

A betegmobilitás és a határon átnyúló

egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló

2011/24/EU irányelv várható hatásai

Dr. Balogh Tamás, főosztályvezető

Nemzeti Erőforrás Minisztérium

Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Főosztály

Tel.:+36-1-795-12-60, fax.:06-1-795-01-82

I. Az egészségügyi szolgáltatások szabályozása az Európai Unióban

1. Az egészségügyi szolgáltatások és az Európai Unió alapszabadságai

- Az egészségügyi ellátás uniós szintű szabályozásának háttere az Európai Közösséget létrehozó („Római”) Szerződés^[1], amely rögzítette az ún. négy alapszabadságot: az áruk, a szolgáltatások, a tőke, illetve a munkaerő szabad áramlását, ugyanakkor kinyilvánította, hogy **az egészségügyi kérdések a tagállamok kizárólagos hatáskörébe tartoznak.**
- Az egészségügyi szolgáltatások nyújtását az Unión belül alapvetően két szabadság határozza meg:
 - a **szolgáltatásnyújtás szabadsága** – tekintettel arra, hogy az egészségügyi szolgáltatás is szolgáltatásnak minősül; továbbá
 - a **személyek** (úgyis mint munkaerő) **mozgásának szabadsága** – melynek előfeltétele, hogy a másik államba utazó személyek nem veszítik el társadalombiztosítási jogukat.
- ^[1] Jelenleg hatályos formában az Európai Unió Működéséről szóló Szerződés
- A tagállamok közötti magasabb fokú integráció megteremtésének alapvetően két eszköze a
 - **koordináció**, mely a személyek mozgásának szabadságát és
 - a **harmonizáció**, mely a szolgáltatások nyújtásának szabadságát hivatott biztosítani.

2. A koordináció és a rendelet

- A **koordinációnak** – a harmonizációval ellentétben – nem célja, hogy az egyes tagállamok az adott kérdést belső jogszabályaikban azonos módon szabályozzák. A koordináció elsődleges szándéka az, hogy feloldja azokat a konfliktusokat, amelyek abból származhatnak, hogy egyes tagállamok az adott kérdést eltérően szabályozzák. A koordináció fő eszköze a **rendelet**, amely **minden tagállamban közvetlenül alkalmazandó**. Ezzel az eszközzel az Európai Unió főként abban az esetben él, ha nem kívánja meghatározni az adott kérdés kezelésének „jó” módszerét, pusztán az eltérő rendszerek együttes alkalmazásából adódó hátrányokat kívánja kiküszöbölni. Az **egészségügyi és szociális ellátórendszer** felépítése és szervezése tipikusan olyan, melybe az Európai Unió nem kíván beleszólni, így e téren a koordináció érvényesül.
- A munkaerő szabad áramlását elősegíti az a fontos jog, hogy a másik államban tartózkodó munkavállalók nem veszítik el társadalombiztosítási jogosultságaikat, és egy másik államban is élhetnek bizonyos jogokkal, például az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének jogával. Az Európai Unió tagállamainak szociális és egészségügyi rendszerei azonban rendkívül eltérőek, így nem is lehet cél egy egységes szociális, illetve egészségügyi rendszer bevezetése az egész Unió területén. Szükséges azonban valamennyi tagállam szociális biztonsági rendszerét koordinálni úgy, hogy a biztosítási ellátások – különösen az egészségügyi szolgáltatások – igénybevétele biztosított legyen.

Egészségügyi ellátások a Rendelet szerint

- Az Európai Unióban az egészségügyi szolgáltatások a szociális biztonsági koordinációt szabályozó 883/2004/EK rendelet (a továbbiakban: a Rendelet) értelmében – terjedelmük szerint – három csoportra oszthatók:
- A másik tagállamban tartózkodók betegség vagy baleset esetén jogosultak az **orvosilag szükséges ellátás** igénybevételére. A jogosultságuk igazolására az ellátás kezdetekor be kell mutatni az **Európai Egészségbiztosítási Kártyát**, vagy az azt ideiglenesen helyettesítő kártyahelyettesítő nyomtatványt.
- Az egyik tagállamban biztosított vagy nyugdíjas, és **a másik tagállamban állandó lakóhellyel** rendelkező személyek a lakóhelyük szerinti tagállamban **az egészségügyi ellátások teljes körére** szereznek jogosultságot.
- A biztosító előzetes engedélyével lehetőség van a másik tagállamba gyógykezelési szándékkal utazni, kifejezetten az egészségügyi ellátások igénybevétele céljából. Az **engedélyezett külföldi gyógykezelésre** való jogosultságot európai uniós szabvány szerinti nyomtatvány (E 112 vagy S2) igazolja. A közösségi rendelet szabályai szerint a másik tagállamban gyógykezelésre jogosító **engedélyt ki kell adni**,
 - ha a szóban forgó kezelés szerepel az érintett személy **lakóhelye szerinti tagállam jogszabályai által előírt** ellátások között, és
 - ha az ilyen kezelést az **orvosilag indokolt határidőn belül nem tudják biztosítani**, figyelembe véve a személy aktuális egészségi állapotát és betegségének várható lefolyását.

Egészségügyi ellátások a Rendelet szerint

- A rendelet alkalmazásában a másik államban biztosított személy ugyan olyan feltételek mellett veheti igénybe a szolgáltatásokat, mint a helyi biztosítottak (**azonos elbírálás elve**). Amennyiben a biztosítottnak az ellátásért térítést kellett fizetni, ahhoz biztosítója **az igénybevétel helye szerinti ország költségmértéke** szerinti visszatérítést nyújt. A rendelet szerint az ellátások azonban kizárólag **az adott tagállam társadalombiztosítójával szerződött szolgáltatójánál vehető igénybe**, a nem szerződött szolgáltatónál igénybe vett ellátás esetén a biztosító megtagadhatja a költségek megtérítését.
- ***Például**, ha egy magyar biztosított franciaországi turistaútja során sürgősségi ellátásra szorul, annak költségeit a magyar egészségbiztosítási szerv a francia költségmértékek szerint téríti.*

3. A harmonizáció és az Irányelv

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

Ellátások az Irányelv szerint

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

Ellátások az Irányelv szerint

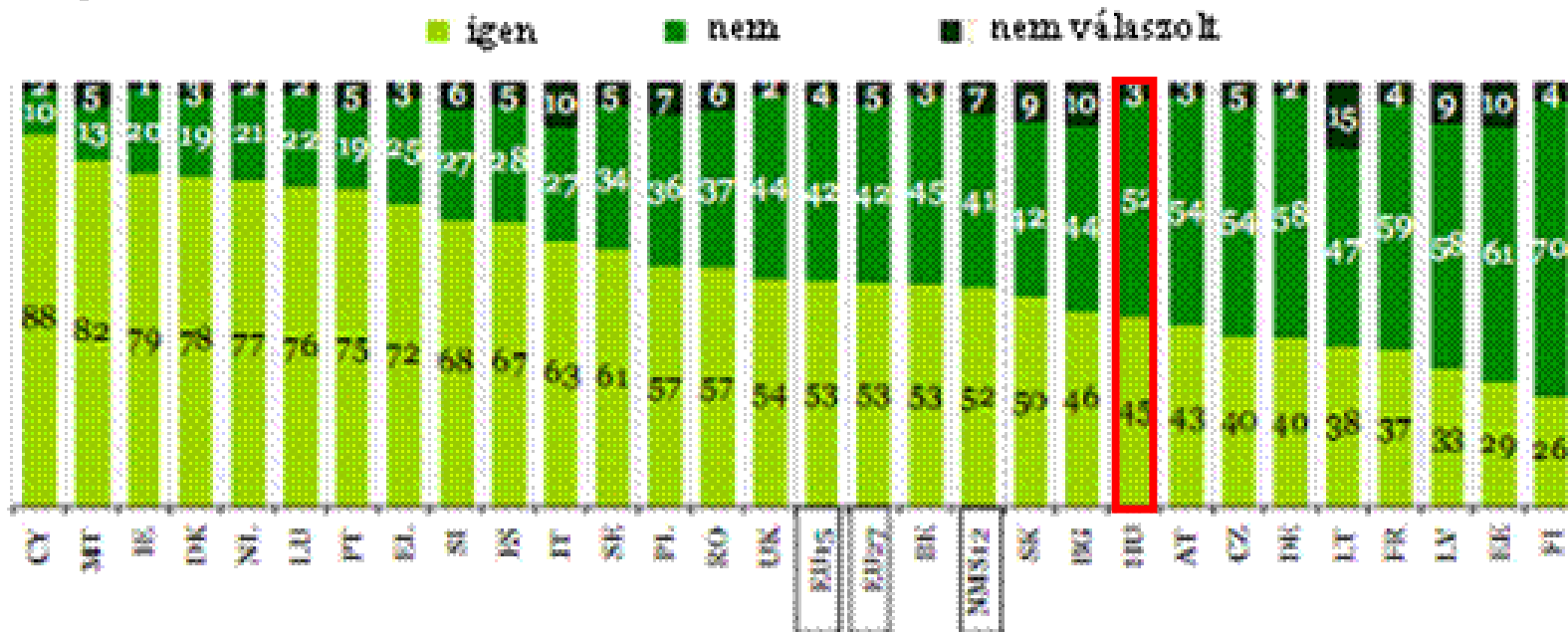
- Amennyiben azonban a **beteg** előre tervezett ellátást szeretne egy másik tagállamban igénybe venni, **köteles megelőlegezni** a kezelés költségeit és utólag kérhet visszatérítést a biztosítójától. A biztosító azonban csak a saját maga által alkalmazott „belföldi” költségmértékéig köteles a visszatérítésre, és nem kell figyelembe vennie a másik állam biztosítójának finanszírozási tételeit.
- ***Például**, ha a magyar biztosított kimondottan egy adott szakorvosi beavatkozás céljából utazott Ausztriába, az osztrák szolgáltató által kiadott számlához a magyar egészségbiztosítási szerv csak az adott ellátás magyarországi finanszírozási mértékének megfelelő térítést nyújthat.*
- Jóllehet, az Irányelv jelenleg még nem kötelezően alkalmazandó, de az Európai Bíróság több ítéletében^[1] is kimondta, hogy a nem fekvőbeteg ellátás másik államban történő tervezett igénybevétele után a belföldi költségmérték szerinti visszatérítés jár. Ehhez az elvhez a tagállamoknak már most is tartaniuk kell magukat.
^[1] A 1998. április 28-án a Kohll (C-158/96) és Decker (C-120/95) ügyekben hozott ítélet, majd a 2003. május 13-i, Müller-Fauré/van Riet ügyekben (C-385/99) hozott ítéletek

II. A beteg-mobilitás jelenlegi helyzete

1. A mobilitási hajlandóság

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

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



1. A mobilitási hajlandóság

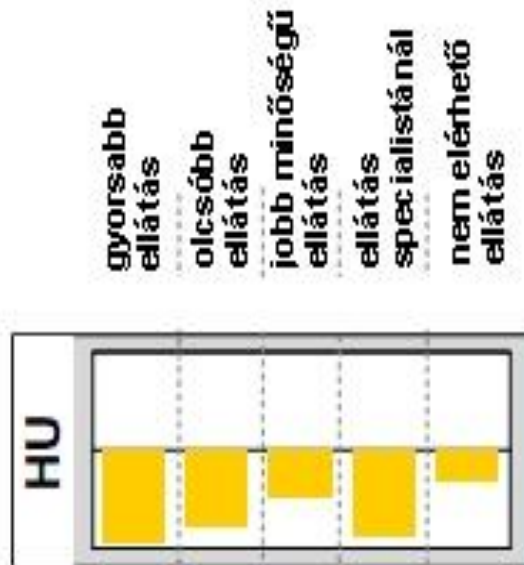
- Az öt leggyakoribb ok, amiért a beteg hajlandó külföldre utazni és ott gyógykezeltetni magát:
 - Hazájában nem elérhető a beteg számára a szükséges kezelés;
 - Jobb minőségű ellátást kíván igénybe venni;
 - Az adott ellátásra szakosodott neves specialistát keres fel;
 - Gyorsabb a hozzáférés az ellátáshoz;
 - Olcsóbb az ellátás igénybevétele.

