



---

Pázmány Law Working Papers  
2014/15

**Gellérné Lukács Éva – Gyeney Laura**

**Élesedő kontúrok - gyakorlati  
kihívások a határon átnyúló  
egészségügyi ellátás területén**

---

Pázmány Péter Katolikus Egyetem  
Pázmány Péter Catholic University Budapest  
<http://www.plwp.jak.ppke.hu/>

# Éleledő kontúrok - gyakorlati kihívások a határon átnyúló egészségügyi ellátás területén<sup>1</sup>

A határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelv analízise és annak magyar jogba való átültetése

GELLÉRNÉ LUKÁCS ÉVA\* - GYENEY LAURA\*\*

Már maga az irányelv címe is sokatmondó: „a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről”.<sup>2</sup>

A fenti megfogalmazás, amely az egyéni „betegjogok” szociális területen való megjelenését hangsúlyozza, egyenesen azt sugallja, hogy e vállalkozás immár túl kíván lépni az Unió korábbi, gazdaság orientált szemléletén.<sup>3</sup> Ezzel lényegében megerősítést nyerne a Lisszaboni Szerződés által az uniós polgárok felé közvetíteni kívánt üzenet, miszerint az Unió a tisztán gazdasági szempontok ösvényéről letérve új, immár szociális megfontolásokat is figyelembe vevő úton halad tovább.<sup>4</sup> A 2011/24/EU irányelv által kitűzött konkrét cél, így a jogbiztonság megteremtése, e grandiózus vállalkozás fényében persze igen szerénynek tűnhet. Ugyanakkor látnunk kell, hogy ezek az intézkedések a jövőre nézve fontos alapul szolgálhatnak egy integrált európai egészségpolitika megteremtéséhez.<sup>5</sup>

Való igaz, hogy a határon átnyúló egészségügyi ellátás területének szabályozása roppant szerteágazó. Amikor ugyanis határon átnyúló egészségügyi ellátásról beszélünk, igen sokféle dolgot értünk alatta. Egyes esetekben maga a szolgáltatásnyújtó utazik egy másik tagállamba kifejezetten kezelési célzattal.<sup>6</sup> Jóval gyakoribb, amikor nem az ellátást nyújtó, hanem maga a beteg utazik az ellátás helye szerinti tagállamba. Ennek tipikus esete, amikor a külföldi tartózkodás során merül fel az orvosilag szükséges vagy tervezett egészségügyi ellátás igénye. Ekkor a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/ EU rendelet nyer alkalmazást.<sup>7</sup> Megint más szabályok alkalmazandók akkor, ha a beteg kifejezetten az ellátás igénybevétele céljából utazik a másik tagállamba. Az ilyen jellegű, azaz a tervezett külföldi ellátás igénybevételére jelenleg az európai jogalkotás két másodlagos szabályozási eszköze

---

<sup>1</sup> „A tanulmány a Pázmány Péter Katolikus Egyetem TÁMOP-4.2.1.B-11/2/KMR-2011-0002. sz. projektje (A tudományos kutatások kibontakoztatása a PPKE-n) keretében jelent meg”

\*Dr. Gellérné dr. Lukács Éva PhD, közigazgatási tanácsadó

\*\*Dr. Gyeney Laura PhD, egyetemi adjunktus, Európai Tanszék, PPKE JÁK

<sup>2</sup> AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS 2011/24/EU IRÁNYELVE (2011. március 9.) a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről, (HL L 88., 2011.4.4., 45. o.).

<sup>3</sup> „Stephanie DE LA ROSA: The Directive on cross border healthcare or the art of codifying complex case law. *CMLRev.* 49, 2012

<sup>4</sup> Az EUSz. 3. cikk (3) bekezdése értelmében „Az Unió küzd a társadalmi kirekesztés és megkülönböztetés ellen, és előmozdítja a társadalmi igazságosságot és védelmet, a nők és férfiak közötti egyenlőséget, a nemzedékek közötti szolidaritást és a gyermekek jogainak védelmét.”

<sup>5</sup> Willy Palm, Rita Baeten, The quality and safety paradox in the patient’s rights directive, downloaded: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/21/3/272.full.pdf+html>, 272. o.

<sup>6</sup> Ezt szolgálja a diplomák és szakképesítések kölcsönös elismeréséről szóló 2005/36/EK irányelv.

<sup>7</sup> A 19. cikk szerint, az illetékes tagállamtól eltérő tagállamban ideiglenesen tartózkodó biztosított személy a tartózkodása alatt, orvosi okokból szükségessé váló természetbeni ellátásokra jogosult, figyelembe véve az ellátások jellegét és a tartózkodás várható időtartamát.

irányadó. Egyfelől, a már előbb említett koordinációs rendelet 20. cikkének 2. bekezdése,<sup>8</sup> illetve a jelen tanulmány tárgyául szolgáló 2011/24/EU számú irányelv által rögzített szabályok.<sup>9</sup> Láthatjuk tehát, hogy a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó szabályozás igen sok mozaikból áll össze. Ennek fényében messze nem meglepő, hogy a 2011/24/EU irányelv megszületésének háttérében mindenekelőtt a jogbiztonság követelménye fenti területen való megteremtése állt.

Felvetődik ugyanakkor a kérdés, hogy vajon a kérdéses irányelv valóban kimerül-e a betegek európai mozgására vonatkozó - az EUB belső piaci joggyakorlatán keresztül fejlődött-joganyag kodifikáció útján való rendezésében<sup>10</sup> vagy az immár tényleges előrelépést jelent a szociális Európa ideájának megteremtésében. A következőkben az irányelv bemutatása mellett főként e kérdést vizsgáljuk.

## 2. A határon átnyúló egészségügyi ellátás „uniós megközelítésű” problémaköre

Mindenekelőtt érdemes megvizsgálni, mit értünk határon átnyúló egészségügyi ellátás alatt kifejezetten európai jogi megközelítésből. Nyilvánvalóan azt, ha a beteg nem a saját biztosítása helye szerinti országban, hanem egy másik tagállamban vesz igénybe az egészségügyi ellátást. Ugyanakkor a tagállamok közti szabad mozgására vonatkozó „európai jog” nem merülhet ki pusztán abban, hogy a beteg a biztosítás helye szerinti tagállamtól eltérő tagállamban is igénybe veheti az ellátást. Gondoljunk csak arra, hogy ez könnyen lehetséges, amennyiben az érintett kizárólag maga viseli annak költségeit. Az igazi kihívást a betegek szociális biztonsági jogosítványainak nemzeti határok átlépését követő megőrzése, így „a területiség elvének” megkerülése” jelenti.<sup>11</sup>

Az előbb említett, Magyarországgal szemben az uniós csatlakozása óta hatályos 883/2004/EK rendelet épp erre a problémára kínál megoldást egy jogi fikció segítségével. Az ún. koordinációs mechanizmus ugyanis lehetővé teszi a nemzeti ellátórendszerek párhuzamos működését - fenntartva egyben azok sajátosságait. A betegek egyenlő hozzáférést kapnak az ellátó tagállam rendszeréhez, mintha ott helyben lennének biztosítva. Ez mind a fent már jelzett orvosilag szükséges, illetve az ún. tervezett ellátásra is alkalmazandó.

A fenti rendelet jól átlátható rendszerébe robbanásszerűen tört be a Bíróság „Kohll és Decker” ügyekben hozott döntése,<sup>12</sup> amely az ellátás költségeinek megtérítése vonatkozásában új utakat nyitott a szolgáltatások szabad áramlására, mint alapvető gazdasági szabadságra hivatkozással.<sup>13</sup> Így, a rendeleti szabályozás mellett megjelent az elsődleges uniós

---

<sup>8</sup> Ennek értelmében a biztosított személy, akit az illetékes intézmény feljogosít arra, hogy kezelés igénybevétele céljából egy másik tagállamba utazzon, a tartózkodási hely szerinti tagállam intézménye által az általa alkalmazott jogszabályoknak megfelelően nyújtott természetbeni ellátásban részesül, mintha az említett jogszabályok szerint lenne biztosított.

<sup>9</sup> Ez az irányelv alkalmazandó továbbá az ún. telemedicina szolgáltatásokra, így az olyan egészségügyi szolgáltatásokra, amelyek során az ellátásban részesülő és az ellátó személy közvetlenül nem találkozik. A kapcsolat ez esetben valamilyen távoli adatátviteli rendszeren keresztül jön létre - elsősorban interneten, telefonon keresztül- főként diagnosztikai konzultáció céljából. Hasonlóképpen, a fenti irányelv szabályai nyerne alkalmazást a gyógyszerek, illetve gyógyászati segédeszközök határon átnyúló vásárlása során.

<sup>10</sup> Frans Pennings: The Draft Patient Mobility Directive and the Coordination Regulations of Social Security, In *Helath Care and EU Law, legal Issues of Services of General Interest*, 2011.147.o.

<sup>11</sup> De la Rosa i.m. 16.o.

Utóbbi megköveteli, hogy a biztosított az ellátás helye szerinti tagállam lakosa legyen.

<sup>12</sup> C-120/95, Decker v Caisse de Maladie des Employés Privés (Decker) and C-158/96, Kohll v Union des Caisses de Maladie (Kohll) [1998] ECR I-1831

<sup>13</sup> Lásd a témakörrel: dr. Lukács Éva, Ki fizeti a számlát? – a személyek szabad mozgása és az egészségügy kapcsolata az EU tagállamaiban, *Magyar Jog* 2002/8. 485. o.

joganyagon, konkrétan a szolgáltatás szabad áramlásának szerződéses rendelkezésein alapuló bírói esetjog által kifejlesztett mechanizmus.

Az irányelv célja épp ezen új ösvény mentén kialakult esetjog kodifikálása egy hagyományosan tagállami hatáskörbe tartozó területen.<sup>14</sup>

## 2.1. A Bíróság vonatkozó joggyakorlata - a belső piaci alapok

Elsőként érdemes megvizsgálni, hogy melyek is ezek a fent említett belső piaci alapok, amelyek egyfajta keretként szolgáltak az irányelv kidolgozása során.<sup>15</sup>

A luxemburgi bíróságnak a más tagállamokban nyújtott egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésre vonatkozó belső piaci tárgyú döntései csak a 80-as évek közepétől kerültek porondra.

Itt szükséges megemlíteni az Európai Bíróságnak azt a három döntését,<sup>16</sup> így a Luisi és Carbone,<sup>17</sup> a Grogan<sup>18</sup> és a fent említett Kohll és Decker eseteket, amelyekben deklarálásra került, hogy az egészségügyi szolgáltatás gazdasági szolgáltatásnak minősül, így az a szolgáltatások szabad áramlása hatálya alá tartozik.

