

2018

JOGI AKADÁLYMENTESÍTÉS a magyar határok mentén **Harmadik mérföldkő**



HATÁRON ÁTNYÚLÓ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK MEGALAPOZÁSA

A határon átnyúló betegmobilitás
lehetőségei a magyar határok mentén

Készítették:

Dr. Balogh Tamás és a CESCI munkatársai



1406 Budapest, Pf. 7.

www.cesci-net.eucesci@cesci-net.eu

Tartalomjegyzék

Vezetői összefoglaló	2
I. A határ menti betegmobilitás elméleti keretei	7
I.1 Az intézményesült határ menti együttműködések az Európai Unióban	7
I.2 A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködések eredete és célja.....	12
I.3 A határon átnyúló betegmobilitás fogalmi rendszere.....	19
II. A határ menti betegmobilitás jogi keretei.....	25
II.1 A betegmobilitás jogi kereteinek evolúciója az Európai Unióban	25
II.2 A betegmobilitás magyarországi jogi keretei	36
III. A határ menti betegmobilitás gyakorlata.....	41
III.1 A határon átnyúló betegmobilitás mérföldkövei	41
III.2 A határ menti betegmobilitási együttműködések néhány jó példája	44
III.3 A nyugati tanulmányút tapasztalatai.....	49
III.4 Határon átnyúló betegmobilitás Magyarországon	53
IV. A határon átnyúló betegmobilitás perspektívái a magyar határok mentén .	70
IV.1 Adminisztratív-jogi keretek	70
IV.2 Egészséggazdasági keretek	72
IV.3 Intézményi keretek	84
IV.4 Külső finanszírozási lehetőségek	93
IV.5 Javasolt lépések	98
V. Bibliográfia	105
VI. Mellékletek	106
VI.1 Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Nemzetközi és Európai Uniói Főosztály (2005. április): Helyzetelemzés a határon átnyúló betegellátás és együttműködések fejlesztéséhez.....	106
VI.2 Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Nemzetközi és Európai Uniói Főosztály (2011. szeptember): A betegmobilitás és a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelv várható hatásai.....	136

Vezetői összefoglaló

A Határon Átnyúló Kezdeményezések Közép-európai Segítő Szolgálat (CESCI) 2016-ban az Igazságügyi Minisztérium támogatásával indította el a *Jogi akadálymentesítés* elnevezésű kezdeményezését. A kezdeményezés első projektjének a célja a magyar határok mentén tapasztalható jogi akadályok széles körű felmérése volt. A kezdeményezés folytatásaként 2017-ben a határ menti intézményes együttműködések előtti jogi természetű és szakpolitikai akadályok felszámolását segítő tevékenységek valósultak meg, négy fókuszterületen (szerbiai EGTC-jogszabályharmonizáció előkészítése; egészségügyi integráció; helyi termékek; tájékoztatási rendszerek). A kezdeményezés legújabb, 2018-as projektje három területre fókuszált: határon átnyúló mentés; határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások megalapozása; a magyarországi érdekeltségű ETT-k működésével kapcsolatos tapasztalatok és jogi akadályok áttekintése.

A határon átnyúló egészségügyi együttműködés témájában az előző években elvégzett vizsgálatok szolgáltak megalapozásul a 2018-ban kidolgozott, *A határon átnyúló betegmobilitás lehetőségei a magyar határok mentén* című tanulmány elkészítéséhez. Az alprojekt célja annak vizsgálata volt, hogy miként és milyen feltételek között lehetne kialakítani határon átnyúló ellátási körzeteket Magyarország, illetve magyarországi kórházak részvételével. A tanulmány aktualitását az alábbiak biztosítják:

- folyamatosan növekszik a határon átnyúló mobilitás szintje, a magyar határok mentén mintegy 150 ezer munkavállaló és diák ingázik;
- a határok megnyílásával, a betegjogok bővülésével, valamint a személyek és a szolgáltatások szabad áramlását segítő uniós jogszabályi kereteknek köszönhetően egyre nagyobb az egészségügyi szolgáltatásokat valamely más uniós tagállamban igénybe vevők száma;
- a fenti folyamatoknak köszönhetően a hazai egészségbiztosítási kassa külföldi gyógykezelésekre vonatkozó finanszírozási igénye is nő, 2017-ben elérte a 2,1 milliárd forintot összeget;
- eközben hazánkban is egyre többen vesznek igénybe egészségügyi ellátásokat, és a vonatkozó uniós jogi keretek (883/2004/EK-rendelet és 2011/24/EU-irányelv) dacára, a külföldiek ellátásához kapcsolódóan a határ menti kórházaknak folyamatosan kumulálódó vesztesége termelődik, ami a magyar egészségügy finanszírozási terheit növeli;
- a közép- és kelet-európai országokat nagyfokú elvándorlás sújtja, és ebben nagy mértékben veszi ki a részét az egészségügyi szektor: hazánkban 3000 orvosi állás betöltetlen, Szlovákiában 3500 egészségügyi szakember hiányzik, és Románia, Horvátország, Szerbia vagy Ukrajna még rosszabb helyzetben van, miközben az intézmények fenntartása, fejlesztése minden országban nagy terheket ró az állami költségvetésre;
- a fentiekre tekintettel racionális volna a kapacitások határon átnyúló megosztása, hiszen általában rendkívül kis kiterjedésű országokról van szó, így a határon túli ellátások könnyen elérhetőek volnának a lakosság nagy része számára; és a párhuzamos kapacitásokat fel lehetne számolni, ezzel is csökkentve a szektorra nehezedő pénzügyi nyomást – miközben látványosan javulhatna az ellátás színvonala, a meglévő humán kapacitások mellett is.

Az Európai Unió szorgalmazza az egészségügyi szolgáltatások határon át történő megosztását: biztosítja a szükséges szabályozási kereteket, szakpolitikai támogatást nyújt, és a helyi szereplők számára elérhető pályázati forrásokat is rendelkezésre bocsát. Minden feltétel adott volna tehát a betegjogok kiterjesztésére, a határon átnyúló betegmobilitás feltételeinek biztosítására.

Ugyanakkor az látható, hogy hazánkban az uniós csatlakozás óta csak szimbolikusnak mondható lépések történtek ebbe az irányba, miközben a páciensek spontán megjelenése egyre jelentősebb szervezési, adminisztratív és finanszírozási nehézségeket okoz az amúgy is túlterhelt és rosszul finanszírozott intézményeknek. Jóllehet az INTERREG- és ETE-programoknak köszönhetően jó néhány határon átnyúló egészségügyi projekt megvalósult, ezek nem eredményeztek hosszú távú, stratégiai együttműködéseket, főleg nem integrált határon átnyúló ellátási rendszereket. A határ menti kórházak igyekeznek alkalmazkodni az új helyzethez, de a pontos helyzetkép megrajzolásához a megfelelő intézmények és eljárások is hiányoznak – jóllehet az uniós csatlakozás idejében még léteztek erre alkalmas intézmények, és az adatgyűjtés módszertana és eszközei is kidolgozásra kerültek. Ma gyakorlatilag senkinek nincs naprakész információja a határon átnyúló betegmobilitásról, és a monitoring hiányával sokan és különbözőképpen vissza is élnek.

A jelen tanulmányban ezért arra tettünk kísérletet, hogy áttekintsük azokat a jogi és egészséggazdasági szabályozási kereteket, amelyek között határon átnyúló szolgáltatási rendszer alakítható ki és működtethető, szervezett és ellenőrzött formában.

Ennek érdekében a 9 hónapos megvalósítási időszak során az alábbi tevékenységeket végeztük el.

1) Kérdőívezés

Kérdőívet állítottunk össze és küldtünk ki határ menti önkormányzatok (53 db) és kórházak (55 db) számára, amelyben elsősorban azt vizsgáltuk, hogy az adott önkormányzatnak, illetve kórháznak van-e nemzetközi kapcsolatrendszere, illetve érintett-e határon átnyúló egészségügyi együttműködésben, projektben. A kérdőívben a megszólított intézmények részletesen bemutatthatták az adott együttműködés szakmai tartalmát, földrajzi területét, elvárt eredményeit, megvalósítási időkereteit.

Összesen 13 önkormányzat, illetve önkormányzati szervezet, valamint 13 kórház töltötte ki a kérdőívünket, de használható információhoz sajnos nem jutottunk hozzá: konkrét határon átnyúló egészségügyi együttműködésre egy válaszadó se tudott példával szolgálni.

2) Interjúzás

Négy kórházban sikerült interjúznunk, további négyet megszólítottunk, de többszöri megkeresésünkre sem sikerült időpontot kapnunk. A négy interjú nagyon hasznos terepi tapasztalatokkal szolgált, amelyeket beépítettünk az elemzésbe. Írásban feltett kérdéseinkre kaptunk választ a NEAK-tól, ahol a személyes interjút nem tudták vállalni.

3) Nyugat-európai tanulmányút (2018. november 12-16.)

Annak érdekében, hogy egyrészt ismereteket és tapasztalatokat gyűjtsünk a jól működő nyugat-európai gyakorlatokról, másrészt hogy a szakma képviselői számára demonstráljuk, hogy a kezdeményezés nem ördögtől való, két tanulmányutat szerveztünk a francia-belga, valamint a német-holland határra. E két régióban a határon átnyúló betegmobilitásnak évtizedes tapasztalatai vannak, és kiépült intézményrendszere működik. A két tanulmányutat szervezési és finanszírozási okokból összevontuk. A tanulmányút résztvevői (a CESCI által felkért vezető szakértő, az EMMI, a NEAK, az esztergomi Vaszary Kolos Kórház munkatársa, valamint a CESCI csoportvezető tolmácsa) így egy hét alatt járta be kisbusszal mindkét határtérséget, és interjúzta végig az ottani szakembereket. A tanulmányútról szakmai összefoglaló készült, amely a jelen tanulmány mellékletét képezi, tanulságait szintén beépítettük a tanulmányba – néhány további jó példával együtt.

4) Adatgyűjtés

Az alprojektnek fontos tevékenysége lett volna a határ menti betegmobilitásra vonatkozó adatok gyűjtése, ami főként az egészséggazdasági vizsgálatokat volt hivatott segíteni. A kutatás során azonban kizárólag az esztergomi Vaszary Kolos Kórháztól sikerült megkapnunk a szlovák Dôvera Biztosítóval kötött szerződés keretében finanszírozott kezelések adatait 2010-től 2017-ig. A NEAK-nak eljuttatott adatkérésünk nem eredményezett használható adatsort, mivel az ott tárolt adatokból csak rendkívül fáradságos módon lett volna kinyerhető az általunk kért információ. Az esetnek mindazonáltal fontos tanulsága, hogy szükség volna a határ menti betegmobilitással kapcsolatos monitoringtevékenységek, illetve az ehhez szükséges adatbázis biztosítására.

5) Jogszabály-vizsgálat

A CESCI által felkért vezető szakértő átfogóan elemezte a határ menti betegmobilitás jogszabályi hátterét, kezdve a határ menti együttműködések nemzetközi jogi kereteivel (külön hangsúlyozva a Madridi Keretegyezmény szerepét), uniós gyakorlatát, bemutatta a vonatkozó uniós ágazati szabályozás evolúcióját (a migráns munkavállalók szociális biztonságára vonatkozó 1971-es EGK-rendelettel egészen a 2011-es határon átnyúló betegjogi irányelvig), valamint a kapcsolódó magyar jogszabályokat (a belső jogszabályokat, a szomszédos országokkal érvényben lévő kétoldalú megállapodásokat és az uniós szabályok honosításának eredményeit), valamint a határon átnyúló ellátásokhoz kapcsolódó finanszírozási kérdések jogi hátterét.

A vizsgálat kitért két korábbi (2005-ös, 2011-es) vizsgálat eredményeinek összegzésére, valamint a (projekt szintű és a konkrét egyedi ellátást célzó) finanszírozási kérdésekre.

A tanulmány legfőbb megállapításai:

- a határon átnyúló intézményes együttműködés jogi, szakpolitikai és finanszírozási keretei főként az EU-tag szomszédokkal adottak;
- a határon átnyúló betegmobilitás szabályozási keretei minden szomszédos országgal kapcsolatban rendelkezésre állnak;
- a magyarországi példák a határon átnyúló egészségügyi együttműködésre kezdetlegesek, és az uniós csatlakozás óta csak minimális fejlődést mutatnak;
- ugyanakkor a betegmobilitás intenzitása folyamatosan nő, ennek különböző adminisztratív, kapacitásbeli és finanszírozási következményei vannak;
- az ellátások finanszírozására vonatkozóan többféle gyakorlat alakult ki az adott küldő ország státusza, valamint a páciens biztosított jogviszonya alapján;

Milyen ellátást nyújtanak?				
A kötelező egészségbiztosítás keretébe tartozó ellátás			A kötelező egészségbiztosítás keretébe nem tartozó ellátás	
Kinek nyújtják az ellátást?				
EGT-állampolgárnak		Nem EGT-állampolgárnak		
Engedéllyel rendelkező (EHIC, E112/S2, ir.elv)	Engedéllyel nem rendelkező	Egyezményes országból érkező	Nem egyezményes országból érkező	Mindegy
Milyen bevétel jár a szolgáltatónak?				
EGT-állampolgárnak		Nem EGT-állampolgárnak		
Csak a NEAK-finanszírozás jár	Szabad ár jár	Csak a NEAK-finanszírozás jár	Szabad ár jár	Szabad ár jár

- ugyanakkor a határmenti betegmobilitás kérdése nem kizárólag finanszírozási kérdésként kezelendő, hiszen a megfelelő szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyetemes jog, amit számos vonatkozó uniós jogszabály garantál.

A fentiekre tekintettel, a tanulmány összesen 10 konkrét javaslatot fogalmaz meg, hatot az egészségügyi célú határátlépésekre, további négyet az egészségturizmusra vonatkozóan. A kezelések finanszírozásához kapcsolódóan négy alternatívát látnak a tanulmány készítői lehetségesnek:

- a hibrid modell: amely ötvözi az egészségbiztosítói és magán finanszírozási modellt, és így a legáltalánosabb módon alkalmazható;
- a külföldi egészségügyi szolgáltató hazai finanszírozása: amely a jelenleg jogszabályi környezet módosítása és az E-alap forrásainak növelése mellett lenne alkalmazható;
- az ellátási díjak utólagos megtérítése (kvázi-finanszírozás): amelynek alkalmazása az adminisztrációs terhek csökkentése mellett, hasonló külföldi és a belföldi ellátási díjak esetén lenne optimális;
- az európai betegellátási rezsime lehetőségeinek felhasználása: amely a belső európai határok mentén, területi szempontból nagyobb léptékben alkalmazható, amennyiben az ellátási díjak (közel) azonosak a határ két oldalán.

A határmenti betegmobilitás szakmai és szakpolitikai támogatása érdekében két javaslatot fogalmaztak meg a szerzők:

- egyrészt szükségesnek látják, hogy az uniós csatlakozás időszakához hasonlóan jöjjön létre és működjön egy olyan kutató központ, amely mások mellett a határon átnyúló betegmobilitással kapcsolatos adatokat gyűjteni, a folyamatokat elemezni, valamint erre alapozva az egészségügyi döntéshozók számára szakpolitikai javaslatokat, stratégiai dokumentumokat összeállítani képes;
- másrészt a jelen projekt folytatásaként a szomszédos országokkal kötendő megállapodások, valamint 4 határ menti kórházra (azok átvilágítása után) mintaszerződések, a határon átnyúló mentéshez szükséges javaslatok és egy útmutató kidolgozását tartanák fontosnak.

Az egészségturisztikai együttműködésekre vonatkozóan az alábbi javaslatok születtek:

- az állami adatgyűjtési, adatelemzési, obszervatóriumi funkciókat a térítésköteles ellátások tekintetében és a magán egészségügyi szektor intézményeire is teljes körűen ki kell terjeszteni;
- a köz- és magán ellátás szabályozása a közintézményekben;
- el kell kerülni az egészségturizmussal és egészségügyi turizmussal kapcsolatos megalapozatlan fejlesztéseket;
- a kötelező betegsorrendet érvényesíteni, a kötelezettség betartását pedig rendszeresen ellenőrizni és, ha szükséges, szankcionálni kell.

I. A határ menti betegmobilitás elméleti keretei

I.1 Az intézményesült határ menti együttműködések az Európai Unióban

Az európai határ menti együttműködésekkel kapcsolatban megfigyelhető egyfajta fokozatos intézményesülés és a kapcsolódó jogi keretek megszilárdulása. Ezt az intézményesülést egyszerre generálták felülről és alulról kiinduló folyamatok és kezdeményezések.

Az intézményesülés folyamata bottom-up megközelítésben

A határ menti együttműködések keves kivételtől (pl. a baseli három nemzetiségű repülőtér) eltekintve filo- és ontogenetikusan is az egyre szilárdabb struktúrák kialakulása jellemzi. Magát a folyamatot három szakaszra lehet osztani.

Az **első időszakot** az informális és spontaneitás uralja, az együttműködés kialakulásának az alapját a földrajzi közelség, a közös természeti, kulturális, történelmi örökség adja. A kapcsolatok ezen elemi szintjét az interperszonalitás határozza meg, az együttműködés fennmaradása elsősorban az érintett szereplők elkötelezettségétől függ. Az együttműködés kereteit általában egy kétoldalú (elvi jellegű) megállapodás „szabályozza”, önálló intézmények kialakítása és szankciók nélkül. A kapcsolattartás spontaneitását jellemzi, hogy a felek számára követelményeket nem írnak elő, így az aktivitások a pénzügyileg nehezebb időszakokban látványosan visszaeshetnek.

Ennél szigorúbb modellt képviselnek a testvérvárosi megállapodások, amelyek már valamiféle szabályosságot visznek a kezdetben ad-hoc jellegű kapcsolatokba: a találkozók, programok, cserék rendszeressé válnak, az érintett önkormányzatok pedig éves szinten költségvetési allokációról is dönthetnek a kapcsolatok fenntartása céljából. Speciális esetet képviselnek az ikervárosi együttműködések, amikor a két testvértelepülés éppen a határ két oldalán fekszik (mint a két Komárom esetében).

Ugyanehhez a szinthez tartoznak az ún. partnerségek, amelyek szintén nem hoznak létre saját intézményeket, hanem egy adott térség szereplőit egyesítik a térség fejlesztésének érdekében. Nagyon sok esetben így kezdődött az európai és az európai területi társulások (ETT-k) működése is: egy határtérség fejlesztésében érdekelt helyi stakeholderek kezdenek együtt dolgozni konzultatív szinten, jogi kötelezettségek és állandó intézmények nélkül. (Ilyen partnerségként értelmezhetőek a makroregionális stratégiák is, amelyek eredetileg nem jelentenének új intézményeket, új költségvetési forrásokat és új jogszabályi kereteket, de ezen stratégiák esetében éppúgy megfigyelhető a fokozatos elmozdulás az intézményesülés felé, mint a határ menti együttműködésekénél.)

A fenti megoldások nem eredményeznek közös intézményeket, az együttműködést vagy semmi vagy valamilyen nem kötelező érvényű megállapodás szabályozza, és a megvalósított tevékenységek ebben a kezdeti formában nélkülözik a magasabb szintű területi integrációt.

Megfigyelhető, hogy számos esetben az ilyen ad-hoc együttműködések szereplői a kapcsolatok rendszeressé válásával számos olyan komplementer adottságot ismernek fel, amelyek révén állandó feladatmegosztással javíthatnák szolgáltatásaik színvonalát. Ezt a **második szintjét** a határ menti együttműködéseknek nevezhetjük funkcionálisnak, ugyanis ebben az esetben a spontán, informális kooperációt meghaladóan, az érintett felek megosztott, közös funkciókat kezdenek ellátni. Így jött

létre a finn Tornio és a svéd Haparanda közös iskolarendszere, számos határon átnyúló katasztrófavédelmi vagy tűzoltósági együttműködés, és több olyan határon átnyúló közlekedési szolgáltatási rendszer, mint amilyen az EGRONET a cseh-német határon vagy a GYESEV a magyar-osztrákon. Ugyancsak ehhez a szinthez sorolhatóak a későbbiekben bemutatásra kerülő egészségügyi kooperációk (pl. a francia-belga határ menti ZOAST-ok).

Az intézményesülés e második szintjén tehát túllépünk a kétoldalú, sporadikus együttműködés lépcsőfokán, és a határtérség elindul a funkcionális integráció útján. Ez együtt jár a közös intézmények létrehozásával, működtetésével, ami finanszírozási és adminisztratív kötelezettségeket is róhat az intézmények gazdáira.

A funkciók határon átnyúló megosztása számos jogi kérdést vet fel. Mi történik, ha a szomszédos országból érkező tűzoltóautó balesetet okoz? Hogyan lehet megoldani a szabályozások és finanszírozási szintek közötti különbségekből származó problémákat? Hogyan ismertethetőek el a határ egyik oldalán szerzett diplomák és szakképesítések a határ másik oldalán? Stb.

Magyarul: amikor a kezdeti informális szintről az együttműködések eljutnak a funkcionális szintre, az mindig kikényszeríti a szabályozásnak egy magasabb fokát, a stabil jogszabályi háttér megteremtését, vagyis az együttműködés normatív szintjének megjelenését. Ennek a **harmadik szintnek** a jogi kereteit vagy a *nemzetközi jog* vagy az *uniós (közösségi) jog* biztosíthatja. És ezen a ponton találkozik össze a határ menti együttműködések bottom-up iránya a top-downnal.

Az intézményesülés folyamata top-down megközelítésben

A *nemzetközi közjog* szuverén államok közötti szerződések alapján működik, amely szerződéseket az érintett államok magukra nézve kötelezőnek ismerik el. Az uniós szabályozás megteremtéséig, nemzetközi (köz)jogi téren a határon átnyúló együttműködések aktivizálásának legfőbb akadályozó tényezői – a politikai akaraton kívül – az eltérő belső jogi szabályozások voltak. Ez utóbbi ellentmondás feloldása és a szükséges jogi keretek megteremtése érdekében több kísérlet is történt. Ezek közül jelentősége és hosszú távú hatásai miatt ki kell emelni az Európa Tanács által 1980. május 21-én, Madridban elfogadott, a Területi Önkormányzatok és Közigazgatási Szervek Határ Menti Együttműködéséről Szóló Keretegyezményt (röviden: Madridi Keretegyezmény¹). Az együttműködések megkönnyítése érdekében mintamegállapodásokat is tartalmazó egyezmény 1981. december 22-én lépett hatályba. Az egyezményre hivatkozó szerződő felek kötelezettséget vállalnak arra, hogy a határon átnyúló együttműködések jogi, közigazgatási nehézségeit közösen oldják meg, továbbá hogy ezekről információkat szolgáltatnak a helyi és regionális hatóságok, valamint az Európa Tanács felé.

A Madridi Egyezményhez három Kiegészítő Jegyzőkönyv készült.

Az Első Kiegészítő Jegyzőkönyv (*Additional Protocol to the European Outline Convention on Transfrontier Co-operation between Territorial Communities or Authorities, CETS No.: 159*, aláírásra megnyitva: 1995. november 9., hatályba lépése, négy ratifikációt követően: 1998. december 1.) az együttműködések megerősítése céljából közjogi, vagy akár magánjogi jelleggel és döntéshozói jogkörrel rendelkező határ menti együttműködési testületek létrehozását támogatta:

A területi önkormányzatok vagy közigazgatási szervek által kötött határmenti együttműködési megállapodások rendelkezhetnek határmenti együttműködési testület

¹ The Council of Europe Treaty Series - CETS No.: 106 <https://rm.coe.int/1680078b0c>

létrehozásáról, amely jogi személyiséggel rendelkezhet, vagy nem rendelkezhet. A megállapodás határozza meg, hogy a terület, figyelembe véve a ráruházott felelősségeket és a belső jog rendelkezéseit, közjogi vagy magánjogi személyiségnek tekintendő azon nemzeti jogrendszer szerint, amelyhez a megállapodást aláíró területi önkormányzatok vagy közigazgatási szervek tartoznak.²

A Második Kiegészítő Jegyzőkönyv (*Protocol No. 2 to the European Outline Convention on Transfrontier Co-operation between Territorial Communities or Authorities concerning interterritorial co-operation, CETS No.: 169.*), amelyet aláírásra 1998. május 5-én nyitottak meg, majd négy ratifikációt követően 2001. február 1-jén lépett hatályba, már a nagyobb, egymással nem határos (transznacionális) területi egységek közötti együttműködésről rendelkezett, mely által a határ menti együttműködés kifejezés helyébe a „területközi együttműködés” kifejezés lépett.

A 2009-ben közzétett Harmadik Kiegészítő Jegyzőkönyv (*Protocol No. 3 to the European Outline Convention on Transfrontier Co-operation between Territorial Communities or Authorities concerning Euroregional Co-operation Groupings (ECGs), CETS No.: 206*) a területi közösségek vagy hatóságok és egyéb szervek részére az ún. Euroregionális Együttműködési Csoportosulás (angol elnevezésének kezdőbetűiből: ECG) formájában kidolgozott szervezeti keretet biztosít a határon átnyúló együttműködésekhez.

Magának az egyezménynek a pontosítása is jól illusztrálja azt a folyamatot, ahogy egyre magasabb szintű, az önálló határon átnyúló jogi személyiséget biztosító keretek jöttek létre, fellazítva a korábbi, a modernitás korában kialakult nemzetállami kereteket és gyengítve a határok elválasztó szerepét. A folyamatnak ez az aspektusa különösen hangsúlyosan tematizálódott az *európai integráció* során: az Egységes Piac és a kontinens belső békéjének megteremtését célul kitűző közös kezdeményezések (az Európai Szén- és Acélközösségtől a Maastrichti Egyezmény által létrehozott és a Lisszaboni Szerződés keretében máig ható módon részletesen szabályozott Európai Unióig) számára a belső nemzeti határok mindig is leküzdendő akadályt, a határ menti együttműködések erősödése pedig komoly segítséget jelentett. Nem véletlen, hogy az uniós intézmények felülről egyre nagyobb szabályozási és pénzügyi támogatást biztosítanak ezeknek az alulról induló kezdeményezéseknek.

Az Európai Bizottság már 1981-ben elfogadott egy a határon átnyúló regionális fejlesztések koordinálására vonatkozó ajánlást (81/879/EGK), melyet követően az Európai Regionális Fejlesztési Alap (ERFA) szabályozási rendszerében a határ menti együttműködések támogatása már önálló célterületként jelent meg. Az Európai Parlament Regionalizációs Közösségi Chartája (1988) felszólította a tagállamokat, hogy támogassanak minden szintű, de különösen a régiók közötti nemzetközi, határon átnyúló együttműködést, amely többek között a határterületekre vonatkozó, határokon átnyúló programok közös kidolgozásában nyilvánul meg. A határ menti együttműködések fejlődésének nagy lökést adott a felülről érkező támogatások rendszere (pénzkeret, célok és prioritások meghatározásával), mely a Közösségi Kezdeményezések közé sorolt INTERREG program révén indult meg 1990-ben. A fokozatosan megszilárduló rendszerszerű és folyamatosan bővülő pénzügyi keretű INTERREG kulcsszerepet játszott a határ menti együttműködések megerősítése, az újonnan csatlakozó tagállamok határrezsimeinek enyhülése és a belső kohézió erősítése szempontjából. 2007-től az Interreg Közösségi Kezdeményezés helyére

² Forrás: Első Kiegészítő Jegyzőkönyv a területi önkormányzatok és közigazgatási szervek határmenti együttműködéséről szóló európai keretegyezményhez, 1995. november 9. Strasbourg. A három kiegészítő jegyzőkönyv elérhető az Európa Tanács oldalán: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/webContent/7767269>

lépő európai területi együttműködés (ETE, angolul ETC) célkitűzés a kohéziós politika harmadik tengelyévé vált, a 2014-ben elindult programozási ciklusra pedig a kizárólagos második tengellyé lépett elő, immár ismét INTERREG megnevezéssel.

Mind a Madridi Keretegyezmény, mind az uniós belső jogharmonizáció és finanszírozási háttér alapvető jelentőségű volt a kezdetben informális, interperszonális alapon szerveződő helyi határ menti együttműködések önálló jogi személyiségű szervezetekké fejlődése szempontjából.

A nemzetközi jogi kereteket biztosító Madridi Keretegyezmény alapján a '80-as és a '90-es években több olyan nemzetközi bilaterális vagy többoldalú szerződés született, amely önálló jogi személyiségű határon átnyúló szervezetek létrehozásához vezetett. Az 1986-ban aláírt *Benelux Egyezmény*³ például lehetővé teszi, hogy a három érintett ország (az egyezményben definiált) entitásai együttműködési megállapodásokat kössenek, és közös szerveket és jogi személyiséggel bíró közérdekű szervezeteket hozzanak létre. A *Bayonne-i Egyezményt*⁴ 1995-ben írta alá a francia és a spanyol kormány. Az egyezmény konkrét együttműködési jogi formaként határozza meg a Spanyolországban önkormányzatok által létrehozható konzorciumot (*consortio*), illetve a francia oldalon elismert közérdekű határ menti csoportosulást (*groupement d'intérêt public de coopération transfrontalière*) és a helyi szintű kevert gazdasági társaságot (*société d'économie mixte locale*). A Franciaország, Németország, Svájc, illetve a Luxemburgi Nagyhercegség által aláírt *Karlsruhe Egyezmény*⁵ (1996) egy konkrétan meghatározott régió különböző szintű területi adminisztratív egységei számára tette lehetővé az együttműködést. Az előző egyezményekhez hasonlóan itt is a meglévő kompetenciákhoz igazítják a közös szervek és intézmények jogképességét. Az egyezmény alapján létre lehet hozni jogi személyiség nélküli szerveket (pl. munkabizottságokat, koordinatív bizottságokat, állandó konferenciákat stb.); az önkormányzatok beléphetnek más ország entitásai által már létrehozott szervezetekbe (amennyiben ez nem ellentétes az adott ország jogrendjével); és alapíthatnak önálló jogi személyiséggel rendelkező szervezeteket is, amelyet szintén (a francia jogrendben bevett) *határ menti csoportosulásként* definiál az egyezmény (mint a Bayonne-i Egyezményben).

A példaként idézett egyezmények közös sajátossága, hogy a résztvevő tagállamok kormányai számára **jelentős ellenőrzési jogköröket biztosítanak** az együttműködések felett (a közpolitikai beavatkozás lehetőségét is beleértve), másrészt a megoldások mindvégig a **nemzeti jogrendszeren belül** kerülnek meghatározásra: az egyik ország jogrendjében már létező jogi formák alapján létrehozott új intézményhez csatlakozhat a külső szereplő. A francia határok mentén a fenti egyezmények alapján (Washington mintájára) létrehozott *eurometropoliszok* például nem szereztek különleges státuszt a francia jogrenden belül, már létező jogi keretekben kezdték meg a működésüket. A létrehozott francia jogi személyiségű intézményhez csatlakoztak a határon túli szereplők, ugyanakkor maga az eurometropolisz nem nyert jogképességet a szomszédos ország területén. E tekintetben a 70-es évektől elburjánzó eurorégiós együttműködésekhez hasonló struktúráról beszélhetünk, ahol szintén vagy az egyik oldalon megalapított szervezetbe lépnek be tagként a határ másik oldalán található entitások, vagy a határ mindkét oldalán jönnek létre egymással párhuzamos, egymással együttműködési megállapodás alapján együtt dolgozó

³ <https://verdragenbank.overheid.nl/en/Verdrag/Details/000360>

⁴ <http://www.espaces->

[transfrontaliers.org/fileadmin/user_upload/documents/Documents_Territoires/TraitedeBayonne.pdf](http://www.espaces-transfrontaliers.org/fileadmin/user_upload/documents/Documents_Territoires/TraitedeBayonne.pdf)

⁵

https://www.euoinstitut.org/fileadmin/user_upload/02_Ueber_Uns/Struktur/Accord_Karlsruhe_Karlsruher_Ub_ereinkommen.pdf

szervezetek, de ezek mindkét esetben kizárólag az adott ország területén rendelkeznek jogképességgel.

Ezen a téren hozott radikális újdonságot az európai területi társulásokról szóló EK-rendelet 2006-ban⁶. Az eredeti angol elnevezése szerint European Grouping of Territorial Cooperation (EGTC) minden, tagja által érintett államban jogképességgel rendelkezik. Az EU-s tagállamokban kötelező érvénnyel bíró rendeletnek köszönhetően a társulási forma kezeli a korábbi megoldások két fő hiányosságát: egyrészt ugyan minden tagnak meg kell szereznie az érintett tagállam hatóságának jóváhagyását az ETT-hez történő csatlakozáshoz, de a jóváhagyás megtagadására a hatóságoknak igen szűk a mozgásteret. Másrészt a létrehozott ETT **a határ mindkét oldalán** teljes jogképességgel rendelkezik: alkalmazottakat foglalkoztathat, intézményeket, közcélú vállalkozásokat hozhat létre és működtethet. A Cerdanya Hospital EGTC például a Pireneusok spanyol oldalán működtet kórházat, amelyet a francia betegek is igénybe vehetnek, ahol francia orvosok is dolgoznak, és a kórház működési költségeit a két kormány (a francia és a katalán) közösen finanszírozza. További jelentős különbség a korábbi formákkal szemben, hogy az ETT-nek az adott állam, illetve az állami intézmények is tagjai lehetnek (akad olyan ETT, amelyet kizárólag ilyen állami intézmények hoztak létre). Mint a későbbiekben látni fogjuk, Magyarország szempontjából ez nem elhanyagolandó szempont – tekintetbe véve az egészségügyi ellátórendszer utóbbi években lezajlott centralizációját.

A fentiekben bemutatott evolúció jól példázta, hogy miként segítik az uniós intézmények és az EU szintjén megalkotott jogi-intézményi keretek a helyi szintű problémákra integrált megoldást kínáló kezdeményezéseket.

A 2015-16-ban uniós szinten megvalósított akadálymentesítési kezdeményezés, a *Cross-Border Review* projekt, majd az ennek eredményeként 2017-ben elfogadott *Boosting Growth and Cohesion in Border Regions* című uniós közlemény, a 2018-ban elindított azonos című online platform, valamint a kohéziós politikai eszközök közé beemelt *European Cross-Border Mechanism (ECBM)* jelzi, hogy a belső kohézió és integráció erősítése során az Unió kiemelt figyelmet fordít a közvetlen (belső) határok mentén formálódó együttműködések intézményesülésére, jogi-szabályozási háttérnek biztosítására és a meglévő akadályok felszámolására. A funkciók határon átnyúló, intézményes megosztására számos jó példa említhető a Benelux Unió és az Északi Tanács példaértékű nagyrégiós keretein túl immár a szűkebb határtérségekben is, amelyekhez mind a nemzetközi, mind a közösségi jog megfelelő intézményi háttérrel biztosít.

⁶ Az Európai Parlament és a Tanács 2006. július 5-i 1082/2006/EK Rendelete az európai területi együttműködési csoportosulásokról. Hatálybalépésének időpontja: 2006. július 6.-a, de rendelkezései 2007. augusztus 1-jétől voltak alkalmazandók. A Rendeletet 2013-ban a 2014-2020-as költségvetési időszakra vonatkozó kohéziós politikai rendeletcsomag keretében módosították. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:02006R1082-20140622&from=EN>

I.2 A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködések eredete és célja

A határmenti területek célzott fejlesztésének az a célja, hogy a határ két oldalán élő lakosság korábban megszakadt kapcsolatai újjászerveződjenek, a határok elválasztó hatása gyengüljön, elősegítve ezáltal az Európai Unió egészének integrációját és az európai népek közötti békés együttműködés erősödését. Ennek keretében **természetes igény nyílik arra, hogy a helyi lakosság a lakóhelyéhez legközelebb eső szolgáltatónál vehesse igénybe az állapota szerint szükséges egészségügyi szolgáltatásokat, akkor is, ha a legközelebbi szolgáltató adott esetben az országhatár másik oldalán van.** Ahogy ezt az előző fejezetben láthattuk, az országhatár két oldalán fekvő téregységek funkciói (pl.: az egyik oldalon meglévő, a másik oldalon hiányzó ellátási formák) kiegészíthetik egymást. A térségi partnerek egymásra találhatnak, az egymást kiegészítő funkciók és szolgáltatások szabadon áramolhatnak az uniós csatlakozás jelentette egyedülálló helyzetben. Ezt ismerték fel és igyekeznek kiaknázni egyre több határmenti térségi együttműködésben az érintett partnerek **a helyi lakosság (köz)szolgáltatásokkal való ellátása**, illetve **saját működésük jövedelmezőbbé tétele** érdekében.

A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködések eredete és célja

A határon átnyúló együttműködések elsőként támogató regionális (európai) nemzetközi jog multilaterális egyezményei (a Helyi Önkormányzatok Európai Chartája, valamint a már bemutatott Madridi Keretegyezmény) alapvetően még az önkormányzatok **társulási szabadságának elvéből** kiindulva garantálták a helyi önkormányzatok számára azt a jogot, hogy törvényben meghatározott feladataik hatékonyabb ellátása érdekében más, akár külföldi, az országhatáron kívül eső helyi önkormányzattal is együttműködjenek, formális együttműködések alakítsanak ki. A Madridi keretegyezmény 2. cikke szerint:

*A jelen egyezmény szempontjából a **határmenti együttműködés** fogalmába tartozik két vagy több Szerződő Fél joghatóságán belül lévő területi önkormányzatok és közigazgatási szervek között a jószomszédi kapcsolatok erősítése és továbbfejlesztése céljából megvalósuló tevékenység, valamint az e cél megvalósítását szolgáló egyezmény vagy megállapodás megkötése.*

A legfontosabb szabály az, hogy a létrehozott együttműködések tagjaira saját nemzeti jogszabályaik vonatkoznak, s ezen a helyzeten az együttműködésben résztvevők által elfogadott egyetlen dokumentum sem változtathat (vö. ehhez az előző fejezetben a bilaterális megállapodások alapján létrehozott együttműködésekről szóló részeket). A Madridi keretegyezmény már idézett 2. cikke szerint:

*A határmenti együttműködés a területi önkormányzatoknak és a közigazgatási szerveknek **a belső jogban meghatározott hatáskörében** valósul meg. E hatáskör hatályát és jellegét a jelen egyezmény nem érinti.*

Ebből a szempontból kiemelkedő fontosságúak az uniós belső jognak az egészségügyi szolgáltatókra és a szolgáltatások nyújtására, illetve finanszírozására vonatkozó szabályai. Különösen arra tekintettel, hogy az eredetileg kizárólag területfejlesztési célú határon átnyúló együttműködések fokozatosan **az egészségügyi szolgáltatások nyújtására is kiterjedtek**. Hiszen az Amszterdami Szerződés (1997) – bár kiemelt célként kezeli a tagállamok gazdasági és pénzügyi közelítését – az

egészségügy, különösen a kórházi és a fekvőbeteg-ellátás terén mégsem irányoz elő sem harmonizációt, sem egyéb formában történő együttműködést, ezért a tagállamokban az egyes szolgáltatások kínálata és minősége jelentősen eltérhet egymástól.

Ez a helyzet ugyanolyan fejlettségbeli különbségekhez vezetne Európa egyes (határmenti) régiói között, mint egykor a tipikusan területfejlesztési mutatók (közúti, vasúti, egyéb hálózatos infrastruktúra, stb.) különbözősége, s a kiegyenlítésben az országhatárok ugyanolyan korlátozó – az innovációk térbeli terjedését akadályozó – szerepet játszanának. Az együttműködések alapvető bázisa erre tekintettel kibővült: az európai szabadság négy pillére (a személyek, áruk, a tőke és a szolgáltatások szabad áramlása) az önkormányzati társulási szabadságnak új dimenziót biztosít. Az Európai Bíróság ítéleteiben megerősítette, hogy az egészségügyi ellátás is egyfajta szolgáltatás, így a szabad mozgás/szabad szolgáltatásnyújtás elve bizonyos mértékig azokra is alkalmazandó.

A szabályozás fenti változásaira tekintettel az európai egészségügyi miniszterek tanácsa a spanyolországi Málágában tartott ülése (2002) során megállapította, hogy a határon túlnyúló egészségügyi szolgáltatások értéktobbletet visznek az ellátórendszerbe, ezért az Uniónak e kezdeményezéseket mindenképpen támogatnia kell. Az 1990-ben újtárra indított INTERREG programok céljai közé ennek megfelelően kerültek be támogatható területként a határ menti egészségügyi együttműködések is. Minthogy ténylegesen számos kezdeményezés részesült jelentős anyagi támogatásban, egyre szélesebb körben vált nyilvánvalóvá, hogy a határ menti régiók szolgáltatásainak összehangolása nem elhanyagolható gazdasági, beruházási és költségvetési kérdés, amelyről azt is elismerték, hogy hozzájárul a szolidaritás, mint kiemelkedően jelentős európai érték kiteljesítéséhez.

A tisztán helyi önkormányzatok részvételével működő határon átnyúló együttműködések mellett ezért egyre nagyobb szerepet kaptak az egészségbiztosítási intézmények, egészségügyi szolgáltatók szakmai kapcsolataira épülő határon átnyúló együttműködések is.

A Lisszaboni Szerződés (2007) alapvető változásokat hozott számos területen, lényegesen megerősítve a közösségi szintű jogköröket és a tagállamok közötti integrációt. A szerződés nem csak a területi megközelítés kiemelésével járult hozzá a határon átnyúló egészségügyi együttműködések megerősítéséhez: egyben ösztönzi is a tagállamokat az ilyen kezdeményezések támogatására, különösen a szolgáltatások területi és szakmai komplementaritásainak kihasználásán keresztül. A szerződés teremtette meg az elvi lehetőségét a 2011/24/EK-rendelet elfogadásának, amely jelentősen kiterjeszti a határon átnyúló egészségügyi együttműködésekhez kapcsolódó jogi kereteket (erről később).

A határon átnyúló együttműködések Magyarországon, az egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködések kialakításának lehetősége

Az 1/2014. (I. 3.) OGY határozat mellékleteként közzétett *Nemzeti fejlesztés 2030. Országos Fejlesztési és Területfejlesztési Koncepció* 1.1.4. fejezet ötödik bekezdése szerint:

A határon átnyúló együttműködések különböző, a nemzetiségtől független formái (határmenti megyék, Euro-régiók, Európai Területi Társulások) hozzájárulhatnak a határon átnyúló várostengelyek, a településközi és végső soron a Kárpát-medencei kapcsolatok megerősítéséhez, szorosabbra fűzéséhez, a Kárpát-medencei gazdasági tér megteremtéséhez, a határmenti elmaradott térségek fejlesztéséhez, az épített örökség és természeti értékek megőrzéséhez, továbbá az összehangolt környezetvédelmi, turisztikai,

kulturális és közegészségügyi, valamint egészségügyi ellátás-szervezési programok megalapozásához.⁷

Az intézményes határon átnyúló együttműködések létrehozását Magyarország számára a már hivatkozott regionális (európai) nemzetközi jogi keretekhez történő bekapcsolódás is biztosította. Ennek megfelelően hazánkban is elsőként **területfejlesztési célú** együttműködések alakultak ki és váltak meghatározóvá. Később nemzetközi egyezmények szabályai – a szomszédos országokkal kötött alapszerződések révén – Magyarország bilaterális gyakorlatába is beépültek. A határon átnyúló együttműködések a hatályos magyar jogban ennek megfelelően több forrás kifejezetten is támogatja.

1. táblázat: A határ menti együttműködések jogi keretei Magyarországon

A HATÁRON ÁTNYÚLÓ EGYÜTTMŰKÖDÉSEKET TÁMOGATÓ MAGYAR JOGSZABÁLYOK, DOKUMENTUMOK			
Nemzetközi jogi		Nemzeti jogi	Egyéb dokumentum
1.	a Helyi Önkormányzatok Európai Chartájáról szóló, 1985. október 15-én, Strasbourgban kelt egyezmény kihirdetéséről (1997. XV. tv., 10. cikk)	1. A helyi önkormányzatokról szóló 1990. LXV. tv. 1.§ (6), c); 8.§ (1); 10.§ (1), f) Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény 42. § 6.,	A hazai határon átnyúló együttműködések alapító dokumentumai Nagyterési együttműködések alapító okiratai (pl. Közép-európai Kezdeményezés, Alpok-Adria Munkaközösség) Eurorégiók alapító okiratai (pl. Kárpátok Eurorégió, Duna-Körös-Maros-Tisza Eurorégió, Ipoly Eurorégió)
2.	a Területi Önkormányzatok és Közigazgatási Szervek Határmenti Együttműködéséről szóló, 1980. május 21-én, Madridban kelt Európai Keretegyezmény kihirdetéséről (1997. XXIV. tv.)		
3.	A Magyar Köztársaság és Románia közötti megértésről, együttműködésről és a jószomszédokról szóló szerződés kihirdetéséről (1997. XLIV. tv., 7. cikk (2); 17. cikk (1), (2))		
4.	A Magyar Köztársaság és a Szlovák Köztársaság között a jószomszédi kapcsolatokról és a baráti együttműködésről szóló szerződés kihirdetéséről (1997. XLIII. tv., 7. cikk (2), (3); 16. cikk (1), (2); 19. cikk)		
5.	a Magyar Köztársaság és a Horvát Köztársaság között Budapesten, 1992. december 16-án aláírt, a baráti kapcsolatokról és együttműködésről szóló	2. A területfejlesztésről és a területrendezésről szóló 1996. XXI. tv. 3.§ (1) c); 5.§ b), bd), f), s); 6.§ h); 7.§ i), m);	

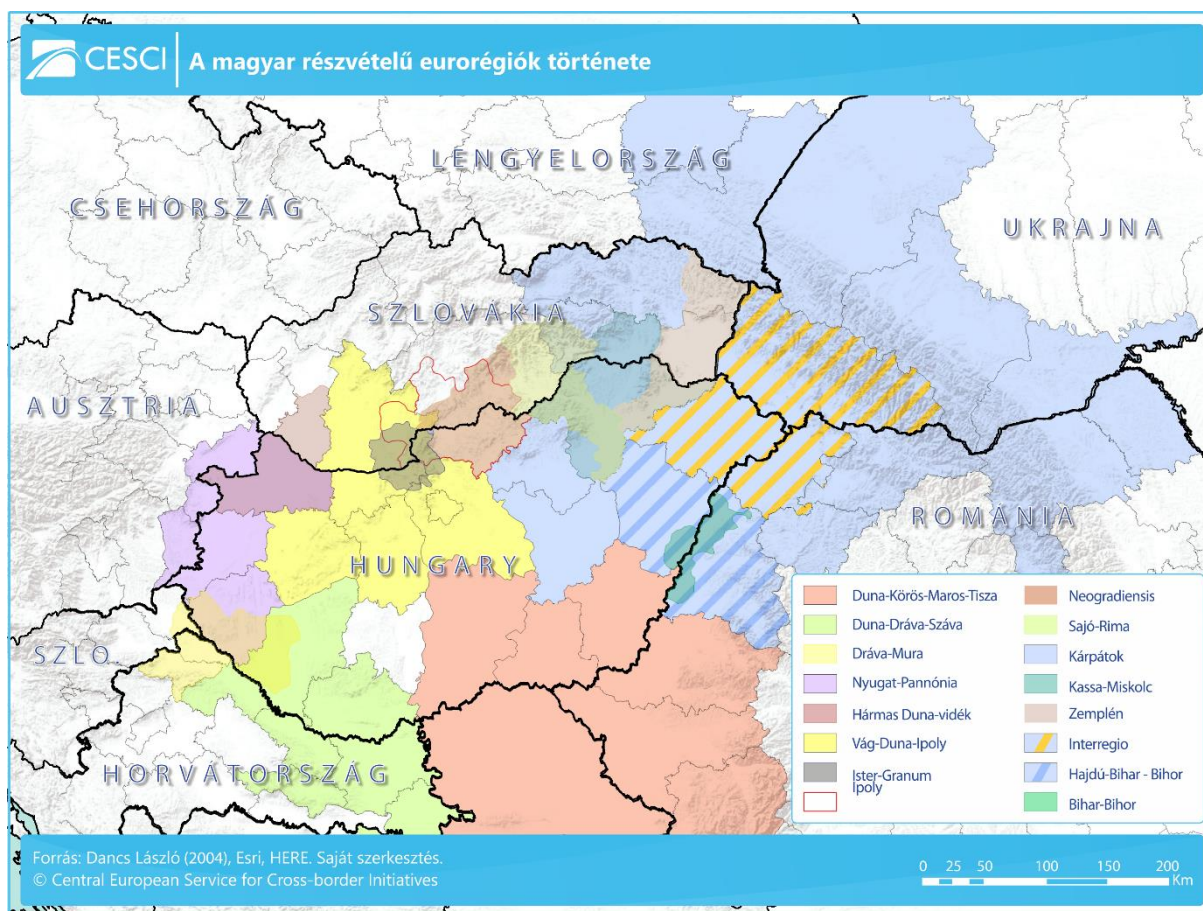
⁷ http://www.terport.hu/webfm_send/4616

**A HATÁRON ÁTNYÚLÓ EGYÜTTMŰKÖDÉSEKET
TÁMOGATÓ MAGYAR JOGSZABÁLYOK, DOKUMENTUMOK**

	Szerződés kihirdetéséről (1995. XLVII. tv. 8. cikk, 10. cikk, 13. cikk)		
6.	a Magyar Köztársaság és Ukrajna között a jószomszédság és az együttműködés alapjairól Kijevben, az 1991. évi december hó 6. napján aláírt Szerződés kihirdetéséről (1995. XLV. tv., 8. cikk, 10. cikk, 13. cikk)	A törvény hatályos: 2019.01.02 - 2019.03.14-ig. Új törvény: Magyarország és egyes kiemelt térségeinek területrendezési tervéről szóló 2018. évi CXXXIX. törvény, hatályosak a vonatkozó szakaszai 2019. március 15-től. (Az új törvény a területrendezés korszakváltó megújítására vonatkozik, azaz az országos, valamint a Budapesti Agglomeráció és a Balaton Kiemelt Üdülőkörzet területrendezési terveinek új tervezési rendszerben, egy időben történő felülvizsgálatát és elfogadását célozza meg, egyúttal hatályon kívül helyezi a vonatkozó törvényeket, így az Országos Területrendezési Tervről szóló 2003. évi XXVI. törvényt, a Budapesti Agglomeráció Területrendezési Tervéről szóló 2005. évi LXIV. törvényt, a Balaton Kiemelt Üdülőkörzet Területrendezési Tervének elfogadásáról és a Balatoni Területrendezési Szabályzat megállapításáról szóló 2000. évi CXII. törvényt, valamint a területfejlesztésről és a területrendezésről szóló 1996. XXI. törvényt.)	
7.	a Magyar Köztársaság és a Szlovén Köztársaság között Budapesten, 1992. december 1-jén aláírt barátsági és együttműködési Szerződés kihirdetéséről (1995. XLVI. tv., 9. cikk, 10. cikk, 12. cikk)		

Ezen jogforrások alapján számos (összesen 16 eurorégiós) határon átnyúló együttműködés jött létre Magyarország részvételével a 90-es évek első felétől kezdve.

1. ábra: A magyar határok mentén 1993 és 2008 között létrejött eurorégiós együttműködések



Magyarország a Helyi Önkormányzatok Európai Chartáját és a Területi Önkormányzatok és Közigazgatási Szervek Határmenti Együttműködéséről szóló Európai (Madridi) Keretegyezményt is aláírta, ezért az egyezmények szabályai a magyar jog részévé váltak, a magyar helyi önkormányzatok határon átnyúló együttműködésére is megfelelően irányadók. Ezek a jogforrások egységesen biztosítják a helyi önkormányzatok számára azt a jogot, hogy **határon átnyúló együttműködések**et hozzanak létre, sőt a figyelembe vételükkel kialakított kétoldalú dokumentumok azt is megállapítják, hogy az együttműködések **az egészségügyi, társadalombiztosítási kérdésekre is kiterjedhetnek**.

A legutoljára aláírt – magyar-román – alapszerződés 7. cikk (1), illetve a 17. cikk (1) és (2) bekezdése szerint:

7. cikk (2) A Szerződő Felek, más érdekelt európai országokkal egyetértésben, együttműködnek regionális és szubregionális projektek és egyéb együttműködési formák megvalósításában, hogy elősegítsék a gazdasági, ipari, mezőgazdasági, ökológiai, szállítási, hírközlési és egyéb közös érdeklődésre számot tartó területeken az azokban részt vevő országok fejlődésének gyorsítását. Bátorítják a közvetlenül érdekelt részvételét ezen együttműködési formák és projektek megvalósításában, összhangban a Szerződő Felek belső jogszabályaival.

17. cikk (1) A Szerződő Felek fejlesztik és támogatják az **együttműködést az egészségvédelem** és az orvostudományi kutatások területén.

(2) A Szerződő Felek szorgalmazzák továbbá az együttműködést **a társadalombiztosítás és a szociális védelem területén az egyik Szerződő Félnek a**

másik Szerződő Fél területén tartózkodó állampolgárai érdekében, és megvizsgálják e célból megállapodások kötésének lehetőségét.⁸

Lényegében azonos tartalmú felhatalmazás gyakorlatilag Magyarország valamennyi alapszerződésében megtalálható. A magyar-szlovén alapszerződés 9., 10. és 12. cikke szerint:

9. cikk A Szerződő Felek nagy jelentőséget tulajdonítanak a régiók, városok, községek és más területi egységek együttműködésének, és azt minden téren támogatni fogják.

10. cikk A Szerződő Felek támogatják a kölcsönösen előnyös gazdasági-kereskedelmi kapcsolataik továbbfejlesztését. E téren kiemelt figyelmet szentelnek a kis- és középvállalatok együttműködésének. **Belső jogszabályaik alapján** és nemzetközi kötelezettségeikkel összhangban egymás közti kapcsolataikban **elősegítik** a kedvező gazdasági, pénzügyi és jogi feltételek fokozatos megteremtését a vállalkozói és más gazdasági tevékenységekhez, beleértve a kölcsönös tőkebefektetések ösztönzését és védelmét, az áruk, **a szolgáltatások**, a munkaerő és a tőke **áramlását** érintő feltételeket. **Előmozdítják és segítik az országos és regionális szintű üzleti kapcsolatok kialakítását, továbbá a két ország jogi és természetes személyei közötti együttműködés különböző formáit.** A Szerződő Felek egyetértenek abban, hogy együttműködjenek a nemzetközi gazdasági intézményekben, valamint a nemzetközi pénzügyi szervezetekben.

12. cikk A Szerződő Felek elősegítik az együttműködés kialakítását **az egészségügy területén**, nevezetesen a lakosság halálozásában kiemelkedő szerepet játszó szív és érrendszeri, rosszindulatú daganatos megbetegedések, továbbá egyes járványos fertőző betegségek, elsősorban az AIDS elleni küzdelem területén.⁹

Mégis, a táblázatban felsorolt, Magyarországon jelenleg is hatályos jogforrások közös jellemzője, hogy – bár a határon átnyúló együttműködések kialakításához való jogot biztosítják és az együttműködés lehetséges területei között az egészségügyi szolgáltatások megszervezését is felsorolják – a részletszabályok hiányoznak, illetve csakis a klasszikus területfejlesztési célú együttműködésekre vonatkoznak.

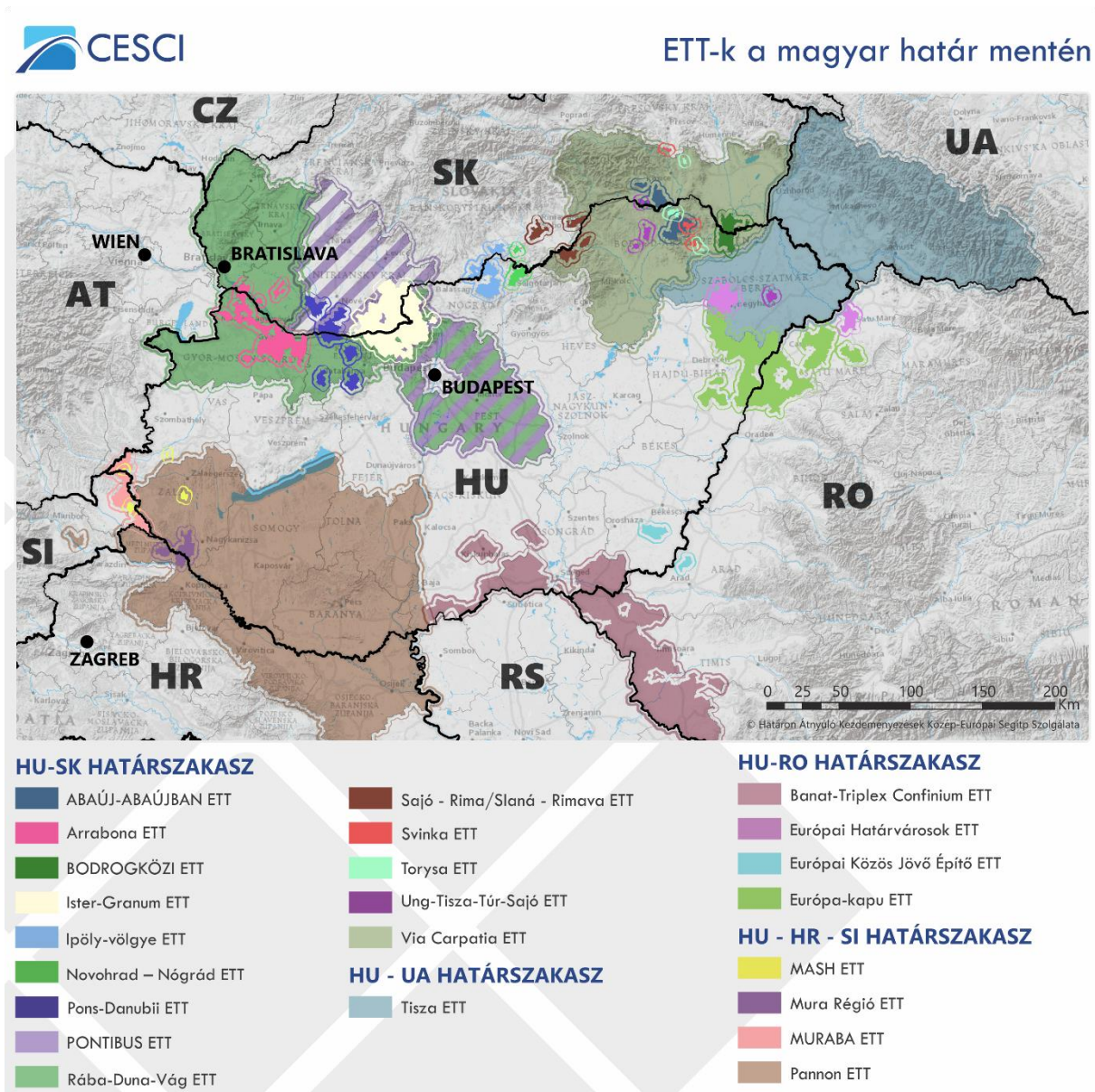
⁸ Szerződés a Magyar Köztársaság és Románia között a megértésről, az együttműködésről és a jószomszédagságról. 1996. szeptember 16.

http://bgazrt.hu/_files/NPKI/oktatas/Magyar-rom%C3%A1n%20alapszer%C5%91d%C3%A9s.pdf

⁹ 1995. évi XLVI. törvény a Magyar Köztársaság és a Szlovén Köztársaság között Budapesten, 1992. december 1-jén aláírt barátsági és együttműködési Szerződés kihirdetéséről.

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99500046.TV>

2. ábra: A magyar határok mentén működő európai területi társulások térképe



A 90-es években létrehozott eurorégiós együttműködések mára túlnyomórészt megszűntek. Napjainkban három eurorégió mutat fel különböző szintű tevékenységet: a DKMT ma is meghatározó szereplője a magyar-román-szerb hármashatár-térség fejlesztésének; a Kárpátok Eurorégió elsősorban az EU keleti határai mentén a politikai együttműködést segíti; az Ipoly Eurorégió pedig gyakorlatilag rendszeres projekt szintű együttműködést jelent a szlovákiai Ipeľská Unió és a magyarországi Ipoly-Táj Területfejlesztési Társulás részvételével. A többi eurorégió gyakorlatilag megszűnt, helyüket szinte minden határ mentén az első fejezetben bemutatott EGTC-k, magyarul ETT-k vették át. E téren Magyarország úttörőnek számít, hiszen az elsők között adaptálta a 2006-os EK-rendeletet, majd ennek 2013-as módosítását is, és hazánkban működik a legtöbb bejegyzett ETT az egész Unióban (ugyancsak eltérő intenzitással és eltérő szakmai színvonalon).

Ugyanakkor a jogforrások kizárólag a helyi és települési önkormányzatok, nem pedig az egészségügyi szolgáltatók szempontjából kezelik az együttműködés egyes kérdéseit, jóllehet a szolgáltatók működését és a szolgáltatások nyújtásának szabályait ugyancsak több nemzeti és nemzetközi, illetve közösségi jogforrás szigorúan szabályozza.

A fentiek alapján elmondható, hogy bár a határmenti együttműködések kialakítását több jogszabály támogatja ma Magyarországon, a jogforrásokban jellemzően nem az egészségügyi szolgáltatók az együttműködési jog címzettjei, hanem elsősorban a helyi és települési önkormányzatok, regionális testületek, közhatóságok. E szervek határmenti, illetve határon átnyúló együttműködések létesítésére vonatkozó joga azonban kiterjed a feladatkörükbe tartozó egészségügyi ellátási feladatokra is.

Az egészségügyi együttműködések kialakítását tovább korlátozta a települési, illetve megyei fenntartású hetven fekvőbeteg-gyógyintézet állami fenntartásba vétele 2011 őszén, 2012 januárjában, illetve a kórházakhoz integrált járóbeteg-szakrendelők állami fenntartásba vétele 2013 tavaszán. Az önkormányzatokat megillető határon átnyúló együttműködésekben való részvételre vonatkozó jogok ugyanis ettől kezdve értelmüket veszítették az egészségügyi szolgáltatói együttműködések szempontjából. A továbbra is önkormányzati fenntartású önálló (nem kórházhoz integráltan működő) járóbeteg-szakrendelők tekintetében azonban a fenti szabályok továbbra is relevánsak.

Az állam és a helyi önkormányzatok által gyakorolható, a fenntartásukban álló egészségügyi szolgáltatók kooperációjára is kiterjeszhető együttműködési jog gyakorlásának módját tehát szabályozni kell, s e szabályozásnak az a feladata, hogy összhangot teremtsen a már kodifikált együttműködési jog és az ugyancsak kodifikált egészségügyi szolgáltatási szabályok között. E két szabályanyag között ugyanis jelenleg nincs szabályozott kapcsolat.

Összefoglalva tehát: az együttműködési jogot biztosító jogszabályok nem, vagy csak részben tartalmazzák az egészségügyi együttműködésekhez is felhasználható szabályokat, a hatályos magyar egészségügyi jogszabályok pedig a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködés lehetőségét nem engedik meg (noha az egészségügyi szolgáltatók állami és önkormányzati fenntartóit megilleti az a jog, hogy a számukra törvényben előírt, az egészségügyi ellátásoknak a helyi lakosság számára való biztosításával kapcsolatban fennálló kötelezettségeiknek határon átnyúló együttműködések keretében tegyenek eleget).

I.3 A határon átnyúló betegmobilitás fogalmi rendszere

A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói tevékenység, mint fogalmi keret

A betegmobilitás, gyógyturizmus, egészségturizmus fogalmi között – jóllehet nem felcserélhető fogalmakról van szó – kimutatható kapcsolat létezik. E kapcsolat kimutatásához azonban először le kell határolni azt a környezetet, amelyben a betegmobilitás, a gyógyturizmus és az egészségturizmus fogalmi egyáltalán tételezhető, illetve, amelyben a betegmobilitás, a gyógyturizmus és az egészségturizmus fogalmába tartozó tevékenységek értelmezhetőek. Ez tulajdonképpen annak az összefoglaló fogalomnak (szélesebb kategóriának) a meghatározását jelenti, amelybe mindhárom terület fogalmi egyaránt beletartoznak, illetve, amely e fogalmakat egyaránt lefedi.

Ez az összefoglaló fogalom (szélesebb kategória) a betegmobilitás, gyógyturizmus, egészségturizmus keretében végzett tevékenységek közös vonásai alapján határozható meg. Három olyan közös vonás azonosítható be, amely mindhárom fogalomra egyformán érvényes.

- Mindhárom fogalom közös vonása, hogy a fogalommal lefedett szolgáltatások valamilyen módon az **egészségi állapothoz** (annak helyreállításához vagy megőrzéséhez)

kapcsolódnak. Az egyes fogalmakban erre utalnak a „beteg-”, a „gyógy-” és az „egészség-” előtagok. Ebből a szempontból a betegmobilitás, a gyógyturizmus és az egészségturizmus körébe tartozó szolgáltatások tehát elsősorban abban különböznek egymástól, hogy az egészség helyreállítására vagy a megőrzésére koncentrálnak, és hogy ezek a tevékenységek milyen mértékben vannak jelen bennük (dominánsak vagy kiegészítő jellegűek).

- Mindhárom fogalom közös vonása ezen kívül, hogy a fogalommal lefedett szolgáltatások nyújtásában **egészségügyi szolgáltatók** is részt vesznek. Ebből a szempontból a betegmobilitás, a gyógyturizmus és az egészségturizmus körébe tartozó szolgáltatások elsősorban abban különböznek egymástól, hogy egészségügyi szolgáltató vagy más, egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult személy/szerv nyújtja-e őket. Abban az esetben, amikor az egészség helyreállításához, megőrzéséhez kapcsolódó szolgáltatásokat egészségügyi szolgáltató nyújtja, az így folytatott tevékenység ún. *egészségügyi szolgáltatói tevékenység*; abban az esetben viszont, amikor nem egészségügyi szolgáltató nyújtja, akkor ún.: *egészségügyi szolgáltatási tevékenység*. Itt azonban fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az *egészségügyi szolgáltatói*, illetve az *egészségügyi szolgáltatási tevékenység* fogalompár az együttműködésekben részt vevő szolgáltatók megkülönböztetésén kívül egy másik értelemben is használható, éspedig a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködések keretében nyújtott **szolgáltatások**, így végzett **tevékenységek megkülönböztetésére**. Ebben az értelemben a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködésekben **az egészségügyi szolgáltatói tevékenység az együttműködésben részt vevő szolgáltatók által egymásnak nyújtott szolgáltatásokat, közösen végzett, egymásra – azaz nem harmadik személyekre (pl.: turistákra, betegek) – vonatkozó tevékenységeket jelöli, míg az egészségügyi szolgáltatási tevékenység azokra a tevékenységekre, szolgáltatásokra utal, amelyeket a szolgáltatók a harmadik személyeknek nyújtanak**.
- Mindhárom fogalom közös vonása továbbá, hogy a határ menti kontextusban a fogalommal lefedett szolgáltatásokat **nemzetközi tevékenység** keretében nyújtják, azaz vagy a szolgáltatást nyújtó vagy a szolgáltatást igénybe vevő külföldi. Az egyes fogalmakban erre utalnak a „-mobilitás” és a „-turizmus” utótagok. Ebből a szempontból a betegmobilitás, a gyógyturizmus és az egészségturizmus körébe tartozó szolgáltatások tehát elsősorban abban különböznek egymástól, hogy az idegenforgalmi jelleg/motiváció az egészség helyreállításával vagy megőrzésével kapcsolatos jelleghez/motivációhoz képest a szolgáltatás igénybevételét mennyire determinálja (**a szolgáltatás igénybevételét inkább az idegenforgalmi vagy inkább az egészséggel kapcsolatos elvárások határozzák-e meg**).

E három közös vonás alapján elmondható, hogy a betegmobilitás, a gyógyturizmus és az egészségturizmus nem más, mint **határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói tevékenység**. Mindhárom fogalom a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói tevékenység összefoglaló forgalmába tartozik.

A kép teljességéhez azonban egy további kiegészítést kell tenni.

Noha a nemzetközi jelleg mindhárom fogalomban kétségkívül jelen van, mégsem lehet minden esetre érvényes tételként kimondani, hogy az egészségi állapot helyreállításához, megőrzéséhez kapcsolódó azon szolgáltatások, amelyeket belföldi szolgáltató nyújt belföldi igénybevevőnek, nem tekinthetők sem a betegmobilitás, sem a gyógyturizmus, sem az egészségturizmus fogalmába tartozó szolgáltatásnak. Bárki azonnal tudna ellenpéldákat mondani. Pl. a betegmobilitás körében gyakran megtörténik, hogy az egyik városban kezelt beteget egy másik városban működő

intézménybe utalják be további gyógykezelés céljából. Az is köztudott, hogy az ország egyes területein működő gyógyfürdőket – jellemzően – az ország bármely más területén lakó állampolgárok is felkereshetik. A betegmobilitás, gyógyturizmus, egészségturizmus fogalmaiban tehát **nem mindig érvényesül a közös nemzetközi jelleg**, e fogalmakról akkor is beszélhetünk, ha a fogalmak által lefedett szolgáltatásokat nem nemzetközi szinten nyújtják, vagyis ha az egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási tevékenység nem „határon átnyúló”.

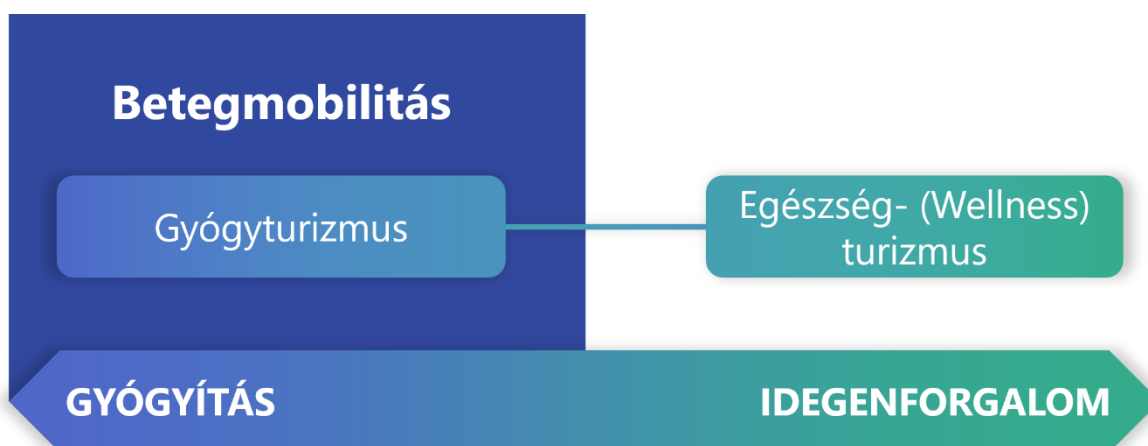
Ez azt jelenti, hogy betegmobilitás, gyógyturizmus és egészségturizmus fogalmáról **nemcsak országok közötti (nemzetközi), azaz határon átnyúló, hanem országon belüli egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói tevékenység** értelemben is beszélhetünk.

A betegmobilitás, gyógyturizmus, egészségturizmus egymáshoz való viszonya

Amennyiben a szolgáltatási tevékenységeket egy olyan skálán helyezük el, amelynek két szélső értéke a gyógyítás egyfelől és az idegenforgalom másfelől, akkor a betegmobilitás és a gyógyturizmus a tevékenységi skála „gyógyítás”-hoz, az egészségturizmus pedig az „idegenforgalom”-hoz közelebb eső végén helyezkedik el aszerint, hogy az egyes tevékenységekben a gyógyítási vagy az idegenforgalmi jelleg-e az erősebb. Ezt szemlélteti a következő ábra.

A legszélesebb kategória a **betegmobilitás**, amely két további – gyógyturizmusnak minősülő és gyógyturizmusnak nem minősülő – tevékenységcsoportot foglal magába. A betegmobilitás fogalma tehát a gyógyturizmust is lefedi. A betegmobilitási tevékenységek mindkét csoportjában betegek mozognak (egyik országból a másikba), csakhogy a gyógyturizmusnak minősülő betegmobilitási tevékenységek esetében a betegek kiegészítő turisztikai szolgáltatásokat is igénybe vesznek. A betegmobilitás gyógyturisztikai és a többi része között tehát az a fő különbség, hogy a **gyógyturizmusban** részt vevő beteg (gyógyturista) kifejezetten gyógykezelési céllal keresi fel az országot/szolgáltatót – jellemzően egy adott, időszakonként visszatérő kezelést igénylő betegségével – és ott hosszabb időt tölt el, de kezelése/betegsége nem akadályozza abban, hogy a gyógykezelésen kívüli, jellemzően turisztikai szolgáltatásokat is igénybe vegyen.

3. ábra: A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási tevékenységek rendszere



Forrás: Dr. Balogh Tamás (2005)

A betegmobilitásban részt vevő többi – nem gyógyturista – személy ezzel szemben nem feltétlenül kifejezetten gyógykezelési céllal tartózkodik abban az országban, ahol gyógykezelésben

részesítették (átutazók, turisták véletlen balesetei alkalmával bekövetkező sürgős/szükséges egészségügyi szolgáltatások), és a tartózkodásuk átmeneti.