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



1. A mobilitási hajlandóság

Az orvosi ellátások igénybevétele céljából más EU-államba utazó betegek et motiváló tényezők relatív súlya

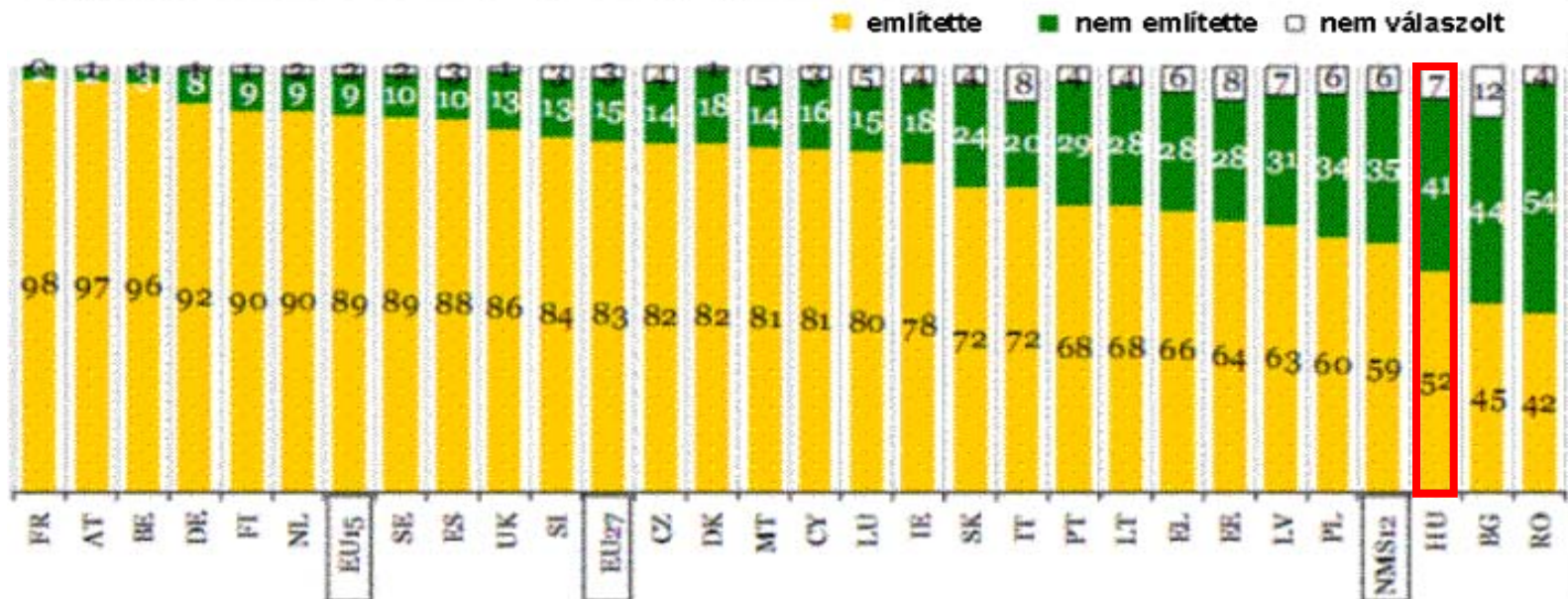


A felmérés szerint a magyar válaszolók valamennyi külföldi gyógykezelési ok tekintetében talán a legkevésbé motiváltak közé tartoznak. Tehát a magyar betegek az egyes indokoknak is kisebb jelentőséget tulajdonítanak, mint az EU többi országában élők. Ebből levonhatjuk az a következtetést, hogy egy esetlegesen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

1. A mobilitási hajlandóság

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

Elégedett az itthon elérhető egészségügyi ellátással



2. Trendek

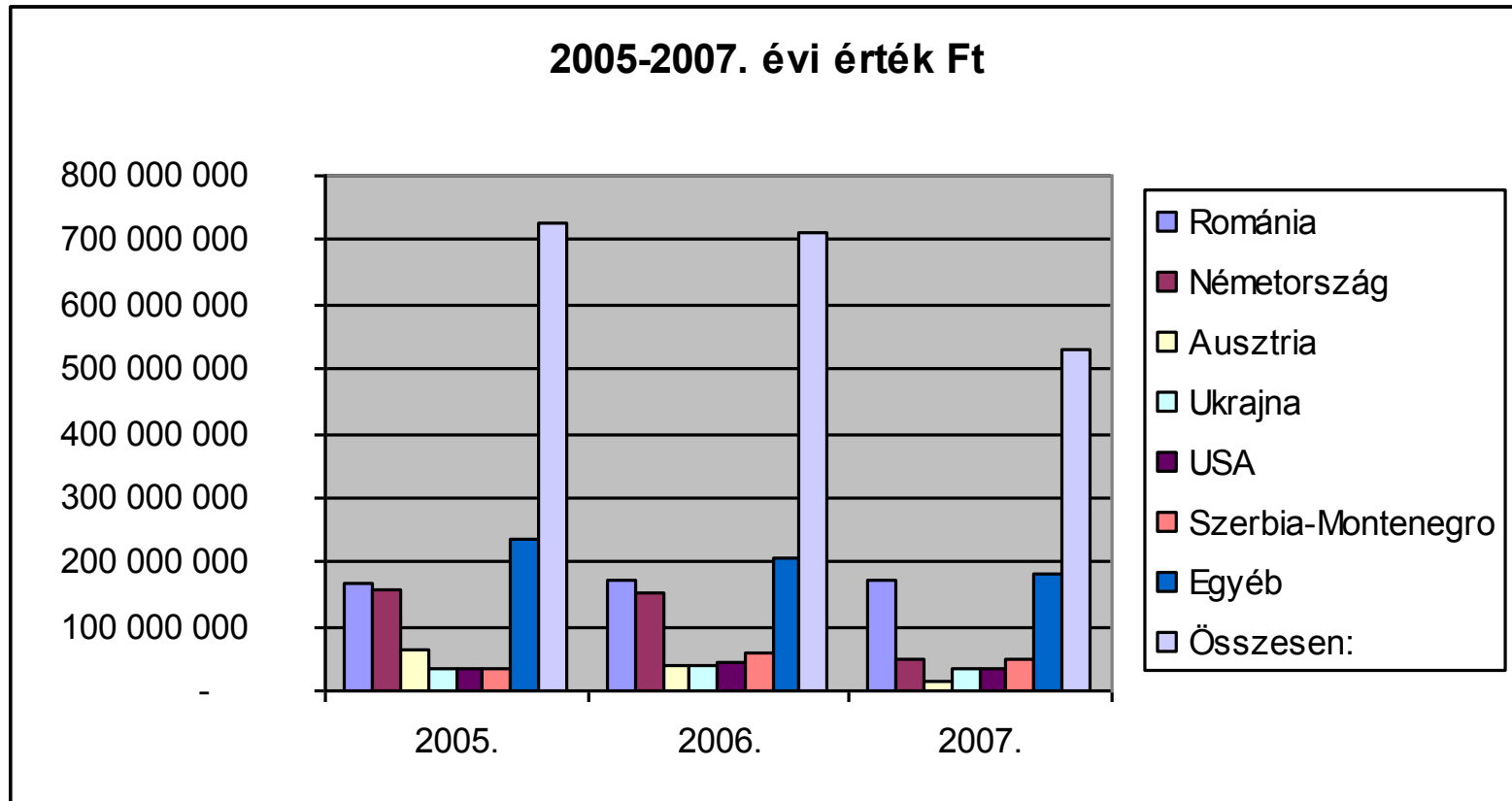
- A magyarországi ellátás tekintetében a betegmobilitásra talán a legkomolyabb hatással az ingázó munkavállalók biztosítási helyük szerinti ellátása van. A környező országokból hazánkba érkező, és itt munkát vállaló, de állandó lakóhelyüket külföldön megőrző biztosítottak hazai ellátása már egyes helyeken – igaz, nagyon behatárolt ellátási szinteken – okozott problémákat. Konkrét problémát jelentett a Szlovákiából Magyarországra ingázó munkavállalók alapellátásban történő ellátása, valamint finanszírozási okokból az ügyeleti ellátásuk, és a terhesgondozásuk, mivel ezen ellátások finanszírozása tekintetében a helyben állandó lakóhellyel rendelkezők száma meghatározó, és ezen ingázó munkavállalóknak nincs magyarországi állandó lakóhelyük. Ettől eltekintve, a Magyarországon dolgozó és külföldön lakók száma, valamint a külföldön dolgozók és Magyarországon lakók száma kiegyenlítettnek mondható (20-25 ezer körül).
- A Magyarországon fizetőkötelezettség mellett ellátott betegek éves volumene évről évre csökkenő tendenciát mutat. Ezen ellátásokat az OEP nem finanszírozza, és a tapasztalatok alapján a szolgáltatók adatszolgáltatási kötelezettsége nem mondható teljes körűnek, tekintve, hogy ezen eseteket a szolgáltatóknak (külön, a 4-es számú térítési kategóriában) jelenteniük kell, azonban a jelentés elmaradásának nincs szankciója. Ennek megfelelően az OEP sem rendelkezik olyan megbízható adatokkal, melyekre becslések lennének alapozhatók.

2. Trendek

- Az OEP-nek jelentett tételek alapján az Európai Unió tagállamai közül elsősorban német, osztrák és román állampolgárok vesznek igénybe térítésköteles ellátásokat. Az Európai Uniós állampolgárok által Magyarországon igénybe vett ellátások értéke az egészségbiztosítási finanszírozási tételek szerint 250 és 450 millió forint között mozog, bár feltételezhető, hogy az egészségügyi szolgáltatók az OEP finanszírozási tételeinél magasabb árat érvényesítettek a szolgáltatást igénybevevőkkel szemben.
- Az alábbi grafikon szemléletesen mutatja, hogy a 2005-2007 közötti időszakban a Magyarországi térítés mellett igénybe vett ellátások összértéke jelentősen csökkent, és a csökkenésért különösen a Magyarországon „fizető betegként” kezelt román és német állampolgárok szembetűnő csökkenése volt a felelős. Románia 2007. évi EU-csatlakozásának köszönhetően a román biztosítottak magyarországi ellátásának költségeit a román egészségbiztosítás állja. 2010-ben Románia felé az OEP 136,4 millió forint értékben számlázott a Magyarországon igénybe vett akut ellátások után, míg a tervezett és a román biztosító által engedélyezett ellátásokért a magyar egészségbiztosító közel 30 millió forint költséget érvényesített a román egészségbiztosítóval szemben. A német betegek ellátásával kapcsolatban hasonló helyzet állt elő, 2010-ben magyar részről 84 millió forintos magyar követelést eredményezve a német biztosítottak magyarországi akut, és 5 milliót a tervezett ellátásáért.

2. Trendek

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



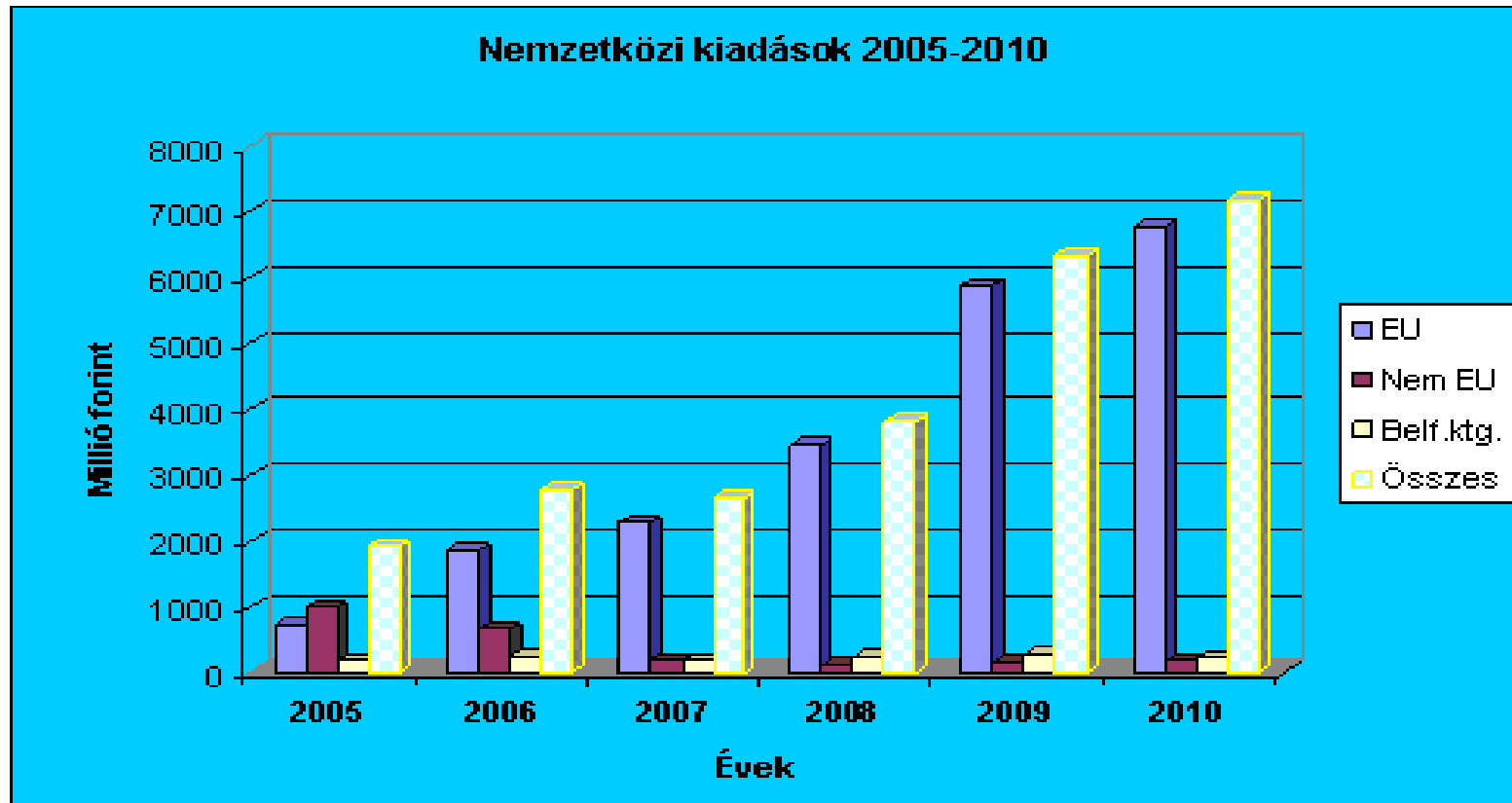
- Megemlítendő továbbá, hogy a fizetőkötelezettség mellett ellátandó külföldiek kezelése a magyar biztosítottak ellátását semmilyen módon nem veszélyezteti, vagy hátráltatja.

