

Külföldi betegek ellátása és csatlakozásunk eddigi tapasztalatai az egészségbiztosításban

Dr. Lengyel Balázs, OEP

A közösségi koordinációs rendeletek meghatározzák az EGT-tagállamokból érkező betegek ellátásának mértékét és a jogosultságigazolás módját. Az egészségügyi szolgáltatók számára célszerűbb jobban megismerni ezeket a szabályokat, mivel nagymértékben befolyásolják a betegek ellátása utáni finanszírozást és az esetlegesen elérhető többletbevételeket. A csatlakozásunk óta eltelt idő, illetve a négy éve alkalmazandó osztrák, német szociális biztonsági egyezmény alapján láthatóak a betegek mozgásának tendenciái, az egészségügyi ellátások hazai és közösségi árai közötti különbségek, illetve az Egészségbiztosítási Alapot terhelő kiadások.

Több, mint fél évvel a csatlakozásunkat követően talán mára mindenki számára tapasztalható, hogy az egészségbiztosítás területén az Európai Unió koordinációja nem jelent harmonizációt.

A tagállamok – megőrizve szuverenitásukat – szabadon dönthetnek a biztosítottak köréről és a számukra nyújtandó ellátásokról, meghatározhatják a finanszírozási rendszert, forrásait, az adók vagy a járulékok mértékét. Ugyanakkor nagyon részletes és összetett szabályok határozzák meg, hogy a határokat átlépő biztosítottak mikor, milyen ellátásokat vehetnek igénybe a másik tagállamban. A nemzeti társadalombiztosítási rendszerek koordinációja azt a célt szolgálja, hogy a dolgozót (biztosítottat) lehetőleg ne érje azért hátrány, mert él a szabad mozgás jogával és átlépi az unió belső határait.

A koordinációs rendeletek (1408/71 EGK és az 574/72 EGK rendelet) végrehajtása, 2004. május 1-től a szolgáltatók számára „csak” a korábbi külföldi betegek ellátásának finanszírozásában jelentett változást. Az idézőjel arra utal, hogy azok a szolgáltatók, akik a turizmus által jobban érintett területeken dolgoznak, bevételkiesést könyvelhettek el már a nyári szezonban. Korábban az olyan külföldi országokból érkező külföldi betegek esetében, akiknek országával nem volt szociális biztonsági, szociálpolitikai egyezménye Magyarországnak, a szolgáltató a piaci árait érvényesítette, míg május 1-től, a jogosultságot igazoló EGT-tagállam állampolgára után csak a belföldi költségmérték szerinti finanszírozásra tarthat igényt az egészségbiztosítási pénztártól.

Komolyabb hatást gyakorolt azonban a koordináció az Országos Egészségbiztosítási Pénztárra, mint végrehajtó

szerve a megnövekedett adminisztráció és az ügyfélforgalom területén, illetve azokra a magyar állampolgárokra, akik rövidebb, vagy hosszabb időt töltöttek, vagy kívánnak eltölteni az Európai Gazdasági Térség tagállamaiban, mivel részükre kiváltható az a nyomtatvány, mellyel jogosultak utazásuk során a szükséges egészségügyi ellátásokra.

Szolgáltatói oldalon azonban vannak olyan további lehetőségek, melyekről az utóbbi időben többször lehetett olvasni a sajtóban, de mégsem kerülnek/tek igazán kihasználásra. Ez pedig a külföldi betegek tervezett ellátása a magyar szolgáltatóknál.

A közösségi rendelet, valamint a magyar szabályozás ismerete elengedhetetlen ahhoz, hogy a szolgáltatók reálisan tervezni, illetve szervezni tudják a külföldi betegek fogadását. Egyáltalán nem mindegy, hogy a beteg a koordinációs rendelet alkalmazásával kapja meg az egészségügyi ellátást vagy sem, illetve melyek azok a kivételes esetek, amikor nem kell a közösségi rendeletet alkalmazni, valamint mindezek függvényében hogyan alakul az ellátások finanszírozása.

KIRE ÉS MIKOR VONATKOZNAK A KOORDINÁCIÓS RENDELETEK?

Mindenekelőtt azzal kell kezdeni, hogy mindkét szabályozás rendeleti formában került kihirdetésre, tehát a közvetlen alkalmazása a tagállamokra nézve kötelező és elsőbbséget élveznek a belső joggal szemben a jogalkalmazás területén.