Ezen a csoporton belül kivételt képeznek (de szintén a betegmobilitás gyógyturizmusnak nem minősülő tevékenységei keretében nyújtott szolgáltatások igénybevevői) azok a személyek, akiknek külföldi gyógykezelését vagy hosszú várólista, vagy otthon nem hozzáférhető szükséges egészségügyi szolgáltatás miatt a hazai biztosítójuk engedélyezi (**engedélyezett külföldi gyógykezelés**). Ez utóbbi csoport azért tartozik a betegmobilitáson belül a nem gyógyturistának minősülő csoportba, mert betegségük jellemzően súlyos, rendkívüli és gyors beavatkozást igénylő. Esetükben tehát semmiféle, egészségügyi szolgáltatások körén kívüli, pl. turisztikai szolgáltatásról nem beszélhetünk, mert egészségi állapotuk kizárja ezt.

Az engedélyezett külföldi gyógykezelésben részesülők körén felül a betegmobilitás gyógyturizmusnak nem minősülő tevékenységei keretében nyújtott szolgáltatások igénybevevőinek csoportjába tartozó, nem gyógyturistának minősülő személyek azok is, akik a határon átnyúló együttműködések keretében kifejezetten gyógykezelési céllal – de szintén nem a turisztikai szolgáltatások igénybevevőiként – érkeznek az országba (**tervezett gyógykezelés, Európai Referenciaközpontok**).

Az engedélyezett külföldi gyógykezelések és a tervezett gyógykezelések közötti különbség elsősorban finanszírozási jellegű, ezért részletes tárgyalására a II.1. fejezetben kerül sor. E helyütt elegendő annyit megemlíteni, hogy – bár maguk az engedélyezett külföldi gyógykezelések is (engedélyezett mivoltukból eredően ab ovo) igényelnek egyfajta tervezést, nyújtásukra mégis mindig a közfinanszírozásban kerül sor, a többi tervezett gyógykezelést viszont üzleti alapon nyújtják.

A betegmobilitástól teljesen eltérő kategória az **egészség- vagy wellness-turizmus** – amiben nincs beteg, hiszen az ilyen típusú szolgáltatásokat igénybe vevők célja éppen az egészségmegőrzés és -fejlesztés, nem pedig a gyógyulás. A gyógyítás és az idegenforgalom határterületeiről van tehát szó, amiben a betegmobilitásnál a gyógyítás – az egészség helyreállítása – dominál, az egészségturizmusnál pedig az idegenforgalom – kiegészítve az egészség megőrzésével, fejlesztésével, de NEM a helyreállításával.

Amint azt az előzőekben már nyilvánvalóvá tettük, az **egészségturizmusban** a látogatók alapvető motivációja az egészség megőrzése, a betegség megelőzése (**wellness-turizmus**), illetve az állapot javítása, betegség gyógyítása (**gyógyturizmus**). Az egészségturizmusnak ez a fenti klasszikus fogalma azonban átalakulóban van: a hagyományos, természetes gyógytényezők kihasználására épülő gyógyászati tevékenység kitágult a prevenció-rekreáció, valamint az orvosi és más egészségügyi szolgáltatások turisztikai vonzerejének növekedése irányába. Mindezek mellett növekszik az önálló, gyógytényezőktől független, régió- vagy országhatáron átnyúló utazással járó orvosi és egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet. Ennek következtében megjelent egy új fogalom: a gyógytényezők közelében, vagy akár attól függetlenül megjelenő orvosi és más egészségügyi szolgáltatásokhoz kapcsolódó turizmust nevezzük egészségügyi turizmusnak. Az **egészségügyi turizmus** erre tekintettel: nem sürgősségi esetben végzett (elektív, azaz tervezhető, ütemezhető) orvosi, egészségügyi szolgáltatások, illetve olyan veleszületett rendellenességek, betegség vagy sérülés utáni állapot kezelésének, kezeléssorozatának az igénybe vétele, amelyhez üzleti célú szálláshely és egyéb turisztikai szolgáltatások igénybevétele kapcsolódik.

2. táblázat: A határon átnyúló betegmobilitás és egészségturizmus fogalmi rendszere

A HATÁRON ÁTNYÚLÓ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSI ÉS SZOLGÁLTATÓI TEVÉKENYSÉGEK				
FOGALOMALKOTÁSI SZEMPONTOK	BETEGMOBILITÁS		EGÉSZSÉG (VAGY WELLNESS-) TURIZMUS	EGÉSZSÉGÜGYI (MEDICAL-) TURIZMUS
	GYÓGYTURIZMUSNAK NEM MINŐSÜLŐ RÉSZÉ	GYÓGYTURIZMUSNAK MINŐSÜLŐ RÉSZÉ		
AZ EGYES TEVÉKENYSÉGEK FOGALMI ELEMEI				
Az igényelt/nyújtott szolgáltatás	egészségügyi szolgáltatás	egészségügyi szolgáltatás + igény szerinti kiegészítő idegenforgalmi, turisztikai szolgáltatások	idegenforgalmi, turisztikai szolgáltatás + igény szerinti kiegészítő egészségügyi szolgáltatások	egészségügyi szolgáltatás
A szolgáltatást igénylő személy	beteg ember	beteg ember	egészséges ember	beteg ember
A szolgáltatást nyújtó személy/szerv	egészségügyi szolgáltató	egészségügyi + idegenforgalmi szolgáltató	idegenforgalmi + egészségügyi szolgáltató	egészségügyi szolgáltató
A szolgáltatás-igénybevétel célja	az egészség helyreállítása	az egészség helyreállítása + idegenforgalmi szolgáltatások igénybevétele	idegenforgalmi szolgáltatások igénybevétele + az egészség megőrzése, fejlesztése (betegségmegelőzés)	az egészség helyreállítása
A tartózkodás időtartama	tipikusan átmeneti	tipikusan huzamos	tipikusan huzamos	tipikusan huzamos
Az egészségügyi szolgáltatás jellege	tipikusan sürgős, orvosilag szükséges	tipikusan orvosilag szükséges és/vagy időszakonként visszatérő kezelést igénylő	nem sürgős és kifejezetten nem is szükséges, tipikusan betegségmegelőzés	tipikusan előre tervezett orvosi ellátások (műtétek)
A szolgáltatást igénylő egészségügyi állapota	tipikusan súlyos, azonnali ellátást igénylő	tipikusan nem súlyos, nem azonnali ellátást igénylő	nem súlyos, nem azonnali ellátást igénylő, tipikusan egészséges	tipikusan járóképes, nem súlyos, azonnali beavatkozást igénylő
Az egészségügyi szolgáltatás körén kívüli egyéb kapcsolódó (pl.: idegenforgalmi szolgáltatások)	A beteg állapota tipikusan kizárja az egészségügyi szolgáltatáson kívül más kapcsolódó (pl.: idegenforgalmi, turisztikai) szolgáltatások igénybevétele	A beteg állapota lehetővé teszi az egészségügyi szolgáltatáson kívül más kapcsolódó (pl.: idegenforgalmi, turisztikai) szolgáltatások igénybevétele	A beteg állapota kifejezetten nem igényli az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele az elsődleges cél az idegenforgalmi, turisztikai szolgáltatások igénybevétele	A beteg állapota nem feltétlenül zárja ki más kapcsolódó idegenforgalmi, turisztikai szolgáltatások igénybevétele, de ez a látogatásnak nem elsődleges célja

Összefoglalva tehát, a legfontosabb tény, hogy a GYÓGYTURIZMUS A BETEGMOBILITÁS RÉSZÉ, vagyis, amikor betegmobilitásról beszélünk, az a gyógyturizmust is mindig magában foglalja. Ez a jövőbeni potenciális fejlesztések szempontjából azt jelenti, hogy amikor a pályázók gyógyturizmus

fejlesztésére pályáznak, akkor a betegmobilitás körébe tartozó, ámde nem gyógyturizmusnak minősülő tevékenységek támogatásából automatikusan kizárják magukat. Amennyiben viszont a megpályázott támogatással fejlesztendő tevékenységüket betegmobilitási tevékenységként nevesítik, az a tisztán gyógyturisztikai célú tevékenységeket is magába foglalja.

Határon átnyúló, határmenti jelleg

A határon átnyúló együttműködéseknek (cross-border cooperation) az európai uniós diskurzusban két jelentésrétege van: egyrészt így nevezzük a közvetlen a határ mentén található térségek szereplői közötti kapcsolatépítést; másrészt viszont minden tevékenység határon átnyúló, amely az államhatárokat metszi, és így ide sorolható a görög-svéd együttműködés is. A jelen vizsgálat szempontjából fontos, hogy az együttműködés egy közös határ mentén (azaz nem több országhatárt átlépve) történik.

Azok a külföldi partnerek bevonásával megvalósuló együttműködések tehát, amelyek egy országcsoporthoz tartoznak, vagy több országon átívelő kapcsolatot jelentenek (pl.: fejlődő országoknak nyújtott egészségügyi támogatások, távoli országokban megvalósuló kórházépítések stb.), nem értelmezhetők a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések keretében. Ugyanez igaz azokra az egészségügyi tárgyú együttműködésekre is, amelyeket ugyan egyetlen közös határ mentén két szomszédos ország valósít meg, de a közös határtól távolabb fekvő, azzal nem érintkező szubnacionális szintű területi egységeik (régiók, megyék, stb.) területén (pl. Veszprém és Zsolna között).

A jelen vizsgálat során tehát a közvetlen határtérségekre fókuszáltunk, és a betegmobilitás kérdéseit ebben a dimenzióban vizsgáltuk.

II. A határ menti betegmobilitás jogi keretei

II.1 A betegmobilitás jogi kereteinek evolúciója az Európai Unióban

Az Európai Unió fokozatosan jutott arra a felismerésre, hogy az egészségügyi szolgáltatások – mint a szolgáltatások szabad áramlásának uniós alapelve által érintett tevékenységek – közösségi szabályozást igényelnek úgy is, hogy az egészségügyi ellátórendszerek megszervezése és működtetése nem közösségi, hanem tagállami feladat. Ebben a jogfejlődésben a határok átjárhatósága, a személyek és szolgáltatások mozgásának szabadsága alapvető tényezőnek bizonyult. A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásnyújtás főbb jogforrásai, egyben a jogfejlődés mérföldkövei az alábbiak:

- a migráns munkavállalók szociális biztonságáról szóló 1408/71/EGK-rendelet (1971)
- a Maastrichti Szerződés, 129. cikk. (1992)
- a Kohll és Decker jogeset (1998)
- a szociális biztonsági rendszerek koordinációjáról szóló 883/2004/EK-rendelet (2004)
- a Lisszaboni Szerződés, 168. cikk. (2007)
- a 2011/24 EU-irányelv (2011).

A migráns munkavállalók szociális biztonságáról szóló 1408/71/EGK rendelet¹⁰

Elsőként 1971-ben csak a személyek – közösségi olvasatban a gazdaság teljesítőképességét dinamizáló munkaerő – szabad mozgásához fűződő uniós érdekek kényszerítették ki annak szabályozását, hogy a tagállamok között munkavégzési céllal mozgó, de az állandó lakóhelyük szerinti másik tagállamban egészségbiztosítással rendelkező (tipikusan kiküldetést teljesítő) személyek milyen tarifális, egyéb feltételek mellett juthatnak hozzá a biztosításuk alapján őket megillető ellátásokhoz a munkavégzés helye szerinti tagállamban az ottani tartózkodásuk átmeneti időszakában. A szabályozás alapját az az elvi kiindulópont jelentette, hogy egyetlen természetes személy sem szenvedhet maradandó egészségkárosodást amiatt, hogy abban a pillanatban, amikor ellátásra szorul, épp egy másik országban tartózkodik, mit ahol a biztosítása alapján ellátásra lenne jogosult. A biztosítottat az egyik tagállamban megillető ellátási jogosultságot tehát a másik tagállamban is ellátási jogosultságként ismerték el, méghozzá úgy, mint ami az ellátás helye szerinti ország biztosítottjaival azonos elbírálást tesz lehetővé a szolgáltatás igénybevétele során (a nem kiküldött munkavállalók eleve a munkavégzés helye szerinti országban válnak biztosítottá). Ez a szabályozás terjedt ki fokozatosan a biztosítási jogviszonyuk helye szerinti tagállamból egy másik tagállamba az állandó ott-lakás céljával áttelepült személyek (tipikusan nyugdíjasok) és a munkavégzési céltól függetlenül rövid ideig egy másik tagállamban tartózkodó személyek (tipikusan turisták) szolgáltatás-igénybevételeének a szabályozására is. Egyúttal azt is kimondták, hogy a tartózkodás helye szerinti tagállamban a maradandó egészségkárosodás megelőzése érdekében igénybe vett egészségügyi szolgáltatás nem járhat a biztosított számára a biztosítása keretében befizetett díjakhoz képest többletköltséggel. Az e célra alkotott 1408/71/EGK-rendelet és a

¹⁰ A Tanács 1408/71/EGK rendelete a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról. (1971R1408) <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1971R1408:20060428:hu:PDF>

végrehajtására kiadott 574/72/EGK-rendelet **jogosultságigazolási és elszámolási mechanizmust** vezetett be a biztosítási jogviszony fennállásának és a szolgáltatás igénybevételének helye szerinti tagállamok között, **szabványos formanyomtatványok segítségével**. A rendeletek megteremtette mechanizmus mintegy húsz éven át egyeduralgó volt, s lényegében még az Európai Unióhoz történt magyar csatlakozás idején is a többször módosított rendeleti szabályok keretei között volt egyedül lehetséges az intézményes határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködés.

A Maastrichti Szerződés¹¹

Az Egységes Európai Okmány (1986) előtt az egészségüggyel nem foglalkoztak uniós szinten, legfeljebb közvetett módon, vagy kivételes körülmények között. A Maastrichti Szerződés (1992) azonban megteremtette az EU joghatóságának jogalapját az egészségügy területén is.

A Maastrichti Szerződés által módosított alapító szerződés X. címe foglalkozik a népegészségügy témakörével (129. cikk), melyen belül a Közösség együttműködésre hívja fel a tagállamokat az egészségvédelem terén, és szükség esetén tevékenységük támogatásával hozzájárul az emberi egészségvédelem magas színvonalának biztosításához, előmozdításához. A jogszabály a közösség feladatát a közegészségügy terén a betegségmegelőzésben, különösen a széles körben terjedő súlyos betegségek megelőzésében és a súlyos egészségkárosodás megelőzésében, az ezek okaira és terjedésére vonatkozó kutatásban és az egészségügyi oktatásban és tájékoztatásban jelöli meg, valamint kiemeli, hogy az egészségvédelmi követelmények minden közösségi politikának részét kell képezniük. A jogszabály elrendeli, hogy a tagállamoknak a Bizottság közreműködésével egyeztetniük kell egymással a területre vonatkozó politikájukat és programjaikat, valamint hogy a Közösségnek és a tagállamoknak törekedniük kell a harmadik országokkal és a közegészségügy területén illetékes nemzetközi szervezetekkel való együttműködésre. Annak érdekében, hogy hozzájáruljon mindezen célkitűzések eléréséhez, a Tanács feladata, hogy a Gazdasági és Szociális Bizottsággal és a Régiók Bizottságával folytatott konzultációt követően ösztönző intézkedéseket fogad el, kizárja azonban a szerződés, hogy a Tanács a tagállamok törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezéseit bármilyen formában összehangolja.

Ezt kiegészítette az Amszterdami Szerződés, amely **kötelező határozatok** elfogadására adott felhatalmazást és 1999-ben létrehozta az **Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóságot**, ami immár egyértelműen kifejezi az EU-nak az egészségügyi ágazat szabályozásában való részvételét.

Az Amszterdami Szerződésben a korábbi X. cím helyett, a XIII. cím rendelkezik a népegészségügyről (129. cikk helyett a sokat említett 152. cikk). Módosul maga a jogszabályszöveg is: az Amszterdami Szerződés az első, amely már jelentőségének megfelelően kezeli az egészségügyet. Elsőként kiemeli, hogy valamennyi közösségi politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét. A Közösség fellépése kiegészíti a nemzeti politikákat és a népegészségügyi helyzet javítására, az emberi megbetegedések és betegségek, valamint az emberi egészséget fenyegető veszélyek okainak megelőzésére irányul. A közösségi fellépés magába foglalja a széles körben terjedő súlyos betegségek elleni küzdelmet, az azok okaira, terjedésére és megelőzésére vonatkozó kutatásokat, valamint az egészségügyi tájékoztatást és oktatást. A

¹¹ Treaty on European Union. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX:11992M/TXT>

közösség kiegészíti a tagállamok fellépését a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos egészségkárosodás csökkentése érdekében, ez alatt értendő a felvilágosítás és a megelőzés is.

A Közösség bátorítja a tagállamok együttműködését az említett területeken, és szükség esetén segítséget nyújt a tagállamok közös fellépéséhez. A tagállamok a Bizottsággal kapcsolatot tartva összehangolják a politikáikat és programjaikat az egészségügy ezen területein, a Bizottság a tagállamokkal szorosan együttműködve megteheti minden kezdeményezést az összehangolás előmozdítására. A tagállamok és a Közösség harmadik országokkal és nemzetközi népegészségügyi szervezetekkel is együttműködik a terület fejlesztése, javítása érdekében. A Tanács feladatait is pontosabban meghatározza az Amszterdami Szerződés. A Tanács a Gazdasági és Szociális Bizottsággal, valamint a Régiók Bizottságával való konzultációt követően a következő intézkedések elfogadásával járul hozzá a népegészségügyi célok megvalósításához:

- az emberi eredetű szervek és szövetek, a vér és vércszítmények magas szintű minőségi és biztonsági előírásainak megállapítására vonatkozó intézkedések (ezek az intézkedések nem akadályozhatják a tagállamokat abban, hogy szigorúbb védőintézkedéseket tartsanak fenn vagy vezessenek be);
- olyan, az állat- és növényegészségügy terére vonatkozó intézkedések, amelyek közvetlen célja a közegészség védelme;
- az emberi egészség védelmére és javítására szolgáló ösztönző intézkedések (azonban a jogszabály kizárja, hogy a Tanács a tagállamok törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezéseit bármilyen módon összehangolja).

A Tanács a Bizottság javaslata alapján, minősített többséggel ajánlásokat fogad el a népegészségügyi célok elérése érdekében. A népegészségügy terén való közösségi fellépés során teljes mértékben tiszteletben kell tartani a tagállamok hatáskörét az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás szervezése tekintetében.

A Kohll és Decker ügyek¹²

1998-ban megtörtént az első két olyan luxemburgi eset, amely rövidesen alapvető változásokat indított el. A Kohll-ügyben (C-158/96 Kohll [1998]) Kohll úr társadalombiztosítási intézménye megtagadta, hogy a lánya a luxemburgi biztosítójuk költségviselése mellett utazzon fogászati kezelésre Németországba. A Decker-ügyben (C-120/95 [1998]) pedig Decker úrtól tagadták meg a Luxemburgban kiadott recept alapján Belgiumban vásárolt szemüvege árának luxemburgi visszatérítését. Az Európai Bíróság mindkét esetben úgy határozott, hogy **az olyan szabályok, amelyek szerint a biztosítás helyétől eltérő másik tagállamban igénybe vett orvosi ellátás költségeinek visszatérítését engedélyhez kötik** (az előzetes engedélyezés és az engedély megtagadásának a lehetősége), **korlátozzák a szolgáltatásnyújtás szabadságát, s az áruk szabad mozgását**. A bíróság szerint az **effajta korlátozások csak akkor tekinthetők indokoltnak, ha a társadalombiztosítási rendszer** valamennyi biztosított számára kiegyensúlyozott orvosi és kórházi szolgáltatási képességét biztosító **penzügyi egyensúlya kerülne veszélybe**.

¹² <https://curia.europa.eu/en/actu/communiqués/cp98/cp9826en.htm>

A koordinációs rendelet¹³

A jogfejlődés eredményeit a 2004-ben elfogadott 883/2004/EK-rendelet dolgozta fel, amely a többször módosított 1408/71/EGK és 574/72/EGK rendeletek helyébe lépett, s igyekezett megfelelően reagálni a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések igényeire is. **A szabványos** jogosultságigazolási és elszámolási **formanyomtatvány-apparátus fennmaradt**, a leglátványosabb változást a munkavállalási céltól független átmeneti tartózkodás idején igénybe vehető, a maradandó egészségkárosodás elkerüléséhez azonnal szükséges (sürgősségi) ellátásokhoz való hozzáférést biztosító **Európai Egészségbiztosítási Kártya** (European Health Insurance Card - EHIC) **bevezetése** jelentette, mint az európai integráció elmélyülésének egyik szimbóluma.

A Lisszaboni Szerződés¹⁴

2007-ben elfogadták a Lisszaboni Szerződést, amely 2009-ben lépett hatályba. A szerződés 168. cikke az EU-nak a tagállamokkal szoros együttműködésben megvalósítandó törekvéseit határozza meg. Általános célja **az emberi egészség magas szintű védelmének biztosítása az összes szakpolitikában és minden uniós tevékenység során**.

A cikk egyben arra **ösztönzi a tagállamokat**, hogy erősítsék az együttműködéseiket annak érdekében, **hogy javítsák az egészségügyi szolgáltatásaik egymást kiegészítő jellegét a határmenti régiókban**. A cikk kiterjeszti az EU hatásköreit azáltal, hogy rendelkezik az orvosi felhasználásra szánt gyógyszerekről és eszközökről. A Lisszaboni Szerződés ezzel a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködések egyik legfontosabb jogforrásává vált még úgy is, hogy a nemzetállamok jogköreit nem sértheti.

168. cikk

*(1) Valamennyi uniós politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét. Az **Unió fellépése, amely kiegészíti a nemzeti politikákat**, a népegészségügyi helyzet javítására, az emberi megbetegedések és betegségek, valamint az emberek testi és szellemi egészségét fenyegető veszélyek okainak megelőzésére irányul. Az ilyen fellépés magában foglalja a széles körben terjedő súlyos betegségek elleni küzdelmet az azok okaira, terjedésére és megelőzésére vonatkozó kutatások, valamint az egészségügyi tájékoztatás és oktatás által, továbbá **a határokon át terjedő súlyos egészségügyi veszélyek figyelemmel kísérését, az ilyen veszélyek korai előrejelzését és az ezek elleni küzdelmet**. Az Unió kiegészíti a tagállamok fellépését a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos egészségkárosodás csökkentése érdekében, beleértve a felvilágosítást és a megelőzést is.*

*(2) Az Unió bátorítja a tagállamok közötti együttműködést az e cikkben említett területeken, és **szükség esetén támogatást nyújt** a tagállamok fellépéséhez. Az Unió*

¹³ Az Európai Parlament és a Tanács 883/2004/EK Rendelete a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról.

<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2004R0883:20100501:hu:PDF>

¹⁴ Lisszaboni Szerződés az Európai Unióról szóló szerződés és az Európai Közösséget létrehozó szerződés módosításáról, amelyet Lisszabonban, 2007. december 13-án írtak alá.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX%3A12007L%2FTXT>

ösztönzi különösen a határ menti területeken az egészségügyi szolgáltatások egymást kiegészítő jellegének javítására irányuló, tagállamok közötti együttműködést. A tagállamok a Bizottsággal együttműködve összehangolják politikáikat és programjaikat az (1) bekezdésben említett területeken. A Bizottság a tagállamokkal szorosan együttműködve **megtehet minden hasznos kezdeményezést az összehangolás előmozdítására**, különös tekintettel az iránymutatások és mutatók megállapítására, a bevált gyakorlatok cseréjének megszervezésére, valamint az időszakonkénti felülvizsgálat és kiértékelés szükséges elemeinek kialakítására irányuló kezdeményezésekre. Az Európai Parlamentet teljeskörűen tájékoztatni kell.

(3) Az Unió és a tagállamok **elősegítik az együttműködést harmadik országokkal** és a népegészségügy területén hatáskörrel rendelkező nemzetközi szervezetekkel.

(4) A 2. cikk (5) bekezdésétől, illetve a 6. cikk a) pontjától eltérve, és a 4. cikk (2) bekezdésének k) pontjával összhangban az Európai Parlament és a Tanács rendes jogalkotási eljárás keretében, valamint a Gazdasági és Szociális Bizottsággal és a Régiók Bizottságával folytatott konzultációt követően az e cikkben említett célok eléréséhez való hozzájárulás érdekében a közös biztonsági kockázatok kezelésére elfogadja a következőket:

a) az emberi eredetű szervek és szövetek, a vér és vérkészítmények magas szintű minőségi és biztonsági előírásainak megállapítására vonatkozó intézkedések; ezek az intézkedések nem akadályozhatják a tagállamokat abban, hogy szigorúbb védintézkedéseket tartsanak fenn vagy vezessenek be;

b) intézkedések az állat- és növényegészségügy terén, amelyek közvetlen célja a közegészség védelme;

c) a gyógyszerek és a gyógyászati célú eszközök magas szintű minőségi és biztonsági előírásainak megállapítására vonatkozó intézkedések;

(5) A Gazdasági és Szociális Bizottsággal, valamint a Régiók Bizottságával folytatott konzultációt követően az Európai Parlament és a Tanács rendes jogalkotási eljárás keretében ösztönző intézkedéseket állapíthat meg az emberi egészség védelmére és javítására, és **különösen a határokon át széles körben terjedő súlyos betegségek elleni küzdelemre, valamint a határokon át terjedő súlyos egészségügyi veszélyek figyelemmel kísérésére, az ilyen veszélyek korai előrejelzésére és az ezek elleni küzdelemre vonatkozóan**, továbbá olyan intézkedéseket állapíthat meg, amelyeknek közvetlen célja – a dohányra és a túlzott alkoholfogyasztásra vonatkozóan – a közegészség védelme, kizárva azonban a tagállamok törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezéseinek bármilyen harmonizációját.

(6) A Tanács a Bizottság javaslata alapján ajánlásokat is elfogadhat az e cikkben meghatározott célok érdekében.

(7) Az Unió tevékenységének **tiszteletben kell tartania a tagállamoknak az egészségügyi politikájuk meghatározására, valamint az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás megszervezésére és biztosítására vonatkozó hatáskörét. A tagállamok hatásköre kiterjed az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás működtetésére, és a hozzájuk rendelt erőforrások elosztására.** A (4) bekezdés a) pontjában említett intézkedések nem érinthetik a szervek és vér adására vagy gyógyászati célú felhasználására vonatkozó nemzeti rendelkezéseket. (kiemelés tőlem – a szerz.)

A határon átnyúló betegjogi irányelv¹⁵

2013 óta a megelőző jogfejlődés eredményeként létrejött jogszabályok kiegészültek a határokon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogokról szóló 2011/24/EU-irányelvvel, ami az első és eddig az egyetlen egészségügyi irányelv, amely **lehetővé teszi a betegek előzetes engedély nélküli bizonyos fokú mobilitását**.

Ezzel az irányelv határozott elmozdulást jelent a mindaddig kizárólag a szociális biztonsági koordinációs mechanizmus keretében kezelni próbált határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések jogi kezelése terén a korábbi évtizedek gyakorlatához képest és – jogforrási jellegéből eredően – a koordináció helyett egyfajta **harmonizációs mechanizmus** vezet be a tagállamok gyakorlatának egymáshoz közelítésére.

Kapcsolattartás és az illetékes tagállam hatásköre

A határokon átnyúló egészségügyi ellátás terén **egy vagy több nemzeti kapcsolattartó pontot kötelesek kijelölni a tagállamok**, amelyek elsősorban tájékoztatási feladatokat látnak el. A biztosítás helye szerinti tagállam gondoskodik a határokon átnyúló egészségügyi ellátást igénybe vevő biztosított személyek költségeinek visszatérítéséről, ha az ellátásra a biztosított személy ellátásra jogosult a biztosítás helye szerinti tagállamban. Fontos kiemelni, hogy **a biztosítás helye szerinti tagállam határozza meg mind a jogosultságot, mind pedig a költségek átvállalásának szintjét**. A költségeket a tagállam azon mértékig téríti vissza, amelyet akkor vállalt volna át, ha az egészségügyi ellátást a saját területén vették volna igénybe (ún. „belföldi költségmérték”). A visszatérítendő költségek kiszámítására a tagállamok kötelesek mechanizmust bevezetni

Minőség és biztonság

Az Irányelv az ellátás tekintetében **a szolgáltatásnyújtás helye szerinti tagállam felelősségét** határozza meg, és előírja, hogy a közös alapelvek mentén a tagállamnak világos minőségi és biztonsági standardokat kell meghatároznia a területén nyújtott ellátásra vonatkozóan.

A szolgáltatásnyújtás helye szerinti államnak biztosítania kell továbbá, hogy

- az előírt követelményeknek a szolgáltatók megfelelhessenek,
- a szolgáltatókat megfelelően monitorozhatók legyenek,
- a szolgáltatók ellássák a betegeket minden szükséges információval,
- károkozás esetén a károsult panaszt tehesen és kártérítést kapjon.

Az egyenlő bánásmódot és diszkrimináció-mentességet biztosítani kell. A Bizottság iránymutatásokkal segíti a tagállamokat a fentiek megvalósítása érdekében. Főszabály szerint **az egészségügyi ellátást az ellátás helye szerinti tagállam jogszabályai szerint** kell nyújtani.

A betegek tájékoztatása

A biztosítás helye szerinti tagállam biztosítja, hogy a betegeket kérésre tájékoztassák a más tagállamban nyújtott egészségügyi ellátás igénybevételéről, a feltételekről, többek között azon

¹⁵ Az Európai Parlament és a Tanács 2011/24/EU Irányelve a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&from=fr>

esetekben is, ha a másik tagállamban nyújtott egészségügyi ellátás során a beteget kár éri. A tájékoztatást könnyen hozzáférhetővé kell tenni, beleértve az elektronikus eszközök alkalmazását, és információt kell tartalmaznia a betegek jogosultságairól, az eljárásokról, valamint a fellebbezés és jogorvoslat rendszereiről, amennyiben a beteget megfosztják e jogosultságoktól.

A költségek visszatérítése

A biztosítás helye szerinti tagállam garantálja, hogy a másik tagállamba egészségügyi ellátás igénybevétele céljából utazó biztosított személyt nem akadályozzák meg a másik tagállamban nyújtott egészségügyi ellátás igénybevételében, ha

- a szóban forgó ellátás olyan, amelyről rendelkezik a biztosítás helye szerinti tagállam jogszabálya, és
- amelyre a biztosított személy a biztosítás helye szerinti országban is jogosult.

Olyan ellátások vehetők tehát igénybe, melyek a biztosítás szerinti államban a „biztosítási csomag” részei, továbbá az igénybevételhez a betegnek jogosultsággal kell rendelkeznie. A beteg ugyanakkor az ellátást „szolgáltatásként”, térítési kötelezettség mellett veszi igénybe, és a számla alapján utólagosan térítésre jogosult biztosítójától.

A biztosítás helye szerinti tagállam a biztosított személynek az egészségügyi szolgáltatáshoz **a belföldi költségmértéknek megfelelő térítést nyújt**, azaz visszatéríti azokat a költségeket, amelyeket a kötelező társadalombiztosítási rendszer fizetett volna, ha a biztosítás helye szerinti tagállam területén vettek volna igénybe azonos vagy hasonló egészségügyi ellátást. Minden esetben **a biztosítás helye szerinti tagállam határozza meg**, mely egészségügyi ellátás esetén nyújtható visszatérítés, tekintet nélkül arra, hogy az egészségügyi ellátást hol veszik igénybe.

A másik tagállamban nyújtott egészségügyi ellátást igénybe venni kívánó betegek esetében a biztosítás helye szerinti tagállam **ugyanolyan feltételekhez** (támogathatósági kritériumok, szabályozási és adminisztratív formalitások) kötheti az ellátás igénybevételét és a költségek megtérítését, mint amilyeneket akkor alkalmazna, ha a beteg azonos vagy hasonló egészségügyi ellátást a területén venne igénybe.

E feltételeknek azonban **megkülönböztetéstől menteseknek kell lenniük**, és nem akadályozhatják a szabad mozgást. A tagállamok a költségek visszatérítésére megfelelő eljárásokat vezetnek be; ezen eljárásoknak szintén objektív, megkülönböztetéstől mentes, előzetesen ismert kritériumokon kell alapulniuk.

A biztosítás helye szerinti tagállam köteles legalább a belföldi költségmérték megtérítésére, a teljes költséget azonban nem köteles megtéríteni.

Az előzetes engedélyezés kérdése

A biztosítás helye szerinti tagállam előzetes **engedélyhez kötheti** a költségek visszatérítését,

- amennyiben az érintett beteg **legalább egy éjszakás kórházi tartózkodását** is magában foglalja, vagy
- amennyiben kiemelten **speciális és költséges orvosi infrastruktúra** vagy orvosi felszerelés alkalmazását kívánja, vagy
- a beteg vagy a lakosság számára különleges kockázatot jelentő kezelésekkel jár.

A biztosítás helye szerinti tagállam **korlátozhatja** a költségek visszatérítését a nyújtott egészségügyi ellátás **minőségével** és **biztonságával** kapcsolatos okok alapján, amennyiben ez a közegészségüghöz fűződő, közérdekű kényszerítő körülményekkel indokolható.

A **nem-kórházi** ellátás vonatkozásában az Irányelv kimondja, hogy a beteg joga az egészségügyi ellátás **előzetes engedélyezés nélküli igénybevétele egy másik tagállamban**, a tagállam kötelezettsége pedig a hazai költség mértékéig történő költségtérítés, természetesen a tényleges költség erejéig. **Ugyanakkor a nem-kórházi ellátásban is lehetőség van ugyanolyan korlátozások és feltételek alkalmazására, mint a hazai ellátásoknál – különös tekintettel a beutalási rendre** (például a járóbeteg szakellátás igénybevételéhez az alapellátás orvosa beutalójának előírása).

Kórházi ellátás esetén a tagállam **előzetes engedélyezési eljárást alkalmazhat**, ha az ellátás a saját szociális biztonsági rendszerében is finanszírozott, és az Irányelv végrehajtása a betegek olyan szintű kiáramlását okozná, mely aláássa a tagállami szociális biztonsági rendszer pénzügyi egyensúlyát, illetve a tagállam ellátórendszer-kapacitása tervezésének és racionalizációjának lehetőségét. Az engedélyezési rendszernek ugyanakkor **arányosnak és szükségesnek kell lennie**. Az engedélyezendő ellátások körét az egyes tagállamok határozzák meg, az általuk közölt listákat a Bizottság tartja nyilván és frissíti. A biztosítás helye szerinti tagállam nem tagadhatja meg az előzetes engedély megadását abban az esetben, ha a beteg jogosult erre az ellátásra, és az adott tagállamban nem biztosítható elfogadható időn belül az ellátás, figyelembe véve a beteg egészségi állapotát.

Az eljárási rendszereknek könnyen hozzáférhetőnek kell lenniük, és biztosítaniuk kell, hogy a kérelmeket objektívan és elfogulatlanul dolgozzák fel a tagállam által meghatározott, előzetesen nyilvánosságra hozott határidőn belül.

Az előzetes engedélyezés elutasításának kritériumait előzetesen és átlátható módon kell meghatározni.

A tagállamok a kérelem feldolgozásakor figyelembe veszik:

- a beteg egészségi állapotát;
- az elszenvedett fájdalom mértékét;
- a beteg akadályoztatásának fokát, valamint
- a beteg szakmai tevékenység folytatását lehetővé tevő képességét.

Az engedélyre vonatkozó döntéssel szemben a tagállamoknak biztosítaniuk kell a jogorvoslat lehetőségét.

[Az igénybe vehető ellátások kérdése](#)

Az Irányelv szerint az utólagos költségtérítés mértéke a belföldi költségmértéknek felel meg. Ez szükségszerűen azt is feltételezi, hogy nem nyújtható visszatérítés olyan ellátás igénybevétele esetén, melyek nem tartoznak az adott (biztosítás helye szerinti) állam által biztosított ellátások körébe, tehát a helyi „ellátási csomagba”. Az Irányelv egyértelműen leszögezi, hogy **a biztosítottnak joga van egy másik államban is igénybe venni mindazon ellátásokat, melyek a biztosítás helye szerinti államban is járnak**. Az illetékes biztosító azonban nem köteles megtérítést nyújtani olyan ellátások igénybevétele esetén, amelyeket a biztosítás helye szerinti állam jogszabályai nem írnak elő. Ha az adott ország nem rendelkezik tételes és pontos listával a finanszírozott beavatkozásokról és eljárásokról, akkor a biztosítónak a külföldön igénybe vett ellátással **azonos vagy ahhoz hasonló ellátás hazai költségmértékét kell megtérítenie**.

A külföldi és a hazai ellátás hasonlóságának vizsgálatánál figyelembe kell venni

- a kezelt betegséget,
- az alkalmazott eljárást vagy technológiát,
- az ellátás időigényét és
- fekvő- vagy járóbeteg jellegét.

A biztosítás helye szerinti tagállam ezen felül **alkalmazhatja az ellátáshoz fűződő egyéb általános feltételeket**, különös tekintettel **a beutalás szükségességére** szakellátás vagy fekvőbeteg-ellátás esetén.

Orvosi rendelvények elismerése, térítése

Az Irányelv lehetővé teszi a más tagállamban kiállított orvosi rendelvények elismerését, ha a kiállított rendelvény névre szól. A rendelvények elismerésének korlátozása tilos, kivéve, ha a korlátozás:

- az emberi egészségvédelem szempontjából szükséges, arányos és megkülönböztetéstől mentes;
- az adott rendelvény eredetiségével, tartalmával vagy érthetőségével kapcsolatos jogos és indokolt kételyeken alapul.

Fontos kiemelni, hogy a rendelvények elismerése nem érinti a gyógyszerek költségének visszatérítésére vonatkozó szabályokat, a gyógyszerfelírásra vonatkozó nemzeti szabályokat és a generikus vagy egyéb készítményekkel történő helyettesítést sem.

Az illetékes biztosító ugyanakkor a másik államban kiváltott támogatott gyógyszer után a biztosítottnak ugyanolyan mértékű térítést köteles fizetni, mint amilyen mértékű ártámogatást nyújt hazai gyógyszerkiváltás esetén.

Ha valamely gyógyszer forgalomba hozatalát egy tagállam területén engedélyezték, a tagállamoknak biztosítaniuk kell, hogy egy másik tagállamban erre felhatalmazott személy által felírt, névre szóló vény felhasználható legyen területükön. A végrehajtás elősegítésére az Európai Bizottság közösségi vényablont dolgoz ki, továbbá felállít egy közösségi rendszert, amely alapján vizsgálható a vény eredetisége és az, hogy a rendelvényt egy másik tagállamban erre felhatalmazott személy adta-e ki. A vényelfogadás kötelezettsége nem alkalmazandó olyan készítményekre, amelyek az uniós szabályok értelmében (2001/83/EK-irányelv 71. cikkének (2) bekezdése) különleges orvosi rendelvényre kiadható gyógyszerek.

A tagállamok közötti együttműködés

Az Irányelv **megteremti az együttműködés kereteit**, például a **határmenti régiók között**, a más országokban felírt orvosi vények elismerése, az európai referenciahálózatok, az egészségügyi technológia értékelése, az adatgyűjtés, valamint a minőség és a biztonság területén.

A tagállamoknak biztosítaniuk kell a **betegek megfelelő információval való ellátásához** szükséges rendszereket. Ennek érdekében a tagállamoknak nemzeti kapcsolattartó(ka)t kell kijelölniük, aki(k)nek feladata a határon átnyúló egészségügyi ellátás lehetőségeiről és a vonatkozó eljárásokról, a betegjogok érvényesítéséről történő tájékoztatás, abban segítségnyújtás. (Ugyanakkor a másik államban nyújtandó egészségügyi ellátással kapcsolatos tájékoztatást – költségek, várakozási idő, eredmények – az adott szolgáltatóknak kell biztosítani.)

A tagállamoknak lehetővé kell tenniük, hogy a szolgáltatók a nagy beruházás-, költség- és tudásigényű ellátások magas szintű nyújtása érdekében európai **referenciahálózatokat** hozzanak létre, a létrehozás feltételeit és kritériumait a Bizottság fogja meghatározni.

Az **e-egészségügy** területén a Bizottság intézkedéseket fog elfogadni az információs és kommunikációs technológiák interoperabilitása elérése céljából, melyet a tagállamoknak akkor kell alkalmazniuk, ha e-egészségügyi rendszerek bevezetése mellett döntenek.

A tagállamoknak lehetővé kell tenniük az **egészségügyi technológiaértékelésért** felelős hatóságokat összekötő hálózat létrehozását és működtetését is.

A tagállamoknak a határon átnyúló szolgáltatás monitorozásához szükséges statisztikai adatokat kell gyűjteniük, melyeket évente legalább egyszer a Bizottsághoz el kell juttatniuk.

3. táblázat: A rendeletek és az irányelv főbb különbségei

SZEMPONTOK	KOORDINÁCIÓ	HARMONIZÁCIÓ
jogforrás	<ul style="list-style-type: none"> 883/2004/EK rendelet közvetlenül kötelező és közvetlenül hatályos (a tagállami szabályokat felváltja) 	<ul style="list-style-type: none"> 2011/24/EU irányelv a tagállamok közötti eltérő szolgáltatás-nyújtási szabályok harmonizálásához szükséges „minimumfeltételeket” határozza meg (sem a tagállami szabályokat, sem a rendeletet nem váltja fel)
ellátások	<ul style="list-style-type: none"> ideiglenesen tartózkodók balesetei esetén orvosilag szükséges ellátás a biztosításuktól eltérő másik tagállamba állandóan áttelepültek teljes körű egészségügyi ellátása gyógykezelési célú kiutazás esetén engedélyezett külföldi gyógykezelés 	<ul style="list-style-type: none"> a tervezett ellátások igénybevételét könnyíti meg kizárt ellátások: tartós ápolás, szervátültetés, közegészségügyi oltás
alapelv	<p>azonos elbírálás (az ellátás fenti típusait és az ellátást igénylő személy státuszát azonosító formanyomtatványok alapján)</p> <ul style="list-style-type: none"> mind az ellátás során (pl.: várólista, de csak a közfinanszírozott szolgáltatóknál), mind az alkalmazott tarifák tekintetében (nincs külön tarifa + amit a „hazai” ellátásban a biztosító térítene, azt a külföldi ellátás esetében is a biztosító fizeti az ellátás helye szerinti tarifák – a „külföldi költségmérték” – alapján) 	<p>azonos elbírálás, de (!):</p> <ul style="list-style-type: none"> a biztosító csak a „belföldi költségmértéket” téríti vissza és azt is csak utólag (beteg általi kötelező előlegezés) a visszatérítés csökkenthető a minőséggel, biztonsággal kapcsolatos kifogások alapján csak azon ellátások tekintetében, amelyek a biztosítás helye szerinti országban is léteznek, és amelyekre a biztosított a hazájában is jogosult nem csak közfinanszírozott szolgáltatóknál igénybe vett ellátásoknál lehetséges a visszatérítés

SZEMPONTOK	KOORDINÁCIÓ	HARMONIZÁCIÓ
előzetes engedélyezés	<p>A közösségi rendelet szabályai szerint a másik tagállamban gyógykezelésre jogosító engedélyt ki kell adni (csak akkor kell kiadni),</p> <ul style="list-style-type: none"> • ha a szóban forgó kezelés szerepel az érintett személy lakóhelye szerinti tagállam jogszabályai által előírt ellátások között, és • ha az ilyen kezelést az orvosilag indokolt határidőn belül nem tudják biztosítani, figyelembe véve a személy aktuális egészségi állapotát és betegségének várható lefolyását. 	<p>Korlátozás csak szükség esetén és arányosan, kizárólag fekvőbeteg-ellátás esetén alkalmazható. A biztosítás helye szerinti tagállam előzetes engedélyhez kötheti a költségek visszatérítését, amennyiben</p> <ul style="list-style-type: none"> • az érintett beteg legalább egy éjszakás kórházi tartózkodását is magában foglalja, vagy • kiemelten speciális és költséges orvosi infrastruktúra, orvosi felszerelés alkalmazását kívánja, vagy • a beteg vagy a lakosság számára különleges kockázatot jelentő kezelésekkel jár.
felelősség	az ellátás nyújtásának helye szerinti tagállam jogszabályai szerint	az ellátás nyújtásának helye szerinti tagállam jogszabályai szerint
végrehajtás		<ul style="list-style-type: none"> • A szolgáltatásnyújtás helye szerinti államnak biztosítania kell, hogy: • az előírt követelményeknek a szolgáltatók megfelelhessenek, • a szolgáltatók megfelelően monitorozhatók legyenek, • a szolgáltatók ellássák a betegeket minden szükséges információval, • károkozás esetén a károsult panaszt tegyen és kártérítést kapjon

II.2 A betegmobilitás magyarországi jogi keretei

A közösségi jog alkalmazása

Az 1408/71/EGK, 574/72/EGK és a 883/2004/EK rendeletek jogharmonizációja szükségtelen volt (mivel a rendeletek bármilyen, az átvételükre vonatkozó tagállami aktus nélkül, közvetlenül kötelezők a tagállamokban). A 2011/24/EU-irányelv harmonizációját viszont a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló 340/2013.(IX.25.) Korm.rendelet végezte el.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. LXXXIII. törvénynek (a továbbiakban: Ebtv.) az irányelv jogharmonizációjához kapcsolódóan módosított szövege az 5/B § s) pontja szerint egyúttal első ízben rögzítette a határon átnyúló egészségügyi ellátás fogalmát a hatályos magyar jogban:

s) határon átnyúló egészségügyi ellátás: a tartós ápolási-gondozási egészségügyi szolgáltatások, a szervátültetés céljából történő szervelesztás és szervhez jutás, továbbá a fertőző betegségek elleni közfinanszírozott oltási programok kivételével:

sa) a Magyarországon vagy magyar egészségügyi szolgáltató által uniós betegnek nyújtott egészségügyi szolgáltatás, vagy

sb) a biztosított által - ide nem értve a megállapodás alapján egészségügyi ellátásra jogosultakat - az Európai Unió más tagállamában vagy az ott letelepedett szolgáltatótól igénybevett egészségügyi ellátás, amelyet a biztosított nem az uniós rendeletek alapján vesz igénybe.

Ezzel a hatályos magyar jog féloldalasan (csak a Magyarországról valamely másik EU-tagállamba irányuló forgalom tekintetében) kiveszi a 883/2004/EK-rendelet alapján az EU tagállamaiban magyar biztosítottaknak nyújtott egészségügyi szolgáltatásokat a határon átnyúló egészségügyi ellátások köréből (az EU-tagállamokból Magyarországra irányuló forgalom esetében viszont továbbra is beleérti). Ettől függetlenül a rendelet alapján nyújtott egészségügyi ellátásokat is nyilvánvalóan határon átnyúló jelleggel nyújtják, így a kormányrendelet esetében csupán egy rosszul alkalmazott jogtechnikai megoldásról van szó, amellyel nevesíteni igyekeztek a 2011/24/EU-irányelvet (a rendszerszemlélet és a következetesség hiánya az alkalmazott megoldás féloldalasságán is látható).

Az Ebtv. 27. § (3) bekezdése az EU tagállamaiban igénybe vett ellátások igénybevételének rendjére, költségeinek elszámolására – helyesen – továbbra is a rendeletek és nem az irányelv elsődlegességét tartja fenn:

*(3) A biztosított - ide nem értve a megállapodás alapján egészségügyi ellátásra jogosultakat - egészségügyi szolgáltatást vehet igénybe EGT tagállamban az uniós rendeletek, nemzetközi egyezmény hatálya alá tartozó állam területén a nemzetközi egyezmény rendelkezései szerint, valamint az Európai Unió más tagállamában a határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében. Amennyiben a biztosított mind az uniós rendeletek alapján, mind a határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében jogosult egészségügyi ellátásra, **a biztosított eltérő rendelkezése hiányában az uniós rendeleteket kell alkalmazni.** (kiemelés tőlem – a szerz.)*

Amennyiben a beteg a külföldön történő gyógykezelését (tervezett külföldi ellátását) kéri, akkor a Nemzeti Egészségügyi Alapkezelő (a továbbiakban: NEAK) meghatározza a beteg esetében az orvosilag indokolt ellátási időt, amihez külső szakértőt is bevon. A szakértő a vizsgálata eredményéről 30 napon belül tájékoztatja a NEAK-ot. A NEAK a szakértői vélemény figyelembevételével, s az Egészségbiztosítási Alap védelme érdekében elsősorban olyan hazai

közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatót keres, amely a teljesítmény-volumenkorláton (TVK) felül és a területi ellátási kötelezettségen (TEK) kívül is vállalja a beteg ellátását az orvosilag szükséges időn belül. Amennyiben talál ilyen szolgáltatót, a külföldi gyógykezelés iránti kérelmet – a hazai ellátást biztosító, az ellátást vállaló szolgáltató ellátás-vállaló nyilatkozatának a kérelmező számára történő egyidejű megküldése mellett – elutasítja.

Amennyiben nincs olyan magyar közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató, amely a kérelmezett beavatkozást az orvosilag indokolt időn belül el tudja végezni, akkor a beteg által megjelölt közfinanszírozott uniós szolgáltatót megfellelőségét a NEAK leellenőrizheti.

Amennyiben a beteg nem nyilatkozik arról, hogy az irányelv alkalmazását kéri, akkor az eljárás a koordinációs rendeletek szabályai szerint folytatódik, azaz a kérelmet úgy kell tekinteni, hogy a beteg az ellátás összes költségének a megtérítésére igényt tart (S2-es nyomtatvány). Amennyiben a beteg által választott szolgáltató a hazai finanszírozásnál 30%-kal magasabb összegért vállalja az ellátást, a NEAK-nak joga van másik uniós közfinanszírozott szolgáltatót keresni.

Amennyiben a beteg az irányelv alkalmazását kéri, úgy megjelölhet és választhat az EU területén működő magán egészségügyi szolgáltatót is, ám az irányelv alapján minden esetben (közfinanszírozott és magán egészségügyi szolgáltatónál igénybe vett ellátásnál is) csak a hazai belföldi költség utólagos visszatérítésére tarthat igényt.

Az EU-irányelv alkalmazása és a magyar tapasztalatok

Az Irányelvnek a nemzeti jogokba történt átültetését és végrehajtásának tapasztalatait az Európai Bizottság értékelte (COM(2018) 651), ezen kívül a tagállamoknak háromévente jelentésben is be kell számolniuk róla. Az értékelés főbb következtetései az alábbiak.

A koordinációs rendeletek alapján nyújtott ellátások aránya minden tagállamban nagyobb, mint az irányelv alapján nyújtottaké (az irányelv alapján nyújtott ellátások a rendelet alapján nyújtott ellátásoknak csupán a 6%-át teszik ki). Ez egyrészt abból fakad, hogy a biztosítás helye szerinti tagállamtól eltérő másik tagállamban igénybe vett egészségügyi ellátások tipikusan az előre nem tervezett, orvosilag szükséges (sürgős) ellátások, amelyeket az Európai Egészségbiztosítási Kártyával vesznek igénybe (vagyis a hozzáférés is egyszerűbb), másrészt **a rendelet alapján a tervezett ellátások költségéből a betegek nagyobb rész visszatérítésére jogosultak.** A rendeletek alapján az ellátás nyújtásának helye szerinti belföldi költségmérték, az irányelv alapján viszont a biztosítás helye szerinti belföldi költségmérték jár¹⁶.

Összességében az irányelv alapján uniós tagállamokban igénybe vett ellátások költsége 2016-ban összesen mintegy 65 000 000 EUR nagyságú összeget jelentett. Az OECD 2017. évi becslése szerint az uniós országok átlagosan a GDP 10 %-át költik egészségügyi ellátásra, az Eurostat jelentése szerint pedig az EU 2017. évi GDP-je 15,3 billió EUR volt. Ez alapján az irányelv értelmében felmerült uniós kiadások az éves uniós egészségügyi költségvetés 0,004 %-át, a rendeletek értelmében felmerült költségek pedig mintegy a 0,1 %-át teszik ki. **Vagyis az egészségügyi költségvetés túlnyomó része minden tagállamban belföldön kerül elköltésre.** Mivel ezek az adatok stabilak, **a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz hozzáférni kívánó betegek** – mind a rendelet, mind az irányelv alapján – **marginalis hatást gyakorolnak a nemzeti egészségügyi költségvetésre.**

¹⁶ Belföldi költségmérték = az az összeg, amelyet a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató kap az egészségbiztosítótól az elvégzett ellátás után.

A jelentés által feldolgozott három évben – 2015-2017 között – az összes határon átnyúló (rendeleti és irányelvi) ellátás mintegy felét francia betegek vették igénybe, jellemzően a szomszédos országokban (döntően Spanyolországban, Belgiumban és Németországban). Az EU összes többi tagállama teszi ki a maradék 50%-ot. **A betegmobilitás tehát nem általános jellemzője a tagállamoknak, s földrajzilag jellemzően rövidtávra (a szomszédos országok határtérségeire) korlátozódik. Ez kiemeli a határrégiókban működő intézmények** (egészségügyi szolgáltatók, biztosítók, betegszervezetek) **és az ott dolgozó szakemberek közötti együttműködés jelentőségét.**

Magyarország a francia betegek által felkeresett harminc ország közül az engedély nélkül igénybe vehető ellátások tekintetében a tizenkettedik, az engedélyköteles ellátásokat nyújtók listáján pedig a tizenhetedik. Ezzel a magas minőségű orvosi ellátásokat nyújtani képes országok közül az engedélyköteles ellátások piacán csak a skandináv országokat, az engedély nélküli ellátások piacán viszont Ausztriát és Hollandiát is megelőzi. Az engedély nélkül igénybe vehető ellátások többsége azonban valószínűsíthetően a rendelet alapján, az Európai Egészségbiztosítási Kártya birtokában igénybe vett nem tervezett, orvosilag szükséges ellátás (a jelentés ugyanis elismeri, hogy a tagállamok adatszolgáltatása nem minden esetben tudta szétválasztani a rendeleti és az irányelvi igénybevételt), vagyis feltételezhetően nem az orvosi beavatkozás céljával Magyarországra érkező francia biztosítottak, hanem **tipikusan turisták** ellátásáról van szó.

Magyar betegkibocsátásra vonatkozó adatokat a vizsgálat a 2015-2017 közötti három évre vonatkozóan nem közölt (az irányelv alapján kiadott engedélyek száma az irányelvet harmonizáló 340/2013 (IX. 25.) kormányrendelet hatályba lépése óta mindösszesen 1 eset).

Ezzel kapcsolatban megjegyzendő, hogy a betegmobilitásra vonatkozó adatok strukturált és rendszeres elemzése az egészségügyi ellátórendszer tervezése szempontjából kiemelt fontosságú. A NEAK többször bizonyította, hogy képes az általa kezelt adatokból egyedi lekérdezések útján a döntéshozatal megalapozására alkalmas elemzéseket elvégezni, ez a kapacitás tehát rendelkezésre áll. Ez annál is fontosabb, mivel már a rendelet hatályba lépésekor is – de az irányelv harmonizációját követően hangsúlyozottan – a határon átnyúló ellátások az ellátórendszernek olyan szegmensévé váltak, amelyekre rendszeresen, tervszerűen oda kell figyelni (már csak a háromévente esedékes jelentéstételi kötelezettség miatt is). Vagyis **nem egyedi lekérdezések, hanem rendszeres, strukturált adatelemzés szükséges. Ennek adatmodellje Magyarországon 2005 óta rendelkezésre áll, a bevezetése pedig nem halogatható tovább.** Ezen a határon átnyúló ellátások költségeinek az egészségbiztosítási rendszer összköltségvetéséhez viszonyított alacsony aránya sem változtat (a jelentéstételi kötelezettség ugyanis volumentől függetlenül folyamatosan fennáll).

A betegtájékoztatás szempontjából pedig súlyos következmény a jelentés alábbi megállapítása:

"a nemzeti kapcsolattartó pontok internetes oldalán általában nem található részletes tájékoztatás a betegjogokkal kapcsolatban, beleértve az azzal kapcsolatos információkat, hogy mi a teendő indokolatlan késedelem esetén. A panasztételi eljárásokkal és a vitarendezéssel kapcsolatos információk is ritkák, csakúgy, mint a visszatérítések és az előzetes engedély iránti kérelmek feldolgozásához szükséges idővel kapcsolatos információk. Azzal kapcsolatban is eltért a tájékoztatás mértéke, hogy mely kezelések költségei térítendőek vissza."

Remélhetőleg az átalakítás alatt álló magyar oldal figyelembe veszi majd a jelentést és ki fog térni az irányelv alapján kötelezően szolgáltatandó információk mindegyikére.

A nemzeti kapcsolattartó pontoknak ugyanis könnyen és folyamatosan, elektronikusan is elérhető információt kell biztosítaniuk a betegeknek a jogosultságaikról, az eljárásokról, valamint a fellebbezés és a jogorvoslat rendszeréről. A magyar oldalon különösen ez utóbbi információszolgáltatás hiányos.

Összességében elmondható, hogy az Irányelv módosít a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások korábbi koncepcióján, amely alapvetően abból indult ki, hogy **az egészségügyi szolgáltatásokat az ellátás helye szerinti tagállamban kell igénybe venni** és csak bizonyos esetekben, előzetes engedély birtokában lehet a szolgáltatás igénybevétele céljából más tagállamba utazni. Az **Irányelv fő koncepciója** ehhez képest alapvetően más: **a betegek** – bizonyos korlátozásokkal – **bármely egészségügyi szolgáltatás** igénybevétele céljából más tagállamba utazhatnak, de ez nem jelenti azt, hogy a tagállamok arra ösztönözhetik a betegeket, hogy a biztosításuk helye szerinti tagállamon kívül vegyék igénybe az ellátást. Az Irányelv alapján igénybe vehető ellátások köre főszabály szerint túl tág (minden ellátás), ezért megadja a lehetőséget az egyes tagállamoknak, hogy saját helyzetük mérlegelésével korlátozhatják, vagyis előzetes engedélyhez kössék a visszatérítést.

A korlátozási lehetőség elsősorban a fekvőbeteg-ellátásra vonatkozik, amelynek indoka elsősorban a pénzügyi, technikai és humán erőforrások pazarlásának megelőzése érdekében megtett költségcsökkentés, továbbá a társadalombiztosítási rendszer pénzügyi egyensúlya felborulásának elkerülése.

A **korlátozásnak** alapvetően **két eszköze van**:

- az egyik az **engedélyeztetés** és a **beutalóhoz kötöttség**,
- a másik pedig a költségek visszatérítésének korlátozása.

Az utóbbi kapcsán az Európai Bíróság kimondta, hogy a beteget nem érheti hátrány azért, mert a szolgáltatást más tagállamban vette igénybe, tehát ilyen esetben is **legalább a belföldi költségmértéket meg kell téríteni** részére.

A tagállamoknak ettől függetlenül természetesen továbbra is kötelességük saját területükön a magas színvonalú, hatékony és mennyiségi szempontból is megfelelő egészségügyi ellátás biztosítása. Az említett alacsony igénybevételi arány (amely csak részben vezethető vissza a betegek tájékozatlanságára) nem igazolta a nagyarányú beteg-kiáramlással kapcsolatos előzetes aggodalmakat.

Fontos megemlíteni, hogy önmagában az a tény, hogy **a betegek utaznia kell** az ellátás igénybevételéhez, komolyan befolyásolhatja a kimenő betegforgalmat az amúgy sem túl mobilis magyar társadalomban. Általánosan elmondható, hogy a betegek szeretik az otthonukhoz található legközelebbi szolgáltatótól igénybe venni az ellátásokat. A Bizottság 2007-ben készített felmérése szerint például Dániában a betegek 75%-ka kizárólag hazai fogorvosnál kezeltetné magát.

További problémát jelenthet **az utazás költsége**, amelynek megtérítésére a biztosító nem kötelezhető, tehát az utazás és – adott esetben – a szállás költségeit **a betegek kellene állni**.

Az Unió szintjén **nem létezik egységes adatbázis** a páciensekre vonatkozóan, ami szükségessé teszi a korábbi kezelésekre vonatkozó dokumentumok papír alapú szállítását, valamint fordítását.

Hátráltathatja a betegek mobilitását a nyelvi tényező is, amely elsősorban az ellátásról, illetve az intézményről való tájékoztatásnál, továbbá az ellátás igénybevételénél jelentene nehézséget a beteg számára. Nem elhanyagolható továbbá a nyelv szerepe a beteg és az orvos illetve ápoló közötti kapcsolatban, melynek az egészségügyi mellett mindenképpen van egy bizalmi dimenziója is. A nyelvtudásbeli hiányosságok jelentősen alááshatják a bizalmi viszonyt orvos és páciense között, ami

meg is akadályozhatja az ellátás további igénybevételét. Ez a faktor szintén jelentősen befolyásolhatja az idegen nyelvek ismeretében amúgy sem túl jártas magyar betegek mobilitási hajlandóságát.

A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködésekben való érdemi részvétel képességét a fentiekén túl az ezt támogató uniós struktúrákba való bekapcsolódás és az azokban való érdemi részvétel is befolyásolja. Kiemelten ilyenek **az egészségügyi technológia-értékelési, az e-egészségügyi együttműködési** (eHSDI-infrastruktúra) **és** a komplex vagy ritka betegségek kezelésének megkönnyítésére szolgáló, a betegek helyett az orvosi ismereteket „utaztató” **európai referenciahálózati struktúrák** (lásd: az európai referenciahálózatokra és az azokhoz csatlakozni kívánó egészségügyi szolgáltatókra vonatkozó kritériumok és feltételek meghatározásáról szóló 2014/286/EU-határozatot, HL L 147., 2014.5.17., 71. o., 2014. március 10.). Ezen kívül a más tagállamban kiállított orvosi rendelvevények elismerésének megkönnyítésére irányuló intézkedésekről szóló (2012. december 20-i) **2012/52/EU-irányelv** végrehajtása is alapvető hatást gyakorol a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködésekre.

III. A határ menti betegmobilitás gyakorlata

III.1 A határon átnyúló betegmobilitás mérföldkövei

Az európai határon átnyúló egészségügyi együttműködések történetének három jelentős mérföldköve van. Az első 2003, amikor megtörtént az első kísérlet az európai kontinensen működő egészségügyi tartalmú határokon átnyúló együttműködések számbavételére. A második 2007, amikor az előző munka eredményei alapján egy minden addiginál alaposabb elemzés készült a 2003-ig azonosított együttműködések gyakorlatáról. A harmadik pedig 2011, amikor hatályba lépett az Európai Parlament és a Tanács 2011/24/EU-irányelve a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről.

2003 – 28 ország, 40 határrégió, 130 együttműködés

A határokon átnyúló egészségügyi együttműködések számbavételére a legelső kísérletet a HOPE (**H**ôpitalux **P**our l'**E**urope – Kórházak Európáért) szövetség tette, amely – felismerve az egészségügyi szolgáltatások „szabad áramlásának” szükségességét, valamint a határon túlra nyújtott ellátásokban rejlő lehetőségeket – létrehozta a „határokon átnyúló egészségügyi ellátások” elnevezésű munkacsoportját az aktuális gyakorlat feltérképezése, a jövőbeni fejlődési lehetőségek feltárása és a gyakorlati példákon keresztül történő iránymutatás érdekében. A munkacsoport 2001–2003 között, kétéves munkával gyűjtötte össze és értékelte ki az európai határtérségekben zajló egészségügyi együttműködések a tényleges, esetleg már hosszabb ideje jól működő együttműködési formák és módok – s nem utolsósorban azok keletkezési körülményei és a létrehozásukhoz vezető igények – bemutatása érdekében, arra is kitérve, hogy ezek milyen irányt mutathatnak az egészségügyi téren együttműködni kívánó határ menti régióknak. Az együttműködések felsoroló első kiadványt a szövetség 2003 júniusában jelentette meg „Hospital co-operation in border regions in Europe” címmel. A felmérés a HOPE nemzeti koordinátorainak közreműködésével, kérdőívezés útján történt. A kórházak által megválaszolt kérdőívek nyomán készítette el a szövetség az első olyan jelentést, amely az egész kontinensre kiterjed. A HOPE ezzel úttörő szerepet vállalt, távlati célként pedig az európai internetes adatbázissal segített aktív információcserét jelölte meg.

A felmérésben 28 európai ország vett részt és az együttműködések vizsgálata közel 40 határ menti régióra terjedt ki, ahol 130 határon átnyúló egészségügyi tartalmú együttműködésre irányuló megállapodást azonosítottak. Kiderült, hogy a várakozásokkal ellentétben jóval nagyobb számban működnek tényleges, létező kooperációk. Az is egyértelművé vált, hogy – bár a határon átnyúló kezdeményezések gyakran évtizedekre visszanyúló hagyományokban gyökereznek – a vizsgált együttműködések kétharmada 1996–2001 között alakult, nem utolsósorban az Európai Bizottság ösztönzésére és az Interreg projektek pénzügyi támogatásával. A felmérés legfontosabb eredménye mégis a pusztán számszerűsítésen túl a cselekvési területek és együttműködés-típusok azonosítása volt. Világossá vált, hogy az együttműködések központjában az alábbi területek állnak:

- felszerelés/műszerek közös vásárlása/használata;
- együttműködés mentés/baleseti sürgősségi ellátás terén;
- szakellátási együttműködés (beutalás egy másik tagállamban lévő intézménybe);
- földrajzi adottságok kihasználása (pl. közelebb fekvő kórház a határ másik oldalán);
- várólisták közös leküzdése;

- on-line együttműködés (diagnosztika, tapasztalatcsere, képzés, irányítási kérdések);
- kutatás, közös képzési intézmények;
- az egészségbiztosítás kölcsönös elismerése (egészségbiztosítási kártya elfogadása határon túl);
- intézményesített közös igényfelmérés és tervezés (cross-border observatories).

2007 – Megjelenik a projektszemlélet

Az egészségügyi miniszterek tanácsa a 2002-ben a spanyolországi Málagában tartott ülése során megállapította, hogy a határon túlnyúló egészségügyi szolgáltatások értéktöbbletet visznek az ellátórendszerbe, ezért az Uniónak e kezdeményezéseket mindenképpen támogatnia kell. Ennek megfelelően került be az INTERREG által finanszírozható területek közé az egészségügyi együttműködés is. A hosszabb múltra visszatekintő intézményes(ült) együttműködések éppúgy használták ezeket a forrásokat, mint azok az együttműködések, amelyek megalakulásához épp e támogatások jelentették az elsődleges ösztönzést.

A források kihelyezése természetesen együtt járt a hatékonyság értékelésével. Így a 2003-ban elvégzett első kontinens méretű áttekintést hamarosan újabb követte, ezúttal az eltelt időben megvalósult projektek hatásfokának értékelése érdekében. A felmérés a határon átnyúló azon konkrét egészségügyi projektekre fókuszált, amelyeket az INTERREG program finanszírozott 1999-2005 között. A 328 projektet érintő kérdőíves vizsgálat fő következtetése az volt, hogy alacsony a válaszadási hajlandóság. Csupán 149 kérdőív érkezett vissza kitöltve, ám ezek közül is csak 122 volt használható, vagy azért, mert az adott projekt még nem kezdődött el, vagy, mert nem érintett határon átnyúló tevékenységet, vagy mert az egészségügy csak határterület volt a projektben, vagy mert az érintett tevékenységeknek nem volt projektjellege, illetve csak keretjellegű projektek voltak. Ugyanakkor a vizsgálatban a 2003-ban azonosított együttműködési tevékenységek körén belül immár gyakoriságot és támogatottságot is kimutathattak.

Eszerint a közösségi forrásokkal támogatott határon átnyúló egészségügyi projektekben a minőségbiztosítás/minőségfejlesztés (28), egyszerűsített hozzáférés/az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele (26), telemedicina (14) és az információ/átláthatóság, konzultációs szolgáltatások (9) részesültek támogatásban, leginkább Északnyugat-Európában, azaz francia-német-benelux-brit-ír-dán relációban (48). Nem véletlenül: az itteni határrégiók rendelkeznek a leghosszabb időre visszatekintő együttműködési tapasztalatokkal.

2011 – Elő térben a finanszírozás

A tevékenység alapú (2003) és támogatás alapú (2007) vizsgálatokat 2015-től a 2011/24/EU-irányelv végrehajtásának tapasztalatait elemző éves értékelések egészítik ki a végrehajtást felügyelő nemzeti kapcsolattartó pontok adatszolgáltatása alapján. Az ebből kinyert adatok elsősorban az igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokkal, az igénybevételei lehetőségekkel/korlátokkal, valamint a finanszírozással kapcsolatosak. Az idősoros elemzések egyik legnagyobb tanulsága az állami szervek hozzáállásának a változása. Míg a 2003-as és 2007-es elemzések azt mutatták, hogy az állami szervek jellemzően nem tulajdonítanak nagy jelentőséget a kezdeményezéseknek (sőt – mivel azok olykor eleve csak az egészségügyi intézményvezetők személyes kapcsolatainak köszönhetően jöttek létre – inkább távolságtartással, vagy egyenesen bizalmatlanul kezelték), addig 2015-re a finanszírozási hatások miatt már alapvető érdekeltséget mutattak. Hiszen a magas díjtételekkel

finanszírozott ellátásokat nyújtó országoknak kifizetett társadalombiztosítási kiadások hátrányosan befolyásolhatják egy-egy ország társadalombiztosítási rendszerének az egyenlegét, amit mindenképpen igyekeznek elkerülni. Az adatszolgáltatási hajlandóság és az adatigény – az állami szervek részéről – látványosan intenzívebbé vált.

Ezzel egyúttal a határokon átnyúló egészségügyi együttműködésekre vonatkozó elemzések eszköztára is teljesebbé vált. A háromféle elemzési gyakorlat alapján látható, hogy a jelen tanulmányban a nemzetközi betegmobilitásban való magyar részvétel fejlesztésével összefüggő javaslattétel érdekében elsősorban azokat az együttműködésekkel kell vizsgálni, amelyek megfelelnek az alábbi feltételeknek:

- 1) intézményes formában – valamilyen tartós (szervezeti, szerződéses, stb.) struktúrát fenntartva – hosszú távú céllal (nem egy-egy projekt időtartamára szóló) működnek;
- 2) a projektjeiket ezen intézményes együttműködés hatékonyságának fejlesztése, eredményességének fokozása érdekében kezdeményezik és hajtják végre (vagyis azért pályáznak, hogy az együttműködésük sikeresebb legyen, nem pedig azért működnek együtt, hogy sikeresebben pályázzanak);
- 3) az intézményes együttműködések és a pályázatok útján támogatott projektek a betegmobilitást – illetve annak során közvetlenül vagy közvetve az egészségügyi szolgáltatás-nyújtást – szolgálják (vagyis a betegellátás nem mellékes határterülete, hanem elsődleges oka és célja az együttműködésnek és az együttműködésben megvalósított projekteknek is).

Azok a határon átnyúló egészségügyi tárgyú együttműködések, amelyek nem felelnek meg a fenti feltételek mindegyikének, lehetnek hasznosak a forrásszerzés, vagy egyes intézményi működési feltételek fejlesztése tekintetében, de a betegmobilitáshoz való hozzájárulásuk a legjobb esetben is csak közvetett lehet.

A felmérések eredményeként ugyanakkor az is megállapítható, hogy a határ menti régiók eddigi egészségügyi együttműködései pozitív hatással jártak

- **a betegek szempontjából (a lehető legszínvonalasabb ellátást kaphatják meg lakóhelyük közelében, esetenként egyáltalán az ellátás lehetőségét is csak így lehet elfogadható időn belül biztosítani),**
- **a kórházak részére (a szolgáltatások minősége javul, racionálisabb eszközhasználattal a költségek csökkenthetők és közösen alakíthatják ki a legoptimálisabb ellátás gyakorlatát),**
- **a biztosítók, illetőleg az intézmények fenntartói számára, továbbá**
- **az együttműködések fejlesztően hatnak az érintett országok általános egészségügyi rendszere számára.**

A létező, stratégiai együttműködési projektek ennek megfelelően általában nyitott, kis államokban tudnak megfelelő fogadtatásra találni, ugyanakkor az alábbi problémakörök minden jelenlegi és még kialakulóban levő együttműködésre jellemzőek:

- nyelvi nehézségek;
- finanszírozási problémák;
- technikai szervezési gondok.

III.2 A határ menti betegmobilitási együttműködések néhány jó példája

Ahogy a fentiekből kitűnik, mind a betegek oldaláról (a megnövekedett EU-n belüli mobilitás valamint a kevésbé ellátott határterületek miatt) mind pedig a szolgáltatók oldaláról (finanszírozási, fenntarthatósági és szervezési okok miatt) hangsúlyosan megjelent az igény a határokon átnyúló egészségügyi ellátások különböző típusainak kidolgozására. Ezt a szükségletet felismerve már számos sikeres kezdeményezés született, amelyek közül ebben a fejezetben az alábbi négy – egymástól alapvetően különböző – példát ismertetjük:

- *ZOAST*: olyan határokon átnyúló térségek, ahol mindkét ország betegei adminisztrációs és pénzügyi korlátozás nélkül férhetnek hozzá egészségügyi szolgáltatásokhoz;
- *Cerdanya Kórház*: határon átnyúló kórház, amelyet az ETT európai jogi eszközeinek keretében alakítottak ki azzal a céllal, hogy egyidejűleg lássa el két ország betegeit;
- *Trisan*: olyan kompetenciaközpont, amelynek célja a transznacionális és határokon átnyúló egészségügyi együttműködés optimalizálása;
- *VälTeL*: határok nélküli innovációs platform a vállalatok, az önkormányzatok, a régiók és a megyei tanácsok számára, ahol a lakosság jóléti igényeit szolgáló megoldásokat fejleszthetik, tesztelhetik és értékelhetik.

