

2019**JOGI AKADÁLYMENTESÍTÉS**
a magyar határok mentén
Negyedik mérföldkő

A betegjogok érvényesülésének biztosítása
a határ menti betegmobilitás
támogatásán keresztül

Szerzők: Dr. Balogh Tamás, Hüse-Nyerges Enikő
Szerkesztők: Dubniczki Kitti, Ocskay Gyula



Tartalomjegyzék

1	A határon átnyúló betegellátás intézményi és jogi környezet vizsgálata.....	3
2	Négy konkrét határ menti kórház alkalmassági vizsgálata	13
3	Javaslat a határ menti betegellátást elősegítő kormányközi megállapodásokra .	21
3.1	Nemzeti jogszabályok	22
3.2	Nemzetközi jogszabályok:	24
4	Javaslat a határon átnyúló mentés szabályozására	27
	Előzmények, indokoltság	27
	A lehetséges megoldások	27
	Eddigi ismert projektek, projektötletek.....	29
5	Az érintett kórházak határon átnyúló szolgáltatásnyújtását segítő mintaszerződések	33
	A társadalombiztosítási ellátási megállapodásokban rendezendő kérdések	34
	A mentési megállapodásokban rendezendő kérdések	35
	A magán szolgáltatási szerződésekben rendezendő kérdések.....	36
6	Útmutató határ menti betegellátás megszervezéséhez	39
6.1	A határon átnyúló együttműködés mibenléte	39
6.2	Szereplők, kompetenciák, jogi keretek	45
6.3	A határon átnyúló együttműködés területei.....	52
6.4	A határon átnyúló együttműködés útjában álló akadályok azonosítása	54
6.5	Megoldások a határon átnyúló együttműködés problémáinak kezelésére	64
6.6	Mire figyeljünk feltétlenül a határon átnyúló egészségügyi együttműködések kialakításakor?	65
	Mellékletek.....	78
	1. melléklet: A négy határmenti kórház képviselőivel készített interjúk leiratai.....	78
	2. melléklet: Az osztrák-cseh megállapodás német nyelvű szövege.....	120
	3. melléklet: Beszámoló a II. nemzetközi szemináriumról	128
	4. melléklet: Beszámoló az alsó-ausztriai tanulmányútról	136
	5. melléklet: Javaslat kétoldalú mentési célú megállapodásokra	143
	6. melléklet: Javaslat kétoldalú egészségügyi együttműködést célzó megállapodásokra..	150
	7. melléklet: Javaslat kétoldalú egészségügyi együttműködést célzó megállapodások végrehajtásának szabályozására.....	155
	8. melléklet: Javaslat az egészségügyi szolgáltatók és a társadalombiztosításban nem biztosított (az ellátások költségét önállóan viselő) ügyfelek jogviszonyának szabályozására	158

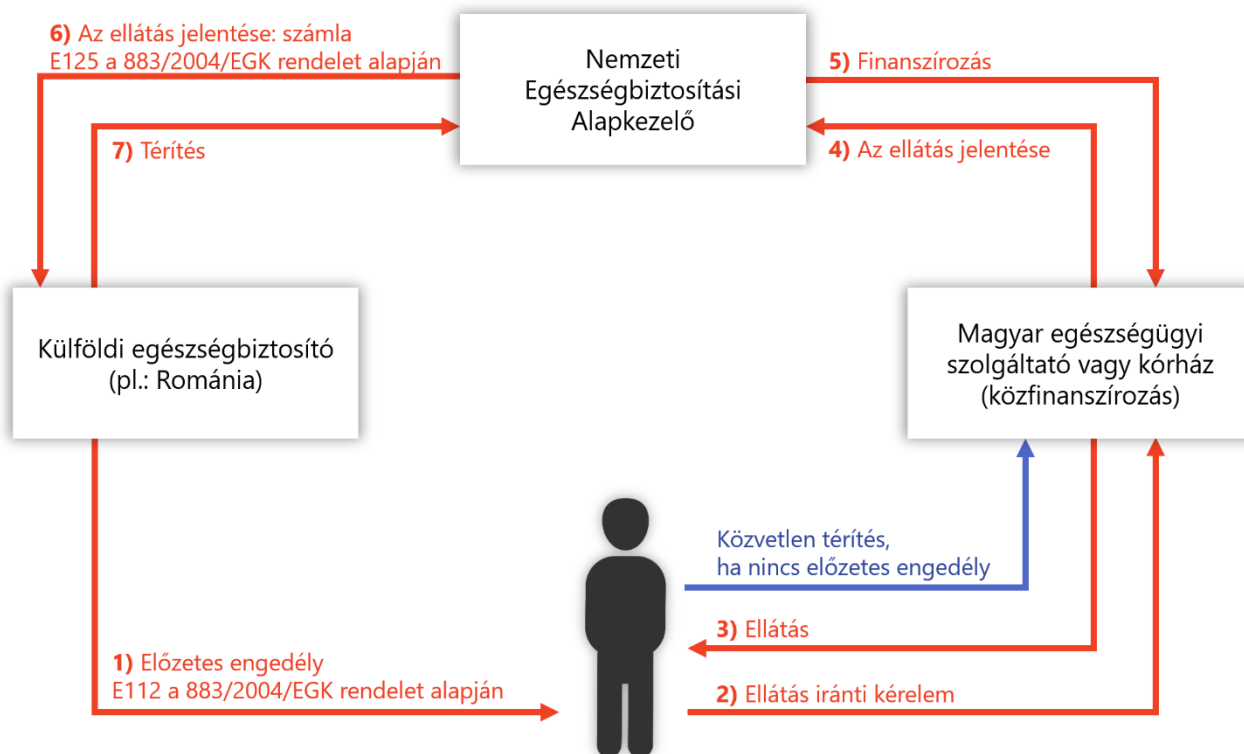
1 A határon átnyúló betegellátás intézményi és jogi környezet vizsgálata

A CESCI „Jogi akadálymentesítés a magyar határon mentén” c. kezdeményezése keretében 2018-ban elkészült a „Határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások megalapozása – a határon átnyúló betegmobilitás lehetőségei a magyar határok mentén” c. tanulmány, a kezdeményezés harmadik mérföldkövének keretein belül. E tanulmány részletesen foglalkozott a határon átnyúló betegellátás intézményi és jogi környezetének vizsgálatával, így a jelen tanulmány e körben kizárólag a legfontosabb megállapítások megtételére és a legnagyobb jelentőségű következtetések levonására szorítkozik. Ezek a következők:

- (1) Az egészségügyi szolgáltatások határokon átívelő nyújtása az – áruk, a személyek, a tőke és a szolgáltatások tagállamok közötti szabad áramlásának elvére épülő – Európai Unióban a szolgáltatás-nyújtás szabadságán belül értelmezhető, az egészségügy bizalmi jellegét (az egyén érdekeit) és a szolgáltatások fedezetét biztosító forrásoknak a társadalmi szolidaritás elve alapján történő biztosítását (a kockázatközösség érdekeit is) figyelembe vevő specialitásokkal.
- (2) Az EU rendszere az egészségügyi szolgáltatásokat hosszú távon tagállami és nem közösségi hatáskörben értelmezte. Ezen a zárt elvi keretrendszeren 2013-ig csak a személyek szabad mozgásának biztosításához szükséges mértékig volt hajlandó rést ütni azzal, hogy egy ún. **koordinációs mechanizmus** keretében megállapította a tagállamok között a szabad mozgás jogával élve munkavállalási vagy turisztikai céllal mozgó, az egyik tagállamban érvényes egészségbiztosítással rendelkező személyek által a tartózkodásuk ideje alatt a tartózkodási helyük szerinti tagállamban igénybe vett egészségügyi szolgáltatások költségei elszámolásának szabályait. 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 biztosítóik. Az ellátásokról a szolgáltató nem állíthat ki számlát, a szolgáltatások ellenértékét attól a biztosítótól kapja, amely az adott tagállam állampolgárainak ellátását szokásosan finanszírozza.



1. ábra: Az európai betegellátási rendszer jogosultságigazolási, szolgáltatás-igénybevételi és elszámolási rendje



(3) 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 mechanizmust** vezet be a tagállamok gyakorlatának egymáshoz közelítésére.

A rendeletek és az irányelv főbb különbségeit az alábbi táblázat szemlélteti:

1. táblázat: Az EU-s betegellátási rendszer két fő jogforrásának – a koordinációs rendeletnek és a harmonizációs irányelvnek – a jellegzetességei.

Szemponatok	Koordináció	Harmonizáció
Jogforrás	883/2004/EK rendelet a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról (a továbbiakban: 883/2004/EK rendelet)	2011/24/EU irányelv

Szemponatok	Koordináció	Harmonizáció
	közvetlenül kötelező és közvetlenül hatályos (a tagállami szabályokat felváltja)	a tagállamok közötti eltérő szolgáltatás-nyújtási szabályok harmonizálásához szükséges „minimumfeltételeket” határozza meg (sem a tagállami szabályokat, sem a rendeletet nem váltja fel)
Ellátások	A másik ország nemzeti egészségbiztosítása keretében elérhető kezelések: 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	A beteg saját országának egészségbiztosítása keretében elérhető kezelések: a tervezett ellátások igénybevételel könnyíti meg kizárt ellátások: tartós ápolás, szervátültetés, közegészségügyi oltás
Alapelv	Azonos elbírálás (az ellátás fenti típusait és az ellátást igénylő személy státuszát azonosító formanyomtatványok alapján) mind az ellátás során (pl.: várólista, de csak a közfinanszírozott szolgáltatónál), 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)	Azonos elbírálás, de (!): 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 viszont nem csak közfinanszírozott szolgáltatónál igénybe vett ellátásoknál lehetséges a visszatérítés
Előzetes engedélyezés	A tervezett ellátáshoz minden esetben szükséges, a sürgősségi ellátásokhoz nem. A közösségi rendelet szabályai szerint a másik tagállamban gyógykezelésre jogosító engedélyt ki kell adni (csak akkor kell kiadni) , ha a szóban forgó kezelés szerepel az érintett személy lakóhelye szerinti tagállam jogszabályai által előírt ellátások között, és	Bizonyos esetekben szükséges. Korlátozás csak arányosan, kizárólag fekvőbeteg ellátás esetén alkalmazható. A biztosítás helye szerinti tagállam előzetes engedélyhez kötheti a költségek visszatérítését, amennyiben az érintett beteg legalább egy éjszakás kórházi tartózkodását is magában foglalja, vagy kiemelten speciális és költséges orvosi infrastruktúra , orvosi felszerelés alkalmazását kívánja, vagy



Szemponatok	Koordináció	Harmonizáció
	ha az ilyen kezelést az orvosilag indokolt határidőn belül nem tudják biztosítani , figyelembe véve a személy aktuális egészségi állapotát és betegségének várható lefolyását.	a beteg vagy a lakosság számára különleges kockázatot jelentő kezelésekkal jár.
Felelősség	Az ellátás nyújtásának helye szerinti tagállam jogszabályai szerint	Az ellátás nyújtásának helye szerinti tagállam jogszabályai szerint
Fedezett költségek	Teljes finanszírozás (leszámítva az önrészt).	Visszatérítés addig az összeghatárig, amely ellenében a kezelést a beteg lakóhelye szerinti országban elvégezték volna.
Önrész visszatérítése	Igen (bizonyos feltételek mellett).	A beteg lakóhelye szerinti országban elfogadott összeghatárig.
A fizetés módja	A betegek nem fizetik ki előre a kezelés költségét (a biztosítójuk fizet a kezelés után).	A betegek előre fizetnek és csak utólag kaphatnak költségtérítést a biztosítójuktól.
Támogatható országok	Valamennyi EU- és EGT-tagállam + Svájc.	Valamennyi EU- és EGT-tagállam.

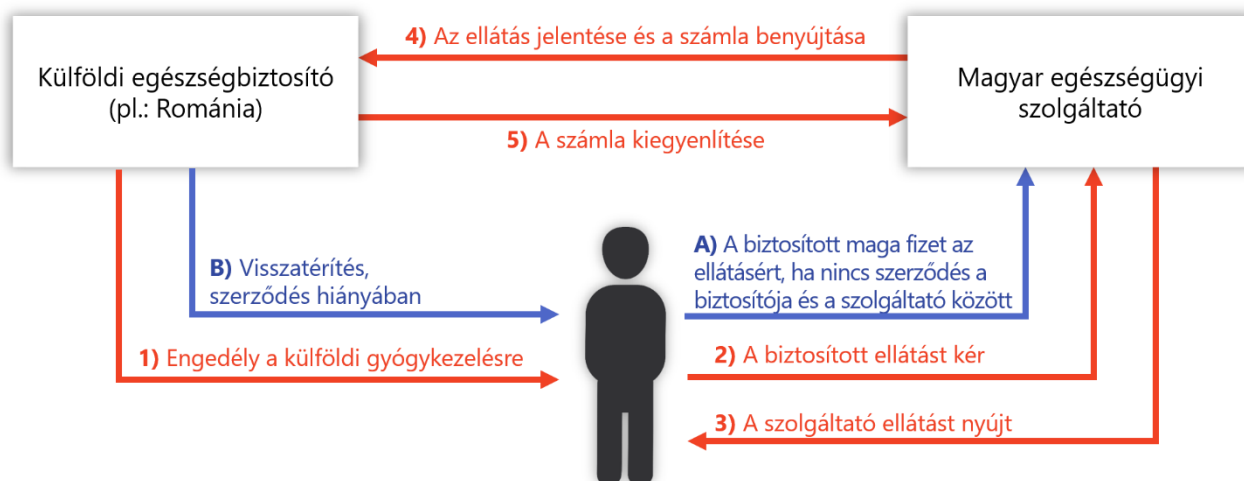
(4) A sürgős/szükséges ellátások körén túli – tervezett – ellátások igénybe vételére szolgáló E112-es formanyomtatvány egyes specialitásai segíthetik a tervezett/irányított betegforgalom kialakítását a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések földrajzi területén. Az E112-es nyomtatványokra ugyanis rá kell vezetni, hogy a nyomtatvány érvényességi ideje alatt melyik az az 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 E112-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 E112-esek kiállítása a biztosítók – Magyarországon a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (a továbbiakban: NEAK)¹ – 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 E112-eseket az Európai Egészségbiztosítási Kártya mintájára (igény szerint akár elektronikus) **regionális egészségbiztosítási kártya** formájában állítanak ki.

Az ilyen megállapodások alapján tehát **a biztosítók kizárólag az együttműködésben részt vevő külföldi egészségügyi szolgáltatókat hatalmazná fel arra, hogy a sürgős/szükséges ellátások körét meghaladó ellátásokat a biztosítottjaik számára nyújtsák**. Az egészségügyi szolgáltatók a beteget saját állampolgáraikkal azonos ellátásban részesítenék, azaz nem állítanának ki számlát a kezelésről (illetve csak azon költségeket számlázhatnák, amelyeket a saját állampolgáraik helyett sem a biztosítójuk fizet). A kezelés ellenértékét az együttműködésben részt vevő azon biztosító térítené meg, amelyik az E112-est kiállította. Az elszámolás alapja a rendeletek alapján nem a biztosító,

¹ Ld. az egészségbiztosítási szervekről szóló 386/2016. (XII. 2.) Korm. rendeletet

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 E112-eseket elfogadják.

2. ábra: Az EU-s betegellátási rezsim szerinti intézményi működési séma egyszerűsödése az E112-esek javaslat alkalmazására vonatkozó kétoldalú megállapodások megkötése esetén



Fontos tehát tisztán látni: amennyiben az a határon átnyúló egészségügyi együttműködésekkel elérni kívánt kormányzati cél, hogy az országhatárok mentén fekvő, ellátáshiányos (az egészségügyi infrastruktúrával kevésbé feltárt) területek igényjogosult lakossága számára a legkönnyebben és – a fennálló elszámolási és tarifális szabályok mellett – az igénybevevői számára a legkisebb anyagi megterhelést jelentő módon biztosítsa az egészségügyi ellátások elérhetőségét, akkor erre az E112-es formanyomtatványok regionális egészségbiztosítási kártyaként történő kibocsátása a legalkalmasabb eszköz. Minden más lehetőség (összefoglalva az alábbi táblázatban) nehezebben megvalósítható és kétesebb eredményt hoz.

2. táblázat: A kötelező társadalombiztosítás (legalább részleges) teherviselése mellett a határon átnyúló egészségügyi együttműködések finanszírozására elvben alkalmas lehetőségek és főbb jellemzőik vizsgálata

Lehetőségek	Főbb vizsgálati szempontok				
	Igénybe vevő	Szolgáltatás/szolgáltató	Finanszírozó	Finanszírozás	Megjegyzés
Finanszírozási szerződés a külföldi szolgáltatóval	magyar biztosított	a finanszírozási szerződés szerint rögzített ellátások a szerződött szolgáltatónál*	magyar társadalombiztosítás (NEAK)	a biztosítás helye szerinti (magyar) belföldi költségmértéken	jelenleg kizárt, mert a finanszírozási befo-gadáshoz ÁNTSZ en-gedély, s ahhoz ma-gyarországi telephely szükséges



Lehetőségek	Főbb vizsgálati szempontok				
	Igénybe vevő	Szolgáltatás/szolgáltató	Finanszírozó	Finanszírozás	Megjegyzés
Ellátások utólagos megtérítése	magyar biztosított	a magyar társadalombiztosítás által Magyarországon is nyújtott el-látások (az EGT-n kívül csak sürgősség) bármely külföldön közfinanszírozott szolgáltatónál	magyar társadalombiztosítás (NEAK) + a biztosított (a NEAK által nem fedezett önrész tekintetében)	a biztosítás helye szerinti belföldi költség mértékéig (a különbözetet a biztosított viseli)	a biztosítottak helyett a szolgáltatók is be-nyújthatják a számlákat, de így is nagy az adminisztrációs teher, ezért nem javasolt
A koordinációs rendelet (883/2004/EGK) szerint	magyar biztosított	a sürgős/szükséges és – előzetes engedély (E112) esetén – a tervezett ellátások	magyar társadalombiztosítás (NEAK) + a biztosított (a NEAK által nem fedezett önrész tekintetében)	az ellátás helye szerinti külföldi költség mértékéig (ha külföldön van önrész, azt a biztosított fizeti)	az európai egészségbiztosítási kártyával, vagy az E112-es nyomtatvánnyal
A harmonizációs irányelv (2011/24/EU) szerint**	magyar biztosított	a magyar társadalombiztosítás által Magyarországon is nyújtott el-látások (tartós ápolás + transzplantáció + közegészségügyi oltás nem) bármely (nemcsak a közfinanszírozott) külföldi szolgáltatónál	magyar társadalombiztosítás (NEAK) + a biztosított (a NEAK által nem fedezett önrész tekintetében)	a biztosítás helye szerinti belföldi költség mértékéig (a különbözetet a biztosított viseli)	az igénybe vett szolgáltatások költségét csak utólag térítik vissza, vagyis a biztosítottnak meg kell előlegeznie az általa igényelt szolgáltatások díját
A határmenti területekre és szolgáltatókra korlátozott E112-es kártya***	magyar biztosított	a határon átnyúló együttműködési megállapodásban előre rögzített ellátások, az előre rögzített szolgáltatóknál	magyar társadalombiztosítás (NEAK) + a biztosított (a NEAK által nem fedezett önrész tekintetében)	az ellátás helye szerinti külföldi költség mértékéig (ha külföldön van önrész, azt a biztosított fizeti)	bejártott út a szolgáltatók finanszírozására és a biztosítók közötti elszámolásra (E125)

* Ez akár igen széles kör is lehet, ezért – a szerződés tartalmától függően – a legelőnyösebb konstrukció lehet az igénybe vevők szempontjából.

** A legszélesebb szolgáltatói kör elérését biztosító (ezért látszólag előnyös), valójában – az igényelhető szolgáltatások és az elszámolási/térítési szabályok miatt – a leghátrányosabb konstrukció az igénybe vevők szempontjából.

*** Minden szempontra tekintettel összességében a legelőnyösebb megoldást biztosító konstrukció.

Összefoglalva: A határon átnyúló egészségügyi ellátási együttműködések számára Magyarország határmenti térségei esetében a legkedvezőbb – egyben a legkönnyebben alkalmazható – eszköz a kétoldalú együttműködési megállapodások alapján bevezetett, az EU-s betegellátási rezsím szabályaival összhangban kibocsátott és az együttműködés földrajzi területére és szolgáltatóira korlátozott egészségbiztosítási kártya, amelynek funkcionalitása minden egyéb tekintetben az E112-es formanyomtatvány funkcionalitásának felel meg.

A határon átnyúló egészségügyi ellátási együttműködésektől rendszerint várható előnyök magyarországi érvényesíthetőségének realitásai 2020-ban:

A határon átnyúló egészségügyi együttműködésektől reálisan várható (más, európai határon átnyúló együttműködésekben már bizonyítottan megvalósult) előnyöknek a magyarországi egészségügyi ellátórendszer működésében és finanszírozásában való bekövetkezését befolyásoló legutóbbi hazai esemény, az egyes egészségügyi kérdésekről szóló 1798/2019. (XII. 23.) Korm.határozat elfogadása volt. Ez a kormányhatározat ugyanis olyan feladatokat ír elő, amelyek a hazai egészségügyi ellátórendszer összetétele, működése és finanszírozási környezete (mind olyan kérdés, amelyre a határon átnyúló egészségügyi együttműködések képesek alapvető hatást gyakorolni) közelgő megváltoztatásának szándékára engednek következtetni.

Amennyiben ez a feltételezés helyes, az különös aktualitást ad a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásnyújtás megalapozása (és az útjában álló jogi akadályok lebontása) terén végzett munkának.

A kormányhatározat mindössze 11 pontból áll. A 7. pont b) alpontja a következőket tartalmazza: *„[az emberi erőforrások minisztere ... gondoskodik] a rugalmas kapacitás-tervezés megeremtéséről az ellátási kapacitások adott térség lakosságához való illesztésével, a kormányzati egészségügyi stratégia, valamint a térségi demográfiai és morbiditási mutatók figyelembevételével”. A d) alpont az alábbiakkal egészíti ki ezt: „[az emberi erőforrások minisztere ... gondoskodik] az optimális betegutak kialakításáról a területi ellátási kötelezettség megerősítésével és racionalizálásával a járó- és fekvőbeteg-szakellátások vonatkozásában”* 2020. június 30-ig.

A fenti feladatok – minden józan feltételezés szerint – kétségtelenül magukban hordoznák annak a lehetőségét is, hogy a „rugalmas kapacitásstervezés” és az „optimális betegutak” kialakítása során a határon átnyúló egészségügyi ellátási együttműködésekben rejlő lehetőségeket is számításba vegyék, amikor egy-egy magyarországi szolgáltató megtartásáról vagy a kapacitásai összetételéről hoznak döntést.

Ám, ha az alkalmazni rendelt *„kormányzati egészségügyi stratégiát”*² áttekintjük, akkor kénytelenek vagyunk tudomásul venni, hogy abban az egészségügyi ellátások „határon átnyúló” jellege mindössze egyetlen esetben kerül említésre, mégpedig akkor, amikor a készítő a Semmelweis Terv megvalósításáról szóló beszámolóban „a betegjogok hatékonyabb érvényesítése” prioritás teljesülése keretében megjegyzi, hogy a prioritás teljesülése „a határon átnyúló betegjogok érvényesítésével összefüggő egyes feladatok ellátását” is magában foglalja.

² Egészséges Magyarország 2014-2020, Egészségügyi Stratégia, EMMI, 2014. december; https://kormany.hu/download/e/a4/30000/Egészséges_Magyarország_eü_stratégia_.pdf



Az „egészségturizmus” kifejezésre rákeresve már valamivel kedvezőbb a helyzet (ezt azonban árnyalja, hogy e fogalom jelentését illetően meglehetősen nagy fogalomzavar³ uralkodik a magyar közigazgatásban, így az egészségturizmus körébe tartozónak gondolt tevékenységek igazgatási szempontú irányítása is megoszlik a turisztikáért és a gazdaságfejlesztésért felelős ágazatok között, az egészségügyet a legritkábban tekintik felelős ágazatnak e téren, noha az említett fogalomzavar következtében a gyógy-idegenforgalmat is az egészségturizmushoz tartozó tevékenységnek vélik).

A stratégia hasznosságát e tekintetben – az említett fogalmi tisztázatlanságon túl – zárójelbe teszi az egészségturizmussal kapcsolatos megállapítások konkrétumokat nélkülöző, általános jellege is. A stratégia prioritásai közt ugyan megtalálható az „*egészségturizmus összehangolt kihasználása, jogszabályi formák kialakítása, lehetőségek optimalizálása az ellátórendszer számára*” (15. o.), ám e tekintetben a stratégia elkészítése óta nem történtek lépések. Az tehát, hogy a stratégia mennyiben képezi (tudja-e képezni) valós ágazatirányítói döntések alapját, kétséges.

3. táblázat: Fogalomalkotási szempontok a határon átnyúló egészségügyi ellátási tevékenységekhez

Fogalomalkotási szempontok	Határon átnyúló egészségügyi ellátási tevékenységek			
	Betegmobilitás			Egészség- (wellness) turizmus
	Gyógyturizmusnak nem minősülő része	Gyógyturizmusnak minősülő része	Egészségügyi (orvosi v. medical) turizmus*	
Az igényelt/nyújtott szolgáltatás	egészségügyi szolgáltatás	egészségügyi szolgáltatás + igény szerinti kiegészítő idegenforgalmi, turisztikai szolgáltatások	egészségügyi szolgáltatás	idegenforgalmi, turisztikai szolgáltatás + igény szerinti kiegészítő egészségügyi szolgáltatások
A szolgáltatást igénylő személy	beteg ember	beteg ember	beteg ember	egészséges ember
A szolgáltatást nyújtó személy/szerv	egészségügyi szolgáltató	egészségügyi + idegenforgalmi szolgáltató	egészségügyi szolgáltató	idegenforgalmi + egészségügyi szolgáltató
A szolgáltatás-igénybevétel célja	az egészség helyreállítása	az egészség helyreállítása + idegenforgalmi szolgáltatások igénybevétele	az egészség helyreállítása	idegenforgalmi szolgáltatások igénybevétele + az egészség megőrzése, fejlesztése (betegségmegelőzés)
A tartózkodás időtartama	átmeneti	huzamos	huzamos	huzamos

³ A határon átnyúló egészségügyi ellátási tevékenységek különböző kategóriáiról (betegmobilitás, egészségturizmus, orvosi turizmus) elhatárolásáról a nemzetközi mértékadó szakirodalommal összhangban a CESCİ által végzett munka előző mérőföldkövéhez kapcsolódóan részletesen foglalkoztunk. (<https://legalaccess.cesci-net.eu/merfoldkovek/jogi-akadalymentesites-3/hataron-atnyulo-egeszsegugyi-szolgotatasok-megalapozasa/>). A korábbi megállapítások megismétlése ezért e helyütt szükségtelen, emlékeztetőül csak az áttekintő táblázatot közöljük.

Fogalomalkotási szempontok	Határon átnyúló egészségügyi ellátási tevékenységek			
	Betegmobilitás			Egészség- (wellness) turizmus
	Gyógyturizmusnak nem minősülő része	Gyógyturizmusnak minősülő része	Egészségügyi (orvosi v. medical) turizmus*	
Az egészségügyi szolgáltatás jellege	tipikusan sürgős, orvosiilag szükséges	tipikusan orvosilag szükséges és / vagy időszakonként visszatérő kezelést igénylő	tipikusan előre tervezett orvosi ellátások (műtétek)	nem sürgős és kifejezetten nem is szükséges, tipikusan betegségmegelőzés
A szolgáltatást igénylő egészségügyi állapota	tipikusan súlyos, azonnali ellátást igénylő	tipikusan nem súlyos, nem azonnali ellátást igénylő	tipikusan nem súlyos, nem azonnali beavatkozást igénylő	tipikusan egészséges, be-tegként nem súlyos, nem azonnali ellátást 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 igény-bevételét	A beteg állapota lehetővé teszi az egészségügyi szolgáltatáson kívül más kapcsolódó (pl.: idegenforgalmi, turisztikai) szolgáltatások igénybevételét	A beteg állapota nem feltétlenül zárja ki más kapcsolódó idegenforgalmi, turisztikai szolgáltatások igénybevételét, de ez a látogatásnak nem elsődleges célja	A beteg állapota kifejezetten nem igényli az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét az elsődleges cél az idegenforgalmi, turisztikai szolgáltatások igénybevétele

* Az egészségügyi (orvosi, medical) turizmus alig tér el a gyógyturizmustól, külön szerepeltetése ezért csak abban az esetben indokolt, ha feltételezzük, hogy a határon átnyúló egészségügyi ellátási tevékenységek önálló csoportját képezheti azon az alapon, hogy a keretében érkező betegek betegsége olyan fokú (és a számukra nyújtandó tervezett ellátások vagy olyan összetettek, vagy olyan rövidek), ami az egészségügyi szolgáltatásokon kívüli egyéb (pl.: idegenforgalmi) szolgáltatások igénybevételének a lehetőségét kizárja.

Az említett 2019. végi kormányhatározat az intézményi struktúraváltás hitelt érdemlő megalapozása (az optimális betegutak kialakítása) érdekében átfogó ráfordítási adatgyűjtést és (a valós költségekre épülő finanszírozás érdekében) díjtétel-felülvizsgálatot is elrendel 2020 márciusáig.

Ez abból a szempontból is nagy jelentőséggel bír, hogy az egészségügyi ellátórendszer tervezéséért is felelős szervek 14 éve nem végeznek rendszeres, automatikus strukturált adatgyűjtést a határon átnyúló egészségügyi ellátásokról (egészségturizmusról, gyógy-idegenforgalomról). Így – az előzőekben közöltekre is tekintettel – különös körütekintést igényel az, hogy a most elrendelt struktúraváltást megalapozó adatelemzésben a határon átnyúló ellátási szegmens a jelentőségéhez mérten (vagy legalább a magyar ellátórendszer működését és finanszírozását, az ellátásra szoruló sorsát érdemben előnyösen befolyásolni képes tartalommal) jelenhessen meg.

Mindezekre tekintettel az elrendelt adatelemzést úgy célszerű elvégezni, ha abban megjelenhetnek:

- a magyar biztosítottakkal szemben fennálló ellátási kötelezettség teljesítéséhez, illetve a területi ellátási kötelezettségnek való megfeleléshez figyelembe vehető külföldi (a magyar



országhatárokon kívüli, de a szomszédos országokban határközeli helyzetben működő szolgáltatók;

- a más – az országhatáron túli biztosított személyi körrel működő – egészségbiztosítók számára felajánlható hazai szolgáltatói kapacitások (illetve teljes körűen kialakuljanak a létező hazai kapacitások tervszerű / tervezhető felajánlásának mechanizmusai, igénybe vehetőségének feltételei).

Ehhez a magyar egészségügyi kormányzatban a határon átnyúló egészségügyi ellátásokkal összefüggésben jelenleg rendelkezésre álló szakismeretek rendszerszintű erősítése szükséges, amit a CESCI munkája hatékonyan támogathat.

Összességében megállapítható, hogy a mai magyar kormányzati egészségpolitika csak részlegesen ismeri a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásnyújtás fogalomrendszerét és működését, ezért érdekartikulációja és célkijelölése a határon átnyúló egészségügyi együttműködésektől rendszerint elvárható előnyökkel lényegében nem számol, intézkedései hatására (jelen formájukban) ezen előnyök Magyarország számára történő leképezése reálisan nem feltételezhető.

2 Négy konkrét határ menti kórház alkalmassági vizsgálata

A CESCO „Jogi akadálymentesítés a magyar határon mentén” c. kezdeményezésének 2019. évi negyedik mérőköve keretében négy – a 2018. évi országos helyzetelemzés alapján a határon átnyúló együttműködésekben kiemelkedően érintettként azonosított határszakasz mentén fekvő – közfinanszírozott magyar egészségügyi szolgáltató alkalmassági vizsgálatát célzó felmérésre került sor helyszíni interjúk keretében.

Az interjúkban érintett volt az esztergomi Vaszary Kolos Kórház (magyar-szlovák relációban), a Mohácsi Városi Kórház (magyar-horvát relációban), a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ és a térítésköteles ellátásainak nyújtását szervező UNI-MED Korlátolt Felelősségű Társaság (magyar-román és magyar-szerb relációban), valamint a zalaegerszegi Zala Megyei Szent Rafael Kórház (magyar-szlovén relációban). Az intézményekkel folytatott interjúk alkalmával a határon átnyúló/határmenti egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó tapasztalataik és az együttműködésekben való részvételüket támogató erőforrásaik felmérésére került sor.

A fenti egészségügyi szolgáltatók kiválasztásának a szempontjai a következők voltak:

- a kiválasztott egészségügyi intézmények egymástól távol, lehetőleg más-más szomszédos ország mellett helyezkedjenek el (az osztrák és az ukrán határ vizsgálatától a szolgáltatások technikai és árszínvonalában meglévő igen jelentős eltérések miatt eltekintettünk);
- a kórházak a progresszivitás különböző szintjét képviseljék, a négy alapszakmás városi kiskórháztól az egyetemi klinikáig.

Az interjúk a 2018. évi országos felmérés tapasztalatai alapján előzetesen kidolgozott egységes kérdéssorra épültek azzal, hogy a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központnál két interjúra is sor került, tekintettel arra, hogy a szegedi klinika járó-, és fekvőbeteg térítéses szakellátását külön erre a célra létrehozott gazdasági társaság, az UNI-MED Szeged Egészségügyi Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság biztosítja.

A fenti négy egészségügyi szolgáltató közül az esztergomi Vaszary Kolos Kórház rendelkezik egyedül együttműködési megállapodással a határmenti szlovák betegek ellátására, míg a másik három egészségügyi szolgáltató formalizált együttműködési megállapodások nélkül biztosítja – különböző módokon – a határ túloldaláról érkező külföldi betegek ellátását.

Az interjúkat követően a szóbeli közlések nyomán lejegyzett írásos dokumentáció jóváhagyásra minden esetben megküldésre került az interjúban közreműködő személyeknek. A jóváhagyott dokumentációt a jelen fejezet mellékletei tartalmazzák.

Az interjúsorozatban érintett intézmények válaszainak áttekintő értékelését a következő táblázat tartalmazza.



4. táblázat A határmenti kórházak körében elvégzett alkalmassági vizsgálat eredményének áttekintése

A határon átnyúló/határmenti egészségügyi szolgáltatások szempontjai	Esztergom		Mohács		Szeged		Zalaegerszeg		
	A vizsgált szempontoknak megfelelés	Megjegyzések	A vizsgált szempontoknak megfelelés	Megjegyzések	A vizsgált szempontoknak megfelelés	Megjegyzések	A vizsgált szempontoknak megfelelés	Megjegyzések	
A kórház elhelyezkedéséből adódó előnyök?	Előny, amely kihasználásra is került, hogy a szlovákiai Štúrovo (Párkány), ahol nincs 50 kilométeren belül fekvőbeteg-ellátás kb. 5 kilométerre fekszik az esztergomi kórháztól. A kórház szabad kapacitásai, valamint a szlovák oldalon a fekvőbeteg-ellátást nyújtó szlovák intézmény távolsága lehetőséget biztosított arra, hogy a szlovákiai fekvőbetegek részére egészségügyi szolgáltatásokat nyújtsanak, amelyre együttműködés keretében kerül sor.	Természetesen a kórház számára pénzügyileg kedvező együttműködéshez az is szükséges volt, hogy a szlovák finanszírozás magasabb mértékű legyen, mint a magyar finanszírozás.	Mind a határmenti fekvésből, mind a nemzetközi dunai hajózásból adódóan a Mohácsi Kórházban külföldi betegellátásra is sor kerül, azonban ez nem eredményez jelentős külföldi betegforgalmat. Mindezek alapján a Mohácsi Kórház határmenti elhelyezkedése különösebb előnyt nem eredményez a kórház tevékenysége kapcsán.	A mohácsi kórház a pécsi klinikától közúton 40 kilométerre fekszik. Ez a közelség alapozta meg a betegellátásban való szoros együttműködést a progresszivitás magasabb szintjén álló Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központja és a Mohácsi Kórház között.	A vizsgált szempontoknak megfelelés	A Klinikum a Duna-Körös-Maros-Tisza Eurorégió működéséhez kapcsolódva regionális csúcshintézményként működik.	A határmenti fekvés következtében a külföldről érkező betegek számát tekintve a Romániából térítésköteles ellátásra érkező betegek száma kiemelkedően magas.	Előny nem származik a kórház határmenti fekvéséből.	
A kórház elhelyezkedéséből adódó hátrányok?	Szlovákia közelsége hátrányt is jelent, tekintettel arra, hogy a Szlovákiában véghezvitt egészségügyi dolgozói béremelés a munkaerő Szlovákiába (vissza-)járamlását eredményezte.	A párkányi Poliklinikából átirányított betegek gyakran úgy hivatkoznak az esztergomi kórházzal szerződésben álló biztosítóra, hogy valójában nincs biztosításuk. Emiatt az ő kezelésüket nem utólag téríti meg senki, ezáltal jelentős veszteség keletkezik a kórháznál, ami csökkenti a határmenti betegellátás szakmai támogatottságát is.	Mohácsi Kórház határmenti elhelyezkedése különösebb hátrányt nem eredményez a kórház tevékenysége kapcsán.	A pécsi klinika közelsége munkaerő-gazdálkodási szempontból összetett hatású. Pécsről több orvos is vállal munkát a kórházban ingázó jelleggel, azonban a klinika munkaerő-elszívó hatása is érvényesül, különösen a rezidensek kapcsán.	A határon túlról érkező betegek körében a szülészeti, idegsebészeti, gyermek sebészeti, szemészeti (szürkehályog-műtétek) váltak a leggyakrabban igénybe vett szakmákká, de ezen ellátásokra irányuló igény – a magas színvonalú ellátásra is képes romániai magánintézmény-hálózat kiépítésével – fokozatosan visszaszorul.		Ausztria, Szlovénia egészségügyi ellátásának magas színvonala és egészségügyi dolgozóinak magasabb bérezése nem segíti elő Zalaegerszeg vonatkozásában a határmenti ellátást.	A kórház az osztrák, a szlovén és a horvát határtól megközelítőleg egyenlő távolságra (50–70 kilométerre) fekszik. Az egészségügyben az osztrák, szlovén magasabb bérezés munkaerő-elszívó hatással járhat	
Adottak-e a személyi feltételek az együttműködéshez illetve annak bővítéséhez?	Adottak a szlovák betegek ellátásához a személyi feltételek. További betegek fogadása is megvalósítható.	A határon túli béremelkedés kapcsán átgondolandó, hogy a külföldi – jelen esetben a szlovák - munkaerő számát a határ menti kórházak extra finanszírozásával lehetne növelni.	A rendelkezésre álló személyi feltételek nem alkalmasak egy nagyobb számú betegkör kiszolgálására.	Csökkenőben van a kórházi dolgozók száma, egyre több a nyugdíjas dolgozó, és kevés a rezidens. A rezidensek alacsony száma visszavezethető a központilag megkötött létszámra és Pécs „elszívó” hatására.	A klinikán humánerőforrás-hiány van. Az aneszteziológiai kapacitás kifejezetten szűk. További nehézséget jelent, hogy Szegeden gyakorlatilag nincs a progresszivitási hierarchia 1-es, 2-es szintjén működő másik ellátó intézmény az egyetemi klinikán kívül (a korábbi intézmény-összevonások eredményeként), amelynek következtében a széleskörű szolgáltatás a speciális, bonyolult ellátásokra képzett szak személyzetet, kapacitást elvonja a magasabb progresszivitású munkától. A humánerőforrás-hiányt fokozza, hogy a dolgozóknak az egyetemi, főiskolai, szakiskolai képzésben is részt kell venniük	Az UNI-MED Kft. által nyújtott térítésköteles ellátásoknál humánerőforrás-hiány nem érvényesül, ami visszavezethető többek között arra, hogy a kft. átlátható és kiszámítható rendszerben működik. A munkaerőhiány kapcsán azonban meg kell jegyezni, hogy a kft. feladatköre és a klinika feladatköre nem azonos, továbbá az egészségügyi dolgozók bérköltségét egyik esetben a NEAK-finanszírozás, míg a kft. által alkalmazottak esetében a térítési díjak fedezik.	Gyermekrehabilitáció területén lehetne együttműködést kialakítani, határon túli betegek fogadására.	A gyermekrehabilitációs ellátás bővítéséhez az orvosok továbbképzésére is szükség lenne, erre a továbbképzésre jelenleg van esély.	

A határon átnyúló/határmenti egészségügyi szolgáltatások szempontjai	Esztergom		Mohács		Szeged		Zalaegerszeg	
	A vizsgált szempontoknak megfelelés	Megjegyzések	A vizsgált szempontoknak megfelelés	Megjegyzések	A vizsgált szempontoknak megfelelés	Megjegyzések	A vizsgált szempontoknak megfelelés	Megjegyzések
Adottak-e a tárgyi feltételek az együttműködéshez illetve annak bővítéséhez?	Adottak a szlovák betegek ellátásához a tárgyi feltételek. További betegek fogadása is megvalósítható.		A kórházban a külföldi betegek ellátására - a korszerű felszereltséget tekintve - a struktúra adott, tekintettel arra, hogy pályázatok keretében a kórház 2/3-a felújításra került.	Az együttműködés keretében megvalósuló további ellátásokhoz azonban további fedezet is szükséges lenne, amely a jelenlegi finanszírozásban nem áll rendelkezésre.	Az ellátáshoz mind a finanszírozott, mind a térítésköteles ellátásban a szükséges tárgyi feltételek rendelkezésre állnak.	Az E-health, M-health eszközök, alkalmazások terjedését az orvoshiány is gyorsítja (nemcsak a technológiai fejlődés), ami a szabályozás szükségszerűségét felerősíti.	A gyermekrehabilitáció esetében a jó szakmai feltételek és az alacsony ágyszám-kihasználtság magában hordozzák az együttműködés lehetőségét. Jelenleg a gyermekrehabilitációs tevékenység ellátása kis alapterületen valósul meg. Erre tekintettel ki kell emelni, hogy ezen megállapodásnak elengedhetetlen feltétele lenne az infrastrukturális fejlesztés, ennek keretében egy rehabilitációs központ kialakítása, amelyhez pénzügyi forrás jelenleg nem áll rendelkezésre.	Ha a TVK-t vesszük figyelembe, akkor járóbeteg-szakellátásban teljes körű kihasználtság érvényesül, míg a kórházi ellátás is elérte a teljesítményvolumen-korlát határát, kivételt képez a gyermekrehabilitáció.
Hogyan kezelik a nyelvi akadályokat?	A betegek jelentős része tud magyarul. Abban az esetben, ha fordítás válik szükségessé, akkor a kórház szlovák nyelvet is beszélő dolgozói nyújtanak segítséget a fordításban.		A dunai hajózáshoz kapcsolódó betegellátásnál a hajósok biztosítják a tolmácsot. Németül, angolul beszélnek a kórház munkatársai. A csak a horvát nyelvet beszélő betegek esetén a kórház tolmácsot biztosít.		A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási tevékenység szempontjából a klinika számára az lenne ideális, ha erre a tevékenységre külön felvételi adminisztrációs apparátus működhetne (legalább 3 nyelvet – román, szerb, angol – beszélő betegirányítóval). Az illegális bevándorlókkal vannak további nyelvi problémák, ha az anyanyelvükön kívül más nyelven nem kommunikálnak (őket a határrendészeti szervek hozzák). Az UNI-MED Kft. által nyújtott térítésköteles ellátásoknál, ha szükséges, tolmácsok segítik a betegellátást, továbbá négynyelvű (angol, német, román, magyar) honlappal rendelkezik a kft.	Az UNI-MED Kft. esetében a nyelvi akadályokat csökkenti, hogy a munkatársak állásjelentkezésekor feltétel, hogy legalább angolul beszéljenek. Az UNI-MED Kft.-hez sok beteg – adott adatbiztonság, adatvédelem mellett – online jelentkezik a kft. internetes oldalán az ellátásra, így a beteg személyes megjelenésekor már ismert az ellátást végző előtt a beteg korelőzménye, azaz a szükséges fordításokra már sor került.	A nyelvi nehézségek egyre kevésbé jelentenek problémát, tekintettel arra, hogy a fiatal orvosok jól beszélnek angolul, illetve németül, így tolmácsolásra egyre kevésbé van szükség. Amennyiben tolmácsolásra kerülne sor, akkor a fordítást végző kollégák – akik a kórház munkatársai, és kórházon belül megtalálható az elérhetőségük – külön díjazásban részesülnek.	



A határon átnyúló/határmenti egészségügyi szolgáltatások szempontjai	Esztergom		Mohács		Szeged		Zalaegerszeg	
	A vizsgált szempontoknak megfelelés	Megjegyzések	A vizsgált szempontoknak megfelelés	Megjegyzések	A vizsgált szempontoknak megfelelés	Megjegyzések	A vizsgált szempontoknak megfelelés	Megjegyzések
Kialakítható, illetve fejleszhető-e a határon átnyúló /határmenti/ egészségügyi együttműködés?	<p>Az együttműködés kiterjeszhető a járóbeteg-ellátásra.</p> <p>A közeli elhelyezkedés kapcsán indokolt lenne egy közös ügyeleti rendszer kialakítása Párkánnyal, mind az alap-, mind a szakellátás területén.</p> <p>Az esztergomi kórház diagnosztikai eszközei pl. CT, ultrahang, röntgen, továbbá a labor, citológia kapacitásai nincsenek teljes körűen kihasználva. További beteg-, és leletforgalommal ezek kihasználtságát, és a kórház bevételeit növelni lehetne.</p>	<p>Meg kell oldani a Szlovákiából mentővel szállított betegek határon történő átjutását.</p> <p>Ki kellene alakítani a szlovák és a magyar egészségügyi szolgáltatók között közös beutalási, valamint dokumentációs rendszert, az adatvédelmi előírások tiszteletben tartása mellett.</p> <p>A ki nem fizetett számlák behajtása kapcsán indokolt lenne egy egységes eljárás vagy jogi segítségnyújtás kialakítása, amely segítené a kórházakat.</p>	<p>A Mohácsi Kórház nyitott az együttműködésre. Elképzelhető, hogy Pélmónostorral – amely közel 30 kilométerre fekszik Mohácstól – egészségügyi szolgáltatási megállapodás jöjjön létre. Pélmónostoron járóbeteg-ellátás mellett egynapos ellátást biztosítanak, így ez esetben akár olyan ellátásokra is lehetne megállapodást kötni, amelyet Eszéken hosszabb várakozással tudnak csak megkapni a horvát betegek. Megállapodás keretében akár szűrővizsgálatokra, távdiagnosztikára is sor kerülhetne. A diagnosztika esetén meg kell említeni, hogy a tárgyi, és a személyi feltételek adottak, de a forrást biztosítani kellene a feladatellátáshoz.</p>	<p>A határmenti betegellátás fejlesztéséhez szükség lenne külön központi forrásra, továbbá az érintett kórházak közötti együttműködésre és egyeztetésekre.</p>	<p>Telemedicina: megfelelő jogi szabályozásra van szükség – felelősségbiztosítás, szerződés-kötés stb.-, ami a telekonzultáció, a telediagnosztika minden területén tisztázandó, nemcsak a progresszív ellátásban.</p> <p>Régiós centrumként a 3. magas/kiemelt progresszivitási szint elfoglalása a cél a határon átnyúló együttműködésben speciális műtéti és diagnosztikai területeken.</p> <p>Ellentmondás a szabályozásban: a nem határon túli, hanem belföldi fizetőköteles betegekre érvényes térítési díjtáblázat sokkal magasabb díjtételeket tartalmaz, mint az ún. T térítési kategóriára (irányelvi tervezett ellátást igénybe vevő külföldiekre) érvényes NEAK-díjtétel.</p> <p>A finanszírozott ellátásoknál a rendezetlen biztosítási státuszú külföldi betegek magyarországi ellátásából eredő problémák mérséklése érdekében szükséges lenne olyan szabályozás, amely egyértelműsíti, hogy hova, milyen feltételekkel, milyen szakmai dokumentációval és mikor adható át és szállítható el az érintett beteg. Ebben az esetben a magyar intézmény egyszerűen csak átadná azt a szakmai dokumentációt, amellyel a beteg már szállítható.</p> <p>Problémát jelent a nemzetközi betegmobilitásnak az a része, amely a közfinanszírozásban zajlik (a 883/2004/EU rendelet alapján), illetve a jogcím nélküli ellátásra szoruló ellátása, amely többször behajthatatlan követelésekhez vezet (az ellátás költségét ugyanis nem, vagy nem teljes mértékben kapja vissza a klinika).</p>	<p>Térítésköteles ellátások kapcsán meg kell jegyezni, hogy</p> <p>- sokféle szolgáltató működik a térítésköteles egészségügyi szolgáltatás területén. Erre tekintettel javasolható, hogy egyfajta minőségbiztosítási elvárás jelenjen meg ezen szolgáltatók működése kapcsán, azaz adott színvonal/minőségbiztosítási elvárás alatt ne lehessen térítésköteles egészségügyi szolgáltatást végezni.</p> <p>- a központilag támogatott marketingtevékenység is erősíthető lenne az egészségügyi szolgáltatók szabad kapacitásainak kihasználása érdekében. A marketingtevékenységgel akár a magyar egészségügyi ellátás versenyképességét is lehetne növelni, szemben a hasonló színvonalú, de drágább külföldi ellátásokkal.</p>	<p>Határon túli és elektív beavatkozások kapcsán hosszabb távon elképzelhető, hogy az ortopédia, a sebészet és a kardiológia továbbá a kardiológián belül az elektrofiziológiai beavatkozások területén a nemzetközi együttműködés, illetve a külföldibeteg-forgalom növelésének irányába előrelépés valósuljon meg. Ezen célok megvalósításához természetesen a tárgyi és infrastrukturális feltételeken túl a személyi feltételek, továbbá a megfelelő finanszírozás biztosítása is szükséges.</p>	<p>A külföldi betegek ellátásához az infrastrukturális fejlesztés (épületek, szobák – beleértve a VIP-szobákat is) elengedhetetlen. A határon átnyúló /határmenti/ egészségügyi együttműködés kialakításához több olyan központi (országos) intézkedésre is szükség lenne, amely segítené felszabadítani a kórházi kapacitásokat.</p>

Az interjúk tapasztalatait összegezve az alábbi megállapítások tehetők:

- Annak ellenére, hogy a közfinanszírozás (legalább részbeni) költségviselése mellett megvalósuló formalizált együttműködés a vizsgált öt határszakasz négy kórháza közül csak egyben (Esztergom) működik, ténylegesen az összes kórház rendszeresen nyújt ellátást külföldi biztosítottak részére (vagyis a határon átnyúló egészségügyi ellátásban de facto az összes határszakasz érintett). Formalizáltságtól függetlenül minden határszakaszon ismertek azok az intézményi specialitások, amelyek miatt külföldi biztosítással rendelkező betegek jelenleg is látogatják az érintett intézményeket (Esztergomban szemsebészet, Szegeden szülészeti, ideg- és gyermekszív-sebészet, Mohácson diagnosztikai ellátások, Zalaegerszegen gyermek-rehabilitáció). Igény tehát van a határon átnyúló egészségügyi ellátásra, de az abban rejlő lehetőségeket Magyarország jelenleg tudatosan nem használja ki, mivel nem teremtette meg annak a saját maga számára kedvező szabályozási hátterét, így a hatályos EU-s szabályok (illetve EGT-n kívüli országok biztosítottjai tekintetében a hazájukkal kötött kétoldalú egyezmények szabályai) érvényesülnek, amelyek a szabályozás minimumát – a legkisebb közös nevezőt – jelentik.
- Az egyes határszakaszokon meglévő és immár hosszabb időre visszatekintő területfejlesztési célú regionális/interregionális együttműködések (pl.: Esztergom esetében az Ister-Granum ETT, Szeged esetében a Duna-Körös-Maros-Tisza Eurorégió) illetve a testvérvárosi (Mohács-Pélmonostor) és szakmai (Zalaegerszeg-Muraszombat) kapcsolatok a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásnyújtásra ösztönzően hatnak (elsősorban igénybe vevői oldalról, amit a formalizált egészségügyi együttműködések kialakítása eddig jellemzően nem követett). Bár az elmúlt EU-s programozási időszakokban elérhető fejlesztési források több ízben is biztosították az egészségügyi szolgáltatók és a biztosítók, illetve a beteg-szervezetek határon átnyúló együttműködésének fejlesztését, az ezzel összefüggő ismert kezdeményezések (Szeged-Temesvár, illetve Kassa-Miskolc esetében) az együttműködések ösztönzésére, s a bennük rejlő előnyök országosan egységes elgondolás mentén (pl. az ellátásszervezéssel összefüggésben) történő kiaknázására vonatkozó szándék és előre tekintő, tervszerű gondolkodás, valamint az ezt támogató ideális szabályozási környezet hiánya miatt elhaltak.
- Rendhagyó az a szemlélet, amely (Szeged esetében) a társadalombiztosításon kívül működő – pl. kiegészítő egészségbiztosítást kínáló – külföldi üzleti biztosítókkal létesített, a biztosítottjaik magyarországi egészségügyi ellátására létrehozott szerződéses kapcsolatokat nem tekinti határon átnyúló egészségügyi együttműködésnek, noha ténylegesen ezek is olyan együttműködések, amelyek alapján külföldi biztosítottak határokon átívelő mozgása valósul meg egészségügyi ellátások igénybevétele érdekében. A szegedi ellátásszervező expressis verbis lenyilatkozta, hogy nem rendelkezik határon átnyúló együttműködési megállapodással, majd később azt a választ adta, hogy immár három román biztosítótársasággal is együttműködésben áll, biztosítottjaik magyarországi egészségügyi ellátása céljából („A Román National Niederlandéval már szerződött a kft., míg a Román Groupama biztosító és az Aegon biztosító a közelmúltban kereste meg a kft.-t szerződés keretében történő együttműködés kapcsán”). Mindez azt jelenti, hogy egyes állami fenntartású magyar egészségügyi intézmények csak a közjogi jogalanyok (állam, önkormányzat, állami fenntartású egészségügyi szolgáltató) partnerségén alapuló együttműködéseknek tekintik



határon átnyúló egészségügyi együttműködésnek, s saját magukat (noha állami fenntartású intézményről van szó) nem tartják ilyen együttműködések alanyának, ha az együttműködésben résztvevő külföldi partnerük nem közjogi jogalany. Ez a sajátos szemléletmód a jogszabályok alkalmazása tekintetében speciális helyzetet eredményezhet, és különösen kockázatos lehet a magyar biztosítottakra nézve, ha kellő körültekintés hiányában a magánbetegek megelőzhetik az állami betegeket. Ugyanis ekkor az állami intézmény állami orvosai, állami eszközei és állami kapacitásai nem elsősorban az állam által biztosított, hanem a magánbiztosítással rendelkező betegek számára állnak rendelkezésre, ami állami fenntartású intézményben mindenképp kerülendő. A piaci szolgáltatást nyújtó ellátási infrastruktúra (pl. ágyak) fizikai elkülönítése önmagában nem garancia (hiszen pl. az orvosok munkaidejével is úgy kell gazdálkodni –ha van olyan orvos, aki egyszerre áll a klinika és a kft. alkalmazásában –, hogy az elsősorban a magyar társadalombiztosítás biztosítottjainak az ellátása céljából álljon rendelkezésre).

