

Θ. Σακελλαρόπουλος (επιμ.)

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ



ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΔΙΟΝΙΚΟΣ

Copyright © Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος (επιμ.), *Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, Αθήνα, 2011

Copyright © Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 2011

DTP - Σχεδιασμός εξωφύλλου | re:create

ISBN | 978-960-6619-62-5

Απαγορεύεται η αναδημοσίευση ή αναπαραγωγή του παρόντος έργου στο σύνολό του ή τμημάτων του με οποιονδήποτε τρόπο, καθώς και η μετάφραση ή εκμετάλλευσή του με οποιονδήποτε τρόπο αναπαραγωγής έργου λόγω με τον Ν. 100/1975. Επίσης απαγορεύεται η αναπαραγωγή της στοιχειοθεσίας, της σελιδοποίησης, του εξωφύλλου και γενικότερα της όλης αισθητικής του βιβλίου με φωτοτυπίες, ηλεκτρονικές ή οποιεσδήποτε άλλες μεθόδους, σύμφωνα με το Άρθρο 51 του Ν. 2121/1993.



Μαρία Τσακουρίδου και ΣΙΑ Ο.Ε.

Θεμιστοκλέους 42, Αθήνα, 106 78

Τηλ. και Fax: 210 38 01 777, e-mail: dionicos@otenet.gr

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΜΕΛΩΝ

Χαράλαμπος Οικονόμου

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΤΟΝ ΟΚΤΩΒΡΙΟ ΤΟΥ 2007, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εξέδωσε μια Λευκή Βίβλο στην οποία προσδιορίζεται η στρατηγική της Κοινότητας για την υγεία κατά την περίοδο 2008-13 (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2007). Στόχοι της στρατηγικής αυτής είναι η υγιής γήρανση, η προστασία της δημόσιας υγείας και η προώθηση δυναμικών συστημάτων υγείας και νέων τεχνολογιών. Η επιδίωξη των εν λόγω στόχων τοποθετείται στο πλαίσιο διαφύλαξης των βασικών κοινών αρχών που διέπουν τον υγειονομικό τομέα στα κράτη μέλη της Ένωσης. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται η καθολικότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, η προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών, η ποιότητα στην περίθαλψη, η αλληλεγγύη και η ισοτιμία στην υγεία, η ανάδειξη της υγείας ως κοινωνικού αγαθού το οποίο συμβάλλει και στην οικονομική παραγωγικότητα και ευημερία και η συμπερίληψη της υγείας σε όλες τις πολιτικές της Κοινότητας και της Ένωσης.

Το ερώτημα το οποίο προκύπτει είναι εάν και σε ποιο βαθμό η Ευρωπαϊκή Ένωση μπορεί να εφαρμόσει μια στρατηγική για την υγεία όπως η παραπάνω, η οποία να είναι δεσμευτική για τα κράτη μέλη. Με άλλα λόγια, η Κοινότητα επιδρά και με ποιο τρόπο στη διαμόρφωση των εθνικών πολιτικών υγείας; Η απάντηση στο ερώτημα θα μπορούσε να είναι απλή και άμεση: όχι. Τα κράτη μέλη διατηρούν την αποκλειστικότητα της οργάνωσης, παροχής και χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας και μέχρι σχετικά πρόσφατα η Ένωση δεν είχε καμία τυπική αρμοδιότητα θεσμοθέτησης στον τομέα της υγείας, η οποία να πηγάζει από το Κοινοτικό νομικό πλαίσιο. Αυτή περιοριζόταν στην ανάπτυξη προγραμμάτων δημόσιας υγείας και στην υιοθέτηση κινήτρων που υποδήλωναν προτίμηση, όχι όμως

και δεσμευτικότητα, προς ορισμένες πολιτικές. Οποιαδήποτε εναρμόνιση στο πλαίσιο της επικουρικότητας ήταν αδιανόητη. Η κατάσταση ωστόσο περιπλέκεται από το γεγονός ότι η δράση της Ένωσης σε τομείς όπως η εσωτερική αγορά και η πολιτική ανταγωνισμού, όπου έχει την αρμοδιότητα θεσμικής παρέμβασης και νομοθέτησης, επιφέρει έμμεσα σοβαρές επιπτώσεις στον τομέα της υγείας (Hervey and McHale, 2004, Mossialos and McKee, 2002, McKee et al., eds, 2002). Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι να διερευνήσει τις επιπτώσεις αυτές υπό το πρίσμα ενός σημαντικού περιορισμού. Η απουσία ενός συνεκτικού θεσμικού πλαισίου για την υγεία σε επίπεδο Ένωσης καθιστά δυσχερή οποιαδήποτε προσπάθεια εκτενούς ανάλυσης του συνόλου των δράσεων της και αναφοράς σε όλο το εύρος των κειμένων των οργάνων της που αφορούν τον εν λόγω τομέα. Συνεπώς, η ανάλυση του κεφαλαίου θα επικεντρωθεί σε ορισμένες βασικές διαστάσεις υποδηλωτικών των τάσεων που προδιαγράφονται.

2. Η ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Από την ίδρυσή της και μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '90, η Ευρωπαϊκή Ένωση δεν είχε καμία αρμοδιότητα σε θέματα υγείας, παρά μόνο στο βαθμό που αυτό ήταν αναγκαίο ως συνέπεια του σχεδίου οικονομικής ολοκλήρωσης (Mossialos and Permanand, 2000). Στο πλαίσιο αυτό, υιοθετήθηκαν διατάξεις στις αρχικές Συνθήκες οι οποίες αφορούσαν την προστασία της υγιεινής και της ασφάλειας στους χώρους εργασίας, την ασφαλιστική κάλυψη των μετακινούμενων εργαζομένων, την προστασία της δημόσιας υγείας του πληθυσμού από την έκθεση σε ιονίζουσες ακτινοβολίες, τον περιορισμό της ελεύθερης κυκλοφορίας των προσώπων και των εμπορευμάτων λόγω αναγκών δημόσιας υγείας και την ελεύθερη διακίνηση αγαθών και υπηρεσιών όπως τα φάρμακα, τα προϊόντα βιοϊατρικής τεχνολογίας, η ασφάλιση υγείας και η ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελματιών και των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.

Για πρώτη φορά αρμοδιότητα στην Ευρωπαϊκή Ένωση για ζητήματα υγείας εκχωρείται το 1993 όταν με την Συνθήκη του Μάαστριχτ εισάγεται το Άρθρο 129 για τη δημόσια υγεία. Σύμφωνα με αυτό, η Κοινότητα καλείται να συμβάλλει στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ανθρώπου μέσα από δράσεις που όμως επικεντρώνονται μόνο στην πρόληψη των ασθενειών και κυρίως των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας, συμπεριλαμβανομένης της τοξικομανίας. Ως μέσα για την

επιδίωξη αυτού του σκοπού αναφέρονται η έρευνα για τα αίτια και τους τρόπους μετάδοσης των ασθενειών και η ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σχετικά με τα ζητήματα υγείας. Επιπροσθέτως, η Κοινότητα καλείται να εξασφαλίσει την ενσωμάτωση των απαιτήσεων προστασίας της υγείας και στις άλλες πολιτικές της. Τέλος, τονίζεται ότι τα κράτη μέλη συντονίζουν μεταξύ τους σε συνεργασία με την Επιτροπή τις πολιτικές και τα προγράμματα που εφαρμόζουν, ενώ οποιαδήποτε προσπάθεια εναρμόνισης των νομοθετικών και κανονιστικών διατάξεων των κρατών μελών αποκλείεται.

Η προσέγγιση της Επιτροπής σε σχέση με το χαρακτήρα και την εφαρμογή του Άρθρου 129 προσδιορίστηκε από τη θέση ότι οι δράσεις της στον τομέα της υγείας θα πρέπει να διαπνέονται από επιλεκτικότητα, συμπληρωματικότητα και να έχουν προστιθέμενη αξία, κάτω από το πρίσμα των αρχών της επικουρικότητας, σύμφωνα με την οποία η Κοινότητα παρεμβαίνει μόνο όταν ο επιθυμητός στόχος μπορεί να επιτευχθεί καλύτερα σε επίπεδο Κοινότητας και της αναλογικότητας των δράσεων με τους επιδιωκόμενους στόχους (Hunter et al., 1994). Η οπτική αυτή όμως, παρέβλεψε και δεν έλαβε υπόψη της, όπως θα δούμε αναλυτικότερα παρακάτω, τις επιπτώσεις στον τομέα της υγείας από την εσωτερική αγορά και τις οικονομικές πολιτικές (Mossialos and McKee, 2002).

Η κριτική που ασκήθηκε στο Άρθρο 129 επικεντρώθηκε στη γενικότητα και την ασάφεια των διατάξεών του (Holland et al., 1999, Mossialos and McKee, 2002). Αοριστία εμφανιζόταν στην κατανομή των αρμοδιοτήτων μεταξύ των κρατών μελών και της Επιτροπής αναφορικά με την επίτευξη των στόχων που έθετε το Άρθρο. Η διατύπωση «υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας» έθετε διλήμματα προσέγγισης ως προς το τι σημαίνει υψηλό επίπεδο, σε ποιο σημείο τίθεται το όριο του υψηλού και πώς τελικά αυτό μετριέται. Επίσης, δεν προσδιορίζονταν οι ασθένειες που συνιστούν μεγάλη πληγή της ανθρωπότητας. Δεν ήταν ξεκάθαρο αν ο «συντονισμός των δραστηριοτήτων» των κρατών μελών αφορούσε την υιοθέτηση κοινών ή παρόμοιων στόχων, προγραμμάτων, πολιτικών ή απλά την ανταλλαγή πληροφοριών. Τέλος, ο χαρακτήρας των δράσεων ενθάρρυνσης που ανελάμβανε να θεσπίσει το Συμβούλιο δεν καθοριζόταν ως προς το αν ήταν πολιτικής, οικονομικής, ή άλλης υφής. Σε έκθεσή του το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο επεσήμαινε ότι το άρθρο 129 περιόριζε το σκοπό της δράσης της Κοινότητας σε ζητήματα γενικού ενδιαφέροντος, χωρίς να γίνεται καμία αναφορά στην εναρμόνιση της νομοθεσίας των κρατών μελών στον τομέα της δημόσιας υγείας. Επιπροσθέτως, τόνιζε ότι στην ουσία το άρθρο

αυτό δεν παρείχε ουσιαστική βάση για ανάληψη εκ μέρους της Κοινότητας νομοθετικής δραστηριότητας αλλά μόνο πρωτοβουλιών συντονισμού (European Parliament, 1993).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, υποστηρίχτηκε ότι η ασάφεια του Άρθρου 129 οφείλεται στο γεγονός ότι αυτό αποτέλεσε ένα συμβιβασμό μεταξύ εκείνων των κρατών μελών που επιθυμούσαν την επέκταση της αρμοδιότητας της Ένωσης σε ζητήματα υγείας και τη θεσμική κατοχύρωση των δραστηριοτήτων που λίγο ή πολύ μέχρι εκείνη τη στιγμή λάμβαναν άτυπα χώρα και εκείνων που ήταν αντίθετα σε μια παρόμοια προοπτική και έβλεπαν το άρθρο 129 ως έναν περιορισμό αυτών των δραστηριοτήτων (Hervey 1998 and 2002a). Ήταν εμφανές ότι δεν υπήρχε μια κοινή κατανόηση και προσέγγιση ως προς το τι θα μπορούσε να σημαίνει πολιτική υγείας σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, τι επίδραση θα έπρεπε να έχει στη διαδικασία της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης και τι ρόλο θα μπορούσε να παίξει στις μελλοντικές πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις της Κοινότητας (Stein, 1995).

Αν και αποκλειόταν η εναρμόνιση του θεσμικού πλαισίου άσκησης πολιτικής υγείας, με δεδομένη άλλωστε και την αρχή της επικουρικότητας, το θετικό της θέσπισης του Άρθρου 129 ήταν ότι αποτέλεσε το έναυσμα για την ανάπτυξη προγραμμάτων δημόσιας υγείας στην Κοινότητα, τα οποία συνέβαλλαν στην έναρξη μιας διαδικασίας σύγκλισης. Ένα ακόμα θετικό αντίκτυπο του Άρθρου ήταν η ανακοίνωση της Επιτροπής το 1993 για τη διαμόρφωση ενός πλαισίου δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας και η σύσταση της Υψηλού Επιπέδου Επιτροπής Υγείας (High Level Committee on Health), ως συμβουλευτικού οργάνου της Επιτροπής. Στα πλαίσια αυτά, η πολιτική της Ένωσης για τη δημόσια υγεία χαρακτηρίστηκε ως ένα μίγμα στοιχείων μεταξύ της παραδοσιακής προσέγγισης των επαγγελματιών βημάτων και της προσπάθειας διαμόρφωσης μιας συνολικής στρατηγικής (Lauridsen and Lund, 1996). Παρά τη μινιμαλιστική προσέγγιση του Άρθρου, για πρώτη φορά η Συνθήκη της Ένωσης αποκτούσε ένα κεφάλαιο για την υγεία πάνω στο οποίο μπορούσαν να θεμελιωθούν μελλοντικές ενέργειες και δράσεις (Jackson, 1995).

Η εμφάνιση και η έκταση που έλαβε η εξάπλωση της Σπογγώδους Εγκεφαλοπάθειας των Βοοειδών καθώς και του AIDS, είχε ως αποτέλεσμα τη συμπερίληψη του Άρθρου 129 στα υπό τροποποίηση άρθρα της Διακυβερνητικής Διάσκεψης του Άμστερνταμ. Το νέο Άρθρο 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ τροποποίησε ορισμένες διατάξεις του Άρθρου 129 ενώ προσέθεσε και κάποιες νέες. Ωστόσο δεν αποτέλεσε μια ριζική

αναθεώρηση η οποία θα αντιμετώπιζε τις ανεπάρκειες του προηγούμενου Άρθρου και θα έθετε τις βάσεις για τη χάραξη μιας ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας της Κοινότητας (Van Der Mei and Waddington, 1998). Αυτό οφείλεται στο ότι η αναθεώρηση του Άρθρου 129 δεν υπήρξε προϊόν μιας συνειδητής συναινετικής διαδικασίας αναγνώρισης της αναγκαιότητας ανάπτυξης συντονισμένης πολιτικής υγείας αλλά ήταν συνέπεια εξωτερικών επιδράσεων. Έτσι δικαιολογημένα χαρακτηρίστηκε ως η χαμένη ευκαιρία (Holland et al., 1999, Mossialos and Permanand, 2000, Mossialos and McKee, 2002).