ZOAST, Franciaország – Belgium

A francia-belga határ menti területeken létrehozott „Határon Átnyúló Egészségügyi Ellátáshoz való Hozzáférés Szervezett Zónája”, röviden a ZOAST az egyik leginnovatívabb határon átnyúló egészségügyi együttműködési modell. Az együttműködés ilyen formáját nem csak azért tekinthetjük a határokon átnyúló egészségügyi ellátás egyik legjobb példájának, mert már kiállta az idő próbáját és bizonyította fenntarthatóságát, de azért is, mert egy növekedésre, bővülésre képes mechanizmusnak is bizonyult. Ezért röviden érdemes áttekinteni a rendszer létrehozásának okait és módszereit (beleértve a nehézségeket is, valamint a kihívásokra adott válaszokat), illetve a jelenlegi eredményeket és a betegekre vonatkozó használati feltételeket.

Annak ellenére, hogy a francia-belga határ mentén folytatott egészségügyi együttműködések már az 1990-es években megkezdődtek, olyan egyéni megállapodásokkal, amelyeket a határ menti kórházak kötöttek egymással a határ menti területeken élő biztosítottak ellátására, a ZOAST kezdeményezés valódi kiindulási pontja 2002-re tehető, amikor a franciaországi Revin kórházának szülészeti- és nőgyógyászati osztályát bezárták, ami komoly regionális kapacitáshiányt eredményezett a terület lakosainak egészségügyi ellátásában. Mivel a legközelebbi francia kórház mintegy 60 kilométerre található (például Charleville-Mézières-ben), a várandós nőknek és családtagjaiknak hosszadalmas és fáradságos utazásokat kellett megtenniük az előírt egészségügyi vizsgálatok elvégzése, valamint a felügyelt szülések érdekében. Ebből következett az az ötlet, hogy a dinant-i belga kórház nyissa meg az egészségügyi szolgáltatásait a francia betegek számára is.

Ennek az innovatív ötletnek a megvalósítása több évet vett igénybe. A kezdeményezés intézményesítésének első lépése a Franciaország és Belgium között 2005-ben létrejött határokon átnyúló együttműködési megállapodás aláírása volt (amely 2011-től került teljes körűen bevezetésre). A megállapodás több célt is szolgált:

- 1) a határ menti területeken élő emberek számára a jó minőségű egészségügyi ellátáshoz való jobb hozzáférés biztosítását;

- 2) az ellátás folytonosságának biztosítását;
- 3) az egészségügyi ellátás megszervezésének optimalizálását a humán kapacitás és anyagi erőforrások megosztásán keresztül;
- 4) a tudás és a jó gyakorlatok cseréjének előmozdítását.

Más szóval a cél egy olyan jogi keret és adminisztratív mechanizmus megalkotása volt, amely lehetővé teszi a funkcionális és hozzáférhető határokon átnyúló egészségügyi együttműködés kialakítását Franciaország és Belgium között. A megállapodás értelmében azon betegek, akik a határ másik oldalán kívánnak egészségügyi szolgáltatásokat igénybe venni, a nemzeti egészségbiztosítási kártyájuk bemutatásával ezt mindenféle pénzügyi és adminisztratív nehézség nélkül megtehetik.

A második feltétel, amelyet teljesíteni kellett ahhoz, hogy ez az elképzelés valósággá váljon, az volt, hogy állandó együttműködési és kommunikációs kapcsolatot kellett kiépíteni és fenntartani a különböző hatóságok között, mint például a nemzeti és regionális egészségügyi szolgáltatók, egészségbiztosítók és más szereplők, mint például a Francia-belga Egészségügyi Központ (Observatoire franco-belge de la santé) között, amely magára vállalta a határon átnyúló egészségügyi együttműködési projekt vezető partnerének feladatait. Ezt a folyamatot az Interreg I., II., III. és az ETE CBC program anyagi és technikai eszközökkel is nagyban segítette.

Egy ilyen komplex rendszer létrehozása azonban nem mindig problémamentes, számos akadályt és nehézséget kellett leküzdeni a siker érdekében. Egy ilyen példa a belga kórházakban bevett szokás, ám a francia betegek számára ismeretlen rendszer, miszerint az ambuláns ellátást előzetesen kell kifizetni. A likviditási problémák elkerülése érdekében a francia biztosítók, a belga biztosítók és a belga kórházak megállapodtak abban, hogy a francia betegek számára az ambuláns ellátás esetén lehetővé teszik az úgynevezett „harmadik fél” fizetési rendszert.

Meg kell jegyezni, hogy a rendszer létrehozása nem tekinthető teljesen lezártnak, mivel az akadályok egy része még megoldásra vár, valamint néhány újonnan felmerülő akadály épp az együttműködés széleskörű sikere miatt merül fel. Például a francia betegek nagy beáramlása kényelmetlenséget okozhat a belga betegek számára (bizonyos egészségügyi szolgáltatások várólistáinak megjelenése vagy meghosszabbodása miatt), ugyanakkor a francia egészségügyi szolgáltatók a kereslet csökkenését tapasztalhatják, ami problémákat okozhat a finanszírozásuk fenntarthatóságát illetően.

A folyamatos vagy újonnan jelentkező nehézségek ellenére a gyakorlat hatalmas sikert aratott, amit az is bizonyít, hogy a kezdeti elképzelés mind földrajzilag, mind pedig a lefedett egészségügyi szolgáltatások tekintetében jelentősen bővült. Jelenleg a határ menti területeken élő betegek számára nemcsak a terhelességgel kapcsolatos orvosi ellátás hozzáférhető, hanem más egészségügyi szolgáltatások is egyre bővülő körben érhetőek el, beleértve a fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátást is. Emellett az együttműködés területe is kibővült, mivel már hét határterület (Zoast Littoral (2015), Zoast Mrtw-Ursa (2008), Zoast Tourval (2010), Zoast Momau (2010), Zoast Thierache (2012), Zoast Ardenes (2008) és Zoast Luxlor (2008)) lakosai jogosultak a határ mindkét oldalán egészségügyi ellátásra, mindenféle adminisztratív/anyagi akadály vagy előzetes orvosi engedély nélkül.

A Francia-belga Egészségügyi Központ legutóbbi éves fórumának eredményei szerint 2017-ben összesen 15 653 francia páciens lépett át a határon, hogy részesülhessen a különböző egészségügyi ellátási szolgáltatásokból, melynek összértéke 28,2 millió eurót tett ki. Ezen egészségügyi beavatkozások többsége a kardiovaszkuláris, hasi és gasztroenterológiai, ortopédiai és urológiai betegségekkel kapcsolatos problémákra irányult. Az előző évek adatait összehasonlítva folyamatosan növekszik az ellátásban részesülő francia betegek száma Belgiumban (2015-től 2017-ig ez a növekedés 10,9%-os volt). Ugyanakkor 2017-ben csupán 938 belga beteg kapott ellátást a határ másik oldalán, összesen 160.000 euró értékben.

A kezdeményezés életképességét az is mutatja, hogy 2017-ben a két ország aláírta a sürgősségi orvosi segítségnyújtás határokon átnyúló együttműködéséről szóló egyezményt, amely 100-250 beavatkozást tesz lehetővé Lorraine, Ardennes és Nord-Pas-de-Calais vonzáskörzetében.

Cerdanya Kórház, Spanyolország – Franciaország

A Cerdanya Kórház egy rendkívül figyelemre méltó kezdeményezés, amely egyértelműen a határokon átnyúló egészségügyi együttműködés jó gyakorlatai közé tartozik, mivel ez az első olyan európai kezdeményezés, amelyben új létesítményt építettek a betegek számára biztosított egészségügyi szolgáltatások nyújtásához. A kórházat a francia-spanyol határra építették, amelynek lehetőségét az Európai Területi Társulás (ETT) intézményi keretrendszere tette lehetővé.

A Cerdanya Kórház alapításának gyökerei az 1980-as évek végéig nyúlnak vissza, amikor először ismerték fel, hogy a Cerdanya régió és a Capcir völgy kórházi infrastruktúrájának javítása leginkább a határokon átnyúló egészségügyi együttműködésekben keresztül valósítható meg.

A kórházalapítási folyamat egy 2003-as megvalósíthatósági tanulmánnyal kezdődött, majd elvezetett a Languedoc-Roussillon Regionális Tanács elnöke, Katalónia kormányának elnöke, a Regionális Kórházi Ügynökség (AR5H - LR) és a Katalán Egészségügyi Szolgálat (CatSalut) között kötött egyetértési megállapodás aláírásához. Mivel ez a folyamat részét képezte egy európai területi együttműködési projektnek (Interreg III), az már önmagában garantálta a projekt hangsúlyos határokon átnyúló jellegét és hozzáadott értékét. Ezt követte a francia Egészségügyi Minisztérium és a Katalán Egészségügyi Minisztérium által aláírt partnerségi szándéknyilatkozat, amely megfelelően előkészítette azt a döntést, hogy az Európai Területi Társulás a legmegfelelőbb struktúra az új cerdanyai kórházprojekt megvalósításához.

A határon átnyúló kórház esetében érdekes lehet megvizsgálni annak igazgatási rendszerét. A különböző kormányzati szintek szerepe a határ két oldalán nem szimmetrikus, mivel Spanyolországban az egészségügyet az autonóm közösségek (tartományok) működtetik, míg Franciaországban a rendszer központosított. Ennek következtében a cerdanyai ETT-kórház működtetésében – különböző szinteken – az alábbi intézmények vesznek részt: Katalóniából Katalónia kormánya, az Egészségügyi Minisztérium, a Katalán Egészségügyi Szolgálat, Spanyolországból az Egészségügyi és Fogyasztóügyi Minisztérium, Franciaországból a Munkaügyi, Foglalkoztatási Minisztérium, a Languedoc-Roussillon Regionális Egészségügyi Ügynökség és a Languedoc-Roussillon régió.

Meg kell azonban jegyezni, hogy a határon átnyúló kórház létrehozása sokkal több csapdát és akadályt jelentett, mint amennyi a folyamatok rövid áttekintéséből kitűnik. Például az egyik legjelentősebb jogi akadályt az új egészségügyi struktúrában a születések és elhalálozások adminisztrációjának jogi kérdései jelentették. Mivel a francia jog szerint a Franciaországon kívül született személyek „külföldön születettnek” minősülnek, olyan megoldást kellett találni, hogy egyetlen a kórházban született vagy elhunyt állampolgárt se érjen hátrányos megkülönböztetés. A megoldás végül az lett, hogy az új ETT-kórház a nagykövetségekhez hasonló státuszt kapott, amely jogilag garantálja, hogy a francia betegeket éppúgy adminisztrálhassák, mintha Franciaországban születtek volna.

Nyilvánvaló, hogy egy ilyen határon átnyúló konstrukcióban a döntéshozatal számos olyan megoldást igényel, amelyek jogi és nyelvi problémákat céloznak. Ezt egy olyan rendszer létrehozásával oldották meg, amelyben az irányítást különböző nemzetiségű főigazgató és főigazgató-helyettes (DG/DGA), valamint az igazgatótanács látja el. Ez utóbbi egy vezetői testület,

amelyben a finanszírozó partnerek francia és spanyol képviselői közösen hoznak döntéseket a fontos kérdésekben.

A kórház egy olyan területet szolgál ki, amely két ország területét érinti, összesen 32 000 lakossal, és esetenként további 100 000-120 000 turistával. Az Európai Regionális Fejlesztési Alap által társfinanszírozott kórház 64 férőhelyes, 32 szobás, 3 operációs helyiséggel, 1 szülőszobával és további többfunkciós létesítménnyel van felszerelve, melyeket mind a francia, mind pedig a spanyol polgárok megkülönböztetés nélkül használhatnak. Ehhez a betegeknek csupán érvényes személyazonosító igazolvánnyal (vagy tartózkodási igazolvánnyal), érvényes egészségbiztosítási kártyával és esetlegesen a korábbi orvosi leleteikkel kell rendelkezniük.

Összefoglalva tehát a Cerdanya Kórház létrehozását helyi szükségletek hívták életre: míg a francia betegeknek gyors hozzáférésre volt szükségük a kórházi ellátáshoz, de egy új kórház építése kizárólag a francia oldalon nem volt jogilag lehetséges, sem pénzügyi szempontból életképes; a katalán oldalon a meglévő létesítmények nem rendelkeztek elegendő kapacitással a régió kiszolgálásához, különös tekintettel a turisták jelentős időszakos beáramlására. Következésképpen a közösen létrehozott és működtetett kórház kölcsönösen előnyös megoldás volt a lakosság számára a határ mindkét oldalán. Mindazonáltal egy ilyen kórház létrehozását számos jogi, pénzügyi és adminisztratív akadály nehezítette, amelyeket nagyrészt egy innovatív megoldással sikerült kezelni, nevezetesen, hogy a kórház ETT-ként működik, vagyis egy olyan EU-s jogi eszközön keresztül, amelyet kifejezetten azért hívtak életre, hogy elősegítse a határon átnyúló, nemzetközi és régiók közötti együttműködést. Ez a már működő kezdeményezés precedensként és jó példaként szolgálhat a jövőbeni hasonló törekvésekhez.

TRISAN, Németország – Franciaország – Svájc

A felső-Rajna régióban található trinacionális (német, francia és svájci) kompetenciaközpont, a TRISAN, a határon átnyúló egészségügyi együttműködés egyik jó gyakorlatának tekinthető, mivel a transznacionális és a nemzetközi együttműködés optimalizálását az egészségügy területén az integrált projektek révén éri el. A 2015-ben elindított kezdeményezés fő céljai: (1) az egészségügyi ellátással kapcsolatos együttműködés fejlesztése a határokon átnyúló hálózatok strukturálásával, (2) a partnerek számára a határokon átnyúló projektek fejlesztésében való segítségnyújtás, (3) valamint a tudástermelés és a tudásmenedzsment a határon átnyúló egészségügyi együttműködések területén.

Egy ilyen központ létrehozásának szükségességét először a német-francia-svájci Felső-Rajna Konferencia és a kehli Euro-Institut közösen fogalmazta meg. A trinacionális kompetenciaközpontot az INTERREG V-A Felső-Rajna program pénzügyi támogatásával az ő kezdeményezésükre hozták létre az érdekelt felek. . Az INTERREG-projekt terveit 2015-ben készítették el a „Határok nélküli egészség – tapasztalatok és esélyek a határokon átnyúló egészségügyi ellátásban” című konferencia után, míg a TRISAN projekt támogatási kérelmét 2016 júniusában a Felső-Rajna INTERREG programozási bizottsága hagyta jóvá.

A kompetenciaközpont jelenleg négyféle tevékenységet folytat a határokon átnyúló egészségügyi együttműködés ösztönzése érdekében: (1) azonosítja az egészségügyi területen való együttműködés lehetőségeit, (2) segíti az egészségügyi szereplőket az új együttműködési projektek meghatározásában és strukturálásában, (3) fejleszti a szinergiákat és (4) platformot biztosít az egészségügyi szereplőknek projektjeik bemutatására. A TRISAN egyedülálló kezdeményezés, mivel számos kompetenciát és megoldást köt össze (orvosi, vezetői, szakpolitikai, biztosítási, jogi stb.). Fő

erősségei közé tartozik a hosszú távú tervezés és a politikai, pénzügyi és adminisztratív támogatás biztosítása, erős belső és külső kommunikációja, valamint a különböző szereplők közötti hálózatépítési tevékenységek.

4. ábra: The territory served by TRISAN.



Forrás: <http://www.transfrontier.eu>

A projekt olyan témákat dolgoz fel, mint az egészségügyi szakemberek mobilitása, járó- és fekvőbeteg-ellátás, sürgősségi szolgálatok és gondozás, epidemiológia, függőség és megelőzés, valamint az egészségfejlesztésről szóló jelentések módszertana. Továbbá a TRISAN egyúttal számos olyan együttműködési projekthez is hozzájárul, mint a PAMINA-tanulmány a sürgősségi orvosi ellátásról Németországban, Franciaországban és Svájcban. Röviden szólva, a központ szervesen hozzájárul a Felső-Rajna régió egészségügyi szolgáltatásait érintő határokon átnyúló akadályok megértéséhez.

Az intézményi felépítést tekintve megállapítható, hogy az intézményt az irányító testület és az igazgatótanács működteti. A TRISAN igazgatótanácsa a következő partnereket foglalja magába: az Euro-Institute (projektvezető partner) és a többi társfinanszírozási partner (a Baden-Württembergi Szociális és Integrációs Minisztérium, a Szociális, Munkaügyi, Egészségügyi és Demográfiai Minisztérium) Rajna-Pfalz tartomány, a Grand Est Regionális Egészségügyi Ügynökség, Bázeli Önkormányzatának Egészségügyi Osztálya és a Bázeli városi körzetek, a Bázeli Eurorégió (Regio-Basiliensis), valamint az INTERREG V-A Felső-Rajna program.

Összefoglalva tehát, a TRISAN kompetenciaközpont fontos háttérintézménynek tekinthető, amely támogatja a határon átnyúló egészségügyi együttműködést azáltal, hogy releváns információkat és tapasztalatokat gyűjt a területről, valamint olyan platformot biztosít, amelyen keresztül a legfontosabb szereplők kapcsolódhatnak egymáshoz, és megvalósíthatják a szükséges lépéseket a hatékony határokon átnyúló egészségügyi rendszer kiépítése érdekében.

VälTeL, Svédország – Norvégia

A VälTeL egy határ menti innovációs platform a vállalatok, az önkormányzatok, a régiók és a megyei tanácsok számára, hogy teszteljék, fejlesszék és értékeljék a lakosság jóléti igényeit leginkább szolgáló kezdeményezéseket. Ez az intézmény jelenleg Svédországban (Jämtland, Västernorrland) és Norvégiában (Trøndelag) működik.

Egy ilyen intézmény létrehozásának legfőbb oka az volt, hogy a három résztvevő megye egy kiterjedésében nagy, de gyéren lakott területen helyezkedik el, ahol ráadásul az átlagéletkor folyamatosan és jelentősen növekszik. Ezek a demográfiai változások egyre nagyobb nyomást gyakorolnak az egészségügyi és szociális ellátórendszerekre, amelyeknek ezért az innovatív átszervezésére volna szükség. Ebből következően az együttműködési modell lényege, hogy minél több vállalatot bevonjon a jóléti, különösen a digitális technológiák fejlesztésébe.

A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy a VälTeL a digitális megoldásokat három különböző területen, teszteli: (1) decentralizált és mobil egészségügyi megoldások; (2) digitális otthonok; és (3) sürgősségi ellátás. A kezdeményezés célja, hogy találkozhelyként szolgáljon a vállalkozások és az egészségügyi és szociális ellátási szektor számára, hogy a gondozó szervek igényeire alapozva tesztlaborokban hozza létre a szükséges megoldásokat.

Ezen túlmenően az ötlet határokon átnyúló aspektusa elengedhetetlen, mivel további lehetőségeket nyit meg a potenciális szolgáltatók szélesebb körének és a nagyobb keresletnek köszönhetően. A határokon átnyúló együttműködés tehát szélesebb lehetőséget kínál a nyelv, a kultúra, a jogszabályok, a megoldások és a tapasztalatok közötti különbségek figyelembevételével.

Összefoglalva tehát a VälTeL által végzett munka értékes tudásbázist biztosít a jövőbeli és együttműködés számára, mind a különböző ágazatok (például a vállalkozások és a szociális és egészségügyi szolgáltatók), mind a különböző országok között, hogy kidolgozhassák a megfelelő stratégiákat és eszközöket az innováció és a digitalizálás terén a jelenlegi és a jövőbeni társadalmi kihívásokra.

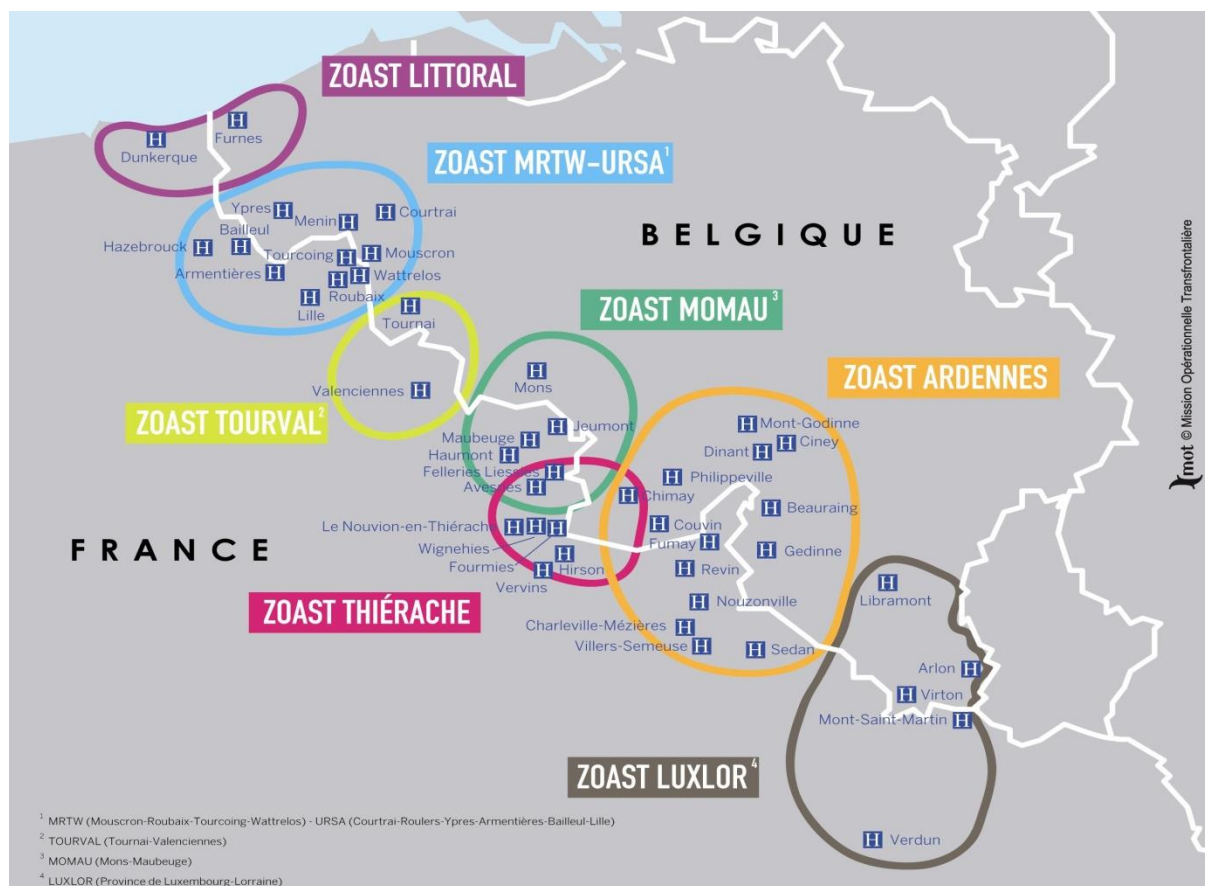
III.3 A nyugati tanulmányút tapasztalatai

A Határon Átnyúló Kezdeményezések Közép-európai Segítő Szolgálata (Central European Service for Cross-border Initiatives, CESCI) szervezésében 2018. november 12-16. között tanulmányútra került sor a francia-belga és a német-belga-holland határtérségbe, a CESCI által koordinált *Jogi akadálymentesítés* projekt keretében.

A tanulmányút résztvevői egyrészt a francia-belga határtérségben 2008-2015 között létrehozott hét ZOAST – (Zone Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers – Határokon Átnyúló Egészségügyi Ellátáshoz való Hozzáférés Szervezett Zónája) térség – a továbbiakban: egészségügyi övezet – kulcsintézményeit keresték fel, azok működési gyakorlatának megismerése céljából; másrészt Aachenbe látogattak el, ahol a német-holland határon formálódó egészségügyi integráció eredményeiről tájékozódtak.

A francia-belga egészségügyi övezetekben élő betegek a határ mindkét oldalán, a közigazgatási/pénzügyi határookra tekintet nélkül elláthatók. Az INTERREG I-IV. programok jelentős támogatást és technikai segítséget nyújtottak a helyi partnereknek ezen határon átnyúló egészségügyi övezetek megalapításához.

5. ábra: A francia-belga határon elhelyezkedő határon átnyúló egészségügyi ellátási körzetek


 Forrás: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52017SC0307&from=HU>

A francia és a belga egészségügyi miniszterek által a két kormány nevében 2005. június 1-jén aláírt államközi szerződés felhatalmazást adott a határtérség egészségügyi rendszereinek közös szervezésére és finanszírozására vonatkozó regionális megállapodások megkötésére és végrehajtására az illetékes regionális hatóságok, önkormányzatok, egészségügyi szolgáltatók és egészségbiztosítók számára. E megállapodás alapján a gyakorlatilag a teljes határszakaszt lefedő ZOAST-ok lehetővé teszik az erőforrások és technikák (módszertanok, eljárások) összegyűjtését a helyi lakosság széles körű, adminisztratív/pénzügyi nehézségek nélküli ellátásához. A megállapodások alapján évente mintegy 20 000 francia és belga beteg részesül ellátásban a francia-belga határ két oldalán bármiféle hátrányos megkülönböztetés nélkül.

A német-holland határon az együttműködés ezzel szemben alapvetően projekt alapú, és jóval erősebben kötődik a határ menti programokból elnyerhető támogatásoktól. Ugyanakkor itt is megvalósult a regionális betegbiztosítási kártya, és jelenleg is fejlesztés alatt áll egy, a vidéki térségek határon átnyúló szolgáltatásait komplementer módon biztosítani hivatott rendszer.

A tanulmányút keretében végzett interjúk során a felkeresett régiók részéről egészségügyi megfigyelő központok, állami és önkéntes kiegészítő egészségbiztosítási pénztárak, regionális egyetemi kórházi központok, betegszervezetek, betegjogi, tájékoztatói és érdekvédelmi szövetségek biztosítottak információkat, lefedve az együttműködésekben végzett legtöbb tevékenységet.

A főbb tapasztalatok a következők (a tanulmányútról készült részletes úti jelentést az 1. melléklet tartalmazza)

Ellátórendszer-tervezési tapasztalatok

Az egészségügyben az esetleges hibák azonosítását, kiigazítását és a meggyőződések indokolására való képességet az objektív valóságot leíró adatok gyűjtése és feldolgozása, a valóság megismerésére vonatkozó törekvés biztosíthatja. Ezt segítik az ún. obszervatóriumok – a döntés-előkészítő és hatáselemző adatgyűjtést és -feldolgozást végző megfigyelő központok – amelyek nélkülözhetetlen szerepet töltenek be a rendszer tervezésében és működtetésében.

A rendszeres, előre tervezett és következetes adatelemzés a tervezés, a működés értékelése (az esetlegesen szükséges működési korrekciók, újratervezés) szempontjából is nélkülözhetetlen, alapvető fontosságú tevékenység az ellátórendszer kapacitásainak allokációja, költségvetésének előkészítése és felhasználása, valamint az ellátás- és betegbiztonság szempontjából egyaránt.

Amennyiben a tényekkel igazolható valóság megismerésére vonatkozó szándék hiányzik, vagy az összegyűjtött és feldolgozott adatkör nem elég széles, az elemzés nem elég alapos, illetve az elemzés eredménye által indokolt cselekvés (pl.: a minimumfeltételeknek megfelelni képtelen intézmények működési engedélyének felfüggesztése, visszavonása, a minimumfeltételek teljesítésére való képesség kialakításának támogatása, stb.) elmarad, akkor a határon átnyúló együttműködések sem lehetnek sikeresek.

A magyarországi intézményi környezetben hasonló adatelemzés az egészségügyben jelenleg nem működik. Az e célra rendelt korábbi állami szervezetek (Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet – ESKI, Egészségbiztosítási Felügyelet), noha azok működése is fejlesztésre szorult volna, ma már nem működnek, hasonló – az ellátásszervezés és -biztonság érdekében rendszeres, tervszerű adatgyűjtést és -elemzést végző ágazati szerv nem létezik. Az önkormányzatok ellátási felelőssége és a hozzá rendelt eszközállomány megszűnt.

A jelenleg egyéb feladataik mellett adatgyűjtést és elemzést is végző szervezetek (Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Nemzeti Egészségügyi Alap Kezelő, Statisztikai Hivatal, stb.) adatfeldolgozása és e tevékenységük eredményének hasznosulása az ágazati tervezésben alkalmi, esetleges.

Az ellátórendszer (a kapacitások földrajzi telepítése, szakmák szerinti összetétele, humán erőforrás-, gép- és műszerellátottsága, költségvetése, működési tapasztalatai – mortalitás, morbiditás, várólisták, kórházi fertőzések, gyógyulási idő stb.) egészének tervszerű működése a hatékonyság garanciája az erőforrás-gazdálkodás és az eredményesség szempontjából egyaránt, hiszen az egészségügyről a gazdasági/társadalmi szempontok figyelembe vétele nélkül nem lehet beszélni. A megfelelő beavatkozáshoz teljes mértékben tisztában kell lenni a probléma eredetével (testi, lelki, egzisztenciális, oktatási, stb.), ezen kívül az egészségügyre ható járulékos (urbanisztikai, szállítási, egyéb) körülményekkel. Ezért az adatfelvételnek a közfinanszírozott és a magánellátásokra is ki kell terjednie.

Minderre tekintettel a határon átnyúló egészségügyi együttműködések kialakítása és működtetése is ideális esetben az együttműködésben érintett nemzetközi partnerek közötti közös adatszolgáltatásra vonatkozó megállapodást feltételez. A helyi/regionális fókusz, a konkrét problémára és a megoldására orientált megközelítést az országos, egyközpontú adatkezelés nem feltétlenül szolgálja.

Egészségbiztosítói tapasztalatok

Ami nélkül hosszú távon, illetve nagy léptékben biztosan nem működhet az együttműködés:

- tartós jogi keret (az EU-s jogforrások – 1408/71/EGK, 883/2004/EK, 2011/24/EK, stb. – csak az alapot jelentik, amitől el lehet térni, s ez fontos, mert Magyarországon jelenleg csak a kötelező minimumhoz tartjuk magunkat, hiszen az EU-s szabály csak az alap, amire mi nem építünk semmit):
 - alapszerződések vagy keretmegállapodások,
 - adminisztratív megállapodások;
- a gyors reagálás képessége (semmi sem automatikus, pláne nem magától értetődő vagy örökkévaló):
 - gyakran ülésező vegyes bizottságok, obszervatóriumok (határszakaszonként).

Az együttműködéstől várt célok teljesüléséhez nélkülözhetetlen a hosszú távra érvényes céljelölés és a tartós elköteleződés a célok mellett, valamint a kontinuitás biztosítása (a hozzáértő személyi állomány megtartása). A francia-belga határon az egyezményeket 15 év alatt dolgozták ki. Kis lépésekkel haladtak (pl. hogy az egyik ország orvosa dolgozhasson a másik ország kórházában is, stb.). Ezekre a kis sikerekre épültek aztán a nagyobb egyezmények (ellenpélda is van persze, az Ardennes ZOAST területén, ahol a kórházi elsivatagosodás kezelésére kellett gyors megoldás). A tömeges átjárással kapcsolatos előzetes félelmek később nem igazolódtak be.

A jogosultságigazolások hatékony és gyors áttekinthetőségének biztosítása a kölcsönös átjárhatóság egyik feltétele. Ebből a szempontból a holland-német határon alkalmazott kártya, az eGCI és annak automatikus online jogosultságigazolása a legfejlettebb és legbiztonságosabb megoldást nyújtja.

Ehhez hasonlóan az ellátáshiányos térségekben a folyamatos ellátást a határon átnyúló szakorvosi munkavégzés lehetőségének biztosítása is fokozhatja (azaz nem csak a betegek, de az orvosok határon átnyúló mozgása előtt álló akadályokat is le kell bontani). A diplomák, szakképesítések kölcsönös elismerésére fenntartott rendszerek működésének, a hivatásgyakorlás nemzeti szabályainak e szempontból történő áttekintése ugyancsak indokolt a határon átnyúló egészségügyi együttműködések tervezése és előkészítése során. Az együttműködésben való részvétel lehetősége a magán-egészségügyi (nem közfinanszírozott) szolgáltatók számára is adott, amennyiben vállalják, hogy a határon átnyúló együttműködésben ellátásra jogosultak esetében ugyanazokat az árakat alkalmazzák, mint a közintézmények.

Betegjogi tapasztalatok

A választott politikai képviselők közösségi döntéshozatalban való részvételének tapasztalatai Franciaország érintett régiójában is azt mutatják, hogy a választókkal való kapcsolat és a választói érdekek képviselete jellemzően inkább a választási kampányban élvez prioritást, azt követően az értéksorrend átrendeződik, s a választói érdekek háttérbe szorulhatnak. A helyi közösségek önszerveződő, önszervező akcióinak és szervezeteinek, a civil aktivitás széles spektrumának lehetővé tétele ezért hatékony segítséget nyújthat ahhoz, hogy a választói közösség eredményesen tartsa fenn a saját érdekei iránti érzékenységet és figyelmet a választásokat követő időszakban is, ha a választott képviselők esetleg nem tanúsítanak a választóik által elvárt figyelmet a helyi közügyek iránt.

A magyarországi határon átnyúló együttműködések szempontjából (is) – figyelemmel a hazai civil szféra működésére – a legfontosabb tanulság ezért az, hogy a hasonló érdekű szervezetek közötti

rendszeres, érdemi kapcsolattartás elengedhetetlen a civil kezdeményezések hatékonyságának növeléséhez. A hazai egészségügyi civil szervezetek jellemzően egy-egy érdekcsoport érdekeinek képviselőire alakulnak (pl.: a különböző fogyatékkal, vagy ritka betegséggel élők, stb.). Kezdeményezéseik azonban jó eséllyel elszigeteltek maradnak mindaddig, amíg nem tudják sikerrel elvégezni a helyi közösségek többi tagja érzékenyítésének feladatát.

A civil aktivitásban ugyanakkor a kormányzat számára fontos jelentős hatékonysági tartalékok is kimutathatók, amennyiben a civil részvétellel megvalósított tervezés és működés, s az így létrehozott eredmények elfogadottsága – társadalmi/gazdasági beágyazottsága – nagyobb, tartósabb.

Stratégiaalkotói tapasztalatok

Két fontos tanulság alkalmas lehet arra, hogy alapvetően új szemléletet honosítson meg a határon átnyúló egészségügyi együttműködésekkel kapcsolatos hazai gondolkodásban.

- 1) Az uniós jogszabályok csak a szabályozás minimumát adják – egyfajta legkisebb közös többszöröst – amelytől a kétoldalú viszonyokban lehetséges és olykor szükséges is eltérni. Ezzel a lehetőséggel azonban Magyarország mindeddig nem élt, valószínűsíthetően az általánostól való eltérés különössége által generált többletfeladatokról való félelme okán (ami a nagymértékű fluktuációval és gyakori átszervezésekkel érintett, folyton változó jogszabályi környezetben helytállni kénytelen államigazgatási szervek előtt álló működési kihívások ismeretében nem is csoda). A kivételes szabályok azonban lehetővé teszik a határokon átnyúló együttműködés „testre szabását”, ami az olyan kevésbé homogén és sokszorosán diverzifikált határregiókkal rendelkező országoknak, mint Magyarország is, kiemelkedő jelentőségű. Magyarország és a szomszédos országok határregióinak eltérő adottságait és fejlődési sajátosságait ismerve mindenképpen ajánlott a határszakaszonként eltérő, az adott terület sajátosságaihoz igazodó együttműködések szervezése.
- 2) Az 1) ponthoz hasonlóan – és részben abból következően – a jelentősen eltérő nemzeti tarifákkal dolgozó határmenti területek számára az együttműködés lehetőségének megteremtése közös tarifaszabályok kidolgozását igényli, ellenkező esetben a nemzetközi elszámolással járó együttműködések vagy működésképtelenek vagy súlyosan veszteségesek lesznek az egyik fél számára.

III.4 Határon átnyúló betegmobilitás Magyarországon

A betegmobilitással kapcsolatos hazai felmérések eredményei

A nemzetközi betegmobilitás magyarországi helyzetéről időnként ismétlődő, eseti lekérdezések útján megvalósított adatelemzések eredményei állnak rendelkezésre.

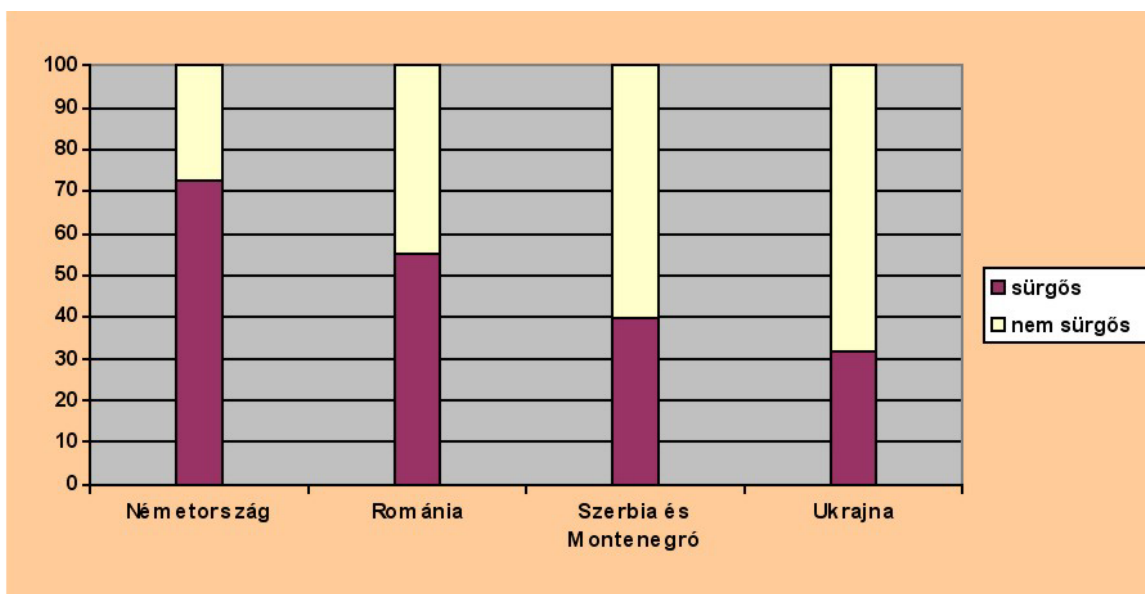
Az ágazati igazgatás 2005 februárjában és 2011 szeptemberében készített utoljára átfogó elemzést. A 2011. évi azonban a 2005. évihez képest nem azonos részletességgel végezte el az elemzést: a Magyarország részvételével működő határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések csak a 2005-ben készített elemzés térképezte fel a teljesség igényével, a 2011. évi elemzés erre már nem terjedt ki. Mindkét elemzést az Országos Egészségbiztosítási Pénztár készítette az ágazati szakpolitikai döntések megalapozására. Azóta csupán egy alkalommal, az Európai Bizottság által az Irányelv hatályba lépése óta eltelt idő tapasztalatainak értékelésére készült

adatelemzés, a bizottság által megadott szempontok szerint. A jelen tanulmány elkészítéséhez az állami szervektől nem sikerült beszerezni a korábbiakhoz hasonló részletességű, strukturált elemzésre alkalmas adatokat, így a jelenlegi magyar gyakorlatról nem áll rendelkezésre kellő részletességű friss elemzés.

A 2005-ös felmérés legfőbb következtetései

- 1) A Magyarországon fekvő és járó betegként ellátott külföldiek jelenleg az összes eset kevesebb, mint 1%-át teszik ki. A járóbeteg-ellátásban a külföldiek aránya alacsonyabb, mint a fekvőbeteg-ellátásban (0,19 % a 0,74 %-kal szemben). **Az összes Magyarországon ellátott külföldi döntő többségét (mintegy 70%-át) négy állampolgári közösség – a német, a román, a szerb-montenegrói és az ukrán – teszi ki.** A bosnyákok, horvátok, osztrákok, szlovákok és szlovének ápolási eseteinek száma viszont elenyésző marad.
- 2) Teljesen természetes módon a külföldiek ellátása jellemzően a hazájukkal szomszédos magyar megyék területén koncentrálódik. **A földrajzi közelség** tehát a szomszédos területekről érkező külföldi betegek magyarországi ellátásának egyik alapvető szervező elve. A határmenti területekre érkezők **országban belüli mobilitása azonban eltérő** képet mutat:
 - a német és a román betegek országban belüli mobilitása nagyobb, vándorlásuk nem áll meg az országhatár mentén fekvő megyékben, amit kellően alátámaszt az a tény, hogy ellátásukban a főváros játssza a legkiemelkedőbb szerepet;
 - a szerb és az ukrán betegek ellátási esetszámai viszont a közvetlenül az országhatár mentén fekvő megyékben magasabbak; az ő országban belüli mobilitásuk tehát kisebb.
- 3) A területi megoszlás a földrajzi közelség mellett bizonyos nyilvánvaló **ellátórendszeri sajátosságokat** is követ:
 - a német betegek ellátása az ország hagyományosan németlakta területei (Baranya és Somogy) mellett olyan területeken koncentrálódik, amelyek kiemelt idegenforgalmi övezetnek minősülnek (Budapest és a Balaton mellett fekvő megyék);
 - az eloszlási térképek alapján viszont a román betegek egyetemi központok körüli túlsúlya is szembetűnő (Budapest és a határmenti megyék vidéki centrumai, Szeged és Debrecen).
- 4) Ez a fajta eloszlás **nemzetenként az ellátás célja, jellege szerinti specialításokat** sejtet, amennyiben a magas mobilitású és nagy létszámú német közösség esetében a **turizmussal** összefüggő akut megbetegedésekről, a román, szerb és ukrán állampolgárságú személyek esetében pedig **célzott, tervezett gyógykezelésekről** lehet szó. A külföldieknek nyújtott fekvőbeteg-ellátások sürgősség szerinti megoszlását szemléltető diagram adatai ezt egyértelműen alátámasztják: a németek körében magas (72%), míg a románoknál 55%, a szerbeknél 40% és az ukránoknál 32% a sürgősségi ellátások aránya az igénybe vett összes fekvőbeteg-ellátáson belül.

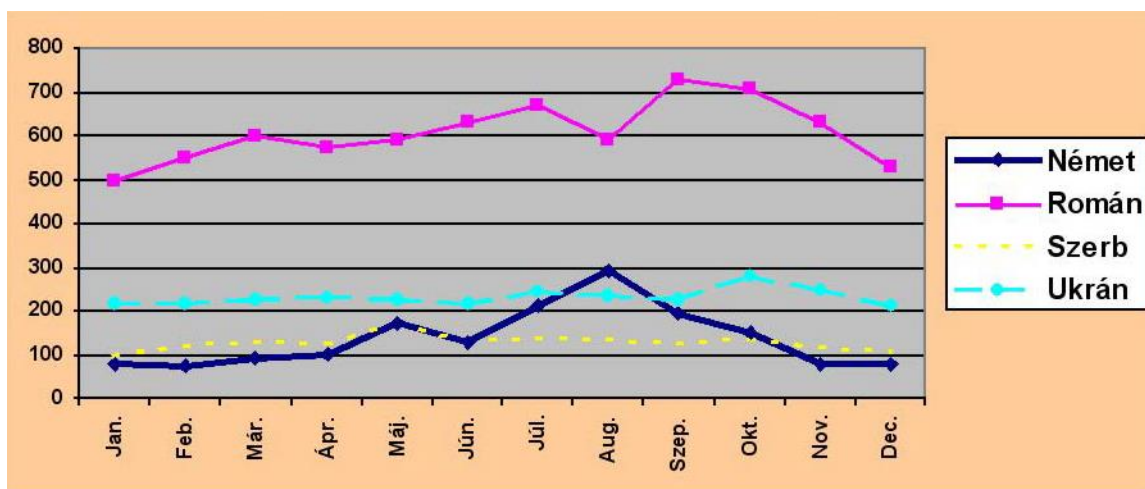
6. ábra: A külföldi fekvőbetegek esetszám szerinti megoszlása (%)



Forrás: OEP (2005): Helyzetelemzés a határon átnyúló betegellátás és együttműködések fejlesztéséhez

- 5) Az egyes nemzeti csoportokon belül az ellátások igénybevételének szezonális ingadozása alapján hasonló következtetésre juthatunk, a **németek ellátására ugyanis zömmel a nyári hónapokban kerül sor, a románok, szerbek és ukránok ellátása viszont egész évben egyenletesen terheli a hazai ellátórendszert.** A román, szerb és ukrán ellátások teljesítménygörbéjében az augusztusi csökkenés azzal magyarázható, hogy az orvosok nyári szabadságolása miatt a tervezhető beavatkozások száma is csökkent (a román teljesítménygörbében a nagyobb kilengést a románok szerbekhez és ukránokhoz viszonyított nagyobb arányának lehet betudni). A németek teljesítménygörbéjének augusztusi csúcsa viszont egyértelműen jelzi a turizmussal való összefüggést: a németek éppen akkor jelentkeznek ellátásra a legnagyobb számban, amikor a magyar orvosok szabadságra mennek, vagyis a nyári szabadságolások idején.

7. ábra: A külföldi fekvőbetegek ellátásának szezonális ingadozása (esetszám/hónap)



Forrás: OEP (2005): Helyzetelemzés a határon átnyúló betegellátás és együttműködések fejlesztéséhez

- 6) A fekvő- és a járóbeteg-ellátásban egyaránt megfigyelhető, azonos jellegzetességeket mutató területi eloszlási és szezonális adatok arra engednek következtetni, hogy a **járóbeteg-ellátásokra zömmel a fekvőbeteg-ellátásokhoz kapcsolódóan került sor** (kivizsgálások, diagnosztikai beavatkozások).
- 7) A kórházak igénybevétele az egyes nemzeti csoportokban kimutatható fő indokai szintén alátámasztják a németek turisztikai és a románok, szerbek, ukránok tervezett gyógykezelési célú beutazásaira vonatkozó következtetéseket. A fekvőbeteg-ellátásban a német betegeket ugyanis elsősorban a traumatológián ápolják sürgősségi felvétellel (zömmel baleseti sérülések miatt). A románok, szerbek és ukránok esetében viszont **magasan vezet a szülés**. A románoknak nyújtott összes ellátás 30,64 %-a, a szerbeknek nyújtott összes ellátás 19,7 %-a és az ukránoknak nyújtott összes ellátás 42,2 %-a szülés! Ugyanakkor **mindhárom nemzeti csoportban a csoport tagjainak nyújtott összes ellátás több mint 50 %-át csupán négy beavatkozás teszi ki (szülészet-nőgyógyászat, sebészet, belgyógyászat és traumatológia), amelyek aránya együttesen a románoknál 56,33%, a szerbeknél 52,9%, az ukránoknál pedig 67,0%**. A járóbeteg-ellátásban a németek elsősorban reumatológiai ellátást igényeltek – valószínűleg a jelen tanulmányban nem vizsgált gyógyfürdő-szolgáltatásokhoz kapcsolódóan, azok kiegészítő tevékenységeként. A románoknál a járóbeteg-ellátás igénybe vételét a fekvőbeteg-diagnózisoktól eltérő okok indokolták: a tüdőgyógyászat ugyanis megelőzte a szülést. **A sugárterápia minden nemzeti csoportban az első öt beavatkozás között szerepelt, igénybe vételét elsősorban emlő-, méh- és tüdőbetegségek indokolták**. Ezek tipikusan költséges, eszköz- vagy gyógyszerigényes ellátások.
- 8) A fenti nemzeti csoportok tagjai esetében az ellátások nyújtására nyolc különféle jogcím alapján került sor. Ezeknek a döntő többsége együtt járt az ellátások költségeinek Egészségbiztosítási Alap számára történő visszatérítésével, egy jogcím (szociálpolitikai egyezmény) alapján azonban az ellátások költségeit a magyar Egészségbiztosítási Alap viselte anélkül, hogy a költségek visszatérítésére bármilyen forrásból számíthatott volna, egy további jogcím esetében (Segítő Jobb) pedig az Egészségbiztosítási Alap kiadásai csak részben térültek meg:
- Magyar biztosítás esetén elvileg a befizetett járulék szolgál az ellátások fedezetére. Az adott személy járulékai azonban nem feltétlenül fedezik az Egészségbiztosítási Alap ugyanezen személy számára nyújtott ellátásokkal kapcsolatos tényleges kiadásait.
 - Az elszámolásos egyezmények viszont a tényleges kiadások megtérítéséről szólnak. Vagyis a magyar Egészségbiztosítás Alap által az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóknak kifizetett finanszírozási díj összegét azok az egyezményes partnerek térítik meg, akiknél a Magyarországon ellátott külföldi személy érvényes biztosítással rendelkezik.
 - A befogadott, a menekült és a menekült/menedékes státuszt kérelmező ellátása a magyar Egészségbiztosítás Alapnak nem kerül semmibe, mert az ellátások költségeit a költségvetés egy másik fejezete – a Belügyminisztériumról szóló rész – biztosítja.
 - A nem biztosított, illetve a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénylő személy ellátása úgyszintén nem terheli meg az Egészségbiztosítási Alapot, mert az ilyen személy az általa igénybe vett ellátásokért közvetlenül maga fizet a szolgáltatóknak. Úgyszintén ebbe a körbe tartoznak azok a külföldiek, akiknek a hazája és Magyarország között nincs hatályos egyezmény (se szociálpolitikai, se elszámolásos),

vagy van ugyan, de valamilyen oknál fogva az adott személy tekintetében nem alkalmazható.

- A szociálpolitikai egyezmények alapján nyújtott ellátások teljes egészében a magyar Egészségbiztosítási Alapot terhelik, azok visszatérítésére Magyarország semmilyen formában nem számíthat. Magyarországnak a környező nem EU-tagállam országok közül Szerbiával és Ukrajnával van hatályos szociálpolitikai egyezménye.
- A Segítő Jobb által támogatott ellátások költsége részben az Egészségbiztosítási Alapot terheli, tekintve, hogy a Segítő Jobb az ellátások teljes költségének csak egy részét vállalja át a határon túli magyarok helyett.

A fentiek figyelembe vételével a fekvőbeteg-ellátás tekintetében az alábbi megállapítások tehetők. A Romániából és Ukrajnából érkezők ellátásának jellemző jogcíme a szociálpolitikai egyezmény (az ellátások 37,45 %-át, illetve 53,96 %-át egyezményes jogcím – tipikusan sürgősségi ellátás – keretében nyújtották). A románok többsége ugyanakkor magyar társadalombiztosítási jogviszonyban áll, azaz valamilyen módon járulékot fizet vagy fizetett; a román járulékfizetők száma (41,21 %) meghaladja az egyezmény alapján ellátottakat. Ez az adat arra enged következtetni, hogy a románok magyarországi tartózkodása során **felmerült ellátások nagy valószínűséggel valamilyen – egykori vagy aktuális – magyarországi munkavégzéshez kapcsolhatók**. A románok területi jelenlétére vonatkozó korábbi kijelentéseket e tény ismeretében kell értékelni. A magyar biztosítás aránya a szerbek ellátása körében a legmagasabb (43,52 %), ugyanakkor a hatályos egyezmény biztosította lehetőségekkel ők élnek a legkevésbé (19,11 %). A járóbeteg-ellátásban viszont a legtöbb beavatkozásra magyar biztosítás alapján került sor (50 % körül). A sem a társadalombiztosítás, sem az egyezményes partnerek által nem térített (illetve a beteg számára térítésköteles) ellátások állnak a második helyen, az egyezményes jogcímek viszont a harmadik helyre szorultak (kevesebb, mint 20 %). **Az ellátáshoz támogatást igénylők aránya minden nemzeti csoportban a fekvő- és a járóbeteg-ellátásnál is a 15% alatt marad.** Fekvőbeteg-ellátásban támogatásból az összes román állampolgárságú ellátott 9,63%-a, az összes szerb állampolgárságú ellátott 8,93%-a, s az összes ukrán állampolgárságú ellátott 5,94%-a részesült. Járóbeteg-ellátásban ugyanez az arány magasabb: a románoknál 8,32%, a szerbeknél 14,78%, az ukránoknál 9,37%.

A 2011-es felmérés legfőbb következtetései

- 1) A térítésköteles ellátások piacának tervezéséhez továbbra sincs elég adat. **A Magyarországon a beteg közvetlen térítési kötelezettsége mellett ellátott személyek éves volumene évről évre csökken.** A szolgáltatók adatszolgáltatási kötelezettségének teljesítése azonban nem teljes körű, mivel ezeket az eseteket a szolgáltatóknak (a 4-es térítési kategóriában) jelenteniük kell, ám a jelentés **elmaradásának nincs szankciója. Emiatt a magyar közigazgatás nem rendelkezik olyan megbízható adatokkal, amelyek alapján ezen egészségipari piaci szegmens fejlesztése érdekében megalapozott becsléseket végezhetne.**

A megelőző adatfelvétel időszakához képest a magyarországi egészségügyi szolgáltatások külföldiek általi igénybevétele bizonyos mértékig átstrukturálódott. Az Európai Unió tagállamai közül elsősorban német, osztrák és román állampolgárok vesznek igénybe térítésköteles ellátásokat hazánkban. Az Európai Unió állampolgárok által Magyarországon igénybe vett ellátások értéke az egészségbiztosítási finanszírozási tételek szerint 250 és 450 millió forint között mozog, bár feltételezhető, hogy az egészségügyi

szolgáltatók a finanszírozási díjtételeknél magasabb árat érvényesítettek a szolgáltatást igénybevevőkkel szemben.

A magyar ellátásokat igénybevevő külföldiek nemzeti rangsora átalakult. A beteg általi közvetlen térítési kötelezettség, illetve a rendelet alapján a biztosító költségviselése mellett igénybe vehető magyarországi ellátások piaca átalakult: **a térítésköteles ellátások piacán az addig legnagyobb igénybevevőnek számító Románia és Németország igénybevételi adatai csökkenést mutatnak.**

- Románia esetében ez a 2007. évi EU-csatlakozás hatása, mivel attól kezdve a román biztosítottak magyarországi ellátásának költségeit egyre nagyobb részben a román egészségbiztosítás állja a rendelet alapján. Ennek eredményeként 2010-ben Románia felé az OEP már 136,4 millió forint értékben számlázott a Magyarországon igénybe vett akut ellátások, és közel 30 millió forint értékben a román biztosító által előzetesen engedélyezett, tervezett ellátások után.
- A német betegek térítésköteles ellátásának korábban jelentős értéke a románokéhoz hasonlóan csökken, 2010-re magyar részről 84 millió forintos magyar követelést eredményezve a német biztosítottak magyarországi akut, és 5 milliót a tervezett ellátásáért.

A nemzeti rangsor átalakulása a Magyarországon rendelet alapján nyújtott ellátások igénybevevői tekintetében is átalakult. **A rendeleti ellátások „piacán” a 2005-ös adatfelvételkor még jelentéktelen Szlovákia a Magyarországon nyújtott ellátások egyik legnagyobb igénybevevőjévé vált** (az esztergomi autógyárban foglalkoztatott magyar nemzetiségű szlovák állampolgárok számának a hazai munkaerőhiánnyal összefüggő növekedése miatt). A Magyarországon munkát vállaló (ezért magyar biztosítottá váló), de állandó lakóhelyüket Szlovákiában megtartó ingázó munkavállalók **alapellátása, ügyeleti ellátása és terhes-gondozása** esetenként **nehézséget okozott**, mivel ezen ellátások finanszírozásában a helyben állandó lakóhellyel rendelkezők száma meghatározó, s ezen ingázó munkavállalóknak nincs magyarországi állandó lakóhelye.

- 2) **A rendeleti és irányelvi ellátások viszonyában változatlanul a rendelet a meghatározó.** A Magyarországra irányuló külföldi és az EU tagállamaiba irányuló magyar betegforgalom tekintetében továbbra is a rendeletek gyakorolják a legkomolyabb hatást a betegmobilitásra.

A legnagyobb igénybevevői kör az ingázó munkavállalók csoportja. **A Magyarországra irányuló forgalmon belül változatlanul az ingázó munkavállalók biztosítási hely szerinti ellátása a meghatározó.** A Magyarországon dolgozó külföldön lakók és a külföldön dolgozó Magyarországon lakók száma ugyanakkor kiegyenlített (mintegy 20-25 ezer).

A magyarok külföldi ellátásának költsége továbbra is elenyésző. **A magyar biztosítottak külföldi ellátásának költsége** (2010-ben: engedélyezett külföldi gyógykezelés 1,23 milliárd, egyéb kiadások 3,68 milliárd forint) **az Egészségbiztosítási Alap természetbeni ellátásokra fordított összes kiadásának** (2010-ben: 1 208 milliárd forint) **csupán 0,4 %-át teszi ki.**

A külföldiek magyarországi ellátása nő, de abszolút értékben még mindig csekély. Az Európai Unió valamely tagállamában biztosított személyek magyarországi ellátásának költségét a rendelet alapján a magyar egészségbiztosítás a hazai szolgáltatóknak megelőlegezi. A megelőlegezett finanszírozásra a teljesítményvolumen-korlát nem

vonatkozik. A finanszírozást a külföldi biztosítók kötelesek Magyarországnak visszatéríteni. **2010-ben a magyar egészségbiztosítás 2,15 milliárd forint értékben érvényesített követelést a többi tagállammal szemben.** A költségek 2005-2010 között nőttek a külföldön ellátott magyar és a Magyarországon ellátott más tagállambeli biztosítottak számának növekedése miatt (utóbbi esetben az igénybevevő személyi kör ellátási jogcímeinek az előző pontban hivatkozott átstrukturálódásával is összefüggésben). A Magyarországon végzett összes ellátás teljes éves esetszáma a járóbeteg-ellátásban ~ 70 millió/év, a fekvőbeteg-ellátásban pedig ~ 2,5 millió/év. Ehhez képest a magyarországi egészségügyi szolgáltatók összesen csupán ~ 20 000 gyógykezelést nyújtottak külföldi biztosítottak részére 2010-ben. **Vagyis a külföldi biztosítottak magyarországi ellátási esetszáma az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott természetbeni ellátások összes esetszámának csupán 0,027%-át teszi ki.** A legtöbb külföldit ellátó intézmények (2008-ban ez a Siófoki Városi Kórház volt) egy évben naponta 2-3 külföldit látnak el, a legtöbb intézmény azonban csak kevesebb, mint egy tucat külföldivel találkozik évente.

Magyarországon az EU-s betegeknek nyújtott sürgősségi ellátások aránya domináns. **Az uniós tagállamokból kifejezetten gyógykezelési szándékkal és a biztosítójuk előzetes engedélyével – az E112 / S2 jelű nyomtatvánnyal – érkező betegek száma és ellátásuk költsége évente nő** (a 2005. évi 20 esettől a 2010. évi 98 esetre). Az ezen ellátásokhoz kapcsolódó költségek, melyeket a magyar egészségbiztosítás az ellátás idején érvényes belföldi finanszírozási mérték szerint a szolgáltatónak megelőlegez, ugyanakkor csupán **évi ~ 35 millió forint, vagyis a növekedés ellenére is a Magyarországon egy évben külföldieknek nyújtott ellátások összes költségének csupán 1,63%-a.** Ebből látható, hogy a külföldiek által Magyarországon igénybe vett ellátások zöme sürgősségi ellátás, s a költségek nagyobb része is a sürgősségi ellátásban nyújtott kezelésekkel összefüggésben jelentkezik. A tervezett ellátások növekedéséhez hozzájárultak az egy-egy évben tapasztalt egyedi hatások (pl. 2007-ben Lettországból érkezett betegek csontvelő-transzplantációja, amelyek összes költsége meghaladta a 190 millió forintot), illetve a Romániából érkező betegek ellátása, ami 2007 óta nő (korábban a román belső jogszabályok nem tették lehetővé a finanszírozott külföldi gyógykezelést). A rendelet alapján engedélyezett magyarországi gyógykezelések igénybevevői sorrendje is változott. A 2010-ben a külföldi biztosítókkal szemben érvényesített, előre engedélyezett magyarországi gyógykezelés esetszáma és költségei alapján ebben az ellátási szegmensben Románia a legnagyobb igénybevevő (a következő 4 ország együtt is mindössze a román igénybevétel mintegy egynegyedét teszi ki).

4. táblázat: Kiszámlázások 2010-ben E 112 nyomtatvány alapján

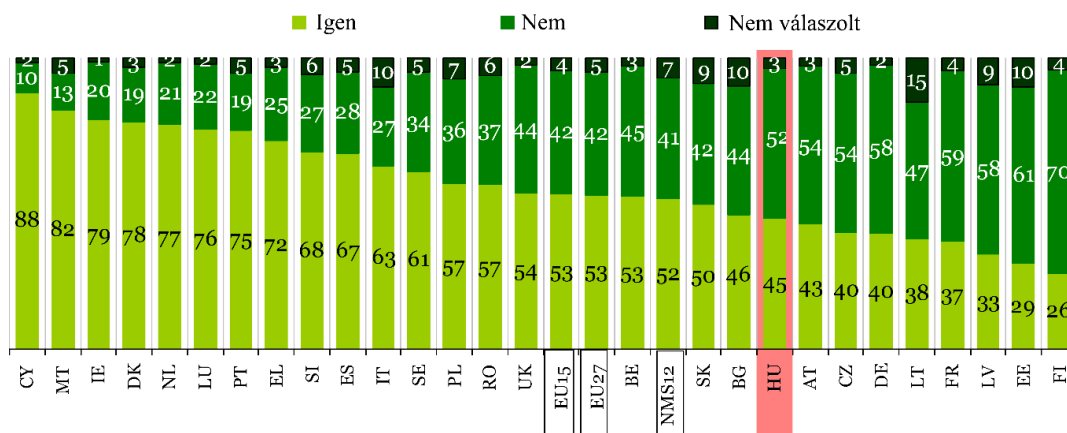
SSZ.	ORSZÁG	SZÁMLA DARAB	FT
1.	Románia	76	29 838 088
2.	Németország	13	4 977 098
3.	Hollandia	6	391 439
4.	Szlovákia	2	178 915
5.	Lengyelország	1	118 559
Összesen		98	35 504 099

Az éves költségekből és az ellátási esetszámokból megállapítható, hogy az európai államokból engedéllyel Magyarországra érkező **külföldi betegek** – a növekvő tendencia ellenére – **nem jelenthetnek fennakadást a magyar biztosítottak ellátásában**. Amennyiben ez egyes speciális ellátást nyújtó szolgáltatóknál a külföldi betegek ellátása mégis ellátási gondot okozna, akkor az ellátások nyújtásánál figyelembe kell venni, hogy **a külföldről érkező betegnek előzetes értesítési kötelezettsége van**, továbbá – az azonos elbírálás értelmében – rá is vonatkoznak pl. a magyar várólistaszabályok. Amennyiben tehát egy magyar egészségügyi szolgáltató az engedéllyel rendelkező, másik tagállambeli beteg esetén az ellátást csak a magyar biztosítottak háttérbe szorításával vagy érdekeik sérelmével tudná nyújtani, köteles az ellátást megtagadni és a beteget elutasítani. Tekintve azonban, hogy a gyakorlatban a betegek az őket (potenciálisan) fogadó egészségügyi szolgáltatóval egyeztetnek a szabad kapacitásokról és lehetőségekről, a szolgáltatók részéről a formális elutasítás elenyésző.

- 3) A 2011. évi elemzés további – korábban nem vizsgált – szempontokkal járult hozzá a magyar biztosítottak nemzetközi betegmobilitásban való részvételét befolyásoló körülmények ismeretéhez.
- A magyar biztosítottak mobilitási hajlandósága az EU tagállamok átlagánál alacsonyabb.

8. ábra: Az EU-s államok polgárainak egészségügyi mobilitási készsége

Hajlandó lenne más EU-államba utazni orvosi ellátás igénybe vételének céljából?



Forrás: Cross-border health services in the EU. Analytical report¹⁷

- A döntő kiutazási ok a szükséges kezelés hazai hiánya. Az öt leggyakoribb ok, amiért a beteg hajlandó külföldre utazni és ott gyógykezeltetni magát:
 - hazájában nem elérhető a beteg számára a szükséges kezelés;
 - jobb minőségű ellátást kíván igénybe venni;
 - az adott ellátásra szakosodott neves specialistát keres fel;
 - gyorsabb a hozzáférés az ellátáshoz;
 - olcsóbb az ellátás igénybevétele.

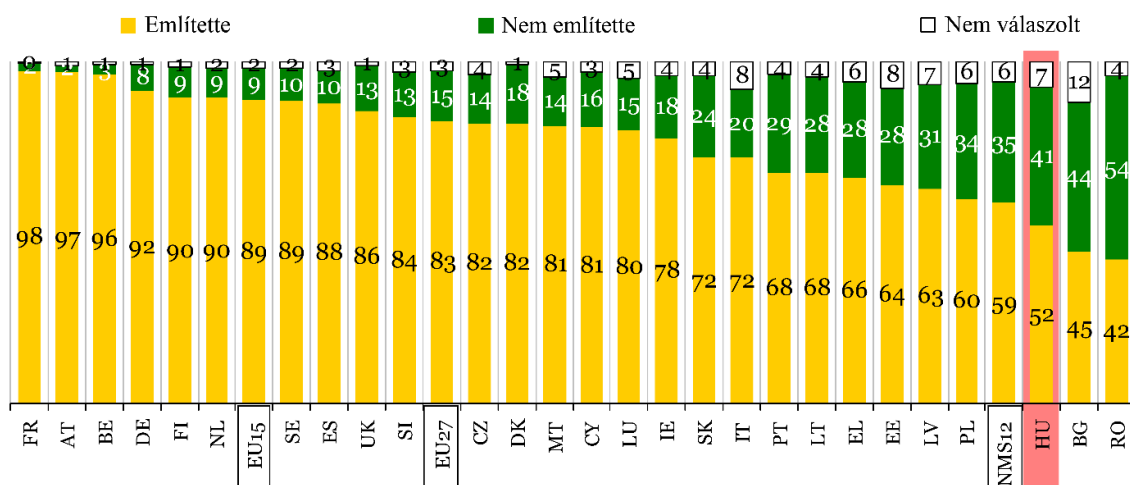
¹⁷ http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl_210_en.pdf

9. ábra: A külföldi gyógykezelés motivációja az EU-ban

Az alábbi okok közül melyik miatt lenne hajlandó másik EU-államba utazni orvosi ellátás igénybevételének céljából?


Forrás: Cross-border health services in the EU. Analytical report

10. ábra: A hazai ellátásokkal való elégedettség az EU-ban

Elégedett az itthon elérhető egészségügyi ellátással


Forrás: Cross-border health services in the EU. Analytical report

A magyar válaszolók valamennyi külföldi gyógykezelési ok tekintetében talán a legkevésbé motiváltak közé tartoznak, amennyiben az egyes indokoknak kisebb jelentőséget tulajdonítanak, mint az EU többi országában élők. Vagyis egy esetlegesen megengedőbb szabályozás bevezetése sem jelentené azt, hogy a magyar betegek jelentős mértékben élnének a külföldi gyógykezelés lehetőségével.

Ezt a felmérést azonban 2007-ben végezték, és a betegek hozzáállása a külföldi gyógykezeléshez jelentősen változhatott, annak függvényében, hogy a hazai ellátórendszer a betegek szempontjából milyen megoldatlan problémákkal szembesül. Ennek a változásnak akár az előjeleként is említhető, hogy – az idézett felmérés szerint – a magyar betegek csak a román és bolgár betegeknél elégedettebbek, és ezzel az értékkel a magyar elégedettségi mutató messze alatta van az EU átlagának.

Konkrét intézményközi együttműködések a magyar határok mentén

A határon átnyúló betegmobilitás elvi keretrendszerének és magyarországi helyzetének bemutatása csak akkor lehet teljes, ha elfogadjuk, hogy abba az egyes szolgáltatók közötti, a közös országhatár mentén szervezett konkrét együttműködések is beletartoznak. A 2005-ben és 2011-ben készült elemzés e tekintetben sem azonos részletességű (a működő együttműködések csak a 2005-ös elemzés azonosította), amit ezért újra el kellett végezni. Az elemzés adatforrása 2005-ben a szolgáltatók kérdőíves felmérése volt. A válaszadást akkor nagymértékben segítette, hogy a kérdőívezést az Országos Egészségbiztosítás Pénztár végezte a teljes intézményi körben, vagyis sokkal több szolgáltatót érintett, és a szolgáltatók nagyobb valószínűséggel teljesítették a válaszadást. A most (2018-ban) megismételt kérdőíves felmérésre – a projekt objektív jogi/adminisztratív korlátai miatt – jóval szűkebb intézményi körben és (az ÁEEK-nak való alárendeltségre hivatkozva) sajnálatosan alacsonyabb válaszadási hajlandóság mellett kerülhetett sor. Az egészségügyi intézményeknek címzett és a határ menti önkormányzatokat és intézményes együttműködések meg szólító kérdőívet is 13-an töltötték ki, de határon átnyúló projekteket, egészségügyi együttműködések egyik kitöltő sem nevezett meg. Ezért az intézményi adatszolgáltatás mellett figyelembe vettük az egészségügyi szolgáltatóknak juttatott határon átnyúló együttműködések támogatására szánt fejlesztési forrásokat is, amelyek intézményi adatszolgáltatás hiányában is képesek voltak a létező együttműködések bizonyos mértékű azonosítására.

Emellett a projekt során a határ menti betegmobilitásban érintett kórházak képviselőivel készítettünk összesen 4 interjút, amelyek eredményeit szintén figyelembe vettük az alábbi konklúziók levonásakor.

A korábbi elemzések legfontosabb megállapításai – amelyek ma is helytállóak – a következők:

- 1) A határon átnyúló együttműködések **Magyarország teljes határszakaszát lefedik**. Az ország kis kiterjedése miatt a magyarországi megyék szinte mindegyike részt vesz ilyen együttműködésekben (nem csak a közvetlenül az országhatár mellett fekvő megyék). A hatályos hazai jogszabályok biztosítják a helyi és települési önkormányzatok, regionális testületek számára a határmenti együttműködések létrehozására és az abban való részvételre vonatkozó jogot. Ezen együttműködések a helyi és regionális közhatóságok által a törvény erejénél fogva ellátandó feladatok mindegyikére kiterjedhetnek. Ennek megfelelően a helyi lakosság számára biztosítandó egészségügyi ellátások szervezése és összehangolása is az együttműködések részét képezi, valamennyi önkormányzatok által létesített határon átnyúló együttműködés alapító dokumentumában önálló tevékenységi területként szerepelhet.
- 2) A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködések fogalma kettős. A leginkább érintettek, azaz maguk az egészségügyi szolgáltatók **egyrészt az egészségügyi szolgáltatók együttműködését** (ebbe a körbe tartozik a tapasztalatcsere, a közös képzési programok, a „Benchmarking” – azaz a legsikeresebb, leghatékonyabb példák alapul vétele a további munkához – stb.), **másrészt az egészségügyi szolgáltatási együttműködések** (az összehangolt betegirányítástól a valódi szolgáltatásnyújtásig a legkülönbözőbb tevékenységeket) értik alatta. A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködést megalapozó célok között ugyanakkor olyan tevékenységek is szerepelnek, mint például a „fund raising” – azaz a forrásszerzés a minőségi fejlesztéshez – vagy a magas felszereltségű és technikai színvonalú központi egészségügyi intézmények kialakítása. A határ menti együttműködési programok uniós forrásaiból jellemzően ilyen típusú tevékenységekre pályáznak pénzt az egészségügyi intézmények. Ritkább esetben fejlesztenek közös távdiagnosztikai rendszereket. A magyar határok mentén az integrált egészségügyi szolgáltatási rendszerek gyakorlata még hiányzik. Ugyanakkor az orvosok

határon átnyúló mobilitására már léteznek példák (mindkét oldalon rendelnek – az egyik oldalon jellemzően az állami, a másik oldalon jellemzően a magán szektorban).