- Intézményi oldalon a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásnyújtást jellemzően az intézményi bevételnövelés és a kapacitáskihasználtság fokozásának szándéka, vagyis összességében a profitmaximalizálás (jobb esetben az állami finanszírozás rejtett veszteségei addicionális bevételekkel való csökkentésének) igénye motiválja. Ez jogos igény, de nem téveszthető szem elől, hogy ez csak járulékos következménye – egyfajta (a jól szervezett együttműködés „jutalmaként” jelentkező) kedvező mellékhatása – lehet a határon átnyúló együttműködéseknek. A határon átnyúló egészségügyi együttműködésekkel ugyanis elsősorban az emberiességi és a szolidaritási szempontok ösztönzik. Hiszen egyetlen államilag szervezett (társadalom)biztosítási kockázatközösség, s közpénzből működő egészségügyi, társadalombiztosítási intézmény (minisztérium, biztosító, kórház, rendelőintézet, stb.) sem engedheti meg magának (a hatályos jogszabályok alapján Magyarországon sem), hogy azonos mértékű járulékot fizető tagjai közül a határközelebbi (rosszabb intézményi ellátottságú) térségekben élőket másodrendűnek minősítse az ellátásokhoz való hozzáférés szempontjából. Azonos járulékért azonos minőségű szolgáltatást kell nyújtani, a kockázatközösség minden tagja számára. Az, hogy ez a szolgáltatásnyújtás anyagilag is rentábilis legyen, a kockázatközösség tagjaival szembeni (vagyonuknak a jó gazda gondosságával történő felhasználását biztosító) elvárható körültekintés csupán, s az együttműködés hosszú távú fenntarthatóságának pénzügyi garanciája.
- Sajátos keveredés érvényesül az intézményi gondolkodásban a határon átnyúló együttműködésekben való részvétel intézményi feltételei tekintetében is. Szeged és Zalaegerszeg egyértelműen a szabad intézményi kapacitások függvényeként tekint az ilyen együttműködésekben való részvétel lehetőségére, illetve szükségesnek tartja, hogy az intézményi ellátás ne érje el a teljesítmény-volumen-korlát határát. Ez a szemlélet figyelmen kívül hagyja az európai betegellátási rezsimit Magyarországon is kötelezően alkalmazandó szabályait, amelyek alapján az EU tagállamaiban biztosított, sürgős/orvosilag szükséges (Európai Egészségbiztosítási Kártyával igénybe vehető) vagy előre tervezett (E112 formanyomtatvánnyal igénybe vehető) ellátásokat igénylő tagállami biztosítottakat mindenkor a magyar biztosítottakkal azonos elbírálás mellett kell ellátásban részesíteni az állami fenntartású magyar egészségügyi intézményekben – szabad kapacitásoktól és

teljesítményvolumen-korláttól függetlenül. Az ellátások költsége ráadásul külföldről megtérül (az a külföldi biztosító téríti meg, amelyiknek a biztosítottját ellátták), ezért nem megalapozott az az elgondolás, amely az együttműködések kialakítását az ellátási feladatok bővülését fedező források előzetes rendelkezésre bocsátásától várja (ez a tartozásokat felhalmozó betegekkel szembeni követeléskezelési eljárásokkal összefüggő igényeket is más megvilágításba helyezi, amennyiben csak a jogcím nélküli ellátásra szorulóknak nyújtott ellátások költségének behajtása marad kezelendő probléma). Márpedig az állam által kezdeményezett határon átnyúló egészségügyi együttműködésekben érkezők (amint erre a *Jogi akadálymentesítés* kezdeményezés keretében, az Igazságügyi Minisztérium támogatásával 2018-ban megszervezett nyugat-európai tanulmányút tapasztalatai is egyértelműen rámutattak) tipikusan ebben a rezsimben jelentkeznek ellátásra, nem pedig üzleti biztosítók magánbiztosítottjaiként. Vagyis minden olyan hazai intézményi várakozás, amely üzleti biztosítókkal kötendő szerződések alapján érvényesíthető piaci tarfiákon történő ellátás érdekében bővítené az állami fenntartású intézményi kapacitásokat, szükségképpen kudarcra van ítélve minden olyan esetben, amikor az állami egészségbiztosítási költségvetés nem alkalmas a szabad kapacitások számottevő bővítésére (mint jelenleg Magyarországon). Az állami intézmények magánjogi jogalanyok (saját alapítású, tulajdonú kft.-k) bevonásával történő szolgáltatás-nyújtása ezért csak azokban az esetekben lehet az állam számára is kívánatos, ahol a kft. az állami intézmény 100%-os tulajdonában áll, s kötelező előírás, hogy a működése révén szerzett minden bevételt teljes mértékben a tulajdonos állami fenntartású intézmény működésére, illetve működési feltételeinek javítására fordítsa.

- A vizsgált intézményekben a nyelvi korlátok jellemzően nem képezik akadályát a határon átnyúló egészségügyi együttműködésnek, a szükséges nyelvismeret mindenütt megfelelő mértékben rendelkezésre áll. A periférikus helyzetű városi kiskórházak (Mohács) esetében azonban a közeli magasabb progresszivitási szintű nagyvárosi magyar intézmények (Pécs), a megyei kórházak (Zalaegerszeg) esetében pedig a határ szomszédos oldalán kínált előnyösebb foglalkoztatási feltételek jelentős elszívó hatása érvényesül az intézményi humán erőforrás tekintetében.
- A magyar-szlovák határszakaszon már a mentőgépjárművek határon átnyúló közlekedésére is valós igény alakult ki.

Az interjúorozatban érintett intézmények nem említették, de a finanszírozással (kapacitás-tervezéssel és teljesítményvolumennel) kapcsolatos megjegyzéseik ráirányítják a figyelmet az egészségügyi ellátórendszer-tervezés kérdésére, ami a határon átnyúló egészségügyi ellátás során sem megkerülhető.

A külföldiek magyarországi ellátására vonatkozó adatok rendszeres gyűjtésével és elemzésével összefüggésben fontos, hogy – az egyébként rendkívül részletes és jól dokumentált – egészségbiztosítási adatgyűjtés eredménye az ágazati tervezés során a lehetségesnél gyengébb hatásokkal hasznosul, az ágazati adatfeldolgozás és adatszolgáltatás nem működik a határon átnyúló ellátásszervezéshez szükséges kielégítő mértékben. A megfelelő feldolgozottságú adatok hiánya gyakran az ágazati kormányzati és intézményi tervező munka akadályává válik.

Az európai betegmobilitásban rejlő lehetőségek kiaknázására, a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatói együttműködésekre vonatkozó intézkedéseket (sőt, az együttműködések



infrastruktúrájának fejlesztéséhez igénybe vehető EU-s támogatások felhasználásának tervezését is) megalapozó adatgyűjtés a NEAK-on kívül jellemzően nem történik, vagy ha igen, akkor is jellemzően csak idegenforgalmi adatokra vonatkozik. Csakhogy az idegenforgalmi adatok többsége a fejlesztések végrehajtása szempontjából közömbös, mert a hazai költségvetésre nem az idegenforgalmi, hanem az egészségügyi beruházások gyakorolnak nagyobb hatást. Ezek előrejelzésére csakis egészségügyi statisztikai adatok alkalmasak, amelyek – kifejezetten az európai betegmobilitás szempontjaira tekintettel történő – gyűjtése és feldolgozása még a NEAK-on belül is fejlesztésre szorul. Mindezekre tekintettel a következő – a NEAK adatbázisaiban most is meglévő nyers adatok feldolgozásával előállított – adatok kimutatása szükséges:

- Magyarországon ellátott külföldi állampolgár (állampolgárság szerinti bontásban az ellátás helyének és szakmájának megjelölésével)
 - országosan összesen,
 - megyei bontásban;
- a külföldiek ellátását indokló körülmények (sürgősségi vagy tervezett gyógykezelés);
 - 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;
- a külföldieknek nyújtott ellátások területi megoszlásának modellezése;
- a külföldi betegek ellátásának szezonalitása adott évben (esetszám/hónap);
- a külföldiek ápolásához kapcsolódó költségek mértékének és forrásainak azonosítása;
- a külföldiek ellátása szempontjából jelentős földrajzi területeken zajló együttműködési tevékenység szakterületeinek azonosítása fekvő- és járóbeteg-ellátásban.

Fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy ezen feldolgozott adatok egy részének az előállítására a NEAK már most is képes. Ám ezeket az adatokat jelenleg nem rendszeresen, hanem egyedi, eseti lekérdezések alapján jelentős többletmunkával állítják elő. Az ezzel együtt járó leterheltség csökkenhet, ha az ilyen típusú adatfeldolgozás a NEAK adatbázisainak alapfunkciójává válik, azaz az adatbázisok képessé válnak a rendszeresen ismétlődő, gyakori lekérdezések számára is hasznos adatok előállítására. A rendszer kiépítésének járulékos hasznát jelentené, amit egy ilyen adatszolgáltatási kapacitás a NEAK – általánosan pedig az ágazat – vezetői döntéseinek támogatásában, a magyar ellátórendszer megszervezésében képvisel.

3 Javaslat a határ menti betegellátást elősegítő kormányközi megállapodásokra

Az **egészségügyi célú határon átnyúló együttműködések** minimum két nagy ágazat – a **területfejlesztés és az egészségügy** (ehhez társul még a külügy és a közlekedés) – **határterületére esnek**, ezért bármiféle sikeres fellépés legalább e két ágazat szoros együttműködése alapján és a határon átnyúló együttműködések mibenlétére vonatkozó közös értelmezési tartományában jöhet létre.

Fontos megérteni ezt, mivel **az egészségügyi infrastruktúra** (s annak térbeli eloszlása, kapacitásainak rendelkezésre állása, vagyis az ellátásszervezés) **ugyanúgy térbeli** – a progresszivitási szintek mentén egymásra épülő ellátórendszer hálózatoságát megtestesítő – **fizikai infrastruktúra, mint** a vasút, az autópálya, vagy **a lakosságot kiszolgáló infrastruktúra bármely más intézményrendszere. Vagyis az egészségügy fejlesztése is területfejlesztési kérdés.**

Más szavakkal: ha az egészségügy fejlesztése és fejlesztőinek érdekartikulációja nem képes alkalmazkodni a területi tervezés mindenki számára objektív adottságaihoz, szakmai determinációihoz, logikájához, akkor nincs esély arra, hogy ez hatékonyan (az ágazati szándékoknak megfelelő eredményességgel, a célzott hatások kiváltására alkalmas módon) jelenjen meg az ország és az Unió fejlesztési elképzeléseinek sorában. Pontosan ezért Magyarország területfejlesztési dokumentumai az egészségügyet is tárgyalják.

Az ország legfontosabb területfejlesztési alapidokumentuma, a „*Nemzeti Fejlesztés 2030*” címet viselő országos fejlesztési és területfejlesztési koncepció (1/2014 (I.3.) Országgyűlési határozat) 1.1.4. pontja az utolsó bekezdésében megállapítja, hogy:

*„**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.**”*
(Kiemelés tőlem – a szerző)

Erre tekintettel a koncepció a 3.4. „*Gyógyító Magyarország, egészséges társadalom, egészségügyi prioritása*” 2030-ig érvényes fejlesztéspolitikai feladatként határozza meg egyebek között a következőket:

- **„Az egészség szempontjainak érvényesítése az állami akciók/beavatkozások során az „egészséget minden szinten, minden szakpolitikában” elvnek megfelelően.**



- **A határon átnyúló betegellátáshoz, az egészségügyi problémák (járványok, mentés katasztrófahelyzetekben stb.) határon átnyúló összehangolt kezeléséhez, valamint a gyógy-idegenforgalomhoz kapcsolódó fejlesztések támogatása.**

A Nemzeti Fejlesztés 2030 címet viselő országos fejlesztési és területfejlesztési koncepció **alkalmazása 2030-ig az ország minden egyes fejlesztéspolitikai tervezést végző ágazati és önkormányzati tervezője számára kötelező**. Azaz 2030-ig minden Magyarországon készült és ezután készítendő területi és/vagy ágazati tervnek ez az alapja, e terveknek a fent idézett előírásokból kellene kiindulnia, az ezen előírások megvalósítására alkalmas gyakorlati intézkedések megalapozását és részletes kifejtését kellene tartalmaznia. Sajnos nem ez a helyzet (ez azonban semmit sem változtat azon, hogy a Nemzeti Fejlesztés 2030 alkalmazása mindenki számára kötelező). Minderre tekintettel fontos áttekinteni azt, hogy milyen lehetőségek kínálóznak az egészségügyben e lehetőség kiaknázására, s ehhez szükséges-e kormányközi megállapodások megkötése.

3.1 Nemzeti jogszabályok

A határon átnyúló (elsősorban területfejlesztési szempontú) együttműködés lehetőségét (függetlenül attól, hogy egészségügyi tartalma van-e vagy sem) az alábbi nemzeti jogszabályok biztosítják:

- a területfejlesztésről és a területrendezésről szóló 1996. évi XXI. törvény,
- az európai területi társulásról szóló 2014. évi LXXV. törvény.

Eszerint a határmenti térségek országhatárokon átnyúló, közös területrendezési terveinek elkészítése (nemzetközi együttműködési kötelezettségből adódóan) a területfejlesztésért felelős miniszter feladata (ld. a területfejlesztésről és a területrendezésről szóló 1996. évi XXI. tv. 9/A. § b) pontját⁴). A határ menti megyék (a korábbi önkormányzati törvény hatályon kívül helyezésével érdemi tervezési felelősségüket elveszítve), részt vesznek a saját határon átnyúló nemzetközi fejlesztési programjaik miniszter általi tervezésében, kidolgozásában (ld. ugyanezen törvény 11. § a) pont af) alpontját⁵). Vagyis **a törvény szerint akkor van lehetőség határon átnyúló programokat tervezni, ha ez nemzetközi együttműködési kötelezettségből adódik**. Az egészségügyi területén megvalósuló határon átnyúló együttműködésekéről ehhez képest viszonylag kevés nemzeti jogszabály rendelkezik és az is a klasszikus területfejlesztéstől eltérő értelemben:

- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény,
- a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény.

⁴ „b) kidolgozza a nemzetközi együttműködési kötelezettségből adódóan a határ menti térségek országhatáron átnyúló, közös területrendezési terveit;”

⁵ „af) részt vesz a határ menti megyék határon átnyúló nemzetközi fejlesztési programjainak tervezésében, kidolgozásában;”

Az 1997. évi LXXXIII. törvény 5/B. § s) és r) pontja szerint:

„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 szolgáltatónál **igénybevett egészségügyi ellátás**, amelyet a **biztosított nem az uniós rendeletek alapján** vesz igénybe”

„r) **uniós beteg:** az 1. § (1) bekezdés a) pontja hatálya alá tartozó személyek kivételével:

ra) a magyar állampolgár és **az Európai Unió más tagállamának állampolgára**,

rb) a 8/A. § (1) bekezdése szerinti **uniós rendeletek értelmében biztosított személy**, valamint családtagja és túlélő hozzátartozója,

rc) **az Európai Unió más tagállamában egészségügyi ellátásra jogosult személy**,

amennyiben Magyarországon egészségügyi szolgáltatást **nem az uniós rendeletek szabályai szerint vesz igénybe**.

A törvény 1. § (1) bekezdés a) pontja szerinti kivételi körbe tartozó személyek:

„a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (a továbbiakban: Tbj.) szerint biztosított, továbbá egészségügyi szolgáltatás igénybevételére, illetve baleseti ellátásra jogosult személyek, valamint szerződés vagy törvény rendelkezése alapján egyes egészségbiztosítási ellátásokra jogosult személyek.”

Az egészségügyi ágazat tehát a határon átnyúló egészségügyi ellátás fogalmába jelenleg nem érti bele:

- a nem uniós (pl.: szerb biztosított) betegek magyarországi ellátását,
- a magyar biztosítottak uniós rendeletek alapján történő külföldi ellátás-igénybevételét,
- a biztosítással nem rendelkező magyarok külföldi és a biztosítással nem rendelkező külföldiek magyarországi ellátását,
- a külföldieknek Magyarországon a rendeletek alapján történő ellátását.



3.2 Nemzetközi jogszabályok:

3.2.1 Multilaterális regionális jogszabályok (EU)

Területfejlesztési célú határon átnyúló együttműködések tekintetében (az egészségügyre is kiterjedően):

- Helyi Önkormányzatok Európai Chartája⁶ (1997. XV. törvény., 10. cikk⁷)
- A Területi Önkormányzatok és Közigazgatási Szervek Határmenti Együttműködéséről szóló Európai (Madridi) Keretegyezmény (a továbbiakban: Keretegyezmény)⁸ (1997. XXIV. törvény.⁹)

Egészségügyi célú együttműködések tekintetében (területfejlesztési cél nélkül):

- Ezen szabályokat az I. fejezet, továbbá a CESCO „Jogi akadálymentesítés a magyar határon mentén” c. kezdeményezése keretében 2018-ban elkészült a „Határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások megalapozása – a határon átnyúló betegmobilitás lehetőségei a magyar határok mentén” c. tanulmány¹⁰ részletesen és teljes körűen elemzi.

3.2.2 Bilaterális jogszabályok

3.2.2.1 Szociális biztonsági és egészségügyi együttműködési egyezmények (a szomszédos országok tekintetében már csak Ukrajnával)

- a Magyar Népköztársaság és a Jugoszláv Szövetségi Népköztársaság között a szociális ellátás területén való együttműködés tárgyában Budapesten, 1957. december 20-án kötött egyezmény kihirdetéséről szóló 1959. évi 20. törvényerejű rendelet
- a Magyar Népköztársaság és a Szovjet Szocialista Köztársaságok Szövetsége között a szociális ellátás területén való együttműködés tárgyában Budapesten, az 1962. december 20-án kötött egyezmény kihirdetéséről szóló 1963. évi 16. törvényerejű rendelet

⁶ European Charter of Local Self-Government , <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/122>. A jogszabály hatályba lépett 1988. szeptember 1-jén.

⁷ 1997. évi XV. törvény a Helyi Önkormányzatok Európai Chartájáról szóló, 1985. október 15-én, Strasbourgban kelt egyezmény kihirdetéséről. A törvényt 1997. március 28-án, hatályba lépett a kihirdetést követő 30. napon, de az egyezmény rendelkezéseit csak 1994. július hó 1. napjától (!) kezdődően kellett alkalmazni.

⁸ Ld. The Council of Europe Treaty Series, <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/106>. A jogszabály 1981. december 22-én lépett hatályba.

⁹ 1997. évi XXIV. törvény a Területi Önkormányzatok és Közigazgatási Szervek Határmenti Együttműködéséről szóló, 1980. május 21-én, Madridban kelt Európai Keretegyezmény kihirdetéséről. A törvényt az Országgyűlés az 1997. április 15-i ülésnapján fogadta el. A kihirdetés napja: 1997. április 25., hatálybalépés a kihirdetést követő 30. napon azzal, hogy az egyezmény rendelkezéseit 1994. június hó 22. napjától (!) kezdődően kellett alkalmazni.

¹⁰ <https://legalaccess.cesci-net.eu/merfoldkovek/jogi-akadalymentesites-3/hataron-atnyulo-egeszsegugyi-szolgaltatasok-megalapozasa/>

3.2.2.2 Jószomszédsági és alapszerződések

- a Magyar Köztársaság és Románia között Temesvárott, 1996. szeptember 16-án aláírt, a megértésről, az együttműködésről és a jószomszédságról szóló Szerződés kihirdetéséről (1997. XLIV. tv., 7. cikk (2); 17. cikk (1), (2))
- a Magyar Köztársaság és a Szlovák Köztársaság között Párizsban, 1995. március 19-én aláírt, a jószomszédsági kapcsolatokról és a baráti együttműködésről szóló Szerződés kihirdetéséről (1997. XLIII. tv., 7. cikk (2), (3); 16. cikk (1), (2); 19. cikk)
- a Magyar Köztársaság és a Horvát Köztársaság között Budapesten, 1992. december 16-án aláírt, a baráti kapcsolatokról és együttműködésről szóló Szerződés kihirdetéséről (1995. XLVII. tv. 8. cikk, 10. cikk, 13. cikk)
- 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 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)
- a Budapesten 1947. évi december hó 8. napján aláírt magyar–jugoszláv barátsági, együttműködési és kölcsönös segélynyújtási szerződés becikkelyezéséről (1948. évi IV. törvény, 2. cikk)
- a Magyar Népköztársaság Kormánya és a Jugoszláv Szövetségi Népköztársaság¹¹ Kormánya között állampolgáraik szociális biztonságával kapcsolatos kérdések rendezése tárgyában Budapesten, az 1957. évi október hó 7. napján kötött egyezmény kihirdetéséről (1959. évi 20. törvényerejű rendelet).

5. táblázat: A bilaterális jogforrások egészségügyet érintő rendelkezései

Ország	Jogforrás	Egészségügyet érintő rendelkezés
Szerbiával:	-	-
Horvátországgal:	1997. évi XVI. törvény	4. cikk: a kisebbségek lakta területeken az anyanyelv-használat biztosítása az írásos és szóbeli kommunikációban, a közigazgatásban és egyéb közintézményekben a nemzeti jogrenddel összhangban. 8. cikk: a határon átnyúló együttműködés minden formájának támogatása a kisebbségek érdekében, közvetítő szerepük hasznosításával. A gazdaságfejlesztési tervekben a kisebbségek érdekeinek figyelembe vétele, az elvándorlás okainak kiküszöbölésével.
Szlovéniával:	-	-

¹¹ A Jugoszláv Szövetségi Népköztársaság államiságának megszűnésével az államutódlást külön megállapodások rendezik.



Ország	Jogforrás	Egészségügyet érintő rendelkezés
Ausztriával:	-	-
Szlovákiával:	1997. évi XLIII. törvény	16. cikk (1) bekezdés: sokoldalú együttműködés támogatása az egészségügy területén (mindenekelőtt a civilizációs és a fertőző betegségek megelőzéséért és leküzdéséért)
Ukrajnával:	1995. évi XLV. törvény	16. cikk: együttműködés az egészségügy területén, + az ehhez szükséges feltételek megteremtése
Romániával:	1997. évi XLIV. törvény	17. cikk, (1) bekezdés: együttműködés fejlesztése és támogatása az egészségvédelem és az orvostudományi kutatások terén.

A fenti jogszabályok alapján levonható fő következtetések az alábbiak:

- A mai magyar egészségügyi jogszabályok ismerik a határon átnyúló egészségügyi ellátás fogalmát, de annak olyan jelentést tulajdonítanak, amely területfejlesztési (valódi határon átnyúló együttműködési) szempontból nem releváns.
- A Magyarország érintettségével működtetendő határon átnyúló egészségügyi együttműködések számára – ahhoz, hogy valódi (területfejlesztési szempontból is releváns) határon átnyúló együttműködéseként lehessen tekinteni rájuk – kormányközi megállapodások alapján kell állniuk a 1996. évi XXI. tv. 9/A. § b) pontjában foglaltak szerint. Kizárólag ez indíthatja el tervszerű fejlesztésüket, ami a tevékenységük rendszeres végzéséhez szükséges tervszerűséget és rendszerezettséget biztosíthatja.
- Ez a folyamat nem feltétlenül igényli a 1997. évi LXXXIII. törvény 5/B. § s) pontja szerinti határon átnyúló egészségügyi ellátás fogalmának átalakítását. A „határon átnyúló egészségügyi együttműködés keretében nyújtott ellátás” fogalmának megfelelő tartalommal történő bevezetése megfelelő megoldást jelenthet.

Mindezekre figyelemmel a határ menti betegellátást elősegítő kormányközi megállapodásokra az alábbi javaslatot tesszük.

4 Javaslat a határon átnyúló mentés szabályozására

A Magyarország érintettségével működő határon átnyúló együttműködésekben megvalósítható mentési/betegszállítási együttműködésekről

Előzmények, indokoltság

A Magyarország érintettségével működő határon átnyúló együttműködések tekintetében az illetékes egészségügyi szaktárca már 2004-től kezdve javasolta a határon át történő mentés/betegszállítás feltételeiben való megállapodást elsősorban, ami a közlekedési rendszabályok eltérő mivoltából fakadó nehézségek leküzdését illeti. A határközeli területen bekövetkező például közlekedési balesetek sérültjeinek a legközelebb – ámde a határ túoldalán fekvő – egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállítása ugyanis megköveteli, hogy a mentést/betegszállítást végző jármű a baleset helyszínétől az egészségügyi szolgáltatóig folyamatosan akadálytalanul haladhasson és élvezze azokat az előnyöket, amelyek a mentést/betegszállítást végző járműveket az együttműködésben részt vevő országok belső szabályai szerint egyébként hagyományosan megilletik. Ezeket az előnyöket akkor is biztosítani kell, ha az adott jármű csak az egyik ország szabályai szerint minősül mentőnek.

A lehetséges megoldások

A probléma megoldását és az együttműködés lehetőségét a sürgősségi (mentés) és a tervezett (betegszállítás) beavatkozások esetében is biztosítani kell.

A mentési együttműködések esetén az ideális megoldás az, ha a két szomszédos ország mentőgépjárművei közül az végzi el a mentés feladatát, amely a riasztást követően gyorsabban a helyszínre ér. Egy ilyen rendszer működőképességének mindazonáltal több feltétele van:

- legyen fizikai és jogi szempontból akadálymentes a határátkelés lehetősége (vagyis legyen út és a mentőt a határ túoldalán is megillessen a mentőknek járó kivételes elbírálás), melyek közül az első az EU-tagállamok viszonyában adottnak tekinthető;
- legyen megfelelően gyors kommunikációt biztosító együttműködés (közös használható információs csatorna) a szomszédos területek bevetés-irányítást végző szervezetei között.

A mentési együttműködések számára a hatékony működés egyik¹² alapfeltétele az együttműködés által érintett országok eltérő jogi szabályozásaiból fakadó problémák (pl. közlekedési szabályok,

¹² Nem csak a közlekedési szabályok érintettek. Pl. az orvosok sem praktizálhatnak csak abban az országban, ahol engedéllyel/kamarai tagsággal rendelkeznek. A megoldás itt is ugyanaz: 1. harmonizáció vagy 2. kölcsönös elismerés.



orvosi engedélyek, a mentőautóra és a megkülönböztető jelzés használatára vonatkozó engedély, stb.) feloldása. Erre két lehetőség kínálkozik:

- vagy az érintett országok összehangolják a vonatkozó nemzeti szabályok mentőket érintő rendelkezéseit;
- vagy megállapodnak abban, hogy a másik ország szabályai szerint mentőnek minősülő járművet a határon átnyúló együttműködés földrajzi területén belül, az együttműködési megállapodás által meghatározott céllal és mértékben a saját szabályaik szerint a mentőknek járó kedvezményekben részesítik, azaz gyakorlatilag mentőnek ismerik el.

Mindkét megoldás az olyan nemzeti szabályok szükségeshez képesti felülvizsgálatát igényli, mint pl.

- a közúti közlekedés szabályairól szóló 1/1975. (II. 5.) KPM-BM együttes rendelet (különösen annak 42. §-a *(Magatartás a megkülönböztető vagy figyelmeztető jelzéseket használó járművekkel szemben)* és 49. §-a *(Megkülönböztető jelzéseket használó gépjárművek)*,
- a mentésről szóló 5/2006. (II. 7.) EüM rendelet,
- a közúti járművezetők pályaalkalmassági vizsgálatáról szóló 41/2004 (IV. 7.) GKM rendelet,
- a megkülönböztető és figyelmeztető jelzést adó készülékek felszerelésének és használatának szabályairól szóló 12/2007. (III.13.) IMR rendelet,
- az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet.

Alkalmassint kétoldalú külön megállapodásokban is rendezhető a kérdés (a működő példák szerint ez a legegyszerűbb megoldás), de maga **a probléma mindenképpen a határon átnyúló fejlesztések jogi háttérének rendezése körébe tartozik, ezért az e területet érintő jogszabályokban is célszerű legalább a felhatalmazást megadni.**

A társadalombiztosítás keretében végzett¹³ betegszállítási együttműködések eseti alapon jelenleg is működnek. Az illetékes mentőszolgálatok és kórházak az egyedi igények szerint egyeztetik és időzítik a páciensek határon át történő szállítását. A rendszerszintű határon átnyúló mentés és rendszeres betegmozgás/mozgatás megvalósulása esetén azonban szükséges az egyedi egyeztetési metódusok szttenderdizálása és egyszerűsítése, melyre alapvetően két mód kínálkozik:

- az együttműködésben részt vevő azon intézmény/ország szolgáltatója végzi a betegszállítást, ahol a gyógykezelés történni fog;
- az együttműködésben részt vevő azon intézmény/ország szolgáltatója végzi a betegszállítást, ahonnan a beteg elindul.

Az első megoldás javasolt azon határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések számára, amelyekben egyirányú betegforgalom van, és ez Magyarországra irányul, azaz magyarországi egészségügyi szolgáltatóhoz szállítanak külföldi beteget gyógykezelésre. Ebben az esetben ugyanis a betegszállítás elvégzéséért járó díjazás az együttműködésben részt vevő magyar szolgáltatóhoz áramlik, ennek a bevételét növeli.

¹³ A társadalombiztosítási rendszertől független – térítésköteles – betegszállítás most is akadálytalanul működik. Az OMSZ rendszeresen végez ilyen tevékenységet, egyedi megállapodás szerint, úgy, hogy a megrendelő fizet (számára később a biztosítója téríti vissza az igénybe vett szolgáltatásért fizetett díjat).

A második megoldás javasolt azon határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések számára, amelyekben egyirányú betegforgalom van, és ez külföldre irányul, azaz magyar beteget szállítanak külföldi egészségügyi szolgáltatóhoz gyógykezelésre. Ebben az esetben ugyanis a NEAK-nak nem külföldi, hanem magyar szolgáltató számára kell a betegszállításért járó térítést kifizetnie.

Azokban a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködésekben, ahol kétirányú betegforgalom van (a határ két oldalán lakók kölcsönösen a határ másik oldalára járnak át egészségügyi szolgáltatást igénybe venni), a betegszállítás tekintetében javasolt két megoldás az együttműködésben érintettek megállapodása szerint kombinálható. Azaz a betegeket küldő vagy fogadó partner vagy a) megrendeli, vagy b) elvégzi a betegszállítást.

Eddigi ismert projektek, projektötletek

A Szobi Kistérség szomszédos szlovák területekkel, elsősorban Ipolyság (Šahy) város kórházával kívánt együttműködést kialakítani. 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 nehézkes. 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, amit az építés alatt álló ipolydamásdi híd a felére fog csökkenteni). A kétszeri határátlépés 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. Az ipolysági híd ugyanakkor alkalmas arra, hogy a kistérség központi és északi területeit a szlovákiai Ipolyság (Šahy) 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 tekintetében ezért javasolható a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködés kialakítása az Ipolysági Kórházzal. Összességében elmondható, hogy a Magyarország érintettségével működő határon átnyúló együttműködések célkitűzéseiben, bár jelen van a mentés/betegszállítás (több régióban deklarált cél), de tudomásunk szerint mindeddig sehol sem volt rá példa (csak a magyar-szlovén-osztrák hármás határ térségében szigorúan katasztrófavédelmi céllal, illetve a fenti konkrét projektjavaslat készült el).

A szlovák-magyar határszakaszon elérhető INTERREG-források a közös mentési/betegszállítási fejlesztések megvalósításához (a korábban jelzett szabályozási és finanszírozási akadályok elhárításának hiánya miatt) nem nyújthattak megfelelő támogatást. A forrásokat az állami mentőszervezetek lényegében nem tudták felhasználni. Ezért csak a civil szervezetek által előkészített



megállapodások révén sikerült közelebb kerülni a mentési célok eléréséhez 2014 márciusában, amikor teljes körű együttműködési megállapodást írt alá a szlovák Központi Rendeltetésű Különleges Mentőszolgálat és a Cserhát Mentőkutyás, Különleges Mentő, Önkéntes Tűzoltó és Polgárőr Közhasznú Egyesület. Ez a határon átnyúló civil együttműködés a különleges mentés szinte minden területére kiterjed. A dokumentum a közös képzések, gyakorlatok feltételeit, illetve a kölcsönös segítségnyújtás módját szabályozza. Célja a határ menti településeken élők biztonságának növelése a mentési idővesztés veszélyhelyzetekben kulcsfontosságú minimalizálása révén (Szlovákia déli részén a Cserhát Mentőkutyás Egyesülethez hasonló különleges mentő szervezet nem állomásozik, ezért speciális mentést igénylő helyzetekben a szlovák fél távolabbi régiókból küldött szakembereket a helyszínre). Az együttműködés révén azonban – szükség esetén – a Cserhát Mentőkutyás Egyesület is bevonható a mentésbe, így a magyar mentők jóvoltából az első szaksegítség gyorsabban érkezik a helyszínre, legyen szó akár eltűnt személyek felkutatásáról, akár különleges mentésről (sziklákról, szakadékokból, vizek mélyéről). A magyar fél felkészült kutyavezetői, a képzett mentőkutyák, a Vodafone Magyarország Alapítvány támogatásával fejlesztett mentési térinformatikai rendszer és a Vodafone által biztosított adatkommunikáció a lakott területektől távol, nehéz terepviszonyok esetén is lehetővé teszik a hatékony mentést.

Rendszerszintű megoldás

A fenti – elszigetelt és az állami mentőszervezetekhez képest csekélyebb erőforrásokkal rendelkező – helyi kezdeményezések nem alkalmasak rendszerszintű bevezetésre, csupán egy országosan egységes rendszer hatékony helyi kiegészítői lehetnek, amelyhez az Alsó- Ausztria, valamint Dél-Csehország és Dél-Morvaország új uniós finanszírozású, határokon átnyúló egészségügyi kezdeményezése jelentheti a követendő mintát.

Alsó-Ausztria és Dél-Csehország – az első határon átnyúló együttműködés

A Healthacross az első térségi határon átnyúló egészségügyi kezdeményezés célterülete az 5500-as lélekszámú alsó-ausztriai Gmünd, és a 3500 lakosú dél-cseh České Velenicé. A most határ által elválasztott területek korábban egy várost alkotottak, amelyet az első világháború után választottak ketté, melynek során a városi kórház az osztrák oldalra került. A kezdeményezés célja az volt, hogy a České Velenicé-ben élő cseh lakosság igénybe vehesse a gmündi kórház szolgáltatásait, tekintve, hogy a legközelebbi cseh kórház 60 km-re található a dél-cseh várostól.

Az első Healthacross projektben (2008-2010) közvetlen célja a gmündi kórházi infrastruktúra határon túli megosztásának előkészítése volt, melynek fontos elemét képezte a partnerek közötti kölcsönös megismerés és bizalomépítés. A projekt keretében elemezték az osztrák és a cseh egészségügyi rendszert, megvizsgálva az együttműködő felek szolgáltatási portfólióját. Ennek alapján készült egy a gyakorlati és jogi aspektusokra fókuszáló megvalósíthatósági tanulmány, mely hosszú távon egy a két ország határán fekvő egészségügyi intézmény létrehozását javasolta, ahol Ausztria biztosítja a fekvőbeteg-, míg Csehország a járóbeteg-ellátást. A projekt során kiderült azonban, hogy a megvalósítás útjában számos jogi és adminisztratív akadály áll, beleértve a mentőautók szabad határátlépésének tilalmát.

A partnerek azonban folytatták a munkát, melynek eredményeként a Healthacross in Practice elnevezésű második projektben tesztelték a Gmünd és České Velenice közötti gyakorlati együttműködést. A 2012. január és 2014. március között zajló projekt során 100, a határ mentén élő cseh beteg vehette igénybe a gmündi kórház járóbeteg orvosi kezeléseit. A kísérleti fázis során a cseh betegek kezelési költségeit teljes mértékben az egészségbiztosításukból vagy a kísérleti projekt költségvetéséből finanszírozták. A cseh betegek panasz esetén először a körzeti orvoshoz fordultak, aki a lehetséges diagnózis felállítása után tájékoztatást adott a gmündi kórház megfelelő kezeléseiről, majd fölvette a kapcsolatot a kórház egyik cseh nyelven beszélő alkalmazottjával. A cseh nyelvű ellátást a mai napig a hét egy adott napján lehet elérni, viszont fordítók egész héten rendelkezésre állnak.

A projekt közvetlen célja az volt, hogy a pilot tesztelés eredményeként megoldást találjanak a mindennapos betegforgalomból adódó kihívásokra, beleértve a cseh és az osztrák intézményi szereplők feladatainak tisztázását, az együttműködésük rendjének meghatározását és a vállalható finanszírozási keretek betartását. A projekt eredményeként intézményesítették az együttműködést, így ma hozzávetőlegesen 5000 cseh beteg veszi igénybe a gmündi járóbeteg-ellátást.

A harmadik, Healthacross for Future elnevezésű projekt 2017 májusában kezdődött és 2020 szeptemberéig tart. Célja, hogy bővítse a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások körét, kiterjesztve azt a fekvőbeteg-ellátásra, valamint hogy javítsa a járóbeteg-ellátás színvonalát, egy közös, határmenti egészségügyi központ létrehozása révén.

A fekvőbeteg-ellátás megosztásának lehetőségét egy a korábbihoz hasonló kísérleti együttműködésben tesztelik, 50 cseh beteg részvételével. A fekvőbeteg-ellátás hosszú távú megoszthatósága nagyban függ attól, hogy a cseh társadalombiztosítás tudja-e fedezni ennek költségeit, ugyanis Ausztriában jóval magasabb a kezelési költség, mint Csehországban. A mérleg egyensúlyba állításáról, a két ország közötti „kezeléscsere” lehetőségeiről jelenleg is folynak a tárgyalások.

Az új közös járóbeteg-ellátó intézmény a két ország határánál fog elhelyezkedni, ahol osztrák és cseh egészségügyi alkalmazottakat is foglalkoztatnak majd. Az elsődleges cél az alapellátás biztosítása lesz, illetve olyan járóbeteg-ellátásokat kínálnak majd, amelyek a gmündi kórházban nem elérhetőek.

Az Ausztria által finanszírozott intézmény heti 60 órát lesz nyitva, az ellátás mellett pedig helyet ad majd különböző rendezvényeknek, a tájékoztató előadásoknak és ápolói továbbképzéseknek is. Az építkezések 2019 közepén kezdődtek meg.

Alsó-Ausztria és Dél-Morvaország – A Zdravi (Egészség) Projekt

Az Alsó-Ausztria és Dél-Morvaország közötti együttműködés szintén három projektet foglal magában. Az első, 2008 és 2011 között megvalósult projekt célja az volt, hogy megalapozza a határon átnyúló együttműködés lehetőségeit, vizsgálva a jogi és adminisztratív körülményeket. A projekt elsőként feltérképezte a térség kórházait, azok ellátási spektrumát és kapacitásait, majd egy adott szakterületre vonatkozóan felmérte annak a lehetőségét, hogy Csehországban speciális szakorvosi ellátást biztosítsanak korlátozott számú osztrák betegnek. Emellett, a másik, dél-csehországi kezdeményezéssel párhuzamosan foglalkoztak a mentési együttműködés kialakításával. Végül, de nem utolsó sorban a projekt keretében nyelvórákat szerveztek az érintett intézmények személyzetének a nyelvi akadályok leküzdésére.



A „Health Without Borders”, második projekt keretében az együttműködésbe bevonták Vysočina tartományt is. A projekt az alábbiakra fókuszált:

- a humán erőforrás fejlesztése az egészségügyi szektorban – elemzések Alsó-Ausztriáról, Dél-Morvaországról és Vysočináról,
- stratégiai lehetőségek a határokon átnyúló kórházi együttműködésekhez,
- innovatív megközelítés a demográfiai változások – beleértve a társadalom elöregedését – egészségügyet érintő részének megoldására.

A harmadik, jelenleg is futó projekt Melk és Znojmo városok határokon átnyúló együttműködéséből nőtte ki magát. A projekt a két terület közötti egészségügyi szakértelem cseréjére és adott, speciális szolgáltatások határon túli megosztására fókuszál.

- Az alsó-ausztriai Melk kórházában létrehoztak egy endometriózis-központot, tekintettel arra, hogy Alsó-Ausztriában eddig nem létezett ilyen tanúsított központ. A cseh Znojmo kórházának viszont már volt egy európai 2-es szintű minősítéssel rendelkező endometriózis központja, ezért a Znojmból Melkbe irányuló tudástransfer – az egészségügyi szakemberek cseréje és a műtétek közös tanfolyamai – révén Melk vált Alsó-Ausztria első tanúsított endometriózis-központjává (1. szintű orvosi minősítéssel).
- Sugárkezelés igénybevételének biztosítása a znojmoi kórházban osztrák betegek számára: az alsó-ausztriai betegek sugárterápiáját a központi régió két kórházában végezték, mely azonban távol esik a határ menti területektől, szemben a határ menti znojmoi intézménnyel. A projekt keretében engedélyeztették az osztrák betegek határon túli kezelését, valamint kísérleti jelleggel 15 beteg számára nyújtottak ellátást.

A projektek megvalósításával párhuzamosan került sor a határon átnyúló sürgősségi együttműködés kialakítására Alsó-Ausztria, Dél-Csehország és Dél-Morvaország között. 2016-ban Ausztria szövetségi kormánya szerződést kötött a Cseh Köztársasággal, amely lehetővé teszi a mentőautók szabad határátlépését. (2. számú melléklet) Az egyezmény csupán keretet biztosít, az általános szabályokat (a határátlépési jog biztosítása, azonos elbírálás, költség- és felelősségviselés stb.) – rögzíti, a részletszabályok kidolgozását pedig a határtérségben érintett mentőállomásokat működtető bevetésirányításért felelős nemzeti hatóságok közötti megállapodás tárgyává teszi. A harmadik Zdravi projekt keretében ezeket a bevetésirányító központokat kapcsolták össze egy webes alkalmazás segítségével, ami lehetővé teszi a határon átnyúló mentés és betegszállítás közbeni kommunikációt az érintett felek között. A jelen projekt keretében a CESCÍ szervezésében megrendezésre került egy nemzetközi (5 oldalú) szeminárium a határon átnyúló mentés megszervezése érdekében (beszámoló a 3. számú mellékletben), valamint magyar, szlovák és román szakemberek tanulmányúton szerezhettek tapasztalatokat a cseh-osztrák modell működéséről (beszámoló a 4. számú mellékletben), és elkészült az osztrák-cseh egyezmény felhasználásával egy hasonló magyar-osztrák egyezményre vonatkozó tervezet (5. számú melléklet), ami kiindulópontként szolgálhat annak az előkészítő munkának, amelyet a mentésben, betegszállításban érintett magyar hatóságok egymással folytathatnak annak végiggondolására, hogy egy ilyen típusú, határon átnyúló projekt sikeres működtetése milyen technikai, jogi, pénzügyi feltételek biztosítását, illetve ügyviteli folyamatok kidolgozását igényelné a részükről.

5 Az érintett kórházak határon átnyúló szolgáltatásnyújtását segítő mintaszerződések

Az eddigiek alapján látható, hogy a határon átnyúló együttműködések keretében történő egészségügyi szolgáltatás-nyújtási, illetve mentési/betegszállítási szegmensben egyaránt akkor lehet hatékonyan elérni az együttműködésben résztvevők céljait, ha összehangolt tevékenységük keretrendszere a lehető legkevésbé spontán, viszont a lehető legnagyobb mértékben tervszerű.

A tervezhetőséget jelentősen támogatják a hosszútávú kötelezettségvállalások. A határon átnyúló együttműködésekben ennek tipikus eszközei a keretmegállapodások és az azok alapján – keretkitöltő jelleggel kötött – adminisztratív/végrehajtási megállapodások, illetve (a társadalombiztosítási rendszerek által le nem fedett jogviszonyok esetében) az egészségügyi intézmények és pácienseik között kötött szolgáltatási szerződések.

A megállapodások és a szerződések célja – a társadalombiztosítás által lefedett és az azon kívüli személyi és ellátási körben – egyaránt az, hogy a betegek számára konkrét és közvetlen előnyöket biztosítsanak, lehetővé téve azt, hogy a betegek a magas színvonalú ellátás előnyeit a lakóhelyükhöz legközelebb élvezhessék. Éppen ezért az efféle megállapodások és szerződések csak ott lehetnek működőképesek, ahol nem pusztán frázisnak, illetve PR-tevékenységnek szánják a megkötésüket, hanem a valódi emberieségi szándékok és az adófizető állampolgárokkal szembeni valódi állami felelősségérzet s a végrehajtásra vonatkozó valódi akarat alapozza meg azokat.

A magyar nemzeti jogszabályoknak a 883/2004/EK és a 987/2009/EK rendeletekre, valamint a 2011/24/EU irányelvre tekintettel történt módosításával Magyarország teljes egészében beépítette az egészségügyi szolgáltatások határon átívelő nyújtásával összefüggő uniós rendelkezéseket a nemzeti jogrendszerébe. Ennek ellenére a magyar társadalombiztosítási jogszabályok nem teszik lehetővé egy külföldön működő egészségügyi szolgáltatónak a magyar társadalombiztosítási rendszerbe finanszírozási szerződés megkötése útján történő befogadását. A határon átnyúló egészségügyi ellátási együttműködések rendszere ugyanakkor biztosítja kétoldalú kormányközi megállapodások megkötésének a lehetőségét, ami alkalmas eszköz arra, hogy a szomszédos országokban a társadalombiztosítás keretében biztosított személyek egymás egészségügyi szolgáltatóinál történő ellátásának és az ezen ellátásokhoz kapcsolódó elszámolásoknak a részletes szabályait megállapítsák.

Ennek a folyamatnak az a célja, hogy a szomszédos országok társadalombiztosítási szervei és az azokat irányító/felügyelő állami szervek (tipikusan minisztériumok) megállapítsák

- azokat a feltételeket, amelyek teljesülése esetén az egyik országban biztosított személy a másik országban előzetes engedélyezés nélkül is egészségügyi szolgáltatást vehet igénybe egy közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál,
- valamint a szolgáltatásra vonatkozó tarifális, elszámolási és eljárási szabályokat a betegek (mentés/betegszállítás) és az egészségügyi szakszemélyzet (diplomaelismerés/hivatásgyakorlás) mozgását is beleértve.



A társadalombiztosítási ellátási megállapodásokban rendezendő kérdések

A társadalombiztosítás keretében történő szolgáltatásnyújtás feltételeit államok közötti keretmegállapodások és az államigazgatásban működő szervek közötti végrehajtási megállapodások rendezik.¹⁴

A keret- és a keretkitöltő végrehajtási megállapodások lehetséges főbb rendelkezései a következők:

- a tárgyi, személyi, területi és időbeli hatály megállapítása;
- az együttműködés céljának megállapítása, ami a magas színvonalú ellátásokhoz való hozzáférés biztosítása a határmenti területen, illetve a fogyatékkal élők számára;
- az egészségügyi intézmények (szolgáltatók), a szociális biztonsági intézmények (társadalombiztosítási igazgatási szervek) és az egészségügyi szakszemélyzet határon átnyúló igénybevételére vonatkozó szabályok megállapítása;
- az ellátás folyamatosságának és az ellátásra vonatkozó információknak a határ jelenléte ellenére történő biztosítása;
- az ellátások igénybevételének az előzetes engedélyezés hosszadalmas eljárásainak kiküszöbölésével és az ellátási költségek fedezetének biztosítására vonatkozó (pl.: a biztosítók általi közvetlen térítés lehetőségét biztosító) eljárásokkal történő egyszerűsítése;
- az ellátási költségek országok közötti elszámolására vonatkozó átlátható pénzügyi folyamat létrehozása,
 - amely azon állam tarifáin alapul,
 - amelyben az ellátást az EU-rendeletek alapján nyújtották, ha a biztosított a társadalombiztosítási igényjogosultságát az egészségügyi szolgáltatónál igazolta, illetve
 - amelyben a biztosítás fennáll, ha a biztosított maga fizetett az ellátásért vagy
 - amely a szerződő felek által közösen megállapított és alkalmazni rendelt külön tarifákon alapul;
- az ellátás (betegutak, kapacitások) optimalizálása, az emberi és anyagi erőforrások felhasználásának és megosztásának elősegítése a komplementaritás elvére tekintettel, az egészségügyi szolgáltatások és erőforrások határon átnyúló hálózatba szervezése;
- a jó gyakorlatok és információk összegyűjtése;
- az együttműködési program végrehajtásához szükséges finanszírozási lehetőségek azonosítása;
- a tervezett tevékenységek megvalósításának értékelése olyan kritériumok meghatározásával, amelyek alapján áttekinthető és kiértékelhető az ellátás minősége.

¹⁴ Ld. a 2. sz. Mellékletben foglalt gyakorlati példát, valamint 5-7. sz. Mellékletekbe foglalt szövegjavaslatokat.

A mentési megállapodásokban rendezendő kérdések

Arról, hogy mit és miért tartalmazzon egy, a határon átnyúló mentési együttműködést szabályozó kétoldalú megállapodás, az Alsó-Ausztria és Csehország között (amelyek katasztrófavédelmi egyezményrel 2000 óta rendelkeztek) 2016-ban kötött államközi szerződés szolgáltat gyakorlati példát. Először is alapelv az, hogy a beteg mielőbb megkapja a megfelelő helyszíni és hospitális ellátást, vagyis a legközelebbi mentőegység a leggyorsabban elérhető, megfelelő egészségügyi intézménybe szállítsa őt, a határtól függetlenül. Az államközi szerződés erre tekintettel rögzíti a következőket:

- az együttműködés által érintett terület (területi hatály);
- az együttműködés keretfeltételei (az együttműködés szakmai és adminisztratív kereteit egy végrehajtási megállapodás rögzíti);
- a végrehajtási megállapodás teljesítéséért felelős szervek megjelölése (személyi hatály egy része);
- a végrehajtási megállapodásban szabályozandó kérdések (a határon átnyúló sürgősségi együttműködés feltételei és eljárásai, különösen a következő területeken: a határon túli mentőegység bevetésének szervezése és megvalósítása, a beteg kórházba szállítása, a sürgősségi ellátás minőségének és biztonságának értékelése, ellenőrzése és dokumentálása, a költségek elszámolása, a koordinációs központok közötti kommunikáció, a beteg halála esetén alkalmazandó eljárások);
- az azonos elbírálás és a kölcsönös elismerés elve (a megállapodás főszabályként kimondja, hogy a mentőegységek, beleértve a személyzetet és a járművet, illetve azok engedélyeit, ugyanolyan jogi státusszal rendelkeznek a másik fél területén, mint odahaza);
- a határátlépés feltételei (fő szabályként: a határt - szükség esetén - csak érvényes dokumentummal lehet átlépni);
- a mentőjárművekre irányadó szabályok (a megkülönböztető jelzés használata esetén a másik fél mentőjárműveit is ugyanazok az előjogok illetik meg, szükség esetén pedig ők is kötelesek a megkülönböztető fény- és hangjelzéseket használni, valamint a másik fél járműve mentesül az útdíj megfizetése alól);
- a sürgősségi személyzetre irányadó szabályok (a sürgősségi személyzetnek rendelkeznie kell a mentéshez, ellátáshoz szükséges eszközökkel, ezek szállítását semmilyen exportálást vagy importálást korlátozó vagy tiltó törvény nem akadályozhatja, a személyzet a beteg ellátása során a saját eljárásrendjét, protokollját követi);
- a személyes adatok védelmére irányadó szabályok (a határon átnyúló együttműködés résztvevői az Európai Unió és a saját államuk törvényeivel összhangban, bizalmasan kezelik a betegek személyes adatait);
- a költségek elszámolására irányadó szabályok (a költségek elszámolása az Európai Unió szabályozása és az együttműködési megállapodásban rögzítettek szerint történik);
- a kártérítésre irányadó szabályok (a feleknek az érintett felek és az Európai Unió jogszabályai szerint kell eljárniuk);

- a végrehajtást felügyelő vegyes bizottságra irányadó szabályok (a szerződő felek létrehoznak egy vegyes bizottságot, amely figyelemmel kíséri a keretmegállapodás végrehajtását, és rendezi az annak értelmezésével és végrehajtásával kapcsolatban felvetődő kérdéseket);
- a hatályba lépéshez, illetve a megállapodás érvényességéhez szükséges záró rendelkezések.

A magán szolgáltatási szerződésekben rendezendő kérdések

Határon átnyúló egészségügyi együttműködés a társadalombiztosítási körön kívül is elképzelhető (pl.: magán egészségügyi szolgáltatók vagy a társadalombiztosítással finanszírozási szerződésben álló egészségügyi szolgáltatók és magánbiztosítók, illetve biztosítással nem rendelkező személyek között). Ez utóbbi esetkörök szerződéssel történő szabályozása szintén elvárható.¹⁵ Az ilyen szerződésekben részben ugyanazokat a jogintézményeket kell szabályozni, mint az állami (társadalombiztosítási) körben, azzal, hogy – mivel e magánjogi jogviszonyokban az állami szerepvállalás csekélyebb – a jogérvényesítés garanciális elemeire nagyobb hangsúlyt kell fektetni (mivel ezek az önkéntes szabálykövetés hiánya esetén jellemzően csak bírósági úton kikényszeríthetők). A szabályozandó általános jogkérdések erre tekintettel a következők:

- a szerződő felek személye;
- a szerződés tárgya (egészségügyi szolgáltatások nyújtása a szolgáltatások pontos megjelölésével);
- a szerződés hatálya (területi, időbeli);
- a felek jogai és kötelezettségei, különösen
 - a tájékoztatás, információszolgáltatás,
 - a szolgáltatás és ellenszolgáltatás (ellátásbiztonság, az ellátásnyújtás módja, elhelyezés, díjazás, stb.),
 - az adatvédelem,
 - a felelősségi szabályok (műhibák stb.),tekintetében;
- az alkalmazandó jogszabályok köre;
- vitarendezés, a szerződés módosításának módja és megszün(tet)ésének esetei.

A fenti kérdések jelentős részét a magyarországi közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók esetében az Állami Egészségügyi Ellátó Központ által jóváhagyandó Térítési Díj Szabályzatok, a közfinanszírozáson kívül működő szolgáltatók esetében pedig a szolgáltatók Általános Szerződési Feltételei kötelezően tartalmazzák. Az egyedi szolgáltatási szerződésekben tehát elegendő csupán ezekre utalni, az egyedi szolgáltatási szerződések tartalma ezért viszonylag csekély.

A felek egyedi szolgáltatási szerződésekből eredő jogviszonyaira – az intézmény Térítési Díj Szabályzatában és Általános Szerződési Feltételeiben megállapított szabályokon túl – a polgár törvénykönyv általános és különös szabályaival, az egészségügyi törvény rendelkezései és az egyéb

¹⁵ Ld. a 8. Mellékletben foglalt Szolgáltatási szerződés mintát.

jogszabályok, szakmai irányelvek rendelkezései irányadók. Ezek hiányában a jogviszonyt a módszertani útmutatókban közzétett szabályok, szakmai irányelvek, módszertani útmutatók hiányában pedig a széles körben elfogadott, szakirodalomban is közzétett szakmai követelmények töltik ki tartalommal.

