ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Βρυξέλλες, 4.9.2015
COM(2015) 421 final

ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Έκθεση της Επιτροπής σχετικά με την εφαρμογή της οδηγίας 2011/24/ΕΕ περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης

Έκθεση της Επιτροπής σχετικά με την εφαρμογή της οδηγίας 2011/24/ΕΕ περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης

Η οδηγία 2011/24/ΕΕ[1] (στο εξής «η οδηγία») περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης άρχισε να ισχύει στις 24 Απριλίου 2011. Έπρεπε να μεταφερθεί στο εθνικό δίκαιο από τα κράτη μέλη έως τις 25 Οκτωβρίου 2013. Αποσαφηνίζει τα δικαιώματα των ασθενών να ζητούν επιστροφή των εξόδων για υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται σε άλλο κράτος μέλος.

Το άρθρο 20 παράγραφος 1 της οδηγίας απαιτεί από την Επιτροπή «να καταρτίσει έκθεση σχετικά με την εφαρμογή της εν λόγω οδηγίας και να την υποβάλει στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και στο Συμβούλιο» μέχρι τις 25 Οκτωβρίου 2015 και στη συνέχεια να πράττει το ίδιο ανά τριετία. Η έκθεση θα πρέπει να περιλαμβάνει ιδιαίτερα πληροφορίες σχετικά με τη ροή των ασθενών, τις οικονομικές διαστάσεις της κινητικότητας των ασθενών, την εφαρμογή του άρθρου 7 παράγραφος 9 και του άρθρου 8, και τη λειτουργία των ευρωπαϊκών δικτύων αναφοράς και των εθνικών σημείων επαφής.

Η παρούσα έκθεση παρουσιάζει την τρέχουσα κατάσταση της μεταφοράς, και καλύπτει τις πλέον σημαντικές και συναφείς διατάξεις, όπως η εφαρμογή της προηγούμενης έγκρισης, το επίπεδο της κινητικότητας των ασθενών, οι πρακτικές επιστροφής των εξόδων, η ενημέρωση των ασθενών και η συνεργασία στο πλαίσιο της οδηγίας. Επίσης, αναφέρεται στην άσκηση των εξουσιών για την έκδοση πράξεων κατ' εξουσιοδότηση σύμφωνα με το άρθρο 17 παράγραφος 1 της οδηγίας, το οποίο επιβάλλει στην Επιτροπή να υποβάλει σχετική έκθεση μέχρι τις 24 Οκτωβρίου 2015.

Κεφάλαιο 1: Κατάσταση της μεταφοράς στο εθνικό δίκαιο

Η προθεσμία μεταφοράς της οδηγίας στο εθνικό δίκαιο έληξε στις 25 Οκτωβρίου 2013. Διαδικασίες επί παραβάσει κινήθηκαν κατά 26 κρατών μελών σχετικά με την καθυστερημένη ή ελλιπή κοινοποίηση των εν λόγω μέτρων.

Από την 1η Ιουλίου 2015, εκκρεμούν τέσσερις διαδικασίες επί παραβάσει και τα τέσσερα ενεχόμενα κράτη μέλη είχαν αναλάβει ισχυρές δεσμεύσεις για την αντιμετώπιση των εκκρεμών ζητημάτων.

Οι εν λόγω παραβάσεις αφορούν μόνο την πληρότητα των μέτρων μεταφοράς στο εθνικό δίκαιο. Το επόμενο στάδιο για την Επιτροπή είναι να αξιολογήσει εάν τα κράτη μέλη μετέφεραν σωστά την οδηγία.

[1] Οδηγία 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 9ης Μαρτίου 2011, περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης (ΕΕ L 88 της 4.4.2011, σ. 45).

Κεφάλαιο 2: Κινητικότητα ασθενών

2.1 Προηγούμενη έγκριση: ιστορικό

Το άρθρο 8 παράγραφος 2 στοιχείο α) της οδηγίας παρέχει στα κράτη μέλη τη δυνατότητα να εφαρμόζουν ένα σύστημα προηγούμενης έγκρισης για την υγειονομική περίθαλψη η οποία υπόκειται σε προϋποθέσεις προγραμματισμού, εφόσον συνεπάγεται διανυκτέρευση του ασθενούς σε νοσοκομείο ή απαιτεί χρήση άκρως εξειδικευμένης και δαπανηρής ιατρικής υποδομής ή ιατρικού εξοπλισμού. Το άρθρο 8 παράγραφος 2 στοιχεία β) και γ) τους επιτρέπει επίσης να απαιτούν προηγούμενη έγκριση για θεραπείες που παρουσιάζουν ιδιαίτερο κίνδυνο για τους ασθενείς ή το κοινό ή για περίθαλψη που παρέχεται από πάροχο υγειονομικής περίθαλψης που προκαλεί σοβαρές ανησυχίες όσον αφορά την ποιότητα και την ασφάλεια της περίθαλψης. Ωστόσο, στην πράξη, τα συστήματα προηγούμενης έγκρισης βασίζονται σχεδόν εξ ολοκλήρου στο άρθρο 8 παράγραφος 2 στοιχείο α), στο οποίο η παρούσα έκθεση θα επικεντρωθεί για τον λόγο αυτό.

Κάθε σύστημα προηγούμενης έγκρισης πρέπει να είναι αναγκαίο και ανάλογο προς τον επιδιωκόμενο στόχο και δεν είναι δυνατόν να συνιστά μέσο αυθαίρετων διακρίσεων ή αδικαιολόγητο εμπόδιο στην ελεύθερη κυκλοφορία των ασθενών.

Το άρθρο 8 παράγραφος 7 της οδηγίας απαιτεί από κάθε κράτος μέλος να «δημοσιοποιεί ποια υγειονομική περίθαλψη υπόκειται σε προηγούμενη έγκριση».

Τα κράτη μέλη έχουν θεσπίσει συστήματα προηγούμενης έγκρισης ως εξής.



Δεκατέσσερις χώρες προβλέπουν συνεπώς τόσο την «διανυκτέρευση σε νοσοκομείο» και όσο και την «άκρως εξειδικευμένη» περίθαλψη ως κριτήρια για την απαίτηση προηγούμενης έγκρισης.

Καμία από τις 14 χώρες που προβλέπουν το κριτήριο «της διανυκτέρευσης» δεν έχει προσδιορίσει ποιες θεραπείες καλύπτονται από το κριτήριο αυτό.

Πολλά κράτη μέλη απαιτούν προηγούμενη έγκριση εάν η υγειονομική περίθαλψη απαιτεί διανυκτέρευση σε νοσοκομείο στο κράτος μέλος θεραπείας. Είναι αμφίβολο κατά πόσον αυτό συνάδει με το κριτήριο του άρθρου 8 παράγραφος 2 στοιχείο α), το οποίο αφορά τον τρόπο με τον οποίο η περίθαλψη παρέχεται στο κράτος μέλος ασφάλισης και όχι στο κράτος μέλος στο οποίο πραγματοποιείται η θεραπεία.

Εννέα από τα 14 κράτη μέλη έχουν επισημάνει τις θεραπείες που θεωρούν ότι πληρούν το κριτήριο της «άκρως εξειδικευμένης» περίθαλψης, ενώ πέντε δεν το έχουν πράξει.

Στα εν λόγω 14 κράτη μέλη, επομένως, δεν είναι σαφές για τους ασθενείς ποιες ακριβώς θεραπείες υπόκεινται σε προηγούμενη έγκριση, δεδομένου ότι η εφαρμογή ενός τουλάχιστον από τα εν λόγω κριτήρια — και, σε ορισμένες περιπτώσεις, και των δύο — δεν έχει αποσαφηνιστεί από τις εθνικές αρχές.

Από συνεντεύξεις με 20 συστήματα ασφάλισης υγείας στο πλαίσιο μιας μελέτης αξιολόγησης[2] εξ ονόματος της Επιτροπής διαπιστώθηκε ότι 15 από αυτά θεωρούσαν ότι οι ασθενείς στη χώρα τους δεν γνωρίζουν αν μια θεραπεία υπόκειται σε προηγούμενη έγκριση ή όχι και, επομένως, οι ασθενείς έτειναν να ζητούν προηγούμενη έγκριση ακόμη και όταν αυτό δεν ήταν αναγκαίο.

Όπως αναφέρεται στην αιτιολογική σκέψη 43 της οδηγίας, τα κριτήρια για τη χορήγηση προηγούμενης έγκρισης πρέπει να είναι δεόντως δικαιολογημένα. Από τα δεδομένα που παρέχουν τα κράτη μέλη, σε γενικές γραμμές, δεν προκύπτει ότι δικαιολογούνται εκτεταμένα συστήματα προηγούμενης έγκρισης: ο αριθμός των ατόμων που υποβάλλουν αίτηση για χορήγηση έγκρισης είναι απλώς πολύ μικρός. Δύσκολα μπορεί να υποστηριχθεί, για παράδειγμα, ότι μια θεραπεία θα πρέπει να υπόκειται σε προηγούμενη έγκριση εφόσον καμία αίτηση δεν έχει υποβληθεί για τη συγκεκριμένη θεραπεία κατά το συγκεκριμένο έτος (με πιθανή εξαίρεση βέβαια τις άκρως εξειδικευμένες ή δαπανηρές θεραπείες, καθώς ακόμη και ένας πολύ μικρός αριθμός αιτήσεων επιστροφής εξόδων θα μπορούσε να έχει σημαντικές συνέπειες). Τα δεδομένα στο παράρτημα Α δείχνουν ότι ορισμένα κράτη μέλη με συστήματα προηγούμενης έγκρισης που δεν έχουν λάβει καθόλου αιτήσεις για χορήγηση έγκρισης (ενώ πολλά άλλα κράτη μέλη έχουν λάβει πολύ λίγες).