5. táblázat: A határon átnyúló egészségügyi együttműködés legjellemzőbb formái a CESCI 2018-as kérdőívezése és a CBC-programok adatai alapján

SZOLGÁLTATÓI EGYÜTTMŰKÖDÉS AZ INTÉZMÉNYFEJLESZTÉS TERÜLETÉN:	SZOLGÁLTATÁSI EGYÜTTMŰKÖDÉS A BETEGELLÁTÁS TERÜLETÉN:
Felszerelés/műszerek közös vásárlása/használata	Földrajzi adottságok kihasználása (pl. közelebb fekvő kórház a határ másik oldalán)
Kutatás, közös képzési intézmények	Az egészségbiztosítás kölcsönös elismerése (egészségbiztosítási kártya elfogadása határon túl)
Intézményesített közös igényfelmérés és tervezés (cross-border observatories)	Együttműködés mentés/baleseti sürgősségi ellátás terén Szakellátási együttműködés (beutalás egy másik tagállamban lévő intézménybe)
On-line együttműködés a tapasztalatcsere és képzés területén	Várólisták közös leküzdése On-line együttműködés a diagnosztika és a betegirányítás területén

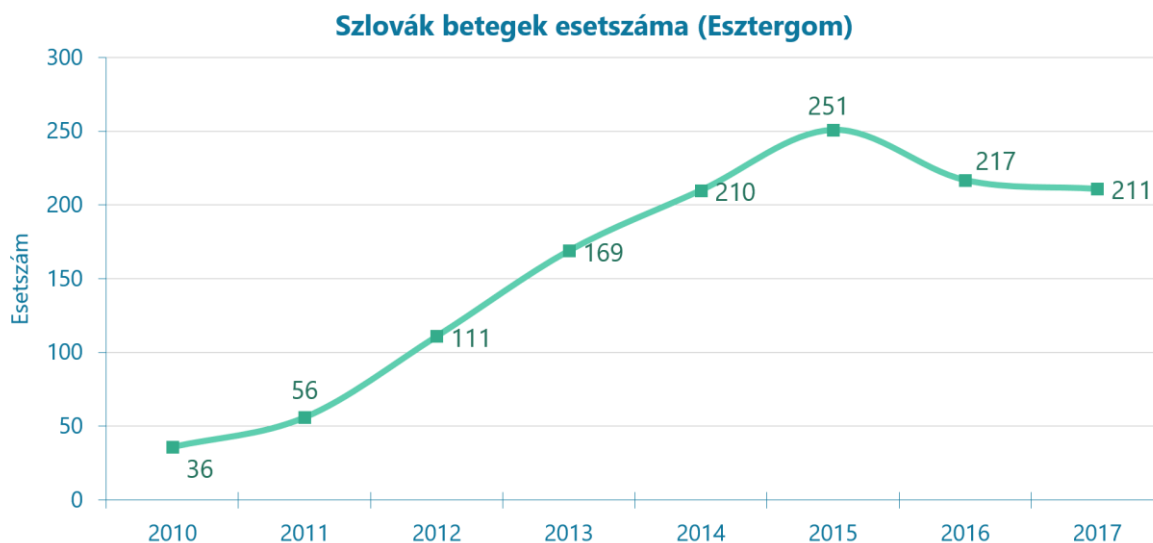
Már a 2005-ös országos felmérés megerősítette, hogy a táblázatban szereplő tevékenységek mindegyike jelen van a Magyarország érintettségével működő határon átnyúló együttműködések célkitűzéseiben, ugyanakkor az egyes tevékenységek megvalósítása nagyon különböző szakaszba jutott el. A felszerelések/műszerek közös vásárlása/használata általában az adott projekt időszakára érvényes, a szorosabb hosszú távú intézményi együttműködés viszont nem valósul meg. Az egymás területéről/területére történő mentés/betegszállítás és a szakellátási együttműködés például több régióban deklarált cél, de rendszerszerűen mindeddig sehol sem volt rá példa. Az egészségbiztosítás kölcsönös elismerése alapján végzett beavatkozásokra pedig csak az EU-tagállamokkal (formanyomtatványok alapján szigorúan meghatározott indikációra és ápolási körben), illetve a Magyarországgal egyezményes kapcsolatban álló országokkal (útleveél alapján kizárólag sürgősségi esetekben) összefüggésben volt példa. Az intézményesített közös igényfelméréshez és tervezéshez kötődő tevékenységek a legtöbb helyen további megerősítésre szorulnak. A legaktívabb – valamennyi együttműködésben szinte általános – tevékenységnek a közös képzés/kutatás és a tapasztalatcsere mondható. Ez utóbbi tevékenységek mindazonáltal nem korlátozódnak a közvetlen határtérségekre, így ez a tevékenységforma sem emelhető ki mintaként.

A 2005-2012 között aktív együttműködések és az együttműködések tartalmát a 2. melléklet azonosítja. 2005-ben 18 működő és 2 tervezett együttműködést lehetett azonosítani az országban, ám ezek közül csak 4 működő és 2 tervezett együttműködésben voltak egészségügyi szolgáltatók az együttműködő partnerek, akik kifejezetten egészségügyi szolgáltatási tevékenység érdekében léptek kapcsolatra egymással. A többi együttműködésben vagy nem (csak) egészségügyi szolgáltatók voltak, vagy nem egészségügyi szolgáltatásnyújtás céljával működtek együtt a partnerek. 2005-2011 közt további 22 együttműködés létesült, zömmel a határon átnyúló együttműködések támogató fejlesztési források felhasználásával (ebből 10 volt egészségügyi szolgáltatási együttműködés, amiből 2 a gyógy-, illetve a wellness-turizmust szolgálta, a többi szolgáltatói, pl kutatás-fejlesztési, képzési célú együttműködés volt).

A 2012-2018 közötti időszak tekintetében árnyalja a képet, hogy a magyar egészségügyi szolgáltatók 2012-ig (az önkormányzati fenntartású egészségügyi intézmények állami fenntartásba vételéig) jellemzően az önkormányzatok határon átnyúló együttműködési tevékenységéhez igazodó, azt az egészségügyi ágazatban hatékonyan kiegészítő együttműködések alakították ki. Az önkormányzatok egészségügyi intézményfenntartói minősége azonban 2012-2013 folyamán megszűnt, csupán szűk körben, az önálló (nem kórházhoz integráltan működő) járóbeteg-szakrendelők tekintetében maradt fenn, így a továbbiakban az önkormányzati kezdeményezésű határon átnyúló együttműködések a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködések szempontjából irrelevánsá váltak. Az állami fenntartásba vett intézmények a jelen tanulmány elkészítéséhez szükséges adatokat sem szolgáltatathatták önállóan, hanem az ÁEEK-hoz irányították a készítőket. Amennyiben az állami fenntartás a helyi kezdeményezésekre is így hatott, akkor valószínű, hogy az állami fenntartásba vétel óta az intézmények együttműködéseket kezdeményező készsége nem talált utat magának az államigazgatásba. A magyar egészségügyi igazgatás határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködésekkel kapcsolatos ismeretei (az információk összetettsége és rendszerezettsége) és perspektívái tapasztalataink szerint nem haladják meg a 2005-ös szintet.

A szerződéses szintig eljutó együttműködések közül a legrégebbi múltra az esztergomi Vaszary Kolos Kórház és a szlovákiai Dôvera Biztosító gyakorlata tekint vissza, mivel ennek gyökerei egy korábbi, az akkori Sideria Istota Biztosítóval kötött szerződésre vezethetők vissza. A 2004-ben létrejött kapcsolat révén a Sideria Istota alacsony ügyfélszáma miatt még szimbolikus szintű betegmobilitás a 2010-es években indult fejlődésnek, miután 2009-ben a Dôvera felvásárolta a Sideria Istotát, így az esztergomi kórház már a legnagyobb szlovák egészségbiztosító céggel újította meg a megállapodást. Ennek köszönhetően 2010 után a biztosított jogviszonnyal rendelkező szlovákiai betegek számának gyors felfutása volt megfigyelhető, egészen 2015-ig. Utána ez a lendület megtört, de 200-as éves esetszám felett állandósult. A trend megváltozása feltehetőleg összefüggött azzal is, hogy az addig jellemzően magas számú szlovákiai egészségügyi munkavállaló viszonylag gyorsan visszazivárgott Szlovákiába, egy ott végrehajtott jelentős béremelés következtében.

11. ábra: A Vaszary Kolos Kórház dôverás esetszámainak alakulása 2010 és 2017 között



Forrás: Vaszary Kolos Kórház

- 3) Megfigyelhető a **határon átnyúló betegmobilitás intenzitásának erősödése**. A NEAK-ra 2016-ban 2, 2017-ben már 2,1 milliárd forint kötelezettséget róttak a külföldi ellátások. E tekintetben meghatározó a munkaerő-migráció hatása, a tanulmány készítésének időpontjában, 2018 végén több mint 90 ezren dolgoznak a szomszédos Ausztriában, legnagyobb részt a nyugati határ menti térségekben.

Megjelentek az egyéni ellátásszervezők, akik kimondottan a határon átnyúló betegmozgásból nyerik a bevételeiket. A keleti határok mentén egyre többen foglalkoznak ukrán és romániai páciensek magyarországi bejelentésével. Ilyenkor a külföldi ellátandó személy bizonyos összeg kifizetése nyomán magyarországi lakcímhez, majd TAJ-kártyához jut, és a kezelést már Magyarországon veszi igénybe. Az esztergomi kórház számolt be a párkányi (Štúrovo) poliklinikában elterjedt gyakorlatról, mi szerint azokat a betegeket, akiket ott nem tudnak ellátni, automatikusan Esztergomba(!) irányítják azzal, hogy mondják magukat dőverásoknak. S bár a jogviszonyt nem tudják igazolni, az ellátást igénybe veszik, majd nem térítik meg az árát. Balassagyarmat esetében a feszültségek fordított irányban jelennek meg: itt is nő a szlovákiai gyógykezelték száma, ami a szlovák biztosítókra ró növekvő terheket. Ezért kezdeményezték a gyógyi (Dudince) fürdő bevonását a határ menti együttműködésbe: az ottani kezeléseket vehetnék igénybe magyarországi betegek, ezáltal javítva a szlovák biztosítási pénztár egyenlegét.

A fenti példák jelzik, hogy főként az uniós belső határok megnyitása, a személyek szabad mozgásának lehetővé tétele folyamatos és növekvő feszültség alatt fogja tartani a nemzeti egészségbiztosítási pénztárakat, amire valamilyen módon muszáj lesz reagálni.

- 4) A határon átnyúló együttműködések területi lehatárolásakor szintén megfigyelhető egyfajta kettősség. Az elterjedt gyakorlat szerint ugyanis a betegmobilitás, határon átnyúló együttműködés fogalma **a szomszédos tagállamok közötti** (a közös határok mentén megvalósuló), valamint a **közös határral nem rendelkező** tagállamok közötti (több határon átívelő) együttműködések, egészségügyi szolgáltatásokat egyaránt lefed, ahogy erről korábban már szó volt. A 2005-ben elvégzett országos felmérés tapasztalatai alapján a Magyarország részvételével zajló határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködésekben mindkét értelmezésnek megfelelő gyakorlat kimutatható volt: határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések nemcsak Magyarország és a többi szomszédos EGT-tagállam szolgáltatói között alakultak ki, hanem az egyelőre még nem EGT-tagállam szomszédok szolgáltatóival és a Magyarországgal nem határos államokkal is (legyenek akár EGT-tagállamok, akár az EGT-n kívüli, harmadik országok). Közösségi támogatások címzettjei azonban csak az EGT-tagállamokkal létesített határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések lehetnek. Az EGT-n kívüli, harmadik országokkal kialakított együttműködések csak a szomszédos országok esetében részesülhetnek támogatásban (az EU külső határai mentén zajló együttműködési tevékenységek támogatására rendelkezésre álló forrásokból). A fentiekre tekintettel elsődlegesen három területi lehatárolás vehető figyelembe (vagyis határon átnyúló szolgáltatói együttműködést lehet létesíteni):

- Magyarországgal határos EGT-tagállam szolgáltatójával,
- Magyarországgal nem határos EGT-tagállam szolgáltatójával,
- Magyarországgal határos nem EGT-tagállam szolgáltatójával.

- 5) A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködések létesítésére, illetve a magyar szolgáltatói kapacitások kijánlására vonatkozó lehetőségek/jogszabályi háttér elemző összefoglalását a IV. fejezet nyújtja. Itt csak a legfontosabb megállapításokat emeljük ki.

A legfontosabb tény az, hogy az EGT tagállamaiból a **883/2004/EU-rendelet és a 2011/24/EU-irányelv alapján** érkező személyek számára nyújtott kezelésekről a magyar egészségügyi szolgáltatók nem állíthatnak ki számlát, illetve **nem számíthatják fel** a saját díjszabásukban meghatározott **piaci árakat**, kizárólag a NEAK-finanszírozásra tarthatnak igényt, amennyiben az alábbi feltételek egyszerre teljesülnek:

- a Magyarországon ellátást igénylő személy a hazájában a kötelező állami biztosításban vesz részt;
- rendelkezik a hazai biztosítójának a magyarországi gyógykezelés rendelet vagy irányelv alapján történő igénybevételére vonatkozó írásos engedélyével (a Cseh Köztársaság, Észtország, Finnország, Litvánia, Hollandia, Svédország és Norvégia úgy döntött, hogy az irányelvi ellátások igénybevételéhez nem vezet be előzetes engedélyezési rendszert);
- a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel finanszírozási szerződésben álló egészségügyi szolgáltatóhoz fordul;
- olyan ellátást vesz igénybe, amelyet a magyar állampolgár biztosítottaknak is a kötelező társadalombiztosítás keretében nyújtanak.

Bármelyik **feltétel teljesülésének hiányában a kezelésről számlát lehet kiállítani**, és azon a szolgáltató által szabadon meghatározott díjat lehet érvényesíteni. Az egészségügyi szolgáltatók tehát nem automatikusan jutnak pótlólagos bevételekhez az EGT-állampolgárok ellátása révén. Az EGT-állampolgárok ellátása önmagában nem eredményezi a szolgáltatói bevételek növekedését, a jövedelmező működést. A szolgáltatók nem juthatnak jelentősen több pótlólagos bevételhez az EGT-állampolgárok ellátása révén, ha azok a hazájukban a kötelező biztosítás részesei, rendelkeznek a biztosítójuk rendelet vagy irányelv alapján történő magyarországi gyógykezelésre vonatkozó engedélyével, Magyarországon a társadalombiztosítással szerződött egészségügyi szolgáltatóhoz fordulnak, és a magyar társadalombiztosítás keretébe tartozó ellátást igényelnek.

Bevételnövekmény (finanszírozási díj helyett szabad ár) csak akkor várható, ha az illető a hazájában nem kötelezően biztosított, nem rendelkezik a biztosítója rendelet/irányelv alapján történő ellátásra vonatkozó engedélyével, nem a NEAK által finanszírozott egészségügyi szolgáltatóhoz fordul, vagy Magyarországon nem a társadalombiztosítás keretében járó ellátást igényel (összefoglalva az alábbi táblázatban).

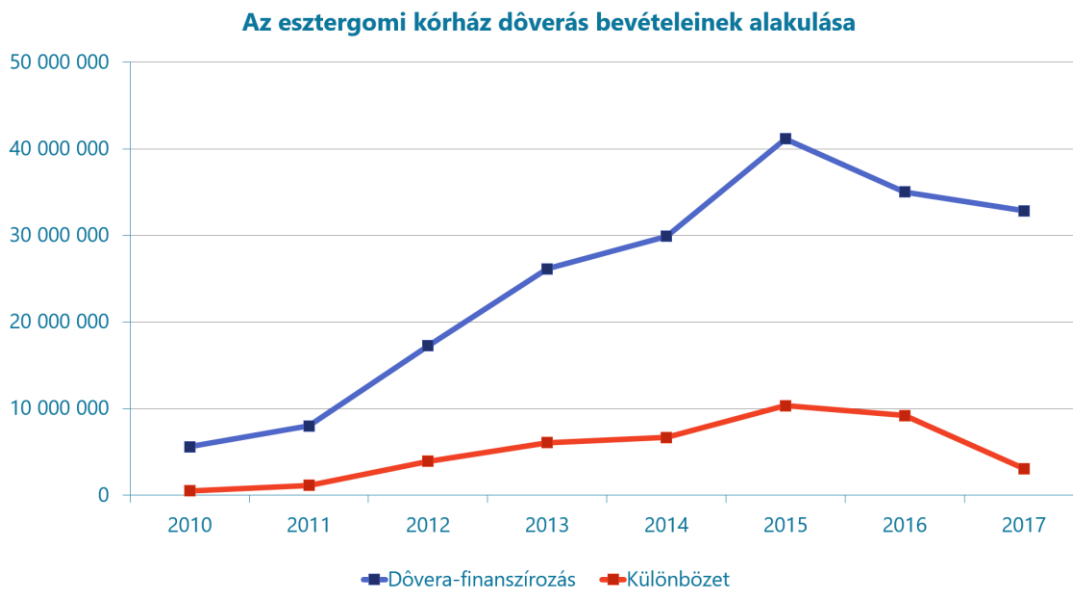
Külön kategóriát képeznek a szomszédos országokból érkező azon betegek, akik az adott ország magán egészségbiztosítóján keresztül (illetve ha a kezelés a díjtételen kívüli többletköltséggel jár, akkor saját forrásból) finanszírozzák az ellátásukat. A fent említett esztergomi példa ebből a szempontból is tanulságos, mivel Szlovákiában az ezredfordulón liberalizálták a betegbiztosítási piacot, és jöllehet azóta egy (állami résztulajdonú) biztosító társaság monopolisztikus befolyást szerzett ezen a piacon, az üzleti szemlélet rendkívül racionálissá teszi a kezelések finanszírozását, kedvezve a betegmobilitásnak is.

6. táblázat: A jogosultsági feltételek összefoglaló táblázata

Milyen ellátást nyújtanak?				
A kötelező egészségbiztosítás keretébe tartozó ellátás				A kötelező egészségbiztosítás keretébe nem tartozó ellátás
Kinek nyújtják az ellátást?				
EGT-állampolgárnak		Nem EGT-állampolgárnak		Mindegy
Engedéllyel rendelkező (EHIC, E112/S2, ir.elv)	Engedéllyel nem rendelkező	Egyezményes országból érkező	Nem egyezményes országból érkező	
Milyen bevétel jár a szolgáltatónak?				
EGT-állampolgárnak		Nem EGT-állampolgárnak		Szabad ár jár
Csak a NEAK-finanszírozás jár	Szabad ár jár	Csak a NEAK-finanszírozás jár	Szabad ár jár	

A Dôvera fix díjakon finanszírozza a kezeléseket, napidíjat nem alkalmaz, így számos esetben előfordul, hogy a szlovák viszonyokhoz igazított kezelési díjak meghaladják a magyarországi szintet, ami egyértelműen plusz bevételeket generál az esztergomi kórház számára¹⁸. Azokban az esetekben pedig, amikor a fekvőbeteg-ellátás keretében a szlovákiai páciens hosszabb távon kénytelen Esztergomban bent fekvődni, a szlovák díjtételeket szokták napidíjra levetítve megadni, a fennmaradó többletköltséget pedig maga a beteg viseli.

12. ábra: Az esztergomi kórház dôverás bevételeinek alakulása 2010 és 2017 között (HUF)



Forrás: Vaszary Kolos Kórház

A fentiek azonban nem jelentik automatikusan azt is, hogy a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködések fejlesztésekor a szolgáltatói

¹⁸ Ezek a bevételek ugyanakkor sajnos csak részben fedezik a nem biztosítottak ellátásának plusz költségeit.

bevételek maximalizálás és a szabad ár elérése érdekében kizárólag azon személyek ellátását lehet vagy kell fejleszteni, akik a mindenkori finanszírozás mértékénél nagyobb bevételekhez juttatják az egészségügyi szolgáltatókat. **Szolgáltatói bevételnövekedés ugyanis a NEAK-finanszírozás mellett ellátott személyek számának gyarapítása révén is elérhető** (az együttműködés kialakításának módjára és az elszámolásokra vonatkozó konkrét javaslatokat a IV.5. fejezet tartalmazza).

A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések finanszírozási környezete tehát az Irányelv hatályba lépésével és 2013-ban a magyar jogrendbe történő átültetésével sem változott meg számottevően. Az Irányelv csupán az engedéllyel ellátásra jelentkezők számára biztosított egy, a tervezett ellátások igénybevételére vonatkozó további, ámde (országától függően) adott esetben a már létező rendeleti igénybevételhez képest anyagilag hátrányosabb lehetőséget. Az Irányelv alapján Magyarországon igénybe vett tervezett ellátások költségét ugyanis nem az igénybevétel helye, hanem a biztosítási jogviszony fennállása szerinti országban érvényes belföldi költségmértékig térítik vissza a betegnek (ez a délkelet-európai országok biztosítottjai számára nehézségeket okozhat, mivel hazájukban a magyar költségmértéket alulmúló díjtételek mellett finanszíroznak, így a magyarországi ellátás költségeinek egy részét személyesen, visszatérítési lehetőség nélkül kell viselniük).

Mivel a magyar szolgáltatók számára a rendeleti és irányelvi engedéllyel tervezett ellátásra érkezők ellátása után kifizetett NEAK-finanszírozás a térítési kötelezettség mellett fogadott betegek ellátása után felszámított díjakhoz képest alacsonyabb bevételt eredményez, a szolgáltatók abban érdekeltek, hogy olyan feltételeket alakítsanak ki, amelyek között minél többen szorulnak ki abból a lehetőségből, hogy a tervezett ellátásokat a rendelet vagy az irányelv alapján vehessék igénybe. A szolgáltatók ezen anyagi ellenérdekeltségüknek esetenként önálló – kizárólagos intézményi tulajdonú – ellátásszervező cég üzemeltetésével adnak kifejezést. Az arra jogosult külföldi biztosítottak nyilvánvalóan nem fognak lemondani a térítési kötelezettséghez képest számukra kedvezőbb feltételeket biztosító rendeleti/irányelvi igénybevételi lehetőségekről. A magyar szolgáltatók fenti gyakorlata ezért – bár érthető – hosszabb távon valószínűsíthetően az intézményi leterheltséget növeli, mivel a térítésköteles ellátások piacán keresletélénkítést, egyfajta teljesítménypörgetést okoz, miközben a nemzeti biztosított közösség belföldi tagjai és a rendeleti/irányelvi engedéllyel tervezett ellátásra érkező külföldi biztosítottak számára történő rendelkezésre állás kötelezettsége fennmarad. Ezen ellátások esetszáma pedig az elemzett és bemutatott trendek alapján nem csökken, hanem nő. Vagyis az intézmények a növekvő ellátási kötelezettség mellé növekvő önként vállalt feladatállományt vesznek a nyakukba, erőforrás-hiányos helyzetben (melyben elsősorban a humán erőforrás terén jelentkező hiányok okoznak – helyenként alapvető – működési nehézségeket).

- 6) Az intenzív határ menti betegmobilitással jellemezhető kórházakban főleg azoknak a betegeknek az ellátása generál tartósan finanszírozási hiányokat, akik **nem rendelkeznek uniós betegbiztosítási kártyával, sem egyéb biztosítással** („biztosítási hontalanok”), de akiktől humanitárius okokból nem tagadják meg az ellátást. Ugyanakkor a kezelés után kiszámlázott díjat a kórházak nem tudják később behajtani. Egy-egy kórház esetében ez a veszteség több 10 millió forintot jelenthet éves szinten, amit természetesen nem kizárólag a szomszédos országokból érkező betegek generálnak. A déli határok mentén rendszeres az illegális bevándorlók részéről érkező ellátási igény, aminek a díját nincs, aki megtérítse. Másutt pedig megfigyelhető, hogy akár a jómódú nyugat- vagy észak-európai országokból

érkező személyek se fizetik ki a kezeléseket. A fekvőbeteg-ellátás esetén az egészségügyi szolgáltatóknak mindazonáltal lehetőségük van előleg (100 000 Ft) fizetését kérni, amivel legalább ezekben az esetekben élni kellene. Figyelembe kell venni azt is, hogy a külföldi betegek kezelése plusz költségeket is generálhat (pl. tolmács igénybe vétele, dokumentumok fordítása, külön adminisztráció).

- 7) A határon túli betegek volumenkorláton felüli ellátási státuszban jelennek meg, és ez két szempontból is felvet kapacitási kérdéseket. Köztudomású egyrészt, hogy az elvándorlás miatt igen magas a szakemberhiány a magyar egészségügyben, mintegy 3000-re becsülhető a betöltetlen orvosi állások száma, a kórházak sok helyütt 150-200%-os kapacitással működnek. Amennyiben ezekre az intézményekre többletnyomás helyeződik, az az egész ellátórendszer fenntartását veszélyeztetheti. Ebből a szempontból különösen aggályos, hogy a NEAK-nál nem létezik naprakész, területi szintű adatbázis a külföldiek magyarországi kezelésére vonatkozóan, hiszen így nem látható pontosan, hogy mekkora többlet kapacitásigényt generál a határ menti betegmobilitás. Másrészt a külföldiek megjelenése a (tervezett) betegellátásban felveti a honos betegek jogainak kérdéseit is. Az általunk interjúzott határ menti kórházakban a jelenség egyelőre nem generált komolyabb feszültségeket, de ennek részben a (mi esetünkben) rövid várólisták, részben (Szegeden) a magyar és külföldi térítésköteles betegek térben és időben elkülönített ellátása az oka. Ugyanakkor a növekvő kereslet fel fogja vetni a harmonizáció kérdését, ami (tekintettel a külföldi pácienseken keresztül biztosítható pluszbevételekre) akár feszültségeket is eredményezhet a magyar és külföldi betegek között (erre a szegedi szülészeti-nőgyógyászat esetében már ismert is példa).

IV.A határon átnyúló betegmobilitás perspektívái a magyar határok mentén

IV.1 Adminisztratív-jogi keretek

A jelen tanulmányban már rögzítettük, hogy a határon átnyúló együttműködések fogalma az egészségügyben kettős, mert egyaránt lefedi a közös határ mentén zajló és a több határon átívelő betegellátási tevékenységeket is. Vagyis – pusztán a fogalmi apparátus alapján – a magyar-szlovák betegellátási együttműködés és a Magyarországra irányuló angol fogászati turizmus egyformán határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködésnek minősül. Amikor arra a kérdésre keressük a választ, hogy milyen perspektívák állnak a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködések fejlesztése előtt, akkor tehát meg kell határoznunk, hogy milyen hatást várunk pontosan a fejlesztésektől.

A közös határ mentén zajló együttműködések

A közös határ mentén zajló együttműködések bizonyos célok elérésére – a helyzetelemzésben bemutatott adatok ismeretében – nem, vagy csak eleve kisebb valószínűséggel alkalmasak. Ezek az együttműködési formák tipikusan a nemzeti területeken fennálló egyes ellátási hiányok mérséklésére alkalmasak, szükségtevéen azt, hogy a nemzeti ellátórendszer az adott területen a fizikai infrastruktúra kiépítésére és fenntartására, humánerőforrással, stb. való ellátásra költségeket fordítson. Ebben a konstrukcióban az együttműködés perspektívája az ellátáshiányos térségek lakói számára külföldről történő szolgáltatásvásárlás lehet.

Ezen együttműködés-típus útjában jelenleg több szabályozási akadály áll. A legfontosabbak:

- a NEAK nem fogadhat be a magyar szolgáltatókkal azonos módon külföldi szolgáltatót a magyar közfinanszírozásba,
- a mentőgépjárművek határon át történő közlekedését (a szomszédos ország mentőgépjárművének a másik együttműködő ország területén is mentőként való elismerését) biztosító szabályok hiányoznak¹⁹.

A jó hír az, hogy a biztosítói költségviselésre vonatkozó szabályok ismertek, így a finanszírozásba történő befogadás nélkül is – a hatályos EU-s szabályok alapján – működtethetők a szükséges együttműködések (a NEAK de facto most is fizet a magyar biztosítottak számára külföldön nyújtott egészségügyi szolgáltatásokért, azaz szolgáltatást vásárol külföldi egészségügyi szolgáltatótól).

A létező nyugat-európai példák (amelyek ugyanezt a szabályösszességet alkalmazzák) szintén ennek a modellnek a működőképességét igazolják. Szabályozási szükséglet azonban még így is jelentkezik, mivel a rendelkezésre álló uniós szabályok adta jogi keretek hatékonyabb kihasználására kétoldalú megállapodások útján nyílik lehetőség. Erre részben maga a 883/2014/EU-rendelet, részben pedig egy születőben lévő új jogforrás, a határokon átnyúló együttműködésekkel összefüggésben fennálló jogi és közigazgatási akadályok felszámolására irányuló mechanizmusról szóló rendelet tervezete (2018/0198 (COD)) biztosít lehetőséget. Az utóbbi jogforrás az elfogadását

¹⁹ Ezzel a kérdéskörrel a jelen projekt egy másik alprojektje keretében foglalkoztunk.

követően két éven belül kötelezővé teszi a tagállamoknak, hogy döntsenek: önálló problémakezelési mechanizmust alakítanak ki, vagy a rendelet által biztosított mechanizmust alkalmazzák.²⁰

A szabályozási szükségszerűség tehát nyilvánvaló. A lehetőséggel pedig proaktívan kell élni. Azok a relatív hátrányok, amelyek a 2005 óta a szervezett határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködések kialakítása és szabályozása szempontjából eseménytelenül eltelt időben felhalmozódtak, így akár előnnyé is válhatnak (hiszen a terület „csak” szabályozást és nem újraszabályozást igényel). A szabályozásnak azonban az igényjogosultság, az igénybevétel, a betegek be- és visszautalása, határon át történő átadása (mentés, betegszállítás), a költségviselés, térítés és elszámolás szabályai mellett olyan területekre is kell kiterjednie, mint a felelősség (a konzíliumok – a telekonzíliumokat is beleértve –, e-Health, m-Health eszközök alkalmazása, adatkezelés terén is) vagy az adatbiztonság (a GDPR rendeletre tekintettel).

A több határon átívelő együttműködések

A több határon átívelő együttműködések a fentiekhez képest elsősorban a pótlólagos forrásbevonás céljának elérésével összefüggő perspektívákat kínálhatnak azokban az esetekben, amikor nem a rendelet és az irányelv alapján, hanem döntően a betegek közvetlen térítési kötelezettsége mellett, azaz piaci alapon nyújtják a szolgáltatást (a rendelet és az irányelv azonos elbírálást előíró rendelkezéseire tekintettel ugyanis a külföldi betegeknek semmiért sem kell fizetni, amit a magyar biztosítottak is térítésmentesen kapnak). A rendelet alapján a piaci ár helyett csak a magyar közfinanszírozás díjtételeit lehet érvényesíteni. Az irányelv alapján már kedvezőbb a helyzet, amennyiben a külföldi biztosítók a magyarországi ellátás igénybevételét magyar magán egészségügyi szolgáltatónál is engedélyezhetik a biztosítottjaik számára. Ezek az együttműködések tehát legfeljebb közvetett módon képesek hozzájárulni a nemzeti ellátórendszer fenntartásához, amennyiben annak működési forrás oldalát egészítik ki addicionális bevételekkel. Ez a hatás azonban nem magától értetődő következménye a határon átnyúló betegellátásnak.

Egyrészt látható, hogy az e piaci szegmensben zajló betegellátás esetszámaival kapcsolatos adatszolgáltatás hiányosságai miatt ezeknek az együttműködéseknek az állam és az adófizető állampolgári közösség számára hasznos, a közjó által vezérelt központi tervezése ma még lehetetlen. Fontos adalék, hogy miközben a turizmus törvény 2018 novemberében elfogadott módosítása nyomán immár napra pontosan nyomon lehet követni az emberek mozgását, ha szálláshely-szolgáltatást vesznek igénybe, a (gyógy)turisztikai szolgáltatások piacán sokkal magasabb hozzáadott értékű térítésköteles egészségügyi ellátások tekintetében az állam a magán egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatásokról még deperszonalizált adatokra sem tart igényt. Az elsődleges szabályozási szükséglet ezért ezen a területen a tervezéshez szükséges adatok gyűjtésével és feldolgozásával függ össze. Amíg ez nincs, az állam ebben a piaci szegmensben gyakorlatilag mozgásképtelen és nem képes hasznos cselekvésre.

Másrészt az ebben a piaci szegmensben képződő bevételek tipikusan magán, nem pedig intézményi bevételt jelentenek, vagyis elsősorban céges vagyonná, osztalékká, stb. és orvosi, alkalmazotti fizetésekké válnak, s nem az állam számára elsősorban fontos közfinanszírozott egészségügyi ellátórendszer infrastruktúrájának fejlesztéséhez és működtetésének támogatásához állnak rendelkezésre. Ez magánszolgáltatóknál természetesen a jövőben sem lenne elvárható. Ám azokban az esetekben, **amikor közfinanszírozott intézményben, közfoglalkoztatott orvosok,**

²⁰ Vö ehhez az első, intézményesülési fejezetben az ECBM-ről írottakat!

köztulajdonban álló eszközökkel – s a magyar biztosítottakkal azonos elbírálás kötelezettségétől mentesen – **nyújtják a külföldiek számára a térítésköteles ellátásokat, nagyon is indokolt lenne az ebből származó bevételek egy részét az intézményi működés fejlesztésére fordítani** (hiszen magát a bevételt is csak az intézmény infrastruktúráján lehetett elérni). Az elsődleges szabályozási szükséglet ezen a területen a közintézményekben történő magán egészségügyi szolgáltatásnyújtás feltételeinek szabályozása, a közintézmény infrastruktúrájának használatáért járó díjfizetési kötelezettségtől, a felelősségi szabályokon át a magánérdeket mindenkor megelőző közérdek csorbítatlan érvényesülésének garantálásáig (elsősorban abban a tekintetben, hogy a jövedelmezőbb magánbetegek ellátása miatt a közfinanszírozott ellátásra jogosult betegek ellátása ne szenvedhessen hátrányt).

IV.2 Egészséggazdasági keretek

Elvi keretek

A jelen tanulmány fókusza a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködések közül csupán a Magyarországgal közvetlenül határos hét szomszédos országgal a közfinanszírozásban kialakítható határon átnyúló egészségügyi együttműködésekre terjed ki, vagyis a több határon átívelő együttműködések és a tipikusan a térítésköteles ellátások forgalmára alapozott betegmobilitás (gyógy- és wellness-turizmus) nem képezi a tárgyát. Az alkalmazandó szabályok szempontjából azonban még ez a hét szomszédos ország sem homogén: Ausztria, Horvátország, Románia, Szlovákia és Szlovénia az EU tagja, ezért tekintetükben a koordinációs rendelet és az irányelv alkalmazandó. Szerbia a koordinációs rendeletek szabályaihoz döntően hasonló szabályokat alkalmazó kétoldalú egyezményt kötött Magyarországgal. Ukrajnára pedig az egykori Szovjetunióval kötött kétoldalú egyezmény szabályai vonatkoznak.

Ehhez képest az együttműködések egészséggazdasági kereteit döntően két szempont befolyásolja:

- az ellátáshiányos határmenti térségekben lakók számára a határ túloldalán elérhető szolgáltatások igénybevételére vonatkozó lehetőség kölcsönös biztosításának szándéka²¹,
- az első célkitűzés elérése szempontjából releváns jogforrások (Rendelet, Irányelv, egyezmények) által előírt jogosultságigazolási, finanszírozási és költségviselési mechanizmus.

Ezek a kérdések befolyásolják a határon átnyúló interakciók összetettségét, hosszát és költségeit, illetve válaszolnak arra a kérdésre, hogy az együttműködés hogyan segítheti elő a szolgáltatások összevonását, az egészségügyi „elsivatagosodás” megállítását. Ebből a szempontból fontos tény, hogy tizenöt évvel a rendelet és öt évvel az irányelv alkalmazásának kezdetét követően megállapítható, hogy a határon átnyúló betegáramlás stabil mintát követ, amelyet főként a földrajzi vagy kulturális közelség határoz meg. Az Európai Unió és Magyarországon belül pedig a betegmobilitás és annak pénzügyi dimenziója összességében továbbra is viszonylag alacsony, és még a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásnyújtás liberalizálását támogató irányelv sem járt költségvetési szempontból jelentős hatással az egészségügyi rendszerek fenntarthatóságára nézve. Ugyanakkor a határon átnyúló betegmobilitás folyamatosan nő, miközben a kelet-európai országokat tartós orvoselvándorlás

²¹ Erre vonatkozóan lásd a CESCI 2017-es Jogi akadálymentesítés projektje keretében elkészült tanulmányt, különösen annak 5. fejezetét (68-75.): http://legalaccess.cesci-net.eu/wp-content/uploads/2018/02/JOGa2_1b-Egeszsegugy_CESCI.pdf

jellemzi, így hamarosan képtelenek lesznek bizonyos kapacitások ellátását biztosítani. Míg Magyarországon 3000 orvos hiányzik, Szlovákiában 3500 egészségügyi szakemberre lenne szükség. Románia, Szerbia és Horvátország esetében pedig az elvándorlás még aggasztóbb méreteket öltött, ami **a szolgáltatások területi racionalizálásának és a kapacitások esetleges megosztását, közös finanszírozását ésszerűvé teszi.**

A külföldiek ellátásán alapuló valamennyi forrásbevonási forma közös elméleti alapja a szolgáltatások szabad áramlása az Európai Unió (a továbbiakban: EU), pontosabban az Európai Gazdasági Térség – az EU tagállamok, valamint Izland, Liechtenstein, Norvégia és Svájc – (a továbbiakban: EGT) tagállamainak területén.

Ezen az alapon – az érintett egészségügyi szolgáltatók 2005-2011 között (a jelentős pluszbevételek iránti várakozás időszakában) jellemző álláspontja szerint – egyetlen állam sem akadályozhatja meg azt, hogy

- az egészségügyi szolgáltatások nyújtása tekintetében magyar és külföldi szolgáltatók (külföldi szolgáltatót a továbbiakban mindenkor kizárólag az EGT tagállamainak területén működő szolgáltatót értünk) egymással kapcsolatba lépjenek,
- illetve azt, hogy magyar állampolgárok külföldön vegyenek igénybe egészségügyi ellátást, valamint hogy külföldi állampolgárok Magyarországra jöjjenek ellátást igénybe venni.

A fenti kiindulópont azonban alapvetően hibás, hisz' az állam nem megakadályozni akarja a szolgáltatások szabad áramlását, hanem csupán nem akarja kifizetni a szabadon áramló szolgáltatások díját a szolgáltatás igénybe vevője helyett akkor, amikor erre jogszabály alapján egyébként nem köteles. A szolgáltatások szabad áramlásának elvével együtt ugyanis nem mondták ki a szabadon áramló szolgáltatások állami megtérítésének elvét is. Vagyis bárki, bárhol, bármilyen szolgáltatást igénybe vehet, de alapesetben csakis a saját terhére. Ezeket a terheket az államok nem kötelesek átvállalni, illetve módjukban áll meghatározni a költségek átvállalásának feltételeit, azt, hogy mikor térítik meg a külföldön igénybe vett szolgáltatások költségeit a szolgáltatást igénybe vevő helyett.

Ha az Unió előírásai szerint a tagállamok a biztosítottjaik külföldi kezelési költségeinek egy részét bizonyos esetekben kötelesek átvállalni a biztosítottak helyett, akkor ez nem vonatkozik minden személyre, csak azokra, akik az adott tagállam jogszabályai szerint biztosítottak minősülnek, azaz eleget tesznek a biztosított minőség megállapításához szükséges feltételeknek. Az Unió tehát nem kötelezi arra a tagállamokat, hogy mindenkit minősítsenek biztosítottak, csak azt írja elő, hogy aki biztosított, annak állami térítés jár; a biztosított minőség feltételeinek meghatározása azonban továbbra is a tagállam döntésén múlik.

Jogi keretek

Külföldiek magyarországi ellátásának általános szabályai

A hatályos magyar egészségügyi törvény alapján minden Magyarországon tartózkodó külföldi állampolgár sürgősségi ellátásra jogosult. Az ellátásért fő szabály szerint díjat kell fizetni, kivéve, ha a külföldi állampolgár kétoldalú egyezmény hatálya alatt áll, és az egyezmény szabályai mentesítik a díjfizetés alól.

Azok a külföldiek, akik a magyar társadalombiztosítási rendszer keretében kötelezően biztosították, vagy megállapodás alapján önkéntesen egészségügyi szolgáltatásra jogosulttá váltak magyar jogviszonyuk alapján, a befizetett járulékaik terhére, magyar jogosultként vehetik igénybe az egészségbiztosítás természetbeni és pénzügyi ellátásait.

A kétoldalú egyezmények egy része helyébe az Európai Unióhoz való csatlakozás időpontjában az EU koordinációs mechanizmusa lépett, azon egyezményes partnereink tekintetében, amelyek Magyarországgal egyszerre, illetve azóta váltak az Európai Unió tagállamává. A többi állammal azonban a kétoldalú egyezmények változatlanul hatályban maradnak.

A fenti szabályok elsősorban az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 243.§ (1) bekezdéséből²², valamint a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény 13.§ és 13/A.§-ából, valamint a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 8/A§ és 8/B§-ából következnek.

Magyarok külföldi ellátásának általános szabályai

A magyar állampolgár biztosítottak külföldi ellátása kétoldalú egyezmény, az EGT tagállamaiban pedig – Magyarország EU-taggá válása óta – az EU koordinációs mechanizmusának szabályai szerint történik. Ezekben az esetekben az ellátás költségét a NEAK vállalja.

Amennyiben az egyezmények vagy a koordinációs mechanizmus az adott személyre nem alkalmazható, vagy az ellátást nem egyezményes, illetőleg EGT tagállamban vették igénybe, a NEAK az ellátás költségeiből csupán a belföldi költségmértéket téríti vissza, de ezt is csak akkor, ha az ellátás sürgős (indokolt) volt, és csak ha a visszatérítést a beteg kifejezetten kéri.

Külföldi egészségügyi szolgáltatóval a NEAK finanszírozási szerződést gyakorlatilag nem köthet. Ezért a magyar állampolgár biztosítottak részére a NEAK által történő külföldi szolgáltatásvásárlás kizárt vagy rendkívül korlátozott (gyakorlatilag csak azokban az esetekben megengedett, amikor a hazai gyógykezelésre nincs mód). Ezért a határon átnyúló szolgáltatói együttműködésekben a kölcsönösség azon az alapon nem alakulhat ki, hogy a magyar szolgáltatók által külföldi partnereikhez kiküldött betegek ellátását a NEAK finanszírozná.

Az alábbiakban az egészségügyi törvény és az egészségügyi ellátások igénybevételét befolyásoló rendelkezések bemutatása következik, azaz azoknak a „jogszabályban meghatározott módoknak” a leírása, amelyek segítségével egy külföldi egészségügyi ellátást vehet igénybe Magyarországon. Ezzel párhuzamosan mindig kitérünk arra is, hogy a fordított irányban (ti. a magyar állampolgárok külföldi gyógykezelésekor) milyen szabályok érvényesek.

Az ehhez kapcsolódó hazai jogforrások az alábbiak:

- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, 243.§, (a továbbiakban: Eütv.),
- a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.),
- a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (a továbbiakban: Tbj.),
- a Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályairól szóló 87/2004. (X. 4.) ESzCsM rendelet,

²² „243. § (1) A Magyar Köztársaság területén tartózkodó nem magyar állampolgár egészségügyi ellátása megkötött nemzetközi egyezmény vagy viszonyosság alapján történik. Egyezmény, illetve viszonyosság hiányában nem magyar állampolgár egészségügyi ellátást a Magyar Köztársaság területén **jogszabályban meghatározott módon** vehet igénybe.”

- a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló 340/2013. (IX.25.) Kormányrendelet,
- térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII. 23.) Kormányrendelet,
- az egészségügyi szolgáltatókról és az egészségügyi közszolgáltatások szervezéséről szóló 2003. évi XLIII. törvény 3.§ (3), 35.§ (1) a),
- az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Kormányrendelet,
- az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet 2.§ b),
- az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény,
- a menedékgjogról szóló 2007. évi LXXX. törvény végrehajtásáról szóló 301/2007. (XI. 9.) Kormányrendelet,
- az Európai Parlament és a Tanács 883/2004/EK-rendelete (2004. április 29.) a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról,
- az Európai Parlament és a Tanács 2011/24/EU-irányelve (2011. március 9.) a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről.

A határon átnyúló betegmobilitás finanszírozási jogi háttere

Elvi keretek

A sürgősség fogalmát jelenleg az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény 3.§ i) pontja határozza meg, 125.§-a pedig tovább pontosítja:

3. § i) sürgős szükség: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne;

n) életmentő beavatkozás: sürgős szükség esetén a beteg életének megmentésére irányuló egészségügyi szolgáltatás;

[...]

125. § Sürgős szükség esetén az egészségügyi dolgozó - időponttól és helytől függetlenül - az adott körülmények között a tőle elvárható módon és a rendelkezésére álló eszközöktől függően az arra rászoruló személynek elsősegélyt nyújt, illetőleg a szükséges intézkedést haladéktalanul megteszi. Kétség esetén a sürgős szükség fennállását vélelmezni kell.

További részletszabály nincs. A megbetegedés kezelése szempontjából szükséges gyógykezelésről, és a kezelés idejéről a beteg állapotának megfelelően a kezelőorvos dönt, annak megítélése tehát mindenkor kizárólag orvosszakmai kérdés.

Az ellátásra jogosultak körét is kijelöli a törvény:

243. § (2) E törvénynek a kártalanításra vonatkozó rendelkezéseit nem magyar állampolgárra nemzetközi egyezmény vagy viszonyosság esetében lehet alkalmazni.

(3) A Magyarország területén sürgősségi ellátásra szoruló nem magyar állampolgárt haladéktalanul el kell látni. A Magyarország területén orvosi beavatkozásra szoruló nem magyar állampolgáron a beavatkozást ugyanolyan feltételek mellett kell elvégezni, mint magyar állampolgáron.

Vagyis arra a kérdésre válaszolva, hogy kinek kell ilyen sürgős ellátást nyújtani, a törvény a nemzetközi egyezmény hatálya alá tartozó külföldieket is ellátásra jogosítja. Annak az orvosnak tehát, akinél ilyen sürgős ellátásra szoruló külföldi személy ellátásra jelentkezik, ellátási kötelezettsége van ezzel a személlyel szemben.

Sőt, a törvény 77.§-a ezt az ellátási kötelezettséget mindenkire kiterjeszti, aki állapotánál fogva Magyarországon sürgősségi betegellátásra szorul, függetlenül attól, hogy egyezmény hatálya alá tartozó külföldi-e vagy sem.

*77. § (1) A sürgős szükség gyanújával ellátásra jelentkező beteget **az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszonytól függetlenül** meg kell vizsgálni, és sürgős szükség esetén az egészségi állapota által indokolt sürgősségi ellátásban kell részesíteni.*

Az ellátások költsége: e kötelezettség végrehajtása során az orvos a törvény (77.§ (2) és (3) bekezdésében foglaltak) alapján **nem vizsgálhatja sem az ellátás jogcímét, sem azt, hogy az illető betegnek van-e pénze** az ellátás díját kifizetni.

(2) Az (1) bekezdés szerinti ellátás igénybevételének jogcímét a beteg vizsgálatát és ellátását követően kell megállapítani.

(3) Minden beteget - az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül - az ellátásában részt vevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni.

A fentiek alapján látható, hogy az a tény, hogy valaki sürgős szükségben van, önmagában jogcímet jelent az ellátás igénybe vételére. **E jogcím alapján azonban csak maga az ellátás illeti meg, nem pedig együtt annak térítésmentessége is.**

A térítési kötelezettség ahhoz igazodik, hogy az ellátást igénybe vevő személy valamely egyezmény, a koordinációs rendelet, esetleg az irányelv hatálya alá tartozik-e vagy sem. Az egyezmények, illetve a koordinációs rendelet és az irányelv hatálya alá tartozó személyek esetében ugyanis a térítés mértéke a törvény (243.§ (3) bekezdés második fordulat) alapján a magyar állampolgárookra irányadó szabályok szerint alakul:

A Magyar Köztársaság területén orvosi beavatkozásra szoruló nem magyar állampolgáron a beavatkozást ugyanolyan feltételek mellett kell elvégezni, mint magyar állampolgáron.

Vagyis az egyezmények és a koordinációs rendeletek hatálya alatt álló külföldieknek fizetni kell mindazért, amiért a magyar állampolgárok is fizetnek, de térítésmentesen jutnak hozzá mindazokhoz az ellátásokhoz, amelyek a magyar állampolgároknak térítésmentesen járnak.

[Eljárás az európai uniós szomszédok \(Ausztria, Horvátország, Románia, Szlovákia, Szlovénia\) vonatkozásában](#)

[Átmeneti tartózkodás \(tipikusan turisták\)](#)

Az EU koordinációs mechanizmusa keretében a tagállamok területén átmenetileg tartózkodó személyek a sürgős/tartózkodásuk tervezett hosszára tekintettel orvosilag szükséges ellátásokra

jogosultak biztosítójuk – előzetes kérelemre kiadott – írásos kötelezettségvállalása alapján, az adott állam állampolgáraival azonos módon: azaz minden ellátást térítésmentesen vehetnek igénybe, amely az adott ország állampolgárainak is térítésmentesen jár, és csak azokért az ellátásokért kell fizetniük, amelyeket az adott tagállam állampolgárai helyett sem vállalnak át a biztosítóik. Az ellátásokról a szolgáltató nem állíthat ki számlát, a szolgáltatások ellenértékét attól a biztosítótól kapja, amely az adott tagállam állampolgárainak ellátását szokásosan finanszírozza. A 883/2004/EU-rendelet alapján az ellátásokat igénylő személy és jogosultsága azonosítására, valamint az ellátási költségek átvállalásának igazolására az Európai Egészségbiztosítási Kártya szolgál.

Az EGT-tagállamokból Magyarországra biztosítójuk kötelezettségvállalásával érkező betegek számára a magyar szolgáltatók nem állíthatnak ki számlát, hanem a NEAK-finanszírozás mértékének megfelelő ellenszolgáltatásban részesülnek (a kezelésről számlát kiállítani – a finanszírozás díja helyett a saját díjszabásukat alkalmazni – csak azok a szolgáltatók jogosultak, akik nem állnak a NEAK-kal finanszírozási szerződésben). A NEAK az általa a szolgáltatóknak kifizetett finanszírozás díját kiszámlázza annak az EGT-tagállami biztosítónak, amelynek biztosítottját a magyar szolgáltató ellátta.

Amennyiben egy magyar biztosított látogat valamely EGT-tagállamba, akkor az ő külföldi ellátása a fentiekkel megegyező módon történik, s a szolgáltatóknak járó finanszírozás összegét a tagállami biztosító a NEAK-ra hárítja át.

Az előzetes írásos biztosítói kötelezettségvállalás hiányában a biztosítottak az azonos elbírálásra nem tarthatnak igényt és a kezelésről mindenképpen számlát kapnak, amelyet nekik maguknak kell kifizetni, hazaérkezésük után biztosítóik a kiszámlázott összegből csak azt a részt térítik vissza, amelyet akkor kellett volna kifizetniük, ha az írásos biztosítói kötelezettségvállalást a biztosított beszerezte volna és külföldön arra tekintettel látták volna el (azaz csak az adott tagállambeli finanszírozás díját kaphatják vissza).

Gyógykezelési célú tartózkodás

Állampolgárainak külföldi gyógykezelését a legtöbb EU-tagállamhoz hasonlóan Magyarország szomszédjai is engedélyhez kötik. Ez nem jelenti azt, hogy a szolgáltatások szabad áramlása előtt a tagállamok korlátot emelnének. Mindenki olyan szolgáltatást és ott vesz igénybe, amelyet és ahol csak szeretne. A korlát abban a tekintetben létezik, hogy a külföldön igénybe vett gyógykezelést az állam fizeti-e vagy a beteg saját maga. A szolgáltatások szabad áramlásának elvével együtt ugyanis nem mondták ki a szabadon áramló szolgáltatások állami megtérítésének elvét is. Vagyis bárki bárhol és bármilyen szolgáltatást igénybe vehet a saját költségére. Az államok a költségeket csak meghatározott feltételek teljesítése esetén vállalják át, s e feltételeket joguk van szabadon megállapítani. A koordinációs rendelet és az irányelv egyaránt tartalmaz ilyen feltételeket.

A Rendelet szerint az illetékes intézmény (amelynél a beteg biztosított) jogosult arra, hogy a beteg egészségi állapotának megfelelő külföldi gyógykezelésnek a jogosultság fennállása szerint illetékes teherviselő terhére történő igénybe vételét engedélyezze. Az engedélyt az illetékes teherviselő csak akkor nem tagadhatja meg, ha az igényelt gyógykezelés a rá vonatkozó tagállami jogszabályokban garantált „ellátási csomag” része, és az ellátáshoz a beteg (állapota és betegségének valószínű lefolyása alapján) megfelelő időn belül nem juthat hozzá. Egyéb esetekben az engedély megtagadható. A Rendeletek alapján az ellátásokat igénylő személy és jogosultsága azonosítására, valamint az ellátási költségek átvállalásának igazolására az E 112/S2 jelű formanyomtatvány szolgál. A nyomtatvány alapján a tagállamok közvetlenül számolják el egymással az igénybe vett ellátás költségeit.

Az Irányelv a fenti szabályokon csak annyit módosít, hogy az ellátás költségét a betegnek kell megelőlegeznie, amely összegből a biztosítójától utóbb csak azt a részt kapja vissza, amennyibe az ellátás a biztosítása szerinti országban került volna.

Az EGT-tagállamokból Magyarországra biztosítójuk kötelezettségvállalásával érkező betegek számára tehát a térítési szabályok ugyanúgy alakulnak, mint az átmenetileg tartózkodók ellátása esetében, de ezen túl a legfontosabb különbség, hogy az illető tagállam a Rendelet erejénél fogva csak egyetlen esetben köteles kiadni a magyarországi gyógykezelésre vonatkozó engedélyt: ha az az ellátás, amire a betegnek szüksége van, olyan ellátás, amely „ellátási csomagjának” egyébként része, de a beteg hosszú várólista miatt nem jutna hozzá az ellátáshoz időben. Ebben az egy esetben nem tagadható meg a külföldi gyógykezelés engedélyezése. Minden egyéb esetben az adott tagállam jogszabályai döntenek el, hogy az adott beteget az illető tagállam költségére Magyarországra küldik-e gyógykezelésre vagy sem.

Az Irányelv alapján fordított a helyzet: a hozzájárulás csak egyetlen esetben tagadható meg: ha a megadása veszélyeztetné az engedélyező ország biztosítási rendszerének hatékony működését.

Az engedély megadása esetén a beteg Magyarországra jöhet gyógykezelésre. Itt – a Rendelet és az Irányelv előírásainak megfelelően – az azonos elbírálás szabályai érvényesülnek, jelentkezését a szolgáltatók ugyanúgy veszik figyelembe, mintha egy újabb magyar beteg jelentkezne ellátásra náluk. Vagyis ha az adott szolgáltatónál várólista van Magyarországon, akkor a gyógykezelésre ideküldött beteg felkerül a várólista utolsó helyére. A várólistákon a betegsorrendet Magyarországon és minden EGT-tagállamban a betegek mindenkor egészségi állapota határozza meg. Az a tény tehát, hogy egy EGT-tagállamban biztosított beteg a Rendelet és az Irányelv alkalmazása révén, az azonos elbírálás elve alapján Magyarországon várólistára került, még nem jelenti azt is, hogy – egészségügyi állapotára tekintettel – ne kerülhetne rövid időn belül vagy akár azonnal a várólista élére.

Amennyiben egy magyar biztosított külföldi gyógykezelése esedékes valamely EGT-tagállamban, akkor az ő külföldi ellátása a fentiekkel megegyező módon történik, s a szolgáltatónak járó finanszírozás összegét a tagállami biztosító a NEAK-ra hárítja át. A magyar biztosított külföldi gyógykezelésének engedélyezésekor a NEAK a 340/2013-as kormányrendelet szabályai szerint jár el. Azaz nem tagadhatja meg a beteg EGT-tagállamban történő gyógykezelésének engedélyezését, ha arra azért kerül sor, mert Magyarországon létezik ugyan a beteg állapota szempontjából szükséges ellátás, de azt várólista miatt nem lehet nyújtani. Minden egyéb esetben csak akkor engedélyezi a külföldi gyógykezelést, ha a 340/2013-as kormányrendeletben foglalt feltételek fennállnak.

Az engedély megtagadásától függetlenül persze a magyarországi ellátásra még sor kerülhet, éppen csak a beteg saját költségére. Az ilyen ellátásokra felhasználható szabad kapacitásokat azonban a magyar egészségügyi szolgáltatók csak olyan módon nyújthatnak, hogy az ne akadályozza a magyar biztosítottak ellátását. S amikor itt magyar biztosítottokról beszélünk, a biztosítójuk kötelezettségvállalásával érkező EGT-tagállami állampolgárokat is magyar biztosítottaknak kell tekinteni az azonos elbírálás elve alapján. Létszámuk tehát a biztosítói kötelezettségvállalás nélkül érkező EGT-tagállami állampolgárok számára kijánlható szabad kapacitást csökkenti. A szabad kapacitások felajánlása szempontjából a magyar biztosítottakkal egy tekintet alá eső, biztosítójuk kötelezettségvállalásával érkező EGT-tagállami állampolgárok ellátáshoz való joga tehát megelőzi a magyar szolgáltatók biztosítói kötelezettségvállalás nélkül érkező EGT-tagállami állampolgárok részére történő kapacitásfelajánlási jogát.

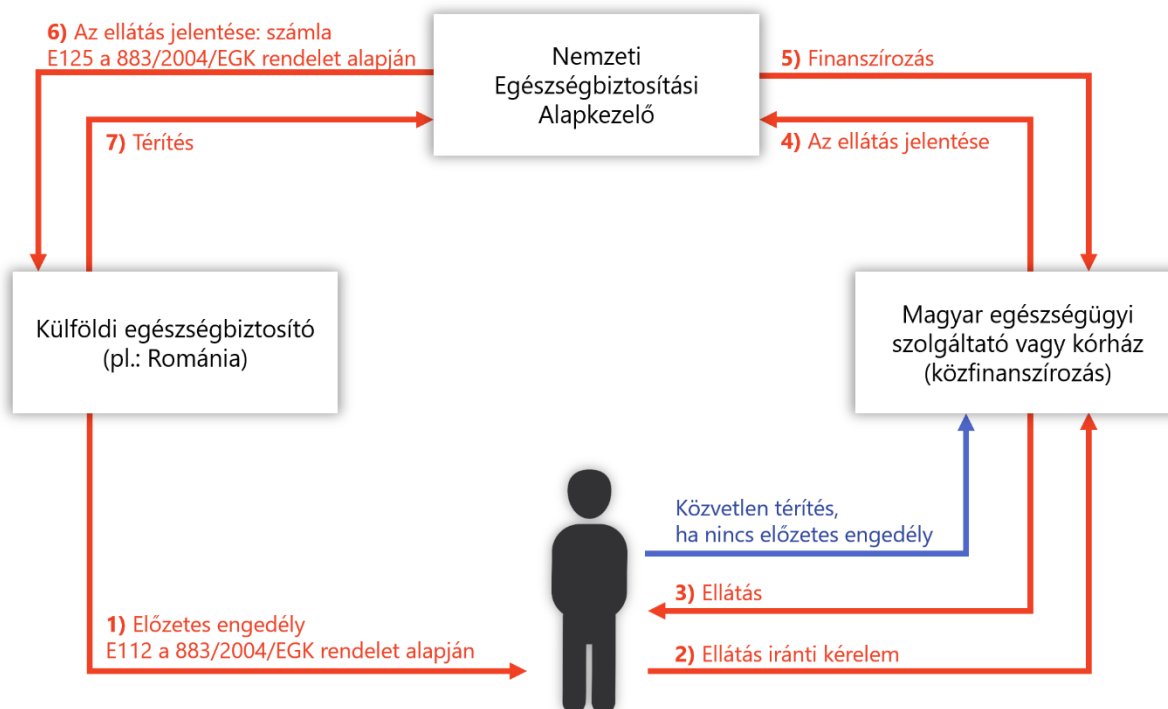
Ez azért fontos, mert a szolgáltatók a betegeket – azon intézményekben, ahol egyéni intézményi ellátásszervezőket alkalmaznak – a Rendelet és Irányelv szerinti ellátás helyett a térítésköteles ellátások igénybevételére ösztönzik, mivel az egyes ellátási esetekre vetítve ezek biztosítják az intézménynek a nagyobb saját bevételt.

Végleges tartózkodás

Az EU koordinációs mechanizmusa keretében az állandó lakóhelyüket az egyik tagállamból a másik tagállam területére véglegesen áthelyező nyugdíjas személyek a teljes ellátásra jogosultak biztosítójuk – előzetes kérelemre kiadott - írásos kötelezettségvállalása alapján, az adott állam állampolgáraival azonos módon: azaz minden ellátást térítésmentesen vehetnek igénybe, amely az adott ország nyugdíjas állampolgárainak is térítésmentesen jár, és csak azokért az ellátásokért kell fizetniük, amelyeket az adott tagállam állampolgárai helyett sem vállalnak át a biztosítók. Az ellátásokról a szolgáltató nem állíthat ki számlát, a szolgáltatások ellenértékét attól a biztosítótól kapja, amely az adott tagállam állampolgárainak ellátását szokásosan finanszírozza.

A rendeletek alapján biztosítójuk kötelezettségvállalásával lakóhelyüket Magyarországra áthelyező EGT-állampolgár nyugdíjasok Magyarországon tehát a teljes ellátást igénybe vehetik a lakóhely áthelyezését engedélyező külföldi biztosítójuk terhére. A magyar egészségügyi szolgáltatók az ellátásokat e nyugdíjasok számára ugyanúgy kötelesek nyújtani, mintha egy magyar nyugdíjast látnának el. Az ellátásról nem állíthatnak ki számlát, hanem a NEAK-finanszírozás illeti meg őket. Amennyiben egy magyar nyugdíjas telepedik le valamely EGT-tagállamban, akkor az ő külföldi ellátása a fentiekkel megegyező módon történik, s a szolgáltatónak járó finanszírozás összegét a tagállami biztosító a NEAK-ra hárítja át.

13. ábra: A rendeleti ellátás elméleti folyamata (az Európai Egészségbiztosítási Kártya és a tervezett ellátásokat biztosító E 112/S2 jelű nyomtatvány esetében is)



Bár a fenti ábra a külföldi biztosított magyarországi ellátását (engedélyezett magyarországi gyógykezelését) és annak költségelszámolását mutatja, a külföldre induló magyar biztosítottak

esetében analóg a folyamat. Jól látható, hogy minden nyomtatvány **jogosultságigazolás** (a biztosítottak) és **fizetési kötelezettségvállalás** (a tagállamnak) is egyben:

14. ábra: Elszámolások a rendeletek alapján

A magyar szolgáltatóval	Az EU-állampolgár külföldi biztosítójával	
Az EU-állampolgár magyarországi ellátás esetén az ellátást nyújtó magyar szolgáltató finanszírozása (kiadás).	Az EU-állampolgár magyarországi ellátás esetén a szolgáltatónak kifizetett finanszírozás kiszámlázása (bevétel).	A magyar állampolgár Uniós ellátásával kapcsolatos külföldi követelés teljesítése (kiadás).

A fenti szabályokra tekintettel egy E-Alapból finanszírozott magyarországi egészségügyi szolgáltató, amennyiben a társadalombiztosítási ellátási csomagba tartozó ellátást nyújt, nem fogadhat tetszőleges számú külföldi beteget tetszőleges időpontban, mert az azonos elbírálás elvére tekintettel csak a várólista soron következő helyén fogadhatja őket (a magyar biztosítottak ellátása nem szenvedhet hátrányt). Ezen kívül, ha a beteg engedélyes EGT-állampolgár vagy egyezményes külföldi (esetünkben szerb biztosított), akkor nem számlázhat ki nekik a szolgáltatásért a saját díjszabásában meghatározott tetszőleges összeget, csak az Egészségbiztosítási Alapból származó finanszírozásra tarthat igényt. Az összes lehetséges szempontot és azok hatását a következő táblázat foglalja össze.

Eljárás Szerbia vonatkozásában

Az érintett országokkal kötött szociális biztonsági egyezmények az Európai Unióban alkalmazott alapelvekre épülnek. Az egyezmények hatálya alá tartozó személyek közül az átmenetileg Magyarországon tartózkodók sürgősségi ellátásokra jogosultak. A lakóhelyüket Magyarországra áthelyező nyugdíjasok teljes ellátást vehetnek igénybe, akár csak a Magyarország területén munkát vállaló személyek. A kiküldetés keretében munkát vállalók az átmenetileg tartózkodókkal esnek egy elbírálás alá. Az ellátások igénylése formanyomtatványokkal történik, amelyeket az a biztosító állít ki, amelynél a külföldi személy a hazájában biztosítva van. A magyar biztosítottak számára térítésmentes ellátások az azonos elbírálás elvére tekintettel térítésmentesen járnak a külföldieknek is, de a térítésköteles ellátásokért nekik is fizetni kell. Az államok az egymás állampolgárainak nyújtott ellátások költségét megtérítik egymásnak. Az egyezményes országokból érkező külföldieket ellátó magyar egészségügyi szolgáltatók számára a térítésmentes szolgáltatások díját a NEAK a havi teljesítményfinanszírozásban téríti meg. Ezekről a szolgáltatásokról tehát nem szabad a betegnek számlát kiállítani.

Eljárás Ukrajna vonatkozásában

A Szovjetunió felbomlása után a Külügyminisztérium nyilatkozata alapján a szociálpolitikai egyezményt továbbra is alkalmazni kell a FÁK tagállamokkal. Ez az egyezmény teljes területi elven alapul. Minden társadalombiztosítási szolgáltatásból származó költséget az az állam visel, amelyik a szolgáltatást nyújtotta. A Magyarországra irányuló gyógykezelési célú beutazások magas számára tekintettel fontos tudni, hogy a lakóhely határozza meg a társadalombiztosítási szolgáltatások nyújtásának teherviselési szabályait, azaz fő szabályként a társadalombiztosítási szolgáltatásokat annak a Szerződő Félnek az illetékes szervei nyújtják, amelynek területén az igényjogosultnak állandó lakóhelye van. A magyar teherviselő csak az azonnali ellátást igénylő esetekben nyújt ellátást a saját terhére. Vagyis az érintett külföldi állampolgárok lényegében csak az azonnali ellátást igénylő

esetekben (heveny megbetegedés, sürgős szükség) jogosultak egészségügyi szolgáltatásra Magyarországon a magyar társadalombiztosítás terhére, az ezt meghaladó ellátásokat pedig térítés ellenében vehetik igénybe. Ez igaz akkor is, ha a lakóhelyüket hazájukban fel nem adva, Magyarországon ugyan huzamosabb ideig, de összességében mégis átmeneti jelleggel, azaz a letelepedés szándéka – és letelepedési engedély – nélkül tartózkodnak. A teherviselés kiegyenlítetlensége miatt Magyarország kezdeményezte egy új, az arányos teherviselési elven és az egészségügyi szolgáltatások elszámolásán alapuló egyezmény megkötését.

Eljárás a kétoldalú egyezmények alkalmazhatóságának hiányában

Azokat a külföldieket, akik nem tartoznak valamely kétoldalú egyezmény hatálya alá Magyarországon, vagy a hatályos egyezményt valamely okból nem lehet alkalmazni rájuk, az Eütv. hivatkozott rendelkezéseiben meghatározott általános szabályok szerint kell ellátni. A törvény általános szabályait további jogforrás, a Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályairól szóló 87/2004. (X. 4.) ESzCsM rendelet pontosítja:

2. § (1) Az egészségügyi szolgáltatásban - e rendelet alapján - részesülő személyek az általuk igénybe vett egészségügyi szolgáltatásért a szolgáltató által meghatározott és a fenntartója vagy tulajdonosa által jóváhagyott mértékű díjat (a továbbiakban: térítési díj) kötelesek fizetni.

(2) A térítési díjat az ellátást nyújtó szolgáltató részére bizonylat ellenében, a szolgáltató által a díjfizetés módjára írásban rögzített szabályok szerint kell megfizetni.

A **fizetési kötelezettség** és az egyezmények viszonyára vonatkozóan 87/2004. (X. 4.) ESzCsM rendelet 1.§ (2) bekezdés b) pontja az alábbiakat írja elő:

E rendelet hatálya nem terjed ki:

*b) külön jogszabály alapján állampolgárságra és biztosítási jogviszonyra tekintet nélkül a Magyar Köztársaság területén tartózkodó személyek számára **térítésmentesen járó egészségügyi szolgáltatásokra.** (kiemelés tőlem – a szerz.)*

Az említett külön jogszabály az Ebtv. 8/A§, amely előírja, hogy:

8/A. § (2) E törvény rendelkezéseit a nemzetközi egyezmény hatálya alá tartozó személyre az egyezmény szabályai szerint kell alkalmazni.

A Magyarország által az egészségügyi együttműködés, szociálpolitika, szociális biztonság terén kötött hatályos kétoldalú nemzetközi egyezmények mindegyike előírja az egyezményben részes államok állampolgárainak magyar állampolgárokkal azonos elbírálását a magyarországi egészségügyi ellátások igénybe vétele során. Erre tekintettel – az Ebtv. idézett 8/A.§ (2) bekezdése alapján – ha egy egészségügyi ellátás az Ebtv. szerint egy magyar állampolgárnak/biztosítottnak térítésmentesen jár, akkor ugyanezt az ellátást az egyezményben részes állam állampolgárának/biztosítottjának is térítésmentesen kell nyújtani Magyarországon. Más szavakkal: a Magyarországgal kétoldalú egyezményes kapcsolatban álló államok állampolgárainak a magyar állampolgárokkal azonos feltételek mellett kell nyújtani az ellátást, tekintettel az egyezmények saját állampolgárral azonos elbírálást előíró rendelkezéseire (e rendelkezéseket a szociális biztonsági egyezmények is tartalmazzák). Amennyiben tehát egy magyar biztosított térítésmentesen veheti igénybe az ellátásokat, akkor – az azonos elbírálás kötelezettsége miatt – ugyanazért az ellátásért az egyezményes államokból érkező külföldiektől sem lehet térítést, vagy eltérő mértékű térítést követelni. Ebben a tekintetben tehát az Ebtv. 8/A§ (1) és (2) bekezdése az a „külön jogszabály”, amelyet a

87/2004. (X. 4.) ESzCsM rendelet 1.§ (2) bekezdés b) pontja említ, és amely alapján egyes egészségügyi ellátások az egyezményes országokból érkezők számára térítésmentesen járnak, vagyis amely miatt a térítési kötelezettséget előíró 87/2004 (X. 4.) ESzCsM rendelet hatálya ezekre az ellátásokra nem terjed ki.

Az azonos elbírálás elve azonban alapesetben az egyezményes országok állampolgárai tekintetében csak a sürgősségi, illetve az engedéllyel igénybe vett – tervezett – ellátások körére vonatkozik. A sürgősségi ellátásban nem nyújtható (pl.: gyógyfürdő) ellátások, illetve a társadalombiztosítás természetbeni ellátásai körébe nem tartozó ellátások tekintetében tehát a szolgáltatói díjszabás határozza meg a külföldi beteg által fizetendő térítés mértékét.

Ettől eltérő szabályt csak az egyezmények alapján teljes ellátásra jogosultságot szerző személyek esetében kell követni. Amennyiben tehát egy külföldi állampolgár a teljes ellátási körre (azaz a magyar biztosítottaknak biztosított minőségük alapján járó összes ellátásra) jogosultságot szerez az egyezmények alapján, akkor rá a magyar biztosítottakra vonatkozó ellátási szabályokat kell alkalmazni (Magyarországra áttelepülő nyugdíjasok, biztosítójuk kötelezettségvállalása mellett lakóhelyüket/tartózkodási helyüket Magyarországra áthelyezők).

A 87/2004 (X. 4.) ESzCsM rendelet 1., 2. és 3.§ rendelkezéseit összefoglalva tehát a NEAK-finanszírozás helyett a szolgáltatói díjszabás érvényesül

- az egyezményes országokból érkező azon külföldiekre, akik nem szereztek jogosultságot a teljes ellátásra,
- valamint azon külföldiekre, akik olyan országból érkeztek, amellyel Magyarországnak nincs kétoldalú egyezménye, vagy akikre az egyezményt nem lehet alkalmazni.

Azokban az esetekben, amikor a külföldiek magyarországi ellátása során a NEAK-finanszírozás helyett a szolgáltatói díjszabás érvényesül, a **díjszabás mértékére** nézve a 87/2004 (X. 4.) ESzCsM rendelet 3.§ rendelkezései irányadók:

3. § (1) A térítési díjat a szolgáltató, illetve fenntartója vagy tulajdonosa a Magyar Orvosi Kamaráról szóló 1994. évi XXVIII. törvény 2. §-a (1) bekezdésének i) pontja alapján kiadott ajánlások figyelembevételével állapítja meg, illetve hagyja jóvá.

(2) A szolgáltató az egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díját, valamint a díjfizetés szabályait köteles az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának helyén mindenki számára hozzáférhető módon közzétenni, és - amennyiben lehetséges - az érintett személyt, valamint törvényes képviselőjét, illetve közeli hozzátartozóját az egészségügyi szolgáltatásért fizetendő térítési díj várható mértékéről a szolgáltatás megkezdése előtt tájékoztatni.

(3) A szolgáltató az Eütv.-ben meghatározott sürgős szükség, illetve veszélyeztető állapot fennállása vagy gyanúja esetén nyújtott egészségügyi szolgáltatásért csak utólagos díjfizetést írhat elő.

A díjszabási gyakorlat tekintetében hazánk Uniós csatlakozása változást jelentett, mert – versenyjogi, egyéb szempontok alapján – az Unió tagállamaként Magyarországon sem lehet a külföldiek és a magyar állampolgárok számára eltérő tarifákat megállapítani. A szabad díjszabási gyakorlat egybekben – természetesen a fizetőképes keresletre tekintettel – akadálytalanul fennmarad.

