

## A határon átnyúló ellátás új szabályozásáról és várható hatásairól

Dr. Kincses Gyula, egészségpolitikai szakértő

A szerző közleményében áttekinti a 2013. október 28-án életbe lépő szabályozás kapcsán a határon átnyúló egészségügyi ellátás helyzetét az Európai Unióban. A közlemény első részében ismerteti a különböző határon átnyúló ellátások típusait, ezek feladatmegosztását és az új direktíva kialakulásának kényszerét, körülményeit, történetét és fő üzeneteit.

A dolgozat második része a magyar szabályozással és a várható hatásokkal foglalkozik. A szerző állítása szerint a direktíva alapvető elvi változást hoz, ami a gyakorlatban mégis elenyésző hatású lesz. A betegek választása szerinti betegmozgás ugyan felszabadul, de az engedélyezési kritériumok olyan szigorításokat tesznek lehetővé a tagállamok számára, ami valójában minimalizálja a betegmozgást. Azt, hogy a magyar egészségügyi turizmusban a gyógyfürdők és a magán szolgáltatók számára hoz-e fejlődést az új direktíva, ma még nem lehet megmondani, mert ez a többi tagállam egyéni részlet-szabályozásán múlik.

*Apropos of the new regulation coming into force on 25/10/2013 the author reviews the situation of the cross-border health-care services in the European Union. The first part of the publication delineates the various types of cross-border services, the division of tasks and the emerging need of the new Directive, its circumstances, history and main messages.*

*The second part of the paper is dealing with the Hungarian regulations and its possible future effects. The author states, that the new Directive will provoke a shift to new principles on a theoretic level, but on practical field will not have a strong effect. The Directive liberates the patients' movements on their choice, but also lets the member states to set up limitations and authorization criteria, that in effect will minimize these movements. Its direct effect on the Hungarian medical tourism is not predictable at the moment as it mostly depends on the other member states own regulations.*

### ELŐZMÉNYEK, FOGALMAK

A határon átnyúló ellátás kérdésének megoldása az Unión belül egyszerre jelentkező égető szükségletként és komoly problémaként. Egyrészt az Unió alapelve a személyek és a szolgáltatások szabad áramlása, melybe beletartozik az egészségügyi ellátás határtól független igénybevehetősége is, ami azonban feltétele a személyek szabad mozgásának. Ezeknek az elveknek a közszolgáltatásokban

is érvényesülnie kell, és ha igaz ez az oktatásra, nyugdíjra, akkor miért ne lenne az egészségügyi szolgáltatásokra is, hiszen az egészségügyi szolgáltatások szabad áramlása is alapelv. Másrészt nem véletlenül maradt nemzeti hatáskörben [1] az egészségügy az EU-ban: az egységesítés (belátható időn belül) megoldhatatlan feladat. Eltérőek az „alaprendszerek” (állami egészségügy és TB rendszer), nem egységes a jogosultak köre, eltérő az ellátási csomag, és főleg konvertálhatatlanul eltérőek az elszámolási rendszerek, illetve a betegek által fizetendő díjak, önrészek. A kormányok részéről van egy másik, ki nem mondott oka is a késlekedésnek: a szűkösségből fakadó általános pénzhiány. Az egészségügyi közgazdaságtan alapfokú állítása, hogy a költségkontroll egyik leghatásosabb eszköze a kapacitáskontroll. Ha nincs kapacitás, akkor nincs ellátás, tehát nincs költség. A piac kinyílásával elvész ez a fontos eszköz, de oda a racionális ellátásszervezés, a betegút-menedzsment ésszerű kontrolljának/megszervezésének lehetősége is. Az általános és beteg-oldali érvek tehát az „igen” mellett szóltak, de a tagállamok egészségügyi rendszereinek fenntarthatósága érdekében, a szakpolitika a fékeket nyomta.

Ugyanakkor a személyek szabad áramlásának problémája olyan alapvető kikényszerítő erő volt, amit kezelni kellett, így az életszerű helyzetek zömének kezelésére a múlt század végére egy többemeles rendszer alakult ki:

- a tartósan külföldön dolgozók/élők kint fizetnek adót/járulékot, és annak megfelelő ellátásban részesülnek,
- a „turisták” (és az ideiglenesen hazalátogató tartósan külföldön dolgozók, kint adózók) az E111-es nyomtatvány (majd később Európai Egészségbiztosítási Kártya [2]) segítségével vehetik igénybe a sürgősségi (nem halasztható) ellátásokat,
- az EU polgára a saját országában nem elérhető technológiák külföldi igénybevételét pedig az E112-es nyomtatvány (és szabályrendszere) teszi lehetővé.

Ezek a szabályozások Uniós rendeletek alapján jöttek létre, lefedve az életszerű szükségleteket, a migrációból, a személyek szabad áramlásából fakadó problémákat, és (jogilag) kezelve a betegek, betegségek Unión belüli esélyegyenlőségének kérdését is (E112). Ez a szabályrendszer az ellátási „kényszereket” – a migrációból fakadó sürgős szükség, technológiai-ellátási hiány – kezelte. Mindez ugyanakkor nem oldotta meg a szolgáltatások szabad áramlásának kérdését, tehát azt, hogy a betegek szabadon dönthessék el, hogy melyik tagállamban kívánják igénybe venni az ellátást.