Az eredetileg csak hat tagállam szociális biztonsági rendszereit koordináló szabályok, a tagállamok, illetve alkalmazó államok (EFTA) számának jelentős bővülésére, valamint a tartalmilag és számszerűen is jelentős módosításokra (nem beszélve a bírósági esetjog értelmezést módosító döntéseire, továbbá a különböző kapcsolódó határozatokra) tekintettel mára az Unió egyik legbonyolultabb rendeletének címére méltán pályázhatna. A rendeletek végrehajtására több bizottság is felügyel, melyek közül az Igazgatási Bizottság (Administrative Commission on Social Security for Migrant Workers) a legfontosabb. Többek között ez a bizottság dönt a rendeletek végrehajtásához kapcsolódó formanyomtatványokról.

A rendeletekhez meglehetősen nagy számú formanyomtatvány tartozik. Az ellátások igényléséhez, illetve a jog-

sultságok igazolására minden tagállamban azonos formájú és tartalmú nyomtatványt kell használni. Mivel a nyomtatványok számozása és tartalma teljesen egységes, ezért a különböző nyelven kitöltött nyomtatványokkal való ügyintézés nem okoz különösebben nagy problémát, persze csak akkor, ha tisztában vagyunk az egyes nyomtatványok funkciójával. A nyomtatványok többsége a végrehajtásban érintett igazgatási szervek közötti levelezést segíti, de számos nyomtatvány kerül közvetlenül az ügyfelekhez. Amennyiben a másik tagállamban szükségük van rá, fel tudják használni az ellátások igénybevételekor, illetve a másik ország hatósági előtti igazolási eljárásokban.

A rendeletek értelmében az Európai Gazdasági Térség (EGT) valamely tagállamában – vagyis az Európai Unió, Norvégia, Izland és Liechtenstein területén biztosított személy meghatározott egészségügyi szolgáltatásokra jogosult egy másik tagállamban.

2004. június 1-től komoly változás következett be a jogosultságigazolás területén. Ekkor lépett hatályba az a módosítás, amely bevezette az Európai Egészségbiztosítási Kártyát (631/2004/EK rendelet). A módosítás elsődleges célja, hogy rendeleti szintű jogalapot teremtsen az Európai Egészségbiztosítási Kártya bevezetéséhez és a szolgáltatókkal szembeni közvetlen alkalmazásához. Ezzel párhuzamosan azonban e rendelet nagyobb horderejű változásokat is hozott a biztosítottak jogosultsága terén. Az ideiglenesen a másik tagállamban tartózkodó biztosítottak ugyanis a 2004. június 1. előtt – a biztosított státuszuktól függően – különböző mértékű ellátásokra voltak jogosultak. Az új rendelet ilyen téren is módosítja az 1408/71/EGK rendelet vonatkozó szabályait, és kibővíti egységesíti a különböző személyi kategóriák jogosultságait.

Mindazok részére, akik ideiglenesen tartózkodnak egy másik tagállam területén és megőrzik lakóhelyük szerinti tagállam biztosítását, amennyiben baleset, vagy megbetegedés miatt szükséges egészségügyi ellátást igényelnek, az a tagállam – a saját állampolgáraival azonos feltételek mellett – nyújtja az ellátást, melynek területén éppen tartózkodnak. Az ellátás költségeit pedig az a biztosító vállalja, amelyiknél az illető személy biztosítva van. Mindennek azonban feltétele, hogy az illető rendelkezzen egy E 111-es nyomtatvánnyal, vagy az európai egészségbiztosítási kártyával, melyen a biztosítója előzetesen vállalja a felmerülő költségek fedezetét. Abban az esetben, ha nem volt nyomtatvány, vagy kártya az ellátásra szoruló személynél, akkor az ellátásért a betegnek kell fizetnie, és hazatérése után igényelheti vissza a költségek egy részét. Hangsúlyozandó, hogy nem a teljes költségeket fogja visszakapni az illető, hanem csak azt a részt, melyet a biztosítójának akkor kellett volna kifizetnie, ha a nyomtatványt, vagy kártyát használnak az ellátás igénybevételekor. Nyomtatvány vagy kártya esetében a szolgáltató finanszírozása megegyezik a helyben lakó biztosított személyek után járó finanszírozással, nyomtatvány

vagy kártya nélkül azonban a szolgáltató a piaci árait tudja érvényesíteni.