A Kohll eset volt az első eset azonban, ahol egy társadalombiztosítás hatálya alá tartozó ellátást vettek igénybe.<sup>19</sup> A döntés heves vitákat generált, mivel ennek következtében a nemzeti jog, amely az ellátást nyújtó tagállamban felmerült költségek megtérítését előzetes engedélyhez köti, felülírásra kerül a belső piaci doktrínák által. A Bíróság ennek alapján a konkrét ügyben úgy határozott, hogy a térítés előzetes engedélyhez kötése indokolatlan akadályt emel a szolgáltatások, így a fogászati ellátások belső piacon történő szabad áramlása elé. Főszabályként a külföldön igénybe vett egészségügyi ellátás költségei is visszatéríthetők, méghozzá a rendeletben foglaltaktól eltérően, előzetes engedélyeztetés hiányában is. E korlátozás csak kivételesen nyerhet igazolást, így vagy szerződéses alapon, a közegészségügy védelmére hivatkozással vagy a bírói gyakorlatban kifejezesebben közérdekű kényszerítő követelményként. A konkrét ügyben Luxemburg azzal érvelt, hogy az előzetes engedélyeztetés hiánya kedvezőtlenül hatna a társadalombiztosítási rendszer finanszírozására. Mivel Kohll úr csak a luxemburgi nemzeti tarifák mértékéig kérte a térítést – nem pedig az egészségügyi szolgáltatást nyújtó ország tarifái szerint,- a luxemburgi egészségbiztosítási alaphoz nem kellett volna többet fizetnie a külföldi ellátás illetve vásárlás miatt, mintha arra Luxemburgban került volna sor. Így a Bíróság a pénzügyi fenntarthatóság veszélyeztetésére vonatkozó fenti érvelést elutasította.

---

<sup>14</sup> SOKOL, Tomislav, HODAK Ljerka Mintas, ABRAMOVIC, Ana : Patient mobility directive. one step forward or two steps back? CYELP, vol. 8.8. 144.o. file:///C:/Users/Laura/Downloads/CYELP\_Vol\_8\_8.pdf

<sup>15</sup> A közegészségügy kérdése a belső piac területén ugyan halványan már korábban is jelen volt, méghozzá a mennyiségi korlátozással azonos hatású intézkedések körében, egyfajta szerződéses kimentési okként. Jelenleg az EUMSz. 36(2) bekezdése rögzíti a közegészségügyi kivételek esetkörét.

<sup>16</sup> C - 286/82 és 26/83 Luisi and Carbone egyesített esetek (1984) ECR 377, C-159/90, Society for the Protection of Unborn Children Ireland/Grogan (1991) ECR I-4685, C-158/96, Kohll (1998) ECR I-1931.

<sup>17</sup> Luisi and Carbone v Ministero del Tesoro egyesített ügyek 286/82 and 26/83 [1981] ECR 2595.

<sup>18</sup> Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd. v. Grogan , C-159/90, [1991] ECR 4685.

<sup>19</sup> Kohll úr egészségügyi ellátás igénybevétele céljából lépte át a luxemburgi országhatárt. Raymond Kohll lánya fogszabályozását Németországban végeztette el. Ezt követően kérelmezte költségei megtérítését saját luxemburgi egészségbiztosítójától, noha a külföldi ellátáshoz a biztosító előzetesen nem járult hozzá. Kohll ugyan kifejezetten kérte az engedély kiadását a kezelésre, melyet azonban azon az alapon utasítottak vissza, miszerint a fogszabályozást nem tekintik sürgős kezelésnek, ezért ezt Luxemburgban is elvégezhették. Kohll érvelése szerint az előzetes engedélyezési eljárás korlátozta őt abban, hogy más uniós tagállamban vásárolhasson szolgáltatást, ami ellentétes az akkor hatályban lévő EK Szerződés szolgáltatások szabad áramlására vonatkozó 49. és 50. cikkeivel.

HERVEY, Tamara K. Hervey and McHALE, Jean V.: Health Law and the European Union, Cambridge University Press, 2004. 126.o.

A Kohll és Decker ügyet számos további ügy követte, amelyben lényegében a „Kohll és Decker eljárás” finomhangolására került sor. Így a Smits és Peerboms ügyben<sup>20</sup> a Bíróság világossá tette, hogy a fenti alternatív eljárás ugyan az összes egészségügyi ellátásra vonatkozik, de a térítés előzetes engedélyeztetése *igazolható* mind a kórházi ellátások, mind pedig azon nem kórházi ellátások körében, amelyek tervezést igényelnek, illetve speciális és költséges orvosi infrastruktúra vagy orvosi felszerelés alkalmazását kívánják meg. Amíg azonban a 883/2004/EK rendelet 20 cikkének (2) bekezdése részletesen szabályozza az előzetes engedélyeztetés esetkörét, addig a Kohll és Decker ügyben megjelenő „alternatív eljárás” számos bizonytalanságot hagyott az igazolhatóság körét illetően.<sup>21</sup>

## 2. 2. A belső piac megközelítésből fakadó feszültségek

A Kohll - Decker eljárást számos kritika érte, mind a tagállamok, mind a jogirodalom részéről,<sup>22</sup> elsősorban a tagállami szociális biztonsági rendszerek pénzügyi egyensúlyának fenntarthatóságának veszélyeztetése miatt. Ez a veszély azonban úgy tűnik csak a kisebb államokat és azon belül is csak a határmenti régiókat fenyegeti.<sup>23</sup> A Bizottság becslései alapján, a határon átnyúló ellátások költségei a költségvetés közegészségügyi kiadásainak mindössze 1%-át teszi ki.<sup>24</sup> Úgy tűnik, a problémák nem annyira a pénzügyi kérdésekből, mint inkább a két normarendszerekből eltéréseiből fakadnak. Amíg a koordinációs rendelet elsődleges célja az egyes tagállami rendszerek együttéléséből fakadó konfliktusok csökkentése, addig a szolgáltatások szabad áramlásán alapuló szisztéma a belső piaci kereskedelem teljes akadálymentesítését tűzi célul. A Bíróság a két eltérő logikán nyugvó struktúrából fakadó feszültséget azok egymást kiegészítő jellegének hangsúlyozásával igyekszik feloldani. Ezt jól tükrözi a Bíróságnak a más tagállamban igénybe vett kórházi ellátás előzetes engedélyeztetése tekintetében irányadó „megfelelő idő” követelményét koherenssé formáló gyakorlata. Ennek eredményeként maga az új rendelet is megköveteli már az egyedi esetre vonatkozó összes körülmény figyelembevételét az orvosilag indokolt idő követelménye tekintetében.<sup>25</sup>

E fenti problémát tovább fokozza, hogy míg a bírói gyakorlat igen széles lehetőségeket kínál a betegek számára a határok felszámolásával járó negatív integrációnak köszönhetően, addig az uniós jog a kérdéses nemzeti politika formálására csak az ún. „soft law” szerény eszköztárából válogathat. Következésképp, a jóléti állam szervezését markánsan befolyásoló belső piaci hatások és a tagállami újraelosztó mechanizmusok védelmét biztosító uniós aktusok között diszkrépancia számottevő.

Mivel a Kohll- Decker megoldás végső soron az uniós jog alkalmazási körének kiterjesztését eredményezi, a tagállami politikák sajátosságai és működőképessége megőrzése céljából e

<sup>20</sup> C-157/99 Smits and Peerbooms [2001] ECR I-5473

<sup>21</sup> A Kohll és Decker ügyeket követő Vanbraekel és Watts ügyek tovább cizellálták a szolgáltatások szabad áramlásán alapuló mechanizmust. C-368/98, Vanbraekel, ECR 2001, I-53631 ill. Yvonne Watts (Case C-372/04) [2006] ECR I-4325.

<sup>22</sup> Vassilis G. HATZOPOULOS: Killing national health and insurance systems but helaing patients? The European market for healthcare services after the judgements of the ECJ in Vanbrakel and Perbooms”, 39 CMLRev.2002 683-729.

<sup>23</sup> DE LA ROSA i.m. 21.

<sup>24</sup> Community action on helath services. 26 September 2006, SEC (2006) 1195/4, 6.

<sup>25</sup> A Smits és Peerbooms (104.) ill. a Müller Fauré (90.) döntéseiben a Bíróság úgy fogalmaz, hogy a nemzeti hatóságok kötelesek az adott esetre jellemző valamennyi körülményt figyelembe venni, így nemcsak a betegnek az engedély iránti kérelem benyújtásakor meglévő egészségi állapotát, hanem a beteg kórelőzményét is annak eldöntésekor, hogy az ugyanolyan eredményességű kezelést megfelelő időben igénybe lehet-e venni egy olyan intézményben, amely a biztosított egészségbiztosítási pénztárával megállapodást kötött. Amíg az eredeti, azaz a 1408/71 EK rendelet 22. cikke még „az adott ellátásban való részesüléshez általában szükséges idő” fogalmával operált, az új rendelet már a fenti döntéseket figyelembe véve úgy rendelkezik, hogy „

mechanizmusnak valamilyen módon kereteket kell szabni. Ennek eszközeként szolgál az elsőként a Smits és Peerbooms esetben elismerést nyert közérdeken alapuló kényszerítő követelmények kategóriája.

Végül, talán mindezek közül a legkönnyebben orvosolható feszültségforrás, hogy a belső piaci akadályok igazolhatóságát illetően az európai jog jelenleg csak csekély mértékű eligazodást kínál.<sup>26</sup> A Bíróság gyakorlata ilyen közérdekű célként tartja számon „a szociális biztonsági rendszer pénzügyi egyensúlyának fenntarthatósága”,<sup>27</sup> illetve a „folyamatos hozzáférés biztosítása a magas szintű egészségügyi ellátáshoz” kényszerítő követelményét.<sup>28</sup> Épp ezért szükségesnek mutatkozott-e követelmények pontosítása egy jogalkotási aktusban való rögzítés útján. Ezt szolgálja az alább bemutatásra kerülő irányelv egyik központi rendelkezése, így annak az előzetes engedélyeztetés kereteit lefektető 8. cikke.