Voltak, akik ebbe nem nyugodtak bele, és bírósághoz fordultak. Pár elhíresült ügy [3] (Raymond Kohll kontra

Union des Caisses de Maladie, Nicolas Decker kontra Caisses de Maladie des Employés Privés, Smits kontra Stichting Ziekenfonds VGZ stb.) alapvető fordulatot hozott az ügyben. Az Európai Bíróság kimondta, hogy az orvosi ellátásra szorulóknak azon jogosultsága, hogy más tagállamba utazzanak a szükséges egészségügyi szolgáltatás igénybevétele céljából, része a szolgáltatások szabad áramlásának, melyet – mint uniós alapelveket – a tagországok nem gátolhatnak meg. Ez a döntés jogalkotási kötelezettséget rótt az Unió illetékes szerveire. Ennek a munkának az eredménye a határon átnyúló ellátásról szóló direktíva. A fentiekből következik, hogy ez a direktíva nem általában a határon átnyúló ellátással foglalkozik, hanem az Európai Bíróság döntéséből fakadóan a beteg döntése (és nem szükséglete) alapján más országban igénybevett ellátással foglalkozik. Megjegyzendő, hogy míg a személyek szabad mozgását az Unió rendelettel szabályozta – ami önmagában is normatív erejű –, addig erről a területről direktívát alkotott, ami önmagában nem normatív jogszabály, de a benne foglaltakat minden tagállam köteles a saját joganyagába beépíteni.

## A DIREKTÍVA ÉS MEGSZÜLETÉSE

A Bizottság az Európai Bíróság döntései következményeként 2003-ban kezdte meg a munkát. A szabályozás – a bevezetőben írt okok miatt – hosszú és bonyolult utat járt be. Nem volt pontosan tisztázott a szabályozási terület – miről is kell szólnia a direktívának –, és erős volt az érdek- és érték-ütközésen alapuló joghierarchiai vita is. Ennek alapja az, hogy az egészségügyi szolgáltatás az EU tagállamok gyakorlatában (meghatározó mértékben) nem piaci szolgáltatás, hanem döntő részében közpénzből finanszírozott közszolgáltatás. Ezért ennek fenntarthatósága konkurál az egyéni szabadságjogokkal. Hosszú és bonyolult munkafolyamat után 2008 nyarán készült el az Európai Unió és a Tanács irányelv tervezete [4], mely a határokon átnyúló egészségügyi ellátás közösségi keretrendszerének létrehozását indítványozta a tagállamok felelősségének megőrzése mellett az egészségügyi szolgáltatások, az orvosi ellátás megszervezése és nyújtása tekintetében. Azaz maga az egészségügyi ellátás megszervezése, szabályozása tagállami hatáskör, de ezeknek az egyedi rendszereknek el kell ismerniük bizonyos közösségi jogokat a betegek unión belüli mozgásával kapcsolatban.

Az irányelv abból a fontos alapelvekből indul ki, hogy a vászlasztási szabadság érvényesülése fontos érték, de ez a közszolgáltatások működőképességének garantálása érdekében korlátozható. Általános – magasabb rendű – érdek, hogy a tagállamok mindenki számára elérhető, kiegyensúlyozott egészségügyi ellátást tudjanak biztosítani, és ez a jog sérülhet, ha a betegek kiáramlása megrendíti a társadalombiztosítási rendszerek pénzügyi egyensúlyát. Ezért a megfelelő hazai ellátás biztosítása érdekében a tagállamok a kórházi ellátások és egyes nagy költségigényű vagy specializációt igénylő, illetve nagy kockázatú szakellátások tekintetében előzetes engedélyezési eljárást vezethetnek be.

Az irányelv a finanszírozás tekintetében azt az elvet tekintti irányadónak, hogy a beteget maximum olyan mértékű visszatérítésben kell részesíteni, mint amilyenben akkor részesült volna, ha a biztosításának helye szerinti tagállamban vette volna igénybe az ellátást. Fontos eleme a költségvisszatérítés rendszerének az „olcsóbbat téríti” elv, így tehát a visszatérítés a biztosítás helye szerinti tagállamban az adott ellátásra meghatározott összeg szerint történik, azzal, hogy az nem haladhatja meg a beteg tényleges költségét (azaz a beteg nem „nyerészkedhet” azon, hogy olcsóbb helyen veszi igénybe az ellátást).

Az Európai Parlament 2009 áprilisában módosításokkal elfogadta az Európai Bizottság direktíva-javaslatát a határon átlépő ellátásokkal kapcsolatos betegjogokról. Módosításai mögött egy, a Bizottság javaslatánál erősebb tagállami hatáskör-örzés húzódik meg. Emellett az EP megerősítette a betegjogi szabályokat, valamint javaslatot tett az európai betegvédelmi ombudsman intézményének bevezetésére, valamint a költség visszatérítési szabályok egyszerűsítésére. Végül kiemelt területe a parlamenti változtatásoknak, hogy következetesen kivonta az irányelv szabályozása alól a szolgáltatások és a szolgáltatók mobilitását, és csupán a betegek szabad mozgásának jogosságát erősítette meg [5].

A történet itt nem ért véget, mert az Európai Tanács elutasította a Parlament módosító határozatát, és megkezdte a munkát a tagállamok közös álláspontjának kialakítására. A tervezetet a Tanács közegészségügyi munkacsoportja az EPSCO (Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council) tárgyalja. A svéd elnökség úgy döntött, hogy prioritásként kezeli a javaslatot, és még mandátuma lejártá előtt megszületik a Tanács tervezete, melyet sikeresen teljesített. A Tanács az irányelvről 2009. december elsején szavazott, de nem sikerült elfogadni a közös álláspontot, annak módosítása és elfogadása így a spanyol elnökség feladata lett. A bevezetőben jelzett ellentmondások és tisztázatlanságok miatt újabb és újabb egyeztetések és módosulások következtek. A módosítások során a direktíva a fentiek mellett ösztönzi a tagállamokat a ritka betegségek kezelésében való együttműködésre is, amit a diagnosztikai és az ellátási kapacitások fejlesztése segít elő. Ebben az összefüggésben hasznos az Orphanet adatbázis és az európai referencialózatok használata. Szintén előremutató kezdeményezés a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások és az elektronikus egészségügy összekötése, ami online felületen található rendszerek és szolgáltatások igénybevétele is lehetővé teszi. Az irányelv előírja az „elektronikus egészségügyért” felelős nemzeti hatóságok hálózatának létrehozását az ellátás folytonosságának megerősítése és a színvonalas egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés garantálása érdekében. Szintén az egész rendszert érintő, a szolgáltatások tartalmát, hatékonyságát egységesítő lépés az egészségügyi technológiák értékeléséért felelős hatóságok és szervek hálózatának felállítása, amely megkönnyíti majd az illetékes nemzeti hatóságok e területet érintő együttműködését.

Végül 2011. február 28-án az ún. együtdöntési folyamatban a magyar elnökség alatt hagyta jóvá véglegesen az Európai Unió miniszteri Tanácsa a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogokat tartalmazó, hányszorosított sorsú direktívát, és a tagállamok két és fél évet kaptak arra, hogy saját jogrendjüket ehhez igazítsák. A magyarországi szabályozás (a vonatkozó kormányrendeletek) 2013. október 25-i dátummal hatályos, így Magyarországon ettől a naptól lépett életbe a határon átnyúló ellátás szabályozása.

### A HATÁRON ÁTLÉPŐ ELLÁTÁSOK GLOBÁLIS RENDSZERE

A most életbe lépő direktíva egy új elem, amivel a határon átnyúló ellátások komplex rendszert alkotnak. A direktíva fő üzenetei [6] összefoglalva:

- A betegeknek joguk van más országban igénybe venni a számukra (a biztosítás helyén) járó ellátást, de ez a jog a hazai ellátórendszer fenntarthatósága, működőképessége érdekében korlátozható.
- Az irányelv kimondja, hogy az emberi egészség magas fokú védelmét biztosítani kell valamennyi uniós politika meghatározása és végrehajtása során. (Ez a korlátozás jogalapja is!)
- A korlátozás fő eszköze a nagyobb értékű ellátások igénybevételének előzetes engedélyhez kötése.
- Az előzetes engedélyhez köthető ellátások elvi definícióját, eseteit is megadja a direktíva.
- Az engedély ugyanakkor nem tagadható meg
  - ritka betegségek esetén,
  - ha a kezelés jobb esélyű, mint a biztosítás szerinti országban, illetve
  - ha az adott ellátás a beteg országában nem érhető el reális időn belül.
- Az ellátás indokoltságát – a visszatérítés szempontjából – a küldő tagállam szabályai szerint kell elbírálni, az ellátás igénybevételénél viszont a fogadó országok szabályai az érvényesek, azaz a külföldi beteg nem élvezhet hazai biztosított kárára előnyt (pl.: a hazai várólistára kerül).
- A más tagállamban saját választás alapján igénybevett ellátás nem okozhat többletköltséget a saját ország biztosítójának, és a beteg nem „nyerészkedhet” a más országban igénybevett ellátáson.
- A tagállamoknak létre kell hozniuk az ezeket a jogokat segítő, a betegek szabályozott mozgását támogató, a fogyasztóvédelmet biztosító intézményrendszert.
- Sajátos jellegére tekintettel a szervátültetés céljából történő szervhez jutás és szervelesztás nem tartozik ezen irányelv hatálya alá.

### A HATÁRON ÁTLÉPŐ ELLÁTÁS TÍPUSAINAK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

A bevezetőben érintettük, hogy a közfinanszírozást is érintő határon átlépő ellátás esetei az ellátás jellege, indo-

koltsága, oka és célja miatt nem tekinthető homogén csoportnak, hanem több csoportba osztható, és az egyes típusokra különböző szabályozások vonatkoznak. A könnyebb áttekinthetőség érdekében az alábbi táblázatban foglalom össze a három fő csoport specifikumait. (A táblázat nem foglalkozik a tartóson külföldön élőkkel/dolgozókkal, akik kint fizetnek járulékot, itthon nincs érvényes – aktív jogosultságot igazoló – TAJ kártyájuk, és a magyar ellátást vagy az Európai Egészségbiztosítási Kártya segítségével – „külföldiként” – veszik igénybe, vagy a határon átnyúló ellátásról szóló direktíva szerint.)

	E111/Európai Egészségbiztosítási Kártya (sürgősség/ideiglenes munkavállalás)	E112 (hiányzó ellátás pótlása)	Az új direktíva szerinti (a beteg akaratából igénybevett ellátás)
<b>Az igénybevétel oka</b>	A más államban tartózkodás alatt fellépő nem tervezett, nem halasztható ellátási szükséglet.	A saját államban az adott technológia/ellátás egyáltalán nem, vagy ésszerű időn belül nem nyújtható.	A beteg választása, igénye (nem szükséglete) alapján másol igénybevett ellátás.
<b>Előzetes engedély</b>	Jogviszony-igazolás (E111, majd E-health card esetén nem szükséges)	Minden esetben kötelező, és a konkrét ellátásra szól. (Konkrét ellátásra, és csak az engedélyben megnevezett szolgáltatónál!)	A direktívában meghatározott nagyobb értékű (kórházi és kiemelt diagnosztika) ellátásoknál előzetes engedély szükséges. Az engedély nem szolgáltató-specifikus.
<b>Mit fizet a saját biztosító?</b>	Az igénybevétel helye szerinti országban felmerülő teljes közfinanszírozott költséget (amit ilyen esetben a kinti biztosító fizet egy ottani biztosítottnak).	A teljes költséget, beleértve az ellátást nyújtó tagállamban a betegre háruló önrészt. A kiutazás költségei méltányosságból megtéríthetők.	A két állam közfinanszírozási díjtétele közül az alacsonyabbat.
<b>Mit fizet a beteg?</b>	Az ellátás igénybevételének helye szerinti önrészt.	A küldő ország szerinti önrészt.	Az ellátás költségét kifizeti, majd a visszatérítési szabályoknak megfelelő összeget otthon visszakapja.
<b>A szolgáltató kitölti meg a pénzt?</b>	Saját egészségbiztosítójától, mely aztán elszámol a beteg biztosítójával, valamint a betegre háruló önrészt a betegről.	A küldő ország biztosítójával számol el.	Jelen állapot szerint a betegről, de keresik a megoldást arra, hogy a betegnek ne kelljen megelőlegeznie az ellátás költségét.

1. táblázat

A határon átnyúló ellátás intézmény- és fogalomrendszere valójában még az üzleti biztosítások rendszerével egészül ki: az utasbiztosítások az igénybevétel helye szerinti szabályozások alapján fizetendő díjak kifizetésére valók (a kint nem a tb csomagba tartozó ellátások, pl.: sibaesetek esetén a mentőhelikopter, illetve a kötelező önrészek stb.) és a direktíva szerinti ellátás „árkülönbségeinek” fedezetére elvben egészségbiztosítási termékeket lehet kifejleszteni, de ez ma még nem jellemző.

## RÉSZLETES SZABÁLYOK

A direktíva kötelezte az országokat, hogy két és fél éven belül (2013. október 25-ig) illesszék jogrendjükébe a direktívában megfogalmazottakat. Ennek megfelelően szeptemberben a kormány két rendeletet fogadott el ezzel kapcsolatban. Az első a 339/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet az „Egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról”. A rendelet módosítja a 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendeletet, és kimondja, hogy „(1a) Az Ebtv. szerinti uniós betegekre ugyanazt a térítési díjat kell alkalmazni, amelyet a magyar betegekre alkalmaznak.” A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosítása a szolgáltatók elszámolását, az alkalmazandó díjtételeket szabályozza. Meghatározza többek között azt, hogy a havi változó díjjal elszámolt ellátások esetén az ellátás tárgyhónapját megelőző harmadik hónap teljesítményének elszámolása-kor meghatározott országos díjat kell alkalmazni, a fekvőbeteg-szakellátást, a járóbeteg-szakellátást a kihirdetett alapidíjjal kell elszámolni. A díjakat az OEP minden hónap 21. napjáig a honlapján közzéteszi.

Az átfogóbb szabályozást a Kormány „A külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól” szóló 340/2013. (IX. 25.) számú rendelete hozott. Kiemelendő (és dicsérendő) hogy a rendelet nem (csak) a határon átnyúló ellátás szabályozásával foglalkozik, hanem egységes szabályozást teremt meg a külföldön történő gyógykezelés különböző eseteiről. A rendelet 3. fejezete foglalkozik a határon átnyúló egészségügyi ellátás részletszabályaival.

A rendelet először is tisztázza, hogy milyen ellátások tekinthetők a határon átnyúló ellátások keretében igénybe vett – és annak finanszírozási szabályai szerint térítendő – ellátásnak. Ide tartoznak beteg elhatározásából a nem az Uniók rendeleterek (hanem a direktíva) szabályai szerint igénybevett ellátások, illetve ha a beteg a rendeletek hatálya alá eső ellátást (azaz az E 112-es nyomtatványnak megfelelő ellátást) nem az engedélyben szereplő helyen vagy módon vette igénybe, vagy kérelme költség-hatékonysági okokból nem indokolható.

A rendelet kimondja, hogy a határon átnyúló egészségügyi ellátás igénybevétele esetén a külföldi gyógykezelésre jogosult személy az ellátás hitelt érdemlően igazolt tényleges költségének utólagos megtérítésére jogosult azzal, hogy az OEP által fizetendő térítés összege nem haladhatja meg az igénybevétel idején az ellátásra vonatkozó magyarországi közfinanszírozott ellátás belföldi költségének mértékét. Az utólagos megtérítés feltétele, hogy a beteg csatolja a magyar jogszabályok szerint beutalóköteles ellátások esetében az előzetesen kiállított beutalót, az eredeti külföldi számlát és annak hiteles fordítását, a számla kiegyenlítésére vonatkozó igazolást, továbbá, ha a számlából nem állapíthatóak meg az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás hazai szabályok szerinti elszámolásához szükséges adatok, akkor a betegre, az elvégzett szolgáltatásokra, az ellátás időtartamára vonatkozó leleteket, dokumentációt, zárójelentést, és ezek hiteles fordítását.

Nagyon lényeges, és eddig nem kommunikált szabály, hogy a megjelenési esetenként 3000 járóbeteg-szakellátási OENO pontértéket vagy azzal egyenértékű finanszírozási értéket nem meghaladó megtérítés iránti kérelem nem teljesíthető. Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz megtérítése iránti kérelem esetén az orvosi rendelőnyenként 4500 Ft Egészségbiztosítási Alap támogatási értéket meg nem haladó megtérítés iránti kérelem nem teljesíthető.