A turistaként igénybe vehető szolgáltatások a módosítás előtt abban az esetben és mértékben jártak, amennyiben azok „azonnal szükségesnek” minősültek. Ez gyakorlatilag a sürgősségi gyógykezelés eseteit fedte le.

A módosítás óta a másik tagállamban tartózkodók a „tartózkodásuk során orvosilag szükségessé váló” szolgáltatásokat vehetik igénybe, melyek nyújtásakor figyelembe kell venni a tartózkodás tervezett időtartamát és a nyújtandó ellátások természetét. Az „orvosilag szükségessé váló” fordulatnak nincs bővebb meghatározása, ezáltal az ellátások nyújtásának elbírálásában a korábbinál nagyobb szerep jut a kezelőorvosnak. A rendeletek végrehajtásával foglalkozó Igazgatási Bizottság határozataiban pusztán azon ellátásokat emelte ki, amelyek orvosilag szükségessé válnak minősülnek ugyan, de nyújtásuk feltétele, hogy a beteg előzetesen egyeztessen a szolgáltatóval. Ilyen ellátások a dialízis és az oxigénterápia.

Az Igazgatási Bizottságban sok vita volt arról, hogy kell-e és lehet-e pontos definíciót adni a szükséges ellátásokra. A tagállamok csak abban értettek egyet, hogy bármilyen taxatív felsorolás vagy részletesebb iránymutatás alkalmas lehet arra, hogy a tagállamok eltérően értelmezzék a fogalmat és ebből következően eltérő hajlandósággal egyenlítsék ki az egészségügyi ellátások számláit, felülbírálván a beteget ellátó kezelőorvos döntését. Az is egyértelműnek tűnik, hogy nem lehet a szolgáltatót felelőssé tenni, mert „nem jól vizsgálta meg” a beteg tartózkodásának jogcímét, idejét.

Érdekes helyzetet teremtene, ha az ellátások előtt az orvos részletes vizsgálatnak vetné alá a beteg tartózkodási szándékát és amennyiben kiderülne, hogy a beteg már csak pár napot kíván eltölteni ebben a tagállamban, akkor a kezelőorvos megtagadná az ellátást, szemben attól a betegtől, aki azt válaszolná a kérdésre, hogy még 1 hónapot itt kíván tartózkodni.

Összefoglalva, tehát a szükséges ellátás viszonylag tágan értelmezendő és lényegében az egyetlen korlátja az, ha a beteg kifejezett gyógykezelési szándékkal érkezett a másik tagállamba.

Természetesen van mód arra, hogy a kifejezett gyógykezelési szándékkal érkező betegek is megkapják az ellátásokat, de ezekben az esetekben szükség van a beteg biztosítójának előzetes engedélyére, melyet az E 112-es nyomtatvány bizonyít. A koordinációs rendelet egyértelművé teszi, hogy a kifejezett gyógykezelési szándékkal történő határlépést minden esetben engedélyeztetni kell a beteg egészségbiztosítójával. Kimondja azt is, hogy a biztosító a hozzájárulást nem tagadhatja meg, ha az igényelt ellátás szerepel a biztosítási csomagjában, továbbá a beteg állapota, és az

igényelt gyógykezelés jellege szerint – megfelelő időn belül – az ellátást hazájában nem kaphatja meg. A „megfelelő időn belül” fogalom tartalommal való kitöltése szintén gyenge pontja a rendeletnek. Pusztán azért, mert várólista van az adott országban az ellátásra, még nem jelenti azt, hogy a biztosítónak hozzá kell járulnia a külföldi kezeléshez.

Magyarországon 1988. óta van lehetőség az engedélyezett külföldi gyógykezelések egészségbiztosítási finanszírozására. A részleteket meghatározó jogszabály azóta többször változott, azonban az az alapelv nem változott, hogy a betegség külföldi gyógykezelésének indokoltságáról nem az „íróasztalok mögött ülő” bürokraták döntenek, hanem az adott betegséget legjobban ismerő, illetékes országos intézetek. Az országos intézetek támogató nyilatkozata nélkül az OEP nem engedélyezheti a külföldi gyógykezelést.

Természetesen az engedély, vagy hozzájárulás nem az ellátások igénybevételéhez kell, hanem azok finanszírozásához. Ugyanis engedély hiányában minden beteg maga fizeti a szükséges ellátásokon túli gyógykezelését.