7. táblázat: A külföldi betegellátási rendszer magyarországi modellje Külföldi betegellátási rendszer magyarországi lehetőségei

Az Egészségügyi Szolgáltató (Hol veszik igénybe az ellátást?)															
Az E-Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltató								Nem az E-Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltató							
Az Egészségügyi Szolgáltatás (Milyen ellátását vesznek igénybe?)															
A TB ellátási csomagba tartozó szolgáltatást nyújt				Nem a TB ellátási csomagba tartozó szolgáltatást nyújt				A TB ellátási csomagba tartozó szolgáltatást nyújt				Nem a TB ellátási csomagba tartozó szolgáltatást nyújt			
Az Egészségügyi Szolgáltatást igénybe vevő (Kik veszik igénybe az ellátást?)															
EGT-állampolgárnak		Nem EGT-állampolgárnak		EGT-állampolgárnak		Nem EGT-állampolgárnak		EGT-állampolgárnak		Nem EGT-állampolgárnak		EGT-állampolgárnak		Nem EGT-állampolgárnak	
Engedéllyel rendelkező	Engedéllyel nem rendelkező	Egyezményes	Nem egyezményes	Engedéllyel rendelkező	Engedéllyel nem rendelkező	Egyezményes	Nem egyezményes	Engedéllyel rendelkező	Engedéllyel nem rendelkező	Egyezményes	Nem egyezményes	Engedéllyel rendelkező	Engedéllyel nem rendelkező	Egyezményes	Nem egyezményes
Elérhető bevétel az egyes csoportokban															
Finanszírozási díj	Szabad ár	Finanszírozási díj	Szabad ár	Szabad ár	Szabad ár	Szabad ár	Szabad ár	Szabad ár	Szabad ár	Szabad ár	Szabad ár	Szabad ár	Szabad ár	Szabad ár	Szabad ár
A külföldi beteg ellátásának a magyar betegek ellátásához viszonyított kötelező sorrendje az egyes csoportokban															
A magyar betegekkel egy sorban (azonos elbírálás) a finanszírozási szerződésben lekötött kapacitások terhére.	Kizárólag a magyar betegek után (sürgősség esetét kivéve) a finanszírozási szerződésben le nem kötött kapacitások terhére.	Az egyezmények szabályai szerint a magyar betegekkel (azonos elbírálás) a finanszírozási szerződésben lekötött kapacitások terhére.	Kizárólag a magyar betegek után (sürgősség esetét kivéve) a finanszírozási szerződésben le nem kötött kapacitások terhére.	A magyar betegektől függetlenül, bármikor.	A magyar betegektől függetlenül, bármikor.	A magyar betegektől függetlenül, bármikor.	A magyar betegektől függetlenül, bármikor.	A magyar betegektől függetlenül, bármikor.	A magyar betegektől függetlenül, bármikor.	A magyar betegektől függetlenül, bármikor.	A magyar betegektől függetlenül, bármikor.	A magyar betegektől függetlenül, bármikor.	A magyar betegektől függetlenül, bármikor.	A magyar betegektől függetlenül, bármikor.	A magyar betegektől függetlenül, bármikor.

IV.3 Intézményi keretek

Az előző fejezetben azonosított szabályok elsősorban a jövőbeli együttműködések tarifális szabályait, vagyis a gazdasági kereteket jelölik ki. A szervezeti-intézményi keretek tekintetében azonban fontos kérdés, hogy ellenkező irányú – Magyarországról külföldre (a szomszédos országokba irányuló) – betegforgalom esetén hogyan alakulnak ugyanezek a tarifális szabályok, van-e olyan intézményes megoldás, amely a jelenleginél intenzívebb együttműködés kialakítására alkalmas. Ez lényegében a külföldön működő egészségügyi szolgáltatók magyarországi közfinanszírozásba történő befogadása lehetőségének a vizsgálatát igényli.

A megbízható működés feltétele ebből a szempontból – ahogyan azt a nyugat-európai tanulmányút tapasztalatai is visszaigazolták – az együttműködésben részt vevő partnerek írásos megállapodása az ellátások nyújtásának és finanszírozásának feltételeiről és módjáról. A megállapodások tartalmának meghatározásakor pedig végül is az a legfontosabb kérdés, hogy ki fizeti a számlát, és hogy mekkora összeg szerepel a számlán. A közfinanszírozás intézményeinek bevonásával működő együttműködések kialakításával összefüggésben alapvetően négy területen van lehetőség az előrelépésre.

A külföldi egészségügyi szolgáltató hazai finanszírozása

A jelenleg hatályos jogszabályi környezetben a NEAK külföldi egészségügyi szolgáltatóval gyakorlatilag nem köthet finanszírozási szerződést. Más szavakkal a NEAK nem vásárolhat közvetlenül szolgáltatást olyan szolgáltatótól, amely nem Magyarország területén működik (2006. évi CXXXII. törvény 1.§ (1) bekezdésének n) és s) pontja, valamint 3. § (1) és (2) bekezdése, a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 2.§ b pontja, 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet 1.§, 2.§ (1) bekezdés h) pontja, 337/2008 (XII. 30.) Korm. Rendelet és 2001. évi XXXIV. törvény).

A 2006. évi CXXXII. törvény 1. § (1) bekezdés n) és s) pontja szerint (kiemelések tőlem – a szerz.):

1. § (1) bekezdés:

„n) területi ellátási kötelezettség: **a lekötött kapacitással rendelkező** egészségügyi szolgáltatónak az a kötelezettsége, hogy a kapacitásai felhasználásával az s) pont szerinti kapacitás-nyilvántartásban meghatározott ellátási területen él, a kötelező egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultak számára külön jogszabályban foglaltak szerinti egészségügyi szakellátásokat nyújtson;”

„s) kapacitás-nyilvántartás: a szakellátási kapacitásokról **és a hozzátartozó ellátási területekről**, valamint a tartalékkapacitásokról az 5/A. § (7)-(8d) bekezdése alapján vezetett közhiteles nyilvántartás.”

3. § (1) Az egészségügyi szakellátásban rendelkezésre álló országos kapacitásmennyiség

- a) a kapacitás-nyilvántartásban szereplő szakellátási kapacitások (ide értve az egészségügyi államigazgatási szervnek bejelentve szüneteltetett kapacitásokat is),
- b) a kapacitás-nyilvántartás részét nem képező kapacitás fajták esetében a lekötött kapacitások,
- c) a 11/A. § (4) bekezdése szerinti nyilvántartásban szereplő szakellátási kapacitások,
- d) a tartalékkapacitások, és

e) a 11/B. § alapján visszavont - d) pont alá nem tartozó – kapacitások összessége.

(2) A 4. § szerinti eljárás során az (1) bekezdés szerinti kapacitásból **bármely** egészségügyi szolgáltató részesülhet, azzal, hogy a kapacításban részesülő egészségügyi szolgáltatónak meg kell felelnie az intézmények és azok szervezeti egységei működési feltételül jogszabályban meghatározott feltételeknek.

(4) Kormányrendelet határozza meg azokat a szakmákat, amelyekre az egészségügyi szakellátás körében finanszírozási szerződés köthető.

(5) Az (1) bekezdés szerinti országos kapacitásmennyiség **kizárólag** abban az esetben emelkedhet, ha

a) a többletkapacitásnak a 10. § (2) szerinti bevonását váratlan esemény vagy **előre nem látható** módon bekövetkező **ellátási szükséglet** teszi szükségessé,

b) a többletkapacitás befogadását **új egészségügyi technológia bevezetése** indokolja, vagy

c) a **fejlesztési forrásból megvalósuló többletkapacitás befogadása** a 11/A. § alapján előzetes többletkapacitás befogadási eljárás keretében történik,

d) a többletkapacitás a 11. § (2) bekezdés b) pont bb) alpontja szerint kerül befogadásra.

A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 2.§-a alapján:

b) szolgáltató: az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedéllyel rendelkező természetes, vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy ami a finanszírozóval kötött szerződés alapján az E. Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltatást nyújt;

A 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet rendelkezései szerint:

1. § (1) E rendelet hatálya kiterjed **minden** egészségügyi szolgáltatást nyújtó jogi személyre, jogi személyiség nélküli szervezetre és természetes személyre, aki vagy amely egészségügyi szolgáltatást nyújt (a továbbiakban együtt: egészségügyi szolgáltató).

2. § (1) E rendelet alkalmazásában

h) székhely: az egészségügyi szolgáltató központi ügyintézésének a helye, székhelynek minősül továbbá a külföldi székhelyű egészségügyi vállalkozás **magyarországi fióktelepének** székhelye;

A hivatkozott jogforrások egyetlen rendelkezése sem tiltja meg expressis verbis a NEAK-nak a külföldön működő egészségügyi szolgáltatóval finanszírozási szerződés megkötését. A 96/2003-as Kormányrendelet 2.§ (1) bekezdés h) pontjának kiemelt fordulata azonban gyakorlatilag ezt jelenti. Az a körülmény ugyanis, hogy a székhely külföldi egészségügyi szolgáltató esetén is csak magyarországi fióktelep székhelye lehet a kormányrendelet 1.§-ában és a megelőző jogforrásokban megjelölt „minden ... személy”, „bármely ... szolgáltató”, meglehetősen széles körét leszűkíti azokra, akiknek Magyarországon van a székhelye. Ez pedig kizárja, hogy a NEAK olyan szolgáltatóval is finanszírozási szerződést kössön, aki kizárólag a szomszédos országokban vagy az EGT tagállamaiban rendelkezik székhellyel (még akkor is, ha egyébként elméletileg az egészségügyi hatóságtól működési engedélyt szerezhetne). Ez már önmagában is megpecsételi a magyar egészségügyi szolgáltatóknak azt az igényét, hogy határon átnyúló együttműködésekbe bevont külföldi partnereikhez a NEAK közvetlen finanszírozásával küldjenek betegeket (a magyar biztosítottak részére külföldön nyújtott egészségügyi ellátásokért a NEAK csak azokban az esetekben fizet, amikor az ellátásra az 883/2004/EU-rendelet alapján került sor). A 340/2013 kormányrendelet alapján nyújtott ellátások költségét a betegek előlegezik meg és a belföldi költségmérték visszatérítésében utólag ők részesülnek.

A jelzett jogszabályi korlátokon felül azonban további szabályok is akadályozzák a külföldi egészségügyi szolgáltatók magyarországi közfinanszírozotti körbe történő közvetlen bevonását.

A 337/2008 (XII. 30.) Korm. Rendelet²³ és a 2001. évi XXXIV. törvény²⁴ az érvényes normatív kapacitáslekötési megállapodásokban rögzítettekhez képest minden új kapacitást többletkapacitásnak minősít, **az eddig nem finanszírozott külföldi szolgáltatóknak az esetlegesen kialakítandó határmenti együttműködésekben felkínált és a NEAK általi finanszírozás érdekében Magyarországon bejelentett kapacitásait is!** A többletkapacitásnak minősülő kapacitások közfinanszírozásba történő befogadására pedig a 337/2008. (XII. 30.) Korm.rendelet kiemelt rendelkezéseit kell alkalmazni, azaz a befogadási igényt pályázati úton kell előterjeszteni, amelyet bizottság véleményez. A bizottság a véleményét az Egészségügyi Miniszter tudomására hozza, aki a Pénzügyminiszterrel közösen dönt. Végeredményben tehát a Pénzügyminiszter minden új kapacitás befogadását megakadályozhatja. Ezzel kapcsolatban nyilvánvalóan nem közömbös az alábbi néhány jogszabályi előírás:

²³ 337/2008 (XII. 30.) Korm. Rendelet 1. § és 13-15. §§

1. § (1) E rendelet alkalmazásában **többletkapacitás** az:

- a) **a kapacitás-nyilvántartásban szereplő szakellátási kapacitásokon felüli kapacitás**
- b) *az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (a továbbiakban: Tv.) 3. § (1) bekezdés b) pontja alá tartozó kapacitások [ezek az ún.: szabad kapacitások – a szerző] esetében **a 2014. január 1-jén lekötött kapacitáson felüli kapacitás,***
- c) *a finanszírozási rendszerbe már befogadott, de az adott egészségügyi szolgáltató érvényes finanszírozási szerződése alapján a szolgáltató által el nem számolható krónikus súlyozási szorzóval finanszírozott ellátás végzése, valamint az a finanszírozási rendszerbe már befogadott és az adott egészségügyi szolgáltató érvényes finanszírozási szerződése alapján a szolgáltató által elszámolható krónikus súlyozási szorzónál **magasabb szorzóval finanszírozott ellátás végzése,***
- d) *a finanszírozási rendszerbe már befogadott, de adott egészségügyi szolgáltatónál az érvényes finanszírozási szerződése alapján nem finanszírozott speciális, **magasabb felkészültséget igénylő ellátás végzése** (ideértve *HBCS és indexált OENO),*
- e) *az egészségügyi szolgáltató érvényes finanszírozási szerződése alapján **már finanszírozott szakmában létrejövő új ellátási forma, vagy az egészségügyi szolgáltatónál már finanszírozott ellátási formában - nem átcsoportosítás útján - létrejövő új szakma, továbbá finanszírozási szerződés hiányában is az egészségügyi szolgáltatónál létrejövő új ellátási forma vagy szakma,***

-
- f) az egészségügyi szolgáltató szempontjából **többletjelzővel befogadásra javasolt**, az 1. számú melléklet szerinti **eszköz**, illetve az egészségügyi szolgáltató szempontjából **többletjelzővel befogadásra javasolt**, **vagy a progresszivitás magasabb szintjét jelentő**, 1. számú melléklet szerinti **eszköz cseréje**,
- g) a finanszírozási rendszerbe már befogadott, külön jogszabályban meghatározott **tételes elszámolás alá eső egyszer használatos eszköz, illetve gyógyszer**,
- h) a finanszírozási rendszerbe már befogadott **nagyértékű, még országosan el nem terjedt beavatkozás**,
- i) a finanszírozási szerződés szerinti **dialízis kapacitás mértékét meghaladó kapacitás**, **amely a Tv. alapján lekötött kapacitásához képest a magasabb összegű elszámolás és teljesítménynövekedés finanszírozása miatt többletforrás-igénnyel jár.**
- (1a) Többletkapacitásnak minősül az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól szóló kormányrendelet szerinti ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató által végzett, az újszülött 0-4 napos korban történő életkorhoz kötött szűrővizsgálatainak miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozott szolgáltatási egysége.
- (1b) Az (1) bekezdés d) pontja szerinti ellátás abban az esetben is többletkapacitásnak minősül, ha az a szolgáltató lekötött kapacitásához képest magasabb összegű elszámolással vagy többletforrás-igénnyel nem jár.
- (1c) E rendelet alkalmazásában többletkapacitásnak minősül az egészségügyi szolgáltató finanszírozási szerződése szerinti magasabb sürgősségi ellátási forma mellett bármely más olyan sürgősségi ellátási forma, amely az egészségügyi szolgáltatónak a 2012. december 31-ét követő intézményi integrációt megelőzően önálló egészségügyi szolgáltatóként működő telephelyéhez kapcsolódik.
- (1d) A Tv. 1. § (2) bekezdés i) pontja szerinti kapacitás teljesítménynövekedés vagy magasabb összegű elszámolás hiányában is többletkapacitásnak minősül, ha annak befogadása az egészségügyi szolgáltató összes kapacitása tekintetében növekedést eredményezne.
- (1e) Az (1) bekezdés g) pontja szerinti eszköz és gyógyszer, valamint az (1) bekezdés h) pontja szerinti beavatkozás abban az esetben minősül többletkapacitásnak, ha azokra a szolgáltató finanszírozási szerződése nem terjed ki.
- (1f) E rendelet alkalmazásában többletkapacitásnak minősül a szünetelő krónikus fekvőbeteg-szakellátási kapacitás más ellátási formába történő átcsoportosítása, kivéve a nappali kórházi ellátásba történő átcsoportosítást.
- 13. § (1)** A 12. § alapján előzetesen be nem fogadott többletkapacitás befogadására a (2)-(6) bekezdés és a 14-15/A. § alapján lefolytatott eljárás során kerülhet sor.
- (2) A többletkapacitás befogadása iránti kérelmet az egészségügyi szolgáltató **fenntartója** - egészségügyi felsőoktatási intézmény egészségügyi szolgáltatója esetén a felsőoktatási intézmény vezetője - **nyújthatja be** a NEAK-hoz. Ha a fenntartó nem azonos az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szervezettel, a kérelemhez az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szerv ellenjegyzése is szükséges.
- (3) A kérelmet egy **nyomatott és aláírt példányban, valamint egy elektronikus példányban** kell a NEAK-hoz benyújtani.
- (4) A kérelemhez mellékelni kell:
- a) **az egészségügyi szolgáltató nyilatkozatát arról, hogy a kérelem tárgyát képező egészségügyi tevékenységre működési engedéllyel már rendelkezik, vagy ha az a kérelem tárgyát képező tevékenységre még nem terjed ki, akkor az egészségügyi szolgáltatónak a nyilatkozatát arról, hogy a többletkapacitás befogadását követő 15 napon belül benyújtja a működési engedély módosítása iránti kérelmet a működési engedély kiadására jogosult szervhez,**
- b) **a befogadás szükségességének részletes szakmai indoklását,**
- c) **a befogadás fenntarthatóságát alátámasztó pénzügyi hatásvizsgálatot, megjelölve a pályázott szolgáltatás, szolgáltatások éves várható mennyiségét, a pályázattal kapcsolatos kiadások, valamint bevételek részletes bemutatásával, és**
- d) **az Egészségügyi Szakmai Kollégium valamennyi szakmailag érintett tagozatának a pályázat beadásától számított egy éven belül kiadott véleményét.**

- (4a) A tételes elszámolás alá eső egyszerűhasználatos eszköz kérelmezése esetén - a (4) bekezdésben foglaltakon túl - az indikáció szerint érintett tagozat véleményének csatolása, egynapos ellátásokra vonatkozó pályázat esetén az egynapos sebészeti tagozat, valamint a pályázott szakma, szakmák szerint illetékes egészségügyi szakmai kollégiumi tagozat véleményének csatolása is szükséges.
- (5) Ha a 14. § (1a) bekezdésében foglalt határidőig beérkezett kérelem nem felel meg a (3) és a (4) bekezdésben foglalt követelményeknek, a NEAK a kérelem beérkezésétől számított **8 napon belül - legfeljebb 30 napos határidővel - hiánypótlásra hívja fel a kérelmezőt.** Ha a kérelmező a hiánypótlást elmulasztja, a kérelmet a NEAK - érdemi elbírálás nélkül - elutasítja.
- (6) A kérelmek elbírálását a NEAK készíti elő, és ennek részeként összefoglalót készít a befogadás évenkénti pénzügyi kihatásáról kérelmenként és a támogatott kérelmek összessége tekintetében.
- (7) Ha a kérelem jogszabályban meghatározott rehabilitációs fekvőbeteg-szakellátások súlyozási szorzójának 4,2 vagy 7,3 mértékre történő emelésére, illetve pszichiátriai és addiktológiai gyermek és felnőtt rehabilitációs ellátás befogadására irányul, a NEAK - a (6) bekezdés szerinti előkészítés keretében - megkeresi az országos tisztifőorvost a jogszabályban meghatározott feltételek fennállásának megállapítása érdekében.
- (8) A NEAK a beérkezett kérelmeket, a (6) bekezdés alapján készített összefoglalót, továbbá az országos tisztifőorvos által a (7) bekezdés szerinti megkeresésre adott állásfoglalást - a TBB soron következő ülését legalább 10 nappal megelőzően - megküldi a TBB tagjainak.
- 14. §** (1) A TBB minden év áprilisában és szeptemberében ülésezik, további üléseket szükség szerint tarthat.
- (1a) A TBB az ülést megelőző második hónap utolsó napjáig hiánytalanul beérkezett kérelmeket tárgyalja.
- (2) A TBB létszáma 8 fő, amelyből 3 főt az egészségügyért felelős miniszter, 1 főt az államháztartásért felelős miniszter, 2 főt a NEAK főigazgatója, 1 főt az országos tisztifőorvos és 1 főt az ÁEEK főigazgatója jelöl ki. A TBB elnökét - a tagok közül - a NEAK főigazgatója jelöli ki.
- (3) A TBB tagjainak megbízatása a kijelöléssel jön létre. A megbízás visszavonásig szól.
- (4) A TBB határozatképességéhez legalább 5 tag jelenléte szükséges. A TBB ülésén tanácskozási joggal részt vehetnek a járóbeteg-szakellátást, valamint fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóknak a TBB elnöke által meghívott szakmai érdekképviselői szervezeteit képviselő személyek, továbbá előterjesztőként a NEAK adott témáért felelős munkatársa.
- (5) A TBB döntését tagjai többségének szavazatával hozza. Szavazategyenlőség esetén az elnök szavazata dönt. A TBB tagja különvéleményt fogalmazhat meg. Az ülésen a döntésről és a megfogalmazott különvéleményről jegyzőkönyv készül.
- (6) A TBB működéséhez szükséges feltételeket a NEAK biztosítja. A TBB ülést úgy kell összehívni, hogy a megtárgyalandó anyagokat a TBB tagjai az ülést megelőzően legalább 10 nappal megismerhessék.
- 15. §** (1) A TBB az ülést megelőzően a 14. § (1a) bekezdésében foglalt határidőig beérkezett és hiánytalan kérelmek alapján - a (2)-(4) bekezdésben foglalt figyelembevételével - javaslatot (a továbbiakban: befogadási javaslat) tesz az egészségügyért felelős miniszternek a többletkapacitás befogadására.
- (2) A TBB a befogadási javaslatának elkészítése során
- a) álláspontja kialakításánál **előnyben részesíti az objektív ellátási szükségletek kielégítésére irányuló kérelmet;**
- b) figyelembe veszi
- ba) az egészségügyi szolgáltatót érintő **korábban befogadott és a kérelem benyújtásakor lekötött többletkapacitásokat,**
- bb) **az egy kapacitásegységre jutó lakosságszám adatokat,**
- bc) a kérelemmel érintett szakmák kapacitásainak **kihasználtságára vonatkozó adatokat,**
- bd) **a kapacitás szükséglet-alapú tervezésének meglétét,**
- be) a vonatkozó egyéb **szakmai szabályoknak való megfelelést,**
- bf) **a finanszírozás várható összegét,**
- bg) a 13. § (6) bekezdése alapján készített összefoglalót.

337/2008 (XII. 30.) Korm. Rendelet

15. § (3) A befogadási javaslat elkészítése során **előnyben kell részesíteni** az olyan kérelmet, melynek eredményeként az egészségügyi szolgáltató
- országos, illetve regionális ellátási területtel** működik,
 - magasabb progresszivitású** egészségügyi ellátást nyújt,
 - a korábban finanszírozott szolgáltatásokhoz képest **költséghatékonyabb megoldást** nyújt,
 - az ellátott terület **népegészségügyi mutatóihoz** szakmai összetételében a meglévőnél **jobbán igazodó szolgáltatást** végez, vagy
 - segíti az egészségügyi rendszerhez való **hozzáférési esélyek kiegyenlítését**.
- (4) A befogadási javaslat elkészítése során **figyelembe kell venni, hogy a befogadásra kerülő kapacitás várható éves teljesítményének finanszírozott összege nem haladhatja meg a központi költségvetésről szóló törvényben erre a célra rendelkezésre álló források összegét.**

Vagyis látható, hogy bármilyen egészségügyi szolgáltató (még a hazai is), csak a költségvetés mindenkori teherviselő-képességének függvényében fogadható be az E-Alapból finanszírozott szolgáltatói körbe.

A külföldi egészségügyi szolgáltató hazai finanszírozása erre tekintettel véleményünk szerint elsősorban költségvetési kérdés, pontosabban a külföldi egészségügyi szolgáltató hazai finanszírozását az engedélyezési eljárás tartalmi, formai kellékeire vonatkozó előírások (belföldi székhely a működési engedélyhez, stb.) potenciálisan jóval kevésbé akadályozzák, mint az E-Alap számára jóváhagyott mindenkori költségvetés mértéke.

A költségvetés korlátosságára tekintettel ugyanis a jelenlegi feltételek mellett külföldi egészségügyi szolgáltató befogadása csak akkor történhet meg, ha a befogadás eredményeként a normatív kapacitáslekötési megállapodásokban már lekötött kapacitások mértéke és a kapacitások éves teljesítményének finanszírozási díja nem változik.

Amennyiben ezekben a szabályokban az ellátások fedezetéül szolgáló költségvetési célleírányzatok arányos növelése nélkül állna be a külföldi szolgáltatók befogadására vonatkozó eljárást egyszerűsítő változás, az – megítélésünk szerint – csak még tovább növelné a feszültséget az egészségügyi szolgáltatók és a(z) egészségügyi) kormányzat között, hiszen azt jelentené, hogy a változatlan költségvetési forrásokból ezek után szélesebb intézményi kör részesülhet, vagy igényelhet részesedést. Ebben a helyzetben fokozott felelősséget és körültekintést igényel a döntéshozóktól annak helytálló indoklása, hogy adott esetben egy hazai egészségügyi szolgáltató befogadási igényével szemben miért egy külföldi szolgáltató igényét részesítették előnyben.

2. § **A települési és a megyei önkormányzatok** (a továbbiakban együtt: helyi önkormányzat) egészségügyi szakellátási kötelezettségüket - figyelemmel a 4. §-ban foglaltakra is - **a 2001. január 1. napján rájuk érvényes normatív kapacitáslekötési megállapodások, valamint a külön jogszabály alapján 2001. évben történt normatíván belüli kapacitáslekötési módosítások szerinti mértéknek és szakmai összetételnek megfelelően teljesítik, ideértve a saját tulajdonban lévő egészségügyi szolgáltatónál, valamint feladatátadási megállapodás alapján más egészségügyi szolgáltatónál lekötött kapacitást is.**

A fentiekre tekintettel a **külföldi egészségügyi szolgáltatók magyar közfinanszírozásba történő befogadásáról** tehát elmondható, hogy a **határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködések számára nem jelent kedvező megoldást**, mert:

- még a magyar egészségügyi szolgáltatók befogadása is meglehetősen hosszadalmas eljárás,
- magyarországi telephely kell a működési engedélyhez,
- a befogadásról az egészségügyi és a pénzügyminiszter együttesen dönt.

Az ellátási díjak utólagos megtérítése („kvázi-finanszírozás”)

A magyar jogrendszer fenti korlátozásai miatt a NEAK jelenleg nem finanszírozhat külföldi egészségügyi szolgáltatót. Amíg ezek a korlátozások fennmaradnak, addig a NEAK csak meglehetősen korlátozott mozgástérrel rendelkezik arra, hogy a magyar biztosítottaknak külföldön nyújtott ellátások költségét az ellátást nyújtó külföldi szolgáltatónak megtérítse (nem számítva természetesen a 883/2004/EU-rendelet és a 340/2013-as kormányrendelet szabályai alapján külföldön nyújtott ellátások költségétérítését). Ez a lehetőség pedig az adott külföldi gyógykezelés költségeinek a belföldi költségek mértékéig történő megtérítésére vonatkozik. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) hatályos 27. §-ának (1) és (6) bekezdése a következőkről rendelkezik:

Ebtv. 27. §

*(1) Amennyiben a biztosított - ide nem értve a megállapodás alapján egészségügyi ellátásra jogosultakat - EGT tagállam területén kívüli állam (a továbbiakban: harmadik állam) területén átmenetileg tartózkodik munkavállalás, tanulmányok folytatása vagy egyéb jogcímen és a 12-14. §-okban, továbbá a 15. § (1) bekezdésében meghatározott **valamely egészségügyi szolgáltatót - a feltétlenül szükséges mértékig** -, továbbá sürgősségi betegszállítást **azért vesz igénybe** harmadik állam területén lévő tartózkodási helyén, **mert annak elmaradása az életét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti, illetve maradandó egészségkárosodáshoz vezetne**, az egészségbiztosító a felmerült és igazolt költségeket az igénybevétel idején érvényes belföldi költség mértékének megfelelő összegben, sürgősségi betegszállítás esetén a számla szerinti összegnek a Magyar Nemzeti Bank által közzétett, az igénybevételkor érvényes középárfolyamon számított forint összegben megtéríti.*

*(3) A biztosított - ide nem értve a megállapodás alapján egészségügyi ellátásra jogosultakat - egészségügyi szolgáltatót vehet igénybe **EGT tagállamban az uniós rendeletek, nemzetközi egyezmény hatálya alá tartozó állam területén a nemzetközi egyezmény rendelkezései szerint**, valamint az Európai Unió más tagállamában a határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében. **Amennyiben a biztosított mind az uniós rendeletek alapján, mind a határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében jogosult egészségügyi ellátásra, a biztosított eltérő rendelkezése hiányában az uniós rendeleteket kell alkalmazni.***

*(6) A határon átnyúló egészségügyi ellátás [a törvény 5/B § s) pont sb) alpontja alapján csak az irányelvi ellátás – a szerző megjegyzése] keretében, ha a biztosított - ide nem értve a megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosultakat - a II. fejezet 1-3. címében meghatározott egészségügyi szolgáltatásokat vesz igénybe, ugyanolyan jogállással rendelkezik, mintha hasonló helyzetben Magyarországon vett volna igénybe egészségügyi ellátást. **Az egészségbiztosító az ellátás hitelt érdemlően igazolt tényleges költségét téríti meg azzal, hogy az egészségbiztosító által fizetendő térítés összege nem haladhatja meg***

*az igénybevétel idején az ellátásra vonatkozó magyarországi közfinanszírozott ellátás belföldi költségének mértékét. A biztosított - ide nem értve a megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosultakat - ezen egészségügyi szolgáltatások közül **csak előzetes engedély alapján** jogosult a külföldi gyógykezelések rendjéről szóló kormányrendeletben meghatározott ellátások igénybevételére. Amennyiben a biztosított olyan ellátást kíván igénybe venni, amely a magyarországi jogszabályok alapján beutalóhoz kötött, a költség megtérítésének további feltétele, hogy a biztosított az ellátásra rendelkezzen az ellátásra vonatkozó és a jogszabályoknak megfelelő módon kiállított beutalóval.*

A fenti szabályok alapján a beteg a hazaérkezésétől számított 30 napon belül igényelheti, hogy részére az egészségbiztosítás térítse vissza a 6 hónapnál nem régebbi külföldi egészségügyi ellátásának költségeiből azt a részt, amibe az ellátás Magyarországon került volna (*belföldi költségmérték*). Ráadásul, ha választási lehetőség van a rendelet és az irányelv között, akkor a rendeletet kell alkalmazni (ez a biztosítottra nézve előnyösebb).

A kvázi-finanszírozás lényege az, hogy a rendelet/egyezmény alapján térítendő költségeket a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködésekben ezen túl nem a külföldön – az együttműködésben részt vevő szolgáltatónál – ellátott beteg (Ebtv. 27. § (1) és (6) bek.), illetőleg a külföldi szolgáltatót finanszírozó biztosító (Ebtv. 27. § (3) bek.), hanem helyettük **az ellátást nyújtó szolgáltató igényelné vissza.**

Ennek fejében a szolgáltató a kezelésről a betegnek nem állítana ki számlát. A megoldás előnye az, hogy **az egészségbiztosítás számára semmilyen többletkiadással nem jár**, mert a belföldi költséget így is úgy is ki kell fizetni. A betegnek sem jelent terhet, hiszen számára az ellátás gyakorlatilag térítésmentessé válik. A megoldás Magyarország nem EU-tagállam szomszédjai tekintetében is alkalmazható a velük kötött szociális biztonsági egyezményeknek a rendelettel analóg gyakorlata alapján. Az Ebtv. 27.§ (3) és (6) bekezdése a nem EU-tagállam szomszédok tekintetében csupán Ukrajna esetében nem lenne értelmezhető, tekintve, hogy a rendelet és az irányelv hatálya erre az országra nem terjed ki, a vele hatályban lévő régi szovjet egyezmény alapján pedig az Ebtv. 27. § (1) bekezdése által lefedett sürgősségi ellátások körét az egyezményben részes államok egyébként is térítésmentesen kötelesek nyújtani egymás biztosítottjainak.

Azokban a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködésekben, ahol az együttműködő partnerek a kvázi finanszírozás bevezetésére vonatkozó nemzetközi egyezmény alapján kötnek megállapodást egymással, a megállapodásnak mindenképpen tartalmaznia kell, hogy az **ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató a betegtől nem követelhet térítési díjat, mert a beteg részére nyújtott egészségügyi ellátás ellenértékét számára a magyar egészségbiztosítás téríti meg.**

Amennyiben nincs olyan külföldi szolgáltató, akinek megérné a magyar belföldi finanszírozási díjaknak megfelelő mértékű díjazás ellenében ellátni a magyar biztosítottakat, akkor a jelenleg hatályos, eredeti (rendeleti és irányelvi) szabályok érvényesülnek tovább, a jogosultságigazolási és elszámolási folyamatok egyszerűsítése nélkül. Vagyis **a magyar beteg irányelvi ellátás esetén az ellátásról számlát kap, amelyet neki magának kell kiegyenlíteni, s amelyből a hazatérése után legfeljebb a belföldi költségmértékig terjedő visszatérítésre tarthat igényt a NEAK-tól. Rendeleti ellátás (EHIC vagy E112/S2 jelű formanyomtatvány) esetén pedig az igénybevétel helye szerinti belföldi költségmértéket téríti a NEAK a beteg helyett**, a betegnek magának csupán az ellátás helye szerinti tagállam biztosítottjai által esetlegesen fizetendő önrészért kell helytállni, ennek utólagos visszatérítésére azonban nem tarthat igényt.

Az európai betegellátási rezsim adta lehetőségek felhasználása

Az EU koordinációs mechanizmusa keretében a tagállamok területén átmenetileg tartózkodó személyek a sürgős/orvosilag szükséges ellátásokra és előzetesen tervezett orvosi ellátásokra jogosultak biztosítójuk – előzetes kérelemre kiadott – írásos kötelezettségvállalása alapján, az adott állam állampolgáraival azonos módon: azaz minden ellátást térítésmentesen vehetnek igénybe, amely az adott ország állampolgárainak is térítésmentesen jár, és csak azokért az ellátásokért kell fizetniük, amelyeket az adott tagállam állampolgárai helyett sem vállalnak át a biztosítók. Az ellátásokról a szolgáltató nem állíthat ki számlát, a szolgáltatások ellenértékét attól a biztosítótól kapja, amely az adott tagállam állampolgárainak ellátást szokásosan finanszírozza.

A lehetőségek száma tehát kevés, s a szolgáltatók mozgástere szűk, de azért léteznek. A sürgős/szükséges ellátások körén túli – azaz például a tervezett – ellátások igénybe vételére szolgáló E 112-es formanyomtatvány egyes specialitásai ugyanis hozzájárulhatnak ahhoz, hogy irányított betegforgalom alakuljon ki a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések földrajzi területén.

Az E 112-es nyomtatványokra ugyanis rá kell vezetni, hogy a nyomtatvány érvényességi ideje alatt melyik az az egy egészségügyi szolgáltató, amelyiknél a formanyomtatvánnyal rendelkező külföldi beteg a kezeléseket rendszeresen igénybe fogja venni. A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködésekben részt vevő partnereknek módjában áll megállapodni arról, hogy betegeiket úgy küldik E 112-esekkel egymás területére, hogy a formanyomtatványokon az együttműködés földrajzi területén működő és az együttműködésben részt vevő egészségügyi szolgáltatókat tüntetik fel (ez a megoldás azonban mindenképpen az egészségbiztosítási szervek együttműködésbe történő bevonását igényli, tekintve, hogy az E 112-esek kiállítása a biztosítók – Magyarországon a NEAK – kizárólagos joga). Ezzel kapcsolatban még azt is elképzelhetőnek tartanánk, hogy az állandósult formalizált együttműködések területén élő lakosság számára – a 883/2004/EU-rendelet által megengedett körben és a biztosítók megegyezése alapján – az E 112-eseket az Európai Egészségbiztosítási Kártya mintájára (igény szerint akár elektronikus) **regionális egészségbiztosítási kártya** formájában állítanánk ki.

Az ilyen megállapodások alapján tehát **a biztosítók kizárólag az együttműködésben részt vevő külföldi egészségügyi szolgáltatókat hatalmaznák fel** arra, hogy **a sürgős/szükséges ellátások körét meghaladó ellátásokat a biztosítottjaik számára nyújtsák**. Az egészségügyi szolgáltatók a beteget saját állampolgáiraikkal azonos ellátásban részesítenék, azaz nem állítanának ki számlát a kezelésről (illetve csak azon költségeket számlázhatnák, amelyeket a saját állampolgárai helyett sem a biztosítójuk fizet). A kezelés ellenértékét az együttműködésben részt vevő azon biztosító térítené meg, amelyik az E 112-est kiállította. Az elszámolás alapja a rendeletek alapján nem a biztosító, hanem az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató hazájában érvényes belföldi költségmérték.

Azon határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködésekben, ahol az együttműködő partnerek az európai betegellátási rezsim lehetőségeinek felhasználásával kötnek megállapodást egymással, e megállapodásnak mindenképpen tartalmaznia kell, hogy a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködés területén működő egészségügyi szolgáltatók az együttműködésben részt vevő, a határ másik oldalán fekvő területről érkező betegek biztosítója által kiadott E 112-eseket elfogadják.

A javaslat alkalmazására vonatkozó kétoldalú megállapodások megkötése esetén a IV.2. fejezetben (13. ábra) látható intézményi működési séma az alábbi módon egyszerűsödne²⁵:

15. ábra: Az európai betegellátási rendszer regionális alkalmazásának modellje



IV.4 Külső finanszírozási lehetőségek

A következő fejezetben a határ menti együttműködés európai uniós támogatási és piaci alapú finanszírozási lehetőségeit vizsgáljuk az intézményi szintű kapcsolatokra fókuszálva. A fejezet második felében szót ejtünk az egyéni ellátási szintű finanszírozási dimenzióról is.

Európai uniós forrástérkép

Az Európai Unió 2003-ban hívta életre az ún. Health Programot az uniós egészségügyi stratégia megvalósításának finanszírozására. A jelenleg is futó, harmadik ciklusában járó program célja többek között a fenntartható, hatékony és (a tagállamok vonatkozásában) átjárható egészségügyi rendszerek kialakítása a tagállamok együttműködése révén.²⁶

A program tematikus prioritásai a következők:

1. az egészségesség népszerűsítése, a betegségek megelőzése és az egészséges életmódot támogató környezet kialakítása;
2. az uniós polgárok védelme a határon át terjedő betegségektől, egészségügyi fenyegetésektől;
3. hozzájárulás az innovatív, hatékony és fenntartható egészségügyi rendszerekhez;
4. a polgárok jobb és biztonságosabb ellátáshoz való hozzáféréseinek segítése.

²⁵ Az együttműködésnek további kardinális pontja a határon átnyúló mentés megszervezése. Ezzel a kérdéssel a 2017-es jogi akadálymentesítési projekt keretében foglalkozott a CESCI. A vonatkozó tanulmány az alábbi linken érhető el: http://legalaccess.cesci-net.eu/wp-content/uploads/2018/02/JOGa2_1b-Egeszsegugy_CESCI.pdf

²⁶ http://ec.europa.eu/chafea/health/programme/index_en.htm

A határ menti intézményi együttműködés szempontjából, a program definíciói szerint a 3. prioritási terület tekinthető relevánsnak, mely deklaráltan igyekszik hozzájárulni a vonatkozó uniós, határon átnyúló egészségügyi szabályozás tagállami szintű megvalósításához.²⁷

A program 2014-2020-as ciklusra vonatkozó teljes költségvetése 449,4 millió euró, melynek szétosztása ún. munkaprogramok szerint történik. A programok az adott évre vonatkozóan határozzák meg az előtérbe kerülő témákat és az azok közötti forrásmegosztást.²⁸ A program pályázatok formájában nyújt támogatást egészségügyi intézményeknek, tagállami hatóságoknak, civil és nemzetközi szervezeteknek, valamint tenderek keretében finanszírozza szakértői szervezetek, kutatóintézetek és egyéb szereplők tevékenységét. A 2019-es program jelen pillanatban még nem érhető el, de az idei évben a költségvetés kb. 65%-át tették ki a fent említett első kategóriába eső támogatások. Az ilyen nyílt felhívású pályázatok esetében a támogatási intenzitás 60% körül alakul, mely nem kedvez a hazai, finanszírozási gondokkal küzdő szolgáltatóknak. A nyeresi esélyeket tovább rontja, hogy közvetlen brüsszeli program lévén, a forrásallokációnál nincsenek nemzeti kvóták, a pályázatokat kizárólag azok minősége szerint rangsorolják, és a nyugati országok ezeknél az alapoknál a keletieknél jóval nagyobb tapasztalattal rendelkeznek.

A kutatási és oktatási együttműködés szempontjából két további brüsszeli program, a Horizon2020 és az Erasmus+ jelent potenciális finanszírozási lehetőséget, azonban ezeket jelen tanulmányban nem részletezzük.

Az európai területi együttműködést célzó projektek, kezdeményezések finanszírozására jött létre az INTERREG program, mely interregionális, transznacionális és határon átnyúló dimenzióban támogatja a helyi szereplők közös munkáját. Ezek közül a határ menti fejlesztések szempontjából a határon átnyúló INTERREG A programok tekinthetők a legadekvátabb forrásoknak.

Magyarországot összesen 7 határon átnyúló, a 2014-2020-as időszakra vonatkozó együttműködési program érinti, melyet az alábbi táblázat foglal össze. Habár Ukrajna és Szerbia nem tagjai az Európai Uniónak, mégis az Európai Szomszédsági Eszköz (ENI) és az Előcsatlakozási Alap (IPA) finanszírozási mechanizmusokon keresztül részesülhetnek támogatásban. A támogatási programok területeinek lehatárolása NUTS III. szintű területi alapon történik, így kizárólag a közvetlen határ menti területek kaphatnak támogatást.

8. táblázat: A Magyarországot érintő határon átnyúló együttműködési programok

PROGRAM	A PROGRAM KÖLTSÉGVETÉSE (millió EUR)	RELEVÁNS PRIORITÁSI TENGEY
Románia - Magyarország INTERREG V-A Program ²⁹	49	Az egészségügyi szolgáltatások fejlesztése
	3,4	Határon átnyúló együttműködés támogatása intézmények és állampolgárok között
Szlovákia - Magyarország INTERREG V-A Program ³⁰	21,8	Határon átnyúló együttműködés támogatása intézmények és állampolgárok között

²⁷ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/programme/docs/factsheet_healthprogramme2014_2020_en.pdf

²⁸ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/programme/docs/wp2018_summary_en.pdf

²⁹ <https://interreg-rohu.eu>

³⁰ <http://www.husk-cbc.eu/>

PROGRAM	A PROGRAM KÖLTSÉGVETÉSE (millió EUR)	RELEVÁNS PRIORITÁSI TENGEY
Ausztria - Magyarország INTERREG V-A Program ³¹	17	Az intézményi kapacitás javítása és hatékony közigazgatás
Szlovénia - Magyarország INTERREG V-A Program ³²	3,3	Együttműködő régió
Magyarország - Horvátország INTERREG V-A Program ³³	5,7	Együttműködés: Intézményi kapacitások bővítése és hatékony közigazgatás
Magyarország – Szlovákia – Románia – Ukrajna ENI Program ³⁴	19,3	Közös kihívások a biztonság területén: egészségügy

A támogatható intézkedések közé többnyire olyan szoft tevékenységek tartoznak, mint a közös felmérések, stratégiák, akciótervek elkészítése, közös szolgáltatásfejlesztés, rendezvények, oktatási-képzési események szervezése, de esetenként lehetőség van eszközbeszerzésre és kisebb infrastrukturális beruházásokra is (ez főként a román programra igaz).

A programok keretében a hétéves időszakra rendelkezésre álló források 85%-a közösségi hozzájárulás, a nemzeti társfinanszírozás aránya 10-13%, így a pályázatokhoz mindössze 2-5%-os önerő szükséges, mely kedvező feltételeket jelent a helyi szereplők számára. Ezzel szemben a pályázást hátráltathatja – nemcsak a határ menti programok esetében – a hazai rendszer centralizáltsága, mely az adminisztrációs követelmények teljesítésénél okozhat nehézséget.

³¹ <http://www.at-hu.net/at-hu/hu/index.php>

³² http://www.si-hu.eu/start_hu/

³³ <http://www.hu-hr-ipa.com/>

³⁴ <https://huskroua-cbc.eu/>

Üzleti alapú (társ-)finanszírozás

Az elmúlt évek trendjei azt mutatják, hogy a magán egészségügyi szektor egyre nagyobb teret nyer Közép-Európában, így hazánkban is. A statisztikák szerint, míg 2007-ben 6 milliárd forint volt a hazai szektor árbevétele, 2017-re 29 milliárd forintra nőtt ez az összeg.³⁵ Ezzel párhuzamosan a határon átnyúló intézményi szintű kezdeményezések finanszírozása kapcsán is felmerül a magántőke bevonásának lehetősége.

Magyarországon jelen pillanatban kevésbé tisztázott és szabályozott az állami és a magán szektor viszonyrendszere: (1) előfordul, hogy közfinanszírozott, köztulajdonban lévő intézményekben elérhető privát ellátások; (2) arra is van példa, hogy maga az intézmény kínál fizetős szolgáltatást, és (3) létezik az állami infrastruktúrától teljesen elkülönülő magán ellátórendszer, ahol a szereplők szakmai és pénzügyi működésének átláthatósága változó.

Habár a helyzet rendezésére vonatkozó szándék nem egyértelmű, az aktuális kormányzati intézkedések a két szektor teljes szétválasztása irányába hatnak, mely több szempontból is kedvezőtlen következményekkel járhat:

- a jövedelmi szintek alapján kettészakadó társadalom, ahol minőségbiztosítás híján, a magánszektorban ellátottak sem feltétlenül jutnak magasabb szintű egészségügyi szolgáltatáshoz;³⁶
- a rendszer átjárhatatlansága miatt a magán szolgáltatók nem feltétlenül lennének képesek a közintézmények igényekhez illeszkedő tehermentesítésére;
- a jelenleg mindkét szektorban működő orvosok, ápolók és egészségügyi szakemberek jó eséllyel választásra kényszerülnének, ahol az állami szektorban jelentkező komplexebb szakmai kihívások állnának szemben a jobb minőségű, rendezettebb munkakörnyezettel;³⁷
- kapacitásbeli párhuzamosságok kialakulása, mely tovább rontaná a rendszer hatékonyságát és gazdaságosságát (kiemelten igaz ez a nagy értékű eszközöket és infrastruktúrát igénylő ellátástípusokra).³⁸

A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások tekintetében fontos látni, hogy a komplex jogi és adminisztratív környezet miatt a tervezett külföldi ellátások jelentős része a magánszektorban, azon belül is a közintézmények által kínált fizetős és a mind adatgyűjtési, mind finanszírozási szempontból szűrkezőnaba tartozó privát ellátórendszerben bonyolódik. Fontos azonban, hogy ez a határon átnyúló betegmozgás, valamint az ellátás során kialakuló viszonyrendszer lehetőséget adna egyrészt a határon átnyúló betegmozgást befolyásoló nehézségek feltárására, másrészt a határon átnyúló mozgások finanszírozási és ellátási következményeinek modellezésére, mely hatékonyan felhasználható lenne a közszolgáltatások megosztásának tervezésekor. Továbbá a jogi keretek tisztázásával párhuzamosan, a jelenleg a magánszektorban bonyolódó betegforgalom tervezhetően és kontroláltan áterelhető lenne a közszférába, abban az esetben, ha a két szektor között lehetséges az átjárás. Éppen ezért lenne fontos, hogy a magán és az állami szektor integráltan, a saját szerepeit megtalálva, egymást segítve működjön.

³⁵ Privat Health Forum 2018, Jászkuti Bertalan előadása - <https://24.hu/belfold/2018/11/13/egeszsegugy-allami-magan/>

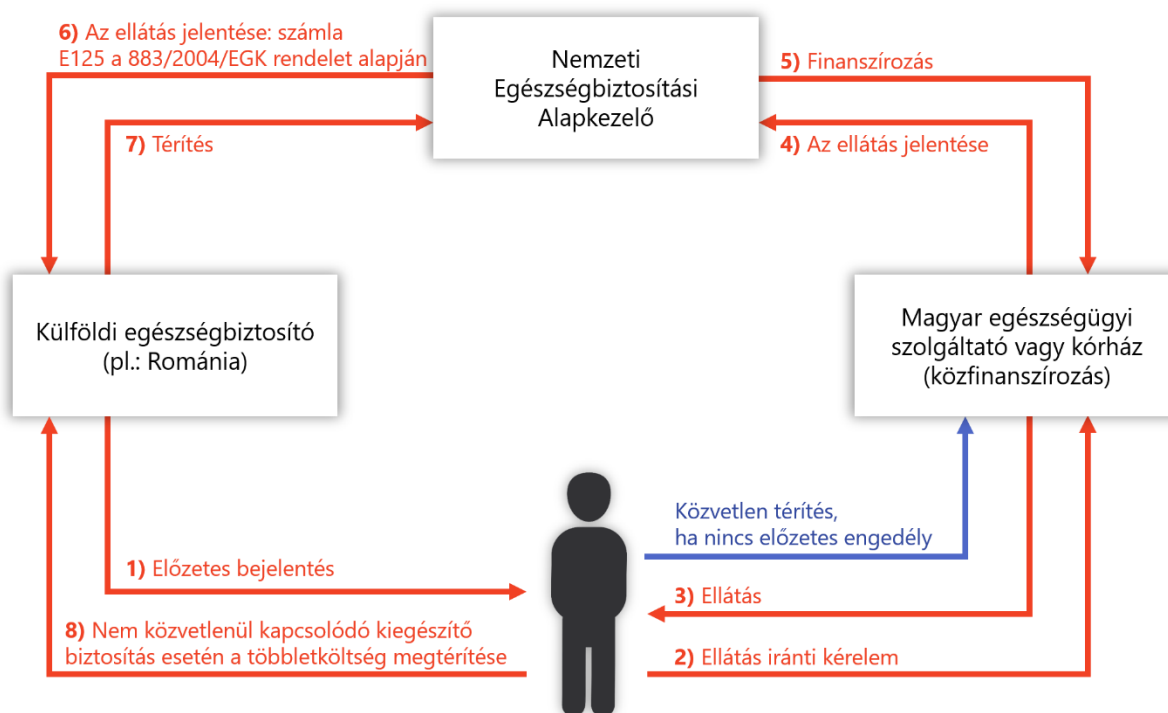
³⁶ http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/maganegeszsegugy_a_kormany_felrenez

³⁷ http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/maganegeszsegugy_a_kormany_felrenez

³⁸ <https://mabisz.hu/wp-content/uploads/2018/08/biztositas-es-kockazat-3-evf-2-szam-6-cikk.pdf>

Az egyéni ellátás szintjén szintén felmerül a magánfinanszírozás lehetősége, melynek több válfaja ismert a „zsebből” finanszírozástól, az egészségpénztárakon át a magánbiztosításig. Jelen pillanatban a határon átnyúló ellátások esetében többnyire az első megoldás jellemző, azonban röviden szeretnénk felhívni a figyelmet a magán és kiegészítő biztosítások szerepére. A hatékony és területi szempontból gazdaságos, valamint a beteg igényeire rugalmasan reagálni képes ellátórendszer kialakítása érdekében érdemes lenne modellezni azt a megoldást, melyben a betegnek lehetősége van kiegészíteni a társadalombiztosítása által kínált, az adott ellátást fedező összeget annak érdekében, hogy magasabb szintű és/vagy számára megfelelőbb, akár határon túli ellátást vehessen igénybe. Ez határmenti viszonylatban, a gyakorlatban azt jelentené, hogy a kvázi-finanszírozási modell és az EU-s mechanizmusok előnyeit egyesítve, a beteg bejelentési kötelezettségének (nem engedélyezési eljárás) eleget téve, felhasználhatná az összeget a határon túl, amit a társadalombiztosítása fedezetként biztosít a közsférában történő belföldi ellátására. Ezt az összeget szükség esetén „zsebből” vagy (magán/állami) kiegészítő biztosításból egészíthet ki. (Az esztergomi példa mutatja, hogy a szlovákiai betegek ottani ellátásában ez a megoldás fontos szerepet játszik.)

16. ábra: Az állami és a magánfinanszírozást egyesítő modell



Habár Magyarországon jelenleg nem léteznek ezek a klasszikus értelemben vett kiegészítő biztosítások, az idei év közepén a NEAK kidolgozta és a Pénzügyminisztériumhoz benyújtotta erre vonatkozó javaslatát, melyek tartalma jelen pillanatban még nem ismert.³⁹ Egyértelmű azonban, ebben a tekintetben is kulcsfontosságú lenne a magán és a közsféra közötti átjárás megteremtése a megfelelő egyéni/ellátási szintű finanszírozási mix megteremtése érdekében.

³⁹ <https://www.vg.hu/vallalatok/egeszsegugy/a-neak-kidolgozta-a-kiegészito-biztositasok-rendszerenek-tervet-966999/>

IV.5 Javasolt lépések

Megismételve, hogy a határokon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködések fogalma kettős, s abba a közös határ két oldalán megvalósuló tipikusan közfinanszírozott együttműködések mellett a több országhatáron átívelő, egészségturizmus (gyógy- és wellness-turizmus) keretében, tipikusan a magán egészségügyi ellátásban nyújtott szolgáltatásokra épülő együttműködések is beletartoznak, a két együttműködési területre az alábbi javaslatok fogalmazhatóak meg.

Javaslatok a közvetlen határmenti, tipikusan közfinanszírozott együttműködések vonatkozásában

A javasolt intézkedéseket lényegében a IV.3. fejezetben azonosított intézményi keretek foglalják magukba. Az e lehetőségekhez tartozó finanszírozási feltételek és következményeik pedig az alábbiak:

Je_01 A hibrid modell

Finanszírozási hatás: A kettős finanszírozás szerint a beteg külföldi ellátását a belföldi költségmértékig a beteg egészségbiztosítója téríti az EU-s gyakorlat szerint, melyet szükség esetén a beteg a magánbiztosítása vagy egyéb forrásai terhére kiegészít. Ennek következtében sem az egészségügyi alapot, sem a külföldi szolgáltatót nem terhelik többletköltségek, valamint a beteg is hozzáfér a biztosítása által kínált költségmértékhez, mely a magán ellátás estében hiányzik.

Előnyök:

- Mindhárom résztvevő fél számára kedvező finanszírozási modell, mely a beteg döntési szabadságát is biztosítja.
- Az európai koordinációs mechanizmusok nagyrészt biztosítják az adminisztrációs és jogi kereteket.

Hátrányok:

- A Je_03 modellhez képest a beteg számára előfordulhat kedvezőtlenebb helyzet, ha a külföldi ellátás jelentősen drágább, mint a hazai.
- Idehaza kevésbé ismert és alkalmazott megoldás.

Megvalósíthatóság: Országhatárokon belül számos sikeres példa (pl. Szlovákia viszonylatában) bizonyítja a modell megvalósíthatóságát. Másrészt a kiegészítő/magán biztosítások bevezetésére vonatkozó szándék olvasható ki a NEAK által nemrégiben kidolgozott és a kormánynak benyújtott koncepcióból. Határon átnyúló szempontból az európai uniós rendelet által kijelölt, bevált eljárásrendek alkalmazása szolgál biztosítékként a rendszer felállítására és működtetésére.

Je_02 A külföldi egészségügyi szolgáltató hazai finanszírozása

Finanszírozási hatás: A külföldi szolgáltató magyarországi közfinanszírozásba történő befogadása esetén a magyar biztosítottakat ellátó külföldi egészségügyi szolgáltatókat a mindenkori magyar belföldi finanszírozási díjak illetik meg.

Előnyök: A betegek szempontjából a legegyszerűbb megoldás. Az ellátás során mindenben ugyanúgy kell eljárni, mint egy belföldi egészségügyi szolgáltató esetében.

Hátrányok: Még a magyar egészségügyi szolgáltatók befogadása is meglehetősen hosszadalmas eljárás. Magyarországi telephely kell a működési engedélyhez. A befogadásról az egészségügyi és a pénzügyminiszter együttesen dönt.

Megvalósíthatóság: A hatályos jogszabályok szerint nem megvalósítható (új egészségügyi szolgáltató befogadása költségvetési fedezet nélkül gyakorlatilag kizárt). A sikeres működéshez több jogszabály módosításán túl a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések finanszírozására fordítható többletforrások betervezése szükségesek az E-Alap költségvetésébe.

Je 03 Az ellátási díjak utólagos megtérítése (kvázi-finanszírozás)

Finanszírozási hatás: Gyakorlatilag megegyezik a külföldi szolgáltató magyarországi közfinanszírozásba történő befogadása esetén beálló finanszírozási hatással: a magyar biztosítottakat ellátó külföldi egészségügyi szolgáltatókat a mindenkori magyar belföldi finanszírozási díjak illetik meg, illetve ezek mértékéig részesül a NEAK-tól finanszírozásban (amennyiben az ellátás többbe került, a fennmaradó rész megfizetéséről a beteg gondoskodik).

Előnyök: A magyar finanszírozási rendszert jelentősen nem terheli.

Hátrányok: A betegek szempontjából nem egyszerű eljárás (visszatérítés iránti kérelem). A biztosítók és az egészségügyi szolgáltatók adminisztrációs terheinek növekedésével jár (abban az esetben különösen, hogyha a beteg helyett a szolgáltató közvetlenül fordul a biztosítóhoz a térítési igényével).

Megvalósíthatóság: Jogszabályi akadály nincs. A külföldi szolgáltató finanszírozhatósága útjában álló akadályok az ilyen típusú együttműködések kialakítását nem gátolják. A megvalósíthatóságot, illetve az együttműködés kölcsönösségét döntően két kérdés befolyásolja:

- Az együttműködésekbe bevonni kívánt külföldi szolgáltatók számára kielégítő mértékű-e a magyar belföldi költségmérték (készek-e az együttműködésre ezek mellett a tarifák mellett)? A válasz - véleményünk szerint – egyértelmű igen azokban az esetekben, amikor a külföldi ellátás díja és a hazai költségmérték közel azonos.
- A másik, az együttműködések létrehozását és sikeres működését befolyásoló alapvető körülmény az eljáráshoz kapcsolódó adminisztráció. Ennek a megoldásnak azonban vitathatatlanul nagyok az adminisztrációs (jogosultságigazolás, visszatérítési kérelmek) terhei.

Ennek következtében egész határrégiók ellátása esetén a beteget vagy a külföldi szolgáltatót és a NEAK-ot érintő nagy adminisztrációs teher miatt mégsem tartjuk ideális megoldásnak. Az opció csak kisebb léptékben – néhány konkrét intézmény együttműködésében – jelenthet jó megoldást (a francia-belga ellátási körzetek mintájára).

Je 04 Az európai betegellátási rezsimek lehetőségeinek felhasználása

Finanszírozási hatás: A külföldi szolgáltatónál igénybevett ellátásokért a magyar biztosító a szolgáltatóra irányadó, a működési területe szerinti országban érvényes mindenkori költségeket téríti. Bár ez a NEAK részéről a saját finanszírozási díjaitól alkalmasint eltérő díjak kifizetését igényli, ezek a díjak mégsem a piaci díjszabás szerinti, hanem az adott külföldi szolgáltató működési területe szerinti ország jogszabályai szerinti belföldi költségeket jelentik, amelyek alacsonyabbak a piaci díjszabásnál. A NEAK tehát még mindig olcsóbban tud szolgáltatást biztosítani a saját biztosítottjai számára külföldön annál, mintha teljesen üzleti alapon kellene szolgáltatást vásárolnia.

Előnyök:

- A beteg és a szolgáltatást nyújtó fél szempontjából mind finanszírozási, mind adminisztratív szempontból előnyös megoldásnak tekinthető, hiszen nem keletkezik többlettelep.
- A megoldás előnye a szabályozott jogi környezet **(a koordinációs eljárás szabályainak ötvözése a hatályos jogszabályok szerinti külön megállapodásokkal)**, valamint az a körülmény, hogy **előre rögzíthetők az együttműködés keretében nyújtott ellátások és az elfogadóhelyek**. Ezen kívül az sem közömbös, hogy minden más javaslat teljesen új (előzmények nélküli) eljárások kialakítását és begyakorlását igényli a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések résztvevőitől, míg az európai betegellátási rendszer kínálta lehetőségek használata nem jelent mást, mint az EU-s tagság révén már egyébként is kötelezően alkalmazandó szabályok kiterjesztését az együttműködések területére (bejárattott út a szolgáltatók finanszírozására és a biztosítók közötti elszámolásra).

Hátrányok:

- Magasabb külföldi díjtételek estén a mindenkori egészségbiztosítási alap viseli a többletfinanszírozással járó terheket.
- Újdonságot és jelentősebb költségráfordítást jelentene, ha az E 112-eseket kártya formátumban (vagy elektronikus kártyaként) állítanák ki a határon átnyúló együttműködések földrajzi területén élő lakosság (pontosabban az igénylői kör tagjai) számára.

Megvalósíthatóság: Az európai betegellátási rendszerben rejlő lehetőségeket érvényesítő megállapodások megkötése elsősorban azon határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések számára lehet ideális, ahol a díjtételek hasonlóak a határ két oldalán.

Az E 112-es kártyák tekintetében a szükséges pótlólagos források azonban a határon átnyúló projekteket támogató programok, pl. az INTERREG révén biztosíthatók. Véleményünk szerint az E 112-es regionális kártya formátumban történő kiadása a támogatható célok közé tartozik, hiszen ehhez hasonló gyakorlatot az Unió több országa már évtizedek óta követ (pl.: francia-belga és holland-német relációban). Arról nem is beszélve, hogy elektronikus kártya esetén a projekt hozzájárulhat ahhoz, hogy a partnerországok intézményei (és nem utolsósorban a helyi lakosság) kiemelkedő tapasztalatokkal rendelkezzen az elektronikus adatkezelési eljárásokról, amelyek mind a GDPR-rendelet kiteljesedését követően, mind az e-Health, m-Health eszközök és alkalmazások elterjedésével felértékelődnek.

A megoldás kivitelezhetőségét az Esztergomi Vaszary Kolos Kórház és a szlovákiai Dôvera Biztosító közötti határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói együttműködés már igazolja, hiszen a felek ennek keretében is az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató hazájában érvényes belföldi költségmértéken való elszámolásban állapodtak meg.

[Je 05 Az állami adatgyűjtési, adatelemzési, obszervatóriumi funkciókat a határon átnyúló ellátások tekintetében is teljes körűvé téve, rendszeresen ki kell terjeszteni](#)

Finanszírozási hatás: A határon átnyúló betegmozgást folyamatosan monitorozó tevékenységeket célszerű volna egy egészségügyi kutató központ keretében biztosítani, a korábbi intézmények mintájára. Ez az új központ működési költségeinek biztosítását is szükségessé teszi. Ugyanakkor a központ elláthatna számos olyan adatfeldolgozási, stratégiai feladatot is, amelyek az egészségügyi ellátórendszer működési költségeit tudnák csökkenteni.

Előnyök: A határmenti betegmobilitásról naprakész információ állna rendelkezésre, ami a betegbiztosítási kassza tervezhetőségét éppúgy könnyíteni, mint ahogy erősítené a határ menti funkcionális együttműködések, javítva az ellátások gazdaságosságát, felszámolva a párhuzamos kapacitásokat.

Hátrányok: Nincs.

Megvalósíthatóság: A szolgáltatók számára előírt jelentési kötelezettség már teljes, ez nem igényel módosítást. Azt a helyzetet azonban sürgősen fel kell számolni, hogy a szolgáltatóktól érkezett nyers adatok elemzése csak eseti lekérdezések útján lehetséges: a nyers adatokat a már 2005-ben megalkotott elemző táblákba rendezve lehetne automatikusan nyilvántartani annak érdekében, hogy a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködésekkel összefüggő állami akciók a lehető legrövidebb idő alatt tervezhetőek legyenek. A francia-belga mintára létrehozandó kutatóközpont számos más módon is segíthetné a magyarországi egészségügyi rendszer átalakítását, gazdaságosságának javítását.

[Je 06 Betegjogok érvényesülésének biztosítása a határ menti betegmobilitás támogatásán keresztül – előkészítő vizsgálatok és javaslatok](#)

Finanszírozási hatás: A javasolt projekt a *Jogi akadálymentesítés* 4. mérföldkövének keretében megvalósítható.

Előnyök: Az egészségügyi integrációval kapcsolatosan az elmúlt másfél évtizedben született, de előrelépést nem eredményező vizsgálatok eredményeinek felhasználása, a konkrét továbblépési lehetőségek kijelölése, azok előkészítése.

Hátrányok: Nincs.

Megvalósíthatóság: A projekt – külső szakértők bevonásával az alábbi kimenetekkel rendelkezne:

- az intézményi és jogi környezet vizsgálata,
- 4 konkrét határ menti kórház alkalmassági vizsgálata,
- javaslattétel a határ menti betegellátást elősegítő kormányközi megállapodások szövegére (ahol ez szükséges),
- javaslattétel a mentőautók határon át történő mozgását lehetővé tevő jogszabályra, és ehhez kapcsolódóan
- a nemzetközi mentési bizottság szakmai szemináriumának megszervezése,
- az érintett kórházak határon átnyúló szolgáltatásnyújtását segítő mintaszerződéseknek az érintett partnerek bevonásával történő kidolgozása,
- magyar nyelvű útmutató kidolgozása határ menti betegellátás megszervezéséhez.

Javaslatok az egészségturizmus vonatkozásában

Az alábbi ajánlások az egészség-, illetve egészségügyi turizmushoz kapcsolódnak, azzal, hogy a közfinanszírozott intézményekben térítés ellenében nyújtott ellátásokra is megfelelően alkalmazandók.

Jt 01 Az állami adatgyűjtési, adatelemzési, obszervatóriumi funkciókat a térítésköteles ellátások tekintetében és a magán egészségügyi szektor intézményeire is teljes körűen ki kell terjeszteni

Meg kell kezdeni a magán egészségügyi szolgáltatások piacán az igénybevételre, a humán erőforrásra, a bevételekre és a kiadásokra vonatkozó adatok rendszerszerű gyűjtését és elemzését. A közfinanszírozott intézmények által nyújtott térítésköteles ellátásokra vonatkozó adatszolgáltatási kötelezettség hiányosságait (a jelentési fegyelem hiánya miatti adathiányokat) pedig fel kell számolni.

Ellenkező esetben a magán egészségügyi szolgáltatások piacán zajló folyamatokat az állam nem tudja figyelembe venni a saját ellátási tevékenységének – az állami kapacitásoknak és finanszírozásnak, összességében az egészségügyben zajló állami erőforrás-gazdálkodásnak – a tervezése során. E nélkül pedig a határon átnyúló együttműködésektől független olyan kérdések sem kezelhetők hatékonyan, mint az állami és a magán egészségbiztosítási konstrukciók egymáshoz való viszonya, a magánbiztosítás szélesebb körű bevezetése, mert a valós helyzet ismerete nélkül hozott döntések az ideálshoz képest szükségképpen hátrányosabb eredményre vezetnek. A magán egészségügyi szolgáltatókkal kapcsolatos adatgyűjtésnek a szolgáltatás nyújtásában részt vevő személyzet adataira is ki kell terjednie, ami kiemelkedően fontos lenne a betegbiztonság szempontjából (azért, hogy mindenki csak annyi munkát vállalhasson, ami a munkaidő-terhelés szempontjából nem veszélyezteti a betegellátás biztonságát – ez különösen a közsférában lényeges, ahol a gyógyítás magas színvonalának fenntartása közérdek, melynek sérelmét nem okozhatja a magánérdekek előtérbe helyezése).

Jt 02 A köz- és magán ellátás szabályozása a közintézményekben

Meg kell alkotni a közintézményekben végzett magán ellátás feltételeit és jogi kereteit rögzítő szabályokat, a meglévő pénzügyi-elszámolási szabályok mellett a felelősségi szabályokat, illetve azokat a munkaidő-szervezésre vonatkozó szabályokat, amelyek garantálják, hogy a közintézmények alkalmazottainak a magán ellátásban történő rendelkezésre állása a közfinanszírozott ellátás biztonságát semmilyen összefüggésben se veszélyeztethesse (ne maradjon el, vagy tolódjon későbbre egy közfinanszírozott ellátás azért, mert az ellátást nyújtani képes szakember éppen magán ellátást végez a közfinanszírozott intézményben, közfinanszírozásból működő eszközparkkal, a közfinanszírozott munkaidejében).

Elő kell írni továbbá, hogy amennyiben a közintézményben (az intézmény eszközparkjának használatával) magán ellátás történik, az ennek nyújtását végző szolgáltatónak (ha nem azonos a közfinanszírozott intézménnyel), díjat kell fizetnie a közintézmény számára. Az erre vonatkozó tarifális és garanciális szabályok ugyancsak kidolgozandók. Ugyanígy kell előírni azt is, hogy, ha a közintézmény a saját maga által alapított és működtetett intézményi ellátásszervező közbeiktatásával az intézménybe térítésköteles ellátásra jelentkező külföldi betegeket toboroz, akkor az ilyen betegek ellátása után képződő bevételeket köteles az adófizető állampolgári közösség ellátásra szolgáló intézményi kapacitások fenntartásába bevonni (fejlesztésre, stb. fordítani). Ezt a kötelezettséget és a kötelezettség teljesítésének módját jogszabályban szükséges rendezni.

A szabályozás indoka mindkét fenti esetben ugyanaz: a magán ellátás is a közintézmény eszközparkját amortizálja, aminek a költségét – a javasolt szabály közbeiktatása nélkül – kizárólag az adófizető

közösség fizetné meg úgy, hogy az eszközök amortizációjához hozzájáruló magán célú használat a közösség tagjai számára semmilyen anyagi haszonnal nem jár, csak az amortizáció visszapótlásában jelentkező közkiadásokat növeli.

Jt 03 El kell kerülni az egészségturizmussal és egészségügyi turizmussal kapcsolatos megalapozatlan fejlesztéseket

Olyan támogatási struktúrát kell kialakítani, ami szükségtelen kapacitások kialakítása nélkül ösztönzi a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók megjelenését az egészségturisztikai szolgáltatások piacán. Az egészségturizmusban rejlő anyagi előnyök kihasználására az egészségügyi ágazat szereplői döntően eddig sem a saját kapacitásaik hiányosságai miatt voltak képtelenek, hanem amiatt, hogy a szolgáltatásaik értékesítéséhez szükséges kapcsolatokat, együttműködéseket nem vagy nem megfelelő mértékben alakították ki a kereskedelmiszálláshely-tulajdonosokkal, -üzemeltetőkkel, illetve az egészségügyi marketing-szakemberekkel, utazási irodákkal, külföldi biztosítókkal, sőt, magukkal a szolgáltatást igénybe vevőkkel (nyelvtudás, stb.). A probléma megoldása tehát megítélésünk szerint nem attól függ, hogy az egészségügyi szolgáltató ezután kereskedelmiszálláshely-értékesítő is lesz-e egyben (kiépít-e saját kereskedelmi szálláshelyeket a telephelyén), vagy hogy a gyógyfürdő kórházzá is válik-e, hanem attól, hogy milyen mértékben képes olyan portfólióképzésre, forgalomszervezésre, kapcsolatteremtésre, ami a saját egészségügyi szolgáltatásait eladhatóvá és folyamatosan értékesíthetővé teszi, a szolgáltatásvásárlók folyamatos megjelenését – s ezzel a folyamatos keresletet és bevételt – biztosítja az intézmény számára. Ez pedig nem elsősorban telephelyiinfrastruktúra-fejlesztés kérdése! Álláspontunk szerint az egészségturizmus szempontjából elsősorban nem az egészségügyi intézménynek kell komplexnek lennie, hanem a szolgáltatási csomagnak (amiben a létező egészségügyi intézmények a „beszállítók”)! Ebben az olvasatban a kórházak (nyilván csak a járóbetegeik számára) megrendelhetik a szálláshely-szolgáltatást a szállodáktól, a gyógyfürdők pedig a szakellátást a kórházaktól, szakrendelőktől. Ilyen saját kapacitásokat pedig legfeljebb csak a leépítendő intézmények kapacitásainak átvételével alakíthatnak ki (országosan új kapacitások kialakítása nélkül intézményközi kapacitás átadás-átvétellel).

Jt 04 A kötelező betegsorrendet érvényesíteni, a kötelezettség betartását pedig rendszeresen ellenőrizni és, ha szükséges, szankcionálni kell

El kell kerülni, hogy az egészségturizmus és az egészségügyi turizmus fejlesztése – megfelelő szabályozás és rendszeres ellenőrzés nélkül – a lakossági terhek növekedéséhez vezessen, amennyiben a „fizetős” (az intézmény számára „hasznosabb”, „fontosabb”) betegek megelőzik a „csak” a közfinanszírozás tarifáit hozó magyar biztosítottakat, vagy a velük azonosan ellátandó külföldieket. Az ellátórendszerben ugyanis ma is kötelező betegsorrend van, amelyet az 1997. évi LXXXIII. tv. 18.§ (3) bekezdése ír elő. Ez alapján a magyar biztosított és a vele azonosan minősülő külföldi személyek ellátása minden más harmadik személy ellátását megelőzi (függetlenül attól, hogy a harmadik személyek ellátása az intézmény közfinanszírozott vagy magán finanszírozású kapacitásain történik). A fizetőköteles külföldiek ellátása tehát a NEAK-kal finanszírozási szerződésben álló szolgáltatók esetében csak a szabad kapacitás terhére lehetséges. Az egészségügyi szolgáltatók közfinanszírozásban lekötött kapacitásai ugyanis a magyar biztosítottak és a velük azonosan elbírálható személyek ellátására állnak rendelkezésre (1997. évi LXXXIII. törvény 18. §, (1)-(3a) bekezdés):

18. § (1) A biztosítottat az e törvény szerint járó egészségügyi szakellátásra a finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa vagy az e törvény végrehajtásáról szóló kormányrendeletben

meghatározott feladatot ellátó orvos utalhatja be az e törvény végrehajtásáról szóló kormányrendeletben foglaltak szerint.