### 3. Az irányelv megszületésének konkrét előzményei

A Bíróság Kohll és Decker, illetve a Smits & Peerbooms döntéseit követően tehát komolyan felmerült az igény a jogi keretek tisztázására, elsősorban a fenti bizonytalanságok elosztatása útján. A Bizottság kompetens főigazgatósága számára ugyanakkor komoly fejtörést okozott, hogy az egészségügyi szektor modernizációjára a belső piac szabályainak átfogó reformja keretében vagy specifikusan, a szektorális megközelítést követve kerüljön-e sor.<sup>29</sup> A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások terén megvalósítandó jogbiztonság elérésére 2002-ben felállításra került egy magas szintű szakértői csoport (high level group).<sup>30</sup> A munkacsoport az egészségügyi szolgáltatási szektor általános szolgáltatási irányelv keretein belül történő szabályozására tett javaslatot. Így a Bolkenstein irányelv első verziója még tartalmazta az egészségügyi szolgáltatások kategóriáját.<sup>31</sup> Ami ezután következett, az mindenki számára jól ismert. 2005 áprilisában az Európai Parlament - a referendummal kapcsolatos viták feszült légkörében, amelyet az alkotmányos szerződéssel és a szolgáltatási irányelvvel szembeni általános bizalmatlanság jellemezett – elfogadott egy határozatot, amely az egészségügyi szolgáltatások speciális karakterét és ebből eredően azok általánostól eltérő megközelítését szorgalmazta. A 2006/123/EK irányelv végső változata így már nem vonta szabályozási tárgykörébe az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó részt, utat nyitva ezzel egy önálló, kifejezetten „az egészségügyi szolgáltatások mozgására” fókuszáló irányelvtervezet előkészítésére.<sup>32</sup>

<sup>26</sup> „Mindebből következően ahhoz, hogy az előzetes közigazgatási engedélyezésen alapuló rendszer annak ellenére igazolt legyen, hogy eltér ettől az alapvető szabadságtól, minden esetben objektív, hátrányos megkülönböztetéstől mentes és előzetesen ismert szempontokon kell alapulnia, hogy kellően behatárolja a nemzeti hatóságok mérlegelési jogkörének gyakorlását, hogy azok ne tudják önkényesen alkalmazni. Az efféle előzetes közigazgatási engedélyezési rendszer alapja ugyancsak olyan, könnyen hozzáférhető eljárási rendszer, amely megfelelően gondoskodik arról, hogy az érdekeltek kérelmét ésszerű határidőn belül, objektíven és pártatlanul bírálják el, és amelyben az engedély esetleges megtagadását bírói úton meg lehet támadni.” Lásd Smits és Peerbooms 90. pont

<sup>27</sup> Lásd Decker ítélet 39. pont

<sup>28</sup> Lásd Smits és Peerbooms ítélet C-157/99 105. pont.

<sup>29</sup> DE LA ROSA i.m. 25. o., Miek PEETERS: Free movement of patients: Directive 2011/24 on the application of Patients' Rights in cross - border healthcare. European Journal of Health Law, 19 (2012) 30. o.

<sup>30</sup> Follow up to the High Level Process of Reflection on patient mobility and healthcare developments in the European Union, COM (2004) 301 of 30 April 2004

<sup>31</sup> PEETERS i.m. 31., DE LA ROSA i.m. 25.

<sup>32</sup> Végső soron tehát, a betegjogi irányelv megszületése annak köszönhető, hogy a Bolkenstein direktíva kizárta az egészségügyi szolgáltatásokat alkalmazási köréből. Ez nem jelenti azt, hogy előbbi az utóbbi vonatkozásában hézagpótló jelleggel bír. A 2011/24/EU irányelv semmiképp sem tekinthető az általános szolgáltatási direktíva szektorális leképeződésének. Amíg utóbbi a valamely tagállamban honos vállalkozások piacra jutását igyekszik megkönnyíteni egy másik tagállamban való szolgáltatásnyújtás céljából, addig a betegjogi irányelv alapvetően

A Bizottság azonban épp a fenti bizonytalan hangulat okán csupán 2008 júliusában nyújtotta be a kérdéses irányelvre vonatkozó tervezetét. Annak Tanács általi első olvasatban történő elutasítása után,<sup>33</sup> végül a belga elnökségnek sikerült azt elfogadtatnia mind a Parlamenttel, mind pedig a Tanáccsal. A legvitásabb pontot a kórházi ellátásokkal kapcsolatos engedélyeztetési rendszer jelentette. A tagállamok ugyanis hevesen ellenezték a Parlament álláspontját, miszerint az engedélyeztetés a főszabály alóli kivételként szolgálhat csak. Az előzetes engedélyeztetés végül, szigorú keretek közé lett szorítva. A Parlamentnek sikerült egy taxatív listát elfogadtatnia az előzetes engedély alkalmazhatóságának, ill. elutasíthatóságának eseteiről (lásd tárgyalási irányelv 8. cikk).

Az irányelv hatályos szövege 2011. március 9-én került végső elfogadásra a magyar elnökség alatt és a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelvként hirdették ki. A tagállamoknak 2013. október 25-ig kellett átültetniük az irányelvben foglalt szabályokat.

#### 4. Az irányelv célja, jogalapja

Az irányelv lehetővé teszi, hogy az orvosi ellátás céljából más tagállamba utazó uniós polgárok és a szabad mozgás jogát gyakorló uniós tagállami biztosítottak ugyanolyan bánásmódban részesüljenek, mint annak az országnak az állampolgárai, amelyekben a kezelést kapják. Az irányelv elsődleges célja tehát a betegmobilitással kapcsolatos jelenlegi joggyakorlat átlátható és magas minőségi és biztonsági szempontokat garantáló rendszerbe foglalása, mindenekelőtt a *költségtérítés*, illetve az előzetes engedélyeztetéssel kapcsolatos *eljárási garanciák* terén. Az irányelv mindezt úgy teszi, hogy leszámol a szabad mozgást gátló igazolatlan akadályokkal, hangsúlyozva egyben az *európai értékek* egészségügy területén játszott szerepének fontosságát az *új betegjogok* deklarálásán keresztül.

Ami az irányelv *jogalapját* illeti, a preambulum úgy rendelkezik, hogy „mivel a belső piaci jogalap feltételei teljesülnek (EUMSZ. 114. cikk), az uniós szabályozás akkor is erre a jogalapra támaszkodik, ha a közegészség védelme (EUMSZ. 168. cikke) döntő tényező a meghozott döntésekben”.<sup>34</sup> Bár egyes szerzők csak a belső piaci cikkekre utalnak jogalkotási alapként,<sup>35</sup> hangsúlyozni szükséges, hogy az irányelv kettős jogi alapon nyugszik. Ennek rögzítése azért lényeges, mert épp a közegészségügyi jogalapot tartalmazó 168. cikkekre utalás az, ami a tagállami kompetencia közegészségügy területén való fenntartását szolgálja, és ami épp ezáltal jelentősen elvesz az irányelv erejéből. Ezt tükrözi az irányelv hatályos verziójában szereplő számos kimentési körülmény, hiszen köztudott, hogy a kérdéses jogszabály csak komoly kompromisszumok árán láthatott napvilágot.

#### 5. Az irányelv szerkezeti felépítése

Az irányelv szerkezeti struktúráját illetően a következő:

Az irányelv *első fejezete* tartalmazza az irányelv tárgyát és hatályát, annak más uniós rendelkezésekkel való kapcsolatát, továbbá fogalom meghatározásokat.

---

úgy kívánja az egészségügyi szolgáltatások határon átnyúló mozgását elősegíteni, hogy maguk a betegek, azaz a szolgáltatás igénybevevői számára biztosít különböző jogosítványokat a más tagállami ellátás elérése céljából. Ugyanakkor nem lehet eleget hangsúlyozni, noha az egészségügy nem tartozik az általános szolgáltatási irányelv hatálya alá, a belső piaci elvek e területre is alkalmazandók.

<sup>33</sup> A blokkoló kisebbség sorai közt szerepelt elsősorban Spanyolország, Portugáliával, Lengyelországgal, Romániával, Litvániával, Szlovákiával és Görögországgal karöltve.

<sup>34</sup> Lásd preambulum 2. pont.

<sup>35</sup> PEETERS i.m. 33

Az irányelv 1. cikk úgy rendelkezik miszerint „Ez az irányelv a határon átnyúló, biztonságos és magas színvonalú egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés megkönnyítését célzó szabályokról rendelkezik, és előmozdítja az egészségügyi ellátás területén folytatott tagállami együttműködést az egészségügyi ellátás szervezésére és nyújtására vonatkozó nemzeti hatáskörök teljes mértékű tiszteletben tartása mellett. „Az irányelv célja továbbá a szociális biztonsági rendszerek koordinálására vonatkozó meglévő kerettel, a 883/2004/EK rendelettel való kapcsolatának tisztázása a betegek jogainak érvényesítése céljából.”<sup>36</sup>

Mint az fent már említésre került, láthatjuk, az irányelv lényegében azt hivatott elősegíteni, hogy az orvosi ellátás céljából más tagállamba utazó polgárok, *ugyanolyan orvosi kezelésben részesüljenek*, mint a kezelést nyújtó ország állampolgárai. Ennek érdekében az irányelv előmozdítja az egészségügyi ellátás területén folytatott *tagállami együttműködést, egyben garantálva a nemzeti hatáskörök tiszteletben tartását*. Az irányelv célja nem utolsósorban a *883/2004/EK rendelettel való kapcsolat* tisztázása a betegek jogainak érvényesítése céljából.

Az irányelv 3. cikke a fogalom meghatározások között definiálja az irányelv végrehajtása szempontjából kulcsfontossággal bíró „egészségügyi ellátás”, a „biztosított személy”, ill. az „egészségügyi szakember” fogalmát. Ami az egészségügyi ellátás fogalmának meghatározását illeti,<sup>37</sup> szükséges hangsúlyozni, hogy az kizárja mindazon ellátásokat, amelyek olyan tartós ápolási-gondozási szolgáltatásokra irányulnak, amelyek célja a napi, rutinjellegű teendők ellátásában segítségre szorulókat támogatása, továbbá kizárja a szervátültetéssel kapcsolatos orvosi beavatkozásokat is.<sup>38</sup>

Az irányelv a definíciók között - meglepő módon - nem határozza meg az előzetes engedélyeztetés körében kiemelt fontossággal bíró „*kórházi ellátás*” fogalmát.<sup>39</sup> Magából a jogszabálysövegből azonban arra a „minimumdefinícióra” következtethetünk, miszerint „*kórházi ellátásnak minősül az az ellátás, amely az érintett beteg legalább egyéjszakás kórházi tartózkodását teszi szükségessé*”. Így egy olyan beteg ellátása, aki kórházi vagy klinikai kezelést kap, majd hazatér és következő nap behívják kontrollra, vagy épp a kezelésének második része a rákövetkező napra esik, nem minősül az irányelv értelmében vett kórházi ellátásnak.<sup>40</sup>

Az irányelv második és harmadik fejezete képezi a jogszabály központi magvát, így ez a rész rendezi a tagállami felelősségi szabályokat, illetve rögzíti a határon átnyúló egészségügyi ellátással kapcsolatos költségek megtérítésének általános szabályait.

Az irányelv külön rendelkezik az ellátást nyújtó tagállam (4. cikk) és a biztosítás helye szerinti tagállam (5. cikk) felelősségéről.

Az irányelv értelmében az *ellátás helye szerinti tagállam* szervezi és biztosítja az *egészségügyi ellátást* a más országból származó betegekkel való *egyenlő bánásmód* követelményét tiszteletben tartva. Ezen felül, ellenőrző mechanizmusok révén gondoskodik az egészségügyi ellátás nyújtásához kapcsolódó *minőségi és biztonsági normák* tiszteletben tartásáról. Biztosítja továbbá a *személyes adatok védelmének betartását*. Az ellátás helye szerinti ország nemzeti kapcsolattartó pontja megfelelő *tájékoztatást* nyújt a betegek részére az ellátórendszer általános működéséről, az azt irányító, ellenőrző szervezetrendszeréről.

