



Az Európai Unió
Tanácsa

Brüsszel, 2022. május 13.
(OR. en)

9038/22

SAN 264
SOC 264
MI 384

FEDŐLAP

Küldi:	az Európai Bizottság főtitkára részéről Martine DEPREZ igazgató
Az átvétel dátuma:	2022. május 12.
Címzett:	a Tanács Főtitkársága
Biz. dok. sz.:	COM(2022) 210 final
Tárgy:	A BIZOTTSÁG JELENTÉSE AZ EURÓPAI PARLAMENTNEK ÉS A TANÁCSNAK a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelv működéséről

Mellékelten továbbítjuk a delegációknak a COM(2022) 210 final számú dokumentumot.

Melléklet: COM(2022) 210 final



Brüsszel, 2022.5.12.
COM(2022) 210 final

A BIZOTTSÁG JELENTÉSE AZ EURÓPAI PARLAMENTNEK ÉS A TANÁCSNAK

**a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló
2011/24/EU irányelv működéséről**

{SWD(2022) 200 final}

Bevezetés

A határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelv¹ (a továbbiakban: az irányelv) általános célja a biztonságos és magas színvonalú egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés megkönnyítése egy másik tagállamban, valamint a betegmobilitás biztosítása az Európai Unió Bíróságának (a továbbiakban: a Bíróság) ítélkezési gyakorlatával összhangban. Az egészségügyi szolgáltatások és orvosi ellátás saját területükön való szervezése és nyújtása továbbra is a tagállamok feladata. Az irányelv emellett az uniós polgárok javára előmozdítja a tagállamok közötti egészségügyi ellátási együttműködést az orvosi rendelvények, a ritka betegségek, az e-egészségügy és az egészségügyi technológiaértékelés terén. Az irányelv célja továbbá, hogy tisztázza a 883/2004/EK rendelet² (a továbbiakban: a rendelet) által a szociális biztonsági rendszerek koordinációjára előírt meglévő kerettel való kapcsolatát, és e keret sérelme nélkül alkalmazandó.

Az irányelvet 2013. október 25-ig kellett átültetniük a tagállamoknak. A legtöbb tagállam esetében azonban az átültetés csak 2015-ben fejeződött be. Ez a Bizottság harmadik hároméves jelentése, amelyet az irányelv 20. cikkének (1) bekezdése ír elő³. A jelentés különösen a következőkkel kapcsolatos információkat tartalmazza: betegáramlás, a betegmobilitás pénzügyi vonatkozásai, a 7. cikk (9) bekezdésének (a visszatérítési szabályokra vonatkozó tagállami korlátozások) és a 8. cikk (előzetes engedélyhez köthető egészségügyi ellátás) végrehajtása, valamint az európai referenciahálózatok és a nemzeti kapcsolattartó pontok működése.

E jelentés figyelembe veszi az irányelvnek az Európai Parlament, a Tanács, a Régiók Európai Bizottsága és az Európai Számvevőszék általi értékelését, valamint a Bíróságnak az irányelv egyes rendelkezéseit értelmező ítélkezési gyakorlatát. Figyelembe veszi a jövőállásági platform betegjogokról szóló véleményét⁴.

Egy évtizeddel az irányelv 2011-es elfogadása után a Bizottság 2021-ben értékelt az irányelvet. E jelentés a csatolt bizottsági szolgálati munkadokumentumban tartalmazza a következtetések összefoglalását, a nyomkövetési intézkedések táblázatát és a technikai elemzést.

1. Végrehajtás

¹ 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.).

² Az Európai Parlament és a Tanács 883/2004/EK rendelete (2004. április 29.) a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról (HL L 166., 2004.4.30., 1. o.).

³ COM(2015) 421 final és COM(2018) 651 final.

⁴ A jövőállásági platform véleménye, ref. 2021/SBGR3/14, itt található:

https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/final_opinion_2021_sbgr3_14_patient_rights.pdf

A Bizottság szisztematikusan ellenőrizte, hogy a nemzeti átültetési intézkedések megfelelnek-e az irányelv rendelkezéseinek, és arra a négy kiemelt területre összpontosított, amelyek – amennyiben kezeletlenek maradnak – a leginkább akadályozhatják a betegeket: visszatérítési rendszerek, előzetes engedélyezés, adminisztratív eljárások, továbbá a beérkező betegeknek felszámított költségek. A Bizottság folytatja strukturált párbeszédeit a tagállamokkal az irányelv lehető legjobb végrehajtása érdekében. Ez az intenzív munka a betegek javát szolgáló változásokhoz vezetett a nemzeti jogszabályokban. Amint azonban e jelentés és az értékelés megállapításai is mutatják, további erőfeszítésekre van szükség.

Az irányelv gyakorlati végrehajtásának értékeléséhez a Bizottság tanulmányt készített, amely többek között feltérképezte az előzetes engedélyhez kötött egészségügyi ellátást és a határon átnyúló egészségügyi ellátás adminisztratív követelményeit az Unióban és az EGT-tag EFTA-államokban⁵.

1.1. Visszatérítési rendszerek

Az irányelv 7. cikkének (4) bekezdése szerint „a határon átnyúló egészségügyi ellátás költségeit a biztosítás helye szerinti tagállam a költségek azon mértékéig téríti vissza vagy fizeti ki [...], amelyet akkor vállalt volna át, ha ezt az egészségügyi ellátást a saját területén vették volna igénybe, az igénybe vett egészségügyi ellátás tényleges költségeinek meghaladása nélkül.” A 7. cikk (9) bekezdése lehetővé teszi, hogy a tagállamok a közérdeken alapuló kényszerítő körülmények alapján korlátozzák a határon átnyúló egészségügyi ellátás nyomán felmerülő költségek visszatérítésére vonatkozó szabályok alkalmazását. A 7. cikk (11) bekezdése szerint az ilyen korlátozás „nem lépheti túl a szükséges és arányos mértéket, továbbá nem jelenthet önkényes megkülönböztetést és nem akadályozhatja indokolatlanul az áruk, személyek vagy a szolgáltatások szabad mozgását.” A tagállamoknak emellett értesíteniük kell a Bizottságot a 7. cikk (9) bekezdése szerinti korlátozásokat alkalmazó határozatokról.

A Bizottság nem kapott a 7. cikk (9) bekezdése szerinti külön értesítéseket. Egyes átültető intézkedések azonban megkérdőjelezhetők, mert korlátozzák a határon átnyúló egészségügyi ellátás visszatérítésének szintjét és veszélyeztetik a betegjogokat. Ami a határon átnyúló egészségügyi ellátás költségeinek irányelv szerinti visszatérítési referenciapontját illeti, három tagállam⁶ – eltérő feltételekkel és eltérő mértékben – a magán/nem szerződéses egészségügyi szolgáltatóktól igénybe vett egészségügyi ellátásra vonatkozó alacsonyabb visszatérítési szintet alkalmazza az állami egészségügyi rendszerhez képest. Ennek eredményeként a Bizottság

⁵ Tanulmány a határon átnyúló egészségügyi ellátásról szóló 2011/24/EU irányelv végrehajtásának az uniós betegjogok biztosítását célzó javításáról, elérhető itt: https://ec.europa.eu/health/publications/study-enhancing-implementation-cross-border-healthcare-directive-201124eu-ensure-patient-rights-eu_en

⁶ Hollandia, Ausztria, Finnország.

eljárást indított e tagállamok ellen az irányelvből eredő kötelezettségek teljesítésének elmulasztása miatt⁷.

1.2. Előzetes engedély

A 8. cikk alapján a tagállamok előzetes engedélyhez köthetik a más tagállamban igénybe vett egészségügyi ellátás költségeinek visszatérítését. A Bíróság ítélkezési gyakorlatára figyelemmel ez a követelmény a szolgáltatások szabad mozgásának korlátozását jelenti⁸. A szabálynak megfelelően tehát a tagállamok nem köthetik előzetes engedélyhez a határon átnyúló egészségügyi ellátás költségeinek visszatérítését⁹. A 8. cikk (2) bekezdésének a) pontja azonban lehetővé teszi a tagállamoknak az előzetes engedélyezési rendszer alkalmazását azon egészségügyi ellátásnál, amely a magas szintű kezeléshez való hozzáférés biztosítása vagy a költségek ellenőrzése érdekében tervezési követelményekhez kötött, és ha ez az egészségügyi ellátás: 1. legalább egyéjszakás kórházi tartózkodást tesz szükségessé; vagy 2. kiemelten speciális és költséges orvosi infrastruktúra vagy orvosi felszerelés alkalmazását kívánja meg. Ezért egy másik tagállamban történő orvosi konzultációhoz nem lehet előzetes engedélyt kérni¹⁰. A 8. cikk (7) bekezdése értelmében a tagállam „a nyilvánosság számára hozzáférhetővé teszi az előzetes engedélyhez kötött egészségügyi ellátások jegyzékét”.