- (2) A biztosított ellátását nem tagadhatja meg
- a) a beutalóhoz kötött szakellátások esetében a beutaló szerinti egészségügyi szolgáltató,
 - b) a beutalóhoz nem kötött szakellátások esetében a biztosított tekintetében területi ellátási kötelezettséggel rendelkező egészségügyi szolgáltató.
- (2a) A beutalóhoz kötött szakellátások esetében **az egészségügyi szolgáltató köteles elfogadni az Európai Unió más tagállamában az uniós beteg részére az arra jogosult egészségügyi szakember által kiállított beutalót is**, kivéve, ha az az egészségügyi szolgáltató számára nem érhető vagy nem nyújt elég információt a beteg egészségi állapotáról és az ennek alapján orvosilag szükséges beavatkozások köréről.
- (2b) A beutalóhoz nem kötött szakellátások esetében az uniós beteg ellátását nem lehet megtagadni arra hivatkozva, hogy vonatkozásában az egészségügyi szolgáltató területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkezik.
- (3) <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700083.TV - lbj84id3ed3> A biztosított tekintetében területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkező egészségügyi szolgáltató a (2) bekezdés a), illetve b) pontja szerinti esetben az e törvény végrehajtásáról szóló rendeletben meghatározottak szerint az ellátást - az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 77. §-ában meghatározott eset kivételével - megtagadhatja, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását a területen kívüli betegek fogadása veszélyeztetné.
- (3a) <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700083.TV - lbj85id3ed3> Az egészségügyi szolgáltató **csak akkor tagadhatja meg az uniós beteg ellátását, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását az uniós beteg fogadása veszélyezteti**. Az elutasítást ilyen esetben írásban meg kell indokolni. (Kiemelés tőlem –a szerz.)

Az a tény, hogy a fenti rendelkezések a magyar biztosítottakon és az uniós betegeken kívül más külföldiekre nem vonatkoznak, egyértelmű utalás arra, hogy a magyar biztosítottakat és a velük azonosan elbírálendő uniós betegeket a többi külföldihez képest előnyben kell részesíteni az ellátás során, azaz a külföldiek ellátása a biztosítottak ellátását nem akadályozhatja (kivéve a sürgősség eseteit az Eütv. 243.§ (3) bekezdésében).

V. Bibliográfia

Barry, M. (2015). *Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), Report on Cross-border Cooperation*.

https://www.researchgate.net/publication/281268484_Expert_Panel_on_effective_ways_of_investing_in_Health_EXPH_Report_on_Cross-border_Cooperation Last accessed on January 16, 2019.

Consolidated Version of the Treaty on the Functioning of the European Union. http://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:2bf140bf-a3f8-4ab2-b506-fd71826e6da6.0023.02/DOC_2&format=PDF Last accessed on January 18, 2019.

Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:en:PDF> Last accessed on January 18, 2019.

ESPON (2018): Cross-border Public Services: Final Report. *Good practice factsheets*.

European Commission (2017): *La coopération transfrontalière dans le domaine de la santé: principes et pratiques*. https://ec.europa.eu/futurium/en/system/files/ged/cooperation_sante_fr_brochure.pdf Last accessed on January 18, 2019.

Glinos, A. I., Wismar, M. (2013): Hospitals and borders: an introduction to cross-border collaboration. In: Glinos, A. I., Wismar, M. (eds.): *Hospitals and Borders Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions*. World Health Organization, Copenhagen, pp. 3-10.

Nemzeti fejlesztés 2030. Országos Fejlesztési és Területfejlesztési Kon koncepció. http://www.terport.hu/webfm_send/4616

Sanjuán, M. J., Gil, J. (2013): One hospital for the border region: building the new Cerdanya Hospital (Spain–France). In: Glinos, A. I., Wismar, M. (eds.): *Hospitals and Borders Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions*. World Health Organization, Copenhagen, pp. 155-179.

The Gallup Organization (2007): Cross-border health services in the EU. Analytical report. Flash EB No210. http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl_210_en.pdf

VI. Mellékletek

VI.1 Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Nemzetközi és Európai Uniós Főosztály (2005. április): Helyzetelemzés a határon átnyúló betegellátás és együttműködések fejlesztéséhez

A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködések létesítését megalapozó körülmények

A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések hazai gyakorlatának elemzésére kétirányú elemzést végeztünk:

- 1) Egyrészt azonosítottuk a jelenleg létező határon átnyúló együttműködések területén működő egészségügyi szolgáltatókat és megvizsgáltuk a külföldi állampolgárságú betegek ellátásával kapcsolatos teljesítményüket. A vizsgálat forrásául az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet szabályai szerint az egészségügyi szolgáltatók által az egyes ápolási esetekről kötelezően készítendő és az OEP által feldolgozott szolgáltatói jelentések adatai szolgáltak. Két alapvető területen rendelkezünk teljes körű adatokkal: a fekvőbeteg- és a járóbeteg-szakellátás területén. Mindkét esetben betegre lebontott adataink vannak, amelyekből egyértelműen kideríthető:
 - az ellátás helye (megye, település, intézmény),
 - az ellátást indokoló körülmények (sürgősség, tervezett gyógykezelés),
 - a beteg állampolgársága (szomszédos, uniós, egyéb),
 - a külföldi állampolgárságú beteg jogi státusza, amely lehet:
 - ↳ véglegesen Magyarországra áttelepült teljes ellátásra jogosult (magyar egészségbiztosítással és TAJ-jal rendelkező) külföldi személy;
 - ↳ átmenetileg Magyarországon tartózkodó kétoldalú nemzetközi egyezmény alapján sürgősségi ellátásra jogosult külföldi személy;
 - ↳ átmenetileg Magyarországon tartózkodó Európa Tanácsi rendelet alapján sürgős/szükséges ellátásra, illetve magyarországi gyógykezelésre jogosult külföldi személy;
 - ↳ a magyarországi ellátásokra csak térítés ellenében jogosult (biztosítási jogviszonyban nem álló, egyezmény és rendelet hatálya alá nem tartozó) külföldi személy
- 2) Másrészt felmértük a már létező és működő határon átnyúló együttműködésekben rejlő egészségügyi együttműködéssel/betegmobilitással kapcsolatos tartalmakat, az együttműködések egészségügyi tevékenységekre/betegmobilitásra történő kiterjesztésével összefüggő helyi (önkormányzati és egészségügyi szolgáltatói) kezdeményezéseket. A felmérés alapjául külön erre a célra összeállított kérdőív, illetve az arra érkező válaszok szolgáltak, amelyeket a kérdőívek címzettjei - a jelenleg létező határon átnyúló együttműködésekben részt vevő önkormányzatok, illetve az együttműködések területén működő egészségügyi szolgáltatók – biztosítottak. Két alapvető területen

rendelkezünk adatokkal: az önkormányzati kezdeményezésű határon átnyúló együttműködések számáról, tartalmáról és tagságáról, illetve az együttműködések területén működő egészségügyi szolgáltatók együttműködésbe történő bevonásának módjáról és mértékéről, a határon átnyúló egészségügyi együttműködések tevékenységi területeiről.

1. A külföldiek ellátásának teljesítményadatai:

Kifejezetten célunk volt az ellátások területi megoszlásának modellezése, a külföldiek ápolásához kapcsolódó költségek mértékének és forrásainak azonosítása, annak érdekében, hogy tervezhetővé váljanak a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködések, illetve annak érdekében, hogy pontosan felmérjük a jelenleg működő határon átnyúló együttműködések földrajzi területének érintettségét a betegmobilitásban. Kifejezett célunk volt továbbá az előzők szerint a külföldiek ellátása szempontjából jelentősként meghatározott földrajzi területeken zajló együttműködési tevékenység szakterületeinek azonosítása. Ennek érdekében az ellátások mennyiségi és költségadatain túl az ellátások szakmák szerinti megoszlását is kimutattuk. A táblák a 2002. és a 2003. év teljesítményadatait tartalmazzák, így korlátozottan rövid távú tendenciák előre jelzésére is alkalmasak.

Fekvőbeteg ellátás 2002-ben:

A külföldiek fekvőbeteg-ellátásának* területi megoszlása 2002-ben			
Megye, főváros	Fekvő beteg		
	összes	Külföldi**	%
Baranya	130 317	537	0,41
Bács-Kiskun	129 057	742	0,57
Békés	88 879	363	0,41
Borsod-Abaúj-Zemplén	177 425	232	0,13
Csongrád	122 476	1 888	1,54
Fejér	86 857	340	0,39
Győr-Moson-Sopron	98 250	448	0,46
Hajdú-Bihar	165 020	1 689	1,02
Heves	85 107	219	0,26
Jász-Nagykun-Szolnok	93 412	149	0,16
Komárom-Esztergom	62 162	364	0,59
Nógrád	45 233	73	0,16
Pest	108 545	768	0,71
Somogy	80 278	512	0,64
Szabolcs-Szatmár-Bereg	138 617	1 734	1,25
Tolna	53 658	170	0,32
Vas	54 873	200	0,36
Veszprém	91 599	421	0,46
Zala	76 222	425	0,56
Budapest	684 325	7 634	1,12
Összesen:	2 572 312	18 908	0,74

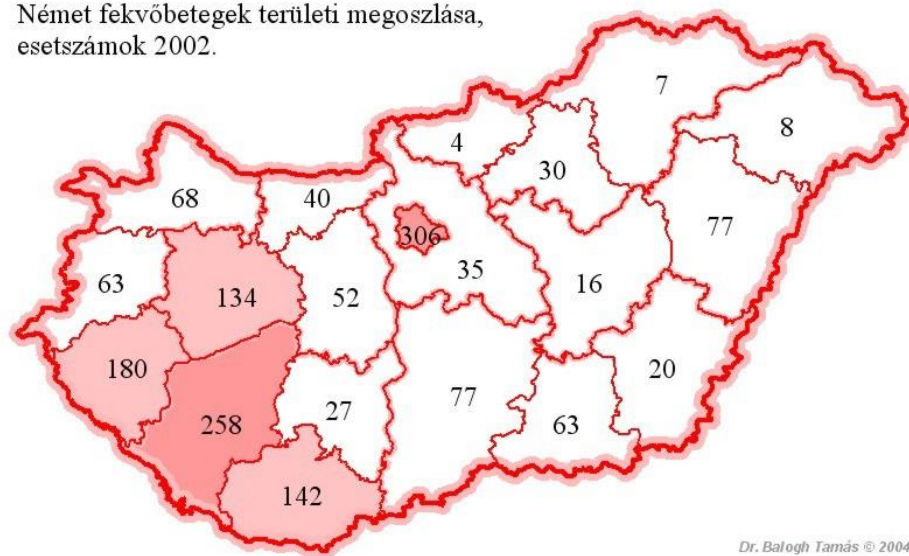
* Esetszámon a kórházi esetszámot értettük, azaz egy személy egy intézményben történő összes ápolása egynek számít, függetlenül attól, hogy ápolásának teljes időtartama alatt hány osztályon kezelték.

**A külföldiek körébe a magyar biztosítással rendelkezőktől a menekülteket mindenkit beleértettünk, aki nem magyar állampolgár, de Magyarországon tartózkodott és egészségügyi ellátást vett igénybe. Az elemzésbe vont személyi kör tehát a 4. oldalon az 1) pontban közölt személyi körnél szélesebb.

A külföldi fekvőbetegek állampolgárság* szerinti megoszlása 2002-ben		
Ország	Fekvő betegek	
	Száma	Aránya a vizsgált csoportban (%)
Németország	1 607	8,50
Románia	7 400	39,14
Szerbia és Montenegró	1 506	7,96
Ukrajna	2 865	15,15
Egyéb	5 530	29,25
Összesen:	18 908	100,00

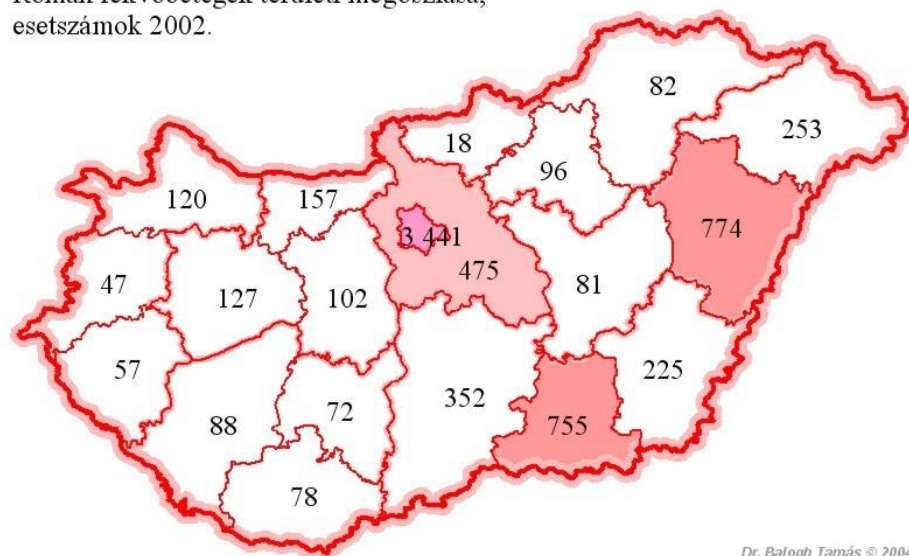
* Természetesen nem csak a felsorolt országokból érkeztek hozzánk olyan személyek, akik egészségügyi ellátásban részesültek, de a tervezés szempontjából 2002-ben a fenti kategóriák voltak a legjelentősebbek (az ellátott külföldiek 71%-a ebből a négy országból érkezett).

Német fekvőbetegek területi megoszlása, esetszámok 2002.



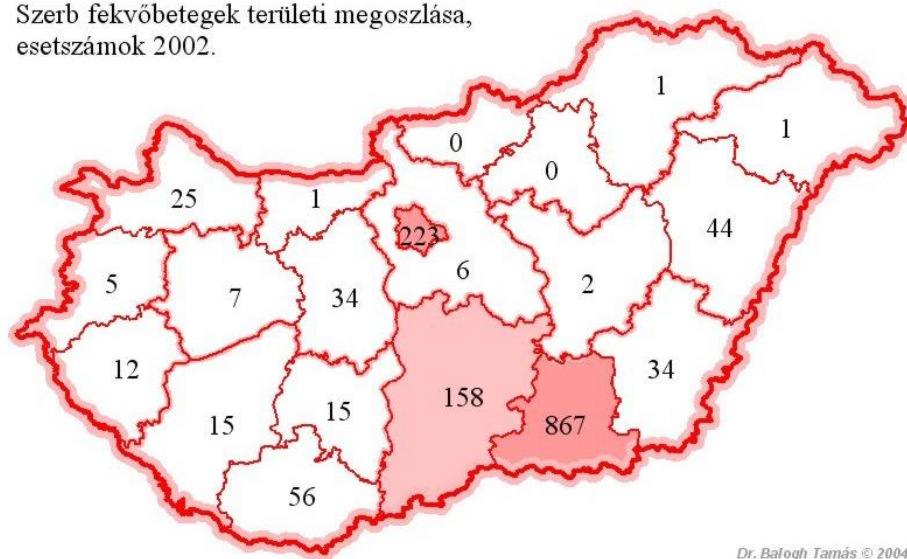
Dr. Balogh Tamás © 2004.

Román fekvőbetegek területi megoszlása, esetszámok 2002.

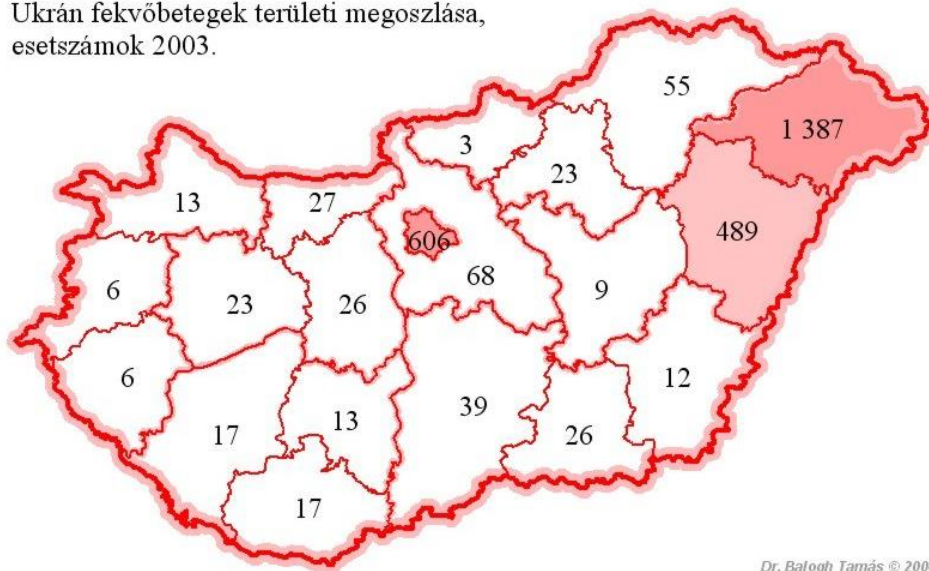


Dr. Balogh Tamás © 2004.

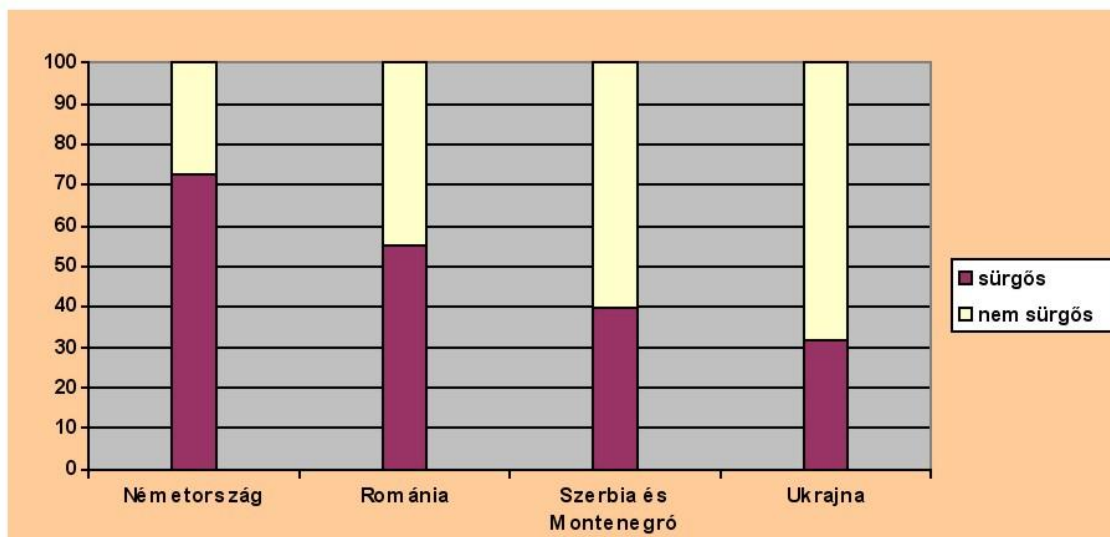
Szerb fekvőbetegek területi megoszlása, esetszámok 2002.



Ukrán fekvőbetegek területi megoszlása, esetszámok 2003.



A külföldi fekvőbetegek ellátásának sürgősség szerinti megoszlása (%), 2002.

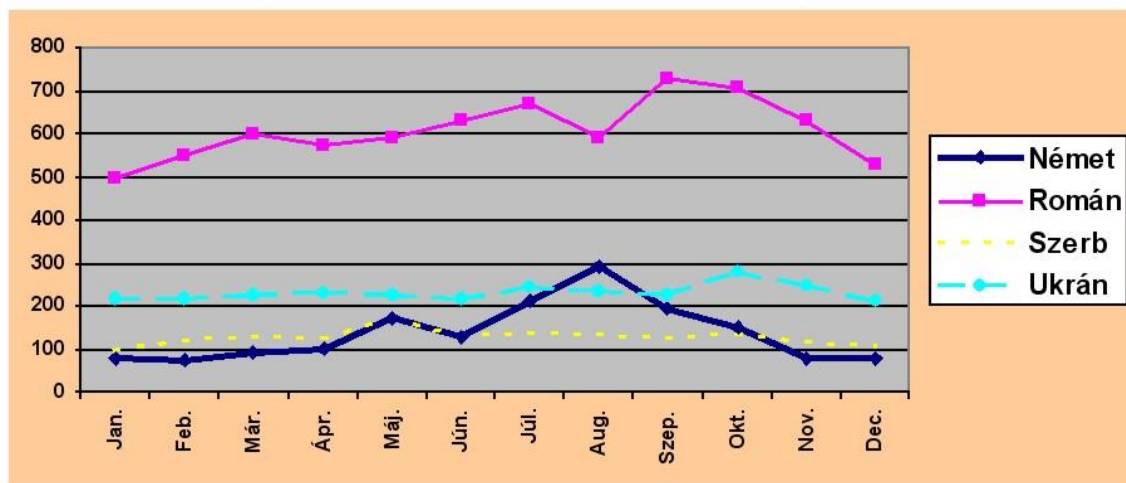


A külföldi fekvőbetegek szakmák szerinti megoszlása 2002-ben												
Szakma	Németek			Románok			Szerbek			Ukránok		
	Esetszám	%		Esetszám	%		Esetszám	%		Esetszám	%	
Traumatológia	1.	231	14,4	3.	592	8,00	6.	106	7,0	4.	161	5,6
Belgyógyászat	2.	212	13,2	4.	524	7,08	4.	136	9,0	5.	152	5,3
Sebészet	3.	175	10,9	2.	785	10,61	2.	227	15,1	2.	273	9,5
Csecsemő- és gyermekgyógyászat	4.	155	9,6	5.	483	6,53	3.	137	9,1	3.	248	8,7
Szülészet- és nőgyógyászat	5.	115	7,2	1.	2 267	30,64	1.	269	19,7	1.	1 215	42,2
Kardiológia	6.	95	5,9	12.	144	1,95	16.	21	1,4	13.	31	1,1
Ideggyógyászat	7.	79	4,9	14.	136	1,84	13.	23	1,5	12.	40	1,4
Rehabilitáció, tartós ápolás	8.	60	3,7	35.	5	0,07	23.	8	0,5	27.	7	0,2
Stroke	9.	58	3,6	27.	32	0,43	35.	1	0,1	35.	4	0,1
Intenzív betegellátás	10.	46	2,9	19.	73	0,99	22.	10	0,7	19.	21	0,7
Sürgősségi betegellátás	11.	44	2,7	17.	82	1,11	20.	12	0,8	16.	23	0,8
Pszichiátria	12.	42	2,6	10.	169	2,28	10.	35	2,3	10.	52	1,8
Gastroenterológia	13.	42	2,6	18.	74	1,00	27.	7	0,5	23.	17	0,6
Urológia	14.	35	2,2	8.	216	2,92	7.	94	6,2	7.	97	3,4
Fül-orr-gégegyógyászat	15.	31	1,9	7.	232	3,14	9.	47	3,1	6.	115	4,0
Fertőzőbeteg-ellátás	16.	26	1,6	16.	93	1,26	18.	13	0,9	11.	46	1,6
Mátrix típusú intézet	17.	23	1,4	31.	23	0,31	28.	6	0,4	31.	5	0,2
Szemészet	18.	19	1,2	6.	354	4,78	5.	120	8,0	9.	66	2,3
Onkológia, onkoradiológia	19.	17	1,1	9.	207	2,80	8.	48	3,2	8.	71	2,5
Tüdőgyógyászat	20.	17	1,1	11.	167	2,26	12.	28	1,9	18.	23	0,8
Hematológia	21.	13	1,1	20.	69	0,93	26.	7	0,5	15.	26	0,9
Ortopédia	22.	13	0,8	13.	144	1,95	14.	22	1,5	14.	29	1,0
Idegsebészet	23.	9	0,6	15.	116	1,57	11.	29	1,9	17.	24	0,8
Bőr- és nemibeteg-gyógyászat	24.	8	0,5	25.	44	0,59	19.	12	0,8	26.	9	0,3
Reumatológia	25.	7	0,4	21.	55	0,74	25.	7	0,5	20.	19	0,7
Érsebészet	26.	6	0,4	22.	52	0,70	34.	2	0,1	22.	18	0,6
Sugárterápia	27.	5	0,3	26.	39	0,53	17.	15	1,0	30.	6	0,2
Immunológia	28.	5	0,3	29.	30	0,41	33.	2	0,1	28.	7	0,2
Anyagcsere, endokrinológia	29.	4	0,2	28.	31	0,42	21.	11	0,7	34.	2	0,1
Fogászat, szájsebészet	30.	3	0,2	30.	26	0,35	29.	4	0,3	25.	9	0,3
Szívsebészet	31.	3	0,2	23.	50	0,68	24.	8	0,5	21.	18	0,6
Angiológia	32.	2	0,1	32.	16	0,22	36.	0	0,0	33.	4	0,1
Tüdő- és mellkas-sebészet	33.	1	0,1	33.	14	0,19	33.	2	0,1	29.	6	0,2
PIC	34.	1	0,1	24.	47	0,64	31.	3	0,2	24.	15	0,5
Nefrológia	35.	1	0,1	34.	6	0,08	32.	3	0,2	32.	6	0,2
Ifjúsági pszichiátria	36.	0	0,0	36.	3	0,04	30.	4	0,3	36.	0	0,0
Összesen:	36	1 607	100,0	36	7 400	100,00	36	1 506	100,0	36	2 865	100,0

A külföldi fekvőbetegek ellátásának finanszírozása 2002-ben (%)				
Jogalap	Németek	Románok	Szerbek	Ukránok
Magyar biztosítás (TAJ) (1-es térítési kategória)	14,94	41,21	43,52	27,21
Szociálpolitikai egyezmény (3-as térítési kategória)	0,00	37,45	19,11	53,96
Elszámolásos egyezmény („E” térítési kategória)	45,44	0,00	0,00	0,00
Nem biztosított, vagy a társadalom-biztosítás terhére el nem számolható, térítésköteles ellátást igénylő (4-es térítési kategória)	39,62	11,50	26,52	12,37
Külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása (Segítő Jobb)	0,00	9,63	8,93	5,94
Befogadott	0,00	0,08	0,86	0,07
Menekült	0,00	0,09	0,40	0,21
Menekült/menedékes státuszt kérő	0,00	0,04	0,66	0,24
Összesen:	100,00	100,00	100,00	100,00

A külföldiek járóbeteg-ellátásának területi megoszlása 2002-ben			
Megye, főváros	Járó beteg		
	Összes	Külföldi	%
Baranya	3 033 189	2 415	0,08
Bács-Kiskun	2 904 974	3 546	0,12
Békés	1 818 991	2 369	0,13
Borsod-Abaúj-Zemplén	3 756 790	1 040	0,03
Csongrád	2 952 368	10 224	0,35
Fejér	2 144 012	2 504	0,12
Győr-Moson-Sopron	2 406 373	1 515	0,06
Hajdú-Bihar	3 374 960	20 890	0,62
Heves	1 571 083	1 677	0,11
Jász-Nagykun-Szolnok	1 932 131	595	0,03
Komárom-Esztergom	1 451 511	1 647	0,11
Nógrád	811 967	616	0,08
Pest	3 893 204	8 511	0,22
Somogy	1 657 356	2 571	0,16
Szabolcs-Szatmár-Bereg	2 183 347	3 501	0,16
Tolna	1 228 070	1 657	0,13
Vas	1 133 386	601	0,05
Veszprém	1 798 600	1 959	0,11
Zala	1 785 514	5 105	0,29
Budapest	15 989 092	39 523	0,25
Összesen:	57 826 918	112 466	0,19

A külföldi fekvőbetegek ellátásának szezonálisága (esetszám/hónap), 2002.

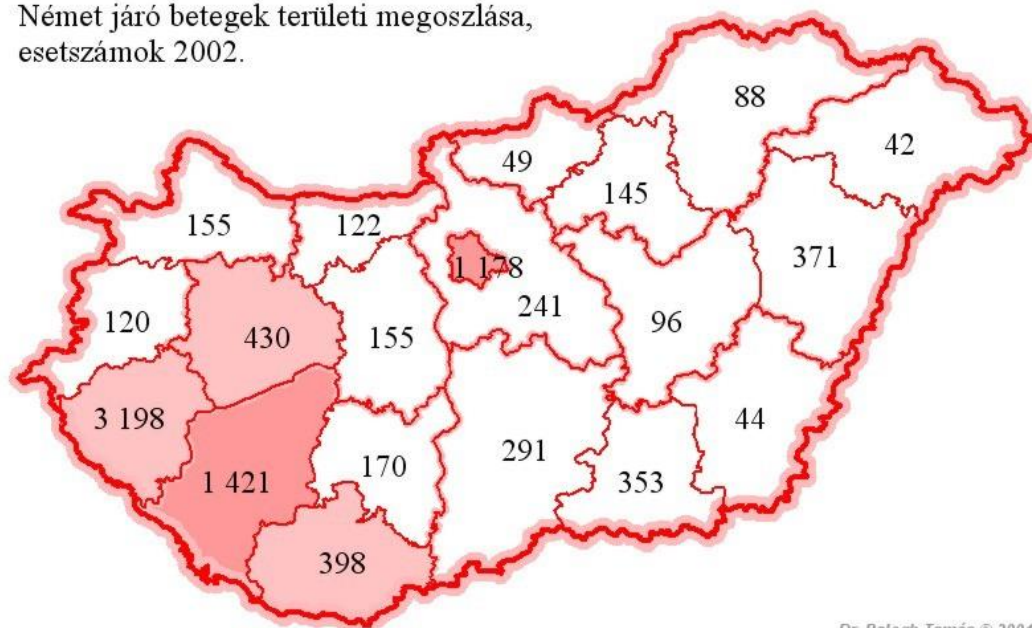


Járóbeteg-ellátás 2002-ben:

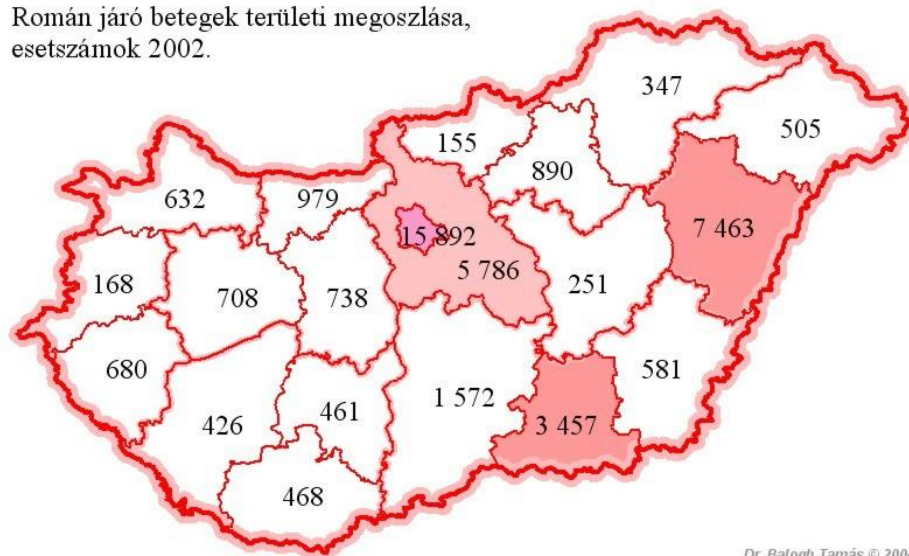
A külföldi járó betegek állampolgárság szerinti megoszlása 2002-ben		
Ország	Járó betegek	
	Száma	Aránya a vizsgált csoportban (%)
Németország	9 067	8,06
Románia	42 159	37,49
Szerbia és Montenegró	8 377	7,45
Ukrajna	11 791	10,48
Egyéb	41 072	36,52
Összesen:	112 466	100,00

* Természetesen nem csak a felsorolt országokból érkeztek hozzánk olyan személyek, akik egészségügyi ellátásban részesültek, de a tervezés szempontjából 2002-ben a fenti kategóriák voltak a legjelentősebbek (az ellátott külföldiek 63,48%-a ebből a négy országból érkezett).

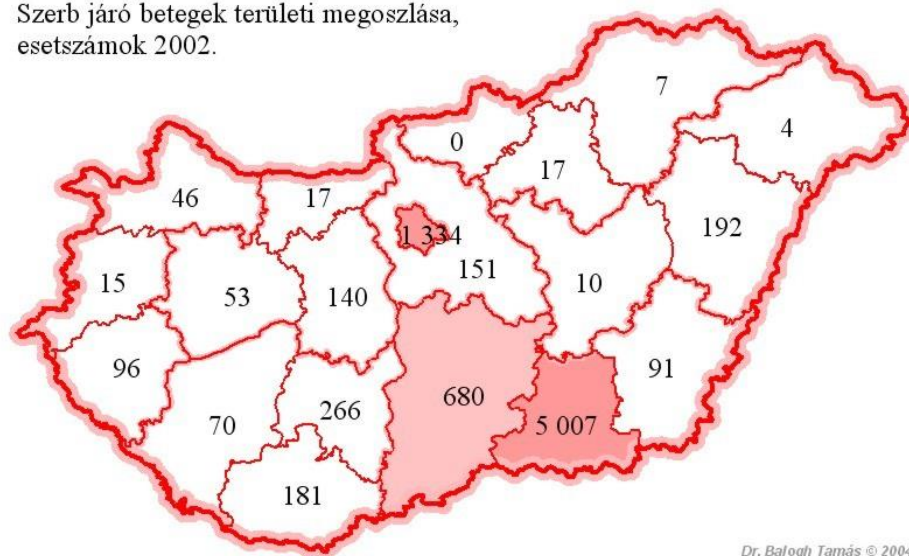
Német járó betegek területi megoszlása, esetszámok 2002.



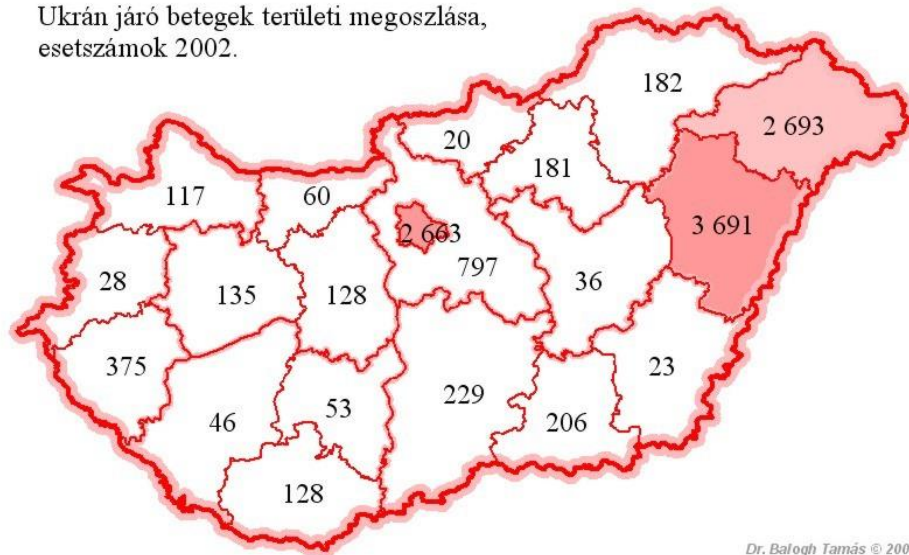
Dr. Balogh Tamás © 2004.

Román járó betegek területi megoszlása,
 esetszámok 2002.


Dr. Balogh Tamás © 2004.

 Szerb járó betegek területi megoszlása,
 esetszámok 2002.


Dr. Balogh Tamás © 2004.

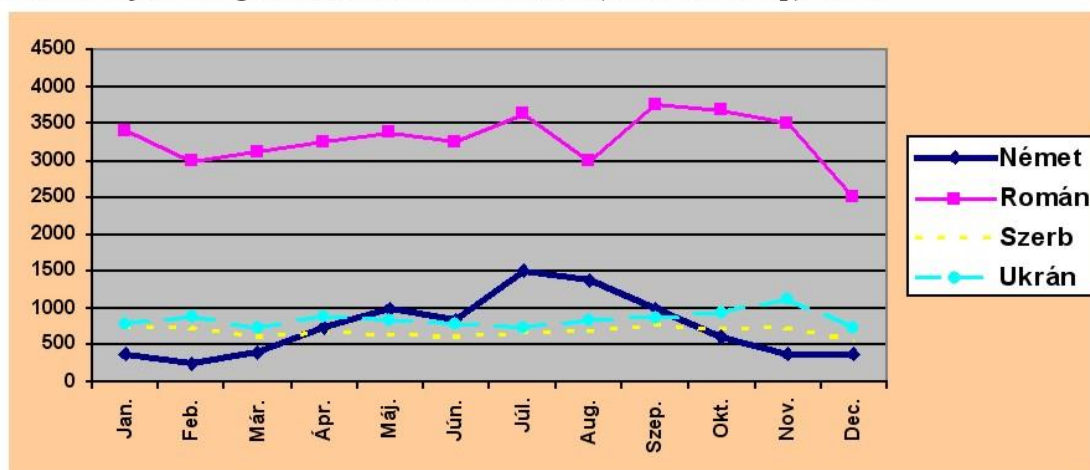
 Ukrán járó betegek területi megoszlása,
 esetszámok 2002.


Dr. Balogh Tamás © 2004.

A külföldi járó betegek szakmák szerinti megoszlása 2002-ben												
Szakma	Németek			Románok			Szerbek			Ukránok		
	Esetszám	%		Esetszám	%		Esetszám	%		Esetszám	%	
Reumatológia	1.	2560	28,23	10.	1303	3,09	18.	159	1,90	11.	312	2,65
Sebészet	2.	1528	16,85	5.	3045	7,22	6.	434	5,18	5.	724	6,14
Traumatológia	3.	792	8,73	6.	2187	5,18	8.	339	4,05	8.	475	4,03
Rehabilitáció, tartós ápolás	4.	516	5,69	32.	20	0,04	35.	13	0,16	38.	0	0,00
Bőr- és nemibeteg-gyógyászat	5.	462	5,10	3.	4790	11,36	4.	559	6,67	3.	1238	10,50
Fül-orr-gégegyógyászat	6.	451	4,97	7.	1752	4,15	7.	365	4,36	6.	550	4,66
Tüdőgyógyászat	7.	386	4,26	1.	7708	18,28	3.	832	9,93	2.	1580	13,40
Belgyógyászat	8.	372	4,10	9.	1337	3,17	10.	275	3,28	7.	541	4,59
Szüléset- és nőgyógyászat	9.	348	3,84	2.	6268	14,86	2.	1132	13,51	1.	2011	17,06
Intenzív betegellátás	10.	247	2,72	40.	29	0,06	40.	0	0,00	37.	1	0,01
Szemészet	11.	192	2,12	8.	1442	3,42	11.	267	3,19	12.	304	2,58
Pszichiátria	12.	179	1,97	14.	803	1,90	9.	324	3,87	18.	172	1,46
Kardiológia	13.	154	1,70	15.	790	1,87	12.	223	2,66	10.	392	3,32
Urológia	14.	123	1,36	11.	1077	2,55	13.	210	2,51	13.	303	2,57
Ideggyógyászat	15.	120	1,32	16.	642	1,52	19.	96	1,15	19.	157	1,33
Sürgősségi betegellátás	16.	112	1,24	21.	289	0,68	23.	44	0,56	24.	65	0,55
Csecsemő- és gyermekgyógyászat	17.	88	0,97	12.	917	2,17	5.	509	6,08	14.	298	2,53
Ortopédia	18.	78	0,86	18.	631	1,49	17.	167	1,99	17.	176	1,49
Gasztroenterológia	19.	65	0,72	17.	637	1,51	15.	191	2,28	15.	220	1,87
Onkológia, onkoradiológia	20.	57	0,63	13.	892	2,11	14.	200	2,39	9.	463	3,93
Hematológia	21.	44	0,49	19.	401	0,95	20.	70	0,84	21.	80	0,68
Anyagcsere, endokrinológia	22.	41	0,45	20.	348	0,82	16.	177	2,11	20.	135	1,14
Sugarterápia	23.	25	0,28	4.	3640	8,63	1.	1399	16,70	4.	1066	9,04
Immunológia	24.	24	0,26	22.	277	0,65	22.	54	0,64	16.	193	1,64
Fertőzőbeteg-ellátás	25.	19	0,21	27.	92	0,21	28.	26	0,31	26.	38	0,32
Felvételi osztály	26.	17	0,21	26.	112	0,26	21.	66	0,79	28.	19	0,16
Osteoporosis, klimax amb.	27.	16	0,19	24.	157	0,37	33.	12	0,14	22.	80	0,68
Nefrológia	28.	7	0,18	23.	172	0,40	25.	43	0,51	23.	79	0,67
Érsebészet	29.	7	0,08	29.	73	0,17	32.	12	0,14	29.	13	0,11
Angiológia	30.	6	0,08	35.	16	0,03	30.	18	0,21	30.	10	0,08
Idegsebészet	31.	5	0,07	25.	119	0,28	26.	34	0,41	25.	57	0,48
Stroke	32.	3	0,06	37.	9	0,02	31.	16	0,19	32.	6	0,05
Szívsebészet	33.	3	0,03	36.	13	0,03	37.	1	0,01	36.	0	0,00
Tüdő- és mellkas-sebészet	34.	1	0,03	28.	86	0,20	27.	30	0,36	27.	20	0,17
Klinikai genetika	35.	0	0,01	30.	36	0,08	24.	46	0,55	35.	1	0,01
Ifjúsági pszichiátria	36.	0	0,00	34.	18	0,04	29.	19	0,23	33.	4	0,03
Intenzív betegellátás	37.	0	0,00	31.	29	0,06	36.	1	0,01	34.	1	0,01
Foniátria	38.	0	0,00	33.	20	0,04	34.	11	0,13	31.	8	0,07
Higiéne	39.	0	0,00	39.	3	0,007	38.	0	0,00	39.	0	0,00
Fogászat, szájsebészet	40.	0	0,00	38.	6	0,01	39.	0	0,00	40.	0	0,00
Összesen:	40	9067	100,0	40	42159	100,00	40	8377	100,0	40	11791	100,0

A külföldi járó betegek ellátásának finanszírozása 2002-ben (%)				
Jogalap	Németek	Románok	Szerbek	Ukránok
Magyar biztosítás (TAJ) (1-es térítési kategória)	21,42	56,37	57,12	51,82
Szociálpolitikai egyezmény (3-as térítési kategória)	0,00	12,11	4,23	10,76
Elszámolásos egyezmény („E” térítési kategória)	18,10	0,00	0,00	0,00
Nem biztosított, vagy a társadalom-biztosítás terhére el nem számolható, térítésköteles ellátást igénylő (4-es térítési kategória)	55,55	17,12	14,73	18,99
Külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása (Segítő Jobb)	0,01	8,32	14,78	9,37
Befogadott	0,04	0,11	0,60	0,06
Menekült	4,64	5,20	7,20	8,55
Menekült/menedékes státuszt kérő	0,24	0,77	1,34	0,45
Összesen:	100,00	100,00	100,00	100,00

A külföldi járó betegek ellátásának szezonálisitása (esetszám/hónap), 2002.



Általános megállapítások a fekvő- és a járóbeteg-ellátás 2002-es adataival kapcsolatban:

1)

A Magyarországon fekvő és járó betegként ellátott külföldiek jelenleg az összes eset kevesebb, mint 1%-át teszik ki. A járóbeteg-ellátásban a külföldiek aránya alacsonyabb, mint a fekvőbeteg-ellátásban (0,19 % a 0,74 %-kal szemben). Az összes Magyarországon ellátott külföldi döntő többségét (mintegy 70%-át) négy állampolgári közösség – a német, a román, a szerb-montenegrói és az ukrán – teszi ki. A bosnyákok, horvátok, osztrákok, szlovákok és szlovének ápolási eseteinek száma viszont elenyésző marad.

2)

Teljesen természetes módon a külföldiek ellátása jellemzően a hazájukkal szomszédos magyar megyék területén koncentrálódik. A földrajzi közelség tehát a szomszédos területekről érkező külföldi betegek magyarországi ellátásának egyik alapvető szervező elve. A határmenti területekre érkezők országon belüli mobilitása azonban eltérő képet mutat:

- A német és a román betegek országon belüli mobilitása nagyobb. Vándorlásuk nem áll meg az országhatár mentén fekvő megyékben, amit kellően alátámaszt az a tény, hogy ellátásukban a főváros játssza a legkiemelkedőbb szerepet.
- A szerb és az ukrán betegek ellátási esetszámai viszont a közvetlenül az országhatár mentén fekvő megyékben magasabbak. A szerbek és ukránok országon belüli mobilitása tehát kisebb.

3)

A területi megoszlás a földrajzi közelség mellett bizonyos nyilvánvaló ellátórendszeri sajátosságokat is követ:

- A német betegek ellátása az ország hagyományosan németlakta területei (Baranya és Somogy) mellett olyan területeken koncentrálódik, amelyek kiemelt idegenforgalmi övezetnek minősülnek (Budapest és a Balaton mellett fekvő megyék).
- Az eloszlási térképek alapján viszont a román betegek egyetemi központok körüli túlsúlya is szembetűnő (Budapest és a határmenti megyék vidéki centrumai, Szeged és Debrecen).

4)

Ez a fajta eloszlás nemzetenként az ellátás célja, jellege szerinti specialitásokat sejtet, amennyiben a magas mobilitású és nagy létszámú német közösség esetében a turizmussal összefüggő akut megbetegedésekről, a román, szerb és ukrán állampolgárságú személyek esetében pedig célzott, tervezett gyógykezelésekről lehet szó. A külföldieknek nyújtott fekvőbeteg ellátások sürgősség szerinti megoszlását szemléltető diagram adatai ezt egyértelműen alátámasztják: A németek körében magas, 72%, míg a románoknál 55%, a szerbeknél 40% és az ukránoknál 32% a sürgősségi ellátások aránya az igénybe vett összes fekvőbeteg-ellátáson belül.

5)

Az egyes nemzeti csoportokon belül az ellátások igénybevételének szezonális ingadozása alapján hasonló következtetésre juthatunk: A németek ellátására ugyanis zömmel a nyári hónapokban került sor, a románok, szerbek és ukránok ellátása viszont egész évben egyenletesen terheli a hazai ellátórendszert. A román, szerb és ukrán ellátások teljesítménygörbéjében az augusztusi csökkenés azzal magyarázható, hogy az orvosok nyári szabadságolása miatt a tervezhető beavatkozások száma is csökkent (a román teljesítménygörbéjében a nagyobb kilengést a románok szerbekhez és ukránokhoz viszonyított nagyobb arányának lehet tudni). A németek teljesítménygörbéjének augusztusi csúcsa viszont egyértelműen jelzi a turizmussal való összefüggést: a németek éppen akkor jelentkeznek ellátásra a legnagyobb számban, amikor a magyar orvosok szabadságra mennek, vagyis a nyári szabadságolások idején.

6)

A fekvő- és a járóbeteg-ellátásban egyaránt megfigyelhető, azonos jellegzetességeket mutató területi eloszlási és szezonlajtási adatok arra engednek következtetni, hogy a járóbeteg-ellátásokra zömmel a fekvőbeteg-ellátásokhoz kapcsolódóan került sor (kivizsgálások, diagnosztikai beavatkozások).

7)

A kórházak igénybevételének az egyes nemzeti csoportokban kimutatható fő indokai szintén alátámasztják a németek turisztikai és a románok, szerbek, ukránok tervezett gyógykezelési célú beutazásaira vonatkozó következtetéseket. A fekvőbeteg-ellátásban a német betegeket ugyanis elsősorban a traumatológián ápolják sürgősségi felvétellel (zömmel baleseti sérülések miatt). A románok, szerbek és ukránok esetében viszont magasan vezet a szülés. A románoknak nyújtott összes ellátás 30,64 %-a, a szerbeknek nyújtott összes ellátás 19,7 %-a és az ukránoknak nyújtott összes ellátás 42,2 %-a szülés! Ugyanakkor mindhárom nemzeti csoportban a csoport tagjainak nyújtott összes ellátás több mint 50 %-át csupán négy beavatkozás teszi ki (szülészet- nőgyógyászat, sebészet, belgyógyászat és traumatológia), amelyek aránya együttesen a románoknál 56,33%, a szerbeknél 52,9%, az ukránoknál pedig 67,0 %. A járóbeteg-ellátásban a németek elsősorban reumatológiai ellátást igényeltek – valószínűleg a jelen tanulmányban nem vizsgált gyógyfürdő-szolgáltatásokhoz kapcsolódóan, azok kiegészítő tevékenységeként. A románoknál a járóbeteg-ellátás igénybe vételét a fekvőbeteg-diagnózisoktól eltérő okok indokolták: a tüdőgyógyászat ugyanis megelőzte a szülést. A sugárterápia minden nemzeti csoportban az első öt beavatkozás között szerepelt, igénybevételét elsősorban emlő-, méh- és tüdőbetegségek indokolták. Ezek tipikusan költséges, eszköz- vagy gyógyszerigényes ellátások.

8)

A fenti nemzeti csoportok tagjai esetében az ellátások nyújtására nyolc különféle jogcím alapján került sor. Ezeknek a döntő többsége együtt járt az ellátások költségeinek Egészségbiztosítási Alap számára történő visszatérítésével, egy jogcím (szociálpolitikai egyezmény) alapján azonban az ellátások költségeit a magyar Egészségbiztosítási Alap viselte anélkül, hogy a költségek visszatérítésére bármilyen forrásból számíthatott volna, egy további jogcím esetében (Segítő Jobb) pedig az Egészségbiztosítási Alap kiadásai csak részben térültek meg:

- Magyar biztosítás esetén elvileg a befizetett járulék szolgál az ellátások fedezetére. Az adott személy járulékai azonban nem feltétlenül fedezik az Egészségbiztosítási Alap ugyanezen személy számára nyújtott ellátásokkal kapcsolatos tényleges kiadásait.
- Az elszámolásos egyezmények viszont a tényleges kiadások megtérítéséről szólnak. Vagyis a magyar Egészségbiztosítás Alap által az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónak kifizetett finanszírozási díj összegét azok az egyezményes partnerek térítik meg, akiknél a Magyarországon ellátott külföldi személy érvényes biztosítással rendelkezik.
- A befogadott, a menekült és a menekült/menedékes státuszt kérelmező ellátása a magyar Egészségbiztosítás Alapnak nem kerül semmibe, mert az ellátások költségeit a költségvetés egy másik fejezete – a Belügyminisztériumról szóló rész – biztosítja.
- A nem biztosított, illetve a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénylő személy ellátása úgyszintén nem terheli meg az Egészségbiztosítási Alapot, mert az ilyen személy az általa igénybe vett ellátásokért közvetlenül maga fizet a szolgáltatónak. Úgyszintén ebbe a körbe tartoznak azok a külföldiek, akiknek a hazája és Magyarország között nincs hatályos

egyezmény (se szociálpolitikai, se elszámolásos), vagy van ugyan, de valamilyen oknál fogva az adott személy tekintetében nem alkalmazható.

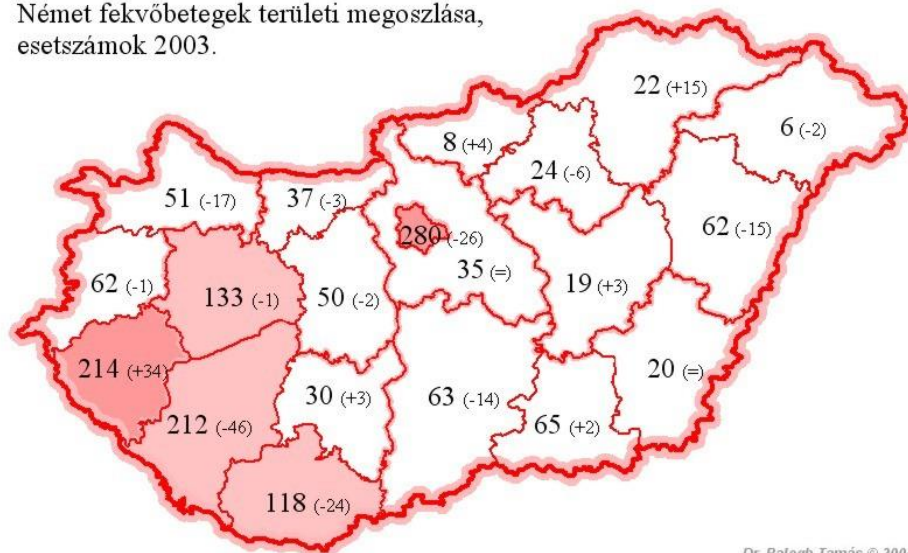
- A szociálpolitikai egyezmények alapján nyújtott ellátások teljes egészében a magyar Egészségbiztosítási Alapot terhelik, azok visszatérítésére Magyarország semmilyen formában nem számíthat. Magyarországnak a környező nem EU-tagállam országok mindegyikével (Bosznia és Hercegovina, Bulgária, Horvátország, Macedónia, Románia, Szerbia és Montenegró, Ukrajna, valamint a FÁK tagállamai) hatályos szociálpolitikai egyezménye van.
- A Segítő Jobb által támogatott ellátások költsége részben az Egészségbiztosítási Alapot terheli, tekintve, hogy a Segítő Jobb az ellátások teljes költségének csak egy részét vállalja át a határon túli magyarok helyett.

A fentiek figyelembe vételével a finanszírozási forrástábla alapján a fekvőbeteg-ellátás tekintetében az alábbi megállapítások tehetők: A Romániából és Ukrajnából érkezők ellátásának jellemző jogcíme a szociálpolitikai egyezmény (az ellátások 37,45 %-át, illetve 53,96 %-át egyezményes jogcím – tipikusan sürgősségi ellátás – keretében nyújtották). A románok többsége ugyanakkor magyar társadalombiztosítási jogviszonyban áll, azaz valamilyen módon járulékot fizet vagy fizetett; a román járulékfizetők száma (41,21 %) meghaladja az egyezmény alapján ellátottakat. Ez az adat arra enged következtetni, hogy a románok magyarországi tartózkodása során felmerült ellátások nagy valószínűséggel valamilyen – egykori vagy aktuális – magyarországi munkavégzéshez kapcsolhatók. A 3) pontban szereplő megállapítást tehát a románok tekintetében e tény ismeretében kell értékelni. A magyar biztosítás aránya a szerbek ellátása körében a legmagasabb (43,52 %), ugyanakkor a hatályos egyezmény biztosította lehetőségekkel ők élnek a legkevésbé (19,11 %). A járóbeteg-ellátásban viszont a legtöbb beavatkozásra magyar biztosítás alapján került sor (50 % körül). A sem a társadalombiztosítás, sem az egyezményes partnerek által nem térített (illetve a beteg számára térítésköteles) ellátások állnak a második helyen, az egyezményes jogcímek viszont a harmadik helyre szorultak (kevesebb, mint 20 %).

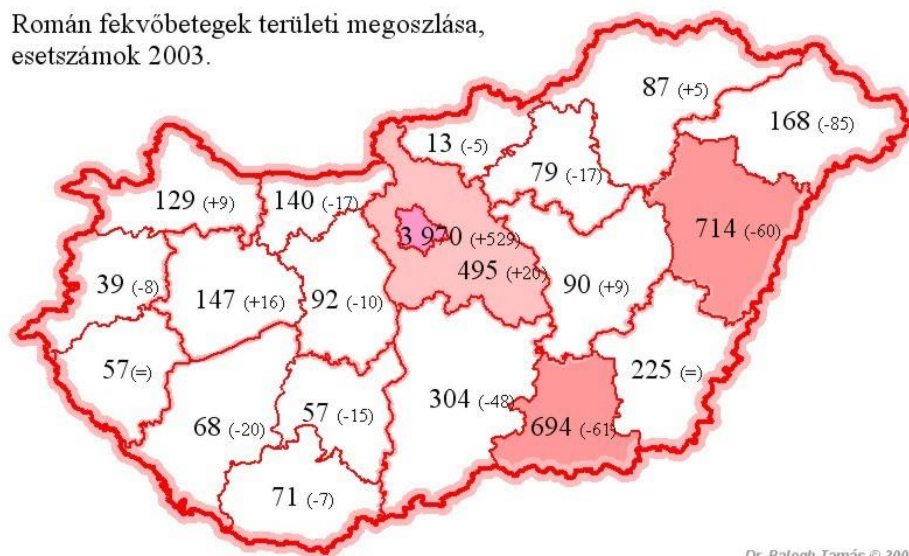
Fekvőbeteg-ellátás 2003-ban:

2003-ban a 2002-es tendenciák ismétlődtek. A 2003-ra vonatkozó elemzésben ezért csak a legfontosabb számokat és a területi eloszlási táblázatokat közöljük (ezeken zárójelben tüntettük fel a 2002-es adatokhoz képest bekövetkező esetszám-változásokat). A szakmák szerinti megoszlásban és a szezonálisban kimutatható jelentős változás nincs.

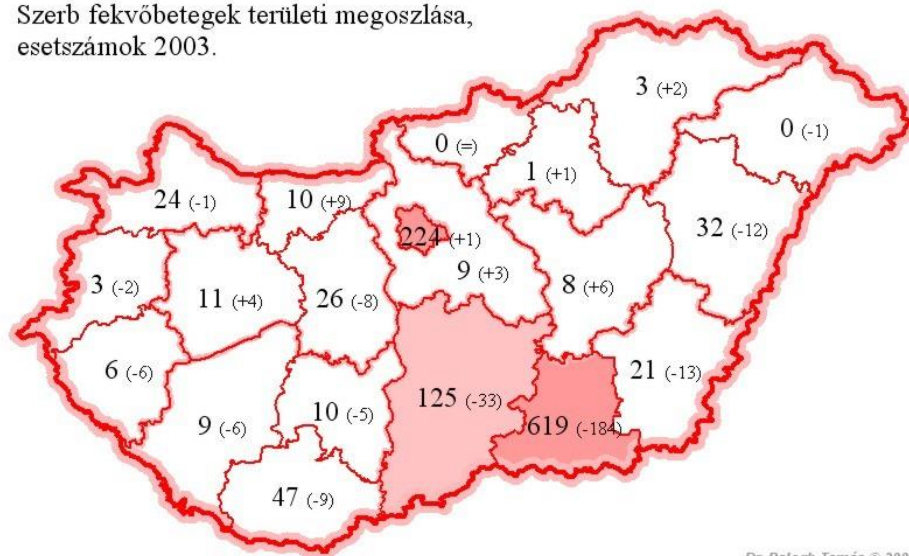
Német fekvőbetegek területi megoszlása, esetszámok 2003.



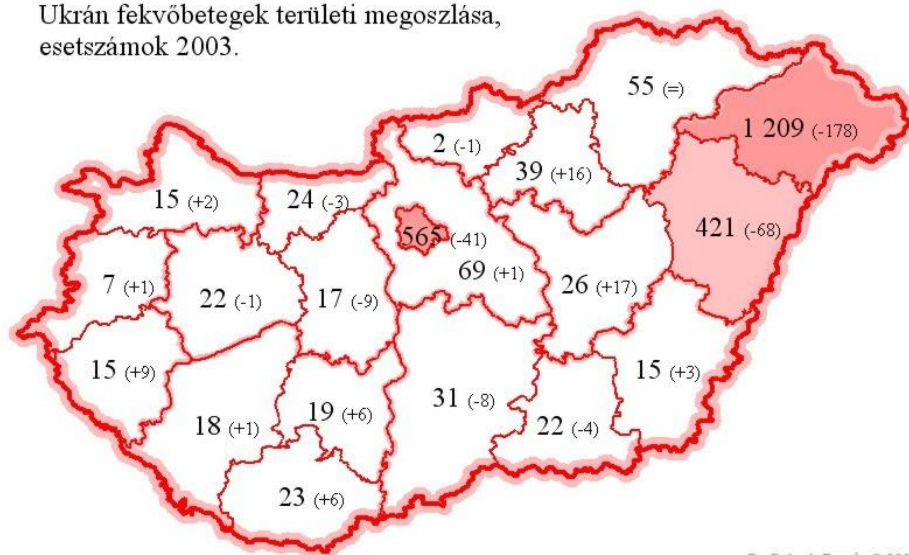
Dr. Balogh Tamás © 2004.

Román fekvőbetegek területi megoszlása,
 esetszámok 2003.


Dr. Balogh Tamás © 2004.

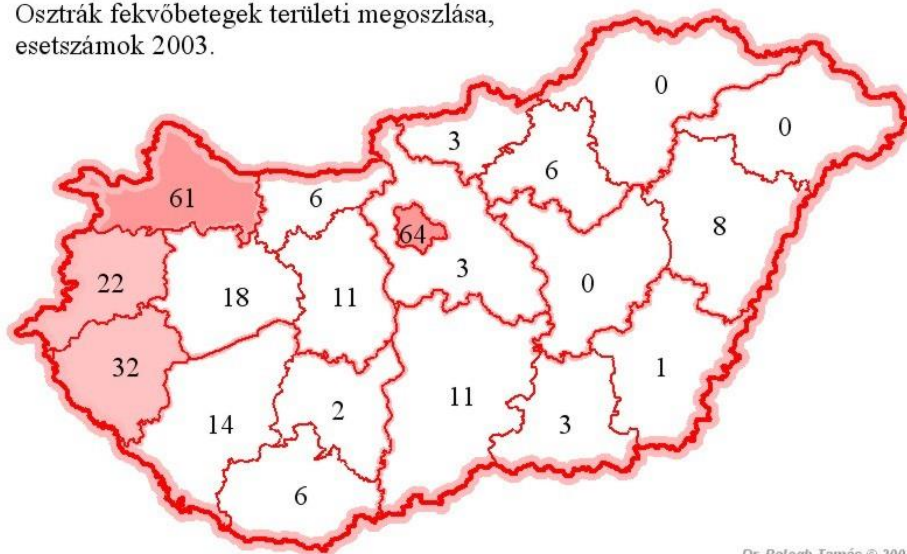
 Szerb fekvőbetegek területi megoszlása,
 esetszámok 2003.


Dr. Balogh Tamás © 2004.

 Ukrán fekvőbetegek területi megoszlása,
 esetszámok 2003.


Dr. Balogh Tamás © 2004.

Osztrák fekvőbetegek területi megoszlása, esetszámok 2003.



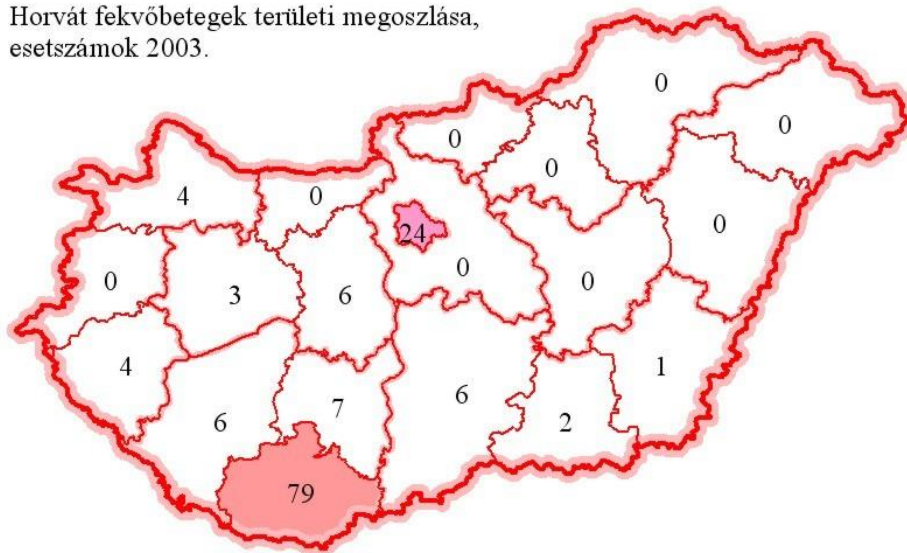
Dr. Balogh Tamás © 2004.

Szlovák fekvőbetegek területi megoszlása, esetszámok 2003.



Dr. Balogh Tamás © 2004.

Horvát fekvőbetegek területi megoszlása, esetszámok 2003.



Dr. Balogh Tamás © 2004.

A külföldiek fekvőbeteg-ellátásának területi megoszlása 2003-ban			
Megye, főváros	Fekvő beteg		
	összes	Külföldi	%
Baranya	135 352	443	0,33
Bács-Kiskun	132 341	649	0,49
Békés	87 435	348	0,40
Borsod-Abaúj-Zemplén	176 092	255	0,14
Csongrád	128 566	1 540	1,20
Fejér	87 682	291	0,33
Győr-Moson-Sopron	98 039	416	0,42
Hajdú-Bihar	167 719	1 476	0,88
Heves	81 250	204	0,25
Jász-Nagykun-Szolnok	90 832	186	0,20
Komárom-Esztergom	62 022	342	0,56
Nógrád	44 802	70	0,16
Pest	107 803	818	0,76
Somogy	83 755	424	0,51
Szabolcs-Szatmár-Bereg	144 451	1 553	1,08
Tolna	52 989	170	0,32
Vas	55 677	47	0,08
Veszprém	81 875	92	0,11
Zala	74 986	137	0,18
Budapest	712 914	112	0,02
Összesen:	2 606 583	18 157	0,70

A külföldi fekvőbetegek állampolgárság szerinti megoszlása 2003-ban		
Ország	Fekvő betegek	
	Száma	Aránya a vizsgált csoportban (%)
Németország	1 516	8,35
Ausztria*	270	1,49
Bosznia-Hercegovina*	31	0,17
Horvátország*	142	0,78
Románia	7 743	42,67
Szerbia és Montenegró	1 187	6,54
Szlovákia*	355	1,96
Szlovénia*	44	0,24
Ukrajna	2 613	14,39
Egyéb	4256	23,44
Összesen:	18 157	100,00

* A táblázatot kiegészítettük úgy, hogy valamennyi szomszédos ország adatai szerepeljenek benne.

Általános megállapítások a fekvőbeteg-ellátás 2003-as adataival kapcsolatban:

1)

Az országban 2003-ban általánosságban a fekvőbeteg-esetszám csökkenése figyelhető meg a 2002. évi adatokhoz képest.

A külföldi fekvőbetegek ellátásának változása az egyes állampolgársági csoportokban						
Ország	Fekvő betegek					
	Száma		Aránya a vizsgált csoportban (%)		A változás mértéke	
	2002	2003	2002	2003	eset	%
Németország	1 607	1 516	8,50	8,35	-91	5,66
Románia	7 400	7 743	39,14	42,67	+343	4,64
Szerbia és Montenegró	1 506	1 187	7,96	6,54	-319	21,18
Ukrajna	2 865	2 613	15,15	14,39	-252	8,80
Egyéb	5 530	5 098	29,25	28,05	-432	7,81
Összesen:	18 908	18 057	100,00	100,00	-851	4,50

Az EU-csatlakozás időpontja előtti várakozások alapján a Nyugat-Európából látogatóba érkező turisták számának gyarapodására és nyári csúcsra lehetett számítani. A Kelet-Európából érkezők tekintetében pedig – az EU-csatlakozás következtében előálló beutazási szigorítások függvényében – csökkenést prognosztizáltunk. A tényleges adatok azonban mást mutatnak. A németek száma csaknem 1 %-kal csökkent, míg a románoké több mint 4,5 %-kal nőtt. Szerbia-Montenegró és Ukrajna tekintetében a várt csökkenés ugyan bekövetkezett, de – Románia példája alapján – szinte biztosan nem az idegenrendészeti szabályok változása miatt (különös tekintettel arra, hogy Magyarország még a csatlakozás előtt különleges vízum-megállapodást kötött az Unióból kimaradó szomszédos országokkal).

2)

Az egyes külföldi csoportok országon belüli mobilitását döntően továbbra is a földrajzi közelség elve befolyásolja. Bizonyos átstrukturálódás azonban megfigyelhető:

- A németeknek nyújtott ellátások száma a hagyományosan németek látogatta megyékben mindenütt csökkent, Zala megyét kivéve, ahol az ellátások száma 34 esettel nőtt. Zala megye ezzel átvette a vezető szerepet a németek ellátásában mindaddig kiemelkedő jelentőségű Somogy megyétől. Az ország keleti területein négy megyében nőtt az ellátások száma (Borsod-Abaúj-Zemplén, Csongrád, Jász-Nagykun-Szolnok és Nógrád), a növekedés azonban minimális: összesen 22 eset. Ettől az öt megyétől eltekintve a németeknek nyújtott ellátások száma az ország valamennyi területi egységében csökkent.
- A románok ellátásában a fővárosi esetek száma a hagyományosan magas látogatottságú határmenti megyék (Csongrád és Hajdú-Bihar) rovására nőtt. A növekedés jelentős, hiszen a fővárosi esetek száma nagyobb mértékben nőtt, mint amennyivel az ország megyéiben nyújtott ellátások száma együttvéve csökkent (míg a fővárosban 529 új esetet regisztráltak, addig a vidéki ellátások száma csak 353 esettel csökkent). Érdekesség, hogy minimális növekedés az ország nyugati megyéiben is tapasztalható (25 eset Veszprém és Győr-Moson-Sopron területén), ami a Nyugat-Európába tartó átmenő forgalommal állhat összefüggésben.
- A szerb és ukrán állampolgárok ellátásának területi sajátosságai változatlanok, csupán az esetek száma csökkent.

A fekvő- és a járóbeteg-ellátás 2002-es és 2003-as adataira egyaránt vonatkozó általános megállapítások:

1)

A betegellátásban érintett magyarországi területi egységek mindegyikéről elmondható, hogy olyan határon átnyúló együttműködések részesei, amelyekben az illető betegek hazája is részt vesz:

- A német betegeket az országos átlag feletti számban ellátó Zala megye az Alpok-Adria Munkaközösség tagja, amelyben Németország tizennyolc tartományából egy – a Bajor Szabadállam – is részt vesz.
- A románok ellátásában kiemelkedő szerepet játszó Csongrád és Hajdú-Bihar pedig a közös magyar-román határszakasz együttműködéseiben vesz részt, amelyben Románia negyvennyolc megyéjéből kilenc szintén érintett: Csongrád a Duna-Körös-Maros-Tisza Regionális Együttműködés tagja, amelyben román részről Arad, Temes (Timis), Krassó-Szörény (Caras-Severin) és Hunyad (Hunedoara) megye vesz részt; Hajdú-Bihar pedig a Kárpátok Eurorégió tagja, amelyben román oldalról Bihar (Bihor), Szatmár (Satu Mare), Máramaros (Maramures), Zilah (Zalau) és Maros (Mures) Megye vesz részt. A közös határszakaszon létesített Bihar-Bihor Eurorégió keretében megvalósuló helyi együttműködés szintén magában foglalja a románok ellátásában élen járó Hajdú-Bihar megyét.
- A szerbek ellátásában is érdekelt Csongrád megye – ugyancsak a Duna-Körös-Maros-Tisza Regionális Együttműködés keretében – a Szerb-Montenegrói Államszövetség területéről a Vajdaság (Vojvodina) Tartománnyal áll tartós együttműködési kapcsolatban. A Dél-Alföldi Tervezési Statisztikai Régió másik – a szerbek ellátásában érdekelt – megyéje, Bács-Kiskun szintén a Duna-Körös-Maros-Tisza Regionális Együttműködés tagja.
- Az ukrán állampolgárságú betegek ellátásában kiemelkedő teljesítményadatokat produkáló Szabolcs-Szatmár-Bereg megye és Hajdú-Bihar pedig a Kárpátok Eurorégióban Ungvár (Uzsgorod), Lemberg (Lviv), Csernovic (Csernyivci) és Sztanyiszlav körzetekkel működik együtt.

A fenti körülmények önmagukban is szükségessé tették a határon átnyúló együttműködések egészségügyi tartalmának felmérését, a résztvevők szándékainak azonosítását.

2. A jelenlegi határon átnyúló együttműködések egészségügyi tartalma:

Célkitűzések:

Kifejezett célunk volt a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködések iránt az egészségügyi szolgáltatók és (ahol ez értelmezhető) a fenntartó önkormányzatok részéről megnyilvánuló igény felmérése a jövőbeli együttműködések potenciális tagjainak azonosítása és elkötelezettségük felmérése érdekében.

Célunk volt továbbá a már működő határon átnyúló együttműködési struktúrák szakmai tartalmának azonosítása és az egészségügyi összefüggések kimutatása, valamint a hosszú távú helyi fejlesztési elképzelésekkel való összhang lehetőségének vizsgálata.