A kassza (túlzott) védelmét szolgálja az a rendelkezés is, hogy ha az engedélyhez nem kötött ellátások költsége a tárgyévben eléri az Egészségbiztosítási Alap járóbeteg-szakellátás éves kiadási előirányzatának 1%-át, az egészségügyért felelős miniszter megteszi a szükséges intézkedéseket.

Szintén kiemelendő az a szabály, amelyik kimondja, hogy nem magyar biztosított beteg ellátása közfinanszírozott kapacitásokon akkor lehetséges, ha a beteg az ellátást a magyar várólista szabályoknak megfelelően veszi igénybe. A külföldi beteg tehát – csak azért, mert nem OEP finanszírozott – nem előzheti a várólistán a magyar beteget. A rendelet ugyanezen bekezdése arról is rendelkezik, hogy a szolgáltató a külföldi beteget – mint általában az ellátási területre nem tartozó beteget – nem köteles fogadni, azaz pl. kapacitáshiányra hivatkozva elutasíthatja.

A Direktíva elvi definíciót ad arra, hogy a nemzeti hatóságok milyen esetekben köthetik az ellátást előzetes engedélyhez:

- olyan egészségügyi ellátások esetében, amely során a beteg legalább egy éjszakát kórházban töltene,
- rendkívül speciális és különösen magas költségekkel járó egészségügyi ellátások esetében,
- súlyos és különleges esetekben, amelyeknél a külföldön nyújtott ellátás minősége vagy biztonságossága kockázatokkal járhat.

A magyar szabályozást a 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 1. melléklete tartalmazza. Látható, hogy a magyar jogalkotó alaposan kihasználta a korlátozási lehetőségeket, hiszen olyan, – ma már rutinvizsgálatnak számító – eljárást, mint a CT vizsgálat, szintén a rendkívül speciális és különösen magas költségekkel járó egészségügyi ellátások körébe sorolt.

Az előzetes engedélyezési kötelezettség alá tartozó egészségügyi ellátások a határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében végzett külföldi gyógykezeléseknél a 2. táblázatban olvashatók.

A könnyebb áttekinthetőség kedvéért közlöm a 18. számú mellékletet a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelethez.

A rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátásokra vonatkozó Nappali Ellátási Programcsoportok

- Stroke első rehabilitációja
- Stroke ismételt rehabilitációja
- AMI következtében kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció
- Szívizom revaszkularizációs műtét után észlelt funkciózavar/ fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció

1.	Az R. 3. számú mellékletében foglalt fekvőbeteg-szakellátás esetében valamennyi fekvőbeteg-szakellátás, valamint az ehhez kapcsolódó, az R. 1. számú mellékletében felsorolt tételes elszámolás alá eső egyszerhasználatos eszközök és implantátumok, valamint az R. 1/A. számú mellékletében felsorolt tételes elszámolási hatóanyagok.
2.	Az R. 9., 10. és 10/a. számú mellékletében felsorolt egynapos és kúraszerűen végzett ellátások.
3.	Az R. 8. számú mellékletében felsorolt nagy értékű, országosan nem elterjedt műtéti eljárások, beavatkozások, kivéve a szervátültetéshez kapcsolódó ellátásokat.
4.	A 8. § (7) bekezdése szerinti esetek kivételével az R. 2. számú mellékletében felsorolt járóbeteg-szakellátások, valamint az R. 15. és 15/a. számú mellékletében felsorolt gondozási tevékenységek közül: a CT, MRI diagnosztikai és terápiás beavatkozások, a labor diagnosztikai, a molekuláris biológiai diagnosztikai eljárások a kapcsolódó mintavételi eljárásokkal, továbbá Szomatostatin receptor szcintigráfia, Pajzsmirigy maradványszövet stimulációja rTSH kezeléssel, Kezelés Sr-89 Metastronnal, Adrenerg receptor szcintigráfia I-123 MIBG-vel, Mellékvesekéreg szcintigráfia, Agyi receptor SPECT vizsgálat, Pharmacologiai neurectomia III., botulinum toxinnal, Mellékvese kéreg szcintigráfia + Dexamethason suppr., Szívizom receptor szcintigráfia I-123 MIBG-vel, Kezelés radioizotóppal jelzett csontaffin foszfonát radiofarmakonnal, Pharmacologiai neurectomia II., botulinum toxinnal, Szívizom FDG vizsgálat SPECT-el, Embolizáció/sclerotisatio – szuperszelektív – egy ág, Immunszcintigráfia jelzett antitesttel, a teljes testről.
5.	Az R. 18. számú mellékletében felsorolt ellátások.

## 2. táblázat

- Billentyűműtét után észlelt funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció
- PM-ICD beültetés után észlelt funkciózavar/fogyatékoság miatt szükséges rehabilitáció

Mint látható, az előzetes engedélyhez kötött ellátások köre igen kiterjedt.

Mint azt a Direktíva ismertetésénél írtam, a Direktíva a tagországok részére tájékoztatási és betegjogi központ /szervezet működtetését írta elő. Magyarország ennek a kötelezettségnek az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (a továbbiakban: OBDK) által tesz eleget. Az OBDK-ról szóló 214/2012. (VII. 30.) Korm. rendelet rendelkezik arról, hogy az OBDK feladat- és hatáskörében eljárva ellátja a két- és többoldalú kormányközi nemzetközi kapcsolatokról és az európai uniós tagságból eredő feladatokat, együttműködve az illetékes magyar szervekkel. Ez a rendelet írja elő, hogy a szervezet tájékoztatást nyújt a betegek és az egészségügyi szakemberek számára a határon átnyúló egészségügyi ellátás igénybevételével kapcsolatos jogairól és jogosultságairól, a panasztételi eljárásokról és jogorvoslati mechanizmusokról, a magyar egészségügyi szolgáltatókról, egy adott szolgáltató szolgáltatásnyújtáshoz való jogáról vagy működésének korlátozásáról.

## VÁRHATÓ HATÁSOK

Jelen közlemény szerzője mindig is azon kisebbséghez tartozott, amely túlzónak tekintette a direktíva hatásaival kapcsolatos várakozásokat [7]. A most hatályba lépő szabályozás igazolja előzetes állításainkat, mert a hatás – a jelen sza-

bályok mellett – valóban nem lesz érdemi, azaz nem rendezi át drámaian a magyar betegek „fogyasztási szokásait”, de az az álom is kétségesen valósul meg, hogy a direktíva hatására az egészségügyi turizmus komoly fellendülésnek indul, és jelentős bevételre tehet szert. Hasonlóan kedélyhűtők a mostanában megjelenő szakújságírói közlések is [8].

A várható hatásokat egyrészt a betegek, másrészt a szolgáltatók szempontjából foglalom össze, de külön fejezet foglalkozik a magánszolgáltatók helyzetével.

## MIT HOZ AZ ÚJ SZABÁLYOZÁS A MAGYAR BETEGEKNEK?

A betegeknek az új szabályozás egy igen erős jogkiterjesztést hoz, amivel igen korlátozottan lehet élniük. Azaz elvben kinyílik a világ a betegek előtt, de a beépített fékek miatt ez a nyitás várhatóan – legalábbis az első időkben – résnyire szűkül. Cinikusan leegyszerűsítve a helyzetet: a kis értékű ellátásokat nem térítik vissza, a nagy értékűek viszont engedélykötelesek, és ezeket nehezen engedélyezik. Az tény, hogy igen szűk lesz az a szolgáltatási kör, amely engedély nélkül szabadon igénybe vehető. A 3000 esetenkénti visszatérítési alsó ponthatár elég magas – lényegesen magasabb, mint az egy eset átlagos pontértéke, ami 2012-ben 1816 pont volt – a magasabb pontértékű ellátások zöme viszont engedélyköteles. Az engedély megadásának/megtagadásának elég lágyak a feltételei, így valószínű, hogy az egyetlen valós szakmai elbírási szempont a kassza, a cél-előirányzat állása lesz. Tehát: ha kevesen akarnak külföldön ellátást igénybe venni, akkor sokan megkapják az engedélyt, ha erősödik a migrációs vágy, akkor szigorodik az engedélyezés.

Mindez már csak azért sem jelentős, mert nem életszerű az, hogy magyar betegek tömege akar Romániában, Szlovákiában gyógyulni, ugyanakkor a „nyugati” árak olyan magasak, hogy a magyar társadalombiztosítási árak megfelelő visszatérítés általában még az igénybevétellel kapcsolatos utazás költségét sem fedezi, ráadásul mindez komoly és költséges adminisztratív „macerához” van kötve.

## MIT HOZ AZ ÚJ SZABÁLYOZÁS A MAGYAR SZOLGÁLTATÓKNAK?

A magyar (köz)szolgáltatók számára is korlátozott a lehetőség. Egyrészt: az ellátást kötelesek OEP áron nyújtani, tehát itt nem megengedett a piaci árképzés. Ugyanakkor előnyként kell kiemelni, hogy a külföldi beteg számára nyújtott ellátások legalább függetlenek a teljesítmény volumen korlátától (TVK): nem „fogyasztják” a TVK-t, és mentesek a depressziótól.

Másrészt: nem garantált a külföldi betegek tolongása sem. Egy beteg három okból vesz igénybe ellátást külföldön: a jobb minőség reményében, a gyorsabb, várólista nélküli ellátás miatt, illetve ha ez neki (a betegnek) olcsóbb. Az első szempont a földrajzi és kulturális távolságokat is figyelembe véve Románia és Horvátország tekintetében lehet reális, de nem ismert ezen országok saját szabályozása, még

nem tudjuk, hogy mennyire szigorúak az engedélyezési és visszatérítési szabályok. Ezért a déli, keleti határ mentén, elsősorban az egyetemi városokban (Pécs, Szeged, Debrecen) hozhat a direktíva némi élénkülést. A várakozásmentes ellátás lehetősége – a várólista kerülése, rövidítése – egyre kevésbé lehet vonzó, mert a magyar várólisták is egyre hosszabbak, és az uniós beteg csak a hazai listára kerülve látható el. Az olcsóság itt nem előny: az alacsonyabb TB ár a külföldi TB-knek jelent megtakarítást, a betegek nem. Ehhez járul még az, hogy nem jellemző emberi mentalitás az, hogy valaki „macerát” vállaljon és költsön csak azért, hogy a saját állama, TB-je jobban járjon.

A Direktíva bevezetése elé igen nagy várakozással nézett a gyógyfürdő szektor, mondván hogy a betegek szabad áramlása majd javítja a magyar gyógyvizek hasznosulását, azaz nő a külföldi betegkör a kinti finanszírozás megoldódása miatt. Itt két dolgot kell tisztán látni: a külföldi betegnek Magyarországon ugyanaz az ellátási spektrum (csomag) jár, mint a hazájában, és csak az otthon előírt eljárási rendben. Tehát ha a gyógyfürdő, a vizes kezelés otthon nem jár, akkor a magyar kezelést sem térítik vissza. És ha jár, de megadott indikációban, eljárásrendben, akkor itt is ugyanaz érvényes, és a beteg által „megkívánt” ad hoc kezelés nem számolható el. A másik: nem tudjuk, hogy más országok hogy fognak élni a visszatérítési minimum-értékhár eszközével, de elképzelhető, hogy az alacsony magyar szolgáltatási árak miatt ezek a díjak kint a visszatérítési határ alá kerülnek, így nem számolhatók el.