2. Trendek

- A magyar biztosítottak külföldi ellátásának költségeit elemezve szintén arra a következtetésre jutunk, hogy amennyiben az Egészségbiztosítási Alap természetbeni ellátásokra fordított összkiadásaihoz viszonyítjuk (2010-ben: 1208 milliárd forint) a magyar biztosítottak külföldi ellátásának kiadásokat (2010-ben: engedélyezett külföldi gyógykezelés 1,23 milliárd, egyéb kiadások 3,68 milliárd forint), akkor a magyar biztosítottak külföldi ellátásának költsége a természetbeni ellátási előirányzatnak csupán 0,4 %-át teszi ki.
- Meg kell jegyezni továbbá, hogy az Európai Unió valamely tagállamában biztosított személyek magyarországi ellátásának költségét – az azonos elbírálás elve alapján – az OEP a magyar szolgáltatóknak megelőlegezi. A megelőlegezett finanszírozásra ráadásul a teljesítményvolumen korlátozása nem vonatkozik. Ezen összegeket azonban a külföldi biztosítónak az OEP részére meg kell térítenie. 2010-ben az OEP 2,15 milliárd forint értékben érvényesítette a szolgáltatóknak megelőlegezett ellátási költségeket a többi tagállamtól.

2. Trendek

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



2. Trendek

- A Magyarországon összesen ellátott külföldi biztosított évi átlagos 20.000 gyógykezelése a magyarországi járóbeteg esetek éves 60-70 milliós számához, valamint a fekvőbeteg betegforgalomhoz (~ 2,5 millió/év) viszonyítva a százalékban teljesen elhanyagolható, ezrelékes szinten mérhető értéket tesz ki. A legtöbb külföldit ellátó intézmények (2004-2008 között pl. a Siófok Városi Kórház) éves szinten átlagosan naponta két-három külföldit látnak el, míg a legtöbb intézmény évente kevesebb, mint egy tucat külföldivel találkozik.
- **Az uniós tagállamokból kifejezetten gyógykezelési szándékkal** és a biztosítójuk előzetes engedélyével **érkező betegek száma**, és az azokhoz kapcsolódó ellátási költségek évente **növekvő tendenciát** mutatnak. A külföldi biztosító engedélye (E112 vagy S2 nyomtatvány) alapján a szolgáltató a magyar biztosítottakkal azonos feltételekkel köteles ellátni a külföldről érkező európai uniós betegeket. A finanszírozási szabályok értelmében azonban ezekre az ellátásokra nem vonatkoznak az esetleges volumenkorlátozások. Jóllehet, a Magyarországon a külföldi biztosító engedélyével igénybe vett ellátások száma növekvő tendenciát mutat (a 2005. évi 20 esettől a 2010. évi 98 esetre). Az ezen ellátásokhoz kapcsolódó költségeket, melyeket az OEP belföldi finanszírozási mérték szerint a szolgáltatónak megelőlegez, a külföldi biztosítók kötelesek megtéríteni. A szolgáltatóknak megelőlegezett költségek 30-35 millió forint körül mozognak. Az egyes években tapasztalható kiugróan magas költségek kivétel nélkül egyedi hatásokra vezethetők vissza (pl. a 2007. évben Lettországból több beteg csontvelő-transzplantációja történt meg, melynek hatására az engedély alapján nyújtott ellátások összege meghaladta a 190 millió forintot). Itt is hangsúlyozandó, hogy 2007 óta folyamatosan nő a Romániából érkező betegek ellátása, mivel korábban a román belső jogszabályok nem tették lehetővé a finanszírozott külföldi gyógykezelést.

2. Trendek

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

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

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

2. Trendek

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

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

Az irányelv célja és hatálya

1. Az Irányelv célja

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

2. Az Irányelv hatálya

- Az Irányelv a határon átnyúló, biztonságos és magas színvonalú egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés megkönnyítését célzó szabályokról rendelkezik és **a betegek egészségügyi ellátására vonatkozik.**
- **Nem** alkalmazandó azonban
- **a tartós ápolási-gondozási szolgáltatásokra,**
- **a szervátültetés** céljából történő szervezetre és szervhez jutásra, valamint
- **a fertőző betegek elleni közfinanszírozású oltási programokra.**

3. A nemzeti kapcsolattartó pontok és az illetékes tagállam hatásköre

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

4. Minőség és biztonság

- Az Irányelv az ellátás tekintetében **a szolgáltatásnyújtás helye szerinti tagállam felelősségét** határozza meg, és előírja, hogy a közös alapelvek mentén a tagállamnak világos minőségi és biztonsági standardokat kell meghatározni a területén nyújtott ellátásra vonatkozóan.
- A szolgáltatásnyújtás helye szerinti államnak biztosítani kell továbbá, hogy
 - az előírt követelményeknek a szolgáltatók megfelelhessenek,
 - a szolgáltatókat megfelelően monitorozhatók legyenek,
 - a szolgáltatók ellássák a betegeket minden szükséges információval,
 - károkozás esetén a károsult panaszt tegyen és kártérítést kapjon.
- Az egyenlő elbánást és diszkrimináció-mentességet biztosítani kell. A Bizottság iránymutatásokkal segíti a tagállamokat fentiek megvalósítása érdekében.
- Főszabály szerint **az egészségügyi ellátást az ellátás helye szerinti tagállam jogszabályai szerint** kell nyújtani.

4. A betegek tájékoztatása

- A biztosítás helye szerinti tagállam biztosítja, hogy a betegeket kérésre tájékoztassák a más tagállamban nyújtott egészségügyi ellátás igénybevételéről, a feltételekről, többek között azon esetekben is, ha a másik tagállamban nyújtott egészségügyi ellátás során a beteget kár éri.
- A tájékoztatást könnyen hozzáférhetővé kell tenni, beleértve az elektronikus eszközök alkalmazását, és információt kell tartalmaznia a betegek jogosultságairól, az eljárásokról, valamint a fellebbezés és jogorvoslat rendszereiről, amennyiben a beteget megfosztják e jogosultságoktól.

5. A költségek visszatérítése

- A biztosítás helye szerinti tagállam biztosítja, hogy a másik tagállamba egészségügyi ellátás igénybevétele céljából utazó biztosított személyt nem akadályozzák meg a másik tagállamban nyújtott egészségügyi ellátás igénybevételében, ha
 - a szóban forgó ellátás olyan, amelyről rendelkezik a biztosítás helye szerinti tagállam jogszabálya, és
 - amelyre a biztosított személy a biztosítás helye szerinti országban is jogosult.
- ***Olyan ellátások vehetők tehát igénybe, melyek a biztosítás szerinti államban a „biztosítási csomag” részei, továbbá az igénybevételhez a betegnek jogosultsággal kell rendelkeznie. A beteg ugyanakkor az ellátást „szolgáltatásként”, térítési kötelezettség mellett veszi igénybe, és a számla alapján utólagosan térítésre jogosult biztosítójától.***
- A biztosítás helye szerinti tagállam a biztosított személynek az egészségügyi szolgáltatáshoz **a belföldi költségmértéknek megfelelő térítést nyújt**, azaz visszatéríti azokat a költségeket, amelyeket a kötelező társadalombiztosítási rendszer fizetett volna, ha a biztosítás helye szerinti tagállam területén vettek volna igénybe azonos vagy hasonló egészségügyi ellátást. Minden esetben **a biztosítás helye szerinti tagállam határozza meg**, mely egészségügyi ellátás esetén nyújtható visszatérítés, tekintet nélkül arra, hogy az egészségügyi ellátást hol veszik igénybe.

5. A költségek visszatérítése

- A másik tagállamban nyújtott egészségügyi ellátást igénybe venni kívánó betegek esetében a biztosítás helye szerinti tagállam **ugyanolyan feltételekhez** (támogathatósági kritériumok, szabályozási és adminisztratív formalitások) kötheti az ellátás igénybevételét és a költségek megtérítését, mint amilyeneket akkor alkalmazna, ha a beteg azonos vagy hasonló egészségügyi ellátást a területén venne igénybe.
- E feltételeknek azonban **megkülönböztetéstől menteseknek kell lenniük**, és nem akadályozhatják a szabad mozgást. A tagállamok a költségek visszatérítésére megfelelő eljárásokat vezetnek be; ezen eljárásoknak szintén objektív, megkülönböztetéstől mentes, előzetesen ismert kritériumokon kell alapulniuk.
- ***A biztosítás helye szerinti tagállam köteles legalább a belföldi költségmérték megtérítésére, a teljes költséget azonban nem köteles megtéríteni.***

6. Az előzetes engedélyezés kérdése

- A biztosítás helye szerinti tagállam előzetes **engedélyhez kötheti** a költségek visszatérítését,
 - amennyiben az érintett beteg **legalább egy éjszakás kórházi tartózkodását** is magában foglalja, vagy
 - amennyiben kiemelten **speciális és költséges orvosi infrastruktúra** vagy orvosi felszerelés alkalmazását kívánja, vagy
 - a beteg vagy a lakosság számára **különleges kockázatot jelentő kezelésekkel** jár.
- A biztosítás helye szerinti tagállam **korlátozhatja** a költségek visszatérítését a nyújtott egészségügyi ellátás **minőségével** és **biztonságával** kapcsolatos okok alapján, amennyiben ez a közegészségüghöz fűződő, közérdekű kényszerítő körülményekkel indokolható.
- A **nem-kórházi** ellátás vonatkozásában az Irányelv kimondja, hogy a beteg joga az egészségügyi ellátás **előzetes engedélyezés nélküli igénybevétele egy másik tagállamban**, a tagállam kötelezettsége pedig a hazai költség mértékéig történő költségtérítés, természetesen a tényleges költség erejéig. ***Ugyanakkor a nem-kórházi ellátásban is lehetőség van ugyanolyan korlátozások és feltételek alkalmazására, mint a hazai ellátásoknál – különös tekintettel a beutalási rendre*** (például a járóbeteg szakellátás igénybevételéhez az alapellátás orvosa beutalójának előírása).

6. Az előzetes engedélyezés kérdése

- **Kórházi ellátás** esetén a tagállam **előzetes engedélyezési eljárást alkalmazhat**, ha az ellátás a saját szociális biztonsági rendszerében is finanszírozott, és az Irányelv végrehajtása a betegek olyan szintű kiáramlását okozná, mely aláássa a tagállami szociális biztonsági rendszer pénzügyi egyensúlyát, illetve a tagállam ellátórendszer kapacitása tervezésének és racionalizációjának lehetőségét. Az engedélyezési rendszernek ugyanakkor **arányosnak és szükségesnek kell lennie**. Az engedélyezendő ellátások körét az egyes tagállamok határozzák meg, az általuk közölt listákat a Bizottság tartja nyilván és frissíti.
A biztosítás helye szerinti tagállam nem tagadhatja meg az előzetes engedély megadását abban az esetben, ha a beteg jogosult erre az ellátásra és az adott tagállamban nem biztosítható elfogadható időn belül az ellátás figyelembe véve a beteg egészségi állapotát.
- Az eljárási rendszereknek könnyen hozzáférhetőnek kell lenniük, és biztosítaniuk kell, hogy a kérelmeket objektívan és elfogulatlanul dolgozzák fel a tagállam által meghatározott, előzetesen nyilvánosságra hozott határidőn belül.
- Az előzetes engedélyezés elutasításának kritériumait előzetesen és átlátható módon kell meghatározni.
- A tagállamok a kérelem feldolgozásakor figyelembe veszik:
 - a beteg egészségi állapotát;
 - az elszenvedett fájdalom mértékét;
 - a beteg akadályoztatásának fokát, valamint
 - a beteg szakmai tevékenység folytatását lehetővé tevő képességét.
- Az engedélyre vonatkozó döntéssel szemben a tagállamoknak biztosítaniuk kell a jogorvoslat lehetőségét.

7. Igénybe vehető ellátások kérdése

- Az Irányelv szerint az utólagos költségtérítés mértéke a belföldi költségmértéknek felel meg. Ez szükségszerűen azt is feltételezi, hogy nem nyújtható visszatérítés olyan ellátás igénybevétele esetén, melyek nem tartoznak az adott (biztosítás helye szerinti) állam által biztosított ellátások körébe, tehát a helyi „ellátási csomagba”. Az Irányelv egyértelműen leszögezi, hogy **a biztosítottnak joga van egy másik államban is igénybe venni mindazon ellátásokat, melyeket a biztosítás helye szerinti államban is járnak**. Az illetékes biztosító azonban nem köteles megtérítést nyújtani olyan ellátások igénybevétele esetén, amelyeket a biztosítás helye szerinti állam jogszabályai nem írnak elő. Ha az adott ország nem rendelkezik tételes és pontos listával a finanszírozott beavatkozásokról és eljárásokról, akkor a biztosítónak a külföldön igénybe vett ellátással **azonos vagy ahhoz hasonló ellátás hazai költségmértékét kell megtérítenie**.
- A külföldi és a hazai ellátás hasonlóságának vizsgálatánál figyelembe kell venni
 - a kezelt betegséget,
 - az alkalmazott eljárást vagy technológiát,
 - az ellátás időigényét és
 - fekvő- vagy járóbeteg jellegét.
- A biztosítás helye szerinti tagállam ezen felül **alkalmazhatja az ellátáshoz fűződő egyéb általános feltételeket**, különös tekintettel **a beutalás szükségességére** szakellátás vagy fekvőbeteg ellátás esetén.