Στα αρνητικά σημεία του νέου Άρθρου μπορεί να αναφέρει κανείς τη διατήρηση της ασάφειας των σημείων του Άρθρου 129 που εντοπίστηκαν παραπάνω καθώς και τον εκ νέου αποκλεισμό των υπηρεσιών υγείας από τη Συνθήκη οι οποίες, με βάση την αρχή της επικουρικότητας, παραμένουν αποκλειστική αρμοδιότητα των εθνικών πολιτικών. Έτσι, εμφανίζονται δύο βασικές αντιφάσεις που διέπουν το άρθρο 152. Η πρώτη αντίφαση έγκειται στη μη συμπερίληψη των υπηρεσιών υγείας στη Συνθήκη τη στιγμή που επιμέρους πολιτικές της Ένωσης έχουν αναπόφευκτα επίπτωση στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή, υπάρχει ένας συμφύης δυισμός όπου η αρχή της επικουρικότητας και η εθνική διάσταση των συστημάτων υγείας αντιβαίνει τους στόχους της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Αγοράς. Η ελεύθερη διακίνηση των ατόμων, των αγαθών, των υπηρεσιών και των κεφαλαίων, στον υγειονομικό τομέα μεταφράζεται σε ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών, των φαρμακευτικών προϊόντων, των ιατρικών συσκευών και των επενδύσεων. Συνεπώς η σχέση μεταξύ των υπηρεσιών υγείας ως ένας σημαντικός παράγοντας των εθνικών οικονομιών και της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Αγοράς εμφανίζεται ιδιαίτερα πολύπλοκη (Wismar et al., 2002). Η δεύτερη αντίφαση αναιρεί τους ίδιους τους δηλωμένους σκοπούς της Κοινότητας τόσο σε επίπεδο γενικών διακηρυκτικών στόχων όσο και σε επίπεδο ανάληψης συγκεκριμένων πρωτοβουλιών δράσης για την προστασία της δημόσιας υγείας. Η επιδίωξη παροχής αποδοτικών, αποτελεσματικών και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας από όλα τα κράτη μέλη, που εμφανίζεται σε κείμενα της Ένωσης τα οποία αναφέρονται στην εισαγωγή του παρόντος κεφαλαίου, προϋποθέτει, για να μην μείνει μόνο μια διακήρυξη, την πρόβλεψη αντίστοιχων διατάξεων στη Συνθήκη. Επιπροσθέτως, η εφαρμογή αποτελεσματικών δράσεων δημόσιας υγείας σε επίπεδο Ένωσης προϋποθέτει την εξασφάλιση ελάχιστων προδιαγραφών αποτελεσματικής λειτουργίας των εθνικών υπηρεσιών υγείας (McKee and Mossialos, 2006).

Από την άλλη μεριά, εντοπίζονται κάποιες σημαντικές θετικές αλλαγές στην έμφαση που δίνεται σε ορισμένα ζητήματα από το άρθρο 152 σε σχέση με το 129 (Roscam-Abbing, 1998, Hervey, 2002a and 2002b). Πρώτον, η πρόβλεψη ότι ο σχεδιασμός και η εφαρμογή όλων των πολιτικών της Κοινότητας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους τις επιπτώσεις που μπορεί να έχουν στην υγεία των πολιτών, ενισχύει τη διάσταση της διατομεακότητας και του συντονισμού μεταξύ όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης. Δεύτερον, με βάση τη νέα διατύπωση ενδυναμώνετε η δέσμευση της Κοινότητας αφού πλέον δεν «συμβάλλει» αλλά «εξασφαλίζει» υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας. Τρίτον, δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην προαγωγή της υγείας και τους παράγοντες που προσδιορίζουν την καλή υγεία. Αυτό σημαίνει ότι η Κοινότητα αποκτά αρμοδιότητα όχι μόνο στην προστασία της υγείας όπως για παράδειγμα τον έλεγχο των ασθενειών, αλλά και σε ζητήματα προαγωγής και πρόληψης όπως ο περιορισμός της διαφήμισης προϊόντων καπνού. Τέταρτον, η αρμοδιότητα της Κοινότητας επεκτάθηκε στη θέσπιση μέτρων σε δύο νέους τομείς που είναι η ασφάλεια των οργάνων και ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του και ο κτηνιατρικός και φυτοϋγειονομικός έλεγχος.

Η αποτυχία υιοθέτησης ενός Συντάγματος για την Ευρώπη οδήγησε στην υπογραφή της Συνθήκης της Λισαβόνας (Δεκέμβριος 2007) και την τροποποίηση του Άρθρου 152 σε Άρθρο 168. Το Άρθρο 168 δεν διαφοροποιείται σημαντικά σε σχέση με το 152 δεδομένου ότι η γενική θέση της Ένωσης παραμένει η ίδια. Δηλαδή, η δράση της Ένωσης συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές και αποβλέπει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας, στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές της και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για την υγεία, μέσα από την ενθάρρυνση της συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών και τη στήριξη της δράση τους. Επιπροσθέτως, κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου. Τέλος, η δράση της Ένωσης αναπτύσσεται χωρίς να θίγονται οι ευθύνες των κρατών μελών όσον αφορά τη διαμόρφωση της πολιτικής τους στον τομέα της υγείας, καθώς και την οργάνωση, παροχή και χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών.

Ωστόσο, στο νέο Άρθρο διακρίνει κανείς ορισμένες τροποποιήσεις οι οποίες αναδεικνύουν νέες διαστάσεις πολιτικής. Έτσι, η δράση της Ένωσης για την καταπολέμηση των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας στον τομέα της υγείας περιλαμβάνει τώρα και την επαγρύπνηση για τις σοβαρές διασυνοριακές απειλές κατά της υγείας, την κήρυξη συναγεμού

σε περίπτωση τέτοιων απειλών και την καταπολέμησή τους. Δεύτερον, η ενθάρρυνση της συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών αναφέρεται πλέον και στη βελτίωση της συμπληρωματικότητας των υγειονομικών τους υπηρεσιών στις παραμεθόριες περιοχές. Τρίτον, προβλέπεται η εφαρμογή της Ανοιχτής Μεθόδου Συντονισμού στην υγεία, καθώς δίνεται η δυνατότητα στην Επιτροπή να αναλαμβάνει, σε στενή επαφή με τα κράτη μέλη, πρωτοβουλίες για τον καθορισμό κατευθυντήριων γραμμών και δεικτών, την οργάνωση της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών και την προετοιμασία των στοιχείων που είναι αναγκαία για την τακτική παρακολούθηση και αξιολόγηση. Τέταρτον, η θέσπιση μέτρων ασφάλειας και ποιότητας, εκτός των οργάνων και ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του, του κτηνιατρικού και φυτογυειονομικού τομέα, επεκτείνεται και στον τομέα των φαρμάκων και ιατρικών μηχανημάτων. Οι παραπάνω προβλέψεις διευρύνουν τις δυνατότητες παρέμβασης της Ένωσης στην υγεία και παρέχουν τη θεσμική βάση δικαιολόγησης για την ανάληψη σχετικών πρωτοβουλιών (ΕΗΜΑ, 2010).

3. Η ΕΝΙΑΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Εκτός από τις άμεσες επιπτώσεις που έχει η δραστηριότητα της Κοινότητας στον υγειονομικό τομέα των κρατών μελών τόσο μέσω των άρθρων της Συνθήκης που αναφέρονται στην υγεία όσο και μέσω των πολιτικών και προγραμμάτων δημόσιας υγείας που εφαρμόζει, εμφανίζεται και μια σειρά έμμεσων επιπτώσεων που οφείλονται στη λειτουργία της ενιαίας εσωτερικής αγοράς (Ε.Ε.Α). Η κατάργηση των φραγμών στην ελεύθερη κυκλοφορία των εμπορευμάτων, των υπηρεσιών, των προσώπων και των κεφαλαίων μεταξύ των κρατών μελών, επιδρά στην οργάνωση, τη χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα, η ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων περιλαμβάνει την αγορά εργασίας του ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού και των λοιπών επαγγελματιών υγείας καθώς επίσης και την πιθανή ζήτηση υπηρεσιών από πρόσωπα που διαμένουν για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα σε άλλη χώρα. Η ελεύθερη κυκλοφορία των προϊόντων αναφέρεται στην αγορά και την προμήθεια των φαρμακευτικών σκευασμάτων και των ιατρικών συσκευών ενώ η ελεύθερη κυκλοφορία των υπηρεσιών στην παροχή ιδιωτικής και υποχρεωτικής ασφαλιστικής κάλυψης. Οι δύο αυτές ελευθερίες συνδέονται με τις διασυνοριακές ροές ασθενών που αποσκοπούν στην αναζήτηση υγειονομικής φροντίδας. Τέ-

λος, η ελεύθερη κυκλοφορία των κεφαλαίων αφορά τις επενδυτικές δραστηριότητες σε ιδιωτικές νοσηλευτικές μονάδες (Berman et al., 2002).

Η αυξημένη κινητικότητα του πληθυσμού και η λειτουργία της Ε.Ε.Α έθεσαν μια σημαντική πρόκληση στα συστήματα υγείας. Σε μείζον ζήτημα προβληματισμού αναδεικνύεται η εξέταση του βαθμού στον οποίο η οργάνωση των συστημάτων υγείας των κρατών μελών είναι συμβατή με το θεσμικό πλαίσιο που ρυθμίζει την Ε.Ε.Α. Σοβαρά ερωτήματα αναζητούν απάντηση (Wismar and Busse, 1998, Hatzopoulos, 2002). Οι διατάξεις της Συνθήκης για την Ε.Ε.Α επιδρούν στην παροχή των υπηρεσιών υγείας από τα εθνικά συστήματα υγείας και προς ποια κατεύθυνση; Οδηγούν στην εμφάνιση τάσεων σύγκλισης λόγω του ανοίγματος και της ολοκλήρωσης των αγορών εργασίας του υγειονομικού δυναμικού, των φαρμάκων ή της συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας; Καθιστούν περισσότερο διαθέσιμες τις υγειονομικές υπηρεσίες και αυξάνουν τις δυνατότητες επιλογής των πολιτών ή ευνοούν αυτούς που βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση και αίρουν την κοινωνική αλληλεγγύη; Προς αυτή την κατεύθυνση, οι αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου για συγκεκριμένες περιπτώσεις όπως των Kohll και Decker αποτελούν σημαντικό ερμηνευτικό παράγοντα (Palm et al., 2000).

Η σοβαρότητα του προβλήματος επισημαίνεται σε έκθεση της Υψηλού Επιπέδου Επιτροπής για την Υγεία. Η Επιτροπή τονίζει ότι η σημασία της υγείας για το άτομο, οι ιδιαιτερότητες του αγαθού υγεία όπως η ύπαρξη ασύμμετρης πληροφόρησης μεταξύ του ασθενή και του γιατρού και η ανάγκη εξασφάλισης από τα κράτη μέλη ισότιμης πρόσβασης των πολιτών τους στις υπηρεσίες υγείας, οδηγούν στη διαμόρφωση μιας αγοράς η οποία δύσκολα υπόκειται στους κανόνες του ανταγωνιστικού προτύπου. Αυτό σημαίνει ότι οι διατάξεις της Συνθήκης που διέπουν τις τέσσερις ελευθερίες διακίνησης πρέπει να εφαρμόζονται με ιδιαίτερη προσοχή στον υγειονομικό τομέα (European Commission, 2001). Ο κίνδυνος που ελλοχεύει είναι ότι αν δοθεί από τις αποφάσεις του Δικαστηρίου προτεραιότητα στην κατοχύρωση του ατομικού δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής προϊόντων και υπηρεσιών υγείας, είναι πιθανό να τεθούν σε δεύτερη μοίρα οι συλλογικές επιδιώξεις και τα συλλογικά δικαιώματα της ισότιμης πρόσβασης και της εξασφάλισης επαρκών υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο και να τεθεί σε αμφισβήτηση το ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο (Paton et al., 2001). Επιπροσθέτως, επιφυλάξεις τίθενται από το γεγονός ότι η εισαγωγή στοιχείων αγοράς σε δημόσια συστήματα υγείας δεν είχε

τα αναμενόμενα αποτελέσματα, ενώ ταυτόχρονα η εισαγωγή τέτοιων στοιχείων στην πλευρά της ζήτησης-χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας ήταν τροχοπέδη στην διασφάλιση της κοινωνικής αλληλεγγύης (Saltman and Figueras 1996).

Οι παραπάνω διαπιστώσεις, ιδιαίτερα στο πλαίσιο των επιχειρούμενων Συμπράξεων Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ), αποκτά βαρύνουσα σημασία υπό το πρίσμα των αποφάσεων του Δικαστηρίου σχετικά με το βαθμό στον οποίο οι προμηθευτές και οι ασφαλιστές υγείας εμπίπτουν στους κανόνες της Εννιαίας Ευρωπαϊκής Αγοράς και στη νομοθεσία περί ανταγωνισμού (Mossialos and McKee, 2002, Lear and Mossialos 2008). Από τη στιγμή που στα συστήματα υγείας των χωρών μελών της Ένωσης επιχειρούνται μεταρρυθμίσεις που αποσκοπούν στην εισαγωγή στοιχείων της αγοράς, είτε με τη διάκριση προμηθευτών και πληρωτών, είτε με τις ΣΔΙΤ, τότε προκύπτουν δύο εξελίξεις. Πρώτον, καθίσταται αναγκαία η σύναψη συμβάσεων, στοιχείο το οποίο βρίσκεται πιο κοντά στη λογική της αγοράς. Δεύτερον, η διάκριση προσφοράς και ζήτησης οδηγεί στον ανταγωνισμό μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων και μεταξύ των νοσοκομείων προκειμένου να προσελκύσουν «πελάτες» και συνεπώς η αρχή της αλληλεγγύης παύει πλέον να αποτελεί τη βασική αρχή που διέπει τη λειτουργία τους. Έτσι όμως είναι εύκολο να θεωρηθεί από το Δικαστήριο ότι αποτελούν επιχειρήσεις οι οποίες, ανεξάρτητα από το ποιο είναι το ιδιοκτησιακό τους καθεστώς, επιδιώκουν οικονομικούς και όχι κοινωνικούς στόχους και επομένως πρέπει να υπαχθούν στη νομοθεσία περί ανταγωνισμού. Το αν αυτό τελικά θα συμβεί σχετίζεται με το εάν συνδράμουν μια σειρά προϋποθέσεων και κριτηρίων. Για παράδειγμα, για να διερευνηθεί το εάν ένα ασφαλιστικό ταμείο υγείας συνιστά επιχείρηση ή κοινωνικό φορέα πρέπει να συνεκτιμηθούν στοιχεία που είναι μεταξύ άλλων ο δηλωμένος στόχος που επιδιώκει, ο υποχρεωτικός ή όχι χαρακτήρας υπαγωγής της ασφάλισης σε αυτό, ο τρόπος υπολογισμού των εισφορών και των παροχών κλπ. Συνεπώς το αποτέλεσμα δεν είναι γνωστό εκ των προτέρων και απαιτεί την εξέταση της κάθε περίπτωσης ξεχωριστά, γεγονός που δημιουργεί συνθήκες αβεβαιότητας για τους διαμορφωτές της πολιτικής υγείας (Hatzopoulos 2005). Οποιαδήποτε μεταρρυθμιστική προσπάθεια του συστήματος υγείας μια χώρας μέλους της Ένωσης που προτάσσει τη βελτίωση της αποδοτικότητάς του με βάση την εισαγωγή στοιχείων ανταγωνισμού, ενέχει τον κίνδυνο να το καταστήσει υπαγόμενο στη νομοθεσία περί εσωτερικού ανταγωνισμού και να περιορίσει τις δυνατότητες δημόσιας ρύθμισης.