Tipikusan az Általános Szerződési Feltételek rendelkeznek az alábbi kérdésekről (vagyis ezeket nem szükséges az egyedi szolgáltatási szerződésekben megismételni):

- a szolgáltató azon nyilatkozata, miszerint rendelkezik a szolgáltatás nyújtásához szükséges engedélyekkel, a rá vonatkozó egészségügyi tárgyú jogszabályokban meghatározott személyi és tárgyi feltételekkel, illetve hogy ezeket a konkrét jogviszonyban szolgáltatásként biztosítja;
- a szolgáltató azon nyilatkozata, hogy az ügyfél által megrendelt szolgáltatásokat közreműködők (alvállalkozók) bevonásával nyújtja-e (ebben az esetben a szolgáltató a közvetített szolgáltatásért és tevékenységért úgy felel, mintha a közreműködőre (alvállalkozóra) bízott tevékenységet saját maga látta volna el);
- az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához egyébként szükséges kiegészítő szolgáltatások és ezek tárgyi feltételei (műtő-, vizsgáló-, ápolóhelyiség, eszközök, diagnosztika, teljes tárgyi infrastruktúra s ennek valamennyi járulékos, működési és rezsiköltsége), amelyeket a szolgáltató szintén közvetített szolgáltatásként nyújt az ügyfelei részére;
- a közvetített szolgáltatások adott ellátásra konkretizált típusai, ára (díjszabás) és a díjfizetés módja;a
- az Általános Szerződési Feltételek alapján történő egyedi szolgáltatási szerződéskötés és annak speciális kötöttségei (pl.: az ügyféli személyazonosítással kapcsolatos elvárások, a szolgáltatásnyújtás helye, ideje, az egészségügyi ellátás folyamata és rendje, az egészségügyi dokumentáció és a vizsgálati eredmények, egészségügyi információk tartalma, kezelése, közzéte, átadása, másolatának igénylése);
- a szolgáltató felelőssége, a panaszkezelés, a személyes adatok kezelése, adatvédelem és a betegjogok érvényesítése.

Amennyiben kormányközi megállapodásokkal sikerült megfelelő keretet kialakítani a határon átnyúló egészségügyi együttműködések számára, akkor a következő lépésben – a keretkitöltő rendelkezések sorában – célszerű azokat a konkrét szerződéses konstrukciókat is kialakítani, amelyek megteremtik a jogi alapot az egészségügyi ellátások igénybevételére azok számára is, akik az együttműködésben egyébként nem tehetnék meg ezt a rendelkezésre álló egyéb nemzeti/nemzetközi szabályok alapján a társadalombiztosítás keretében (ezért az ellátások térítési díját vagy maguk, vagy helyettük a biztosítójuk fizeti meg).

A számlázás alapja a Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályairól szóló 87/2004. (X.4.) ESzCsM rendelet. E rendelet 2.§ (1) és (2) bekezdése alapján az egészségügyi szolgáltatásért a szolgáltató által meghatározott és a fenntartója által jóváhagyott mértékű díjat kell fizetni. A szolgáltatások nyújtása során ugyancsak figyelembe kell venni a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII.23.) Korm. rendeletet, amellyel összhangban a szerződést kötő egészségügyi intézményekben az ellátásokért



fizetendő térítési díjakat a mindenkor hatályos intézményi Térítésköteles Egészségügyi Szolgáltatások Térítési Díjjegyzéke határozza meg.

A fentiekre tekintettel a szerződéses konstrukciók kidolgozása során a megválaszolendő tipikus kérdések az alábbiak:

Kaphatok-e külön szobát?

Minden klinikánkon van lehetőség 1 vagy 2 ágyas szobában történő elhelyezésre. Kérjük egyeztessen kezelőorvosával!

Ki és mikor tájékoztat a szükséges befizetésről, árákról?

Előzetes tájékoztatásunk keretében már ügyfélszolgálatunk tájékoztatja, de a végleges, befizetendő díj összegét kezelőorvosa – árajánlat formájában – adja meg szakvizsgálatait követően. Az első szakvizsgálat díját a vizsgálatot megelőzően valamelyik pénztárunkban kell befizetnie.

Ha befizettem az árajánlatban szereplő díjat, többet már nem kell fizetnem?

Az esetek többségében nem.

Azonban a klinikai kezeléséhez adott előzetes ajánlat indikatív, azaz tájékoztató, becsült összeget tartalmaz. Amennyiben kezelése során váratlan többletköltségek merülnek fel, azokat a zárójelentés kiadása előtt még rendeznie kell.

Ilyen többletköltség lehet az Ön által igényelt további kórházi ápolás, drágább beültetett implantátum stb. Mindezekről kezelőorvosa előzetesen tájékoztatni fogja.

Bár minden erőfeszítésünkkel az Ön gyógyulását szolgáljuk, váratlan esetben a leggondosabb orvosi kezelés mellett is felléphet szövődmény (pl. elhúzódó gyógyulás, sebfertőzés, újabb műtét igénye stb.), melynek ellátása, kezelése az Ön számára többletköltséget természetesen nem jelent.

Hogyan kerülhetek választott orvosomhoz?

Akár e-mailen, akár telefonon jelezze igényét, ügyfélszolgálatunk a legkorábbi időpontra egyeztet vizsgálatot választott orvosához.

Ha van magán egészségbiztosításom, mi a teendőm?

Kérjük, jelezze ügyfélszolgálatunkon, adja meg biztosítója, egészségpénztára nevét, a többi a mi dolgunk.

Ha panaszommal nem tudom, kihez forduljak, mi a teendőm?

Kérjük, írja le részletesen e-mailen panaszait, tüneteit, ha tudja, csatolja korábbi orvosi dokumentumait, ügyfélszolgálatunk hamarosan megkeresi Önt, és a megfelelő szakrendelésre és orvoshoz irányítja, időpontot biztosítva Önnek.

Devizában fizethetek-e, bankkártyát elfogadnak?

Áraink forintban értendők.

Bankkártyás fizetésre természetesen lehetősége van.

6 Útmutató határ menti betegellátás megszervezéséhez

6.1 A határon átnyúló együttműködés mibenléte

A határon átnyúló együttműködés nem ad – az egészségügyben sem – többletjogosítványokat a benne résztvevőknek, csupán hasznos eszközt jelent ahhoz, hogy fejlesszék a kapacitásaikat annak érdekében, hogy elláthassák a feladataikat. A határon átnyúló együttműködés tehát egy olyan kooperáción alapuló folyamat, amelyet a résztvevők nélkülözhetetlennek ismernek el ahhoz, hogy hatékonyabban érhessék el a közösen kitűzött céljaikat. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a résztvevők akkor keresik az együttműködés lehetőségét, amikor teljes mértékben a tudatába kerültek annak a felismerésnek, hogy egy adott problémára a megoldást nem képesek a partnereiktől függetlenül, egyedül megtalálni. Annak érdekében, hogy a határon átnyúló együttműködések útjában álló akadályokat sikeresen lebonthassák, az Európai Tanács megbízásából gyakorlati útmutatót készített a Görzi Nemzetközi Társadalomtudományi Intézet (Istituto di Sociologia Internazionale Gorizia: Manual on removing obstacles to cross-border cooperation, 2013.¹⁶), amely magyar nyelven mindeddig nem volt hozzáférhető. A CESC a jelen projekt célkitűzéseinek elérését a továbbiakban e gyakorlati útmutató egészségügyi célú határon átnyúló együttműködések szempontjából releváns munkarészeinek lefordításával és ágazatspecifikus kiegészítésével támogatja. Erre tekintettel a jelen fejezet a továbbiakban a gyakorlati útmutató magyar nyelvű interpretációját tartalmazza.

A sikeres határon átnyúló együttműködés a lehető legkonkrétabb – gyakorlati – problémákon és célkitűzéseken alapul. Együttműködő megközelítése világosan kifejezésre juttatja az eredményességet (a céljelölésben és a kitűzött cél elérésében), a hatékonyságot (az erőforrásoknak az egyébként – az együttműködés nélkül – szükséges szinthez képesti használatában) és a koherenciát az egész határtérség közös stratégiájával (vagyis nem tesz semmilyen nem kívánatos, a stratégián kívül álló lépést, pl. nem biztatja a nemzeti közigazgatást az együttműködés lehetőségét megnehezítő adminisztratív akadályok építésére, stb.). Minderre tekintettel a határon átnyúló együttműködésnek közös stratégián kell alapulnia, amely ráadásul olyan közös stratégia, ami a határ menti társszervekkel és -intézményekkel való együttműködés lehetőségeinek egyértelmű megértéséből ered, s a határon átnyúló kezdeményezésektől várható előnyök és kockázatok elemzésén alapul. Mindez a következő körülmények áttekintését igényli (igen, nem tévedés: ezekre a kérdésekre maguknak az együttműködni kívánóknak kell válaszolni):

- **A releváns szükségletek és lehetőségek azonosítása:**
 - Van a kezdeményezésnek tiszta és világos határmenti hatása?
 - Melyek a felvetett legnyilvánvalóbb hiányosságok?
 - A határon átnyúló együttműködés logikus lépés lenne a megoldásukra?

¹⁶ www.ec.europa.eu/futurium/en/system/files/ged/manual-on-removing-obstacles-to-cross-border-cooperation.pdf

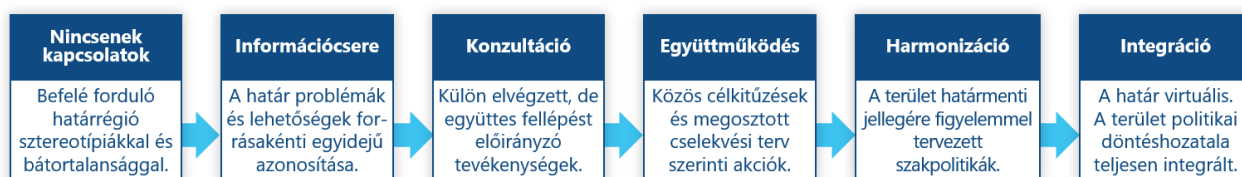
- **Az együttműködés lehetséges területeinek és partnereinek azonosítása:**
 - A határ menti társszervek elégedetlenek a kialakult helyzettel?
 - Egybehangzó meggyőződés, hogy az erők egyesítése a legjobb megoldás?
 - A határ mindkét oldalán van határon átnyúló együttműködési tapasztalat?
 - A nemzeti hatóságok ösztönzik a helyi szintű együttműködést?
- **A határmenti gazdasági-társadalmi környezet elemzése:**
 - Földrajzi és gazdasági-társadalmi jellemzőkkel világosan körülírható a terület?
 - A méret megfelelő a kitűzött célok eredményes megvalósításához?
 - Milyen gazdasági erőforrások elérhetők?
 - Melyek a helyben várható gazdasági hatások?
- **A jogi környezet vizsgálata¹⁷:**
 - Mi az alkalmazandó (hazai és/vagy nemzetközi) alkalmazandó jog?
 - Melyek az egyes kivitelezhető jogi lehetőségek előnyei és a hátrányai?
 - Vannak-e olyan (nemzeti és/vagy nemzetközi) szervezetek, amelyek támogatást nyújthatnak?

Minden résztvevő közösség helyi választott képviselőinek erős elköteleződése kulcstényező a sikeres együttműködéshez. A politikai jellegű célkitűzéseket ugyanakkor mindenkor gyakorlatias projektekből és megbízható igazgatási gyakorlatból kell származtatni. Ehhez alapvető jelentőségű feladat egy közös technikai csoport alapítása, amely kezdettől fogva támogatja a határon átnyúló együttműködés kialakításának folyamatát, s egyúttal párbeszédet kezdeményez a politikusok és a civil társadalom szereplői között. A különböző érdekeltek interakciója és gyakorlati tapasztalata hosszú távú stratégiai perspektívában fejleszti a határon átnyúló együttműködés kiterjedtségét. A hosszú távú stratégiai célok teljesülésének rendszeres nyomon követése biztosítja a határon átnyúló együttműködés jövőbeni tevékenységének belső koherenciáját.

Az együttműködés ütemének meghatározása

A határon átnyúló együttműködések sem légtüres térben léteznek: kapcsolatok, eljárások és tapasztalatok egyfajta hordalékkaként jönnek létre. Az együttműködés ütemének megértéséhez nélkülözhetetlen a határon átnyúló együttműködés intézményesültsége lehetséges mértékének és a kitűzött célok megvalósíthatóságának értékelése.

3. ábra: A határon átnyúló együttműködés intézményesülésének szintjei



Forrás: Manual on removing obstacles to CBC, 2013.

¹⁷ Az egészségügyi tárgyú határon átnyúló együttműködések tekintetében ezt végezte el a CESC 2018-ban.

Az együttműködés különböző szintjein megválaszolandó főbb kérdések a következők:

- **Információcsere:**
 - Kik az információt cserélő szereplők és milyen információkat cserélnek egymással?
 - Hogyan és milyen rendszerességgel történik meg az információcsere?
 - Mi történik az információval a megszerzését követően?
- **Konzultáció:**
 - Kik a bevont szereplők?
 - Alapítottak hálózatot?
 - Alapítottak közös munkacsoportot?
 - Mi a konzultáció tárgya?
- **Együttműködés:**
 - Vannak igazgatási/intézményi határok?
 - Milyen projekteket valósítottak meg?
 - Mik az elvárások?
- **Harmonizáció:**
 - Van az együttműködésnek helyben működő igazgatási szervezete?
 - Mi a releváns jogi keretrendszer?
 - Mi a releváns finanszírozási keretrendszer?

Az együttműködés céljainak meghatározása

Az első lépés a határon átnyúló közös **probléma azonosítása**.

A sikeres határon átnyúló együttműködéshez a célok megfelelő kijelölése szükséges, ahhoz pedig elengedhetetlen a problémák alapos, jól fókuszált, lényeglátó azonosítása. A határon átnyúló együttműködés – az intézményesültsége fokától függetlenül – ugyanis mindig valamilyen, a határ jelenlétéből adódó probléma megoldására szerveződik, ami többnyire ágazatközi (egynél több ágazatot érint) és társadalmi, gazdasági, környezeti, intézményi, vagy igazgatási okokhoz vagy következményekhez kapcsolódik. A probléma azonosításához definiálni kell azt, objektív módon feltárva a kialakulásához vezető okokat és azonosítva a fennállása miatt kialakult következményeket.

A határprobléma egyaránt lehet

- egy konkrét probléma, amelynek a kezelése határon átnyúló együttműködési megközelítést igényel (pl. szegényes ellátórendszeri infrastruktúra a határtérségben lakók, vagy az ingázó munkavállalók számára);
- az együttműködés – mint olyan – hiánya, ami a határtérségben rendelkezésre álló erőforrások alacsony hatásfokú (nem, vagy alulhasznosított) használatát eredményezi (pl. egy határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási régió kialakulásához szükségeshez képest megfelelő infrastruktúra hiánya).



A probléma lényegének körülhatárolásához az alábbiakat kell megvizsgálni:

- **A mag-probléma azonosítása:**
 - Mi indokol azonnali beavatkozást?
 - Miért ez a prioritás és kinek?
 - Tettek már valamit a megoldás érdekében? Ki? Hogyan?
 - Szükséges határon átnyúló akciókat kezdeményezni a megoldáshoz?
- **Az okok feltárása:**
 - Miért most jelentkezik a probléma?
 - Honnan ered?
 - Mi okozza?
 - Kapcsolódik a határtérség társadalmi, gazdasági, környezeti, intézményi, igazgatási jellegzetességeihez?
 - Kapcsolódik a határtérség helyzetét befolyásoló külső társadalmi, gazdasági, környezeti, intézményi, igazgatási jellegzetességekhez?
- **A hatások azonosítása:**
 - Ki a leginkább érintett? Hogyan? Mennyire?
 - Mi történne, ha a problémára nem születne megoldás?
 - Milyen következménye lenne társadalmi, gazdasági, környezeti, intézményi, igazgatási szinten?

Második lépésben, a probléma azonosítása után következhet a **célok kijelölése**.

A célok kijelölése nélkülözhetetlen lépés ahhoz, hogy a határmenti problémát együttműködési lehetőséggé alakítsuk át. Mivel a határon átnyúló problémák kialakulásában többnyire egyszerre több ágazat érintett, a célokat úgy kell kijelölni, hogy összhangban álljanak mind az azonosított mag-problémával, mind a várható (előre meghatározott) eredményekkel.

A világos célkijelölés lényegében a jövőendő együttműködés lehetőségeinek és vágyott hatásainak értékelésére és az előrehaladás monitorozására vonatkozó képességet jelenti. A célkijelöléshez segítséget nyújtó, ún. SMART kulcsindikátorok az alábbiak:

- **Specifikus (Specific):**
 - A cél megfogalmazása mindenki számára világos?
 - A célkijelölés válaszol az ötkérdéses problémamegoldó módszer kérdéseire (ki, mit, mikor, hol, miért)?
- **Mérhető (Measurable):**
 - A cél elérésében való előrehaladás mérésére lehetséges konkrét kritériumok meghatározása?
- **Elérhető (Accessible):**
 - Hogyan lehetséges elérni a kitűzött célt?
 - Rendelkezünk az ehhez szükséges szaktudással, erőforrásokkal?
 - Reális a kijelölt cél?

- **Releváns (Relevant):**
 - A mag-problémát célozza?
 - Az érdekhordozók egyetértenek vele?
 - Most van itt az ideje?
- **Időhöz kötött (Timely):**
 - Lehetséges mérföldköveket rendelni hozzá?
 - Lehetséges reális átadási időt meghatározni hozzá?

Amennyiben a határon átnyúló együttműködés szintje megállapítást nyert és a mag-problémát is azonosították, meg kell határozni a szintenként megfelelő célokat is. Az egyes intézményesültségi szintekhez képest megfelelő célok kijelöléséhez segítséget nyújthat az alábbi (nem teljes körű, csupán gondolatébresztő) kérdéssor:

- **Az információcsere szintjén releváns kérdések:**
 - Melyek azok a tématerületek, amelyekben a határ két oldalán élő két közösség egymástól a leginkább kölcsönösen függő helyzetben van?
 - Melyek az alapvető nyílt konfliktusok a határ két oldalán élő két közösség között?
 - Van olyan különleges csoport, amely aktívan ellenzi az együttműködést? Milyen elvi alapon?
 - Melyek a kulcsfontosságú lehetőségek, amelyeket elmulasztanának a felek akkor, ha azt választanák, hogy nem működnek együtt?
- **A konzultáció szintjén releváns kérdések:**
 - Kik az én társaim (az enyémnek megfelelő szerepet betöltő szervek, személyek) a határ túloldalán?
 - Mi a kompetenciájuk? Fejlesztnek párhuzamosan?
 - Ki foglalkozik odaát az innenső oldalon az én szervezetem által kezelt problémákkal?
 - Hogyan találkozhatnánk? Szükség van ehhez némi ösztönzésre (pl. közvetítőre, tolmácsra, ágazati szakértőre stb.)?
 - Melyek a közös érdeklődésre számot tartó területek?
- **Az együttműködés szintjén releváns kérdések:**
 - Minden partner elégedett azzal, amit az együttműködésben csinál?
 - Az együttműködésben adott az egyenes kommunikáció és a partnerség kultúrája?
 - Rendelkezésre áll a határon átnyúló együttműködés működtetéséhez szükséges tapasztalat és elkötelezettség?
 - A különböző érdekhordozók (hivatali apparátus, szolgáltatást igénybe vevők, stb.) részt vesznek a határon átnyúló együttműködési folyamatban?
- **A harmonizáció szintjén releváns kérdések:**
 - Az együttműködésben helyi szinten és a nemzeti területek saját központi háttérintézményeivel is adott az egyenes kommunikáció és a partnerség kultúrája?

- Léteznek az érintett helyi szereplők közötti egyeztetést és együttműködést támogató megfelelő határon átnyúló együttműködési struktúrák és igazgatási találkozók?
- Léteznek és egyértelműek a célkitűzések és a teljesítmény-mutatók?
- Létezik a résztvevő helyi szereplők és érdekhordozók számára átlátható beszámolási és értékelési rendszer?

A határon átnyúló együttműködés lehetőségeinek azonosítása

Akár földrajzi, akár gazdasági, akár társadalmi, intézményi vagy kulturális alapon dolgozták ki a határon átnyúló együttműködést, arra az alábbi három tényezőnek legalább az egyike vonatkozik:

- **A kulturális távlatok szélesítése:** A határon átnyúló együttműködésben résztvevő társszervek és -személyek közötti kölcsönös bizalom és tudás népszerűsítése fontos a sikeres határon átnyúló együttműködéshez. Az erre törekvő tevékenységeknek erős szimbolikus értéke van, és jelentős közvetett hatást gyakorolnak az együttműködés más területeire. A kölcsönös tudás és megértés népszerűsítése növeli az érdekhordozók képességét és elszántságát arra, hogy közösen dolgozzák ki elképzeléseiket a határtérségre vonatkozóan. Amint a határ mindkét oldalán oszton kezdi azt a meggyőződést, hogy a helyi lakosság életminőségének emelése az együttműködés célja, lehetővé válik az életképes határon átnyúló erőforrások azonosításának megkezdése és a feltételezhető egymást erősítő hatások feltárása.
- **A méretgazdaságosság fejlesztése a jobb szolgáltatásnyújtás érdekében:** A határon átnyúló együttműködésekben létesített közös szolgáltatásnyújtás egyik kézzel fogható eredménye a határ két oldalán rendelkezésre álló kapacitások és fenntartási költségeik újraelosztása. Az effajta tevékenységek azonban nagymértékben függenek a rendelkezésre álló jogi és pénzügyi keretektől. A partnereknek mindazonáltal dolgozniuk kell ezeken a kereteken, ha határon átnyúló jelleget akarnak adni életképes stratégiáiknak. Ez és a méretgazdaságossági szempontok érvényesítése vezethet az erőforrások hatékonyabb használatához és a jobban működő szolgáltatásokhoz. A szolgáltatások vonzáskörzetének valóságosabb meghatározásával párhuzamosan a meglévő szolgáltatások újraszervezéséből származó méretgazdaságossági előnyök a közös határ mentén együttműködő két ország közötti infrastruktúra közös irányításához is felhasználhatók. A szolgáltatások határokon átívelő elosztása végső soron a költségek csökkentését, a szolgáltatásokhoz való – egyébként a határ egyik oldalán élő lakosságra korlátozott – hozzáférés fejlesztését, illetve a hozzáférési feltételek optimálisabb meghatározását eredményezi. Az összes érdekelt közötti költségmegosztás biztosításához lényeges a szolgáltatások igénybevételének formalizálása. A határ két oldalán működő illetékes hatóságok pedig felelősek azért, hogy a határtérségben élők minden hátrányos megkülönböztetéstől mentesen vehessék igénybe a szolgáltatásokat.
- **A határtérség fenntartható társadalmi-gazdasági fejlesztésének népszerűsítése:** A határtérségek közös határon átnyúló fejlesztése növeli a láthatóságukat és új területi marketing-lehetőségeket biztosít a számukra, ami hozzásegítheti őket a külső források növekvő bevonásához. A határtérségnek határon átnyúló akciókkal történő népszerűsítése ugyanakkor nemcsak nagyobb láthatóságot garantál, de jelentős hozzáadott értéket is visz azoknak a

területeknek a mindennapjaiba, amelyek máskülönben aránytalanul szenvednének a határ miatti periférikus elhelyezkedéstől. A közös promóció a kulturális, és a területi marketing szektor számára is tartogat méretgazdaságossági előnyöket. Mi több, erősíti a polgárok közötti összetartozás érzését.

4. ábra: Az önmagát erősítő, koherens határon átnyúló együttműködés



Forrás: Manual on removing obstacles to CBC, 2013.

6.2 Szereplők, kompetenciák, jogi keretek

Az előző fejezet bemutatta a sikeres határon átnyúló együttműködések mibenlétét, amiben mind a határmenti terület (szükségletei, társadalmi-gazdasági jellemzői, stb.) közös megértésének, mind a tiszta és konkrét célkijelölésnek, vízióknak (hosszútávú társadalmi-gazdasági fejlesztési stratégiának) szerepe van. A határon átnyúló együttműködési tevékenység ugyanakkor a mindkét oldalon jelenlévő helyi partnerek által történő közös kidolgozást és végrehajtást igényli. Ráadásul figyelembe kell venni a két oldal partnereinek kompetenciáit, tényleges erejét, valamint a nemzeti és nemzetközi szinten létező jogi keretek által biztosított lehetőségeiket.

A szereplők azonosítása

- **Helyi (önkormányzati) hatóságok:** A helyhatóságok a határok mentén megvalósuló együttműködési tevékenység kulcsszereplői, hiszen ezek az intézmények állnak a legközelebb a



helyi közösségeket alkotó emberekhez. Bár nincs olyan polgármester, akit kifejezetten határon átnyúló együttműködés végzésére választanának meg, az ilyen együttműködések iránti nyitottság fontos a helyi közszolgáltatások hatékonyabb megszervezéséhez. A helyi szereplők szeretnének annyira önállóak lenni, amennyire csak tudnak, de a határon átnyúló együttműködésekbe való belépést lehetővé tévő kapacitásukat a hazai jogszabályaik gyakran korlátozzák. A helyi szereplők közötti politikai különbségek is negatív szerepet játszhatnak, de a határon átnyúló együttműködés konszenzusépítő tevékenység, amely konkrét célokra alapul. A határon átnyúló együttműködési tevékenységet csak a helyi szereplők tudják sikerre vinni, miközben a centrumtárségek lakói szkeptikusan vagy akár ellenségesen is viszonyulhatnak a határon átnyúló együttműködésekhez. Erre is tekintettel a helyi szükségletek prioritizálása és a kreativitás két lényeges feltétele a határon átnyúló együttműködések sikerének, akár csak a képzési, oktatási és a hálózatépítő tevékenység.

- **Állami/regionális szereplők:** A határon átnyúló együttműködések állami szereplők általi támogatottságának mértéke Európa-szerte különböző. A helyi és az állami szereplők tevékenységének – ideális esetben – egymást erősítő hatása kulcsszerepet tölt be azoknak az információknak a megosztásában, amelyek nélkülözhetetlenek a határon átnyúló fejlesztést ösztönző közös stratégiák kidolgozásához. Az állami/regionális szereplők felelősek 1) a helyi szereplők határon átnyúló együttműködésekben való különböző mértékű részvételét szabályozó szükséges jogi keretrendszer kialakításáért, 2) az anyagi támogatás biztosításáért, 3) a képzési szükségletek kielégítéséért, 4) a helyi összefüggések kormányközi találkozókon és egyeztetéseken történő képviseletéért.
- **Civil társadalom:** Az állampolgárok többsége előtt nem közismertek a határon átnyúló együttműködések. Ennek ellenére a határmenti régiók gyakran épp a civil társadalom szervezeteire (a társadalmi, kulturális, gazdasági szereplőkre) támaszkodhatnak a határon átnyúló akcióik népszerűsítése és a különböző határon átnyúló projektek kezdeményezése során.
- **A határon átnyúló tevékenységek kezdeményezői és résztvevői.** Munkájuk úttörő jelentőségű a hosszú ideje fennálló (pl. kulturális) akadályok lebontásában és a nemzeti, illetve regionális határok mögött, azokon túl együttműködő hálózatok kialakításában.

Az új helyi testületek alapítását a polgárok gyakran negatívan értékelik. A határon átnyúló együttműködések célját gyakran nehéz megérteni, mivel a kulturális és ideológiai határok még azután is sokáig relevánsak, hogy az együttműködési szándékot formálisan kinyilvánították, ráadásul új helyi adóktól való félelem is jelentkezhet.

Az új és jobb minőségű szolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetőségét ugyanakkor mindig pozitívan értékelik. Ezért a határon átnyúló kezdeményezéseknek célszerű a legnagyobb láthatóságot és átláthatóságot biztosítani.

A kompetenciák azonosítása

Az együttműködéssel érintett partnerek erős elhatározása nélkülözhetetlen a határon átnyúló együttműködésnek a politikai döntéshozatal során történő megjelenítéséhez, (in-)formális intézményesüléséhez (értsd: a határ két oldalán lévő szomszédos térségekre egységesen kiterjedő hosszútávú tervezés és tervekészítés gyakorlatának kialakításához). Ebből a szempontból a határon

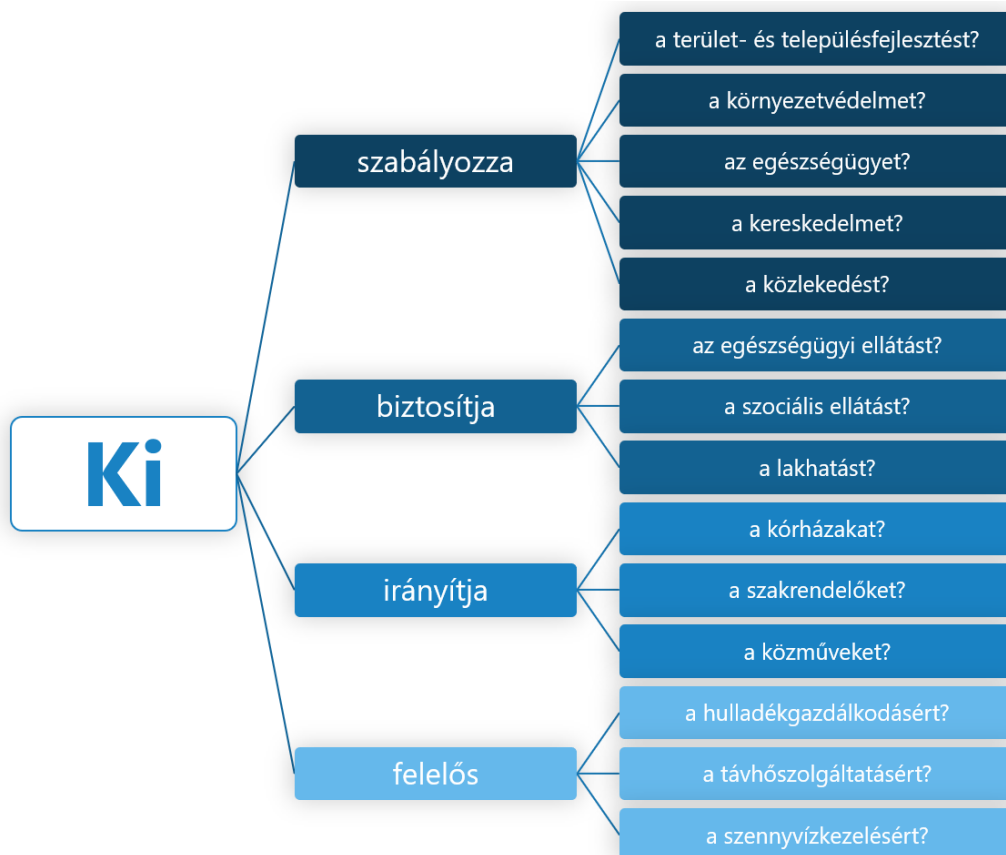
átnyúló együttműködés egy konzisztensen használható eszköz a helyi közösségek és hatóságok kezében ahhoz, hogy a nemzeti területeken meglévő intézményi-igazgatási különbségek ellenére is folyamatosan határon átnyúló perspektívába helyezve gyakorolják az őket megillető közhatalmat.

A hatáskörökbe tartozó ágazatokban a szakpolitikák összehangolása és végrehajtási stratégiák készítése a helyi partnerek számára ugyan komoly lehetőség, ám a szereplőknek a határon átnyúló kezdeményezések megvalósítására vonatkozó tényleges képességét mégis elsősorban a hozzáértésük és a valódi hatalmuk befolyásolja.

A helyi közösségek és hatóságok határon átnyúló együttműködésben megvalósuló tevékenységére vonatkozó nemzeti jogszabályok országonként jelentős eltéréseket mutatnak. Ezért fontos tudni, hogy „ki kicsoda” és „ki mit tehet” a rá irányadó nemzeti és nemzetközi jogszabályok rendszerében.

A következő ábra azonosít néhány iránymutató kérdést, amelyet hasznos lehet figyelembe venni a tervezett határon átnyúló együttműködések és kezdeményezések támogató lehetséges partnerek felkutatása során.

5. ábra: Hatalom és hatáskörök azonosítása a határ két oldalán



Forrás: *Manual on removing obstacles to CBC, 2013.*

A jogi keretrendszer azonosítása

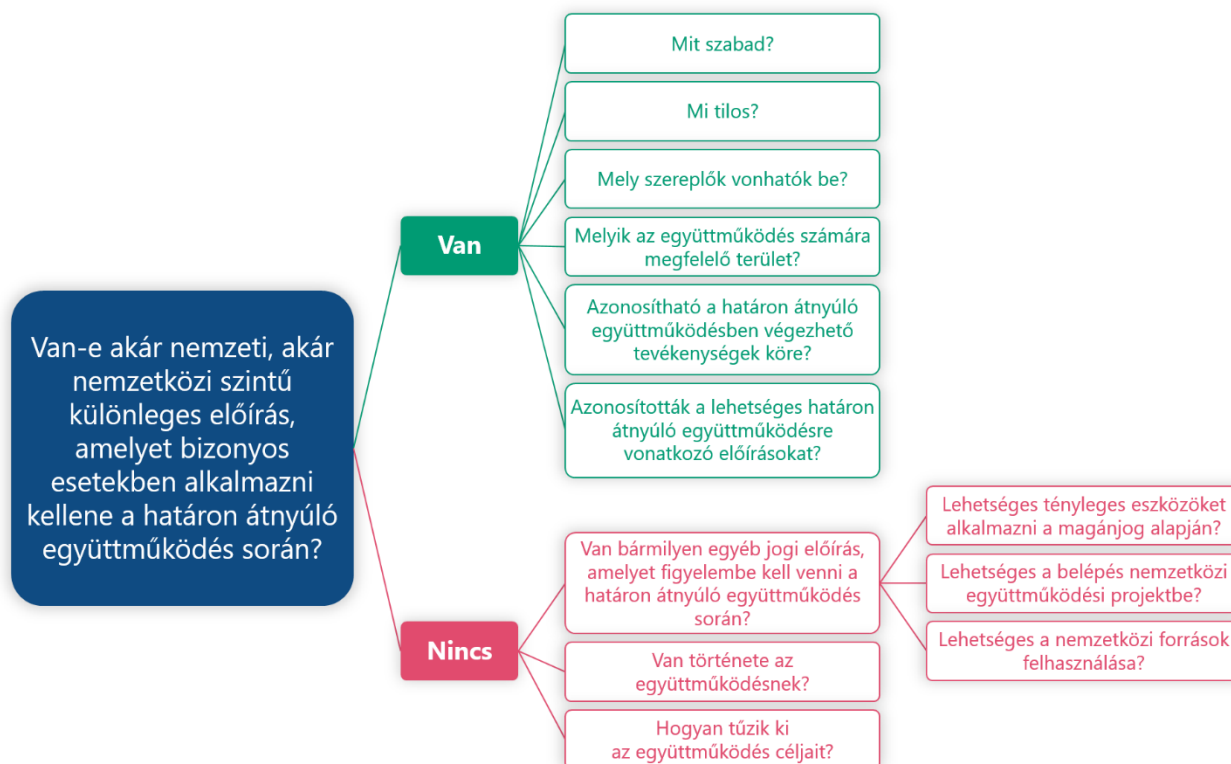
Amennyiben sikerült azonosítani a releváns szereplőket és a hatásköreiket, szükséges annak a jogi keretrendszernek a megismerése és figyelembevétele is, amelyen belül a határon átnyúló együttműködést kibontakoztatni, illetve fejleszteni kívánjuk.



A terület szabályozására hatáskörrel rendelkező helyi/regionális vagy központi szervek különleges – adott esetben a két- vagy többoldalú nemzetközi joghoz kapcsolódó – szabályokat állapíthatnak meg a határon átnyúló együttműködésekre vonatkozóan.

Ezeket a szabályokat tehát alaposan elemezni kell, minthogy a határon átnyúló együttműködést több szempontból meghatározzák és strukturálják (Magyarország tekintetében ezt a feladatot a CESC a jelen projekt előző mérföldkövéhez kapcsolódóan 2018-ban tejes körűen elvégezte).

6. ábra: A jogi keretrendszer azonosítása



Forrás: Manual on removing obstacles to CBC, 2013.

Főszabályként a határon átnyúló együttműködés a nemzetközi kapcsolatok egyik formája, vagyis – egyéb különleges szabály hiányában – az államok jelentik azokat a szereplőket, amelyek részt vehetnek ilyen együttműködésekben.

Erre tekintettel elsőrendű fontosságú a határon átnyúló együttműködés céljainak és testületei hatáskörének jogilag korrekt megfogalmazása az egész együttműködést veszélyeztetni képes jogi kihívások és jogviták megelőzése érdekében.

A határon átnyúló együttműködésből nem származnak többletjogosítványok a résztvevők számára ahhoz képest, mint amivel az együttműködés megalapítása előtt rendelkeztek, hiszen az együttműködés csupán eszköz az egyébként is meglévő hatásköröknek a határon átnyúló jelleg érvényesítése mellett történő hatékonyabb gyakorlására.

A határon átnyúló együttműködés megfelelő intézményeinek azonosítása

Kezdetben – amikor a határon átnyúló együttműködés még nem több az információk pusztá megosztásánál, s intézményesültsége is csak a rendszeres konzultáció, illetve a szakpolitikák összehangolása szintjét éri el – a helyi szereplők az együttműködésben rejlő eszközök közül jobbra csak (pl. a Madridi Keretegyezmény mellékletei szerinti) szándéknyilatkozatokat használják. Az együttműködés előrehaladottabb szakaszában azonban a határon átnyúló együttműködés már a határon átnyúló gyakorlatias stratégiák megfogalmazásán, s azok alapján álló, egyes konkrét projektek megvalósításán alapul. Ezen a ponton válik szükségessé az, hogy a létező konzultatív fórumokat, szakmai és politikai irányító testületeket határozottabb körvonalakkal rendelkező, robusztusabb intézményekben konszolidálják.

A határon átnyúló együttműködés intézményei jelentős változatosságot mutatnak: az egyébként is létező (nemzeti) intézmények egyszerű közös találkozóitól a határ két oldaláról delegált partnerek által egyenlő számban alkotott közös testületekig. Összességében elmondható, hogy minél összetettebb a határon átnyúló együttműködésben megoldandó feladat, annál összetettebb az együttműködést vezérlő szervezeti struktúra és a működésének jogi keretrendszere is.¹⁸

A tényleges irányító szervek – amelyeket meg kell különböztetni az együttműködésben részt vevő intézményektől – kifejezetten erre a célra létrehozott szervezetek, amelyek akár (nem feltétlenül) jogi személyiséggel is rendelkezhetnek, és ez alapján vagy a saját nevükben, vagy a határon átnyúló együttműködést támogató valamely intézmény nevében járnak el.

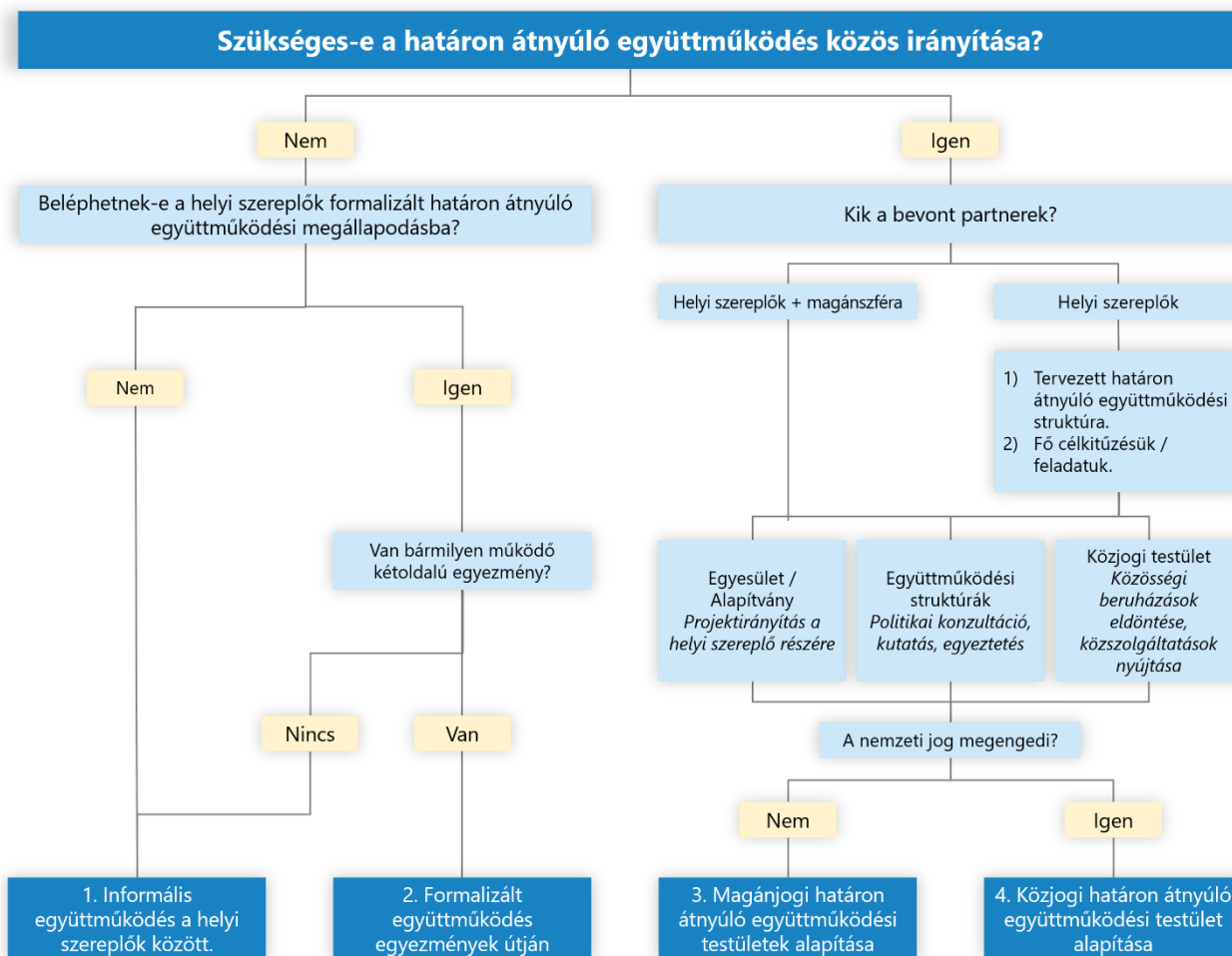
A határon átnyúló együttműködés jogi formájának megválasztása stratégiai döntés. Ez nem csak a határon átnyúló együttműködés fejlesztését lehetővé tevő politikai megegyezés kifejezése, de egyúttal kijelöli az együttműködés további fejlődésének irányát, amely meghatározza a teljesítményét és a hatékonyságát is.

Az informális együttműködések, de még az erőteljesebben formalizált együttműködési megállapodások is jelentős szabadságot biztosítanak a határon átnyúló együttműködésben részes feleknek az együttműködés intézményi formái, szervezete és e szervezet eljárásrendje meghatározásához. A jogi személyiséggel rendelkező határon átnyúló együttműködési intézmények – különösen a közjogi alapon álló szervezetek – ehhez képest jobban korlátozottak a határon átnyúló együttműködés intézményeinek szervezésében (mind a szervezeti felépítés, mind a feladatok tekintetében), a tagsági/részvételi és a költségvetési szabályozásban.

Ezek a testületek – akár informálisak, akár a köz- vagy a magánjogi szerinti jogi személyiségűek – mindenképpen a nemzeti és/vagy a nemzetközi jog hatálya alatt alapíthatók.

¹⁸ A határon átnyúló együttműködések evolutív intézményesülési folyamatára vonatkozóan lásd szintén a harmadik mérföldkő keretében készült tanulmány első fejezetét!

7. ábra: A határon átnyúló együttműködés számára megfelelő jogi forma kiválasztásának logikai folyamata



Forrás: *Manual on removing obstacles to CBC, 2013.*

Az egyes jogi formák főbb ismérvei:

- **Informális határon átnyúló megoldások:** A határon átnyúló kapcsolatok gyakran informálisak. Ezek nem függenek semmilyen korlátozó hatású jogi döntéstől, ezért nincs szükségük precíz jogalapra sem. Csupán a politikai elhatározáson és a partnerségben történő munkavégzésen alapulnak.
- **Határon átnyúló együttműködési megállapodás:** A határon átnyúló együttműködési kapcsolatok határon átnyúló együttműködési megállapodásokká fejleszthetők. Ezek a megállapodások jelentik a határon átnyúló együttműködések legegyszerűbb és legkevésbé formalizált eszközeit. Általában valamilyen különleges téma kezelése érdekében, vagy keretmegállapodásként fogadják el ezeket (utóbbi esetben akkor, amikor a felek általános jelleggel kinyilvánítják a határmenti partnereikkel való együttműködés iránti kölcsönös szándékukat). A megállapodások tartalmát vagy a nemzeti jog alapján körvonalazzák (mind a köz-, mind a magánjog szabályait figyelembe véve), vagy az államok közötti (nemzetközi) egyezményként hozzák létre, de az előírásokat ez utóbbi esetben is saját egyéni felelősségük alapján alkalmazzák az aláírók.

- **Magánjogi határon átnyúló együttműködési testületek:** Ezek a leggyakrabban non-profit intézmények, amelyek a székhely szerinti állam nemzeti joga szerint működnek. Két fő típusuk létezik:

- 1) egyesületek (vagy alapítványok), amelyek projekt-irányító vagy „működtető” feladatokat végeznek a határon átnyúló együttműködésben részes helyi közösség vagy hatóság részére;
- 2) a helyi közösségek/hatóságok vagy egyéb helyi/regionális partnerek által létrehozott, a politikai konzultáció célját szolgáló együttműködési testületek.

A tagok jogi vagy természetes személyek a testület számára választott jogi forma szerint. Megalakításuk egyszerű, de az általuk ellátható feladatok köre korlátozott (lobbizás, tanulmánykészítés és – tipikusan egyesületi forma esetén – egyes határon átnyúló projektek irányítása). Ezek a határon átnyúló együttműködési testületek jogi értelemben függetlenek a tagjaiktól, de nem járhatnak el a tagszervezeteik helyett e tagszervezetek saját hatáskörének gyakorlása során.

- **Közjogi határon átnyúló együttműködési testületek:** Helyi közösségek vagy hatóságok (tipikusan önkormányzatok) a közjog hatálya alatt álló határon átnyúló együttműködési testületeket is alapíthatnak, amennyiben azok az államok, amelyekhez tartoznak, két- vagy többoldalú nemzetközi egyezményekben felhatalmazták őket erre. Statútumuk szerint az ilyen testületek – határon átnyúló igazgatási tevékenység keretében – elláthatják mindazon, a tagjaik hatáskörébe tartozó feladatokat, amelyek tipikusan a közszolgáltatások és a közműellátás, stb. határon átnyúló megszervezését foglalják magukba. Ezek a testületek annak az országnak a jogszabályai szerint működnek, amelyben a székhelyüket hivatalosan bejegyezték.

Mi több, az Európai Parlament és a Tanács Európai Területi Együttműködési Csoportosulásról szóló 1082/2006 számú, 2006. július 5-én elfogadott rendelete (a továbbiakban EGTC-rendelet) szerint az Európai Unió közösségi jogi eszközt is kínál a helyi közösségek és hatóságok számára, amely a határon átnyúló együttműködések számára jogi személyiséggel rendelkező alapot teremt.

Végül a helyhatóságok és területi önkormányzatok határmenti együttműködéséről szóló európai keretegyezmény 3. számú kiegészítő jegyzőkönyve¹⁹ az Euroregionális Együttműködési Csoportosulás (ECG) formájában biztosít további jogi lehetőséget és működési formát a közjogi alapon álló határon átnyúló együttműködési intézmények megalapításához. Ezek a határon átnyúló együttműködési testületek jogi személyiséggel vagy a nélkül is megalapíthatók (utóbbi esetben viszont a jegyzőkönyv előírja a székhely szerinti tagállamban alkalmazandó jogszabályok szerinti jogi személyiséget). Az ECG-k elsősorban a határok mentén együttműködő tagállamok területi önkormányzataiból, illetve regionális közhatóságaiból állnak. Eltérő jogi személyiséggel rendelkező egyéb szervezetek (pl. ügynökségek, stb.) szintén részesei lehetnek az ECG-knek, amennyiben sem ipari, sem kereskedelmi célt nem követnek, és a tevékenységüket főként az állam finanszírozza a helyi önkormányzatok/hatóságok vagy hasonló testületek útján, vagy közvetlenül ezek irányítása alatt állnak, illetve igazgatási, irányító vagy ellenőrző szerveik tagságának felét az állam vagy a helyi önkormányzatok/hatóságok adják. (A CESCOI hivatkozott 2018. évi tanulmánya azonosította az egészségügyi célú határon átnyúló együttműködésekben alkalmazott

¹⁹ Ld. <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/206>

struktúrákat. Ezek a francia-belga relációban a „Határon Átnyúló Egészségügyi Ellátáshoz való Hozzáférés Szervezett Zónái”, röviden ZOAST-ok, spanyol-francia relációban a közös fenntartású Cerdanya kórház, francia-olasz relációban a közös kórházi ellátás, cseh-osztrák relációban a közös bevetésirányításon alapuló mentési együttműködés, magyar-szlovák relációban pedig az Esztergom-Párkány között működő, a szlovákiai Dôvera biztosító finanszírozásában működő magyarországi szakmaspecifikus kórházi ellátás).

6.3 A határon átnyúló együttműködés területei

A határon átnyúló együttműködések Európa-szerte változatosak. Az Európai Tanács 2011-ben elvégzett kérdőíves felmérése során a következő területeket azonosította, amelyekre a határon átnyúló együttműködések kiterjednek:

- elérhetőség, közösségi közlekedés,
- egészségügy,
- oktatás, képzés,
- munkaerőpiac,
- katasztrófavédelem, sürgősségi ellátás.,
- bűnmegelőzés, bűnüldözés,
- környezetvédelem,
- finanszírozás.

A továbbiakban a CESCO jelen projektje szempontjából releváns két területre – az egészségügyre és a sürgősségi ellátásra – vonatkozó megállapításokat elemezzük az adatszolgáltatásban résztvevő partnerek által biztosított referenciák alapján. Az alábbi felsorolás nem teljes körű, csupán olyan orientáló jellegű kérdéseket tartalmaz, amelyek példaként szolgálnak arra, hogy mi mindent szükséges végiggondolni az együttműködés fejlesztése érdekében.

Betegek és az egészségügyi szakszemélyzet mobilitása

Tipikus kérdések:

- Lehetséges információhoz jutni a határ két oldalán feljánlott/elérhető egészségügyi (és szociális) ellátásokról, szolgáltatásokról?
- Lehetséges információhoz jutni a társadalom-, illetve az egészségbiztosítás által magukban foglalt ellátásokról?
- Léteznek a határ két oldalán elismert kiválósági központok/ajánlott jó gyakorlatok?
- Van igény a kölcsönös tapasztalatcserére?
- Léteznek nyelvi akadályok?

Lehetséges együttműködési területek:

A jogi feltételek tisztázása esetén az egészségügyi tárgyú határon átnyúló együttműködés potenciális területei e körben:

- az együttműködés földrajzi területén a határ egyik oldalán működő egészségügyi szolgáltató szolgáltatásai és infrastruktúrája elérhetőségének biztosítása a határ másik oldalán élők számára nemcsak a magán- (ahol a határon át történő betegmozgás – a kereslet fizetőképességétől függően – jelenleg is szabad), de a társadalombiztosítási szegmensben is;
- a határ két oldalán működő egészségügyi szolgáltatók, biztosítók és betegszervezetek közötti együttműködés (információcsere, jó gyakorlatok megosztása stb.);
- a magasan képzett (ritka, vagy drágán elérhető) specializált egészségügyi szakszemélyzet elérhetőségének biztosítása a határtérségben (a határ mindkét oldalán) működő egészségügyi kiválósági központok, egyetemi klinikák között.

Intézményi együttműködés az egészségügyi szolgáltatók és az egészségügyi hatóságok között

Tipikus kérdések:

- Figyelembe veszik a határtérségben (a határon átnyúló szolgáltatásnyújtásban) rejlő méretgazdaságossági szempontokat a specializált ellátást nyújtó központok telepítésénél/fejlesztésénél?
- Szükséges a határtérségben a szolgáltatások és az infrastruktúra fejlesztése?
- Létezik a határtérségben a betegségek közös (határon átnyúló) monitorozása és adatbázisainak közös építése/használata?
- Létezik a határtérségben állandó keretrendszer az egészségügyi személyzet közös képzésére és tapasztalatcseréjére?
- Létezik a határtérségben közös katasztrófakezelési és/vagy mentési együttműködési terv?

Lehetséges együttműködési területek:

A jogi helyzet tisztázását követően az együttműködésben tipikusan megoldható egyebek között

- az egészségügy egyes speciális területein megvalósítandó együttműködésre koncentráló kétoldalú keretegyezmények megkötése a diplomák kölcsönös elismerésétől az epidemiológiai kutatásokban, ellátási protokollfejlesztésben, mentésben való együttműködésen át a konkrét ellátások közös nyújtásáig;
- az előzetes epidemiológiai felmérésekkel szükségesnek igazolt különböző diagnosztikai eljárásokra vonatkozó közös stratégiaalkotás, fejlesztés és végrehajtás;
- a határmenti területek érvényes egészségbiztosítással rendelkező lakossága számára a határ túloldalán működő egészségügyi szolgáltatóknál nyújtott ellátások igénybevételének lehetőségét biztosító határon átnyúló egészségbiztosítási konstrukciók (kártya, stb.) kialakítása;



- a várólisták közös leküzdése, a határ két oldalán elérhető szabad kapacitások megosztása (pl. üres ágyak folyamatosan közös azonosítása);
- az egészségügyi/-biztosítási hatóságok együttműködése alapján közös kapacitásépítés (eszközbeszerzés, üzemeltetés) az egyes speciális szakmáktól a határon átnyúló ellátási területtel rendelkező egészségügyi intézmény és az irányítását végző EGTC alapításáig.

Jogi és pénzügyi keretek

Tipikus kérdések:

- Lehetséges közös irányítási struktúrák alapítása?
- Mit írnak elő az egészségbiztosításról szóló törvények?
- Létezik az orvosok közös tanúsítási/működési engedélyezési/minőségértékelési rendszere?

Lehetséges együttműködési területek:

- Az epidemiológiai és ellátási (ellátórendszeri működési) adatok rendszeres közös elemzése,
- Közös egészségügyi obszervatóriumok alapítása és üzemeltetése.

6.4 A határon átnyúló együttműködés útjában álló akadályok azonosítása

A határon átnyúló együttműködés útjában álló akadályok azonosítása abból indul ki, hogy a határon átnyúló együttműködés végül is a határtérségben, helyi szinten érzékelt problémák megoldásának kívánatos megközelítése. Az akadályok így gyakran nem eleve léteznek, hanem az együttműködési tevékenység fejlesztése közben jelentkeznek, s a releváns szereplők azonosítják ezeket, miközben fenntartható és hatékony eszközzé igyekeznek fejleszteni a határon átnyúló együttműködést, amely segít elérni a céljaikat.

A határon átnyúló együttműködés útjában álló bármely akadályt az okok egy csoportja határoz meg, amelyek többféle hatással járnak. Ezért bármely akadály észlelése esetén először arról kell meggyőződni, hogy az akadály határon átnyúló természetű-e, azután arról, hogy az érdekhordozók bármelyike által megszüntethető-e, majd (ha a válasz negatív) azt is tisztázni kell, hogy milyen határon átnyúló természetű előnyöket biztosíthat az akadály megszüntetése.

Az akadályok a fentiekre tekintettel – egymással összefüggésben álló – csoportokba sorolhatók:

- érdekhordozói vetület (intézményes szereplők, szociokulturális szereplők, gazdasági szereplők stb.);
- szociokulturális vetület (sztereotípiák, a kölcsönös bizalom szintje, nyelv);
- gazdasági vetület (verseny, együttműködés, integráció stb.);
- intézményi vetület (helyi, regionális, nemzeti, nemzetközi).

A fenti csoportosítás jelentőségét könnyű megérteni, ha figyelembe vesszük, hogy miközben a határon átnyúló együttműködés a folyamata az intézményesültség csekély fokától a jelentős foka felé halad, a helyi társadalom és gazdaság egyre több területére hatást gyakorol, így a működés egy bizonyos területén jelentkező akadályok is könnyen hatással lehetnek más területeken zajló folyamatokra. Mindez az akadályok előzőekben azonosított csoportjai tekintetében a következőket jelenti:

- a helyi intézményi szereplők kapacitásai nélkülözhetetlenek az egyéb szociokulturális és gazdasági érdekhordozók stimulálásához; a részvétel, illetve a helyi érdekhordozók együttműködésében a kölcsönösség alacsony foka gyakran a legjelentősebb akadály;
- a határon átnyúló együttműködésen belüli szociokulturális kontextus fejlesztése kulcsszerepet játszik az érdekhordozók közötti együttműködés kölcsönösségének elmélyülésében és a részvételüket befolyásoló, a határtérség jövőjére vonatkozó közös vízió kialakulásában;
- a társadalmi és gazdasági vetület – legalábbis az együttműködés kezdeti szakaszában – alapvetően befolyásolja az együttműködésbe vont területek körét és az együttműködés mélységét;
- a nemzeti intézményi kontextus pedig ehhez képest a helyi érdekhordozók számára rendelkezésre álló mozgástér meghatározásában tölt be lényeges szerepet.

A releváns vetület azonosításához nyújtanak segítséget a következő kérdések.

Az érdekhordozói vetület tekintetében:

- Kapacitás:
 - Van a releváns szereplőnek intézményi/jogi kapacitása határon átnyúló tevékenység végzésére?
 - A tervezett tevékenység a releváns szereplő napi rutinja?
 - A határon átnyúló tevékenység a rendelkezésre álló erőforrásokkal arányos?
 - Megvan a szükséges szakértelem?
- Részvétel:
 - A szereplő a határon túli partnerével azonos víziót és küldetést vall a magáénak?
 - Hajlandó időt és erőforrásokat fordítani erre a vízióra és küldetésre?
 - Hajlandó a kockázatvállalásra?
- Koordináció:
 - A szereplő releváns határon átnyúló együttműködési hálózat részese?
 - Tevékenysége több ágazatot is érint (ágazatközi), s bevonta a releváns érdekhordozókat?
 - A szereplő aktív a saját nemzeti referenciahálózatában annak érdekében, hogy támogatást szerezzen a határ mentén végzett tevékenységéhez?



A szociokulturális vetület tekintetében:

- Az együttműködést nehezíti az elmúlt történelmi események különböző megítélése?
- Szükséges valamilyen egyeztetési eljárás?
- A lakosságban nincs meg, vagy nem kellően széleskörű a bizalom?
- A helyi szereplők együttműködését bizalmatlanul szemléli a lakosság?
- A negatív sztereotípiák fennmaradnak-e a fiatalabb generációkban?
- Vannak a területen kisebbségi csoportok? Jogaikat védik és támogatják?
- Vannak a területen a mindennapi életben érzékelhető nyelvi korlátok intézményi szinten?

A gazdasági vetület tekintetében:

- Korlátozzák-e vámszabályok az emberek, az áruk és a szolgáltatások mozgását?
- Kielégítő a szállítási és a határátkelő-infrastruktúra?
- Lehetséges a gazdasági szereplők közötti integráció/együttműködés?
- A fő gazdasági ágazatok a határ két oldalán túl eltérőek, túl hasonlóak, vagy kiegészítik egymást?
- Van-e olyan központi / nemzeti ösztönző, amely torzítja a határokon átnyúló piacot?

Az intézményi vetület tekintetében:

- Helyi:
 - Világosan meghatározott a helyi közösségek és hatóságok feladat- és hatásköre a határon átnyúló ügyekben?
 - A helyi önkormányzatok és a központi hatóságok együttműködnek?
 - Vannak-e a határon átnyúló együttműködésekre vonatkozó helyi szabályok? Ha igen, akkor mi a hatályuk és a jogi környezetük?
 - Nyitott-e a határ két oldalán működő helyi önkormányzatok politikai menetrendje a határon átnyúló tevékenységek iránt?
- Központi:
 - Milyen az állam működése és felépítése (központosított, szövetségi stb.)?
 - Az EU tagállama?
 - Az állam aláírta, ratifikálta és végrehajtotta a madridi keretegyezményt és a jegyzőkönyveit?
 - Bevezette-e az állam két- vagy többoldalú megállapodásokat a határon átnyúló együttműködések terén?

Az akadályok fennmaradásához hozzájáruló tényezők azonosítása

Miképp a határon átnyúló együttműködések maguk, úgy az azokat akadályozó tényezők is több-dimenziós és ágazatközi jellegűek, s tipikusan az alábbi csoportok valamelyikébe tartoznak: 1)

intézményi, 2) igazgatási, 3) gazdasági, 4) érdekvédelmi-szakmai, 5) szociokulturális, 6) együttműködési típusú akadályok.

Az intézményi akadályok között tipikusan az alábbiak találhatók:

- a határon átnyúló együttműködésekben való részvételhez elegendő autonómia hiánya;
- a határ két oldalán működő érdekeltek kompetenciáinak eltérő jellege;
- a nemzeti jog túlzottan korlátozó jellege (a határon átnyúló együttműködések tekintetében);
- a létező határon átnyúló együttműködések hitelességének/komolyságának hiánya;
- a határon átnyúló együttműködések anyagi erőforrásainak elégtelen mivolta;
- a határon átnyúló együttműködésben résztvevő helyi önkormányzatok politikai menetrendjének különbözősége a határ két oldalán;
- alkalmazható jogi és/vagy anyagi (európai uniós, illetve Európa Tanács-i) keretek hiánya.

Igazgatási akadályok:

- világosan kijelölt (ország)határok hiánya;
- a megfelelő kompetenciával rendelkező szereplők határon átnyúló együttműködésekben való részvételre való kompetenciájának hiánya;
- komplex igazgatási ügyek intézésének központosítása;
- az adott ügytípus kezelésére szolgáló igazgatási eljárások hiánya;
- túlzottan hosszadalmas és összetett hivatali feltételek előírása;
- a hivatali eljárásokért fizetendő illetékek és díjak eltérő mértéke;
- a köz- és a magánszféra együttműködéseinek nehézkessége;
- a határon átnyúló tevékenység végzéséhez teljesítendő igazgatási feltételek megismerhetőségének hiánya/nehézsége;
- a nemzeti jog korlátozó szabályozása a nemzetközi projektekben való finanszírozási együttműködéssel kapcsolatban;
- a diplomák, szakképzések központi szervek általi kiállítása és elismerése (helyi szervek helyett).

Gazdasági akadályok:

- a határ két oldalán lévő területek gazdasági fejlettsége túlságosan eltérő;
- a munkaerőpiaci szabályozás a határ két oldalán jelentősen eltér;
- az adórendszer a határ két oldalán számottevően különböző;
- a magánberuházásokat a határ két oldalán eltérő gazdálkodási előírások torzítják;
- a vám- és határátkelési infrastruktúra a gazdasági kapcsolatokat korlátozza;
- a piaci versenyt állami támogatások korlátozzák;
- a fő gazdasági és finanszírozási folyamatok még mindig a nemzeti központok felé irányulnak;
- a magánszereplők nem tulajdonítanak hozzáadott értéket a határon átnyúló tevékenységnek;



- a határok átjárhatóbbá tétele gyengíti a hagyományos gazdasági szektorokat az intenzívebb verseny által;
- a gazdasági fejlődést a területen a megfelelő infrastruktúra hiánya hátráltatja.

Érdekvédelmi-szakmai akadályok:

- a helyi intézményi és/vagy szociokulturális, illetve gazdasági szereplőknek nincs kellő szakértelme a határon átnyúló együttműködésekben való tevékenységekhez;
- a határon átnyúló szervezeteknek nincs elég szakismerete a határon átnyúló ügyek viteléhez;
- a megfelelő szakértelemmel rendelkezők nem osztják meg a tudásukat, annak előnyeit megtartják a maguk számára;
- a központi szervek nem biztosítják a megfelelő szakismereteket;
- nyelvi különbségek hátráltatják a kommunikációt;
- a projekt alapú határon átnyúló együttműködésekhez való hozzáférés túlságosan bonyolult;
- az elérhető finanszírozási lehetőségek nem azokon a területeken alkalmazhatók, amelyek fejlesztése a legszükségesebb a határon átnyúló együttműködésben és/vagy túl összetett és időrabló számviteli eljárásokat tartalmaznak.

Szociokulturális akadályok:

- a közvélemény szkepticizmussal és gyökeresen különböző megközelítéssel tekint a határon átnyúló együttműködésekre;
- a történelmi megosztottságok tovább élnek;
- negatív sztereotípiák korlátozzák a kapcsolatokat;
- a nemzeti kisebbségek jogait nem védik és támogatják;
- a határon átnyúló kulturális kezdeményezések csak nagyon specifikus csoportokra korlátozódnak;
- a kulturális cserét és interakciókat nem támogatják;
- kevés tudás áll rendelkezésre a szomszédos nyelvek, tradíciók és kulturális manifesztációk ismerete tekintetében;
- nincs közös területi marketingje a határon átnyúló együttműködésnek;
- verseny a hagyományos termékek promóciójában.

Együttműködési akadályok:

- a helyi intézményi és/vagy szociokulturális, illetve gazdasági szereplők részvétele a határon átnyúló együttműködésben csupán sporadikus kezdeményezésekre korlátozódik;
- az intézményi / szociokulturális / gazdasági szektorban a határon átnyúló tevékenységek koordinációja hiányzik;
- a projektkezdeményezés a határon túli partnerek nehéz azonosíthatósága miatt bonyolult;
- a projekt alapú együttműködés szereplői nem nyitják meg a saját partneri hálózataikat egymás számára;

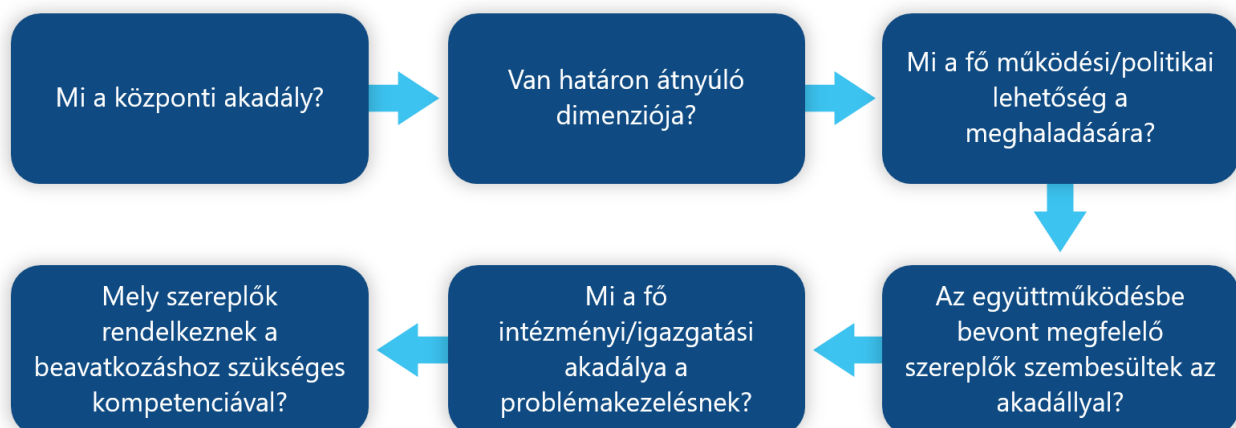
- a finanszírozási lehetőségek inkább a határrégió kívüli (háttérterületi) és/vagy jelentős anyagi autonómiával/kapacitásokkal rendelkező partnerek bevonását igénylik.

Az akadályelhárítás megfelelő szintjének azonosítása

Ahhoz, hogy a projektalapú határon átnyúló együttműködés képessé váljon egyenletesebb és összefüggőbb kezdeményezések megvalósítására, a célkitűzéseinek is egyre ambiciózusabbá kell válnia (az együttműködés elmélyítése csak ezzel párhuzamosan mehet végbe). Ugyanakkor minél komplexebb az együttműködés célrendszere, annál összetettebbé válik a rá vonatkozó jogi keretrendszer is. A határon átnyúló együttműködést akadályozó tényezők bármelyik szinten és szakaszban jelentkezhetnek, de az együttműködés fejlődésével együtt a megoldásuk is egyre magasabb szintű beavatkozást igényel a kompetens helyi és/vagy központi szervek részéről.

Ezért az akadályok feloldására alkalmas megfelelő megoldási lehetőségek azonosítása érdekében fontos a problémakezelés arányos (megfelelő) szintjének felismerésére való képesség. Ez a célkijelölési szintek és a célok elérésére alkalmas valós lehetőségek értékelését foglalja magában.

8. ábra: Az akadályelhárítás megfelelő szintjének azonosítása



A tipikus akadály-fajták (egészségügy-specifikusan)

- **A jogi szabályozás és az ellátórendszer megszervezésének/működésének különbözősége:**
 - a vonatkozó EU-s joganyag alkalmazásának (vagy megfelelő alkalmazásának) hiánya;
 - a nemzeti egészségbiztosítók kölcsönös elismerésének (vagy a kölcsönös elismertségi kör és mérték megállapításának) hiánya;
 - a határon át ingázó munkavállalók megfelelő biztosításának hiánya;
 - kettős (a biztosítás helye szerinti országban biztosítási díj, a szolgáltatás igénybevétele szerinti országban térítési díj megfizetésére vonatkozó) térítési kötelezettség a szolgáltatás igénybevétele során;

- a felelősségi (műhiba stb.) kérdések szabályozásának hiánya vagy nem megfelelő mivolta;
 - az egészségügyi személyzet diplomái/végzettség- és képzettség-igazolásai/szakmai gyakorlata kölcsönös elismerésének, az ekvivalencia feltételei és a teljesítésére irányuló eljárás meghatározásának hiánya;
 - a társadalombiztosítási rendszerek (pl. az egészség- és nyugdíjbiztosítási járulékokban, az ellátórendszer szolgáltatási színvonalában testet öltő) különbségei kevésbé vonzóvá teszik a határon át történő munkavállalást;
 - az egyetemi kórházak akadémiai funkcióinak (ebből eredően a szolgáltatásnyújtásban való részvételének) szabályozása eltérő;
 - orvos-, illetve szakszemélyzethiány;
 - a szolgáltatók előírt felszereltségében/műszerezettségében és elvárt kompetenciáiban, valamint az alkalmazott szakmai/ellátási protollokban meglévő különbségek (tipikusan a mentésnél) ellátási és felelősségi bizonytalanságokhoz vezetnek;
 - a határ két oldalán élők számára hatékony segítségnyújtást lehetővé tevő integráció (pl. informatikai rendszerekben, diszpécser-központok működésében, szakmai protollokban stb.) hiánya;
 - a határon átnyúló együttműködés területére kiterjedő – de a nemzeti adottságokat (ellátórendszer szervezését és működését, az epidemiológiai trendeket stb.) figyelembe véve működő – egészségügyi infrastruktúra- és finanszírozás-tervezés hiánya.
- **A szolgáltatásnyújtásban alkalmazott árképzés/tarifák különbözősége:**
 - a szolgáltatásoknak és a szolgáltatóknak a határ egyik oldalán meglévő magas díjai jelentős egyensúlytalanságot idéznek elő az együttműködésben.
 - **A biztosítók által alkalmazott visszatérítési mértékek különbözősége.**
 - **A határos területeken/országokban nincs horizontális tudás²⁰ az ellátórendszerrel:**
 - nem létezik / kevés és/vagy nem jól strukturált (hozzáférhető) az együttműködésre (az ellátórendszerekre, a szolgáltatások igénybevételére, az alkalmazott tarifákra, térítési eljárásokra stb.) vonatkozó információk köre.
 - **Nyelvi akadályok.**

²⁰ A vertikális tudás: Az egyes dolgokra vonatkozóan megszerzett tudás mélysége. Horizontális tudás: Ahogyan a már igazolt tanulási és ismeretsajátítási folyamat különböző (új) területeken, forgatókönyvekben és technológiákban is alkalmazhatóvá válik (felhasználható a vertikális tudás kialakítására). Minél több/különbözőbb új területen nyer alkalmazást a tanulási/ismeretsajátítási folyamat, annál kiterjedtebb a horizontális tudás.

Az akadályok fennmaradásának lehetséges okai

A jelen munka során adottságnak tekintettük, hogy ezt a tanulmányt csak olyanok veszik a kezükbe, akikben már kialakult a valódi együttműködés szándéka. A jelen tanulmánnyal tehát senkit sem akarunk meggyőzni az együttműködések hasznosságáról, vagy rávenni arra, hogy együttműködések alakítsanak ki, ha eddig nem lett volna ilyen szándékuk. Ezért a továbbiakban a valós együttműködési szándék hiányából fakadó akadályokat nem azonosítjuk, kizárólag azokra az akadályokra fókuszálunk, amelyek elhárítása a tényleg együttműködni kívánók számára nyújthat segítséget elképzeléseik megvalósításához, működésük hatékonyabbá tételéhez.

- **Az államok közötti vitás kérdések megoldásának hiánya.**
- **A nemzeti és a helyi érdekek konfliktusa:**
 - megfelelő konfliktus-kezelési eljárások hiánya,
 - a helyi szükségletek alacsony vagy eltérő prioritása a nemzeti politikai menetrendekben,
 - a határon átnyúló együttműködés politikai menetrendben történő priorizálásának hiánya,
 - a határon átnyúló projektek számára nyújtandó központi támogatás hiánya.
- **Ismeret- és kapcsolathiány:**
 - a központi szint döntéshozóinak nincs személyes kapcsolata azokkal a helyi problémákkal, amelyekkel a határtérségek lakói szembesülni kénytelenek,
 - kevés a tudás és a megértés a nyelvi, kulturális, valamint a nemzeti jogrendek különbözőségéből eredő munkamódszerbeli, intézményszervezési és hatáskörmegosztási különbségek tekintetében.
- **Az azonosított akadályok lebontásához szükséges időráfordítás és a különböző szinten bevonandó szereplők/szervezetek bevonásának hiánya.**
- **A problémák megoldása szempontjából kompetens intézmények a nemzeti igazgatási rendszerekben nem azonos szinten helyezkednek el, és/vagy nem rendelkeznek azonos (a kapcsolatfelvételhez és a közös munkához szükséges) felhatalmazással.**
- **A releváns szereplők és/vagy az érdekhordozók koordinálásának, s a jó kormányzásnak a hiánya:**
 - a határmenti területek egymást kiegészítő funkciói keresésének, megismerésének és megismertetésének (népszerűsítésének) hiánya,
 - a kompetens intézmények rugalmasságának hiánya (a döntéshozatali eljárások központi nemzeti hatóságoktól való túlzott függése),
 - az eltérő nemzeti jogszabályok együttműködést akadályozó különbségeinek fenntartása, a különbségek meghaladására alkalmas közös megoldások kidolgozásához szükséges idő- és munkaráfordítás hiánya,
 - a határon átnyúló együttműködés révén szerzett tapasztalatok nemzeti jogalkotásban és a nemzeti hatóságok működésében történő figyelembevételének hiánya,
 - a releváns nemzeti hatóságok közötti együttműködési megállapodások, kétoldalú/(szak)politikai egyezmények hiánya (pl. a határmenti régió kórházaiban a



másik oldal lakosságának nyújtott egészségügyi ellátások költségeinek visszatérítéséről, a határon átnyúló egészségügyi infrastruktúra közös tervezési és finanszírozási tevékenységéről stb.).

- **Forráshiány (a kitűzött célokhoz képest aránytalanul kevés forrás).**

Az egyoldalú akadálykezelés lehetőségei

A határon átnyúló együttműködés útjában álló akadályok egy része egyoldalúan – a határ túloldalán lévő partnerek bevonása nélkül is – hatékonyan kezelhető. Ezek a saját hatáskörben kezelhető akadályok tipikusan az ismeretbővítéssel, az együttműködési készség és képesség fejlesztésével, s a nemzeti jogi és intézményi eszközrendszer alakításával kapcsolatosak:

- a jogi keretek (jogosultsági/igénybevételi feltételek, finanszírozás, ellátórendszer-tervezés, területi ellátási kötelezettség, várólisták stb.) és a határtérségekre fókuszáló nemzeti jogalkotás fejlesztése;
- a határtérségek és a nemzeti központ szereplői közötti kapcsolatok intenzitásának fokozása, az interakciók és a kölcsönös részvétel, a bevonás gyakorítása;
- a társfinanszírozási lehetőségek (pl. magánbiztosítás figyelembe vételének) bővítése;
- államilag támogatott pilot-projektek indítása;
- a határon átnyúló együttműködésekkel összefüggő szempontok horizontális szempontként történő érvényesítése az ágazati reformelképzelések kidolgozása és végrehajtása során;
- felkészítő és képzési programokon való térítésmentes részvétel lehetőségének biztosítása a központi államigazgatás részéről a helyi igazgatási szereplők számára a határon átnyúló együttműködésekre vonatkozó releváns ismeretek bővítése érdekében;
- a központi, regionális és helyi (intézményi) tervek összehangolása, kötelező tervhierarchia (az alacsonyabb szintű tervek a magasabb szintűekhez igazodjanak) és alulról felfelé történő tervezéssel (vagyis országos tervet ne lehessen kidolgozni a helyi folyamatok és tények ismeretének hiányában);
- a közigazgatás hatékonyságának fokozása;
- a helyi szereplők határon átnyúló együttműködésekkel összefüggő jogainak, lehetőségeinek világos definíciója, az illetékességi és hatáskörök, a felelősség viszonyainak tisztázása,
- felesleges (a manipulálhatóság szempontjából politikailag talán hasznosnak tűnő, de a működőképesség szempontjából káros, az adófizetők pénzével való gazdálkodás szempontjából pedig visszaélészerű) párhuzamosságok, szétartó döntéseket eredményező, a kezdeményezéseket kölcsönösen kioltó rivális döntési fórumok megszüntetése a „cipőt a cipőboltból” elv egyszerűségével és átláthatóságával, a széleskörű partnerségnek és a különböző érdekhordozói szándékok megjelenítési lehetőségének a döntés-előkészítésben való garantálásával.

A kétoldalú akadálykezelés lehetőségei

- A nemzeti jogszabályok különbözőségéből fakadó problémákat (akár a nemzeti jog alapvető megváltoztatása nélkül is) áthidalni képes kétoldalú egyezmények, megállapodások kidolgozása pl. a közös adatgyűjtés és -elemzés, az ellátórendszeri tervezés tekintetében stb.
- Az együttműködésben a határ két oldalán tapasztalható aszimmetria kiegyenlítésére irányuló mechanizmusok kidolgozása és alkalmazása (pl. adott szakmacsoportokban nyújtott speciális ellátások megosztása: egyik típus a határ egyik, másik a másik oldalán fejlesztendő, így nem kell mindkét oldalon azonos (párhuzamos) kapacitásokat építeni, az így megosztható kapacitások körét pedig az igénybevételi adatok és a finanszírozási díjak alapján jelölik ki az aszimmetria kialakulásának megelőzése érdekében).
- Finanszírozási eszközök (források, tarifák, ösztönzők stb.) összehangolása, közös elszámolása, finanszírozási eljárás(ok) kialakítása.
- A határon átjáró munkavállalók státuszának rendezése lakhelyáthelyezés nélkül (a munkavállaláshoz szükséges jogi feltételek egyértelműsítése stb.).
- Sztenderdizált kiválasztási/alkalmazási feltételek és gyakorlat a specializált személyzet számára.



6.5 Megoldások a határon átnyúló együttműködés problémáinak kezelésére

A határon átnyúló együttműködés különböző területein azonosítható jó gyakorlatok tekintetében összességében elmondható, hogy azok a határon átnyúló együttműködési struktúrák tudnak sikeresen működni – az egészségügyben is – amelyek:

- hosszú ideje fennálló formalizált és stabil intézményi struktúrában működnek (amelyekben az együttműködés nem ad hoc, hanem rendszeres feladat, ezért jó intézményközi és személyes kapcsolatok alakultak ki az együttműködésben résztvevő partnerek és szervezetek között, így az együttműködés a bizalom légkörében működik és tradícióvá válhat),
- az együttműködéshez szükséges gyakorlati – technikai és működési részletkérdéseket – a központi szinten megkötött keretmegállapodások felhatalmazása alapján (és azokkal összhangban) a szükséges mértékben egymás közt, helyben is rendezhetik,
- a központi közigazgatás folyamatos nyomon követése mellett és támogatásával működnek (pl. a központi kormányzat strukturált dialógus keretében rendszeresen megvitatja szomszédjaival a közös határszakaszokon zajló együttműködéseket, a határon átnyúló együttműködésre számot tartó és a helyi szereplők bevonásával kezelhető kérdéseket stb.), eljárásaikban képessé váltak az összehangolt közös működés gyakorlatának (egyfajta közös szakmai nyelvnek a) kialakítására és fenntartására,
- ismerik az EU-s jogszabályokat és azokkal összhangban tevékenykednek, a forrásszerzés során képesek meggyőzően azonosítani azt is, hogy kezdeményezéseik – amellet, hogy egy vagy több helyi problémát kezelnek – miért fontosak (milyen hozzáadott értéket biztosítanak) az EU számára,
- közös tervezést és erőforrás-gazdálkodást is végeznek, projektkezdeményezéseik a határtérség valós szükségleteire reflektálnak (a közös tervezésben megvalósított szükségletelemzésen alapulnak), és a kezdeményezések végrehajtásában érdekelt érdekhordozóktól erednek,
- folyton keresik a hatékonyság fokozásának lehetőségeit, elismerik, hogy a közös problémák közös megoldást igényelnek, amelyet akár a közös célkitűzések elérésére használható közös anyagi erőforrások elkülönítésével, közös alapképző tevékenységgel, közös (legalább problémafókuszú) testületekkel, munkaszervezetekkel is támogatnak,
- rendszeres nyilvános kommunikációs tevékenységet folytatnak, tevékenységüket beágyazzák a helyi és nemzetközi szakmai műhelyek (egyetemek, együttműködési fórumok stb.) tevékenységébe, a jó gyakorlatokat terjesztő fórumokat alakítanak ki a potenciális partnerek érzékenyítésére, becsatornázzák az elérhető kommunikációs eszközöket saját eredményeik ismertté tételében.

6.6 Mire figyelünk feltétlenül a határon átnyúló egészségügyi együttműködések kialakításakor?

6.6.1 A közfinanszírozásban kötelező betegsorrend van

Az előző fejezetekből megismerhettük a határon átnyúló együttműködések és a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködések kialakulását, jelentőségét, fogalmi apparátusát. Az együttműködések hatékony működése érdekében és a partnerek megfelelő tájékoztatására tekintettel azonban néhány további kérdésre is ki kell térni. A jelenlegi jogszabályi keretek között is azonosíthatók azok az egészségügyi szolgáltatások, amelyek tekintetében a magyarországi egészségügyi szolgáltatók kapacitásaik egy szigorúan körülhatárolt részével szabadon gazdálkodhatnak, külföldi betegforgalmat bonyolíthatnak. Tehát jogszabály-módosítás nélkül már jelenleg is lehetséges a magyarországi egészségügyi szolgáltatók számára pótlólagos bevételgyarapodást generáló külföldi betegforgalom kialakítása. A lehetőségeket meghatározó legfontosabb szempontokat az alábbiakban részletezzük.

I. Az egészségügyi szolgáltató

Ki nyújtja az egészségügyi szolgáltatást a külföldi beteg részére?

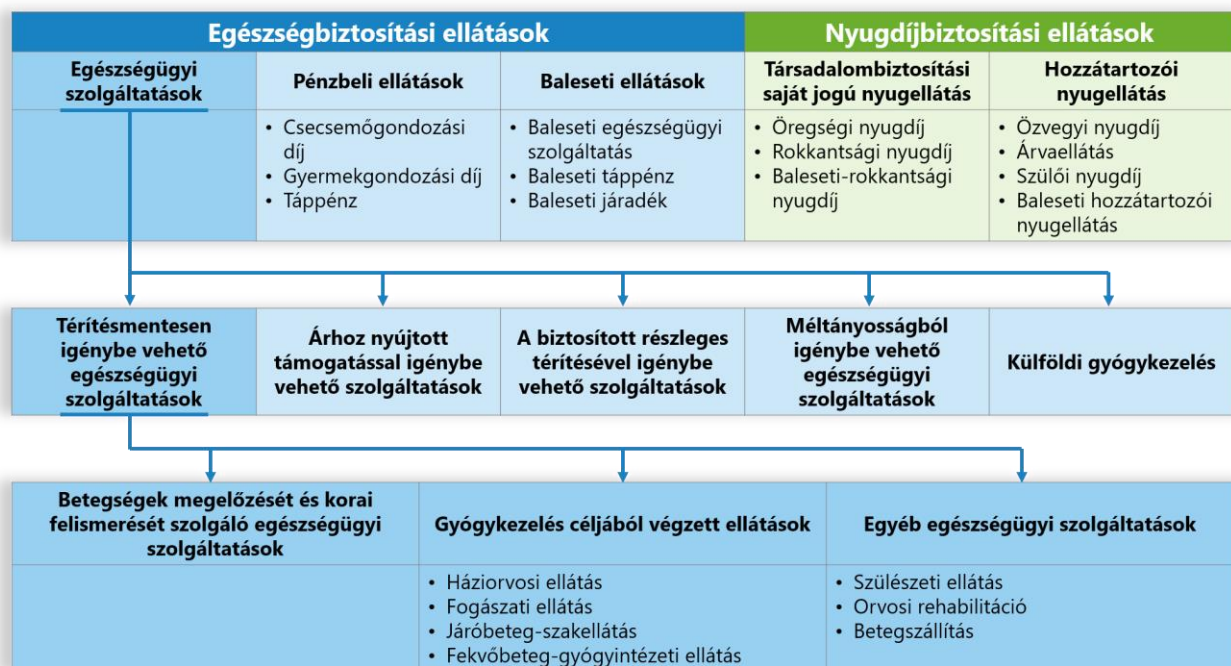
- I/1. Vagy olyan magyar egészségügyi szolgáltató ajánlja ki a szolgáltatásait külföldre (bonyolít külföldi betegforgalmat), amely a NEAK-kal az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999 (III.3.) Kormányrendelet alapján finanszírozási szerződésben áll. ► **Finanszírozott szolgáltató**
- I/2. Vagy az E-Alapból finanszírozásban nem részesülő (magán) egészségügyi szolgáltató. ► **Nem finanszírozott szolgáltató**

II. Az egészségügyi szolgáltatás

Milyen egészségügyi szolgáltatást nyújt a szolgáltató a külföldi beteg részére?

- II/1. Vagy az 1997. évi LXXXIII. törvényben meghatározott – a magyar állampolgár biztosítottakra irányadó (a társadalombiztosítás „biztosítási csomagjába tartozó”) térítésmentes, vagy (részben, egészben) térítésköteles – szolgáltatást nyújt. ► **TB ellátási csomagba tartozó**
- II/2. Vagy a törvényben meghatározottaktól eltérő (a „biztosítási csomagba” nem tartozó), de mindenkor a Magyarországon érvényes szakmai szabályoknak megfelelően gyakorolt, és mindenkor térítésköteles szolgáltatást nyújt. ► **Nem az ellátási csomagba tartozó**

9. ábra: Az egészségbiztosítási és a nyugdíjbiztosítási ellátások



III. A külföldi beteg

Ki veszi igénybe a magyar egészségügyi szolgáltató által kijelölt egészségügyi szolgáltatást?

III/1. Vagy a 883/2004/EK rendelet személyi hatálya alá tartozó külföldi személy (valamely EGT-tagállam állampolgára). ► **EGT-állampolgár**

III/2. Vagy a 883/2004/EK rendelet személyi hatálya alá nem tartozó külföldi személy (nem valamely EGT-tagállam állampolgára), aki egyúttal egy Magyarország által kötött kétoldalú egyezmény hatálya alá tartozik. ► **Egyezményes, nem EGT-állampolgár**

III/3. Vagy a 883/2004/EK rendelet személyi hatálya alá nem tartozó külföldi személy (nem valamely EGT-tagállam állampolgára), aki egyúttal egyetlen Magyarország által kötött kétoldalú egyezmény hatálya alá sem tartozik. ► **Nem egyezményes, nem EGT-állampolgár**

IV. Az elérhető bevétel

Milyen bevétel várható a szolgáltatás nyújtásáért a külföldi betegtől?

IV/1. Vagy a NEAK által a 43/1999 (III.3.) Kormányrendelet alapján az E-Alapból folyósított finanszírozás. ► **Finanszírozási díj**

IV/2. Vagy az egészségügyi szolgáltató szokásos díjszabásában meghatározott szolgáltatási díj. ► **Szabad ár**

V. Az ellátás időpontja

A magyar állampolgár biztosított beteg ellátásához képest mikor kerülhet sor a külföldi beteg ellátására?

V/1. Vagy jogszabály határozza meg, mikor lehet.

V/2. Vagy az egészségügyi szolgáltató határozza meg.

A fenti szempontok mindegyike befolyásolja, hogy egy a hazai ellátórendszerbe történő pótlólagos forrásbevonást célzó, a minél nagyobb létszámú fizetőképes külföldi keresletre alapozó külföldi betegellátási rendszer kialakítása ma Magyarországon milyen sikerrel kecsegtet.

A fenti szempontok alapján mindez például a következőket jelenti: Egy E-Alapból finanszírozott szolgáltató, amennyiben a TB ellátási csomagba tartozó ellátást nyújt, nem fogadhat tetszőleges számú külföldi beteget tetszőleges időpontban, mert csak a szabad kapacitásai terhére fogadhatja, és a magyar biztosítási jogviszonnyal rendelkező betegek ellátása után részesítheti ellátásban őket (a sürgősség kivételével) és ekkor is csak annyi beteget, ahány számára a szabad kapacitásai elegendőek. Ezen kívül, ha a beteg engedélyes EGT-állampolgár vagy egyezményes külföldi, akkor nem számlázhat ki nekik a szolgáltatásért a saját díjszabásában meghatározott tetszőleges összeget, csak az E-Alap finanszírozására tarthat igényt.



A további példák helyett az összes lehetséges szempontot és azok hatását összefoglaltuk a következő táblázatban. A fenti 11 szempont figyelembe vételével a külföldi betegforgalom kialakítására az alábbi lehetőségek nyílnak:

6. táblázat: A 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 leköötött kapacitások terhére.	Kizárólag a magyar betegek után (sürgősség esetét kivéve) a finanszírozási szerződésben le nem köötött kapacitások terhére.	Az egyezmények szabályai szerint a magyar betegekkel egy sorban (azonos elbírálás) a finanszírozási szerződésben leköötött kapacitások terhére.	Kizárólag a magyar betegek után (sürgősség esetét kivéve) a finanszírozási szerződésben le nem köötött 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.

A táblázat alapján tehát látható, hogy egy-egy beruházásról szóló döntéskor az elérhető bevétel önmagában nem elegendő a megalapozott döntéshez. Arra is tekintettel kell lenni, hogy a beteg mikor juthat hozzá az általa igényelt ellátásokhoz.

A táblázat alapján tehát látható, hogy egy-egy beruházásról szóló döntéskor az elérhető bevétel önmagában nem elegendő a megalapozott döntéshez. Arra is tekintettel kell lenni, hogy a beteg mikor juthat hozzá az általa igényelt ellátásokhoz.

Ennek az az oka, hogy a fizetőköteles külföldiek ellátása 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 ellátásra állnak rendelkezésre (1997. évi LXXXIII. törvény 18. §, (2) és (3) bekezdés):

„18. § (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) *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) *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.”*

A fenti (2b) és (3) bekezdés kiemelt rendelkezései alapján a biztosítottakat a külföldiekhez képest előnyben kell részesíteni az ellátás során, azaz a magyar biztosítottakkal azonos elbírálásra nem jogosult külföldiek ellátása a biztosítottak (és a velük azonosan elbírálható külföldiek) ellátását nem akadályozhatja (kivéve a sürgősség eseteit az eütv. 243.§ (3) bekezdése szerint). Más szavakkal: a törvény a nem uniós külföldi betegekről hallgat, amiből az következik, hogy tőlük egy közfinanszírozott magyar egészségügyi szolgáltató csak a sürgősségi ellátást nem tagadhatja meg. A területi ellátási kötelezettséggel rendelkező szakellátók azonban az ő ellátásukat a törvényi feltételek fennállása esetén megtagadhatják. **Az E-Alapból finanszírozott és a TB ellátási csomagba tartozó szolgáltatót nyújtó szolgáltatók tehát sohasem vehetik előre a magyar biztosítottakkal azonos elbírálásra nem jogosult külföldi betegeiket, még akkor sem, ha a finanszírozási díj helyett a saját díjszabásukban meghatározott díjat kiszámlázzhatják nekik.**



Ezeket a szolgáltatókat tehát:

- korlátozza a felszámítható díj (mert, ha engedélyes EGT-állampolgárt vagy egyezményes külföldit látnak el, nem számíthatnak fel semmit),
- korlátozza a betegellátás jogszabályban előírt kötelező sorrendje (a magyar biztosítottakkal azonos elbírálásra nem jogosult külföldi állampolgárok egészségügyi ellátása nem akadályozhatja a magyar állampolgár biztosítottak vagy a velük azonos elbírálásra jogosult külföldiek részére nyújtott ellátást) és végül
- korlátozza a lekötött kapacitásuk (mert csak a szabad kapacitásaik terhére fogadhatnak a magyar biztosítottakkal azonos elbírálásra nem jogosult külföldieket, emiatt – megfelelő bővítés vagy korszerűsítés nélkül – nem fogadhatnak olyan beteglétszámot, amely mellett még az alacsony finanszírozási díjakkal is jelentős bevételt érhetnének el).

Ez persze közel sem azt jelenti, hogy egyáltalán nem fogadhatnak olyan külföldi betegeket, akik a szolgáltatásért fizetnek! Fogadhatnak, éppen csak figyelembe kell venniük a fentieket.

Ezzel szemben ugyanez az E-Alapból finanszírozott szolgáltató, ha a hozzá érkező külföldi beteg nem TB ellátási csomagba tartozó szolgáltatásokat kíván igénybe venni, a NEAK-finanszírozás helyett a saját díjszabását érvényesítheti még akkor is, ha a külföldi beteg engedélyes EGT-állampolgár!

A fentiekre tekintettel tehát a legmagasabb beteglétszám és a legmagasabb bevétel a nem TB ellátási csomagba tartozó szolgáltatásokat nyújtó szolgáltatóknál valószínűsíthető. (Ezeknek az ellátásoknak a körét és nyújtásának módját a 1997. évi LXXXIII. törvény és 284/1997. (XII. 23.) Kormányrendelet határozza meg.)

Attól a beruházástól azonban, amely a szolgáltatási díjak meghatározásakor a mindenkori magyar fizetőképes keresletre nincs tekintettel (csak külföldi vendégekre számít és a magyar betegek ellátásában való részvételtől lemond), nem várható a magyar egészségügyi ellátórendszer működésének külföldi tőkebevonással megvalósuló olyan javítása, amely a magyar biztosítottak szélesebb rétege számára is kézzel fogható minőségi növekedést, érzékelhető javulást eredményezhet.

A fentiekre tekintettel ezért a legnagyobb – a magyar (társadalombiztosítási) egészségügyi ellátórendszer számára is haszonnal kecsegtető – eredmény azon beruházásoktól várható, amelyek **a TB ellátási csomagba tartozó szolgáltatásokat is nyújtó** E-Alapból finanszírozott szolgáltatóknál a szabad díjszabással értékesíthető (a nem TB ellátási csomagba tartozó) szolgáltatások területén valósulnak meg (pl. gyógyfürdő, ahol a szolgáltatást emelt szintű hotelszolgáltatással – de nem kizárólag csak azzal – is igénybe lehet venni). A fenti táblázatban ezeket a szolgáltatásokat jelöli a kék keret.

Csakis ezek a beruházások biztosíthatják ugyanis a lehetőséget arra, hogy a szolgáltatók (a korábbinál nagyobb arányban, rendszeresen, szervezeten és folyamatosan érkező igények kielégítése révén magvalósuló) addicionális forrásbevonással megfelelő anyagi bázist képezzenek, amely – mértékétől függően – visszaforgatható a szélesebb lakosság által látogatott és tapasztalt TB ellátási csomagba tartozó szolgáltatások feltételeinek javítására is.

6.6.2 A közfinanszírozott ellátórendszert fejlesztő EU-s források elérése és finanszírozási hatása

Az Európai Unióban egységes egészségügyi és társadalombiztosítási rendszer hiányában a tagállamokban az egyes szolgáltatások kínálata és minősége jelentősen eltérhet egymástól. Amikor az Európai Unió Bizottsága úgy értékelte, hogy emiatt ugyanolyan fejlettségbeli különbségek alakulhatnak ki Európa egyes (határmenti) régiói között, mint egykor a tipikusan területfejlesztési mutatók (hálózatos infrastruktúra stb.) tekintetében, s a kiegyenlítésben az országhatárok ugyanolyan korlátozó – az innovációk térbeli terjedését akadályozó – szerepet játszhatnak, ezeknek a negatív hatásoknak a mérséklése egyúttal közösségi pénzeszközök rendelkezésre bocsátását is elhatározta, és a határon átnyúló együttműködések fejlesztésének pénzügyi támogatását az EU Strukturális és Befektetési Alapjai, valamint az Európai Területi Együttműködés rendszerébe illesztette.

A határon átnyúló együttműködések fejlesztéséhez felhasználható – és Magyarországon is elérhető – uniós források felhasználása ugyanakkor egy fontos hatással jár: eszközbeszerzésre és a működés korszerűsítésére (az infrastruktúra fejlesztésére) felhasználhatók, de a kialakított infrastruktúra működési költségét a megvalósítónak kell fedezni, ami következetes és előrelátó tervezést igényel.

A közösségi támogatások ráadásul nem is használhatók fel automatikusan a tagállami egészségügyi tevékenységek, határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködések fejlesztésére, mert a tagállami egészségügyi szolgáltatások, társadalombiztosítási rendszerek megszervezése nem közösségi, hanem tagállami feladat. Amikor tehát az Unió a tagállami egészségügybe történő befektetés céljára közösségi forrásokat biztosít, tulajdonképpen áttöri a saját korábbi nagyon szigorú költségvetési és támogatási politikájának alapelveit, amelyek többek között kimondták, hogy közösségi forrásokból, csak közösségi kompetenciába tartozó tevékenységek támogathatók.

Az egészségügyre fordítható támogatások tehát egyáltalán nem tekinthetők a közösségi támogatások rendes formáinak. Minden tekintetben rendkívüli támogatási lehetőségéről van szó, amelynek a felhasználhatóságát – rendkívüli jellegére tekintettel – az Unió szigorú szabályokhoz és feltételekhez köti. Az Európai Bizottság 2004. április 20-án közleményben erősítette meg a betegmobilitás és az egészségügy közösségi eszközökkel történő fejlesztésének szükségességét a COM(2004) 301 számú dokumentumában (*Közlemény a betegek mobilitásáról*):

„A munkafolyamat felkérte a Bizottságot, a tagállamokat és a csatlakozó országokat, hogy gondolják át, hogyan könnyíthető meg az egészségbe, egészségügyi infrastruktúra fejlesztésébe és készségfejlesztésbe történő befektetések bevonása kiemelten fontos területként a meglévő közösségi pénzügyi eszközök keretében történő finanszírozásba, különös tekintettel az első célkitűzéshez tartozó területekre. [...] ennek a javaslatnak a továbbvitele azon múlik, hogy az érintett régiók és országok az egészségbe és egészségügyi infrastruktúrába történő befektetést európai támogatási prioritásként határozzák meg. A Bizottság a tagállamokkal együttműködve, az Egészségügyi Szolgáltatások és Orvosi Ellátás Magas Szintű Csoportja közreműködésével, és az érintett pénzügyi eszközök megfelelő struktúrái révén azon fog munkálkodni, hogy az egészség megfelelő hangsúlyt kapjon az átfogó tervek kidolgozása során.”



A közlemény két konkrét következménnyel járt.

- Az egyik, hogy létrehozta az Egészségügyi Szolgáltatások és Orvosi Ellátások Magas Szintű Csoportját, amely 2004. július 1-től működik, hat fő terület – többek között a határon átnyúló egészségügyi ellátások nyújtása – fejlesztését célozva. Ez azt jelenti, hogy állandó testület jött létre az Unió szervezeti rendszerén belül, amely a közösség szintjén foglalkozik a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködések fejlesztésének lehetőségével. A másik – talán még az előzőnél is fontosabb – következmény az a burkolt üzenet, amelyet a közlemény idézett részében a kiemelés jelöl. A kiemelt szövegrész ugyanis egyértelművé teszi, hogy a közösségi források tagállami egészségügyi fejlesztésekhez való felhasználása attól függ, hogy a tagállamok fejlesztési igényeiket „európai támogatási prioritásként” határozzák-e meg. Ez az a körülmény, ami miatt a közösségi pénzeszközök tagállami egészségügyben való felhasználása nem automatikus.

Más szavakkal: az Unió nem vitatja, hogy a közösségi pénzeszközök a tagállami egészségügyi fejlesztések támogatására is felhasználhatók. Ennek egy feltétele van: maga az érintett tagállam igényelje ezt. Az igénylés formája, módja: a tagállam a saját egészségügyi projektjeit európai támogatási (azaz európai támogatással megvalósítani kívánt) prioritásként határozza meg. Ez nem jelent mást, mint az egészségügyi prioritások (határon átnyúló egészségügyi együttműködések esetében a határon átnyúló jelleggel együtt történő) beépítését azokba az országos és ágazati fejlesztéspolitikai tervdokumentumokba, amelyek az európai támogatási prioritásokat egyébként tartalmazzák.

Ezek a dokumentumok egymásra épülnek, vagyis, ami az elsőből kimarad, az nem kerülhet bele a másodikba és így tovább. A nemzeti szintű tervezés végtermékei tehát – minden jó szándék mellett – csak akkor fogják tartalmazni a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködések közösségi támogatásának igényét, ha ez az igény már az előkészítő dokumentumokban is megjelenik. A kései felismerés tehát nem segít.

Összefoglalva, ha a magyar tervdokumentumokba nem kerül bele a határon átnyúló egészségügyi együttműködés célja, akkor a közösségi támogatások, amelyek egyébként a tagállami egészségügy fejlesztésére is felhasználhatók lennének, Magyarország számára elérhetetlenek maradnak. A nemzeti tervdokumentumokba való beépítés ugyanis a közösségi források lehívásának legelső feltétele.

A források egészségügyi célú felhasználásának a közfinanszírozásra gyakorolt hatását illetően az alábbiakat fontos tudni az együttműködések előkészítése és EU-s társfinanszírozású projektjeinek megtervezése és végrehajtása során.

- Az EU Strukturális és Befektetési Alapjai, valamint az Európai Területi Együttműködés forrásainak felhasználása pályázati rendszerben történik. A Strukturális és Befektetési Alapok forrásaira csak a tagállamok nemzeti fejlesztési terveiben szereplő projektek megvalósítása érdekében lehet pályázni, míg az Európai Területi Együttműködés forrásai csak az érintett határrégiók által közösen elkészített és a Bizottság által elfogadott Európai Területi Együttműködés program céljaira használhatók.

- Az uniós források a pályázatok megvalósítására jellemzően csak részben elegendők. A Strukturális és Befektetési Alapok forrásai a teljes projektérték 90, 75, 50 %-át fedezik, a maradékot a megvalósítónak saját forrásaiból kell fedeznie (adicionális). Kivételt képeznek egyes H2020-as kiírások, ahol 100%-os támogatási intenzitás is lehetséges.
- Egészségügyi projektek esetében azonban a költségvetési terhek növekedhetnek attól függően, hogy a projekt eredményeként megvalósult beruházást (épületet, eszközt, műszert stb.) a pályázat nyertese közfinanszírozásban kívánja-e működtetni. Az EU ugyanis csak beruházást (pl. gépek/műszerek vásárlása) támogat, működést (pl. a megvásárolt gépeket/műszereket üzemeltető egészségügyi szolgáltató finanszírozása) nem.
- Erre tekintettel a működés finanszírozási forrásairól a közfinanszírozotti körön kívül, üzleti formában működtetni kívánt beruházások esetén magának a megvalósítónak, a közfinanszírozásban működtetni kívánt beruházások esetében viszont az államnak kell gondoskodni, a szolgáltató (és megnövekedett kapacitásai) működését az E-Alapból kell finanszírozni. Ha a finanszírozási kiadások növelésére nincs mód, akkor a fejlesztést úgy kell megtervezni, hogy a szolgáltató már finanszírozott kapacitásaiból kell annyit „feláldoznia”, amennyi a megvalósítani kívánt fejlesztés működtetéséhez szükséges forrásokat felszabadítja, és az új célra felhasználhatóvá teszi. Ez a NEAK-kal és az ÁEEK-kel való előzetes egyeztetést feltételez.

Az E-Alapból történő finanszírozás tehát nem automatikus következménye egy nyertes EU-s pályázatnak. Amennyiben a pályázati támogatással megvalósított beruházás eredményeképpen az egészségügyi szolgáltató finanszírozási szerződésében foglalt bármely körülmény megváltozik – pl. kapacitástöbblet vagy teljesítménytöbblet jön létre (pl. olyan gép/műszer vásárlásával, amely egységnyi idő alatt több beteg ellátására képes, mint a korábbi) – akkor a szolgáltatónak és fenntartójának a finanszírozási szerződés és a kapacitáslekötés módosítását kell kérnie a NEAK-tól a létrejött többlet közfinanszírozásba való befogadása érdekében. A hatályos jogszabályok alapján azonban a többlet főszabály szerint nem finanszírozható. A beruházás eredményeképpen létrejött teljesítménytöbblet, kapacitástöbblet csakis kivételes esetben, a finanszírozási szerződés és a kapacitáslekötés módosítására irányuló pályázat NEAK általi befogadása után részesülhet közfinanszírozásban. A NEAK az igény befogadására csak az egészségügyért felelős miniszter és a Pénzügyminiszter együttes támogató döntését követően jogosult. A minisztereknek a döntés meghozatalakor a hatályos jogszabályok alapján azt kell vizsgálni, hogy a többletteljesítmény, többletkapacitás finanszírozására fordítható többletforrások az E-Alap kiadási oldalán a költségvetésben rendelkezésre állnak-e. Ha igen, akkor a többletteljesítmény, többletkapacitás közfinanszírozásba történő befogadására irányuló igénynek megfelelően a szolgáltató finanszírozási szerződését és a fenntartó kapacitáslekötését a NEAK módosíthatja, ellenkező esetben azonban nem. A közfinanszírozásban működtetni kívánt EU-s forrásokból megvalósított beruházások működése tehát végső soron attól függ, hogy az ehhez szükséges költségvetési források az E-Alapban rendelkezésre állnak-e.

Mindez tehát azt jelenti, hogy még egy nem állami (hanem EU-s) támogatással megvalósított beruházás működtetése is állami hozzájárulástól függ (természetesen csak akkor, ha a beruházás működtetését a beruházó a közfinanszírozás keretében képzei el), amit végső soron költségvetési



szempontokra tekintettel adnak vagy tagadnak meg. A megvalósult beruházások révén előálló többletkapacitás és többleteljesítmény működésének finanszírozásához szükséges költségvetési többletforrások hiánya a közfinanszírozásba való befogadás, végső soron a működés gátja lehet. Ez pedig a projekt fenntarthatóságát is veszélyezteti.

A 2004-2006 közötti ezt a problémát Magyarország úgy oldotta meg – költségvetési többletforrás akkor sem állt rendelkezésre – hogy partnerségre kényszerítette az egy régióba tartozó egészségügyi szolgáltatókat (azzal, hogy ki-ki döntse el, hogy mely kapacitásáról mond le a nyertes pályázó javára), vagy intézményen belüli struktúramódosítást írt elő (azzal, hogy a nyertes pályázó nevezze meg, hogy a pályázati források elnyerése esetén melyek azok a szakterületek, amelyeken a lekötött kapacitásait és a teljesítményét csökkenti) annak érdekében, hogy az így létrejövő csökkenéssel felszabadult finanszírozási forrásokat a NEAK a nyertes uniós pályázat révén megvalósuló beruházások működtetésére fordíthassa. Ez – az országos és helyi kapacitástervezés keretében – most is járható út.

Az adott régió egészségügyi szolgáltatóinál meglévő kapacitásbeli párhuzamosságok (több intézménynél is meglévő azonos szakmai profilok, amelyeket egyes intézményekben nem azonos mértékben használnak ki) ugyanis tipikusan olyan kapacitásokat jelentenek, amelyeket a partnerek felajánlhatnak egymásnak egy ilyen kényszerű partnerségben, és amely így kitermelheti az új, egyedi, speciális kapacitások működéséhez szükséges finanszírozási forrásokat.

A kapacitásmódosítási kényszert csak akkor lehet elkerülni, ha az E-Alap kiadási oldalán az EU-s pályázatok révén megvalósuló beruházások működésére elkülönített előirányzatot hoznak létre, vagy legalábbis az ilyen beruházások révén előálló teljesítmény- és kapacitástöbblet finanszírozására szolgáló többletforrások az E-Alap költségvetésébe bekerülnek. Amennyiben erre nem kerül sor, a kapacitásmódosítási kényszert a következő EU-s költségvetési időszak pályázati kiírásainak is tartalmaznia kell.

Összefoglalva: az EU-s forrásokkal megvalósított egészségügyi beruházások működése az E-Alapból – költségvetési többletforrások biztosítása nélkül – csak akkor finanszírozható, ha nem jár többletkapacitással, illetve csak addig a mértékig finanszírozható, amíg nem haladja meg a szolgáltató hatályos finanszírozási szerződésében lekötött kapacitások mértékét. A lekötött kapacitások mértékén felüli kapacitások befogadására – a nyertes EU-s pályázattól függetlenül – külön befogadási eljárást kell lefolytatni, a pályázók ugyanis kötve vannak a hatályos jogszabályokhoz, amelyek a többletkapacitások befogadására irányuló eljárás lefolytatását előírják. Amennyiben tehát a pályázati dokumentációból az erre vonatkozó figyelmeztetés kimarad és a nyertes pályázó beruházása többletkapacitáshoz vezet, a többletet csakis a hivatkozott jogszabályokban rögzített eljárások lefolytatása után – azaz a szolgáltató többletkapacitás befogadása iránti pályázata és az Egészségügyi- és a Pénzügyminiszter arra vonatkozó egyetértő támogatása esetén – lehet a közfinanszírozásba befogadni. Befogadás hiányában a pályázónak a megvalósult beruházás működésének fenntartása érdekében az E-Alap helyett más forrásból kell fedezetről gondoskodnia.

6.6.3 A megvalósítás első lépései

Amennyiben eldöntöttük, hogy határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási és szolgáltatói együttműködést kívánunk létrehozni, vagy annak részesévé válni, és már azt is tudjuk, hogy

- milyen partnerekkel (kik?),
- milyen területeken, tevékenységek/szolgáltatások tekintetében (mit?),
- milyen földrajzi térben (hol?),

kívánjuk létrehozni/fejleszteni az együttműködést, továbbá

- milyen közösségi forrásokból kívánjuk biztosítani az indulást [EU],
- és milyen forrásokból kívánjuk biztosítani a működést [saját, vagy nemzeti] (miből?),

akkor megtehetjük az első lépéseket fejlesztési elképzeléseink megvalósítása felé.

Ehhez a következő körülményeket mindenképpen célszerű figyelembe venni:

1)

A leendő együttműködések szervezőinek és partnereinek pontosan meg kell ismerni egymás kapcsolatrendszerét. Az a tény ugyanis, hogy a határon átnyúló együttműködések immár Magyarország teljes határszakaszát lefedik, egyszerre jelent előnyt és potenciális hátrányt is. Hátrányt jelenthet abban az esetben, ha egyazon földrajzi területre több együttműködés is kiterjed. Tipikusan ez a helyzet a nagytérségi együttműködések kiegészítő helyi kezdeményezésekkel, hiszen ezek eleve a nagyobb térség egy-egy al régiójában alakultak ki. A nagytérségi és a kisebb jelentőségű helyi együttműködések között azonban mára kialakult egyfajta munkamegosztás, ezért a működés hatékonyságát veszélyeztető átfedésektől itt kevésbé kell tartani. Az átfedések ott válhatnak igazán a hatékony működés akadályává, ahol ugyanazon a földrajzi területen ugyanazon partnerek több egymással párhuzamosan létrehozott, azonos vagy hasonló célra szerveződött együttműködésnek is tagjai. Ez a helyzet például a Duna és az Ipoly torkolatvidékén kialakult együttműködésekkel. Az Ipoly-torkolat területén három határon átnyúló együttműködés létezik: a Rába-Duna-Vág EGTC, a Pontibus EGTC és az Ister-Granum EGTC. A pusztán a nemzeti területen belüli kistérségi együttműködésekről akkor még nem is beszéltünk. A partnerek nagy száma, azonos vagy hasonló érdekei megfelelő összehangoltság nélkül ahelyett hogy erősítenék, inkább kioltják egymást. Erre tekintettel az együttműködések sikere érdekében alapvető fontosságú, hogy még az együttműködések előkészítése során a résztvevők az összes párhuzamos struktúrát feltérképezzék és választ adjanak arra a kérdésre, hogy ezek céljai hogyan illeszkednek a létrehozni kívánt határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködés célrendszeréhez, illetve – ha lehetséges – hogyan integrálhatók az új együttműködésbe.

2)

Fontos felismerni, hogy a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések Strukturális és Befektetési Alapok segítségével történő fejlesztése a fenntarthatóság érdekében nemcsak a leendő együttműködő helyi partnerek, hanem az egyes ágazati fejlesztések felelősei közötti szoros egyeztetést is szükségessé teszi. Az egészségügyi



ellátórendszert érintő fejlesztések ugyanis – amint azt a leginkább éppen a magyar-szlovák relációban Szob és Ipolyság (Šahy) esete mutatja – ezer szállal kapcsolódnak más, tipikusan a határátkelést megkönnyítő közlekedési infrastruktúra-fejlesztéssel összefüggő elképzelésekhez. A határon átnyúló együttműködések hatékonyságának és fenntarthatóságának ugyanis a határok átjárhatósága az alapfeltétele. Ennek biztosítása az ágazatok egyformán fontos érdeke. A tervezést tehát egymásra tekintettel kell megvalósítani. Szob és Ipolyság (Šahy) együttműködéséhez visszatérve a határátkeléshez kapcsolódó közlekedési infrastruktúra fejlesztésének elmaradása a megvalósuló egészségügyi együttműködések beruházásai esetében azt jelenti, hogy a potenciális igénybevevői kör nem jut el a megvalósult beruházás helyszínére, nem kerül abba a helyzetbe, hogy a felkínált szolgáltatást igénybe vegye. Ezért vagy csak olyan területeken lehet a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések támogatni, ahol a megfelelő közlekedési infrastruktúra már eleve rendelkezésre áll, vagy a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések támogatásával együtt az azt kiszolgáló közlekedési infrastruktúra fejlesztésének támogatásáról is gondoskodni kell. Mivel a határtérségekben a határátkeléshez szükséges infrastruktúra az ország határterületein jellemzően elégtelen kapacitású, az utóbbi esetre kell felkészülni (kedvező helyzet csak az osztrák határon van, ahol minden 9 km-en, a szlovénen, ahol 10 km-enként és a szlovákon, ahol minden 18 km-re jut átlagban egy-egy átkelő). Ennek érdekében a koordináció kiemelt fontosságú cél. Ennek keretében az egyes ágazati tervezőknek meg kell ismerni egymás fejlesztési elképzeléseit, és közösen fel kell térképezniük azokat a közlekedési infrastruktúra-fejlesztési igényeket, amelyek megvalósulása a határon átnyúló egészségügyi együttműködések működőképességét is elősegíti, illetve amelyek elmaradása a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések működőképességét aláássa.

3)

Az együttműködés zökkenőmentessége érdekében nemcsak a) a határ két oldalán lévő helyi partnerek és b) a nemzeti oldal helyi és kormányzati képviselői, illetve c) a nemzeti szintű kormányzati szereplők között kell kialakítani és keresni a rendszeres projekt szintű egyeztetés fórumait (illetve kihasználni a már meglévő egyeztetési fórumokat). A Magyarországgal szomszédos határtérségben megvalósuló, az egészségügyre is kiterjedő határon átnyúló együttműködések kialakításakor, a határtérség integrált fejlesztésére vonatkozó elképzelések megfogalmazásakor ugyanis a határon átnyúló egészségügyi együttműködésekben Magyarországgal együttműködő államok kormányzati partnereivel és tervezőivel való kapcsolattartás legalább ilyen kiemelkedően fontos kérdés. Különösen arra tekintettel, hogy a határmenti programok projekt-előkészítő és irányító testületeiben ezek a partnerintézmények a magyar szervekhez hasonlóan tagsággal rendelkeznek. Bár igaz, hogy a Magyarország és a szomszédos országok érintettségével zajló határon átnyúló (INTERREG A) programok tekintetében a vezető szerepet esetenként magyar intézmény tölti be, a megvalósítás a szomszéd országok partnerei nélkül nem lehetséges. Ez különösen abból a szempontból fontos, hogy a pályázatok elbírálása során jelentős hangsúlyt kap a projektpartnerek közötti együttműködések minősége és intenzitása.

4)

A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések létrehozó megállapodások előkészítésébe az ÁEEK-et és a NEAK-ot be kell vonni, legyen szó akár az

egészségbiztosítási szervek bevonásával, akár a nélkül zajló együttműködésekről. Ez a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 27.§ (9) bekezdésének utolsó mondatában szereplő feladat végrehajtásához kapcsolódóan szükséges:

(9) ... A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó együttműködési megállapodásokat az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter tájékoztatóban teszi közzé.

A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatói és szolgáltatási együttműködések tehát regisztrálni kell. Annak érdekében azonban, hogy az együttműködések aktuális nyilvántartásával együtt, az együttműködésekben részt vevők által nyújtott szolgáltatásokról (betegforgalom, költségek stb.) a releváns szereplők folyamatosan pontos, naprakész információkkal rendelkezzenek, szükséges, hogy az ezután kialakításra kerülő határon átnyúló egészségügyi együttműködések tekintetében is már az együttműködési megállapodások előkészítése során hozzájussanak minden szükséges információhoz, amely alapján az új együttműködésre vonatkozó adatgyűjtések megszervezhetők, az együttműködés az adatbázisokba beilleszthető.



Mellékletek

1. melléklet: A négy határmenti kórház képviselőivel készített interjúk leiratai

Interjú az esztergomi Vaszary Kolos Kórházzal

A személyes interjút adta és azt jóváhagyta: Lugosi Krisztina gazdasági igazgató

A személyes interjút készítette: dr. Radics Zsuzsanna Gabriella, a CESCI megbízásából

Az interjúkészítés időpontja: 2019. szeptember 5.

Röviden az esztergomi Vaszary Kolos Kórház elhelyezkedéséről és a nyújtott ellátásairól

A Szlovák Határ mentén fekvő Vaszary Kolos Kórház 473 ágyából 368 aktív és 105 krónikus ágy. Az aktív ágyak megoszlása a következő: belgyógyászat 92, kardiológia őrző 6, sebészet 28, traumatológia 33, szüléset-nőgyógyászat 32, fül-orr-gégészet 16, szemészet 16, neurológia 43, neurológia őrző 4, reumatológia 37, KAIBO 8, pszichiátria 46, SBO 7. A krónikus ágyak megoszlása: krónikus belgyógyászat 15, mozgásszervi rehabilitáció 41, krónikus pszichiátria 39, hospice ápolási osztály 10. A szlovákiai Štúrovo (Párkány) közúton 5 kilométerre fekszik Esztergomtól. Štúrovo, és környékének fekvőbeteg ellátása a Vaszary Kolos Kórházban valósul meg, melynek szerződéses alapját a Vaszary Kolos Kórház és a szlovákiai Dôvera biztosító által megkötött és 2009. november 1-én hatályba lépett együttműködési szerződés biztosítja. A szerződés alapján a Dôvera biztosítottjainak az esztergomi kórházban történő ellátása – kivéve a sürgősségi ellátást – a Dôverától igényelt előzetes engedélykérésen alapul. A kezelések díjszabása fix díjas, amely díjszabás a szlovák kezelési árakon került kialakításra. A Vaszary Kolos Kórházban a szlovák betegek által legkeresettebb osztályok a következők: Szemészet, Belgyógyászat, Sebészet, és Traumatológia. Az ellátások jelentős részét a szemészetten veszik igénybe a Dôvera biztosítottjai. 2018. évben 268 esetszámból 121 esetszám jutott a szemészetre, elsősorban annak köszönhetően, hogy az esztergomi szemészet klinikai szintű felszereltséggel és kiváló orvos csapattal rendelkezik, ahol a szlovákiai Dôvera-biztosítottak többsége szemészeti (elsősorban szürkehályog-műtétet) vesz igénybe.

A fenti előzményekre építve elkészített interjú

1.) Határon átnyúló/határ-menti ellátás rendelkeznek-e együttműködési szerződéssel, illetve valamilyen más formában van-e határ-menti betegek ellátására együttműködésük? Hogyan fogalmazódott meg az együttműködés létesítésének ötlete?

A Vaszary Kolos Kórház részéről 2004-ben fogalmazódott meg a szlovákiai együttműködés gondolata, amely új szintre lépett 2008-ban, amikor a kórházzal szerződéses viszonyban álló Sideria Istota biztosítót megvásárolta a legnagyobb szlovák magánbiztosító, a Dôvera. Az együttműködéshez az alapot az adta, hogy az ágykihasználtság 70-80 százalék között mozgott.

Tekintettel az így meglévő szabad kapacitásokra, valamint a teljesítmény-volumenkorlát alacsony szintjére, indokoltá vált, hogy többletbevétel mellett további betegeket is fogadjon a kórház.

Az együttműködést a szlovákiai fél részéről az alapozta meg, hogy Štúrovóban (Párkány) az alap- és járóbeteg-ellátás biztosított, de a legközelebbi fekvőbeteg-ellátási központ 45-50 kilométerre található.

Megemlítendő, hogy a párkányi egészségügyi szolgáltatók – az együttműködés létrejötte előtt is – javasolták a szlovák betegeknek az esztergomi kórház ellátásának igénybevételét EU-kártya bemutatása mellett, így az orvosilag szükséges ellátások nyújtása még az együttműködésre vonatkozó szerződés megkötése előtt megvalósult a szlovák betegek részére. A fenti betegellátást segítette, hogy a Szlovákiából érkező betegek 90 százaléka beszélt a magyar nyelvet.

Továbbá figyelembe kell venni, hogy a korábban létrejött Ister-Granum Euró régió megléte már megalapozott egy jó együttműködést Štúrovo (Párkány) és Esztergom között.

Mindezek alapján a fenti adottságok megalapozottá tették az együttműködés létrejöttét, azonban továbbra is gondot jelent a Szlovákiából mentővel szállított betegek gyors ellátása, tekintettel a mentők határátkelésére vonatkozó tilalomra. Ha például Szlovákiából mentőautóval kell átszállítani a beteget az esztergomi kórházba, akkor az mind a mai napig úgy valósul meg, hogy a szlovák mentő megáll a Mária Valéria híd közepén, és a híd közepén kerül a beteg áttételre a magyar mentőautóba, amely ezt követően tudja csak a beteget a kórházba beszállítani.

2.) Milyen várakozások motiválták az együttműködési készséget? Teljesültek-e ezen várakozások az együttműködés során (teljesen, részben, egyáltalán nem)? Mit tesznek a részben, vagy egyáltalán nem teljesült várakozásokkal (továbbra is fenntartják, vagy feladják őket)? Miért?

A Vaszary Kolos Kórház részéről az ágykihasználtság és a bevétel növelése motiválta az együttműködést, amely kapcsán kijelenthető, hogy a Vaszary Kolos Kórház a fenti célját az együttműködés keretében elérte.

A Dôvera-szerződés euróban, ún. hospitalizációs fix átalány összeg alapján biztosítja a Vaszary Kolos Kórházban a szlovák biztosítottak fekvőbeteg-ellátásának a fedezetét. A hospitalizációs átalány nem tartalmazza ortopédia esetén a protéziseket, a sztenteket, illetve szemészet esetén a prémium lencsét, valamint az akut dialízis és az újszülöttek költségeit. Meg kell jegyezni, hogy a Dôvera-finanszírozás korábban jelentősen meghaladta az OEP-finanszírozást. Ugyanakkor míg a szerződés megkötése óta a magyar egészségbiztosító folyamatosan növelte a finanszírozási díjakat, addig a Dôverával csak egyszer sikerült áremelkedésben megállapodni, így a jelenlegi Dôvera-finanszírozás már megközelíti a NEAK-finanszírozást. Ez azt jelenti, hogy míg 2013-ban a Dôvera és az OEP éves finanszírozása közötti különbség közel 6 070 376 forint volt, 2018-ra ez a különbség 2 713 962 forintra csökkent.

A bevétel növelésére törekedve, a kórház részéről a közeljövőben a Dôvera-szerződés újratárgyalásakor a szerződésben foglalt árak növekedését is szeretnék elérni, különösen a szülészeti kapcsán, amelynél a Dôvera-finanszírozás csak a szülésre terjed ki, az újszülöttre nem.



3) Milyen belső (személyi, szervezeti, intézményi), külső (jogi, ellátórendszeri), egyéb (informális) tényezők befolyásolták a szándék valóra váltását? Pozitívan? Negatívan? Ezek közül melyeket tudtak előre jelezni, s ezek az előrejelzések mennyiben bizonyultak pontosnak?

Ugyan az esztergomi kórház jól felkészült szakorvosi gárdával rendelkezett (és rendelkezik ma is), és több szakmában (sebészet, belgyógyászat, reumatológia, neurológia, szemészet) II. progresszivitási szintű ellátást nyújt, kiemelkedő szintű diagnosztikai háttérrel, a határmenti együttműködéshez szükségessé vált bizonyos intézkedések megtétele.

Az együttműködésben vállaltak megvalósításához először is szükséges volt kialakítani a személyzeti feltételeket. Több szlovák nyelvtudású munkatárs került felvételre, akiknek az együttműködés megvalósításához szükséges ismeretek átadását képzés formájában a kórház biztosította. A központi betegfelvételi irodában szlovák nyelvtudással rendelkező munkatárs is alkalmazásra került.

Meg kell jegyezni, hogy annak ellenére, hogy Szlovákiában az egészségügy területén jelentős bérnövekedés történt, és több dolgozó visszatért Szlovákiába, még ma is 20 nővér és 2 orvos jár dolgozni Szlovákiából az esztergomi kórházba.

Emellett meg kellett szervezni az adminisztrációs feladatok ellátását. Ennek keretében kialakították a szükséges dokumentációs protokollokat és a betegfogadáshoz szükséges informatikai háttérrel. A Dôvera programjának használatához, a Szlovákiában folytatandó marketingtevékenységhez és a szlovákiai alapellátásokkal történő kapcsolattartáshoz szükség volt egy további szlovák nyelvű alkalmazott foglalkoztatására.

A fentiekén túl egyeztetni kellett a szakmai feltételeket a szlovákiai betegellátókkal, és ki kellett alakítani a betegbeutalások rendjét is. A Dôvera-szerződés alapján a finanszírozás euróban, ún. hospitalizációs fix átalány szerint valósul meg, így a kórháznak devizaszámlát is kellett nyitnia.

4) Az előrejelzésekhez képest mennyiben és miért kellett eltérni menet közben az előre feltételezett munkamódszertől?

Az együttműködést a kapacitáskihasználatlanság és a bevételnövelés motiválta, amely teljes egészében megvalósult. Ugyanakkor meg kell említeni, hogy az esztergomi kórház úgy láthatja el a Dôvera biztosítottjait, hogy ehhez a Dôvera előzetesen hozzájárul, kivételt képez a sürgősség esete. Az ellátás során a nehézség a Dôvera által biztosított informatikai (hospiCom) programból adódik, amelynek alkalmazása során nem minden esetben sikerül elérni, hogy a Dôvera időben megadja az előzetes hozzájárulást a tervezett ellátáshoz. Továbbá ezen program alkalmazásához szükséges volt egy szlovák nyelvű nemzetközi előadót felvenni, hiszen a program szlovák nyelvű.

5) Milyen támogatást kaptak/kapnak – ha kaptak – az előkészítés, a megvalósítás és a működés során (szervezetten belül, fenntartótól, partner-intézményektől, egyéb forrásból a hazai és a külföldi, illetve az anyagi és a módszertani – szervezeti kultúrát érintő – támogatások elkülönített kimutatásával)?

A Vaszary Kolos Kórház semmilyen külső támogatást nem kapott az együttműködés megvalósításához.

6) Milyen belső (személyi, szervezeti, intézményi), külső (jogi, ellátórendszeri), egyéb (informális) tényezők befolyásolták a szándék valóra váltását? Pozitívan? Negatívan? Ezek közül melyeket tudtak előre jelezni, s ezek az előrejelzések mennyiben bizonyultak pontosnak? Mi változott (ha változott) a határon átnyúló együttműködés eredményeként a személyes, a szervezeti (intézményi) működésben? Hogyan értékelik ezt a változást?

A Dôverával kötött szerződés alapján jobb lett az ágykihasználtság, több lett a kórház bevétele. A felek közötti együttműködés a szerződés keretében szervezettebbé vált. Összességében a fenti változások pozitív változást eredményeztek.

7) A határon átnyúló együttműködés fenntarthatósága? Időben (tartós működési mód, szemlélet, vagy egyszeri projekt)? Anyagilag (hogyan alakul a szolgáltatások összetétele, volumene, mennyiben járul ez hozzá az intézmény finanszírozásához)? Szervezetileg (elkötelezettség, ismertség, elismertség)? Intézményesen (az egészségügyi ellátórendszer egészén belül értelmezhető, támogatott)?

Valószínűleg mindkét fél részéről egy hosszútávú együttműködésre lehet számítani. Amennyiben a Dôverával kötött szerződés újratárgyalásakor sikerül magasabb árakban megállapodni, illetve a szerződést kiterjeszteni a járóbeteg-ellátásra is, akkor az a jelenlegihez képest további többletbevételt is eredményez a kórház részére.

Folyamatosan nő az ellátott esetek száma is. Az együttműködési szerződés megkötését követően az esetszám 2010-ben 36 volt, 2011-ben már 56, majd 2012-ben 111 lett, amely 2017-ben 211-re emelkedett és 2018. évben 268-ra nőtt, amely jelenleg havi 3,7 millió forintos bevételt jelent.

Szlovákiában ismertebbé vált az esztergomi kórház, de a Szlovákiában folytatott marketingtevékenység tovább javítható. Jelenleg a kórház egészségügyi szolgáltatásait (szakrendeléseit) – a szabad kapacitásokra kiterjedően – újsághirdetés formájában népszerűsítik szlovák oldalon.

Intézményen belül még mindig érvényesül, hogy a szlovák biztosító által megkövetelt sok adminisztrációt nehezményezik a munkatársak, annak ellenére is, hogy az adminisztráció/elszámolás megkönnyítése céljából a kórház vezetése minden osztályon külön tájékoztatót helyezett el.

8) Az egészségügyi dolgozók munkaerőhiánya kapcsán milyen szakterületen lenne szükséges egy határmenti együttműködés az elkövetkező 5 évben, vagy hosszabb távon, ennek keretében milyen egészségügyi fejlesztési igények merülnek fel a saját kórházukban; a megvalósításhoz szükséges tárgyi eszközök beszerzésében a közbeszerzés; jelent-e akadályt, ha akkor ennek nevesítése; felmerül-e ezen cél eléréséhez bármilyen jogi akadály; milyen infrastrukturális fejlesztéseket tartanak szükségesnek a megvalósításhoz; milyen segítséget nyújthat a fentiekhez a helyi önkormányzat illetve a fenntartó helyi-, és központi szerve.

Nagyon jó elgondolás, hogy adott szakterületekben határmenti együttműködés valósuljon meg. Az azonban, hogy egy-egy kórházban – a megfelelő tárgyi és személyi feltételek mellett – tovább fejlesztenek adott szakterületeket, ezáltal kiterjesztve más kórházak területére is az ellátást, és ugyanez megvalósul viszonyosság alapján egy másik szakterület kapcsán egy környező kórházban, nemcsak határmenti, hanem hazai viszonylatban is megvalósítható lenne.



Ez utóbbi esetben még nyelvi akadályok sem merülnek fel. Ezen együttműködésnek azonban előfeltétele, hogy a kórházak egyes szakterületeiket „feladják” és kooperáljanak egymással. Mindez természetesen megvalósítható jogi szabályozás segítségével is. Az esztergomi kórház egy ilyen együttműködésre nyitott.

Feltehetően a fenti együttműködést a fenntartó is támogatná, és Esztergom esetében valószínűleg - megfelelő kommunikáció mellett - az önkormányzat is a támogatók körébe tartozna.

Ugyancsak átgondolandó az ún. távdiagnosztika, távleletezés megvalósítása, amely szintén kialakítható határmenti együttműködés, illetve országon belüli együttműködés keretében is.

9) Melyek a legfontosabb támogató és a legfontosabb akadályozó körülmények? Személyes, intézményi, intézményrendszeri szinten?

Támogató tényezők a kórház szlovák alkalmazottai, akik a fordítással, a betegirányítással, a marketingtevékenységgel segítik a kórház működését. Továbbá meg kell említeni, hogy a betegforgalom növelésének ösztönzése céljából bevezetésre került, hogy a kórházban azon osztályok részére, akik a Dôvera biztosítottjait látják el - beteg-esetszám alapján - a dôverás betegért járó finanszírozás 5%-a, illetve (magas esetszám esetén) ezen finanszírozás 8%-a kerül visszaforgatásra az osztályra. Az érdekesség az, hogy ez az ösztönző tényező nem torzítja a betegellátást, azaz nem privilegizálják az osztályok a dôverás betegeket.

Akadályozó tényezőként kell megemlíteni a mentők határátkelésére vonatkozó tilalmat.

Akadályozó tényező továbbá, hogy nem valósult meg a Dôvera részéről, hogy a járóbeteg-ellátásra is kiterjessze az esztergomi kórházzal megkötött szerződést.

Az akadályozó tényezők között kell megemlíteni a szülések esetén a szlovák szülő(k) gyermekének hosszadalmas anyakönyvezését, míg a szlovák elhunytak esetén a halottszállítás magas költségeit, amelyek a szlovák hozzátartozókat terheli.

10) A határon átnyúló együttműködés keretében hogyan kezelik a várólistákat? Ez milyen összefüggésben áll az intézményben (nem az együttműködés keretében) ellátott többi beteg ellátásával?

A Dôvera betegei külön várólistán kerülnek nyilvántartásra, elkülönítve a NEAK által finanszírozott betegektől. Így a Dôvera biztosító betegei nem előzhetik meg a NEAK-ellátottakat. Meg kell azonban jegyezni, hogy az esztergomi kórházban nincsenek hosszú várólisták.

11) Hogyan képesek garantálni az azonos elbírálást, kezelni az esetleges konfliktusokat?

Nem volt még olyan panasz vagy információ sem a Dôvera-, sem a NEAK-biztosítottak részéről, hogy rosszabb ellátásban, nem azonos elbírálásban részesültek a másik biztosító betegeihez képest, így ilyen konfliktust nem kellett kezelni.

12) Hogyan kezelik az esetleges nyelvi akadályokat?

A betegek kis része, kb. 5 százaléka nem tud magyarul. Ők általában magyar nyelvű kíséreléssel érkeznek a kórházba, illetve az esztergomi kórház szlovák nyelvű alkalmazottai segítik a magyarul

nem tudó betegek ellátását. Mint az már említésre került, a betegirányítás területén is dolgozik szlovák munkatárs, és további 20 nővér és 2 orvos jár dolgozni Szlovákiából az esztergomi kórházba.

A beteg által hozott dokumentációk kapcsán is meg kell jegyezni, hogy ezen dokumentumok szlovákról-magyarra fordítása – a fenti alkalmazottaknak köszönhetően – nem jelent gondot a kórház számára.

13) Javaslatok:

Párkányban a Poliklinikán több rendelés is megszűnt, így indokolt lenne a Dôvera szerződését az esztergomi járóbeteg-ellátás igénybevételére is kiterjeszteni, de erre – többszöri kezdeményezés ellenére - a mai napig a Dôvera nem mutat hajlandóságot. Az esztergomi járóbeteg-ellátás elegendő kapacitással rendelkezik arra, hogy a szlovák járóbetegeket is ellássa.

A közeli elhelyezkedésre alapozva indokolt lenne egy közös ügyeleti rendszer kialakítása Párkánnyal, mind alap-, mind szakellátás területén.

Ki kellene alakítani a szlovák és a magyar egészségügyi szolgáltatók között egy közös beutalási, valamint dokumentációs rendszert.

Megoldást kell találni a mentők határon való átkelésére.

Ha a szlovák beteg nem a Dôvera-szerződés és nem az EU-kártya alapján veszi igénybe az ellátást, akkor részére az elvégzett ellátásról számla kerül kiállításra. Ugyancsak számla kerül kiállításra akkor is, ha az adott ellátás szlovák díja már nem fedezi a fekvőbeteg-ellátás költségeit, de erről előzetesen tájékoztatják a beteget, akinek a döntésén alapul, hogy Magyarországon számlaköteles vagy Szlovákiában folytatódik a kezelése. Számos esetben azonban nem eredményes a ki nem fizetett számla behajtására irányuló eljárás, így fokozná az ebből adódó kintlévőséget, ha megnövekedne a számlát be nem fizetők száma. Valószínűleg ez a nemzetközi behajtás nem csak az esztergomi, hanem más magyar, különösen határ menti kórház esetében is gondot jelent, így ezen behajtás (végrehajtás) kapcsán egy egységes eljárás vagy jogi segítségnyújtás kialakítása segítené a kórházakat.

A határon túli béremelkedés kapcsán átgondolandó, hogy a külföldi – jelen esetben a szlovák – munkaerő létszámát a határ menti kórházak extra finanszírozásával növelni lehetne.

Marketingen (szórólapok, rendezvények) lehetne javítani.

Az esztergomi kórház diagnosztikai eszközei pl.: CT, ultrahang, röntgen, továbbá a labor, citológia kapacitásai nincsenek teljes körűen kihasználva. További beteg-, és leletforgalommal ezek kihasználtságát, és a kórház bevételét növelni lehetne.

Fontos továbbá a határmenti ellátás teljes körű megvalósítása érdekében a kórház kiemelt progresszivitású tudásszintjének hosszútávú biztosítása, a betegfelvételek kivizsgálási, valamint utánvizsgálati protokolljainak közös kialakítása. Ez utóbbi kapcsán az utánvizsgálatok térben való elhelyezésének meghatározása, valamint az ehhez szükséges szakmai háttér biztosítása.

Indokolt lenne telediagnosztikai lehetőségek kialakítása határmenti együttműködés, illetve országon belüli együttműködés keretében is.



Rendezni kellene a szlovákiai ellátottak gyermekeinek – akik Magyarországon születtek – anyakönyvezését, hogy erre a magyar biztosítottakhoz hasonló, gyors eljárás keretében kerüljön sor.

A szlovák elhunytak halottszállításának a költségviselését rendezni kellene.

7. táblázat: *Dôvera – NEAK finanszírozás és esetszám 2017-2018*

Osztály	2017. év			2018. év			Változás 2018-2017		
	Esetszám	Dovera	NEAK	Esetszám	Dovera	NEAK	Esetszám	Dovera	NEAK
		finanszírozás			finanszírozás			finanszírozás	
Belgyógyászat	6	1 116 654	952 597	19	3 117 062	3 341 012	13	2 000 408	2 388 415
Szemészet	124	18 794 632	18 526 927	121	18 871 654	18 872 499	-3	77 022	345 572
Sebészet	1	232 789	26 405	16	3 834 509	3 684 697	15	3 601 720	3 658 292
Reumatológia	29	4 892 972	3 593 273	36	6 255 210	4 646 407	7	1 362 238	1 053 134
Mozgásszervi rehab.	8	1 243 715	1 099 980	3	480 680	257 991	-5	-763 035	-841 989
Szülészet-nőgyógyászat	21	1 919 497	1 995 564	46	4 397 692	6 220 835	25	2 478 195	4 225 271
Neurológia	10	1 682 721	1 484 993	3	519 494	378 196	-7	-1 163 227	-1 106 797
Fül-orr-gégészet	1	98 220	83 407	4	398 006	357 073	3	299 786	273 666
KAIBO	0	0	0	5	2 262 349	846 270	5	2 262 349	846 270
Traumatológia	10	2 698 536	1 772 225	13	3 628 616	2 440 031	3	930 080	667 806
Krónikus belgy.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pszichiátria	1	165 418	237 255	1	177 316	253 927	0	11 898	16 672
Pathológia	0	0	0	1	125 635	55 323	1	125 635	55 323
Összesen:	211	32 845 154	29 772 626	268	44 068 223	41 354 261	57	11 223 069	11 581 635

8. táblázat: Dôvera – NEAK finanszírozás és esetszám 2010-től 2018-ig

Év	Esetszám	Dovera finanszírozás	OEP/NEAK szerinti fin. összeg	Különbség Dovera és OEP/NEAK finansz. között
				(Ft)
2010	36	5 598 983	5 094 821	504 162
2011	56	8 004 044	6 865 951	1 138 093
2012	111	17 242 765	13 329 104	3 913 661
2013	169	26 130 740	20 060 365	6 070 376
2014	210	29 918 189	23 270 244	6 647 945
2015	251	41 171 972	30 847 323	10 324 649
2016	217	35 032 932	25 837 033	9 195 899
2017	211	32 845 154	29 772 626	3 072 528
2018	268	44 068 223	41 354 262	2 713 962

9. táblázat: Dôvera – NEAK finanszírozás és esetszám ellátások szerinti és havi bontása 2010-től 2018-ig

2010	Ellátó osztály	Esetszám	Dovera finansz.	OEP szerinti fin. összeg	Különbség Dovera és OEP finansz. Közt	Tényleges ráfordítás
Hónap						
Január	Belgyógyászat	2	325 824	93 871	231 953	146 008
Február	Szülészeti-nőgyógyászat	1	78 704	144 409	-65 705	115 467
	Sebészet	1	201 426	189 331	12 095	108 578
	Szemészet	1	130 727	107 983	22 744	75 134
	Neurológia	2	290 802	178 874	111 928	154 483
	Traumatológia	1	233 441	153 058	80 383	73 817
Március	Belgyógyászat	1	159 222	55 898	103 324	83 072
	Szemészet	1	130 031	107 983	22 048	94 736
Április	Szemészet	1	135 960	357 082	-221 122	99 100
Június	Szemészet	1	138 327	99 826	38 501	132 264
Július	Belgyógyászat	1	164 262	55 898	108 364	127 146
	Urológia	1	12 320	133 205	-120 885	8 219
Augusztus	Belgyógyászat	1	170 670	99 826	70 844	247 969
	Sebészet	1	214 760	443 506	-228 746	129 095
	Szemészet	1	13 938	107 983	-94 045	96 742
Szeptember	Fül-orr-gégészeti	1	85 217	60 645	24 572	128 038
	Belgyógyászat	1	162 318	55 898	106 420	41 556
Október	Belgyógyászat	2	328 440	368 457	-40 017	431 375
	Traumatológia	1	239 488	85 029	154 459	45 216
	Szemészet	1	134 113	110 023	24 090	21 005
	Sebészet	2	413 288	492 899	-79 611	191 609
	Szülészeti-nőgyógyászat	1	80 742	272 883	-192 141	82 728
	KAIBO	1	424 235	116 800	307 435	247 427
November	Szemészet	1	136 436	107 983	28 453	94 277
	Szülészeti-nőgyógyászat	1	82 140	35 091	47 049	101 215
	Onkológia rehab.	1	109 984	152 322	-42 338	347 034
December	Belgyógyászat	1	165 876	260 782	-94 906	106 237
	Szemészet	2	270 931	215 966	54 965	184 832
	Traumatológia	2	483 805	335 895	147 910	221 043
	Szülészeti-nőgyógyászat	1	81 556	95 415	-13 859	142 182
Összesen:		36	5 598 983	5 094 821	504 162	4 077 604

2011	Ellátó osztály	Esetszám	Dovera finansz.	OEP szerinti fin. Összeg	Különbség Dovera és OEP finansz. Között	Tényleges ráfordítás
Hónap			(Ft)			
Január	Szemészet	2	267 276	221 884	45 392	184 785
	Onkológia reab.	1	107 729	156 504	-48 775	100 586
	Belgyógyászat	1	163 638	104 549	59 089	30 547
Február	Szemészet	2	265 952	221 884	44 068	184 453
Március	Belgyógyászat	2	318 540	422 627	-104 087	71 232
	Szemészet	2	260 142	477 808	-217 666	213 364
	Szülészeti- nőgyógyászat	1	78 308	35 127	43 181	27 090
Április	Belgyógyászat	1	158 412	83 852	74 560	180 644
	Traumatológia	1	231 018	86 847	144 171	40 814
	Szülészeti- nőgyógyászat	2	77 886	89 678	-11 792	85 336
Május	Traumatológia	2	464 030	698 662	-234 632	280 580
	Szemészet	1	129 928	110 942	18 986	92 190
Június	Szemészet	1	129 879	110 942	18 937	92 190
	Pszichiátria	1	144 458	138 425	6 033	86 645
Július	Belgyógyászat	1	164 808	65 727	99 081	122 635
	Sebészet	2	414 766	233 606	181 160	106 725
	Szemészet	4	538 372	401 682	136 690	338 213
	Traumatológia	1	240 345	104 993	135 352	39 776
Augusztus	Belgyógyászat	1	168 488	156 504	11 984	118 733
	Pszichiátria	1	153 952	104 549	49 403	703 076
	Szemészet	2	276 830	477 808	-200 978	195 361
	Fül-orr-gégészeti	2	177 962	124 614	53 348	49 071
Szeptember	Belgyógyászat	1	175 998	180 563	-4 565	91 055
	Szemészet	3	431 196	279 980	151 216	258 907
	Traumatológia	1	256 664	45 804	210 860	42 671
	Reumatológia	1	159 865	172 556	-12 691	66 566
Október	Szülészeti- nőgyógyászat	4	366 568	376 050	-9 482	384 959
	Szemészet	2	304 438	221 884	82 554	184 380
	Belgyógyászat	1	186 390	140 354	46 036	85 517
November	Szemészet	4	588 100	443 768	144 332	451 510
	Szülészeti- nőgyógyászat	3	265 545	180 020	85 525	150 774
	Belgyógyászat	1	180 030	84 816	95 214	109 367
December	Szemészet	1	156 531	110 942	45 589	80 940
Összesen:		56	8 004 044	6 865 951	1 138 093	5 250 692



2012	Ellátó osztály	Esetszám	Dovera finansz.	OEP szerinti fin. Összeg	Különbség Dovera és OEP finansz. Közt	Tényleges ráfordítás
Hónap	(Ft)					
Január	Fül- orr-gégészet	1	91 744	21 909	69 835	13 237
	Sebészet	2	439 788	279 558	160 230	102 152
	Szemészet	6	856 278	665 652	190 626	351 131
Február	Belgyógyászat	1	176 442	156 504	19 938	87 155
	Szemészet	3	432 283	844 674	-412 391	255 783
Március	Belgyógyászat	1	177 282	199 940	-22 658	38 612
	Neurológia	4	644 124	304 083	340 041	250 176
	Szülészet-nőgyógyászat	1	87 164	61 376	25 788	43 971
	Fül-orr-gégészet	2	186 148	142 494	43 654	84 329
	Sebészet	1	223 080	88 407	134 673	33 365
	Szemészet	5	723 902	554 710	169 192	388 484
	Traumatológia	1	258 536	99 578	158 958	33 936
Április	Szülészet-nőgyógyászat	2	85 456	183 819	-98 363	62 141
	Sebészet	2	437 417	368 766	68 651	133 995
	Szemészet	3	425 829	290 740	135 089	228 236
Május	Sebészet	1	224 575	194 520	30 055	26 907
	Szemészet	5	728 755	501 863	226 892	369 258
Június	Belgyógyászat	1	172 602	57 429	115 173	65 954
	Mozgásszervi rehab.	1	97 808	104 993	-7 185	140 164
	Szülészet-nőgyógyászat	1	84 863	140 354	-55 491	116 946
	Reumatológia	1	156 780	104 993	51 787	35 103
	Sebészet	1	217 191	141 117	76 074	34 957
	Szemészet	3	422 875	332 826	90 049	251 824
	Traumatológia	1	251 711	606 066	-354 355	355 009
Július	Mozgásszervi rehab.	1	94 078	104 993	-10 915	129 553
	Szülészet-nőgyógyászat	4	326 508	179 356	147 152	392 113
	Fül-orr-gégészet	1	87 161	62 307	24 854	79 120
	Szemészet	4	542 332	443 768	98 564	309 451
	Traumatológia	1	795 513	17 882	777 631	29 154
Augusztus	Belgyógyászat	2	341 052	232 948	108 104	153 978
	Neurológia	1	154 894	131 390	23 504	58 275
	Szemészet	1	139 263	110 942	28 321	82 825
Szeptember	Szülészet-nőgyógyászat	2	167 454	183 819	-16 365	148 321
	Szemészet	3	417 216	332 826	84 390	226 441
	Traumatológia	1	248 343	41 777	206 566	63 008
Október	Belgyógyászat	2	341 040	361 126	-20 086	215 533
	Szülészet-nőgyógyászat	1	83 839	29 711	54 128	60 016
	Sebészet	1	214 571	88 407	126 164	48 627
	Szemészet	5	696 290	554 710	141 580	713 994
	Traumatológia	1	248 675	158 294	90 381	72 946

2012		Ellátó osztály	Esetszám	Dovera finansz.	OEP szerinti fin. Összeg	Különbség Dovera és OEP finansz. Közt	Tényleges ráfordítás
Hónap	(Ft)						
November	Szülészet-nőgyógyászat	2	166 900	89 678	77 222	108 234	
	Sebészet	1	213 574	280 359	-66 785	100 043	
	Szemészet	8	1 108 890	887 532	221 358	624 500	
	Traumatológia	1	247 520	78 600	168 920	137 291	
December	Belgyógyászat	2	347 736	293 442	54 294	103 608	
	KAIBO	1	449 159	116 789	332 370	104 014	
	Mozgásszervi rehab.	1	98 525	104 993	-6 468	39 853	
	Fül-orr-gégészet	2	182 562	126 309	56 253	125 348	
	Szemészet	10	1 419 922	1 109 415	310 507	759 462	
	Traumatológia	2	507 115	761 360	-254 245	611 754	
Összesen:		111	17 242 765	13 329 104	3 913 661	9 000 287	



2013	Ellátó osztály	Esetszám	Dovera finansz.	OEP szerinti fin. Összeg	Különbség Dovera és OEP finansz. Közt	Tényleges ráfordítás
Hónap	(Ft)					
Január	Szüléset-Nőgyógyászat	2	173 519	144 906	28 613	112 606
	Sebészet	1	220 046	455 657	-235 611	110 686
	Kardiológia őrző	1	455 855	116 789	339 067	52 460
	Belgyógyászat	3	529 380	443 777	85 604	202 328
	Szemészet	10	1 441 090	1 109 415	331 675	739 115
Február	Belgyógyászat	3	539 406	411 998	127 409	276 831
	Fül-orr-gégészet	1	94 396	105 161	-10 764	82 781
	Szüléset-Nőgyógyászat	4	353 611	406 558	-52 947	455 939
	Traumatológia	1	262 211	644 444	-382 232	224 026
	Szemészet	11	1 615 221	1 178 271	436 950	927 397
Március	Belgyógyászat	1	178 368	84 816	93 552	32 382
	Neurológia	2	324 035	236 382	87 653	168 133
	Szüléset-nőgyógyászat	6	526 186	466 562	59 624	439 442
	Szemészet	5	728 336	512 622	215 714	386 964
	Traumatológia	2	520 240	107 249	412 992	219 484
Április	Belgyógyászat	1	176 406	61 824	114 582	304 349
	Reumatológia	1	160 235	104 993	55 243	73 091
	Szemészet	5	720 325	554 708	165 617	389 173
Május	Urológia	1	133 565	28 533	105 032	14 172
	Reumatológia	1	161 761	104 993	56 769	60 868
	Szüléset-nőgyógyászat	1	87 559	30 362	57 197	24 192
	Belgyógyászat	2	356 172	354 639	1 533	218 823
	Sebészet	2	448 183	474 878	-26 694	172 175
	Szemészet	10	1 454 369	1 323 254	131 116	788 918
Június	Belgyógyászat	1	177 048	57 429	119 619	81 638
	Szüléset-nőgyógyászat	2	174 097	144 907	29 191	483 013
	Reumatológia	2	321 637	209 985	111 652	1 826 903
	Szemészet	6	867 535	665 649	201 886	553 482
	Traumatológia	3	774 585	363 651	410 934	530 387
Július	Mozgásszervi rehab.	1	101 704	104 993	-3 288	62 909
	Sebészet	2	451 686	401 360	50 327	312 692
	Szüléset-nőgyógyászat	2	176 487	144 906	31 581	225 520
	Belgyógyászat	2	358 956	304 932	54 024	157 139
	Szemészet	8	1 172 590	887 532	285 058	691 679
	Reumatológia	1	163 026	104 993	58 033	78 667
	Traumatológia	2	523 478	316 587	206 891	2 511 790
Augusztus	Szüléset-Nőgyógyászat	2	176 853	144 907	31 946	163 261
	Traumatológia	1	262 281	303 993	-41 712	219 198
	Belgyógyászat	2	359 700	170 309	189 392	249 216
	Neurológia	2	326 728	147 876	178 852	151 095
	Szemészet	3	440 633	332 825	107 808	253 086

2013		Ellátó osztály	Esetszám	Dovera finansz.	OEP szerinti fin. Összeg	Különbség Dovera és OEP finansz. Közt	Tényleges ráfordítás (Ft)
Hónap							
Szeptember	Szülészeti-nőgyógyászat	2	174 616	144 906	29 710	194 404	
	Reumatológia	1	161 298	104 993	56 306	86 966	
	Belgyógyászat	1	177 576	234 837	-57 261	73 649	
	Neurológia	1	161 298	93 659	67 640	49 626	
	KAIBO	1	458 738	124 062	334 676	123 810	
	Szemészet	5	725 102	554 708	170 395	402 256	
	Sebészet	2	223 450	455 657	-232 207	35 985	
Október	Belgyógyászat	1	178 236	93 659	84 578	120 800	
	Szülészeti-nőgyógyászat	3	262 898	343 302	-80 404	667 203	
	KAIBO	1	460 443	68 651	391 793	339 267	
	Fül-orr-gégészet	1	93 574	62 307	31 267	76 331	
	Neurológia	1	161 898	52 385	109 513	140 483	
	Szemészet	4	439 649	401 681	37 968	240 877	
	Traumatológia	4	779 783	431 172	348 611	1 271 337	
November	Pszichiátria	1	164 045	138 425	25 621	177 096	
	Belgyógyászat	1	180 600	116 789	63 812	47 371	
	Fül-orr-gégészet	1	94 815	62 307	32 508	52 158	
	Traumatológia	1	263 375	45 804	217 571	85 967	
	Szemészet	6	704 340	921 573	-217 233	561 367	
	Reumatológia	1	164 045	104 993	59 053	92 250	
December	Belgyógyászat	1	179 268	40 326	138 942	89 484	
	Reumatológia	1	162 835	104 993	57 843	94 465	
	Szemészet	6	663 292	665 649	-2 357	461 720	
	Szülészeti-Nőgyógyászat	1	88 140	71 111	17 030	218 123	
Összesen:		169	26 130 740	20 060 365	6 070 376	20 939 301	



2014	Ellátó osztály	Esetszám	Dovera finansz.	OEP szerinti fin. Összeg	Különbség Dovera és OEP finansz. Közt	
Hónap	(Ft)					
Január	Szülészeti-Nőgyógyászat	3	272 988	202 637	70 351	
	Szemészet	6	798 910	776 594	22 316	
	Reumatológia	2	336 221	201 360	134 861	
	Traumatológia	1	269 903	83 253	186 650	
	Intenzív osztály	1	478 113	120 000	358 113	
	Belgyógyászat	1	185 076	87 615	97 461	
Február	Szülészeti-Nőgyógyászat	1	91 426	26 618	64 808	
	Szemészet	8	917 360	887 536	29 824	
	Belgyógyászat	1	185 952	98 220	87 732	
	Reumatológia	1	168 906	104 993	63 913	
Március	Szülészeti-Nőgyógyászat	5	448 990	644 201	-195 211	
	Szemészet	7	678 812	692 420	-13 608	
	Belgyógyászat	2	365 280	103 959	261 321	
	Traumatológia	2	532 700	92 360	440 340	
	Reumatológia	3	497 694	286 460	211 234	
Április	Szülészeti-Nőgyógyászat	4	358 283	281 907	76 376	
	Szemészet	12	1 348 117	1 331 298	16 819	
	Belgyógyászat	3	546 534	448 536	97 998	
	Fül-orr-gégészeti	2	191 287	167 468	23 819	
	Intenzív osztály	1	470 627	116 789	353 838	
Május	Szemészet	13	1 466 329	1 442 240	24 089	
	Sebészet	1	230 162	455 657	-225 495	
	Neurológia	1	166 143	93 659	72 484	
	Belgyógyászat	1	182 910	283 734	-100 824	
Reumatológia		3	498 430	314 978	183 452	
	Június	Szülészeti-Nőgyógyászat	4	364 974	253 175	111 799
		Szemészet	10	1 144 410	1 109 415	34 995
		Reumatológia	3	505 706	314 978	190 728
Sebészet		2	467 043	251 033	216 010	
Július	Szülészeti-Nőgyógy.	3	279 572	182 465	97 108	
	Szemészet	11	1 241 487	1 178 271	63 216	
	Reumatológia	3	516 497	335 391	181 106	
	Traumatológia	4	1 105 650	552 878	552 773	
	Pszichiátria	1	172 166	177 632	-5 466	
	Mozgásszeervi R.	1	157 950	124 880	33 071	
	Sebészet	1	238 505	4 303	234 202	
Neurológia	1	172 166	234 837	-62 672		
Augusztus	Szülészeti-Nőgyógy.	2	185 655	162 051	23 604	
	Szemészet	2	232 856	221 883	10 973	
	Neurológia	1	171 495	104 993	66 503	
	Belgyógyászat	1	188 802	65 727	123 075	
	Reumatológia	3	514 485	382 541	131 945	
Szeptember	Szülészeti-Nőgyógy.	1	91 356	70 712	20 644	
	Szemészet	8	916 653	887 530	29 123	
	Kardiológia őrző	1	480 004	40 142	439 863	
	Belgyógyászat	3	557 424	474 014	83 411	
	Mozgásszeervi R.	1	154 840	52 385	102 456	
	Pszichiátria	1	168 776	177 632	-8 856	
	Reumatológia	2	337 551	209 985	127 566	

2014		Ellátó osztály	Esetszám	Dovera finansz.	OEP szerinti fin. Összeg	Különbség Dovera és OEP finansz. Közt
Hónap	(Ft)					
Október	Szülészeti-Nőgyógy.	1	91 155	35 127	56 028	
	Szemészet	7	787 950	754 427	33 524	
	Sebészet	1	233 295	0	233 295	
	Fül-orr-gége	1	97 335	62 307	35 028	
	Reumatológia	2	336 810	209 985	126 825	
	Kaibo	1	478 950	455 657	23 294	
November	Szemészet	15	1 634 425	1 557 788	76 638	
	Fül-orr-gége	1	96 233	62 307	33 926	
	Traumatológia	2	534 625	91 608	443 017	
	Sebészet	1	230 653	455 657	-225 004	
	Szülészeti-Nőgyógy.	3	270 368	215 016	55 352	
	Belgyógyászat	1	183 300	131 610	51 690	
December	Reumatológia	1	166 498	104 993	61 505	
	Szülészeti-Nőgyógy.	4	374 768	369 309	5 459	
	Szemészet	7	822 584	776 591	45 994	
	Reumatológia	2	346 184	209 985	136 199	
	Neurológia	1	173 092	82 380	90 712	
	Neurológia őrző	1	173 092	489 722	-316 630	
	Traumatológia	3	833 700	292 439	541 262	
Összesen		210	29 918 189	23 270 244	6 647 945	

2015	Ellátó osztály	Esetszám	Dovera finansz.	OEP szerinti fin. Összeg	Különbség Dovera és OEP finansz. Közt
Hónap					(Ft)
Január	Szülészeti-Nőgyógy.	1	90 376	35 127	55 249
	Szemészet	5	732 213	532 544	199 669
	Mozgásszeervi R.	1	153 180	104 993	48 188
Február	Szülészeti-Nőgyógy.	2	180 233	144 906	35 327
	Szemészet	18	2 824 215	2 252 871	571 344
	Neurológia	1	166 487	104 993	61 494
	Belgyógyászat	2	366 576	301 694	64 883
	Traumatológia	1	267 295	54 218	213 078
	Reumatológia	4	665 946	419 970	245 976
Március	Szemészet	13	1 936 305	1 420 076	516 229
	Kaibo	1	461 017	110 942	350 075
	Belgyógyászat	2	356 916	512 190	-155 274
	Mozgásszeervi R.	1	148 715	0	148 715
	Sebészet	2	224 560	332 670	-108 110
	Reumatológia	3	486 298	314 978	171 321
Április	Szemészet	20	3 046 480	2 168 553	877 927
	Belgyógyászat	1	0	104 993	-104 993
	Sebészet	1	231 626	803 153	-571 526
	Mozgásszeervi rehab.	1	153 395	489 722	-336 327
	Neurológia	1	167 201	803 153	-635 952
	Reumatológia	2	334 401	215 934	118 467
	Kardiológia őrző	1	475 525	97 965	377 560
Május	Szemészet	12	1 852 668	1 512 212	340 457
	Fül-orr-gége	1	98 163	62 307	35 856
	Traumatológia	1	272 676	194 514	78 162
	Sebészet	2	470 561	1 083 512	-612 950
	Szülészeti-Nőgyógy.	1	91 931	35 127	56 804
	Belgyógyászat	4	747 912	678 279	69 633
	Mozgásszeervi rehab.	1	155 815	104 993	50 823
	Kr. Belgyógyászat	1	186 978	84 816	102 162
	Egyn. Urológia	1	109 071	81 200	27 871
Reumatológia	2	339 677	209 985	129 692	
Június	Szülészeti-Nőgyógy.	4	373 824	289 812	84 012
	Szemészet	17	2 773 638	1 886 006	887 632
	Reumatológia	2	345 312	219 582	125 730
	Pszichiátria	1	172 656	177 632	-4 976
	Sebészet	1	239 184	124 062	115 122
	Traumatológia	1	277 200	99 578	177 623
július	Szülészeti-Nőgyógy.	5	457 914	441 684	16 230
	Szemészet	10	1 541 412	1 087 251	454 161
	Reumatológia	4	676 781	386 775	290 006
	Sebészet	1	234 390	162 626	71 764
	Traumatológia	3	814 931	503 904	311 027
	Neurológia	1	76 138	31 909	44 229
	Kaibo	1	93 057	47 865	45 192

2015		Ellátó osztály	Esetszám	Dovera finansz.	OEP szerinti fin. Összeg	Különbség Dovera és OEP finansz. Közt
Hónap	(Ft)					
augusztus	Szemészet	6	967 745	665 649	302 096	
	Traumatológia	4	1 096 130	589 083	507 047	
	Gasztro	1	187 908	180 563	7 346	
	Mozgásszervi R.	1	156 590	234 837	-78 247	
	Szülészet-Nőgyógy.	4	369 552	383 954	-14 401	
szeptember	Reumatológia	1	169 800	104 993	64 808	
	Szemészet	8	1 275 860	960 023	315 838	
	Neurológia	3	509 401	145 092	364 309	
	Kardiológia	1	186 936	214 341	-27 405	
	Sebészet	1	235 228	63 869	171 359	
	Kardiológia őrző	1	482 918	53 586	429 332	
október	Reumatológia	2	342 554	209 985	132 569	
	Szemészet	8	1 294 818	887 532	407 286	
	Traumatológia	2	549 973	303 993	245 980	
	Mozgásszervi rehab.	1	157 135	131 390	25 746	
	Neurológia	1	171 277	93 659	77 619	
november	Szemészet	18	2 773 992	1 912 776	861 216	
	Mozgásszervi rehab.	1	158 330	104 993	53 338	
	Szülészet-Nőgyógy.	2	186 829	144 906	41 923	
	Reumatológia	2	345 159	209 985	135 174	
	Sebészet	1	239 078	65 246	173 833	
december	Traumatológia	2	551 145	406 031	145 115	
	Szemészet	14	2 174 702	1 511 096	663 606	
	Szülészet-Nőgyógy.	2	185 815	61 745	124 070	
	Reumatológia	1	171 642	104 993	66 650	
	Neurológia	1	171 642	131 390	40 253	
	Gasztro	1	188 964	140 354	48 611	
Összesen		251	41 171 972	30 847 323	10 324 649	

2016	Ellátó osztály	Esetszám	Dovera finansz.	OEP szerinti fin. Összeg	Különbség Dovera és OEP finansz. Közt
Hónap	(Ft)				
Január	Szemészet	14	2 134 557	1 508 853	625 704
	Sebészet	1	234 238	315 185	-80 947
	Reumatológia	2	338 172	209 985	128 187
	Mozgásszeervi R.	1	155 125	100 800	54 325
Február	Szülészeti-Nőgyógy.	7	637 672	866 604	-228 932
	Szemészet	16	2 487 427	1 730 736	756 691
	Sebészet	1	233 144	88 407	144 737
	Neurológia	1	168 296	93 659	74 637
	Belgyógyászat	1	185 280	283 734	-98 454
	Gége	1	97 272	62 363	34 909
	Reumatológia	1	168 296	104 993	63 303
Március	Szemészet	8	1 106 091	803 361	302 730
	Kaibo	1	484 297	146 646	337 651
	Belgyógyászat	2	374 940	237 992	136 948
	Traumatológia	1	273 393	216 876	56 517
	Sebészet	1	235 899	244 794	-8 895
	Szülészeti-Nőgyógy.	5	460 863	364 730	96 133
	Reumatológia	3	510 855	382 541	128 314
Április	Szemészet	13	2 093 232	1 442 240	650 992
	Traumatológia	2	547 138	169 065	378 073
	Mozgásszeervi rehab.	1	156 325	100 800	55 525
	Neurológia	1	170 394	93 659	76 735
	Reumatológia	4	681 577	419 971	261 606
	Krónikus Belgyógyászat	1	187 590	53 760	133 830
	Szemészet	12	1 811 008	1 286 970	524 038
Május	Traumatológia	2	545 475	263 165	282 310
	Szülészeti-Nőgyógy.	4	367 806	335 019	32 787
	Belgyógyászat	1	187 020	283 734	-96 714
	Reumatológia	3	509 629	314 978	194 651
	Szemészet	11	1 737 684	1 198 193	539 491
Június	Belgyógyászat	1	190 254	140 354	49 901
	Reumatológia	4	691 256	419 970	271 286
	Szemészet	8	1 284 393	887 532	396 861
Július	Szülészeti-Nőgyógy.	2	183 926	137 001	46 925
	Reumatológia	1	169 898	104 993	64 906
	Kaibo	1	479 492	96 372	383 120
Augusztus	Szemészet	10	1 593 183	1 392 822	200 361
	Neurológia	1	168 595	8 032	160 563
	Belgyógyászat	1	185 610	172 967	12 643
	Traumatológia	2	541 362	454 777	86 585
	Reumatológia	2	337 191	229 075	108 116
	Szemészet	10	1 345 509	1 210 829	134 680
Szeptember	Kaibo	1	472 905	387 952	84 953
	Belgyógyászat	2	366 120	216 052	150 068
	Traumatológia	2	533 925	668 250	-134 325
	Szülészeti-Nőgyógy.	2	180 009	0	180 009
	Reumatológia	1	166 279	114 538	51 741

2016		Ellátó osztály	Esetszám	Dovera finansz.	OEP szerinti fin. Összeg	Különbség Dovera és OEP finansz. Közt
Hónap	(Ft)					
Október	Szemészet	9	1 415 649	1 231 308	184 341	
	Traumatológia	1	267 242	59 132	208 110	
	Neurológia	3	499 361	273 857	225 504	
	Reumatológia	2	332 907	229 075	103 832	
	Belgyógyászat	1	183 252	168 763	14 489	
November	Fül-orr-gégészet	3	295 511	266 879	28 632	
	Szemészet	11	1 680 848	1 509 872	170 976	
	Reumatológia	1	170 427	114 538	55 889	
December	Szülészet - Nőgyógy.	4	362 449	492 584	-130 135	
	Reumatológia	3	502 207	343 613	158 594	
	Traumat.	2	537 530	224 954	312 576	
	Szemészet	4	614 947	557 129	57 818	
Összesen		217	35 032 932	25 837 033	9 195 899	

2017	Ellátó osztály	Esetszám	Dovera finansz.	OEP szerinti fin. Összeg	Különbség Dovera és OEP finansz. Között
Hónap					(Ft)
Január	Szemészet	10	1 448 059	1 380 568	67 491
	Neurológia	1	168 487	147 316	21 171
Február	Mozgásszervi rehab.	1	154 815	138 600	16 215
	Szemészet	12	1 841 060	2 078 488	-237 428
	Belgyógyászat	1	185 778	114 992	70 786
Március	Reumatológia	2	337 497	235 438	102 059
	Szülészet	2	182 399	288 174	-105 775
	Neurológia	2	337 573	235 438	102 135
Április	Reumatológia	4	675 146	470 877	204 269
	Szemészet	15	2 216 832	2 456 998	-240 166
	Szemészet	19	2 942 644	2 719 872	222 772
Május	Traumatológia	1	273 219	207 428	65 791
	Reumatológia	3	510 529	353 158	157 371
	Traumatológia	1	273 219	107 135	166 084
Június	Belgyógyászat	1	185 124	100 294	84 830
	Szemészet	9	1 377 322	1 288 360	88 962
	Reumatológia	3	504 463	353 158	151 305
	Szülészet	2	182 038	168 759	13 279
	Szülészet	5	455 509	551 931	-96 422
Július	Neurológia	1	168 307	147 316	20 991
	Szemészet	12	1 838 096	1 717 814	120 282
	Traumatológia	2	540 435	272 131	268 304
	Reumatológia	3	504 921	353 157	151 764
	Mozgásszervi rehab.	2	308 820	296 100	12 720
	Neurológia	2	330 837	336 213	-5 376
Augusztus	Psychiatria	1	165 418	237 255	-71 837
	Reumatológia	1	165 418	73 695	91 723
	Szemészet	9	1 354 913	1 288 360	66 553
	Traumatológia	3	796 740	616 238	180 502
	Belgyógyászat	1	183 612	202 449	-18 837
Szeptember	Reumatológia	5	833 904	795 492	38 412
	Szemészet	4	607 143	572 605	34 538
	Szülészet-Nőgyógy.	3	270 828	253 422	17 406
	Belgyógyászat	2	373 440	318 187	55 253
	Neurológia	1	169 604	117 719	51 885
	Reumatológia	4	678 416	470 877	207 539
Október	Szemészet	7	1 080 486	1 002 059	78 427
	Szülészet-Nőgyógy.	4	367 216	313 198	54 018
	Traumatológia	1	272 300	303 230	-30 930
	Neurológia	2	339 873	176 453	163 420
	Fül-orr-gége	1	98 220	83 407	14 813
	Reumatológia	2	339 873	235 438	104 435
Október	Szemészet	6	927 947	858 907	69 040
	Szülészet-Nőgyógy.	3	275 952	197 722	78 230
	Traumatológia	1	272 834	125 843	146 991

2017	Ellátó osztály	Esetszám	Dovera finansz.	OEP szerinti fin. Összeg	Különbség Dovera és OEP finansz. Közt
Hónap					
November	Belgyógyászat	1	188 700	216 675	-27 975
	Mozgásszervi rehab.	3	471 750	440 880	30 870
	Reumatológia	2	342 805	251 983	90 822
	Szemészet	11	1 715 912	1 685 315	30 597
	Szülészet-Nőgyógy.	2	185 555	222 358	-36 803
December	Neurológia	1	168 040	324 538	-156 498
	Mozgásszervi rehab.	2	308 330	224 400	83 930
	Sebészet	1	232 789	26 405	206 384
	Szemészet	10	1 444 218	1 477 581	-33 363
	Traumatológia	1	269 789	140 220	129 569
Összesen:		211	32 845 154	29 772 626	3 072 528

2018	Ellátó osztály	Esetszám	DOVERA finanszírozás	NEAK finanszírozás	Különbség (Dovera-NEAK)
Hónap					(Ft)
Január	KAIBO	1	480 485	157 667	322 817
	Reumatológia	2	337 889	251 983	85 906
	Szemészet	10	1 537 550	1 532 104	5 446
	Szülészet	2	182 894	222 358	-39 464
	Traumatológia	1	271 241	275 448	-4 206
Február	Belgyógyászat	4	576 738	671 644	-94 906
	Intenzív	2	840 790	291 464	549 326
	Patológia	1	125 635	55 323	70 312
	Reumatológia	4	679 615	503 965	175 650
	Sebészet	3	706 114	334 844	371 270
	Szemészet	14	2 164 792	2 045 449	119 343
	Szülészet	3	355 395	385 670	-30 275
	Traumat.	1	272 781	149 856	122 925
Március	Neurológia	1	169 822	157 667	12 155
	Orr-fül-gége	1	98 154	89 268	8 886
	Rehabilitáció	1	155 800	125 991	29 809
	Reumatológia	5	849 110	629 957	219 153
	Sebészet	3	705 774	821 825	-116 051
	Szemészet	8	1 150 427	1 171 160	-20 733
	Belgyógyászat	1	7 790	17 624	-9 834
	Szülészet	6	543 742	815 388	-271 646
	Traumat.	1	272 650	245 025	27 625
Április	Belgyógyászat	4	754 584	1 030 380	-275 796
	Intenzív	1	487 336	307 239	180 097
	Orr-fül-gége	1	99 039	89 268	9 771
	Reumatológia	2	342 707	251 983	90 724
	Sebészet	2	474 759	497 176	-22 417
	Szemészet	17	2 544 835	2 814 859	-270 025
	Szülészet	2	185 502	222 358	-36 856
	Traumat.	2	550 218	92 755	457 462
Május	Belgyógyászat	3	418 836	425 472	-6 636
	Intenzív	1	453 739	89 900	363 839
	Orr-fül-gége	1	99 950	89 268	10 681
	Reumatológia	2	345 857	251 983	93 874
	Sebészet	1	239 562	206 918	32 644
	Szemészet	15	2 360 712	2 298 156	62 556
	Szülészet	10	936 035	1 229 150	-293 115
Traumat.	1	277 638	95 685	181 952	
Június	Belgyógyászat	2	389 088	346 530	42 558
	Reumatológia	4	706 843	503 965	202 878
	Szemészet	7	1 123 816	1 458 492	-334 676
	Szülészet	8	765 206	1 180 813	-415 606
	Traumat.	1	283 710	274 610	9 100

2018	Ellátó osztály	Esetszám	DOVERA finanszírozás	NEAK finanszírozás	Különbség (Dovera-NEAK)
Hónap					(Ft)
Július	Belgyógyászat KARD.	1	192 120	135 456	56 664
	Neurológia	1	174 509	62 861	111 648
	Orr-fül-gége	1	100 863	89 268	11 595
	Reumatológia	3	523 527	377 974	145 553
	Sebészet	1	241 751	78 006	163 745
	Szemészet	14	2 223 469	2 144 946	78 523
	Szülészet	1	94 459	240 655	-146 196
	Traumat.	1	280 175	21 457	258 718
	Újszülött	1	94 459	109 510	-15 051
Augusztus	Belgyógyászat ÁLT:	1	194 928	150 551	44 377
	Belgyógyászat KARD.	1	194 928	216 675	-21 747
	Rehabilitáció	2	324 880	132 000	192 880
	Reumatológia	6	1 062 358	755 948	306 409
	Sebészet	4	981 138	1 146 000	-164 863
	Szemészet	3	483 421	459 631	23 790
	Szülészet	2	191 679	353 503	-161 824
	Traumat.	3	852 810	802 399	50 411
Újszülött	2	191 679	219 020	-27 340	
Szeptember	Belgyógyászat KARD.	1	195 210	216 675	-21 465
	Psychiátria	1	177 316	253 927	-76 611
	Reumatológia	1	177 316	125 991	51 324
	Szemészet	11	1 773 158	1 558 488	214 670
	Szülészet	1	95 978	133 911	-37 933
	Traumat.	1	284 681	65 045	219 636
Október	Reumatológia	2	350 468	251 983	98 485
	Sebészet	1	242 755	393 010	-150 255
	Szemészet	5	797 394	766 052	31 342
	Szülészet	2	189 703	378 317	-188 614
	Újszülött	2	189 703	188 340	1 363
November	Reumatológia	4	704 358	503 965	200 393
	Szemészet	7	1 119 865	1 188 877	-69 013
	Szülészet	2	190 629	353 503	-162 874
	Traumat.	1	282 713	417 750	-135 038
	Újszülött	2	190 629	188 340	2 289
December	Belgyógyászat NEPH.	1	192 840	130 005	62 835
	Neurológia	1	175 163	157 667	17 496
	Reumatológia	1	175 163	236 709	-61 546
	Sebészet	1	242 657	206 918	35 739
	Szemészet	10	1 592 216	1 434 284	157 931
Összesen:		268	44 068 223	41 354 262	2 713 962



Interjú a Mohácsi Kórházzal

A személyes interjút adták: Dr. Csizmadia Csaba főigazgató főorvos, Tompity Judit minőségügyi vezető

A személyes interjú leírt szövegét jóváhagyta: Tompity Judit minőségügyi vezető

A személyes interjút készítette: dr. Radics Zsuzsanna Gabriella, a CESCİ megbízásából

Időpont és helyszín: 2019. szeptember 12., Mohács

Röviden a Mohácsi Kórház elhelyezkedéséről és a nyújtott ellátásairól

A Mohácsi Kórház határmenti betegellátás kapcsán nem rendelkezik együttműködési megállapodással. Mohács Horvátországgal határos város, így megemlítendő, hogy 2018-ban járóbeteg-ellátásban 26 esetben, míg fekvőbeteg-ellátásban 4 esetben került sor Horvátországból érkező betegek ellátására. Mohács 2007-től az Európai Unió dunai határkikötője. A nemzetközi dunai hajózásból adódóan a Mohácsi Kórházban külföldi betegellátásra is sor kerül. A mohácsi kórház a pécsi klinikától közúton 40 kilométerre fekszik. Ez a közelség alapozta meg a betegellátásban való szoros együttműködést a progresszivitás magasabb szintjén álló Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központja és a Mohácsi Kórház között. A kórház összesen 300 ágygal rendelkezik, ebből 192 aktív, 60 rehabilitációs és 48 krónikus ágy. A Mohácsi Kórházról megállapítható, hogy a további három interjúban közreműködő kórházzal összehasonlítva nagyon korszerű, szépen felújított egészségügyi intézmény, amely nemcsak napelemekkel van felszerelve, hanem mentőhelikopter fogadására alkalmas leszálló hellyel is rendelkezik. A kórház ellátásai között különlegességként megemlítendő, hogy a Szülészeti Osztályon alternatív szülőszoba is található, a barátságos és korszerű Gyermeosztályon sószooba is kialakításra került, a Mozgásszervi Rehabilitációs Komplexum mellett pedig egy speciális rehabilitációs park került kiépítésre.

A fenti előzményekre építve elkészített interjú

1.) Határon átnyúló/határ-menti ellátás rendelkeznek-e együttműködési szerződéssel, illetve valamilyen más formában van-e határ-menti betegek ellátására együttműködésük? Hogyan fogalmazódott meg az együttműködés létesítésének ötlete?

A Mohácsi Kórház határmenti betegellátás kapcsán nem rendelkezik együttműködési megállapodással. Külföldi betegek ellátása azonban járó-, és fekvőbeteg-ellátás keretében megvalósul, ezen belül is megemlítendő a nemzetközi dunai hajózáshoz köthető külföldiek ellátása, melynek keretében ukrán, román, szerb betegek ellátására is sor kerül. A külföldi betegek ellátása kapcsán ki kell emelni a horvát betegek ellátását, a város horvát határ menti fekvésére tekintettel. A horvát betegeken kívül szórványosan szerb betegek is megfordulnak az intézményben. Az EU-kártyával történő ellátás és elszámolás kapcsán megemlítendő, hogy számottevő azon betegek száma, akik az Egyesült Királyságban, Németországban, Ausztriában dolgozó magyar személyek, és a kártya által orvosilag szükséges ellátásokat vesznek igénybe.

2.) Milyen várakozások motiválták az együttműködési készséget? Teljesültek-e ezen várakozások az együttműködés során (teljesen, részben, egyáltalán nem)? Mit tesznek a részben, vagy egyáltalán nem teljesült várakozásokkal (továbbra is fenntartják, vagy feladják őket)? Miért?

Ennek a kérdésnek nincs relevanciája, mivel a kórház együttműködési megállapodással nem rendelkezik.

3.) Milyen belső (személyi, szervezeti, intézményi), külső (jogi, ellátórendszeri), egyéb (informális) tényezők befolyásolták a szándék valóra váltását? Pozitívan? Negatívan? Ezek közül melyeket tudtak előre jelezni, s ezek az előrejelzések mennyiben bizonyultak pontosnak?

Ennek a kérdésnek nincs relevanciája, mivel a kórház együttműködési megállapodással nem rendelkezik. Ha azonban azt a kérdést vesszük alapul, hogy a kórház rendelkezésére álló személyi, tárgyi feltételeket tekintve alkalmas-e külföldi betegek kapcsán több beteget ellátni vagy a jelenleginél több ellátást nyújtani, akkor kijelenthető, hogy jelenleg ez nem megvalósítható. Tény, hogy a kórházban a külföldi betegek ellátására a struktúra adott, tekintettel arra, hogy pályázatok keretében a kórház 2/3-a felújításra került, ugyanakkor csökken a kórházi dolgozók száma, egyre több a nyugdíjas dolgozó, és kevés a rezidens. Ez utóbbi visszavezethető a központilag megkötött létszámra és Pécs „elszívó” hatására. A további ellátásokhoz fedezet is szükséges, amely a jelenlegi finanszírozásban nem áll rendelkezésre.

4) Az előrejelzésekhez képest mennyiben és miért kellett eltérni menet közben az előre feltételezett munkamódszertől?

Ennek a kérdésnek nincs relevanciája, mivel a kórház együttműködési megállapodással nem rendelkezik.

5) Milyen támogatást kaptak/kapnak – ha kaptak – az előkészítés, a megvalósítás és a működés során (szervezetten belül, fenntartótól, partner-intézményektől, egyéb forrásból a hazai és a külföldi, illetve az anyagi és a módszertani – szervezeti kultúrát érintő – támogatások elkülönített kimutatásával)?

Ennek a kérdésnek nincs relevanciája, mivel a kórház együttműködési megállapodással nem rendelkezik. Források kapcsán viszont megemlítendő az alábbiak: A kórház felújítása kapcsán ki kell emelni a pályázatokból származó forrásokat, melyek keretében a kórház 2/3-a felújításra került. A pályázati támogatásokon túlmenően – mint az a kórház honlapján is olvasható - fontos kiemelni, hogy 2013-ban lakossági összefogással önerőből a kórház CT-készüléket vásárolt, melyet 2015-ben pályázati úton egy új CT-készülékre sikerült lecserélni. 2014-ben Mohácsra látogattak a Richter Egészségváros elnevezésű program utazó nagykövetei, és ezen a rendezvényen több mint hétmillió forintot sikerült gyűjteni a kórháznak.



6) Milyen belső (személyi, szervezeti, intézményi), külső (jogi, ellátórendszeri), egyéb (informális) tényezők befolyásolták a szándék valóra váltását? Pozitívan? Negatívan? Ezek közül melyeket tudtak előre jelezni, s ezek az előrejelzések mennyiben bizonyultak pontosnak? Mi változott (ha változott) a határon átnyúló együttműködés eredményeként a személyes, a szervezeti (intézményi) működésben? Hogyan értékelik ezt a változást?

Ennek a kérdésnek nincs relevanciája, mivel a kórház együttműködési megállapodással nem rendelkezik.

7) A határon átnyúló együttműködés fenntarthatósága? Időben (tartós működési mód, szemlélet, vagy egyszeri projekt)? Anyagilag (hogyan alakul a szolgáltatások összetétele, volumene, mennyiben járul ez hozzá az intézmény finanszírozásához)? Szervezetileg (elkötelezettség, ismertség, elismertség)? Intézményesen (az egészségügyi ellátórendszer egészén belül értelmezhető, támogatott)?

Ennek a kérdésnek nincs relevanciája, mivel a kórház együttműködési megállapodással nem rendelkezik.

8) Az egészségügyi dolgozók munkaerőhiánya kapcsán milyen szakterületen lenne szükséges egy határmenti együttműködés az elkövetkező 5 évben, vagy hosszabb távon, ennek keretében milyen egészségügyi fejlesztési igények merülnek fel a saját kórházukban; a megvalósításhoz szükséges tárgyi eszközök beszerzésében a közbeszerzés; jelent-e akadályt, ha akkor ennek nevesítése; felmerül-e ezen cél eléréséhez bármilyen jogi akadály; milyen infrastrukturális fejlesztéseket tartanak szükségesnek a megvalósításhoz; milyen segítséget nyújthat a fentiekhez a helyi önkormányzat illetve a fenntartó helyi-, és központi szerve.

Kérdésként merült fel, hogy megvalósítható-e adott szakmákban határmenti együttműködés akár az eszéki kórházzal, akár más a határ túloldalán lévő közfinanszírozott egészségügyi intézménnyel?

Pécs regionális centrum, így a hatályos szabályok alapján adott esetek ellátására Pécssett, a klinikán kerül sor. Ennek ellenére írásban megkötött vagy jogszabályba foglalt határmenti együttműködés keretében a Mohácsi Kórház nyitott arra, hogy együttműködés jöjjön létre (akár adott szakmákban) például Eszékkal, azonban figyelembe kell venni a nyelvi nehézségeket, a határon át történő utazást, Pécs közelségét és Pécs széleskörű ellátását, amely kérdésessé teszi egy ilyen megállapodás kivitelezhetőségét. Akár az is elképzelhető, hogy Pélmonostorral – amely Mohács testvérvárosa, és közel 30 kilométerre fekszik Mohácstól - megállapodás jöjjön létre. Pélmonostoron járóbeteg-ellátás mellett egynapos ellátást biztosítanak, így ez esetben akár olyan ellátásokra is lehetne megállapodást kötni, amelyet Eszéken hosszabb várakozással (pl: gasztroenterológiai ellátás) tudnak csak megkapni a horvát betegek.

A távdiagnosztika külsős, magyar cégekkel jelenleg is megvalósul, de nincs akadálya annak, hogy ilyen együttműködésre határmenti megállapodásban is sor kerülhessen. A diagnosztika esetén meg kell említeni, hogy ehhez a tárgyi és a személyi feltételek adottak, de a forrást biztosítani kellene. Ha példaként CT-t tekintjük, akkor ezen vizsgálatokra meghatározott időkapacitás áll rendelkezésre, amelyen felüli teljesítésre akkor kerülhetne sor, ha erre adott forrást biztosítanának.

9) Melyek a legfontosabb támogató és a legfontosabb akadályozó körülmények? Személyes, intézményi, intézményrendszeri szinten?

Támogató tényező lenne a külföldi betegek ellátása kapcsán pl. a határmenti ellátásra biztosított plusz pénzügyi forrás, amelyből az egészségügyi dolgozók bérét is ki lehetne egészíteni. Ez a juttatás egyrészt helyben tartó erő is lenne, másrészt szociálisan is erősítő tényezőként hatna.

A kórház infrastruktúrája adott – akár fizetős – betegek fogadására is. VIP szobák (egy-egy ágyas) a sebészetben kerültek kialakításra, de ugyanakkor a pályázati pénzből felújított belgyógyászatban – nem VIP – két-, háromágyas, fürdőszobával ellátott, klimatizált redőnyös (majdnem mindenhol még televízió is megtalálható) korszerű szobák állnak a betegek rendelkezésére. Hasonlóan felszerelt a neurológia, a gyermekosztály és a rehabilitációs osztály is.

A magasszintű felszereltség kapcsán talán az adott szobában elhelyezett hűtőszekrény, vagy a wifi-vel ellátott szoba adhatná a VIP jelleget. A wifi-ről már voltak egyeztetések, így szerették volna a kórház egész területén a wifi-ellátást biztosítani, de erre eddig azért nem került sor, mert ha valaki feltesz a hálóra olyan információt, amely jogkövetkezményekkel járhat, akkor nem egyértelmű a felelősség kérdése (az felel-e, aki feltette az információt, vagy az, aki a hálózatot biztosította.)

Megemlítendő még a ki nem fizetett számlák kérdése. Természetesen előfordul, hogy ha a külföldi beteg ellátása kapcsán számla kerül kiállításra, a külföldi beteg ezt a számlát esetleg nem fizeti ki. Érdekes, hogy ilyen esetek általában nem a szomszédos országok betegeivel, hanem német, holland betegek esetében fordultak elő. Tény, hogy a külföldi betegek esetén a kintlévőséget nagyon nehéz behajtani.

10) A határon átnyúló együttműködés keretében hogyan kezelik a várólistákat? Ez milyen összefüggésben áll az intézményben (nem az együttműködés keretében) ellátott többi beteg ellátásával?

Külföldi betegeknél nincs várólista, tekintettel arra, hogy a külföldi betegek elsősorban akut ellátást kapnak.

11) Hogyan képesek garantálni az azonos elbírálást, kezelni az esetleges konfliktusokat?

Nem volt még olyan panasz vagy információ, hogy a külföldi beteg rosszabb ellátásban részesült volna, mint a magyar beteg, vagy a külföldi beteg nem azonos elbírálásban részesült volna. Erre tekintettel ilyen konfliktust nem kellett kezelni.

12) Hogyan kezelik az esetleges nyelvi akadályokat?

A dunai hajózáshoz kapcsolódó betegellátásnál a hajósok biztosítják a tolmácsot. Németül, angolul beszélnek a kórház munkatársai, de olyan horvát beteg esetén is, aki csak a horvát nyelvet beszéli, tud intézkedni a kórház tolmács biztosításáról.



13) Javaslatok?

Ha a határmenti betegellátás kapcsán további ellátásokat szeretne a kórház biztosítani – ebbe a körbe tartozhatnának többek között a szűrővizsgálatok, a horvát nagy kórházakban (ilyenek pl. Eszéken a hosszú várólistás műtéti ellátások), akkor ehhez többek között szükséges lenne

- külön központi forrásra, továbbá
- az érintett kórházak közötti együttműködésre és egyeztetésekre.

Interjú Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központtal

A személyes interjút adta és jóváhagyta: Dr. Záborszki Annamária, egészségbiztosítási igazgató

A személyes interjút készítette: Dr. Balogh Tamás

Időpont és helyszín: 2019. január 14., Szeged

1.) Hogyan fogalmazódott meg az együttműködés létesítésének ötlete? Milyen várakozások motiválták az együttműködési készséget? Teljesültek-e ezen várakozások az együttműködés során (teljesen, részben, egyáltalán nem)? Mit tesznek a részben, vagy egyáltalán nem teljesült várakozásokkal (továbbra is fenntartják, vagy feladják őket)? Miért?

Az SZTE mindig nyitott volt arra, hogy a Duna-Körös-Maros-Tisza Eurorégió működéséhez kapcsolódva regionális csúcshintézményként a folyamatosan meglévő szakmai, kutatási együttműködések mellett a betegellátásban is megvalósuljanak olyan betegutak (például gyermek szívsebészet, idegsebészet, speciális műtéti technikák, kezelések) amik az országok közötti társadalombiztosítási együttműködésekben alapulnak. Ezt a törekvést a magyar-román kétoldalú együttműködést támogató EU-s pályázatok támogatták volna, de ez a kezdeményezés elhalt. Jelenleg pl. a rászoruló határon túli gyermek szívbetegek Rotary Club támogatással tudnak Magyarországra jönni. A motivációt a folyamatosan jelenlévő ellátási igény jelenti. Jelenleg a szegedi egyetem szervezett határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási együttműködésben nem vesz részt. A betegek egyrészt a sürgősségi ellátásban jelennek meg, másrészt egyénileg szervezett módon, spontán, illetve az utóbbi időben egyre erőteljesebben fellépő „egyéni ellátásszervezők” közvetítésével érkeznek.

2.) Milyen belső (személyi, szervezeti, intézményi), külső (jogi, ellátórendszeri), egyéb (informális) tényezők befolyásolták a szándék valóra váltását? Pozitívan? Negatívan? Ezek közül melyeket tudtak előre jelezni, s ezek az előrejelzések mennyiben bizonyultak pontosnak? Az előrejelzésekhez képest mennyiben és miért kellett eltérni menet közben az előre feltételezett munkamódszertől?

A határon túlról érkező betegek szegedi egyetemi ellátását az intézmény közfinanszírozáson kívülről származó egyéb bevételeinek a növelése iránti szándék is motiválta a fent említett reális ellátási igény kielégítése mellett. Szülészet, idegsebészet, gyermek sebészet váltak a leggyakrabban igénybe vett szakmákká, és a szemészet (szürkehályog-műtétek), de azt tapasztalják, hogy ezek mostanában – a magas színvonalú ellátásra is képes romániai magánintézmény-hálózat kiépítésével – fokozatosan visszaszorulnak.

3.) Milyen támogatást kaptak/kapnak – ha kaptak – az előkészítés, a megvalósítás és a működés során (szervezetten belül, fenntartótól, partner-intézményektől, egyéb forrásból a hazai és a külföldi, illetve az anyagi és a módszertani – szervezeti kultúrát érintő – támogatások elkülönített kimutatásával)?

A tervezett 3. progresszivitási szintű euroregionális kapcsolatok fejlesztéséhez a korábbi és a jelenlegi magyar-román határon átnyúló együttműködést támogató EU-s forrásokat használják. Aktuális információkkal a Pályázati Iroda (Jancsó László) szolgálhat.



4.) Mi változott (ha változott) a határon átnyúló együttműködés eredményeként a személyes, a szervezeti (intézményi) működésben? Hogyan értékeli ezt a változást?

A kutatási együttműködések keretében ellátott betegeken kívül a klinikai központ területén egyéni ellátásszervezők is működésbe léptek, akik egyre jobban tájékoztatták a betegeket az európai uniós szabályok alapján igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokról, ami egyre nagyobb forgalmat generált, és ami lépéskényszerbe hozta az egyetemet. Erre a helyzetre reagálva alakította meg az egyetem a kizárólagos tulajdonában álló UNI-MED Szeged Egészségügyi Szolgáltató Kft.-t, amely a külföldi betegek szegedi ellátásának a szervezésével foglalkozik, s az egyetem személyzetét érdekeltté téve oldja meg az egyéni ellátásszervezők működéséből eredő terhek kezelését, a betegforgalom tervezhetővé tételét, mederben tartását. Cél, hogy csak tervezett és reálisan felvállalható beteganyag legyen az intézményben. A működés eredményeképpen a szemlélet változik, az intézményben dolgozók hozzászórtak ahhoz, hogy a határon túlról is jönnek betegek. Próbálják kezelni az orvosok eltérő hozzáállását is. Az UNI-MED motivációs rendszere ezt is átalakítja.

5.) A határon átnyúló együttműködés fenntarthatósága? Időben (tartós működési mód, szemlélet, vagy egyszeri projekt)? Anyagilag (hogyan alakul a szolgáltatások összetétele, volumene, mennyiben járul ez hozzá az intézmény finanszírozásához)? Szervezetileg (elkötelezettség, ismertség, elismertség)? Intézményesen (az egészségügyi ellátórendszer egészén belül értelmezhető, támogatott)?

Az UNI-MED közbeiktatásával szabályozott betegáramlást az egyetem hosszú távon fenn kívánja tartani. Az évi 40 milliárd forintos közfinanszírozási bevételhez képest a nemzetközi betegmobilitásban végzett fizetőköteles betegellátás éves bevétele ~ 300-400 millió forint. Ehhez képest a nemzetközi betegmobilitásnak az a része, amely a közfinanszírozásban zajlik (a 883/2004/EU rendelet alapján), illetve a jogcím nélküli ellátásra szorulóknak ellátása többször behajthatatlan követelésekhez vezet (az ellátás költségét ugyanis nem, vagy nem teljes mértékben kapja vissza az intézmény). A politraumatizált esetek ellátásának be nem hajtható része akár elérheti az évi 20-30 millió forintot is. Az egyetem saját követeléskezelővel dolgozik ezen költségek érvényesítése érdekében.

6.) Melyek a legfontosabb támogató és a legfontosabb akadályozó körülmények? Személyes, intézményi, intézményrendszeri szinten?

Az intézményi humán erőforrás-hiány. Az aneszteziológiai kapacitás kifejezetten szűk. Ez a fizetőköteles ellátások nyújtása során is probléma. Ezen túlmenően nehézséget jelent, hogy Szegeden gyakorlatilag nincs a progresszivitási hierarchia 1-es, 2-es szintjén működő másik ellátó intézmény az egyetemi klinikán kívül (a korábbi intézmény-összevonások eredményeként). Ez mintegy „frontkórházi” szolgálatot kényszerít rá a speciális, bonyolult ellátásokra képzett szakszemélyzetre, kapacitását elvonva a magasabb progresszivitású munkától. A humán erőforrás-hiány abból is adódik, hogy az egyetemi képzésben is részt kell venniük magas óraszámmal, de nemcsak az általános orvostudományi (magyar-angol-német nyelvű), hanem a fogorvosi, főiskolai, szakiskolai területeken is.

A szervezési kérdésekben a fő problémát az jelenti, ha egy határon túli beteg az intézményben „ragad”, mert rendezetlen biztosítási státusza folytán nincs olyan intézmény a hazájában, aki át

akarná venni. Ez a rendezett státuszúaknál is előfordul. Különösen nagy probléma, ha az adott beteg intenzív osztályon van, de már nem igényel intenzív ellátást. Probléma azoknál is, akik tervezett ellátás keretében részesültek ellátásban, de a tervezett ellátásukat valamilyen váratlan ok – pl. fertőzés, szövődmény stb. – meghosszabbítja. Az átadás mégis a „biztosítási hontalanok” esetében okozza a legnagyobb problémát. Az ilyen személyek helyzetének rendezésében az intézmény jelenleg semmilyen segítséget nem kap, ezért az érintett beteg állampolgársága szerinti követségeken keresztül próbálnak eljárni a hazaszállítás érdekében. Az átadás azért nehéz, mert nincs fogadó intézmény, akinek át lehetne adni, s akinek át kellene venni az ilyen betegeket. A legideálisabb a követségeknek való átadás lenne, jelenleg szakmai/személyes kapcsolatokon alapuló, eseti együttműködés történik.

A szakszemélyzet- és az orvoshiány az együttműködésekre is hatással van, az egyetem a telekonzultációs és telediagnosztikai képességek fejlesztését és ennek a fejlesztésnek az uniós forrásokból történő további támogatását kiemelkedően fontosnak tartja. Ehhez azonban ki kell dolgozni a felelősségbiztosítási és a finanszírozási hátteret, a munkaidőre gyakorolt hatását. Mindez nem szabályozott jelenleg Magyarországon sem. Az E-health, M-health eszközök, alkalmazások terjedését ugyanakkor az orvoshiány is gyorsítja (nemcsak a technológiai fejlődés), ami a szabályozási szükségszerűséget felerősíti. További problémát jelenthet a GDPR-rendelet, ami a jövőben jelentősen növeli az intézményi dokumentációs terheket.

A megfelelő jogi és finanszírozási ismeretek rutinszerű alkalmazásához nincs külső ágazati segítség a dolgozói képzéshez, ami a magas szakdolgozói fluktuáció mellett folyamatosan jelentkező probléma.

7.) A határon átnyúló együttműködés keretében hogyan kezelik a várólistákat? Ez milyen összefüggés-ben áll az intézményben (nem az együttműködés keretében) ellátott többi beteg ellátásával? Hogyan képesek garantálni az azonos elbírálást, kezelni az esetleges konfliktusokat? Hogyan kezelik az esetleges nyelvi akadályokat?

Megfelelő intézményi és szervezeti egység szintű várólistakezelő rendszerünk van. A határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében végzett ellátást igénybe vevők, továbbá az E-kártya alapján jogosultak, vagyis az Irányelv és a Rendelet alapján ellátott betegek felkerülnek a várólistára. Az intézményi várólisták az egyetemen rövidek, minden szakmában és szakmacsoportban az országos várakozási idők alatt vannak. A térítésköteles betegek tervezett ellátása térben és időben elkülönítetten zajlik.

8.) Javaslatok?

Telemedicina: megfelelő jogi szabályozásra van szükség – felelősségbiztosítás, szerződéskötés, stb. –, ami a telekonzultáció, a telediagnosztika minden területén tisztázandó, nemcsak a progresszív ellátásban. Régiós centrumként a 3. magas/kiemelt progresszivitási szint elfoglalása a cél a határon átnyúló együttműködésben speciális műtéti és diagnosztikai területeken. Ellentmondás van a szabályozásban, mivel a nem határon túli, hanem belföldi fizetőköteles betegekre érvényes térítésidj-táblázat sokkal magasabb díjtételeket tartalmaz, mint az ún. T térítési kategóriára (irányelvi tervezett ellátást igénybe vevő külföldiekre) érvényes NEAK-díjtétel.



A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatási tevékenység szempontjából az intézmény számára az lenne ideális, ha erre a tevékenységre külön felvételi adminisztrációs apparátus működhetne (legalább 3 nyelvet – román, szerb, angol – beszélő betegirányítóval). Az illegális bevándorlókkal vannak további nyelvi problémák, ha az anyanyelvükön kívül más nyelven nem kommunikálnak (őket a határrendészeti szervek hozzák).

A rendezetlen biztosítási státuszú külföldi betegek magyarországi ellátásából eredő problémák mérséklése érdekében szükséges lenne olyan szabályozás, amely egyértelműsíti, hogy hova, milyen feltételekkel, milyen szakmai dokumentációval és mikor adható át és szállítható el az érintett beteg. Ebben az esetben a magyar intézmény egyszerűen csak átadná azt a szakmai dokumentációt, amellyel a beteg már szállítható.

Interjú az UNI-MED Szeged Egészségügyi Szolgáltató Kft. ügyvezetőjével

A személyes interjút adta és azt jóváhagyta: Dr. Papp Tibor az UNI-MED Szeged Egészségügyi Szolgáltató Kft. ügyvezető igazgatója

A személyes interjút készítette: dr. Radics Zsuzsanna Gabriella, a CESCİ megbízásából

Időpont és helyszín: 2019. szeptember 23., Békéscsaba

Röviden az UNI-MED Szeged Egészségügyi Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaságról

A 2006-ban alapított UNI-MED Szeged Egészségügyi Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság a Szegedi Tudományegyetem gazdasági társasága. A kft. tevékenysége térítéses járó-, és fekvőbeteg-szakellátási szolgáltatásra terjed ki, amelyet a Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ klinikáin biztosítanak a betegek számára. Az UNI-MED Szeged Egészségügyi Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság honlapján a következő bemutatkozás olvasható: *„Szeged Egészségügyi Szolgáltató Központunkat felkereső betegek magas szintű ellátását nemzetközileg elismert orvosprofesszorok, kiválóan képzett orvosok és szakszemélyzet, az orvostudomány területén jelenleg elérhető legkorszerűbb műtők és műszerpark, valamint teljes körű minőségbiztosítási rendszer garantálja, hiszen betegellátás terén kizárólagos partnerünk a Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ. Egy- és kétágyas, emelt komfortfokozatú kórtermekben, kellemes környezetben biztosítjuk betegeink gyógyulását, igény esetén személyi asszisztens, tolmács biztosításával. Valamennyi orvosi szakterületen, korszerű és hatékony vizsgálataink és kezeléseink térítéses szolgáltatásként vehetők igénybe mind a magyar, mind a külföldi betegek számára.”* Mindezek alapján az alábbi interjú került elkészítésre az UNI-MED Szeged Egészségügyi Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság ügyvezetőjével, tekintettel többek között arra, hogy a kft. a külföldi betegek részére is szervezi a térítésköteles szakellátásokat.

A fenti előzményekre építve elkészített interjú

1.) Határon átnyúló/határ-menti ellátás rendelkeznek-e együttműködési szerződéssel, illetve valamilyen más formában van-e határ-menti betegek ellátására együttműködésük? Hogyan fogalmazódott meg az együttműködés létesítésének ötlete?

A Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ (Egyetem) szervezett határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó együttműködéssel nem rendelkezik.

Az egyetem a térítéses ellátásokra 2006-ban létrehozott egy saját gazdasági társaságot, az UNI-MED Szeged Egészségügyi Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaságot. Az egyetem minden térítéses ellátása a fenti kft.-n keresztül valósul meg. Mindezek alapján a térítéses ellátások önálló szolgáltatója az UNI-MED Szeged Egészségügyi Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság. A kft. által nyújtott ellátásokban az egyetem klinikái működnek közre, melynek következtében a kft. saját járó-, és fekvőbeteg-hálózattal rendelkezik. Ez utóbbi, azaz a fekvőbeteg-ellátás keretében összesen 75 ágygal gazdálkodhat. Mindezek alapján a szegedi egyetemi klinikák szabad kapacitásainak térítéses értékesítése térben és időben is elkülönül a NEAK által finanszírozott ellátásoktól.

Tavaly a kft.-nek évi 5 000 betege volt. Ha a külföldi betegeket tekintjük, akkor természetesen figyelemmel kell lenni a közvetlen határon túlról – azaz Szerbiából, Romániából – érkező betegekre.



A külföldi fizetős betegek 51 országot fednek le, közöttük 50–60 százalék közötti a román betegek aránya. A magas külföldi betegszám kapcsán megemlítendő, hogy a szegedi orvosi egyetemen kb. 4 000 külföldi hallgató tanul, akik azáltal növelik a külföldi betegforgalmat, hogy a családtagjaik, rokonaik is igénybe veszik a térítésköteles magyar ellátásokat.

Egyre több biztosító keresi meg a kft-t, hogy szerződés keretében biztosítson a betegeinek ellátásokat. A Román National Niederlandéval már szerződött a kft., míg a Román Groupama biztosító és az Aegon biztosító a közelmúltban kereste meg a kft.-t szerződés keretében történő együttműködés kapcsán. Jelenleg még nagyon kevés azon betegeknak a száma, akik a Román National Niederlande szerződése alapján veszik igénybe a klinika térítésköteles ellátásait.

A betegforgalom elemzésénél nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy egyre nagyobb számban (kb. 30 százalék) veszik igénybe a térítésköteles – elsősorban járóbeteg- – ellátásokat a magyar betegek, akik az ország különböző részeiből érkeznek Szegedre.

2.) Milyen várakozások motiválták az együttműködési készséget? Teljesültek-e ezen várakozások az együttműködés során (teljesen, részben, egyáltalán nem)? Mit tesznek a részben, vagy egyáltalán nem teljesült várakozásokkal (továbbra is fenntartják, vagy feladják őket)? Miért?

Ennek a kérdésnek nincs relevanciája, mivel a szegedi klinika és az UNI-MED Kft. határon átnyúló/határmenti együttműködési megállapodással nem rendelkezik.

3.) Milyen belső (személyi, szervezeti, intézményi), külső (jogi, ellátórendszeri), egyéb (informális) tényezők befolyásolták a szándék valóra váltását? Pozitívan? Negatívan? Ezek közül melyeket tudtak előre jelezni, s ezek az előrejelzések mennyiben bizonyultak pontosnak?

Az UNI-MED Kft. jelenleg 100 orvossal és közel 50 szakdolgozóval áll szerződéses kapcsolatban, akik közvetlenül a kft.-nek dolgoznak, számuk folyamatosan növekszik. Az ÁNTSZ a NEAK által finanszírozott ágyakon felüli ágyszámra adta meg a kft.-nek az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó engedélyt. Mindezekre építve az egyetem jelenlegi vezetésének a szándéka továbbra is az, hogy leszabályozza és áttekinthetővé tegye a térítésköteles ellátások igénybevételét, és az egyetem rejtett veszteségei csökkenjenek.

4) Az előrejelzésekhez képest mennyiben és miért kellett eltérni menet közben az előre feltételezett munkamódszertől?

Ennek a kérdésnek nincs relevanciája, mivel a szegedi klinika és az UNI-MED Kft. határon átnyúló/határmenti együttműködési megállapodással nem rendelkezik.

5) Milyen támogatást kaptak/kapnak – ha kaptak – az előkészítés, a megvalósítás és a működés során (szervezetten belül, fenntartótól, partner-intézményektől, egyéb forrásból a hazai és a külföldi, illetve az anyagi és a módszertani – szervezeti kultúrát érintő – támogatások elkülönített kimutatásával)?

2017 áprilisában a kft. még veszteséges volt, az egyetem ekkor tőkepótlást eszközölt, amely ma már nyereségesen működik.

6) Milyen belső (személyi, szervezeti, intézményi), külső (jogi, ellátórendszeri), egyéb (informális) tényezők befolyásolták a szándék valóra váltását? Pozitívan? Negatívan? Ezek közül melyeket tudtak előre jelezni, s ezek az előrejelzések mennyiben bizonyultak pontosnak? Mi változott (ha változott) a határon átnyúló együttműködés eredményeként a személyes, a szervezeti (intézményi) működésben? Hogyan értékeli ezt a változást?

Ennek a kérdésnek nincs relevanciája, mivel a szegedi klinika és az UNI-MED Kft. határon átnyúló/határmenti együttműködési megállapodással nem rendelkezik. Ugyanakkor az elmúlt években a kft. működése kapcsán a személyi feltételekben jelentős változások következtek be. A kft. egyik küldetési céljaként fogalmazódott meg, hogy szolgáltatóként akkor fog jól működni, ha nem a kft. toborozza az egészségügyi dolgozókat, hanem az egészségügyi dolgozók érzik úgy, hogy érdemnek minősül a kft. keretében dolgozni. Ezt a célt a kft. elérte. Jelenleg hetente 5-6 egészségügyi dolgozó jelentkezik a kft.-nél állásra, amelyek közül – a magas jelentkezési számra tekintettel – többeket el kell utasítani. Mindez azt is jelenti, hogy az orvosok, szakdolgozók bizalma jelentősen megnőtt a kft. irányában, amely visszavezethető többek között arra, hogy a kft. jól működteti az egészségügyi szolgáltatást, megfizeti a dolgozóit, azaz a kft. átlátható és kiszámítható rendszerben működik.

7) A határon átnyúló együttműködés fenntarthatósága? Időben (tartós működési mód, szemlélet, vagy egyszeri projekt)? Anyagilag (hogyan alakul a szolgáltatások összetétele, volumene, mennyiben járul ez hozzá az intézmény finanszírozásához)? Szervezetileg (elkötelezettség, ismertség, elismertség)? Intézményesen (az egészségügyi ellátórendszer egészén belül értelmezhető, támogatott)?

Ennek a kérdésnek nincs relevanciája, mivel a szegedi klinika és az UNI-MED Kft határon átnyúló/határmenti együttműködési megállapodással nem rendelkezik. Más szempontból megközelítve a kérdést, a kft. működésének fenntarthatósága kapcsán el kell mondani, hogy továbbra is van szabad kapacitásuk, ennek a felmérése jelenleg is zajlik, és a vállalkozás fejlesztése továbbra is folyamatos.

8) Az egészségügyi dolgozók munkaerőhiánya kapcsán milyen szakterületen lenne szükséges egy határmenti együttműködés az elkövetkező 5 évben, vagy hosszabb távon, ennek keretében milyen egészségügyi fejlesztési igények merülnek fel a saját kórházukban; a megvalósításhoz szükséges tárgyi eszközök beszerzésében a közbeszerzés; jelent-e akadályt, ha akkor ennek nevesítése; felmerül-e ezen cél eléréséhez bármilyen jogi akadály; milyen infrastrukturális fejlesztéseket tartanak szükségesnek a megvalósításhoz; milyen segítséget nyújthat a fentiekhez a helyi önkormányzat illetve a fenntartó helyi-, és központi szerve.

Ez a kérdés nem merült fel, mert jelenleg a betegellátásra adottak a kapacitások, a tárgyi és személyi feltételek, így a betegellátás folyamatos. Ki kell emelni, hogy a szegedi klinika jelenleg gyakorlatilag minden ellátást biztosítani tud, legyen az gerincsebészet, idegsebészet, mellkassebészet, gyermekrehabilitáció stb. Ez a széleskörű ellátás ma kiemelkedő magyarországi viszonylatban.



9) Melyek a legfontosabb támogató és a legfontosabb akadályozó körülmények? Személyes, intézményi, intézményrendszeri szinten?

Az egyetem hozzáállása támogató tényezőként említendő. A mostani forgalom akár meg is duplázható anélkül, hogy ehhez marketingtevékenység is társulna. Belső egyetemi folyamatok - pl. a bürokratikus eljárások - néha akadályozó tényezőként jelennek meg.

10) A határon átnyúló együttműködés keretében hogyan kezelik a várólistákat? Ez milyen összefüggésben áll az intézményben (nem az együttműködés keretében) ellátott többi beteg ellátásával?

Nincs várólista a kft.-nél, így ennek a kérdésnek nincs relevanciája.

11) Hogyan képesek garantálni az azonos elbírálást, kezelni az esetleges konfliktusokat?

Nincs megkülönböztetés magyar és külföldi beteg között, így ehhez kapcsolódóan konfliktus kezelésére sem került sor.

12) Hogyan kezelik az esetleges nyelvi akadályokat?

Tolmácsok segítik a betegellátást, továbbá négy nyelvű (angol, német, román, magyar) honlappal rendelkezik a kft. Meg kell említeni, hogy a nyelvi akadályokat csökkenti, hogy a munkatársak állásjelentkezésekor feltétel, hogy legalább angolul beszéljenek. Sok beteg – adott adatbiztonság, adatvédelem mellett – online jelentkezik a kft. internetes oldalán az ellátásra, így a beteg személyes megjelenésekor már ismert az ellátást végző előtt a beteg korelőzménye, azaz a szükséges fordításokra már sor került.

13) Javaslatok?

Sokféle szolgáltató működik a térítésköteles egészségügyi szolgáltatás területén. Erre tekintettel javasolható, hogy egyfajta minőségbiztosítási elvárás jelenjen meg ezen szolgáltatók működése kapcsán, azaz adott színvonal/minőségbiztosítási elvárás alatt ne lehessen térítésköteles egészségügyi szolgáltatást végezni.

A központilag támogatott marketingtevékenység is erősíthető lenne az egészségügyi szolgáltatók szabad kapacitásainak kihasználása érdekében. A marketingtevékenységgel akár a magyar egészségügyi ellátás versenyképességét is lehetne növelni, szemben a hasonló színvonalú, de drágább külföldi ellátásokkal.

Interjú a zalaegerszegi Szent Rafael Kórházzal (Zala Megyei Kórház)

A személyes interjút adta és jóváhagyta: Dr. Halász Gabriella főigazgató

A személyes interjút készítette: dr. Radics Zsuzsanna Gabriella, a CESCİ megbízásából

Időpont és helyszín: 2019. szeptember 10., Zalaegerszeg

Röviden a zalaegerszegi Szent Rafael Kórház elhelyezkedéséről és a nyújtott ellátásairól

A Zalaegerszegi Megyei Kórház az osztrák, szlovén és horvát határtól megközelítőleg egyenlő távolságra (50–70 kilométerre) fekszik. A Zala Megyei Kórház közvetlen betegellátási területe Zalaegerszeg és környéke, illetve Lenti és környéke, azonban a megyei kórház jellegből adódóan szükség esetén az egész megyéből, illetve a megye határain túlról is fogadják a betegeket. A zalaegerszegi Szent Rafael Kórház széles körű egészségügyi ellátást nyújt, így többek között a kórházban a hagyományos belgyógyászati, neurológiai, pszichiátriai, szülészet-nőgyógyászati osztályokon túl, gyermekosztály és gyermekintenzív részleg, ortopédia, szájsebészet, szemészet, STROKE Centrum, sebészeti osztály is működik. Ez utóbbi keretében kiemelendő a Kardiológiai és Szívsebészeti Centrum, melynek része a korszerűen műszerezett kardiológiai belgyógyászati osztály, a haemodinamikai laboratórium, a szívsebészet és kardiológia. Pathológián nem csak citológiai vizsgálatokat végeznek, hanem speciális biopszia, immun szerológiai és hisztológiai, tumor marker vizsgálatok, molekuláris biológiai, valamint digitálisképanalízis-vizsgálatok is segítik a megfelelő gyógymód kiválasztását.

A fenti előzményekre építve elkészített interjú

1.) Határon átnyúló/határ-menti ellátás rendelkeznek-e együttműködési szerződéssel, illetve valamilyen más formában van-e határ-menti betegek ellátására együttműködésük? Hogyan fogalmazódott meg az együttműködés létesítésének ötlete?

A zalaegerszegi Szent Rafael Kórház határmenti betegellátás kapcsán nem rendelkezik együttműködési megállapodással. Az elmúlt években nem merült fel az igény nemzetközi megállapodás megkötésére, amelynek az indoka többek között az, hogy a kórház nem rendelkezik szabad kapacitással ilyen jellegű feladatok ellátására. Ha a TVK-t vesszük figyelembe, akkor a járóbeteg-szakellátásban teljes körű kihasználtság érvényesül, míg a kórházi ellátás is elérte a teljesítményvolumen-korlát határát.

2.) Milyen várakozások motiválták az együttműködési készséget? Teljesültek-e ezen várakozások az együttműködés során (teljesen, részben, egyáltalán nem)? Mit tesznek a részben, vagy egyáltalán nem teljesült várakozásokkal (továbbra is fenntartják, vagy feladják őket)? Miért?

Ennek a kérdésnek nincs relevanciája, mivel a kórház együttműködési megállapodással nem rendelkezik. Ha azonban a külföldiek ellátását vesszük alapul, akkor megállapítható, hogy külföldiek a kórházban többek között a következő szakterületek ellátásait veszik igénybe:

- Sürgősségi ellátás (EU-s és más külföldi állampolgárok is igénybe veszik, beleértve a Magyarországon élő külföldieket is, tekintettel a Balaton közelségére);

- Kardiológia (ez esetben meg kell említeni, hogy a kardiológiai ellátás akut ellátás, azaz itt nem tervezett ellátás igénybevétele történik);
- Gyermekgyógyászat, ahol tervezett ellátás is megvalósulhat a gyermekrehabilitáció keretében. A gyermekrehabilitáció területén a kórház szabad kapacitásokkal rendelkezik, tekintettel arra, hogy az ágyszám-kihasználtság 50 százalék körüli. A külföldi rehabilitálandó gyermekek – ugyan korlátozott számban –, Szlovéniából, Horvátországból és Romániából érkeznek. Erre az osztályra a betegek/rehabilitálandók – főleg baleset következtében rehabilitálandó gyermekek – elsősorban az osztály közvetlen szakmai kapcsolatai révén kerülnek be. Azaz nem együttműködési megállapodás alapján kerül sor a gyermekek ellátására.

Az alacsony ágyszám-kihasználtság és a jó szakmai feltételek azonban magukban hordozzák azt a kérdést, hogy a gyermekrehabilitációs ellátás kapcsán tervez-e a kórház a külföldi beteg/rehabilitálandó gyermekek ellátására együttműködési megállapodást kötni?

A rehabilitáció nagy létszámigénnyel jár, amelyhez a magasan képzett személyzet rendelkezésre áll. Az együttműködési megállapodás feltétele lenne azonban többek között egy infrastrukturális fejlesztés. Szükséges lenne egy rehabilitációs központ kialakítása a kicsi alapterületre tekintettel. A főigazgató asszonynak az osztályvezető főorvossal is volt már erre vonatkozó megbeszélése, és van is erre vonatkozóan elképzelésük. A fenti fejlesztéshez pénzügyi forrásra lenne szükség, amely jelenleg nem áll rendelkezésre. A fenti bővítés megvalósításához figyelembe kell venni azt is, hogy orvosi továbbképzésre is szükség lenne, mert gyermekgyógyászat területén rehabilitációs szakorvos nincs túl sok; erre a továbbképzésre jelenleg van esély. Ki kell emelni, hogy a fenti tevékenység megvalósításához az infrastrukturális fejlesztés mindenképpen szükséges lenne.

3.) Milyen belső (személyi, szervezeti, intézményi), külső (jogi, ellátórendszeri), egyéb (informális) tényezők befolyásolták a szándék valóra váltását? Pozitívan? Negatívan? Ezek közül melyeket tudtak előre jelezni, s ezek az előrejelzések mennyiben bizonyultak pontosnak?

Ennek a kérdésnek nincs relevanciája, mivel a kórház együttműködési megállapodással nem rendelkezik.

4) Az előrejelzésekhez képest mennyiben és miért kellett eltérni menet közben az előre feltételezett munkamódszertől?

Ennek a kérdésnek nincs relevanciája, mivel a kórház együttműködési megállapodással nem rendelkezik.

5) Milyen támogatást kaptak/kapnak – ha kaptak – az előkészítés, a megvalósítás és a működés során (szervezetten belül, fenntartótól, partner-intézményektől, egyéb forrásból a hazai és a külföldi, illetve az anyagi és a módszertani – szervezeti kultúrát érintő – támogatások elkülönített kimutatásával)?

Ennek a kérdésnek nincs relevanciája, mivel a kórház együttműködési megállapodással nem rendelkezik. Azonban jogosan merül fel a fentiek alapján az a kérdés, hogy milyen forrásból lehetne

a külföldi gyermekeket is ellátó gyermekrehabilitációs központot létrehozni. Ez a fejlesztés központi költségvetési forrásból vagy adott esetben európai uniós forrásból lenne megvalósítható.

6) Milyen belső (személyi, szervezeti, intézményi), külső (jogi, ellátórendszeri), egyéb (informális) tényezők befolyásolták a szándék valóra váltását? Pozitívan? Negatívan? Ezek közül melyeket tudtak előre jelezni, s ezek az előrejelzések mennyiben bizonyultak pontosnak? Mi változott (ha változott) a határon átnyúló együttműködés eredményeként a személyes, a szervezeti (intézményi) működésben? Hogyan értékelik ezt a változást?

Ennek a kérdésnek nincs relevanciája, mivel a kórház együttműködési megállapodással nem rendelkezik.

Külföldi betegek ellátása kapcsán azonban elmondható, hogy a nyelvi nehézségek egyre kevésbé jelentenek problémát, tekintettel arra, hogy a fiatal orvosok jól beszélnek angolul, illetve németül, így tolmácsolásra egyre kevésbé van szükség.

7) A határon átnyúló együttműködés fenntarthatósága? Időben (tartós működési mód, szemlélet, vagy egyszeri projekt)? Anyagilag (hogyan alakul a szolgáltatások összetétele, volumene, mennyiben járul ez hozzá az intézmény finanszírozásához)? Szervezetileg (elkötelezettség, ismertség, elismertség)? Intézményesen (az egészségügyi ellátórendszer egészén belül értelmezhető, támogatott)?

Ennek a kérdésnek nincs relevanciája, mivel a kórház együttműködési megállapodással nem rendelkezik.

Határon túli és elektív beavatkozások kapcsán az azonban hosszabb távon elképzelhető, hogy az ortopédia, a sebészet és a kardiológia, továbbá a kardiológián belül az elektrofiziológiai beavatkozások területén a nemzetközi együttműködés, illetve a külföldibeteg-forgalom növelésének irányába előrelépés valósuljon meg. Ezen célok megvalósításához természetesen a tárgyi feltételeken túl személyi feltételek és megfelelő finanszírozás is szükséges. Meg kell jegyezni, hogy a szívsebészetben évi 600 műtétet végez a kórház, de a feladatbővítéskor további műtétekhez többletlétszám szükséges, amely megvalósítható többek között a közeljövőben szakorvosi képzést szerző – jelenleg még rezidens – kollégák révén. Meg kell említeni a kardiológián belül az elektrofiziológiát, ahol abláció, pacemaker-beültetés mellett ASD-zárást is végeznek, és további katéteres eljárások fejlesztése érdekében egy pályázat benyújtása is folyamatban van. Természetesen a fenti feladat ellátásához pontos tervezés szükséges, és ez esetben is elengedhetetlen a további infrastrukturális fejlesztés. Infrastruktúra kapcsán: ha csak az ortopédiát vesszük, akkor jelenleg egy olyan kórterem van ezen az osztályon, amely színvonalában vonzó lehet a külföldi betegek részére, a többi kórterem azonban ettől elmarad. Figyelemmel kell lenni arra, hogy a határ közelségére tekintettel mennyire lehet a kórház versenyképes – akár külső megjelenésében is – az osztrák, a szlovén egészségügyi szolgáltatókkal, ahol elég magas szintű az infrastruktúra.



8) Az egészségügyi dolgozók munkaerőhiánya kapcsán milyen szakterületen lenne szükséges egy határmenti együttműködés az elkövetkező 5 évben, vagy hosszabb távon, ennek keretében milyen egészségügyi fejlesztési igények merülnek fel a saját kórházukban; a megvalósításhoz szükséges tárgyi eszközök beszerzésében a közbeszerzés; jelent-e akadályt, ha akkor ennek nevesítése; felmerül-e ezen cél eléréséhez bármilyen jogi akadály; milyen infrastrukturális fejlesztéseket tartanak szükségesnek a megvalósításhoz; milyen segítséget nyújthat a fentiekhez a helyi önkormányzat illetve a fenntartó helyi-, és központi szerve.

Nincs információ a határ túloldalán lévő kórházak adott szakterületeiről. A kórházak közötti együttműködés azonban hazai viszonylatban is megvalósítható lenne, ha ezt központi szabályozás alapozná meg. A szabályozás kapcsán azt is át kellene gondolni, hogy kistélepüléseken milyen jellegű ellátásokat érdemes fenntartani és finanszírozni, és ez nem csak szakmai szempontból érdekes, hanem a rendelkezésre álló munkaerő miatt is.

Távdiagnosztika, távleletezés megvalósítása szintjén kialakítható határmenti együttműködés, illetve országon belüli együttműködés keretében is. Itt azonban meg kell említeni, hogy bár a kórház rendelkezik elegendő műszer/gépkapacitással, azonban hiányzik az ehhez szükséges asszisztensi kapacitás.

9) Melyek a legfontosabb támogató és a legfontosabb akadályozó körülmények? Személyes, intézményi, intézményrendszeri szinten?

Ausztria, Szlovénia egészségügyi ellátásának magas színvonala nem segíti elő Zalaegerszeg vonatkozásában a határmenti ellátást. Továbbá a bérezés kérdése is fontos tényező, hiszen a határ közelsége miatt ez munkaerő-elszívó hatással járhat. A magyar bérek kapcsán azonban fontos megemlíteni, hogy a szakorvosok bére jelentősen emelkedett, és a nemzetgazdasági átlagot meghaladja a bérezésük.

Meg kell említeni, hogy eltérő a határos országok finanszírozása is, azaz ha mindegyik ország a saját árszínvonalát veszi alapul, akkor például az osztrák finanszírozás mindenképpen magasabb a magyarnál.

Továbbá az akadályozó/támogató tényezők között az is nagyon fontos szempont, hogy mennyire nyitott a szomszédos ország az együttműködésre. Példaként megemlítendő, hogy a szlovénokkal volt már népegészségügy területén együttműködésre vonatkozó kezdeményezés, de ez elég nehézkesen működött.

A viszonylag kis távolságnak köszönhetően a sürgősségi ellátásban lehetne együttműködést létrehozni, ehhez azonban szükséges a megfelelő betegtranszport, beleértve a mentők határon való átkelését is, valamint a finanszírozási háttér biztosítása.

Megemlítendő a ki nem fizetett számlák kérdése. A sürgősségi ellátásra érkező külföldi betegnek számla kerül kiállításra, ha ellátása nem minősül sürgősségi ellátásnak. Ha a külföldi beteg ezt a számlát nem fizeti ki, akkor ezt a kintlévőséget nagyon nehéz behajtani. Ez a kérdés a közelmúltban is felmerült, és ezért tervezi a kórház, hogy az ilyen számlázás esetén előleget kér a betegtől.

10) A határon átnyúló együttműködés keretében hogyan kezelik a várólistákat? Ez milyen összefüggésben áll az intézményben (nem az együttműködés keretében) ellátott többi beteg ellátásával?

Külföldi betegeknek nincs várólista, tekintettel arra, hogy elsősorban akut ellátást kapnak. A gyermekrehabilitáció területén a kihasználatlan ágyszámnak köszönhetően nem alakul ki várólista.

11) Hogyan képesek garantálni az azonos elbírálást, kezelni az esetleges konfliktusokat?

Nem volt még olyan panasz vagy információ, hogy a külföldi beteg rosszabb ellátásban részesült volna, mint a magyar beteg, vagy a külföldi beteg nem azonos elbírálásban részesült volna. Erre tekintettel ilyen konfliktust nem kellett kezelni.

12) Hogyan kezelik az esetleges nyelvi akadályokat?

A fiatal orvosok szinte 100 százalékban jól beszélnek angolul, és több németül beszélő kollégával is rendelkezik a kórház. A kórház szabályzata is kezeli ezt a kérdést, így fordítást végző kollégák – akik a kórház munkatársai, és külön listán megtalálható az elérhetőségük – külön díjazásban részesülnek. Az idő előrehaladtával azonban várhatóan ilyen jellegű fordítói tevékenységre sem lesz szükség.

13) Javaslatok?

A kórház vezetése a bevétel növelése érdekében már többször is gondolkodott azon, hogyan lehetne vonzóvá tenni a betegellátást a külföldi, fizető betegek részére. A külföldiek, igaz nem a határmenti külföldiek ellátási arányát fogja növelni, hogy egy nemzetközi viszonylatban is kiemelkedő európai tesztpálya épül Zalaegerszegen. Ennek a fejlesztésnek az eredményeként várható a nemzetközi autóiipari cégek megjelenése, ami a külföldi betegforgalmat növelheti.

Orvostechnikailag az adottságok megvannak a külföldi betegek ellátására, épületek, szobák területén azonban fejlesztések szükségesek. Infrastruktúrában - pl. VIP-szobák kialakítása - mindenképpen fejleszteni kell a kórházat. Továbbá több olyan központi intézkedésre is szükség lenne, amely segítené felszabadítani a kórházi kapacitásokat. Ehhez kapcsolódna a háziorvosi szerepkör erősítése, számon kérhető kompetenciákkal.



2. melléklet: Az osztrák-cseh megállapodás német nyelvű szövege

**Rahmenabkommen
zwischen
der Republik Österreich
und
der Tschechischen Republik
über
die grenzüberschreitende Zusammenarbeit
im Rettungsdienst**

**Die Republik Österreich
und
die Tschechische Republik,
nachstehend als „Vertragsparteien“ bezeichnet,**

im Bewusstsein der zunehmenden Mobilität der Menschen zwischen beiden Staaten und der Forderung nach einer ständigen Verbesserung der Qualität, der Sicherheit und Verfügbarkeit der Gesundheitsversorgung,

von dem Wunsch geleitet, die Grundlagen für eine engere grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Bereich des Rettungsdienstes zu schaffen und den Zugang zum Rettungsdienst im Grenzgebiet zu erleichtern,

entschlossen, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit insbesondere durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen auf regionaler Ebene zu erleichtern und zu fördern,

im Bestreben, die Verwaltungsverfahren unter Berücksichtigung der innerstaatlichen Rechtsvorschriften und der völkerrechtlichen Verpflichtungen beider Vertragsparteien sowie des Rechts der Europäischen Union zu vereinfachen,

sind wie folgt übereingekommen:

Artikel 1

Begriffsbestimmungen

Für die Zwecke der Auslegung dieses Rahmenabkommens und der auf Grundlage dieses Rahmenabkommens geschlossenen Kooperationsvereinbarungen versteht man unter:

1. „Rettungsdienst“ – medizinische Dienstleistung, in deren Rahmen aufgrund von ausgewerteten Notrufen Notfallrettung und Krankentransport gewährt wird;
2. „Notfallrettung“ – notfallmedizinische Versorgung eines Patienten, der sich in einem gesundheitlichen Zustand befindet, der zu schwerwiegenden oder dauerhaften Schädigungen oder zum Tod führt oder führen kann und die durch die Einsatzkräfte am Einsatzort sowie während des Transports des Patienten in eine am schnellsten erreichbare und hinsichtlich des Gesundheitszustandes des Patienten geeignete, von der zuständigen Rettungsleitstelle bestimmte medizinische Versorgungseinrichtung gewährt wird;
3. „Krankentransport“ – der Transport von Patienten, deren Gesundheitszustand eine durchgehende und fachgerechte medizinische Versorgung während des Transports mit einem Rettungsfahrzeug erfordert;
4. „Rettungsfahrzeug“ – Land-, Wasser- oder Luftfahrzeug, das im Einklang mit den Rechtsvorschriften der jeweiligen Vertragspartei im Rettungsdienst eingesetzt wird;
5. „Einsatzkräfte“ – medizinisches Personal, das die Qualifizierung für die Gewährung des Rettungsdienstes gemäß den jeweiligen Rechtsvorschriften der Vertragsparteien erfüllt und weitere Personen, die sich an der Sicherstellung des Rettungsdienstes gemäß diesen Rechtsvorschriften beteiligen;
6. „Einsatz der Einsatzkräfte“ – Tätigkeit der Mitglieder der Einsatzkräfte ab dem Zeitpunkt der Entgegennahme einer Weisung zum Einsatz, die aufgrund des ausgewerteten Notrufes durch die Rettungsleitstelle erteilt wird, bis zur Rückkehr zum Stationierungsort der Einsatzkräfte oder zu dem durch die zuständigen Rettungsleitstelle bestimmten Ort“;
7. „Rettungsleitstelle“ – zentrale Arbeitsstätte der operativen Einsatzdisposition, die in kontinuierlichem Betrieb Notrufe annimmt und auswertet, Einsatzkräfte entsendet und die Sicherstellung des Rettungsdienstes koordiniert;
8. „Einsatzort“ – der Ort, an dem sich der Patient zum Zeitpunkt des Eintreffens der Einsatzkräfte befindet;
9. „Ausrüstung der Einsatzkräfte“ – die Ausstattung der Einsatzkräfte einschließlich des Rettungsfahrzeuges mit der Ausstattung, die zur Durchführung von Einsätzen der Einsatzkräfte nach diesem Rahmenabkommen notwendig ist und durch die Rechtsvorschriften am Stationierungsort dieser Einsatzkräfte festgelegt ist.



Artikel 2

Zweck

Dieses Rahmenabkommen definiert den rechtlichen Rahmen für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rettungsdienst mit dem Ziel, im Grenzgebiet eine bestmögliche rettungsdienstliche Versorgung zu gewährleisten.

Artikel 3

Geltungsbereich

- (1) Dieses Rahmenabkommen gilt für folgendes Grenzgebiet:
 - in der Republik Österreich für das Bundesland Niederösterreich und das Bundesland Oberösterreich,
 - in der Tschechischen Republik für den Südböhmischen Kreis, den Kreis Vysočina und den Südmährischen Kreis.
- (2) Dieses Rahmenabkommen findet auf alle Personen Anwendung, die sich in dem im Absatz 1 aufgeführten Grenzgebiet befinden und die eine rettungsdienstliche Versorgung benötigen.

Artikel 4

Kooperationsvereinbarungen

- (1) Zur Konkretisierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit nach diesem Rahmenabkommen sollen Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden.
- (2) Nach Maßgabe der innerstaatlichen Kompetenzverteilung und dem geltenden innerstaatlichen Recht der jeweiligen Vertragspartei sind zum Abschluss der Kooperationsvereinbarungen befugt:
 - In der Republik Österreich der Landeshauptmann des Bundeslandes Niederösterreich und der Landeshauptmann des Bundeslandes Oberösterreich,
 - in der Tschechischen Republik der der Hauptmann des Südböhmischen Kreises, der Hauptmann des Kreises Vysočina und der Hauptmann des Südmährischen Kreises.
- (3) Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit aufgrund dieses Rahmenabkommens erfolgt, indem die zuständige Rettungsleitstelle einen Antrag bei der Rettungsleitstelle der anderen Vertragspartei auf Zusammenarbeit stellt und die zuständige Rettungsleitstelle der anderen Vertragspartei den Antrag akzeptiert und sie die Einsatzkräfte an den Einsatzort entsendet.
- (4) Die Kooperationsvereinbarungen regeln die Bedingungen und Verfahrensweisen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Rettungsdienst insbesondere in folgenden Bereichen:
 1. Organisation des Rettungsdienstes im Rahmen der grenzüberschreitender Zusammenarbeit;

2. Durchführung des Einsatzes der Einsatzkräfte einer Vertragspartei auf dem Hoheitsgebiet der jeweils anderen Vertragspartei;
3. Einsatz der Rettungsfahrzeuge einer Vertragspartei auf dem Hoheitsgebiet der jeweils anderen Vertragspartei;
4. Festlegung der geeigneten medizinischen Versorgungseinrichtung nach Artikel 1 Nummer 2. Sofern es der Gesundheitszustand des Patienten erlaubt, wird dieser, der zum Zeitpunkt des Einsatzes der Einsatzkräfte seinen Wohnsitz im Hoheitsgebiet einer Vertragspartei hat, in der Regel in das Hoheitsgebiet dieser Vertragspartei transportiert;
5. Verfahrensweisen während des Transports des Patienten zu einer medizinischen Versorgungseinrichtung und bei seiner Aufnahme in der medizinischen Versorgungseinrichtung, so dass eine lückenlose medizinische Versorgung des Patienten ohne unnötige zeitliche Verzögerungen gewährleistet werden kann;
6. Kriterien zur Bewertung und Kontrolle der Qualität und der Sicherheit des Rettungsdienstes sowie Verfahrensweisen zur Dokumentation, statistischen Erfassung und Auswertung von grenzüberschreitender Zusammenarbeit im Sinne dieses Rahmenabkommens;
7. Abrechnung und Vergütung von grenzüberschreitender Zusammenarbeit nach Artikel 11 dieses Rahmenabkommens;
8. Umfang der Haftpflichtversicherung nach Artikel 12 dieses Rahmenabkommens;
9. Verfahren der Kommunikation zwischen den zuständigen Rettungsleitstellen der Vertragsparteien, zwischen den Rettungsleitstellen und den Einsatzkräften und zwischen den Einsatzkräften untereinander;
10. Regeln und Vorgehensweisen, falls es während eines Einsatzes der Einsatzkräfte zum Tod eines Patienten kommt.

Artikel 5 **Einsatzkräfte**

- (1) Die Einsatzkräfte, die zur Ausübung ihrer Tätigkeit im Rettungsdienst gemäß der innerstaatlichen Rechtsvorschriften einer Vertragspartei berechtigt sind, werden für die Zwecke dieses Rahmenabkommens für die vorübergehende Ausübung dieser Tätigkeit auf dem Hoheitsgebiet der anderen Vertragspartei als berechtigt angesehen und sind von der Pflichtmitgliedschaft in Berufskammern der anderen Vertragspartei befreit.
- (2) Die Einsatzkräfte einer Vertragspartei, die ihre Tätigkeit im Einklang mit diesem Rahmenabkommen ausüben, haben bei einem grenzüberschreitenden Einsatz der Einsatzkräfte auf dem Hoheitsgebiet der anderen Vertragspartei die gleiche berufsrechtliche Stellung wie die Einsatzkräfte dieser Vertragspartei und handeln unter Beachtung der Rechtsvorschriften der Vertragspartei, in deren Hoheitsgebiet die Einsatzkräfte den Einsatz durchführen.
- (3) Bei einem grenzüberschreitenden Einsatz von Einsatzkräften richtet sich das medizinische Personal nach den eigenen, für die Gewährleistung der medizinischen Versorgung empfohlenen Verfahren.



Artikel 6

Grenzüberschreitung

- (1) Personen, die aus dem Hoheitsgebiet der einen Vertragspartei in das Hoheitsgebiet der anderen Vertragspartei bei der Durchführung dieses Rahmenabkommens einreisen, sind von der Pflicht befreit, ein gültiges Reisedokument sowie einen Sichtvermerk oder ein anderes Dokument, das zur Einreise und zum Aufenthalt im Hoheitsgebiet der anderen Vertragspartei berechtigt, bei sich zu führen, falls diese Dokumente erforderlich sind. Die Befreiung endet, sobald es möglich ist, die genannten Dokumente zu erhalten oder Ersatzdokumente zu bekommen, wobei die besonderen Umstände des betreffenden Falles zu beachten sind.
- (2) Besteht keine Möglichkeit, die im Absatz 1 genannten Dokumente zu erhalten, nimmt die Vertragspartei, aus deren Hoheitsgebiet der Grenzübertritt erfolgte, die Personen, denen im Hoheitsgebiet der anderen Vertragspartei medizinische Versorgung gewährt wurde, ohne zusätzliche Formalitäten und ohne unnötige Verzögerung auf.
- (3) Im Falle der vorübergehenden Wiedereinführung von Grenzkontrollen an der gemeinsamen Grenze im Einklang mit dem Recht der Europäischen Union, und sofern bestimmte Grenzübergangsstellen festgelegt wurden, kann der Grenzübertritt von Rettungsfahrzeugen und allen Personen gemäß Absatz 1 nur über diese erfolgen. Andere als die festgelegten Grenzübergangsstellen können zum Grenzübertritt benutzt werden, wenn die zuständigen Grenzbehörden zuvor darüber informiert wurden.

Artikel 7

Sonderstellung der Rettungsfahrzeuge

- (1) Landrettungsfahrzeuge der einen Vertragspartei haben bei einem Einsatz der Einsatzkräfte nach diesem Rahmenabkommen im Hoheitsgebiet der anderen Vertragspartei die gleichen Sonder- und Wegerechte wie Landrettungsfahrzeuge der anderen Vertragspartei gemäß den jeweiligen Straßenverkehrsvorschriften.
- (2) Rettungsfahrzeuge sind beim Einsatz der Einsatzkräfte nach diesem Rahmenabkommen berechtigt, auf dem Hoheitsgebiet der anderen Vertragspartei ihre eigenen besonderen Lichtwarnsignale und besondere akustischen Signale zu verwenden.
- (3) Die Landrettungsfahrzeuge der einen Vertragspartei sind auf dem Hoheitsgebiet der anderen Vertragspartei von Geldleistungen, die für die Nutzung einer Straße zu entrichten sind, in gleichem Maße befreit, wie die Landrettungsfahrzeuge dieser anderen Vertragspartei.
- (4) Jede Vertragspartei erkennt Fahrzeugzulassungen, Fahrerlaubnisse, Fahrberechtigungen, Befähigungsnachweise von Luftfahrzeugführern und Schiffsführern, Schiffszertifikate, technische Ausstattungen, Genehmigungen und andere Anforderungen, die zur Durchführung von Einsätzen der Einsatzkräfte notwendig sind und die den innerstaatlichen Rechtsvorschriften der anderen Vertragspartei entsprechen, als ihren eigenen Rechtsvorschriften entsprechend an.

Artikel 8

Ausrüstung der Einsatzkräfte

- (1) Die zur Durchführung von Einsätzen der Einsatzkräfte nach diesem Rahmenabkommen erforderliche Ausrüstung der Einsatzkräfte muss die festgelegten Anforderungen aus den am Stationierungsort dieser Einsatzkräfte geltenden Rechtsvorschriften erfüllen.
- (2) Der grenzüberschreitende Transport von Ausrüstung der Einsatzkräfte unterliegt keinen Einbeziehungsweise Ausfuhrverboten oder –beschränkungen und keiner Genehmigung der zuständigen nationalen Behörden.

Artikel 9

Nutzung von Luftfahrzeugen für den Rettungsdienst

- (1) Die zur Durchführung des Rettungsdienstes bestimmten Luftfahrzeuge werden für den Einsatz der Einsatzkräfte nach diesem Rahmenabkommen nur zur Erbringung von Hubschrauber-Rettungsdienst Leistungen (Helicopter Emergency Medical Service - HEMS) nach dem Recht der Europäischen Union verwendet.
- (2) Im Rettungsdienst eingesetzte Luftfahrzeuge, die auf dem Hoheitsgebiet einer Vertragsparteien stationiert sind, können bei der Durchführung des Einsatzes der Einsatzkräfte nach diesem Rahmenabkommen das Hoheitsgebiet der anderen Vertragspartei überfliegen und auch auf anderen Plätzen als auf zugelassenen Flugplätzen und Flächen, die zum Landen und Starten bestimmt sind, landen und starten.

Artikel 10

Schutz personenbezogener Daten

Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit nach diesem Rahmenabkommen wird so durchgeführt, dass der Schutz der personenbezogenen Daten der betroffenen Personen im Einklang mit dem Recht der Europäischen Union und den innerstaatlichen Rechtsvorschriften gesichert ist.

Artikel 11

Kostenerstattung

- (1) Die Regeln zur Erstattung der Kosten, die bei der Durchführung dieses Rahmenabkommens entstanden sind, werden in den Kooperationsvereinbarungen nach Artikel 4 dieses Rahmenabkommens festgelegt.
- (2) Bei der Erstattung der mit der Durchführung dieses Rahmenabkommens verbundenen Kosten soll vorrangig nach den Regeln des Rechts der Europäischen Union verfahren werden.



Artikel 12

Haftung und Schadenersatz

- (1) Die Regelung der Haftung und des Ersatzes von Schäden, die bei der Durchführung dieses Rahmenabkommens entstehen, richtet sich nach Maßgabe des jeweiligen geltenden innerstaatlichen Rechtsvorschriften, des Rechts der Europäischen Union und der anwendbaren völkerrechtlichen Verträge.
- (2) Der Umfang der Haftpflichtversicherung für Schäden, die bei der Durchführung dieses Rahmenabkommens durch Einsatzkräfte und Rettungsfahrzeuge im Hoheitsgebiet der jeweils anderen Vertragspartei verursacht worden oder entstanden sind, wird nach Maßgabe der innerstaatlichen Kompetenzverteilung sowie des geltenden innerstaatlichen Rechts des jeweiligen Vertragsstaates in den Kooperationsvereinbarungen nach Artikel 4 dieses Rahmenabkommens festgelegt.

Artikel 13

Gemeinsame Kommission

- (1) Es wird eine aus Vertretern der beiden Vertragsparteien zusammengesetzte Gemeinsame Kommission eingerichtet, die die Durchführung dieses Rahmenabkommens begleitet und eventuelle Streitfragen klärt, die im Zusammenhang mit dessen Auslegung und Durchführung entstehen. Falls kein Einvernehmen erzielt werden kann, werden Streitfragen auf diplomatischem Wege geklärt.
- (2) Zusammensetzung und Arbeitsweise der Gemeinsamen Kommission werden in den Statuten dieser Gemeinsamen Kommission vereinbart. Nach Inkrafttreten dieses Abkommens bevollmächtigen beide Vertragsparteien ohne unnötige Verzögerungen Vertreter für die Verhandlungen über die Statuten der Gemeinsamen Kommission.

Artikel 14

Verhältnis zu anderen internationalen Verträgen

Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien aus anderen internationalen Verträgen, insbesondere aus dem am 14. Dezember 1998 in Wien unterzeichneten Vertrag zwischen der Republik Österreich und der Tschechischen Republik über die gegenseitige Hilfeleistung bei Katastrophen oder schweren Unglücksfällen¹ werden durch dieses Rahmenabkommen nicht berührt.

Artikel 15

Schlussbestimmungen

- (1) Dieses Rahmenabkommen wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- (2) Die Vertragsparteien teilen einander auf diplomatischem Wege mit, dass die innerstaatlichen Voraussetzungen für das Inkrafttreten dieses Rahmenabkommens erfüllt sind. Das Rahmenabkommen tritt 30 Tage nach Eingang der letzten Notifizierung in Kraft.

- (3) Änderungen dieses Rahmenabkommens bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Änderungen dieses Rahmenabkommens treten nach dem Verfahren des Absatzes 2 in Kraft.
- (4) Jede Vertragspartei kann dieses Rahmenabkommen jederzeit schriftlich auf diplomatischem Weg kündigen. Die Gültigkeit dieses Rahmenabkommens endet zwölf Monate ab dem Tag der Zustellung der Mitteilung über die Kündigung der anderen Vertragspartei.
- (5) Die Gültigkeit der Kooperationsvereinbarungen nach Artikel 4 dieses Rahmenabkommens endet gleichzeitig mit der Gültigkeit dieses Rahmenabkommens nach Absatz 4.

Geschehen zu Znaim am 21. Jänner 2016 in zwei Urschriften, jede in deutscher und tschechischer Sprache, wobei jeder Wortlaut gleichermaßen verbindlich ist.



3. melléklet: Beszámoló a II. nemzetközi szemináriumról

Jogi akadálymentesítés | 4. mérföldkő
Határon átnyúló mentés – II. Nemzetközi szeminárium
2019. szeptember 30.



Részvevők

Christian LEGLER – *Notruf NÖ (AT)*
Mag. Dr. Susanne OTTENDORFER – *Notruf NÖ (AT)*
Siegfried WEINERT, MSC – *Notruf NÖ (AT)*
Mag. Oec. Mirjana HANŽEKOVIĆ – *Zavoda za hitnu medicinu koprivničko-križevačke županije (HR)*
Vladimira KRIŽAJ-GRABANT – *Zavod Za hitnu medicinu međimurske županije (HR)*
Dr. Juca DACIAN – *Departamentul pentru Situații de Urgență (RO)*
GENCSI László – *Ambulanta Bihor (RO)*
Dr. Licniu VENTER – *Ambulanta Bihor (RO)*
ÁCS Zoltán – *Operatívny stredisko záchranej zdravotnej služby (SK)*
Juraj HREHORCAK - *Operatívny stredisko záchranej zdravotnej služby (SK)*
Lucia MESÁROŠOVÁ – *Operatívny stredisko záchranej zdravotnej služby (SK)*
Július PAVČO – *Operatívny stredisko záchranej zdravotnej služby (SK)*
Dr. CSATÓ Gábor – *Országos Mentőszolgálat (HU)*
Dr. ENGELBRECHT Imre – *Országos Mentőszolgálat (HU)*
Dr. GOLOPENCZA Pál – *Országos Mentőszolgálat (HU)*
Dr. GYENES Kata – *Állami Egészségügyi Ellátóközpont (HU)*
Dr. JOVA Anett – *Országos Mentőszolgálat (HU)*
Dr. LÓRÁNTFY Mária – *Országos Mentőszolgálat (HU)*
Dr. ZÁGORI Szilvia – *Emberi Erőforrások Minisztériuma (HU)*
Dr. BALOGH Tamás – *CESCI (HU)*
HÜSE-NYERGES Enikő – *CESCI (HU)*
OCSKAY Gyula – *CESCI (HU)*

A szemináriumot *Dr. Csató Gábor*, az Országos Mentőszolgálat főigazgatója nyitotta meg, aki beszédében bemutatta az Országos Mentőszolgálat, mint a legnagyobb hazai egészségügyi szerv (8100 dolgozó, 255 szolgálat) felépítését, valamint rámutatott a határon átnyúló együttműködés fontosságára. Ezt követően *Ocskay Gyula*, a CESCI főtárhelye ismertette a projekt keretét adó „[Jogi akadálymentesítés](#)” című kezdeményezés eddig megvalósult mérföldköveinek eredményeit és a folyamat európai hátterét, beleértve a DG Regio 2015-ös [Cross-border Review](#) projektjét, „[A növekedés és a kohézió előmozdítása az EU határrégióiban](#)” c. EU-s közleményt, illetve az Európai Határon Átnyúló Mechanizmusra vonatkozó EU-s [rendelettervezetet](#), mely jelenleg előrevetíti, hogy az EU tagállamok kötelesek létrehozni olyan ún. kontaktpontokat, melyek rendszerszinten foglalkoznak a határ menti akadályok felszámolásával.

Hüse-Nyerges Enikő, a CESCI projektmenedzsere, valamint *dr. Balogh Tamás*, a CESCI szakértője beszélt a mentés terén az elmúlt 3 év során megvalósult tevékenységekről, valamint az idej tervekről.

Az ismertetőben szó esett a 2017-ben elkészült átfogó tanulmányról, mely a határon útnyúló mentés hazai jogi és adminisztratív hátterét elemezte, az ezekkel kapcsolatban megfogalmazott javaslatokról. A tanulmány tematikus bontásban elemzi a határon átnyúló sürgősségi mentés megvalósításának feltételeit, melyek a következő területeket érintik:

- a határátlépés feltételei: schengeni, nem schengeni belső határok és külső határok;
- működési engedélyek: tárgyi és személyi feltételek;
- a megkülönböztető jelzések használatának feltételei;
- adminisztratív-technikai ügyek: felelősség- és gépjármű biztosítás, tankolás, menetlevél, stb.;
- szakmai határon átnyúló együttműködés a mentők riasztásától a beteg kórházba szállításáig;
- kommunikáció: rádiós kapcsolat, nyelvi akadályok;
- finanszírozási kérdések: a mentési tevékenység és a kórházi sürgősségi ellátás pénzügyi vonatkozásai.

Az ezekre vonatkozó jogi javaslatokat és szakpolitikai ajánlásokat európai, bilaterális és nemzeti szinten kerültek megfogalmazásra. Európai Unió szinten készült javaslat a határon átnyúló mentés fogalmának meghatározására, működési és a megkülönböztető jelzések határon túli használatához szükséges hatósági engedélyek kölcsönös elfogadásának irányelvi szabályozására (hasonlóan a 2011/24-es direktívához), míg az együttműködés részleteinek tisztázása bilaterális egyezményben javasolt. A szakpolitikai ajánlások érintik az adatvédelmi kérdéseket, illetve a mentők tárgyi felszerelésének európai szabványosítását, határszakaszonként közös gyakorlatok, képzések szervezését, adatbázisok létrehozását és tolmácsügyelet felállítását.

dr. Balogh Tamás a várhatóan év végére elkészülő államközi szerződéstervezet sarokpontjait mutatta be. Elmondta, hogy kiindulási pontként a már meglévő jó példákat, beleértve az osztrák-cseh együttműködést vették alapul. A szerződéstervezet az egyenlő elbánás elvén alapul, melynek lényege, hogy mind a hátért átlépő mentőautóra, mind a mentőegységre, a kölcsönös elfogadás következményeként az otthon érvényes egyedi szabályozás vonatkozik, mely ennek következtében rendezi az engedélyekhez, végzettségek elfogadásához, a megkülönböztető jelzés használatához kapcsolódó problémákat. A keretegyezmény szintén lényeges pontja, hogy a beteget, amennyiben állapota engedi, a biztosítása szerinti ország ellátó intézményébe kell szállítani hospitális ellátásra. A finanszírozást illetően a szakértő elmondta, hogy alapvetően az európai uniós mechanizmusok alkalmazása javasolt.

A délelőtti második részében, a résztvevők bemutatkozása után *Susanne Ottendorfer* és *Siegfried Weinert* az alsó-ausztriai Notruf NÖ képviselőjében mutatták be az Alsó-Ausztria és Csehország között működő mentési együttműködést. Az előadást a szervezet felépítésének (220 mentőállomás, 839 mentőautó, 44 hegyi és 8 vízi mentőegység, stb.) és tevékenységének (szárazföldi, hegyi, vízi mentés, K-9, diszpécser központ fenntartása és működtetése, egészségügyi szolgáltatások minőségbiztosítása, projektmenedzsment, szoftverfejlesztés és üzemeltetés) ismertetésével kezdték. A statisztikáik szerint a diszpécserközpontok 2018-ban több mint 1,6 millió hívást fogadtak, napi max. 6.000 riasztást kezeltek, melynek 13%-a sürgős volt. Majd egy konkrét példán keresztül illusztrálták a határon átnyúló együttműködés szükségességét az osztrák-cseh határ mentén. A két szomszédos állam (amely katasztrófavédelmi egyezményrel 2000 óta rendelkezik) 2016-ban kötött államközi szerződést annak érdekében, hogy javítsák a határ mentén élők sürgősségi ellátáshoz való



hozzáférését. Az alapelv az, hogy a beteg mielőbb megkapja a megfelelő helyszíni és hospitális ellátást, vagyis a legközelebbi mentőegység a leggyorsabban elérhető, megfelelő egészségügyi intézménybe szállítsa őt, a határtól függetlenül. Az együttműködés kereteit biztosító államközi szerződés alapján az érintett intézmények egy együttműködési megállapodásban szabályozták a határ menti mentést befolyásoló tényezőket, többek között a nyelvhasználatot, a kommunikációs és együttműködési protokollokat, a hatóanyagok határon átszállítását.

Az együttműködés gyakorlati oldalát tekintve, az előadók bemutatták a határon átnyúló mentés gerincét adó applikációt, mely a koordinációs központok közötti információcserét és kapcsolattartást biztosítja. A rendszer egyik funkciója, hogy valós időben a bevetés helyszínének térségében képes megjeleníteni az aktív mentőegységek pontos pozícióját, és lehetőséget biztosít arra, hogy a koordinációs központok néhány kattintással segítséget kérjenek egymástól. A központok közötti valós idejű kommunikáció az applikáció chat funkcióján keresztül történik. Maga a fejlesztés rendkívül egyszerű, minimális költségvetéssel készült, és belátható időn belül átadható más határtérségek számára.

Az előadók rávilágítottak, hogy a megállapodás életbe lépése és az együttműködés megindulása egyértelműen életminőség-javulást és költségmegtakarítást eredményezett a határtérségben. A legfontosabb elvi kérdés az érvényben lévő nemzeti szabályozási keretek kölcsönös elismerése, így nincs szükség derogációra!

A jó gyakorlat bemutatása után a résztvevők kérdéseket tehetek fel az előadóknak.

Kérdés: Hogyan történik a riasztás? Ki dönti el, hogy honnan érkezik a mentő? (Dr. Golopencza Pál, az Országos Mentőszolgálat szolgálatvezető főorvos)

Válasz: azt minden esetben tudják, hogy a hívás melyik ország területéről érkezett, a riasztás során a két irányító központ egyeztet egymással. A cél minden esetben az, hogy a legközelebbi erőforrást használják a minél gyorsabb intézkedés érdekében, mindegy, hogy az éppen cseh vagy osztrák közreműködést igényel-e.

Ocskay Gyula kérdései előtt megjegyezte, hogy az osztrák-cseh jó példa kiemelt jelentőséggel bír, mert a döntéshozók számára is rámutat arra, hogy a problémák nem csak Nyugat-Európában, hanem akár a magyar határok mentén is megoldhatók.

K: Milyen esetszámot tapasztalnak? (Ocskay Gyula)

V: Az esetszámok növekvő tendenciát mutatnak (a lakosságnak hozzá kell szoknia a rendszerhez), jelenleg 10-15 esetet tartanak számon havonta. A növekvő tendencia annak köszönhető, hogy a munkatársak és a betegek folyamatosan barátkoznak meg az új rendszerrel. A finanszírozást az EU-kártya segítségével biztosítják. Egy határ mentén élő beteg élete ugyanannyit ér, mint egy fővárosi betegé.

K: Milyen intézményi megállapodások kellettek az együttműködés létrejöttéhez? (Ocskay Gyula)

V: Az államközi szerződés biztosította kereteken belül a mentőszolgálatok és az érintett közigazgatási egységek dolgozták ki az együttműködési megállapodás részleteit. A cél az volt, hogy

a megállapodás az együttműködés gyakorlatát ne akadályozhassa, ezért úgy alakították azt ki, hogy szükség esetén tudják a tapasztalatok szerint módosítani, igazítani. Alsó-Ausztriában a tartományfőnök rendelkezik szerződési jogképességgel ilyen esetekre.

K: A prezentációban a légi mentésre vonatkozó 43 másodperces idő mit foglal magába? (dr. Balogh Tamás)

V: A sürgős hívás beérkezése és az egység mozgósítása között eltelt átlagos időt jelenti (Echo-Code).

K: Hogyan történik a határon túli mentés finanszírozása? (Hüse-Nyerges Enikő)

V: Osztrák oldalon egyrészt évente 20.000 €-val megemelték a mentésre szánt keretösszeget, arra az esetre, ha a sérült nem rendelkezik biztosítással. Egyébként az ellátást a beteg biztosítója finanszírozza az Európai Egészségbiztosítási Kártyához kapcsolódó mechanizmuson keresztül.

K: Hogyan történik a határ túloldalán elhunyt sérültek hazaszállítása? Okoz-e ez bármilyen problémát? (Ocskay Gyula)

V: Nem, minden esetben a sérült állampolgársága szerinti hatóság jár el az ügyben.

K: A chat funkción belül milyen nyelven kommunikálnak a munkatársak? (Hüse-Nyerges Enikő)

V: Az applikáció automatikusan fordít, az irányító központok munkatársai pedig a lehető legegyszerűbb mondatokat használják, amelyre tréningek keretében készítették fel őket.

K: Hogyan biztosítják a rádiós kapcsolatot a határt átlépő mentőegység és a koordinációs központ között? (Hüse-Nyerges Enikő)

V: Ilyen esetekben nem használnak rádiót, mivel közvetlen kapcsolat kialakítása a technikai infrastruktúrának köszönhetően nem lehetséges. Az irányító központok és a mentőegységek az applikáción keresztül tartják egymással a kapcsolatot, szükség esetén pedig a mobiltelefon használata is lehetséges.

K: A kétnyelvűséget hogyan biztosítják a mentőegységeknél, a koordinációs központokban és a kórházakban? (Hüse-Nyerges Enikő)

V: A nyelvi akadályok nem jelentenek gondot, ami az applikáció fordító funkcióján kívül a sok határon túli munkavállalónak is köszönhető. A szomszédos nyelveken kívül más idegen nyelveket is beszélnek a dolgozók, szükség esetén pedig tolmácsokat vonnak be az ellátásba.

Az ebédszünet után, a **délutáni interaktív szekcióban** a résztvevő országok képviselői osztották meg véleményüket az az alábbi kérdések mentén.



(1) Követendőnek és lehetségesnek tartják-e az osztrák-cseh együttműködési modellt? A mentőszolgálatokon kívül milyen intézményeket kellene bevonni a megvalósításba?

Románia – Dr. Dacian Juca:

Igen, lehetséges és nyitottak az együttműködésre. Romániának már van hasonló, a légi mentésre vonatkozó megállapodása Moldovával, így nem látja akadályát a két EU-tagország közötti együttműködésnek sem.

Az érintett szereplőket illetően egyrészt a minisztériumok közötti egyeztetésre lenne szükség a keretmegállapodás létrejötté érdekében. Romániában a Belügyminisztérium az illetékes. Szintén bevonandó szereplő a központosítottan működő operatív koordinációs központ, melyet a Belügyminisztérium és az Egészségügyi Minisztérium közösen hoztak létre. Úgy gondolja, hogy ha Magyarországon is létezne ilyen, akkor könnyebb lenne az egyeztetés.

Szlovákia – Július Pavčo, Lucia Mesárošová:

Mivel Szlovákiának Magyarországgal van a leghosszabb közös határszakasza, az együttműködés kiemelten fontos a két ország között. Jelenleg a határállomáson átadják a beteget a másik ország mentőszolgálatának. Az együttműködés megvalósítása érdekében a minisztériumi szintet ők is fontosnak tartják, így a bevonható intézmények ebben az országban a Belügyminisztérium (Krizis Központ), az Egészségügyi Minisztérium, valamint a légi mentés segítésére a Közlekedési Minisztérium. A szakmai szervek közül a mentőszolgálat mellett, fontos lenne a 112-es segélyhívó központok bevonása is. Szlovákia részéről elindultak az előkészületek a szomszédos országokkal történő hasonló egyeztetésekre.

Horvátország - Mirjana Hanžeković:

Horvátország szintén nyitott az együttműködésre. Az Egészségügyi Minisztérium és az Országos Sürgősségi Ellátási Intézet bevonását javasolják, amelynek 21 megyei tagszervezete van. Úgy gondolják, rugalmasak, már most is vannak külföldi pácienseik a sok turista miatt, valamint a diszpécserek is tudnak kezelni a határon átnyúló eseteket.

Ausztria – Siegfried Weinert, Susanne Ottendorfer, Christian Legler:

A jelenlévő alsó-ausztriai kollégák több területen együttműködnek a burgenlandiakkal, akik jól ismerik az osztrák-cseh gyakorlatot, és szerintük nyitottak a magyar oldallal való együttműködésre. *Siegfried Weinert* figyelmeztetett, hogy tapasztalataik szerint a kevesebb néha több, vagyis minél kevesebb intézmény vesz részt az egyeztetési folyamatban, annál gyorsabban lehetséges eljutni a megoldásig.

Magyarország – Dr. Golopencza Pál:

A magyar mentőszolgálat kollégái szerint mindenképp meg kell oldani a helyzetet, amelyre nemrégiben főigazgatói utasítást is kaptak. Több minden túlmutat viszont az OMSZ hatáskörén, amelyre közben megoldást kell találni.

Dr. Zágori Szilvia:

Az EMMI képviseletében jelenlévő *Zágori Szilvia* vállalást tett arra, hogy a javaslatokat továbbítja a döntéshozók felé. Véleménye szerint egy EU-s irányelv nagyban előmozdítaná a folyamatot, mivel valamiféle nyomást gyakorolna a kormányokra. *Hüse-Nyerges Enikő* erre vonatkozóan megjegyezte, hogy egy ilyen EU-s irányelv elfogadása évekbe telhet, így ha rövid távon szeretnénk megoldani a problémát, érdekesebb a kétoldalú megállapodásokban gondolkozni.

Siegfried Weinert hozzátette, hogy az osztrák-cseh megállapodásig sok-sok kis lépésen keresztül jutottak el, *Hüse-Nyerges Enikő* kérdésére válaszolva pedig elmondta, hogy az egyeztetési folyamat körülbelül egy évet vett igénybe.

(2) Milyen területi lefedettséggel és milyen kapacitások bevonásával oldható meg az osztrák-cseh modell adaptálása?

A résztvevők többsége pozitívan nyilatkozott a kérdést illetően, azaz a jelenlegi kapacitásaik mellett is megfelelő ellátást képesek biztosítani a határtérségekben.

Romániában a riasztástól számított max. 20 percen belül elérik a sérülteket, talán Arad és Temes megyében szükséges ehhez egy kicsit hosszabb idő, az átlag mindössze nem több 20 percnél.

Szlovákiában a határtérség tagoltsága miatt 48 mentőállomással többre lenne szükség. A mentőszolgálat minden évben benyújt egy elemzést az Egészségügyi Minisztérium felé erre vonatkozóan. Kérdésre válaszolva, elmondták, hogy nem látják akadályát az elemzések eredményeinek megosztásának, valamint lehetségesnek vélik, hogy a következő határ menti elemzést már a magyarokkal együtt végezzék el.

Ocskay Gyula a pozsonyi agglomeráció esetére kérdezett rá, amely egyre mélyebben átnyúlik magyar és osztrák területekre is. Az itt élő lakosság nagy részét a munkája és a társadalombiztosítása az anyaországukhoz köt. A tapasztalatok azt mutatják, hogy ezek a szlovák állampolgárok annak az országnak a segélyhívószámát hívják, amelyikben tartózkodnak; és a tapasztalatok szerint nem ütköznek nyelvi akadályokba a magyar központ hívásakor.

Dr. Lórántfy Mária erre vonatkozóan még korábban rávilágított arra, hogy magyar oldalon főként Szentgotthárd és Kőszeg térségében lenne indokolt az együttműködés. Ezekhez a térségekhez a területileg illetékes szombathelyi kórház lényegesen messzebb esik, mint az osztrák oldali intézmény. Másrészt az úthálózat adottságai miatt a mentők is gyorsabban jutnának el a sérülthöz, ha átléphetnék a határt.

A **horvát** oldalon a kapacitások bővítését tervezik, főként a magyar határok mentén lenne erre szükség.

(3) Milyen kommunikációs, adatvédelmi és operációs feladatokat tenne szükségessé a modell adaptációja?

Románia – Dr. Dacian Juca:

A nyelvtudást igénylő helyzetek nem jelentenek problémát, hiszen magyar, angol vagy német nyelven beszélő kollégák is dolgoznak a koordinációs központokban és a mentőszolgálatnál is. A

segélyhívásokkal kapcsolatban elmondható, hogy míg egy hazai (román) szabályozás miatt a mobilszolgáltatók kötelesek kiadni a hívó személyi adatait az azonosítás érdekében, addig a magyar telefonszámokra ez nem igaz.

Romániában létezik egy egységes egészségügyi adatbázis, viszont az Európai Unió GDPR törvénye miatt a más országokkal való adatmegosztás problémákba ütközik, mi több, még a belföldi intézmények közötti megosztás is problémás. Abban minden ország képviselője egyetértett, hogy a GDPR törvény alapvetően nehezíti az együttműködést.

Szlovákia –Lucia Mesárošová:

Szlovákiában a TETRAPOL rádiós rendszert használják, a diszpécser szolgálatok pedig egy cseh fejlesztésű, de a szlovák rendszerhez igazított szoftvert használnak, mely szerinte kompatibilis a magyar oldalival. Az adatvédelmet illetően nem látta feltétlenül szükségesnek a beteg személyi adatainak és kórtörténetének az ismeretét, a sürgős esetek ellátásához csak a beteg nevére és a személyi számára van szükség.

Horvátország - Mirjana Hanžeković:

Horvátországban megyei hívasközpontok működnek, ahol minden rögzítésre kerül. Saját egészségügyi űrlapjaik és adatbázisuk van, úgy gondolják, hogy az országok közötti megosztáshoz csak egy megállapodás szükséges.

Ausztria - Siegfried Weinert:

Az osztrák-cseh együttműködésben van egy adatvédelmi biztos, hiszen nagyon sok adatot birtokolnak, így folyamatos biztonsági intézkedések szükségesek. A mentőegységek csak abban az esetben kapják meg a saját eszközükre a betegre és az esetre vonatkozó adatokat, amennyiben aktívan szolgálatban vannak, és egy bizonyos idő elteltével ezeket az adatokat automatikusan törlik. A biztonsági intézkedések mellett folyamatos belső minőség-ellenőrzés történik.

Magyarország – Dr. Golopencza Pál:

Magyarországon alapvetően digitálisan történik a riasztás (EDR hálózat), de a feladatokat digitálisan és papíralapon is rögzítik. Két diszpécserközpont működik (Miskolcon és Szombathelyen), ahol a diszpécser a belső protokoll szerint kikérdezi a hívót, majd a megfelelő megyei koordinációs központba irányítja. Minderre összesen 40 másodpercük van.

(4) Miként finanszírozható egy ilyen modell?

A **román** oldalon a minisztérium pénzügyi támogatására lenne szükség a szolgáltatás elindításához. A **szlovák** oldalon nem világos a finanszírozási háttér.

Horvátországban a megtett km és a páciensek vizsgálati díja alapján, alkalmi jelleggel számítanak ki a plusz költségeket.

A résztvevők ugyanakkor egyetértettek abban, hogy külön keretösszeg valószínűleg nem lenne szükséges a határon túli feladatok megvalósítására, hiszen a határon túli esetszámok és a vonatkozó költségek kiegyenlítődése nagy valószínűséggel bekövetkezik. Ezt igazolja az osztrák-cseh

tapasztalat is. *Siegfried Weinert* hozzátette, hogy amennyiben mégis szükség van plusz fedezetre, egy az együttműködés keretében felállított bizottság állapítja meg, hogy melyik országot terhelik a költségek.

A szeminárium végén, az együttműködés előmozdítása érdekében *Ocskay Gyula* ígéretet tett egy **keretmegállapodás-minta** kidolgozására, valamint felajánlotta a CЕСSI segítségét **bilaterális szakmai találkozók**, valamint egy **alsó-ausztriai tanulmányút** megszervezésére, annak érdekében, hogy a résztvevők közelebbről megismerhessék az osztrák-cseh jó gyakorlatot.



4. melléklet: Beszámoló az alsó-ausztriai tanulmányútról

Jogi akadálymentesítés | 4. mérföldkő
Határon átnyúló mentés – Tanulmányút
2019. december 9-10.



Helyszín:

Alsó-Ausztria, Sankt Pölten, Münchendorf

Részvevők:

dr. BATHÓ János, OMSZ
Dr. Jan CIERNIK, Brünni Mentőszolgálat (CZ)
dr. GENCSI László, Bihar megyei Mentőszolgálat (RO)
dr. GOLOPENCZA Pál, OMSZ
Alexander HELLER, Burgenlandi Biztonsági Központ (AT)
Juraj HREHORCAK, Szlovák Sürgősségi Központ (SK)
HÜSE-NYERGES Enikő, CESCI
dr. JOVA Anett, OMSZ
dr. JUCA Dacian, SMURD (RO)
Christian LEGLER, Notruf NÖ (AT)
dr. LÓRÁNTFY Mária, OMSZ
Mag. Christine PHILIPP, Burgenland Tartomány (AT)
Siegfried WEINERT, MSc – Notruf NÖ (AT)
dr. ZÁGORI Szilvia, EMMI

A tanulmányút a Notruf 144 Niederösterreich koordinációs központjának látogatásával kezdődött. A szervezet vezérigazgatója, *Christof Constantin Chwojka* köszöntötte a delegációt és támogatását fejezte ki a jövőbeli együttműködésre vonatkozóan. Elmondta, hogy számukra nem csak azért fontos a határon átnyúló mentés lehetőségének megteremtése, mert ezáltal magasabb színvonalú ellátást tudnak biztosítani az osztrák határ menti régiókban, de lehetőséget látnak a szervezeti szintű tanulásban. A Közép-európai országok esetében például jó gyakorlatként jelentkezik a mentősök képzését biztosító, nagy múltú oktatási rendszer, mely az osztrák önkéntes rendszernél jóval fejlettebb.

Ezt követően *Siegfried Weinert* és *Chirtsian Legler*, a szervezet határ menti együttműködések tervezéséért, kialakításáért, valamint működtetéséért felelős munkatársai vették át a szót. Előadásukban bemutatták a Notruf 144 felépítésének és működésének részleteit. Az alsó-ausztriai diszpécserhálózat 2003-ben alakult át, melynek során egyedüli szolgáltatóként jött létre a magán tulajdonban lévő Notruf, melynek 66%-át 2006-ben vásárolta meg Alsó-Ausztria Kormánya. A szervezet számos szolgáltatást nyújt, beleértve többek között a mentéshez és betegszállításához szükséges diszpécserszolgálatot, a szükséges háttér infrastruktúra és szoft környezet folyamatos fejlesztését (jelenleg a mesterséges intelligencia alkalmazhatóságát tesztelik), valamint egészségügyi telefonos és rádiós hálózatok fejlesztését és működtetését. Utóbbihoz tartozik például az ún. „Apoló Triázs Vonal”, mely egy telefonos egészségügyi tanácsadó szolgáltatás. Célja az ellátó intézményekbe

(feleslegesen) érkező betegek számának csökkentése, azáltal, hogy szakképzett ápolók telefonon keresztül diagnosztizálják és látják el hasznos információval a betelefonálót.

A szervezet belső folyamatai és protokolljai átalakítás alatt állnak, a hatékonyabb működés és a munkavállalók számára kedvezőbb munkakörnyezet kialakítás érdekében. 4 telephellyel rendelkeznek Alsó-Ausztria szerte, melyek azonban a nemrégiben létrehozott felhő alapú megoldásnak köszönhetően egy munkatérként jelentkezik. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy függetlenül attól, hogy a munkavállalók melyik irodában ülnek, közös környezetben dolgoznak. Ez egyben azt is jelenti, hogy a segélykérő nem feltétlenül a fizikailag legközelebb ülő diszpécserrel beszél, de természetesen a diszpécser sürgős esetben minden esetben a legközelebbi mentőegységet riasztja és vezényli a helyszínre. A közös, felhőben működő munkatérnek köszönhetően a munkavállalóknak nem feltétlenül szükséges az irodában tartózkodniuk, távoli munkavégzésre is lehetőségük van. A St. pölteni koordinációs központ 24/7 működik. A rendszer kialakítása során nagy hangsúlyt fektettek az adatvédelem biztosítására, de a tapasztalatok szerint a létező szabályzat és protokoll teljesíti az EU-s és nemzeti szabályozás által támasztott követelményeket.

A nappali műszakban 21 hívásfogadó, 12 diszpécser és 1 szolgálatvezető dolgozik együtt a 4 telephelyen, míg éjjel 3 hívásfogadó, 3 diszpécser és 1 szolgálatvezető van szolgálatban. A szolgálat szervezés alapját a tényleges munkaterhelés (frekvenciált és kevésbé frekvenciált időszakok napközben és éjjel is) jelenti, így a szolgálatok hossza eltérő lehet (nem feltétlenül 12 óra).

A beérkező hívást minden esetben a sürgősségi vagy nem sürgősségi hívásfogadó fogadja, aki egy protokoll szerint kikérdezi a beteget (mely az informatikai rendszer összeomlása esetén papíron is rendelkezésre áll), majd dönt az eset prioritási szintjéről és értesíti a diszpécsert. Az új technológiai lehetőségek eredményeként Androidról érkező hívás esetén a beteg helyadatait nem szükséges ellenőrizni, mert az „AML” (Advanced Mobile Location) eszköz automatikusan továbbítja azt. A hívásfogadó nem, de a diszpécser rendelkezik szakmai képezéssel. A hívásfogadó tartja a kapcsolatot a sérülttel egészen a mentők kiérkezéséig, szükség esetén ún. „életmentő támogatást” (Dispatch Life Support) nyújt a protokoll szerint. Emellett ellátja a betelefonálót a mentőegység munkáját segítő, előkészítő technikai információval (pl. kapcsoljon lámpát, nyissa ki az ajtót, stb.). Eközben a diszpécser a hívásfogadó által kitöltött elektronikus adatlap alapján riasztja a legközelebbi mentőegységet, majd a bevetés végéig rádióon keresztül tartja velük a kapcsolatot. A szolgálatvezető az összes hívásba be tud kapcsolódni és folyamatosan látja, hogy melyik hívásfogadó és diszpécser mivel foglalkozik. Minden beszélgetés rögzítésre kerül, a felvételeket tárolják.

Az Alsó-Ausztria és Csehország között létező együttműködés keretét biztosító államközi szerződést 2016-ban írták alá, 13 év közös munka eredményeként. A szakmai részleteket egy együttműködési megállapodás tisztázza. Az együttműködés keretét egy webes applikáció adja, mely kommunikációs összeköttetést biztosít a tartományok koordinációs központjai között. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy mindkét fél alapvetően a napi működésben egyébként is használt koordinációs szoftvert használja, melyeket a Notruf által fejlesztett webes applikáció kapcsol össze. Az applikáció segítségével a saját szoftverbe bevitt információk strukturálhatók át úgy, hogy mindkét fél számára átláthatóvá, érthetővé tegye az együttműködés tárgyát képező eseteket. Az applikáció a Google megoldásait (Fordító, Térkép) alkalmazza.



Az alkalmazás egy adatlap segítségével automatizálja és formalizálja a határ túloldaláról történő segítségkérést. A rendszer a kérés tárgyának meghatározására, cseh szempontból az alábbi 3 lehetőséget kínálja:

- mentési művelet cseh területen, támogatás kérése az osztrák mentőktől;
- mentési művelet osztrák területen, a cseh mentők veszik át a műveletet;
- mentési művelet osztrák területen: a mentési művelet átadása az osztrák sürgősségi műveleti központnak.

Ezt követően a diszpécsernek ki kell választania egy listából az eset szakmai besorolását (légzésleállás, allergia, stb.) A betegcsoportok/ellátástípusok a két oldalon eltérően alakulnak. A harmonizálás helyett a felek úgy döntöttek, hogy megtartják a saját klasszifikációt és a csoportjaikat hozzárendelik a közösen kialakított, többnyire átfogóbb kategóriákhoz. Az ezzel kapcsolatos útmutatás a diszpécser rendelkezésére áll. A lenyíló menü kivül a diszpécsernek lehetősége van pontosítani az eset leírását. Az adatlapon ezek mellett az eset helyadatait kell megadni, majd megjelenik a közelben lévő osztrák és cseh mentőegységek listája, megmutatva azok típusát (ALS, BLS), távolságát az esettől mind kilométerben, mind időben. A diszpécser kiválasztja az általa legalkalmasabbnak ítélt mentőegység(ke)t és elküldi a kérést a határ túloldalára.

Az applikáció a kitöltő nyelvén juttatja el a kérést a fogadó félhez, melyet Google Translate segítségével fordítanak le. A fogadó fél egy kattintással tudja elfogadni vagy elutasítani a kérést (több mentőegység kérése esetén egyenként). A kérés elfogadása esetén megnyílik a chat funkció, mely valós időben történő kommunikációs lehetőséget biztosít a két oldal diszpécseri között. A beírt szöveget az applikáció Google Fordító segítségével automatikusan fordítja a fogadó fél nyelvére.

Osztrák oldalon a diszpécser vagy a szolgálatvezető dönthet a határon túli mentőegységről, abban az esetben, ha megfelelő hazai mentőegység nem áll rendelkezésre.

Határon túli segítségnyújtás esetén a mentőegység minden esetben a saját koordinációs központjával tartja a kapcsolatot rádión (az osztrák hálózat Brünnig ér) vagy mobiltelefonon keresztül. A két tartomány diszpécseri chaten kommunikálnak folyamatosan. A kórházba szállítás tényéről a mentőegység dönt saját belső protokollja szerint, míg a megfelelő legközelebbi kórházat a két diszpécser együttesen választja ki.

Határon túli bevetés esetén a megállapodás értelmében minden mentőegység a saját nemzeti szabályozásának (orvosi engedélyek, megkülönböztető jelzés használata, stb.) és szakmai protokolljának megfelelően dolgozik, melyeket a felek kölcsönösen elismernek. Ez a gyakorlatban többek között azt jelenti, hogy a cseh orvosnak nincs szüksége osztrák oldali kamarai tagságra és engedélyre vagy a sofőrnek és a gépjárműnek extra engedélyre a megkülönböztető jelzés használatához.

Az együttműködés kialakítása során az egyik legfontosabb akadályként jelentkezett a nyelvi tényező, amit azonban mégsem tekintettek annak, hiszen minden mentőegységnek kötelessége ellátni a kommunikációra alkalmatlan sérültet is. Az egyéb kommunikációs problémát az applikációval küszöbölték ki.

Az együttműködés során szintén fontos az érzelmi tényező. A betegek szintjén sokszor felvetődik, hogy a sérült szeretné, ha a saját mentőegysége által, a saját országa intézményében kerülne ellátásra. A beteg akaratát az eset sürgőssége/prioritási szintje függvényében mérlegelik a kórházba

szállítás során. A mentális határok lebomlásával, az együttműködés és a határátlépés rutinná válásával ez a tényező egyre inkább elhanyagolható.

Az applikáció átvételének, alkalmazásának költségigénye alapvetően a megfelelő nyelvi változat elkészítésének és a saját koordinációs szoftverrel való átjárhatóság megteremtésének, valamint az ehhez szükséges utazások és találkozók költségével egyezik meg. A működtetés állandó költségeinek megléte és mértéke nem derült ki.

A második nap a St. Pölteni Oktatókórházban (Universitätsklinikum St. Pölten) tett látogatással kezdődött. *Mag. Dr. Bernhard Kadlec*, az intézmény kereskedelmi igazgatója röviden bemutatta a kórházat, majd körbevezette a delegációt az intézményben.

A kórház regionális holdingként működik, amely 27 kórházat, köztük 3 egyetemi kórházat foglal magában. Az intézményben

- magas progresszivitási szintű ellátást kínálnak: nagyon fejlett a kardiológiai részlegük, hétvégén is végeznek szívműtéteket. Emellett például az idegsebészetben műtét közben is tudnak MR-t készíteni, anélkül, hogy megmozdítanák a beteget.
- oktatókórházként funkcionál a Bolognai rendszer szerint (a neonatológiai oktatás egy robotbabán folyik, amit intubálni lehet, változik a bőrszíne, stb.);
- 500.000 járó beteget fogadnak évente;
- 6 háttérintézményük van;
- 18 osztály működik;
- 3500 dolgozó (minden a dolgozók kártyájával működik: az ajtók mellett a mintaküldő csőposta és a gyógyszerszekrények is, így figyelni tudják a gyógyszer és hatóanyag felhasználást is);
- saját, digitális alapokon nyugvó logisztikai központot működtetnek, mely több kórháznak biztosítja a szükséges eszközöket, gyógyszereket napi szinten. Az intézmények feleslegesen nem tárolnak semmit, just in time alapelv szerint működtetik a rendszert. A raktárkészlet tartalmáról és azok elhelyezkedéséről 1 percnél készit automatikus mentést a rendszert, annak érdekében, hogy egy esetleges technikai hiba miatt se álljon le a rendszer. Az alkalmazottakat különböző csoportokba rendezik, akiknek különböző színekkel van felfestve a padlóra, hogy a raktár mely részén tartózkodhatnak. Nincs például átjárás a segédeszközöket és a gyógyszereket tartalmazó részlegek között.
- napi költségvetésük kb. 1 millió € (ebben minden benne van, a munkabér is).

Ezek után megtekinthettük a kórház sürgősségi egységeit, a helikopter leszálló helyet és a működését és a logisztikai központot is.

A délelőtt második részében *Elke Ledl*, a Healthacross kezdeményezés vezetője mutatta be az alsó-ausztriai egészségügyi együttműködések célzó „Healthacross” kezdeményezést. Bemutatta a szervezet tevékenységét, amelynek elsődleges célja, hogy, hasonlóan a piaci szolgáltatásokhoz, az egészségügy területén is eltűnjön az országhatárok jelentősége. Első projektjük a korábban egy várost alkotó ausztriai Gmünd és a cseh České Velenice közötti együttműködés megalapozásához kapcsolódott. A városi kórház osztrák oldalon működött, mely a határ miatt a csehek számára nem volt elérhető, így egy 60 km-rel távolabb fekvő intézménybe kényszerültek. Első lépésként egy INTERREG A projektben vizsgálták a határ menti együttműködés lehetőségeit a Rajna-menti jó példát



alapul véve. Alapvető problémaként fogalmazódott meg az egészségügyi szolgáltatások határon túli megosztásával kapcsolatos adminisztrációs és finanszírozási teher, melyek megoldásán több évig dolgoztak együtt. A szolgáltatások elérhetőségének biztosítása érdekében a mentőautók szabad határátlépése már a kezdetektől prioritást élvezett.

A létező kórházi infrastruktúra határon átnyúló megosztásával kapcsolatos társadalmi nyereség egyértelmű volt, így politikai szinten is hamar megfogalmazódott az igény az együttműködésre. Ezzel szemben az emberek fejében létező mentális határt meg kellett szüntetni annak érdekében, hogy átmerjék lépni a határt az egészségügyi ellátás esetében is. Ennek érdekében nagy figyelmet fordítottak a disszeminációra, számos tájékoztató rendezvényt szerveztek és a helyi újságokban nyújtottak rendszeresen információt az „új” rendszer működéséről, mely hamar meghozta eredményét. Az intenzív közös törekvésekkel együtt is 13 évre volt szükség a széleskörű együttműködés megteremtésére, mely egy kormányközi megállapodáson alapul. Jelenleg az együttműködést az Alsó-Ausztriai Egészségbiztosítási Alap koordinálja, akik többek között nyilvántartják a két oldalon elérhető kapacitásokat, beleértve az ágyszámokat is. Kérdésünkre kifejtették, hogy még most is problémát jelent a finanszírozás kérdése, ugyanis a cseh szolgáltatások jóval olcsóbbak az osztráknál. Az osztrák fél azzal próbálja ezt kompenzálni, hogy a komplementaritások kihasználásával bizonyos szakmákban több beteget utalnak a cseh oldalra, ezzel kiegyenlítve a pénzügyi mérleget.

Mára eljutottak odáig, hogy közös alapellátó intézményt építenek (az alapkövetétel már megvolt) a határ mellett, mely mindkét oldal betegeit fogadja majd. A terveik között szerepel egy határ menti közös mentőállomás kialakítása is.

Szlovákiával hasonló módon kezdték meg az együttműködést az elmúlt években. A B4B: Bridges for Births határon átnyúló együttműködési projekt keretében a szülészet és neonatológia területén igyekeznek együttműködést kialakítani Hainburg és Pozsony között. A projekt célja, hogy a hainburgi kórházban születő csecsemőket komplikáció esetén a pozsonyi, magas szintű ellátást biztosítani képes kórházba szállíthassák. Kérdésünkre elmondták, hogy INTERREG projekt a maga nemében sikeresnek mondható, azonban jelenleg problémát jelent, hogy a mentőautók nem léphetik át a határt. Ezek a formalizált projektek arra jók leginkább, hogy a közös munka során azonosíthatók a határ két oldalán illetékes és kompetens szervek, illetve személyek, akik a projekt lezárulta után, kölcsönös együttműködési szándék esetén képesek kialakítani a hosszú távú gyakorlati együttműködést.

Magyarországgal is megkezdtek az együttműködést. A nemrégiben támogatást nyert projekt keretében a Soproni és a Bécsújhelyi Kórház fog együttműködni a patológia területén, de emellett létrejön egy állandó munkacsoport a sürgősségi ellátás területén kialakítandó együttműködés érdekében, illetve elkészül egy hosszú távú egészségügyi együttműködési stratégia.

A Healthacross nagy hangsúlyt fektet a nemzetközi hálózatosodás elősegítésére, melynek érdekében létrehozták az európai határ menti együttműködéseket támogató Euregha Platformot, mely helyi hatóságokat tömörít. Emellett tagjai az „EUprevent”-nek, a „WHO regions for health network”-nek, valamint az EDM-nek.

Ezt követően meglátogattuk a Vöröskereszt St. pölteni mentőállomását, valamint Münchendorfi katasztrófavédelmi és logisztikai központját. *Michael Sartori* prezentációjában bemutatta a szervezet tevékenységét:

- ausztriai központja Bécsben található,

- 9 nemzeti regionális csoport működik

Alsó-Ausztriában:

- 136 telephellyel/állomással
- 900 egységgel
- 1 200 egészségügyi alkalmazottal
- 18 000 önkéntessel és
- 125 ifjúsági csoporttal dolgoznak.

Feladataik:

- mentés: 2018-ban 867 ezer bevetésük volt. A 136 mentőállomásból 32-n van orvos, négy mentőhelikopterük van. Ausztriában 90%-ban ők biztosítják a mentést.
- betegszállítás;
- idősek otthonápolása;
- katasztrófavédelmi feladatok;
- pszichológiai támogatás (áldozatoknak és saját dolgozóiknak is);
- humanitárius segítségnyújtás;
- fiatalok oktatása (része az iskolai oktatásnak);
- önkéntesek szervezése.

Finanszírozás:

- egészségügyi biztosítás (mentés, betegszállítás);
- települések önkormányzatokkal kötött szolgáltatói szerződéseken keresztül;
- projektekből;
- adományokból.

Végül megtekinthettük a mentőállomást és a járműveiket.

Münchendorfbán bemutatásra került a katasztrófavédelmi és logisztikai központ tevékenysége, melyet többnyire állandó és alkalmanként bekapcsolódó önkéntesek látnak el. A bevetések többnyire árvizek, jelentősebb hóhelyzetek, tömegszerencsétlenségek, stb. kezeléséhez kapcsolódnak. Az önkéntesek esetében a legnagyobb kihívást a tömegek hatékony és koordinált bevonása jelenti. Ennek érdekében létrehoztak egy saját regisztert, melybe on-line jelentkezhetnek az önkéntesek elérhetőségeik és képességeik, készségeik megadásával. Szükség esetén a megfelelő profilú és földrajzilag elérhető közelségben lévő önkéntesek SMS értesítést kapnak a bevetésről, melyre válaszolva jelezhetik, hogy tudnak-e/szeretnének-e segíteni.

A Központi rendszer ezt követően megküldi az érintett önkéntesek adatait a helyi hivatásos egységeknek, akik csoportvezetőkön keresztül koordinálják az önkéntesek bevonását. Ezekben az esetekben meg kell szervezniük az önkéntesek utazását, melyet többnyire a vasúttársasággal együttműködésben látnak el. A bemutatót követően megtekinthettük a központ raktárait és eszközállományát.



Átfogó tanulságként megfogalmazódott, hogy az osztrák egészségügyi intézményrendszer lényegesen decentralizáltabb a magyarnál, melyben az intézmények a tartományi szinten meghatározott keretek között jelentős döntési szabadsággal bírnak.

A meglátogatott kórház és mentőállomás alapján az alkalmazott egészségügyi eszközök, eljárások és protokollok nagyban hasonlítanak a magyar oldalon megszokotthoz. Lényeges különbség mutatkozik azonban a támogató funkciók esetében alkalmazott technológiák, illetve az ellátás munkavállaló- és betegbarát, valamint költség- és idő hatékony szervezésében. E tekintetben mindenképp jó példának tekinthető az osztrák rendszer.

Az osztrák-cseh együttműködés példaértékű, mind a céljait, mind a megvalósítás egyszerűségét és átláthatóságát tekintve. Természetesen vannak bilaterális szinten tisztázandó kérdések, de elmondható, hogy a modell adaptálható a magyar viszonyokra.

5. melléklet: Javaslat kétoldalú mentési célú megállapodásokra

Keretegyezmény
Magyarország
és
az
között
a határon átnyúló
mentési együttműködésről

Magyarország
és
az
a továbbiakban, mint
Szerződő Felek

annak tudatában, hogy a két ország között kölcsönösen növekszik az állampolgárok mobilitása, és hogy ennek érdekében még hatékonyabbá tegyék a kétoldalú egészségügyi ellátás minőségét, biztonságát és elérhetőségét;

azon szándéktól vezérelve, hogy alapot teremtsenek a mentőszolgálatok között a határokon átnyúló szorosabb együttműködésre és megkönnyítsék a sürgősségi ellátáshoz való hozzáférést a határ menti térségben;

figyelembe véve mindkét fél nemzeti jogát és nemzetközi kötelezettségeit, valamint az uniós jogot, az adminisztratív eljárások egyszerűsítése érdekében

megállapodtak az alábbiak szerint:



1. cikk

Fogalommeghatározások

A jelen megállapodás és az annak alapján megkötött együttműködési megállapodások végrehajtása során az egyes fogalmak Szerződő Felek által kölcsönösen elfogadott jelentése a következő:

- (1) *mentőszolgálat*: a sürgősségi segélyhívást fogadó és a kiértékelt segélyhívás alapján a beteg szállítását, illetve szükség szerint a szállítás közbeni egészségügyi ellátását végző szervezet;
- (2) *mentés*: olyan beteg sürgősségi egészségügyi ellátása, akinek az állapota súlyos vagy tartós egészségkárosodáshoz, halálhoz vezet vagy vezethet, s amelyet a bevetési egység a bevetés helyén valamint a beteg egészségi állapotának megfelelő ellátására alkalmas, leggyorsabban elérhető egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállítása közben, a páciens egészségi állapotának megfelelő eszközökkel nyújt;
- (3) *mentőszállítás*: olyan betegek szállítása, akiknek az egészségügyi állapota folyamatos egészségügyi ellátást igényel a mentőautóval történő szállítás során;
- (4) *mentőjármű*: a mentőszolgálatban a felek jogszabályainak megfelelően mentésre használt szárazföldi, vízi vagy légi jármű;
- (5) *mentést végző személy*: a felek alkalmazandó jogszabályai szerint sürgősségi ellátás végzésére jogosult orvosi és a mentőszolgálat biztosításában részt vevő egyéb személyzet tagja;
- (6) *a mentést végző személy működése*: a mentőszolgálat tagjainak tevékenysége az irányító központ által az értékelendő segélyhívás alapján kiadott riasztástól, a telepítési helyre vagy az illetékes irányító csoport által kijelölt helyre történő visszatérésig;
- (7) *irányító csoport*: az operatív diszpécser központi munkahelye, amely folyamatos üzemben fogadja és értékeli a segélyhívásokat, irányítja és koordinálja a mentés működését;
- (8) *feltalálási hely*: az a hely, ahol a beteg a mentőszolgálat megérkezésekor van;
- (9) *a mentést végző személy felszerelése*: a mentést végző személyek berendezései, beleértve a mentőjárművet is, amelyek megfelelnek a mentést végző személyekre irányadó, az állomáshelyük szerinti ország nemzeti joga szerinti előírásoknak, és rendelkeznek az e keretmegállapodás szerinti sürgősségi ellátás elvégzéséhez szükséges jellemzőkkel.

2. cikk

A megállapodás célja

A jelen megállapodás célja a határon átnyúló mentési és betegszállítási együttműködések jogi kereteinek rögzítése a határmenti térségben a lehető legjobb mentési szolgáltatás biztosítása érdekében.

3. cikk

Területi, személyi, tárgyi hatály

- (1) A jelen megállapodást a következő határtérségben kell alkalmazni:

- (2) Jelen megállapodás végrehajtásában résztvevők a Szerződő Felek belső jogszabályai szerint mentésre és mentőszállításra hatáskör és illetékesség alapján jogosult szervek és azok alkalmazottai vagy e szervekkel mentésre és mentőszállítás céljából egyéb szerződéses jogviszonyban álló személyek, illetve szervezetek (a továbbiakban: együttműködésre jogosult szervek).
- (3) A jelen megállapodás tárgya minden olyan személy határon átnyúló jellegű mentése, illetve részére mentőszolgáltatás biztosítása, akik az (1) bekezdésben felsorolt határ menti térségben tartózkodnak, és akiknek a másik Fél államterületét érintő mentésére, betegszállítására igény merül fel.

4. cikk

Együttműködési megállapodások

- (1) A jelen megállapodás szerinti határon átnyúló együttműködés tartalmának részletes – az egyes mentőállomások működési területére koncentrált – megállapítása érdekében az érintett mentőszolgálatok irányításáért felelős igazgatási szervek egymással együttműködési megállapodásokat kötnek.
- (2) A Szerződő Felek alkalmazandó nemzeti jogszabályai szerinti hatásköri és illetékességi előírásokra tekintettel az együttműködési megállapodások megkötésére jogosult:
 - a) Magyarországon az Emberi Erőforrások Minisztere, illetve a jelen megállapodás szerinti tevékenységgel érintett mindenkori jogutódja
 - b) az Osztrák Köztársaságban Burgenland tartományfőnöke, illetve a jelen megállapodás szerinti tevékenységgel érintett mindenkori jogutódja
- (3) A jelen megállapodás szerinti határon átnyúló eseti mentési, mentőszállítási együttműködést annak a Szerződő Félnek az irányító csoportja hozza létre, amely a másik Szerződő Fél irányító csoportjához fordul, és tőle a mentést végző személyek feltalálási helyre küldését kéri.
- (4) A határon átnyúló mentési és mentőszállítási tevékenység feltételeit és eljárásait az együttműködési megállapodásokban kell részletesen szabályozni, így különösen
 - a) a mentésnek, mentőszállításnak, a mentést végző személyeknek, a mentést végző személyek működésének és a mentést végző személyek felszerelésének a határon átnyúló együttműködés keretében történő megszervezését;
 - b) az egyik Szerződő Fél nemzeti jogszabályai szerint mentést végző személyeknek a másik Szerződő Fél területén történő működését;
 - c) az egyik Szerződő Fél nemzeti jogszabályai szerinti mentőjárműveknek a másik Szerződő Fél területén történő használatát;
 - d) az 1. cikk (2) bekezdése szerinti ellátások, eszközök és szolgáltatók meghatározását azzal, hogy ha a beteg egészségi állapota megengedi, a mentést végző személyek működésének megkezdésekor az egyik Szerződő Fél területén állandó lakóhellyel rendelkező beteget ennek a Szerződő Félnek a területén lévő egészségügyi szolgáltatóhoz kell szállítani;

- e) a másik Szerződő Fél egészségügyi szolgáltatójához történő szállításakor és oda történő felvételekor alkalmazandó eljárásokat, azzal, hogy a beteg számára szükséges valamennyi egészségügyi ellátást indokolatlan késedelem nélkül kell biztosítani;
- f) a mentőszolgálatok minőségének és biztonságának értékelésére és ellenőrzésére vonatkozó kritériumokat, valamint a jelen megállapodás szerinti határon átnyúló együttműködés dokumentálására, statisztikai nyilvántartására és értékelésére vonatkozó eljárásokat;
- g) a határon átnyúló együttműködésben végzett tevékenység ellenértékének számlázására és kifizetésére vonatkozó szabályokat a jelen megállapodás 11. cikkére tekintettel;
- h) a felelősségbiztosítás hatályát a jelen megállapodás 12. cikkére tekintettel;
- i) a Szerződő Felek a segélyhívást fogadó központjai, megfelelő irányító központjai, irányítási csoportjai és a mentőszolgálatok közötti kommunikációs eljárásokat;
- j) a betegnek a mentés, mentőszállítás közben bekövetkező halála esetére vonatkozó szabályokat és eljárásokat.

5. cikk

A mentést végző személyek

- (1) Az egyik Szerződő Fél nemzeti jogszabályai szerint mentésre, mentőszállításra felhatalmazott mentést végző személyek a jelen megállapodás végrehajtása érdekében a másik Szerződő Fél felségterületén is jogosultak a tevékenységük ideiglenes gyakorlására, s ennek során az e Szerződő Fél jogszabályai szerint mentésre felhatalmazott személyekkel esnek egy tekintet alá.
- (2) A másik Szerződő Fél felségterületén mentést, mentőszállítást végző személyek szakmai jogállás tekintetében egyenlő elbírálás alá esnek a másik Szerződő Fél mentést, mentőszállítást végző személyeinek szakmai jogállásával.
- (3) A másik Szerződő Fél felségterületén a mentést, mentőszállítást végző személyek az őket mentésre, mentőszállításra felhatalmazó nemzeti jogszabályaik szerint járnak el .

6. cikk

Határátlépés

- (1) Azok a személyek, akik a jelen megállapodás végrehajtása során bármely Szerződő Fél felségterületéről a másik Szerződő Fél felségterületére lépnek, mentesülnek az érvényes úti okmány, valamint a területre történő belépést és tartózkodást lehetővé tevő vízum vagy más dokumentum bemutatására vonatkozó kötelezettségek alól, ha a határátlépés érdekében ezen dokumentumok bemutatása a másik Szerződő Fél nemzeti jogszabályainak előírásai szerint egyébként szükséges volna. Ez a mentesség a mentett vagy mentőszállítással érintett személyek tekintetében addig tart, amíg az említett, vagy azok helyettesítésére szolgáló dokumentumokat az eset összes körülményére tekintettel legkorábbi lehetséges időpontban bemutatják.

- (2) Amennyiben az a Szerződő Fél, amelynek a felségterületéről kiindulva a határátkelés történt, bármely okból nem tudná beszerezni az (1) bekezdés szerinti dokumentumokat, a másik Szerződő Fél felségterületére beutazott személyeket minden további formáság és indokolatlan késedelem nélkül kell egészségügyi ellátásban részesíteni.
- (3) A határellenőrzéseknek a közös határon az uniós joggal összhangban történő ideiglenes újra-bevezetése és bizonyos határátkelőhelyek kijelölése esetén a mentőjárművek és az (1) bekezdésben említett személyek határátkelése csak ezeken az átkelőkön lehetséges. A kijelölt határátkelőhelyeken kívül máshol csak akkor lehet átlépni a határt, ha az illetékes határőrizeti szerveket erről előzetesen tájékoztatták, és a szükséges jóváhagyás legalább szóban kiadásra került.

7. cikk

A mentőjárművek különleges helyzete

- (1) Az egyik Szerződő Fél mentőjárművei a másik Szerződő Fél felségterületén mindazokkal az elsőbbségi és különleges jogosultságokkal rendelkeznek, amelyekkel a felségterületen üzemelő mentőjárművek egyébként rendelkeznek.
- (2) A mentőjárművek a jelen megállapodás végrehajtása érdekében a segélyhívó szolgálatok és a saját különleges megkülönböztető fény- és hangjelzéseik használatára a másik Szerződő Fél felségterületén előzetes engedély nélkül is jogosultak.
- (3) Az egyik Szerződő Fél mentőjárművei a másik Szerződő Fél területén fizetendő úthasználati díjak megfizetése szempontjából e Szerződő Fél mentőjárműveivel esnek egy tekintet alá.
- (4) A Szerződő Felek kölcsönösen elismerik egymás mentést, mentőszállítást végrehajtó járműveik regisztrációját, a jogosítványokat és a vezetői engedélyeket, úgyszintén a légi járművek pilótáinak és a vízi járművek kapitányainak képezését, lajstromozását, műszaki berendezéseik engedélyét és a járművek mentési, mentőszállítási célú alkalmazásához szükséges egyéb követelményeknek való megfelelést igazoló tanúsítványokat.

8. cikk

A mentést végző személyek felszerelése

- (1) A jelen megállapodás alapján mentést végző személyek működéséhez szükséges felszerelésnek meg kell felelni az ilyen személyek székhelye szerinti Szerződő Fél felségterületén alkalmazandó nemzeti jogszabályokban megállapított követelményeknek.
- (2) A mentést végző személyek felszerelésének nemzetközi szállítására nem vonatkozhatnak behozatali vagy kiviteli tilalmak vagy korlátozások, valamint az illetékes nemzeti hatóságok jóváhagyása, amennyiben abban a mentéshez, mentőszállításhoz általánosan használt, kábítószerek és pszichotrop anyagnak, valamint egyéb korlátozás alá eső hasonló jellegű készítménynek minősülő anyag a szakmailag indokolhatóan szükséges mennyiséget nem lépi túl. A szükséges mennyiséget meg nem haladó ezen készítmények mentési, mentőszállításkori behozatalát, kivitelét, felhasználását a Szerződő Felek nem tekintik a kábítószerekről és

pszichotrop anyagokról szóló, Feleket kötelező nemzetközi szerződések szerinti áruforgalomnak.

9. cikk

Légi járművek használata

- (1) A mentésre szánt légi jármű csak a mentést végző személyek jelen megállapodás szerinti bevetésére használható, az Európai Unió jogának megfelelően, a Helikopter Sürgősségi Orvosi Szolgálat (HEMS) szolgáltatásainak nyújtására.
- (2) Az egyik Szerződő Fél felségterületén állomásozó, mentés céljára használt légi járművek a másik Szerződő Fél felségterületén csak a mentést végző személyek jelen megállapodás szerinti bevetésekor repülhetnek, s csak a számukra ott engedélyezett repülőtereket és felszállóhelyeket használhatják.

10. cikk

A személyes adatok védelme

A jelen megállapodás szerinti határon átnyúló együttműködést az érintettek személyes adatainak az uniós joggal és a nemzeti jogszabályokkal összhangban álló védelmét biztosítva kell folytatni.

11. cikk

A költségek elszámolása

- (1) A jelen megállapodás végrehajtása során felmerült költségek megtérítésére vonatkozó szabályokat a 4. cikk (1) bekezdése szerinti együttműködési megállapodásokban kell megállapítani.
- (2) A jelen megállapodás végrehajtásával kapcsolatos költségek megtérítésére vonatkozó kötelezettség teljesítését az uniós jogszabályoknak megfelelően elsődlegesnek kell tekinteni.

12. cikk

A károkozásért viselt felelősség

- (1) A jelen megállapodás végrehajtásából eredő felelősségre és kártérítésre vonatkozó szabályokat az alkalmazandó nemzeti jog, az uniós jog és az alkalmazandó nemzetközi szerződések állapítják meg.
- (2) A mentőszolgálatok és a mentő járművek által a jelen megállapodás végrehajtása keretében a másik Szerződő Fél területén okozott károkért viselt felelősség mértékét az egyes Szerződő Felek által alkalmazandó nemzeti jogszabályok szerint és a vonatkozó hatásköri szabályokra tekintettel a 4. cikk (1) bekezdése szerinti együttműködési megállapodásokban kell megállapítani.

13. cikk

Kétoldalú vegyes bizottság

- (1) A Szerződő Felek képviselőiből álló kétoldalú vegyes bizottságot kell létrehozni a jelen megállapodás és a 4. cikk (1) bekezdése alapján megkötött együttműködési megállapodások végrehajtásának felügyeletére és azok értelmezésével és végrehajtásával kapcsolatban felmerülő kérdések tisztázására. Abban az esetben, ha a vegyes bizottságban nem sikerülne megállapodásra jutni, a Szerződő Felek a vitáikat diplomáciai úton rendezik.
- (2) A vegyes bizottság összetételét és működését a bizottság alapszabálya állapítja meg. A jelen megállapodás hatályba lépését követően mindkét Szerződő Fél indokolatlan késedelem nélkül felhatalmazza képviselőit a vegyes bizottság alapszabályának megtárgyalására.

14. cikk

Más nemzetközi szerződésekkel való viszony

A jelen megállapodás nem érinti a Szerződő Felek egyéb nemzetközi megállapodásai alapján, így különösen a Budapesten, 1996. április 26-án aláírt, a Magyar Köztársaság és az Osztrák Köztársaság között a katasztrófák vagy súlyos szerencsétlenségek esetén történő kölcsönös segítségnyújtásról szóló Egyezmény alapján fennálló jogait és kötelezettségeit.

15. cikk

Záró rendelkezések

- (1) A jelen megállapodás határozatlan időre szól.
- (2) A Szerződő Felek diplomáciai úton tájékoztatják egymást arról, hogy teljesültek a jelen megállapodás hatálybalépéséhez szükséges, a nemzeti jogszabályaikban megállapított feltételek. A megállapodás az utolsó értesítés kézhezvételét követő 30. napon lép hatályba.
- (3) A jelen megállapodás módosításait írásban kell megtenni ahhoz, hogy azok kellően hatékonyak legyenek. A jelen megállapodás módosításai a (2) bekezdés szerinti eljárásnak megfelelően lépnek hatályba.
- (4) A jelen megállapodást a Szerződő Felek diplomáciai úton bármikor felmondhatják. A jelen megállapodás érvényessége a másik Szerződő Fél felmondási értesítésének kézbesítését követő tizenkét hónap elteltével lejár.
- (5) A jelen megállapodás 4. cikk (1) bekezdése szerinti együttműködési megállapodások érvényessége a (4) bekezdéssel összhangban a jelen megállapodás érvényességével egyidejűleg lejár.

Kelt,évhónap, ...napján két példányban, magyar és német nyelven, mindkét szöveg egyaránt hiteles.



6. melléklet: Javaslat kétoldalú egészségügyi együttműködést célzó megállapodásokra

Keretegyezmény

**Magyarország kormánya
és a ... kormánya között**

a határon átnyúló egészségügyi együttműködésről

Magyarország kormánya egyfelől

és a ... kormánya másfelől

(a továbbiakban együtt: Felek)

elismerve a lakosság Magyarország és ... közötti mobilitásának, valamint a különböző határon átnyúló együttműködési projektek megvalósításának hagyományát;

felismerve az egészségügyi ellátás minőségének, s a nemzeti egészségügyi ellátórendszerek szervezésének és fenntartásának folyamatos javításával kapcsolatos kihívásokat;

megalapozni kívánva egy közöttük létesítendő mély határon átnyúló egészségügyi együttműködést annak érdekében, hogy javítsák az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférést és biztosítsák annak folyamatosságát a közös országhatárunk mentén fekvő térségek lakossága számára;

annak érdekében, hogy – a nemzeti jogszabályok rendelkezéseit és a közösségi joggyakorlatot figyelembe véve – egyszerűsítsék az adminisztratív és finanszírozási eljárásokat;

elhatározva, hogy megkönnyítik a közös határon átnyúló egészségügyi együttműködést, s azt – a Felek nemzeti jogrendjét és nemzetközi kötelezettségeit tiszteletben tartó – együttműködési egyezmények aláírásával támogatják

az alábbiakban állapodnak meg:

1. cikk

Az egyezmény célja

A jelen egyezmény célja Magyarország és ... közötti határon átnyúló egészségügyi együttműködés jogi kereteinek meghatározása, azzal a szándékkal, hogy a határtérségekben élők számára

- a) javítsák az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés minőségét;
- b) biztosítsák az ellátások folyamatosságát;

- c) optimalizálják az ellátási kínálat megszervezését a humán erőforrások és a tárgyi eszközök használatának és megosztásának megkönnyítése révén;
- d) támogassák a tudás és a jó gyakorlatok megosztását.

2. cikk

Az egyezmény hatálya

- (1) Ahol a jelen egyezmény határtértséget említ, azon a Felek alábbi területi egységeit kell érteni, ahol a jelen egyezmény alkalmazandó:
 - a) Magyarország tekintetében: a ... régió, a ... régió területe;
 - b) ... tekintetében a ... területe;
- (2) A jelen egyezmény alkalmazandó minden olyan személyre, aki valamely Fél részéről betegség miatti keresőképtelenség esetén a társadalombiztosítás keretében pénzbeli ellátásra jogosult és az (1) bekezdés szerinti határtértségben állandó lakóhellyel rendelkezik, vagy átmenetileg tartózkodik. A jelen egyezmény végrehajtása a Felek egészségügyi ellátás megszervezéséért, a hozzáférés biztosításáért és a társadalombiztosításért felelős hatóságainak és szerveinek feladata.
- (3) A jelen egyezményt a Felek határozatlan időre kötik.

3. cikk

Együtműködési megállapodások

- (1) A jelen egyezmény végrehajtása érdekében a Felek a 8. cikk szerinti végrehajtási megállapodásokban jelölik ki azokat a szerveket, amelyek hatáskörükben a jelen egyezmény végrehajtását érintő kérdések és eljárások – így különösen a közös elemzés, tervezés, igazgatási és elszámolási együttműködés – részletes szabályozására szolgáló együttműködési megállapodásokat köthetnek.
- (2) A végrehajtást szolgáló együttműködési megállapodásokban kell rendelkezni:
 - a) a határtértségben található egészségügyi szolgáltatók, humán erőforrás és tárgyi eszközök használatára és megosztására irányuló együttműködés részleteiről;
 - b) az a) pontban foglaltak érdekében a Felek határtértségben meglévő egészségügyi szolgáltatók, humán erőforrásai és tárgyi eszközei egymást kiegészítő jellemzőinek azonosításáról;
 - c) az együttműködés részleteinek végrehajtásáért felelős szervezetek és közös intézmények létrehozásáról, feladatairól és működéséről.
- (3) A (2) bekezdésben foglaltakon túl szintén a végrehajtást szolgáló együttműködési megállapodásokban kell rendelkezni az egészségügyi szolgáltatók, a társadalombiztosítási szervek és az egészségügyi dolgozók határon átnyúló egészségügyi együttműködésben megvalósuló eljárásának és a határon átnyúló egészségügyi ellátásnak a feltételeiről és kötelező módjáról, különösen:

- a) az egészségügyi dolgozók határon túli beavatkozásáról és szabályozási szempontjairól;
 - b) a betegszállítás megszervezéséről;
 - c) az ellátás folyamatosságának garantálásáról, a páciensek információhoz való hozzájutásáról;
 - d) az ellátások minőségének és biztonságának értékelési és ellenőrzési kritériumairól;
 - e) az együttműködés megvalósításához szükséges pénzügyi eszközökről.
- (4) A Felek között a határon átnyúló egészségügyi együttműködés tárgyában korábban megkötött, már létező egyezményeket és megállapodásokat a jelen egyezményhez kell igazítani, a 8. cikkben meghatározott módon.

4. cikk

A közös határ átjárhatósága

A Felek – a határátkelés rendje és infrastruktúrája tekintetében hatáskörrel rendelkező nemzeti hatóságaikkal együttműködésben – minden szükséges lépést megtesznek annak érdekében, hogy megkönnyítsék a közös határ átjárhatóságát a jelen megállapodás megvalósítása érdekében.

5. cikk

Társadalombiztosítási ellátások

- (1) A szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet előírásait a jelen egyezmény és az annak alapján kötött együttműködési megállapodások végrehajtása során alkalmazni kell.
- (2) A Felek vállalják, hogy amennyiben az egészségügyi ellátásoknak a határtérség másik szerződő Fél felségterületére eső részén a társadalombiztosítás teherviselése mellett történő igénybeviteléhez előzetes felhatalmazás szükséges, akkor az együttműködési megállapodásokban előírják, hogy az előzetes felhatalmazást a jelen egyezmény alapján nyújtott egészségügyi ellátások során a hatáskörrel rendelkező társadalombiztosítási intézmények részéről automatikusan megadottnak kell tekinteni.
- (3) A 3. cikk (2) bekezdésének rendelkezései szerint igénybe vett ellátások költségének elszámolásához az együttműködési megállapodások szükség esetén egyedi díjszabást állapíthatnak meg a 8. cikk szerinti végrehajtási rendelkezésekben meghatározott módon akkor is, ha e költségeket a rájuk vonatkozó szabályok szerint egyébként a beteg által igénybe vett ellátások költségének megtérítése tekintetében a beteg biztosítási jogviszonya alapján illetékes társadalombiztosítási teherviselő intézménynek kellene közvetlenül megtérítenie.

6. cikk

Felelősség

- (1) Az orvosi felelősséggel kapcsolatban annak a Szerződő Félnek a joga az alkalmazandó, amelynek a területén az ellátást igénybe vették.

- (2) Az együttműködési megállapodásokban kötelezően elő kell írni az egészségügyi dolgozókra és a jelen egyezmény hatálya alá tartozó ellátásokat nyújtó egészségügyi intézményekre és szolgáltatókra vonatkozó felelősségbiztosítás meglétét, amely lefedi az esetleges károkat, amelyeket tevékenységükkel a határon átnyúló egészségügy együttműködés keretében előidéztek.

7. cikk

Vegyes bizottság

- (1) A Szerződő Felek részéről az ellátáshoz való hozzáférésért és a társadalombiztosításért felelős nemzeti hatóságok és szervezetek képviselőiből álló vegyes bizottság felelős a jelen egyezmény alkalmazásának nyomon követéséért, illetve a módosításával összefüggésben szükséges javaslatok megtételéért. A bizottság évente egy alkalommal, vagy – bármely Fél kérésére – szükség szerinti gyakorisággal ülésezik.
- (2) A jelen egyezmény alkalmazásával vagy értelmezésével kapcsolatos kérdések rendezésére az (1) bekezdés szerinti vegyes bizottság a jogosult.
- (3) A vegyes bizottság – elsősorban a 3. cikkben említett hatóságok visszajelzései alapján – évente jelentést készít az együttműködés értékeléséről.

8. cikk

Végrehajtási megállapodások

A jelen megállapodás alkalmazásának részletes szabályait a Feleknek a társadalombiztosítással és az egészségügyi ellátórendszer tervezésével, működésével és finanszírozásával kapcsolatban hatáskörrel rendelkező nemzeti hatóságai és szervei által kidolgozandó végrehajtási megállapodásokban kell rögzíteni.

9. cikk

Hatályba lépés

A Szerződő Felek értesítik egymást a jelen megállapodás hatályba lépéséhez szükséges nemzeti eljárásaik megtörténtéről. Az egyezmény az utolsó értesítés kézhezvételét követő második hónap első napján lép hatályba.

10. cikk

Az egyezmény megszűnése

- (1) A jelen egyezményt bármelyik Szerződő Fél a másik Szerződő Fél számára diplomáciai úton eljuttatott értesítéssel bármikor felmondhatja. Az egyezmény az értesítéstől számított 12. hónapot követő hónap első napján megszűnik.
- (2) A jelen egyezménytől való elállással az együttműködési megállapodások is hatályukat veszítik.



Kelt ..., ... év. ... hónap ...napján, két példányban, magyar és ... nyelven, mindkét példány egyaránt hiteles.

Aláírók:

... Miniszter, Magyarország részéről

... Miniszter, a ... részéről

7. melléklet: Javaslat kétoldalú egészségügyi együttműködést célzó megállapodások végrehajtásának szabályozására

Megállapodás

**a Magyarország kormánya
és a ... kormánya között**

**a határon átnyúló egészségügyi együttműködésről
aláírt keretegyezmény végrehajtásáról**

A Magyarország kormánya és a ... kormánya között a határon átnyúló egészségügyi együttműködésről ... év ... hónap ... napján aláírt keretegyezmény (a továbbiakban: egyezmény) 8. cikke rendelkezéseinek megfelelően a Szerződő Felek illetékes hatóságai (Magyarországon a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő és az Állami Egészségügyi Ellátó Központ, ...-ban a ...) közös megállapodásukban az alábbi alkalmazási módokat / feltételeket állapították meg.

1. cikk

Kijelölés

A keretmegállapodás 3. cikkének 1. bekezdése alapján együttműködési megállapodásokat köthetnek:

- a) Magyarországon: az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Térségi igazgatóságai térség szolgáltatás-szervezéssel, döntési javaslatok előkészítésével, a betegutak kidolgozásával, megszervezésével és ellenőrzésével, a várólisták csökkentési lehetőségeire vonatkozó javaslattétellel, illetve az intézményi várólisták csökkentésére vonatkozó tevékenység értékelésével, a térségekben működő fenntartott intézmények ellátási területeinek meghatározásával, módosításával, időszakos felülvizsgálatával összefüggő feladataikra tekintettel;
- b) ... ban: a ...

2. cikk

Előzetes értesítés

Az 1. cikk alapján kijelölt szervek által előkészített együttműködési megállapodások érvénybe lépéséhez azokat az összes aláírás előtti előzetes jóváhagyásra be kell mutatni a Szerződő Felek nemzetközi szerződések megkötésére vonatkozó nemzeti jogszabályainak megfelelően a Szerződő Felek ezen nemzeti jogszabályok alapján illetékes hatóságainak, illetve szerveinek.



3. cikk

A társadalombiztosítási szervek és egészségügyi szolgáltatók beavatkozásának feltételei és módjai

- (1) A keretegyezmény 3. cikk 3. bekezdésének alkalmazása során az ellátás minőségének értékelésére és ellenőrzésére vonatkozó feltételeket a Szerződő Felek hatályos nemzeti jogszabályaival összhangban kell megállapítani. Az együttműködési megállapodások a Szerződő Felek hatályos nemzeti jogszabályait nem módosítják.
- (2) Az együttműködési megállapodásokban az ellátás minőségének értékelésére és ellenőrzésére vonatkozó feltételek kiterjednek különösen:
 - a) kockázatkezeléssel összefüggő minőségi politikára, főként
 - aa) az ügyeletekre;
 - ab) a gyógyszerelosztásra;
 - ac) a vértranszfúzióra;
 - ad) az aneszteziológiára;
 - ae) az orvosi eredetű kockázatok és fertőzések kezelésére;
 - b) az egészségügyi dolgozók ismereteinek karbantartására, folyamatos frissítésére;
 - c) az ellátásokra vonatkozó információk pácienseknek történő átadására;
 - d) a fájdalomenyhítésre

azzal, hogy az együttműködési megállapodásokban az a)-d) pontban foglaltakkal kapcsolatos jó gyakorlatok megosztására vonatkozó módszereket is rögzíteni kell.

4. cikk

A korábban létrejött egyezmények harmonizációjának határideje

A keretegyezmény 3. cikk 4. bekezdésének megfelelően, a keretegyezmény hatályba lépése előtt a Szerződő Felek között létrejött határon átnyúló egészségügyi együttműködési egyezményeket szükség esetén a lehető legrövidebb időn, de legkésőbb a keretmegállapodás hatályba lépését követő egy éven belül módosítani kell. Ennek hiányában e határidőt követően a korábbi egyezmények hatályukat veszítik.

5. cikk

A társadalombiztosítási rendszer finanszírozási módjai

A keretegyezmény 5. cikke szerint az együttműködési megállapodások keretében kapott ellátás díját az illetékes hatóságok három különböző módon téríthetik meg:

- a) az ellátás nyújtásának helye szerinti díjak alapján, a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet előírásai szerint, amennyiben a biztosított az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónak be tudja mutatni a jogai érvényesítését biztosító közösségi dokumentumot;

- b) a biztosítás helye szerinti Szerződő Fél jogszabályai alapján alkalmazandó térítési szabályok és díjak alapján, a „Khol és Decker” precedensperekre tekintettel;
- c) az egészségügyi együttműködési megállapodás(ok)at aláíró hatóságok és szervek által megállapított és az illetékes nemzeti hatóságok által előzetesen jóváhagyott egyedi díjak alapján.

6. cikk

A rendelkezés hatálya lépése

A keretegyezmény 8. cikke alapján a jelen végrehajtási megállapodás a Magyarország és ... közötti keretegyezmény hatályba lépésének napjától válik hatályossá.

Ennek hitelül, a Szerződő Felek által megfelelően meghatalmazott aláírók aláírták a jelen megállapodást.

Kelt ..., ... év, ... hónap ... napján, két példányban, magyar és ... nyelven, a két szöveg egyformán hiteles.



8. melléklet: Javaslat az egészségügyi szolgáltatók és a társadalombiztosításban nem biztosított (az ellátások költségét önállóan viselő) ügyfelek jogviszonyának szabályozására

Szolgáltatási szerződés

amely létrejött egyrészről

INTÉZMÉNYAZONOSÍTÓ

NEVE:

SZÉKHELYE:

CÉGNYILVÁNTARTÁSI SZÁMA:

NYILVÁNTARTÓJA:

ADÓSZÁMA:

TEVÉKENYSÉGI ENGEDÉLYÉNEK SZÁMA:

KÉPVISELŐJE:

mint szolgáltató (a továbbiakban: Szolgáltató),

másrészről

BETEGAZONOSÍTÓ

NÉV:

SZÜLETÉSI NÉV:

ANYJA NEVE:

SZÜLETÉSI HELY, IDŐ:

NEM:

ANYANYELV:

BESZÉLT EGYÉB NYELV(EK):

TAJ:

EGÉSZSÉGPÉNZTÁR:

SZERZŐDÉSSZÁM:

BIZTOSÍTÁS KEZDETE:

BIZTOSÍTÁS VÉGE:

ÖNRÉSZ:

ÁLLANDÓ CÍM:

TARTÓZKODÁSI HELY:

LEVELEZÉSI CÍM:

SZÁMLÁZÁSI CÍM:

EMAIL:

TELEFON:

mint Megrendelő (a továbbiakban: Megrendelő),

aki helyett és nevében szükség esetén törvényes képviselőként eljár

NÉV/SZÜLETÉSI NÉV:

SZÜLETÉSI HELY, IDŐ:

ANYJA NEVE:

LAKÓHELYE:

BESZÉLT NYELVEK:

SZEMÉLYI IG. SZÁM:

EMAIL:

TELEFON

Szolgáltató és Megrendelő (a továbbiakban együttesen: Felek) között a mai napon az alábbi feltételekkel.

1. Preambulum:

1.1. Felek rögzítik, hogy Szolgáltató

járóbeteg-szakrendelés keretein belül járóbeteg- és egynapos sebészeti ellátást biztosító szakrendelő,

fekvőbeteg-ellátás keretén belül fekvőbeteg-ellátást biztosító kórház,
amely egészségügyi szolgáltatást nyújt a hozzá forduló ügyfelek részére.

1.2. A Szolgáltató által mindenkor nyújtott szolgáltatások jegyzéke, a Szolgáltató mindenkori nyitvatartása, ügyeleti rendje, felügyeleti szerve, a Szolgáltató mindenkori elérhetőségei és a Szolgáltató által meghatározott Általános Szerződési Feltételek (a továbbiakban: ÁSZF) a Szolgáltató honlapján (www...), valamint a Szolgáltató székhelyén nyomtatott formában, illetve az ÁSZF a betegváróban történő kifüggesztésével ismerhetők meg. Szolgáltató az ÁSZF-et jogosult egyoldalúan módosítani, amely módosítást - a módosítás hatályba lépését legalább 15 nappal megelőzően - a honlapján köteles közzétenni, valamint az intézményben nyomtatott formában a betegvárókban kifüggeszteni.

2. A Szerződés tárgya:

2.1. Felek megállapodnak abban, hogy Megrendelő a Szolgáltató egészségügyi szolgáltatásait a jelen szerződésben, illetve a jelen szerződés mellékleteként értelmezendő ÁSZF-ben foglalt feltételekkel igénybe veszi, Szolgáltató pedig kötelezettséget vállal arra, hogy Megrendelő részére a megjelölt szolgáltatásnyújtási időtartam alatt szakszerű egészségügyi szolgáltatást nyújt a jelen szerződésben, illetve ÁSZF-ben foglalt feltételekkel.

2.2 A szolgáltatásnyújtás időtartama: határozatlan határozott²¹

a) kezdőnap:

b) határozott időtartam esetén az utolsó nap:

²¹ A megfelelő aláhúzendő



3. A Felek jogai és kötelezettségei:

- 3.1. Megrendelő kijelenti, hogy a jelen szerződés aláírásának időpontjában hatályos, a Szolgáltató szolgáltatásaira vonatkozó ÁSZF-ben foglalt rendelkezéseket, adatokat és információkat, különösen az önálló költségviselésre, a szolgáltatási jogviszony megszűnési eseteire és adatvédelemre vonatkozó szabályait megismerte, megértette, azokról a Szolgáltatót teljes körűen és részletesen tájékoztatta, valamennyi szóban és/vagy írásban feltett kérdésére kimerítő választ kapott, a válaszokat is teljes egészében megértette, és mindezek alapján az ÁSZF rendelkezéseit magára nézve kötelezőnek fogadja el.
- 3.2. Megrendelő teljes felelőssége tudatában kijelenti, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és az ezekben bekövetkezett bármilyen jellegű változást – a változás bekövetkezésétől számított 8 napon belül – írásban köteles a Szolgáltatónak bejelenteni.
- 3.3. Megrendelő hozzájárul ahhoz, hogy a Szolgáltató fényképet készítsen róla, melyet a Szolgáltató saját, előírás szerint védett számítógépes adatbázisában köteles tárolni. A jelen hozzájárulás alapján készült fénykép kizárólag a Megrendelő jelen szerződés szerinti szolgáltatásnyújtással kapcsolatos személyazonosítására használható fel. Amennyiben a Megrendelő ehhez nem járul hozzá, kérjük, itt jelezze: nem járulok hozzá.
- 3.4. Megrendelő aláírásával hozzájárul, hogy a Szolgáltató a szolgáltatásaival kapcsolatban rendszeresen elektronikus hírlevelet küldjön neki. Amennyiben ehhez nem járul hozzá, kérjük, itt jelezze: nem járulok hozzá.
- 3.5. Megrendelő a jelen szerződés aláírásával kijelenti, hogy a Szolgáltató jelen szerződés aláírásának időpontjában hatályos szolgáltatási díjsomagjait, különösen azok tartalmára, igénybevételének feltételeire, díjazására, tartalmi módosítására vonatkozó információkat megismerte, megértette, azokkal teljes egészében tisztában van, valamennyi szóban és/vagy írásban feltett kérdésére kimerítő választ kapott és a válaszokat is teljes egészében megértette, magára nézve kötelezőnek fogadja el.
- 3.6. Megrendelő kijelenti, hogy jelen szerződés keretében a Szolgáltató típusú szolgáltatási díjsomagját kívánja igénybe venni.
- 3.7. Megrendelő tudomásul veszi, hogy a szolgáltatási díjsomag típusára vonatkozó nyilatkozata kizárólag a Felek közös megegyezésével és írásban módosítható. A Megrendelő az ÁSZF ismeretében kifejezetten tudomásul veszi, hogy a szolgáltatási díjsomag váltását a Szolgáltató a kérelem beérkezését követő munkanapon hajtja végre, továbbá két szolgáltatási díjsomag váltás között legalább munkanapnak /hónapnak kell eltelnie.
- 3.6. Szolgáltató köteles az 1.2 pont szerinti szolgáltatásokat a rá irányadó jogszabályok, az érvényes Általános Szerződési Feltételek és a jelen szerződés szerint, a tőle elvárható legnagyobb gondossággal és a Megrendelő érdekeire tekintettel nyújtani. A Szolgáltató érdekkörébe tartozó okból a Megrendelőnek kára nem származhat, amennyiben ez mégis bekövetkezne, az okozott károkért a Szolgáltató teljes felelősséggel tartozik.
- 3.10. A Feleket a jelen szolgáltatási szerződés hatálya alatt együttműködési kötelezettség terheli a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényben (a továbbiakban: Ptk.) és az ÁSZF-ben megállapított előírások szerint.

3.11. A jelen szerződésben nem szabályozott, de vonatkozókérdésekben a Ptk., az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény és az egyéb – különösen az egészségügyi ellátásra vonatkozó – jogszabályok megfelelő rendelkezései irányadóak.

4. Záró rendelkezések:

4.1. Jelen szerződést a Felek - annak elolvasása és megértése után - mint akaratukkal mindenben megegyezőt jóváhagyólag aláírták.

Budapest, 202.

Megrendelő vagy
törvényes képviselője

Szolgáltató képviselője