψηλών δαπανών για νοσοκομειακή περίθαλψη, σε προηγμένα στον τομέα αυτόν κράτη μέλη, κατόπιν έγκρισης. Είναι δε γνωστό, ότι ο αριθμός των εγκρίσεων, ο οποίος αναμένεται συνεχώς αυξανόμενος κατ' έτος, λόγω της επιλογής της Ελλάδας από συνταξιούχους των χωρών της Βόρειας Ευρώπης, ως κράτους κατοικίας, ανέρχεται ήδη περίπου στις 1.000 ετησίως.

Οι υπερασπιζόμενοι την απόδοση με μέσο κόστος ισχυρίζονται:

- ότι με την ισχύουσα σήμερα μέθοδο υπολογισμού του μέσου κόστους, το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ συνυπολογίζει σ' αυτό και την κρατική επιχορήγηση των νοσοκομείων της χώρας, η οποία πραγματοποιείται απευθείας προς αυτά. Με την απόδοση βάσει πραγματικών δαπανών, οι οποίες θα πρέπει να βασίζονται σε δικαιολογητικά – λογιστικά στοιχεία

αποκλειστικά του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, δεν μπορεί το τελευταίο να χρεώσει τις άμεσες προς τα νοσοκομεία κρατικές επιχορηγήσεις, εφόσον δεν θα διαθέτει τα απαραίτητα για την χρέωση δικαιολογητικά – λογιστικά στοιχεία, γεγονός, το οποίο συμβαίνει και τώρα με την χρέωση των δαπανών περίθαλψης σε περίπτωση διαμονής ασφαλισμένων άλλων κρατών μελών στην χώρα μας, και

- ότι, πέραν του υπέρμετρου διοικητικού βάρους και υψηλού διοικητικού κόστους λόγω της μεγάλης αύξησης του αριθμού των χρεώσεων, το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ δεν θα είναι σε θέση επί πολλά έτη, εξαιτίας της ελλιπούς μηχανοργάνωσής του, να ανταποκριθεί στις συνεχώς αυξανόμενες και διογκούμενες από την υποδοχή της Κάρτας ανάγκες χρέωσης των πραγματικών δαπανών.

Μία λύση του προβλήματος (και είναι εφικτή από διαβεβαιώσεις εμπειρογνομόνων άλλων κρατών μελών αλλά και της Επιτροπής), θα ήταν η επιδίωξη της ρύθμισης του θέματος, για συμπερίληψη στην χρέωση των πραγματικών δαπανών της κρατικής επιχορήγησης των νοσοκομείων, στον νέο Κανονισμό εφαρμογής, καθόσον δεν παύει η δαπάνη αυτή να συνιστά δαπάνη της Ελλάδας υπό την ιδιότητά της ως κράτους διαμονής.