Az egészségügyi ellátás nyújtását követően a *biztosítás helye szerinti tagállam* feladata az *ellátás költségei megfelelő részének a biztosított személy részére történő megtérítése*, amennyiben az igénybe vett kezelés a nemzeti jogszabályok szerint része az érintett

---

<sup>36</sup> Lásd irányelv 1. cikk

<sup>37</sup> Az irányelv szerint: „egészségügyi ellátás”: olyan egészségügyi szolgáltatás, amelyet egészségügyi szakemberek nyújtanak betegeknek egészségi állapotuk értékelése, fenntartása vagy javítása érdekében, ideértve a gyógyszerek és az orvostechikai eszközök felírását, kiadását és az azokkal való ellátást. Lásd IE 3. cikk (a) pont

<sup>38</sup> Ez a Tanácsban komoly vita tárgyát képezte. Lásd PENNINGGS i.m. 149.o.

<sup>39</sup> PEETERS i.m. 34. o.

<sup>40</sup> PENNINGGS i.m. 154.o.



személynek járó biztosítási csomagnak. A térítés mértéke annak az összegnek felel meg, amelyet a kötelező szociális biztonsági rendszerben a finanszírozó biztosító fizetett volna az egészségügyi ellátást nyújtó hazai szolgáltatónak, ha az ellátást a saját területén nyújtotta volna. A megtérített összeg nem haladhatja meg az igénybe vett egészségügyi ellátás tényleges költségét.

Az irányelv lényegében tehát a bíróság korábbi ítélezési gyakorlatában kidolgozott megoldásra támaszkodik, azaz különbséget tesz a *kórházi és a nem kórházi ellátások* között. Főszabály szerint a beteg azon *nem kórházi ellátásokat*, amelyekre egyébként saját államában is jogosult, és amelyek előzetes engedélyeztetést nem igényelnek, akár tervezett módon is igénybe veheti egy másik tagállamban. Ez esetben az ellátás költségeinek megtérítésére a saját biztosítási rendszer szerinti belföldi költség alapján jogosult (7. cikk).

Az irányelv kiindulási alapja, hogy ez a rendszer nem veszélyezteti a szociális biztonsági rendszerek érzékeny pénzügyi egyensúlyát, ugyanakkor, amennyiben a veszélyeztetés mégis bekövetkezik, a tagállamok jogosulttá válnak „ellenintézkedések” meghozatalára. Erre a 4. cikk ad lehetőséget, amikor kimondja, hogy a megkülönböztetés tilalmának irányelvben lefektetett követelménye „nem érinti az ellátás helye szerinti tagállam azon lehetőségét, hogy – amennyiben ez közérdeken alapuló kényszerítő okokkal, mint például az adott tagállamban a magas színvonalú és kiegyensúlyozottan sokrétű ellátáshoz való elégséges és állandó hozzáférés biztosításának céljával, vagy – lehetőség szerint – a költségek ellenőrzésére és a pénzügyi, technikai és humán erőforrások bármiféle pazarlásának megelőzésére irányuló törekvéssel kapcsolatos tervezési követelményekkel indokolható – az ellátáshoz való hozzáféréssel kapcsolatos intézkedéseket fogadjon el a területén az egészségügyi ellátáshoz való megfelelő és állandó hozzáférés biztosításával kapcsolatos alapvető feladata teljesítése érdekében.”<sup>41</sup> Ezek az intézkedések természetesen meg kell, hogy feleljenek a cél érdekében szükséges és azzal arányos mértéknek, nem válhatnak önkényes megkülönböztetés eszközévé, továbbá előzetesen nyilvánosan hozzáférhetővé kell tenni őket.

Ahogy említettük, bizonyos határon átnyúló egészségügyi ellátások, így a *kórházi ellátások tekintetében* a biztosítás helye szerinti tagállam előzetes engedélyezési rendszert alkalmazhat (8. cikk 1. bek.). Az irányelv megszületése során az egyik legnagyobb kihívást a tagállamok általi előzetes engedély jövőbeni alkalmazási körének behatárolása jelentette.<sup>42</sup> Végeredményként elmondhatjuk, hogy az irányelv *nem vezet be általános engedélyezési rendszert*, csupán lehetővé teszi annak fenntartását a tagállamok számára, amennyiben előbbieket az irányelvben foglalt feltételek fennállását bizonyítani tudják.

Az irányelv rögzíti továbbá, hogy a biztosítás helye szerinti tagállam milyen okok alapján tagadhatja meg az előzetes engedély megadását (8. cikk 6. bek.).

Végül, az irányelv negyedik fejezete az egészségügyi együttműködés kérdéseit rendezi.

A tagállamok *együttműködnek egymással* az irányelv megvalósításának megkönnyítése érdekében. Így, különösen támogatják az egészségügyi szolgáltatók európai referenciahálózatának létrejöttét, amelynek célja a szakértelem Európán belüli mobilitásának elősegítéséhez való hozzájárulás, valamint a kiemelten speciális egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés biztosítása a rendelkezésre álló források és szakértelem koncentrációja és összefogása által. A tagállamok elismerik a más tagállamban kiállított orvosi rendelvények érvényességét, amennyiben azok a területükön engedélyezett gyógyszerre vonatkoznak.

---

<sup>41</sup> Lásd irányelv 4. cikk (3) bekezdés

<sup>42</sup> Lásd irányelv 8. cikk (2)(b)(c) amikor is az ellátás

a beteg vagy a lakosság számára különleges kockázatot jelentő kezelésekkel jár; vagy olyan egészségügyi szolgáltató nyújtja, amely vonatkozásában eseti elbírálás alapján súlyos és kifejezett aggályok merülhetnek fel az ellátás minőségével vagy biztonságával kapcsolatban

## 6. A megtérítés rendje

Amint azt bemutattuk, az irányelv egyik központi eleme a más tagállamban igénybe vett egészségügyi ellátás során felmerült költségek bizonyos hányadának a biztosító általi kötelező megtérítése. Mindenekelőtt célszerű rögzíteni, hogy a megtérítés tekintetében egyrészt a jogosultság *expressis verbis rögzítéséről*, másrészt a *megtérítés rendjének tisztázásáról*, átláthatóbbá tételéről van szó. Természetesen a megtérítésre való jog már következik a Bíróság esetjogából, de ennek egy irányelvben való kimondása kétségtelenül erősíti a jogalkalmazás egységességét. Az irányelv a rendeleti mechanizmus mellé egy új mechanizmust léptet életbe, amely a szerződés szabad mozgásra vonatkozó rendelkezésein alapul. Ez a mechanizmus lehetővé teszi a beteg számára, hogy egy másik tagállamban vegyen igénybe ellátást, ha erre a lakhelye szerinti államban is jogosult lenne, és ennek költségeit olyan összegig térítse meg számára a biztosító, mintha a kezelést otthon vette volna igénybe. (7. cikk 4. bekezdés.)

Az irányelv 7. cikkének (4) bekezdése úgy rendelkezik, miszerint „A határon átnyúló egészségügyi ellátás költségeit a *biztosítás helye szerinti* tagállam a költségek azon *mértékéig* téríti vissza vagy fizeti ki közvetlenül, amelyet akkor vállalt volna át, ha ezt az egészségügyi ellátást a *saját területén* vette volna igénybe, az igénybe vett egészségügyi ellátás *tényleges költségeinek* meghaladása nélkül”. Ez a megfogalmazás a *Vanbraekel* esetben<sup>43</sup> lefektetett elvet tükrözi vissza, amely értelmében a biztosítás helye szerinti tagállam jogszabályaiban szereplő és a tartózkodási hely szerinti tagállam által alkalmazott megtérítési szint közötti különbségnek megfelelő mértékű *kiegészítő megtérítést* kell teljesíteni a beteg részére. E körülmény indokál az szolgál, hogy amennyiben a biztosított valamely másik tagállamban nyújtott kórházi ellátás alkalmával *kevésbé kedvező megtérítésben* részesül, mint ugyanezen ellátásnak a biztosítás helye szerinti tagállamban történő igénybevételekor, az elbizonytalaníthatja, sőt meg is akadályozhatja abban, hogy más tagállamban letelepedett egészségügyi szolgáltatókhoz forduljon, ezzel a *szolgáltatásnyújtás szabadságának akadályát* képezve.<sup>44</sup>

E ponton érdemes megemlíteni, hogy vajon a fenti elv magában foglalja-e a beteg által fizetendő olyan költségeket is, amelyeket abban a tagállamban a saját állampolgárok is maguk fizetnek (egyfajta vizitdíjként). A Bíróság egy friss döntésében, a rendelet talaján állva, a Bizottság kontra Spanyolország jogesetben<sup>45</sup> úgy határozott, miszerint ha a biztosítás szerinti

---

<sup>43</sup> A C-368/98 sz. Vanbraekel ügy [2001] ECR I-5363. Az ügy tényállása szerint, Descamps asszony – a belga társadalombiztosítás biztosítottja – saját betegbiztosítási alapjától engedélyt kért egy franciaországi ortopédiai műtét elvégzésére. A belga hatóságok azért utasították vissza Descamps asszony kérelmét, mert a beavatkozást nem véleményeztette valamely belga egyetemi kórház szakértőjével. Miután - előzetes engedélyeztetés nélkül - kezelésben részesült Franciaországban, Descamps asszony visszatért Belgiumba és sikeresen fellebbezett a belga bíróságon. A térítés mértékének eldöntésében fordultak az Európai Bírósághoz azaz, hogy a francia, vagy a belga tarifák alkalmazásával kerüljön az ellátás megtérítésre. Az E 112. számú formanyomtatvány rendszere szerint a francia tarifák alapján kellett volna térítést kapnia (38 ezer francia frank), amíg a Kohll és Decker eljárás értelmében belga tarifák alapján kellett volna térítésben részesülnie (50 ezer francia frank) a biztosítottnak. A Bíróság végül arra a következtetésre jutott, hogy amennyiben a beteg kevesebb térítést kapna annál, mintha saját hazájában kezelték volna, ez meggátolná őt abban, hogy külföldi egészségügyi szolgáltatót keressen, ezért a belga hatóságokat arra utasította, hogy a magasabb belga tarifák alkalmazásával adjon térítést.

<sup>44</sup> Vanbraekel ítélet 45. pont

<sup>45</sup> A C- 211/08 sz. Bizottság kontra Spanyolország ügy tényállása szerint Chollet úr, aki Spanyolországban lakóhellyel rendelkező francia állampolgár, és aki a spanyol társadalombiztosítási rendszer alá tartozik, váratlanul kórházi ápolásra szorult franciaországi tartózkodása során. Spanyolországba való visszatértekor megtagadták a kórházi költségek azon részének megtérítését, amelyet a francia szabályozás értelmében neki kellett viselnie. Ezért a Bizottság úgy határozott, hogy megindítja a kötelezettségszegés megállapítása iránti keresetet Spanyolországgal szemben. A Bizottság álláspontja szerint Spanyolország ugyanis azzal, hogy a

tagállamtól eltérő tagállamban való ideiglenes tartózkodás alatt nem tervezett kórházi ellátások nyújtására kerül sor, a biztosítás szerinti tagállamnak nem kell megtérítenie a beteg számára azon költségeket, amelyeket az ellátás nyújtásának helye szerinti államban e betegnek *kell viselnie* (klasszikusan ez a ‘co-payment’ konstrukció). Így Spanyolország azzal, hogy a spanyol egészségbiztosítási rendszer biztosítottjaival szemben megtagadta a számukra más tagállamban nyújtott, nem tervezett kórházi kezelésekre kapcsolódó ‘co-payment’ költségek megtérítését, tehát amikor e tagállamban a *fedezeti arány alacsonyabb* a spanyol jogban előírtnál, nem sérti az Európai Uniónak a szolgáltatásnyújtás szabadságára vonatkozó jogelvéit.