2.2 Επιστροφή εξόδων και διοίκηση

Το άρθρο 7 παράγραφος 9 επιτρέπει στα κράτη μέλη να περιορίζουν την εφαρμογή των κανόνων για την επιστροφή των εξόδων διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης για επιτακτικούς λόγους γενικού συμφέροντος. Ωστόσο, το άρθρο 7 παράγραφος 11 απαιτεί να είναι οι εν λόγω περιορισμοί αναγκαίοι και αναλογικοί και να μην συνιστούν μέσο αυθαίρετων διακρίσεων ή αδικαιολόγητο εμπόδιο στην ελεύθερη κυκλοφορία. Επιπλέον, τα κράτη μέλη υποχρεούνται να κοινοποιούν στην Επιτροπή κάθε απόφαση με την οποία εισάγουν περιορισμούς βάσει του άρθρου 7 παράγραφος 9.

[2] http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/docs/2015_evaluative_study_frep_en.pdf.
Σημείωση σχετικά με τη μελέτη αξιολόγησης επισυνάπτεται ως παράρτημα Β της παρούσας έκθεσης.

Αν και η Επιτροπή δεν έχει λάβει συγκεκριμένες κοινοποιήσεις, ορισμένοι τρόποι με τους οποίους τα κράτη μέλη έχουν μεταφέρει την οδηγία θα μπορούσαν να θεωρηθούν ότι περιορίζουν την επιστροφή των εξόδων.

Σύμφωνα με το άρθρο 7 παράγραφος 4 της οδηγίας, το σημείο αναφοράς για την επιστροφή των εξόδων για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να είναι το ποσό που επιβαρύνει το σύστημα όταν η συγκεκριμένη υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από δημόσιο ή συμβεβλημένο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης (ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο ένα συγκεκριμένο σύστημα υγείας είναι οργανωμένο) στο κράτος μέλος ασφάλισης.

Τουλάχιστον τρία κράτη μέλη έχουν θεσπίσει πρακτικές επιστροφής των εξόδων για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, βάσει των οποίων τα τιμολόγια για την επιστροφή των εξόδων σε ασθενείς βασίζονται στο κόστος που θα μπορούσε να βαρύνει το κράτος μέλος ασφάλισης για περίθαλψη από ιδιωτικό ή μη συμβεβλημένο πάροχο (το οποίο είναι σημαντικά χαμηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό των δημόσιων ή συμβεβλημένων παρόχων υπηρεσιών) εάν η υγειονομική αυτή περίθαλψη είχε παρασχεθεί στο έδαφός του.

Τρία κράτη μέλη φαίνεται ότι απαιτούν από κάθε ασθενή που ζητά την επιστροφή των εξόδων για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη να αποδεικνύει το λόγο για τον οποίο είναι απαραίτητη από ιατρική άποψη για το συγκεκριμένο περιστατικό η υγειονομική περίθαλψη σε άλλη χώρα. Είναι αμφίβολο αν αυτό συνάδει με την αρχή της ελεύθερης κυκλοφορίας των ασθενών και με τα κριτήρια που ορίζονται στο άρθρο 7 παράγραφοι 9 και 11.

Το άρθρο 7 παράγραφος 7 της οδηγίας επιτρέπει στα κράτη μέλη να επιβάλλουν τις ίδιες προϋποθέσεις και διατυπώσεις για τους ασθενείς που επιθυμούν διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη με εκείνες που θα είχαν επιβάλει αν η υγειονομική περίθαλψη είχε παρασχεθεί στο έδαφός τους, υπό την προϋπόθεση ότι δεν εισάγουν δυσμενείς διακρίσεις και δεν συνιστούν αδικαιολόγητο εμπόδιο στην ελεύθερη κυκλοφορία.

Δώδεκα κράτη μέλη εφαρμόζουν την εν λόγω διάταξη σε σχέση με τη δομή ελέγχου που διαθέτουν, δηλαδή το σύστημα στο πλαίσιο του οποίου απαιτείται γνωμοδότηση από ιατρό γενικής ιατρικής ή οικογενειακό ιατρό για να έχουν οι ασθενείς πρόσβαση σε εξειδικευμένη υγειονομική περίθαλψη. Ως εκ τούτου, οι γνωμοδοτήσεις αυτές απαιτούνται επίσης για να αποζημιώνονται οι ασθενείς όταν έχουν πρόσβαση σε τέτοιου είδους εξειδικευμένη υγειονομική περίθαλψη σε άλλο κράτος μέλος. Σύμφωνα με την αρχή της αμοιβαίας αναγνώρισης των επαγγελματικών προσόντων, ωστόσο, τα κράτη μέλη θα πρέπει να αναγνωρίζουν τις αποφάσεις σχετικά με τις κλινικές ανάγκες του ασθενή και την καταλληλότητα ενός ισότιμου επαγγελματία της υγείας σε άλλο κράτος μέλος. Ωστόσο, πέντε από τα ανωτέρω δώδεκα κράτη μέλη τονίζουν ρητώς ότι η εν λόγω γνωμοδότηση θα πρέπει να προέρχεται από επαγγελματία της υγείας στη χώρα τους.

Τουλάχιστον τέσσερα κράτη μέλη απαιτούν από τους ασθενείς να υποβάλλουν επίσημη μετάφραση των τιμολογίων (ακόμη ένα από αυτά απαιτεί από τους ασθενείς να υποβάλλουν όλα τα σχετικά έγγραφα προς επικύρωση από τον πρόξενό του στη χώρα στην οποία πραγματοποιείται η θεραπεία). Ωστόσο, το άρθρο 10 της οδηγίας υποχρεώνει τα εθνικά

σημεία επαφής να συνεργάζονται για την κατανόηση των τιμολογίων. Η απαίτηση αυτή θα πρέπει, ως εκ τούτου, να εξεταστεί υπό τις προϋποθέσεις του άρθρου 7 παράγραφος 7.

Η εφαρμογή της οδηγίας στην «τηλεϊατρική» (δηλαδή στις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται εξ αποστάσεως) έχει οδηγήσει σε κάποια έλλειψη σαφήνειας. Για παράδειγμα, ορισμένα κράτη μέλη επιστρέφουν έξοδα για τέτοιες υπηρεσίες ή προβλέπουν εξετάσεις από ιατρούς γενικής ιατρικής εξ αποστάσεως, ενώ άλλα όχι. Εάν ένας ασθενής από κράτος μέλος στο οποίο οι εξετάσεις αυτές δεν προβλέπονται ούτε χρηματοδοτούνται εξεταστεί μέσω τηλεϊατρικής από ιατρό γενικής ιατρικής που εδρεύει σε κράτος μέλος στο οποίο οι εξετάσεις αυτές προβλέπονται, δεν είναι σαφές αν το κράτος μέλος ασφάλισης μπορεί, στην περίπτωση αυτή, να αρνηθεί την επιστροφή των εξόδων. Αφενός, η επιστροφή των εξόδων για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη προβλέπεται εάν η εν λόγω υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνεται στις παροχές που δικαιούται ο ασφαλισμένος στο κράτος μέλος ασφάλισης (άρθρο 7 παράγραφος 1) και το κράτος μέλος ασφάλισης μπορεί να επιβάλει, μεταξύ άλλων στην περίπτωση υγειονομικής περίθαλψης μέσω τηλεϊατρικής, τους ίδιους όρους και κριτήρια επιλεξιμότητας όπως και για την υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται στο έδαφός του. Αφετέρου, το άρθρο 4 παράγραφος 1 στοιχείο α) θεσπίζει την αρχή σύμφωνα με την οποία η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται σύμφωνα με τη νομοθεσία του κράτους μέλους θεραπείας και, σε περίπτωση τηλεϊατρικής, η υγειονομική περίθαλψη θεωρείται ότι παρέχεται στο κράτος μέλος όπου ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης έχει την έδρα του [άρθρο 3, στοιχείο δ)]. Ένα σχετικό θέμα στην περίπτωση αυτή είναι ο ορισμός της «δέσμης παροχών», δηλαδή της υγειονομικής περίθαλψης την οποία ο ασθενής δικαιούται.

2.3 Ροές ασθενών

Για τη σύνταξη της παρούσας έκθεσης, η Επιτροπή ζήτησε από τα κράτη μέλη να συμμετάσχουν σε μια διαδικασία συλλογής δεδομένων. Είκοσι έξι κράτη μέλη διαβίβασαν απαντήσεις που καλύπτουν το ημερολογιακό έτος 2014.

Οι ροές ασθενών για υγειονομική περίθαλψη στο εξωτερικό στο πλαίσιο της οδηγίας είναι χαμηλές. Από τα 21 κράτη μέλη που καθιέρωσαν σύστημα προηγούμενης έγκρισης, 17 ήταν σε θέση να παράσχουν δεδομένα σχετικά με τον αριθμό αιτήσεων για έγκριση ειδικώς στο πλαίσιο της οδηγίας. Στα εν λόγω κράτη μέλη, υποβλήθηκαν συνολικά 560 μόνο αιτήσεις για έγκριση (εκ των οποίων 360 έλαβαν έγκριση). Δύο από αυτά τα κράτη μέλη δήλωσαν ότι ούτε απέρριψαν ούτε ενέκριναν έστω και μία αίτηση, ενώ δύο ανέφεραν ότι διεκπεραίωσαν από μία το καθένα και μόνον δύο έλαβαν περισσότερες από 100 αιτήσεις. Εκτός από τα ανωτέρω 17 κράτη μέλη, η Γαλλία ανέφερε ότι χορήγησε 57 000 εγκρίσεις· ωστόσο, πρόκειται για συνολικό μέγεθος που συνδυάζει εγκρίσεις στο πλαίσιο τόσο των κανονισμών κοινωνικής ασφάλισης[3] όσο και της οδηγίας.