8. Orvosi rendelvények elismerése, térítése

- Az Irányelv lehetővé teszi a más tagállamban kiállított orvosi rendelvények elismerését, ha a kiállított rendelvény névre szól. A rendelvények elismerésének korlátozása tilos, kivéve, ha a korlátozás:
 - az emberi egészségvédelem szempontjából szükséges, arányos és megkülönböztetéstől mentes;
 - az adott rendelvény eredetiségével, tartalmával vagy érthetőségével kapcsolatos jogos és indokolt kételyeken alapul.
- Fontos kiemelni, hogy a rendelvények elismerése nem érinti a gyógyszerek költségének visszatérítésére vonatkozó szabályokat, a gyógyszerfelírásra vonatkozó nemzeti szabályokat és a generikus vagy egyéb készítményekkel történő helyettesítést sem.
- ***Az illetékes biztosító ugyanakkor a másik államban kiváltott támogatott gyógyszer után a biztosítottnak ugyanolyan mértékű térítést köteles fizetni, mint amilyen mértékű ártámogatást nyújt hazai gyógyszerkiváltás esetén.***
- Ha valamely gyógyszer forgalomba hozatalát egy tagállam területén engedélyezték, a tagállamoknak biztosítaniuk kell, hogy egy másik tagállamban erre felhatalmazott személy által felírt, névre szóló vény felhasználható legyen területükön.
- A végrehajtás elősegítésére az Európai Bizottság közösségi vény-sablont dolgoz ki, továbbá felállít egy közösségi rendszert, amely alapján vizsgálható a vény eredetisége és az, hogy a rendelvényt egy másik tagállamban erre felhatalmazott személyt adta-e ki.
- A vény elfogadás kötelezettsége nem alkalmazandó olyan készítményekre, amelyek az uniós szabályok értelmében (2001/83/EK irányelv 71. cikkének (2) bekezdése) különleges orvosi rendelvényre kiadható gyógyszerek.

9. A tagállamok közötti együttműködés

- Az Irányelv **megteremti az együttműködés kereteit**, például a **határmenti régiók között**, a más országokban felírt orvosi vények elismerése, az európai referencia hálózatok, az egészségügyi technológia értékelése, az adatgyűjtés, valamint a minőség és a biztonság területén.
- A tagállamoknak biztosítaniuk kell a **betegek megfelelő információval való ellátásához** szükséges rendszereket. Ennek érdekében a tagállamoknak nemzeti kapcsolattartó(ka)t kell kijelölniük, aki(k)nek feladata a határon átnyúló egészségügyi ellátás lehetőségeiről és a vonatkozó eljárásokról, a betegjogok érvényesítéséről történő tájékoztatás, abban segítségnyújtás. (Ugyanakkor a másik államban nyújtandó egészségügyi ellátással kapcsolatos tájékoztatást – költségek, várakozási idő, eredmények – az adott szolgáltatónak kell biztosítania.)
- A tagállamoknak lehetővé kell tenniük, hogy a szolgáltatók a nagy beruházás-költség- és tudásigényű ellátások magas szintű nyújtása érdekében európai **referencia-hálózatokat** hozzanak létre, a létrehozás feltételeit és kritériumait a Bizottság fogja meghatározni.
- Az **e-egészségügy** területén a Bizottság intézkedéseket fog elfogadni az információs és kommunikációs technológiák interoperabilitása elérése céljából, melyet a tagállamoknak akkor kell alkalmazniuk, ha e-egészségügyi rendszerek bevezetése mellett döntenek.
- A tagállamoknak lehetővé kell tenniük az **egészségügyi technológiaértékelésért** felelős hatóságokat összekötő hálózat létrehozását és működtetését is.
- A tagállamoknak a határon átnyúló szolgáltatás monitorozásához szükséges statisztikai adatokat kell gyűjteniük, melyeket évente legalább egyszer a Bizottsághoz el kell juttatniuk.

IV. Az Irányelv által felvetett kérdések

1. Új megközelítés

- Az Irányelv módosít a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások eddigi koncepcióján. **Az eddigi koncepció** alapvetően abból indult ki, hogy **az egészségügyi szolgáltatásokat az ellátás helye szerinti tagállamban kell igénybe venni** és csak bizonyos esetekben, előzetes engedély birtokában lehet a szolgáltatás igénybevétele céljából más tagállamba utazni.
- Az **Irányelv fő koncepciója** alapvetően, hogy **a betegek** – bizonyos korlátozásokkal – **bármely egészségügyi szolgáltatás** igénybevétele céljából utazhatnak más tagállamba, de ez nem jelenti azt, hogy a tagállamok arra ösztönözhetik a betegeket, hogy a biztosításuk helye szerinti tagállamon kívül vegyék igénybe az ellátást. Az Irányelv alapján igénybe vehető ellátások köre természetesen főszabály szerint túlságosan tág (minden ellátás), ezért megadja a lehetőséget az egyes tagállamoknak, hogy saját helyzetük mérlegelésével korlátozhatják, vagyis előzetes engedélyhez kössék a visszatérítést.
- A korlátozási lehetőség elsősorban a fekvőbeteg ellátásra vonatkozik, amelynek indoka elsősorban a pénzügyi, technikai és humán erőforrások pazarlásának megelőzése érdekében megtett költségcsökkentés, továbbá a társadalombiztosítási rendszer pénzügyi egyensúlya felborulásának elkerülése.
- A **korlátozásnak** alapvetően **két eszköze van**:
 - az egyik az **engedélyeztetés** és a **beutalóhoz kötöttség**,
 - a másik pedig a költségek visszatérítésének korlátozása.
- Az utóbbi kapcsán az Európai Bíróság kimondta, hogy a beteget nem érheti hátrány azért, mert a szolgáltatást más tagállamban vette igénybe, tehát ilyen esetben is **legalább a belföldi költségmértéket meg kell téríteni** részére.
- A tagállamoknak ettől függetlenül természetesen továbbra is kötelességük saját területükön a magas színvonalú, hatékony és mennyiségi szempontból is megfelelő egészségügyi ellátás biztosítása.

2. A betegek tájékoztatásának kérdése

- Az Irányelv előírja a tagállamok számára a betegek tájékoztatásának kötelezettségét. A tájékoztatás kérdése többretű, hiszen **a betegmobilitást első szinten az befolyásolja, hogy a betegek tisztában vannak-e az Irányelv által biztosított lehetőséggel**, tehát azzal, hogy joguk van más tagállamba utazni egészségügyi ellátás igénybevétele céljából. Amennyiben igen, további befolyásoló tényező, hogy például a betegek **hogyan tudnak tájékozódni az ellátás igénybevételének egyéb fontos kérdéseiről**,
- így például
 - az igénybe vehető (és a hazainak megfelelő vagy ahhoz hasonló) ellátásokról
 - a szolgáltatás díjáról, illetve
 - a visszatérítés mértékéről vagy
 - a külföldi szolgáltatóról.
- Leszögezhető tehát, hogy **a tájékoztatásnak kiemelt szerepe van az Irányelv által nyújtott lehetőségek kihasználásában és a betegmobilitás előmozdításában.**

3. Az utazás ténye, költségei

4. A nyelvi és kulturális nehézségek

- Fontos megemlíteni, hogy önmagában az a tény, hogy **a betegek utaznia kell** az ellátás igénybevételéhez, komolyan befolyásolhatja a kimenő betegforgalmat az amúgy sem túl mobilis magyar társadalomban. Általánosan elmondható, hogy a betegek szeretik az otthonukhoz található legközelebbi szolgáltatónál igénybe venni az ellátásokat. A Bizottság 2007-ben készített felmérése szerint például Dániában a betegek 75%-ka kizárólag hazai fogorvosnál kezeltetné magát.
- További problémát jelenthet **az utazásnak a költsége, amelynek megtérítésére a biztosító nem kötelezhető**, tehát az utazás, adott esetben szállás költségeit **a betegek kellene állni**.
- Hátráltathatja a betegek mobilitását a nyelvi tényező is, amely elsősorban az ellátásról, illetve az intézményről való tájékoztatásnál, továbbá az ellátás igénybevételénél jelentene nehézséget a beteg számára. Nem elhanyagolható továbbá a nyelv szerepe a beteg és az orvos illetve ápoló közötti kapcsolatban, melynek az egészségügyi mellett mindenképpen van egy bizalmi dimenziója is. A nyelvtudásbeli hiányosságok jelentősen alááshatják a bizalmi viszonyt orvos és páciense között, ami meg is akadályozhatja az állítás további igénybevételét. Ez a faktor szintén jelentősen befolyásolhatja az idegen nyelvek ismeretében amúgy sem túl jártas magyar betegek mobilitási hajlandóságát.

5. Az engedélyezési eljárás

- Az Irányelv alapján engedélyezési eljárás bevezetése kizárólag fekvőbeteg ellátás, illetve specializált és költséges orvosi infrastruktúrát és eszközöket vagy a betegek és a lakosság részére különleges kockázatot jelentő beavatkozás esetén lehetséges. A jogharmonizációs eljárás során létre kell hozni egy listát, amely tartalmazza azon ellátásokat, amelyek igénybevételéhez engedély szükséges.
- **A Rendelet és az Irányelv alapján lefolytatandó eljárás eltérő.** Míg a
- **Rendelet szerinti** eljárásban sokkal nagyobb szerepe van az **orvos-szakmai elbírálásnak**
 - az érintett személy **egészségi állapotára** és
 - az adott országban **rendelkezésre nem álló ellátások** értékelésére tekintettel, addig az
- **Irányelv szerinti** engedélyezési eljárásban elsősorban más szempontok a döntőek, például
 - a **várólista hossza** vagy
 - az érintett személy **egyéb személyes körülményei**.

5. Az engedélyezési eljárás

- Az engedélyezési eljárások lefolytatására új államigazgatási szerv létrehozása nem feltétlenül szükséges, hangsúlyozandó azonban, hogy két külön eljárásról van szó, amelyeknek jogalapja is eltérő. Ha a jogalkotó egységes eljárás bevezetése mellett döntene, akkor is két külön eljárás szükséges a Rendelet és az Irányelv alapján. Mivel a Rendelet szerinti engedélyezési eljárásban az orvos-szakmai elbírálásnak kiemelkedő jelentősége van, célszerű azt szakmai intézet hatáskörében tartani, meggyorsítva az engedélyezést. A finanszírozási kérdések eldöntése azonban elengedhetetlenül egészségbiztosítási feladat. Az Irányelv alapján történő engedélyezés azonban feltehetően teljes folyamatában az egészségbiztosításra tartozik, tekintve, hogy itt elvileg a biztosítás szerinti országban egyébként hozzáférhető ellátásokról van szó, melyeknél a tisztán egészségügyi-orvosszakmai döntés nem feltétlenül indokolt.
- Fontos megjegyezni a Rendelet és az Irányelv viszonya kapcsán, hogy amennyiben a Rendeletben meghatározott feltételek fennállnak, akkor a Rendelet szerinti eljárást kell lefolytatni. Ez sokkal kedvezőbb a beteg számára, hiszen a kezelés teljes összegét fizeti a biztosító és adott esetben – mint pl. az OEP a gyakorlatában – az ezen felüli költségeket, mint például a szállás, utazás, kísérő személy költségét is fedezi. További előnye a Rendelet szerinti eljárásnak a költségek megelőlegezése, amire az Irányelv alapján a biztosító nem köteles.
- Ki kell emelni továbbá, hogy az **Irányelv** biztosította lehetőség adott esetben **csökkentheti a várólisták hosszát is**, ehhez azonban a betegek megfelelő tájékoztatása és egy **rugalmas, gyors engedélyezési eljárás** kialakítása szükséges.

6. A „biankó csekk” kérdése

7. A költségek megtérítésének kérdése

- Kérdésként merül fel, hogy az Irányelv szerinti engedélyezési eljárásban lehetőség lenne ún. „biankó” engedély kiadására, amellyel a betegnek joga lenne szabadon bármely államban, bármely intézményben igénybe venni az ellátást. E tekintetben legvalószínűbb a Rendelet szerinti engedélyezési eljárásban meghonosodott gyakorlatot alkalmazása, amely nem teszi lehetővé ún. „biankó csekk” jellegű jogosultságigazolások kiadását, hanem **az engedély egy konkrét kezelésre, konkrét tagállamra és konkrét intézményre szól.**
- A költségek megtérítésének kérdése az Irányelv talán leglényegesebb pontja, ugyanis ez egy olyan tényező, ami lényegesen befolyásolja a betegek döntését. A betegeknek először is azt kell figyelembe venni, hogy az **Irányelv nem biztosítja a költségek megelőlegezését** a biztosító részéről. Ugyan nem is zárja ki azt, mert lehetővé teszi a közvetlen kifizetést a szolgáltatást nyújtó intézmény részére, de a gyakorlatban erre kizárólag engedélyezett kezelés esetén van lehetőség. Tehát a **betegnek rendelkeznie kell** a szolgáltatás költségének kifizetéséhez **szükséges anyagi fedezettel**, ami hátráltathatja a betegek mobilitását.
- További döntést befolyásoló tényező a megtérítés mértéke, ugyanis az Irányelv **csak a belföldi költségmérték megtérítését teszi kötelezővé.**

7. A költségek megtérítésének kérdése

- Ha megvizsgáljuk a magyar belföldi költségmértéket és eddigi tapasztalataink alapján összevetjük azt a más, elsősorban Nyugat-európai szolgáltatók általa nyújtott ellátások díjával, akkor megállapíthatjuk, hogy **a magyar belföldi költségmérték kifejezetten alacsony**. Ez visszavetheti a kiáramló betegek létszámát. Azonban vannak olyan ellátások, mint például a PET-CT, amelynek belföldi költségmértéke kifejezetten kedvező a betegek számára, ugyanis az majdnem eléri a más tagállamokban alkalmazott díjakat.
- Itt kell megemlíteni, hogy az Egészségbiztosítási Alap számára nem elhanyagolható tényező, hogy a belföldi költségmérték utólagos kifizetése ténylegesen többletkiadásokat is eredményezhet. Az Irányelv koncepciója szerint a más tagállamban igénybe vett ellátás költségeinek visszatérítése nem jelenthet többletterhet az illetékes biztosító számára, hiszen
 - a biztosítottak belföldön is járó és
 - általa akár bel-, akár külföldön, de mindenképpen igénybe vett ellátás
 - belföldi költségmértékéről van szó.
- A belföldi költségmérték azonban egy olyan fiktív összeg, amely **nem veszi figyelembe az egyes biztosítók költségcsökkentésre irányuló törekvéseit**, vagy az azt eredményező nemzeti szabályokat. Így a belföldi költségmérték utólagos megtérítésénél nem kell (és a gyakorlatban nem is lehet) tekintettel lenni a nemzeti szabályok alapján alkalmazandó degresszív finanszírozásra és a teljesítményvolumen korlátra sem. Ez természetesen összességében többletkiadást eredményez ahhoz képest, mintha a betegek hazai szolgáltatónál vették volna igénybe az ellátást.