Az Európai Unió Bírósága az elmúlt időszakban többször is foglalkozott e rendelkezések értelmezésével, (Kohl és Decker – 1998. április, Ferlini – 2000. október, Vanbraekel, Geraets-Smits és Peerbooms – 2001. július, Muller-Fauré – 2003. május) és gyakran nem a koordinációs rendeleteken alapuló döntés született. Az egészségügyi ellátást számos döntésben szolgáltatásnak minősítve, a szolgáltatások szabad áramlását vonatkoztatták rá, melynek akadályát képezheti az előzetes engedély beszerzése. Végül az(ok) a kompromisszumnak minősíthető döntés(ek) születtek, hogy a kórházi ellátások területén továbbra is megmarad az előzetes engedélyeztetés, mivel itt olyan nagy költségekről lehet szó, amely már kedvezőtlenül befolyásolhatja a finanszírozási terveket és ezáltal a szabad mozgás jogával nem élők ellátása sérülhetne.

A nem kórházi ellátások területén viszont már nem kell a betegnek az előzetes engedélyt beszereznie az ellátások utólagos finanszírozásához. A bírósági döntések értelmében azonban a betegnek nem a tényleges költségei kerülnek visszatérítésre, hanem maximum a biztosítója szerinti ország belföldi költségei. Ebből következően Magyarországon nem kell attól tartanunk, hogy a magyar betegek tömegesen veszik majd igénybe az osztrák járóbeteg szakellátásokat, mivel a két ország között jelentős az árkülönbség.

E döntéseket kihasználva – fordított helyzetben – a magyar „nem kórházi” szolgáltatók viszont profitálhatnak abból, hogy az EGT-állampolgár betegüket a szükséges ellátásokon túl is elláthatják – természetesen fizetőköteles betegként és számla ellenében, továbbá tájékoztathatják a betegeket arról, hogy a bírósági döntések értelmében a számla

megtérítését hazájukban a biztosítójuknál kezdeményezhetik. Mivel nincs egyértelmű meghatározása közösségi szinten a kórházi ellátásnak, ez az utólagos visszatérítés vonatkoztatható a gyógyfürdő, az egy napos sebészeti, illetve a szanatóriumi ellátásokra is.

A feltételes mód arra utal, hogy a bírósági döntések nem kerültek átültetésre a koordinációs rendeletekbe. Tehát nincs írott közösségi szabály, ugyanakkor minden tagállamnak kötelezettsége a nemzeti jogrendszerét átalakítani az ítéleteknek megfelelően, mivel a bírósági ítéletek viszonylag következetesek és egy hasonló ügy biztosítói elutasítása esetén hasonló döntést hozhatnak a bíróságon a biztosító ellen.

Visszatérve az írott koordinációs rendeletre, fontos még megemlíteni, hogy az abban biztosított ellátásokat csak az adott állam egészségbiztosítási szerveivel szerződött szolgáltatónál lehet igénybe venni.

Az ellátásokra való jogosultságot a másik tagállamban az egészségbiztosítási teherviselő által kiadott E 111 jelű nyomtatvánnyal, illetőleg 2004. június 1-től az Európai Egészségbiztosítási Kártyával lehet igazolni. Magyarország kihasználja a kártya bevezetésének elhalasztásával kapcsolatos – a közösségi határozat által biztosított – átmeneti időszakokra vonatkozó mentességet, és 2004. június 1-től nem kezdte meg az Európai Egészségbiztosítási Kártya kibocsátását. Előreláthatólag 2005. októberétől kezdődik a kártya kibocsátása Magyarországon. Az átmeneti mentesség valamennyi tagállamban 2006. január 1-vel lejár, ezzel végleg megszűnik az E 111-es nyomtatvány.

A rendeletmódosítás az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének rendjét is szabályozza az egyszerűsítés jegyében. Mindezidáig tagállamonként igen eltérő módon lehetett hozzájutni az egészségügyi szolgáltatásokhoz: bizonyos tagállamokban – különösen Németországban és Ausztriában – a jogosultsági igazolást (E 111) elszámoló lapra kellett becserelni, míg az Egyesült Királyságban általában az útlevel felmutatása is elegendő volt. A 631/2004/EK rendelet értelmében 2004. július 1-től az illetékes teherviselő által kiadott jogosultságigazolással (E 111 vagy kártya) a biztosítottak egy másik tagállamban közvetlenül fordulhatnak az egészségügyi szolgáltatóhoz. Ez nem jelentett változást Magyarországon, mivel már a korábbi – a közösségi rendelet alapelveit megvalósító – német, osztrák szociális biztonsági egyezmény végrehajtásánál a közvetlen hozzáférést vezette be az OEP.