3.1 Η ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελματιών υγείας

Η διευκόλυνση της κυκλοφορίας και της εγκατάστασης των επαγγελματιών υγείας μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 2000 ήταν αντικείμενο μιας σειράς οδηγιών οι οποίες προέβλεπαν τις ελάχιστες προϋποθέσεις εκπαίδευσης για την απόκτηση τίτλου σπουδών και αφορούσαν τους ιατρούς, τους γενικούς ιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό, τους οδοντίατρους, τους κτηνίατρους, το μαιευτικό προσωπικό και τους φαρμακοποιούς (Οικονόμου, 2004). Ο μεγάλος όμως αριθμός των οδηγιών που εκδόθηκαν για κάθε ειδικότητα, καθώς και των μεταγενέστερων τροποποιήσεών τους, είχε ως αποτέλεσμα τον κατακερματισμό και την ύπαρξη αλληλοεπικαλύψεων, γεγονός το οποίο οδήγησε την Επιτροπή στην υποβολή πρότασης για ενιαία οδηγία που να αναθεωρεί όλες τις οδηγίες που στηρίζονται στην αναγνώριση τίτλων, με σκοπό την απλοποίηση, τη μεγαλύτερη σαφήνεια και την καλύτερη διαχείριση και λειτουργία του συστήματος (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2002). Έτσι, τον Σεπτέμβριο του 2005 ψηφίστηκε η Οδηγία 2005/36/ΕΚ προκειμένου να συγκεντρώσει σε ένα κείμενο οδηγίες που καλύπτουν μεταξύ άλλων τα επαγγέλματα του ιατρού, του νοσοκόμου γενικών φροντίδων, του οδοντίατρου, του κτηνίατρου, της μαιίας και του φαρμακοποιού. Σύμφωνα με την Οδηγία, κάθε κράτος μέλος αναγνωρίζει αυτομάτως τους τίτλους κατάρτισης που παρέχουν πρόσβαση στις επαγγελματικές δραστηριότητες των παραπάνω ειδικοτήτων. Η οδηγία περιλαμβάνει επίσης την αρχή της αυτόματης αναγνώρισης για τις ειδικότητες γιατρού ή οδοντίατρου που είναι κοινές τουλάχιστον σε δύο κράτη μέλη στο υφιστάμενο δίκαιο, αλλά περιορίζει την μελλοντική εισαγωγή στην Οδηγία νέων ιατρικών ειδικοτήτων που επωφελούνται της αυτόματης αναγνώρισης, σε εκείνες που είναι κοινές σε τουλάχιστον δύο πέμπτα των κρατών μελών.

Η κριτική η οποία έχει ασκηθεί στο σύστημα των οδηγιών επικεντρώνεται σε δύο σημεία (Mossialos and McKee, 2002). Πρώτον, στο ότι απέτυχε να συμβάλλει στην αύξηση της κινητικότητας των επαγγελματιών υγείας ενώ οι οδηγίες δεν εφαρμόστηκαν από όλα τα κράτη μέλη. Η περιορισμένη κινητικότητα των επαγγελματιών υγείας οφείλεται σε παράγοντες όπως η ύπαρξη έμμεσων διοικητικών περιορισμών από τα κράτη, οι πολιτισμικές διαφορές τους, η γνώση της γλώσσας της χώρας υποδοχής, καθώς και η οικονομική της κατάσταση ιδιαίτερα όσο αφορά τις συνθήκες στην αγορά εργασίας (Wallner, 1999, Randall, 2002). Δεύτερον, το γεγονός ότι οι οδηγίες θέτουν μόνο ελάχιστα όρια κυρίως ως προς τη διάρκεια της εκπαίδευ-

σης χωρίς να αναφέρονται στο περιεχόμενο αυτής, δημιουργεί αμφιβολίες για την ποιότητα του εκπαιδευόμενου δυναμικού (Allen, 2001).

Η διαπίστωση ότι η γήρανση του πληθυσμού σημαίνει και γήρανση του εργατικού δυναμικού η οποία αντανακλάται και στα επαγγέλματα υγείας, του γεγονότος ότι οι πιέσεις που δέχονται τα συστήματα υγείας έχουν σαν αποτέλεσμα να εμφανίζονται ελλείψεις σε πολλά επαγγέλματα υγείας, καθώς και του ότι η μετανάστευση και η κινητικότητα επαγγελματιών υγείας προς και από την Ε.Ε. και μεταξύ κρατών μελών συντελούν στην αύξηση των ελλείψεων σε ορισμένες περιφέρειες, οδήγησε την Επιτροπή στη διεξαγωγή δημόσιας διαβούλευσης με την έκδοση Πράσινης Βίβλου (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2008α). Σκοπός της διαβούλευσης, η οποία διήρκησε από το Δεκέμβριο 2008 έως τον Απρίλιο 2009 ήταν όλοι οι ενδιαφερόμενοι να εκφράσουν τη γνώμη τους σχετικά με ένα ευρύ φάσμα θεμάτων που συνδέονται με το υγειονομικό δυναμικό, όπως η δημογραφία, η επάρκεια και η κατάρτισή του, έτσι ώστε να εμπλουτιστεί ο προβληματισμός για τους τρόπους με τους οποίους η Ε.Ε. μπορεί να συνδράμει τα κράτη μέλη στην αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων. Το αποτέλεσμα της διαβούλευσης ήταν η συμφωνία της πλειονότητας των συμμετεχόντων ότι το ζήτημα του υγειονομικού δυναμικού ενέχει σαφώς μια ευρωπαϊκή διάσταση και συνεπώς είναι αναγκαία η ανάληψη από την Κοινότητα συγκεκριμένων δράσεων (Directorate General for Health and Consumers, 2009)

3.2 Η ελεύθερη κυκλοφορία των ασθενών

Η διαδικασία της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης και η αρχή της ελεύθερης κυκλοφορίας των προσώπων εντός της Κοινότητας έθεσαν το ζήτημα της ρύθμισης του δικαιώματος της πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα των μετακινούμενων ατόμων, σε χώρα άλλη από αυτή της ιθαγένειας. Η κατοχύρωση του δικαιώματος αυτού ήταν αποτέλεσμα μιας μακράς διαδικασίας εξελικτικών σταδίων (Hermesse et al., 1997) με σημείο σταθμό την έκδοση των κανονισμών του Συμβουλίου 1408/71 και 574/72. Στους κανονισμούς αυτούς ρυθμίζονται οι προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες τα άτομα που διακινούνται στο εσωτερικό της Κοινότητας δικαιούνται πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη καθώς και στις παροχές μητρότητας. Πιο συγκεκριμένα, οποιοδήποτε μισθωτό άτομο καθώς και μέλος της οικογένειάς του διαμένει ή κατοικεί σε κράτος μέλος άλλο από αυτό που είναι ασφαλισμένο για ασθένεια, δικαιούται παροχών ασθένειας σε είδος σύμφωνα με τη νομοθεσία του κράτους αυτού σαν να ήταν ασφαλισμένο

εκεί, αλλά με έξοδα του φορέα ασφάλισής του. Στην περίπτωση μετάβασης κάποιου σε άλλο κράτος μέλος ειδικά για τη λήψη θεραπευτικής αγωγής, το κόστος που ορίζεται από τους παραπάνω κανονισμούς καλύπτεται από το κράτος μέλος όπου είναι ασφαλισμένος μόνο στην περίπτωση που έχει λάβει έγκριση για αυτό. Το κράτος δεν μπορεί να αρνηθεί την έγκριση στην περίπτωση που τηρούνται ταυτόχρονα τα εξής: α) το πρόσωπο δεν μπορεί να λάβει αγωγή εντός του χρόνου που είναι κανονικά αναγκαίος για τη λήψη της, σύμφωνα με την κατάσταση της υγείας του και β) η αγωγή συμπεριλαμβάνεται στις αγωγές που προβλέπονται από το σύστημα υγείας του κράτους μέλους ασφάλισης.

Ο συντονισμός των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στα πλαίσια της Ένωσης αναφέρεται σε τρεις βασικές κατηγορίες διασυνοριακής φροντίδας υγείας, ανάλογα με τις αιτίες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου (Hermesse et al., 1997): α) τους μετανάστες εργαζόμενους και τα προστατευόμενα μέλη τους, συμπεριλαμβανομένων των διασυνοριακά απασχολούμενων οι οποίοι εργάζονται σε ένα κράτος μέλος αλλά διαμένουν σε ένα άλλο στο οποίο επιστρέφουν καθημερινά, β) τους εργαζόμενους που διαμένουν προσωρινά για μικρό χρονικό διάστημα σε κράτος μέλος άλλο από αυτό που έχουν θεμελιώσει το ασφαλιστικό τους δικαίωμα είτε για προσωπικούς (π.χ. τουρισμός) είτε για επαγγελματικούς λόγους και τους παρέχεται κάλυψη σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης και γ) τους μετακινούμενους ασθενείς κατόπιν έγκρισης του ασφαλιστικού τους φορέα για τη λήψη θεραπευτικών υπηρεσιών σε άλλο κράτος μέλος. Βασική προϋπόθεση ανάληψης των παροχών από τις παραπάνω κατηγορίες προσώπων αποτελούσε η χρησιμοποίηση συγκεκριμένων εντύπων (έντυπα E) με αριθμητική διάκριση ανάλογα με την περίπτωση. Η πληθώρα των εντύπων είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση γραφειοκρατικών στρεβλώσεων στις διαδικασίες απόκτησης και χρησιμοποίησής τους ενώ πολλές φορές οι πολίτες αγνοούσαν την ύπαρξή τους (Hermans and Berman, 1998). Για την αντιμετώπιση αυτών των αδυναμιών η Επιτροπή πρότεινε την εισαγωγή της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Υγείας, η οποία ήδη έχει τεθεί σε ισχύ από το 2004, με σκοπό τη σταδιακή αντικατάσταση όλων των εντύπων που χρησιμοποιούνται για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε άλλο κράτος μέλος και την απλούστευση των διαδικασιών, διατηρώντας ταυτόχρονα όλα τα υφιστάμενα δικαιώματα και υποχρεώσεις (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2003α).

Εκτός όμως από ζήτημα συντονισμού των ασφαλιστικών συστημάτων, η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι και θέμα το

οποίο σχετίζεται με την εσωτερική αγορά και τη δυνατότητα λήψης διασυνοριακής φροντίδας υγείας με βάση τις προβλέψεις του Άρθρου 49 της Συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση, το οποίο με τη Συνθήκη της Λισαβόνας μετονομάστηκε σε Άρθρο 56. Σύμφωνα με το Άρθρο αυτό, οι περιορισμοί της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών στο εσωτερικό της Ένωσης απαγορεύονται όσον αφορά τους υπηκόους των κρατών μελών που είναι εγκατεστημένοι σε κράτος μέλος άλλο από εκείνο του αποδέκτου της παροχής. Ως υπηρεσίες νοούνται οι παροχές που κατά κανόνα προσφέρονται αντί αμοιβής, εφόσον δεν διέπονται από τις διατάξεις τις σχετικές με την ελεύθερη κυκλοφορία των εμπορευμάτων, των κεφαλαίων και των προσώπων και περιλαμβάνουν βιομηχανικές, εμπορικές και βιοτεχνικές δραστηριότητες, καθώς και δραστηριότητες των ελευθέρων επαγγελματιών (Άρθρο 57).

Το γεγονός λοιπόν, ότι η θεμελίωση του δικαιώματος για διασυνοριακή νοσηλεία στα πλαίσια της Κοινότητας βασίζεται σε διαφορετικές κατηγορίες δικαιωμάτων (ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα) και σε διαφορετικές διαδικασίες, ρυθμίσεις και κανονισμούς όπως εκφράζονται από τα επιμέρους έντυπα, που μάλιστα επιδέχονται διαφορετικές ερμηνείες και εφαρμογές από τα κράτη μέλη, έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία συγχύσεων και ανισοτήτων σε σχέση με την αντιμετώπιση των διαφόρων περιπτώσεων (Hermans, 1997). Η πολυπλοκότητα της νομοθεσίας που ρυθμίζει τις σχέσεις ασφαλισμένων - προμηθευτών - τρίτων πληρωτών σε εθνικό και Κοινοτικό επίπεδο ανέδειξε το Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων σε σημαντικό ερμηνευτικό παράγοντα των άρθρων της Συνθήκης και του δευτερογενούς δικαίου της Ένωσης. Στο πλαίσιο αυτό, το Δικαστήριο κλήθηκε να αποφασίσει για μια σειρά περιπτώσεων οι οποίες έθεσαν επιτακτικά ερωτήματα σε σχέση με το χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας, τη δυνατότητα των ασθενών να αναζητήσουν θεραπευτική αγωγή σε άλλο κράτος μέλος χωρίς προηγούμενη έγκριση και το ύψος της απόδοσης των εξόδων περίθαλψης σε κράτος μέλος διαφορετικό από το κράτος του αρμόδιου φορέα.