7. A költségek megtérítésének kérdése

8. Beutalási rend, várólista

- A **gyógyszerek** költségeinek megtérítése igazodhat hatóanyaghoz vagy konkrét terméknevhez is. Jogilag megalapozott korlátozást jelenthetne, ha a visszatérítés **terméknév** alapján történne és nem hatóanyag alapon, mivel ez utóbbi jelentősen kitágítaná a visszatérítési lehetőségeket.
- A **beáramló betegek** számát szintén befolyásolja a Magyarországon nyújtott szolgáltatás díjának és az illetékes tagállamban alkalmazott költségtérítés mértékének relációja. A beáramló betegeknek alapvetően akkor előnyös Magyarországra utazni egészségügyi szolgáltatás igénybevétele céljából, ha a **szolgáltatás díja alacsonyabb és a visszatérítés mértéke pedig viszonylag magas**.
- További kérdést vett fel az Irányelv 7. cikke az ellátásra jogosultság tekintetében, ugyanis a biztosítás helye szerinti tagállam akkor téríti vissza a költségeket, ha olyan ellátásról van szó, amelyre a biztosított személy jogosult a biztosítás helye szerinti tagállamban. Ez felveti azt a kérdést, hogy a beteg igénybe vehet-e más tagállamban a biztosítás helye szerinti tagállamban beutalóhoz kötött ellátást, ha nem rendelkezik beutalóval. A **pontos, következetes és általánosan kötelező beutalási rend alkalmazása célszerű**, humán- és anyagi erőforrásokat szabályozó eszköz, amely gátat szab az indokolatlan betegmozgásnak. Ugyanez vonatkozik a várólistára is.

9. Szerződött vagy nem szerződött szolgáltató

- Nem tisztázott kérdés az Irányelv alkalmazása kapcsán, hogy annak hatálya kiterjed-e az olyan esetekre, amikor a beteg az ellátást nem szerződött ún. magánszolgáltatónál veszi igénybe. E kapcsán fontos emlékeztetni arra, hogy a Rendelet alapján bárminemű visszatérítés csak akkor jár, ha az ellátást az adott tagállam társadalombiztosítójával szerződött szolgáltatónál vették igénybe, illetve például Európai Egészségbiztosítási Kártya is csak szerződött szolgáltatónál használható. A Rendelet alapján külföldi gyógykezelés sem engedélyezhető nem szerződött szolgáltatóhoz. Amennyiben csak szerződött szolgáltatónál teszi lehetővé az Irányelv ellátások igénybevételét, akkor az Irányelv e szempontból nem jelent előrelépést a korábbi koncepcióhoz képest. Ha viszont úgy értelmezzük, hogy annak hatálya lefedi mind a szerződött, mind a nem szerződött szolgáltatót, akkor az Irányelv már túllép a korábbi koncepción, erősíti a szolgáltatásnyújtás szabadságát és a betegeknek a szolgáltató választásához fűződő jogát is.
- Ha a beteg magánszolgáltatónál veszi igénybe az ellátást, az egészségbiztosítási szerveknek rendkívül nehézkes lenne annak megállapítása, hogy a szolgáltató az adott tagállamban szerződött-e vagy nem. Továbbá fontos kiemelni, hogy a visszatérítésnél sem jelentene számottevő többletköltséget a magánszolgáltatónál igénybevett ellátás költségeinek megtérítése, hiszen a beteg akkor csak a belföldi költségmértékre lenne jogosult.
- Megemlítené továbbá az az anomália, hogy **az Irányelv szabályai természetesen nem érintik a biztosítás helye szerinti tagállamban működő magánszolgáltatóknál** igénybe vett ellátásokat. Így könnyen előfordulhat, hogy egy biztosító, amely egyébként nem nyújtott volna térítést egy nem szerződött belföldi szolgáltató ellátása után, kénytelen térítést nyújtani a külföldi magánszolgáltató által kiadott számlához.

10. Kis tagállamok, határmenti régiók

11. Az egészségügyi dolgozók mozgása

- Érdeemes néhány szót szólni a kis tagállamok helyzetéről, amelyekben alapvető probléma, hogy bizonyos speciális egészségügyi ellátások nem érhetőek el, így arányában véve nagyobb a külföldi gyógykezelések száma. Luxemburg például átlagosan az egészségügyi költségvetésének 7%-át költi a határon átnyúló egészségügyi ellátások költségeinek fedezésére.
- Az Irányelv, mivel nagyobb szabadságot enged a tervezett ellátások igénybevételére **előmozdíthatja a határmenti együttműködések**et.
- Kérdésként merül fel, hogy az Irányelv esetlegesen hogyan befolyásolja az egészségügyi dolgozók mozgását az Unió területén belül. Hathat-e ez kedvezően az egészségügyi dolgozók hiányának problémájával küszködő egészségügyi rendszerekre. Az Irányelv ilyen irányú, nem szándékolt „mellékhatása” egyelőre **beláthatatlan**.

V. A hatályos magyarországi szabályozás

1) Egy másik EU-tagállamban biztosított személy magyarországi ellátása

1.a) Szükséges (akut) szolgáltatások nyújtása a Rendelet alapján

- Az érvényes Európai Egészségbiztosítási Kártyát (EU-Kártyát) bemutató, külföldi biztosítással rendelkező beteg részére Magyarországon kötelezően nyújtandók a szükséges ellátások, mintha TAJ-számmal rendelkező magyar biztosított lenne (ilyen esetben az elszámolás TAJ helyett az EU-Kártya adatai alapján történik.) Az ellátás költségeinek megtérítésére a beteg nem kötelezhető. Az ellátásra jelentkező külföldi biztosított a tervezett magyarországi tartózkodásra való tekintettel orvosilag szükségessé váló szolgáltatásokban részesülhet a magyar biztosítottakra vonatkozó feltételekkel.
- Az **orvosi szükségesség fennállásáról** elsődlegesen – a körülmények mérlegelésével – a **kezelőorvos dönt**. Orvosilag szükségesnek azonban nem csak az azonnal nyújtandó szolgáltatások minősülhetnek. Amennyiben az igényelt ellátást – a beteg állapotára való tekintettel – nem feltétlenül szükséges rövid időn belül nyújtani, a szolgáltatónak figyelembe kell vennie, hogy az illető személy **milyen hosszú időt kíván Magyarországon tölteni**.
- Az EU-Kártya vagy az azt helyettesítő igazolás utólag is elfogadható. Az utólagosan benyújtott igazolást az egészségbiztosítási szolgáltatások finanszírozásáról szóló Kormányrendeletben^[1] előírt 15 napon belül **a szolgáltatónak el kell fogadnia**, és a nyújtott ellátást finanszírozandó teljesítményként jelenti. Az egészségügyi szolgáltató a jogszabályban rögzített **határidőn túl** bemutatott jogosultság-igazolást **nem köteles elfogadni**, de – amennyiben a teljesítmény-jelentés utólagos módosítása akadályba nem ütközik – dönthet annak elfogadásáról.
- *Tekintve, hogy az EU-Kártya a közösségi szabályok értelmében a rajta feltüntetett lejáratí időn belül érvényes, függetlenül a kártyabirtokos időközben bekövetkezett esetleges jogosultság-változásaitól, az EU-Kártya esetén az egyébként a szolgáltatók számára kötelező online jogosultság-ellenőrzés nem alkalmazandó.*
^[1] 43/1999 (III. 3.) Korm. rendelet 4. § (5) bekezdés

1) Egy másik EU-tagállamban biztosított személy magyarországi ellátása

1.b) Engedélyezett gyógykezelés igénybevétele Magyarországon

- Az EU valamely államában biztosított személy Magyarországon a **biztosítója igazolásával** vagy **teljes térítés mellett** vehet igénybe engedélyezett gyógykezelést. Amennyiben a beteg illetékes biztosítója a tervezett magyarországi gyógykezelést előre engedélyezte, E 112 vagy S2 jelű (azonos értékű, de eltérő külalakú) igazolást ad ki számára.
- A beteg ezen igazolással közvetlenül veheti igénybe az ellátást Magyarországon, mintha TAJ-jal rendelkezne. Az ellátás tehát **térítésmentesen** nyújtandó, a szolgáltató azért jogszerűen **a betegől díjat nem kérhet**.
- Az ellátást a szolgáltatónak ugyan olyan módon kell jelentenie, mint az Európai Egészségbiztosítási Kártya alapján nyújtott ellátásokat. Hasonlóképpen a magyar szolgáltató ugyan olyan mértékű finanszírozást kap az ellátásért, mintha magyar beteget látott volna el, ugyanakkor az ellátási eset finanszírozására a teljesítmény-volumen korlátozása nem vonatkozik.

1) Egy másik EU-tagállamban biztosított személy magyarországi ellátása

1.c) Eljárás jogosultság-igazolás hiányában I

- Az európai uniós állampolgárok, akik nem rendelkeznek az ellátás napján, a betegfelvételkor, de legkésőbb távozáskor jogosultság-igazolással (EU-Kártyával vagy E 112/S2 számú engedély-dokumentummal), és az igazolás bemutatását az ellátás befejezését követő 15 napon belül nem pótolják, **térítési díjat kötelesek fizetni.**[\[1\]](#)
- **A térítési díjat a szolgáltató saját hatáskörében állapítja meg** és fenntartója, illetve tulajdonosa hagyja jóvá. A térítési díj meghatározásakor a szolgáltatónak nem kell igazodnia a magyar egészségbiztosító által alkalmazott finanszírozási tételekhez, azonban a Magyar Orvosi Kamara ajánlásait azonban – kötelezettség nélkül – figyelembe kell vennie.
- A térítési díjat és a díjfizetés szabályait mindenki számára megismerhető módon hozzáférhetővé kell tenni, a díj várható mértékéről a beteget vagy hozzátartozóját lehetőség szerint az ellátás kezdete előtt tájékoztatni kell. A szolgáltató a díjról számlát bocsát ki, melynek összegét a beteg köteles megfizetni. A díjfizetés módját szintén a szolgáltató határozhatja meg.
- A külföldi biztosítottak különösen abban az esetben kell fizetnie:
 - amennyiben nem volt ún. orvosilag szükséges az egészségügyi ellátás,
 - amennyiben nem szerződött szolgáltatónál vették igénybe az ellátást
 - amennyiben nem mutatta be a megfelelő, külföldi biztosító által kiállított jogosultság-igazolást.

1) Egy másik EU-tagállamban biztosított személy magyarországi ellátása

1.c) Eljárás jogosultság-igazolás hiányában II

- A szolgáltató az ilyen ellátást a II. fejezetben már említett külön (4-es számú) térítési kategóriában, mint „egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybevevő személyek térítésköteles ellátását” köteles az OEP felé jelenteni.
- Amennyiben a külföldi betegnek ki kell fizetnie a számlát biztosítójától kérhet visszatérítést.
- Amennyiben a Magyarországon igénybe vett ellátás orvosilag szükségesnek minősíthető, akkor **a külföldi biztosító a magyar belföldi költségmértéknek megfelelő térítést köteles nyújtani.** Ilyen esetben a külföldi biztosító keresi meg az egészségügyi ellátás helye szerint területileg illetékes magyar egészségbiztosítási szervet annak érdekében, hogy tájékoztatást kapjon az OEP által finanszírozott összeg nagyságáról.
- A tervezett gyógykezelés térítésköteles igénybevételekor a külföldi beteg – az Európai Bíróság döntései alapján – igényelheti illetékes biztosítójától, hogy számára utólag fizesse ki a biztosítás helye szerinti államban az azonos ellátásokra alkalmazott költségmértéket.