A Bíróság egyértelművé tette, hogy az előzetes engedély iránti kérelmeket az Alapjogi Chartával összhangban kell elbírálni¹¹. A tagállam tehát megtagadhatja, hogy a beteg számára engedélyt adjon egy másik uniós országban történő gyógykezelésre, de csak ha e megtagadás szükséges és arányos az elérni kívánt cél, például a kezelési kapacitás vagy az orvosi szakértelem fenntartása tekintetében¹². Emellett a Bíróság egyértelművé tette, hogy az olyan nemzeti szabályozás, amely kizárja a biztosított által egy másik tagállamban igénybe vett sürgős kezeléssel kapcsolatos költségek előzetes engedély nélküli megtérítését, nem áll összhangban a szolgáltatások szabad mozgásának elvével és az irányelvvél¹³.

Csak hét tagállam és egy EGT-tag EFTA-állam¹⁴ nem rendelkezik előzetes engedélyezési rendszerrel, ez pedig lehetővé teszi a betegek számára a külföldi egészségügyi szolgáltató szabad választását és csökkenti az adminisztratív terheket.

⁷ 2016. áprilisi kötelezettségsszegési csomag: a főbb döntések itt érhetők el:

https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/EN/MEMO_16_1452; 2019. januári kötelezettségsszegési csomag: a főbb döntések itt érhetők el: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/EN/MEMO_19_462

⁸ Szeptember 23-i ítélet, *WO*, C-777/18, EU:C:2020:745, 58. pont, valamint az ott hivatkozott ítélkezési gyakorlat.

⁹ Az irányelv (38) preambulumbekkezdése.

¹⁰ A 8. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 79. pontja.

¹¹ 2020. október 29-i ítélet, *A*, C-243/19, EU:C:2020:872, 83. pont.

¹² *Ugyanott*, 85. pont.

¹³ A 8. lábjegyzetben hivatkozott ítélet 85. pontja.

¹⁴ Ciprus, Csehország, Észtország, Finnország, Lettország, Litvánia, Svédország és Norvégia. Hollandia nemzeti jogszabályai ugyan nem tartalmazzak előzetes engedélyezési rendszert, ám úgy tűnik, hogy az

Minden más országnak van előzetes engedélyezési rendszere, elsősorban a saját egészségügyi rendszerük védelme érdekében. Az irányelv rendszerekre gyakorolt hatása bizonytalan volt az átültetés idején, és az előzetes engedélyezés használata képezte e hatás nyomon követésének az eszközét¹⁵.

A Bizottságot továbbra is komoly aggodalommal tölti el, hogy az előzetes engedélyezés nemzeti rendszereinek teljesíteniük kell az irányelv 8. cikkének (2) bekezdése szerinti kritériumokat és meg kell felelniük az arányosság elvének. Az alábbi 3. szakaszban leírtak szerint a betegmobilitás továbbra is nagyon alacsony, a nemzeti egészségügyi költségvetésre gyakorolt hatása pedig marginális, ami általában nem utal arra, hogy az egészségügyi tervezés védelméhez kiterjedt előzetes engedélyezési rendszerekre lenne szükség. Két tagállam ezért úgy döntött, hogy megszünteti az előzetes engedélyezést¹⁶.

Amennyiben az előzetes engedélyezés indokoltnak tekinthető, a betegeknek jogukban áll tudni, hogy mely kezelésekhez szükséges előzetes engedélyezés¹⁷. E célból a kezelésekről kimerítő és jól meghatározott szűkített listákat kell készíteni és nyilvánosan elérhetővé tenni, hogy a betegek könnyen azonosítani tudják az alkalmazandó szabályokat. Az előzetes engedélyhez kötött egészségügyi ellátások listái azonban tagállamonként jelentős eltérést mutatnak az egészségügyi ellátás meghatározásának mértékét illetően.

Az értékelés megállapításai megerősítik, hogy az előzetes engedélyezés széles körű alkalmazása és az alkalmazás átláthatóságának hiánya komoly gátja a határon átnyúló egészségügyi ellátásnak, ez pedig akadályozza az irányelv betegek javát szolgáló hatékonyságát.

A Bizottság ezért annak értékelésére sűrgeti a tagállamokat, hogy 10 évvel az irányelv elfogadása után továbbra is indokolt-e az előzetes engedélyezés az irányelv alkalmazásában, és hogy szűkíthetők-e az előzetes engedélyhez kötött egészségügyi ellátások listái, nem utolsósorban a betegek jogbiztonságának és az előzetes engedélyezési rendszerek átláthatóságának biztosítása érdekében.

1.3. Adminisztratív eljárások

A 7. cikk (7) bekezdése alapján a tagállam a határon átnyúló egészségügyi ellátás során felmerülő költségek visszatérítését igénybe venni kívánó beteg számára ugyanazokat a feltételeket, támogathatósági kritériumokat, illetve szabályozási és adminisztratív formalitásokat teheti kötelezővé, mint amelyeket akkor tenne, ha ezt az egészségügyi ellátást a saját területén vennék igénybe. E feltételek, kritériumok, szabályozási és adminisztratív formalitások egyike

egészségbiztosítóknak előzetes engedélyt kell kérniük, ha a társadalombiztosítási rendszerben biztosított személyek határon átnyúló egészségügyi ellátást vesznek igénybe.

¹⁵ Lásd az 5. lábjegyzetben említett tanulmányt.

¹⁶ Ciprus és Lettország.

¹⁷ A tagállamok előzetes engedélyezési rendszereivel kapcsolatos információszolgáltatásra vonatkozó irányadó elvek, elérhető itt: https://ec.europa.eu/health/system/files/2022-02/crossborder_enhancing-implementation_info-provision_en.pdf

sem lehet azonban diszkriminatív, illetve nem akadályozhatja a betegek szabad mozgását, kivéve, ha azokat a tervezési követelmények indokolják.

Hasonlóképpen, a 9. cikk (1) bekezdése alapján a tagállamok garantálják, hogy a határon átnyúló egészségügyi ellátás igénybevétele nyomán felmerülő költségek visszatérítésére vonatkozó adminisztratív eljárások objektív, megkülönböztetéstől mentes kritériumokon alapulnak, amelyek az elérendő célkitűzést tekintve szükségesek és arányosak.

Ezen elveket követve a Bizottság sürgeti a tagállamokat annak értékelésére, hogy a határon átnyúló egészségügyi ellátás költségeinek előzetes engedélyezésére és visszatérítésére vonatkozó eljárások könnyíthetők-e a betegek számára, hogy az irányelv előnyeit teljes mértékben ki tudják használni.

Az értékeléshez gyűjtött bizonyítékok megerősítik, hogy egyes tagállamokban a nehézkes és aránytalan adminisztratív eljárások veszélyeztetik a polgárok határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz való jogát. Különös figyelmet kell fordítani annak biztosítására, hogy a betegektől csak olyan információkat kérjenek, amelyek könnyen elérhetők számukra és feltétlenül szükségesek az előzetes engedélyezési vagy visszatérítési kérelmek irányelv szerinti kezeléséhez. Az egészségbiztosítók nem kötelezhetik a betegeket a várható egészségügyi ellátás becsült költségeinek megadására, sem pedig a kapott kezelés hatékonyságának orvosi értékelésére. A tagállamoknak kerülniük kell továbbá az olyan információk kérését a betegtől, amelyek általában a kérelmet elbíráló egészségbiztosítási szerv birtokában vannak, például az adott kezelésre való várakozási idő. Nem a beteg feladata annak bizonyítása sem, hogy nincs olyan ok, amely miatt az előzetes engedély megtagadható, például annak bizonyítása, hogy a külföldi egészségügyi szolgáltató nem vet fel komoly, konkrét aggályokat az ellátás minősége és a betegbiztonság tekintetében.

Végezetül, az adminisztratív követelmények arányosságának értékelése során a tagállamoknak figyelembe kell venniük a határon átnyúló egészségügyi ellátás iránti kérelmek benyújtásával kapcsolatos költségeket. A szolgáltatások szabad mozgását illetően különösen az a követelmény jelenthet aránytalan akadályt, hogy a betegeknek hiteles fordítást kell benyújtaniuk a dokumentációról¹⁸.