Οι αποφάσεις του Δικαστηρίου στις επιμέρους περιπτώσεις στις οποίες κλήθηκε να αποφανθεί επιχειρήσαν να απαντήσουν σε σημαντικά ερωτήματα, αλλά ταυτόχρονα έθεσαν νέες προκλήσεις (Nickless, 2002, Palm and Nickless, 2001, Van Der Mei, 1999, Palm et al., 2000, Mossialos and McKee 2002). Οι προκλήσεις αυτές αφορούσαν την έκταση στην οποία η ελεύθερη κυκλοφορία των ασθενών θα μπορούσε να έχει πεδίο εφαρμογής πρώτον, τόσο στην εξωνοσοκομειακή όσο και στη νοσοκομειακή περίθαλψη και δεύτερον, τόσο στα ολοκληρωμένα συστήματα υγείας όσο και στα

συμβολαιακά συστήματα και τα συστήματα αποζημίωσης. Επίσης, αφορούσαν τον κίνδυνο οι αποφάσεις του Δικαστηρίου να επιδράσουν στις θεμελιώδεις αρχές οργάνωσης των συστημάτων υγείας, υποχρεώνοντας τις χώρες με ολοκληρωμένα ή συμβολαιακά συστήματα να εισάγουν στοιχεία αποζημίωσης. Επιπροσθέτως το ενδιαφέρον εστιάστηκε στην πιθανή άρση των περιορισμών σε σχέση με τη δυνατότητα επιλογής των προμηθευτών και στο άνοιγμα των μηχανισμών σύναψης συμβολαίων των συστημάτων υγείας έναντι όλων των πιθανών (και των ιδιωτικών) προμηθευτών στην Ένωση. Από την άλλη πλευρά, η ελεύθερη κυκλοφορία των ασθενών δημιούργησε προβληματισμό ως προς την πιθανή δημιουργία διευρωπαϊκών λιστών αναμονής, δυσχεραίνοντας τον ορθολογικό προγραμματισμό των υπηρεσιών. Ένα άλλο θέμα συζήτησης ήταν το αν οι αποφάσεις του Δικαστηρίου θα επιδράσουν στη δυνατότητα των διαμορφωτών πολιτικής υγείας να ασκούν έλεγχο στις δαπάνες υγείας και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο πρωταρχικός φόβος των εθνικών κυβερνήσεων ήταν ότι αν για τη λήψη θεραπείας σε άλλο κράτος μέλος δεν απαιτούνταν προηγούμενη έγκριση, οι φορείς παροχής υγειονομικών υπηρεσιών δεν θα είχαν συμφέρον να συνδράμουν στο σύστημα σύναψης συμβάσεων δεσμευμένοι από συμβατικές ρήτρες σχετικά με τη διαθεσιμότητα, τον όγκο, την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και τις τιμές παροχής υπηρεσιών. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τις πιθανές μετακινήσεις των ασθενών προς την αλλοδαπή θα είχε ως αποτέλεσμα η διαχειριζόμενη την ασφάλιση ασθένειας αρχή να μην μπορεί να προγραμματίσει τις ανάγκες προσαρμόζοντάς τις στις δαπάνες και να διασφαλίσει σε όλους ιατρικές υπηρεσίες. Το σύστημα των συμβάσεων θα έχανε το λόγο ύπαρξής του ως εργαλείο διαχείρισης της ιατρικής περίθαλψης, θίγοντας την κυριαρχική εξουσία των κρατών μελών και αναιρώντας την αρχή της επικουρικότητας.

Τελικά, οι αποφάσεις του Δικαστηρίου διευκρίνισαν ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας έναντι αποζημίωσης συνιστά οικονομική δραστηριότητα, με την έννοια που δίνεται σε αυτή από τη Συνθήκη, ανεξάρτητα από τον τρόπο και την πηγή χρηματοδότησής της και κατά συνέπεια ισχύουν και εδώ οι προβλέψεις της Συνθήκης όσο αφορά την παροχή υπηρεσιών. Η απαίτηση για προηγούμενη έγκριση προκειμένου να αποζημιωθούν οι δαπάνες συνιστά περιορισμό της ελευθερίας μετακίνησης, ο οποίος μπορεί να γίνει αποδεκτός μόνο για τη νοσοκομειακή περίθαλψη λόγω της υψηλής δαπάνης και της ανάγκης εξασφάλισης της οικονομικής βιωσιμότητας των ασφαλιστικών συστημάτων, όχι όμως και για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (Οικονόμου, 2004). Έτσι, οι αποφάσεις του Δικαστηρίου

ου επαναπροσδιόρισαν τα όρια αρμοδιότητας των συστημάτων ασφάλισης υγείας ως προς το εύρος του καλυπτόμενου πληθυσμού, την έκταση και το είδος της δέσμης των καλυπτόμενων παροχών και τους συμβαλλόμενους προμηθευτές των υπηρεσιών. Επιπροσθέτως, υποστηρίζεται ότι κατέστησαν σαφές το γεγονός ότι η δυνατότητα αναζήτησης διασυνοριακής υγειονομικής φροντίδας αποτελεί μια από τις θεμελιώδεις ελευθερίες, παρέχοντας ευρύτερο πλαίσιο επιλογών στους χρήστες υπηρεσιών υγείας (Jorens, 2002, Busse et al., 2002, Busse and Wismar, 2002) και δημιουργώντας τις προϋποθέσεις ανάπτυξης ενός κοινού πλαισίου δικαιωμάτων των ασθενών (Nys, 2001).

Παρά τη συμβολή των αποφάσεων του Δικαστηρίου, η σημασία του θέματος κατέστησε αναγκαίο να βελτιωθεί η σαφήνεια προκειμένου να εξασφαλιστεί η γενικότερη και αποτελεσματικότερη εφαρμογή της ελεύθερης λήψης και παροχής υπηρεσιών υγείας με βάση ένα δεδομένο θεσμικό πλαίσιο. Για το λόγο αυτό έχει κατατεθεί από την Επιτροπή Πρόταση Οδηγίας για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή φροντίδα υγείας (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2008β). Σύμφωνα με αυτή, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη που δικαιούνται οι πολίτες ενός κράτους μέλους μπορούν να την αναζητήσουν σε άλλο κράτος μέλος χωρίς προηγούμενη έγκριση και να τους επιστραφούν οι δαπάνες με ανώτατο όριο το επίπεδο επιστροφής που προβλέπει το σύστημα της χώρας τους. Για τη νοσοκομειακή περίθαλψη που δικαιούνται οι πολίτες ενός κράτους μέλους προβλέπεται ότι μπορούν να την αναζητήσουν και σε άλλο κράτος μέλος. Ωστόσο, δίνεται η δυνατότητα στα κράτη μέλη να προβλέψουν ένα σύστημα προηγούμενης έγκρισης για την επιστροφή των εξόδων νοσοκομειακής περίθαλψης που παρέχεται σε άλλο κράτος μέλος, εάν τα κράτη μέλη μπορούν να αποδείξουν ότι η εκροή ασθενών που οφείλεται στην εφαρμογή της εν λόγω οδηγίας έχει τέτοιο αντίκτυπο που υπονομεύει όλο το σχεδιασμό και τον εξορθολογισμό του νοσοκομειακού τομέα και την οικονομική βιωσιμότητα των ασφαλιστικών συστημάτων. Τα έξοδα τέτοιου είδους νοσοκομειακής περίθαλψης που παρέχεται σε άλλο κράτος μέλος πρέπει να είναι δυνατόν να επιστρέφονται από το κράτος μέλος ασφάλισης μέχρι το ύψος του ποσού που θα είχε επιστραφεί αν η ίδια περίθαλψη είχε παρασχεθεί στο έδαφός του.

Η παραπάνω πρόταση Οδηγίας, ενώ επιχειρεί να δώσει μια συνεκτική απάντηση στις επιμέρους αποφάσεις του Δικαστηρίου, εμφανίζει ορισμένες σημαντικές αδυναμίες (Baeten, 2009). Ένα από τα κύρια ερωτήματα που προκύπτουν είναι η δυνατότητα συνύπαρξης της προτεινόμενης Οδη-

γίας με τον Κανονισμό 1408/71 χωρίς να δημιουργούνται επικαλύψεις ή και συγχύσεις. Για παράδειγμα, δεν είναι ξεκάθαρο το εάν ο ασθενής θα έχει τη δυνατότητα να επιλέξει ποιον από τους δύο μηχανισμούς προτιμά να χρησιμοποιήσει. Όπως επίσης δεν είναι ξεκάθαρος ο βαθμός στον οποίο η Οδηγία δεν θα εφαρμόζεται στην περίπτωση που η ανάγκη περίθαλψης προκύπτει κατά τη διάρκεια μιας προσωρινής παραμονής στο εξωτερικό. Εξίσου ασαφές είναι το εάν στην περίπτωση που πληρούνται οι προϋποθέσεις που προβλέπει ο Κανονισμός, θα μπορεί να εφαρμοστεί και η Οδηγία. Ένα δεύτερο σημαντικό ερώτημα συνδέεται με τις κοινωνικές αξίες και την ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Η καθολικότητα και η μη διάκριση στην πρόσβαση δεν εξασφαλίζονται από την προτεινόμενη Οδηγία δεδομένου ότι αυτή βασίζεται στη λογική προστασίας της εσωτερικής αγοράς και όχι στη λογική της άσκησης κοινωνικής πολιτικής, δίνοντας έμφαση στα δικαιώματα και τις ελευθερίες του ατόμου και όχι στη συλλογική εκπλήρωση των κοινωνικών στόχων των συστημάτων υγείας. Ως συνέπεια, έννοιες όπως η ισότητα και η πρόσβαση αποκόπτονται από το ευρύτερο πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής.

3.3 Η ελεύθερη διακίνηση προϊόντων:

Φάρμακα και ιατρικές συσκευές

Ο τομέας των φαρμάκων και των ιατρικών συσκευών αποτελεί ακόμα ένα πεδίο Κοινοτικής ρυθμιστικής παρέμβασης, στενά συνδεδεμένο με την ολοκλήρωση της Ενιαίας Εσωτερικής Αγοράς. Η σημασία του τομέα αυτού έγκειται στον διφυή χαρακτήρα του σε σχέση αφενός με την πολιτική υγείας και αφετέρου με την βιομηχανική πολιτική. Από την πλευρά της πολιτικής υγείας, τα φαρμακευτικά προϊόντα και οι ιατρικές συσκευές συνιστούν προσδιοριστικές παραμέτρους της θεραπευτικής παρέμβασης, η χρήση των οποίων επιφέρει επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού και το κόστος της υγειονομικής φροντίδας. Από την πλευρά της βιομηχανικής πολιτικής, τίθενται ζητήματα παραγωγικότητας και ανταγωνιστικότητας των βιομηχανιών του κλάδου τόσο σε επίπεδο κρατών μελών όσο και σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης σε σχέση με άλλες χώρες εκτός Κοινότητας. Συνεπώς πρόκειται για μια αγορά πολύπλοκη, υποκείμενη σε ρυθμιστικές παρεμβάσεις, όπου επιδιώκονται συχνά αντικρουόμενοι στόχοι πολιτικής, ανταποκρινόμενοι σε αντικρουόμενα συμφέροντα κοινωνικών ομάδων (Jacobzone, 2000). Στο πλαίσιο αυτό η πολιτική της Κοινότητας επιδιώκει τρεις βασικούς στόχους. Πρώτον, την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας των καταναλωτών και της δημόσιας υγείας μέσα από τη ρύθμιση

των διαδικασιών και των προτύπων παρασκευής, κυκλοφορίας, διανομής και χρήσης των φαρμάκων και των ιατρικών συσκευών. Δεύτερον, την επίτευξη της ελεύθερης κυκλοφορίας των προϊόντων αυτών στα πλαίσια της εσωτερικής αγοράς με την εξασφάλιση συνθηκών ανταγωνισμού και κατοχύρωσης των δικαιωμάτων ιδιοκτησίας. Τρίτον, τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας της Κοινοτικής βιομηχανίας έναντι χωρών όπως οι Η.Π.Α. και η Ιαπωνία, με την προώθηση της έρευνας και της τεχνολογίας.

Η προσπάθεια εναρμόνιση της νομοθεσίας των κρατών μελών που διέπει τα φάρμακα έχει μακρά ιστορία, ξεκινώντας στα μέσα της δεκαετίας του '60, ως αντίδραση στις αρνητικές συνέπειες για τα νεογέννητα παιδιά που είχε η χορήγηση θαλιδομίδης σε εγκύους γυναίκες. Έγινε αντιληπτό ότι η διατήρηση της δημόσιας υγείας προϋπέθετε κανένα φαρμακευτικό σκεύασμα να μην τίθεται σε κυκλοφορία χωρίς προηγούμενη έγκριση από τους επίσημους αρμόδιους φορείς. Η οδηγία 65/65/ΕΟΚ αρχικά καθώς και οι οδηγίες 75/318/ΕΟΚ και 75/319/ΕΟΚ που ακολούθησαν μια δεκαετία μετά, ρύθμισαν τα ζητήματα αίτησης και έγκρισης της κυκλοφορίας των φαρμάκων εισάγοντας τη διαδικασία της αμοιβαίας αναγνώρισης από τα κράτη μέλη, των εθνικών αδειών κυκλοφορίας. Στη συνέχεια, σύμφωνα με τις επιταγές της Ε.Ε.Α για την ολοκλήρωση της αγοράς φαρμάκου και την εναρμόνιση των εθνικών νομοθεσιών, οι αρμοδιότητες της Ένωσης επεκτάθηκαν με την έκδοση οδηγιών και κανονισμών σχετικά με τη χονδρική πώληση των φαρμάκων, την κατάταξή τους ανάλογα με την απαίτηση για τη χρησιμοποίησή τους ιατρικής συνταγής ή όχι, την επισήμανση, το φύλλο οδηγιών και τα στοιχεία που πρέπει να περιέχονται στη συσκευασία, τη διαφήμιση και την προώθησή τους καθώς και τη διαμόρφωση πλαισίων εφαρμογής ορθής πρακτικής κλινικών δοκιμασιών και φαρμακοεπαγρύπνησης (Νικολακοπούλου-Στεφάνου, 2002).