Για περίθαλψη που δεν υπόκειται σε προηγούμενη έγκριση, η Φινλανδία, η Γαλλία και το Λουξεμβούργο ανέφεραν σημαντική δραστηριότητα, με 17 142, 422 680 και 117 962 επιστροφές εξόδων αντίστοιχα. Ωστόσο, πρόκειται επίσης για συνολικά μεγέθη που

[3] Κανονισμοί (ΕΚ) αριθ. 883/2004 και (ΕΚ) αριθ. 987/2009 για τον συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης.

συνδυάζουν δεδομένα στο πλαίσιο τόσο των κανονισμών κοινωνικής ασφάλισης όσο και της οδηγίας.

Είκοσι κράτη μέλη ανέφεραν δεδομένα σχετικά με τις επιστροφές εξόδων που πραγματοποιούνται αποκλειστικά βάσει της οδηγίας. Από αυτά, πραγματοποιήθηκαν συνολικά 39 826 επιστροφές εξόδων, εκ των οποίων οι 31 032 αναφέρθηκαν από τη Δανία μόνον. Συνολικά, μόνον τέσσερα από τα εν λόγω κράτη μέλη ανέφεραν περισσότερες από 1 000 επιστροφές. Στο άλλο άκρο της κλίμακας, 14 κράτη μέλη είχαν πραγματοποιήσει λιγότερες από 100 επιστροφές (από τα οποία έξι δεν πραγματοποίησαν καμία επιστροφή εξόδων). Αυτό φαίνεται να οφείλεται στο μικρό αριθμό αιτήσεων μάλλον, παρά στο μεγάλο αριθμό απορρίψεων: από τα διαθέσιμα δεδομένα προκύπτει ότι 85 % περίπου των αιτήσεων επιστροφής εξόδων έγιναν δεκτές.

Αυτός ο γενικά χαμηλός όγκος της κινητικότητας των ασθενών για προγραμματισμένη περίθαλψη εμφανίζεται επίσης στην περίπτωση περίθαλψης στο πλαίσιο των κανονισμών κοινωνικής ασφάλισης. Το 2013 υποβλήθηκαν 1,6 εκατομμύρια αιτήσεις επιστροφής εξόδων για μη προγραμματισμένη υγειονομική περίθαλψη, αλλά μόνον 30 172 αιτήσεις για την προγραμματισμένη περίθαλψη στο εξωτερικό σύμφωνα με τους κανονισμούς (μέσω του εντύπου S2 που χρησιμοποιείται σε τέτοιες περιπτώσεις). Από αυτές, οι 29 115 έγιναν δεκτές[4], — 17 358 στο Λουξεμβούργο μόνον.

Λεπτομερής ανάλυση των δεδομένων παρέχεται στο παράρτημα Α, το οποίο επίσης θεσπίζει διάφορες ειδικότητες όσον αφορά το έτος συλλογής δεδομένων, κυρίως ότι η οδηγία άρχισε να εφαρμόζεται σε διαφορετικές χρονικές στιγμές στα διάφορα κράτη μέλη και δεν μπορεί ως εκ τούτου να καλύπτει όλα τα στοιχεία του 2014.

Η έκθεση βάσει του άρθρου 20 παράγραφος 3 της οδηγίας 2011/24/ΕΕ, την οποία ενέκρινε η Επιτροπή στις αρχές του 2014[5], επισημαίνει ότι η εφαρμογή της οδηγίας θα μπορούσε να επηρεάσει την εφαρμογή των κανονισμών κοινωνικής ασφάλισης. Στην έκθεση αυτή αναφέρονται λεπτομερώς τα στοιχεία που θα χρειάζονταν για την εκτίμηση αν αυτό είχε, πράγματι, συμβεί. Όπως έχουν τα πράγματα, δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα και ότι, ως εκ τούτου, η Επιτροπή δεν είναι σε θέση να προβεί σε περαιτέρω ανάλυση σ' αυτό το στάδιο.

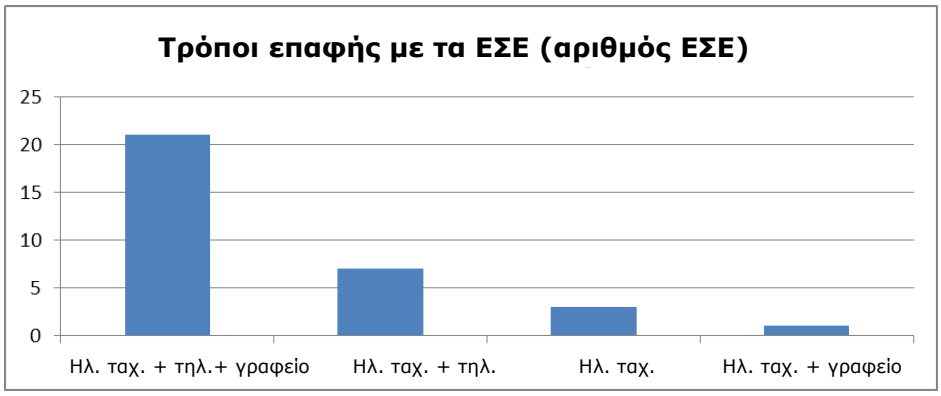
Κεφάλαιο 3: Εθνικά σημεία επαφής και πληροφόρηση των ασθενών

Ορισμένα κράτη μέλη έχουν διαφορετικά εθνικά σημεία επαφής (ΕΣΕ) για τους «εισερχόμενους» και τους «εξερχόμενους» ασθενείς. Άλλα έχουν περιφερειακά ΕΣΕ και ένα «σφαιρικό» ΕΣΕ. Ορισμένα ΕΣΕ υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας, άλλα στο ταμείο ασθενείας και άλλα σε ανεξάρτητους φορείς.

[4] Σημειωτέον ότι τα δεδομένα για την προγραμματισμένη περίθαλψη μέσω των εντύπων S2 καλύπτουν μόνον 22 κράτη μέλη, καθώς τα δεδομένα για τα υπόλοιπα δεν ήταν διαθέσιμα.

[5] http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0044&from=EN.

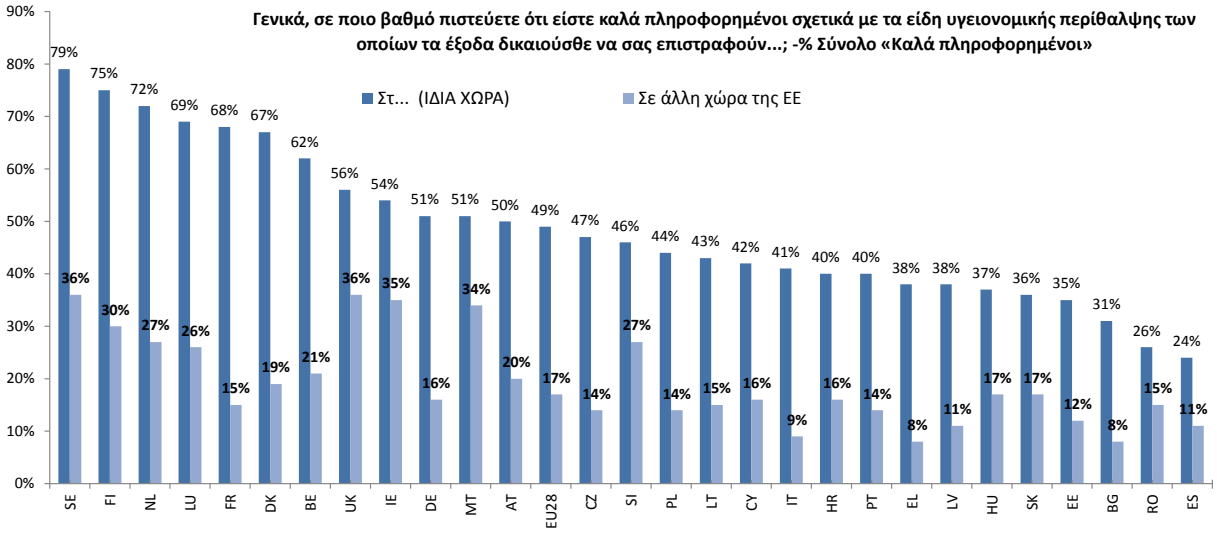
Υπάρχουν επίσης διαφορές μεταξύ των διαύλων επικοινωνίας που χρησιμοποιούνται από τα ΕΣΕ, όπως δείχνει ο παρακάτω πίνακας (που καλύπτει τα 28 κράτη μέλη και τα επιμέρους σημεία επαφής για την Αγγλία, τη Σκωτία, την Ουαλία, τη Βόρεια Ιρλανδία και το Γιβραλτάρ)[6].



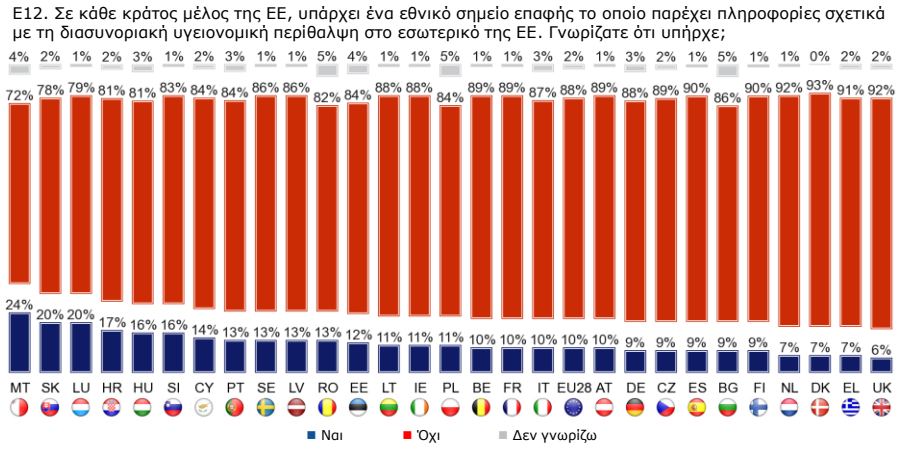
Τα εν λόγω δεδομένα προέρχονται από τη μελέτη αξιολόγησης, η οποία επίσης ανέφερε σημαντική μεταβολή στη δραστηριότητα των ΕΣΕ. Από τα εννέα ΕΣΕ που εξετάστηκαν στο πλαίσιο της έρευνας, τρία έλαβαν λιγότερες από 10 αιτήσεις παροχής πληροφοριών τον μήνα, τέσσερα έλαβαν από 10 έως 100 αιτήσεις, ενώ μόνον δύο έλαβαν περισσότερες από 100 αιτήσεις τον μήνα. Τα συμπεράσματα αυτά είναι σύμφωνα με τα δεδομένα που υπέβαλαν τα κράτη μέλη σχετικά με τις αιτήσεις παροχής πληροφοριών (που περιέχονται στο παράρτημα Α).

Αυτό δεν αποτελεί έκπληξη, καθώς, όπως φαίνεται, οι πολίτες της ΕΕ έχουν χαμηλή επίγνωση των δικαιωμάτων τους και της ύπαρξης των ΕΣΕ. Πρόσφατη έρευνα του Ευρωβαρομέτρου έδειξε[7] ότι λιγότεροι από δύο στους δέκα πολίτες θεωρούν ότι είναι πληροφορημένοι σχετικά με τα δικαιώματά τους για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη:

[6] Το Ηνωμένο Βασίλειο δεν διαθέτει εθνικό σημείο επαφής που να καλύπτει ολόκληρη την επικράτειά του και, επομένως, ήταν αναγκαίο να εξεταστούν τα επιμέρους σημεία επαφής. Άλλα κράτη μέλη διαθέτουν τόσο περιφερειακά σημεία επαφής όσο και ένα κεντρικό ΕΣΕ.
[7] http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_425_sum_en.pdf.



Παράλληλα, μόνον ένας στους δέκα γνώριζε την ύπαρξη των ΕΣΕ:



Μέσω μιας σειράς συνεδρίων που διοργανώθηκαν για λογαριασμό της Επιτροπής από το ευρωπαϊκό φόρουμ ασθενών, ορισμένες οργανώσεις ασθενών εξέφρασαν την ανησυχία τους ότι οι ασθενείς αντιμετωπίζουν έναν λαβύρινθο «συγκεχυμένων, ενίοτε ανεπαρκών και ενίοτε υπερβολικά λεπτομερών πληροφοριών» όσον αφορά τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη. Παρατήρησαν ότι τα ΕΣΕ έχουν καθοριστικό ρόλο στην επιτυχία ή την αποτυχία της οδηγίας και υπέδειξαν ότι τα ΕΣΕ θα μπορούσαν να παρέχουν «κατάλογους ελέγχου» για τα άτομα που προτίθενται να ζητήσουν προγραμματισμένη περίθαλψη στο εξωτερικό, καθώς και λεπτομερέστερα επιμέρους χρονοδιαγράμματα των διαδικασιών με πληροφορίες για τα έξοδα και τα ποσοστά επιστροφής των εξόδων. Τόνισαν ότι είναι επιθυμητή η διευκόλυνση «της συγκρισιμότητας και της αξιοπιστίας των πληροφοριών που παρέχονται στους ασθενείς σχετικά με την ποιότητα και την ασφάλεια, από όλους τους φορείς και σε όλα τα κράτη μέλη».

> «Οι ασθενείς έχουν υψηλές προσδοκίες ... η επικρατούσα αντίληψη είναι ότι το ΕΣΕ πρέπει να είναι πύλη για την υγειονομική περίθαλψη, όχι φύλακας που εμποδίζει την πρόσβαση.» — *Οργάνωση ασθενών*

Η οδηγία απαιτεί από τα κράτη μέλη να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα και την ασφάλεια των συστημάτων. Ορισμένα κράτη μέλη παρέχουν συνδέσμους προς διάφορα νομικά έγγραφα· άλλα προβαίνουν σε γενική περιγραφή των στρατηγικών διασφάλισης της ποιότητας· μερικά παρέχουν λεπτομερείς πληροφορίες (περιλαμβανομένων και συνδέσμων προς τα συστήματα αξιολόγησης των νοσοκομείων βάσει τυπικών παραμέτρων ασφαλείας, π.χ. ποσοστό θνησιμότητας, αριθμός περιπτώσεων των οποίων η θεραπεία παρουσίασε επιπλοκές)· άλλα κατευθύνουν τους πολίτες προς συγκεκριμένες πηγές — διαδικτυακοί τόποι ή κατονομαζόμενα πρόσωπα. Ορισμένα δεν αναφέρονται καθόλου στην ασφάλεια και την ποιότητα.

Ορισμένα κράτη μέλη εξακολουθούν να διατυπώνουν ανησυχίες ως προς τη γνωστοποίηση της πολυπλοκότητας της τρέχουσας νομικής κατάστασης, καθώς η διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη καλύπτεται από δύο διακεκριμένα σύνολα νομοθεσίας της ΕΕ (η οδηγία και οι κανονισμοί κοινωνικής ασφάλισης), παρά τη διάταξη του άρθρου 2 στοιχείο ιγ) της οδηγίας, βάσει του οποίου αυτή ισχύει με την επιφύλαξη των κανονισμών κοινωνικής ασφάλισης (βλ. επίσης αιτιολογικές σκέψεις 28 έως 31 της οδηγίας).

Κεφάλαιο 4: Διασυνοριακή συνεργασία

4.1 Αναγνώριση των ιατρικών συνταγών

Το άρθρο 11 της οδηγίας θέτει σε εφαρμογή την αρχή της αμοιβαίας αναγνώρισης των ιατρικών συνταγών μεταξύ κρατών μελών και εξουσιοδοτεί την Επιτροπή να θεσπίσει πρακτικά μέτρα για να βοηθήσει την αναγνώριση αυτή.

Τα περισσότερα από τα μέτρα αυτά προβλέπονται στην εκτελεστική οδηγία 2012/52/ΕΕ[8]. Η εν λόγω οδηγία καθιέρωσε κατάλογο των κοινών στοιχείων που πρέπει να περιλαμβάνονται στις διασυνοριακές συνταγές. Ο εν λόγω κατάλογος περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων και με περιορισμένες εξαιρέσεις, την «κοινή ονομασία» του προϊόντος (η οποία, στην πράξη, σημαίνει τη διεθνή κοινή ονομασία για την ευρεία πλειονότητα των προϊόντων).

Η προθεσμία για τη μεταφορά της εκτελεστικής οδηγίας έληγε την ίδια ημερομηνία με εκείνη που είχε τεθεί για τη μεταφορά στο εθνικό δίκαιο της οδηγίας 2011/24/ΕΕ, δηλαδή στις 25 Οκτωβρίου 2013. Εικοσιένα κράτη μέλη είτε δεν τήρησαν την προθεσμία είτε μετέφεραν πλημμελώς την εκτελεστική οδηγία, με αποτέλεσμα να κινηθούν διαδικασίες επί παραβάσει. Δύο από αυτές τις υποθέσεις παράβασης εκκρεμούσαν ακόμη την 1η Ιουλίου 2015, ενώ οι υπόλοιπες είχαν περατωθεί λόγω επιγενομένης μεταφοράς στο εθνικό δίκαιο από τα οικεία κράτη μέλη. Στις δύο υποθέσεις που εκκρεμούν, τα οικεία κράτη μέλη ανέλαβαν τη δέσμευση να αντιμετωπίσουν τα εκκρεμή ζητήματα.

4.2. Ευρωπαϊκά δίκτυα αναφοράς

Το άρθρο 12 της οδηγίας απαιτεί από την Επιτροπή να υποστηρίξει την ανάπτυξη ευρωπαϊκών δικτύων αναφοράς (ΕΔΑ) των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των

[8] Εκτελεστική Οδηγία 2012/52/ΕΕ της Επιτροπής, της 20ής Δεκεμβρίου 2012, σχετικά με τη θέσπιση μέτρων που διευκολύνουν την αναγνώριση των ιατρικών συνταγών οι οποίες εκδίδονται σε άλλα κράτη μέλη (ΕΕ L 356 της 22.12.2012, σ. 68).

κέντρων εμπειρογνωμοσύνης (ιδίως στον τομέα των σπάνιων νόσων): με τη θέσπιση κριτηρίων και προϋποθέσεων που τα εν λόγω δίκτυα και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης που επιθυμούν να προσχωρήσουν σ' αυτά πρέπει να πληρούν, με την ανάπτυξη κριτηρίων για τη δημιουργία και την αξιολόγηση των δικτύων αυτών και με τη διευκόλυνση της ανταλλαγής πληροφοριών και εμπειρογνωμοσύνης για τα δίκτυα. Τον Μάρτιο του 2014, το νομικό πλαίσιο για τη δημιουργία και την αξιολόγηση των δικτύων (κατ' εξουσιοδότηση απόφαση[9] και εκτελεστική απόφαση[10]) εγκρίθηκε με την ομόφωνη στήριξη των κρατών μελών.

Έκτοτε, η Επιτροπή έχει αρχίσει τη διαδικασία για την ίδρυση ευρωπαϊκών δικτύων αναφοράς (ΕΔΑ), συμπεριλαμβανομένης της δημιουργίας της επιτροπής των κρατών μελών, η οποία θα είναι επιφορτισμένη με την έγκριση των προτάσεων για τα ΕΔΑ. Η πρώτη πρόσκληση υποβολής προτάσεων για τα δίκτυα θα πραγματοποιηθεί στις αρχές του 2016 και τα πρώτα δίκτυα αναμένεται να εγκριθούν κατά τη διάρκεια του έτους αυτού.

Η Επιτροπή συνεργάζεται με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και αρχές για την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις δυνατότητες που παρέχουν τα ΕΔΑ, και για να τονωθεί η στήριξη για πιθανά δίκτυα ή μέλη των δικτύων.

4.3 Ηλεκτρονική Υγεία (eHealth)

Η Επιτροπή εξέδωσε την εκτελεστική απόφαση 2011/890/ΕΕ σχετικά με το δίκτυο για την ηλεκτρονική υγεία (eHealth) στις 22 Δεκεμβρίου 2011[11]. Το δίκτυο ηλεκτρονικής υγείας (δίκτυο eHealth) έχει ως στόχο την ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των εθνικών αρχών. Το δίκτυο συνεδριάζει δύο φορές ετησίως και υποστηρίζεται επιχειρησιακά από μια κοινή δράση στο πλαίσιο του προγράμματος «Υγεία» που θεσπίστηκε με τον κανονισμό (ΕΕ) αριθ. 282/2014[12]. Οι εργασίες του δικτύου eHealth υποστηρίζονται από σειρά δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται σύμφωνα με το σχέδιο δράσης για την ηλεκτρονική υγεία 2012-2020: Καινοτομική υγειονομική περίθαλψη για τον 21ο αιώνα[13].

Ήδη από την έναρξη λειτουργίας του, το δίκτυο eHealth ενέκρινε κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με συνοπτικές εκθέσεις συνόλων δεδομένων των ασθενών και σχετικά με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, καθώς και έγγραφα θέσης σχετικά με την ηλεκτρονική ταυτοποίηση, τη διαλειτουργικότητα, τον προτεινόμενο κανονισμό για την προστασία των δεδομένων και την επένδυση στην ηλεκτρονική υγεία που πρέπει να υποστηριχθεί από το χρηματοδοτικό μηχανισμό «Συνδέοντας την Ευρώπη» (CEF). Επί του παρόντος, το δίκτυο επεξεργάζεται κατευθυντήριες γραμμές για την εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων που θα

[9] Κατ' εξουσιοδότηση απόφαση της Επιτροπής 2014/286/ΕΕ, της 10ης Μαρτίου 2014, για τον καθορισμό των κριτηρίων και των προϋποθέσεων που πρέπει να πληρούν τα ευρωπαϊκά δίκτυα αναφοράς και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης που επιθυμούν να προσχωρήσουν σε ένα ευρωπαϊκό δίκτυο αναφοράς (ΕΕ L 147 της 17.5.2014, σ. 71).

[10] Εκτελεστική απόφαση της Επιτροπής 2014/287/ΕΕ σχετικά με τον καθορισμό κριτηρίων για τη δημιουργία και την αξιολόγηση των ευρωπαϊκών δικτύων αναφοράς και των μελών τους και για τη διευκόλυνση της ανταλλαγής πληροφοριών και εμπειρογνωμοσύνης όσον αφορά τη δημιουργία και την αξιολόγηση των εν λόγω δικτύων (ΕΕ L 147 της 17.5.2014, σ. 79).

[11] http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/decision_ehealth_network_en.pdf.

[12] http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2014.086.01.0001.01.ENG.

[13] http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:52012DC0736.

επιτρέπουν τη χρήση ιατρικών πληροφοριών για τη δημόσια υγεία και την έρευνα. Στο πλαίσιο του προγράμματος εργασίας για το 2015 του μηχανισμού «Συνδέοντας την Ευρώπη», διατέθηκε χρηματοδότηση της ΕΕ για την υλοποίηση της ανταλλαγής των συνοπτικών εκθέσεων δεδομένων των ασθενών και της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Το δίκτυο eHealth θα επανεξετάσει και, αν είναι αναγκαίο, θα επικαιροποιήσει τις κατευθυντήριες γραμμές κατά την περίοδο 2015-2016 με βάση την εμπειρία από τον μηχανισμό (CEF).

4.4 Αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας (ΑΤΥ)

Οι κανόνες σχετικά με το δίκτυο ΑΤΥ που προβλέπονται από το άρθρο 15 της οδηγίας καθορίζονται στην εκτελεστική απόφαση 2013/329/ΕΕ[14]. Το δίκτυο ΑΤΥ αποβλέπει στη στήριξη της συνεργασίας μεταξύ εθνικών αρχών, μεταξύ άλλων όσον αφορά τη σχετική αποτελεσματικότητα, καθώς και τη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των τεχνολογιών υγείας. Συνέρχεται δύο φορές το χρόνο και υποστηρίζεται σε επιστημονικά και τεχνικά θέματα από μια κοινή δράση στο πλαίσιο του προγράμματος «Υγεία», την ονομαζόμενη «EUnetHTA».

Το δίκτυο ενέκρινε στρατηγική για τη συνεργασία της ΕΕ σχετικά με την ΑΤΥ τον Οκτώβριο του 2014, καθώς και ένα έγγραφο προβληματισμού σχετικά με την επαναχρησιμοποίηση των από κοινού εργασιών για την ΑΤΥ σε εθνικές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια του Απριλίου 2015[15].

Για το μέλλον, το δίκτυο ΑΤΥ θα συνεχίσει τον στρατηγικό του ρόλο, αλλά θα είναι ζωτικής σημασίας η δυναμική και αποτελεσματική επιστημονική συνεργασία. Τα κράτη μέλη ζήτησαν από την Επιτροπή να προτείνει μέτρα για να διασφαλιστεί η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα[16].

4.5 Διασυνοριακή συνεργασία

Η οδηγία απαιτεί από την Επιτροπή να ενθαρρύνει τα κράτη μέλη να συνεργάζονται για την παροχή διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, ειδικότερα στις παραμεθόριες περιοχές. Οι αρχικές εργασίες της Επιτροπής δείχνουν ότι είναι περιορισμένος ο αριθμός των υφιστάμενων διασυνοριακών έργων, τα οποία μπορούν να παράσχουν πολύτιμα «διδάγματα» για τα μελλοντικά συμβαλλόμενα μέρη. Έχει επίσης επισημάνει συγκεκριμένους τομείς στους οποίους μια ενισχυμένη διασυνοριακή συνεργασία θα μπορούσε να επιτύχει σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα για τους ασθενείς, για παράδειγμα όσον αφορά την πρόσβαση στην περίθαλψη κρίσιμης σημασίας για το έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η επιτυχής διασυνοριακή συνεργασία απαιτεί σημαντική δέσμευση των φορέων σε τοπικό επίπεδο, με την υποστήριξη των εθνικών αρχών. Το επόμενο βήμα είναι να προσδιοριστούν οι δραστηριότητες της ΕΕ και οι βέλτιστες πρακτικές, οι οποίες θα συμβάλουν στην επίτευξη πραγματικής διασυνοριακής συνεργασίας που παρέχει προστιθέμενη αξία. Πρέπει επίσης να

[14] Εκτελεστική απόφαση της Επιτροπής 2013/329/ΕΕ, της 26ης Ιουνίου 2013, σχετικά με τη θέσπιση κανόνων για τη δημιουργία, διαχείριση και διαφανή λειτουργία του δικτύου των αρμόδιων για την αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας εθνικών αρχών ή φορέων (ΕΕ L 175 της 27.6.2013, σ. 71).
[15] http://ec.europa.eu/health/technology_assessment/docs/reuse_jointwork_national_hta_activities_en.pdf.
[16] Συμπεράσματα του Συμβουλίου σχετικά με την «καινοτομία προς όφελος των ασθενών», σύνοδος του Συμβουλίου Απασχόλησης, Κοινωνικής Πολιτικής, Υγείας και Καταναλωτών, Βρυξέλλες, 1η Δεκεμβρίου 2014. http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/145978.pdf.

είναι δυνατή η αναγνώριση των γεωγραφικών περιοχών που θα μπορούσαν να επωφεληθούν από την εν λόγω συνεργασία.

Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα

Η κινητικότητα των ασθενών όσον αφορά την προγραμματισμένη υγειονομική περίθαλψη — στο πλαίσιο τόσο της οδηγίας, όσο και των κανονισμών για την κοινωνική ασφάλιση — εξακολουθεί να είναι χαμηλή, ενώ η κινητικότητα των ασθενών όσον αφορά την μη προγραμματισμένη υγειονομική περίθαλψη φαίνεται να είναι σημαντικά υψηλότερη. Η Γαλλία, το Λουξεμβούργο, και πιθανόν η Φινλανδία και η Δανία, φαίνεται να αποτελούν εξαιρέσεις από αυτή τη γενική παρατήρηση. Το επίπεδο χρήσης προγραμματισμένης υγειονομικής περίθαλψης σε άλλες χώρες είναι πολύ χαμηλότερο από τα πιθανά επίπεδα που προκύπτουν από τον αριθμό των ατόμων που δηλώνουν στην έρευνα του Ευρωβαρομέτρου ότι θα εξέταζαν το ενδεχόμενο της χρήσης διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης.

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους αυτό μπορεί να συμβεί. Πρώτον, ορισμένα κράτη μέλη καθυστέρησαν την εφαρμογή της οδηγίας, πράγμα το οποίο επηρέασε τον αριθμό των ατόμων που μπόρεσαν να τη χρησιμοποιήσουν κατά τη διάρκεια του 2014.

Δεύτερον, όπως επίσης προκύπτει από το Ευρωβαρόμετρο, ο αριθμός των πολιτών που γνωρίζουν τα γενικά δικαιώματά τους για την επιστροφή των εξόδων είναι εξαιρετικά χαμηλός. Ακόμη και όταν οι πολίτες γνωρίζουν τα δικαιώματά τους, σε ορισμένα κράτη μέλη είναι δύσκολο για τους ασθενείς να πληροφορηθούν περισσότερο σχετικά με το πώς να ασκούν τα δικαιώματα αυτά στην πράξη. Η μελέτη αξιολόγησης που αναφέρεται ανωτέρω επισημαίνει σημαντικές διαφορές στις επιδόσεις των εθνικών σημείων επαφής ως προς το θέμα αυτό.

Τρίτον, ενώ ορισμένα κράτη μέλη έχουν εφαρμόσει πλήρως την οδηγία και καταβάλλουν σημαντικές προσπάθειες για να διευκολύνουν τους ασθενείς να ασκούν τα δικαιώματά τους κατά τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, υπάρχουν πολλά κράτη μέλη όπου τα εμπόδια τα οποία αντιμετωπίζουν οι ασθενείς από τα συστήματα υγείας είναι σημαντικά και τα οποία, τουλάχιστον σε ορισμένες περιπτώσεις, φαίνεται να είναι αποτέλεσμα πολιτικών επιλογών: ορισμένα από τα υφιστάμενα συστήματα προηγούμενης έγκρισης είναι πιο εκτεταμένα από ό,τι φαίνεται να δικαιολογεί ο σημερινός αριθμός αιτήσεων· σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι σαφές ποιες ακριβώς θεραπείες απαιτούν προηγούμενη έγκριση· τιμολόγια με ποσοστά επιστροφής εξόδων χαμηλότερα από εκείνα που εφαρμόζονται στο κράτος μέλος καταγωγής αποτελούν σαφώς αντικίνητρο· υπάρχουν διάφορες επαχθείς διοικητικές απαιτήσεις που μπορεί να αποτρέψουν τους ασθενείς.

Ίσως η φυσική ζήτηση διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης να είναι σχετικά χαμηλή για ορισμένους λόγους: απροθυμία των ασθενών να ταξιδέψουν (π.χ. λόγω εγγύτητας με την οικογένεια ή λόγω εξοικείωσης με το σύστημα της χώρας καταγωγής)· γλωσσικά εμπόδια· διαφορές τιμών μεταξύ των κρατών μελών· αποδεκτός χρόνος αναμονής για τη θεραπεία στο κράτος μέλος ασφάλισης. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι ένα μέρος της ζήτησης που υπάρχει μπορεί να ικανοποιηθεί στο πλαίσιο τοπικών διμερών συμφωνιών, που ισχύουν μεταξύ ορισμένων κρατών μελών. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία που αναφέρονται

ανωτέρω, δεν είναι δυνατόν να συναχθεί σ' αυτό το στάδιο ότι η χρήση της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης αντικατοπτρίζει με ακρίβεια τη δυνητική ζήτηση.

Ωστόσο, ο αντίκτυπος της οδηγίας θα πρέπει να εξεταστεί πέρα από την απλή διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη. Έχει συμβάλει σε σημαντικές συζητήσεις που διεξάγονται σε πολλά κράτη μέλη όσον αφορά τη μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης.

Προφανώς, η οδηγία περιέχει πολλές διατάξεις που αφορούν τη διαφάνεια για τους ασθενείς όσον αφορά τα δικαιώματά τους, καθώς και την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Το θέμα των πληροφοριών που χρειάζονται οι ασθενείς, καθώς και ο τρόπος με τον οποίο θα πρέπει να παρέχονται, είναι πιθανόν να παραμείνουν στην ημερήσια διάταξη για αρκετό χρόνο ακόμη. Αυτό δεν οφείλεται στην ίδια την οδηγία, αλλά αντανακλά ευρύτερες τεχνολογικές και κοινωνικές αλλαγές: οι προσδοκίες των πολιτών είναι πολύ διαφορετικές σήμερα απ' ό, τι πριν από μερικά χρόνια (και οι υπηρεσίες υγείας είναι απίθανο να μην επηρεαστούν από τον αντίκτυπο, για παράδειγμα, των αξιολογήσεων από τους χρήστες). Η οδηγία όμως αποτελεί έτοιμο χώρο (και φόρουμ, με τη μορφή δικτύου των ΕΣΕ, που συνεδριάζει τακτικά) στον οποίο η Επιτροπή και τα κράτη μέλη ανταλλάσσουν ιδέες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο η πρόκληση αυτή θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί.

Μέχρι στιγμής, είναι σαφές ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ΕΣΕ ως προς τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν και ως προς την ποιότητα των πληροφοριών που παρέχουν. Μπορεί κάλλιστα να αξίζει να εξεταστεί, σε μελλοντικές συζητήσεις, το ενδεχόμενο κοινών προσεγγίσεων ή κατευθυντηρίων γραμμών για τις εργασίες των ΕΣΕ.

Ομοίως, οι πιέσεις που αντιμετωπίζουν οι υπηρεσίες υγείας έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του ενδιαφέροντος για την καλύτερη χρήση των πόρων μέσω της διασυνοριακής συνεργασίας. Ενώ από τις αρχικές εργασίες που ανέλαβε η Επιτροπή μέχρι στιγμής προέκυψαν ορισμένες συστάσεις για ανάληψη δράσης σε επίπεδο ΕΕ (π.χ. ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών από επιτυχημένα σχέδια· ανάπτυξη καταλόγων ελέγχου για τους φορείς που εξετάζουν το ενδεχόμενο διασυνοριακής συνεργασίας), είναι σαφές ότι η εν λόγω δράση θα είναι αποτελεσματική μόνον με τη στήριξη μέσω εθνικών ή τοπικών δραστηριοτήτων.

Το κεφάλαιο της οδηγίας σχετικά με τη συνεργασία μεταξύ των συστημάτων υγείας έχει δημιουργήσει ένα νέο πλαίσιο για τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών. Αυτό θα μπορούσε να αποφέρει απτά οφέλη για τα συστήματα υγείας σε όλη την ΕΕ. Παραδείγματος χάριν, τα ευρωπαϊκά δίκτυα αναφοράς θα μπορούσαν να βελτιώσουν σημαντικά την πρόσβαση στην περίθαλψη για τις σπάνιες/χαμηλού επιπολασμού και πολύπλοκες ασθένειες για τις οποίες η εμπειρογνωμοσύνη είναι σπάνια. Για να αξιοποιηθεί αυτή η δυνατότητα, θα χρειαστεί συνεχής υποστήριξη και δέσμευση από όλες τις πλευρές .

Η στρατηγική ΑΤΥ που εγκρίθηκε από το δίκτυο ΑΤΥ κατέδειξε το ενδιαφέρον των κρατών μελών για συνεργασία, αλλά επίσης και την ανάγκη για διαρκείς και βάσιμες ρυθμίσεις. Αυτές οι ρυθμίσεις είναι απαραίτητες για να διευκολυνθεί η συνεργασία και, ως εκ τούτου, να μπορούν τα κράτη μέλη και οι λοιποί ενδιαφερόμενοι φορείς να επωφελούνται πλήρως από τη στρατηγική.

Τέλος, η πρόοδος της τεχνολογίας σημαίνει ότι οι υπηρεσίες «τηλεϊατρικής» (συμπεριλαμβανομένων των επιγραμμικών φαρμακείων) είναι πιθανόν να γίνουν συχνότερες και πιο σημαντικές στο άμεσο μέλλον. Μπορεί, ως εκ τούτου, να αποδειχθεί χρήσιμο να εξεταστεί κατά πόσον και με ποιον τρόπο οι εφαρμοστέοι κανόνες (π.χ. σχετικά με την εφαρμοστέα νομοθεσία, την πρόσβαση στη θεραπεία και την επιστροφή των εξόδων) πρέπει να αναπτυχθούν και να αποσαφηνιστούν.

Κεφάλαιο 6: Άσκηση της εξουσίας για την έκδοση πράξεων κατ' εξουσιοδότηση που ανατέθηκε στην Επιτροπή δυνάμει του άρθρου 17 της οδηγίας 2011/24/ΕΕ περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης

6.1 Εισαγωγή

Το άρθρο 11 της οδηγίας 2011/24/ΕΕ αφορά την αμοιβαία αναγνώριση των ιατρικών συνταγών μεταξύ των κρατών μελών. Το άρθρο 11 παράγραφος 5 εξουσιοδοτεί την Επιτροπή να θεσπίζει, μέσω κατ' εξουσιοδότηση πράξεων, μέτρα με σκοπό να εξαιρούνται συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων ή ιατροτεχνολογικών βοηθημάτων από την αναγνώριση των συνταγών, όταν αυτό επιβάλλεται για λόγους διαφύλαξης της δημόσιας υγείας.

Το άρθρο 12 της οδηγίας 2011/24/ΕΕ αφορά την ανάπτυξη ευρωπαϊκών δικτύων αναφοράς (ΕΔΑ). Το άρθρο 12 παράγραφος 5, σε συνδυασμό με το άρθρο 12 παράγραφος 4 στοιχείο α), εξουσιοδοτεί την Επιτροπή να θεσπίζει, με κατ' εξουσιοδότηση πράξεις, κατάλογο των ειδικών κριτηρίων και προϋποθέσεων που θα πρέπει να πληρούν τα ΕΔΑ και των προϋποθέσεων και των κριτηρίων που πρέπει να πληρούν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης που επιθυμούν να προσχωρήσουν στα εν λόγω δίκτυα όπως προβλέπεται στο άρθρο 12 παράγραφος 4 στοιχείο α).

Το άρθρο 17 της οδηγίας 2011/24/ΕΕ αναθέτει στην Επιτροπή εξουσίες για την έκδοση πράξεων κατ' εξουσιοδότηση για περίοδο πέντε ετών από τις 24 Απριλίου 2011. Ζητά από την Επιτροπή να εκπονήσει έκθεση ως προς τις εξουσίες που της έχουν ανατεθεί το αργότερο έξι μήνες πριν από τη λήξη της πενταετούς περιόδου. Η εξουσιοδότηση ανανεώνεται αυτομάτως για περιόδους ίσης διάρκειας, εκτός εάν το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ή το Συμβούλιο την ανακαλέσει σύμφωνα με το άρθρο 18.