Mivel az irányelv hatálya kiterjed mind a sürgősségi, mind a tervezett ellátásokra, joggal feltételezhetjük, hogy az irányelv nem differenciál a tervezett ill a sürgősségi ellátások között, tehát a megtérítés kötelezettsége (kivéve a ‘co-payment’ kérdését) minden esetben fennáll. Mint azt látjuk, az irányelv a megtérítéssel kapcsolatos liberális bírói esetjog kodifikálására törekszik, ugyanakkor figyelemmel van a *tagállamok pénzügyi érdekei megőrzésének követelményére is*. A tagállami hatáskör mindenekelőtt abban manifesztálódik, hogy a tagállamok jogosultak annak meghatározása, *mely ellátások után térít* a biztosító, ugyanakkor csak is az irányelv adta keretek között gyakorolhatják ezt a jogukat.<sup>46</sup> Főszabály szerint, nem kötelező megtérítés nyújtása, ha az ellátás nem szerepel a “tagállami biztosítási csomagban”. Tipikusan ilyen ellátások a különböző, kizárólag szépészeti típusú plasztikai műtétek. Ugyanakkor, ha a másik tagállambeli ellátás nem szerepel a “megtérített ellátások listáján”, minden esetben egyedi mérlegelés tárgyául kell szolgáljon a biztosítás szerinti ország kompetens hatósága részéről az engedély megadása illetve megtagadása, ha a betegség gyógyítása nem biztosított a biztosítás helye szerinti tagállamban. Következésképp, ha megfelelő kezelés nem biztosítható, az uniós joggal ellentétes az olyan nemzeti szabályozás, amely esetében az engedély automatikusan megtagadásra kerül azon az alapon, hogy a kezelés nem elérhető annak területén.<sup>47</sup> Fontos azonban hangsúlyozni, hogy ha a nemzeti szabályozás kellően részletes, és csak egy adott kezelés típushoz fűz megtérítést a területén igénybevett ellátás után, akkor ez az elv kifelé is érvényes, tehát más tagállamban igénybevett ellátásnál is csak az adott kezelés-típust téríti meg. Magát az elvet az irányelv 8. cikk(5) bekezdése rögzíti, amely alapjául a Bíróság híres Elchinov döntésében foglaltak szolgáltak.<sup>48</sup>

---

spanyol egészségbiztosítási rendszer biztosítottjaival szemben megtagadta a számukra más tagállamban nyújtott, nem tervezett kórházi kezelésekre kapcsolódó költségek megtérítését olyan esetben, amikor e tagállamban a fedezeti szint alacsonyabb a spanyol jogban előírtnál, sérti az Európai Uniónak a szolgáltatásnyújtás szabadságára vonatkozó szabályozását.. C- 211/08 sz. Bizottság kontra Spanyolország [2010] ECR I-5267.

<sup>46</sup> Lásd irányelv 7. cikk (3) bekezdés

<sup>47</sup> Lásd irányelv 8(5) cikk: “A Biztosítás helye szerinti tagállam nem tagadhatja meg az előzetes engedély megadását abban az esetben, ha a 7. cikk értelmében a beteg jogosult a szóban forgó ellátásra, és ha ez az egészségügyi ellátás a tagállamban – a betegnek az engedély iránti kérelem benyújtása vagy megújítása időpontjában fennálló egészségi állapotára, a kórelőzményekre és a betegség valószínűfolyására, a beteg fájdalmai intenzitására, illetve a beteg fogyatékosságára vonatkozó objektív orvosi értékelés alapján orvosi szempontból elfogadható időn belül – nem biztosítható”.

<sup>48</sup> Elchinov bolgár lakos, aki az NZOK-nál rendelkezett egészségbiztosítással és súlyos betegségben szenvedett, kérte az egészségbiztosítási pénztártól az E 112-es formanyomtatvány kiállítását, annak érdekében, hogy egy berlini szakklinikán olyan csúcstechnológiás kezelést vehessen igénybe, amelyet Bulgáriában nem alkalmaznak. Egészségi állapotára való tekintettel Elchinovot időközben felvették a németországi klinikára, és ott kezelésben részesült, még mielőtt megkapta volna az NZOK válaszát. Az NZOK igazgatója ugyanakkor megtagadta a kért engedélyt Elchinovtól, többek között azzal az indokkal, hogy nem teljesültek az 1408/71 rendelet 22. cikkében említett engedély megadásához szükséges feltételek, mivel az igazgató szerint az említett kezelés nem szerepel a bolgár jogszabályok által szabályozott és az NZOK által megtérített ellátások között. C-173/09 Elchinov [2010] ECR I-0000

Az előzetes döntéshozatali kérelem többek között annak megválaszolására irányult, hogy vajon kérheti-e valamely biztosított a lakóhelye szerinti tagállam területén kívül található más tagállamban az illetékes intézmény előzetes engedélye nélkül igénybe vett kórházi ellátás megtérítését, ha egészségi állapota szükségessé

Ugyanakkor a kérdéses bolgár szabályozás nem volt részletes, tehát nem határozta meg pontosan, milyen kezelések után járt megtérítés (konkrétan: nem mindegy, hogy a nemzeti szabály azt mondja, hogy biztosítja a szemészeti ellátást, vagy azt mondja, hogy biztosítja a szemészeti ellátásnak egy adott, konkrét formáját).

Végül, a megtérítéssel kapcsolatos szabályok körében szükséges megemlíteni azokat a rendelkezéseket, amelyek tagállami diszkréció függvényében a beteg számára a főszabálynál előnyösebb feltételek tartalmazznak. A tagállamok ugyanis dönthetnek úgy, hogy amennyiben a határon átnyúló egészségügyi ellátás teljes költsége több, mint amennyibe az adott ellátás a saját területén került volna, a *teljes költséget* visszatérítik.

Ez vonatkozik az ún. *kapcsolódó költségek* térítésére is, így a szállás- és utazási költségekre vagy a fogyatékkal élő személyek számára felmerülő esetleges többletköltségekre.<sup>49</sup>

## 7. Az irányelv és a koordinációs rendelet közti kapcsolat

Hangsúlyozni szükséges, hogy a *koordinációs rendelet továbbra is hatályban marad* az irányelv mellett, sőt prioritást élvez, amennyiben kedvezőbbek a szabályai.<sup>50</sup> Az irányelv preambulumban rögzítést nyert az a nagyon fontos elv, miszerint a beteget nem lehet megfosztani a szociális biztonsági rendszerek összehangolásáról szóló uniós rendeletek által biztosított *előnyösebb jogoktól*, ha annak feltételei teljesülnek. Ugyanakkor, a beteg ennek ellenére dönthet úgy, hogy mégis az irányelvi utat választja, mert az egyszerűbb vagy gyorsabb számára.

Amennyiben közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál *sürgősségi ellátásra* kerül sor, értelemszerűen a rendelet szabályai alapján kell eljárni. Ez esetben a kompetens intézmények egymás közt megtérítik a költségeket, így a betegnek nem kell fizetnie az ellátást nyújtó intézmény számára, illetve csak a saját állampolgár betegekre is irányadó költséget ('co-payment'). Az irányelv e tekintetben abban hoz változást, hogy a nem közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál igénybevett ellátások is a megtérítés hatálya alá esnek, de – és itt a különbség a rendelethez képest - nem teljes költségen, hanem csak a biztosítás államában érvényes belföldi költségen, legfeljebb tényleges költségen.<sup>51</sup>

Fontos tehát látnunk, hogy minden betegnek, aki azért folyamodik engedélyért, hogy egy másik tagállamban részesülhessen az állapotának megfelelő ellátásban, minden esetben meg kell kapnia az *engedélyt az uniós rendeletekben előírt feltételek* teljesülése esetén.<sup>52</sup> Az irányelv 8. cikkének 3. bekezdése pedig úgy rendelkezik, hogy "Amennyiben egy biztosított személy *előzetes engedélyt kér*, hogy határon átnyúló egészségügyi ellátást vehessen igénybe, a *biztosítás* helye szerinti tagállamnak meg kell győződnie arról, hogy teljesülnek-e a 883/2004/EK rendeletben foglalt feltételek. Ha e *feltételek teljesülnek*, a rendelet értelmében

---

tette a kezelést. BERKI, Gabriella: Az Európai Bíróság újabb ítélete az egészségügyi szolgáltatás tervezett külföldi igénybevételének tárgyában. A tagállami ellátási csomag tartalmának kérdése. JEMA, 2012/2.

<sup>49</sup> Irányelv 7. cikk (4)(3) Lásd C- 466/04 Acerada Herrera v. Servicio Cantabro de Salud eset [2006] ECR I-5341 E döntésében a Bíróság kimondta, hogy a rendelet 22. cikke nem értelmezhető úgy, mint ami jogosultságot keletkeztetnek a kórházi kezelés igénybevétele céljából más tagállamba való utazáshoz engedéllyel rendelkező biztosított számára az e tagállam területén felmerült saját, illetve az őt kísérő személy utazási, tartózkodási és étkezési költségeinek az említett intézményáltal történő megtérítésére, kivéve a biztosított kórházi tartózkodásának és étkezésének költségeit.

<sup>50</sup> PENNINGSS i.m. 147.o.

<sup>51</sup> Továbbá, az irányelvben rögzített információs jogok elősegítik a jól tájékozottságot mind a beteg, mind az intézmények oldaláról, akik korábban esetleg megkívták a költségek helyszínen történő rendezését. Hasonlóképpen igaz ez az *előzetes engedélyezést igénylő tervezett ellátásokra vonatkozó* szabályok tekintetében.

<sup>52</sup> Így, ha a szóban forgó ellátás a beteg lakhelye szerinti tagállam jogszabályai által előírt ellátások között szerepel, valamint ha orvosilag indokolt határidőn belül nem biztosítható ilyen ellátás, figyelembe véve a beteg pillanatnyi egészségi állapotát és a betegség valószínű lefolyását.

kell megadni az előzetes engedélyt, kivéve, ha a beteg ettől eltérő kérelmet nyújt be. Elképzelhető ugyanis, hogy a beteg *inkább az irányelv feltételei* mellett kíván ellátásban részesülni. Így ha az előzetes engedélyezés eljárását nem tudja vagy kívánja követni (példának okáért nem tudja kivárni az engedély megadását), a rendeletben foglalt kedvezőbb lehetőségekkel sem élhet majd.