[1] 87/2004 (X.4.) ESzCsM rendelet 2. §

2. Magyar biztosítottak ellátása más tagállamban

2.a) Megtérítés a tartózkodási hely szerinti államban alkalmazott költségmérték szerint

- Ha a magyar biztosított egy másik tagállamban nem a megfelelő jogosultságigazolással (pl. EU-Kártya) vett igénybe ellátást, amelynek díját a szolgáltatónak kifizette, az illetékes biztosító (Magyarországon a Kormányhivatal egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szerve) ilyen esetben utólagosan a számlát olyan mértékben köteles téríteni, amilyen mértékben a külföldi intézmény a szolgáltatót az adott ellátás nyújtásáért finanszírozta volna, ha a biztosított a megfelelő jogosultságigazolással vette volna igénybe az ellátást.
- Tehát, ha a beteg az ellátást nem EU-Kártyával vette igénybe és kéri a kifizetett számla megtérítést, akkor a szakigazgatási szerv olyan összeget térít meg részére, amennyibe az ellátás EU-Kártyával került volna.
- A megtérítés feltételei az alábbiak:
 - a másik tagállamban igénybe vett egészségügyi szolgáltatásról kiállított részletes számla eredeti példánya;
 - amennyiben az ellátás a számlából nem állapítható meg: orvosi igazolások;
 - a számla kifizetésének igazolása.
- Az egészségbiztosítási szakigazgatási szerv a külföldi költségmérték szerinti térítést a más tagállambeli biztosító tájékoztatása alapján nyújtja.

2. Magyar biztosítottak ellátása más tagállamban

2.b) Megtérítés a magyar belföldi költségmérték szerint

- Magyarország EU-csatlakozásával egyszerre lépett hatályba az egészségbiztosítási ellátásokról szóló törvény (Ebtv., 1997. évi LXXXIII. törvény 27. § (6) bekezdés) módosítása, melynek értelmében – igaz, a sürgősségi ellátások megtérítésénél szigorúbb eljárási szabályok szerint – lehetőség van a másik tagállamban igénybe vett **nem kórházi ellátások utólagos megtérítését** kérni **a magyar belföldi költségmérték erejéig**. Itt kell megemlíteni, hogy ezzel a lehetőséggel a magyar biztosítottak 2004 óta alig éltek. Ebben komoly visszatartó erő a bírósági döntés szerinti belföldi (magyar) költség mértéke, amely általában jelentősen elmarad a külföldön kiszámlázottól.
- ***Például**, aki e szabály értelmében Szlovákiában előre tervezett járóbeteg ellátást vesz igénybe, annak a kezelés „piaci” árát a szlovákiai szolgáltatónak előzetesen ki kell fizetnie, és utólagos visszatérítésre csak az OEP általi finanszírozási díjak mértékéig tarthat igényt.*
- Az Ebtv. 27.§ (6) bekezdése lehetővé teszi a fogászati, a háziorvosi és a járóbeteg-szakellátás igénybevételét más tagállamban, azonban ennek költségeit meg kell előlegezni. Az Irányelvre tekintettel a jogharmonizációs eljárásban azonban e szakasz módosítása válik szükségessé.

2. Magyar biztosítottak ellátása más tagállamban

2.c) A külföldi gyógykezelés engedélyezésére vonatkozó magyar eljárás

- A magyar biztosítottak tervezett külföldi gyógykezelésének költségeinek támogatását az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) engedélyezi. Az OEP a külföldi gyógykezelés költségeihez támogatást akkor nyújthat, ha a biztosított rendelkezik a külföldi gyógykezeléssel kapcsolatos egyes kérdésekről szóló Kormányrendeletben (227/2003.(XII.13.) Korm. rend. 3. § (2) bekezdés) meghatározott országos szakmai intézet, vagy kétség esetén a *Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet – GYEMSZI* támogató javaslatával. A támogatáshoz szükséges javaslat megadását a biztosított, illetve kezelőorvosa a szakmai intézet főigazgatójánál kezdeményezheti.
- A külföldön történő gyógykezelés indokoltságát egy szakmai bizottság állapítja meg. A külföldi gyógykezelés akkor indokolt, ha
 - a külföldön már alkalmazott gyógymód a gyakorlatban is eredményesnek bizonyult, és
 - esélye van a beavatkozás sikerességének, továbbá
 - hazai egészségügyi intézményben a gyógymód alkalmazásának nincsenek meg a feltételei, és azok külföldi szakember meghívásos közreműködésével sem teremthetők meg.

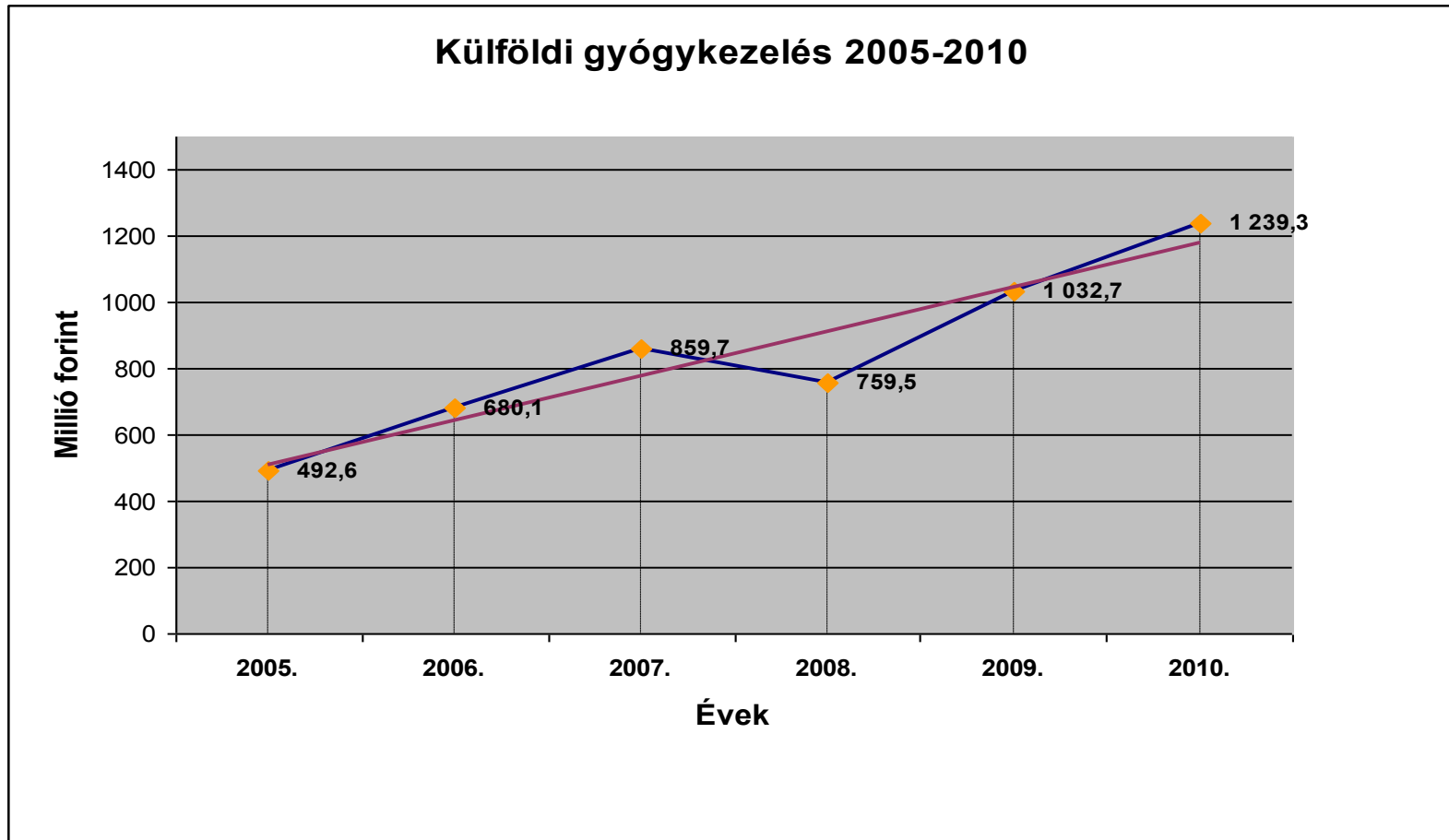
2. Magyar biztosítottak ellátása más tagállamban

2.c) A külföldi gyógykezelés engedélyezésére vonatkozó magyar eljárás

- Amennyiben a beteg megkapja a szakmai intézet támogató javaslatát, az OEP a támogatás mértékének megfelelő összeget átutalja a gyógykezelést nyújtó külföldi gyógyintézetnek, illetve – a külföldi intézettel való megállapodás esetén – előzetes kötelezettségvállaló nyilatkozatot ad és utólagos elszámolással rendezi a költségeket. A külföldi gyógykezelésre jogosult személynek az OEP az engedélyezett külföldi gyógykezelés útiköltségét a külföldi gyógykezelésre jogosult személynek, valamint orvos-szakmailag indokolt esetben a kísérőnek vagy kísérőknek megelőlegezi, gondoskodik továbbá kiutazásának megszervezése során szükség szerint a repülőjegyek, illetve – orvosi javaslat alapján – a mentőszállítás biztosításáról. A külföldi gyógykezelésre jogosult személy külföldi gyógykezelése után a hazatérését követő 30 napon belül köteles eljuttatni az OEP-nek a zárójelentése egy példányát, a részére átadott számlákat és elszámolni a felvett útiköltséggel.
- Az OEP által engedélyezett ellátás EGT államban az E 112 vagy az S2 jelű igazolással vehető igénybe, melyet az OEP ad ki a biztosított részére. Az igénybe vett ellátás költségeit ilyen esetben az OEP a másik állam biztosítójával számolja el. Engedélyezett külföldi gyógykezelés esetén az OEP a külföldi költségmértéket fizeti ki, tehát amennyibe az ellátás az ellátást nyújtó tagállamban került, továbbá fedezi a kezelés igénybevételével járó egyéb költségeket is, így az utazást, a szállást és a kísérő személyzet költségét is.

2. Magyar biztosítottak ellátása más tagállamban

- Az alábbi grafikon az engedélyezett külföldi gyógykezelések egészségbiztosítási kiadásának alakulását mutatja be az elmúlt 5 évben.



VI. Összefoglalás és következtetések

1. Az ellátások igénybevételének és finanszírozásának lehetőségei

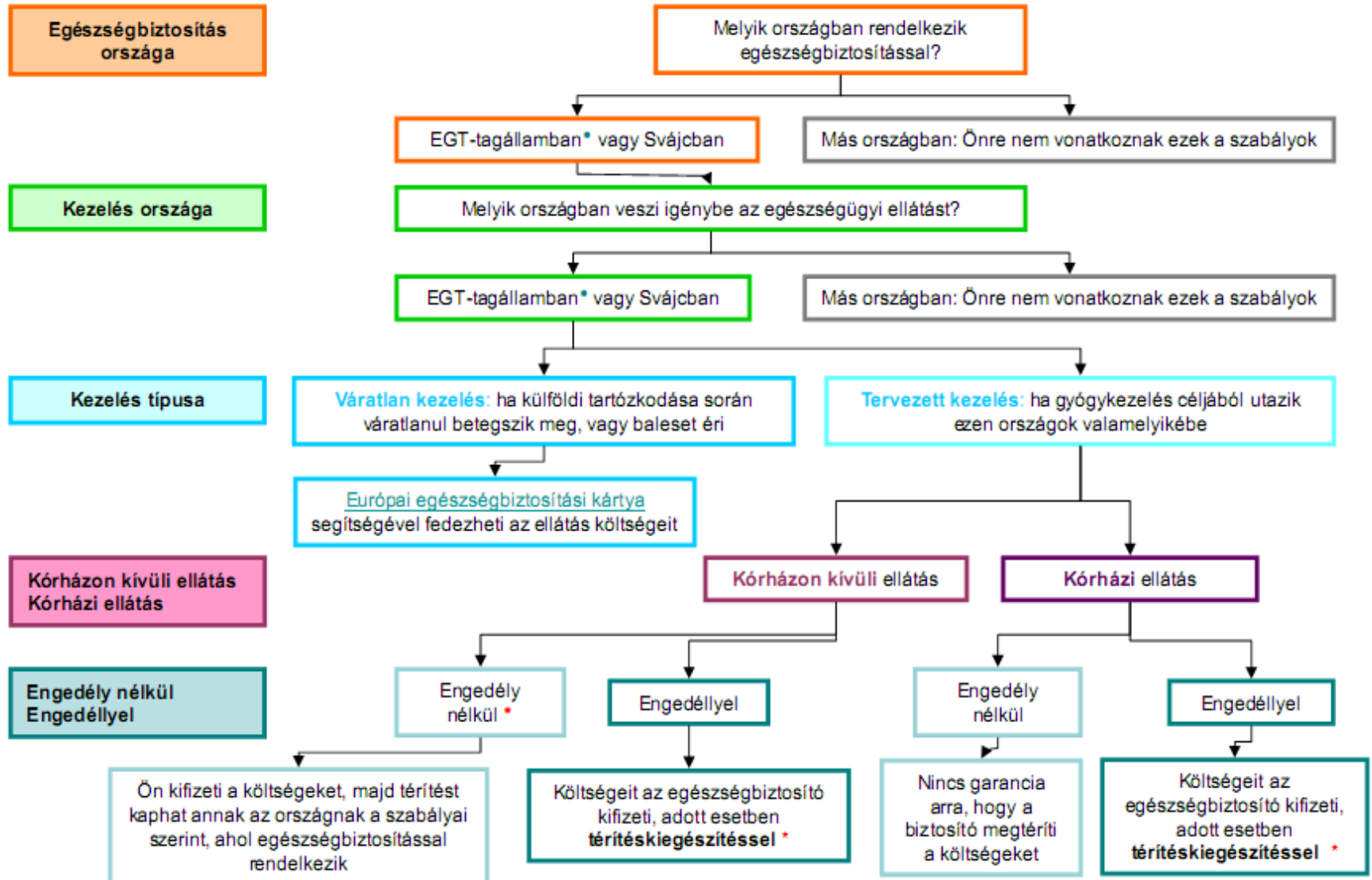
- Az egészségügyi ellátás másik tagállamban való igénybevételének lehetőségét az Európai Bizottság által készített, alábbi folyamatábra tartalmazza összefoglaló jelleggel azon lehetőségeket, amely a külföldi ellátás igénybevételével kapcsolatban jelentkezik.
- Az ellátások igénybevételénél különbséget kell tenni a tervezett, illetve nem tervezett ellátások között. A nem tervezett, más tagállamban igénybe vett egészségügyi szolgáltatások igénybevételére, illetve nyújtására a közösségi rendeletek szabályai alkalmazandók. Az előre tervezett ellátások szempontjából különbséget kell tenni azok között, hogy a magyar szabályok szerint az adott ellátás előzetesen engedélyezett, vagy engedélyezhető-e, avagy egyébként Magyarországon is nyújtható ellátásról lévén szó, az engedély eleve kizárt.
- A Magyarországon nem nyújtható ellátások esetén az engedélyezésre a magyar jogszabályok (227/2003 (XII.13) Korm. rendelet) alkalmazandók, és a támogathatóságról alapvetően az illetékes szakmai intézet dönt orvosszakmai alapokon. Amennyiben az ellátás igénybevétele esetén az engedélyezés nem jöhet szóba, tekintve, hogy az ellátás Magyarországon is igénybe vehető, akkor jelenleg csak tervezett nem fekvőbeteg (háziorvosi, fogászati és járóbeteg) ellátások esetén jár visszatérítés – a belföldi költségmértéknek megfelelően. A visszatérítésnek természetes feltétele azonban, hogy a beteg számlával igazolható térítési díjat fizessen az ellátáshoz.
- A hatályos magyar szabályozás az alábbi folyamatábrának teljes mértékig megfelel.



Foglalkoztatás, szociális ügyek és esélyegyenlőség

Külföldi egészségügyi ellátás költségeinek fedezése

Az egészségügyi ellátás költségtérítési lehetőségeit összegző folyamatábra



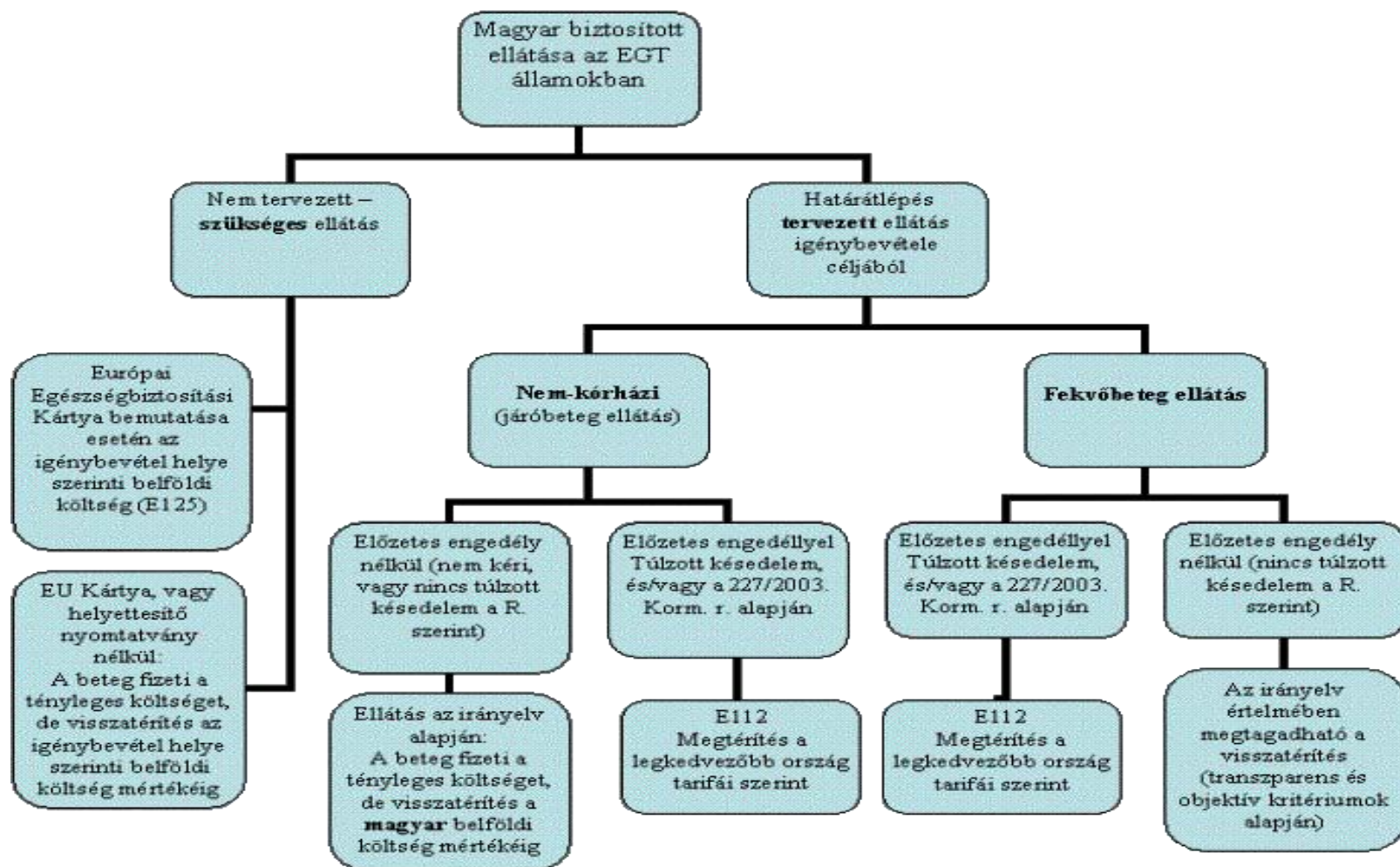
* Európai Gazdasági Térség * Svájcra nem vonatkozik.

2. Főbb változások az Irányelv alkalmazásával

- A nem engedélyezett, illetve nem engedélyezhető fekvőbeteg-ellátás esetén a jelenlegi szabályozás szerint visszatérítés nem jár. Az Irányelv alkalmazásával az igénybe vehető ellátások köre és mértéke valamint az engedélyezési eljárás változatlanul megmarad.
- Ezen az Irányelv 2013. októberéig lezajló átültetése annyiban változtat, hogy **a kórházi ellátások esetében is a főszabály értelmében vissza kell téríteni a másik tagállamban igénybevett ellátások költségének egy részét**, melyet azonban az Irányelv – pontos kritériumokat megfogalmazva – korlátozhatóvá, kizárhatóvá tesz.
- A tagállamoknak konkrétan meg kell határozniuk azon ellátásokat, melyek esetén az utólagos visszatérítés – mérlegelő döntés alapján – kizárható.
- *Amennyiben Magyarország ezen szabályok betartásával hozza meg a kórházi ellátások kizárásának rendelkezéseit, és azok valóban jogos ellátás-szervezői, finanszírozási stb. alapokon állnak, akkor lényegében nem változik a betegek által igénybe vehető ellátások köre.*

2. Főbb változások az Irányelv alkalmazásával

- Az Irányelv átültetését követően az Európai Bizottság fent bemutatott folyamatábrája az alábbiak szerint fog változni:



4. Várható változások a betegmobilitás területén

4. Várható változások a betegmobilitás területén

- A külföldön igénybe vehető egészségügyi ellátások területén – a korábban bemutatott – hatályos szabályozás, és az Irányelv miatti változások tekintetében fontos leszögezni, hogy **az Irányelv a jelenlegi szabályokhoz, és annak gyakorlati megvalósulásához képest a végeredmény szempontjából tényleges, érdemi változtatást nem tartalmaz.**

4.a) Általános megállapítások

- Az Irányelv ténylegesen közvetlen hatása feltehetően elsősorban **az állampolgárok tájékozottságának növekedésében, és a fokozottabb sajtó-figyelemben** fog megmutatkozni.
- Pozitív hatásai is lehetnek azonban az Irányelv alkalmazásának. Az **Irányelv** átültetése **támogatást nyújthat** a jelenleg még csak kidolgozás alatt álló két-, vagy többoldalú **határmenti együttműködésnek**. A jól előkészített határmenti együttműködések számos előnnyel járhatnak, mind fenntartói, beruházói, illetve finanszírozói oldalon (közösségi forrásokból megvalósuló fejlesztések, üzemeltetési költségek megosztása, a lakosság részére jobban hozzáférhető ellátás nyújtása, stb.). A határmenti együttműködések jogszabályi alapja rendezett, ugyanakkor a részletszabályok még **további kidolgozásra várnak**.

4. Várható változások a betegmobilitás területén

4.b) A magyar betegek mobilitását befolyásoló tényezők

- Ahogy azt az Európai Bizottság elemzéséből is kitűnik, a magyar betegek hajlandósága arra, hogy külföldön vegyenek igénybe ellátásokat, rendkívül alacsony, és a betegek aktivitását az Irányelv sem fogja jelentősen növelni. Ennek okai az alábbi tényezőkre vezethetők vissza:
 - **általános alacsony mobilitási hajlandóság** (országon belül is);
 - a **hazai ellátások előnyben részesítése** (jellemzően) , a Magyarországon ténylegesen hozzáférhető ellátások viszonylag széles köre;
 - jelenleg még jelentős ellátási nehézséget nem okozó, **flexibilis várólisták**;
 - a lehetőségekkel és jogokkal kapcsolatos **általános információhiány** és a megfelelő **szintű nyelvtudás hiánya**;
 - a külföldi **ellátások költségeinek kötelező megelőlegezése** és a kapható **visszatérítés alacsony mértéke**.
- A magyar betegek mobilitási hajlandóságát tovább csökkentik várhatóan azon adminisztratív akadályok, melyekkel a magyar jogszabályalkotó élhet az Irányelv átültetése, illetve végrehajtása során. A magyar jogalkotónak az Irányelv keretében lehetősége van arra, hogy
- a hazai igénybevételre vonatkozó korlátozó feltételeket, beutalási rendet, illetve indikációk meglétét írja elő a belföldi költségmérték szerinti térítéshez, továbbá
- a fekvőbeteg és nagy költségigényű egyéb ellátásoknál előzetes engedélyezési kötelezettséget ír elő.
- *Az egészségbiztosítási kiadások ésszerű keretek között tartása érdekében a magyar jogalkotó a korlátozási lehetőségekkel feltehetően ténylegesen élni is fog. A jogharmonizációs eljárásban jelenleg a szükséges jogszabályok előkészítésének felelőse a Nemzeti Erőforrás Miniszter. [1]*
[1] Az egyes miniszterek, valamint a Miniszterelnökséget vezető államtitkár feladat- és hatásköréről szóló 212/2010. (VII. 1.) Korm. rendelet értelmében.

4.c) Várható hatások az E-Alapra nézve

- *Pénzügyi szempontból az Irányelv egyik fontos célja, hogy annak alkalmazása ne okozzon többletkiadást a tagállamok egészségbiztosításának, hiszen olyan ellátások finanszírozását írja elő, amelyeket a beteg idehaza ugyanúgy igénybe venne, ráadásul olyan költségmértéken, melyek hazai finanszírozási tételeknek felelnek meg.*
- Az Irányelv azt biztosítja, hogy a betegek más tagállamban is igénybe vehessék ugyanazon ellátásokat, melyeket odahaza vettek volna igénybe, de ez biztosítójuknak többletterhet ne okozzon.
- A jelenlegi koordinációs rendelet és a bírósági döntések értelmében a magyar jogszabályba beillesztett (Ebtv. 27. § (6) bekezdése) rendelkezések értelmében a **magyar biztosítottak** már 2004-óta **jogosultak az Európai Unió területén tervezetten, előzetes engedély nélkül igénybe venni a járóbeteg ellátást.** A beteg a magyar belföldi költség szerinti visszatérítésre a szolgáltató „privát”, állami, vagy önkormányzati tulajdonosi jellegére stb., illetve finanszírozási szerződéses kapcsolataira tekintet nélkül jogosult. Ezen a téren **nem jelent változást az Irányelv szabályozási alapelve sem.**
- Az Irányelv jövőbeni alkalmazását korlátozza, hogy amennyiben a rendelet vagy a nemzeti jogszabályok kedvezőbb feltételeket írnak elő, azt kell alkalmazni. A magyar egészségbiztosító az orvosi szempontból **engedélyezett külföldi gyógykezeléseket** jelenleg „nagyvonalúan” támogatja, amely a gyakorlatban a kiutazás költségeit is magába foglaló teljes költségátvállalást jelent. Ennél **az Irányelv szerinti finanszírozási mérték** (belföldi költség) minden esetben **kedvezőtlenebb.**

4.c) Várható hatások az E-Alapra nézve

- A magyar biztosítottak számára az Irányelv szabályai szerinti ellátás-igénybevétellel kapcsolatban **visszatartó hatású** a nagy különbség a külföldi szolgáltatók által alkalmazott – és jellemzően szabadon meghatározott **piaci ár és visszatérítési mérték közötti nagy különbség**, amely többnyire jelentős anyagi áldozatot követel a betegtől. E téren **kivételt képezhet a gyógyszer és a gyógyászati segédeszköz megvásárlása**, tekintve, hogy a multinacionális gyártók és forgalmazók hasonló árakat alkalmaznak az Európai Unióban, így feltehetően e termékek kiskereskedelmi árában sincs jelentős különbség a tagállamok között, a magyar beteg pedig a hazai támogatási mérték megtérítésére jogosult, így összességében nem jelent számottevő többletterhet számára a különbözet. **A betegek azonban nem válnak érdekeltté a gyógyszer és a gyógyászati segédeszköz külföldi igénybevételében**, ha a visszatérítés konkrét „brand” név alatt forgalmazott termékekhez kötődik és nem hatóanyaghoz vagy segédeszköz-típushoz. Ennek megfelelően **e téren sem várható jelentős kiadásnövekedés**.
- Az Irányelv céljaival és szándékaival ellentétben a magyar finanszírozási sajátosságok miatt adott esetben azonban mégis jelenthet többletkiadást a belföldi költségmértéken való visszatérítés. Itt azt célszerű figyelembe venni, hogy az Irányelv rendelkezései szerint **nem alkalmazható közvetlen pénzügyi korlátozás** (pl. a kifizetések felfüggesztésével, kifizetési plafonnal vagy az e címen kifizethető össz-volumen korlátozásával) **a visszatérítési mértékekre**. Ennek megfelelően az egészségbiztosítónak a másik tagállamban igénybe vett ellátások után akkor is nyújtania kell a belföldi költségmértéket, ha az egyébként a hazai viszonyok között pl. **a teljesítmény volumen korlát** miatt **nem** lenne kifizethető a szolgáltatónak.

4.c) Várható hatások az E-Alapra nézve

- A gátló tényezőkre tekintettel **összességében megállapítható, hogy az Irányelv magyarországi alkalmazásából nem várható számottevő kiadásnövekedés az E-Alapot illetően.**
- Megállapíthatjuk továbbá, hogy ugyan a külföldi gyógykezelések E-Alapból fedezett költségei évről évre folyamatosan nőnek, de a külföldi gyógykezelés **még nem jelent túlzottan nagy kiadást az E-Alap összkiadásaihoz viszonyítva.** Tisztában kell lennünk azonban azzal, hogy ha a magyar betegek a jövőben – bármely, eddig nem azonosított okból – nagy számban vesznek igénybe külföldön ellátást, akkor pusztán adminisztratív eszközökkel a kiadások korlátozása nehézségekbe ütközik, ráadásul egy ilyen jellegű népmozgalomnak az egész ellátórendszert torzító hatásai lehetnek. *Erre tekintettel az Irányelv teljes átültetéséig szükséges minden olyan intézkedést, szabálmódosítást meghozni, melyet az Irányelv lehetővé tesz, abból a célból, hogy Irányelv átültetése ne okozzon problémát az E-Alap kiadási oldalán*

5. A harmonizációval kapcsolatban várható és szükséges intézkedések

- Az Irányelv értelmében csak azon ellátásokat kell belföldi költség szerint visszatéríteni, melyek szerepelnek a **biztosítási csomagban**. Erre tekintettel felülvizsgálatra kerülnek azon szabályok, melyekben erre utalás található és várhatóan egy konkrét lista kiadására is sor fog kerülni, hogy az állampolgárok és a szakma képviselőinek is kétséget kizáróan rögzítve legyen azon ellátások köre, melyre nem terjed ki az ellátási jogosultság.
- A leginkább költséges eljárásokban szükségessé válik a pontos **szakmai és finanszírozási protokollok elfogadása**, melyek ugyancsak fontos szerepet kapnak az átlátható, és objektív – egyedi vizsgálaton alapuló – előzetes engedélyezési eljárásban.
- Az Irányelv és a bírósági döntések alapján ki kell dolgozni (megfogalmazni) azon érvrendszert (kapacitástervezés, fenntarthatóság, pénzügyi egyensúly, a szükségesség és arányosság figyelembe vételével) melynek keretében a kórházi és a nagy értékű járóbeteg (diagnosztikai) ellátásokat csak az előzetes engedély birtokában lehet külföldön igénybe venni.
- Az **előzetes engedélyezési eljárás módosítása is várható**, mely egységes és egyben mégis differenciált eljárást ír elő az Irányelv, a Rendelet és a magyar jogszabályok szerinti engedélyek kiadásához, valamint meghatározható az egyes jogi eszközök szerepe közti különbség. Meg kell teremteni továbbá annak a lehetőségét, hogy az engedély kiadásakor a **magyar várólisták hosszát** is vegye figyelembe a vizsgálatot végző orvos. A lehetőségekhez mérten törekedni kell a túlzottan hosszú várólisták kialakulásának megakadályozására, mivel az aránytalanul hosszú várakozás a beteg számára alapot szolgáltat a külföldi ellátás igénybevételére, valamint a külföldi ellátás teljes költségének finanszírozására.
- Az Irányelv lehetőséget nyújt arra, hogy az ellátások belföldi költség szerinti visszatérítéséhez az adott tagállam meghatározott igénybevételi, **eljárési (beutalási) rendet** határozzon meg. Ez azt jelentené, hogy a magyar belső szabályokkal azonos elvek mentén lehetőség nyílik olyan szabályok bevezetésére, melyek alapján megtagadható az igénybe vett ellátás megtérítése. A szabályozás azonban nem lehet eltérő a magyar belső szabályoktól. Tehát azon ellátások költségeinek a megtérítését, legyen ez akár belföldön, akár külföldön, melyeknél nem tartották be a beutalási rend szabályait a magyar egészségbiztosítási rendszernek meg kell tagadnia.

6. Lehetőségek a külföldi betegek ellátásában

- Ahogy az a fentiekben látható volt, az egészségügyi ellátás költségeinek rendezése az Európai Unióban elsődlegesen a szociális biztonsági koordinációs Rendelet keretei közt zajlik, és lényegesen nagyobb volument ölel fel, mint a külföldi ellátások egyéb módon (pl. belföldi költségmértéken) történő finanszírozása. A magyar egészségügyi szolgáltatóknak ugyanakkor az ellátások Rendelet szerinti nyújtása nem jelent különösebb előnyt, hiszen az OEP-től ugyanolyan mértékű finanszírozást kapnak, mintha magyar biztosítottat láttak volna el. A tény, hogy ezen ellátások finanszírozására nem vonatkozik a teljesítmény volumen korlát, még nem jelenthet nyereséget a szolgáltató számára.
- Ennek megfelelően az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele **a magyar egészségügyi szolgáltató számára akkor hozhat tényleges hasznot, ha** a külföldi (uniós) polgár számára az ellátást nem a Rendelet alapján nyújtja. Ilyen esetben a magyar egészségbiztosítási **finanszírozási mértéktől eltérő** – és profitot termelő – **térítési díjtételeket is alkalmazhat**. Természetesen a térítésköteles ellátások nyújtásánál további feltétel, hogy a szolgáltatások értékesítése ne a magyar biztosítottak hátrányára történjen, így az ilyen ellátások nyújtása **a szolgáltató szabad kapacitásai terhére** történhet.
- Ahogy arra az Európai Bizottság tanulmánya is rámutatott, a betegek pénzt áldozni az ellátásokra elsődlegesen akkor hajlandók, ha a hazainál **magasabb minőségű** ellátást kaphatnak a másik államban, vagy legalábbis a hazaival összehasonlíthatót alacsonyabb árért. Ez is jelzi, hogy a minőség, mint legfőbb vonzó tényező mellett az adott szolgáltatás ára is nagy jelentőséggel bír.

6. Lehetőségek a külföldi betegek ellátásában

- Az **ár** szempontjából elsődlegesen azt mérlegelhetik a külföldi biztosítottak, hogy összességében mely az az árkülönbözet az adott szolgáltatás hazai árához képest, amely még kifizetődővé teszi a magyarországi igénybevételt. Az árverseny szempontjából tehát legideálisabb egy olyan célcsoport, amely számára a Magyarországra utazás alacsony költségen és könnyen megoldható, itt az otthoni szolgáltatásnak legalább megfelelő színvonalú ellátást kap, és összességében nem kell többet fizetnie érte, mint otthon. Ez különösen akkor fordulhat elő, ha az adott – biztosítás helye szerinti ország – nominálisan is kirívóan magas összegű önrészt követel meg az adott ellátás igénybevételéért. Ilyenek lehetnek tipikusan a nagy költségigényű, de fix finanszírozású ellátások, mint pl. számos országban a fogászat.
- Az Irányelv a magyar szolgáltatók pozícióját ebben az európai szintű árversenyben olyan módon erősítheti, hogy a külföldi biztosított a döntésénél figyelembe veszi a várható megtérítési mértéket, és az alapján dönt majd a szolgáltatás igénybevételéről. Ehhez természetesen a betegnek már **előzetesen megfelelő információval** kell rendelkeznie arról, hogy Magyarországon az adott szolgáltatásért pontosan mennyit kell fizetnie és azért mekkora térítést kaphat, továbbá biztosan tudnia kell, hogy az adott térítést meg is kapja. E téren bizonytalansági tényező a tagállamok viszonylag nagy mozgástere az ellátások megtérítésének korlátozásában.
- A külföldi betegek további mozgató rugója lehet, ha az adott ellátás ugyan létezik hazájukban (ez a megtérítés alapfeltétele), de **az ellátáshoz való hozzáférés** – pl. várólisták miatt – rendkívül korlátozott.

6. Lehetőségek a külföldi betegek ellátásában

- Összességében elmondható tehát, hogy az Irányelv alapján azon magyarországi szolgáltatók esélye nő meg a szabad kapacitásainak külföldre értékesítésére, akik:
 - nemzetközileg is elismert módon tudják a szolgáltatásaik minőségét tanúsíttatni és ténylegesen **minőségi ellátásokat** nyújtanak,
 - olyan **áron**, amely a külföldi biztosítottak számára **vonzó** lehet a hazájukban meglévő feltételekhez képest,
 - a kérdéses ellátáshoz való **hozzáférés** az adott másik államban **korlátozott**,
 - ugyanakkor az adott állam adminisztratív eszközökkel (pl. beutalóhoz vagy engedélyhez kötöttség) **nem korlátozza az ellátási költségek megtérítését**.
- Ennek megfelelően a „kijánlott” szolgáltatások is **elsődlegesen a járóbeteg ellátásokra** koncentrálódhatnak. A vonzó árú minőségi szolgáltatás nyújtása önmagában azonban ezen ellátási körben sem látszik elegendőnek. Az irányelv igazi lehetőséget akkor nyújt, ha a szolgáltatások célcsoportja a fentiekre tekintettel körültekintően kerül meghatározásra, és a szolgáltatások értékesítéséhez elengedhetetlen a megfelelően erőteljes marketing, továbbá előnyt jelentenek a **járulékos szolgáltatások** (hotel, wellness, kulturális programok). Az egészségügyi szolgáltatások sikeres értékesítése továbbá – tekintettel az Irányelvre – széles körű információt feltételez a célcsoport országában elérhető ellátásokról, az alkalmazandó megtérítési mértékekről és a megtérítési eljárásról. Ennek hiányában könnyen elmaradhat az a fizetőképes, de árérzékeny kereslet, mely egyébként is hajlamos a hazai ellátás-igénybevétel előnyben részesíteni.
- Lehetőséget jelent azonban a szolgáltatók számára a **határ menti együttműködésekhez** való csatlakozás, melyet az Irányelv is bátorít és elősegít. Ennek jelentősége különösen abban rejlik, hogy az Európai Unió – az Irányelvtől függetlenül – forrást biztosít a határon átnyúló egészségügyi együttműködések finanszírozására (pl. Interreg projektek). Ennek csírái már jelenleg is léteznek, az ilyen együttműködésben rejlő fejlesztési **lehetőségek** azonban még az egész Európai Unióban zömmel **kihasználatlanok**.

7. Összegzés

- **Összegezve megállapíthatjuk, hogy jelentős változásokra nem számíthatunk az Irányelv 2013. októberéig esedékes átültetése után sem.**
- ***Ami a kimenő betegforgalmat érinti, azt elsősorban az információhiány, a nyelvi akadályok, az utazás ténye és annak költségei, az alacsony belföldi költségmérték, valamint a költségek utólagos megtérítése, az engedélyezési eljárás és a beutalási rend gátolhatja. Erre tekintettel tehát az E-Alapban jelentős kiadás-növekedéssel vagy a kiadások ellátási sorok közötti átrendeződésével nem számolunk. Ennek azonban természetesen fontos feltétele, hogy a magyar jogalkotó az Irányelv által lehetővé tett korlátozó eszközökkel éljen, és az engedélyköteles ellátásokat széleskörűen, ám minden esetben szükségességi és arányossági szempontból indokolhatóan határozza meg.***
- ***Ami a bejövő betegforgalmat előmozdíthatja, az elsősorban a magas színvonalú ellátás, a gyors hozzáférés, a versenyképes árak és az alacsony külföldi megtérítési mérték. Itt azonban fontos szem előtt tartatni azt, hogy az egészségügyi szolgáltatóknak nem érdeke, hogy a külföldi biztosított a közösségi Rendelet alapján, az OEP által megelőlegezett finanszírozás mellett nyújtsa az ellátásokat. Amennyiben a beteg a szolgáltatónak közvetlenül téríti a szolgáltatás árát, a szolgáltató magasabb díjat érvényesíthet, mely számára közvetlenül és azonnal bevételt eredményez, és az E-Alap számára semmilyen kiadást nem keletkeztet.***

Az előadás alapjául szolgáló összefoglalót készítette dr. Ötvös Péter és dr. Hódi Sándor

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

Az OEP adatain alapuló táblázatokat és grafikonokat Laczkovszky Katalin készítette.

Köszönöm a figyelmet!

Kérdések?