

A külföldi gyógykezelések helye a magyar egészségbiztosítási rendszerben – különös tekintettel az európai uniós szabályozásból eredő lehetőségekre

BIRÓNÉ MALUSTYIK BRIGITTA¹

Az Európai Unió szociális biztonsági rendszerek koordinációjára irányuló szabályozásának célja, hogy hozzájáruljon az egységes belső piac egyik legfontosabb alapelveinek, a személyek szabad mozgásának érvényesüléséhez. Ennek egyik nagyon fontos aspektusa, hogy az uniós polgároknak lehetőségük van egy más Európai Gazdasági Térséghez tartozó tagállam, illetve Svájc területén egészségügyi szolgáltatást igénybe venni, a biztosítás helye szerinti tagállam egészségbiztosításának finanszírozása mellett. Ennek megvalósulása azonban jelentős mértékben függ a tagállamok szerepvállalásától, ugyanis az egészségügyi szolgáltatások határon átnyúló igénybevételének igazgatási, adminisztratív, intézményi és az adott országra levetített normatív tartalmának kidolgozása az ő feladatuk lesz. Jelen tanulmány keretein belül ezen uniós szabályok szerinti külföldi gyógykezelések hazai egészségbiztosítási rendszerben elfoglalt helyének vizsgálatát tűztük ki célul, különös tekintettel az igénybevétel eljárási szabályaira.

Kulcsszavak: egészségbiztosítás, egészségügy, Európai Unió, gyógykezelés, koordináció, szabad mozgás, szociális biztonság

The Place of Foreign Medical Treatment in the Hungarian Health Insurance System – With Special Regard to the Possibilities Arising from the European Union Regulations

The coordination of social security systems in the European Union aims to contribute to one of the most important principles of the single internal market, the free movement of persons. One very important aspect of this is that EU citizens have the opportunity to receive healthcare in another Member State of the European Economic Area or Switzerland, by financing the health insurance system of the Member State of affiliation. However, this will depend to a large extent on the involvement of the Member States, who will

¹ Tanársegéd, Nemzeti Közszolgálati Egyetem Államtudományi és Nemzetközi Tanulmányok Kar Lőrincz Lajos Közigazgatási Jogi Tanszék, e-mail: malustyik.brigitta@uni-nke.hu

be responsible for developing the administrative, institutional and country-specific normative content of cross-border access to healthcare. Within the framework of the present study, the place of foreign medical treatment according to these EU rules in the domestic health insurance system will be examined, with special regard to the procedural rules of use.

Keywords: health insurance, healthcare, European Union, medical treatment, coordination, free movement, social safety

1. Bevezetés

A magyar társadalombiztosítási rendszer a bismarcki mintaadó modell² alapvetéseit követve olyan rendszerré alakult, amely a kötelező részvételen alapuló kockázatközösséget létrehozva a társadalom jelentős részének nyújt egyfajta szociális biztonságot. Szerves része az egészségbiztosítási rendszer, amely az arra jogosult személyeknek egyaránt különböző pénzbeli és természetbeni ellátásokat juttat a hazai közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók és az egészségbiztosítási szerv közreműködésével. A rendszer működését számos kritika éri, főleg annak alulfinanszírozottságát, az egészségügyi szolgáltatások minőségét, a várakozási időket vagy az igénybe vehető ellátások körének kiterjedtségét illetően. A kritikák helytállóságának vizsgálata nem célja jelen tanulmánynak, azonban az arra való rávilágítás igen, hogy az országhatáron túl milyen lehetőségek állnak fenn a magyar biztosított személyek számára annak érdekében, hogy a megfelelő minőségű egészségügyi szolgáltatáshoz férjenek hozzá az orvosilag indokolt határidőn belül. Ugyanis európai uniós tagságunkból eredendően az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének lehetősége már túlnyúlik a magyar határokon, és bizonyos szabályok mentén már az egész Európai Gazdasági Térség (EGT) és Svájc által nyújtott egészségügyi szolgáltatásokhoz is hozzáférhetünk, a hazai Egészségbiztosítási Alap terhére. Ez az Európai Unió szociális biztonsági rendszerek koordinációjára irányuló tevékenységének köszönhető. Bár az Európai Uniónak e tekintetben korlátozott lehetőségei vannak, e tevékenységnek vitathatatlanul jelentős szerepe van a személyek szabad mozgásának érvényesülésében, ugyanis ezáltal az uniós polgárok valamely EGT-tagállamban, illetve Svájcban való tartózkodás vagy munkavállalás során megőrizhetik társadalombiztosítási jogviszonyukból eredő jogosultságaikat, és így, többek között, egészségügyi szolgáltatásban részesülhetnek, a társadalombiztosítás helye szerinti tagállam pénzügyi helytállása mellett.³ Ennek megvalósulásához azonban

2 Lásd erről bővebben Kristó Katalin: *A szociális igazgatás alapjai*. Budapest, Nemzeti Közszolgálati Egyetem, 2022a. 6.; valamint Kristó Katalin: *Szociálpolitika, szociális jog*. Budapest, Nemzeti Közszolgálati Egyetem, 2014a. 7.

3 Lásd bővebben Kristó Katalin: *A családtámogatások negyed százada. Kormányzati intézkedések a családok pénzbeli támogatásában*. Budapest, Gondolat, 2022b. 230., 287.

jelentős tagállami szerepvállalásra van szükség, ugyanis a szóban forgó külföldi gyógykezelések adminisztratív, igazgatási, normatív és intézményi háttérének kidolgozása és biztosítása a tagállamok feladata lesz. Jelen tanulmány célja e külföldi gyógykezelések helyének elemzése a hazai társadalombiztosítási, azon belül is egészségbiztosítási rendszerben, különös tekintettel az eljárási szabályokra. Még a tanulmány elején fontosnak tartok egy definíciós pontosítást megejteni. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) külföldi gyógykezelések alatt nemcsak az EGT-tagállamokon, illetve Svájcban belül igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokat érti, hanem azokat is, amelyekben az arra jogosult személyek valamely harmadik tagállam területén részesülnek. Ez utóbbi esetkörrel csak érintőlegesen foglalkozom, tekintettel arra, hogy a tanulmány központi témája a már említett európai uniós szabályozásból eredő lehetőség hazai érvényesülésének vizsgálata.

2. A magyar társadalombiztosítási rendszer felépítése és működése

A jelenleg működő magyar társadalombiztosítási rendszer kialakítására hosszas fejlődés eredményeként, végső soron a rendszerváltást követően került sor, a bismarcki mintaadó modell alapján. A Bismarck-modell elméleti alapja, hogy elsősorban a gazdaságilag aktív népességet és azok hozzátartozóit védi bizonyos, előre meghatározható kockázatoktól. Ezt a célját úgy kívánja elérni, hogy a gazdaságilag aktív személyek számára a társadalombiztosításban való részvételt kötelezővé teszi, ami együtt jár azzal, hogy a társadalombiztosítás finanszírozási rendszeréhez befizetéseikkel hozzá kell járulniuk. Így a rendszer működésének pénzügyi háttérét jórészt a munkaadói és munkavállalói befizetések adják.⁴ Természetesen a történelmi Bismarck-modell tiszta formájában már egyik ezt a modellt követő európai országban sem fedezhető fel, de a működési elv alapvető vonásai egyértelműen megtalálhatóak.⁵ Magyarországon is e fő irányvonal mentén működik a társadalombiztosítás rendszere, amelynek alapvető működési elveit, felépítését és finanszírozási háttérét jelen fejezetben tekintjük át.