Ez a megoldás, azaz a választás lehetőségének konstrukciója nem előzmény nélküli, hiszen már a 883/2004/EK rendelet végrehajtási rendelete is úgy rendelkezik, hogy a biztosítás helyétől eltérő tagállamban lakhellyel rendelkező biztosított személy választási joggal bír a tekintetben, hogy a tartózkodás helye szerinti ország szabályai vagy a biztosítás helye szerinti ország szabályai (tarifái) szerint kéri-e a megtérítést. A választás lehetőségének a fényében a betegek vélhetően a rendelet szerinti megtérítési utat részesítik majd előnyben, nemcsak a teljes térítés miatt, hanem mert itt a felmerült költségek rendezésére főszabályként az ellátó intézmény és a biztosítás tagállamának kompetens hatósága között kerül sor, azaz a betegnek nem kell megelőlegeznie az ellátás költségeit.<sup>53</sup>

A lényeg tehát, hogy a két mechanizmus *komplementer* jelleggel bír, bizonyos intézkedési körben a rendeletben foglaltak érvényesülését biztosítva első helyen. A két jogforrás tekintetében a legkomolyabb érintkezési pont az előzetes engedélyeztetés kérdésköre, ezért a következőkben azt vizsgáljuk meg részletesebben.

## 8. Az előzetes engedélyeztetés az irányelv rendelkezései tükrében

Az irányelv elsődleges célja a jogbiztonság megteremtése a kodifikáció útján. Ez utóbbi segítségével szolgál a tagállamok által élvezett mozgástér kereteinek rögzítésére.

A kodifikáció során felmerült legvitásabb kérdések egyike az előzetes engedélyhez kötött ellátások körének bővítése volt. Az irányelv ugyanis egyfelől fenntartja a korábbi esetjogában rögzített kényszerítő követelményeket, ugyanakkor *bővíti* is az előzetes engedélyhez köthető ellátások körét, melyek a következők: 1. a magas színvonalú és kiegyensúlyozottan sokrétű ellátáshoz való elégséges és állandó hozzáférés biztosításának célja 2. a költségek ellenőrzésére és a pénzügyi, technikai és humán erőforrások bármiféle pazarlásának megelőzésére irányuló törekvéssel kapcsolatos tervezési követelmények fennállása 3. végül abban az esetben, ha az ellátási kapacitásnak, illetve az egészségügyi szaktudásnak a tagállam területén való fenntartása alapvető fontosságú a közegészség szempontjából.

E *három kényszerítő* követelmény fényében határozhatók meg azon esetek, amelyek körében előzetes engedélyezés követelhető meg. Ez képezi tárgyát az irányelv 8. cikkének, amely három ilyen ellátási kört nevesít. Ami ezen a körön kívül esik - így a nem kórházi ellátások legnagyobb része - arra nem terjed ki az előzetes engedélyeztetés. Leszögezhetjük tehát, hogy az irányelv az engedélyre köteles ellátások zárt listáját rögzíti úgy, hogy ezek értelmezését illetően rugalmasságot biztosít a tagállamok számára. Melyek ezek az esetek, amikor az irányelv szabályai értelmében *előzetes engedélyhez köthető* az egészségügyi ellátás?

1. Ha az adott tagállamban a magas színvonalú és kiegyensúlyozottan sokrétű ellátáshoz való elégséges és állandó hozzáférés biztosításával, vagy a költségek ellenőrzésére és a pénzügyi, technikai és humán erőforrások bármiféle jelentős pazarlásának megelőzésére irányuló törekvéssel kapcsolatos *tervezési követelményekhez* kötött az egészségügyi ellátás, és - kumulatív módon - megvalósul még egy a két alább ismertetett alpontban megadott lehetőség közül (lásd az irányelv 8. cikkének (2) (a) pontját.) Így vagy legalább egy éjszakai *kórházi*

---

<sup>53</sup> Egyes tagállamok esetében problémát jelenthet, hogy az ellátásoknak nincs előre megállapított visszatérítési összege (integrated public financing health system). Ezen esetekben a tagállamoknak életbe kell léptetni egy a határon átnyúló ellátások esetén irányadó költségkalkulációs mechanizmust, amelynek előre megállapított objektív és nem diszkriminatív kritériumokon kell alapulnia.

*tartózkodással* jár az ellátás, vagy *speciális és nagy költségű*. A kórházi ellátás kapcsán, ahogy arra a Bíróság már a Smits és Peerbooms esetben is rámutatott, az előzetes engedélyeztetés teljességgel érthető, hiszen a kórházak számaránya, földrajzi elhelyezkedése, felszereltsége és az általuk kínált orvosi szolgáltatások komoly tervezést kívánnak meg. A tagállamok tehát nagyfokú szabadságot élveznek e politika terén, amely lehetővé teszi az eltérő standardok alkalmazását számukra az egyes régióként. Ugyanakkor az irányelv vélhetően hozzá is járul majd a tagállamok “közös gondolkodásához” a határmenti régiókban. A másik irányelvben foglalt esetkör, ha az ellátás kórházon kívül esik, mégis az kiemelten *speciális és költséges orvosi infrastruktúra vagy orvosi felszerelés alkalmazását* kívánja meg, amely az előzőekhez hasonlóan szintén előzetes tervezést követel. A Bizottság kontra Franciaország eset<sup>54</sup> ebben a tekintetben fontos adalékul szolgál, hiszen a Bíróság kimondta, hogy ilyenek kell tekinteni az MRI-szkennert és a PET-szkennert.

Az irányelvben foglalt másik két esetkör sokkal inkább vonható az EUMSZ. 36. cikkében található közegészségügyi kivétel, mint sem a kényszerítő követelmények igazolási indoka alá.

2. Így ha az ellátás a beteg vagy a lakosság számára *különleges kockázattal* jár (lásd az irányelv 8. cikkének (2) (a) és (b) pontjait),

3. vagy az ellátást olyan egészségügyi szolgáltató nyújtja, amely vonatkozásában súlyos és kifejezett aggályok merülhetnek fel az ellátás *minőségével vagy biztonságával* kapcsolatban (lásd az irányelv 8. cikkének (2) (c) pontját).<sup>55</sup>

Ez utóbbi kivételek a tagállamok mozgásterének növelése szándékával kifejezetten a Tanács kérésére kerültek a jogszabály szövegébe, még hozzá nem pontosan definiált megfogalmazással.<sup>56</sup> Pennings szerint, ez túl tág mozgásteret adhat a tagállamoknak, továbbá az esetjog alapján feszültséget generálhat, hiszen az csak a kórházi és a nem kórházi ellátások közt differenciál.<sup>57</sup>

E ponton szükséges megemlíteni az irányelv egyik legfontosabb garanciális elemét, így azt, hogy a hatóság csak az irányelv 8. cikk (6) bekezdésében rögzített, *zárt listában szereplő taxatív okok alapján utasíthatja el az engedély kiadását*.

## 9. Az eljárási garanciák

Mint azt fent láthattuk, az előzetes engedélyeztetés rendje képezi azt a sarokpontot, amelyen keresztül a tagállamok korlátozni képesek a másik tagállami ellátás biztosítottjaik általi olyan igénybevitelét, amelyhez a biztosítás helye szerinti tagállam pénzügyi kötelezettségvállalást nyújt. Így elsősorban e tekintetben mutatkozott szükségesnek a biztosítás helye szerinti tagállamok által élvezett diszkréció kereteinek pontosítása. Nyilvánvalóan e körben is elsősorban a vonatkozó bírói esetjog kodifikálására került sor.<sup>58</sup> Ennek értelmében, az engedélyezés minden esetben *egyénre szabott* kell legyen, amely figyelembe veszi a beteg egészségi állapotát. A biztosítás helye szerinti tagállamnak garantálnia kell, hogy a más tagállamban igénybe vett ellátások és az ott felmerült költségek megtérítésére vonatkozó *közigazgatási eljárások objektív, megkülönböztetéstől mentes kritériumokon* alapuljanak,

<sup>54</sup> C-512/08 Bizottság kontra Franciaország (ECR) 2010 I-08833

<sup>55</sup> E derogációk lényegében összekapcsolhatók a gyógyszerkészítményekre vagy az egészségügyi szakma gyakorlására vonatkozó másodlagos jogalkotással

<sup>56</sup> Az eredeti szövegtervezet értelmében még a Bizottság által készített lista tartalmazta volna a konkrét eseteket.

<sup>57</sup> PENNINGS i.m. 152.o.

<sup>58</sup> Geraets Smits and Peerbooms (Case C—157/ 99) [2001] ECR I-5473, és a fent már hivatkozott Watts esetek.

amelyek az elérendő célkitűzést tekintve szükségesek és arányosak.<sup>59</sup> Biztosítani szükséges tehát a *kérelmek igazságos elbírálását*.

A tagállamoknak továbbá *ésszerű határidőn belül kell* a kérelmeket elbírálniuk, amely határidőket előzetesen közzé kell tenniük.<sup>60</sup> Az egyedi *határozatokat indokolni* kell, biztosítva egyben a megfelelő jogorvoslatot.<sup>61</sup> Végül, általában véve garantálni kell a rendszer átláthatóságát, amely követelmény kiterjed a tagállamok azon kötelezettségére is, hogy azok közzé tegyék az előzetes engedélyt igénylő egészségügyi ellátások listáját illetve az előzetes engedélyezési rendszerre vonatkozó valamennyi releváns információt is.<sup>62</sup>

Az esetjogba foglalt követelmények kodifikálása mindenképp előrelépést jelent, ugyanakkor *de la Rosa* úgy véli, ebben nincs semmi újszerű, lényegében az általános szolgáltatási irányelvben foglaltak visszhangoznak az irányelv rendelkezéseiben.<sup>63</sup>

A fenti, *tradicionális elemek* mellett továbbá kiemelt fontossággal bírnak az irányelvben rögzítésre került *új típusú, garanciális elemként szolgáló betegjogok*.

E körben elsőként szükséges megemlíteni azokat az irányelvben is deklarált értékeket, amelyek a határon átnyúló egészségügyi ellátás területén kiemelt szerepet kell, hogy játszanak a betegek jogainak érvényesítése során.

Az irányelv preambuluma így erőteljesen hangsúlyozza az európai értékek figyelembevételének szükségességét a közegészségügy területén, és külön ki is emeli az *egyetemesség, a jó minőségű ellátáshoz való hozzáférés, a méltányosság és a szolidaritás átfogó értékeit*.<sup>64</sup> Mint azt fent már említésre került, az Unió a Lisszaboni Szerződés elfogadását követően igyekszik minél erősebben demonstrálni az Unió szociális irányú elköteleződését, mind az Alapjogi Chartában foglalt egészségügyi jogokon, mind pedig az elsődleges jogban rögzítésre került "szociális klauzulán" keresztül.<sup>65</sup>

Másodsorban nagyon fontos garanciális elemet jelent az irányelvben foglalt azon követelmény, miszerint a különböző *közigazgatási vagy pénzügyi megfontolások nem játszhatnak szerepet az előzetes engedély megadása vagy elutasítása* tekintetében.<sup>66</sup> A 8. cikk (5) bekezdése alapján így nem tagadható meg az engedély, ha az egészségügyi ellátás a betegnek az engedély iránti kérelem benyújtása vagy megújítása időpontjában fennálló egészségi állapotára, a kórelőzményekre és a betegség valószínű lefolyására, a beteg fájdalmi intenzitására, illetve a beteg fogyatékoságára vonatkozó objektív orvosi értékelés alapján orvosi szempontból elfogadható időn belül – nem biztosítható.