A szükséges ellátáson túl a rendeletek bizonyos személyeknek teljes ellátást biztosítanak a lakóhelyük szerinti tagállamban.

Teljes ellátásra a másik tagállamban a gyakorlatban két személyi kör jogosult. Az egyik, a biztosítottak azon eltartott

hozzátartozói, akik a másik tagállamban laknak, a másik pedig azon nyugdíjasok, akik lakóhelyüket áthelyezik egy másik tagállamba. A nyugdíjasok lakóhelyük áthelyezése esetén magukkal viszik korábbi nyugdíjukat és jogosultak kiváltani az E 121-es nyomtatványt, mellyel a helyben lakó állampolgárokkal azonos, teljes körű ellátásokat tudnak igénybe venni. Az említett nyomtatványt az átköltözést követően le kell adni egy helyi egészségbiztosítóhoz és így, csak a regisztrációt követően lesznek jogosultak az ellátásokra. Egy közösségi irányelv értelmében a lakóhely áthelyezése nem feltétlen jog. Jelenleg csak három hónapot tölthetünk el bejelentkezés nélkül egy másik tagállamban, három hónapot követően regisztráltatni kell magunkat, melynek feltétele, hogy a kérelmező rendelkezzen az adott tagállam megélhetési körülményeinek megfelelő anyagi fedezettel és egészségbiztosítással. A közösség nem támogatja a szociális helyzethez kötődő szabad mozgást, tehát nem engedi, illetve minden eszközzel próbálja kiszűrni, hogy valaki csak azért menjen át egy másik tagállamba mert ott jobb szociális ellátást remél.

Már az elmúlt négy évben a magyar-német, illetve a magyar-osztrák szociális biztonsági egyezmény lehetővé tette a nyugdíjasok egészségügyi ellátásának átvitelét a másik tagállamba. A négy év adatai alapján látható, hogy a mozgás Magyarország felé irányul. (2000-től 2004. április 30-ig 425 nyugdíjas német, osztrák állampolgár helyezte át a lakóhelyét Magyarországra, míg fordított irányban csak 20 magyar nyugdíjas költözött)

Csatlakozásunk óta az átköltöző nyugdíjasok száma a korábbi adatokhoz mérten jelentősen emelkedett és a korábban egyezményekkel nem érintett országokból is érkeztek áttelepülők. (Az elmúlt 6 hónapban a Magyarországra áttelepülők száma: 418 fő, főleg német, angol, holland nyugdíjasok, míg fordítottan még mindig viszonylag kevés magyar nyugdíjas költözik át egy másik tagállamba: 6 hónap alatt mindössze 32 fő.

KI FIZETI AZ ELLÁTÁSOKAT? TAGÁLLAMOK KÖZÖTTI ELSZÁMOLÁSOK

A közösségi rendelet – szemben a korábbi szociálpolitikai egyezményeinkkel – minden költség megtérítését előírja, és részletesen szabályozza annak módját, valamint az alkalmazandó formanyomtatványokat.

A szükséges ellátásokat minden esetben darabonként kiállított számlanyomtatványon mutatják be a tagállamok. Tehát magyar oldalon az OEP-nek minden Magyarországon a jogosultságát igazolt és ellátott EGT-tagállami állampolgár után külön-külön számlát kell kiállítania, melyeken az OEP által a szolgáltató részére kifizetett finanszírozási díj szerepelhet csak költségként és tartalmazzák az E 111, E 112 vagy a kártya szinte minden adatát.

Ebből is látható, hogy a magyar szolgáltató az E 111, E 112-es nyomtatvánnyal érkező EGT-betegek után ugyanarra a finanszírozásra számíthat, mint egy TAJ számmal rendelkező magyar beteg után. Számla kiállítására csak akkor jogosult, ha a beteg olyan szolgáltatást is igénybe vesz, melyek a magyar betegek részére is csak fizetőkötelezettséggel nyújthatóak. Az egyetlen eltérés, hogy a külföldi betegek ellátására nem vonatkozik a volumenkorlát.