2.1. A magyar társadalombiztosítás fogalma és alapelvei

A magyar társadalombiztosítási rendszer fogalmát illetően, a szerző álláspontja szerint, az egyik legteljesebb meghatározást Fazekas Marianna adta az alábbiak szerint:

„A társadalombiztosítás egy államilag szervezett, kötelező kockázatközösség, amely a kockázatközösségbe bevontak számára, meghatározott társadalmi kockázat

4 Elek Diána: Egészségbiztosítás az Európai Unióban. *Adó*, 28. (2014), 12–13. 91.

5 A klasszikus bismarcki és beveridge-i modellek megkülönböztetése hagyományos értelmezési kerete a társadalombiztosítási tárgyú szakmai diskurzusnak, ugyanakkor az államok jóléti funkcióinak bővülésével egyre elterjedtebbé vált a jólétiállam-elméletek megjelenése, és az államok jóléti ellátórendszeren alapuló kategorizálása is. Kristó Katalin: Jóléti állam elméletek és családpolitika. *Kodifikáció és Közigazgatás*, 3. (2014b), 2. 73–82.

esetére, az erre rendelt bevételekből, a kockázat bekövetkezésekor – a jogosult anyagi helyzetétől, jövedelmi viszonyaitól függetlenül – pénzbeli, kisebb részben természetbeni ellátásokat nyújt.”⁶

E meghatározásból egyértelműen kiolvashatóak a magyar társadalombiztosítási rendszer, törvényi szinten⁷ meghatározott alapelvei is. Ennek megfelelően a társadalombiztosítási rendszerben való részvétel, a 2019. évi CXXII. törvény fedezetéről (Tbj.) szóló törvényben meghatározott személyeknek kötelező. Az *egyéni felelősség elve* értelmében ezek a személyek járulékfizetési kötelezettségük teljesítése alapján szerezhetnek jogot saját maguk és a Tbj.-ben meghatározott hozzátartozójuk részére az egyes társadalombiztosítási ellátásokra. A pénzbeli ellátások esetében érvényesül az *arányosság elve*, azaz a pénzbeli társadalombiztosítási ellátások összege arányban áll a járulékfizetési kötelezettséggel terhelt személyek által befizetett járulék alapján szolgáló jövedelemmel. A Tbj. törvényi szinten rögzíti a foglalkoztató társadalombiztosítással járó kötelezettségeit is, tekintettel főleg arra, hogy a biztosítás az annak alapjául szolgáló jogviszonnyal egyidejűleg jön létre. Így a foglalkoztatót egyaránt terheli a bejelentési, nyilvántartási, járulék-megállapítási és levonási, járulékfizetési, valamint -bevallási kötelezettség is. Emellett a társadalombiztosítás pénzügyi alapjaihoz a foglalkoztatónak is hozzá kell járulnia különböző járulék-, adó- és hozzájárulás-fizetési kötelezettségei teljesítésével. A magyar társadalombiztosítási rendszer működésében jelentős szerepet játszik a *társadalmi szolidaritás elve*, amelynek értelmében olyan fizetési kötelezettségek is megállapíthatók – többek között a rendszer fenntarthatóságának biztosítása céljából –, amelyek megfizetése társadalombiztosítási ellátásra való jogot nem keletkeztet.⁸

A Tbj. a fentiek mellett az állam számára is előír kötelezettségeket, miszerint annak gondoskodnia kell a társadalombiztosítási rendszer működéséről és fejlesztéséről

- a) a társadalombiztosítási rendszerben nyújtott ellátások megállapításával;
- b) az ellátások fedezetére szolgáló fizetési kötelezettségek meghatározásával;
- c) az ellátások igénybevételére, az ellátások fedezetére szolgáló fizetési kötelezettségek megállapítására, bevallására, befizetésére és beszedésére, valamint nyilvántartására vonatkozó szabályok megalkotásával;
- d) az egyes ellátások és fizetési kötelezettségek teljesítését nyilvántartó és ellenőrző rendszer szabályozásával.⁹

6 Fazekas Marianna: A szociális igazgatás. In Ficzere Lajos – Forgács Imre (szerk.): *Közigazgatási jog. Különös rész.* Budapest, Osiris, 2005. 300.

7 A magyar társadalombiztosítási rendszer működésének alapelveit a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások 2019. évi CXXII. törvény fedezetéről 1–3. §-a határozza meg.

8 Tbj. 1. §.

9 Tbj. 2. § (1) bekezdés.

Kiemelendő még továbbá az *állami garanciavállalás elve*, amely szerint az államnak a társadalombiztosítási ellátások fedezetét abban az esetben is biztosítani kell, ha a társadalombiztosítás kiadásai a bevételeket meghaladják.¹⁰

2.2. A magyar társadalombiztosítási rendszer felépítése és finanszírozási háttere

A magyar társadalombiztosítási rendszert szabályozó jogszabályegyüttes alapvetően három elemből épül fel. A korábban már említett Tbj. mellett a társadalombiztosítás két biztosítási ágára vonatkozó speciális szabályokat a bevezetésben már szintén említett Ebtv., valamint az 1997. évi LXXXI. törvény¹¹ határozza meg.

Mindkét biztosítási ág működését és az annak keretében igénybe vehető ellátások fedezetét egy-egy pénzügyi alap biztosítja: a Nyugdíjbiztosítási Alap és az Egészségbiztosítási Alap, amelyek bevételi forrásainak jelentős részét a társadalombiztosításban kötelezően részt vevő személyek befizetései adják.

A társadalombiztosítási ellátások és a munkaerőpiaci célok fedezetére

- a) a biztosítottak *társadalombiztosítási járulékot*,
- b) az egészségügyi szolgáltatási járulékfizetésre kötelezett személy, a központi költségvetés és a szociális szövetkezet *egészségügyi szolgáltatási járulékot*,
- c) a Tbj. 37. §-ában meghatározott személyek (például álláskeresési támogatásban, gyermekgondozási díjban, gyermekgondozást segítő ellátásban, gyermeknevelési támogatásban, gyermekek otthongondozási díjában, ápolási díjban részesülő személyek) *nyugdíjjárulékot*,
- d) egyes, törvényben meghatározott személyek pedig *szociális hozzájárulási adót* fizetnek.¹²

A szociális hozzájárulási adó kapcsán megemlítenéd, hogy ez jelenti azt a Tbj. által is meghatározott fizetési kötelezettséget, amely nem keletkeztet jogosultságot a társadalombiztosítás ellátásaira. Ezt maga a 2018. évi LII. törvény¹³ is kiemeli az alábbiak szerint: „Az adó megfizetése államháztartási forrásból fedezett ellátásra (ideértve különösen a társadalombiztosítási ellátást és az álláskeresési ellátást), vagy államháztartási forrásból folyósított támogatás igénybevételére való jogot nem keletkeztet, valamint az adó alapja és összege az ilyen ellátás, támogatás összegét nem befolyásolja.”¹⁴

Az adó mértéke a jelenleg hatályos szabályok szerint az adóalap 13%-a, amelynek megfizetésére főszabály szerint az a személy kötelezett, aki nem önálló tevékenységből származó jövedelmet juttat.¹⁵

10 Tbj. 2. § (2) bekezdés.

11 1997. évi LXXXI. törvény a társadalombiztosítási nyugellátásról (Tny.).