6.2 Άσκηση της εξουσιοδότησης

Σύμφωνα με το άρθρο 11 παράγραφος 5, πραγματοποιήθηκε στις 14 Φεβρουαρίου 2012 συνεδρίαση εμπειρογνωμόνων των κρατών μελών για να συζητήσουν κατά πόσον υπήρχε ανάγκη να εξαιρεθούν συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων ή ιατροτεχνολογικών βοηθημάτων από την αναγνώριση των συνταγών. Η εν λόγω συνεδρίαση (όπως και η υποστηρικτική μελέτη που εκπονήθηκε) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ως άνω εξαίρεση δεν ήταν απαραίτητη εκείνη τη χρονική στιγμή. Ως εκ τούτου, η Επιτροπή δεν έχει ασκήσει ακόμη την εν λόγω εξουσία.

Κατ' εφαρμογή του άρθρου 12 παράγραφος 5, η Επιτροπή συνεργάστηκε στενά με τα κράτη μέλη σχετικά με το περιεχόμενο της κατ' εξουσιοδότηση πράξης πριν από την έγκρισή της

στις 10 Μαρτίου 2014 (βλ. μνεία στο σημείο 4.2, ανωτέρω). Η εν λόγω πράξη άρχισε να ισχύει από τις 27 Μαΐου 2014.

6.3 Συμπέρασμα

Η Επιτροπή είναι της άποψης ότι οι εξουσίες για την έκδοση πράξεων κατ' εξουσιοδότηση που παρέχονται βάσει της οδηγίας 2011/24/ΕΕ πρέπει να παραμείνουν σε ισχύ.

Στον τομέα των φαρμάκων και ιατροτεχνολογικών βοηθημάτων μπορεί να επέλθουν αλλαγές με ταχύ ρυθμό. Μολονότι οι εξαιρέσεις από την αρχή της αμοιβαίας αναγνώρισης των συνταγών δεν είναι επί του παρόντος αναγκαίες, μια τέτοια ανάγκη μπορεί να προκύψει στο μέλλον και θα πρέπει να αντιμετωπιστεί αμέσως με κατ' εξουσιοδότηση πράξη, έτσι ώστε να διαφυλαχθεί η δημόσια υγεία.

Όσον αφορά τα ΕΔΑ, τα πρώτα δίκτυα θα συσταθούν το 2016 και στη συνέχεια θα πρέπει να αξιολογούνται. Η εν λόγω αξιολόγηση ενδέχεται να σημαίνει ότι είναι επιθυμητό να προσαρμοστεί το περιεχόμενο της ισχύουσας κατ' εξουσιοδότηση πράξης στο μέλλον.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Δεδομένα από τα κράτη μέλη σχετικά με την εφαρμογή της οδηγίας

Εστάλη ερωτηματολόγιο σε όλα τα κράτη μέλη τον Ιανουάριο του 2015. Η συμφωνηθείσα τελική ημερομηνία λήξης της έρευνας ήταν η 30ή Απριλίου 2015. Το χρονικό διάστημα που καλύφθηκε από την έρευνα είναι το ημερολογιακό έτος 2014.

Συνολικά, 26 από τα 28 κράτη μέλη υπέβαλαν δεδομένα (δεν ελήφθησαν απαντήσεις από τη Λετονία και τη Μάλτα).

Μια επιλογή δεδομένων που υπέβαλαν τα κράτη μέλη παρατίθεται κατωτέρω. Ορισμένα σημεία θα πρέπει να ληφθούν υπόψη:

Τα κράτη μέλη μετέφεραν την οδηγία 2011/24/ΕΕ σε διαφορετικά χρονικά σημεία και, σε πολλές περιπτώσεις, τα παρεχόμενα στοιχεία καλύπτουν μόνον μέρος του 2014. Ορισμένα κράτη μέλη αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κατανομή των υποθέσεών τους μεταξύ των πεδίων εφαρμογής της οδηγίας 2011/24/ΕΕ και των κανονισμών κοινωνικής ασφάλισης [κανονισμοί (ΕΚ) αριθ. 883/2004 και (ΕΚ) αριθ. 987/2009], ιδίως όσον αφορά αξιώσεις επιστροφής εξόδων για υγειονομική περίθαλψη που δεν υπόκειται σε προηγούμενη έγκριση.

Αποδείχθηκε δύσκολο για πολλά κράτη μέλη να παράσχουν δεδομένα όσον αφορά τις αιτήσεις παροχής πληροφοριών προς τα ΕΣΕ, κατανεμημένες ανά μέσο και θέμα. Είναι επίσης πιθανόν, μερικές φορές, να έχουν περιληφθεί αιτήσεις σχετικά με τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη εκτός του πεδίου εφαρμογής της οδηγίας 2011/24/ΕΕ, όπως για παράδειγμα ερωτήσεις που αφορούν την ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης ασθενείας (ΕΚΑΑ) κ.λπ.

Ορισμένα κράτη μέλη — ιδίως εκείνα με συστήματα που βασίζονται στην ασφάλιση — αντιμετώπισαν δυσκολίες στη συλλογή πληροφοριών από τα συστατικά μέρη του συστήματός τους.

Καθώς ήταν η πρώτη φορά που χρησιμοποιήθηκε το εν λόγω ερωτηματολόγιο, εντοπίστηκαν ορισμένα πρακτικά σημασιολογικά θέματα κατά τη διάρκεια της έρευνας (γεγονός που αντανακλά την ποικιλία των εθνικών καταστάσεων και πρακτικών). Αυτά θα πρέπει να αντιμετωπιστούν σε μελλοντικές έρευνες, εφόσον επηρεάζουν τη συγκρισιμότητα των δεδομένων.

Τα δεδομένα δεν είναι, ως εκ τούτου, εύκολο να συγκριθούν μεταξύ των κρατών μελών: Τα παραδείγματα στο παρόν παράρτημα παρέχονται ενδεικτικά μόνον.

Αιτήσεις παροχής πληροφοριών που ελήφθησαν από τα Εθνικά Σημεία Επαφής

Από τα 26 κράτη μέλη που απάντησαν, όλα εκτός από το Λουξεμβούργο και τη Σουηδία ήταν σε θέση να παράσχουν δεδομένα σχετικά με τον συνολικό αριθμό των ενιαίων αιτήσεων. Συνολικά 109 223 τέτοιες αιτήσεις καταχωρίσθηκαν το 2014. Πέντε κράτη μέλη έλαβαν λιγότερες από 100 αιτήσεις για πληροφορίες (στην Πορτογαλία, για παράδειγμα, καταχωρίσθηκαν μόνον 6). Δέκα κράτη μέλη καταχώρισαν περισσότερες από 1 000 αιτήσεις

πληροφοριών. Τρία κράτη μέλη μόνον έλαβαν σχεδόν το 75 % των αιτήσεων που καταχωρίσθηκαν: η Γερμανία (36 602), η Φινλανδία (25 207) και η Αυστρία (15 536). Τα εν λόγω πολύ μεγαλύτερα μεγέθη οφείλονται μάλλον σε επισκέψεις στον δικτυακό τόπο οι οποίες καταχωρίζονται ως αιτήσεις πληροφοριών στα τρία αυτά κράτη μέλη.

Ορισμένα κράτη μέλη ήταν σε θέση να κατανείμουν τις αιτήσεις παροχής πληροφοριών ανά μέσο. Στις περιπτώσεις αυτές, από τα δεδομένα προκύπτουν 74 050 αιτήσεις μέσω δικτυακού τόπου (βλ. ανωτέρω σημείο), 15 461 μέσω τηλεφώνου, 5 436 μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και 2 179 με προσωπική επαφή.

Προϋπόθεση προηγούμενης έγκρισης:

Εικοσιένα κράτη μέλη έχουν καθιερώσει σύστημα προηγούμενης έγκρισης (η Αυστρία, η Τσεχική Δημοκρατία, η Εσθονία, η Φινλανδία, η Λιθουανία, οι Κάτω Χώρες και η Σουηδία δεν το έπραξαν, παρ' όλο που ορισμένες από αυτές τις χώρες έχουν θεσπίσει νομοθεσία που τους επιτρέπει να εισαγάγουν ένα τέτοιο σύστημα αργότερα, εφόσον το επιθυμούν). Από τα εν λόγω 21 κράτη μέλη, η Λετονία και η Μάλτα δεν υπέβαλαν δεδομένα. Η Γερμανία υπέβαλε δεδομένα, όμως δεν ήταν σε θέση να παράσχει δεδομένα σχετικά με τη χρήση της προηγούμενης έγκρισης.

Από τα 18 κράτη μέλη που υπέβαλαν δεδομένα, η Γαλλία παρουσίασε σαφώς ακραίο μέγεθος με τη χορήγηση 57 000 προηγούμενων εγκρίσεων· ωστόσο, πρόκειται για συνολικό μέγεθος που συνδυάζει εγκρίσεις που χορηγήθηκαν στο πλαίσιο τόσο των κανονισμών κοινωνικής ασφάλισης όσο και της οδηγίας. Ο αριθμός των αιτήσεων προηγούμενης έγκρισης, ειδικά στο πλαίσιο της οδηγίας, οι οποίες είτε έγιναν δεκτές ή είτε απορρίφθηκαν στα υπόλοιπα 17 κράτη μέλη ήταν 560, εκ των οποίων 360 έγιναν δεκτές. Δύο κράτη μέλη (η Πολωνία και η Ελλάδα) δήλωσαν ότι δεν είχαν ούτε δεχθεί ούτε απορρίψει αιτήσεις προηγούμενης έγκρισης το 2014 και δύο (η Κροατία και η Πορτογαλία) έλαβαν μόνον από μία. Στο άλλο άκρο του φάσματος, η Ιταλία έλαβε 177 αιτήσεις προηγούμενης έγκρισης (από τις οποίες δέχθηκε 103) και η Σλοβακία 139 (από τις οποίες δέχθηκε 121).

Επιστροφή εξόδων για περίθαλψη που δεν υπόκειται σε προηγούμενη έγκριση[17]

Από τα 26 κράτη μέλη που απάντησαν, μόνο 23 ήταν σε θέση να παράσχουν πλήρη δεδομένα σχετικά με τις επιστροφές εξόδων που καταβάλλονται για θεραπείες που δεν υπόκεινται σε προηγούμενη έγκριση (η Γερμανία και οι Κάτω Χώρες δεν ήταν σε θέση να υποβάλουν δεδομένα· το Βέλγιο δεν μπόρεσε να παράσχει πλήρη δεδομένα). Από τα εν λόγω 23 κράτη μέλη, η Φινλανδία, η Γαλλία και το Λουξεμβούργο υπέβαλαν συγκεντρωτικά δεδομένα για την οδηγία και τους κανονισμούς κοινωνικής ασφάλισης. Η Φινλανδία ανέφερε 17 142 αιτήσεις επιστροφής εξόδων, η Γαλλία 422 680 και το Λουξεμβούργο 117 962.

Στα υπόλοιπα 20 κράτη μέλη, πραγματοποιήθηκαν συνολικά 39 826 επιστροφές εξόδων ειδικά δυνάμει της οδηγίας: από το σύνολο αυτό οι 31 032 πραγματοποιήθηκαν στη Δανία

[17] Τα δεδομένα αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν περιορισμένο αριθμό αιτήσεων επιστροφής εξόδων για περίθαλψη τα οποία υποτίθεται ότι υπόκεινται σε προηγούμενη έγκριση, αλλά για τα οποία η αίτηση υποβλήθηκε εκ των υστέρων και τα οποία αποδίδονται στο τέλος.

μόνον. Τέσσερα κράτη μέλη πραγματοποίησαν πάνω από 1 000 επιστροφές εξόδων. Δεκατέσσερα κράτη μέλη πραγματοποίησαν κάτω από 100 επιστροφές εξόδων, από τα οποία έξι (Αυστρία, Βουλγαρία, Κύπρος, Εσθονία, Ελλάδα και Πορτογαλία) δεν καταχώρισαν καμία επιστροφή σύμφωνα με την οδηγία.

Χρόνος διεκπεραίωσης

Από τα 16 κράτη μέλη που απάντησαν ότι εφάρμοζαν σύστημα προηγούμενης έγκρισης και έλαβαν αιτήσεις για προηγούμενη έγκριση, εννέα (Βουλγαρία, Κροατία, Δανία, Ιρλανδία, Γαλλία, Λουξεμβούργο, Σλοβακία, Ισπανία και ΗΒ) ανέφεραν μέσα χρονικά διαστήματα 20 ημερών κατ' ανώτατο όριο για τη διεκπεραίωση των αιτήσεων. Μόνον σε τρία, τα χρονικά διαστήματα για την επεξεργασία των αιτήσεων ανέρχονταν κατά μέσο όρο σε 30 ημέρες και άνω: Ουγγαρία (30 ημέρες), Κύπρος (40 ημέρες), και Σλοβενία (69 ημέρες).

Από τα 19 κράτη μέλη που απάντησαν ότι πράγματι έλαβαν αιτήσεις επιστροφής εξόδων (και ήταν σε θέση να παράσχουν τα ζητούμενα μεγέθη) για θεραπείες που δεν υπόκεινται σε προηγούμενη έγκριση, τα 15 ήταν σε θέση να παράσχουν δεδομένα σχετικά με τα μέσα χρονικά διαστήματα για τη διεκπεραίωση των αιτήσεων (το Βέλγιο, η Λιθουανία, η Ελλάδα και η Ρουμανία δεν ήταν σε θέση να παράσχουν αυτά τα δεδομένα). Από αυτά, τέσσερα διέθεσαν κατά μέσον όρο κάτω από 20 ημέρες (Δανία, Ουγγαρία, Λουξεμβούργο και ΗΒ) ενώ τρία διέθεσαν κατά μέσον όρο πάνω από 80 ημέρες: Φινλανδία (82 ημέρες), Σλοβακία (84,3 ημέρες) και Σουηδία (150 ημέρες) (Σημείωση: τα φινλανδικά μεγέθη αφορούν τόσο τους κανονισμούς όσο και την οδηγία)[18].

[18] Οι πρακτικές επιστροφής εξόδων μπορεί να διαφέρουν σημαντικά από το ένα κράτος μέλος στο άλλο. Για παράδειγμα, εάν ένα κράτος μέλος αποφασίσει να επιστρέψει έξοδα σε έναν ασφαλισμένο σύμφωνα με τους κανονισμούς, για τον λόγο ότι αυτό συμφέρει περισσότερο τον ασθενή, τότε η διαδικασία για τον καθορισμό του ποσού επιστροφής μπορεί να διαρκέσει αρκετούς μήνες.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Η μελέτη αξιολόγησης σχετικά με την οδηγία για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη

Η εν λόγω μελέτη εκτιμά τα αποτελέσματα της οδηγίας 2011/24/ΕΕ. Γενικός στόχος της είναι να αποτελέσει έκθεση σχετικά με την εφαρμογή της οδηγίας μέχρι σήμερα βάσει των διαθέσιμων πηγών και να εντοπίσει κενά και δυνατότητες βελτίωσης, όπως προβλέπεται στο άρθρο 20 παράγραφος 1 της οδηγίας. Αντλεί στοιχεία από την κατάσταση επί τόπου και από άλλες πολύτιμες εξωτερικές πηγές (προηγούμενες μελέτες, επιστημονική βιβλιογραφία, εισηγήσεις ενδιαφερόμενων φορέων, κ.λπ.).

Μεθοδολογία

Εκτός από την έρευνα τεκμηρίωσης και μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, πραγματοποιήθηκε λεπτομερής ανασκόπηση ενός δικτυακού τόπου και εφαρμόστηκαν ευρέως χρησιμοποιούμενες μέθοδοι συμμετοχικής έρευνας.

Με βάση προηγούμενες ερευνητικές προσπάθειες, πραγματοποιήθηκε ανάλυση δικτυακού τόπου σε όλους τους δικτυακούς τόπους των 32 ΕΣΕ (σε 32 χώρες ή εδάφη, όπως η Αγγλία, η Σκωτία, η Ουαλία, η Βόρεια Ιρλανδία και το Γιβραλτάρ για το ΗΒ). Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε από τις 6 Οκτωβρίου 2014 έως τις 6 Νοεμβρίου 2014.

Εφαρμόστηκε μια μέθοδος έρευνας «εικονικού ασθενή», έτσι ώστε να ληφθεί υπόψη η άποψη του «τελικού χρήστη». Πραγματοποιήθηκε επαφή με τα ΕΣΕ σε 12 κράτη μέλη της ΕΕ (Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ουγγαρία, Ιταλία, Λιθουανία, Μάλτα, Κάτω Χώρες, Σλοβενία, Ισπανία και Σουηδία) τον Νοέμβριο του 2014, τόσο με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο όσο και από το τηλέφωνο, σύμφωνα με τρία διαφορετικά προσχεδιασμένα σενάρια. Αυτές οι «χώρες-στόχοι» αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα, βάσει πολλών κριτηρίων που αναφέρονται λεπτομερώς στην έκθεση.

Υποκειμενικά δεδομένα βασισμένα σε γνώμες συγκεντρώθηκαν επίσης στις χώρες-στόχους, καθώς και σε ευρωπαϊκό επίπεδο, μέσω 59 συνεντεύξεων με τα ενδιαφερόμενα μέρη και μέσω διαδικτυακής έρευνας που απευθύνθηκε στα 12 ΕΣΕ στις χώρες-στόχους. Περίπου το 50 % των ενδιαφερομένων μερών που ερωτήθηκαν συμφώνησαν να δώσουν συνέντευξη στη διάρκεια των τεσσάρων εβδομάδων. Αντιπροσώπευαν φάσμα φορέων παροχής υγειονομικής ασφάλισης, παρόχων υπηρεσιών υγείας, διαμεσολαβητών για τους ασθενείς, εθνικών και περιφερειακών αρχών, ενώσεων ασθενών, ελεγκτικών φορέων, συνδικαλιστικών οργανώσεων, καθώς και οργανώσεων πρώτης γραμμής που εκδίδουν συνταγές. Όλα τα ΕΣΕ συμπλήρωσαν τουλάχιστον ένα μέρος της διαδικτυακής έρευνας.

Μια ανάλυση SWOT που επικεντρώνεται στην παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς συμπληρώνει τα συμπεράσματα της μελέτης.

Περιορισμοί

Η μελέτη δεν αποτελεί επίσημη αξιολόγηση. Αυτή δεν αφορούσε καταγγελίες, παραβάσεις και μέτρα μεταφοράς στο εθνικό δίκαιο. Καθώς η οδηγία εκδόθηκε πρόσφατα και τα άμεσα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με την κινητικότητα των ασθενών είναι σπάνια, μια επίσημη

αξιολόγηση της οδηγίας θα ήταν πρόωρη. Μια μελέτη αξιολόγησης, ωστόσο, παρέχει σημαντική, αν και ποιοτική, συμβολή στη βασική εκτίμηση και στις μελλοντικές προσπάθειες αξιολόγησης, σύμφωνα με την αρχή «πρώτον αξιολόγηση».