## A MAGÁNSZOLGÁLTATÁSOK IGÉNYBEVEHETŐSÉGE A DIREKTÍVA ALAPJÁN

A közszolgáltatások, közszolgáltatók esetében tiszta a helyzet, a szabályozás. Nem így van ez a közfinanszírozásban részt nem vevő szolgáltatók esetében, pedig a direktíva pozitív hatásait a legtöbbben attól várták, hogy a szabad betegmozgástól megélnék a magánszolgáltatások piaca, és a magyar egészségügyi magánszolgáltatókhoz ömleni fognak a külföldi „tébés” betegek. Ez nem valószínű. Ugyanakkor a pontos joghelyzet tisztázásával e dolgozat is adós marad, mert a szabályozás (és a helyzet) ma még ellentmondásos, várhatóan a gyakorlat fogja kialakítani a tényleges helyzetet.

Egyrészt minden levezethető érv azt mondja, hogy e direktíva hatálya nem terjed ki a magánszolgáltatóknál igénybevett ellátásokra, hiszen az eddig is szabad volt, és ez a direktíva a közszolgáltatások átjárhatóságáról szól. Alapelveként fogalmazódik meg, hogy a jogosultság (mi jár) tekintetében a küldő ország szabályai az érvényesek (a hazai ellátási jogosultság terjed ki az EU tagállamokra), az ellátás nyújtásának sorolási, eljárásjogi részében (milyen eljárásrendben jár az ellátás) pedig a fogadó országé a mérvadó. Mindebből az következik, hogy az átjárhatóság a közfinanszírozási rendszerek között van, nem pedig a köz- és a magánfinanszírozás között, és ha a közfinanszírozás a saját országban nem akárhol, csak a közszolgáltatási szerződéssel bírónál vehető igénybe, akkor indokolatlan jogkiterjesztés

(és hazai diszkrimináció) lenne az, ha külföldön bármilyen szolgáltatónál igénybe lehetne venni az ellátást.

Mindez ugyanakkor csak jogelméleti fejtegetés, és nem a végrehajtandó normaszöveg elemzéséből következik. A hatályos (magyar) joganyag nem rendelkezik semmilyen tiltsárról, egyszerűen csak „külföldön igénybevett ellátásról” beszél. Az OEP az engedélyt a direktíva alapján igénybevett ellátásnál nem konkrét intézményre adja ki, hanem általában, és a kérelem esetében, illetve az elszámolásra benyújtott számla mellékletében sem kell nyilatkozni arról, hogy azt a magyar beteg külföldön közszolgáltatásban résztvevő szolgáltatótól hozta.

Mindebből az a következtetés vonható le, hogy semmilyen jogszabály nem tiltja Magyarországon azt, hogy a magyar beteg a határon átnyúló ellátás keretében külföldön vegyen igénybe ellátást, és ennek ellenőrzésére az OEP nincs is felkészülve, illetve ennek ellenőrzését nem is tervezi. Itt jogi korlát helyett a forrás szűkössége lesz a korlát: az erre a célra betervezett előirányzat fogyása/elfogyása is lehet indok az előzetes engedély megtagadására. A közlemény lezárása 3 nappal a honi szabályozás hatálybalépése után történt. Ez a rövid idő – a közigazgatási határidőket is figyelembe véve – értelemszerűen nem volt elegendő arra, hogy a tájékoztatásért felelős szerv (OBDK) kialakítsa az álláspontját, hogy a magyar szabályozás értelmezhető-e a magánszolgáltatások tekintetében.

Még nehezebb kérdés, hogy a magyar közszolgáltatásban részt nem vevő szolgáltató számláját befogadja-e külföldi társadalombiztosítás. A korrekt válasz az, hogy nem tudjuk, mert nincs generális szabály, és ehhez az egyes országok most születő szabályozásait külön-külön kell majd tanulmányozni, mert minden ország saját szabályai döntenek a lehetőségeket, korlátokat.

A magyar szolgáltatókra ez a bizonytalanság közvetlen veszélyt nem jelent, hiszen a betegnek ki kell fizetnie az ellátást, és majd az ő kockázata, hogy a számláját a saját TB-je, állama visszatéríti-e neki. Ugyanakkor a visszatérítés hiánya hamar leülteti a piacot, tehát a visszatérítés lehetősége mégiscsak jelentős kérdés a magánszolgáltatók számára.

Külön kérdés, hogy a magyar magánszolgáltatók milyen áron számlázhatnak. A most életbe lépett rendelet szerint az egészségügyi szolgáltató az uniós beteg részére végzett ellátások elszámolási összegének meghatározásakor az E. Alap elszámolási szabályait alkalmazza, azaz OEP áron számlázhat külföldi betegnek. A rendelet nem nevesíti, hogy köz-, vagy magánszolgáltatóról beszél-e, tehát értelmezhető általános szabályként. De ha figyelembe vesszük, hogy ez a módosítás az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításaként lépett életbe, akkor helyesebb az a vélekedés, hogy a magánszolgáltatók nem kötelesek OEP áron számlázni, mert a 43/1999 kormányrendelet a közszolgáltatásokról/közszolgáltatókról rendelkezik, a magánfinanszírozású szolgáltatások nem tartoznak e rendelet hatálya alá. A diszkrimináció-mentesség kötelme szintén a mellett szól, hogy a

magánszolgáltató saját áron számláz: a közfinanszírozott szolgáltató azért köteles OEP áron számlázni, mert árképzésében nem tehet különbséget honi és külföldi beteg között. Ez az elv kiterjeszhető a piaci szolgáltatókra is. Mint látjuk, a kritikus pontokon számos tisztázatlanság van, és csak a működés során kaphatunk végleges válaszokat.