12 Tbj. 23. §.

13 A szociális hozzájárulási adóról szóló 2018. évi LII. törvény (Szocho tv.).

14 Szocho tv. 4. § (3) bekezdés.

15 Szocho tv. 3. § (1) bekezdés.

A fent kiemelt bevételi források mértéke az alábbiak szerint alakul:

- a) a *társadalombiztosítási járulék* mértéke 18,5%;
- b) a *nyugdíjjárulék* mértéke 10%;
- c) az *egészségügyi szolgáltatási járulék* havi összege 7710 Ft.¹⁶

A befizetett *társadalombiztosítási járulék* 54%-a kerül nyugdíjjárulék címén a Nyugdíjbiztosítási Alapba, 37,9%-a egészségbiztosítási járulékként az Egészségbiztosítási Alapba, 8,1%-a pedig munkaerőpiaci járulék címén a foglalkoztatási programok finanszírozására elkülönített állami pénzalapokba. Ezenkívül a 10%-nyi nyugdíjjárulékot szintén a Nyugdíjbiztosítási Alapba, míg az egészségügyi szolgáltatási járulékot az Egészségbiztosítási Alapba utalja át az állami adóhatóság.¹⁷ A szociális hozzájárulási adóból a Nyugdíjbiztosítási- és az Egészségbiztosítási Alapba kerülő összeg mértékét a Nemzeti Adó- és Vámhivatal állapítja meg és utalja át naponta az arra jogosult részére.¹⁸

A *társadalombiztosítási ellátásra kötött megállapodások esetében*¹⁹ más járulékfizetési szabályok érvényesülnek. A szolgálati idő, vagy nyugdíjalapot képező jövedelem szerzése céljából kötött megállapodás esetén a járulékfizetés alapja a megállapodást kötő személy által megjelölt jövedelem, amelynek legalább akkora összegnek kell megfelelnie, mint a megállapodás megkötése napján érvényes minimálbér. Ebben az esetben 22% nyugdíjjárulékot szükséges fizetnie a megállapodást kötő személynek. Egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság szerzése céljából kötött megállapodás esetén pedig a megállapodás megkötése napján érvényes minimálbér 30%-ának megfelelő havi összeget szükséges fizetni.²⁰

3. Az egészségbiztosítás helye a magyar társadalombiztosítási rendszerben

Ahogy az már korábban említésre került, a magyar társadalombiztosítási rendszert két ágra lehet felosztani: a nyugdíjbiztosításra és az egészségbiztosításra. Miképpen jelen tanulmány az egészségbiztosítást helyezi témájának középpontjába, így a következőkben e biztosítási ág működésének bemutatásával foglalkozunk mélyrehatóbban.

3.1. Az egészségbiztosítás ellátásaira jogosultak köre

A magyar társadalombiztosítási rendszerben, a biztosítottnak minősülő személyek az egészségbiztosítás és a nyugdíjbiztosítás valamennyi ellátására jogosultságot sze-

¹⁶ Tbj. 25. §.

¹⁷ Tbj. 26. §.

¹⁸ Gellérné Lukács Éva: Egészségügyi szolgáltatások igénybevétele. In Smuk Péter (szerk.): *Társadalmi fenntarthatóság. Fenntartható biztonság és társadalmi környezettanulmányok I.* Budapest, Ludovika Egyetemi Kiadó, 2020. 1351.

¹⁹ Lásd bővebben Tbj. V. fejezet.

²⁰ Tbj. 48–49. §.

reznek, beleértve mind a pénzbeli, mind pedig a természetbeni ellátásokat is. A biztosítottnak minősülő személyeket a Tbj.²¹ az alábbiak szerint határozza meg:

- a) valamilyen munkavégzésre irányuló jogviszonyban állók, függetlenül attól, hogy a munkavégzés teljes vagy részmunkaidőben történik;
- b) szövetkezeti tagok, akik a szövetkezet tevékenységében munkaviszony, vállalkozási vagy megbízási jogviszony keretében személyesen közreműködnek, kivéve
 - az iskolaszövetkezet nappali rendszerű oktatás keretében tanulmányokat folytató tanuló, képzésben részt vevő személy, hallgató tagjait 25. életévének betöltéséig,
 - a közérdekű nyugdíjas szövetkezet öregségi nyugdíjban, vagy átmeneti bányászjáradékban részesülő tagjai,
 - a szociális szövetkezetben tagi munkavégzés keretében munkát végző tagok,
 - a kisgyermekkel otthon lévők szövetkezetének nem nagyszülőként gyermekgondozási díjban vagy gyermekgondozást segítő ellátásban részesülő, egyéb jogcímen biztosított tagjai;
- c) álláskeresői támogatásban részesülő személyek;
- d) egyéni vállalkozók;
- e) társas vállalkozók;
- f) díjazás ellenében munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony keretében személyesen munkát végző személyek (például megbízási szerződés alapján, egyéni vállalkozónak nem minősülő vállalkozási jogviszonyban), ha e tevékenységből származó, járulékalapot képező jövedelme eléri a minimálbér 30%-át, vagy naptári napokra lebontva annak harmincad részét;
- g) egyházi szolgálati jogviszonyban álló egyházi személyek;
- h) mezőgazdasági őstermelők;
- i) főállású kisadózóként bejelentett személyek;
- j) állami projektértékelői jogviszonyban álló személyek, ha e tevékenységből származó, járulékalapot képező jövedelme eléri a minimálbér 30%-át, vagy naptári napokra annak harmincad részét és
- k) a köztársasági elnök saját jogú nyugdíjasnak nem minősülő házastársa arra az időre, amelyre a fennálló biztosítással járó jogviszonyában a biztosítása szünetel, vagy nem rendelkezik más biztosítással járó jogviszonnyal.

Továbbá nem hagyható figyelmen kívül, hogy biztosítottnak minősülnek azok a természetes személyek is, akik a munkát külföldi szolgáltató számára Magyarország területén kívül végzik, és a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló közösségi rendelet, vagy Magyarország által kötött kétoldalú szociális biztonságról szóló egyezmény alapján a törvény hatálya alá tartoznak.²²

²¹ Tbj. 6. § (1) bekezdés.

²² Tbj. 6. § (3) bekezdés.

Azonban vannak olyan személyek, akik a fent kifejtett feltételeknek nem felelnek meg, és így biztosítottak nem minősülnek, de más jogcímen, a társadalombiztosítási rendszer valamely ellátásaira, alanyi jogon jogosulttá válnak. Így a Tbj. 22. §-a meghatározza azon személyek körét, akik ugyan nem felelnek meg a biztosítottá válás feltételeinek, de alanyi jogon jogosultságot szereznek egészségügyi szolgáltatások igénybevételére. Összefoglalóan ebbe a kategóriába az alábbi személyek tartoznak:

- a) bizonyos szociális, társadalombiztosítási ellátásokban részülő személyek (például csecsemőgondozási díj, gyermekgondozási díj, ápolási díj, saját jogú és hozzátartozói nyugellátások, gyermekgondozást segítő ellátás, táncművészeti életjáradék, rendvédelmi egészségkárosodási járadék stb.);
- b) tanulói vagy hallgatói jogviszonyban álló, nappali rendszerű oktatásban részt vevő magyar állampolgárok, menekültek;
- c) külföldi állampolgárok, akik nemzetközi szerződés vagy a külpolitikáért felelős miniszter által adományozott ösztöndíj alapján állnak tanulói vagy hallgatói jogviszonyban;
- d) azon határon túli magyarok, akik valamely hazai felsőoktatási intézmény nappali rendszerű, államilag támogatott, vagy magyar állami (rész)ösztöndíjjal támogatott szakán hallgatói jogviszonyban állnak;
- e) hajléktalan személyek;
- f) megváltozott munkaképességű és a Tbj.-ben meghatározott mértékű egészségkárosodásban szenvedő személyek;
- g) fogva tartott személyek;
- h) kiskorú, magyar állampolgársággal, vagy menekült vagy oltalmazott jogállással és Magyarország területén lakóhellyel rendelkező személyek;
- i) az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság szerzése céljából megállapodást kötő személyek²³ és
- j) a rászorultsági alapon²⁴ egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyek.

Tehát, összefoglalóan elmondható, hogy a Tbj. alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyek összesen négy kategóriába sorolhatók be. Az egyes jogosultsági kategóriák között az egyik legnagyobb különbség, hogy az egészségbiztosítás által

23 Az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság szerzése céljából megállapodást a nem biztosított és egészségügyi szolgáltatásra egyéb jogcímen sem jogosult természetes személy köthet, saját maga, illetve vele együtt élő gyermeke egészségügyi szolgáltatásának biztosítására.

24 A rászorultsági alapon történő jogosultságszerzés feltételeiről az 1993. évi III. törvény 4. §-a rendelkezik az alábbiak szerint:

„A járási hivatal az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele céljából annak a személynek állapítja meg szociális rászorultságát,

- a) akinek családjában az egy főre jutó havi jövedelem az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 120%-át,
- b) aki egyedülélő és jövedelme az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 150%-át nem haladja meg, és családjának vagyona nincs.”