Noha az irányelv – összhangban a bírósági esetjoggal, konkrétan a Watts esettel – *önmagában nem kifogásolja a várólistás rendszert*, a tagállamoktól e tekintetben mégis némi rugalmasságot követel. E ponton a fent említett értékek kiemelt szerephez jutnak. A bürokratikus, ill. pénzügy megfontolások ugyanis semmiképpen sem lehetnek fontosabbak a beteg állapotánál. Ahogy azt az irányelv preambuluma is rögzíti "...az előzetes engedély megtagadása nem alapulhat azon, hogy a tagállam területén léteznek általános klinikai prioritások alapján felállított, tervezési és igazgatási célokat szolgáló belföldi várólisták",<sup>67</sup> amennyiben nincsen egy objektív, egyénre szabott orvosi vizsgálat.

---

<sup>59</sup> Irányelv 9. cikk 1. bekezdés

<sup>60</sup> Lásd Irányelv 9. cikk (3) bekezdése A tagállamok a határon átnyúló egészségügyi ellátásra irányuló kérelem elbírálásakor a következőket veszik figyelembe: a) az adott egészségügyi állapot; b) a sürgősség és az egyedi körülmények. E kritériumok az eredeti javaslatban szélesebb körben kerültek meghatározásra.

<sup>61</sup> Lásd uo. 9. cikk (4) bek.

<sup>62</sup> Uo. 8. cikk 7. bek.

<sup>63</sup> De la Rosa i.m.34. o.

<sup>64</sup> Lásd irányelv Preambulum 21. pont

<sup>65</sup> EUMSZ. 9. cikk

<sup>66</sup> Watts ügy, 120. pont

<sup>67</sup> Lásd irányelv Preambulum 43. pont.

*De la Rosa* figyelmeztet ugyanakkor az ezzel járó veszélyekre is. Nézete szerint, az irányelv ugyan jótékony hatással lehet a várólistás rendszerre az ellátások minősége növelésén és a várakozási idő csökkentésén keresztül. Ez azonban éppen ellenkező hatást is kiválthat, így a tagállamokat eltérítheti a költséges kórházi beruházásokról. A tagállamok passzív hozzáállását tovább erősítheti az európai szintű "presszió" hiánya. Mint azt már említettük, az irányelv nyomásgyakorlás helyett sokkal inkább csak ösztönzi a tagállamokat a szoros együttműködésre az egészségügy területén.

Az újfajta betegjogok körében szükséges végül megemlíteni az irányelv által garantált információs jogosítványokat.

Így, az irányelv rendelkezései értelmében minden tagállam kijelöl a határon átnyúló egészségügyi ellátás terén egy vagy több nemzeti kapcsolattartó pontot, nevüket és elérhetőségüket pedig továbbítják a Bizottsághoz.<sup>68</sup> Annak lehetővé tétele érdekében, hogy a betegek ténylegesen élhessenek a határon átnyúló egészségügyi ellátással kapcsolatos jogaikkal, az ellátás helye szerinti tagállam nemzeti kapcsolattartó pontja tájékoztatást nyújt számukra az egészségügyi szolgáltatókról, továbbá a betegek jogairól, különös tekintettel a panasztételi eljárásokra és jogorvoslati mechanizmusokra, valamint a vitarendezésre szolgáló jogi és közigazgatási lehetőségekre, beleértve a határon átnyúló egészségügyi ellátásból eredő károk esetét is. Az információhoz való hozzáférés, a tájékoztatás kiemelt fontossággal bír egy olyan érzékeny területen, mint a határon átnyúló egészségügyi ellátás, hiszen a beteg ez alapján tud kellően megalapozott döntést hozni az ellátás külföldön történő igénybevételéről.<sup>69</sup>

Az irányelv eredeti tervezetében még az szerepelt, hogy a nemzeti kapcsolattartó pontok a más tagállamban nyújtott ellátásokról is szolgáltatnak információt. A hatályos verzió értelmében azonban ezen információs pontok szerepe már csak a saját tagállami rendszerükről nyújtott információkra korlátozódik. Vélhetően ezzel azt kívánták elkerülni a jogalkotók, hogy a nemzeti kapcsolattartó pontok egyfajta közvetítői szerepet is ellássanak, amely árnyalhatta volna alapvetően objektív tájékoztatási jellegüket.

Ugyanakkor, az irányelv hatálya alá tartozó egészségügyi szolgáltatóknak feladata, hogy tájékoztatást nyújtsanak a konkrét ellátásról. Az irányelv 4. cikkének (2) b) pontja rendelkezik arról, hogy az egészségügyi szolgáltatók az egyéni betegek tájékoztatáson alapuló, megalapozott választásának elősegítése céljából releváns információt nyújtanak többek között az ellátási lehetőségekről, az ellátás helye szerinti tagállamban biztosított egészségügyi ellátás rendelkezésre állásáról, minőségéről és biztonságáról; az egészségügyi szolgáltatók továbbá világos számlákat biztosítanak, és világos információkat nyújtanak az árakról, engedélyükről vagy bejegyzésük állapotáról, biztosítási fedezetükről, illetve a szakmai felelősséggel összefüggő személyes vagy kollektív védelem egyéb eszközeiről.

Az eurobarometer által készített felmérés ugyanakkor azt mutatja, hogy sem maguk a betegek, sem az egészségügyi intézmények dolgozói nincsenek tisztában azzal, hogy a megtérítés tekintetében milyen jogokkal rendelkeznek. Sőt, az Unió lakosságának 30%-a annak sincs tudatában, hogy más tagállamban is igényelhet egészségügyi ellátást biztosítójának pénzügyi kötelezettségvállalása mellett.<sup>70</sup> A Bizottság kérdőívére adott tagállami válaszokból is az derül ki, hogy e téren jelenleg is nagyfokú a bizonytalanság.<sup>71</sup> Ugyanakkor az irányelv hatályba

---

<sup>68</sup> Lásd hivatkozott irányelv 6. cikk

<sup>69</sup> Mikor veszi igénybe a beteg a külföldi ellátást. Alapvetően két esetben. Így nyilvánvalóan akkor, ha a kérdéses ellátás nem elérhető vagy nem ésszerű időn belül elérhető a számára saját tagállamában. Másodsorban, ha az ellátás másik tagállamban való igénybevétele kényelmesebb a számára, mert az közelebb van, jobb vagy gyorsabb az ellátás.

<sup>70</sup> Analytical report, cross border health services in the EU, 2007

<sup>71</sup> Commission staff working document SEC 2008 2163, p. 12. Így különösen problematikus az információáramlás az ellátást nyújtó és a biztosítás helye szerinti intézmény között illetve a külföldön felírt gyógyszerek beszerzése tekintetében. 14.



lépése óta a betegjogokkal foglalkozó szervezetek is egyre aktívabbak az irányelv szabályainak ismertetésében.<sup>72</sup>

A lényegi kérdés az, vajon a betegek képesek lesznek-e az Unió által lefektetett jogokat ténylegesen kiaknázni. Ez némileg kétségesnek tűnhet, különösen ha figyelembe vesszük az egyes területi és szociális kiegyenlítetlenségeket, még tagállami kereteken belül is. Erről az irányelv mélyen hallgat, márpedig gondoljunk csak arra, milyen esélyei vannak a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésre egy idegen nyelven nem beszélő, információktól elzárva élő tagállami polgárnak, aki egy az uniós átlagtól messze elmaradott fejlettségű régió lakosa. Az irányelv, így bátran mondhatjuk, lényegében azon polgároknak nyújt segítséget, akik jól tájékozottak, nyelveket beszélnek, és kellő módon ki tudják aknázni a mobilitással járó előnyöket.

## 10. A tagállamok közti együttműködés

Az Unió a közegészségügy területén a tagállamok intézkedéseit támogató, összehangoló vagy kiegészítő intézkedések végrehajtására jogosult, amely így főszabályként nem teszi lehetővé kötelező erejű normák lefektetését, hanem az pusztán olyan eszközökre szorítkozik, amelyek a tagállamok közötti együttműködést hivatottak előmozdítani. Miben ölt illetve ölthet formát a tagállami együttműködés?

Az irányelv IV. fejezete tárgyalja a tagállamok kölcsönös segítségnyújtását, az együttműködést és az információcserét (10. cikk), a más tagállamban kiállított orvosi rendelvevények elismerését (11. cikk), az egészségügyi szolgáltatók ill. a szakértői központok európai referenciahálózatának fejlesztését (12. cikk) a ritka betegségek diagnosztikája és ellátása terén való együttműködést (13. cikk) az e-egészségügyért felelős nemzeti hatóságokat összekötő önkéntes hálózat keretében történő együttműködést (14. cikk) egészségügyi technológiák értékelésére vonatkozó együttműködést (15. cikk).

A következőkben csak nagyon röviden szeretnénk kitérni az egyes pontokra.

A *nemzeti kapcsolattartó pontok* közti együttműködés és a Bizottság tagállami együttműködésben játszott szerepe megfelelő kifejeződése az ún. támogató jellegű politikának. Ez az az intézményi keret, amely az irányelvben foglalt elvek végrehajtása tekintetében ösztönző elemként szolgál. Hasonlóképpen az *egészségügyi technológiák értékeléséért* felelős hálózat segíti a tagállamok közötti együttműködést és a tudományos információk, tapasztalatok cseréjét. E hálózat a nyitott koordinációs mechanizmus egy relatíve rugalmas formáját testesíti meg.<sup>73</sup> Az egészségügyi technológiák értékeléséért felelős hálózat alapvetően önkéntes jellegű, a hálózat tagjai a székhelyük szerinti tagállam jogszabályaival összhangban vesznek részt a hálózat tevékenységében anélkül, hogy a jogszabálysöveg bármilyen közös bizottságra utalna.

Ennél jóval eredetibb struktúra az ún. *európai referenciahálózat*, amely tekintetében a Bizottság támogatólag lép fel a tagállamokban működő egészségügyi szolgáltatók, illetve szakértői központok *európai referenciahálózatainak* tagállamok általi *fejlesztésében*, különösen a ritka betegségek területén. E hálózat tekintetében a Bizottság fogadja el azon sajátos kritériumok és feltételek listáját, amelyeket az európai referenciahálózatoknak teljesíteniük kell, beleértve az európai referenciahálózathoz csatlakozni kívánó egészségügyi

---

<sup>72</sup> EPF, EU Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare: Legislation Guidance for Patient Organisations, letöltés (2013.12.10.) [http://www.eu-patient.eu/Documents/Policy/Cross-borderHealthcare/2013%2011%2018\\_CBHC\\_guidance-final.pdf](http://www.eu-patient.eu/Documents/Policy/Cross-borderHealthcare/2013%2011%2018_CBHC_guidance-final.pdf)

<sup>73</sup> A nyitott koordináció módszere a jó gyakorlatok elterjesztésének és az európai célok felelő mutató nagyobb konvergencia elérésének módszere. Ez a módszer, ahogy az Európa Tanács fogalmaz: elősegíti, hogy a tagországok progresszíven alakíthassák saját politikájukat.

szolgáltatókra vonatkozó feltételeket és kritériumokat. Ugyanakkor maguk a tagállamok hozzák azt létre, ill. tartják életben azt. Semmiféle hagyományos, a tagállamközi együttműködést segítő eszköz nem szolgál e hálózat működtetésére (lásd monitoring). A hatékony működés ez esetben kizárólag maguktól a tagállamoktól függ.