Αντίθετα, η Κοινότητα δεν παρεμβαίνει στην τιμολόγηση και την ασφαλιστική κάλυψη των δαπανών των φαρμάκων, οι οποίες υπόκεινται στην αρμοδιότητα των κρατών μελών. Ο ρόλος της περιορίζεται στην έμμεση επίδραση που μπορεί να ασκήσει είτε μέσω των αποφάσεων του Δικαστηρίου σε σχέση με τον προσδιορισμό των κριτηρίων για το αν ένα φάρμακο θα ενταχθεί σε θετική λίστα ασφαλιστικής κάλυψης των δαπανών αγοράς του, είτε μέσω της οδηγίας 89/105/ΕΚ που αφορά τη διαφάνεια των εθνικών διαδικασιών και μέτρων ρύθμισης της τιμής των φαρμακευτικών προϊόντων για ανθρώπινη χρήση, εξασφαλίζοντας ότι οι διαδικασίες αυτές είναι επαρκείς, διαφανείς και δίκαιες (Hancher, 2002, Mossialos and McKee, 2002). Η ύπαρξη ωστόσο διαφορετικών μεθόδων τιμολόγησης

και αποζημίωσης των φαρμάκων μεταξύ των κρατών έχει ως αποτέλεσμα τη διαφοροποίηση των τιμών και την εμφάνιση του φαινομένου του «παράλληλου εμπορίου» σύμφωνα με το οποίο ένα φάρμακο με χαμηλή τιμή σε μια χώρα, εξάγεται σε χώρα όπου η τιμή του ίδιου φαρμάκου είναι υψηλότερη, λειτουργώντας ανταγωνιστικά έναντι των προμηθευτών του φαρμάκου αυτού στη χώρα εισαγωγής (Mossialos, 1998, Kanavos, 2001). Αν και μερικοί υποστηρίζουν ότι το παράλληλο εμπόριο μπορεί να οδηγήσει σε μια σύγκλιση προς χαμηλότερες τιμές, αμφισβητείται το όφελος στην αποδοτικότητα που μπορεί να προκύψει από μια τέτοια εξέλιξη δεδομένου ότι πρώτον, οι χαμηλότερες τιμές δεν αντανakλούν υψηλότερη παραγωγικότητα αλλά αυστηρότερο έλεγχο των τιμών και δεύτερον, ωφελούνται κυρίως αυτοί που διενεργούν το παράλληλο εμπόριο και λιγότερο οι ασφαλιστικοί φορείς και οι ασθενείς (Danzon, 1998). Από την πλευρά της η Επιτροπή διάκειται θετικά απέναντι στην πρακτική αυτή θεωρώντας ότι συμβάλλει στην ενδυνάμωση της εσωτερικής αγοράς φαρμάκων (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2003).

Σημαντική εξέλιξη στη διαδικασία αξιολόγησης και έγκρισης της κυκλοφορίας των φαρμάκων αποτέλεσε η ίδρυση του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Αξιολόγησης των Φαρμάκων με τον κανονισμό 2309/93. Η δημιουργία του νέου οργανισμού, ο οποίος τέθηκε σε λειτουργία το 1995, παράλληλα με τη διαδικασία αμοιβαίας αναγνώρισης των εθνικών αδειών κυκλοφορίας, θέσπισε διαδικασίες υποχρεωτικής έγκρισης και εποπτείας των φαρμακευτικών προϊόντων σε κεντρικό επίπεδο Κοινότητας. Ωστόσο, έχει ασκηθεί κριτική στη λειτουργία του, η οποία επικεντρώνεται σε ζητήματα διαφάνειας, ανεξαρτησίας και επιτέλεσης του ρόλου του (Garattini and Bertele, 2001, Prescrire International, 2002). Ειδικότερα, το γεγονός ότι ο Οργανισμός υπάγεται στη Γενική Διεύθυνση της Επιτροπής που είναι υπεύθυνη για τις Επιχειρήσεις και όχι στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας δημιουργεί ερωτήματα για το κατά πόσο πρωταρχικός του ρόλος είναι η διασφάλιση της δημόσιας υγείας ή η προώθηση των συμφερόντων των βιομηχανιών. Επιπροσθέτως, μεγάλο μέρος της χρηματοδότησης του Οργανισμού προέρχεται από τα ποσά που χρεώνει τις φαρμακευτικές βιομηχανίες για την εξέταση κάθε φακέλου προς έγκριση φαρμάκου που υποβάλλουν, με αποτέλεσμα τη διατύπωση της άποψης ότι ο Οργανισμός εξαρτάται οικονομικά από τις βιομηχανίες. Τρίτον, αμφισβητείται η διαφάνεια των διαδικασιών δεδομένου ότι είναι ελλιπής η τεκμηρίωση των αποφάσεων του Οργανισμού. Τέλος, ασκείται κριτική στο ότι δεν εφαρμόζεται η συγκριτική αξιολόγηση των φαρμάκων. Μια ακόμα παράμετρος

που θα μπορούσε να προστεθεί είναι ότι από το σύστημα αξιολόγησης απουσιάζει οποιαδήποτε αναφορά στην αποτελεσματικότητα των φαρμάκων σε σχέση με το κόστος (Maynard, 2002/2003).

Η δυσκολία στην επίτευξη ισορροπίας μεταξύ της ολοκλήρωσης της ενιαίας αγοράς φαρμάκων, της εξασφάλισης της ανταγωνιστικότητας της κοινοτικής φαρμακευτικής βιομηχανίας, της υψηλότερης δυνατής ιατρικής αποτελεσματικότητας των φαρμάκων, της πρόσβασης των ασθενών στα φάρμακα και της συγκράτησης των δαπανών υγείας, αντανακλάται στις πρωτοβουλίες που έχει αναλάβει η Επιτροπή κατά την τελευταία δεκαετία. Η αναζήτηση της εύθραυστης ισορροπίας αποτέλεσε το αντικείμενο συζητήσεων μεταξύ εκπροσώπων της Επιτροπής, των κυβερνήσεων των κρατών μελών, της φαρμακευτικής βιομηχανίας και των ασθενών στο πλαίσιο: α) τριών ετήσιων στρογγυλών τραπεζών κατά το διάστημα 1996-98 (Proceedings of the Third Round Table, 1998), που οδήγησαν στην έκδοση σχετικής ανακοίνωσης της Επιτροπής (European Commission, 1998), β) σύστασης το Μάρτιο του 2001 μιας Υψηλού Επιπέδου Ομάδας (High Level Group) γνωστής ως G-10, με σκοπό την ανεύρεση ενός κοινού πλαισίου στόχων (European Commission, 2002) και τη διατύπωση προτάσεων που αποτέλεσαν τη βάση ανακοίνωσης της Επιτροπής (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2003γ) και γ) συγκρότησης του Φαρμακευτικού Φόρουμ ως μιας τριετούς διαδικασίας και συνέχειας της πρωτοβουλίας G-10. Ειδικότερα, το ενδιαφέρον του Φόρουμ επικεντρώθηκε σε ζητήματα πληροφόρησης των πολιτών, τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων καθώς και της σχετικής αποτελεσματικότητας αυτών. Οι συστάσεις στις οποίες κατέληξε περιλαμβάνουν τη βελτίωση της ποιότητας, της προσβασιμότητας και της διάχυσης της παρεχόμενης πληροφόρησης των ασθενών, την εφαρμογή των πιο αποτελεσματικών μεθόδων αποτίμησης της δραστηκότητας των φαρμάκων και την ανταλλαγή πληροφοριών, την κατοχύρωση της πρόσβασης όλων των πολιτών στα φάρμακα, την καλύτερη χρησιμοποίηση των πόρων και τη διαφάνεια στις διαδικασίες τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων (High Level Pharmaceutical Forum, 2008).

Στο πλαίσιο του προβληματισμού που αναπτύχθηκε παραπάνω θα πρέπει να ενταχθεί η έκδοση της οδηγίας 2001/83/ΕΚ, με την οποία συγκεντρώθηκε σε μια μόνο πράξη το σύνολο των κοινοτικών διατάξεων που ίσχυαν για την παρασκευή, την κυκλοφορία, τη διανομή και τη χρήση των φαρμάκων που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση, καθώς και η έκδοση του Κανονισμού 726/2004 με τον οποίο η Ευρωπαϊκή Ένωση αναπτύσσει και βελτιώνει τις κοινοτικές διαδικασίες για τη χορήγηση άδειας,

την εποπτεία και τη φαρμακοεπαγρύπνηση όσον αφορά τα φάρμακα για χρήση από τον άνθρωπο. Εκτός αυτών, η Ένωση έχει υιοθετήσει διάφορες ρυθμίσεις για τη διεξαγωγή φαρμακευτικών κλινικών δοκιμασιών, δηλαδή δοκιμών σε ανθρώπους προκειμένου να διερευνηθούν τα αποτελέσματα ενός φαρμάκου (Οδηγίες 2001/20/ΕΚ και 2005/28/ΕΚ), καθώς και για τη ρύθμιση και την αντιμετώπιση των ιδιαιτεροτήτων ορισμένων τύπων φαρμακευτικών προϊόντων όπως τα ορφανά φάρμακα, δηλαδή τα φάρμακα για την αντιμετώπιση πολύ σοβαρών σπάνιων ασθενειών (Κανονισμοί 141/2000 και 847/2000), τα φάρμακα για παιδιά (Κανονισμός 1901/2006) και τα φάρμακα προηγμένων θεραπειών (Κανονισμός 1394/2007).

Η ρυθμιστική παρέμβαση της Κοινότητας όσον αφορά τις ιατρικές συσκευές δεν έχει το βάθος χρόνου που εμφανίζει στα φάρμακα, δεδομένου ότι οι πρώτες θεσμικές πρωτοβουλίες αναλαμβάνονται στις αρχές της δεκαετίας του '90. Ως αιτίες αυτής της καθυστέρησης αναφέρονται τόσο τα χαρακτηριστικά της αγοράς ιατρικών συσκευών όπως ο υψηλός κατακερματισμός της βιομηχανίας η οποία συνίσταται από επιμέρους μικρές αγορές όσο και χαρακτηριστικά του ίδιου του προϊόντος όπως το γεγονός ότι οι ιατρικές συσκευές αποτελούν ετερογενή προϊόντα που καλύπτουν μεγάλο εύρος και ποικιλία περιπτώσεων και θεραπειών (Altenstetter, 2002). Το αποτέλεσμα ήταν η ύπαρξη διαφορετικών εθνικών πλαισίων και μηχανισμών ελέγχου της διάχυσης της βιοϊατρικής τεχνολογίας (Altenstetter, 1998, König, 1998).

Η πολιτική της Κοινότητας στον τομέα των ιατρικών συσκευών υπογορεύτηκε κυρίως από τις επιταγές του σχεδίου ολοκλήρωσης της εσωτερικής αγοράς και την κατάργηση των δασμολογικών και μη δασμολογικών φραγμών του εμπορίου και δευτερευόντως από λόγους δημόσιας υγείας. Το γεγονός αυτό τεκμηριώνεται τόσο από τη χρονική στιγμή έκδοσης των οδηγιών για τις ιατρικές συσκευές όσο και από τις διαδικασίες που προβλέπονται για την έγκριση της κυκλοφορίας τους στην αγορά. Όπως άλλωστε διευκρινίζεται και στην ιστοσελίδα της αρμόδιας Διεύθυνσης της Επιτροπής, η πολιτική της Κοινότητας στον τομέα αυτό επικεντρώνεται στον προσδιορισμό του πλαισίου που διέπει την αγορά, το διεθνές εμπόριο και την ανταγωνιστικότητα της βιομηχανίας.

Τρεις οδηγίες και οι μεταγενέστερες τροποποιήσεις τους ρυθμίζουν τη διαχείριση των ιατρικών συσκευών στην Ευρωπαϊκή Ένωση: α) η οδηγία 90/385/ΕΟΚ του Συμβουλίου η οποία αναφέρεται στην προσέγγιση των νομοθεσιών των κρατών μελών σχετικά με τα ενεργά εμφυτεύσιμα ιατρικά βοηθήματα, β) η οδηγία 93/42/ΕΟΚ του Συμβουλίου για τα ιατρο-

τεχνολογικά προϊόντα και γ) η οδηγία 98/79/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τα ιατροτεχνολογικά βοηθήματα που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση *in vitro*.

Χαρακτηριστικό των παραπάνω οδηγιών είναι ότι εντάσσονται στην κατηγορία των αποκαλούμενων οδηγιών «νέας προσέγγισης» που έχουν εφαρμοστεί από το 1985 σε δεκαεπτά βιομηχανικούς τομείς μεταξύ των οποίων και αυτός των ιατρικών συσκευών. Η νέα προσέγγιση είναι μια νομοθετική τεχνική που χρησιμοποιείται με σκοπό να διευκολύνει τη δημιουργία της εσωτερικής αγοράς και να ενθαρρύνει τη θέσπιση ευέλικτων και τεχνολογικά ουδέτερων νομοθετικών ρυθμίσεων, με τη μετάβαση από τη θέσπιση λεπτομερών τεχνικών απαιτήσεων για συγκεκριμένα προϊόντα στον καθορισμό βασικών απαιτήσεων για είδη προϊόντων, ούτως ώστε να προωθηθεί η καινοτομία και η ανταγωνιστικότητα. Κύριο στοιχείο της νέας προσέγγισης είναι η θέσπιση εναρμονισμένων προτύπων και της σήμανσης CE (Conformite Europeene), η οποία υποδηλώνει το γεγονός ότι ο κατασκευαστής έχει ελέγξει ότι το προϊόν συμμορφώνεται με όλες τις διατάξεις εναρμόνισης που ισχύουν γι' αυτό και ότι το προϊόν έχει υποβληθεί στις σχετικές διαδικασίες αξιολόγησης της πιστότητας (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2003δ). Συνεπώς φαίνεται ότι, σε σχέση με τα φάρμακα, η όλη διαδικασία έγκρισης της κυκλοφορίας των ιατρικών συσκευών υπακούει σε πιο χαλαρές διαδικασίες και όχι στον έλεγχο ενός κοινοτικού οργανισμού όπως ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Αξιολόγησης των Φαρμάκων.

Σε έκθεση ομάδας εμπειρογνομώνων για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας και της εφαρμογής των διατάξεων των οδηγιών για τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα (Medical Devices Expert Group, 2002), τα πορίσματα της οποίας υιοθέτησε η Επιτροπή σε ανακοίνωσή της (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2003ε), επισημαίνεται ότι αν και οι τρεις υφιστάμενες οδηγίες συνιστούν ένα επαρκές θεσμικό πλαίσιο, είναι αναγκαίο να υπάρξουν βελτιώσεις και τροποποιήσεις στην εφαρμογή τους κυρίως ως προς την αξιολόγηση της συμμόρφωσης, της διαφάνειας και αξιοπιστίας, της επαγρύπνησης στην αγορά και της συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών και της Επιτροπής. Το 2008 η Επιτροπή ξεκίνησε μια δημόσια διαβούλευση με σκοπό τον εκσυγχρονισμό και την απλοποίηση της υφιστάμενης νομοθεσίας. Αφορμή για αυτό ήταν η διαπίστωση ότι το ισχύον σύστημα χαρακτηρίζεται από πολυκερματισμό και δεν προσφέρει ένα ενιαίο επίπεδο προστασίας της δημόσιας υγείας καθώς η εμφάνιση νέων τεχνολογιών θέτει νέες προκλήσεις στο υφιστάμενο πλαίσιο, αναδεικνύοντας την ύπαρξη σημαντικών ελλειμμάτων. Το γενικό συμπέρασμα

της διαβούλευσης ήταν ότι υπάρχουν ορισμένα περιθώρια βελτίωσης του θεσμικού πλαισίου προκειμένου να ενδυναμωθεί η ρυθμιστική παρέμβαση της Κοινότητας (European Commission, 2008).