A szolgáltató tehát nem számlázhat a jogosult EGT-állampolgárok ellátása után. Ez alól talán kivétel lehet, ha a beteg az E 111-es nyomtatvány mellett utasbiztosítást (privátbiztosítást) is felmutat és a szolgáltató „előbb veszi észre” a piaci biztosító kötvényét. Utólagos reklamáció esetén azonban vissza kell vonnia a számláját, mivel a koordinációs rendelet értelmében az ellátáskor felmutatott E 111-es nyomtatványt – a szerződött szolgáltatóknak – nem lehet visszautasítaniuk.

A kifejezett gyógykezelési szándékkal érkező, és biztosítójuk előzetes engedélyével rendelkezők (E 112-es nyomtatványt felmutatók) az azonos elbírálás elvéből következően a magyar árakon jogosultak hozzájutni az ellátásokhoz, ugyanakkor a szolgáltatóknak az ellátás nyújtásának időpontjánál a magyar jogosultak ellátását is figyelembe kell vennie. Tehát az E 112-es nyomtatvánnyal érkezők nem élveznek soronkívüliséget az ellátásban. Ebből viszont következik, hogy a szolgáltató a soron kívüli, esetleg azonnali ellátásért további díjat számíthat fel, vagy a teljes ellátást csak fizetőkötelezettség mellett vállalja azonnal. Természetesen ez feltételezi, hogy magyar betegek is csak várakozást követően kaphatják meg az igényelt ellátást, továbbá a magyar jogszabályok előírják még azt a feltételt, hogy a fizetőköteles betegeket csak a szabad kapacitása terhére láthat el a szolgáltató.

Visszatérve az elszámolásra: az áttelepülő nyugdíjasok, illetve a másik tagállamban élő eltartott hozzátartozók teljes körű ellátását a biztosítók úgynevezett átalányköltségeken térítik meg egymásnak. A szolgáltatóknak ezen személyek ellátásakor nincs további adminisztrációs teendője, mivel az ellátásra jelentkezők a jogosultságokat TAJ számmal igazolják. A biztosítók közötti megtérítések viszont már sokkal bonyolultabbak, hiszen a közösségi rendelet családonkénti átalányköltség kimutatását írja elő, melynek lényegében csak Luxemburg tud maradéktalanul megfelelni. Szinte minden tagállam hipotézisekből indul ki az 1 főre (vagy 1 nyugdíjasra) kimutatott egészségügyi költségeinek a bemutatásával. Mivel a rendelet előírja, hogy az átalányköltségnek a lehető legközelebb kell állnia a tényleges ráfordításokhoz, ezért a tagállamok kimutatott költségeit és számításait egy erre szakosodott bizottság (Számvizsgáló Bizottság) – az összes tagállam egyhangú szavazatával – hagyja jóvá. A bizottság évente kétszer ülészik, így gyakran elhúzódik az egyes tagállamok éves átalányköltségeinek a jóváhagyása. Jelenleg a bizottság komoly erő-

fejlesztéseket tesz az 5 évnél régebbi követelések rendezésére.

Az újonnan csatlakozó országok legkorábban 2005. év második felében tudnak a bizottsághoz fordulni a 2004. év átalányköltségeiknek a megállapítása iránt, mivel a számításhoz a jóváhagyott zárszámadási törvényekre is szükség van.

A tételes számlákat a rendeletek értelmezésében negyedéves, féléves késéssel küldik egymásnak a tagállamok, és 5 éven belül jogosultak a számlát benyújtani. Csatlakozásunk óta az OEP-hez még nem érkezett egyetlen tagállamból sem számla.

A fentiekből is látható, hogy viszonylag nehéz ilyen rövid idő alatt pontos képet vázolni arról, hogy mennyibe is kerül a csatlakozás az Egészségbiztosítási Alapnak.

Ugyanakkor az elmúlt négy év elszámolási tapasztalatai a német, osztrák szociális biztonsági egyezmény keretében mára viszonyítási alapot nyújthatnak és elegendő adattal szolgálnak. 2000. és 2004. április 30. között közel 100 000, az E 111-es nyomtatványnak megfelelő nyomtatványt adott ki az OEP. Ezen kiadott nyomtatványokra évente átlagosan 1470 db számla érkezett be, összesen 4191 db. A számlák éves átlagos összetétele 186 millió forintot tett ki. Ebből megállapítható, hogy egy átlagos költségű sürgősségi ellátás Németországban, Ausztriában 126,6 ezer forint volt. Ezzel szemben az OEP sokkal nagyobb számban 7257 esetben számlázott ellátást az említett két ország felé (évi 2177 darabot) melynek éves átlagos értéke 68 millió forint volt, tehát egy sürgősségi ellátás költsége Magyarországon mindössze 31,3 ezer forint.