Mint láthatjuk, az "európai egészségügy" jelenlegi állapotában – épp a hatásköri korlátok okán- végeredményben hálózatok és folyamatok szövevénye<sup>74</sup>, amely magában foglalja az irányelv formális monitoring mechanizmusát, az ún. nyitott koordinációs mechanizmust, a Bizottság által szervezett struktúrákat, a tagállamok által működtetett hálózatokat, illetve a jövőben formálódó határmenti együttműködések.

## 11. Az irányelv magyar jogba történő átültetése

Magyarország határidőre implementálta a teljes irányelvet, ami komoly sikerként könyvelhető el, tekintettel, hogy a tagállamok kevesebb mint fele tudta csupán tartani az átültetési határidőt. A jogharmonizáció eredményeként számos jogszabály módosult (EBtv.<sup>75</sup>, Eüak.<sup>76</sup>, Ebtv. VHR.<sup>77</sup>, 43/99 Kormányrendelet<sup>78</sup>), továbbá- mintegy az átültetés legfontosabb elemeként- elfogadásra került a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló 340/2013 (IX. 25.) Kormányrendelet. Az új Kormányrendelet hatályon kívül helyezi a külföldi gyógykezelésekről szóló korábbi Kormányrendeletet - 227/2003. (XII. 13.) Korm. rendelet -, és az Ebtv. Vhr. külföldi gyógykezelésekhez kapcsolódó szabályait is jelentősen racionalizálja. Elmondható, hogy a Kormányrendelet ezáltal az Ebtv. legfőbb végrehajtó szabályává vált.

A centrális jogalkalmazás mellett döntött a magyar kormányzat, azaz a rendszert az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban OEP) működteti az eljárás egységes és jól monitorozható jellege érdekében. Az OEP minden hónapban jelentést készít a folyamatokról az Emberi Erőforrások Minisztériuma felé, amely beavatkozhat a rendszerbe, ha a kiutazó magyar biztosítottak által generált költség az Egészségbiztosítási Alap pénzügyi egyensúlyát veszélyeztetné. Hasonlóképpen, a magyar kórházak visszautasíthatják a külföldről érkező betegeket, ha az a területi ellátási kötelezettségüknek való megfelelést veszélyeztetnék.

A Kormányrendelet szerint, külföldi gyógykezelést három esetkör szerint lehet igénybe venni: a szociális biztonsági koordinációról szóló 883/2004/EK Rendelet szerint, az Irányelv szerint és méltányosságból. Utóbbi az az eset, amikor nincsen uniós jogszabályi kötelezettség arra, hogy az állam pénzügyileg hozzájáruljon a beteg külföldi gyógykezeléséhez, de ezt mégis megteszi, mert egyfajta etikai kötelessége, hogy ha a beteg gyógyulására csak külföldön van esély, ezt az esélyt a beteg megkaphassa. Fontos hangsúlyozni, hogy ezek az esetek a magyar biztosító (Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban OEP) által finanszírozott eseteket jelentik, értelemszerűen a Kormányrendelet nem foglalja magán a külföldön magán jelleggel igénybevett ellátásokkal. A Rendelet és az Irányelv viszonyát is rendezi a magyar jog: az Ebtv. 27. § (3) bekezdésének második mondata szerint első helyen a Rendeletet kell

---

<sup>74</sup> De La Rosa i.m. 39.o.

<sup>75</sup> 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

<sup>76</sup> 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről

<sup>77</sup> 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról

<sup>78</sup> 3/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

alkalmazni, ha az alkalmazásának a feltételei fennállnak, és ettől csak a beteg kifejezett kérése esetén van lehetőség eltérni.

Főszabály a Kormányrendelet tekintetében, hogy az Irányelv alkalmazása szempontjából kétfajta ellátást különböztet meg: a más uniós tagállamban előzetes engedélyhez kötött ellátásokat és az előzetes engedély nélkül is igénybe vehető ellátásokat.

A Kormányrendelet 4. §-a határozza meg a külföldi gyógykezelés engedélyezésének a feltételeit. Eszerint tervezett egészségügyi ellátás igénybevételére akkor kell engedélyt adni, ha az adott – magyar biztosítási csomag részét képező - ellátás megfelelő időn belül nem érhető el Magyarországon a beteg állapotára tekintettel. Az engedélyhez kötött ellátásokat az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendeletre utalással fogalmazza meg a Kormányrendelet. Előzetes engedélyezés alá tartoznak:

1. A Kormányrendelet 3. számú mellékletében felsorolt ellátások, fekvőbeteg szolgáltatások (I/3. pont).
2. A Kormányrendelet 9., 10., 10/a. számú mellékletei szerint egynaposként vagy kúraszerű ellátásként (I/4) végezhető ellátások, amelyeket a beteg állapotától vagy a lakhely távolságától függően a szolgáltató egynapos/kúraszerű ellátásként vagy normál kórházi ellátásként egyaránt elvégezhet.
3. A járóbeteg-szakellátás esetén azok az ellátások tartoznak engedélyezés alá, amelyek várhatóan megfelelnek az Irányelv „közérdeken alapuló kényszerítő követelmények” fogalmának, azaz azok a pénzügyi fenntarthatóságot célzó tervezési követelményekkel indokolhatók. Ide tartoznak pl. a CT és MRI vizsgálatok.

Az engedélyhez nem kötött ellátásokat a biztosítottak saját döntésük szerint jogosultak más uniós tagállamban igénybe venni, az Ebtv. 27. § (6) bekezdésében meghatározott térítés szerint. A térítés alapja ez esetben a belföldi költségmérték. A belföldi költségmérték igénylésére vonatkozó kérelemhez mindazon dokumentumokat csatolni kell, amelyek alapján az illetékes hatóság meg tudja ítélni, hogy a beavatkozás indokolt volt-e, az ellátásnyújtásra ténylegesen sor került-e, a számla valóban az elvégzett ellátásról szól-e, végül, hogy a számla kiegyenlítésre került-e. A hitelt érdemlő igazolás feltételeit a Kormányrendelet. 8. cikke írja elő.

## Konklúzió

Sokáig a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló rendeletet, az 1408/71/EK rendeletet, illetve az azt felváltó 883/2004/EK rendeletet tekintették az egyedüli olyan közösségi mechanizmusnak, mely lehetővé teszi a betegek finanszírozással párosuló külföldi kezelését (eltekintve a saját költségen történő kezeltetéstől).<sup>79</sup>

1998-tól kezdődően az Európai Közösségek Bírósága (a továbbiakban: Bíróság) ítéletei során (*Kohll és Decker*,<sup>80</sup> *Vanbraekel*<sup>81</sup>, *Smits-Peerbooms*<sup>82</sup>, *Watts*<sup>83</sup> stb.) olyan új elveket állapított

<sup>79</sup> *Gellérné Lukács Éva*, Az 1408/71/EK tanácsi rendelet modernizációja, *IN* Dr. Király Miklós (szerk.), *Európajogi Tanulmányok* 7., ELTE Állam- és Jogtudományi Kar Nemzetközi Magánjog és Európai Gazdasági Jogi Tanszék, Budapest 2006, 63-83.

<sup>80</sup> C-158/96 Kohll [1998] ügy és C-120/95 Decker [1998] ügy

<sup>81</sup> C-368/98 Vanbraekel [2001] ügy;

<sup>82</sup> C-157/99 Smits és Peerbooms [2001] ügy

<sup>83</sup> C-372/04. sz. *Watts*-ügy [2006] ügy

meg, melyek a Római Szerződés áruk és szolgáltatások szabad mozgásáról szóló cikkeinek a betegek számára külföldön nyújtott egészségügyi szolgáltatások költségtérítésére való közvetlen alkalmazására vonatkoznak. Ítéleteiben a Bíróság egyértelművé tette, hogy amennyiben díjazás ellenében történik az egészségügyi szolgáltatások nyújtása, azok a Szerződés értelmében szolgáltatásoknak minősülnek, és emiatt a szolgáltatások szabad mozgására vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni. A belső piaci elvek alkalmazása által generált feszültséget hivatott az új irányelv feloldani, elsősorban az esetjog kodifikálása útján, a koordinációs rendelet és az irányelv összhangjának maximális biztosításával.

Ez messze nem könnyű feladat, hiszen a jelenlegi európai egészségpolitika kompromisszumokra épül. Elsősorban a belső piaci szabadság és a hagyományosan tagállami hatáskörbe tartozó egészségpolitika kompromisszumára, másodsorban az Unió szociális értékek irányába való jövőbeli elköteleződése és az ehhez képest rendelkezésre álló eszköztár hiányos voltából fakadó kompromisszumra. A kérdés az, hogy a jogalkotóknak e nehézségeket leküzdve vajon sikerült-e egy valóban előremutató jogszabályt alkotniuk.

A válasz igen is, és nem is. Igen pozitív, hogy az irányelv teljesíti a kitűzött célt, és a belső piaci alapokra építve jogbiztonságot teremt a megtérítés rendjében, segítségül szolgál a „beteg” európai jogi státuszának meghatározásában, az információs jogok rögzítésén, az előzetes engedélykérelmet kísérő eljárási biztosítékok lefektetésén, és az orvosi rendelvevények kölcsönös elismerésének biztosításán keresztül.

A belső piaci elvek kodifikálása mellett ugyanakkor nagyon is tiszteletben tartja a tagállami kompetenciákat azáltal, hogy továbbra is tagállami kézben hagyja a megtérítendő ellátások körének meghatározását, lehetőséget ad előzetes engedélyeztetésre bizonyos ellátások körében, továbbá csupán „együttműködési struktúrákat” állít fel, elsősorban önkéntes alapon történő részvétellel. Így lényegében azt mondhatjuk, hogy egyensúlyt teremt az ellentétes irányú érdekek között a kodifikáció során.

Ugyanakkor az irányelv, amely nem lép túl a belső piac diktálta logikán, csupán azok számára biztosítja a más tagállami ellátást, akik kellő „eszköztárral” (nyelvismerettel, megfelelő információval, anyagi fedezettel, ill. a mobilitás lehetőségével) rendelkeznek annak igénybeviteléhez. Az irányelv mindezzel együtt fontos építőköve lehet egy valódi európai egészségügyi térség megteremtésének, hiszen a tagállami együttműködés - akár gyakorlati szintű - erősítése vélhetően pozitív irányba való elmozdulást jelent a jelenleg szigorú hatásköri korlátok közé szorított uniós egészségpolitika területén.