1.4. A más tagállamokból származó betegek esetében alkalmazott díjak

A 4. cikk (3) bekezdése előírja a tagállamok számára a megkülönböztetésmentesség elvének alkalmazását a más uniós országokból származó betegek esetében. Megjegyzi továbbá, hogy bizonyos körülmények között a tagállamok intézkedéseket fogadhatnak el a kezeléshez való

¹⁸ Lásd az 5. lábjegyzetben említett tanulmányt.

hozzáférésre vonatkozóan. Az ilyen intézkedéseknek azonban indokoltnak, arányosnak és szükségesnek, továbbá előzetesen nyilvánosan hozzáférhetőnek kell lenniük¹⁹.

A tagállamok meghatározhatják a területükön nyújtott egészségügyi ellátás díjait. A 4. cikk (4) bekezdése szerint azonban biztosítaniuk kell, hogy az egészségügyi szolgáltatók ugyanazt a díjtáblázatot alkalmazzák a más uniós országokból érkező betegekre, mint amelyet orvosi szempontból hasonló helyzetben a hazai betegekre alkalmaznak. Amennyiben a hazai betegek számára nincs hasonló megállapított ár²⁰, a 4. cikk (4) bekezdése előírja, hogy a szolgáltatók objektív, megkülönböztetéstől mentes kritériumok alapján kiszámított árat szabjanak ki. E követelmények azonban nem érintik azon nemzeti jogszabályokat, amelyek az egészségügyi szolgáltatók számára lehetővé teszik saját áraik megállapítását, amennyiben nem alkalmaznak megkülönböztetést a más uniós országokból származó betegekkel szemben.

A megfelelőségi ellenőrzés során a Bizottság nem állapította meg, hogy az egészségügyi szolgáltatók a fenti elveknek ellentmondó diszkriminatív árakat szabnak vagy szabhatnak meg a más tagállamokból származó betegek számára. A jövőállásági platform²¹ azonban észrevételezi, hogy a Régiók Európai Bizottságának jelentésében²² foglalt megállapítások szerint a betegeknek felszámított orvosi díjak táblázata nem minden tagállamban áll rendelkezésre. Véleménye ezért a tagállamokban alkalmazandó kezelési díjakról szóló tájékoztatás javítására szólít fel.

2. Egyéb uniós intézmények és szervek jelentései

Az **Európai Parlament** elemezte az irányelv végrehajtásának hiányosságait, és arra a következtetésre²³ jutott, hogy intézkedésekre van szükség például az adminisztratív eljárások egyszerűsítése és a kifejezetten e célra létrehozott nemzeti kapcsolattartó pontok által nyújtott tájékoztatás javítása érdekében.

Az **Európai Számvevőszék** megállapította²⁴, hogy a Bizottság megfelelően nyomon követte az irányelv nemzeti jogba való átültetését és tagállamok általi végrehajtását. Bár az uniós intézkedések javították a tagállamok közötti együttműködést, az audit idején a betegekre gyakorolt hatás meglehetősen korlátozott volt. Ajánlásai a nemzeti kapcsolattartó pontok

¹⁹ Az irányelv 20. cikke szerinti éves jelentéstétel részeként Dánia, Észtország, Románia, Izland és az Egyesült Királyság (Anglia és Wales) ilyen intézkedések bevezetéséről számolt be.

²⁰ Ez az eset állhat fenn, ha egy tagállamban a természetbeni betegségi ellátás rendszerében biztosított személyek számára egészségügyi ellátást nyújtó állami/szerződéses egészségügyi szolgáltatók nem járhatnak el magánjelleggel.

²¹ Lásd a 4. lábjegyzetben említett véleményt.

²² Régiók Európai Bizottsága (2020). Az uniós szakpolitikák végrehajtásának felülvizsgálatát célzó regionális központok hálózata – Végrehajtási felülvizsgálat – Végrehajtási jelentés – Harmadik konzultáció a határon átnyúló egészségügyi ellátásról, elérhető itt: <https://cor.europa.eu/en/engage/Documents/RegHub/report-consultation-03-cross-border-healthcare.pdf>

²³ Az Európai Parlament állásfoglalása a határokon átnyúló egészségügyi ellátásról szóló irányelv végrehajtásáról, 2018/2108(INI), 2019.2.12.

²⁴ Az Európai Számvevőszék 7/2019. sz. különjelentése – A határokon átnyúló egészségügyi ellátásra irányuló uniós intézkedések: a jelentős célkitűzésekhez hatékonyabb irányításnak kell társulnia, 2019.6.4.

nagyobb támogatására, az egészségügyi adatok határon átnyúló cseréjének kiépítésére, valamint a ritka betegségek és az európai referenciahálózatok terén tett uniós intézkedések erősítésére szólítanak fel. A Bizottság folytatja ezen ajánlások nyomon követését.

Következtetéseiben²⁵ a **Tanács** egyetértett a Számvevőszék jelentésével, és Bizottságot a nemzeti kapcsolattartó pontok támogatására ösztönözte azon a téren, hogy javítsák a betegek tájékoztatását a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz való jogokról, ideértve az európai referenciahálózatokra vonatkozó információkat is.

A **Régiók Európai Bizottsága** támogatta²⁶ az előzetes engedélyezés alkalmazását, ahol ez az egészségügyi rendszerek védelméhez szükséges, és előmozdította az előzetes értesítés alkalmazását annak érdekében, hogy a betegek számára egyértelművé váljanak az egészségügyi ellátás költségei, a hatóságok pedig teljesíthessék az irányelvben foglalt kötelezettségeiket.

3. A betegmobilitással kapcsolatos adatok

Az irányelv 20. cikke alapján a tagállamoknak azzal kell hozzájárulniuk a Bizottság betegmobilitási jelentéseihez, hogy információkat szolgáltatnak a nemzeti kapcsolattartó pontokról, a betegforgalom korlátozásáról, az előzetes engedéllyel vagy anélkül igénybe vett egészségügyi ellátásról, az egészségügyi ellátással kapcsolatos információkérésekről, a kifizetett visszatérítésekről és az egészségügyi ellátási költségek visszatérítésének vagy elutasításának okairól.

E jelentés magas szintű áttekintést nyújt a 2018–2020-as hároméves időszakra kapott adatokról, és összehasonlítás céljából tartalmazza a 2016. és 2017. évi adatokat is. Az adatokat szolgáltató tagállamok²⁷ és EGT-tag EFTA-államok száma nem azonos az egyes referenciaévekre vonatkozóan. Emellett számos ország csak korlátozott mértékben tudott információt szolgáltatni. Egyes országokban az irányelv és a rendelet szerinti határon átnyúló egészségügyi ellátás adatait sem lehetett elkülöníteni más párhuzamos rendszerektől²⁸.

3.1. A betegmobilitás számai

Az előzetes engedély iránti kérelmek és az előzetes engedély nélküli visszatérítési kérelmek számának összesített adatai azt mutatják, hogy az irányelv szerinti betegmobilitás továbbra is

²⁵ A Tanács következtetése az Európai Számvevőszék 7/2019. sz. különjelentéséről, 12913/19 FIN, 2019.10.23.

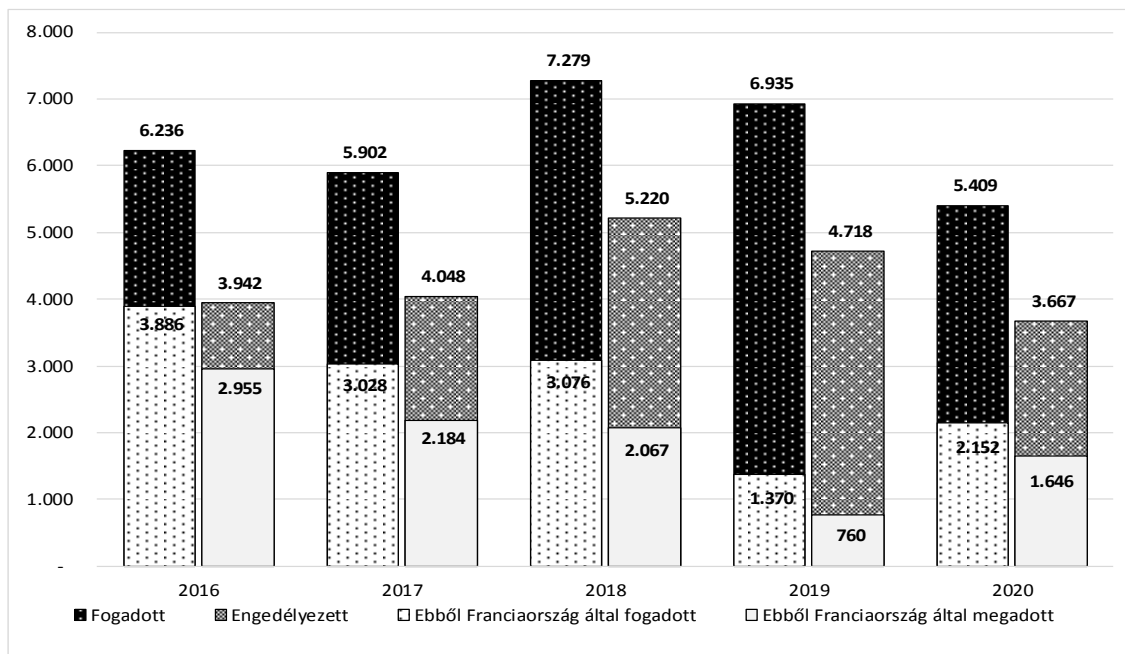
²⁶ A Régiók Európai Bizottsága véleménye – A határon átnyúló egészségügyi ellátás biztosítása és jövőbeli kilátásai, CDR 4597/2019, 2020.10.14.

²⁷ Mivel az irányelv az átmeneti időszakban 2020. december 31-ig az Egyesült Királyságra is vonatkozott, e jelentés az Egyesült Királyság adatait is tartalmazza.

²⁸ Ez különösen Franciaországra igaz, amely a betegmobilitás viszonylag magas számait jelenti. Ennek fényében a Franciaországra vonatkozó számokat az 1. és 2. ábra külön kiemeli.

nagyon alacsony, és 2020-ban a Covid19-világjárvány és a szabad mozgás korlátozása miatt jelentősen visszaesett (lásd: 1. ábra az előzetes engedélyhez kötött egészségügyi ellátásról).

1. Ábra A beérkezett és elfogadott előzetes engedélyezési kérelmek száma az összes adatszolgáltató ország tekintetében, 2016–2020



Az előzetes engedélyek összesítése az Egyesült Királyság kivételével a következő: a **2016-os** referenciaévben 6 009 volt a beérkezett és 3 822 az elfogadott kérelmek száma; **2017-ben** 5 471 volt a beérkezett és 3 727 az elfogadott kérelmek száma; **2018-ban** 6 301 volt a beérkezett és 4 447 az elfogadott kérelmek száma; **2019-ben** 5 352 volt a beérkezett és 3 291 az elfogadott kérelmek száma; **2020-ban** pedig 5 218 volt a beérkezett és 3 542 az elfogadott kérelmek száma.

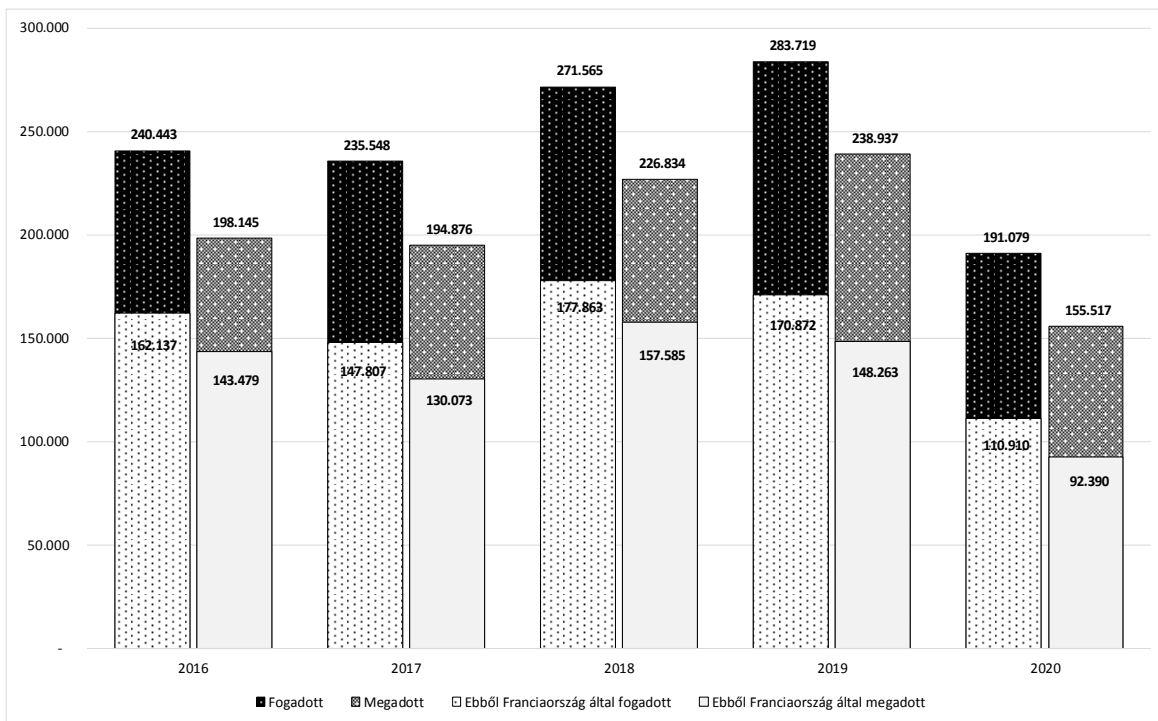
Forrás Kérdőívek a 2011/24/EU irányelv szerinti betegmobilitási jelentéstételről

A 2016–2020 közötti összes referenciaévre adatot szolgáltató országokban²⁹ a beérkezett és elfogadott előzetes engedélykérelmek száma 2018-ban érte el a csúcst. Ezen időszakban különösen Írországbán, Luxemburgban és Szlovákiában emelkedett a beérkezett kérelmek száma. A legtöbb ország esetében azonban az évek során csökkent a beérkezett és elfogadott kérelmek száma. Ez különösen Belgiumban, Bulgáriában, Lengyelországban és Olaszországban volt így.

Az előzetes engedély nélküli visszatérítési kérelmek száma jóval magasabb, mint az előzetes engedélyezési kérelmek száma (2. ábra).

²⁹ 15 tagállam és az Egyesült Királyság tartozik ide.

2. ábra A beérkezett és elfogadott, előzetes engedély nélküli visszatérítési kérelmek száma az összes adatszolgáltató ország tekintetében, 2016–2020



Az összesítés az Egyesült Királyság kivételével a következő: a **2016**-os referenciaévben 238 680 volt a beérkezett és 197 152 az elfogadott kérelmek száma; **2017**-ben 233 508 volt a beérkezett és 193 803 az elfogadott kérelmek száma; **2018**-ban 269 006 volt a beérkezett és 225 186 az elfogadott kérelmek száma; **2019**-ben 280 594 volt a beérkezett és 236 891 az elfogadott kérelmek száma; **2020**-ban pedig 188 013 volt a beérkezett és 153 960 az elfogadott kérelmek száma.

Forrás Kérdőívek a 2011/24/EU irányelv szerinti betegmobilitási jelentéstételről

A 2016–2020 közötti összes referenciaévre adatot szolgáltató országokban³⁰ a beérkezett és elfogadott visszatérítési kérelmek száma szintén 2018-ban érte el a csúcst, majd 2019-ben és 2020-ban csökkenést mutatott. Ezen országok többségében a 2016–2020 közötti időszak során csökkent a betegmobilitás. Néhány ország, nevezetesen Csehország, az Egyesült Királyság, Írország és Szlovákia esetében azonban nőtt a beérkezett visszatérítési kérelmek száma.

³⁰ 17 tagállam, az Egyesült Királyság és Norvégia tartozik ide.

3.2. A betegmobilitás pénzügyi vonatkozásai

A bejelentett teljes visszatérített összeg 2018–2020-ban 243 millió EUR (2018-ban 73,4 millió EUR, 2019-ben 92,1 millió EUR és 2020-ban 77,5 millió EUR³¹) volt.

Az előzetes engedéllyel vagy anélkül igénybe vett egészségügyi ellátásról az összes adott referenciaévre adatot szolgáltató országokban³² a teljes visszatérített összeg 2016-tól 2019-ig évente emelkedett, majd 2020-ban jelentősen visszaesett.

2019-ben³³ a 28 uniós tagállam 7,5 billió EUR nagyságú teljes kormányzati kiadásából mintegy 1,2 billió EUR-t fordítottak egészségügyre. A 2019-ben előzetes engedéllyel vagy anélkül igénybe vett egészségügyi ellátás után visszatérített teljes összegről információt szolgáltató országokban a teljes egészségügyi kiadás 882 milliárd EUR-t tett ki. Az irányelv alapján visszatérített összegnek az egészségügyi ellátásra fordított teljes kormányzati kiadáson belüli aránya tehát 0,01 % (92,1 millió EUR/882 milliárd EUR) volt.

A határon átnyúló egészségügyi ellátás általában véve továbbra is nagyon korlátozott³⁴, és az irányelv alapján határon átnyúló egészségügyi ellátást igénybe venni kívánó betegek miatt a nemzeti egészségügyi költségvetésre gyakorolt hatás marginálisnak tűnik. Ez minden országra attól függetlenül is igaz, hogy létrehozta-e előzetes engedélyezési rendszert vagy sem.

3.3. A betegmobilitás iránya

A betegek áramlását tekintve a mintázatok nem változtak jelentősen a 2018–2020 közötti időszakban. A betegmobilitás nagy része továbbra is elsősorban a szomszédos országok között zajlik. Ez azt jelzi, hogy a betegek lehetőség szerint inkább az otthonuk közelében szeretnének egészségügyi ellátásban részesülni, és ha mégis az utazást választják, akkor a szomszédos országokat részesítik előnyben. Hasonló következtetésre jutottak a rendelet szerinti határon átnyúló egészségügyi ellátás tekintetében is³⁵.

Az egészségbiztosítójuk előzetes engedélyét követően külföldre utazó betegek legnagyobb áramlása 2018-ban Írországból az Egyesült Királyságba, Franciaországból Németországba és Franciaországból Spanyolországba, 2019-ben Írországból az Egyesült Királyságba, az Egyesült Királyságból Írországba és Luxemburgból Németországba, 2020-ban pedig Írországból az

³¹ Az Egyesült Királyságot nem tartalmazó teljes összeg 2018-ban 65,7 millió EUR, 2019-ben 82,3 millió EUR és 2020-ban 74,9 millió EUR volt.

³² 17 tagállam, az Egyesült Királyság és Norvégia tartozik ide.

³³ Eurostat [[GOV_10A_EXP](#)]. Bár a 2020-as adatok már rendelkezésre állnak a jelentés közzétételkor, az nem tartalmazza az Egyesült Királyság adatait.

³⁴ A rendelet szerinti határon átnyúló egészségügyi ellátás 2019-ben és 2020-ban a teljes egészségügyi kiadás nagyjából 0,3–0,4 %-át tette ki (Határon átnyúló egészségügyi ellátás az EU-ban a szociális biztonsági koordináció keretében – 2019-es referenciaév és 2020-as referenciaév, elérhető itt: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=23780&langId=en> valamint https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=5&advSearchKey=ssc_statsreport2021&mode=advancedSubmit&catId=22&doc_submit=&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0).

³⁵ *Ugyanott.*

Egyesült Királyságba, Franciaországból Spanyolországba és Franciaországból Németországba irányult.

Az előzetes engedély nélküli egészségügyi ellátást igénylő betegek legnagyobb áramlása Franciaországból Portugáliába, Belgiumba és Spanyolországba irányult. Az ezt követő legnagyobb áramlások Dániából Németországba, Lengyelországból Csehországba és Norvégiából Spanyolországba irányultak. Ez utóbbi két áramlás azt a látható trendet jelzi, hogy az északi államokból érkező betegek Spanyolországban vesznek igénybe határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásokat.

Érdekesség, hogy néhány ország az előzetes engedélykérelmek több mint 90 %-a esetében engedélyez kezelést egy adott országban, pl. Írország az Egyesült Királyságban, Szlovákia a Csehországban, Bulgária a Franciaországban, Ausztria pedig a Németországban történő kezelést. Ehhez hasonlóan az előzetes engedélyhez nem kötött egészségügyi ellátás esetén a visszatérítési kérelmek nagy része az ellátás helye szerinti adott országra, például Írországban az Egyesült Királyságban, Lengyelországban a Csehországban, Finnországban pedig az Észtországban végzett kezelésre vonatkozik.

4. A betegek tájékoztatása

A nemzeti kapcsolattartó pontok alapvető szerepet játszanak abban, hogy a betegek élni tudjanak az irányelv és a rendelet szerinti határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz való jogukkal. Amint az értékelésből kiderült, az emberek számára gyakran nehéz megkeresni az információt és megérteni az alkalmazandó szabályokat. Bár a betegek tájékoztatása fokozatosan javul, még mindig komoly hiányosságok mutatkoznak az információk elérhetősége, teljessége és egyértelműsége, valamint a fogyatékkal élők számára való hozzáférhetősége terén. Ráadásul az európai referenciahálózatokról és a ritka betegségekről csak 14 nemzeti kapcsolattartó pont nyújt tájékoztatást. Az értékelés rávilágított, hogy a betegszervezetek és az Európai Fogyatékosügyi Fórum számára ez az egyik fő probléma.

Ennek kezelése érdekében, és a tagállamokkal együttműködve, 2018-ban a Bizottság irányadó elveket dolgozott ki a nemzeti kapcsolattartó pontok gyakorlatához³⁶. Ezek hivatottak segíteni a nemzeti kapcsolattartó pontokon a határon átnyúló egészségügyi ellátás fő szempontjairól szóló világos, pontos és magas színvonalú tájékoztatás napi feladatának ellátását. Az a legfontosabb, hogy a tájékoztatás mindig betegközpontú legyen. Az értékelés megállapította, hogy a nemzeti kapcsolattartó pontok honlapjai nem mindig érhetőek el digitálisan a fogyatékkal élő betegek számára, pedig azt a honlap-akadálymentesítésről szóló irányelv³⁷ előírja, és hogy a honlapoknak

³⁶ https://ec.europa.eu/health/system/files/2019-12/2019_ncptoolbox_ncp_guiding_principles_crossborder_en_0.pdf

³⁷ Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/2102 irányelve (2016. október 26.) a közszférabeli szervezetek honlapjainak és mobilalkalmazásainak akadálymentesítéséről (HL L 327., 2016.12.2., 1. o.).

csak 30 %-a nyújt tájékoztatást az egészségügyi létesítmények fizikai akadálymentességéről³⁸. A befogadás elve alapján a nemzeti kapcsolattartó pontok felkérést kapnak arra, hogy az irányelv 6. cikkének (5) bekezdésében előírtaknak megfelelően ismerjék el és támogassák a fogyatékkal élő személyek azon jogát, hogy más uniós országokban is egyenlő hozzáférést kapjanak az egészségügyi ellátással kapcsolatos információkhoz.

2021-ben a tagállamok további irányadó elveket hagytak jóvá az előzetes engedélyezési rendszerekkel kapcsolatos információszolgáltatáshoz³⁹. Ennek célja többek között annak biztosítása, hogy a betegek egyértelmű és teljes körű tájékoztatást kapjanak az előzetes engedélyhez kötött, határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz való jogaikról.

A Bizottság többnyelvű, a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz készült és a betegek kézikönyvét is tartalmazó eszköztárának⁴⁰ célja, hogy segítse a betegek eligazodását a határon átnyúló egészségügyi ellátás különböző módjaiban. A legtöbb nemzeti kapcsolattartó központ közzétette honlapján a betegek kézikönyvét, és a többieket is erre ösztönzik. Az uniós egységes digitális kapu segíthet az orvosi segítséget igénylő embereknek abban, hogy az „Európa Önökért” portálon⁴¹ keresztül elérjék a nemzeti kapcsolattartó pontokat.

5. Az egészségügyi rendszerek közötti együttműködés

5.1. Az orvosi rendelvények elismerése

Az irányelv 11. cikkének (1) bekezdése értelmében a tagállamoknak bizonyos feltételek mellett biztosítaniuk kell, hogy egy másik tagállamban gyógyszerekre vagy orvostechnikai eszközökre kiállított, névre szóló rendelvény beváltható legyen a területükön. A 2012/52/EU végrehajtási irányelv⁴² rendelkezik az orvosi rendelvények kölcsönös elismerésének elvéről. A Bíróság egyértelművé tette, hogy az irányelv (2011/24/EU) nem kötelezi a gyógyszerészt arra, hogy elismerje a más tagállamban egészségügyi szakember által kiállított, az érintett beteg nevét nem tartalmazó megrendelőlapokat⁴³.

Az értékelés megállapította, hogy bár a rendelvények elismerése jelentősen javult, a betegek továbbra is nehézségekkel szembesülnek a más uniós országban kiállított rendelvények elismerése terén, főként a hitelesség ellenőrzésével és a nyelvvvel kapcsolatos problémák miatt.

³⁸ Európai Fogyatékosügyi Fórum (2021), A fogyatékkal élő betegek határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése az Európai Unióban, elérhető itt: https://www.edf-feph.org/content/uploads/2019/08/EDF-report_on_health_revised-accessible.pdf

³⁹ A 17. lábjegyzetben említve.

⁴⁰ https://ec.europa.eu/health/cross-border-healthcare/toolbox-cross-border-healthcare_en

⁴¹ https://europa.eu/youreurope/index_hu.htm

⁴² A Bizottság 2012/52/EU végrehajtási irányelve (2012. december 20.) a más tagállamban kiállított orvosi rendelvények elismerésének megkönnyítésére irányuló intézkedésekről (HL L 356., 2012.12.22., 68. o.).

⁴³ 2019. szeptember 18-i ítélet, *VIPA*, C-222/18, EU:C:2019:751, 47. pont.

5.2. Európai referenciahálózatok

Az európai referenciahálózatok⁴⁴ olyan virtuális, önkéntes, határon átnyúló hálózatok, amelyek nagymértékben szakosodott európai egészségügyi szolgáltatókat tömörítenek annak érdekében, hogy segítsék a ritka vagy kis prevalenciájú komplex betegségekben szenvedő betegek diagnosztizálását és kezelését, amihez nagymértékben szakosodott egészségügyi ellátás, valamint a tudás és az erőforrások koncentrációja szükséges. A tudás-előállítás és -terjesztés, az egészségügyi szakképzés, valamint az oktatás és kutatás kulcsfontosságú központjaiként működnek a ritka vagy kis prevalenciájú komplex betegségek terén.

A 2017-ben elindított 24 európai referenciahálózat jelenleg tematikus kérdések széles körén dolgozik, beleértve a ritka rákos megbetegedéseket is. A hálózatok köre azóta jelentősen bővült, megerősítve az EU azon képességét, hogy a legjobb szakértelmet és életmentő ismereteket biztosítsa a ritka és kis prevalenciájú komplex betegségekben szenvedő betegek számára. 2022. január 1-jével 620 új tag csatlakozott a hálózathoz, így az európai referenciahálózatok tagjainak száma 1 466-ra emelkedett, a földrajzi lefedettség pedig mind a 27 tagállamra és Norvégiára is kiterjed. 2020 végén az európai referenciahálózatokban 289 kapcsolt partner is szerepelt (228 társult nemzeti központ, valamint 4 nemzeti koordinációs csomópontoz tartozó 61 központ). A ritka rákos megbetegedésekkel foglalkozó négy európai referenciahálózat fontos szerepet fog játszani az európai rákellenes tervben⁴⁵ és az uniós rákellenes küldetésben⁴⁶, kapcsolódva az átfogó nemzeti rákellenes központok jövőbeli hálózatához.

2017 novemberében megkezdte működését a Bizottság által finanszírozott klinikai betegmenedzsment rendszer⁴⁷. Ez a dedikált informatikai platform támogatja az európai referenciahálózatok azon egészségügyi szakembereinek virtuális szakértői testületeit, akik azért találkoznak, hogy megosszák egymással a ritka és kis prevalenciájú komplex betegségben szenvedő betegek diagnosztizálásával és kezelésével kapcsolatos szakismereteiket. 2021 júniusáig csaknem 2 000 szakértői testületet nyitottak meg, és a számuk folyamatosan növekszik. A működés javítása érdekében a Bizottság jelenleg dolgozik a rendszer továbbfejlesztett változatán.

A ritka betegségben szenvedő betegekre vonatkozó információcsere megkönnyítése, valamint az európai referenciahálózatok információgyűjtésben és -megosztásban való támogatása céljából a Bizottság 2019-ben létrehozta a ritka betegségek európai nyilvántartási platformját (EU RD Platform)⁴⁸.

A Bizottság jelentős támogatást nyújtott az európai referenciahálózatoknak az EU harmadik egészségügyi programján, 2021 óta pedig az uniós egészségügyi cselekvési programon keresztül.

⁴⁴ https://ec.europa.eu/health/european-reference-networks/networks_hu

⁴⁵ https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-of-life/european-health-union/cancer-plan-europe_hu

⁴⁶ https://ec.europa.eu/info/research-and-innovation/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe/eu-missions-horizon-europe/cancer_en

⁴⁷ <https://cpms.ern-net.eu/login/>

⁴⁸ https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/_hu

Ez a tevékenységek széles körét jelenti, például az európai referenciahálózatok klinikai gyakorlatára vonatkozó iránymutatások és a klinikai döntéshozatalt támogató eszközök kialakítását, az európai referenciahálózatok betegnyilvántartásainak ellátást segítő fejlesztését és karbantartását, az európai referenciahálózatok egészségügyi szakembereinek rövid távú mobilitási és csereprogramját, valamint az európai referenciahálózatok felmérését, nyomon követését és értékelését⁴⁹. Az európai referenciahálózatok klinikai kutatási tevékenységeit az uniós kutatási és innovációs programok keretében társfinanszírozzák. A Horizont 2020 programból származó finanszírozással az európai referenciahálózatok a ritka betegségek európai közös programjának⁵⁰ és az ERICA⁵¹ projektnek a fő kedvezményezettjei, az így létrejövő platform pedig integrálja az európai referenciahálózatok teljes kutatási és innovációs kapacitását, javítva a terápiákhoz való hozzáférést.

5.3. E-egészségügy

Az irányelv 14. cikke alapján létrehozott e-egészségügyi hálózat az e-egészségügyért felelős nemzeti hatóságok önkéntes hálózata. Interoperábilis alkalmazásokra, valamint az ellátás folyamatosságának és elérhetőségének javítására törekszik.

A 14. cikk külön értékelésére építve a Bizottság jogalkotási javaslatot fogadott el az európai egészségügyi adattérre vonatkozóan⁵². Az értékelés arra a következtetésre jutott, hogy az e-egészségügyi hálózat hatékonysága és eredményessége korlátozott volt, főként az együttműködés önkéntes jellege miatt. 2018 óta tevékenységei az egészségügyi adatoknak az ellátás nyújtását és folytonosságát szolgáló fokozott használatára és cseréjére, valamint a MyHealth@EU infrastruktúra létrehozására fókuszáltak. A MyHealth@EU-hoz csatlakozott tagállamok száma egyre nő, és a legtöbb tagállam várhatóan 2025-ig megvalósítja a MyHealth@EU platformot. Eddig tíz tagállam kapcsolódott össze a nemzeti e-egészségügy nemzeti kapcsolattartó pontjain keresztül és kezdte meg a betegadatok és az elektronikus vények cseréjét a határon átnyúló betegellátás folyamatosságának biztosítása érdekében. A MyHealth@EU infrastruktúra további adattartalmak támogatásával egészül ki, beleértve a laboratóriumi vizsgálati eredményeket, a kórházi zárójelentéseket és az orvosi képeket.

A Covid19-világjárvány 2020-as kitörését követően az e-egészségügyi hálózat prioritásként kezelte a népegészségügyi válsághelyzetet. Segítette két fontos kezdeményezés gyors kidolgozását és végrehajtását a népegészségügy védelme és a személyek szabad mozgásának

⁴⁹ <https://www.nivel.nl/en/project-amequis-2020-ongoing>

⁵⁰ <https://www.ejprarediseases.org/>

⁵¹ <https://erica-rd.eu/>

⁵² Az európai egészségügyi adatterről szóló európai parlamenti és tanácsi rendeletre irányuló javaslat, COM(2022) 197 final.

biztosítása érdekében: a kontaktkövető és figyelmeztető alkalmazások uniós szintű interoperabilitása, valamint az uniós digitális Covid-igazolvány⁵³.

5.4. Egészségügyi technológiaértékelés

A 15. cikk jogalapot teremtett az egészségügyi technológiaértékelés terén folytatott európai együttműködés előmozdításához, amely a tényeken alapuló egészségügyi döntéshozatal fontos része. 2018. január 31-én a Bizottság javaslatot fogadott el egy egészségügyi technológiaértékelésről szóló és az e téren folyó európai együttműködés megerősítését és fenntarthatóvá tételét célzó rendeletről⁵⁴. Az új rendeletet 2021. december 15-én fogadták el, és 2022. január 12-én lépett hatályba⁵⁵. Az irányelv 15. cikkét törölték belőle. A Bizottság javaslatáról zajló tárgyalásokkal párhuzamosan folytatódtak az egészségügyi technológiaértékelési hálózat tevékenységei, amelyeket az EUnetHTA együttes fellépés 3. technikai munkája egészített ki⁵⁶. A Covid19-világjárvány 2020-as kezdetén az EUnetHTA együttes fellépés 3. kialakította és közzétette saját „folyamatos kollaboratív értékeléseit” a Covid19 több gyógyszeres és nem gyógyszeres terápiájára vonatkozóan.

5.5. Határon átnyúló és regionális együttműködés

Az irányelv előírja, hogy a tagállamok nyújtsanak kölcsönös segítséget és könnyítsék meg a határon átnyúló egészségügyi ellátásban való együttműködést a szomszédos országok között, a Bizottság pedig ösztönözzé a tagállamokat erre az együttműködésre.

Az EU az Interreg programon keresztül támogatja a határ menti régiók egészségügyi rendszereinek együttműködését és integrációját. Ez több regionális egészségügyi partnerségre katalizátorként hatott az ellátáshoz való helyi hozzáférés, valamint a közös létesítmények és szolgáltatások javítása terén. Továbbra is problémát jelentenek azonban az egészségügyi szolgáltatások bonyolult számlázási és visszatérítési eljárásai az eltérő egészségügyi rendszerekben. Ez jelentősen befolyásolhatja az emberek jólétét a határ menti régiókban, ahol az EU lakosságának több mint 40 %-a él. Az értékelés feltárt néhány bizonyítékot arra, hogy az irányelv további eszközt biztosít az egészségügyi ellátás megkönnyítésére a határ menti régiókban, mivel a rutinszerű járóbeteg-ellátáshoz nincs szükség a határon átnyúló egészségügyi ellátás előzetes engedélyezésére. Az Európai Határ Menti Régiók Szövetsége arra a

⁵³ Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2021/953 rendelete (2021. június 14.) a Covid19-világjárvány idején a szabad mozgás megkönnyítése érdekében az interoperábilis, Covid19-oltásra, tesztre és gyógyultságra vonatkozó igazolványok (uniós digitális Covid-igazolvány) kiállításának, ellenőrzésének és elfogadásának keretéről (HL L 211., 2021.6.15., 1. o.).

A Bizottság 2021. október 18-án közzétette az uniós digitális Covid-igazolvány rendszerének bevezetéséről szóló első jelentést (COM(2021) 649 final).

⁵⁴ COM(2018)51 final.

⁵⁵ Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2021/2282 rendelete (2021. december 15.) az egészségügyi technológiaértékelésről és a 2011/24/EU irányelv módosításáról (HL L 458., 2021.12.22., 1. o.).

⁵⁶ <https://www.eunetha.eu/>

következtetésre jutott, hogy az irányelv szerinti visszatérítési mechanizmus általában nem az előnyben részesített megoldás, mivel a határon átnyúló egészségügyi ellátás költségeinek előzetes kifizetése visszatartó erővel bír⁵⁷.

Több regionális egészségügyi megállapodás kínál együttműködési modelleket a pénzügyi és adminisztratív akadályok leküzdésére⁵⁸. A betegek számára a Felső-Rajna régió által kialakított felhasználóbarát kézikönyv⁵⁹ a nemzeti kapcsolattartó pontok és az egészségbiztosítók közötti együttműködés terén a helyes gyakorlat mintájaként szolgál a betegek egyedi igényeinek megfelelő egyértelmű tájékoztatás nyújtásához.

A Covid19-világjárvány rávilágított a határon átnyúló regionális együttműködés jelentőségére. A Covid19-válság idején több uniós régió is létfontosságú szerepet játszott azzal, hogy több mint 300 intenzív ellátási helyet és kezelést biztosított a határon túli túlterhelt kórházak tehermentesítésére. A határon átnyúló egészségügyi ellátási együttműködés keretében nyújtott uniós sürgősségi segítségről szóló bizottsági iránymutatás uniós szintű koordinációs mechanizmust hozott létre, és felhívta a figyelmet a betegek visszatérítéshez való jogára, az egészségügyi dokumentáció átadására, az ellátás folyamatosságára és a rendelvevények elismerésére a külföldön igénybe vett egészségügyi ellátás esetén. Az értékelés megállapította, hogy az irányelv segíthet csökkenteni a Covid19-világjárvány miatt elhalasztott rutinszerű, nem sürgős kezelések hatalmas lemaradását, amikor a határon túl szabad egészségügyi kapacitás áll rendelkezésre.

6. Az értékelés megállapításai

Az irányelv mérsékelt hatékonysággal teljesítette arra vonatkozó célkitűzéseit, hogy elősegítse a biztonságos és magas színvonalú egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést egy másik uniós országban. Emellett fokozta a jogi egyértelműséget az EU területén bárhol igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó betegjogok terén, és a Bíróság értelmezése szerint továbbra is fontos az egészségügyi szolgáltatások szabad mozgásának megőrzéséhez.

Az értékelésből kiderült, hogy az irányelv fontos betegjogokat rögzített, például az uniós és a hazai betegek egyenlő bánásmódját. Uniós szinten következetesebb megközelítést ért el az uniós polgárok határon átnyúló egészségügyi ellátási költségeinek visszatérítése terén. Általánosságban a betegjogok előmozdítójaként működött azzal, hogy fokozta a kezeléseik árának átláthatóságát, az eltérő nemzeti egészségügyi rendszerekben pedig a betegek javát szolgáló változásokat idézett elő. Az uniós polgárok élnek ugyan jogaikkal és az irányelv biztosította visszatérítési mechanizmusokkal, számuk azonban továbbra is alacsony. Az irányelv orvosi rendelvevények elismerését szabályozó rendelkezései jórészt a nagyközönség javát szolgálták; az orvosi

⁵⁷ AEBR (2021), Határon átnyúló betegmobilitás egyes uniós régiókban, elérhető itt: https://ec.europa.eu/health/publications/cross-border-patient-mobility-selected-eu-regions_en

⁵⁸ C(2020) 2153 final.

⁵⁹ <https://www.trisan.org/fr/outils/guide-de-mobilite-des-patients>

rendelvények nyelvével, ellenőrzésével és hitelességével kapcsolatos egyes problémák azonban nem szűntek meg.

Az irányelvben a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés javítására rejlő lehetőségeket továbbra is akadályozza néhány probléma. Különösen a következők értendők ide: a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz való betegjogok alacsony szintű ismertsége; a betegek nem kielégítő tájékoztatása; aránytalan adminisztratív terhek; valamint a külföldi egészségügyi ellátás költségeivel és a visszatérítéssel kapcsolatos bizonytalanság. A betegszervezetek különösen azt kifogásolják, hogy a betegeknek előre kell fizetniük a külföldi kezelésért, mert szerintük ez egyenlőtlenségeket teremt az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés terén. Az irányelv értelmében azonban a betegnek előre kell fizetnie a költségeket, mivel ez az egyetlen járható út ahhoz, hogy a beteg előzetes jóváhagyás nélkül választhasson köz- vagy magánegészségügyi ellátást egy másik uniós országban, emellett pedig jogosult egészségbiztosítóján keresztül a költségek bizonyos szintű visszatérítésére. A szociális biztonsági rendszerek összehangolására vonatkozó szabályokon túl és mellett további lehetőséget biztosít a beteg számára a határon átnyúló egészségügyi ellátásra.

Az irányelv és a rendelet közötti összetett jogi kapcsolatot a nagyközönségnek megérteni, a nemzeti kapcsolattartó pontoknak és az egészségbiztosítóknak pedig a betegek felé kommunikálni nehéz. Ugyanakkor az előnyösebb útvonal kiválasztásának felelőssége gyakran a betegekre hárul, ami bizonytalan pénzügyi következményekkel jár. Ez aggályokat ébreszt azzal kapcsolatban, hogy vajon sikerült-e elérni az irányelv és a rendelet között a betegek javát szolgáló egyértelműséget.

Az irányelv jelentős hatást gyakorolt a ritka betegségek területén azáltal, hogy létrehozta az európai referenciahálózatokat a ritka betegségben szenvedő betegek diagnózisának és kezelésének támogatására. Az európai referenciahálózatok elősegítik a tudás-előállítást és megosztást, illetve támogatják a klinikai kutatást. Hosszú távú fenntarthatóságuk biztosítása érdekében azonban további javításokra van szükség ahhoz, hogy az európai referenciahálózatok integrálódjanak a nemzeti egészségügyi rendszerekbe, a betegek számára pedig egyértelmű módok alakuljanak ki az európai referenciahálózatok nemzeti szintű elérésére. Emellett a virtuális orvosi szakértői testületeket támogató klinikai betegmenedzsment rendszer további technikai fejlesztést igényel, a virtuális szakértői testületekben részt vevő európai referenciahálózatok nagyobb igénybevételét pedig akadályozza, hogy nincs számukra kialakítva külön számlázási és visszatérítési mechanizmus. Az európai referenciahálózatok támogatásának uniós finanszírozási forrásai adminisztratív szempontból is összetettek voltak.

A Bizottság az Interreg program támogatásával hatékonyan ösztönözte a határon átnyúló regionális egészségügyi ellátási együttműködést. Bár az irányelv a határon átnyúló egészségügyi ellátás egyéb mechanizmusainak kiegészítésére szolgál, kevés az adat arról, hogy a határ menti régiókban milyen hatással van a betegmobilitásra. Az érdekeltek úgy vélték, hogy az irányelv szerepet játszhat a rutinszerű kezelések növekvő lemaradásának rendezésében.

Bár nem tartozik az értékelés hatókörébe, az irányelv döntő szerepet játszott az egészségügyi rendszerek közötti európai együttműködés elmélyítésében az egészségügyi technológiaértékelés

terén, ami 2021-ben egy külön rendelet elfogadásához vezetett, továbbá az e-egészségügy terén is, aminek a jövőbeli európai egészségügyi adattér létrehozása köszönhető.

Az értékelés összességében megállapította, hogy bár a határon átnyúló betegmobilitás még mindig alacsony, az irányelv hozzáadott értéket teremtett, célkitűzései pedig továbbra is relevánsak a más tagállamban elérhető egészségügyi ellátás iránti betegigények kielégítése szempontjából. Az irányelv különösen sikeresen ösztönözte az egészségügyi rendszerek közötti együttműködést, főleg a ritka betegségek, az e-egészségügy és az egészségügyi technológiaértékelés terén.

Az értékelés során felmerült problémák azonban azt jelentik, hogy az irányelv célkitűzései még nem valósultak meg teljes mértékben a betegek javára.

Következtetések és további lépések

Az irányelvben rejlő lehetőségek maximalizálása és a tagállamok közötti együttműködés megerősítése a határon átnyúló egészségügyi ellátás terén újabb lépést jelent az Európai Egészségügyi Unió kiépítésében.

E jelentés és az értékelés eredményei azt mutatják, hogy **az irányelv tagállamokban történő következetes alkalmazását** illetően továbbra is jelentős problémák állnak fenn. A Bizottság által összegyűjtött új információk alapján meg kell vizsgálni, hogy a nemzeti intézkedések megfelelnek-e az irányelv rendelkezéseinek, valamint az arányosság és a jogbiztonság elvének. A Bizottság ezért felkéri a tagállamokat, hogy értékeljék újra a betegek határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz való hozzáférését korlátozó és fölösleges adminisztratív terheket okozó nemzeti intézkedések szükségességét és arányosságát.

Az irányelv végrehajtásának biztosítása érdekében a Bizottság továbbra is kétoldalú párbeszédet folytat a tagállamokkal, szükség esetén pedig minden tőle telhetőt megtesz annak érdekében, hogy a tagállamok teljesítsék kötelezettségeiket.

Emellett a Covid19-világjárvány rávilágított arra, hogy mennyire fontosak a minőségi adatok az egészségügyi rendszerek hatékony működéséhez. A Bizottság szorgalmazza a tagállamoknál, hogy teljesítsék a betegjogok érvényesítésének nyomán követéséhez szükséges **betegmobilitási adatszolgáltatás** irányelv szerinti kötelezettségét, és biztosítsák a szükséges bizonyítékokat a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó jövőbeli szakpolitikák megalapozásához.

Az értékelésből levont tanulságok alapján **az európai együttműködés a továbbiakban több módon is tudná támogatni az irányelv végrehajtását.** Az e jelentésben meghatározott intézkedések célja az eljárások csökkentése és egyszerűsítése az egészségügyi ellátás digitalizálása útján, a betegjogok nagyobb tudatosítása és a betegek jobb tájékoztatása, az irányelv és a rendelet kölcsönhatásának tisztázása, az európai referenciahálózatok

fenntarthatóságának megőrzése, a határon átnyúló együttműködés további támogatása a régiók között, valamint az irányelv nyomon követésének és végrehajtásának erősítése⁶⁰.

A Covid19-világjárvány következményeként az egészségügyben felgyorsult a digitális technológiák alkalmazása. A **határon átnyúló egészségügyi ellátás új digitális eszközeinek alkalmazása** – például számlák, előzetes engedélyek és visszatérítési kérelmek digitalizálása – egyszerűsítheti és csökkentheti az adminisztratív terheket, megkönnyítve és olcsóbbá téve a határon átnyúló egészségügyi ellátás elérését. A digitális megoldások elterjedéséhez regionális, nemzeti és uniós szintű fellépésre lesz szükség.

Az e-egészségügyben folyó európai együttműködésre építve a Bizottság az **európai egészségügyi adatterről** szóló rendeletjavaslatot fogadott el, amely várhatóan bővíteni fogja az e-egészségügyi digitális szolgáltatási infrastruktúrát. Külföldi utazásaik során ez segít majd biztosítani az uniós polgárok számára az ellátás folyamatosságát. Az elektronikus vények fokozatos tagállami bevezetésével az uniós polgárok külföldön könnyebben juthatnak majd hozzá gyógyszereikhez.

Bár az irányelv sikeresen rögzítette a betegjogokat, teljes körű érvényesítésükhöz a betegeknek ismerniük kell e jogokat. A nemzeti kapcsolattartó pontok által elért javulás ellenére további erőfeszítések szükségesek **a betegek, köztük a fogyatékkal élők tájékoztatásának felhasználóbarátabbá és elérhetőbbé tételéhez**. A Bizottság betegeknek szóló kézikönyve és irányadó elvei eszközöket jelentenek a nemzeti kapcsolattartó pontok munkájának támogatásához és széles körben népszerűsítendők. A Bizottság úgy véli, hogy a nemzeti kapcsolattartó pontoknak a betegszervezetekkel, az egészségügyi szakemberekkel és az egészségbiztosítókkal közösen kell felhívniuk a figyelmet a határon átnyúló egészségügyi ellátásra és összefogniuk a külföldön egészségügyi ellátást igénylő betegek adminisztratív és érzelmi terheinek csökkentése érdekében. Emellett **az irányelv és a rendelet kapcsolatának egyértelműbbé tétele**, valamint a rendszerek működésére vonatkozó tájékoztatás nagyon fontos ahhoz, hogy javíthatók legyenek a betegek választási lehetőségei a határon átnyúló egészségügyi ellátásban.

Az európai referenciahálózatok létrehozása komoly mértékben mozgósította az egészségügyi szakemberek elkötelezettségét és az egészségügyi szolgáltatók beruházásait a ritka betegségek terén. A korlátozott ismeretek európai referenciahálózatok által biztosított cseréje a ritka betegségekben szenvedők javát szolgálják. A ritka betegségekkel kapcsolatos kutatásokban⁶¹ való részvételük döntő fontosságú ahhoz, hogy megoldásokat találjanak a diagnosztizálási nehézségekkel szembesülő vagy kezelési opció nélküli betegek számára a becslések szerint 6 000–8 000 ritka betegség valamelyikéhez. Az **európai referenciahálózatok fenntartható fejlődésének** megőrzéséhez a tagállamoknak a Bizottság támogatásával intézkedéseket kell hozniuk annak érdekében, hogy az európai referenciahálózatok **jobban integrálódjanak a nemzeti egészségügyi rendszerekbe**. Folyamatban van olyan megoldások kidolgozása, amelyek

⁶⁰ Melléklet: „A 2011/24/EU irányelv végrehajtásának javítását célzó nyomonkövetési intézkedések”.

⁶¹ https://ec.europa.eu/info/research-and-innovation/research-area/health-research-and-innovation/rare-diseases_en

biztosítják az európai referenciahálózatok virtuális konzultációs testületeinek zökkenőmentes működését, hogy még több ritka betegségben szenvedő beteg kaphassa meg a régóta várt válaszokat diagnózisára és kezelésére.

A Covid19-világjárvány megmutatta, hogy válság idején milyen fontos a határokon átnyúló európai szolidaritás. A határ menti régiókban élők nagy hasznát veszik az egészségügyi ellátásban a strukturált regionális együttműködésnek, mert vészhelyzet és tervezett ellátás esetén megoszthatók az egészségügyi létesítmények. Több régió is kínál ötletet és példákat a **helyes gyakorlatra** a nemzeti egészségügyi rendszerek közötti különbségek leküzdése és a betegek igényeinek kielégítése céljából határon átnyúlóan dolgozó **egészségügyi közigazgatás, biztosítók és egészségügyi szolgáltatók közötti strukturált együttműködés terén.**