## ÖSSZEGRZÉS

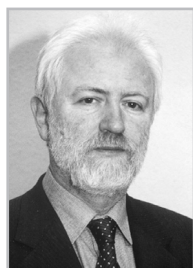
A határon átnyúló ellátás szabályozása elengedhetetlen, az Európai Bíróság által kikényszerített lépés volt, de ez most még elégtelen hatású szabályozást hozott. Az alapüzenet – a bíróság döntésének megfelelően – előremutató, de a Direktíva a hosszú és bonyolult elfogadási processzusban felpuhult, és számos kiskaput hagyott nyitva, amit – úgy

tűnik – a tagállamok ki is használnak. Ezért a Direktíva közvetlen hatása vélhetően igen mérsékelt lesz, de a dugó kikerült a palackból, és a szellemeket tradicionálisan nem lehet utána már visszaszuszakolni. Ugyanakkor a tényleges átjárhatóságnak sokkal tágabb feltételei vannak: elengedhetetlen lesz egy paradigmaváltás az egészségügyi adatkezelésben (betegközpontú adatszervezés az intézményközpontú helyett, mert az adatok csak így lesznek határon túl is megoszthatók), és megúszhatatlan a támogatási és elszámolási rendszerek valamilyen egységesítése is. Tetszik – nem tetszik: tudomásul kell venni a magánfinanszírozású szolgáltatók növekvő szerepét, ezért a közszolgáltatások kiegészítéseként szabályozottan, de használni kell ezt az eszközt. Ezen feltételek teljesülése esetén lesz valóban átjárható és hatékony az Unió egészségügyi ellátása.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Wolfram Lamping: European integration and health policy – a peculiar relationship, in: Monika Steffen (szerkesztette): Health Governance in Europe: issues, challenges, and theories, Oxon, Routledge, 2005.
- [2] [http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/LAKOS-SAG/OEPHULAK\\_EBELLAT/EUELLATASOK/EU\\_KARTYA\\_20121024.PDF](http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/LAKOS-SAG/OEPHULAK_EBELLAT/EUELLATASOK/EU_KARTYA_20121024.PDF)
- [3] C-158/96. számú ügy, Raymond Kohll kontra Union des Caisses de Maladie, C-120/95. számú ügy, Nicolas Decker kontra Caisses de Maladie des Employés Privés, C-157/99. számú ügy, B.S.M. Smits kontra Stichting Ziekenfonds VGZ, valamint H.T.M. Peerbooms kontra Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen.
- [4] Az Európai Parlament és a Tanács irányelve a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről, COM (2008) 414 végleges.
- [5] Dr. Kincses Gyula, Varga Eszter: Reálisan a határon átnyúló egészségügyi ellátás perspektívájáról [http://www.eski.hu/new3/gyogyturizmus/zip\\_doc\\_2010/Hataron\\_atnyulo\\_egeszsegugy.doc](http://www.eski.hu/new3/gyogyturizmus/zip_doc_2010/Hataron_atnyulo_egeszsegugy.doc)
- [6] [http://www.euvonal.hu/index.php?op=kerdesvalasz\\_reszletes&kerdes\\_valasz\\_id=1663](http://www.euvonal.hu/index.php?op=kerdesvalasz_reszletes&kerdes_valasz_id=1663)
- [7] Kincses, Gy.: A határon átnyúló egészségügyi ellátás perspektívái. Turizmus Bulletin, XIV évf. p. 69-72
- [8] Gáti J.: Belekóstolhatunk a külföldi egészségügyi ellátásba. 2013/41. SZÁM. [http://hvg.hu/hvgfriss/2013.41/201341\\_kulfoldi\\_egeszsegugyi\\_ellatas\\_itthonapolas](http://hvg.hu/hvgfriss/2013.41/201341_kulfoldi_egeszsegugyi_ellatas_itthonapolas)

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Dr. Kincses Gyula** 1976-ban végzett a Debreceni Orvostudományi Egyetemen, 1980-ban fül-orr-gégész szakorvosi szakvizsgát szerzett. 1976-tól 1991-ig a DOTE-n dolgozott fül-orr-gégészként. 1990-tól 1994-ig országgyűlési képviselő. 1991-től 1998-ig a Gyógyinfok igazgatóhelyettese. 1998-tól 2001-ig a Miniszterelnöki Hivatalhoz tartozó Stra-

tégiai Elemző Központban dolgozott. 2001-től a MEDINFO, az átalakulást követően az ESKI igazgatója. 2007. október 1-től az Egészségügyi Minisztérium államtitkára. A Fül- Orr- Gégegyógyászati Társaság tagja, valamint a Magyar Egészségügyi Informatikai Társaság, a Magyar Népegészségügyi Társaság és a Magyar Egészségügyi Telematikai Társaság alapító tagja. 1993-ban a MOTESZ International pályázat I. díjat, 2003-ban „Pro Sanitate” díjat, 2007-ban a Magyar Köztársaság Arany Érdemkeresztje kitüntetését kapott.