A járási hivatal hatásköreiről lásd még Kristó Katalin: *Az új területi államigazgatási rendszer*. Budapest, Nemzeti Közszolgálati Egyetem, 2013.

fedezett valamennyi ellátásra (beleértve a természetbeni és pénzbeli ellátásokat is) csak és kizárólag a biztosítottak szereznek jogosultságot. A másik három kategória alapján jogosultságot szerző személyek (külön járulékfizetés nélkül egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyek, egészségügyi szolgáltatási járulék fizetésére kötelezett személyek, valamint a megállapodást kötők) csak és kizárólag az egészségbiztosítás természetbeni ellátásaira jogosultak.²⁵

3.2. Az egészségbiztosítási jogviszony további szereplői

Az egészségbiztosítás keretében háromoldalú jogviszony jön létre az egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy, az egészségügyi szolgáltató, valamint a finanszírozó szerepet betöltő egészségbiztosító között.

Az egészségügyi szolgáltatók azok, akik gyógyító-megelőző ellátásokat, gyógyszereket és gyógyászati segédeszközöket biztosítanak az arra jogosultak számára. Az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltatások nyújtására csak azok az egészségügyi szolgáltatók jogosultak, akik az Egészségbiztosítási Alap kezelésével megbízott egészségbiztosítási szervvel megkötött finanszírozási szerződéssel rendelkeznek.²⁶

Az Egészségbiztosítási Alap kezeléséért az *egészségbiztosító*, jelenleg a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) felelős, amely – mint ahogy azt már említettük – finanszírozási szerződés alapján téríti meg az egészségügyi szolgáltatóknak az általuk nyújtott ellátás összegét.

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása az alábbiak szerint lehetséges:

- a) ráfordítások alapján meghatározott norma,
- b) az ellátandó feladatok,
- c) az ellátott esetek száma,
- d) fejkvóta,
- e) a nyújtott szolgáltatások teljesítményarányai,
- f) egyes szolgáltatások esetében teljesítményegységek mennyisége,
- g) minőségi mutatók figyelembevétele, vagy
- h) a fentiek kombinációja alapján történhet.²⁷

A háziorvosi ellátásban a finanszírozás az ellátottak számához, a járóbeteg-szakellátás tekintetében esetszámhoz igazodóan, a fekvőbeteg-ellátás tekintetében pedig úgynevezett homogén betegcsoportokhoz rendelt pontértékek alapján történik.

25 Hoffman István – Gellérné Lukács Éva: *Bevezetés a társadalombiztosítási és szociális jogba*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2020. 186.

26 Asbóth Márton – Fazekas Marianna – Koncz József: *Egészségügyi jog és igazgatás*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2020. 63.

27 Ebtv. 34. §.

Az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai esetében a Magyar Államkincstár hatósági döntése alapján, az általa működtetett rendszeren keresztül történik a finanszírozás.²⁸

3.3. Az egészségbiztosítás által fedezett egészségügyi szolgáltatások

Az egészségbiztosítás keretében igénybe vehetők egészségügyi szolgáltatások, különböző pénzbeli ellátások,²⁹ baleseti ellátások és megváltozott munkaképességű személyeknek járó ellátások is. Jelen tanulmány szempontjából az egészségbiztosítás keretében finanszírozott egészségügyi szolgáltatások a leginkább relevánsak, így a többi ellátási formával csak említés szintjén foglalkozom. Az egészségbiztosítás által fedezett ellátások körét az 1. táblázat szemlélteti:

1. táblázat: Az egészségbiztosítási ellátások köre

Pénzbeli ellátások	Baleseti ellátások	Megváltozott munkaképességű személyek ellátásai	Egészségügyi szolgáltatások
csecsemőgondozási díj (csed)	baleseti táppénz	rokkantsági ellátás	térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások
gyermekgondozási díj (gyed)	baleseti járadék	rehabilitációs ellátás	árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások
táppénz	baleseti egészségügyi szolgáltatás		részleges térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások
örökbecfogadói díj			külföldön történő gyógykezelések
			utazási költségtérítés

Forrás: Ebtv. II–VI. fejezet

Az egészségbiztosítás keretében beszélhetünk térítésmentesen, árhoz nyújtott támogatással, részleges térítés mellett, valamint méltányosságból igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokról, továbbá utazási költségtérítések, valamint külföldi gyógykezelések finanszírozására is sor kerülhet.

²⁸ Hoffman – Gellérné Lukács (2020): i. m. 179.

²⁹ Az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásainak tárgyában lásd bővebben Kristó Katalin: A pénzbeli családtámogatási ellátások változásai 2010 és 2014 között, a kormányprogram célkitűzései tükrében. *Acta Humana: Hungarian Centre For Human Rights Publications*, 3. (2015), 2. 97–122.; valamint Kristó (2022b): i. m.

Az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatosan alapvető követelmény, hogy

- a) azok csak az egészségi állapot által indokolt mértékben vehetők igénybe, és
- b) azonos szakmai tartalommal illetik meg az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személyeket.³⁰

A térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások közé tartoznak

- a) a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatások,
- b) a gyógykezelés céljából végzett ellátások:
 - háziorvosi ellátás,
 - fogászati ellátás,
 - járóbeteg-szakellátás,
 - fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás;
- c) egyéb egészségügyi szolgáltatások,
- d) szülészeti ellátás,
- e) orvosi rehabilitáció,
- f) betegszállítás, mentés.³¹

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére vonatkozóan közös szabály, hogy egészségügyi szakellátásra a biztosítottat csak finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa utalhatja be. A beutaló szerinti egészségügyi szolgáltató a biztosított ellátását nem tagadhatja meg a beutalóhoz kötött egészségügyi szolgáltatások esetében, illetve a beutalóhoz nem kötött egészségügyi szolgáltatások esetében a biztosított tekintetében területi ellátási kötelezettséggel rendelkező egészségügyi szolgáltató. Fontos, *európai uniós szabályozáshoz kötődő kitétel* továbbá, hogy az egészségügyi szolgáltató köteles elfogadni az Európai Unió más tagállamában kiállított beutalót is, kivéve akkor, ha az az egészségügyi szolgáltató számára nem érthető, vagy nem nyújt elég információt a beteg egészségi állapotáról és az orvosilag szükséges beavatkozások köréről. A beutalóhoz nem kötött ellátások esetében pedig szintén európai uniós vonatkozású szabály, hogy nem lehet megtagadni az uniós beteg ellátását arra hivatkozva, hogy az egészségügyi szolgáltató nem rendelkezik területi ellátási kötelezettséggel. Az egészségügyi szolgáltató csak és kizárólag abban az esetben tagadhatja meg az uniós beteg ellátását, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását az uniós beteg fogadása veszélyezteti, azonban az elutasítást részletesen, írásban kell megindokolnia. Hasonló szabály vonatkozik a nem uniós, de területen kívüli betegek ellátására; az ő ellátásuk is akkor tagadható meg, ha az veszélyeztetné a területi ellátási kötelezettséggel járó feladatok ellátását.³²

30 Ebtv. 2–3. §.

31 Ebtv. II. fejezet 1. Cím.

32 Ebtv. 18. § (1)–(3a) bekezdés.

Az Ebtv. 18. §-a meghatározza továbbá azon egészségügyi szolgáltatások körét, amelyek nem finanszírozhatóak az Egészségbiztosítási Alapból. Fazekas Marianna³³ csoportosítása alapján ezek az alábbiak:

- a) Központi költségvetésből finanszírozott ellátások, amelyeket az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszony előzetes igazolása nélkül kell biztosítani a Magyarország területén tartózkodó személy részére. Ide tartoznak többek között bizonyos járványügyi ellátások (például járványügyi elkülönítés, kötelező védőoltás, a fertőző betegek szállítása); a Magyarországon lakóhellyel rendelkező várandós nő és gyermekágyas anya részére nyújtott ellátások egy része (például a magzat egészséges fejlődésének ellenőrzését szolgáló szűrővizsgálatok); az egészségügyi válsághelyzeti ellátások, vagy a Magyarország területén tartózkodó személy elhalálását követően végzett halottvizsgálat.³⁴
- b) A foglalkoztató vagy a megrendelő által fizetendő szolgáltatások, ideértve a foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatásokat (kivéve azokat, amelyek foglalkozási megbetegedés vagy üzemi baleset miatt váltak szükségessé), vagy a külön jogszabályban elrendelt orvosszakértői vagy szakvéleményezések, kivéve, ha azokra valamilyen szociális juttatás, társadalombiztosítási ellátás, kedvezmény vagy egészségbiztosítási ellátásra való jogosultság megállapítása céljából kerül sor.³⁵
- c) Azok a szolgáltatások, amelyeket kifejezetten az ellátott köteles megfizetni. Ide tartoznak például a nem gyógyító célú, kizárólag esztétikai vagy rekreációs célból nyújtott egészségügyi szolgáltatások, az extrém sportolás vagy szórakoztató- szabadidős tevékenység közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátások, a hivatásos sportolók sportegészségügyi ellátása, a nem egészségügyi okból végzett művi meddővé tétel, a járművezetői alkalmassági vizsgálat, vagy az alkohol, illetve kábítószer hatása alatt állás esetén a detoxikálás.³⁶

Az egészségügyi szolgáltatások következő csoportját az *árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások* képezik. Ebben az esetben az Egészségbiztosítási Alapból csak a járóbeteg-szakellátás keretében gyógyászati céllal rendelt gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás árához, valamint a fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelés alatt rendelt gyógyászati segédeszköz árához, illetve annak javítási és kölcsönzési díjához adható támogatás.³⁷

33 Fazekas Marianna: *Egészségügyi jog és igazgatás*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2020. 61.

34 Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 142. §.

35 Ebtv. 18. § (6) c–d. pont.

36 Ebtv. 18. § (6) e–u. pont.

37 Ebtv. 21. § (1) bekezdés.

A következő kategória a *részleges térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások* köre. Ennek megfelelően a biztosított részleges térítés mellett jogosult 18 éves kor alatt fogszabályzó készülékre, a rágóképesség helyreállítása érdekében végzett fogpótlásra, a külsődleges nemi jellegek megváltoztatására irányuló beavatkozásra, kivéve, ha a fejlődési rendellenesség miatt a genetikailag meghatározott nem külsődleges jegyeinek kialakítása a cél. Emellett a biztosított kiegészítő térítési díj fizetése ellenében jogosult az egészségügyi szolgáltatás keretében saját kezdeményezésére igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra, valamint állapota által indokolt esetben, az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra.³⁸

A fentiekén túl az egészségbiztosítás lehetőséget biztosít a járóbeteg-szakellátásra, fogászati szakellátásra, fekvőbeteg-gyógyintézetbe, gyógyászati ellátásra, továbbá rehabilitációra beutalt és e szolgáltatásokat beutaló nélkül igénybe vevő biztosítottak utazási költségeinek támogatására. Az *utazási költségtérítési támogatás* az alábbi feltételek mentén illeti meg a biztosítottat:

- a) ha orvosszakértői vizsgálatra utalták vagy rendelték be; vagy
- b) a szolgáltatás igénybevétele olyan egészségügyi szolgáltatónál történik,
 - amely a biztosított területi ellátására kötelezett; vagy
 - amely az ellátásra kötelezett egészségügyi szolgáltatónál a biztosított lakóhelyéhez, vagy tartózkodási helyéhez, illetve szállásához közelebb esik, ha az oda történő beutalásba a biztosított beleegyezett, illetve, ha az egészségügyi szolgáltatást ott vette igénybe; vagy
- c) a megfelelő feltételekkel rendelkező, bármely más – a biztosított lakóhelyéhez vagy tartózkodási helyéhez, illetve szállásához legközelebb eső – egészségügyi szolgáltatóhoz történő beutalás és a szolgáltatás ezen egészségügyi szolgáltatónál történt igénybevétele esetén, ha az egészségügyi szolgáltató által nyújtott ellátás biztosítására az előző pontban felsorolt egészségügyi szolgáltatók szakmai indokok alapján nem alkalmasak.³⁹

A biztosított mellett a költségekhez való hozzájárulás megilleti a 16 éven aluli gyermek kísérőjét, továbbá a 16 éven felüli biztosított kísérőjét is, amennyiben a kíséretet az egészségügyi szolgáltató szükségesnek tartja.⁴⁰ Fontos szabály továbbá, hogy az utazási költségekhez való hozzájárulás csak a helyközi utazás költségeihez vehető igénybe,⁴¹ illetve csak akkor, ha az utazás Magyarország területén történik. Külföldi lakóhelyről vagy tartózkodási helyről utazó biztosítottak csak a lakóhelyükhöz vagy tartózkodási helyükhöz legközelebb eső határátkelő és az egészségügyi szolgáltató telephelye közötti útvonalra jogosultak támogatásra.⁴²

38 Ebtv. 23–23/A §.

39 Ebtv. 22. § (1) bekezdés.

40 Ebtv. 22. § (6) bekezdés.

41 Ebtv. 22. § (7) bekezdés.

42 Ebtv. 22. § (2) bekezdés.

Az egészségbiztosítás ellátási rendszerében fontos szerepet játszik a *méltányosság*; ugyanis mind a pénzbeli, mind a természetbeni ellátások esetében az egészségbiztosítónak, az Egészségbiztosítási Alap éves költségvetésében meghatározott keretek között, lehetősége van méltányossági alapon ellátásra való jogosultságot megállapítani. Ennek keretében csedre, gyedre és táppénzre való jogosultságot állapíthat meg a biztosított részére, abban az esetben, ha az előírt biztosítási idővel rendelkezik. Az egészségügyi szolgáltatások esetében az egészségbiztosító az alábbi, Ebtv. 26. §-ban meghatározott szabályok szerint alkalmazhatja a méltányosságot:

- a) „a Magyarországon szakmailag elfogadott, de a finanszírozásba még be nem fogadott eljárások, a befogadott egészségügyi szolgáltatás befogadástól eltérő alkalmazása, illetve a biztosított által részleges, illetve kiegészítő térítési díj megfizetése mellett az egészségbiztosítás terhére igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások térítési díját vagy annak egy részét átvállalhatja;
- b) támogatást nyújthat a társadalombiztosítási támogatással nem rendelhető allopatias gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz árához;
- c) támogatást nyújthat méltányosságból már támogatott gyógyászati segédeszköz javítási díjához;
- d) támogatást nyújthat már támogatott, egyedi méretvétel alapján gyártott gyógyászati segédeszköz alkatrészének cseréjéhez, amennyiben a cserét a beteg testi állapotában bekövetkezett változás indokolja.”⁴³

4. Külföldi gyógykezelések szabályozása az egészségbiztosításban

Az egészségbiztosítás által finanszírozott egészségügyi szolgáltatások egy speciális csoportját képezik azok az esetek, amikor a biztosítottak nem Magyarországon, hanem valamely EGT tagállamban, Svájcban, vagy egy harmadik állam területén vesznek igénybe egészségügyi szolgáltatást az Egészségbiztosítási Alap finanszírozásának terhére.

4.1. Harmadik államok területén igénybe vett gyógykezelések

A harmadik államban történő tartózkodás során igénybe vett egészségügyi szolgáltatások az alábbi szempontok szerint finanszírozhatóak az Egészségbiztosítási Alap terhére:

- a) Amennyiben a biztosított a harmadik állam területén átmeneti jelleggel, munkavállalás, tanulmányok folytatása, vagy valamilyen más egyéb jogcímen tartózkodik, és a tartózkodás ideje alatt a *feltétlenül szükséges mértékben* egészségügyi szolgáltatást vesz igénybe, továbbá sürgősségi betegszállítást azért vesz igénybe, mert annak elmaradása súlyosan veszélyeztetné az életét vagy testi épségét, illetve maradandó egészségkárosodáshoz vezetne, az egészségbiztosító megtéríti a felmerült és igazolt költségeket az igénybevétel idején

⁴³ Ebtv. 26. § (1) bekezdés.