A célok elérése érdekében kérdőívet küldtünk a megyei közgyűlések elnökeinek és egyes – a legjelentősebb vidéki ellátási centrumoknak otthont adó – megyei jogú városok polgármestereinek azzal, hogy gondoskodjanak az önkormányzat és az önkormányzati fenntartásban működő egészségügyi

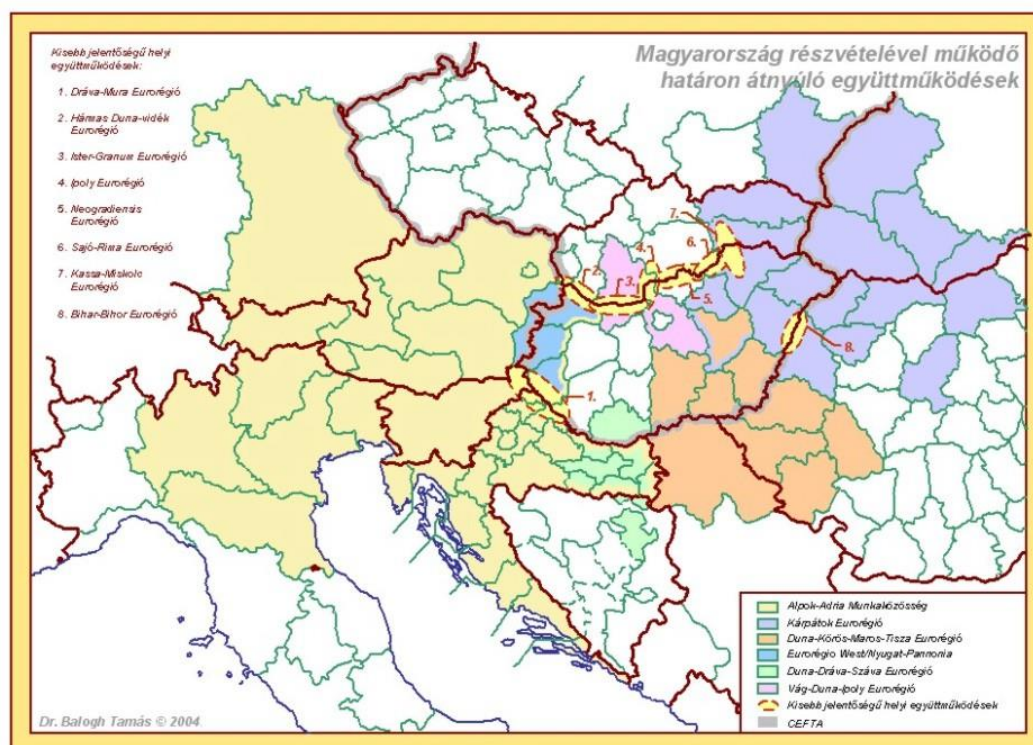
szolgáltatók válaszadásáról. A nem önkormányzati fenntartású közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók, valamint a magán-egészségügyi szolgáltatók megkeresésére nem került sor. A fentiekre tekintettel a hét régió húsz megyéje és a főváros összesen 32 címzettje közül 30-an válaszoltak:

A vizsgálatba vont intézményi kör													
Régió	Megyei Közgyűlés		Megyei Jogú Város		Város		Főváros		Egészségügyi Szolgáltató		Összesen:		
	Címzett	Válaszolt	Címzett	Válaszolt	Címzett	Válaszolt	Címzett	Válaszolt	Címzett	Válaszolt	Címzett	Válaszolt	
Dél-Alföld	3	1	1	0	0	0	-	-	0	3	4	4	
Észak-Alföld	3	2	2	0	0	0	-	-	0	4	5	6	
Észak-Magyarország	3	2	2	0	2	0	-	-	0	4	7	6	
Közép-Magyarország	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	1	6	
Dél-Dunántúl	3	1	1	1	0	0	-	-	0	3	4	5	
Közép-Dunántúl*	1	0	1	0	3	1	-	-	0	1	5	2	
Nyugat-Magyarország	3	0	0	0	3	0	-	-	0	1	6	1	
Összesen:	17	7	7	1	8	1	0	0	0	21	32	30	

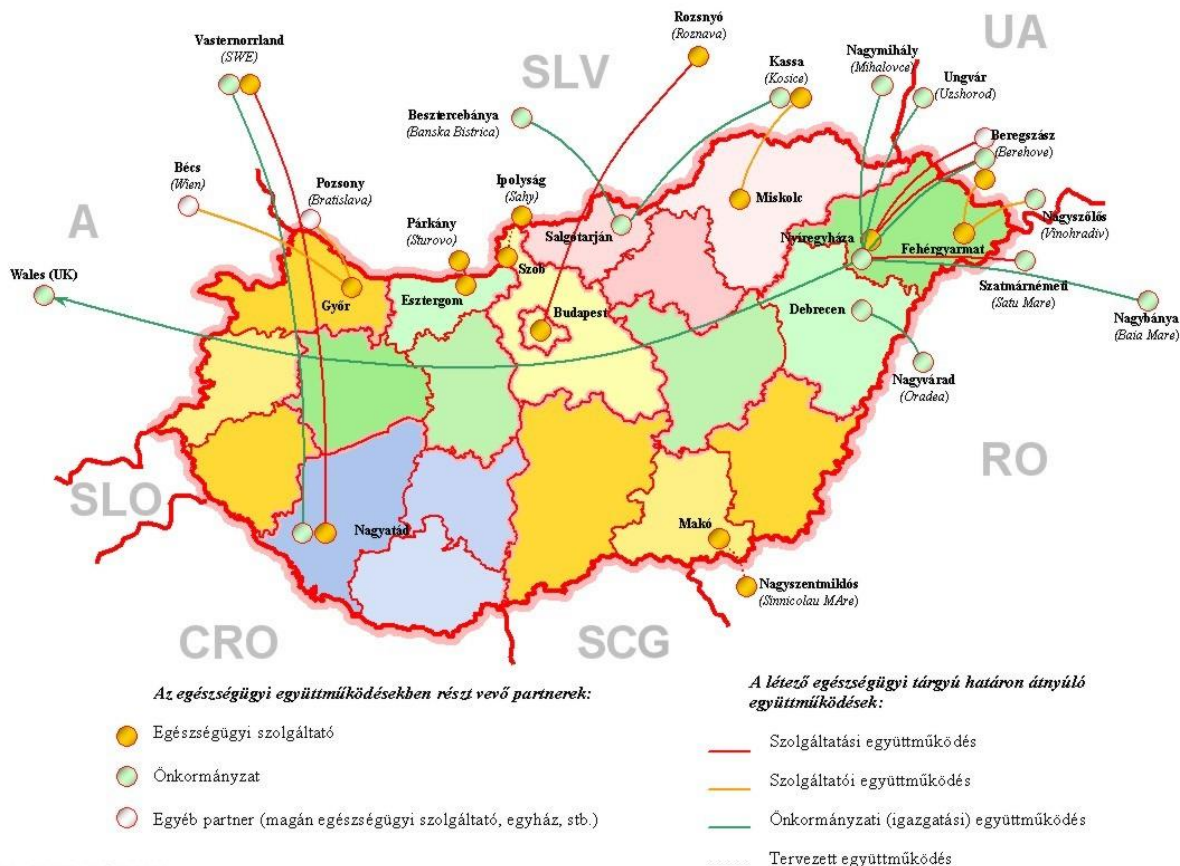
* A Közép-Dunántúl Tervezési Statisztikai Régióban csupán egyetlen megye – Komárom-Esztergom – rendelkezik határon átnyúló együttműködési kapcsolatokkal, ezért a régió másik két megyéjét nem vontuk be a vizsgálatba.

A kérdőívünkre érkezett válaszok alapján az önkormányzatok és az egészségügyi szolgáltatók alábbi határon átnyúló együttműködéseit azonosítottuk:

A magyar önkormányzatok határon átnyúló együttműködései, 2003.



A magyar egészségügyi szolgáltatók határon átnyúló együttműködései, 2003.



Dr. Balogh Tamás © 2004.

Regionális helyzetkép:

Dél-Alföld:

Bács-Kiskun Megye, Békés Megye:

Bács-Kiskun és Békés megye részéről nincs adat. Ettől függetlenül a régió határmenti kötődései ismertek (román és szerb partnerek a Duna-Körös-Maros-Tisza Regionális Együttműködés – a továbbiakban DKMT – keretében). Az adatszolgáltatás hiányában viszont nem rendelkezünk pontos ismeretekkel a határon átnyúló együttműködések aktuális egészségügyi tartalmáról, illetve arról, hogy működik-e a régióban olyan egészségügyi szolgáltató, amelyeik határon átnyúló együttműködést létesített a szomszédos román és szerb területek valamely egészségügyi szolgáltatójával, önkormányzatával vagy egyéb partnerével.

Erre tekintettel az elemzés elkészítésekor csak a már korábban ismertté vált tényekre szorítkozhattunk:

- A DKMT alapító dokumentuma szerint az együttműködés céljai közt szerepel a helyi közösségek, helyi önkormányzatok közötti kapcsolatok fejlesztése az egészségügy területén, a határon átnyúló programok/projektek kidolgozásának, lebonyolításának elősegítése és az Unió forrásszerzésben való együttműködés.
- Az együttműködés kiterjesztése, illetve egészségügyi szolgáltatási együttműködés kialakítására a lehetőségek Makó térségében adóttak. A szomszédos román területeken ugyanis egészen

Temesvárig csak egy kórház van, Nagyszentmiklóson (Sannicolau Mare), így megfelelő együttműködés kialakításával a makói kórház az országhatár mentén – Nagylak (Nadlac), Perjámos (Periam), Zomboja (Jimbolia) térségében – élő román lakosság kiszolgálására is alkalmassá válhat.

Csongrád Megye:

A megyei önkormányzat válaszolt, ezen kívül a fenntartásában működő három intézmény részéről érkezett adatszolgáltatás. A megye a DKMT tagja, melynek stratégiai célkitűzései között rövidtávú célként szerepel a határon átnyúló egészségügyi együttműködés kialakítása. Arra nézve, hogy ezen a területen eddig milyen lépések történtek, illetve, hogy melyek az egészségügyi együttműködés konkrét tevékenységei adatszolgáltatás nem érkezett. A megye partnerei között mindazonáltal egészségügyi szolgáltatók nincsenek, a partnerség a DKMT-ben tag önkormányzatok és kamarák között áll fenn. A DKMT együttműködés eddigi tevékenysége a magyar-román közös határszakaszon zajló együttműködések támogatására rendelt PHARE CBC támogatások forrásaiból részesült, de az elnyert támogatást az egészségügyi együttműködés fejlesztésére nem használták fel.

A megye területéről a Megyei Önkormányzat Szentesi Területi Kórháza, a deszki Mellkasi Betegségek Szakkórháza és a makói Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház-Rendelőintézet válaszolt (a válaszadók közül Makó korábban nem értesült a Nemzeti Fejlesztési Tervről!). Szentes nem tagja semmilyen nemzetközi betegellátási együttműködésnek, külföldi betegek magyarországi ellátására vonatkozó szervezett kapcsolatokkal nem rendelkezik. Deszk ellenben a Segítő Jobb Alapítvány által szervezett és fenntartott partnerség tagja, 1993 óta a határon túli magyar betegek egészségügyi ellátására szervezett hálózat része. Az együttműködés keretében a román és a szerb-montenegrói állampolgárok ambuláns ellátására kerül sor az intézményben, évente kb. 10 fő erejéig. A makói kórház esetében a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködés kialakítása a negyszentmiklósi kórházzal – az együttműködés kialakítására vonatkozó kezdeményezések ellenére – végül is elmaradt. Minthogy egymáshoz közel fekvő intézményekről van szó, az együttműködés véleményünk szerint csak akkor lehet sikeres, ha a két intézmény nem egymás riválisa, hanem képes egymást kiegészítő – vagy éppen a partnerintézménynél nem hozzáférhető – szolgáltatásokat nyújtani.

Észak-Alföld:

Jász-Nagykun-Szolnok Megye:

A megyei önkormányzat nem válaszolt. Adatszolgáltatás csupán a Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet részéről érkezett. A kórház úgy nyilatkozott, hogy semmilyen határon átnyúló együttműködésben, illetve betegellátásra irányuló szervezett nemzetközi együttműködésben nem vesz részt, ugyanakkor a Nemzeti Fejlesztési Terv iránt nyitott, a mindenkor pályázati lehetőségekkel élni kívánó intézmény. Erre tekintettel nem hagyható figyelmen kívül az a tény, hogy a megye a Kárpátok Eurorégió tagja (a DKMT-ben viselt tagságról a közgyűlés 2003-ban lemondott). A mellékelt területi eloszlási térképek alapján azonban látható, hogy az eurorégió földrajzi területén élő külföldi – elsősorban ukrán és román – állampolgárok jelenleg elkerülik a megyét. Arra vonatkozóan nincs adat, hogy a Kárpátok Eurorégió alapító dokumentuma, vagy fejlesztési terve az egészségügy fejlesztésére, betegellátásban való együttműködésre vonatkozóan előíranyozza-e a tagok együttműködését.

Hajdú-Bihar megye:

A megyei önkormányzat válaszolt, az egészségügyi intézményektől azonban adatszolgáltatás nem érkezett. A megye a Kárpátok Eurorégió és a Hajdú-Bihar-Bihar Eurorégió tagja. Ez utóbbi regionális

együttműködési szervezet alapító dokumentuma szerint az együttműködő tagok tevékenysége az egészségügyi együttműködésre, a humán erőforrás-fejlesztés határon átnyúló vonatkozásainak és a gyógyturizmusnak a fejlesztésére is kiterjed (ezek az alapidokumentumban önálló fejezetként feltüntetett együttműködési területek). Az együttműködők céljai között pedig a hosszú távon fenntartható intézményes keretek kialakítása is szerepel. A tényleges tevékenység ezeken a területeken azonban eddig csupán a forrasszerzésben, pályázatkészítésben való együttműködésre, szakértők cseréjére, oktatásra és képzésre, valamint konferenciák, szemináriumok, találkozók szervezésére terjedt ki. A megyének ráadásul kizárólag önkormányzati partnerei vannak: a romániai Bihor Megyei Tanács és Nagyvárad Megyei Jogú Város, valamint a magyarországi Debrecen Megyei Jogú Város. A megye bizonyos pályázati és forráskezelési gyakorlattal már rendelkezik, amennyiben a magyar-román közös határszakaszon zajló együttműködések támogatására felhasználható PHARE CBC programtól 2003-2004 folyamán mintegy 200 000 eurót nyert. Az elnyert támogatást azonban az egészségügyi együttműködési tevékenység fejlesztésére nem használták fel.

Szabolcs-Szatmár-Bereg megye:

A megyei önkormányzat válaszolt, ezen kívül a fenntartásában működő három intézmény részéről érkezett adatszolgáltatás. A megye részt vesz a WHO „Egészséges Régiók Hálózata” kezdeményezésében, ezen kívül a Kárpátok Eurorégió tagja, továbbá külön együttműködési megállapodás fűzi össze a romániai Maros (Mures) és Szatmár (Satu Mare) Megye Tanácsával, valamint a szlovákiai Nagymihályi (Mihalovcei) Járási Hivatallal. Az e partnerekkel kialakított együttműködés eddig elsősorban szakértők cseréjére, konferenciák, szemináriumok, találkozók szervezésére, az egészségügyi szakemberek közötti rendszeres szakmai együttműködés kialakítására korlátozódott. Az önkormányzati partnerekkel kialakított együttműködések általános célja a partnerek hazájában érvényes jogi helyzet folyamatos figyelemmel kísérése és a vonatkozó uniós jogszabályok megismerése, az egészségügyi szakterületen és az egészségvédelem területén működő intézmények közötti kapcsolatok kialakítása és erősítése. Az egyes együttműködések specialitásai:

- Maros megyével: A hátrányos helyzetben lévő gyermekek védelme, szociális gondoskodás.
- Szatmár megyével: Egészségvédelem, drog- és alkoholelleses tevékenység.
- Nagymihály járással: Egészségvédelem, drog- és alkoholelleses tevékenység.

Az együttműködés nemzetközi pénzügyi támogatásban nem részesült.

A megye területéről a megyei önkormányzat nyíregyházi Jósa András Kórháza, a fehérgyarmati/vásárosnaményi Szatmár-Beregi Kórház, illetve a nagykállói Pszichiátriai Szakkórháza válaszolt.

Nyíregyháza szervezett és intézményesült nemzetközi betegellátási együttműködés tagja. Az együttműködés célja a Kárpátalja (Zakarpatszkaja Oblaszty) területéről érkező betegek egészségügyi ellátása. Az együttműködésben résztvevő külföldi partnerek:

- Kárpátaljai Református Egyház Diakoniai Koordinációs Iroda.
- Beregszászi (Berehove) Járási Közigazgatási Hivatal.

Belföldi partnerek:

- Mona Trade Bt. Magánegészségügyi szolgáltató.

Az együttműködés nemzetközi pénzügyi támogatásban nem részesült. Az együttműködés legfőbb jellegzetessége, hogy a piaci elvet érvényesíti, azaz az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató a magyar állampolgárokra is érvényes saját díjszabását érvényesíti a betegellátás során. Az ellátások költségét a Kárpátaljai Református Egyház téríti. Az együttműködés keretében a tervezett és a sürgős ellátás is megoldott. A tervezett beavatkozásokat a Jósa András Kórház, a sürgősségi ellátásokat a Mona Trade

Bt. végzi. Mivel a Magyarország és Ukrajna közötti – a sürgősségi ellátások térítésmentességét előíró – kétoldalú egyezmény a magán-egészségügyi szolgáltatókat nem kötelezi, a Mona Trade a sürgősségi ellátásért a saját díjszabásában szereplő díjat számíthatja fel, míg egy az egyezmény által kötelezett közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató ugyanezen ellátásokért a betegtől semmilyen összegre sem – legfeljebb az OEP-től a mindenkor finanszírozásra – tarthatna igényt. Az egyezmény ugyanakkor csak a sürgősségi ellátások térítésmentességéről rendelkezik, így a tervezett – nem sürgősségi indikációjú – beavatkozásokat a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók is a saját díjszabásuk érvényesítésével nyújthatják. A betegellátásért az orvosi-szakmai felelősséget egységesen (vagyis a Mona Trade-nél folyó ellátásért is) a Jóna András Kórház viseli. Az együttműködési megállapodásnak ugyanakkor a Mona Trade Bt. nem aláírója. Valamennyi beteg számára biztosítási szerződést kell kötni. A beteg- és halottszállítást a Református Egyház költségére a Mona Trade végzi. Tolmácsról az egyház gondoskodik.

A fehérgyarmat-vásárosnaményi Szatmár-Beregi Kórház szintén határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködés részese. Az együttműködés célja azonban nem a betegellátás – azaz a szolgáltatói – hanem a szolgáltatói együttműködés, amennyiben az együttműködésben részt vevő partnerek az egészségügyi dolgozók szakmai továbbképzése, azonos szakmai protokollok kialakítása, az ellátásbeli különbségek mérséklése érdekében működnek együtt. A fő célok tehát a menedzsment együttműködése, a közös/összehangolt forrásszerzés, a szakértők cseréje, az oktatás, képzés és konferenciák, szemináriumok, találkozók szervezése. A partnerek az ukrajnai Beregszászi Járási Kórház és a Nagyszőlősi Járási Kórház. Az együttműködés nemzetközi pénzügyi támogatásban nem részesült.

A Pszichiátria Szakkórház semmilyen határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködésnek sem részese.

Észak-Magyarország:

Borsod-Abaúj-Zemplén Megye:

A megyei önkormányzat válaszolt, ezen kívül a fenntartásában működő két intézmény részéről érkezett adatszolgáltatás. A megye határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködések szervezésében nem vesz részt, noha több határon átnyúló együttműködésnek is a tagja. Részt vesz a Kárpátok Eurorégió munkájában, ezen kívül Nógrád megyével közösen együttműködési keret-megállapodása van a szlovákiai Besztercebánya (Banska Bistrica) és Kassa (Kosice) Megye Önkormányzatával. A részt vevők együttműködése elsősorban a gazdaság, idegenforgalom, közlekedési infrastruktúra fejlesztésére koncentrál, de fenntartják maguknak a jogot arra, hogy minden egyéb területen együttműködjenek, amelyen önálló döntéshozatali kompetenciájuk van. Az egészségügyi területén ennek ellenére egyelőre konkrét együttműködés nincs, a jövőbeli tervek között is csak az egészségügyi infrastruktúra közös fejlesztése (forrásszerzésben történő együttműködés), oktatás, képzés szerepel. Az együttműködés nemzetközi pénzügyi támogatásban nem részesült.

A megye területéről a miskolci Megyei Kórház és Egyetemi Oktatókórház, a szikszói II. Rákóczi Ferenc Kórház, illetve a miskolci Szent Ferenc Kórház válaszolt. Az egyetemi Oktatókórháznak és a II. Rákóczi Ferenc Kórháznak nincs határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködésre irányuló nemzetközi kapcsolata. A Szent Ferenc Kórház azonban kapcsolatot tart fenn a kassai Louis Pasteur Egyetemi Kórházzal. Az együttműködés azonban csupán a menedzsmentre, szakértők cseréjére és az oktatás, képzés teendőire terjed ki (szolgáltatói és nem szolgáltatói együttműködés).

Heves Megye:

Nincs adat. Ettől függetlenül a régió határmenti kötődései ismertek (szlovák, ukrán és román partnerek a Kárpátok Eurorégióban). Az adatszolgáltatás hiányában viszont nem rendelkezünk pontos ismeretekkel a határon átnyúló együttműködések aktuális egészségügyi tartalmáról, illetve arról, hogy működik-e a régióban olyan egészségügyi szolgáltató, amelyeik határon átnyúló együttműködést létesített a szomszédos területek valamely egészségügyi szolgáltatójával, önkormányzatával vagy egyéb partnerével.

Nógrád Megye:

A megyei önkormányzat válaszolt, ezen kívül a fenntartásában működő egy intézmény részéről érkezett adatszolgáltatás. A megye határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések szervezésében nem vesz részt, noha több határon átnyúló együttműködésnek is a tagja. Kétoldalú megállapodása van a szlovákiai Besztercebánya (Banska Bistrica) Kerületi Önkormányzattal (Kraj), valamint Borsod-Abaúj-Zemplén megyével közösen együttműködési keret-megállapodása Besztercebánya (Banska Bistrica) és Kassa (Kosice) Megye Önkormányzatával. A részt vevők együttműködése elsősorban a gazdaság, idegenforgalom, közlekedési infrastruktúra fejlesztésére koncentrál, de fenntartják maguknak a jogot arra, hogy minden egyéb területen együttműködjenek, amelyen önálló döntéshozatali kompetenciájuk van. Az egészségügy területén ennek ellenére egyelőre konkrét együttműködés nincs, a jövőbeli tervek között is csak az egészségügyi infrastruktúra közös fejlesztése (forrásszerzésben történő együttműködés), oktatás, képzés szerepel. Cél továbbá a lehetőségek felmérése, a közös programozás és jövőkép-kialakítás. Az együttműködés nemzetközi pénzügyi támogatásban nem részesült.

A megye területéről a nógrádgárdonyi Megyei Tüdőgyógyintézet válaszolt, amelynek nincs határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködésre irányuló nemzetközi kapcsolata.

*Közép-Magyarország:**Pest Megye:*

A megyei önkormányzat válaszolt, ezen kívül a fenntartásában működő öt intézmény részéről érkezett adatszolgáltatás. A megye nyilatkozata szerint határon átnyúló együttműködésekben egyáltalán nem vesz részt, noha úgy tudjuk, hogy 1999 óta a magyar-szlovák határ mellett élők együttműködésének fokozására, közös fejlesztések elindítására létrejött Vág-Duna-Ipoly Eurorégió alapító tagja. Az Eurorégió Komárom-Esztergom megye, Nyitra kerület, valamint Pest megye önkormányzata hozta létre, s nincs tudomásunk arról, hogy az alapítás óta bárki kivált volna (sőt két új megye is bejelentette csatlakozási szándékát). Erre tekintettel a megyei önkormányzat adatszolgáltatását nem tartjuk megbízhatónak.

A megye területéről a Pest Megyei Önkormányzat gyömrői, monori és szigetszentmiklósi Szakorvosi Rendelőintézete, a kistarcsai Flór Ferenc Kórház, valamint a budapesti Szent Rókus Kórház válaszolt. Valamennyi intézmény azt jelezte, hogy semmilyen határon átnyúló együttműködésben, határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködésben sem vesz részt.

Önálló kezdeményezésként – az országos felméréstől teljesen függetlenül – jutott a tudomásunkra a Szobi Kistérség szomszédos szlovák területekkel, elsősorban Ipolyság (Sahy) város kórházával történő együttműködésre vonatkozó szándéka. A Szobi Kistérség lakói magyar területen a legközelebb Balassagyarmaton, Esztergomban és Vácott juthatnak hozzá a kórházi ellátásokhoz (Szobon rendelőintézet működik). Ezeknek a kórházaknak a megközelíthetősége azonban nehéz.

A kistérség délnyugati részén élők számára az Esztergomi kórház van a legközelebb (Szobról közúton 12 km-re), de az elérést nehezíti a Szobi Duna-híd hiánya. A kompon való átkelés lehetőségének kivárása a sürgősségi esetekben nem lehetséges, ezért a mentést Szlovákián keresztül a Párkányt és Esztergomot összekötő Mária Valéria hídon keresztül lehet megvalósítani (Szobról közúton 25 km). A kétszeri határátlépés időtartama és a két ország közlekedési rendszabályainak a mentőkre vonatkozó eltérő rendelkezései azonban a hatékony mentést jelentősen megnehezítik. A kistérség délkeleti részén élők számára a váci kórház (Szobról közúton 25 km) megfelelő ellátást tud nyújtani, a kistérség keleti és északi területein élők számára pedig a balassagyarmati kórház áll rendelkezésre (a kistérség északkeleti településeitől közúton mintegy 30-40 km). A távolság mindhárom esetben jelentős. A szlovákiai kórházak elérhetőségét a legtöbb esetben a kistérség határmenti fekvéséből adódó viszonylagos elzártság nehezíti. A határt képező Ipoly határfolyó 47 hídja közül 40-et 1920 óta folyamatosan lebontottak, az épen maradt hét híd közül 3 vasúti, 4 közúti, a 4 közúti közül azonban csak 1 esik a Szobi Kistérség területére (a magyarországi Letkés és a szlovákiai Ipolyszalka között időszakos üzemeléssel naponta 8.00-20.00 óráig). A folyó szlovákiai partján fekvő intézmények megközelíthetősége ezért gyakorlatilag csak az épen maradt egyetlen hídon keresztül, jelentős idővesztéssel lehetséges.

Az ipolysági híd viszont alkalmas arra, hogy a kistérség központi és északi területeit a szlovákiai Ipolyság (Sahy) kórházával összekösse. A közvetlen összeköttetés és a rövid idejű elérhetőség révén ez az intézmény kedvezőbben tudná kiszolgálni a Szobi Kistérség középső és északi területein élőket, hiszen a határtól mindössze 5 km-re fekszik. A Szobi Kistérség céljai között ezért határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködés kialakításának terve szerepel az Ipolysági Kórházzal. A partnerség keretében az Ipoly Eurorégió szolgálna Az „Ipoly Eurorégió Határon Átnyúló Együttműködés”-t 4 önkormányzat és 6 civil szervezet alapította Ipolyság székhellyel. Független nonprofit szervezet. Működési területe: Ipolyság, Zseliz és Léva környéke, az Érsekújvári járás Ipoly menti területe, a Rimaszombati járás nyugati része, valamint a Losonci, Nagykürtösi, Korponai és a Selmecebányai járás (összesen 232 település 209 949 lakossal). Az eurorégióknak jelenleg 68 tagja van (58 település és 9 szervezet).

Az együttműködés a tervek szerint a sürgősségi betegellátásra terjedne ki, azaz valódi szolgáltatási együttműködéssé alakulna. Az együttműködés fő jellegzetessége, hogy kétirányú (Magyarországról Szlovákiába és Szlovákiából Magyarországra tartó) betegforgalom kialakítására jön létre, hiszen míg a Szob-Ipolyság közötti együttműködés a Szobi Kistérség északi területein élők számára jelentene megoldást, a Szobi Kistérség déli részén a Szobi Rendelőintézet bekapcsolódik a szomszédos szlovák területek lakosságának ellátásába. A szlovákiai Pásztó (Pastovce), Ipolyszalka (Salka), Leléd és Bajta települések számára ugyanis a legközelebbi ellátóhely a párkányi Poliklinika. A Szobi Rendelőintézet azonban jóval közelebb van, arról nem is beszélve, hogy a párkányi betegek egy részét a Poliklinika és az Esztergomi Kórház együttműködése keretében esetenként jelenleg is Magyarországon kezelik. Az elérhetőség és a szolgáltatások színvonalában meglévő különbségek (illetve egyes hiányzó kapacitások) okozta nehézségek tehát a közös határ mindkét oldalán jelen vannak.

Budapest:

Bár Budapest nem szerepelt az adatfelvételbe vont körben, a főváros és intézményei tekintetében is rendelkezünk bizonyos, a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködésekre vonatkozó adatokkal. Az Európai Kórházszövetség (HOPE) ugyanis 2003 júniusában a jelenlegi helyzetelemzés alapjául szolgálóhoz nagyon hasonló kérdőívvel mérte fel nemzeti tagszervezetei, így a Magyar Kórházszövetség tagságának tevékenységét. A felmérésből adatai alapján egyetlen fővárosi intézmény nyilatkozott úgy, hogy határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködés tagja. Az Országos Baleseti Sebészeti Intézet a szlovák roznóyi (Roznava) Szent Barbara

Kórházzal tart fenn kapcsolatot, amelynek célja a betegellátásban/ápolásban (traumatológiai és ortopédiai esetek sürgősségi ellátása) és a kutatásban való együttműködés (tehát egyaránt szolgáltatási és szolgáltatói együttműködésről van szó). Az Országos Baleseti Sebészeti Intézet – Európa egyik legjelentősebb ilyen központjaként – ezen kívül fogadja az együttműködés keretében küldött kézsebészeti betegeket.

Dél-Dunántúl:

Baranya Megye, Tolna Megye:

Nincs adat. Somogy Megye adatszolgáltatásából ugyanakkor tudjuk, hogy Baranya Megye az Alpok-Adria Munkaközösség tagja (részletesen lásd Somogy Megyénél).

Somogy Megye:

A megyei önkormányzat válaszolt, ezen kívül a fenntartásában működő két intézmény részéről érkezett adatszolgáltatás. A megye úgy nyilatkozott, hogy részt vesz az Alpok-Adria Munkaközösség munkájában. Az együttműködés az egészségügyre is kiterjed. Területei elsősorban a sürgősségi és az egyéb betegellátásban illetve e területeken a tevékenységek, ellátások összehangolásában való együttműködés. Az együttműködés azonban jellemzően nem az egészségügyi szolgáltatók, hanem az önkormányzatok között valósul meg, azaz önkormányzati, igazgatási típusú együttműködésről van szó. Az együttműködés nemzetközi pénzügyi támogatásban nem részesült.

Az önkormányzat fenntartásában működő két egészségügyi szolgáltató (a Kaposi Mór Oktató Kórház és a Református Egyház Mosdósi Tüdő- és Szívkórháza) egyaránt úgy nyilatkozott, hogy semmilyen határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködésben sem vesznek részt.

A megyei önkormányzattól függetlenül vizsgálatba vont nagyatádi Város Kórház-Rendelőintézete ellenben figyelemre méltó együttműködésről számolt be. Az intézmény szervezett és intézményesült nemzetközi betegellátási együttműködés tagja. Az együttműködés célja a svédországi Vasternorrland Megye területéről érkező betegek egészségügyi ellátása, reumatológiai gyógykezelése a nagyatádi gyógyfürdőben. Az együttműködésben résztvevő külföldi partner a Landstinget Vasternorrland (Északkeleti Megye Tanácsa) és a Megyei Kórház.

Az együttműködés nemzetközi pénzügyi támogatásban részesült. Az együttműködés legfőbb jellegzetessége, hogy a piaci elvet érvényesíti, azaz az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató a magyar állampolgárokra is érvényes saját díjszabását érvényesíti a betegellátás során. A tervezett beavatkozásokat a Nagyatádi Városi Kórház-rendelőintézet által fenntartott Termál- és Gyógyfürdőben nyújtják. A betegek az Aktív Hotels International Kft. Által üzemeltetett SOLAR Hotelben nyernek elhelyezést.

Közép-Dunántúl:

Fejér Megye:

Fejér megye részéről nincs adat.

Veszprém Megye:

A Veszprém megyei önkormányzat válaszolt, ezen kívül a fenntartásában működő egy intézmény részéről érkezett adatszolgáltatás. A megyei önkormányzat és a veszprémi Csolnoky Fenrenc Kórház-

Rendelőintézet azonban egységesen úgy foglalt állást, hogy határon átnyúló együttműködésben, határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködésben nem vesznek részt.

Komárom-Esztergom Megye:

Az esztergomi városi önkormányzat válaszolt, ezen kívül a fenntartásában működő egy intézmény részéről érkezett adatszolgáltatás. A város a 2003-ban létrejött Ister-Granum Eurorégió tagja. Az együttműködés az egészségügyre is kiterjed. Területei: sürgősségi és egyéb (tervezett) egészségügyi ellátás, eszközök megosztása, közös használata, menedzsment, forrásszerzés/pályázatok, szakértők cseréje, oktatás és képzés. Az együttműködésben részt vevő külföldi partner a szlovákiai Déli Régió (Juzny Region) Önkormányzata. A terület magában foglalja a magyarországi Esztergom, Nyergesújfalu Tokod, a szlovákiai Párkány és Tokodaltáró területét, valamint a zselízi kistérség és az Ipoly-völgy falvait.

A megye tekintetében tudjuk, hogy 1999 óta a magyar-szlovák határ mellett élők együttműködésének fokozására, közös fejlesztések elindítására létrejött Vág-Duna-Ipoly Eurorégió alapító tagja. Az Eurorégiót Komárom-Esztergom megye, Nyitra kerület, valamint Pest megye önkormányzata hozta létre. Ennek jegyében a régióban 2000-ben kidolgozott operatív programok közül hat közösen kerül kidolgozásra. Az egyes operatív programok készítése során szoros együttműködés alakult ki a Komáromi kistérség és a Komárnói járás - ezen belül a "Most Priatelstva" mikrorégió között. A Vág-Duna-Ipoly Eurorégió munkájának szervezését, fejlesztését a tagok közös szerve, ún.: "Fejlesztési Közhasznú Társaság" végzi.

Az esztergomi Vaszary Kolos Kórház ugyancsak az Ister-Granum Eurorégió tagja. Partnere a párkányi Poliklinika. Részletes tevékenysége egyelőre nem ismert.

Nyugat-Magyarország:

Győr-Moson-Sopron Megye:

Mindössze a győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórház válaszolt. A Nyugat-Magyarországi Tervezési Statisztikai Régió megyéinek és az osztrák Burgenland Tartomány tagságával működő EU Régió WEST/Nyugat Pannónia együttműködés, valamint a délnyugat-szlovákiával kialakított Hármas Duna-vidék Eurorégió keretében a kórház a menedzsmentben, a kutatásban és közös oktatási/képzési programokban vesz részt az együttműködések tagjaival, elsősorban Béccsel (Wien) és Pozsonnyal (Bratislava). Ezen túlmenően – nyilatkozatuk szerint – a betegellátásra (szolgáltatási együttműködésre) vonatkozó megállapodásuk külföldi partnerrel nincs.

Vas Megye:

Nincs adat.

Zala Megye:

Nincs adat.

Általános megállapítások:

1)

A határon átnyúló együttműködések Magyarország teljes határszakaszát lefedik. A magyarországi tervezési statisztikai régiók szinte valamennyi megyéje részt vesz ilyen együttműködésekben (nem csak a közvetlenül az országhatár mellett fekvő megyék).

2)

A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések fogalma kettős. A leginkább érintettek, azaz maguk az egészségügyi szolgáltatók **egyrészt az egészségügyi szolgáltatók együttműködését értik alatta** (ebbe a körbe tartozik a tapasztalatcsere, a közös képzési programok, a „Benchmarking” – azaz a legsikeresebb, leghatékonyabb példák alapul vétele a további munkához – stb.), **másrészt az egészségügyi szolgáltatási együttműködések** (az összehangolt betegirányítástól a valódi szolgáltatásnyújtásig a legkülönbözőbb tevékenységeket) is beleértik. A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködést megalapozó célok között ugyanakkor jelenleg olyan tevékenységek is szerepelnek, mint például a „fund raising” – azaz a forrásszerzés a minőségi fejlesztéshez – vagy a magas felszereltségű és technikai színvonalú központi egészségügyi intézmények kialakítása.

Ezek alapján az együttműködés legjellemzőbb formái:

Szolgáltatói együttműködés az intézményfejlesztés területén:

- Felszerelés/műszerek közös vásárlása/használata;
- Kutatás, közös képzési intézmények;
- Intézményesített közös igényfelmérés és tervezés (cross-border observatories);
- On-line együttműködés a tapasztalatcsere és képzés területén.

Szolgáltatási együttműködés a betegellátás területén:

- Földrajzi adottságok kihasználása (pl. közelebb fekvő kórház a határ másik oldalán)
- Az egészségbiztosítás kölcsönös elismerése (biztosítási kártyák elfogadása a határon túl);
- Együttműködés mentés/baleseti sürgősségi ellátás terén;
- Szakellátási együttműködés (beutalás egy másik tagállamban lévő intézménybe);
- Várólisták közös leküzdése;
- On-line együttműködés a diagnosztika és a betegirányítás területén.

A helyzetelemzéshez elvégzett országos felmérés megerősíti, hogy e tevékenységek mindegyike jelen van a Magyarország érintettségével működő határon átnyúló együttműködések célkitűzéseiben, ugyanakkor az egyes tevékenységek megvalósítása nagyon különböző szakaszban van. A felszerelések/műszerek közös vásárlása/használata, az egymás területéről/területére történő mentés/betegszállítás és a szakellátási együttműködés például több régióban deklarált cél, de mindeddig sehol sem volt rá példa. Az egészségbiztosítás kölcsönös elismerése alapján végzett beavatkozásokra pedig csak az EGT-tagállamokkal (formanyomtatványok alapján szigorúan meghatározott indikációra és ápolási körben), illetve a Magyarországgal egyezményes kapcsolatban álló országokkal (útlevél alapján kizárólag sürgősségi esetekben) összefüggésben volt példa. Az intézményesített közös igényfelméréshez és tervezéshez kötődő tevékenységek pedig a legtöbb helyen további megerősítésre szorulnak. A legaktívabb – valamennyi együttműködésben szinte általános – tevékenységnek a közös képzés/kutatás és a tapasztalatcsere mondható.

3)

A kettős jelentéstartalom más vonatkozásban is tetten érhető: a határon átnyúló jelleg értelmezésekor, azaz tágabb értelemben a határon átnyúló együttműködések területi lehatárolásakor. Az elterjedt gyakorlat szerint ugyanis a beteg-mobilitás, határon átnyúló együttműködés fogalma a szomszédos tagállamok közötti (a közös határok mentén megvalósuló), valamint a közös határral nem rendelkező tagállamok közötti (több határon átívelő) együttműködések, egészségügyi szolgáltatásokat egyaránt lefed. Az elvégzett országos felmérés tapasztalatai alapján a Magyarország részvételével zajló határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködésekben mindkét értelmezésnek megfelelő gyakorlat kimutatható: határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések nemcsak Magyarország és a többi szomszédos EGT-tagállam szolgáltatói között alakultak ki, hanem az egyelőre még nem EGT-tagállam szomszédok szolgáltatóival és a Magyarországgal nem határos államokkal is (legyenek akár EGT-tagállamok, akár az EGT-n kívüli, harmadik országok). Közösségi támogatások címzettjei azonban véleményünk szerint csak az EGT-tagállamokkal létesített határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések lehetnek. Az EGT-n kívüli, harmadik országokkal kialakított együttműködések csak a szomszédos országok esetében részesülhetnek támogatásban (az EU külső határai mentén zajló együttműködési tevékenységek támogatására rendelkezésre álló forrásokból).

A fentiekre tekintettel elsődlegesen három területi lehatárolás vehető figyelembe (vagyis határon átnyúló szolgáltatási együttműködést lehet létesíteni):

- Magyarországgal határos EGT-tagállam szolgáltatójával,
- Magyarországgal nem határos EGT-tagállam szolgáltatójával,
- Magyarországgal határos nem EGT-tagállam szolgáltatójával

4)

A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködések létesítése, illetve a magyar szolgáltatói kapacitások külföldre történő kijárlása során figyelembe veendő legfontosabb körülmény az, hogy az EGT tagállamaiból érkező személyek számára nyújtott kezelésekről a magyar egészségügyi szolgáltatók nem állíthatnak ki számlát, illetve nem számíthatják fel a saját díjszabásukban meghatározott piaci árakat az 1408/71/EGK és az 574/72/EGK rendeletek alapján, kizárólag az OEP-finanszírozásra tarthatnak igényt, amennyiben az alábbi feltételek egyszerre teljesülnek:

- A Magyarországon ellátást igénylő személy a hazájában a kötelező állami biztosításban vesz részt.
- Rendelkezik a hazai biztosítójának a magyarországi gyógykezelés igénybevételére vonatkozó írásos engedélyével.
- Az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral finanszírozási szerződésben álló egészségügyi szolgáltatóhoz fordul.
- Olyan ellátást vesz igénybe, amelyet a magyar állampolgároknak is a kötelező társadalombiztosítás keretében nyújtanak.

Bármelyik feltétel teljesülésének hiányában a kezeléssel számlát lehet kiállítani, és azon a szolgáltató által szabadon meghatározott díjat lehet érvényesíteni. Az egészségügyi szolgáltatók tehát nem automatikusan jutnak pótlólagos bevételekhez az EGT-állampolgárok ellátása révén. Az EGT-állampolgárok ellátása önmagában nem eredményezi a szolgáltatói bevételek növekedését, a jövedelmező működést. A szolgáltatók nem juthatnak jelentősen több pótlólagos bevételhez az EGT-

állampolgárok ellátása révén, ha azok a hazájukban a kötelező biztosítás részesei, rendelkeznek a biztosítójuk magyarországi gyógykezelésre vonatkozó engedélyével, Magyarországon a társadalombiztosítással szerződött egészségügyi szolgáltatóhoz fordulnak és a magyar társadalombiztosítás keretébe tartozó ellátást igényelnek. Bevételnövekmény (finanszírozási díj helyett szabad ár) csak akkor várható, ha az illető a hazájában nem kötelezően biztosított, nem rendelkezik a biztosítója engedélyével, nem az OEP által finanszírozott egészségügyi szolgáltatóhoz fordul vagy Magyarországon nem a társadalombiztosítás keretében járó ellátást igényel (összefoglalva a következő táblázatban).

Milyen ellátást nyújtanak?				
A kötelező egészségbiztosítás keretébe tartozó ellátás				A kötelező egészségbiztosítás keretébe nem tartozó ellátás
Kinek nyújtják az ellátást?				
EGT-állampolgárnak		Nem EGT-állampolgárnak		Mindegy
Engedéllyel rendelkező (E111, stb.)	Engedéllyel nem rendelkező	Egyezményes országból érkező	Nem egyezményes országból érkező	
Milyen bevétel jár a szolgáltatónak?				
EGT-állampolgárnak		Nem EGT-állampolgárnak		Szabad ár jár
Csak az OEP-finanszírozás jár	Szabad ár jár	Csak az OEP-finanszírozás jár	Szabad ár jár	

A fentiek azonban nem jelentik automatikusan azt is, hogy a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködések fejlesztésekor a szolgáltatói bevétel-maximalizálás és a szabad ár elérése érdekében kizárólag azon személyek ellátását lehet vagy kell fejleszteni, akik a mindenkori finanszírozás mértékénél nagyobb bevételekhez juttatják az egészségügyi szolgáltatókat. Szolgáltatói bevétel-növekedés ugyanis az OEP-finanszírozás mellett ellátott személyek számának gyarapítása révén is elérhető.

Összefoglalva tehát: A hatályos hazai jog biztosítja a helyi és települési önkormányzatok, regionális testületek számára a határmenti együttműködések létrehozására és az abban való részvételre vonatkozó jogot. Ezen együttműködések a helyi és regionális közhatalóságok által a törvény erejénél fogva ellátandó feladatok mindegyikére kiterjedhetnek. Ennek megfelelően a helyi lakosság számára kötelezően biztosítandó egészségügyi ellátások szervezése és összehangolása is az együttműködések részét képezi, valamennyi önkormányzatok által létesített határon átnyúló együttműködés alapító dokumentumában önálló tevékenységi területként szerepel. Bár az együttműködések az egészségügy területére is kiterjednek, az együttműködésben részt vevő tagok között mégis zömmel önkormányzatokat találunk, akik legfeljebb, mint az egészségügyi intézmények fenntartói szerephetnek érvényt az együttműködések egészségügyi vonatkozásainak. Maguk az egészségügyi szolgáltatók a legkritikább esetben éltek az együttműködésben rejlő lehetőségekkel (a létező szolgáltatói együttműködések mind korábbi keletűek, kifejezetten a megállapodások alapján egyetlen egy együttműködés sem jött létre). A leginkább érintettek, azaz maguk az egészségügyi szolgáltatók általában nem egységesen értelmezik az együttműködés fogalmát és abba a szakmai kapcsolatoktól, tapasztalatcserétől az összehangolt betegirányításig, a valódi szolgáltatásnyújtásig a legkülönbözőbb tevékenységeket beleértik.

VI.2 Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Nemzetközi és Európai Uniós Főosztály (2011. szeptember): A betegmobilitás és a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelv várható hatásai

Készítette dr. Ötvös Péter és dr. Hódi Sándor a Magyar Kórházszövetség és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületének munkacsoportja által készített hatástanulmány, továbbá az Európai Bizottság jelentésnek (Cross-border health services in the EU, Analytical Report, forrás: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_210_en.pdf) felhasználásával.

Az OEP adatain alapuló táblázatokat és grafikonokat Laczkovszky Katalin készítette.

I. Az egészségügyi szolgáltatások szabályozása az Európai Unióban

1. Az egészségügyi szolgáltatások és az Európai Unió alapszabadságai

Az egészségügyi ellátás uniós szintű szabályozásának háttere az Európai Közösséget létrehozó („Római”) Szerződés⁴⁰, amely rögzítette az ún. négy alapszabadságot: az áruk, a szolgáltatások, a tőke, illetve a munkaerő szabad áramlását, ugyanakkor kinyilvánította, hogy **az egészségügyi kérdések a tagállamok kizárólagos hatáskörébe tartoznak.**

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtását az Unión belül alapvetően két szabadság határozza meg:

- a **szolgáltatásnyújtás szabadsága** – tekintettel arra, hogy az egészségügyi szolgáltatás is szolgáltatásnak minősül; továbbá
- a **személyek** (úgyis mint munkaerő) **mozgásának szabadsága** – melynek előfeltétele, hogy a másik államba utazó személyek nem veszítik el társadalombiztosítási jogaikat.

A tagállamok közötti magasabb fokú integráció megteremtésének alapvetően két eszköze a

- **koordináció**, mely a személyek mozgásának szabadságát és
- a **harmonizáció**, mely a szolgáltatások nyújtásának szabadságát hivatott biztosítani.

2. A koordináció és a rendelet

A **koordinációnak** – a harmonizációval ellentétben – nem célja, hogy az egyes tagállamok az adott kérdést belső jogszabályaikban azonos módon szabályozzák. A koordináció elsődleges szándéka az, hogy feloldja azokat a konfliktusokat, amelyek abból származhatnak, hogy egyes tagállamok az adott kérdést eltérően szabályozzák. A koordináció fő eszköze a **rendelet**, amely **minden tagállamban közvetlenül alkalmazandó.** Ezzel az eszközzel az Európai Unió főként abban az esetben él, ha nem kívánja meghatározni az adott kérdés kezelésének „jó” módszerét, pusztán az eltérő rendszerek együttes alkalmazásából adódó hátrányokat kívánja kiküszöbölni. Az **egészségügyi és szociális ellátórendszer** felépítése és szervezése tipikusan olyan, melybe az Európai Unió nem kíván beleszólni, így e téren a koordináció érvényesül.

A munkaerő szabad áramlását elősegíti az a fontos jog, hogy a másik államban tartózkodó munkavállalók nem veszítik el társadalombiztosítási jogosultságukat, és egy másik államban is élhetnek bizonyos jogokkal, például az egészségügyi szolgáltatások igénybevételenek jogával. Az Európai Unió

⁴⁰ Jelenleg hatályos formában az Európai Unió Működéséről szóló Szerződés

tagállamainak szociális és egészségügyi rendszerei azonban rendkívül eltérőek, így nem is lehet cél egy egységes szociális, illetve egészségügyi rendszer bevezetése az egész Unió területén. Szükséges azonban valamennyi tagállam szociális biztonsági rendszerét koordinálni úgy, hogy a biztosítási ellátások – különösen az egészségügyi szolgáltatások – igénybevétele biztosított legyen.

Egészségügyi ellátások a Rendelet szerint

Az Európai Unióban az egészségügyi szolgáltatások a szociális biztonsági koordinációt szabályozó 883/2004/EK rendelet (a továbbiakban: a Rendelet) értelmében – terjedelmük szerint – három csoportra oszthatók:

- A másik tagállamban tartózkodók betegség vagy baleset esetén jogosultak az **orvosilag szükséges ellátás** igénybevételére. A jogosultságuk igazolására az ellátás kezdetekor be kell mutatni az **Európai Egészségbiztosítási Kártyát**, vagy az azt ideiglenesen helyettesítő kártyahelyettesítő nyomtatványt.
- Az egyik tagállamban biztosított vagy nyugdíjas, és **a másik tagállamban állandó lakóhely** rendelkező személyek a lakóhelyük szerinti tagállamban **az egészségügyi ellátások teljes körére** szereznek jogosultságot.
- A biztosító előzetes engedélyével lehetőség van a másik tagállamba gyógykezelési szándékkal utazni, kifejezetten az egészségügyi ellátások igénybevétele céljából. Az **engedélyezett külföldi gyógykezelésre** való jogosultságot európai uniós szabvány szerinti nyomtatvány (E 112 vagy S2) igazolja. A közösségi rendelet szabályai szerint a másik tagállamban gyógykezelésre jogosító engedélyt ki kell adni,
 - ha a szóban forgó kezelés szerepel az érintett személy **lakóhelye szerinti tagállam jogszabályai által előírt** ellátások között, és
 - ha az ilyen kezelést az **orvosilag indokolt határidőn belül nem tudják biztosítani**, figyelembe véve a személy aktuális egészségi állapotát és betegségének várható lefolyását.

A rendelet alkalmazásában a másik államban biztosított személy ugyan olyan feltételek mellett veheti igénybe a szolgáltatásokat, mint a helyi biztosítottak (**azonos elbírálás elve**). Amennyiben a biztosítottnak az ellátásért térítést kellett fizetni, ahhoz biztosítója **az igénybevétel helye szerinti ország költségmértéke** szerinti visszatérítést nyújt. A rendelet szerint az ellátások azonban kizárólag **az adott tagállam társadalombiztosítójával szerződött szolgáltatójánál vehető igénybe**, a nem szerződött szolgáltatónál igénybe vett ellátás esetén a biztosító megtagadhatja a költségek megtérítését.

Például, ha egy magyar biztosított franciaországi turistaútja során sürgősségi ellátásra szorul, annak költségeit a magyar egészségbiztosítási szerv a francia költségmértékek szerint téríti.

3. A harmonizáció és az Irányelv

A **harmonizációval** az Európai Unió azt igyekszik elérni, hogy egy bizonyos kérdést azonos vagy legalábbis hasonló módon szabályozzanak a tagállamok. Ennek eszköze rendszerint az **irányelv**, amely **előírja** azokat a **minimum-feltételeket**, melyekben az egyes tagállamok jogszabályainak egymással „harmonizálniuk” kell. A **jogalkotásról** ilyen esetben – az irányelv által megszabott határidőn belül – **az egyes tagállamoknak kell gondoskodniuk**. Irányelv szabályozza tipikusan a tagállamok közötti **szolgáltatás-nyújtásra** vonatkozó szabályokat.

Ellátások az Irányelv szerint

Az Európai Bíróság '90-es évek óta következetesen folytatott joggyakorlatát alapul véve, 2011 elején fogadta el az Európai Parlament és a Tanács a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló irányelvet (2011/24/EU irányelv; a továbbiakban: Irányelv). Az Irányelv lehetővé teszi, hogy az egészségügyi ellátások igénybevétele céljából szabadon utazhassanak az uniós polgárok más tagállamba, tehát egy új jogalapot és lehetőséget teremt a betegek számára a tervezett egészségügyi szolgáltatások más tagállamban történő igénybevételére. Az Irányelv **alapvetően tervezett ellátások** igénybevételét könnyíti meg azáltal, hogy lehetővé teszi, hogy a betegek bármely ellátás igénybevétele céljából más tagállamba utazzanak. Korlátozás csak szükség esetén és arányosan, kizárólag fekvőbeteg ellátás esetén alkalmazható. Az ellátást igénybevevő a biztosítás helye szerinti tagállamban **a belföldi költségmérték megtérítésére** tarthat igényt, akkor is, ha az ellátást az adott tagállam társadalombiztosítójával nem szerződött szolgáltatójánál veszi igénybe.

Amennyiben azonban a **beteg** előre tervezett ellátást szeretne egy másik tagállamban igénybe venni, **köteles megelőlegezni** a kezelés költségeit és utólag kérhet visszatérítést a biztosítójától. A biztosító azonban csak a saját maga által alkalmazott „belföldi” költségmértékig köteles a visszatérítésre, és nem kell figyelembe vennie a másik állam biztosítójának finanszírozási tételeit.

Például, ha a magyar biztosított kimondottan egy adott szakorvosi beavatkozás céljából utazott Ausztriába, az osztrák szolgáltató által kiadott számlához a magyar egészségbiztosítási szerv csak az adott ellátás magyarországi finanszírozási mértékének megfelelő térítést nyújthat.

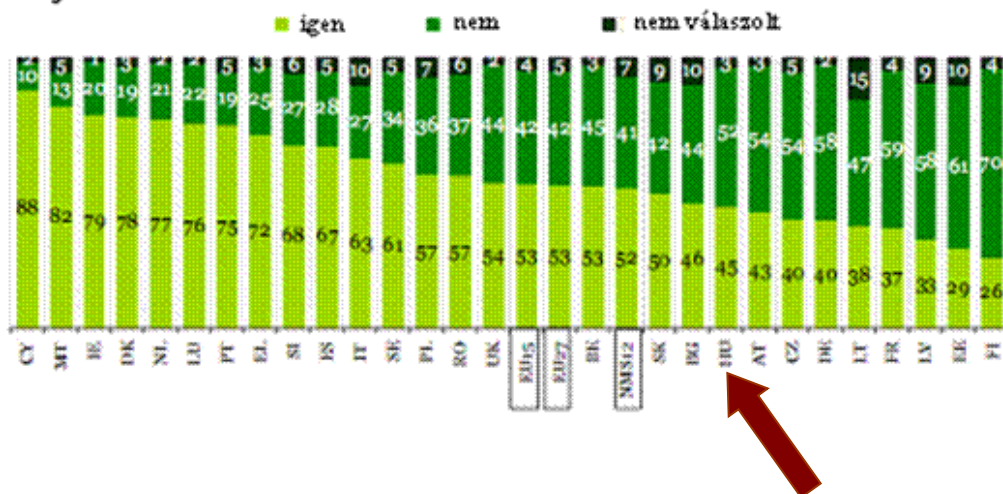
Jóllehet, az Irányelv jelenleg még nem kötelezően alkalmazandó, de az Európai Bíróság több ítéletében⁴¹ is kimondta, hogy a nem fekvőbeteg ellátás másik államban történő tervezett igénybevétele után a belföldi költségmérték szerinti visszatérítés jár. Ehhez az elvhez a tagállamoknak már most is tartaniuk kell magukat.

II. A beteg-mobilitás jelenlegi helyzete

1. A mobilitási hajlandóság

Az Európai Bizottság 2007-ben készített felmérést a betegmobilitás helyzetéről, a határokat átlépő betegek motivációjáról és azon tényekről, amelyek befolyásolják a betegek döntéseit. A magyar válaszolók az EU tagállamok átlagánál alacsonyabb hajlandóságot mutatnak a betegmobilitás területén.

⁴¹ A 1998. április 28-án a Kohll (C-158/96) és Decker (C-120/95) ügyekben hozott ítélet, majd a 2003. május 13-i, Müller-Fauré/van Riet ügyekben (C-385/99) hozott ítéletek

Hajlandó lenne más EU-államban utazni orvosi ellátás igénybe vételének céljából?


Az öt leggyakoribb ok, amiért a beteg hajlandó külföldre utazni és ott gyógykezeltetni magát:

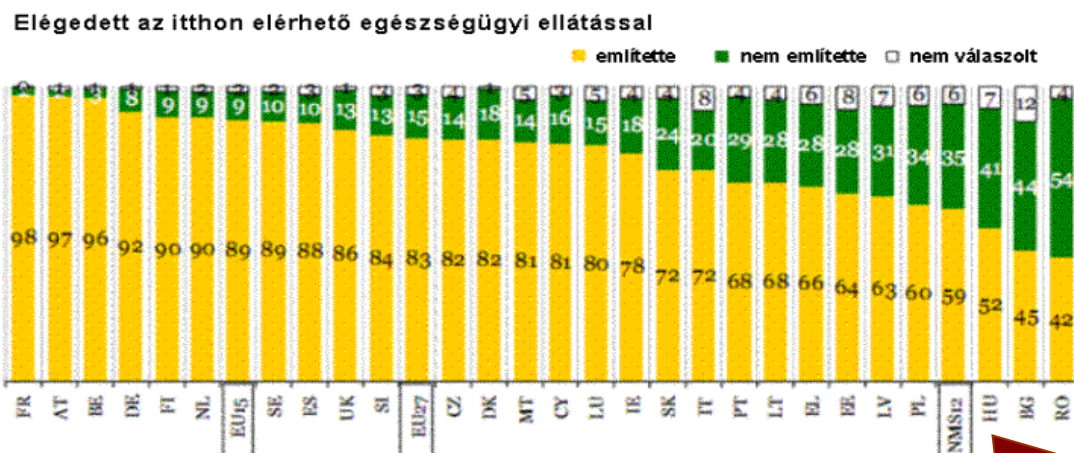
- Hazájában nem elérhető a beteg számára a szükséges kezelés;
- Jobb minőségű ellátást kíván igénybe venni;
- Az adott ellátásra szakosodott neves specialistát keres fel;
- Gyorsabb a hozzáférés az ellátáshoz;
- Olcsóbb az ellátás igénybevétele.

Az alábbi okok közül melyik miatt lenne hajlandó másik EU-államban utazni orvosi ellátás igénybe vételének céljából?


A felmérés szerint a magyar válaszolók valamennyi külföldi gyógykezelési ok tekintetében talán a legkevésbé motiváltak közé tartoznak. Tehát a magyar betegek az egyes indokoknak is kisebb jelentőséget tulajdonítanak, mint az EU többi országában élők. Ebből levonhatjuk az a következtetést, hogy egy esetlegesen a jelenleginél liberálisabb közösségi szabályozás bevezetése sem jelentené azt, hogy a magyar betegek jelentős mértékben élnének a külföldi gyógykezelés lehetőségével.

Célszerű azonban megemlíteni, hogy ezt a felmérést 2007-ben végezték, és a betegek hozzáállása a külföldi gyógykezeléshez jelentősen változhat, annak függvényében, hogy a hazai ellátórendszer a betegek szempontjából milyen megoldhatatlan problémákkal szembesül. Ennek a változásnak akár az

előjeleként is említhető, hogy – az idézett felmérés szerint – a magyar betegek csak a román és bolgár betegeknel elégedettebbek, és ezzel az értékkel a magyar elégedettség mutató messze alatta van az EU átlagának.



2. Trendek

A magyarországi ellátás tekintetében a betegmobilitásra talán a legkomolyabb hatással az ingázó munkavállalók biztosítási helyük szerinti ellátása van. A környező országokból hazánkba érkező, és itt munkát vállaló, de állandó lakóhelyüket külföldön megőrző biztosítottak hazai ellátása már egyes helyeken – igaz, nagyon behatárolt ellátási szinteken – okozott problémákat. Konkrét problémát jelentett a Szlovákiából Magyarországra ingázó munkavállalók alapellátásban történő ellátása, valamint finanszírozási okokból az ügyeleti ellátásuk, és a terhesgondozásuk, mivel ezen ellátások finanszírozása tekintetében a helyben állandó lakóhellyel rendelkezők száma meghatározó, és ezen ingázó munkavállalóknak nincs magyarországi állandó lakóhelyük. Ettől eltekintve, a Magyarországon dolgozó és külföldön lakók száma, valamint a külföldön dolgozók és Magyarországon lakók száma kiegyenlítettnek mondható (20-25 ezer körül).

A Magyarországon fizetőkötelezettség mellett ellátott betegek éves volumene évről évre csökkenő tendenciát mutat. Ezen ellátásokat az OEP nem finanszírozza, és a tapasztalatok alapján a szolgáltatók adatszolgáltatási kötelezettsége nem mondható teljes körűnek, tekintve, hogy ezen eseteket a szolgáltatóknak (külön, a 4-es számú térítési kategóriában) jelenteniük kell, azonban a jelentés elmaradásának nincs szankciója. Ennek megfelelően az OEP sem rendelkezik olyan megbízható adatokkal, melyekre becslések lennének alapozhatók.

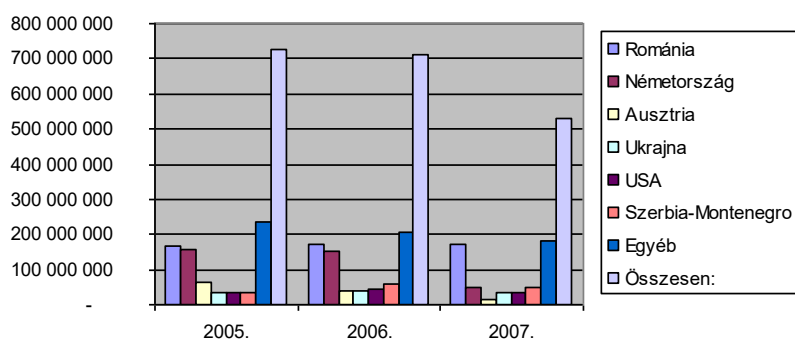
Az OEP-nek jelentett tételek alapján az Európai Unió tagállamai közül elsősorban német, osztrák és román állampolgárok vesznek igénybe térítésköteles ellátásokat. Az Európai Unió állampolgárok által Magyarországon igénybe vett ellátások értéke az egészségbiztosítási tételek szerint 250 és 450 millió forint között mozog, bár feltételezhető, hogy az egészségügyi szolgáltatók az OEP finanszírozási tételeinél magasabb árat érvényesítettek a szolgáltatást igénybevevőkkel szemben.

Az alábbi grafikon szemléletesen mutatja, hogy a 2005-2007 közötti időszakban a Magyarországi térítés mellett igénybe vett ellátások összértéke jelentősen csökkent, és a csökkenésért különösen a Magyarországon „fizető betegként” kezelt román és német állampolgárok szembetűnő csökkenése volt a felelős. Románia 2007. évi EU-csatlakozásának köszönhetően a román biztosítottak magyarországi ellátásának költségeit a román egészségbiztosítás állja. 2010-ben Románia felé az OEP 136,4 millió forint

értékben számlázott a Magyarországon igénybe vett akut ellátások után, míg a tervezett és a román biztosító által engedélyezett ellátásokért a magyar egészségbiztosító közel 30 millió forint költséget érvényesített a román egészségbiztosítóval szemben. A német betegek ellátásával kapcsolatban hasonló helyzet állt elő, 2010-ben magyar részről 84 millió forintos magyar követelést eredményezve a német biztosítottak magyarországi akut, és 5 milliót a tervezett ellátásáért.

A magyar egészségügyi szolgáltatók által jelentett, külföldiek részére nyújtott térítésköteles ellátások (OEP-finanszírozás szerinti) elméleti költségének alakulása

2005-2007. évi érték Ft

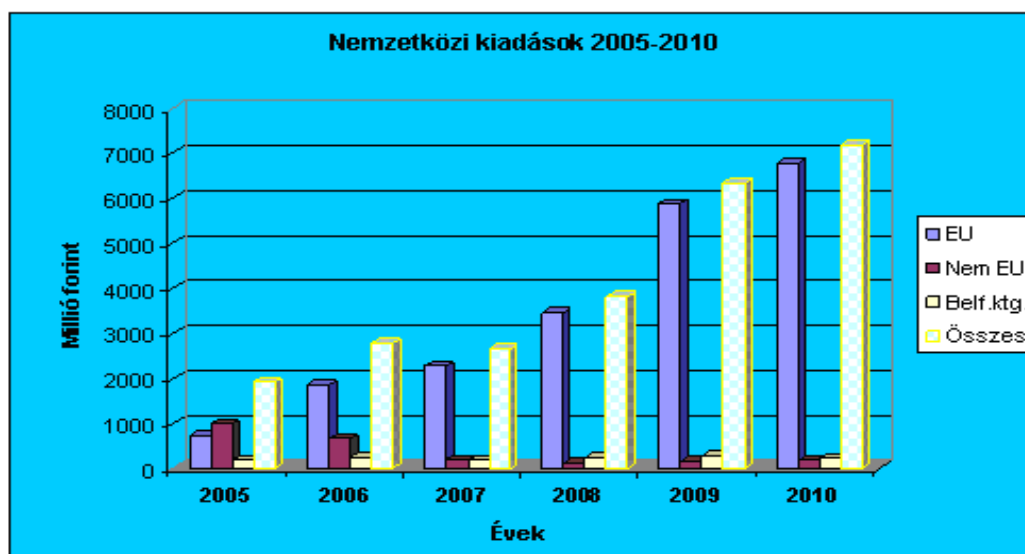


Megemlítendő továbbá, hogy a fizetőkötelezettség mellett ellátandó külföldiek kezelése a magyar biztosítottak ellátását semmilyen módon nem veszélyezteti, vagy hátráltatja.

A magyar biztosítottak külföldi ellátásának költségeit elemezve szintén arra a következtetésre jutunk, hogy amennyiben az Egészségbiztosítási Alap természetbeni ellátásokra fordított összkiadásaihoz viszonyítjuk (2010-ben: 1208 milliárd forint) a magyar biztosítottak külföldi ellátásának kiadásokat (2010-ben: engedélyezett külföldi gyógykezelés 1,23 milliárd, egyéb kiadások 3,68 milliárd forint), akkor a magyar biztosítottak külföldi ellátásának költsége a természetbeni ellátási előirányzatnak csupán 0,4 %-át teszi ki.

Meg kell jegyezni továbbá, hogy az Európai Unió valamely tagállamában biztosított személyek magyarországi ellátásának költségét – az azonos elbírálás elve alapján – az OEP a magyar szolgáltatóknak megelőlegezi. A megelőlegezett finanszírozásra ráadásul a teljesítményvolumen korlátozása nem vonatkozik. Ezen összegeket azonban a külföldi biztosítónak az OEP részére meg kell térítenie. 2010-ben az OEP 2,15 milliárd forint értékben érvényesítette a szolgáltatóknak megelőlegezett ellátási költségeket a többi tagállamtól.

Mindemellett– ahogy azt az alábbi grafikon is érzékelteti – a költségek jelentős növekedése tapasztalható az utóbbi években, melynek oka a külföldön ellátásban részesülő magyar és a Magyarországon ellátást igénybevevő más tagállambeli biztosítottak számának növekedése.



A Magyarországon összesen ellátott külföldi biztosított évi átlagos 20.000 gyógykezelése a magyarországi járóbeteg esetek éves 60-70 milliós számához, valamint a fekvőbeteg betegforgalomhoz (~ 2,5 millió/év) viszonyítva a százalékban teljesen elhanyagolható, ezrelékes szinten mérhető értéket tesz ki. A legtöbb külföldit ellátó intézmények (2004-2008 között pl. a Siófok Városi Kórház) éves szinten átlagosan naponta két-három külföldit látnak el, míg a legtöbb intézmény évente kevesebb, mint egy tucat külföldivel találkozik.

Az uniós tagállamokból kifejezetten gyógykezelési szándékkal és a biztosítójuk előzetes engedélyével **érkező betegek száma**, és az azokhoz kapcsolódó ellátási költségek évente **növekvő tendenciát** mutatnak. A külföldi biztosító engedélye (E112 vagy S2 nyomtatvány) alapján a szolgáltató a magyar biztosítottakkal azonos feltételekkel köteles ellátni a külföldről érkező európai uniós betegeket. A finanszírozási szabályok értelmében azonban ezekre az ellátásokra nem vonatkoznak az esetleges volumenkorlátozások. Jóllehet, a Magyarországon a külföldi biztosító engedélyével igénybe vett ellátások száma növekvő tendenciát mutat (a 2005. évi 20 esettől a 2010. évi 98 esetre). Az ezen ellátásokhoz kapcsolódó költségeket, melyeket az OEP belföldi finanszírozási mérték szerint a szolgáltatóknak meg kell előlegez, a külföldi biztosítók kötelesek megtéríteni. A szolgáltatóknak meg kell előlegezett költségek 30-35 millió forint körül mozognak. Az egyes években tapasztalható kiugróan magas költségek kivétel nélkül egyedi hatásokra vezethetők vissza (pl. a 2007. évben Lettországból több beteg csontvelő-transzplantációja történt meg, melynek hatására az engedély alapján nyújtott ellátások összege meghaladta a 190 millió forintot). Itt is hangsúlyozandó, hogy 2007 óta folyamatosan nő a Romániából érkező betegek ellátása, mivel korábban a román belső jogszabályok nem tették lehetővé a finanszírozott külföldi gyógykezelést.

Az alábbi táblázat a 2010-ben a külföldi biztosítókkal szemben érvényesített, előre engedélyezett magyarországi gyógykezelés költségeit tartalmazza:

**Kiszámlázások 2010-ben E 112 nyomtatvány alapján
(előzetesen engedélyezett ellátások)**

Ssz.	Ország	Számla darab	Ft
1.	Románia	76	29 838 088
2.	Németország	13	4 977 098
3.	Hollandia	6	391 439
4.	Szlovákia	2	178 915
5.	Lengyelország	1	118 559
	Összesen:	98	35 504 099

Az éves költségekből és az ellátási számokból egyértelműen megállapítható, hogy az európai államokból engedéllyel Magyarországra érkező **külföldi betegek** – a növekvő tendencia ellenére – **nem jelenthetnek fennakadást a magyar biztosítottak ellátásában**. Amennyiben ez egyes speciális ellátást nyújtó szolgáltatóknál a külföldi betegek ellátása mégis ellátási gondot okozna, akkor az ellátások nyújtásánál figyelembe kell venni, hogy **a külföldről érkező betegnek előzetes értesítési kötelezettsége van**, továbbá – az azonos elbírálás értelmében – rá is vonatkoznak pl. a magyar várólista szabályok. Amennyiben tehát egy magyar egészségügyi szolgáltató az engedéllyel rendelkező, másik tagállambeli beteg esetén az ellátást csak a magyar biztosítottak háttérbe szorításával vagy érdekeik sérelmével tudná nyújtani, köteles az ellátást megtagadni és a beteget elutasítani. Tekintve azonban, hogy a gyakorlatban a betegek az őket (potenciálisan) fogadó egészségügyi szolgáltatóval egyeztetnek a szabad kapacitásokról és lehetőségekről, a szolgáltatók részéről a formális elutasítás elenyésző.

III. A határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló közösségi irányelv

1. Az Irányelv célja

A 2011/24/EU Irányelv célja a betegmobilitás biztosítása az Európai Unióban, továbbá az egészségügyi ellátás terén való tagállami együttműködés előmozdítása. Az uniós jogszabály elsősorban azokra az **egyéni betegek**re vonatkozik, akik úgy döntenek, hogy **a biztosítás helye szerinti tagállamtól eltérő tagállamban kívánnak egészségügyi ellátást igénybe venni**.

2. Az Irányelv hatálya

Az Irányelv a határon átnyúló, biztonságos és magas színvonalú egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés megkönnyítését célzó szabályokról rendelkezik és **a betegek egészségügyi ellátására vonatkozik**.

Nem alkalmazandó azonban

- a tartós ápolási-gondozási szolgáltatásokra,
- a **szervátültetés** céljából történő szerveleltérésre és szervhez jutásra, valamint
- a fertőző betegek elleni **közfinanszírozású oltási programokra**.

3. A nemzeti kapcsolattartó pontok és az illetékes tagállam hatásköre

A határokon átnyúló egészségügyi ellátás terén egy vagy több nemzeti kapcsolattartó pontot kötelesek kijelölni a tagállamok, amelyek elsősorban tájékoztatási feladatokat látnak el.

A biztosítás helye szerinti tagállam gondoskodik a határokon átnyúló egészségügyi ellátást igénybe vevő biztosított személyek költségeinek visszatérítéséről, ha az ellátásra a biztosított személy ellátásra jogosult a biztosítás helye szerinti tagállamban.

Fontos kiemelni, hogy **a biztosítás helye szerinti tagállam határozza meg** mind a **jogosultságot**, mind pedig **a költségek átvállalásának szintjét**. A költségeket a tagállam azon mértékig téríti vissza, amelyet akkor vállalt volna át, ha az egészségügyi ellátást a saját területén vették volna igénybe (ún. „belföldi költségmérték”). A visszatérítendő költségek kiszámítására a tagállamok kötelesek mechanizmust bevezetni.