A számlanyomtatványról nem derül ki pontosan a nyújtott ellátás, sem a diagnózis, ezért azt kell feltételeznünk, hogy a három ország négy év sürgősségi ellátásai valamilyen szinten hasonlóságot mutatnak. Amennyiben összevetjük az egy ellátásra jutó átlagos költségeket, akkor láthatjuk, hogy az ellátások költségei között négyszeres különbség állapítható meg.

Összefoglalva az elmúlt fél év tapasztalatait, továbbá a közösségi koordinációs rendelet kötelező alkalmazását, valamint az azon túli – tehát a rendeletben nem szabályozott – ellátási lehetőségeket, a magyar szerződött szolgáltatók a következő ellátásokból juthatnak többletbevételekhez.

• A magyar biztosítottak után járó finanszírozásra tarthatnak igényt a szolgáltatók az E 111, illetve kártya, vagy E 112-es nyomtatványokat felmutató betegek után. A volumenkorlát ezen betegek ellátására nem vonatkozik.

- Valamennyi olyan szolgáltatásért, amely nem jár a magyar biztosítottaknak, illetve azok is fizetnek érte, ugyanazon összeg elkérhető az EGT-tagállami polgároktól is. Lehet ez olyan egészségügyi szolgáltatás, melyet nem finanszíroz az egészségbiztosító, vagy olyan étkezési, elhelyezési többletszolgáltatás, melyet az igénybevevő közvetlenül fizet meg.
- Számla állítható ki a nyomtatvánnyal vagy kártyával érkező betegek esetében a szükséges ellátáson túli, nem kórházi kezeléseikért, melyeket a külföldi biztosító előzetes engedély hiányában is kénytelen a számlát benyújtó biztosított részére megtéríteni.
- Európa számos országában az egyes ellátásokra hosszabb várólisták léteznek (Anglia, Hollandia), melyek megoldására a hazai ellátási kapacitások kiépítéséig a betegeket egy másik EGT-tagállamba küldik szervezeten. Ehhez az érintett biztosítók (kórházak) szerződéseket kötnek a másik tagállam kórházával a finanszírozás, illetve az ellátások igénybevételének részleteiről. Mivel az elmúlt évek tapasztalatai alapján látható, hogy a sürgősségi ellátások területén legalább négyszeres az árkülönbség, feltételezhető, hogy jól szervezett és átgondolt fellépéssel egyes szolgáltatók vagy szolgáltatói csoportok mindenki számára előnyös feltételeket tudnak kialakítani az érintett országok biztosítóival.
- A kötelező biztosításokat számos országban úgynevezett kiegészítő biztosítások megkötésével lehet kiterjeszteni bizonyos további szolgáltatásokra (fogászat, rehabilitáció, gyógyfürdő, wellness). Mivel ezek a kiegészítő biztosítók piaci alapokon működnek – és nem vonatkozik rájuk a közösségi koordinációs rendelet – megfelelő ajánlatokkal az említett területeken célszerű lenne megkeresni őket, abból a célból, hogy Magyarországra küldjék ügyfeleiket, akik így egy külföldi utazás alkalmával kapják meg az ellátásokat és a biztosító is kevesebb költséget vállal, mintha ügyfele hazájában kapná meg ugyanazt az ellátást. Erre a szolgáltatói együttműködésre már számos példa látható az országban, leginkább a gyógyfürdő-szolgáltatások területén.
- További, jelenleg még szinte teljesen kiaknázatlan lehetőség a határon átnyúló együttműködések megvalósítása az egészségügy területén. A finanszírozási kérdések még nyitottak, és többféle megoldás is elképzelhető. Természetesen jelentősen befolyásolja a kérdést a partnerország biztosítójának szándéka és fizetési képessége. Ugyanakkor egy nemrégiben elkészült felmérésből megállapítható, hogy számos együttműködés létezik a határvidékeken és szinte valamennyi, legalábbis lehetőségként kezeli az egészségügyi – a betegek mozgásával járó – együttműködést is.