- érvényes belföldi költség mértékének megfelelő összegben. A sürgősségi betegszállítás esetén pedig a számla szerinti összeget a Magyar Nemzeti Bank által közzétett, az igénybevételkor érvényes középárfolyamán téríti meg.⁴⁴
- b) Amennyiben a munkáltató a biztosítottat három hónapot meghaladó mértékben foglalkoztatja harmadik állam területén, és ez idő alatt a biztosított vagy annak a harmadik állam területén vele együtt lakó eltartott házastársa és gyermeke egészségügyi szolgáltatást vagy sürgősségi betegszállítást indokoltan vesz igénybe, akkor az egészségbiztosító annak felmerült és igazolt költségeit a belföldi költségek mértékéig, sürgősségi betegszállítás esetén pedig a Magyar Nemzeti Bank által közzétett, az igénybevételkor érvényes középárfolyamon téríti meg.⁴⁵

4.2. Az uniós szabályok szerint igénybe vett külföldi gyógykezelések

Az EGT-tagállam területén és Svájcban igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra egészen más, lényegében kedvezőbb szabályok vonatkoznak, mint az imént bemutatott, harmadik államokban igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokra. Ez európai uniós tagságunkra vezethető vissza, ugyanis a szociális biztonsági rendszerek uniós szintű koordinációjának köszönhetően a tagállami feltételeknek megfelelő uniós polgároknak lehetőségük van egy más EGT-tagállam, illetve Svájc területén egészségügyi szolgáltatást igénybe venni, ugyanolyan feltételek mellett, mint a fogadó tagállam állampolgárai, a társadalombiztosítás helye szerinti tagállamban fennálló egészségbiztosításuk terhére.⁴⁶ Uniós szinten az erre vonatkozó szabályokat a 883/2004/EK rendelet,⁴⁷ a 987/2009/EK rendelet,⁴⁸ továbbá a 2011/24/EU irányelv⁴⁹ határozza meg. Az ezekben meghatározott szabályok átültetésére hazánkban a 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet⁵⁰ szolgál, továbbá maga az Ebtv. és annak végrehajtási rendelete⁵¹ is határoz meg erre vonatkozóan különböző szabályokat.

Az említett uniós szabályok alapján Svájcban és az EGT határain belül, de Magyarországon (mint biztosítás helye szerinti tagállam) területén kívül két lehetséges úton

44 Ebtv. 27. § (1) bekezdés.

45 Ebtv. 27. § (2) bekezdés.

46 A témáról lásd bővebben Kristó Katalin – Malustyik Brigitta: A tervezett külföldi gyógykezelés engedélyezése Magyarországon. Az elektronikus ügyintézés egy lehetséges útja. *Új Magyar Közigazgatás*, 14. (2021), 2. 15–25.; és Kristó Katalin – Borbás Szilvia: Külföldi egészségügyi ellátások az európai unió és a magyar szabályok tükrében. *Acta Humana*, 9. (2021), 3. 141–154.

47 Az Európai Parlament és a Tanács 883/2004/EK rendelete a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról.

48 Az Európai Parlament és a Tanács 987/2009/EK rendelete a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet végrehajtására vonatkozó eljárás megállapításáról.

49 Az Európai Parlament és a Tanács 2011/24/EU irányelve a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről.

50 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól.

51 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet az egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról.

van lehetőség egészségügyi szolgáltatások igénybevételére: tervezett és nem tervezett módon.

A *nem tervezett egészségügyi szolgáltatások lényege*, hogy az EGT és Svájc határain belül lehetőség van arra, hogy ideiglenes ott-tartózkodás során az orvosi okokból szükségessé váló egészségügyi szolgáltatásokat vegyenek igénybe a magyar egészségbiztosítási rendszerben biztosítottak minősülő személyek, ugyanolyan feltételek mellett, mint a fogadó tagállam állampolgárai. Orvosi okokból szükségesnek az az ellátás minősül, amelyet a tartózkodási hely szerinti tagállamban, annak jogszabályai alapján nyújtanak annak érdekében, hogy a biztosított személy ne kényszerüljön a tervezett tartózkodás letelte előtt az ellátás igénybevétele céljából a saját tagállamába visszautazni.⁵² Arról, hogy az ellátás orvosi szempontból szükségesnek minősül-e vagy sem, kezelőorvosi vélemény szükséges, amely során figyelembe veszik a külföldön tartózkodás idejét is. Az ellátás feltétele, hogy a biztosított rendelkezzen Európai Egészségbiztosítási Kártyával (Kártya), ugyanis ez az a dokumentum, amely uniós szinten egységes formában igazolja az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságot. A Kártya kiállításáért minden esetben a tagállami egészségbiztosítási szerv a felelős, csakúgy, mint az ellátás költségeinek megtérítéséért. Az ellátás költségeit a tagállami egészségbiztosításért felelős szervek egymás között rendezik, az ellátást igénybe vevő biztosítottak ehhez semmilyen további intézkedést nem kell tennie. Magyarországon a Kártyát a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő állítja ki – főszabály szerint illetékmentesen – az ügyfelek kérelmére, amelynek benyújtása történhet személyesen, postai úton, meghatalmazott útján, illetve elektronikus ügyintézés segítségével az Ügyfélkapun keresztül.⁵³ A Kártya az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság végéig, de legfeljebb 36 hónapig érvényes. A Kártya használatának és így az ellátás költségeinek NEAK általi teljes megtérítésének feltétele, hogy az egészségügyi szolgáltatás csak az adott tagállam társadalombiztosítási szervével szerződéses kapcsolatban álló szolgáltatónál vehető igénybe; továbbá azt is fontos figyelembe venni, hogy a Kártya nem nyújt fedezetet azokra az önrészekre (például vizitdíj), amelyet az ellátás helye szerinti tagállamban szükséges fizetnie a biztosítottaknak. Az egészségügyi szolgáltatás költségének megtérítése kapcsán még fontos kiemelni, hogy vannak olyan országok (például Belgium, Franciaország), ahol az egészségügyi szolgáltatási rendszer visszatérítéses alapon működik, azaz az ellátás költségeit az igénybe vevőnek meg kell előlegeznie, így e szabály alól a más EGT-tagállam, illetve Svájc állampolgárai sem képeznek kivételt. Így kiutazás előtt ajánlott tájékozódni a célszág egészségügyi ellátórendszere felől, ugyanis az orvosilag szükséges egészségügyi ellátások köre tagállamonként eltérő. Bár az Európai Bizottságnak vannak különböző egységet megkövetelő határozatai arra vonatkozóan, hogy mely ellátások minősülnek feltétel

52 Lásd: www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_kulfoldon/az_europai_egeszsegbiztositasi_kartya

53 Kristó–Borbás (2021): i. m. 146.

nélkül orvosilag szükségesnek; ide sorolja például a dialízis-kezelést, az oxigénterápiát és a szüléssel kapcsolatos ellátásokat.⁵⁴

Az előzőekben említett Kártya csak előre nem tervezett, orvosilag szükségessé váló ellátások igénybevételére használható; azonban az uniós szabályozás lehetőséget ad arra, hogy kifejezetten azért utazzanak az arra jogosultak egy más, a szociális biztonsági koordináció területi hatálya alá tartozó tagállamba, hogy ott egészségügyi szolgáltatást vegyenek igénybe. Erre a magyar társadalombiztosítási rendszerben biztosítottak minősülő személyeknek is lehetősége van, amelynek az uniós szabályok átültetésére szolgáló részletszabályait a 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet állapítja meg.