4. Minőség és biztonság

Az irányelv az ellátás tekintetében **a szolgáltatásnyújtás helye szerinti tagállam felelősségét** határozza meg, és előírja, hogy a közös alapelvek mentén a tagállamnak világos minőségi és biztonsági standardokat kell meghatároznia a területén nyújtott ellátásra vonatkozóan.

A szolgáltatásnyújtás helye szerinti államnak biztosítania kell továbbá, hogy

- az előírt követelményeknek a szolgáltatók megfelelhessenek,
- a szolgáltatókat megfelelően monitorozhatók legyenek,
- a szolgáltatók ellássák a betegeket minden szükséges információval,
- károkozás esetén a károsult panaszt tegyen és kártérítést kapjon.

Az egyenlő elbánást és diszkrimináció-mentességet biztosítani kell. A Bizottság iránymutatásokkal segíti a tagállamokat fentiek megvalósítása érdekében.

Főszabály szerint **az egészségügyi ellátást az ellátás helye szerinti tagállam jogszabályai szerint** kell nyújtani.

5. A betegek tájékoztatása

A biztosítás helye szerinti tagállam biztosítja, hogy a betegeket kérésre tájékoztassák a más tagállamban nyújtott egészségügyi ellátás igénybevételéről, a feltételekről, többek között azon esetekben is, ha a másik tagállamban nyújtott egészségügyi ellátás során a beteget kár éri.

A tájékoztatást könnyen hozzáférhetővé kell tenni, beleértve az elektronikus eszközök alkalmazását, és információt kell tartalmaznia a betegek jogosultságairól, az eljárásokról, valamint a fellebbezés és jogorvoslat rendszereiről, amennyiben a beteget megfosztják e jogosultságoktól.

6. A költségek visszatérítése

A biztosítás helye szerinti tagállam biztosítja, hogy a másik tagállamba egészségügyi ellátás igénybevétele céljából utazó biztosított személyt nem akadályozzák meg a másik tagállamban nyújtott egészségügyi ellátás igénybevételében, ha

- a szóban forgó ellátás olyan, amelyről rendelkezik a biztosítás helye szerinti tagállam jogszabálya, és
- amelyre a biztosított személy a biztosítás helye szerinti országban is jogosult.

Olyan ellátások vehetők tehát igénybe, melyek a biztosítás szerinti államban a „biztosítási csomag” részei, továbbá az igénybevételhez a betegnek jogosultsággal kell rendelkeznie. A beteg ugyanakkor az ellátást „szolgáltatásként”, térítési kötelezettség mellett veszi igénybe, és a számla alapján utólagosan térítésre jogosult biztosítójától.

A biztosítás helye szerinti tagállam a biztosított személynek az egészségügyi szolgáltatáshoz **a belföldi költségmértéknek megfelelő térítést nyújt**, azaz visszatéríti azokat a költségeket, amelyeket a kötelező társadalombiztosítási rendszer fizetett volna, ha a biztosítás helye szerinti tagállam területén vettek volna igénybe azonos vagy hasonló egészségügyi ellátást. Minden esetben **a biztosítás helye szerinti tagállam határozza meg**, mely egészségügyi ellátás esetén nyújtható visszatérítés, tekintet nélkül arra, hogy az egészségügyi ellátást hol veszik igénybe.

A másik tagállamban nyújtott egészségügyi ellátást igénybe venni kívánó betegek esetében a biztosítás helye szerinti tagállam **ugyanolyan feltételekhez** (támogathatósági kritériumok, szabályozási és adminisztratív formalitások) kötheti az ellátás igénybevételét és a költségek megtérítését, mint amelyeneket akkor alkalmazna, ha a beteg azonos vagy hasonló egészségügyi ellátást a területén venne igénybe.

E feltételeknek azonban **megkülönböztetéstől menteseknek kell lenniük**, és nem akadályozhatják a szabad mozgást. A tagállamok a költségek visszatérítésére megfelelő eljárásokat vezetnek be; ezen eljárásoknak szintén objektív, megkülönböztetéstől mentes, előzetesen ismert kritériumokon kell alapulniuk.

A biztosítás helye szerinti tagállam köteles legalább a belföldi költségmérték megtérítésére, a teljes költséget azonban nem köteles megtéríteni.

7. Az előzetes engedélyezés kérdése

A biztosítás helye szerinti tagállam előzetes **engedélyhez kötheti** a költségek visszatérítését,

- amennyiben az érintett beteg **legalább egy éjszakás kórházi tartózkodását** is magában foglalja, vagy
- amennyiben kiemelten **speciális és költséges orvosi infrastruktúra** vagy orvosi felszerelés alkalmazását kívánja, vagy
- a beteg vagy a lakosság számára **különleges kockázatot jelentő kezelésekkel** jár.

A biztosítás helye szerinti tagállam **korlátozhatja** a költségek visszatérítését a nyújtott egészségügyi ellátás **minőségével** és **biztonságával** kapcsolatos okok alapján, amennyiben ez a közegészségüghöz fűződő, közérdekű kényszerítő körülményekkel indokolható.

A **nem-kórházi** ellátás vonatkozásában az Irányelv kimondja, hogy a beteg joga az egészségügyi ellátás **előzetes engedélyezés nélküli igénybevétele egy másik tagállamban**, a tagállam kötelezettsége pedig a hazai költség mértékéig történő költségtérítés, természetesen a tényleges költség erejéig. **Ugyanakkor a nem-kórházi ellátásban is lehetőség van ugyanolyan korlátozások és feltételek alkalmazására, mint a hazai ellátásoknál – különös tekintettel a beutalási rendre** (például a járóbeteg szakellátás igénybevételéhez az alapellátás orvosa beutalójának előírása).

Kórházi ellátás esetén a tagállam **előzetes engedélyezési eljárást alkalmazhat**, ha az ellátás a saját szociális biztonsági rendszerében is finanszírozott, és az Irányelv végrehajtása a betegek olyan szintű kiáramlását okozná, mely aláássa a tagállami szociális biztonsági rendszer pénzügyi egyensúlyát, illetve a tagállam ellátórendszer kapacitása tervezésének és racionalizációjának lehetőségét. Az engedélyezési rendszernek ugyanakkor **arányosnak és szükségesnek kell lennie**. Az engedélyezendő ellátások körét az egyes tagállamok határozzák meg, az általuk közölt listákat a Bizottság tartja nyilván és frissíti. A biztosítás helye szerinti tagállam nem tagadhatja meg az előzetes engedély megadását abban az esetben, ha a beteg jogosult erre az ellátásra és az adott tagállamban nem biztosítható elfogadható időn belül az ellátás figyelembe véve a beteg egészségi állapotát.

Az eljárási rendszereknek könnyen hozzáférhetőnek kell lenniük, és biztosítaniuk kell, hogy a kérelmeket objektívan és elfogulatlanul dolgozzák fel a tagállam által meghatározott, előzetesen nyilvánosságra hozott határidőn belül.

Az előzetes engedélyezés elutasításának kritériumait előzetesen és átlátható módon kell meghatározni.

A tagállamok a kérelem feldolgozásakor figyelembe veszik:

- a beteg egészségi állapotát;
- az elszenvedett fájdalom mértékét;
- a beteg akadályoztatásának fokát, valamint
- a beteg szakmai tevékenység folytatását lehetővé tevő képességét.

Az engedélyre vonatkozó döntéssel szemben a tagállamoknak biztosítaniuk kell a jogorvoslat lehetőségét.

8. Igénybe vehető ellátások kérdése

Az Irányelv szerint az utólagos költségtérítés mértéke a belföldi költségmértéknek felel meg. Ez szükségszerűen azt is feltételezi, hogy nem nyújtható visszatérítés olyan ellátás igénybevétele esetén, melyek nem tartoznak az adott (biztosítás helye szerinti) állam által biztosított ellátások körébe, tehát a helyi „ellátási csomagba”. Az Irányelv egyértelműen leszögezi, hogy **a biztosítottnak joga van egy másik államban is igénybe venni mindazon ellátásokat, melyeket a biztosítás helye szerinti államban is járnak**. Az illetékes biztosító azonban nem köteles megtérítést nyújtani olyan ellátások igénybevétele esetén, amelyeket a biztosítás helye szerinti állam jogszabályai nem írnak elő. Ha az adott ország nem rendelkezik tételes és pontos listával a finanszírozott beavatkozásokról és eljárásokról, akkor a biztosítónak a külföldön igénybe vett ellátással **azonos vagy ahhoz hasonló ellátás hazai költségmértékét kell megtérítenie**.

A külföldi és a hazai ellátás hasonlóságának vizsgálatánál figyelembe kell venni

- a kezelt betegséget,
- az alkalmazott eljárást vagy technológiát,
- az ellátás időigényét és
- fekvő- vagy járóbeteg jellegét.

A biztosítás helye szerinti tagállam ezen felül *alkalmazhatja az ellátáshoz fűződő egyéb általános feltételeket*, különös tekintettel *a beutalás szükségességére* szakellátás vagy fekvőbeteg ellátás esetén.

9. Az orvosi rendelvények elismerése és térítése

Az Irányelv lehetővé teszi a más tagállamban kiállított orvosi rendelvények elismerését, ha a kiállított rendelvény névre szól. A rendelvények elismerésének korlátozása tilos, kivéve, ha a korlátozás:

- az emberi egészségvédelem szempontjából szükséges, arányos és megkülönböztetéstől mentes;
- az adott rendelvény eredetiségével, tartalmával vagy érthetőségével kapcsolatos jogos és indokolt kételyeken alapul.

Fontos kiemelni, hogy a rendelvények elismerése nem érinti a gyógyszerek költségének visszatérítésére vonatkozó szabályokat, a gyógyszerfelírásra vonatkozó nemzeti szabályokat és a generikus vagy egyéb készítményekkel történő helyettesítést sem.

Az illetékes biztosító ugyanakkor a másik államban kiváltott támogatott gyógyszer után a biztosítottnak ugyanolyan mértékű térítést köteles fizetni, mint amilyen mértékű ártámogatást nyújt hazai gyógyszerkiváltás esetén.

Ha valamely gyógyszer forgalomba hozatalát egy tagállam területén engedélyezték, a tagállamoknak biztosítaniuk kell, hogy egy másik tagállamban erre felhatalmazott személy által felírt, névre szóló vény felhasználható legyen területükön.

A végrehajtás elősegítésére az Európai Bizottság közösségi vény-sablont dolgoz ki, továbbá felállít egy közösségi rendszert, amely alapján vizsgálható a vény eredetisége és az, hogy a rendelvényt egy másik tagállamban erre felhatalmazott személyt adta-e ki.

A vény elfogadás kötelezettsége nem alkalmazandó olyan készítményekre, amelyek az uniós szabályok értelmében (2001/83/EK irányelv 71. cikkének (2) bekezdése) különleges orvosi rendelvényre kiadható gyógyszerek.

10. A tagállamok közötti együttműködés

Az Irányelv megteremti az együttműködés kereteit, például a határmenti régiók között, a más országokban felírt orvosi vények elismerése, az európai referencia hálózatok, az egészségügyi technológia értékelése, az adatgyűjtés, valamint a minőség és a biztonság területén.

A tagállamoknak biztosítaniuk kell a **betegek megfelelő információval való ellátásához** szükséges rendszereket. Ennek érdekében a tagállamoknak nemzeti kapcsolattartó(ka)t kell kijelölniük, aki(k)nek feladata a határon átnyúló egészségügyi ellátás lehetőségeiről és a vonatkozó eljárásokról, a betegjogok érvényesítéséről történő tájékoztatás, abban segítségnyújtás. (Ugyanakkor a másik államban nyújtandó egészségügyi ellátással kapcsolatos tájékoztatást – költségek, várakozási idő, eredmények – az adott szolgáltatóknak kell biztosítani.)

A tagállamoknak lehetővé kell tenniük, hogy a szolgáltatók a nagy beruházás-költség- és tudásigényű ellátások magas szintű nyújtása érdekében európai **referencia-hálózatokat** hozzanak létre, a létrehozás feltételeit és kritériumait a Bizottság fogja meghatározni.

Az **e-egészségügy** területén a Bizottság intézkedéseket fog elfogadni az információs és kommunikációs technológiák interoperabilitása elérése céljából, melyet a tagállamoknak akkor kell alkalmazniuk, ha e-egészségügyi rendszerek bevezetése mellett döntenek.

A tagállamoknak lehetővé kell tenniük az **egészségügyi technológiaértékelésért** felelős hatóságokat összekötő hálózat létrehozását és működtetését is.

A tagállamoknak a határon átnyúló szolgáltatás monitorozásához szükséges statisztikai adatokat kell gyűjteniük, melyeket évente legalább egyszer a Bizottsághoz el kell juttatniuk.

IV. Az Irányelv által felvetett kérdések

1. Új megközelítés

Az Irányelv módosít a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások eddigi koncepcióján. **Az eddigi koncepció** alapvetően abból indult ki, hogy **az egészségügyi szolgáltatásokat az ellátás helye szerinti tagállamban kell igénybe venni** és csak bizonyos esetekben, előzetes engedély birtokában lehet a szolgáltatás igénybevétele céljából más tagállamba utazni.

Az Irányelv fő koncepciója alapvetően, hogy a betegek – bizonyos korlátozásokkal – bármely egészségügyi szolgáltatás igénybevétele céljából utazhatnak más tagállamba, de ez nem jelenti azt, hogy a tagállamok arra ösztönözhetik a betegeket, hogy a biztosításuk helye szerinti tagállamon kívül vegyék igénybe az ellátást. Az Irányelv alapján igénybe vehető ellátások köre természetesen főszabály szerint túlságosan tág (minden ellátás), ezért megadja a lehetőséget az egyes tagállamoknak, hogy saját helyzetük mérlegelésével korlátozhatják, vagyis előzetes engedélyhez kössék a visszatérítést.

A korlátozási lehetőség elsősorban a fekvőbeteg ellátásra vonatkozik, amelynek indoka elsősorban a pénzügyi, technikai és humán erőforrások pazarlásának megelőzése érdekében megtett költségcsökkentés, továbbá a társadalombiztosítási rendszer pénzügyi egyensúlya felborulásának elkerülése.

A korlátozásnak alapvetően két eszköze van:

- az egyik az engedélyeztetés és a beutalóhoz kötöttség,
- a másik pedig a költségek visszatérítésének korlátozása.

Az utóbbi kapcsán az Európai Bíróság kimondta, hogy a beteget nem érheti hátrány azért, mert a szolgáltatást más tagállamban vette igénybe, tehát ilyen esetben is **legalább a belföldi költségmértéket meg kell téríteni** részére.

A tagállamoknak ettől függetlenül természetesen továbbra is kötelességük saját területükön a magas színvonalú, hatékony és mennyiségi szempontból is megfelelő egészségügyi ellátás biztosítása.

2. A betegek tájékoztatásának kérdése

Az Irányelv előírja a tagállamok számára a betegek tájékoztatásának kötelezettségét. A tájékoztatás kérdése többrétű, hiszen a betegmobilitást első szinten az befolyásolja, hogy a betegek tisztában vannak-e az Irányelv által biztosított lehetőséggel, tehát azzal, hogy joguk van más tagállamba utazni egészségügyi ellátás igénybevétele céljából. Amennyiben igen, további befolyásoló tényező, hogy például a betegek **hogyan tudnak tájékozódni az ellátás igénybevételének egyéb fontos kérdéseiről**, így például

- az igénybe vehető (és a hazainak megfelelő vagy ahhoz hasonló) ellátásokról
- a szolgáltatás díjáról, illetve
- a visszatérítés mértékéről vagy
- a külföldi szolgáltatóról.

Leszögezhető tehát, hogy **a tájékoztatásnak kiemelt szerepe van az Irányelv által nyújtott lehetőségek kihasználásában és a betegmobilitás előmozdításában.**

3. Az utazás ténye, költségei

Fontos megemlíteni, hogy önmagában az a tény, hogy a betegnek utaznia kell az ellátás igénybevételéhez, komolyan befolyásolhatja a kimenő betegforgalmat az amúgy sem túl mobilis magyar társadalomban. Általánosan elmondható, hogy a betegek szeretik az otthonukhoz található legközelebbi szolgáltatónál igénybe venni az ellátásokat. A Bizottság 2007-ben készített felmérése szerint például Dániában a betegek 75%-ka kizárólag hazai fogorvosnál kezeltetné magát.

További problémát jelenthet az utazásnak a költsége, amelynek megtérítésére a biztosító nem kötelezhető, tehát az utazás, adott esetben szállás költségeit a betegnek kellene állni.

4. A nyelvi és kulturális nehézségek

Hátráltathatja a betegek mobilitását a nyelvi tényező is, amely elsősorban az ellátásról, illetve az intézményről való tájékoztatásnál, továbbá az ellátás igénybevételénél jelentene nehézséget a beteg számára. Nem elhanyagolható továbbá a nyelv szerepe a beteg és az orvos illetve ápoló közötti kapcsolatban, melynek az egészségügyi mellett mindenképpen van egy bizalmi dimenziója is. A nyelvtudásbeli hiányosságok jelentősen alááshatják a bizalmi viszonyt orvos és páciense között, ami meg is akadályozhatja az állítás további igénybevételét. Ez a faktor szintén jelentősen befolyásolhatja az idegen nyelvek ismeretében amúgy sem túl jártas magyar betegek mobilitási hajlandóságát.

5. Az engedélyezési eljárás

Az Irányelv alapján engedélyezési eljárás bevezetése kizárólag fekvőbeteg ellátás, illetve specializált és költséges orvosi infrastruktúrát és eszközöket vagy a betegek és a lakosság részére különleges kockázatot jelentő beavatkozás esetén lehetséges. A jogharmonizációs eljárás során létre kell hozni egy listát, amely tartalmazza azon ellátásokat, amelyek igénybevételéhez engedély szükséges.

A Rendelet és az Irányelv alapján lefolytatandó eljárás eltérő. Míg a

Rendelet szerinti eljárásban sokkal nagyobb szerepe van az **orvos-szakmai elbírálásnak**

- az érintett személy **egészségi állapotára** és
- az adott országban **rendelkezésre nem álló ellátások** értékelésére tekintettel,

addig az

Irányelv szerinti engedélyezési eljárásban elsősorban más szempontok a döntőek, például

- a **várólista hossza** vagy
- az érintett személy **egyéb személyes körülményei**.

Az engedélyezési eljárások lefolytatására új államigazgatási szerv létrehozása nem feltétlenül szükséges, hangsúlyozandó azonban, hogy két külön eljárásról van szó, amelyeknek jogalapja is eltérő. Ha a jogalkotó egységes eljárás bevezetése mellett döntene, akkor is két külön eljárás szükséges a Rendelet és az Irányelv alapján. Mivel a Rendelet szerinti engedélyezési eljárásban az orvos-szakmai elbírálásnak kiemelkedő jelentősége van, célszerű azt szakmai intézet hatáskörében tartani, meggyorsítva az engedélyezést. A finanszírozási kérdések eldöntése azonban elengedhetetlenül egészségbiztosítási feladat. Az Irányelv alapján történő engedélyezés azonban feltehetően teljes folyamatában az egészségbiztosításra tartozik, tekintve, hogy itt elvileg a biztosítás szerinti országban egyébként hozzáférhető ellátásokról van szó, melyeknél a tisztán egészségügyi-orvosszakmai döntés nem feltétlenül indokolt.

Fontos megjegyezni a Rendelet és az Irányelv viszonya kapcsán, hogy amennyiben a Rendeletben meghatározott feltételek fennállnak, akkor a Rendelet szerinti eljárást kell lefolytatni. Ez sokkal kedvezőbb a beteg számára, hiszen a kezelés teljes összegét fizeti a biztosító és adott esetben – mint pl. az OEP a gyakorlatában – az ezen felüli költségeket, mint például a szállás, utazás, kísérő személy költségét is fedezi. További előnye a Rendelet szerinti eljárásnak a költségek megelőlegezése, amire az Irányelv alapján a biztosító nem köteles.

Ki kell emelni továbbá, hogy az **Irányelv** biztosította lehetőség adott esetben **csökkentheti a várólisták hosszát is**, ehhez azonban a betegek megfelelő tájékoztatása és egy **rugalmas, gyors engedélyezési eljárás** kialakítása szükséges.

6. A „biankó csekk” kérdése

Kérdésként merül fel, hogy az Irányelv szerinti engedélyezési eljárásban lehetőség lenne ún. „biankó” engedély kiadására, amellyel a betegnek joga lenne szabadon bármely államban, bármely intézményben igénybe venni az ellátást. E tekintetben legvalószínűbb a Rendelet szerinti engedélyezési eljárásban meghonosodott gyakorlatot alkalmazása, amely nem teszi lehetővé ún. „biankó csekk” jellegű jogosultságigazolások kiadását, hanem **az engedély egy konkrét kezelésre, konkrét tagállamra és konkrét intézményre szól.**

7. A költségek megtérítésének kérdése

A költségek megtérítésének kérdése az Irányelv talán leglényegesebb pontja, ugyanis ez egy olyan tényező, ami lényegesen befolyásolja a betegek döntését. A betegeknek először is azt kell figyelembe venni, hogy az **Irányelv nem biztosítja a költségek megelőlegzését** a biztosító részéről. Ugyan nem is zárja ki azt, mert lehetővé teszi a közvetlen kifizetést a szolgáltatást nyújtó intézmény részére, de a gyakorlatban erre kizárólag engedélyezett kezelés esetén van lehetőség. Tehát a **betegnek rendelkeznie kell** a szolgáltatás költségének kifizetéséhez **szükséges anyagi fedezettel**, ami hátráltathatja a betegek mobilitását.

További döntést befolyásoló tényező a megtérítés mértéke, ugyanis az Irányelv **csak a belföldi költségmérték megtérítését teszi kötelezővé.**

Ha megvizsgáljuk a magyar belföldi költségmértéket és eddigi tapasztalataink alapján összevetjük azt a más, elsősorban Nyugat-európai szolgáltatók általa nyújtott ellátások díjával, akkor megállapíthatjuk, hogy **a magyar belföldi költségmérték kifejezetten alacsony.** Ez visszavetheti a kiáramló betegek létszámát. Azonban vannak olyan ellátások, mint például a PET-CT, amelynek belföldi költségmértéke kifejezetten kedvező a betegek számára, ugyanis az majdnem eléri a más tagállamokban alkalmazott díjakat.

Itt kell megemlíteni, hogy az Egészségbiztosítási Alap számára nem elhanyagolható tényező, hogy a belföldi költségmérték utólagos kifizetése ténylegesen többletkiadásokat is eredményezhet. Az Irányelv koncepciója szerint a más tagállamban igénybe vett ellátás költségeinek visszatérítése nem jelenthet többletterhet az illetékes biztosító számára, hiszen

- a biztosítottnak belföldön is járó és
- általa akár bel-, akár külföldön, de mindenképpen igénybe vett ellátás
- belföldi költségmértékéről van szó.

A belföldi költségmérték azonban egy olyan fiktív összeg, amely **nem veszi figyelembe az egyes biztosítók költségcsökkentésre irányuló törekvéseit**, vagy az azt eredményező nemzeti szabályokat. Így a belföldi költségmérték utólagos megtérítésénél nem kell (és a gyakorlatban nem is lehet) tekintettel lenni a nemzeti szabályok alapján alkalmazandó degresszív finanszírozásra és a teljesítményvolumen korlátra sem. Ez természetesen összességében többletkiadást eredményez ahhoz képest, mintha a betegek hazai szolgáltatónál vették volna igénybe az ellátást.

A **gyógyszerek** költségeinek megtérítése igazodhat hatóanyaghoz vagy konkrét terméknevhez is. Jogilag megalapozott korlátozást jelenthetne, ha a visszatérítés **terméknev** alapján történne és nem hatóanyag alapon, mivel ez utóbbi jelentősen kitágítaná a visszatérítési lehetőségeket.

A **beáramló betegek** számát szintén befolyásolja a Magyarországon nyújtott szolgáltatás díjának és az illetékes tagállamban alkalmazott költségtérítés mértékének relációja. A beáramló betegeknek alapvetően

akkor előnyös Magyarországra utazni egészségügyi szolgáltatás igénybevétele céljából, ha a **szolgáltatás díja alacsonyabb és a visszatérítés mértéke pedig viszonylag magas.**

8. Beutalási rend, várólista

További kérdést vett fel az Irányelv 7. cikke az ellátásra jogosultság tekintetében, ugyanis a biztosítás helye szerinti tagállam akkor téríti vissza a költségeket, ha olyan ellátásról van szó, amelyre a biztosított személy jogosult a biztosítás helye szerinti tagállamban. Ez felveti azt a kérdést, hogy a beteg igénybe vehet-e más tagállamban a biztosítás helye szerinti tagállamban beutalóhoz kötött ellátást, ha nem rendelkezik beutalóval. A **pontos, következetes és általánosan kötelező beutalási rend alkalmazása célszerű**, humán- és anyagi erőforrásokat szabályozó eszköz, amely gátat szab az indokolatlan betegmozgásnak. Ugyanez vonatkozik a várólistára is.

9. Szerződött vagy nem szerződött szolgáltató

Nem tisztázott kérdés az Irányelv alkalmazása kapcsán, hogy annak hatálya kiterjed-e az olyan esetekre, amikor a beteg az ellátást nem szerződött ún. magánszolgáltatónál veszi igénybe. E kapcsán fontos emlékeztetni arra, hogy a Rendelet alapján bárminemű visszatérítés csak akkor jár, ha az ellátást az adott tagállam társadalombiztosítójával szerződött szolgáltatónál vették igénybe, illetve például Európai Egészségbiztosítási Kártya is csak szerződött szolgáltatónál használható. A Rendelet alapján külföldi gyógykezelés sem engedélyezhető nem szerződött szolgáltatóhoz. Amennyiben csak szerződött szolgáltatónál teszi lehetővé az Irányelv ellátások igénybe vételét, akkor az Irányelv e szempontból nem jelent előrelépést a korábbi koncepcióhoz képest. Ha viszont úgy értelmezzük, hogy annak hatálya lefedi mind a szerződött, mind a nem szerződött szolgáltatót, akkor az Irányelv már túllép a korábbi koncepción, erősíti a szolgáltatásnyújtás szabadságát és a betegeknek a szolgáltató választásához fűződő jogát is.

Ha a beteg magánszolgáltatónál veszi igénybe az ellátást, az egészségbiztosítási szerveknek rendkívül nehézkes lenne annak megállapítása, hogy a szolgáltató az adott tagállamban szerződött-e vagy nem. Továbbá fontos kiemelni, hogy a visszatérítésnél sem jelentene számottevő többletköltséget a magánszolgáltatónál igénybevett ellátás költségeinek megtérítése, hiszen a beteg akkor csak a belföldi költségmértékre lenne jogosult.

Megemlítendő továbbá az az anomália, hogy **az Irányelv szabályai természetesen nem érintik a biztosítás helye szerinti tagállamban működő magánszolgáltatóknál** igénybe vett ellátásokat. Így könnyen előfordulhat, hogy egy biztosító, amely egyébként nem nyújtott volna térítést egy nem szerződött belföldi szolgáltató ellátása után, kénytelen térítést nyújtani a külföldi magánszolgáltató által kiadott számlához.

10. Kis tagállamok, határmenti régiók

Érdemes néhány szót szólni a kis tagállamok helyzetéről, amelyekben alapvető probléma, hogy bizonyos speciális egészségügyi ellátások nem érhetőek el, így arányában véve nagyobb a külföldi gyógykezelések száma. Luxemburg például átlagosan az egészségügyi költségvetésének 7%-át költi a határon átnyúló egészségügyi ellátások költségeinek fedezésére.

Az Irányelv, mivel nagyobb szabadságot enged a tervezett ellátások igénybe vételére **előmozdíthatja a határmenti együttműködések**.

11. Az egészségügyi dolgozók mozgása

Kérdésként merül fel, hogy az Irányelv esetlegesen hogyan befolyásolja az egészségügyi dolgozók mozgását az Unió területén belül. Hathat-e ez kedvezően az egészségügyi dolgozók hiányának problémájával küszködő egészségügyi rendszerekre. Az Irányelv ilyen irányú, nem szándékolt „mellékhatása” egyelőre **beláthatatlan**.

V. A hatályos magyarországi szabályozás

1. Egy más EU-tagállamban biztosított személy magyarországi ellátása

1.a) Szükséges (akut) szolgáltatások nyújtása a Rendelet alapján

Az érvényes Európai Egészségbiztosítási Kártyát (EU-Kártyát) bemutató, külföldi biztosítással rendelkező beteg részére Magyarországon kötelezően nyújtandók a szükséges ellátások, mintha TAJ-számmal rendelkező magyar biztosított lenne (ilyen esetben az elszámolás TAJ helyett az EU-Kártya adatai alapján történik.) Az ellátás költségeinek megtérítésére a beteg nem kötelezhető. Az ellátásra jelentkező külföldi biztosított a tervezett magyarországi tartózkodásra való tekintettel orvosilag szükségessé váló szolgáltatásokban részesülhet a magyar biztosítottakra vonatkozó feltételekkel.

Az **orvosi szükségesség fennállásáról** elsődlegesen – a körülmények mérlegelésével – **a kezelőorvos dönt**. Orvosilag szükségesnek azonban nem csak az azonnal nyújtandó szolgáltatások minősülhetnek. Amennyiben az igényelt ellátást – a beteg állapotára való tekintettel – nem feltétlenül szükséges rövid időn belül nyújtani, a szolgáltatónak figyelembe kell vennie, hogy az illető személy **milyen hosszú időt kíván Magyarországon tölteni**.

Az EU-Kártya vagy az azt helyettesítő igazolás utólag is elfogadható. Az utólagosan benyújtott igazolást az egészségbiztosítási szolgáltatások finanszírozásáról szóló Kormányrendeletben⁴² előírt 15 napon belül **a szolgáltatónak el kell fogadnia**, és a nyújtott ellátást finanszírozandó teljesítményként jelenti. Az egészségügyi szolgáltató a jogszabályban rögzített **határidőn túl** bemutatott jogosultság-igazolást **nem köteles elfogadni**, de – amennyiben a teljesítmény-jelentés utólagos módosítása akadályba nem ütközik – dönthet annak elfogadásáról.

Tekintve, hogy az EU-Kártya a közösségi szabályok értelmében a rajta feltüntetett lejárati időn belül érvényes, függetlenül a kártyabirtokos időközben bekövetkezett esetleges jogosultság-változásaitól, az EU-Kártya esetén az egyébként a szolgáltatók számára kötelező online jogosultság-ellenőrzés nem alkalmazandó.

1.b) Engedélyezett gyógykezelés igénybevétele Magyarországon

Az EU valamely államában biztosított személy Magyarországon a **biztosítója igazolásával** vagy **teljes térítés mellett** vehet igénybe engedélyezett gyógykezelést. Amennyiben a beteg illetékes biztosítója a tervezett magyarországi gyógykezelést előre engedélyezte, E 112 vagy S2 jelű (azonos értékű, de eltérő külalakú) igazolást ad ki számára. A beteg ezen igazolással közvetlenül veheti igénybe az ellátást Magyarországon, mintha TAJ-jal rendelkezne. Az ellátás tehát **térítésmenetsen nyújtandó**, a szolgáltató azért jogszerűen **a betegtől díjat nem kérhet**. Az ellátást a szolgáltatónak ugyan olyan módon kell jelentenie, mint az Európai Egészségbiztosítási Kártya alapján nyújtott ellátásokat. Hasonlóképpen a

⁴² 43/1999 (III. 3.) Korm. rendelet 4. § (5) bekezdés

magyar szolgáltató ugyan olyan mértékű finanszírozást kap az ellátásért, mintha magyar beteget látott volna el, ugyanakkor az ellátási eset finanszírozására a teljesítmény-volumen korlátozása nem vonatkozik.

1.c) Eljárás jogosultság-igazolás hiányában

Az európai uniós állampolgárok, akik nem rendelkeznek az ellátás napján, a betegfelvételkor, de legkésőbb távozáskor jogosultság-igazolással (EU-Kártyával vagy E 112/S2 számú engedélydokumentummal), és az igazolás bemutatását az ellátás befejezését követő 15 napon belül nem pótolják, **térítési díjat kötelesek fizetni.**⁴³

A térítési díjat a szolgáltató saját hatáskörében állapítja meg és fenntartója, illetve tulajdonosa hagyja jóvá. A térítési díj meghatározásakor a szolgáltatónak nem kell igazodnia a magyar egészségbiztosító által alkalmazott finanszírozási tételekhez, azonban a Magyar Orvosi Kamara ajánlásait azonban – kötelezettség nélkül – figyelembe kell vennie.

A térítési díjat és a díjfizetés szabályait mindenki számára megismerhető módon hozzáférhetővé kell tenni, a díj várható mértékéről a beteget vagy hozzátartozóját lehetőség szerint az ellátás kezdete előtt tájékoztatni kell. A szolgáltató a díjról számlát bocsát ki, melynek összegét a beteg köteles megfizetni. A díjfizetés módját szintén a szolgáltató határozhatja meg.

A külföldi biztosítottak különösen abban az esetben kell fizetnie:

- amennyiben nem volt ún. orvosilag szükséges az egészségügyi ellátás,
- amennyiben nem szerződött szolgáltatónál vették igénybe az ellátást
- amennyiben nem mutatta be a megfelelő, külföldi biztosító által kiállított jogosultság-igazolást.

A szolgáltató az ilyen ellátást a II. fejezetben már említett külön (4-es számú) térítési kategóriában, mint „egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybevevő személyek térítésköteles ellátását” köteles az OEP felé jelenteni.

Amennyiben a külföldi betegnek ki kell fizetnie a számlát biztosítójától kérhet visszatérítést.

Amennyiben a Magyarországon igénybe vett ellátás orvosilag szükségesnek minősíthető, akkor **a külföldi biztosító a magyar belföldi költségmértéknek megfelelő térítést köteles nyújtani.** Ilyen esetben a külföldi biztosító keresi meg az egészségügyi ellátás helye szerint területileg illetékes magyar egészségbiztosítási szervet annak érdekében, hogy tájékoztatást kapjon az OEP által finanszírozott összeg nagyságáról.

A tervezett gyógykezelés térítésköteles igénybevételekor a külföldi beteg – az Európai Bíróság döntései alapján – igényelheti illetékes biztosítójától, hogy számára utólag fizesse ki a biztosítás helye szerinti államban az azonos ellátásokra alkalmazott költségmértéket.

2. Magyar biztosítottak ellátása más tagállamban

2.a) Megtérítés a tartózkodási hely szerinti államban alkalmazott költségmérték szerint

Ha a magyar biztosított egy másik tagállamban nem a megfelelő jogosultságigazolással (pl. EU-Kártya) vett igénybe ellátást, amelynek díját a szolgáltatónak kifizette, az illetékes biztosító (Magyarországon a Kormányhivatal egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szerve) ilyen esetben utólagosan a számlát olyan mértékben köteles téríteni, amilyen mértékben a külföldi intézmény a szolgáltatót az adott ellátás

⁴³ 87/2004 (X.4.) ESzCsM rendelet 2. §

nyújtásáért finanszírozta volna, ha a biztosított a megfelelő jogosultságigazolással vette volna igénybe az ellátást.

Tehát, ha a beteg az ellátást nem EU-Kártyával vette igénybe és kéri a kifizetett számla megtérítést, akkor a szakigazgatási szerv olyan összeget térít meg részére, amennyibe az ellátás EU-Kártyával került volna.

A megtérítés feltételei az alábbiak:

- a másik tagállamban igénybe vett egészségügyi szolgáltatásról kiállított részletes számla eredeti példánya;
- amennyiben az ellátás a számlából nem állapítható meg: orvosi igazolások;
- a számla kifizetésének igazolása.

Az egészségbiztosítási szakigazgatási szerv a külföldi költségmérték szerinti térítést a más tagállambeli biztosító tájékoztatása alapján nyújtja.

2.b) Megtérítés a magyar belföldi költségmérték szerint

Magyarország EU-csatlakozásával egyszerre lépett hatályba az egészségbiztosítási ellátásokról szóló törvény (Ebtv., 1997. évi LXXXIII. törvény 27. § (6) bekezdés) módosítása, melynek értelmében – igaz, a sürgősségi ellátások megtérítésénél szigorúbb eljárási szabályok szerint – lehetőség van a másik tagállamban igénybe vett **nem kórházi ellátások utólagos megtérítését** kérni **a magyar belföldi költségmérték erejéig**. Itt kell megemlíteni, hogy ezzel a lehetőséggel a magyar biztosítottak 2004 óta alig éltek. Ebben komoly visszatartó erő a bírósági döntés szerinti belföldi (magyar) költség mértéke, amely általában jelentősen elmarad a külföldön kiszámlázottól.

Például, aki e szabály értelmében Szlovákiában előre tervezett járóbeteg ellátást vesz igénybe, annak a kezelés „piaci” árát a szlovákiai szolgáltatónak előzetesen ki kell fizetnie, és utólagos visszatérítésre csak az OEP általi finanszírozási díjak mértékéig tarthat igényt.

Az Ebtv. 27.§ (6) bekezdése lehetővé teszi a fogászati, a háziorvosi és a járóbeteg-szakellátás igénybevételét más tagállamban, azonban ennek költségeit meg kell előlegezni. Az Irányelvre tekintettel a jogharmonizációs eljárásban azonban e szakasz módosítása válik szükségessé.

2.c) A külföldi gyógykezelés engedélyezésére vonatkozó magyar eljárás

A magyar biztosítottak tervezett külföldi gyógykezelésének költségeinek támogatását az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) engedélyezi. Az OEP a külföldi gyógykezelés költségeihez támogatást akkor nyújthat, ha a biztosított rendelkezik a külföldi gyógykezeléssel kapcsolatos egyes kérdésekről szóló Kormányrendeletben (227/2003.(XII.13.) Korm. rend. 3. § (2) bekezdés) meghatározott országos szakmai intézet, vagy kétség esetén a *Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet – GYEMSZI* támogató javaslatával. A támogatáshoz szükséges javaslat megadását a biztosított, illetve kezelőorvosa a szakmai intézet főigazgatójánál kezdeményezheti.

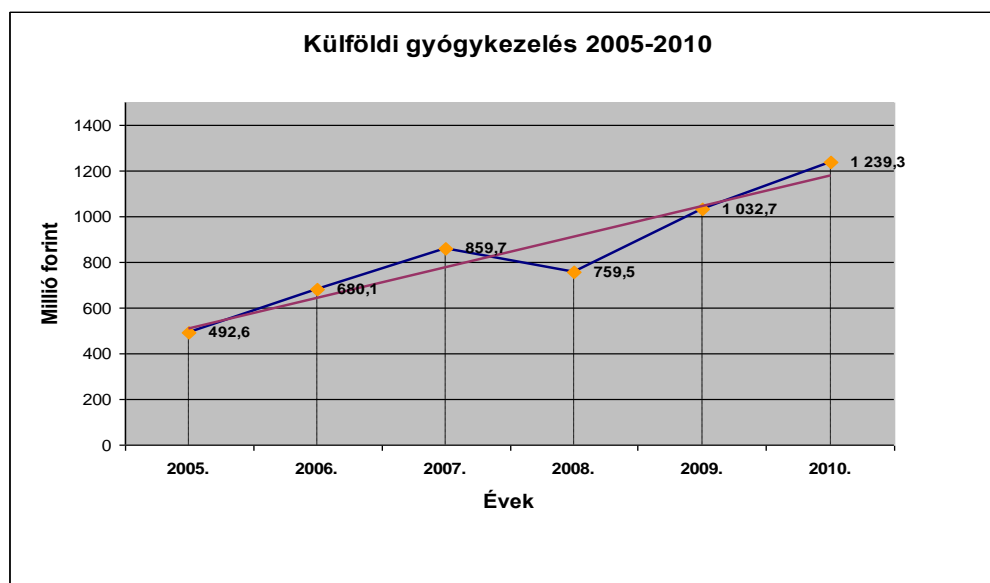
A külföldön történő gyógykezelés indokoltságát egy szakmai bizottság állapítja meg. A külföldi gyógykezelés akkor indokolt, ha

- a külföldön már alkalmazott gyógymód a gyakorlatban is eredményesnek bizonyult, és
- esélye van a beavatkozás sikerességének, továbbá
- hazai egészségügyi intézményben a gyógymód alkalmazásának nincsenek meg a feltételei, és azok külföldi szakember meghívásos közreműködésével sem teremthetőek meg.

Amennyiben a beteg megkapja a szakmai intézet támogató javaslatát, az OEP a támogatás mértékének megfelelő összeget átutalja a gyógykezelést nyújtó külföldi gyógyintézetnek, illetve – a külföldi intézettel való megállapodás esetén – előzetes kötelezettségvállaló nyilatkozatot ad és utólagos elszámolással rendezi a költségeket. A külföldi gyógykezelésre jogosult személynek az OEP az engedélyezett külföldi gyógykezelés útiköltségét a külföldi gyógykezelésre jogosult személynek, valamint orvos-szakmailag indokolt esetben a kísérőnek vagy kísérőknek megelőlegezi, gondoskodik továbbá kiutazásának megszervezése során szükség szerint a repülőjegyek, illetve – orvosi javaslat alapján – a mentőszállítás biztosításáról. A külföldi gyógykezelésre jogosult személy külföldi gyógykezelése után a hazatérését követő 30 napon belül köteles eljuttatni az OEP-nek a zárójelentése egy példányát, a részére átadott számlákat és elszámolni a felvett útiköltséggel.

Az OEP által engedélyezett ellátás EGT államban az E 112 vagy az S2 jelű igazolással vehető igénybe, melyet az OEP ad ki a biztosított részére. Az igénybe vett ellátás költségeit ilyen esetben az OEP a másik állam biztosítójával számolja el. Engedélyezett külföldi gyógykezelés esetén az OEP a külföldi költségmértéket fizeti ki, tehát amennyibe az ellátás az ellátást nyújtó tagállamban került, továbbá fedezi a kezelés igénybevételével járó egyéb költségeket is, így az utazást, a szállást és a kísérő személyzet költségét is.

Az alábbi grafikon az engedélyezett külföldi gyógykezelések egészségbiztosítási kiadásának alakulását mutatja be az elmúlt 5 évben.



VI. Összefoglalás és következtetések

1. Az ellátások igénybevételének és finanszírozásának lehetőségei

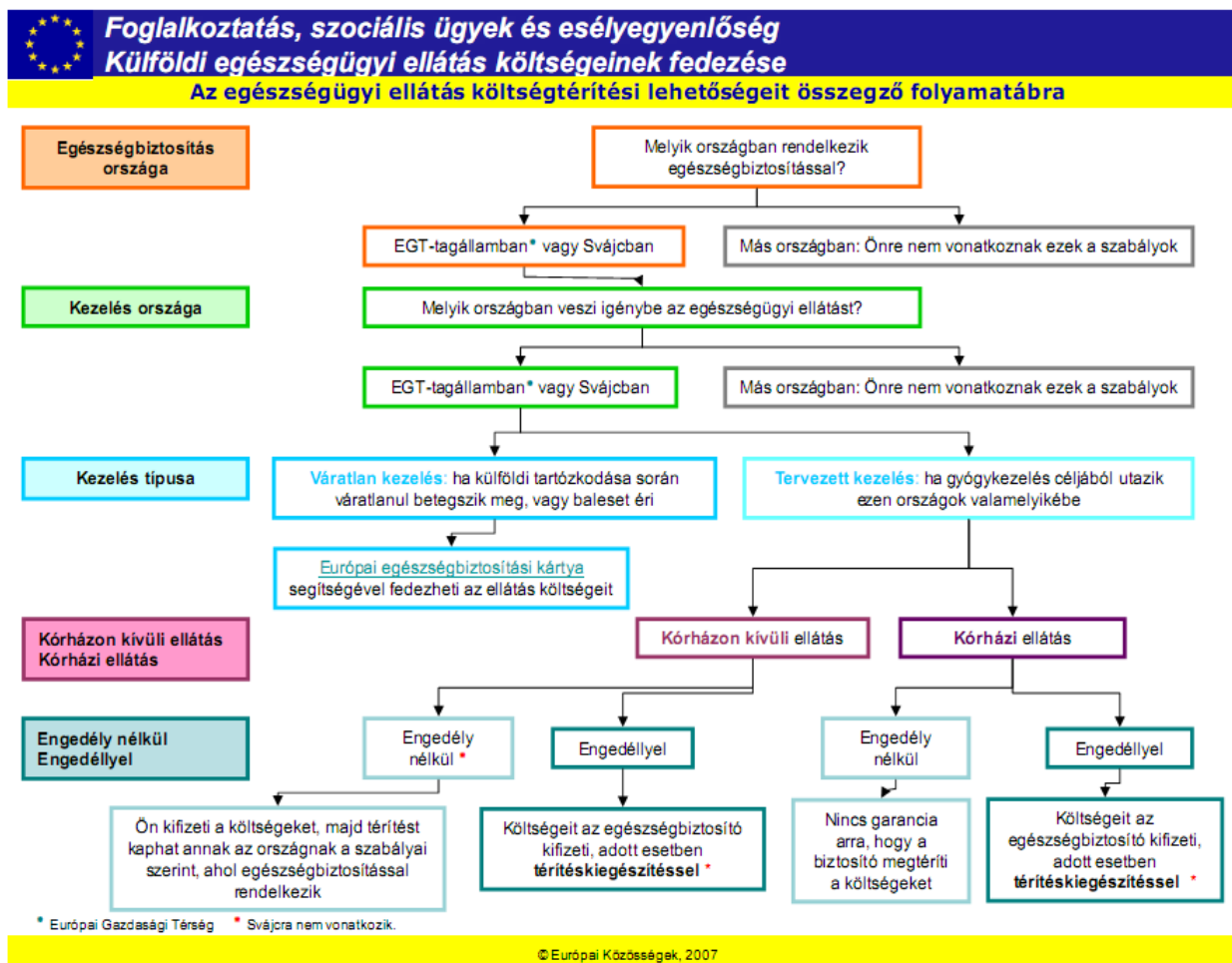
Az egészségügyi ellátás másik tagállamban való igénybevételének lehetőségét az Európai Bizottság által készített, alábbi folyamatábra tartalmazza összefoglaló jelleggel azon lehetőségeket, amely a külföldi ellátás igénybevételével kapcsolatban jelentkeznek.

Az ellátások igénybevételénél különbséget kell tenni a tervezett, illetve nem tervezett ellátások között. A nem tervezett, más tagállamban igénybe vett egészségügyi szolgáltatások igénybevételére, illetve nyújtására a közösségi rendeletek szabályai alkalmazandók. Az előre tervezett ellátások szempontjából különbséget kell tenni közöttük, hogy a magyar szabályok szerint az adott ellátás előzetesen

engedélyezett, vagy engedélyezhető-e, avagy egyébként Magyarországon is nyújtható ellátásról lévén szó, az engedély eleve kizárt.

A Magyarországon nem nyújtható ellátások esetén az engedélyezésre a magyar jogszabályok (227/2003 (XII.13) Korm. rendelet) alkalmazandók, és a támogathatóságról alapvetően az illetékes szakmai intézet dönt orvosszakmai alapokon. Amennyiben az ellátás igénybevétele esetén az engedélyezés nem jöhet szóba, tekintve, hogy az ellátás Magyarországon is igénybe vehető, akkor jelenleg csak tervezett nem fekvőbeteg (háziorvosi, fogászati és járóbeteg) ellátások esetén jár visszatérítés – a belföldi költségmértéknek megfelelően. A visszatérítésnek természetes feltétele azonban, hogy a beteg számlával igazolható térítési díjat fizessen az ellátáshoz.

A hatályos magyar szabályozás az alábbi folyamatábrának teljes mértékig megfelel.

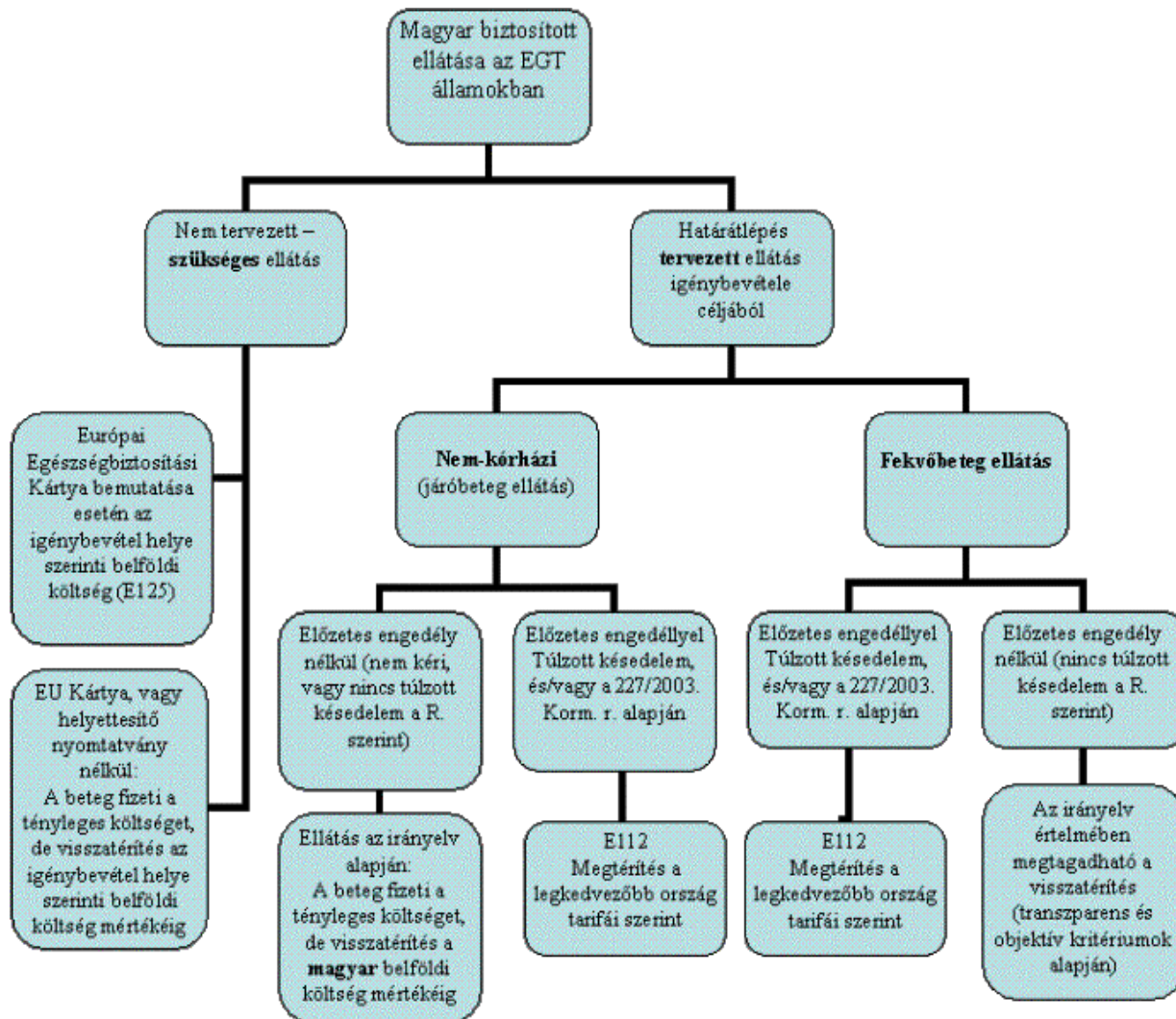


2. Főbb változások az Irányelv alkalmazásával

A nem engedélyezett, illetve nem engedélyezhető fekvőbeteg-ellátás esetén a jelenlegi szabályozás szerint visszatérítés nem jár. Az Irányelv alkalmazásával az igénybe vehető ellátások köre és mértéke valamint az engedélyezési eljárás változatlanul megmarad. Ezen az Irányelv 2013. októberéig lezajló átültetése annyiban változtat, hogy a kórházi ellátások esetében is a főszabály értelmében vissza kell téríteni a másik tagállamban igénybevett ellátások költségének egy részét, melyet azonban az Irányelv – pontos kritériumokat megfogalmazva – korlátozhatóvá, kizárhatóvá tesz. A tagállamoknak konkrétan meg kell határozniuk azon ellátásokat, melyek esetén az utólagos visszatérítés – mérlegelő döntés alapján – kizárható. Amennyiben Magyarország ezen szabályok betartásával hozza meg a kórházi ellátások

kizárásának rendelkezéseit, és azok valóban jogos ellátás-szervezői, finanszírozási stb. alapokon állnak, akkor lényegében nem változik a betegek által igénybe vehető ellátások köre.

Az Irányelv átültetését követően az Európai Bizottság fent bemutatott folyamatábrája az alábbiak szerint fog változni:



3. Főbb különbségek az Irányelv és a Rendelet szabályai szerint

A Rendelet és az Irányelv alapján történő ellátás-igénybevétel közötti főbb eltérések, különbségek az alábbiak szerint foglalhatók össze:

JOGSZABÁLY	883/2004/EK RENDELET	2011/24/EU IRÁNYELV
Igénybe vehető ellátások	Elsősorban a szükségessé váló, előre nem látható ellátások más tagállamban történő igénybevételére terjed ki, kivételes esetben lehetővé teszi a tervezett külföldi gyógykezelést. A másik államban közfinanszírozott ellátások vehetők igénybe.	A tervezett ellátások más tagállamban történő igénybevételét szabályozza. Csak a biztosítás szerinti államban is járó ellátások vehetők igénybe.

JOGSZABÁLY	883/2004/EK RENDELET	2011/24/EU IRÁNYELV
Szolgáltató	Kizárólag szerződött szolgáltatónál vehető igénybe az ellátás.	Akár szerződött, akár nem szerződött szolgáltatónál igénybe vehető az ellátás.
Ellátások finanszírozása	Az ellátás helye szerinti biztosító megelőlegez és elszámolás a biztosítók között.	Kifizetett számla alapján utólagos térítéssel.
Engedélyeztetés	Tervezett külföldi gyógykezelés igénybevételéhez minden esetben az illetékes biztosító engedélye szükséges.	Főszabály szerint nem szükséges engedély, de kivételesen szükséges és arányos korlátozás alkalmazható.
Megtérítés	A <i>külföldi biztosító költségmértékét</i> téríti meg a biztosító.	A <i>belföldi költségmértéket</i> téríti a biztosító.
Alkalmazás időbeli hatálya	Magyarországon 2004. május 1-től közvetlenül alkalmazandó (az aktuális rendelet 2010. május 1-től)	2013. október 25-től nemzeti jogszabályként.

4. Várható változások a betegmobilitás területén

A külföldön igénybe vehető egészségügyi ellátások területén – a korábban bemutatott – hatályos szabályozás, és az Irányelv miatti változások tekintetében fontos leszögezni, hogy **az Irányelv a jelenlegi szabályokhoz, és annak gyakorlati megvalósulásához képest a végeredmény szempontjából tényleges, érdemi változtatást nem tartalmaz.**

4.a) Általános megállapítások

Az Irányelv ténylegesen közvetlen hatása feltehetően elsősorban **az állampolgárok tájékozottságának növekedésében, és a fokozottabb sajtó-figyelemben** fog megmutatkozni.

Pozitív hatásai is lehetnek azonban az Irányelv alkalmazásának. Az **Irányelv** átültetése **támogatást nyújthat** a jelenleg még csak kidolgozás alatt álló két-, vagy többoldalú **határmenti együttműködésnek**. A jól előkészített határmenti együttműködések számos előnnyel járhatnak, mind fenntartói, beruházói, illetve finanszírozói oldalon (közösségi forrásokból megvalósuló fejlesztések, üzemeltetési költségek megosztása, a lakosság részére jobban hozzáférhető ellátás nyújtása, stb.). A határmenti együttműködések jogszabályi alapja rendezett, ugyanakkor a részletszabályok még **további kidolgozásra várnak**.

4.b) A magyar betegek mobilitását befolyásoló tényezők

Ahogy azt az Európai Bizottság elemzéséből is kitűnik, a magyar betegek hajlandósága arra, hogy külföldön vegyenek igénybe ellátásokat, rendkívül alacsony, és a betegek aktivitását az Irányelv sem fogja jelentősen növelni. Ennek okai az alábbi tényezőkre vezethetők vissza:

- **általános alacsony mobilitási hajlandóság** (országon belül is);
- a **hazai ellátások előnyben részesítése** (jellemzően), a Magyarországon ténylegesen hozzáférhető ellátások viszonylag széles köre;
- jelenleg még jelentős ellátási nehézséget nem okozó, **flexibilis várólisták**;
- a lehetőségekkel és jogokkal kapcsolatos **általános információhiány** és a megfelelő **szintű nyelvtudás hiánya**;

- a külföldi *ellátások költségeinek kötelező megelőlegezése* és a kapható *visszatérítés alacsony mértéke*.

A magyar betegek mobilitási hajlandóságát tovább csökkentik várhatóan azon adminisztratív akadályok, melyekkel a magyar jogszabályalkotó élhet az Irányelv átültetése, illetve végrehajtása során. A magyar jogalkotónak az Irányelv keretében lehetősége van arra, hogy

- a hazai igénybevételre vonatkozó korlátozó feltételeket, beutalási rendet, illetve indikációk meglétét írja elő a belföldi költségmérték szerinti térítéshez, továbbá
- a fekvőbeteg és nagy költségigényű egyéb ellátásoknál előzetes engedélyezési kötelezettséget ír elő.

Az egészségbiztosítási kiadások ésszerű keretek között tartása érdekében a magyar jogalkotó a korlátozási lehetőségekkel feltehetően ténylegesen élni is fog. A jogharmonizációs eljárásban jelenleg a szükséges jogszabályok előkészítésének felelőse a Nemzeti Erőforrás Miniszter.⁴⁴

4.c) Várható hatások az E-Alapra nézve

Pénzügyi szempontból az Irányelv egyik fontos célja, hogy annak alkalmazása ne okozzon többletkiadást a tagállamok egészségbiztosításának, hiszen olyan ellátások finanszírozását írja elő, amelyeket a beteg idehaza ugyanúgy igénybe venne, ráadásul olyan költségmértéken, melyek hazai finanszírozási tételeknek felelnek meg.

Az Irányelv azt biztosítja, hogy a betegek más tagállamban is igénybe vehessék ugyanazon ellátásokat, melyeket odahaza vettek volna igénybe, de ez biztosítójuknak többletterhet ne okozzon.

A jelenlegi koordinációs rendelet és a bírósági döntések értelmében a magyar jogszabályba beillesztett (Ebtv. 27. § (6) bekezdése) rendelkezések értelmében **a magyar biztosítottak** már 2004-óta **jogosultak az Európai Unió területén tervezetten, előzetes engedély nélkül igénybe venni a járóbeteg ellátást**. A beteg a magyar belföldi költség szerinti visszatérítésre a szolgáltató „privát”, állami, vagy önkormányzati tulajdonosi jellegére stb., illetve finanszírozási szerződéses kapcsolataira tekintet nélkül jogosult. Ezen a téren **nem jelent változást az Irányelv szabályozási alapelve sem**.

Az Irányelv jövőbeni alkalmazását korlátozza, hogy amennyiben a rendelet vagy a nemzeti jogszabályok kedvezőbb feltételeket írnak elő, azt kell alkalmazni. A magyar egészségbiztosító az orvosi szempontból **engedélyezett külföldi gyógykezeléseket** jelenleg „nagyvonalúan” támogatja, amely a gyakorlatban a kiutazás költségeit is magába foglaló teljes költségátvállalást jelent. Ennél **az Irányelv szerinti finanszírozási mérték** (belföldi költség) minden esetben **kedvezőtlenebb**.

A magyar biztosítottak számára az Irányelv szabályai szerinti ellátás-igénybevétellel kapcsolatban **visszatartó hatású** a nagy különbség a külföldi szolgáltatók által alkalmazott – és jellemzően szabadon meghatározott **piaci ár és visszatérítési mérték közötti nagy különbség**, amely többnyire jelentős anyagi áldozatot követel a betegtől. E téren **kivételt képezhet a gyógyszer és a gyógyászati segédeszköz megvásárlása**, tekintve, hogy a multinacionális gyártók és forgalmazók hasonló árakat alkalmaznak az Európai Unióban, így feltehetően e termékek kiskereskedelmi árában sincs jelentős különbség a tagállamok között, a magyar beteg pedig a hazai támogatási mérték megtérítésére jogosult, így összességében nem jelent számottevő többletterhet számára a különbözet. A **betegek azonban nem válnak érdekeltté** a gyógyszer és a gyógyászati segédeszköz **külföldi igénybevételében**, ha a visszatérítés

⁴⁴ Az egyes miniszterek, valamint a Miniszterelnökséget vezető államtitkár feladat- és hatásköréről szóló 212/2010. (VII. 1.) Korm. rendelet értelmében.

konkrét „brand” név alatt forgalmazott termékekhez kötődik és nem hatóanyaghoz vagy segédeszköz-típushoz. Ennek megfelelően **e téren sem várható jelentős kiadásnövekedés.**

Az Irányelv céljaival és szándékaival ellentétben a magyar finanszírozási sajátosságok miatt adott esetben azonban mégis jelenthet többletkiadást a belföldi költségmértéken való visszatérítés. Itt azt célszerű figyelembe venni, hogy az Irányelv rendelkezései szerint **nem alkalmazható közvetlen pénzügyi korlátozás** (pl. a kifizetések felfüggesztésével, kifizetési plafonnal vagy az e címen kifizethető össz-volumen korlátozásával) **a visszatérítési mértékekre.** Ennek megfelelően az egészségbiztosítónak a másik tagállamban igénybe vett ellátások után akkor is nyújtania kell a belföldi költségmértéket, ha az egyébként a hazai viszonyok között pl. a **teljesítmény volumen korlát** miatt **nem** lenne kifizethető a szolgáltatónak.

A gátló tényezőkre tekintettel **összességében megállapítható, hogy az Irányelv magyarországi alkalmazásából nem várható számottevő kiadásnövekedés az E-Alapot illetően.**

Megállapíthatjuk továbbá, hogy ugyan a külföldi gyógykezelések E-Alapból fedezett költségei évről évre folyamatosan nőnek, de a külföldi gyógykezelés **még nem jelent túlzottan nagy kiadást az E-Alap összkiadásaihoz viszonyítva.** Tisztában kell lennünk azonban azzal, hogy ha a magyar betegek a jövőben – bármely, eddig nem azonosított okból – nagy számban vesznek igénybe külföldön ellátást, akkor pusztán adminisztratív eszközökkel a kiadások korlátozása nehézségekbe ütközik, ráadásul egy ilyen jellegű népmozgalomnak az egész ellátórendszert torzító hatásai lehetnek. *Erre tekintettel az Irányelv teljes átültetéséig szükséges minden olyan intézkedést, szabálymódosítást meghozni, melyet az Irányelv lehetővé tesz, abból a célból, hogy Irányelv átültetése ne okozzon problémát az E-Alap kiadási oldalán.*

5. A harmonizációval kapcsolatban várható és szükséges intézkedések

Az Irányelv értelmében csak azon ellátásokat kell belföldi költség szerint visszatéríteni, melyek szerepelnek a **biztosítási csomagban.** Erre tekintettel felülvizsgálatra kerülnek azon szabályok, melyekben erre utalás található és várhatóan egy konkrét lista kiadására is sor fog kerülni, hogy az állampolgárok és a szakma képviselőinek is kétséget kizáróan rögzítve legyen azon ellátások köre, melyre nem terjed ki az ellátási jogosultság.

A leginkább költséges eljárásokban szükségessé válik a pontos **szakmai és finanszírozási protokollok elfogadása,** melyek ugyancsak fontos szerepet kapnak az átlátható, és objektív – egyedi vizsgálaton alapuló – előzetes engedélyezési eljárásban.

Az Irányelv és a bírósági döntések alapján ki kell dolgozni (megfogalmazni) azon évről-évről (kapacitástervezés, fenntarthatóság, pénzügyi egyensúly, a szükségesség és arányosság figyelembe vételével) melynek keretében a kórházi és a nagy értékű járóbeteg (diagnosztikai) ellátásokat csak az előzetes engedély birtokában lehet külföldön igénybe venni.

Az **előzetes engedélyezési eljárás módosítása is várható,** mely egységes és egyben mégis differenciált eljárást ír elő az Irányelv, a Rendelet és a magyar jogszabályok szerinti engedélyek kiadásához, valamint meghatározható az egyes jogi eszközök szerepe közti különbség. Meg kell teremteni továbbá annak a lehetőségét, hogy az engedély kiadásakor a **magyar várólisták hosszát** is vegye figyelembe a vizsgálatot végző orvos. A lehetőségekhez mérten törekedni kell a túlzottan hosszú várólisták kialakulásának megakadályozására, mivel az aránytalanul hosszú várakozás a beteg számára alapot szolgáltat a külföldi ellátás igénybevételeire, valamint a külföldi ellátás teljes költségének finanszírozására.

Az Irányelv lehetőséget nyújt arra, hogy az ellátások belföldi költség szerinti visszatérítéséhez az adott tagállam meghatározott igénybevételi, **eljárési (beutalási) rendet** határozzon meg. Ez azt jelentené, hogy a magyar belső szabályokkal azonos elvek mentén lehetőség nyílik olyan szabályok bevezetésére, melyek alapján megtagadható az igénybe vett ellátás megtérítése. A szabályozás azonban nem lehet eltérő a

magyar belső szabályoktól. Tehát azon ellátások költségeinek a megtérítését, legyen ez akár belföldön, akár külföldön, melyeknél nem tartották be a beutalási rend szabályait a magyar egészségbiztosítási rendszernek meg kell tagadnia.

6. Lehetőségek a külföldi betegek ellátásában

Ahogy az a fentiekben látható volt, az egészségügyi ellátás költségeinek rendezése az Európai Unióban elsődlegesen a szociális biztonsági koordinációs Rendelet keretei közt zajlik, és lényegesen nagyobb volument ölel fel, mint a külföldi ellátások egyéb módon (pl. belföldi költségmértéken) történő finanszírozása. A magyar egészségügyi szolgáltatóknak ugyanakkor az ellátások Rendelet szerinti nyújtása nem jelent különösebb előnyt, hiszen az OEP-től ugyanolyan mértékű finanszírozást kapnak, mintha magyar biztosítottat láttak volna el. A tény, hogy ezen ellátások finanszírozására nem vonatkozik a teljesítmény volumen korlát, még nem jelenthet nyereséget a szolgáltató számára.

Ennek megfelelően az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele **a magyar egészségügyi szolgáltató számára akkor hozhat tényleges hasznot, ha** a külföldi (uniós) polgár számára az ellátást nem a Rendelet alapján nyújtja. Ilyen esetben a magyar egészségbiztosítási **finanszírozási mértéktől eltérő** – és profitot termelő – **térítési díjtételeket is alkalmazhat**. Természetesen a térítésköteles ellátások nyújtásánál további feltétel, hogy a szolgáltatások értékesítése ne a magyar biztosítottak hátrányára történjen, így az ilyen ellátások nyújtása **a szolgáltató szabad kapacitásai terhére** történhet.

Ahogy arra az Európai Bizottság tanulmánya is rámutatott, a betegek pénzt áldozni az ellátásokra elsődlegesen akkor hajlandók, ha a hazainál **magasabb minőségű** ellátást kaphatnak a másik államban, vagy legalábbis a hazaival összehasonlíthatót alacsonyabb árért. Ez is jelzi, hogy a minőség, mint legfőbb vonzó tényező mellett az adott szolgáltatás ára is nagy jelentőséggel bír.

Az **ár** szempontjából elsődlegesen azt mérlegelhetik a külföldi biztosítottak, hogy összességében mely az az árkülönbözet az adott szolgáltatás hazai árához képest, amely még kifizetődővé teszi a magyarországi igénybevételt. Az árverseny szempontjából tehát legideálisabb egy olyan célcsoport, amely számára a Magyarországra utazás alacsony költségen és könnyen megoldható, itt az otthoni szolgáltatásnak legalább megfelelő színvonalú ellátást kap, és összességében nem kell többet fizetnie érte, mint otthon. Ez különösen akkor fordulhat elő, ha az adott – biztosítás helye szerinti ország – nominálisan is kirívóan magas összegű önrészt követel meg az adott ellátás igénybevételéért. Ilyenek lehetnek tipikusan a nagy költségigényű, de fix finanszírozású ellátások, mint pl. számos országban a fogászat.

Az Irányelv a magyar szolgáltatók pozícióját ebben az európai szintű árversenyben olyan módon erősítheti, hogy a külföldi biztosított a döntésénél figyelembe veszi a várható megtérítési mértéket, és az alapján dönt majd a szolgáltatás igénybevételéről. Ehhez természetesen a betegnek már **előzetesen megfelelő információval** kell rendelkeznie arról, hogy Magyarországon az adott szolgáltatásért pontosan mennyit kell fizetnie és azért mekkora térítést kaphat, továbbá biztosan tudnia kell, hogy az adott térítést meg is kapja. E téren bizonytalansági tényező a tagállamok viszonylag nagy mozgásteret az ellátások megtérítésének korlátozásában.

A külföldi betegek további mozgató rugója lehet, ha az adott ellátás ugyan létezik hazájukban (ez a megtérítés alapfeltétele), de **az ellátáshoz való hozzáférés** – pl. várólisták miatt – rendkívül korlátozott.

Összességében elmondható tehát, hogy az Irányelv alapján azon magyarországi szolgáltatók esélye nő meg a szabad kapacitásainak külföldre értékesítésére, akik:

- nemzetközileg is elismert módon tudják a szolgáltatásaik minőségét tanúsíttatni és ténylegesen **minőségi ellátásokat** nyújtanak,

- olyan **áron**, amely a külföldi biztosítottak számára **vonzó** lehet a hazájukban meglévő feltételekhez képest,
- a kérdéses ellátáshoz való **hozzáférés** az adott másik államban **korlátozott**,
- ugyanakkor az adott állam adminisztratív eszközökkel (pl. beutalóhoz vagy engedélyhez kötöttség) **nem korlátozza az ellátási költségek megtérítését**.

Ennek megfelelően a „kijánlott” szolgáltatások is **elsődlegesen a járóbeteg ellátásokra** koncentrálódhatnak. A vonzó árú minőségi szolgáltatás nyújtása önmagában azonban ezen ellátási körben sem látszik elegendőnek. Az irányelv igazi lehetőséget akkor nyújt, ha a szolgáltatások célcsoportja a fentiekre tekintettel körültekintően kerül meghatározásra, és a szolgáltatások értékesítéséhez elengedhetetlen a megfelelően erőteljes marketing, továbbá előnyt jelentenek a **járujúkos szolgáltatások** (hotel, wellness, kulturális programok). Az egészségügyi szolgáltatások sikeres értékesítése továbbá – tekintettel az Irányelvre – széles körű információt feltételez a célcsoport országában elérhető ellátásokról, az alkalmazandó megtérítési mértékekről és a megtérítési eljárásról. Ennek hiányában könnyen elmaradhat az a fizetőképes, de árérzékeny kereslet, mely egyébként is hajlamos a hazai ellátás-igénybevételt előnyben részesíteni.

Lehetőséget jelent azonban a szolgáltatók számára a **határ menti együttműködésekhez** való csatlakozás, melyet az Irányelv is bátorít és elősegít. Ennek jelentősége különösen abban rejlik, hogy az Európai Unió – az Irányelvtől függetlenül – forrást biztosít a határon átnyúló egészségügyi együttműködések finanszírozására (pl. Interreg projektek). Ennek csírái már jelenleg is léteznek, az ilyen együttműködésben rejlő fejlesztési **lehetőségek** azonban még az egész Európai Unióban zömmel **kihasználatlanok**.

7. Összegzés

Összegezve megállapíthatjuk, hogy **jelentős változásokra nem számíthatunk az Irányelv 2013. októberéig esedékes átültetése után sem**.

Ami a kimenő betegforgalmat érinti, azt elsősorban az információhiány, a nyelvi akadályok, az utazás ténye és annak költségei, az alacsony belföldi költségmérték, valamint a költségek utólagos megtérítése, az engedélyezési eljárás és a beutalási rend gátolhatja. Erre tekintettel tehát **az E-Alapban jelentős kiadás-növekedéssel** vagy a kiadások ellátási sorok közötti átrendeződésével **nem számolunk**. Ennek azonban természetesen fontos feltétele, hogy a magyar jogalkotó az Irányelv által lehetővé tett **korlátozó eszközökkel** éljen, és az engedélyköteles ellátásokat széleskörűen, ám minden esetben szükségességi és arányossági szempontból **indokolhatóan** határozza meg.

Ami a bejövő betegforgalmat előmozdíthatja, az elsősorban a magas színvonalú ellátás, a gyors hozzáférés, a versenyképes árak és az alacsony külföldi megtérítési mérték. Itt azonban fontos szem előtt tartatni azt, hogy az egészségügyi szolgáltatóknak nem érdeke, hogy a külföldi biztosított a közösségi Rendelet alapján, az OEP által megelőlegezett finanszírozás mellett nyújtsa az ellátásokat. **Amennyiben a beteg a szolgáltatónak közvetlenül téríti a szolgáltatás árát**, a szolgáltató magasabb díjat érvényesíthet, mely számára közvetlenül és azonnal bevételt eredményez, és **az E-Alap számára semmilyen kiadást nem keletkeztet**.