Συνοψίζοντας, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι τα φάρμακα και οι ιατροτεχνολογικές συσκευές αποτελούν ένα τομέα αυξημένης σπουδαιότητας όσον αφορά τις επιδράσεις του στην υγεία, τη λειτουργία των συστημάτων υγείας και τις δαπάνες υγείας. Ωστόσο, το σχέδιο της ενιαίας εσωτερικής αγοράς παραμένει ημιτελές δεδομένου ότι η αρμοδιότητα της Κοινότητας δεν περιλαμβάνει ακόμα παραμέτρους όπως η τιμολόγηση και η ασφαλιστική κάλυψη των φαρμακευτικών δαπανών ή εμφανίζονται κενά στη συνεργασία Επιτροπής και κρατών μελών και βραδύτητα στην παρακολούθηση από την Επιτροπή εθνικών μέτρων, κυρίως όσον αφορά τις ιατροτεχνολογικές συσκευές.

3.4 Η ελεύθερη διακίνηση υπηρεσιών:

Η εθελοντική ασφάλιση υγείας

Ένα από τα πεδία προώθησης της ενιαίας αγοράς στον κλάδο των ασφαλιστικών καλύψεων και της παροχής υπηρεσιών αποτέλεσε η εθελοντική-εκούσια ασφάλιση υγείας (voluntary health insurance). Ο όρος αναφέρεται στην ασφάλιση υγείας η οποία δεν είναι υποχρεωτική αλλά συνάπτεται εκούσια, κατά την ελεύθερη βούληση του ατόμου ή του εργοδότη προς όφελος των εργαζομένων που απασχολεί και παρέχεται είτε από κερδοσκοπικές εμπορικές ασφαλιστικές εταιρίες είτε από μη κερδοσκοπικές ενώσεις αλληλοβοήθειας και πρόνοιας.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ο ρόλος της εθελοντικής ασφάλισης υγείας στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας είναι περιορισμένος. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη διαμόρφωση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Μοντέλου υγειονομικής περίθαλψης που βασίζεται στην εγγύηση της καθολικής προστασίας των πολιτών έναντι του κινδύνου της ασθένειας, με τη μορφή της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης ή της κρατικής χρηματοδότησης, ανεξάρτητα από την ικανότητα πληρωμής του χρήστη. Επιπροσθέτως, το κύριο χαρακτηριστικό της είναι το μικρό μερίδιο που καταλαμβάνει στην αγορά των κρατών μελών καθώς και η ποικιλομορφία που εμφανίζει ως προς τους καλυπτόμενους κινδύνους, το εύρος και την έκταση της κάλυψης του πληθυσμού, το καθεστώς των φορέων, το ύψος των δαπανών που απορροφά, τον τρόπο προσδιορισμού των ασφαλιστρών, τις παροχές και άλλες παραμέτρους (Mossialos and Thomson, 2004, Thomson and Mossialos 2009).

Στην προσπάθειά της η Κοινότητα να εξασφαλίσει τη λειτουργία μιας ενιαίας ανταγωνιστικής αγοράς εθελοντικής ασφάλισης υγείας που να επιτρέπει στους ασφαλιστές να δραστηριοποιούνται σε όλα τα κράτη μέλη, προσφέροντας ταυτόχρονα περισσότερες επιλογές στους καταναλωτές και υψηλότερη προστασία τους έναντι πιθανής οικονομικής ζημιάς, έχει εκδώσει την Οδηγία 92/49/ΕΟΚ, γνωστή ως «Τρίτη Οδηγία για την Πρωτασφάλιση εκτός της Ασφάλειας Ζωής». Το θεσμικό πλαίσιο που προσδιορίστηκε από την παραπάνω οδηγία απαγόρευσε την ύπαρξη μονοπωλίων και έδωσε τη δυνατότητα στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες πρώτον, να ιδρύουν πρακτορεία ή υποκαταστήματα σε άλλο κράτος μέλος χωρίς να απαιτείται έγκριση από τους αρμόδιους εθνικούς φορείς, δεύτερον, να παρέχουν υπηρεσίες σε άλλο κράτος μέλος χωρίς να είναι αναγκαία η ίδρυση σε αυτό υποκαταστήματος ή πρακτορείου, τρίτον, να ανταγωνίζονται μεταξύ τους ως προς τις τιμές και τα προϊόντα που προσφέρουν, τέταρτον, να μην υπόκεινται σε εθνικό έλεγχο όσο αφορά το ύψος των ασφαλιστρών και πέμπτον, να μην υπόκεινται σε προηγούμενη έγκριση των όρων ασφάλισης. Με άλλα λόγια, επιχειρήθηκε η πλήρης απορύθμιση της ασφαλιστικής αγοράς και η προστασία του καταναλωτή περιορίστηκε στη διασφάλιση έναντι πιθανών οικονομικών κινδύνων λόγω αφερεγγυότητας των εταιριών (Palm, 2002).

Το προσδοκώμενο αποτέλεσμα της πολιτικής από την Κοινότητα ήταν η αύξηση του ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστών, η διεύρυνση των επιλογών των καταναλωτών και η μείωση των τιμών. Ωστόσο, οι προσδοκίες αυτές δεν ευοδώθηκαν (Mossialos and Thomson, 2002). Αντί για μείωση των τιμών υπήρξε αύξησή τους, ιδιαίτερα στα ατομικά ασφαλιστήρια συμβόλαια, σε ποσοστό υψηλότερο από την αύξηση των δαπανών υγείας. Οι ασφαλιστικές εταιρίες απέκτησαν τη δυνατότητα να προσδιορίζουν ελεύθερα το ύψος των ασφαλιστρών, κυρίως με βάση τις πιθανότητες έλευσης του κινδύνου σε ατομικό επίπεδο εφαρμόζοντας πολιτικές επιλογής των κινδύνων και των ατόμων που ασφαλίζουν. Επιπροσθέτως, προέβησαν σε υψηλή διαφοροποίηση της δέσμης των παρεχομένων υπηρεσιών, με συνέπεια τη δημιουργία συνθηκών ασύμμετρης πληροφόρησης όπου καθίσταται από τους πιθανούς αγοραστές σχεδόν αδύνατη οποιαδήποτε σύγκριση μεταξύ των προγραμμάτων διαφορετικών εταιριών. Όμως, ασύμμετρη πληροφόρηση και αντίστροφη επιλογή, σε συνθήκες απουσίας ρυθμιστικού ελέγχου, οδηγούν επίσης σε ανισότητες πρόσβασης. Από την άλλη μεριά, ούτε η ελεύθερη κυκλοφορία των υπηρεσιών εθελοντικής ασφάλισης υγείας επιτεύχθηκε στον επιθυμητό βαθμό, δεδομένου ότι η διασυνοριακή πώληση υπηρεσιών ήταν περιορισμένη.

Σε πρόσφατη έκθεση για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας η οποία εκπονήθηκε για λογαριασμό της Επιτροπής (Thomson and Mossialos, 2009), αναδεικνύονται δύο ζητήματα προβληματισμού. Το πρώτο ζήτημα συνδέεται με το γεγονός ότι το ρυθμιστικό πλαίσιο που έχει διαμορφώσει η Οδηγία 92/49/ΕΟΚ, θέτει σοβαρούς περιορισμούς στον τρόπο με τον οποίο οι κυβερνήσεις μπορούν να παρεμβαίνουν στην αγορά της ασφάλισης υγείας ακόμα και όταν τίθεται θέμα προστασίας του δημόσιου συμφέροντος, τη στιγμή που είναι γνωστό ότι η συγκεκριμένη αγορά εμφανίζει σημαντικές αποτυχίες που σχετίζονται με την ασύμμετρη πληροφόρηση, τον ηθικό κίνδυνο, την αντίστροφη επιλογή και μπορεί να λειτουργήσει μόνο στην περίπτωση που δεν υπάρχουν προϋπάρχουσες ασθένειες, δεν εμφανίζονται μεταδοτικά νοσήματα και η πιθανότητα να αρρωστήσει κάποιος μπορεί να εκτιμηθεί έτσι ώστε να ρυθμιστεί το ασφαλιστρο. Η δυνατότητα ελέγχου από τις κυβερνήσεις περιορίζεται μόνο την εξασφάλιση του αξιόχρεου των ασφαλιστικών εταιριών και δεν επιτρέπεται να επεκταθεί και στον έλεγχο των τιμών και των ασφαλιστικών προϊόντων. Η δεύτερη δυνατότητα όμως, εκτός από την προστασία του καταναλωτή έναντι της πιθανής αφερεγγυότητας κάποιας ασφαλιστικής εταιρίας, θα έδινε μεγαλύτερη έμφαση στην εξασφάλιση πρόσβασης στην ασφαλιστική κάλυψη. Στο πλαίσιο αυτό, οι κυβερνήσεις αδυνατούν να ελέγξουν παραμέτρους όπως οι ασφαλιστικοί όροι, το ύψος και οι αυξήσεις των ασφαλιστρών. Το δεύτερο ζήτημα αναδεικνύει το θέμα της δυνατότητας του υφιστάμενου θεσμικού πλαισίου να προάγει την κοινωνική προστασία και να διασφαλίσει την προστασία του καταναλωτή. Η Οδηγία 92/49/ΕΟΚ αντανakλά τις νόρμες των συστημάτων υγείας της δεκαετίας του 1990 όπου τα όρια μεταξύ κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης ήταν προσδιορισμένα και ευδιάκριτα στα περισσότερα κράτη μέλη της Ένωσης. Σήμερα, όπως δείχνει το σύστημα ασφάλισης υγείας της Ολλανδίας, κάτι τέτοιο δεν ισχύει. Καθώς λοιπόν οι κυβερνήσεις προσβλέπουν στην ιδιωτική ασφάλιση και την καθιστούν σε κάποιο βαθμό εναλλακτικό υποκατάστατο της κοινωνικής ασφάλισης προκειμένου να περιορίσουν τους κρατικούς προϋπολογισμούς ή να αυξήσουν τις δυνατότητες επιλογής των καταναλωτών, τα όρια μεταξύ ασφαλιστικής αγοράίας δραστηριότητας και κοινωνικοασφαλιστικού προτάγματος καθίστανται θολά και εγείρεται ο κίνδυνος αρνητικών επιπτώσεων σε διαστάσεις όπως η ισότητα στη χρηματοδότηση και την πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.

4. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού (ΑΜΣ), ως ένα νέο, ήπιας μορφής εργαλείο διακυβέρνησης, έχει υιοθετηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση για τη διαμόρφωση κοινωνικής πολιτικής, στο πλαίσιο προώθησης ενός αποκεντρωμένου ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου το οποίο αντανακλά τη διαφορετικότητα των κοινωνικών συστημάτων των 27 κρατών μελών (Sakellariopoulos and Bergman, eds, 2004). Η απουσία άμεσης αρμοδιότητας θεσμοθέτησης στον υγειονομικό τομέα από την πλευρά της Κοινότητας και η κυριαρχία της αρχής της επικουρικότητας, οδήγησαν στην εφαρμογή της ΑΜΣ και στον τομέα της υγείας.

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

Το Συμβούλιο της Βαρκελώνης ζήτησε μια πιο διεξοδική εξέταση του βαθμού στον οποίο τα κράτη μέλη ικανοποιούσαν τους προαναφερθέντες στόχους (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, 2002). Για τον σκοπό αυτό τα κράτη κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο, από την επεξεργασία του οποίου η Επιτροπή συνέταξε μια κοινή έκθεση. Το ερωτηματολόγιο επιχειρούσε να αποτυπώσει σε κάθε χώρα την υφιστάμενη κατάσταση και τις προγραμματισμένες αλλαγές σε σχέση με τις διαστάσεις της πρόσβασης, της ποιότητας και της βιωσιμότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας. Εξέταζε ζητήματα όπως η ύπαρξη μηχανισμών διασφάλισης και αποτίμησης της πρόσβασης, προτύπων και μηχανισμών

αξιολόγησης και προαγωγής της ποιότητας καθώς και ζητήματα δαπανών, χρηματοδότησης και μηχανισμών ελέγχου του κόστους (The Social Protection Committee, 2002).

Από τα ευρήματα της Έκθεσης (Council of the European Union, 2003) επιβεβαιώθηκε η σπουδαιότητα των τριών γενικών στόχων, δεδομένου ότι, όπως προέκυπτε από τα ερωτηματολόγια, όλα τα κράτη επεδίωκαν την επίτευξη της καλύτερης ισορροπίας μεταξύ αυτών. Επισημαίνονταν οι κοινές προκλήσεις που αντιμετώπιζαν οι χώρες μέλη όπως οι νέες τεχνολογίες και θεραπευτικές μέθοδοι, η βελτίωση της ευεξίας και της ενημέρωσης των ασθενών και η δημογραφική γήρανση και η ανάγκη να προσαρμόσουν τα διαφορετικά συστήματα υγείας τους στις κοινές αυτές προκλήσεις Έναν καθοριστικό παράγοντα σε αυτή τη διαδικασία θεωρήθηκε ότι αποτελούσε η μέθοδος διακυβέρνησης και η ισορροπία των αρμοδιοτήτων μεταξύ της κεντρικής διοίκησης και της εθνικής-περιφερειακής-τοπικής διαχείρισης. Η έκθεση τόνιζε ότι οι τρεις στόχοι της πρόσβασης, της ποιότητας και της βιωσιμότητας θεωρούνταν πτυχές επιμέρους πολιτικών των οποίων οι αρμοδιότητες μοιράζονται μεταξύ των εθνικών κυβερνήσεων και της Ευρωπαϊκής Ένωσης και επιδιώκονται κατά κερματισμένο τρόπο. Στα πλαίσια αυτά η έκθεση αποσκοπούσε, σεβόμενη πάντα την αρχή της επικουρικότητας, να διευκολύνει μια πιο ολοκληρωμένη και συνεργατική ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειριών έτσι ώστε να υπάρξει αμοιβαίο όφελος και ανταλλαγή καλών πρακτικών.

Το Συμβούλιο των Βρυξελλών επιδοκίμασε και ενέκρινε την παραπάνω Κοινή Έκθεση και ζήτησε την εντατικοποίηση της συνεργατικής ανταλλαγής απόψεων σε σχέση με τα ζητήματα που αυτή εξετάζει, βάσει περαιτέρω προτάσεων που κλήθηκε να υποβάλει η Επιτροπή (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, 2003). Επιπροσθέτως, η επιστημονική κοινότητα υποστήριξε την εκτενέστερη εφαρμογή της μεθόδου στον τομέα της υγείας δεδομένου ότι θα μπορούσε να συμβάλλει στην υιοθέτηση κοινών προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση κοινών προβλημάτων μέσα από την προώθηση βελτιστων πρακτικών, σεβόμενη τις εθνικές ιδιαιτερότητες (Belcher et al., 2002/2003). Ιδιαίτερα, σε μέσο- και μακροπρόθεσμο χρονικό ορίζοντα θα μπορούσε να συμβάλλει στην αύξηση της συγκρισιμότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, της πρόσβασης και της ποιότητάς τους, συμβάλλοντας στην ενδυνάμωση της ευρωπαϊκής διάστασης των συστημάτων υγείας. Επιπροσθέτως, θα μπορούσε με αυτό τον τρόπο να δρομολογηθεί και μια σειρά άλλων εξελίξεων όπως η υιοθέτηση ενιαίων προτύπων και μεθόδων

διασφάλισης ποιότητας και πιστοποίησης, ιατρικών πρωτοκόλλων ή ακόμα και κοινής βασικής δέσμης παρεχομένων υπηρεσιών (Busse, 2002).

Το 2005 τα κράτη μέλη κατέθεσαν τις πρώτες εθνικές εκθέσεις για την υγεία και τη μακροχρόνια φροντίδα. Στη συνέχεια όμως, το ίδιο έτος, με σκοπό τον εξορθολογισμό, τη συνέργεια και το συντονισμό των τριών διαφορετικών ΑΜΣ, (κοινωνική ένταξη, επαρκείς και βιώσιμες συντάξεις και υψηλής ποιότητας βιώσιμη υγειονομική περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα), προκειμένου να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητά τους, συγχωνεύτηκαν σε μια ενιαία κοινωνική ΑΜΣ (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2005). Ειδικότερα, οι στόχοι που τέθηκαν αναφορικά με την υγεία είναι:

1. Πρόσβαση για όλους σε επαρκή υγειονομική περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα, λαμβάνοντας μέριμνα ώστε η ανάγκη για περίθαλψη και φροντίδα να μην οδηγεί σε συνθήκες φτώχειας και οικονομικής εξάρτησης, αντιμετωπίζοντας ταυτόχρονα τις ανισότητες που αφορούν την πρόσβαση στην περίθαλψη και τα αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας.
2. Ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη και τη μακροχρόνια φροντίδα και προσαρμογή της, συμπεριλαμβανομένης και της προληπτικής φροντίδας, στις μεταβαλλόμενες ανάγκες και προτιμήσεις της κοινωνίας και των ατόμων, κυρίως μέσα από την ανάπτυξη ποιοτικών προδιαγραφών που ανταποκρίνονται στις βέλτιστες διεθνείς πρακτικές και με την ανάπτυξη υψηλότερου αισθήματος ευθύνης μεταξύ των επαγγελματιών της υγείας και των ασθενών και αποδεκτών της φροντίδας.
3. Οικονομικά προσιτός χαρακτήρας και οικονομική βιωσιμότητα μιας επαρκούς και ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας με ορθολογική χρήση των πόρων, και κυρίως μέσα από την παροχή κατάλληλων κινήτρων για χρήστες και παρόχους, ορθή διακυβέρνηση και συντονισμό μεταξύ των συστημάτων περίθαλψης και των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων. Η μακροχρόνια βιωσιμότητα και ποιότητα προϋποθέτουν την πρόωθηση και του υγιούς και δραστήριου τρόπου ζωής, όπως και την ύπαρξη καλού ανθρώπινου δυναμικού για τον τομέα της περίθαλψης.

Το 2008 η Επιτροπή με ανακοίνωσή της, ανανέωσε τη δέσμευση για μια κοινωνική Ευρώπη και πρότεινε την ενίσχυση της ΑΜΣ για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη, μέσω της βελτίωσης της

προβολής και των μεθόδων εργασίας της, της ενίσχυσης της αλληλεπίδρασής της με άλλες πολιτικές, της ενδυνάμωσης των αναλυτικών εργαλείων και της βάσης τεκμηρίωσης, καθώς και της καλύτερης οικειοποίησης στα κράτη μέλη μέσω της ανασκόπησης από ισότιμους εταίρους, της αμοιβαίας μάθησης και της συμμετοχής όλων των σχετικών παραγόντων (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2008γ).

Ο προβληματισμός ο οποίος έχει αναπτυχθεί σε σχέση με την εφαρμογή της ΑΜΣ στον τομέα της υγείας αναφέρεται στο ερώτημα κατά πόσο αυτή συνδέεται με την προώθηση νεοφιλελεύθερων επιλογών στη μεταρρύθμιση των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας. Η κριτική προσέγγιση υποστηρίζει ότι η ΑΜΣ εντάσσεται στο πλαίσιο της αρχιτεκτονικής, των τεχνικών και των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων της νεοφιλελεύθερης διακυβέρνησης, η οποία είναι κυρίαρχη στην αναθεωρημένη στρατηγική της Λισαβόνας και οδηγεί στην απορρύθμιση του κοινωνικού μοντέλου προστασίας της υγείας. Τον πυρήνα της επιχειρηματολογίας της προσέγγισης αυτής συνιστούν η έμφαση στην έννοια της μεγέθυνσης και της ορθολογικής χρήσης των πόρων, η λειτουργία της κοινωνικής προστασίας μέσα στα όρια που θέτει η οικονομική απόδοση, η υιοθέτηση μιας φαινομενικά «απολιτικής» ρητορικής περί «μεγιστοποίησης» και «οικονομικής βιωσιμότητας» και η υποταγή των κοινωνικών επιδιώξεων της ισότητας και της αλληλεγγύης των συστημάτων υγείας σε αυτή την ουσιαστικά αγοραία και αμιγώς οικονομικίστικη ρητορική, η προτροπή για την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής η οποία υποδηλώνει την ατομική ευθύνη, η παροχή κινήτρων για χρήστες και παρόχους η οποία παραπέμπει σε συνθήκες ανταγωνισμού και δίνει έμφαση στην ατομική επιλογή (Flear, 2009).

Αντίθετα, η υποστηρικτική της ΑΜΣ προσέγγιση, θεωρεί ότι αποτελεί ένα παράδειγμα του νέου τύπου διακυβέρνησης, το οποίο επιδιώκει την κατοχύρωση του ευρωπαϊκού μοντέλου προστασίας της υγείας στο πλαίσιο του μεταφορντικού παγκοσμιοποιημένου κόσμου της λιτότητας, χρησιμοποιώντας τα οφέλη στην αποδοτικότητα που μπορούν να προκύψουν από την αποτελεσματικότερη διακυβέρνηση των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, τα θεσμικά Κοινωνικά όργανα, όπως φαίνεται από τα επίσημα κείμενά τους, δεν επιδιώκουν την αλλαγή των υφιστάμενων στα κράτη μέλη παραδειγμάτων πολιτικής υγείας με τη διάχυση νέων ιδεολογικών θέσεων. Αντίθετα, μέσα από τη διαδικασία αμοιβαίας μάθησης που συνιστά εγγενές χαρακτηριστικό της ΑΜΣ, επιχειρείται η σύγκλιση του επιπέδου παροχής φροντίδας υγείας μεταξύ

των κρατών μελών και ιδιαίτερα μεταξύ των νέων μελών της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης με τα παλαιότερα 15 μέλη. Κάτω από αυτό το πρίσμα, η διαδικασία εξευρωπαϊσμού των πολιτικών υγείας εκλαμβάνεται ως μια προσπάθεια διατήρησης υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας, βελτιώνοντας την κατάσταση των χωρών που υπολείπονται του επιπέδου αυτού (Hervey, 2008).

5. Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΩΣ ΠΟΛΥΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΘΕΣΜΙΚΗΣ ΑΣΥΜΜΕΤΡΙΑΣ

Στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας της Κοινότητας εμπλέκονται διαφορετικά θεσμικά όργανα και ομάδες που επιφορτίζονται με διαφορετικές ευθύνες και διαφορετικό εύρος αρμοδιοτήτων, σε ένα σύστημα λήψης αποφάσεων το οποίο έχει χαρακτηριστεί ως λαβύρινθος (Chambers, 1996). Η κατάτμηση εξουσίας και αρμοδιοτήτων μεταξύ των επιμέρους θεσμικών οργάνων της Ένωσης, των συμβουλευτικών επιτροπών και των κρατών μελών, έχει ως αποτέλεσμα η πολιτική υγείας να προσδιορίζεται στη βάση επίτευξης πολυεπίπεδων συμβιβασμών όπου ο κάθε δρών παράγοντας προσπαθεί να κατοχυρώσει ένα τμήμα των επιδιώξεών του (Chambers, 1999, Duncan, 2002).

Εκτός όμως της πολλαπλότητας των επιπέδων διακυβέρνησης, η διαμόρφωση πολιτικής υγείας στην Ένωση λαμβάνει χώρα σε ένα περιβάλλον το οποίο ο Scharpf (2003) το έχει χαρακτηρίσει ως θεσμική ασυμμετρία. Ο τρόπος με τον οποίο επιδιώκεται η Ευρωπαϊκή ολοκλήρωση έχει οδηγήσει σε μια θεμελιακή ασυμμετρία μεταξύ των οικονομικών πολιτικών προώθησης της αγοραίας αποδοτικότητας και των κοινωνικών πολιτικών προώθησης της ισότητας. Ενώ τα κράτη μέλη συναίνεσαν στο σταδιακό εξευρωπαϊσμό των οικονομικών πολιτικών, έδειξαν απροθυμία για μια αντίστοιχη εξέλιξη και στις πολιτικές κοινωνικής προστασίας, οι οποίες παρέμειναν εθνική υπόθεση.

Η θεσμική ασυμμετρία είναι ιδιαίτερα εμφανής στην πολιτική υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ειδικότερα στην ετερογένεια που υπάρχει μεταξύ αφενός των πρωτοβουλιών της Επιτροπής και των αποφάσεων του Δικαστηρίου αναφορικά με την προώθηση της ενιαίας εσωτερικής αγοράς στον τομέα της υγείας και αφετέρου του δικαιώματος των κρατών μελών να θέτουν τις δικές τους εθνικές προτεραιότητες στην πολιτική υγείας

και την οργάνωση των συστημάτων υγείας (Mossialos et al., 2010). Εμφανίζεται συνεπώς μια σύγκρουση μεταξύ οικονομικών και κοινωνικών στόχων και είναι σαφές ότι οι παρεμβάσεις της Κοινότητας στον τομέα της υγείας υπόκεινται στους οικονομικούς στόχους που θέτει το σχέδιο της Ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης (Wismar et al., 2002, Holland et al., 1999).

Οι Συνθήκες παρέχουν περιορισμένες αρμοδιότητες στην Ένωση για την άσκηση πολιτικής υγείας, οι οποίες επικεντρώνονται κυρίως σε ζητήματα δημόσιας υγείας. Εδώ η παρέμβαση της Κοινότητας είναι άμεση, ιδιαίτερα σε συνθήκες κρίσης όπως η εκδήλωση επιδημιών και η διαχείριση μειζόνων παραγόντων κινδύνου για την υγεία ευρύτερων ομάδων του πληθυσμού. Αντίθετα, τα κράτη μέλη διατηρούν το αποκλειστικό δικαίωμα οργάνωσης, παροχής και χρηματοδότησης των εθνικών συστημάτων υγείας. Από την άλλη μεριά όμως, οι αποφάσεις του Δικαστηρίου σε πολλές περιπτώσεις έχουν επιβεβαιώσει ότι τα συστήματα υγείας αποτελούν τμήμα της ενιαίας αγοράς. Συνεπώς υπάρχει έμμεση παρέμβαση της Κοινότητας, όπου η αρμοδιότητα της παρέμβασης αντλείται από άλλα πεδία πολιτικής που όμως έχουν επιπτώσεις στον τομέα της υγείας. Αναφερόμαστε στην προστασία των τεσσάρων ελευθεριών κυκλοφορίας εμπορευμάτων, υπηρεσιών ανθρώπων και κεφαλαίων και στην προστασία των κανόνων ανταγωνισμού. Τα παραπάνω λαμβάνουν χώρα σε συνθήκες θεσμικής ασυμμετρίας και πολυεπίπεδης διακυβέρνησης, όπου η ΑΜΣ γίνεται αντιληπτή ως ένας πιθανός χώρος συνεργασίας και συντονισμού. Συνεπώς, διαμορφώνεται ένα ιδιαίτερο, κατακερματισμένο πεδίο πολιτικής το οποίο, όπως εύστοχα παρατηρούν οι Lamping και Steffen (2009), αποτελεί έναν αντιφατικό συνδυασμό χάους και τάξης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

- Allen J. (2001), "Ensuring quality of health care providers within the single market", *Paper presented in the conference on European integration and health care systems: A challenge for social policy, organized during the Belgian Presidency of the European Union, 7-8 December 2001, Ghent.*
- Altenstetter C. (1998), "Regulating and financing medical devices in the European Union", in: Leidl R., (ed.), *Health care and its financing in the Single European Market*, IOS Press, Amsterdam, pp. 116-149.

- Altenstetter C. (2002), "Regulation of medical devices in the EU", in: McKee M., Mossialos E., Baeten R., (eds), *The impact of EU law on health care systems*, P.I.E.-Peter Lang, Bruxelles, pp. 277-303.
- Baeten R. (2009), "The proposal for a directive on patients' rights in cross-border healthcare", in: Degryse C., (ed.), *Social developments in the European Union 2008*, European Trade Union Institute (ETUI), Observatoire social européen (OSE), Brussels, pp. 155-180.
- Belcher P., McKee M., Mossialos E. (2002/2003), "Reforming the EU health competence. Framing the discussion", *Eurohealth* 8, 5: 1-3.
- Berman P., Busse R., Wismar M., Ong B., Paton C. (2002), "The Single European Market and health services – the research design", in: Busse R., Wismar M., Berman P., (eds), *The European Union and health services: The impact of the Single European Market on member states*, IOS Press, Amsterdam, pp. 31-38.
- Busse R. (2002), "The open method of coordination in European health systems", in: *Conference proceedings, L' application de la methode ouverte de coordination aux systemes de retraite professionnelles et a l' assurance sante complementaire en Europe*, Universite Autonome de Lisbonne, Vendredi 31 Mai 2002, pp. 78-83.
- Busse R., Wismar M. (2002), "Scenarios on the development of consumer choice for healthcare services", in: Busse R., Wismar M., Berman P., (eds), *The European Union and health services: The impact of the Single European Market on member states*, IOS Press, Amsterdam, pp. 249-258.
- Busse R., Drews M., Wismar M. (2002), "Consumer choice of health care services across borders", in: Busse R., Wismar M., Berman P., (eds), *The European Union and health services: The impact of the Single European Market on member states*, IOS Press, Amsterdam, pp. 231-248.
- Chambers G. (1996), "Inside the labyrinth. How the EU works", *Eurohealth*, 2, 3: 7-11.
- Chambers G. (1999), "Health policy in the EU. A basic guide", *Eurohealth*, 5, 4: 7-9.
- Council of the European Union (2003), *Joint report by the Commission and the Council on supporting national strategies for the future of health care and care for the elderly*, SOC 116, ECOFIN 77, SAN 41, Brussels 10 March 2003.
- Danzon P. (1998), "Competition policy for pharmaceuticals. On-patent vs. off-patent", *Eurohealth*, 4, 2: 24-26.

- Directorate General for Health and Consumers, (2009), *Report on the open consultation on the Green Paper on the European workforce for health*, Luxembourg.
- Duncan B. (2002), "Health policy in the European Union: how it's made and how to influence it", *British Medical Journal* 321: 1027-1030.
- EHMA (2010), EU Briefing: The impact of the Treaty of Lisbon on EU health law, *Occasional Papers*.
- European Commission (1998), Commission communication on the single market in pharmaceuticals, *COM (98) 588 final*, Brussels 25 November 1998.
- European Commission (2001), The internal market and health services, *Report of the High Level Committee on Health*.
- European Commission (2002), *High Level Group on innovation and provision of medicines recommendations for action*, Brussels.
- European Commission (2008), *Recast of the medical devices directives. Summary of responses to the public consultation*, Brussels, ENTR/F/3/D(2008) 39582.
- European Parliament (1993), *Report of the Committee on the Environment, Public Health and Consumer Protection on public health policy after Maastricht*, Session Documents, *PE 205.804/fin*, 20 October 1993.
- Flear M. (2009), "The Open Method of Coordination on health care after the Lisbon Strategy II: Towards a neoliberal framing?", *European Integration online Papers*, Special Issue 1, vol. 13, Art. 12, <http://eiop.or.at/eiop/texte/2009-012a.htm>.
- Garattini S., Bertele V. (2001), "Adjusting Europe's drug regulation to public health needs", *Lancet*, 358: 64-67.
- Hancher L. (2002), "The pharmaceuticals market: Competition and free movement actively seeking compromises", in: McKee M., Mossialos E., Baeten R., (eds), *The impact of EU law on health care systems*, P.I.E.-Peter Lang, Bruxelles, pp. 235-275.
- Hatzopoulos V. (2002), "Do the rules on internal market affect national health care systems?", in: McKee M., Mossialos E., Baeten R., (eds), *The impact of EU law on health care systems*, P.I.E.-Peter Lang, Bruxelles, pp. 123-160.
- Hermans H. (1997), "Patients' rights in the European Union. Cross-border care as an example of the right to health care", *European Journal of Public Health*, 7 (3 supplement): 11-17.

- Hermans H., Berman C. (1998), "Access to health care and health services in the European Union: Regulation 1408/71 and the E111 process", in: Leidl R., (ed.), *Health care and its financing in the Single European Market*, IOS Press, Amsterdam, pp. 324-343.
- Hermesse J., Lewalle H., Palm W. (1997), "Patient mobility within the European Union", *European Journal of Public Health*, 7 (3 supplement): 4-10.
- Hervey T. (1998), *European social law and policy*, Longman, London.
- Hervey T. (2002a), "The legal basis of European Community public health policy, in: McKee M., Mossialos E., Baeten R. (eds), *The impact of EU law on health care systems*, P.I.E.-Peter Lang, Bruxelles, pp. 23-55.
- Hervey T. (2002b), "Mapping the contours of European Union health law and policy", *European Public Law*, 8(1): 69-105.
- Hervey T. (2008), "The European Union's governance of health care and the welfare modernization agenda", *Regulation & Governance*, 2: 103-120.
- Hervey T., McHale J. (2004), *Health law and the European Union*, Cambridge University Press, Cambridge.
- High Level Pharmaceutical Forum (2008), *Final conclusions and recommendations of the High Level Pharmaceutical Forum*, Brussels.
- Holland W., Mossialos E., Permanand G. (1999), "Public health policies and priorities in Europe", in: Holland W., Mossialos E., Belcher P., Merkel B. (eds), *Public health policies in the European Union*, Ashgate, Aldershot, pp. 1-48.
- Hunter W., Berlin A., Gouvras G. (1994), "New perspectives for public health in the European Union", *Journal of Public Health*, 2: 101-108.
- Jacobzone S. (2000), Pharmaceutical policies in OECD countries: Reconciling social and industrial goals, OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper No. 40, *DEELSA/ELSA/WD(2000)1*.
- Jackson C. (1995), "European public health policy", *Eurohealth*, 1, 2: 11-14.
- Jorens Y. (2002), "The right to health care across borders", in: McKee M., Mossialos E., Baeten R. (eds), *The impact of EU law on health care systems*, P.I.E.-Peter Lang, Bruxelles, pp. 83-122.
- Kanavos P. (2001), *Overview of pharmaceutical pricing and reimbursement regulation in Europe*, LSE Health and Social Care.

- Konig H.H. (1998), "Diffusion of high-cost medical devices: Regulations in four European Union member states", in: Leidl R., (ed.), *Health care and its financing in the Single European Market*, IOS Press, Amsterdam, pp. 150-166.
- Lamping W., Steffen M. (2009), "European Union and health policy: The chaotic dynamics of integration", *Social Science Quarterly*, 90(5): 1361-1379.
- Lear J., Mossialos E. (2008), «EU law and health policy in Europe», *Euro Observer*, 10(3): 1-3.
- Leibfried S., Pierson P. (2000), "Social policy. Left to courts and markets?", in: Wallace H., Wallace W., (eds), *Policy-making in the European Union*, Oxford University Press, Oxford, pp. 267-292.
- Maynard A. (2002/2003), "Drug dealing and drug dependency", *Eurohealth* 8, 5: 8-10.
- McKee M., Mossialos E. (2006), "Health policy and European law: Closing the gaps", *Public Health*, 120: 16-22.
- McKee M., Mossialos E., Baeten R. (eds), (2002), *The impact of EU law on health care systems*, P.I.E.-Peter Lang, Bruxelles.
- Medical Devices Expert Group (2002), *Report on the functioning of the Medical Devices Directive (93/42/EC, 14 June 1993)*, http://europa.eu.int/comm/enterprise/medical_devices/index.htm.
- Mossialos E. (1998), "Pharmaceutical pricing, financing and cost containment in the European Union member states", in: Leidl R., (ed.), *Health care and its financing in the Single European Market*, IOS Press, Amsterdam, pp. 85-115.
- Mossialos E., McKee M. (2002), *EU law and the social character of health care*, P.I.E.-Peter Lang, Bruxelles.
- Mossialos E., Permanand G. (2000), Public health in the European Union: Making it relevant, *Discussion Paper No. 17*, London School of Economics, London.
- Mossialos E., and Tompson S. (2004), *Voluntary health insurance in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Copenhagen.
- Mossialos E., Permanand G., Baeten R., Hervey T. (2010), "Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy", in: Mossialos E., Permanand G., Baeten R., Hervey T., (eds), *Health systems governance in Europe: The role of EU law and policy*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 1-83.

- Nickless J. (2001), "A guarantee of similar standards of medical treatment across the EU: Were the European Court of Justice decisions in Kohll and Decker right?", *Eurohealth* 7, 1: 16-18.
- Nickless J. (2002), "The internal market and the social nature of health care", in: McKee M., Mossialos E., Baeten R., (eds), *The impact of EU law on health care systems*, P.I.E.-Peter Lang, Bruxelles, pp. 57-82.
- Nys H. (2001), "Comparative health law and the harmonization of patients' rights in Europe", *European Journal of Health Law*, 8: 317-331.
- Palm W. (2002), "Voluntary health insurance and EU insurance directives: Between solidarity and the market", in: McKee M., Mossialos E., Baeten R., (eds), *The impact of EU law on health care systems*, P.I.E.-Peter Lang, Bruxelles, pp. 195-233.
- Palm W., Nickless J. (2001), "Access to healthcare in the European Union. The consequences of the Kohll and Decker judgments", *Eurohealth* 7, 1: 13-15.
- Palm W., Nickless J., Lewalle H., Coheur A. (2000), *Implications of recent jurisprudence on the coordination of health care protection systems*, AIM, Bruxelles.
- Paton C., Berman P., Busse R., Ong B., Rehnberg C., Renck B., Romo Aviles N., Silio Villamil F., Sungh M., Wismar M. (2001), "The European Union and health services: Summary", in: Busse R., Wismar M., Berman P. (eds), *The European Union and health services: The impact of the Single European Market on member states*, IOS Press, Amsterdam, pp. 1-13.
- Pierson P., Leibfried S. (1995), "Multitiered institutions and the making of social policy", in: Leibfried S., Pierson P. (1995), *European social policy. Between fragmentation and integration*, The Brookings Institution, Washington, pp. 1-40.
- Prescrire International (2002), "European pharmaceutical policy is turning its back on public health", June.
- Proceedings of the Third Round Table organized on behalf of the European Commission, Completing the single pharmaceutical market, December 1998.*
- Richardson J. (2001), "Policy-making in the EU. Interests, ideas and garbage cans of primeval soup", in: Richardson J., (ed.), *European Union. Power and policy-making*, Routledge, London, pp. 3-26.

- Roscam-Abbing H.D.C. (1998), "Public health in the Treaty of Amsterdam", *European Journal of Health Law*, 5: 171-175.
- Sakellaropoulos Th., Bergman J. (eds), (2004), *Connecting welfare diversity within the European social model*, Intersentia, Antwerpen.
- Saltman R., Figueras J. (1996), "On solidarity and competition: An evidence-based perspective", *Eurohealth*, 2, 4: 19-20.
- Scharpf F. (2003), "The european social model: Coping with the challenges of diversity", in: Weiler J.H.H., Begg I., Peterson J., (eds), *Integration in an expanding European Union. Reassessing the Fundamentals*, Blackwell, Oxford, pp. 109-134.
- Stein H. (1995), "New tasks for public health in Europe: New structures", in: Laaser U., de Leeuw E., Stock C., (eds), *Scientific foundations for a public health policy in Europe*, Gesundheitsforschung, Juventa, Munchen, pp. 63-70.
- The Social Protection Committee (2002), Questionnaire on health and long-term care for the elderly, *SPC/2002/APR/01 En/rev 1*.
- Tompson S., Mossialos E. (2009), Private health insurance in the European Union, *Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science.
- Van Der Mei A., (1999), "The Kohll and Decker rulings: revolution or evolution?", *Eurohealth* 5, 1, pp. 14-16.
- Van Der Mei A. P., Waddington L., (1998), "Public health and the Treaty of Amsterdam", *European Journal of Health Law*, 5: 129-154.
- Wismar M., Busse R., (1998), "Freedom of movement challenges European health care scenery", *Eurohealth*, 4, 2: 13-15.
- Wismar M., Busse R., Berman P. (2002), "The European Union and health services - the context", in: Busse R., Wismar M., Berman P., (eds), *The European Union and health services: The impact of the Single European Market on member states*, IOS Press, Amsterdam, pp. 17-29.

Ελληνόγλωσση

- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2001), *Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο, στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, στην Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και στην Επιτροπή των Περιφερειών: Το*

μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους: εξασφάλιση της δυνατότητας πρόσβασης, της ποιότητας και της οικονομικής βιωσιμότητας, *COM(2001) 723 τελικό*, Βρυξέλλες 5.12.2001.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2002), Πρόταση οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου σχετικά με την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων, *COM(2002) 119 τελικό*, 7.3.2002, Βρυξέλλες.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2003α), Ανακοίνωση της Επιτροπής σχετικά με την εισαγωγή της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Υγείας, *COM(2003) 73 τελικό*, Βρυξέλλες 17.2.1003.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2003β), Ανακοίνωση της Επιτροπής σχετικά με τις παράλληλες εισαγωγές φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων για τα οποία έχει ήδη χορηγηθεί άδεια κυκλοφορίας, *COM(2003) 839 τελικό*, Βρυξέλλες, 30.12.2003.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2003γ), Ανακοίνωση της Επιτροπής, στο Συμβούλιο, στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, στην Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και στην Επιτροπή των Περιφερειών: Μια ισχυρότερη ευρωπαϊκή φαρμακευτική βιομηχανία προς όφελος του ασθενούς - Έκκληση για δράση, *COM(2003) 383 τελικό*, Βρυξέλλες 1.7.2003.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2003δ), Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο και στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. Ενίσχυση της εφαρμογής των οδηγιών της νέας προσέγγισης, *COM(2003) 240 τελικό*, Βρυξέλλες 7.5.2003.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2003ε), Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο και στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο για τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα, *COM(2003) 386 τελικό*, Βρυξέλλες 2.7.2003.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2005), Εργαζόμαστε μαζί, εργαζόμαστε καλύτερα: Ένα νέο πλαίσιο για τον ανοικτό συντονισμό των πολιτικών κοινωνικής προστασίας και κοινωνικής ένταξης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, *COM(2005) 706 τελικό*, Βρυξέλλες, 22.12.2005.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2007), Λευκή Βίβλος. Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της Ε.Ε. για την περίοδο 2008-2013, *COM(2007) 630 τελικό*, Βρυξέλλες, 23.10.2007.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2008α), Πράσινη Βίβλος για το Ευρωπαϊκό υγειονομικό δυναμικό, *COM(2008) 725*, Βρυξέλλες.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2008β), Πρόταση Οδηγίας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την εφαρμογή

των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περιθάλψη, *COM(2008) 414 τελικό*, Βρυξέλλες, 2.7.2008.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2008γ), *Ανανεωμένη δέσμευση για την κοινωνική Ευρώπη: ενίσχυση της ανοιχτής μεθόδου συντονισμού για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη*, *COM(2008) 418 τελικό*, Βρυξέλλες, 2.7.2008.

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (2001), *Συμπεράσματα της Προεδρίας*: Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Γκέτεμποργκ, 15 και 16 Ιουνίου 2001.

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (2002), *Συμπεράσματα της Προεδρίας*: Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Βαρκελώνης, 15 και 16 Μαρτίου 2002.

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (2003), *Συμπεράσματα της Προεδρίας*: Ευρωπαϊκό Συμβούλιο των Βρυξελλών, 20 και 21 Μαρτίου 2003.

Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η. (2002), *Πολιτικές φαρμάκου στην Ευρωπαϊκή Ένωση*, Παπαζήσης, Αθήνα.

Οικονόμου Χ. (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Διόνικος, Αθήνα.