A *tervezett egészségügyi szolgáltatások igénybevételének* egyik módja, amikor a 883/2004/EK rendelet szabályai szerint történik az ellátásban való részesülés (rendeleti út). A rendeleti út esetében az egészségügyi szolgáltatás csak a NEAK által kiadott engedély birtokában vehető igénybe, amelyre vonatkozó kérelmet kizárólag személyesen lehet benyújtani. A benyújtott kérelem kapcsán a NEAK elsőként azt vizsgálja, hogy a kérelmezett ellátás a magyar társadalombiztosításba befogadott-e; ennek megállapítására a kérelem beérkezésétől számított nyolc nap áll rendelkezésére. Amennyiben igen, a következő vizsgálandó szempont, hogy a beteget a kérelmében megjelölt orvosilag indokolt határidőn belül el tudja-e látni hazai egészségügyi szolgáltató – erre a NEAK-nak tizenöt nap áll rendelkezésére. Amennyiben azt állapítják meg, hogy a kérelmezett egészségügyi szolgáltatást az orvosilag indokolt határidőn belül hazai egészségügyi szolgáltató is el tudja látni, úgy a NEAK a kérelmet elutasítja, és nincs lehetőség a külföldi egészségügyi szolgáltatás hazai egészségbiztosítási rendszer terhére történő igénybevételére.

Azonban, ha a NEAK nem talál a fentiekben említett feltételeknek megfelelő hazai egészségügyi szolgáltatót, a továbbiakban a kérelemben megjelölt külföldi egészségügyi szolgáltató által nyújtott ellátás minőségéről és biztonságosságáról győződik meg, költséghatékonysági szempontokat is figyelembe véve. Ez utóbbi vonatkozásában akkor tekinti költséghatékonyak az ellátást, ha annak költsége nem haladja meg több mint harminc százalékkal az ellátásra vonatkozó magyarországi belföldi költség mértékét. Ha a megjelölt egészségügyi szolgáltató mind az említett költséghatékonysági, mind pedig a minőséggel és biztonsággal kapcsolatosan támasztott feltételeknek megfelel, a NEAK következő feladata, hogy tájékozódjon a megjelölt intézmény fogadókészségéről és a gyógykezelés lehetséges időpontjáról. Azonban, ha az említett szempontok alapján aggályok merülnek fel, a NEAK nyolc napon belül a jogosultigazolás kiadásával egyidejűleg, egy másik EGT-tagállamban vagy Svájcban letelepedett egészségügyi szolgáltatóra tesz javaslatot.

Az így kiadott engedély birtokában igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségeit a NEAK a hazai Egészségbiztosítási Alap terhére megtéríti azzal a fontos kitéttel, hogy a gyógykezelés kötelezően meg nem térítendő részét csak a beteg külön kérelmére, méltányosságból támogathatja.⁵⁵

54 Lásd: <https://bit.ly/3CquUM3>

55 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 5. § (4)–(7) bekezdés.

A 2011/24/EU irányelv elfogadása és hazai jogrendszerbe történő átültetése új utakat nyitott meg a tervezett külföldi egészségügyi szolgáltatások igénybevételének rendszerében; az új szabályok lehetővé tették, hogy a rendeleti út szerinti eljárásrenden túl, egyéb esetekben is elérhetővé váljanak a tervezett külföldi egészségügyi szolgáltatások. Külföldi gyógykezelés határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében történő igénybevételére (irányelvi út) az alábbi esetekben kerülhet sor:

- a) ha a beteg olyan egészségügyi szolgáltatónál szeretné az ellátást igénybe venni, amely nem tartozik az uniós rendeletek hatálya alá; vagy
- b) ha a beteg az egészségügyi szolgáltatást nem az uniós rendeletek szerinti szabályok alapján kívánja igénybe venni; vagy
- c) ha a beteg a kérelmében nem jelöli meg az egészségügyi szolgáltatót, hanem önmagában csak a szolgáltatás igénybevételére kéri az engedélyt; vagy
- d) a kérelemben megjelölt egészségügyi szolgáltatót költséghatékonysági szempontból a NEAK nem tartja elfogadhatónak, és más szolgáltatóra tesz javaslatot, de a beteg a gyógykezelést nem az engedélyben szereplő egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe.⁵⁶

A fenti felsorolásból is egyértelműen kitűnik, hogy az irányelv bevezetésével jelentősen rugalmasabbá váltak a tervezett külföldi gyógykezelések igénybevételére vonatkozó szabályok, főleg, hogy a beteg már a külföldi magánegészségügyi szolgáltatónál kapott kezelése finanszírozását is kérelmezheti. Az irányelvi út alkalmazása során a NEAK csak abban az esetben utasíthatja el a kérelmet, ha talál olyan hazai egészségügyi szolgáltatót, amely az orvosilag indokolt határidőn belül biztosítani tudja a beteg ellátását. Azonban az ellátás költségeinek megtérítésére a rendeleti útnál másabb, bizonyos szempontból szigorúbb szabályok vonatkoznak. Az irányelvi út alkalmazása során a betegnek meg kell előlegeznie az ellátás költségeit; azokat a NEAK utólagosan, számla benyújtása ellenében téríti meg a beteg részére. Továbbá az is fontos különbség, hogy a fizetendő térítés összege nem haladhatja meg az igénybevétel idején az ellátásra vonatkozó magyarországi közfinanszírozott ellátás belföldi költségének mértékét.⁵⁷ Így amennyiben az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás az ellátás helye szerinti tagállamban többbe kerül, mint a biztosítás helye szerinti tagállamban, a betegnek kell megfizetnie a két összeg közötti különbözetet.

Ahogy az már jelen tanulmány keretei között is említettük, a hazai egészség-biztosítási rendszerben fontos szerepet játszik a méltányosság; nincs ez másképp a külföldi gyógykezelések esetében sem. Ebben az esetben a méltányosság alkalmazására akkor kerülhet sor, ha a NEAK azért utasítja el a kérelmet, mert az abban szereplő egészségügyi szolgáltatás a magyar társadalombiztosításba nem befogadott. Az Egészségügyi Szakmai Kollégium illetékes tagozatának (Kollégium) még lehetősége van a kérelem engedélyezésére a kezelés orvosszakmai indokoltságára, szakmai elfogadottságára, valamint a beteg számára való reális egészségnyereségre tekintettel.

⁵⁶ 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 7. § (1)–(2) bekezdés.

⁵⁷ 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 7. § (3) bekezdés.

Az eljárásrend szerint a NEAK az általa elutasított kérelmet továbbítja a Kollégium részére, amelynek összesen tizenöt nap áll rendelkezésére a döntés meghozatalára. A Kollégium azt vizsgálja, hogy a kérelmezett gyógykezelés reális egészségnyereséggel jár-e, tehát, hogy az a beteg állapotának javulását, vagy további romlásának csökkenését eredményezi-e. Amennyiben a Kollégium azt állapítja meg, hogy az ellátás reális egészségnyereséggel nem jár, vagy az szakmailag nem elfogadott, akkor a NEAK e szakvéleményre hivatkozással a beérkezéstől számított öt napon belül elutasítja a kérelmet. Azonban, ha a Kollégium pozitív döntést hoz, és megállapítja, hogy a kezelés a beteg számára reális egészségnyereséggel jár, és szakmailag elfogadottnak tartja az ellátást, akkor elsősorban azt vizsgálja meg, hogy a gyógykezelés elvégezhető-e külföldi szakember meghívásos közreműködésével az orvosi szempontból indokolt határidőn belül, figyelembe véve a beteg egészségi állapotát és betegségének várható lefolyását. Amennyiben a Kollégium szükségesnek tartja a külföldi gyógykezelés igénybevételét, javaslatot tesz külföldi egészségügyi szolgáltatóra, figyelembe véve a kérelemben feltüntetett egészségügyi szolgáltatót is. A NEAK a Kollégium szakvéleményének beérkezésétől számított nyolc napon belül dönt a külföldi gyógykezelés engedélyezéséről, valamint a finanszírozás mértékéről.⁵⁸

A beteg kötelezettségei az ellátás engedélyezésével nem zárulnak le, ugyanis az ellátást követő harminc napon belül be kell mutatnia a zárójelentést, a külföldi ellátás eredményének kezelőorvos általi felülvizsgálatának eredményét, a megelőlegezett útiköltségekkel történő elszámolást, valamint igazolnia kell a hazai közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatóhoz történt utógondozásra való bejelentkezést. Az ellátást követő egy éven belül a betegnek lehetősége van előzetes engedély nélkül kontrollvizsgálatot igénybe venni; azonban ezen felül további kontrollvizsgálatok csak abban az esetben engedélyezhetőek, ha azt hazai közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató nem tudja biztosítani.

A fentiekén túl még nem elhanyagolandó szempont, hogy az uniós szabályozásból adódóan nemcsak a magyar biztosítottak vehetnek igénybe egészségügyi szolgáltatásokat más tagállamban, hanem Magyarország ellátás helye szerinti tagállamként is fogad más tagállamból érkező betegeket. Ezáltal a magyar egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személyek köre is kibővült és az Ebtv. 2013-tól bevezette az uniós beteg fogalmát az alábbiak szerint:

- „uniós beteg: az 1. § (1) bekezdés *a*) pontja hatálya alá tartozó személyek kivételével:
- ra*) a magyar állampolgár és az Európai Unió más tagállamának állampolgára,
 - rb*) a 8/A. § (1) bekezdése szerinti uniós rendeletek értelmében biztosított személy, valamint családtagja és túlélő hozzátartozója,
 - rc*) az Európai Unió más tagállamában egészségügyi ellátásra jogosult személy, amennyiben Magyarországon egészségügyi szolgáltatást nem az uniós rendeletek szabályai szerint vesz igénybe.”⁵⁹

⁵⁸ 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 9. § (6)–(7) bekezdés.

⁵⁹ Ebtv. 5/B. § *r* pont.

Az uniós betegek a külföldi gyógykezeléseken és a méltányosságból igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokon túl a hazai egészségbiztosításból fedezett minden egészségügyi szolgáltatásra jogosultak, ugyanolyan feltételekkel, mint a hazai betegek.⁶⁰

5. Befejezés

Az Európai Unióban az egészségbiztosítási rendszerek kialakítása, fenntartása és működtetése a tagállamok hatáskörébe tartozik, a szociális biztonsági rendszerek koordinációjára vonatkozó szabályozásnak köszönhetően azonban a tagállamok egészségbiztosítási rendszereinek területi hatálya túlnyúlik az országhatárokon. Így a tagállami jogszabályoknak megfelelő személyek jogosultak nemcsak az Európai Unió, hanem az egész EGT és Svájc területén egészségügyi szolgáltatást igénybe venni, a társadalombiztosításuk helye szerinti tagállam egészségbiztosítási rendszerének terhére. Európai uniós tagállam lévén Magyarországnak is alkalmazkodnia kellett a szóban forgó uniós szabályozáshoz; ezáltal ki kellett alakítania azt az intézményi és normatív hátteret, valamint eljárási szabályokat, amelyek lehetővé teszik a magyar biztosítottak részére, hogy élni tudjanak az említett jogosultságukkal; illetve fogadó tagállamként egészségügyi szolgáltatást kell biztosítani az ide érkező uniós betegek részére. Jelen tanulmány keretein belül áttekintettük az így igénybe vett külföldi gyógykezelések egészségbiztosítási rendszerben elfoglalt helyét és eljárási szabályait. Bár a legfrissebb kutatási eredmények⁶¹ alapján megállapítható, hogy a koordinációs rendelet és a 2011/24/EU irányelv szabályai szerint igénybe vett külföldi gyógykezelések száma⁶² a magyar biztosítottak tekintetében nem jelentős, már-már elenyésző, nem hagyható figyelmen kívül, hogy magából a szabályozásból eredő lehetőség elősegíti és erősíti a szociális biztonsághoz való jog érvényesülését és a megfelelő minőségű egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést.

Irodalomjegyzék

- Asbóth Márton – Fazekas Marianna – Koncz József: *Egészségügyi jog és igazgatás*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2020.
- Elek Diána: Egészségbiztosítás az Európai Unióban. *Adó*, 28. (2014), 12–13. 91–94. Online: <https://doksi.net/hu/get.php?lid=33048>
- Fazekas Marianna: A szociális igazgatás. In Ficzere Lajos – Forgács Imre (szerk.): *Közigazgatási jog. Különös rész*. Budapest, Osiris, 2005. 280–305.

60 Gellérné Lukács (2020): i. m. 1344.

61 Lásd például Gellérné Lukács (2020): i. m. 1339–1391. és Gellérné Lukács Éva – Gyeney Laura: A magyar biztosítottak részvétele az uniós szintű betegmozgásokban – tervezett egészségügyi szolgáltatások igénybevétele. *Munkajog*, (2020), 4. 27–36.

62 A kutatási eredmények szerint az Európai Egészségbiztosítási Kártya használata azonban növekszik.

A külföldi gyógykezelések helye a magyar egészségbiztosítási rendszerben

Fazekas Marianna: *Egészségügyi jog és igazgatás*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2020.

Gellérné Lukács Éva: Egészségügyi szolgáltatások igénybevétele. In Smuk Péter (szerk.): *Társadalmi fenntarthatóság. Fenntartható biztonság és társadalmi környezetanalízisek I.* Budapest, Ludovika Egyetemi Kiadó, 2020. 1337–1387.

Gellérné Lukács Éva – Gyeney Laura: A magyar biztosítottak részvétele az uniós szintű betegmozgásokban – tervezett egészségügyi szolgáltatások igénybevétele. *Munkajog*, (2020), 4. 27–36. Online: <https://bit.ly/3Ppmrvj>

Hoffman István – Gellérné Lukács Éva: *Bevezetés a társadalombiztosítási és szociális jogba*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2020.

Kristó Katalin: *Az új területi államigazgatási rendszer*. Budapest, Nemzeti Közszerológati Egyetem, 2013.

Kristó Katalin: *Szociálpolitika, szociális jog*. Budapest, Nemzeti Közszerológati Egyetem, 2014a.

Kristó Katalin: Jóléti állam elméletek és családpolitika. *Kodifikáció és Közigazgatás*, 3. (2014b), 2. 73–82. Online: <http://kodifikator.hu/letoltes/category/15-2014-evi-ii-szam>

Kristó Katalin: A pénzbeli családátogatási ellátások változásai 2010 és 2014 között, a kormányprogram célkitűzései tükrében. *Acta Humana*, 3. (2015), 2. 97–122. Online: <http://real.mtak.hu/id/eprint/122347>

Kristó Katalin: *A szociális igazgatás alapjai*. Budapest, Nemzeti Közszerológati Egyetem, 2022a.

Kristó Katalin: *A családátogatások negyed százada. Kormányzati intézkedések a családok pénzbeli támogatásában*. Budapest, Gondolat, 2022b.

Kristó Katalin – Borbás Szilvia: Külföldi egészségügyi ellátások az európai uniós és a magyar szabályok tükrében. *Acta Humana*, 9. (2021), 3. 141–154. Online: <https://doi.org/10.32566/ah.2021.3.6>

Kristó Katalin – Malustyik Brigitta: A tervezett külföldi gyógykezelés engedélyezése Magyarországon. Az elektronikus ügyintézés egy lehetséges útja. *Új Magyar Közigazgatás*, 14. (2021), 2. 15–25.

Jogforrások

Az Európai Parlament és a Tanács 883/2004/EK rendelete a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról

Az Európai Parlament és a Tanács 987/2009/EK rendelete a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet végrehajtására vonatkozó eljárás megállapításáról

Az Európai Parlament és a Tanács 2011/24/EU irányelve a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről

A szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény

A társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény

A szociális hozzájárulási adóról szóló 2018. évi LII. törvény

A társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvény

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1995.(XII.1.) Korm. rendelet

A külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet