

Doktori (PhD) értekezés

Biróné Malustyik Brigitta

2026

NEMZETI KÖZSZOLGÁLATI EGYETEM
Közigazgatás-tudományi Doktori Iskola

Biróné Malustyik Brigitta

**Betegmobilitás az Európai Unióban: a társadalombiztosítási finanszírozás jogi és
igazgatási keretei – különös tekintettel a hazai végrehajtásra**

Doktori (PhD) értekezés

Tervezet

Témavezető:

Dr. Kristó Katalin, egyetemi docens

.....

Budapest, 2026

TARTALOMJEGYZÉK

1. Bevezetés	8
1.1 A tudományos probléma megfogalmazása	8
1.2 Kutatási célok, kérdések és hipotézisek	11
1.3 Módszertan	14
1.4 Az értekezés felépítése	18
2. Az uniós jog végrehajtása az európai közigazgatás rendszerében	20
2.1 Az európai közigazgatás szervezeti szempontból	21
2.1.1 Közvetlen végrehajtás	22
2.1.2 Közvetett végrehajtás	25
2.2 Az európai közigazgatás funkcionális szempontból	26
2.3 A betegmobilitás szabályozásának uniós hatásköri alapjai.....	27
2.3.1 Hatáskörmegosztás a szociálpolitika területén.....	28
2.3.2 Hatáskörmegosztás a népegészségügy területén.....	30
2.3.3 Belső piaci alapok: A személyek és a szolgáltatások szabad áramlása	31
2.3.4 A szubszidiaritás és az arányosság elve	33
2.4 Összegzés	34
3. A betegmobilitás koordinációs szabályainak végrehajtási keretei	34
3.1 A koordináció hatálya	35
3.1.1 Időbeli hatály.....	35
3.1.2 Személyi hatály	36
3.1.3 Tárgyi hatály	38
3.1.4 Területi hatály	39
3.2 A koordináció alapelvei	39
3.2.1 Az egyenlő bánásmód elve	39
3.2.2 Az időszakok összeszámításának elve	40
3.2.3 Az egy tagállam joghatósága alá tartozás elve.....	41
3.2.4 Az ellátások exportálhatóságának elve	42
3.3 A betegmobilitás koordinációs szabályai.....	42
3.3.1 Egészségügyi ellátásra való jogosultság egy másik tagállamban fennálló lakóhely esetén.....	43
3.3.2 Nem tervezett külföldi gyógykezelések	44

3.3.3	Tervezett külföldi gyógykezelések	48
3.4	A költségtérítési mechanizmusok.....	52
3.4.1	Intézményközi megtérítés	52
3.4.2	A biztosított által fizetett összegek visszatérítése	55
3.4.3	Járulékos költségek megtérítése: A Leichtle-ügy (2004).....	58
3.5	A tagállami horizontális együttműködés keretei	59
3.5.1	Az intézményközi kommunikáció szereplői	59
3.5.2	Az intézményközi kommunikáció alapelvei	60
3.5.3	Az EESSI rendszer	61
3.5.4	A strukturált elektronikus dokumentumok	61
3.5.5	Monitoring és működési tapasztalatok – a bizottsági dashboard tanulságai.....	63
3.6	A koordinációs tevékenységet támogató bizottságok	65
3.6.1	Igazgatási Bizottság	65
3.6.2	Adatkezelési és Technikai Bizottság.....	66
3.6.3	Könyvvizsgáló Bizottság	67
3.6.4	Tanácsadó Bizottság.....	67
3.7	Az Európai Bizottság monitoring tevékenysége	68
3.7.1	Kötelező adatszolgáltatáson alapuló monitoring tevékenység.....	69
3.7.2	Önkéntes adatszolgáltatáson alapuló monitoring tevékenység.....	71
3.8	Az Európai Munkaügyi Hatóság végrehajtást támogató szerepe.....	72
3.8.1	A Hatóság létrehozásának körülményei és feladatai.....	72
3.8.2	A Hatóság kapcsolata az Igazgatási Bizottsággal	74
3.9	Kitekintés: A jogosultság igazolás digitalizációja: European Social Security Pass (ESSPASS).....	76
3.9.1	Az ESSPASS létrejöttének indokai és kapcsolata az EESSI-vel	76
3.9.2	Az ESSPASS kapcsolata más uniós kezdeményezésekkel.....	77
3.9.3	A pilot projekt megvalósítása.....	78
3.10	Részkövetkeztetések.....	79
4.	A betegmobilitás irányelv végrehajtási keretei	81
4.1	Az irányelvet megelőző EUB joggyakorlat	82
4.1.1	Luisi és Carbone ügy (1984).....	83
4.1.2	Grogan ügy (1991)	83

4.1.3 Kohll és Decker ügyek (1998)	84
4.1.4 Smits és Peerbooms ügy (2001).....	87
4.1.5 Watts ügy (2006).....	89
4.2 Az irányelv jogalapja és célja.....	90
4.3. Az irányelv hatálya.....	92
4.3.1 Időbeli hatály.....	92
4.3.2 Személyi hatály	92
4.3.3 Területi hatály	93
4.3.4 Tárgyi hatály	93
4.4 Határon átnyúló egészségügyi ellátások közfinanszírozásának szabályai	94
4.4.1 Az előzetes engedélyezés szabályai	94
4.4.2 Költségtérítés szabályai.....	99
4.5 A tagállamok szerepe a végrehajtásban	102
4.5.1 A tagállamok feladatai	102
4.5.2 A horizontális együttműködés jellege.....	103
4.5.3 A közigazgatási eljárások garanciái	104
4.6 A betegtájékoztató intézményi keretei: A nemzeti kapcsolattartó pontok.....	105
4.7 Az Európai Bizottság monitoring tevékenysége	106
4.7.1 A jelentések fókuszja: A transzpozíciótól a működőképességig	107
4.7.2 Statisztikai mintázatok és pénzügyi vonatkozások	108
4.7.3 A betegmobilitást akadályozó tényezők azonosítása	109
4.7.4 A tagállami adatszolgáltatás hiánya és korlátai	110
4.7.5 Az NKP-k működésének tapasztalatai	112
4.8 Kitekintés: A betegmobilitás digitális dimenziója és jövőbeli keretei.....	113
4.8.1 Az európai egészségügyi adattár (EHDS).....	113
4.8.2 A telemedicina, mint határon átnyúló egészségügyi ellátás	116
4.9 Részkövetkeztetések.....	120
5. A betegmobilitási szabályok hazai végrehajtásának társadalombiztosítási keretei.....	123
5.1 Az egészségbiztosítás helye a társadalombiztosítás rendszerében.....	123
5.2 Az egészségbiztosítási ellátások rendszere	127
5.3 Az egészségügyi szolgáltatások	128
5.3.1 Az egészségügyi szolgáltatásra jogosultak köre	128

5.3.2	Az egészségügyi szolgáltatások térítési kategóriái	129
5.3.3	Az uniós betegekre vonatkozó speciális szabályok	131
5.3.4	A külföldön történő gyógykezelések	132
5.4	Összegzés	134
6.	Az uniós betegmobilitás hazai intézményi és eljárási keretei	135
6.1	A végrehajtás intézményi háttere	135
6.1.1	Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő	135
6.1.2	Fővárosi és vármegyei kormányhivatalok	137
6.1.3	A nemzeti kapcsolattartó pont: Integrált Jogvédelmi Szolgálat.....	137
6.2	A végrehajtásból adódó közigazgatási (hatósági) eljárások.....	138
6.2.1	Az alkalmazandó jog meghatározásával kapcsolatos eljárások	138
6.2.2	Nem tervezett külföldi gyógykezelésekkel kapcsolatos eljárások	143
6.2.3	Tervezett külföldi gyógykezelések igénybevétele	152
6.2.4	Jogorvoslati lehetőségek	163
6.3.	A hazai bírósági gyakorlat főbb tanulságai	164
6.3.1	A WO kontra Vas Megyei Kormányhivatal ügy hazai tanulságai	164
6.3.2	A sürgős szükség szerepe a tervezett külföldi gyógykezelések engedélyezésében.....	172
6.3.3	Az EU Kártya hiánya és az utólagos költségtérítés	177
6.3.4	A passzív jogosultság korlátai a külföldi gyógykezelések során	180
6.3.5	Az orvosilag indokolt ellátási idő értelmezése ritka gyermek ortopédiai kórképben.....	182
6.8	A hazai végrehajtás intézményi és technikai korlátai az Állami Számvevőszék 2025-ös jelentése alapján.....	187
6.8.1	Az ellenőrzés tárgya.....	187
6.8.2	Az előzetes engedélyezési eljárás tapasztalatai.....	188
6.8.3	A HYDRA szakalkalmazás működésének tapasztalatai	192
6.8.4	Belső kontrollmechanizmusok és kockázatkezelés: A végrehajtási folyamatok láthatatlansága	198
6.8.5	Az ÁSZ jelentés tanulságai	200
6.9	Részkövetkeztetések.....	200
7.	Összegzett következtetések	202

7.1 Hipotézisek igazolása.....	203
7.1.1 Az 1. hipotézis igazolása.....	203
7.1.2 A 2. hipotézis igazolása.....	205
7.1.3 A 3. hipotézis igazolása.....	207
7.1.4 A 4. hipotézis igazolása.....	208
7.1.5 Az 5. hipotézis igazolása.....	209
7.1.6 A 6. hipotézis igazolása.....	210
7.2 Tézisek	211
7.3 Új tudományos eredmények.....	212
7.4 Ajánlások – A kutatás eredményeinek gyakorlati felhasználhatósága – Új kutatási irányok.....	213
Felhasznált források.....	214
A Szerző publikációi	231

1. BEVEZETÉS

1.1 A TUDOMÁNYOS PROBLÉMA MEGFOGALMAZÁSA

Az Európai Unió egységes belső piacának működése szempontjából ma már alapvető követelmény, hogy az uniós polgárok a tagállamok határain túl is hozzáférjenek az egészségügyi ellátásokhoz. Ennek jogi feltételeit az uniós jog egy kettős, egymással párhuzamosan alkalmazható szabályozási rendszer útján biztosítja. Egyfelől, a szociális biztonsági rendszerek koordinációját meghatározó 883/2004/EK rendelettel¹ (a továbbiakban: koordinációs rendelet) és az annak végrehajtására kiadott 987/2009/EK rendelettel² (a továbbiakban: végrehajtási rendelet) (a továbbiakban együtt: koordinációs rendeletek), másfelől a 2011/24/EU irányelvvel³ (a továbbiakban: betegmobilitási irányelv, irányelv).

Az európai uniós betegmobilitás szakirodalma⁴ alapvetően a szabályozási eszközök kettős jogalapjából fakadó dogmatikai és gyakorlati feszültségek elemzése köré szerveződik. A kutatások egyik meghatározó iránya a koordinációs rendeletek és a betegmobilitási irányelv párhuzamos alkalmazásának, illetve eltérő jogalapokon nyugvó szabályozási logikájának vizsgálata.⁵ A szakirodalom széles körben tárgyalja az Európai Unió Bírósága (a továbbiakban: EUB) ítélkezési gyakorlatának meghatározó szerepét az egészségügyi rend-

¹ Az Európai Parlament és a Tanács 883/2004/EK rendelete a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról (2004. április 29.) (a továbbiakban lábjegyzetben: 883/2004/EK rendelet)

² Az Európai Parlament és a Tanács 987/2009/EK rendelete a szociális biztonsági rendszere koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet végrehajtására vonatkozó eljárás megállapításáról (2009. szeptember 16.) (a továbbiakban lábjegyzetben: 987/2009/EK rendelet)

³ Az Európai Parlament és a Tanács 2011/24/EU irányelve a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről. (2011. március 9.) (a továbbiakban lábjegyzetben: 2011/24/EU irányelv).

⁴ A témához kapcsolódó hazai és nemzetközi szakirodalom rendkívül széles körű. Az alábbi felsorolásban csak példálózó jelleggel, a teljesség igénye nélkül, a főbb kutatási irányokat reprezentáló munkák kerülnek bemutatásra.

⁵ Lásd például: BERKI Gabriella: *Az új betegmobilitási irányelv: régen várt válaszok vagy újabb kérdések?* - In. P. SZABÓ Béla, SZEMESI Sándor (szerk.): *Profectus in litteris III: Előadások a 8. debreceni állam- és jogtudományi doktorandusz-konferencián*. Lícium Art-Kiadó, Debrecen, 2011. - 45-53.o.; BERKI Gabriella: *The evolution of the legislation on European cross-border patient mobility*. - In. LAJKÓ Dóra (szerk.): *Opuscula Szegediensia 6 : A Munkajogi és Szociális Jogi Doktornaduszok és Pályakezdő Oktatók hatodik konferenciája*. Iusperitus Kiadó, Szeged, 2014. - 17-30.o.; GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva, GYENEY Laura: *Élesedő kontúrok – gyakorlati kihívások a határon átnyúló egészségügyi ellátás területén*. - In. Pázmány Law Working Papers, 5.kötet, 15.szám, 2014. 1-20.o.; RIEDER, C. M.: *Cross-Border Movement of Patients in the EU: a Re-Appraisal*, - In. *The European Journal of Health Economics*, 2017, Vol. 24:4, - pp. 390–413

szerek belső piaci nyitásban, valamint az irányelv kodifikációjában.⁶ Ezen megközelítéshez kapcsolódva számos szerző elemzi az esetjog és a jogalkotás kölcsönhatását, továbbá ennek a tagállami autonómiára gyakorolt hatásait.⁷ Az elemzések gyakran foglalkoznak az előzetes engedélyezési rendszerek fenntarthatóságával is.⁸ További kutatási irányt jelent a koordinációs rendeletek végrehajtásának gyakorlati működésére irányuló vizsgálat, különös tekintettel a digitalizáció szerepére és a tagállamok közötti kommunikációs mechanizmusokra. Ennek keretében a szakirodalom kiemelt figyelmet fordít az EESSI rendszer működésére, hangsúlyozva annak előnyeit a korábbi papíralapú információcseréhez képest.⁹ Emellett egyre nagyobb hangsúlyt kap az európai egészségügyi adattér és a telemedicina kérdésköre is.¹⁰ Számottevő figyelem irányul továbbá a betegmobilitási szabályozás tagállami implementációjának kérdéseire is,¹¹ a hazai végrehajtási gyakorlat vizsgálatával azonban csak viszonylag szűk szerzői kör foglalkozik. A témában született munkák többsége az uniós szabályok hazai átültetésének problémáira, az előzetes engedélyezési rendszer fenn-

⁶ Lásd például: FUCHS, M.: *Free Movement of Services and Social Security – Quo Vadis?* - In: European Law Journal, Vol.8, No.4. 2002, - pp.536-555.; MARTINSEN, D.S.: *Towards an Internal Health Market with the European Court*, West European Politics, Vol.28. No.5., 2005. pp.1035–1056; BÍRÓ Marcell: *A szolgáltatásnyújtás korlátozott szabadsága az egészségügyben. A határon átnyúló egészségügyi ellátások az Európai Bíróság esetjoga tükrében.* - In: Európai Jog. 10. évf. 3. sz., 2010. - 33-52.o.

⁷ Lásd például: VAN DER MEI, A.P.: *Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Recent Developments in Law and Policy.* - In: European Journal of Health Law, Vol. 10, No. 4, 2003. - pp. 369–380.; MURPHY, C.: *An Effective Right to Cross-Border Healthcare? On Patients, Primacy and Procedural Autonomy: Comment on Elchinov.* - In: European Law Review, 2011. - pp. 542–557.

⁸ Lásd például: BERKI, Gabriella: *Realistic Necessity or Outdated Leftover?: Thoughts about the Contraversial Nature of Prior Authorisation Schemes of Planned Treatments Abroad.* - In: Acta Universitatis Szegedensis: Acta Juridica et Politica, 79. 2016. - pp. 85-91. ; PALM, W.: *The Cross-Border Care Directive: Implementation Status.* - In: Eurohealth, Vol.22, No.2, 2016. - pp.20-24.

⁹ Lásd például: AZUARA, F., GONZÁLEZ, J.R., RUGGIA, R.: *Proposal of a controlled vocabulary to solve semantic interoperability problems in social security information exchanges.* - In: Library HiTech, Vol. 31 No. 4, 2013. - pp. 602-619. ; HAJDÚ, J.: *Right to health in the context of cross-border healthcare in the European Union.* -In: PAVLOVIĆ, Z. (ed.):*The right to health.* Belgrade, 2025. - p.595.

¹⁰ Lásd például: HELYES Marcell, FEJES Zsolt, MIHÓK Sándor: *A telemedicina jogi szabályozása az Európai Unió két tagországában.* - In: Hadmérnök, 15.évf.4.szám, 2020. - 195–207.o.; DAVIDOVICS, K., KOVÁCS, R., GAÁL, A.P.: *Secondary use of health data in the EU: Exploring the legal challenges of the upcoming European Health Data Space Regulation in light of the findings of the TEHDAS project.* - In: IME – Egészségügyi Vezetők Szaklapja, XXIII. évf. 1. szám, 2024. - pp.5-15.; GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva: *Az európai egészségügyi adatterről szóló rendelettervezet.* - In: EU Jog, 4.évf. 2.szám. 2024.

¹¹ Lásd például: KOWALSKA-BOBKO, I., MOKRZYCKA, A., SAGAN, A., WŁODARCZYK, W. CEZARY, ZABDYR-JAMRÓZ, M.: *Implementation of the cross-border healthcare directive in Poland: How not to encourage patients to seek care abroad?* - In: Health Policy, Volume 120, Issue 11, 2016. - pp.1233-1239.; PIRILLO, I., AMENTA, F., SIRIGNANO, A., RICCI, G.: *Cross-border healthcare: Implementation of Directive 2011/24/EU and National Contact Point in Italy.* - In: Travel Medicine and Infectious Disease, Volume 18, 2017. - pp. 79-80.; AZZOPARDI-MUSCAT, N., ALUTTIS, C., SORENSEN, C, PACE, R., BRAND, H.: *The impact of the EU Directive on patient's rights and cross-border health care in Malta.* - In: Health Policy, Volume 119, 2015.- pp.1285-1292.

tartásának különböző aspektusaira, valamint a végrehajtás intézményi kereteinek és közigazgatási eljárásainak bemutatására koncentrál.¹²

Jelen disszertáció a betegmobilitást¹³ az európai közigazgatás több szintet átfogó végrehajtási folyamatoként értelmezi, és azt vizsgálja, hogy az uniós betegmobilitás kettős jogalappra épülő rendszere miként formálja a tagállami közigazgatás működési szerkezetét, minőségét és jogszerűségét a betegmobilitás végrehajtása során. A vizsgálat középpontjában az a kérdés áll, hogy az eltérő szabályozási logikák – a koordinációs rendeletek extraterritoriális társadalombiztosítási modellje és a betegmobilitási irányelv szolgáltatásközpontú, betegautonómiára épülő megközelítése – milyen intézményi és működési mintázatokat eredményeznek a közigazgatásban, és ezek miként hatnak a jogok tényleges érvényesülésére. A kutatás azt vizsgálja, hogy az alkalmazott uniós jogalap hogyan befolyásolja a tagállamok közötti horizontális együttműködés intézményesülését és eszköztárát, a vertikális monitoring- és irányítási mechanizmusokat, valamint azokat az eljárási útvonalakat, amelyekkel keresztül a beteg az ellátáshoz és a költségtérítéshez jut. A hipotézisek közös nevezője annak feltárása, hogy a jogi konstrukciók, a monitoring- és információs rendszerek, a digitális infrastruktúra, valamint a nemzeti eljárási szabályok miként alakítják a végrehajtás tényleges működését, és milyen pontokon válik szét a formális megfelelés és a tényleges működési kapacitás.

Összességében a kutatás az uniós szabályozás és a nemzeti végrehajtás közötti dinamikát elemzi, különös tekintettel arra, hogy az európai közigazgatás többszintű rendszerében miként biztosítható a betegmobilitási rendszer hatékony, átlátható és jogszerű működése.

¹² Lásd például: KRISTÓ Katalin: *Health Care Services in the European Union – and the Hungarian Practice*. - In. *Revista Juridica de a Universidad de Leon*, 2022/10,- pp. 167-172.; GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva: *Az EU-jog egészségbiztosítást érintő szabályai és azok alkalmazása a magyar jogban*. Wolters Kluwer, Budapest, 2024.; KOVÁCS Réka: *A betegek és egészségügyi szakemberek mozgásának az egészségügyi rendszereket érintő kihívásai. A negatív hatások enyhítésének lehetséges eszközei*. Doktori értekezés tézisei. Eötvös Lóránd Tudományegyetem Állam-és Jogtudományi Doktori Iskola. 2025.

¹³ Jelen értekezés a „betegmobilitás” alatt azt az esetkört érti, amikor az arra jogosult személy a biztosítás helye szerinti tagállamtól eltérő tagállamban vesz igénybe egészségügyi ellátást és annak költségeit a biztosítás helye szerinti tagállam társadalombiztosítási rendszere viseli.

1.2 KUTATÁSI CÉLOK, KÉRDÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK

I. Kutatási cél: Az uniós jogalap (koordinációs rendeletek vagy betegmobilitási irányelv) és a tagállamok közötti együttműködési mechanizmusok kapcsolatának vizsgálata.

A betegmobilitás szabályozásában a tagállami végrehajtás dominanciája mellett, erős uniós normatív és koordinációs keret érvényesül, amelyben az eltérő szabályozási logikák meghatározzák a horizontális közigazgatási együttműködés szerkezetét. A kutatás így elsők között azt elemzi, hogy a kettős uniós jogalap miként jelenik meg a tagállamok közötti közigazgatási együttműködésben, milyen intézményi és eljárási megoldásokat eredményez, és ezek hogyan hatnak a betegmobilitási ügyek gyakorlati intézésére. A kutatás ezzel empirikus alapokon járul hozzá az európai közigazgatás többszintű működésének, különösen a közvetett végrehajtás működési dinamikájának mélyebb megértéséhez.

Kutatás kérdés 1: Miként befolyásolja az alkalmazott uniós jogalap a tagállamok közötti horizontális együttműködés intézményesültségét és eszköztárát a betegmobilitás területén?

Hipotézis 1 (Strukturális hipotézis): Az alkalmazott uniós jogalap funkcionális logikája szignifikánsan meghatározza a tagállamok közötti horizontális közigazgatási együttműködés intézményesültségének mértékét és eszköztárát a betegmobilitás végrehajtása során.

II. Kutatási cél: Az uniós szintű vertikális monitoring működésének és korlátainak vizsgálata.

A kutatás az adminisztratív láthatatlanság problémájára is reflektál, vagyis arra a strukturális helyzetre, amikor a felügyeleti vagy monitoringmechanizmusok nem képesek teljeskörűen feltárni a tagállami végrehajtás operatív, szervezeti és funkcionális működését. Ezáltal a rendszer formálisan megfelelhet a szabályoknak, miközben belső működési zavarokat hordoz. Ez a jelenség az uniós közvetett végrehajtás sajátossága, amely az információs aszimmetria (Pollack)¹⁴, a több szintű kormányzás (Hooghe-Marks)¹⁵, az implementációs deficit (Börzel)¹⁶ és a street-level bürokrácia (Lipsky)¹⁷ jelenségeiből fakad. A monitoring

¹⁴ WALLACE, H.S., POLLACK, M.A., YOUNG A.R.: *Policy Making in the European Union*. - Oxford University Press, 2025.

¹⁵ HOOGHE, L., MARKS, G.: *Multi-level Governance and European Integration*. - Rowman&Littlefield Publisher, 2001.

¹⁶ BÖRZEL, T.: *Why Noncompliance: The Politics of Law in the European Union*. - Cornell University Press, 2021.

mechanizmusok output-orientált jellege és a digitális rendszerek technikai fókuszú auditálása miatt a tagállami közigazgatás tényleges működési minősége gyakran csak korlátozottan jelenik meg a monitoring adatokban. A kutatás ezért azt vizsgálja, hogy az Európai Bizottság vertikális monitoring eszközei milyen mértékben képesek feltárni a közvetett végrehajtás operatív működését, illetve milyen strukturális korlátok befolyásolják a felületei mechanizmusok hatékonyságát.

Kutatási kérdés 2: Milyen mértékben képesek az Európai Bizottság vertikális monitoring mechanizmusai feltárni a tagállami közvetett végrehajtás tényleges közigazgatási működését?

Hipotézis 2 (Információs aszimmetria hipotézis): Az Európai Bizottság monitoring mechanizmusai strukturálisan korlátozottan alkalmasak a tagállami közvetett végrehajtás operatív szintű működési zavarainak feltárására.

III. Kutatási cél: A digitális infrastruktúra szerepének vizsgálata a koordinációs rendeletek végrehajtásában.

A koordinációs rendeletek végrehajtása ma már nem pusztán jogi, hanem digitális működési kérdés is. A tagállami intézmények közötti kommunikáció és az intézményközi elszámolások az EESSI rendszeren keresztül zajlanak, ezért a digitális interoperabilitás közvetlenül érinti a végrehajtás gyakorlati működését. A kutatás azt elemzi, hogy a technikai rendszer működése milyen összefüggésben áll az elszámolások pontosságával és a jogszerű közigazgatási működés feltételeivel.

Kutatási kérdés 3: Milyen szerepet tölt be a digitális interoperabilitás a koordinációs rendeletek végrehajtásában a jogszerű közigazgatási működés szempontjából?

Hipotézis 3 (Digitális-jogi összefüggési hipotézis): A digitális interoperabilitás funkcionális hiányosságai pozitív korrelációt mutatnak az intézményközi elszámolási hibák adataival és az uniós adatszolgáltatási kötelezettségek nem teljesítésével a koordinációs rendeletek végrehajtása során.

IV. Kutatási cél: A hazai végrehajtásban közreműködő fővárosi és vármegyei kormányhivatalok és a NEAK közötti feladat- és hatáskörmegosztás elemzése.

¹⁷ LIPSKY, M.: *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. - Russel Sage Foundation, 1980.

A kutatás a hazai intézményrendszeren belüli feladat- és hatáskörmegosztás eljárási következményeit vizsgálja a betegmobilitási ügyekben. A vizsgálat arra irányul, hogy a NEAK és a fővárosi és vármegyei kormányhivatalok közötti feladat- és hatáskörmegosztás miként jelenik meg a gyakorlati ügyintézésben, és hogyan hat az eljárási bizonytalanságra és a jogérvényesítési kockázatokra, különösen a sürgősség és a tervezhetőség határhelyzeteiben.

Kutatási kérdés 4: Milyen eljárási bizonytalanságok fakadhatnak a fővárosi és vármegyei kormányhivatalok és a NEAK közötti feladat- és hatáskörmegosztásból a sürgősség és a tervezhetőség határhelyzeteiben?

Hipotézis 4 (Intézményi határzóna hipotézis): Az utólagos költségtérítési ügyekben a többes elsőfokú hatáskör fennállása növeli az eljárási bizonytalanság, az ügyintézési idő és a jogviták valószínűségét, különösen a sürgősség és a tervezhetőség határhelyzeteiben.

V. Kutatási cél: A sürgős szükség körülményének hazai jogalkalmazásban betöltött szerepének vizsgálata a tervezett külföldi gyógykezelések engedélyezési és finanszírozási eljárásaiban.

A sürgős szükség körülménye sajátos szerepet játszik a tervezett külföldi gyógykezelésekhez kapcsolódó hazai engedélyezési és finanszírozási eljárásokban. Az értekezés bemutatja, hogy az EUB a C-173/09 *Elchinov* és a C-777/18 *WO* ügyekben kialakított jogelvei a sürgősség olyan értelmezését tükrözik, amely nem esik egybe a hazai jogalkalmazási gyakorlattal. A vizsgálat arra irányul, hogy a sürgős szükség kezelése — különösen annak kizárólag méltányossági eljárás keretében történő figyelembevétele — miként befolyásolja a tervezett külföldi ellátásokhoz való hozzáférést, és ezen keresztül az uniós betegjogok tényleges érvényesülését. A kutatás így a jogi szabályozás és a hatósági gyakorlat közötti kapcsolatot elemzi.

Kutatási kérdés 5: Hogyan érvényesül a sürgős szükség körülményének figyelembevétele a tervezett külföldi gyógykezelésekkel kapcsolatos hazai engedélyezési és költségtérítési eljárások során?

Hipotézis 5 (Normatív koherencia hipotézis): A sürgős szükség kizárólag méltányossági eljárásban történő elismerése csökkenti az uniós jogból fakadó betegjogok tényleges érvényesülésének valószínűségét a tervezett külföldi gyógykezelések esetén.

VI. Kutatási cél: A nem tervezett ellátásokhoz kapcsolódó jogosultságigazolási rendszer működésének vizsgálata.

A nem tervezett külföldi ellátásokhoz kapcsolódó jogosultságigazolás rendszere meghatározó szerepet játszik az egészségügyi szolgáltatásokhoz való tényleges hozzáférésben. A hazai gyakorlatban az Európai Egészségbiztosítási Kártya kiállítása kérelemre induló hatósági eljárás keretében történik, így a jogosultság igazolása nem automatikus, hanem a biztosított kezdeményezésétől és tájékozottságától függ. A vizsgálat arra irányul, hogy a jogosultságigazolás jelenlegi adminisztratív modellje miként befolyásolja az előfinanszírozási kényszert, az egyéni anyagi kockázatokat és a jogérvényesítési lehetőségek tényleges kihasználhatóságát a nem tervezett ellátások során.

Kutatási kérdés 6: Miként befolyásolja a jogosultságigazolás hazai, kérelemre induló kiállítási modellje a biztosítottak anyagi teherviselését és jogérvényesítési lehetőségeit a nem tervezett külföldi gyógykezelések során?

Hipotézis 6 (Intézményi kockázataátruházási hipotézis): A jogosultságigazolás kérelemhez kötött kiállítási modellje szignifikánsan növeli a biztosítottak előfinanszírozási kényszerének és részleges költségviselésének valószínűségét a nem tervezett ellátások esetében.

1.3 MÓDSZERTAN

Az értekezés kvalitatív jellegű, elsősorban normatív-és jogdogmatikai elemzésre, intézményi vizsgálatra, valamint a dokumentum- és tartalomelemzés eszközeinek alkalmazására épül. A vizsgálat elsősorban másodlagos forrásokra támaszkodik, ideértve az uniós és hazai jogforrásokat, az EUB ítélezési gyakorlatát, az uniós intézmények jelentéseit, valamint a hazai közigazgatási bírósági ítéleteket. A kutatás empirikus alapját a nyilvánosan hozzáférhető intézményi dokumentumok, jelentések és statisztikai adatok kvalitatív elemzése képezi. Emellett a releváns szakirodalmi háttér feldolgozására is sor kerül. A kutatási kérdések eltérő jellegére tekintettel az egyes hipotézisek vizsgálata különböző módszertani eszközök kombinációjára épül, ezért a módszertan hipotézisenként kerül részletes bemutatásra.

H1 - Strukturális hipotézis: Az alkalmazott uniós jogalap funkcionális logikája szignifikánsan meghatározza a tagállamok közötti horizontális közigazgatási együttműködés intézményesültségének mértékét és eszköztárát a betegmobilitás végrehajtása során.

Az első hipotézis vizsgálata normatív és jogdogmatikai elemzésre épül. Az értekezés összehasonlító módon tárgyalja a koordinációs rendeletek és a betegmobilitási irányelv szabályozási logikáját, a mögöttük álló intézményi és finanszírozási háttérrel, valamint a horizontális együttműködés formáit. Ennek keretében áttekinti az elsődleges és másodlagos uniós jogforrások – különösen a koordinációs rendeletek és a betegmobilitási irányelv – releváns rendelkezéseit, az EUB kapcsolódó ítélezési gyakorlatát, valamint az Igazgatási Bizottság határozatait, a betegmobilitás társadalombiztosítási finanszírozása szempontjából lényeges elemekre koncentrálna. Az elemzés nem terjed ki a koordinációs rendeletek hatálya alá tartozó összes szociális biztonsági ellátásra, és a betegmobilitási irányelv esetében sem foglalkozik az olyan kapcsolódó területekkel, mint az európai referenciahálózatok, az egészségügyi technológiaértékelés, a ritka betegségek vagy az e-egészségügyi együttműködés.

A horizontális együttműködési formák vizsgálatának keretét az európai közigazgatás olyan megközelítése adja, amely azt funkcionális szempontból a vertikális és horizontális együttműködés dimenziói mentén ragadja meg.¹⁸ Ezt egészíti ki Eberhard Schmidt-Aßmann tipológiája, amely a vertikális és horizontális dimenzióon belül három, egymással összefüggő együttműködési típust különít el: az információs együttműködést, a procedurális (eljárás) együttműködést és az institutionális (intézményi) együttműködést (lásd részletesen: 2. fejezet),¹⁹ amely lehetővé teszi a betegmobilitási szabályok végrehajtásának területét érintő együttműködési mechanizmusok rendszerszintű értelmezését is.

H2 - Információs aszimmetria hipotézis: Az Európai Bizottság monitoring mechanizmusai strukturálisan korlátozottan alkalmasak a tagállami közvetett végrehajtás operatív szintű működési zavarainak feltárására.

A második hipotézis az Európai Bizottság vertikális monitoring mechanizmusainak működésével és korlátaival kapcsolatos, ezért középpontjában a kvalitatív dokumentum- és tartalomelemzés áll. Az értekezés elemzi a Bizottság tagállami adatszolgáltatásra épülő jelentéseit, a koordinációs rendeletek végrehajtását kísérő EESSI dashboard jelentéseket, vala-

¹⁸ Lásd például: FICZERE Lajos: *Az európai közigazgatási térség alapvonásai = Magyar közigazgatási jog különös rész európai uniós kitekintéssel.* – Budapest: Osiris Kiadó, 2004. - 21.o.

¹⁹ SCHMIDT-AßMANN, E.: *Az európai közigazgatás együttműködési és alá-fölé rendeltségi modellje.* - In: *Európai Jog*, 2003/3. - 2.o.

mint a betegmobilitási irányelv végrehajtásának nyomon követését szolgáló bizottsági jelentéseket is. Az elemzés nem kvantitatív mérésre törekszik, hanem a monitoring rendszer logikájának és adatstruktúráinak vizsgálatán keresztül mutatja be, hogy a vertikális felügyelet milyen mértékben képes megragadni a tagállami közigazgatás operatív működését. A hipotézis vizsgálatának fontos empirikus forrását képezi az Állami Számvevőszék 2025 februárjában megjelent jelentése (a továbbiakban e fejezetben: *ÁSZ jelentés*)²⁰, amely az egészségügyi ellátások nemzetközi elszámolásával összefüggő megfelelőségi ellenőrzés megállapításait foglalja össze. A jelentés különös jelentősége abban áll, hogy a hazai közigazgatási működés belső, szervezeti és operatív folyamataiba is betekintést nyújt, amelyek más – nyilvánosan hozzáférhető – forrásokból rendszerint nem rekonstruálhatók. A dokumentum elemzése lehetővé teszi annak feltárását, hogy a végrehajtás során milyen, az uniós szintű monitoringmechanizmusok számára nehezen vagy egyáltalán nem érzékelhető, tagállami közigazgatási működést érintő zavarok merülhetnek fel, amelyek a betegmobilitási szabályok gyakorlati érvényesülését akadályozhatják.

H3 - Digitális-jogi összefüggési hipotézis: A digitális interoperabilitás funkcionális hiányosságai pozitív korrelációt mutatnak az intézményközi elszámolási hibák adataival és az uniós adatszolgáltatási kötelezettségek nem teljesítésével a koordinációs rendeletek végrehajtása során.

A harmadik hipotézis a digitális interoperabilitás szerepét vizsgálja a koordinációs rendeletek végrehajtásában, ezért a módszertani keret a normatív-, valamint a kvalitatív dokumentumelemzés kombinációjára épül. Az értekezés egyrészt feltárja az EESSI rendszerre és a strukturált elektronikus dokumentumokra vonatkozó uniós szabályozást, másrészt bemutatja a hazai HYDRA szakalkalmazás működését az *ÁSZ jelentés* megállapításai alapján. A vizsgálat módszertani fókuszja azon összefüggések azonosítása, amelyek a digitális rendszerek felépítése és a koordinációs feladatok tényleges ellátása – különösen az elszámolások és az adatszolgáltatások – között fennállnak. Az elemzés célja nem a hibák statisztikai mérése, hanem annak bemutatása, hogy a digitális infrastruktúra milyen pontokon válik a jogszerű végrehajtás strukturális feltételévé.

²⁰ Állami Számvevőszék: *Jelentés – Az egészségügyi ellátások nemzetközi elszámolásának ellenőrzése. 2025.* (a továbbiakban: *ÁSZ jelentés (2025)*). Elérés útvonala: <https://www.asz.hu/dokumentumok/24179.pdf> (Utolsó elérés: 2025.12.01.)

H4 - Intézményi határzóna hipotézis: Az utólagos költségtérítési ügyekben a többes elsőfokú hatáskör fennállása növeli az eljárási bizonytalanság, az ügyintézési idő és a jogviták valószínűségét, különösen a sürgősség és a tervezhetőség határhelyzeteiben.

A negyedik hipotézis a hazai végrehajtásban közreműködő fővárosi és vármegyei kormányhivatalok, valamint a NEAK közötti feladat- és hatáskörmegosztás eljárási következményeit vizsgálja, ezért módszertanilag a normatív és intézményi elemzés, valamint a hazai jogalkalmazási gyakorlat kvalitatív feltárása áll a középpontban. Az értekezés a vonatkozó jogszabályok alapján áttekinti a hatáskör- és feladatmegosztás rendszerét, majd a WO kontra Vas Megyei Kormányhivatal ügy hazai vonatkozású ítéletének esettanulmány jellegű elemzésén keresztül vizsgálja egy jól körülhatárolható helyzet sajátosságait, amelyben a hatásköri elhatárolás bizonytalansága az eljárás elhúzódásához és jogvita kialakulásához vezetett. A vizsgálat nem mennyiségi mérésre törekszik, hanem a jogvitává váló esettanulságain keresztül mutatja be a hatáskörmegosztásból fakadó strukturális kockázatokat.

H5 - Normatív koherencia hipotézis: A sürgős szükség kizárólag méltányossági eljárásban történő elismerése csökkenti az uniós jogból fakadó betegjogok tényleges érvényesülésének valószínűségét a tervezett külföldi gyógykezelések esetén.

Az ötödik hipotézis a sürgős szükség körülményének hazai értelmezését és alkalmazását vizsgálja a tervezett külföldi gyógykezelések engedélyezési és finanszírozási eljárásaiban, ezért módszertanilag a jogdogmatikai elemzés és a hazai közigazgatási bírói gyakorlat elemzése jelenti a fő eszközt. Az értekezés egyrészt a hazai jogszabályok sürgős szükségre vonatkozó rendelkezéseit dolgozza fel, valamint a kapcsolódó magyar közigazgatási bírósági ítéleteket esettanulmány jelleggel elemzi. A vizsgálat nem a sürgős szükségre hivatkozó ügyek statisztikai gyakoriságának mérésére irányul, hanem az értelmezési és alkalmazási gyakorlat szerkezeti sajátosságainak feltárására.

H6 - Intézményi kockázáttruházási hipotézis: A jogosultságigazolás kérelemhez kötött kiállítási modellje szignifikánsan növeli a biztosítottak előfinanszírozási kényszerének és részleges költségviselésének valószínűségét a nem tervezett ellátások esetében.

A hatodik hipotézis a nem tervezett ellátásokhoz kapcsolódó jogosultságigazolási rendszer – az Európai Egészségbiztosítási Kártya – működését vizsgálja, ezért a módszertani alapot a normatív-intézményi elemzés, a kvalitatív dokumentumelemzés és a másodlagos statisztikai adatok leíró összevetése adja. Az értekezés a hazai jogosultságigazolási modell elemzését végzi el a vonatkozó jogszabályok alapján, majd ezt kiegészíti az uniós jelentésekben szereplő statisztikákkal az EU Kártya lefedettségéről és az utólagos költségtérítések arányáról. A cél annak bemutatása, hogy a kérelemhez kötött kiállítás milyen összefüggésben áll az előfinanszírozási kényszerrel és az egyéni pénzügyi kockázatokkal, anélkül, hogy reprezentatív empirikus felmérésre támaszkodna. A vizsgálat ennek megfelelően a normatív keretek, az eljárási sajátosságok és a rendelkezésre álló statisztikai adatok kvalitatív összekapcsolásával értelmezi a jogosultságigazolási rendszer működési következményeit, amelyet egy közigazgatási bírósági ügy esettanulmány jellegű feldolgozása egészít ki.

A fentiekén túl fontos említést tenni a kutatás módszertani korlátairól is, amelyek közül két tényező emelhető ki különösen. Egyrészt, a hazai végrehajtási gyakorlat elemzésének egyik meghatározó forrását az ÁSZ jelentés képezi, amely jellegéből adódóan egy adott időszakra vonatkozó, időben korlátozott állapotot rögzít. Ennek következtében a jelentés nem képes teljes körűen bemutatni a szabályozási és intézményi környezet hosszabb távú alakulását, illetve a végrehajtási gyakorlat dinamikus változásait. Emellett az ellenőrzés kizárólag a NEAK tevékenységére terjedt ki, így a végrehajtásban közreműködő további szervek működéséről közvetlen információt nem nyújt. Másrészt a közigazgatási bírósági döntésekre épülő jogeset-elemzés szükségszerűen csak a jogvitává vált esetekre koncentrálna és ebből következően a módszer elsősorban a konfliktusos, jogilag kielezett helyzeteket teszi láthatóvá, miközben a problémamentes ügyintézés, valamint a peres szakaszig el nem jutó működési zavarok az elemzés számára rejtve maradnak.

1.4 AZ ÉRTEKEZÉS FELÉPÍTÉSE

Az értekezés felépítése olyan elemzési ívre épül, amely az elméleti és intézményi keretek tisztázásától, az uniós szabályozás részletes normatív és jogdogmatikai vizsgálatán és az intézményi-eljárási működés feltárásán keresztül jut el a magyar végrehajtási gyakorlat empirikus elemzéséig és a tagállami szintű strukturális kockázatok azonosításáig.

A bevezetést követően a második fejezet az értekezés elméleti–rendszer-tani megalapozását szolgálja. Az európai közigazgatás szervezeti és funkcionális megközelítésére építve meghatározza azt az elemzési keretet, amelyben a közvetlen és közvetett végrehajtás szintje, valamint a vertikális és horizontális együttműködési mechanizmusok értelmezhetők az uniós betegmobilitási szabályok végrehajtása szempontjából. A fejezet emellett bemutatja a betegmobilitás területén érvényesülő hatáskörmegosztási sajátosságokat, amelyek alapve-tően meghatározzák az EU és a tagállamok mozgásterét a normatív keretek kialakításában és a végrehajtásban.

A harmadik fejezet elemzi a koordinációs rendeletek betegmobilitásra vonatkozó szabálya-it és az EUB releváns ítélkezési gyakorlatát. Célja a koordinációs rendeletek szabályozási logikájának, valamint az intézményközi horizontális együttműködés normatív hátterének feltárása, amely hozzájárul az első kutatási cél megvalósulásához. A fejezet bemutatja a koordinációs tevékenységet támogató bizottságokat, az Európai Munkaügyi Hatóság sze-repét, valamint az Európai Bizottság végrehajtást felügyelő funkcióit. Ez az elemzés a má-sodik és harmadik kutatási célhoz is kapcsolódik, mivel feltárja, hogy a Bizottság milyen eszközökkel és adatgyűjtési mechanizmusokkal követi nyomon a tagállami végrehajtást. A fejezet egy kitekintéssel zárul a jogosultságigazolás digitalizációját célzó ESSPASS pro-jektre.

A negyedik fejezet a betegmobilitási irányelv elemzését végzi el, komparatív módon kap-csolódva a koordinációs rendeletek vizsgálatához. A fejezet áttekinti az irányelv megalko-tását megalapozó EUB ítélkezési gyakorlatot, majd részletesen elemzi azokat a rendelkezé-seket, amelyek a határon átnyúló egészségügyi ellátások társadalombiztosítási finanszíro-zásával kapcsolatosak. A fejezet feltárja a rendeleti és irányelvi jogalap eltérő szabályozási logikáját, valamint azt, hogy ezek miként határozzák meg a horizontális együttműködési mechanizmusok jellegét; külön kiemelve a nemzeti kapcsolattartó pontok jelentőségét. Az elemzés kiterjed az Európai Bizottság monitoring tevékenységének elemzésére, amely fel-tárja, hogy az milyen területekre összpontosít, és milyen strukturális hiányosságokat jelez a tagállami végrehajtásban, ezáltal közvetlenül kapcsolódva a második kutatási célhoz. A

fejezet záró része kitekintésként érinti az európai egészségügyi adattér és a telemedicina szerepét, amelyek részletes vizsgálata túllépné jelen értekezés kereteit.

A disszertáció következő tartalmi egysége már a közvetett végrehajtási szintet vizsgálja, a magyar jogi és intézményi környezetre összpontosítva. Az ötödik fejezet a hazai társadalombiztosítási és egészségbiztosítási rendszer alapvonalainak bemutatására törekszik: tisztázza a jogosultak körét, a külföldi egészségügyi szolgáltatásokra irányadó speciális szabályokat, valamint azt a finanszírozási és szervezeti logikát, amelybe az uniós betegmobilitási szabályok végrehajtása beágyazódik. Ez az elemzés közvetve hozzájárul a negyedik, ötödik és hatodik kutatási cél megvalósításához.

A hatodik fejezet a hazai intézményi és eljárási környezet részletes feltárását nyújtja. Bemutatja a betegmobilitási szabályok végrehajtásában közreműködő szervek rendszerét, a közöttük fennálló feladat- és hatásköri megosztást, valamint a végrehajtást szolgáló közigazgatási eljárásokat – ezzel hozzájárulva a negyedik, ötödik és hatodik kutatási cél megvalósításához. Ezt az elemzést másodlagos, leíró jellegű statisztikai adatfeldolgozás egészíti ki az EU Kártya lefedettségéről, az intézményközi elszámolásról, a lakossági visszatérítések arányáról, ami különösen a hatodik kutatási célhoz kapcsolódik. Ugyanezen fejezet integráns része a hazai bírósági gyakorlat esettanulmányi feldolgozása és az ÁSZ jelentés elemzése is.

A disszertáció záró fejezete a korábbi elemzések eredményeit szintetizálva összegzi az új tudományos eredményeket, és visszacsatolja azokat a bevezetésben megfogalmazott hipotézisekhez.

2. AZ UNIÓS JOG VÉGREHAJTÁSA AZ EURÓPAI KÖZIGAZGATÁS RENDSZERÉBEN

Az európai közigazgatás fogalmának teljes körű, valamennyi elméleti irányzatot felölelő bemutatása meghaladná a jelen disszertáció kereteit, ezért a vizsgálat kifejezetten azokra a megközelítésekre koncentrál, amelyek a betegmobilitás uniós szabályainak tagállami végrehajtása szempontjából releváns szervezeti és funkcionális dimenziók megragadását teszik

lehetővé. Jelen disszertáció keretében az európai közigazgatás, Kárpáti Orsolya által alkalmazott fogalmi megközelítéséből indul ki, amely egyszerre utal annak szervezeti és funkcionális vetületére: „Az európai közigazgatás magában foglalja az Európai Unió, mint szupranacionális intézményrendszer közigazgatását, valamint a nemzetállamok feletti szervek és a tagállami közigazgatási szervek kapcsolatrendszerét, illetve a tagállami közigazgatási szervek uniós jog végrehajtására irányuló tevékenységét”.²¹ Ezen keret alkalmas arra, hogy az uniós betegmobilitási szabályok végrehajtását az európai közigazgatás szervezeti és funkcionális összefüggéseiben vizsgálja. Ennek segítségével elemezhetővé válik, miként kapcsolódik össze az uniós és a tagállami igazgatási szint a betegmobilitás területén, és milyen együttműködési mechanizmusok mentén valósul meg az uniós jog végrehajtása.

2.1 AZ EURÓPAI KÖZIGAZGATÁS SZERVEZETI SZEMPONTBÓL

Az európai közigazgatás szervezeti szempontból mára már alapvetően két, egymást kiegészítő ágra tagozódik: a közvetlen és közvetett végrehajtásra. Az elhatárolás elsődlegesen a végrehajtó szervek jogállása, az alkalmazott jogi eszközök jellege, valamint a működés finanszírozási forrása alapján ragadható meg.²² A közvetlen végrehajtás körébe az EU saját intézményei, szervei és hivatalai által végzett igazgatási tevékenység tartozik. Ide sorolható elsősorban az Európai Bizottság, valamint az EU ügynökségei is. Ezen szervek működését az uniós költségvetés finanszírozza, személyi állományukat uniós köztisztviselők alkotják, jogi eszköztárukban pedig meghatározó szerepet töltenek be az uniós rendeletek és határozatok közvetlen alkalmazására épülő igazgatási aktusok.²³

A közvetett végrehajtás a tagállami közigazgatási szervek által végzett igazgatási tevékenységet jelenti, amelyre az uniós jog végrehajtásának döntő hányada hárul. Mivel az EU-nak nincsenek a tagállam területére telepített, dekoncentrált végrehajtó szervei, az uniós jogi aktusok gyakorlati érvényesítése a tagállamok közigazgatási rendszerén keresztül va-

²¹ KÁRPÁTI Orsolya: *Az Európai Közigazgatási Tér kialakulása*. - In. Sectio Juridica et Politica, Miskolc, Tomus XXIX./1., 2011. - 239.o.

²² CSATLÓS Erzsébet: *Az EU közigazgatási struktúrája*. - In. Csatlós Erzsébet: *Európai Közigazgatás*. – Szeged: Iurisperitus Kiadó, 2021. - 46.o.

²³ BALÁZS István: *Európai közigazgatás – Álom vagy valóság*. - In. Rendszerváltás, demokrácia és államreform az elmúlt 25 évben. – Budapest: Akadémiai Kiadó, 2014. - 37.o.

lósul meg.²⁴ Ebben a modellben a nemzeti hatóságok saját közigazgatási joguk és eljárási szabályaik szerint járnak el, miközben az uniós jog végrehajtásáért felelősek. A tagállamok tehát intézményi autonómiával rendelkeznek, vagyis maguk határozzák meg a közigazgatási struktúrájukat és eljárási megoldásaikat, ugyanakkor kötelesek biztosítani az uniós jog által megkövetelt eredmény elérését.²⁵

2.1.1 KÖZVETLEN VÉGREHAJTÁS

2.1.1.1 Az Európai Bizottság

Az Európai Unióról szóló Szerződés (a továbbiakban: EUSZ) 17. cikke értelmében az uniós közigazgatási végrehajtás élén az Európai Bizottság áll. Az EUSZ értelmében a Bizottság gondoskodik a Szerződések és az azok alapján elfogadott uniós jogi aktusok alkalmazásáról, felügyeli az uniós jog érvényesülését, végrehajtja az uniós költségvetést, valamint koordinatív, végrehajtó és igazgatási feladatokat lát el.²⁶ Ahogy arra Boros Anita is rámutat, a rendelkezés első olvasatra arra engedhetne következtetni, hogy az uniós jog végrehajtása elsősorban a Bizottság és az uniós szervek hatáskörébe tartozik, de a valóság ettől jelentősen eltér. Kiemeli, hogy nem kérdéses, hogy a Bizottság kiemelt igazgatási funkciókkal rendelkezik, mint a „Szerződések őre”, hangsúlyozandó, hogy a közösségi jog alkalmazásának felelőssége elsősorban a tagállamok közigazgatási szerveit és nemzeti igazgatási szolgáltatási szerveit terheli.²⁷

Az Európai Bizottság uniós jog végrehajtásával kapcsolatos határkörei az alábbiak szerint csoportosíthatjuk. Az uniós jogrend egyik alapvető intézményi garanciája, hogy a Bizottság a „Szerződések őreként” biztosítja, hogy a tagállamok az uniós jogot ne csupán formálisan ültessék át, hanem azt a gyakorlatban is megfelelően és egységesen alkalmazzák. Így a Bizottság egyik legfontosabb végrehajtási hatásköre az uniós jog végrehajtásának felügyelete, ami tehát nem merül ki az átültetési kötelezettségek ellenőrzésében, hanem kiterjed az uniós jog érvényesülésének folyamatos monitoringjára is. Amennyiben a Bizottság

²⁴ CZÉKMANN Zsolt, KALAS Tibor, TORMA András, TURKOVICS István: *Európai közigazgatás*. – Miskolc: Miskolci Egyetemi Kiadó, 2019. – 169.o.

²⁵ BALÁZS István: *Az Európai Közigazgatási Tér és az európai közigazgatási jog*. - In. Lapsánszky András (szerk.): *Közigazgatás jog. Szakigazgatásaink elmélete és működése*. – Budapest: Wolters Kluwer, 2020. – 80.o.

²⁶ VÁRNAY Ernő, PAPP Mónika: *Magyarázat az Európai Unió jogáról*. Wolters Kluwer, Budapest. – 85-86.o.

²⁷ BOROS Anita: *Úton egy európai közigazgatás (eljárási) jog felé*. - In. MTA Law Working Papers. 2014/58. - 7.o.

azt állapítja meg, hogy egy tagállam megsérti az uniós jogból eredő kötelezettségeket, jogosult kötelezettségsszegési eljárást indítani az érintett tagállammal szemben.²⁸

Noha az uniós jog végrehajtása főszabály szerint a tagállami közigazgatási szervek feladata (közvetett végrehajtás), meghatározott területeken a Bizottság hatósági jogkörrel rendelkezik. Ez lehetővé teszi, hogy a Bizottság egyedi ügyekben, közvetlenül kötelező erejű döntéseket hozzon. A közvetlen végrehajtás ezen formája ugyan kivételesnek tekinthető, azonban bizonyos szakpolitikai területeken az uniós jog hatékony és egységes érvényesülésének nélkülözhetetlen eszköze. Erre példa a versenyjog területe, ahol Bizottság felügyeli az állami támogatások jogszerűségét, dönt a vállalkozások közötti összefonódások (fúziók) engedélyezéséről, valamint szankcionálja a versenyt korlátozó megállapodásokat és piaci magatartásokat.²⁹

Végül, az uniós igazgatási rendszerben kiemelt szerepet tölt be a Bizottság koordinációs és igazgatási funkciója, amely túlmutat a klasszikus jogalkalmazási és felügyeleti feladatokon. A Bizottság az egyes uniós szakpolitikák operatív működésének összehangolását biztosítja, valamint elősegíti a tagállami hatóságok és az uniós ügynökségek közötti folyamatos együttműködést. A Bizottság felel számos uniós szintű információs hálózat és adatbázis működtetéséért, illetve felügyeletéért, amelynek célja a tagállami hatóságok közötti gyors és megbízható információcsere elősegítése.³⁰

2.1.1.2 Az Európai Unió ügynökségei

Az ügynökségek az uniós közigazgatási struktúra sajátos és egyre nagyobb jelentőségű elemeit alkotják, amelyek a közvetlen közigazgatási szint meghatározó szereplőiként jelennek meg. Ez a szervezeti forma az 1990-es évektől kezdődően dinamikus, számbeli és funkcionális értelemben egyaránt jelentős bővülésen ment keresztül, ami az uniós szakpolitikák komplexitásának növekedésével és a specializált szakértelem iránti igény erősödésével magyarázható; ezt a folyamatot nevezzük ügynökségesedésnek.³¹

²⁸ BALLESTEROS PERALS, M.: *Monitoring the implementation of EU law: tools and challenges – Update*. - European Parliament, 2025. - p.16.

²⁹ SZEGEDI László: *Az európai közigazgatás fejlődése és szabályozása*. – Budapest: Dialóg Campus Kiadó, 2018. - 70.o.

³⁰ CSATLÓS (2021): i.m.84.o.

³¹ Az ügynökségesedés jelenségéről lásd bővebben: EGEBERG, M., TRONDAL, J.: *Agencification of the European Union Administration*. - TARN Working Paper, No.1 2016.; CHITI, E.: *The Agencification Pro-*

Az ügynökségek meghatározására számos szakirodalmi definíció létezik, amelyek közös jellemzője, - Szegedi László álláspontja szerint - hogy relatíve önállósággal, állandó jelleggel, önálló jogi személyiséggel rendelkeznek és az uniós jog által, speciális feladatok ellátására hozzák létre őket.³²

Az európai ügynökségek két alapvető szervezeti típusba sorolhatók: a végrehajtó ügynökségek, valamint a decentralizált (másnéven szabályozó) ügynökségek csoportjába.³³ Ez a tipológia nem csupán szervezeti sajátosságaik, hanem az uniós végrehajtási rendszerben betöltött funkcióik szempontjából is releváns különbségtételt tesz lehetővé. A végrehajtó ügynökségeket az Európai Bizottság hozza létre meghatározott időtartamra, elsődlegesen abból a célból, hogy egyes uniós programok és finanszírozási eszközök operatív irányítását és adminisztratív lebonyolítását ellássák. Ezek a szervezetek nem rendelkeznek önálló szabályozási vagy hatósági döntési jogkörrel, működésük szorosan kapcsolódik Bizottság feladat-és hatásköréhez és tevékenységük a Bizottság irányítása és felügyelete alatt áll. Ezzel szemben a decentralizált – vagy szabályozási – ügynökségek tartós jelleggel, jogalkotási aktus útján jönnek létre, és szervezetileg elkülönülnek mind a Bizottságtól, mind egyéb uniós intézményektől. Feladatuk jellemzően speciális szakpolitikai területekhez kötődik, és magában foglalhatja az információgyűjtést, az elemzést, a koordinációt, valamint a tudományos vagy technikai szakértelem biztosítását az uniós és tagállami döntéshozatal számára.³⁴

Az európai uniós ügynökségek kategorizálása szinte lehetetlen vállalkozás, tekintettel azok eltérő jogállására, feladatkörére és intézményi beágyazottságára. Jelen disszertációban Edoardo Chiti csoportosítását vázoljuk fel, aki az ügynökségek funkciója alapján három csoportot különít el. Az első csoportot a döntéshozatali funkcióval rendelkező ügynöksé-

cess and the Evolution of the EU Administrative System. – In. CRAIG, P.; DE BÚRCA, G. (eds): *The Evolution of EU Law*, 3rd edn, Oxford, 2021.; GRILLER, S., ORATOR, A.: *Everything under Control? „The Way Forward” for European Agencies, in the Footsteps of Meronie Doctrine.* - In. *European Law Review*, Vol.35. No.1. - pp.3-35.; dr. TELEKI Bálint: *Az „ügynökségedés tendenciája az Európai Unióban és annak hatásai az uniós és magyar közigazgatásra.* Doktori (PhD) értekezés. Nemzeti Közzolgálati Egyetem, Közigazgatás-tudományi Doktori Iskola. Budapest, 2023.

³² SZEGEDI (2018): i.m.76.o

³³ Information Guide: Agencies and Decentralised Bodies of the European Union, Cardiff University, European Documentation Centre, 2013. pp. 4-7. Elérési útvonál: https://aei.pitt.edu/74857/1/Agencies_Decentralised_Bodies.pdf (Utolsó elérés: 2025.11.02.)

³⁴ KÁLMÁN János: *Az európai ügynökségek és a Meroni-doktrína.* – In. *De Iurisprudentia et Iure Publico*, VII.évf. 3.szám, 2013. – 6.o.

gek alkotják. Ezek az ügynökségek hatósági jellegű jogkörrel rendelkeznek, amely lehetővé teszi számukra, hogy egyedi ügyekben jogilag kötelező erejű döntéseket hozzanak, közvetlenül befolyásolva a jogalanyok jogi helyzetét. A második típus a szakértői és kvázi szabályozó szerepkört betöltő ügynökségek képezik. Ezen szervezetek formálisan nem rendelkeznek sem jogalkotási, sem önálló döntéshozatali jogkörrel, azonban tudományos és technikai ajánlásaik a gyakorlatban meghatározó befolyásoló erővel bírnak. A harmadik csoportba az információs és koordinációs funkciót ellátó ügynökségek sorolhatók. Ezen szervezetek elsődleges feladata az uniós és tagállami közigazgatási tevékenységhez szükséges információk előállítása, gyűjtése és elemzése, valamint a tagállami hatóságok közötti együttműködési hálózatok működtetése. Tevékenységük révén intézményes keretet biztosítanak a nemzeti szervek közvetlen kommunikációjához és az uniós szakpolitikák végrehajtásának koordinációjához.³⁵

2.1.2 KÖZVETETT VÉGREHAJTÁS

Az EUMSZ 291. cikke a tagállami végrehajtási felelősség szerződéses alapját teremti meg. A rendelkezés értelmében a kötelező erejű uniós jogi aktusok végrehajtásához szükséges intézkedéseket főszabály szerint a tagállamok fogadják el nemzeti jogukban.³⁶ Ez a szabály világosan rögzíti, hogy az uniós jog érvényesülésének elsődleges felelősei a tagállami hatóságok. A cikk egyúttal azt is jelzi, hogy az EU számára a végrehajtás eredménye – azaz az uniós jog tényleges és egységes alkalmazása – elsődleges, míg a konkrét szervezeti és eljárási megoldások megválasztása a tagállamok autonómiájába tartozik. Ez az ún. eredménykötelem koncepciója, amely az uniós jog végrehajtásának egyik központi eleme.³⁷

A közvetett közigazgatás meghatározó szerepe szükségszerűen felveti a kérdést, hogy az EU milyen jogi eszközökkel biztosítja a tagállami közigazgatások bevonását az uniós jog végrehajtásába, annak ellenére, hogy nem rendelkezik hatáskörrel a nemzeti közigazgatási rendszerek közvetlen szabályozására. A közvetett közigazgatás működését ezért az alapító szerződésekben rögzített együttműködési, végrehajtási és minőségi követelmények keretezik. Az EUMSZ 197. cikke az igazgatási együttműködéssel kapcsolatos uniós hatásköröket

³⁵ CHITI, E.: *European Agencies' Rulemaking: Powers, Procedures and Assessment*. - In. *European Law Journal*, Volume 19, Issue 1. 2013. - p.95.

³⁶ EUMSZ 291. cikk (1) bekezdés

³⁷ TORMA András: *Az Európai Közigazgatási Térségről magyar szemmel*. – In. *Miskolci Jogi Szemle*, 6.évf. 2011.-199.o.

rögzíti. A rendelkezés kimondja, hogy az uniós jog tagállamok általi eredményes végrehajtása közös érdekű ügy, és az EU intézkedéseket hozhat a közigazgatási kapacitások fejlesztésének elősegítése érdekében. Ugyanakkor a cikk kifejezetten rögzíti a harmonizáció tilalmát: az e rendelkezés alapján elfogadott intézkedések nem eredményezhetik a tagállami közigazgatási jogszabályok vagy szervezeti megoldások egységesítését.³⁸

Emellett az Európai Unióról szóló Szerződés 4. cikk (3) bekezdésében rögzített lojális együttműködés elve az egyik alapvető pillérnek tekinthető a közvetett közigazgatás szempontjából. A rendelkezés értelmében a tagállamok kötelesek minden megfelelő intézkedést megtenni a Szerződésekből és az uniós jogi aktusokból eredő kötelezettségek teljesítése érdekében, továbbá tartózkodniuk kell minden olyan intézkedéstől, amely veszélyeztetné az EU céljainak megvalósulását.³⁹ A lojális együttműködés elve teremti meg annak jogi alapját, hogy a tagállami közigazgatások az uniós jog végrehajtása során ne pusztán nemzeti feladataikat lássák el, hanem egy tágabb, uniós végrehajtási rendszer részeként járjanak el. Ez az elv biztosítja az uniós jog végrehajtásának kötelező jellegét anélkül, hogy az EU közvetlen végrehajtó apparátust hozna létre a tagállamokban.⁴⁰

2.2 AZ EURÓPAI KÖZIGAZGATÁS FUNKCIONÁLIS SZEMPONTBÓL

Ahogy az az előző alfejezetben bemutatott lojális együttműködésre, eredménykötelemre és igazgatási együttműködésre vonatkozó szerződéses rendelkezésekből is látszott, a közvetett és közvetlen végrehajtói szint együttműködésének különösen fontos jelentősége van az uniós jog végrehajtása szempontjából. Ennek elméleti megragadásához indokolt az európai közigazgatás funkcionális megközelítéséből kiindulni. Ficzer Lajos álláspontja szerint funkcionális szempontból az európai közigazgatás az uniós politikákban meghatározott célok, illetve az uniós jogban rögzített célkitűzések kölcsönös együttműködés útján történő érvényesítése.⁴¹ Az együttműködés feloszthatjuk horizontális és vertikális dimenzióra. Vertikális együttműködés alatt az európai közigazgatás különböző szintjei közötti együttmű-

³⁸ EUMSZ 197. cikk (1)-(2) bekezdés

³⁹ Az Európai Unióról szóló Szerződés (a továbbiakban: EUSZ) 4. cikk (3) bekezdés

⁴⁰ HOFMANN, H.C.H.: *General Principles of EU Law and EU administrative Law*. – In. BARNARD, C., PEERS, S. (eds.): *European Union Law*. - Oxford University Press, 2014. – p. 3-4.

⁴¹ FICZERE (2004): i.m. 21.o.

ködés értendő; ez a forma az uniós végrehajtó intézmények – az Európai Bizottság és az uniós ügynökségek – valamint a tagállami végrehajtó intézmények közötti viszonyrendszer takarja. Ezzel szemben a horizontális együttműködés az európai közigazgatás azonos szintjén álló szereplők, azaz a tagállami hatóságok közötti közvetlen kooperációt jelenti. Ennek célja, az egységes belső piac négy alapszabadságának érvényesülése.⁴²

A vertikális és horizontális együttműködési dimenziókon további együttműködési típusokat különít el Eberhard Schmidt-Aßmann, aki az európai közigazgatást az alábbiak szerint határozza meg: „Az európai közigazgatás sajátossága abban mutatkozik meg, hogy tevékenysége az érdekelt tagállami közigazgatási rendszerek közötti közös információs-, együttműködési-és egyeztetési folyamatokba beágyazottan jelenik meg.”⁴³ Tehát, az európai közigazgatást tagállami és uniós közigazgatási rendszerek együttműködéseként értelmezi és e körben három, egymással összefüggő együttműködési típust különít el: az információs együttműködést, a procedurális (eljárás) együttműködést és az intézményi (intézményi) együttműködést. Az információs együttműködés az európai közigazgatás legalapvetőbb rétegének tekinti. Ennek lényege az információáramlás biztosítása, amely az eseti adatcserétől egészen az intézményesített központi hálózatokig terjedhet. A procedurális együttműködés már nem pusztán információmegosztást jelent, hanem ide tartoznak azok a mechanizmusok, amelyek kölcsönös tájékoztatást, egyeztetést vagy akár közös eljárási lépéseket írnak elő a hatóságok számára. Végül, az intézményi együttműködés a kifejezetten erre a célra létrehozott szervezeti struktúrákon keresztül valósul meg. Ebbe a körbe tartoznak elsősorban az európai ügynökségek, valamint a komitológiai bizottságok, amelyek fórumot biztosítanak a tagállami közigazgatások közötti rendszeres, strukturált együttműködéshez.⁴⁴

2.3 A BETEGMOBILITÁS SZABÁLYOZÁSÁNAK UNIÓS HATÁSKÖRI ALAPJAI

Az uniós betegmobilitási szabályok végrehajtásának vizsgálata során nem tekinthetünk el a hatáskörmegosztási kérdések vizsgálatától. Ugyanis, ahogy arra Curtin Deirdre is rámutat, az uniós jog végrehajtása során az uniós és a tagállami szint viszonya állandóan alakul a

⁴² CSATLÓS (2021): i.m.46.o.

⁴³ SCHMIDT-ASSMANN (2003): i.m. 2.o.

⁴⁴ SCHMIDT-ASSMANN (2003): i.m. 10.o.

szabályozási kérdésektől függően: bizonyos esetekben az uniós intézmények dominálnak, más esetekben a tagállamok maradnak az elsődleges szereplők.⁴⁵ Gerencsér Balázs Szabolcs ezen megközelítésből kiindulva pedig az európai igazgatási rendszert egy heterogén rendszerként értelmezi, amely heterogenitás az érintett szakpolitikai területek eltérő mértékű centralizáltságával és decentralizáltságával hozható összefüggésbe.⁴⁶

A hatáskör-megosztás vizsgálata ezért elengedhetetlen annak megértéséhez, hogy az EU milyen jogalapon és milyen korlátok között alakíthatta ki a betegmobilitást érintő normatív és igazgatási keretrendszert.

A betegmobilitás uniós szabályozása több szakpolitikai terület metszéspontján helyezkedik el, ami a hatáskör-megosztás szempontjából sajátosan összetett jogi környezetet eredményez. Ugyanis egyszerre kapcsolódik a belső piachoz – különösen a személyek és szolgáltatások szabad mozgásához -, a közegészségügyhöz, valamint a szociálpolitika és szociális biztonság területéhez.⁴⁷ Az Európai Unió Működéséről szóló Szerződés (a továbbiakban: EUMSZ) I. címe ezeket a területeket a megosztott hatáskörök körében nevesíti.⁴⁸

2.3.1 HATÁSKÖRMEGOSZTÁS A SZOCIÁLPOLITIKA TERÜLETÉN

Az EUMSZ szociálpolitikával foglalkozó része⁴⁹ célul tűzi ki a tartósan magas foglalkoztatás megteremtését, valamint a kirekesztés elleni küzdelmet, a foglalkoztatás- és az élet-és munkakörülmények javításával, a megfelelő szociális védelem biztosításával, a szociális partnerek közötti párbeszéd és az emberi erőforrások fejlesztésének elősegítésével.⁵⁰ A szociálpolitika területén az uniós harmonizáció strukturálisan korlátozott szabályozási eszköznek tekinthető. Az uniós jogalkotás e körben elsősorban a munka világához kapcsolódó kérdésekben élhet harmonizációs eszközökkel, jellemzően a gazdasági érdekek érvényesülésével összefüggésben. Ennek keretében az összehangolás főként a munkahelyi egészség- és biztonságvédelem, a munkaszerződések, valamint a foglalkoztatás során érvényesülő

⁴⁵ DREIRDRE, C.: *Executive Power of the European Union: Law, Practices, and the Living Constitution*. - Oxford University Press, 2009. - pp.65-66.

⁴⁶ GERENCSÉR Balázs Szabolcs: *A tagállam részvételi az uniós döntések végrehajtásában*. - In. GERENCSÉR Balázs Szabolcs (szerk.): *Összehasonlító és európai közigazgatási jog. A közigazgatás nemzetközi és európai uniós dimenziói*. – Budapest: Pázmány Press, 2024. - 273.o.

⁴⁷ GREER, Scott L.: *The three faces of European Union health policy: Policy, markets, and austerity*. – In. *Policy and Society*, 2014, Vol. 33, No. 1. - pp.14-17.

⁴⁸ EUMSZ I. cím 4. cikk

⁴⁹ EUMSZ X. cím

⁵⁰ EUMSZ 151. cikk

egyenlő bánásmód területén valósulhat meg.⁵¹ A szociálpolitika más területein a harmonizáció az úgynevezett minimumharmonizáció elve mentén érvényesül, amelynek lényege, hogy az uniós szabályozás csupán minimumkövetelményeket állapít meg, miközben a tagállamok – néhány kivételtől eltekintve – szigorúbb rendelkezéseket is fenntarthatnak.⁵²

A tagállami szociális biztonsági rendszerek szerkezeti és finanszírozási alapjai ugyanakkor kifejezetten nemzeti hatáskörben maradnak. Az EUMSZ kifejezetten kizárja a tagállami szociális biztonsági rendszer törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezéseinek harmonizációját, és az uniós fellépést alapvetően a tagállamok közötti együttműködés ösztönzésére, valamint – egyes területeken – minimumkövetelményeket megállapító irányelvek elfogadására korlátozza.⁵³ Ennek keretében az uniós fellépés elsősorban a tagállami teljesítmények támogatására és összehangolására irányul, különösen olyan területeken, amelyek szorosan kapcsolódnak a munkavállalók szociális védelméhez és a munka világához. Ide tartozik többek között a munkakörnyezet és munkafeltételek javítása, a munkavállalók szociális biztonságának erősítése, az egyenlő bánásmód követelményének érvényesítése, valamint a társadalmi kirekesztés elleni fellépés és a szociális védelmi rendszerek modernizációjának ösztönzése.⁵⁴

Tehát, ezen a területen az Európai Unió jellemzően nem harmonizációs, hanem koordinációs és együttműködésen alapuló kormányzási eszközökkel él.⁵⁵ Ennek egyik meghatározó formája a nyitott koordináció módszere (a továbbiakban: OMC), amely nem kötelező erejű jogi normákra, hanem stratégiai célkitűzésekre, indikátorokra, kölcsönös értékelésre és tagállami együttműködésre épül.⁵⁶ A módszer nem minden szakpolitikai területen működik

⁵¹ HORVÁTH Zoltán: *Kézikönyv az Európai Unióról. Nyolcadik, átdolgozott, bővített kiadás.* – Budapest: HVGORAC Lap- és Könyvkiadó Kft, 2011. – 315.o; GLENCROSS, A.: *The Politics of European Integration.* - Wiley Blackwell, 2014. – p.122.

⁵² SZABÓ Marcel, LÁNCOS Petra Lea, GYENEY Laura: *Uniós szakpolitikák. 4. kiadás.* – Budapest: Szent István Társulat, 2015. - 144.o.

⁵³ HOFFMAN, I.: *Welfare services and the EU: Harmonising Systems without Legal Harmonisation?* – In. ELTE Law Journal, 2025/1. – p.51.

⁵⁴ EUMSZ 153. cikk (1) bekezdés

⁵⁵ JUHÁSZ Gábor, TALLER Ágnes: *A társadalmi kirekesztődés elleni küzdelem az EU új tagállamaiban.* - In. Esély, 2005/6. – 23-24.o.

⁵⁶ Lásd bővebben: REGENT, S.: *The Open Method of Coordination: A New Supranational Form of Governance?* - In. European Law Journal, Vol.9. No.2., 2003. pp.190-214.; HEIDENREICH, M.; BISCHOFF, G.: *The Open Method of Co-ordination: A Way to the Europeanization of Social and Employment Policies?*- In. Journal of Common Market Studies, 46 (3), 2008. – pp.497-532; BENZ, A.: *Accountable Multilevel Governance by the Open Method of Coordination?* - In. European Law Journal, Vol 13., No.4. 2007. – pp.505-522.; SISSON, K., MARGINSON, P.: *Co-ordinated Bargaining: A Process for Our Times?* - In. British Journal of Industrial Relations, Vol. 40, Issue 2., 2002. – pp.197-220.

azonos módon. Vassilis Hatzopoulos rámutat arra, hogy az OMC egyes alkalmazási területein elmosódik a jogalkotási és végrehajtási funkciók közötti hagyományos határ, és a mechanizmus elsődleges célja nem új szakpolitikai célok kialakítása, hanem a már meglévő uniós jog hatékony tagállami végrehajtásának elősegítése. Ebben az értelemben a nyitott koordináció módszere olyan sajátos, végrehajtást támogató kormányzási eszközként értelmezhető, amely nem helyettesíti a kötelező erejű szabályozást, hanem annak alkalmazását segíti elő.⁵⁷ A szociális biztonsági rendszerek koordinációja – és azon belül a betegmobilitás szabályozása – jól illeszkedik ebbe az értelmezési keretbe, mivel olyan igazgatási és kormányzási megoldásokat alkalmaz, amelyek funkcionálisan közel állnak a nyitott koordináció végrehajtást támogató logikájához.

2.3.2 HATÁSKÖRMEGOSZTÁS A NÉPEGÉSZSÉGÜGY TERÜLETÉN

A betegmobilitási irányelv már a bevezető rendelkezéseiben egyértelművé teszi, hogy megalkotásának egyik elsődleges jogalapját az EUMSZ 168. cikke képezi. Ez a cikk a népegészségügy területén olyan hatásköri keretet határoz meg, amely alapvetően meghatározza a betegmobilitás uniós szabályozásának lehetőségeit és korlátait. A rendelkezés egyrészt rögzíti az emberi egészségvédelem magas szintjének biztosítását, mint horizontális uniós célt, amely valamennyi szakpolitika végrehajtása során irányadó,⁵⁸ másrészt azonban egyértelműen kinyilvánítja az uniós fellépés kiegészítő jellegét, valamint a tagállamok elsődleges felelősségét az egészségügyi szolgáltatások megszervezése és finanszírozása terén. Kifejezetten kizárja a nemzeti egészségügyi rendszerek harmonizációját, miközben ösztönzi a tagállamok közötti együttműködést – különösen a határon átnyúló ellátások és a határ menti régiók esetében.⁵⁹

Ezen hatásköri rendszer közvetlenül visszaköszön a betegmobilitási irányelv célmeghatározásában és értelmező rendelkezéseiben: következetesen hangsúlyozza, hogy a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés megkönnyítése és a betegjogok érvényesítése nem érintheti a tagállamok azon jogát, hogy meghatározzák az általuk megfelelőnek tartott egészségügyi ellátások típusait, a finanszírozott ellátások körét, valamint

⁵⁷ HATZOPOULOS, V.: *Why the Open Method of Coordination Is Bad For You: A Letter to the EU.* - In. *European Law Journal*, Vol.13., No.3., 2007. - p. 338.

⁵⁸ EUMSZ 168. cikk (1) bekezdés

⁵⁹ EUMSZ 168. cikk (2) és (7) bekezdés

az egészségügyi ellátórendszerek szervezésének és működtetésének alapvető kérdéseit.⁶⁰ Ennek megfelelően a betegmobilitási irányelv a népegészségügyi hatásörök tiszteletben tartása mellett, azok keretein belül próbál választ adni a betegmobilitásból fakadó belső piaci és jogérvényesítési kihívásokra.

2.3.3 BELSŐ PIACI ALAPOK: A SZEMÉLYEK ÉS A SZOLGÁLTATÁSOK SZABAD ÁRAMLÁSA

A személyek szabad mozgása az Európai Unió belső piacának egyik alapvető szabadsága, amelynek tényleges érvényesülése szorosan összekapcsolódik a szociális biztonsági rendszerek működésével. A mobilitás ugyanis nem pusztán a tagállamok közötti fizikai mozgás lehetőségét jelenti, hanem annak biztosítását is, hogy a mozgó személyek ne kerüljenek hátrányos helyzetbe szociális jogaik – így többek között egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésük – tekintetében.⁶¹

Az EUMSZ 45. cikke rögzíti a munkavállalók szabad mozgásának elvét, amely magában foglalja az állampolgárságon alapuló megkülönböztetés tilalmát a foglalkoztatás, a javadalmazás és az egyéb munka-és foglalkoztatási feltételek tekintetében. A rendelkezés egyúttal konkrét jogosultságokat is biztosít a munkavállalók számára, így különösen a más tagállamokban történő munkakeresés, tartózkodás és munkavállalás lehetőségét.⁶² A munkavállalók szabad mozgásának szociális biztonsági vetületét az EUMSZ 48. cikke bontja ki, amely felhatalmazza az uniós jogalkotót azon intézkedések elfogadására, amelyek a mobilitás akadályainak lebontásához szükségesek.⁶³ A rendelkezés központi elemei az időszakok összeszámításának és az ellátások exportálhatóságának elvei, amelyek azt hivatottak biztosítani, hogy a más tagállamba költöző személyek ne veszítsék el korábban megszerzett jogosultságaikat. A szabályozás mögött az a felismerés áll, hogy a munkavállalók nem vállalják a mobilitással járó kockázatot, amennyiben az a szociális biztonságuk meggyengülésével járna.⁶⁴

⁶⁰ GELLÉRNÉ LUKÁCS, GYENEY (2014): *i.m.* 6.o.

⁶¹ PENNING, F.: *Barriers to Free Movement due to Mismatches of Cross Border Tax and Social Security Instruments.* - In. *Studia z Zakresu Prawa Pracy i Polityki Społecznej*, V.25., N.4., 2018. - p.310.

⁶² EUMSZ 45. cikk (2) bekezdés

⁶³ FÜRJES Annamária: *A szociális biztonsági koordináció az Unióban – különös tekintettel a nyugdíjakra.* Doktori értekezés. Szegedi Tudományegyetem Állam-és Jogtudományi Doktori Iskola. 2014. - 18.o.

⁶⁴ EUMSZ 48. cikk

A személyek szabad mozgására vonatkozó elsődleges jogi rendelkezések végrehajtását és részletezését másodlagos jogforrásként a 492/2011/EU rendelet⁶⁵ biztosítja. A szabályozás személyi hatálya idővel túllépett a klasszikus munkavállalói státuszon: a Maastrichti Szerződést követően a szabad mozgáshoz való jog valamennyi uniós polgárra kiterjedt, függetlenül attól, hogy gazdasági tevékenységet folytatnak-e.⁶⁶ Ennek eredményeként a mobilitás már nem kizárólag munkavállalási célhoz kötődik, hanem tanulmányi, családi, vagy egyéb élethelyzetekhez is kapcsolódhat.⁶⁷ A jelenlegi szabályozás differenciált feltételrendszert alkalmaz a tartózkodás időtartamától függően. Ennek megfelelően három hónapnál rövidebb tartózkodás esetén a szabad mozgás egyedüli feltétele, hogy az uniós polgár rendelkezzen érvényes úti okmánnyal, vagy személyazonosító igazolvánnyal, azonban fontos kitétel, hogy az uniós polgár nem jelenthet indokolatlan nagy terhet a fogadó ország szociális ellátórendszerére.⁶⁸ Amennyiben három hónapnál hosszabb a fogadó tagállamban történő tartózkodás időtartama, csak azokra az uniós polgárokra érvényesek a személyek szabad mozgásából eredő jogosultságok, akik vagy gazdasági tevékenységet folytatnak, vagy képzésben vesznek részt hallgatóként, vagy ezen uniós polgárok családtagjai. Fontos továbbá, hogy az uniós polgároknak rendelkezniük kell elegendő forrással és egészségbiztosítással, annak érdekében, hogy ne a fogadó tagállam ellátórendszerét terheljék.⁶⁹ Azonban fontos megemlíteni, hogy néhány esetben a szabályozás lehetőséget ad az alapszabadság korlátozására, amelyet a 2004/38/EK irányelv⁷⁰ állapít meg. Ilyenek például a közrend, a közbiztonság és a közegészségügy által indokolt helyzetek, de fontos, hogy a korlátozás nem szolgálhat gazdasági érdekeket. Továbbá a tagállamok nem kötelesek biztosítani az alapszabadság érvényesülését közszolgálati állások esetén.⁷¹

⁶⁵ A munkavállalók Unión belüli szabad szóló 492/2011/EU rendelet (2011. április 5.)

⁶⁶ SZALAYNÉ SÁNDOR Erzsébet: *Az Európai Unió közjogi alapjai*. – Budapest: Dialóg Campus Kiadó, 2003. – 255.o.

⁶⁷ BERKI Gabriella: *Szabad mozgás és az Európai Unió szociális joga*. - Iusperitum Kiadó, Szeged, 2016. - 6.o.

⁶⁸ VERSCHUEREN, H.: *The Role and Limits of European Social Security Coordination in Guaranteeing Migrants Social Benefits*. – In. *European Journal of Social Security*, 22(4), 2020. - pp. 390-402.

⁶⁹ Az Európai Parlament hivatalos weboldala. A személyek szabad mozgása. <http://www.europarl.europa.eu/factsheets/hu/sheet/147/a-szemelyek-szabad-mozgasa> (Utolsó elérés: 2025.11.25.)

⁷⁰ Az Unió polgárainak és családtagjainak a tagállamok területén történő szabad mozgáshoz és tartózkodáshoz való jogáról szóló 2004/38/EK irányelv

⁷¹ TÖTTÖS Ágnes: *A közrendre, közbiztonságra veszélyesség uniós szabályozása a legális migráció területén*. - In. Pécsi Határőr Tudományos Közlemények, XIII. kötet, 2012. - 288.o.

A betegmobilitás uniós szabályozásának egy másik meghatározó belső piaci jogi alapját a szolgáltatások szabad áramlásának elve képezi. Az EUMSZ 56. cikke általános tilalomként fogalmazza meg az Európai Unión belüli szolgáltatásnyújtás szabadságának korlátozását azokban az esetekben, amikor a szolgáltatást nyújtó személy nem abban a tagállamban telepedett le, mint ahol a szolgáltatást igénybe veszik.⁷² Az EUB ítélkezési gyakorlata egyértelművé tette, hogy az egészségügyi szolgáltatások – meghatározott feltételek mellett – ezen szabadság hatálya alá tartozhatnak.⁷³ Ez a belső piaci jogfejlődés a betegmobilitási irányelv közvetlen előzményeként értelmezhető. Az irányelv célkitűzései között hangsúlyosan jelenik meg a szolgáltatások szabad áramlásának biztosítása, amely kodifikálta az EUB által kialakított elveket, és egyértelmű jogi keretet teremtett a határon átnyúló egészségügyi ellátások igénybevételéhez (lásd részletesebben: 4.1. alfejezet).⁷⁴

2.3.4 A SZUBSZIDIARITÁS ÉS AZ ARÁNYOSSÁG ELVE

A betegmobilitás uniós szabályozásának hatásköri sajátosságai csak az uniós hatáskörgyakorlást átható alapelvek figyelembevételével értelmezhetők. Ennek kapcsán kiemelkedő jelentőséggel bír a szubszidiaritás és az arányosság elve, amelyek az uniós fellépés terjedelmét alkotmányos keretek közé szorítják.⁷⁵

A szubszidiaritás elve azon a megfontoláson alapul, hogy a döntéseket azon a kormányzási szinten kell meghozni, amely a célok elérésére a leghatékonyabban képes. Ennek megfelelően uniós jogalkotásra csak akkor kerülhet sor, ha a szabályozás célját a tagállamok egyenként nem tudják kielégítően elérni, illetve az uniós szintű fellépés a célok megvalósítására alkalmasabbnak bizonyul.⁷⁶ Az arányosság elve ezzel összefüggésben azt a köve-

⁷² BARNARD, C., COLLEGE, T.: *Free movement of legal persons and the provision of services*. - In. BARNARD, C., PEERS, S.: *European Union Law*. - Oxford University Press, 2020. – p. 443.

⁷³ BERKI Gabriella: *Cross-border patient mobility: The legal framework of obtaining healthcare abroad within the European Union – a patient's perspective*. Doktori értekezés. Szegedi Tudományegyetem. 2015. – p.86.

⁷⁴ 2011/24/EU irányelv (11) bekezdés

⁷⁵ DUMITRU, O.I.: *The Role of Subsidiarity and Proportionality in the Development of a Future Digital Single Market and a Common European Contract Law*. - In. *Proceedings of the International Conference on Business Excellence*, Volume 14, Issue 1. 2020. - p.1179.

⁷⁶ BÓKA János, GOMBOS Katalin, SZEGEDI László: *Az Európai Unió intézményrendszere*. – Budapest: Dialóg Campus Kiadó, 2019. – 186.o.

telményt fogalmazza meg, hogy az uniós intézkedések nem léphetik túl azt a mértéket, amely a kitűzött célok eléréséhez feltétlenül szükséges.⁷⁷

A két alapelv szerződéses rögzítésére az 1992-es Maastrichti Szerződés keretében került sor, amely az uniós jogalkotással szemben új alkotmányos korlátokat vezetett be. Ezen korlátok megalkotása válasz volt arra az aggályra, hogy az uniós hatáskörök fokozatos bővülése a tagállami autonómia indokolatlan korlátozásához vezethet. A szubszidiaritás elvének alkalmazása az Amszterdami Szerződéshez csatolt jegyzőkönyv révén tovább pontosodott, amely részletesebb szempontokat határozott meg a szükségesség és a hozzáadott érték vizsgálatához. A jegyzőkönyv hangsúlyozta többek között a szabályozás nemzetközi jellegének értékelését, a tagállami érdekek sérelmének vizsgálatát, valamint annak igazolását, hogy az uniós fellépés valóban többletértéket teremt.⁷⁸

2.4 ÖSSZEGZÉS

Az európai közigazgatás fentiekben felvázolt kerete különösen alkalmas az uniós betegmobilitási szabályok végrehajtásának elemzésére, mivel egyidejűleg teszi láthatóvá a közvetlen és közvetett végrehajtási szintek, valamint a horizontális és vertikális együttműködési mechanizmusok egymásra épülését. Ezen megközelítés alapján a betegmobilitás olyan többszintű igazgatási rendszerként értelmezhető, amelyben az uniós szint információs és koordinációs funkciói, valamint a tagállami közigazgatások intézményi és eljárási sajátosságai együttesen alakítják a jogok gyakorlati érvényesülésének feltételeit.

3. A BETEGMOBILITÁS KOORDINÁCIÓS SZABÁLYAINAK VÉGREHAJTÁSI KERETEI

A betegmobilitás uniós szabályozásának egyik alapvető pillérét a koordinációs rendeletek jelentik, amelyek sajátos, a szociális biztonsági rendszerek összekapcsolására épülő szabályozási modellt testesítenek meg. Ez a modell a biztosított státuszhoz kötött jogvédelemre, a nemzeti rendszerek extraterritoriális kiterjesztésére és az intézményközi finanszírozás

⁷⁷ BLUTMAN László: *Az Európai Unió joga a gyakorlatban. Második, átdolgozott kiadás.* – Budapest: HVGORAC Lap-és Könyvkiadó Kft., 2013. - 217.o.

⁷⁸ VÁRNAY Ernő, PAPP Mónika: *Az Európai Unió joga.* – Budapest: KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft., 2003. –154.o.

mechanizmusaira épül. Célja nem a beteg egyéni választási szabadságának kiterjesztése, hanem annak biztosítása, hogy a személyek szabad mozgása ne eredményezze a szociális biztonsági védelem megszakadását.⁷⁹ Tehát, a szociális biztonsági koordináció célja lényegében a nemzeti szociális biztonsági rendszerek összekapcsolása a határon átnyúló kérdések szabályozása, valamint a migráns munkavállalók, családtagjaik és egyéb csoportok védelme érdekében.⁸⁰

A jelen fejezet a koordinációs szabályozás betegmobilitásra vonatkozó normatív alapjait elemzi, és feltárja azokat az uniós intézményi és igazgatási mechanizmusokat, amelyek a rendeletek végrehajtását biztosítják. Ennek keretében vizsgálja, hogy a közvetlen végrehajtási szinten mely uniós szervek és milyen funkciókkal vesznek részt a koordinációs tevékenységben, továbbá, hogy a horizontális és vertikális együttműködési formák miként épülnek be a végrehajtás rendszerébe.

3.1 A KOORDINÁCIÓ HATÁLYA

3.1.1 IDŐBELI HATÁLY

Az Európai Unióban a szociális biztonsági rendszerek koordinációjára vonatkozó egységes uniós szabályozás kialakulása egy hosszas fejlődés eredményének tekinthető. Az 1970-es évek elejéig nem létezett olyan közösségi szintű, egységes szerkezetű normarendszer, amely a tagállamok közötti szabad mozgás társadalombiztosítási következményeit átfogóan rendezte volna.⁸¹ A más tagállamban történő tartózkodás során fennálló szociális biztonsági jogosultságok védelmét elsősorban az egyes államok által megkötött két-, vagy többoldalú szociális biztonsági egyezmények biztosították. A megállapodások célja az volt, hogy az azt megkötő államok állampolgárai a másik állam területén történő tartózkodás során megőrizhessék társadalombiztosítási jogosultságaikat. Ezen konstrukciók azonban szükségszerűen korlátozott hatályúak voltak: kötelező erejük kizárólag az

⁷⁹ CORNELISSEN, R.: *50 years of European Social Security Coordination*. - In: *European Journal of Social Security*, Volume 11, 2009. - p.15.

⁸⁰ PENNING, F.: *Introduction to European Social Security Law*. - London The Hague Boston: Kluwer Law International, 1998. - p.7.

⁸¹ JUHÁSZ Gábor: *Az európai szociális biztonsági rendszerek összehangolása – szociális biztonsági koordináció*. - In: SZIKLAI István (szerk.): *Az Európai Unió szociális politikái*, Budapest, 2012. - 57.o. Elérési útvonat: https://tatk.elte.hu/dstore/document/215222/Sziklai_Eu_szocialis_politikai.pdf (Utolsó elérés: 2025.12.01.)

adott egyezményt megkötő államokra terjedt ki, ami a közösségi szintű szabad mozgás fokozódásával egyre kevésbé bizonyult alkalmasnak az egységes jogvédelem biztosítására.⁸²

A szociális biztonsági koordináció közösségi szintű szabályozása a Tanács által, a Római Szerződés felhatalmazása alapján elfogadott 1408/71/EGK rendelet⁸³, valamint az annak végrehajtására kiadott 574/72/EGK rendelet⁸⁴ hatálybalépésével valósult meg. Ezen rendeletek a korábbi, államközi egyezményeken alapuló megoldásokat nagyrészt felváltották, és megteremtették a szociális biztonsági rendszerek koordinációjának egységes uniós keretét.⁸⁵ A koordinációs szabályozás időbeli fejlődése ugyanakkor nem zárult le ezen rendeletek elfogadásával. Az EU folyamatos bővülése, a belső migráció intenzitásának növekedése, valamint a tagállami társadalombiztosítási rendszerek átalakulása egyre nagyobb terhet rótt a korábbi szabályozási keretre. Ezen körülmények indokolták a szociális biztonsági koordináció megújítását, amely a 883/2004/EK rendelet, valamint az annak végrehajtásáról rendelkező 987/2009/EK rendelet elfogadásában öltött testet. Az új szabályozás előkészítése már 1998-ban megkezdődött, a kihirdetésre pedig 2004. április 29-én került sor, majd május 1-jén lépett hatályba.⁸⁶ A koordinációs szabályozás jelenlegi uniós kereteit ezek a rendeletek adják.

3.1.2 SZEMÉLYI HATÁLY

A koordinációs rendelet 2. cikke rendelkezik a személyi hatály kérdését illetően. Ennek értelmében a koordinációs rendelet szabályai alkalmazandóak mindazon személyekre, akik valamely tagállam szociális biztonsági jogszabályainak hatálya alá tartoznak, vagy korábban tartoztak. Ebbe a körbe tartoznak a tagállamok állampolgárai, valamint a tagállamok területén jogszerűen tartózkodó hontalanok és menekültek. A megfogalmazás túlmutat az

⁸² HURTON Júlia, FUTÓ Gábor: *Az Európai Unió és a társadalombiztosítás* (Összefoglaló áttekintés). – Budapest: KOMKONZULT Kft., 2003. – 7-25.o.

⁸³ A Tanács 1408/71/EGK rendelete (1971. június 14.) a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról

⁸⁴ A Tanács 574/72/EGK rendelete (1972. március 21.) a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71/EGK rendelet végrehajtására vonatkozó szabályok megállapításáról

⁸⁵ HAJDÚ József: *Szociális biztonsági koordináció, bilaterális megállapodások és a Gottardo-ely érvényesítése*. In: PÁL József, VAJDA Zoltán (szerk.): *Szegedi Egyetemi Tudástár 7. Bölcsészeti- és Társadalomtudományok*. – Szeged: Szegedi Egyetemi Kiadó, 2014. – 44.o.

⁸⁶ JUHÁSZ (2012): i.m. 57.o.

aktuális aktív gazdasági aktivitáson, és lehetővé teszi, hogy a koordinációs védelem ne csupán a jelenleg aktív biztosítottakra, hanem azokra a személyekre is kiterjedjen, akik korábbi biztosítási jogviszonyuk alapján szereztek jogosultságokat. A rendelet hatálya kiterjed ezen személyek családtagjaira és túlélő hozzátartozóira is.⁸⁷ A családtag fogalmának meghatározását alapvetően a nemzeti szintű jogszabályokra bízta a koordinációs rendelet; amennyiben azonban a nemzeti jog nem tesz egyértelmű meghatározást, akkor a házastársat, a kiskorú gyermeket, valamint a nagykorú eltartott gyermeke tekinti családtagnak.⁸⁸ A túlélő hozzátartozók tekintetében a koordinációs rendeletek alkalmazását nem az elhunyt állampolgársága, hanem az elhunyt korábbi jogszabályi kötődése alapozza meg, feltéve, hogy a túlélő maga uniós állampolgár, vagy egy tagállamban tartózkodó hontalan vagy menekült.⁸⁹ Emellett a koordinációs rendeletek nemcsak az uniós polgárokra, hanem bizonyos feltételek mellett a harmadik országbeli állampolgárokra is kiterjednek. Ezen személyek — ideértve családtagjaikat és hozzátartozóikat is — akkor jogosultak a koordinációs rendeletekre hivatkozni, ha valamely tagállamban jogszerűen tartózkodnak, és élethelyzetük nem kizárólag egyetlen tagállam keretei között valósul meg, hanem határokon átnyúló elemet tartalmaz.⁹⁰

Jelen értekezés témája szempontjából szükséges kitérni arra, hogy míg a személyi hatályt rögzítő 2. cikk általános jelleggel határozza meg, hogy kik tartoznak a rendelet védelmi körébe, addig a „biztosított személy” fogalmát a rendelet 1. cikk c, pontjában célhoz kötöten alkalmazza. A rendelet a „biztosított személy” fogalmát elsősorban azon ellátási területekhez kapcsolja, amelyek a betegségi, az anyasági és az azzal egyenértékű apasági ellátásokra, valamint a haláleseti juttatásokra vonatkoznak. A rendelet alkalmazásában biztosítottnak minősül minden olyan személy, aki az adott ellátásra való jogosultság tekintetében megfelel a biztosítás helye szerinti tagállam jogszabályaiban meghatározott feltételeknek.⁹¹ Ez a fogalom nem egy egységes jogi státuszt hoz létre: az ellátásokhoz való hozzáférés

⁸⁷ 883/2004/EK rendelet 2. cikk (1) bekezdés

⁸⁸ 883/2004/EK rendelet 1. cikk i, pont

⁸⁹ 883/2004/EK rendelet 2. cikk (2) bekezdés

⁹⁰ HAJDÚ, J., CHEN, M.: *EU Social Security Coordination of Old-age Pensions*. - In. Scientific Journal of Humanities and Social Sciences, Volume 4, Issue 7, 2022. - p.540.

⁹¹ 883/2004/EK rendelet 1. cikk c, pont

alapját minden esetben a biztosítás helye szerinti tagállam társadalombiztosítási jogszabályai határozzák meg.⁹²

3.1.3 TÁRGYI HATÁLY

A koordinációs rendelet 3. cikk (1) bekezdése taxatív módon felsorolja azokat a szociális biztonsági ellátásokat, amelyekre a koordináció kiterjed.⁹³ Ennek megfelelően a rendelet alkalmazandó a következő ellátásokra:

- a) betegségi ellátások;
- b) az anyasági és azzal egyenértékű apasági ellátások;
- c) a rokkantsági ellátások;
- d) az öregségi ellátások;
- e) a túlélő hozzátartozói ellátások;
- f) a munkahelyi balesetekkel és foglalkozási megbetegedésekkel kapcsolatos ellátások;
- g) a haláleseti juttatások;
- h) a munkanélküli ellátások;
- i) az előnyugdíjak;
- j) a családi ellátások.⁹⁴

A koordinációs rendeletben a betegségi ellátások koordinációja döntő részben a természetbeni ellátásokra összpontosít. A természetbeni ellátások a koordinációs rendelet értelmében olyan ellátások, amelyek célja az orvosi ellátás, valamint az ehhez kapcsolódó termékek és szolgáltatások biztosítása, rendelkezésre bocsátása, közvetlen kifizetése, vagy költségeinek visszatérítése.⁹⁵ Bár a koordinációs rendelet hatálya kiterjed a pénzbeli ellátásokra is (amelyeket a biztosítás helye szerinti tagállam nyújt saját jogszabályai alapján),⁹⁶ a koordináció súlypontja és a betegek mobilitásának alapján a természetbeni egészségügyi ellátásokhoz

⁹² A biztosított személy és a munkavállaló fogalmának uniós szintű, autonóm meghatározása iránti igényt hangsúlyozza Gellérné Lukács Éva és Gyulavári Tamás is, rámutatva, hogy a nemzeti definíciók sokfélesége és szűkössége közvetett diszkriminációt és jogérvényesítési akadályokat eredményez a mobilis uniós polgárok számára. Lásd: GELLÉRNÉ LUKÁCS ÉVA – GYULAVÁRI TAMÁS: *Social rights of EU mobile workers: limitations through the concepts of ‘worker’ and ‘insured person’*. - In. Transfer: European Review of Labour and Research, Vol. 31 Issue 1, 2025. - pp. 55–70.

⁹³ EMBER Alex: *Erősödő szociális védelem az Európai Unióban*. – In. Acta Juridica et Politica, 2.szám, 2011. - 70.o.

⁹⁴ 883/2004/EK rendelet 3. cikk (1) bekezdés

⁹⁵ 883/2004/EK rendelet I. cikk va, pont

⁹⁶ 883/2004/EK rendelet 21. cikk

való hozzáférés biztosítása. Fontos korlátozás, hogy a koordinációs rendelet alkalmazási körén kívül esnek a szociális és egészségügyi támogatások és az olyan ellátások, amelyek esetében a tagállam kártérítési felelősséggel vállal és előírja a kártérítés nyújtását.⁹⁷

3.1.4 TERÜLETI HATÁLY

Elsődlegesen rögzíthető, hogy a rendeletek az EU valamennyi tagállamában teljes egészében kötelezőek és közvetlenül alkalmazandóak. A rendeletek területi hatálya ugyanakkor nem korlátozódik az EU tagállamaira - az alkalmazás kiterjed az Európai Gazdasági Térség (a továbbiakban: EGT) államaira, valamint Svájcra is.⁹⁸

3.2 A KOORDINÁCIÓ ALAPELVEI

3.2.1 AZ EGYENLŐ BÁNÁSMÓD ELVE

Az egyenlő bánásmód szabályozása több, egymással összefüggő normatív elemre épül. A rendelet alapelveként rögzíti, hogy a rendelet személyi hatálya alá tartozó személyeket valamely tagállam jogszabályai szerint ugyanolyan jogok illetik meg és ugyanolyan kötelezettségek terhelik, mint az adott tagállam állampolgárait. Ez a rendelkezés a szociális biztonság területén az állampolgárságon alapuló közvetlen diszkrimináció általános tilalmát fejezi ki.⁹⁹

Az egyenlő bánásmód elve az ellátásokkal és jövedelmekkel kapcsolatos jogkövetkezmények tekintetében is érvényesül. Ennek értelmében amennyiben egy tagállam joga bizonyos joghatásokat – így például a jogosultság megnyílását – szociális biztonsági ellátások vagy egyéb jövedelmek kézhezvételéhez köti, a jogkövetkezményeket a más tagállamban szerzett, azonos jellegű ellátásokhoz vagy jövedelmekhez is hozzá kell kapcsolnia.¹⁰⁰

Az egyenlő bánásmód további lényeges eleme a tényállások és események egyenértékűsége. Ennek értelmében a tagállamok kötelesek a más tagállamban bekövetkezett tényeket vagy eseményeket – amennyiben azok a jogszabályaik szerint releváns jogkövetkezmé-

⁹⁷ 883/2004/EK rendelet 3. cikk (1)-(5) bekezdés

⁹⁸ PENNING, F.: *Coordination of social security within the EU Context. Social Security and Migrant Workers*. - Selected Studies of Cross-Border Social Security Mechanisms. 2014. - p. 124.

⁹⁹ PAJU, Jaan: *The European Union and Social Security Law*. - Hart Publishing, 2017. – p.29.

¹⁰⁰ 883/2004/EK rendelet 5. cikk a, pont

nyekkel járnak – úgy figyelembe venni, mintha azok a saját területükön történtek volna.¹⁰¹ Ugyanakkor az egyenlő bánásmód elve nem értelmezhető korlátlanul. A rendelet szabályozási rendszere figyelemmel van az arányosság követelményére is, amely kizárja az objektíve indokolatlan eredményekhez, illetve az azonos jellegű ellátások jogosulatlan halmozódásához vezető jogalkalmazást.¹⁰²

3.2.2 AZ IDŐSZAKOK ÖSSZESZÁMÍTÁSÁNAK ELVE

A koordinációs rendeletek egyik központi elve az időszakok összeszámításának elve, amely azt a célt szolgálja, hogy a tagállamok közötti mozgó személyek ne veszítsék el szociális biztonsági jogosultságaikat pusztán azért, mert életpályájuk során több tagállamban dolgoztak, folytattak gazdasági tevékenységet, vagy rendelkeztek lakóhellyel.¹⁰³

A rendelet általános szabályként rögzíti, hogy amennyiben egy tagállam jogszabályai az ellátásokra való jogosultság megszerzését, fenntartását, időtartamát, vagy feleledését meghatározott időszakok megszerzésétől teszik függővé, a tagállam illetékes intézménye¹⁰⁴ köteles a szükséges mértékben figyelembe venni a más tagállamban szerzett időszakokat is. Az összeszámítás kiterjed különösen a biztosítási időkre, a szolgálati időkre, az önálló vállalkozóként folytatott tevékenység időszakaira, valamint a tartózkodási időkre. Ezen időszakokat a tagállam illetékes intézménye úgy köteles kezelni, mintha azokat az általa alkalmazott jogszabályok alapján szerezték volna meg.¹⁰⁵

A rendelet egyes ellátástípusok esetében az összeszámítás elvét speciális szabályokkal egészíti ki. Így külön rendelkezéseket tartalmaz az öregségi és túlélő hozzátartozói nyugdíjakra, valamint a munkanélküli ellátásokra vonatkozóan,¹⁰⁶ figyelemmel a nemzeti rendszerek sajátosságaira. Továbbá a rendelet kifejezetten kimondja, hogy az alapelv nem alkalmazandó az előnyugdíjakra, tekintettel arra, hogy ezek az ellátások csak néhány tagállamban léteznek.¹⁰⁷

¹⁰¹ 883/2004/EK rendelet 5.cikk b, pont

¹⁰² 883/2004/EK rendelet (12) bekezdés

¹⁰³ HAJDÚ, CHEN (2022): i.m. p.4.

¹⁰⁴ Az illetékes intézmény fogalmát a 883/2004/EK rendelet 1. cikk q, pontja határozza meg.

¹⁰⁵ 883/2004/EK rendelet 6. cikk

¹⁰⁶ 883/2004/EK rendelet 65. cikk

¹⁰⁷ 883/2004/EK rendelet 66. cikk

A rendelet külön rendelkezik az egy évnél rövidebb biztosítási időszakokról is: amennyiben egy tagállamban szerzett biztosítási idő önmagában nem keletkeztet ellátásra való jogosultságot, az adott tagállam nem köteles ellátást nyújtani, ugyanakkor az időszakot a többi tagállam köteles figyelembe venni az összeszámítás során.¹⁰⁸

3.2.3 AZ EGY TAGÁLLAM JOGHATÓSÁGA ALÁ TARTOZÁS ELVE

Az egy tagállam joghatósága alá tartozás elve azt a célt szolgálja, hogy elkerülhető legyen a nemzeti jogszabályok halmozódása, valamint a párhuzamos járulékfizetés és jogosultságszerzés. A rendelet kifejezetten rögzíti, hogy elsőként a *lex loci laboris* elve érvényesül, amelynek értelmében annak a tagállamnak a szociális biztonságra vonatkozó jogszabályai alapján kell az ellátásokat megállapítani, illetve a járulékokat fizetni, ahol az érintett személy munkavállalóként vagy önálló vállalkozóként tevékenységet folytat.¹⁰⁹

A rendelet ettől a főszabálytól több meghatározott élethelyzetben eltérést enged, különösen a köztisztviselők, a munkanélküli ellátásban részesülők, valamint a fegyveres vagy polgári szolgálatot teljesítők esetében.¹¹⁰ A rendelet speciális kijelölési szabályokat tartalmaz a kiküldetésben dolgozó munkavállalók vonatkozásában is. A kiküldött munkavállalók alapvetően a küldő tagállamban állnak rendszeres foglalkoztatásban és a fogadó tagállamban csak átmeneti jelleggel végeznek munkát.¹¹¹ A kiküldetésben dolgozó munkavállalók – meghatározott feltételek mellett – továbbra is a küldő állam jogszabályainak hatálya alatt maradnak, legfeljebb 24 hónapos időtartamra, a visszaélések elkerülése érdekében a felváltás tilalmának alkalmazásával. Hasonló logika érvényesül az ideiglenesen más tagállamban tevékenykedő önálló vállalkozók esetében is.¹¹² A rendelet külön szabályozza a két vagy több tagállamban párhuzamosan tevékenységet folytató személyek helyzetét is, ahol az alkalmazandó jog kijelölése elsősorban a lakóhelyhez, illetve a tevékenység tényleges súlypontjához kapcsolódik.¹¹³

¹⁰⁸ 883/2004/EK rendelet 57. cikk

¹⁰⁹ LAJTER-TÓTH Enikő: *A szociális biztonsági rendszerek koordinációja az Európai Unióban.* - In. Európai Tükör, 19.évf. 2.szám, 2014. - 37.o.

¹¹⁰ 883/2004/EK rendelet 11. cikk (3) bekezdés a,-e, pontok

¹¹¹ KÁRTYÁS Gábor: *Kiküldött munkavállalók a szociális biztonsági rendszerek koordinációjában.* In. *Glossa Iuridica*, IX. évf. 3-4.szám, 2022. – 53.o.

¹¹² 883/2004/EK rendelet 12. cikk (1) és (2) bekezdés

¹¹³ 883/2004/EK rendelet 13. cikk (2) bekezdés

3.2.4 AZ ELLÁTÁSOK EXPORTÁLHATÓSÁGÁNAK ELVE

Bár a jelen értekezés tárgya nem terjed ki a pénzbeli ellátások koordinációjára – tekintettel arra, hogy a vizsgálat középpontjában kizárólag a természetbeni betegségi ellátások határon átnyúló igénybevétele áll –, a teljesség kedvéért szükséges röviden utalni a 883/2004/EK rendelet egyik alapelveire, az ellátások exportálhatóságának elvére.

A koordinációs rendelet értelmében a tagállami jogszabályok vagy a koordinációs rendelet alapján járó pénzbeli ellátások főszabályként nem csökkenthetők, nem módosíthatók, nem függeszthetők fel és nem vonhatók meg kizárólag azon az alapon, hogy a jogosult vagy családtagja lakóhelyét egy másik tagállamba helyezi át.¹¹⁴ Az exportálhatóság elve azt a célt szolgálja, hogy a szociális biztonsági jogosultságok ne váljanak a lakóhelyhez kötötté, és a személyek szabad mozgása ne járjon a megszerzett jogok elvesztésével. Az elv alkalmazása ugyanakkor nem korlátlan. A rendelet kifejezetten kivételt állapít meg a különleges, nem járulékalapú pénzbeli ellátások tekintetében, amelyek kizárólag a lakóhely szerinti tagállamban nyújthatók.¹¹⁵

3.3 A BETEGMOBILITÁS KOORDINÁCIÓS SZABÁLYAI

A koordinációs rendeletek betegmobilitásra vonatkozó szabályainak kiindulópontja az az elv, miszerint a biztosított személy – amennyiben nem az illetékes tagállamban¹¹⁶ él – a lakóhelye szerinti tagállamban¹¹⁷ is jogosult egészségügyi ellátásokra, miközben az ellátás költségeit az illetékes tagállam intézménye viseli.¹¹⁸ Emellett a tartózkodás helye szerinti tagállamban¹¹⁹ – így különösen turisztikai, vagy egyéb, nem gyógykezelési célú utazás

¹¹⁴ 883/2004/EK rendelet 7. cikk

¹¹⁵ 883/2004/EK rendelet 70. cikk

¹¹⁶ A 883/2004/EK rendelet 1. cikk s, pontja értelmében az *illetékes tagállam* „az a tagállam, ahol az illetékes intézmény található”. Az *illetékes intézmény* – a 883/2004/EK rendelet q, pontja értelmében – főszabály szerint az az intézmény, „amelynél az ellátás igénylésének időpontjában az érintett biztosítással rendelkezik”. Ebben az értelemben az illetékes tagállam – főszabály szerint – a biztosítás helye szerinti tagállam.

¹¹⁷ A 883/2004/EK rendelet 1. cikk j, pontja értelmében a *lakóhely* a „személy szokásos tartózkodási helye”. Ebben az értelemben a lakóhely szerinti tagállam az a tagállam, ahol a személy szokásos tartózkodási helye van. A *lakóhely szerinti intézmény* – a 883/2004/EK rendelet r, pontja értelmében – az az intézmény, amely jogosult az általa alkalmazott jogszabályok szerint ellátást nyújtani azon a helyen, ahol az érintett személy lakóhellyel rendelkezik, illetve ilyen intézmény hiányában a kérdéses tagállam hatáskörrel rendelkező hatósága által kijelölt intézmény.

¹¹⁸ 883/2004/EK rendelet 17. cikk

¹¹⁹ A 883/2004/EK rendelet 1. cikk k, pontja értelmében a *tartózkodási hely* „a személy ideiglenes tartózkodási helye”. Ebben az értelemben a tartózkodás helye szerinti tagállam az a tagállam, ahol az érintett személy ideiglenes tartózkodik. A *tartózkodási hely szerinti intézmény* – a 883/2004/EK rendelet r, pontja értelmében – az az intézmény, amely jogosult az általa alkalmazott jogszabályok szerint ellátást nyújtani azon a helyen,

során – a koordinációs rendeletek a biztosított személy számára minden olyan egészségügyi ellátás igénybevételét lehetővé teszik, amelyek az adott tartózkodás időtartama alatt orvosi okokból szükségessé válnak.¹²⁰ Ezzel szemben a kifejezetten gyógykezelés céljából történő, előre tervezett egészségügyi ellátás teljes költségének megtérítését a koordinációs szabályozás az illetékes intézmény előzetes engedélyéhez köti.¹²¹

3.3.1 EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSRA VALÓ JOGOSULTSÁG EGY MÁSIK TAGÁLLAMBAN FENNÁLLÓ LAKÓHELY ESETÉN

3.3.1.1 Normatív háttér

Az EGT tagállamai és Svájc állampolgárai számára a személyek szabad mozgásának alapelve biztosítja a lakóhely szabad megválasztásának jogát, amely lehetővé teszi, hogy az érintettek szabadon döntsenek arról, mely tagállam területén kívánnak letelepedni.¹²² A szabadság azonban nem csupán a mobilitás jogát jelenti, hanem magában foglalja azt a garanciát is, hogy az uniós polgárok a tagállamok közötti lakóhely-váltás során nem veszítik el azokat a szociális biztonsági jogosultságaikat, amelyeket korábban más tagállamban szereztek. A koordinációs rendelet 17. cikke ennek megfelelően kimondja, hogy azok a biztosított személyek és családtagjaik, akik lakóhelyüket az illetékes tagállamtól (ebben az esetben a munkavégzés helye szerinti tagállam) eltérő államban alakítják ki, jogosultak az egészségügyi ellátások igénybevételére a lakóhely szerinti tagállamban is.¹²³ A normatív alap szempontjából kiemelkedő jelentőséggel bír az Igazgatási Bizottság S6. határozata¹²⁴, amely a nyilvántartásba vétel, valamint a jogosultságigazolás kiállításának részletszabályait dolgozta ki.

ahol az érintett személy tartózkodik, illetve ilyen intézmény hiányában a kérdéses tagállam hatáskörrel rendelkező hatósága által kijelölt intézmény.

¹²⁰ 883/2004/EK rendelet 19. cikk

¹²¹ 883/2004/EK rendelet 20. cikk

¹²² DR. GELLÉRNÉ DR. LUKÁCS Éva: *Személyek szabad mozgása az Európai Unióban*. – Budapest: Tullius Kiadó, 2008. - 56.o.

¹²³ 883/2004/EK rendelet 17. cikk

¹²⁴ S6. határozat a 987/2009/EK rendelet 24. cikkében előírt, lakóhely szerinti tagállamban való nyilvántartásba vételről és a 987/2009/EK rendelet 64. cikke (4) bekezdésében tárgyalt jegyzékek összeállításáról (a továbbiakban: S6. határozat)

3.3.1.2 A jogosultság igazolása

A jogosultság igazolására az S1 formanyomtatvány szolgál¹²⁵, amelynek kiállítása az illetékes tagállam feladata.¹²⁶

A rendszer megfelelő működése a biztosított személy aktív közreműködését feltételezi. A jogosultság gyakorlásának feltétele, hogy az érintett személy bejelentkezzen a lakóhely szerinti illetékes intézménynél, és nyilvántartásba vételét kezdeményezze az S1 igazolás bemutatásával.¹²⁷ Az igazolást az illetékes intézmény is továbbíthatja a lakóhely szerinti tagállam intézménye részére.¹²⁸ A biztosított személy kötelezettsége továbbá, hogy haladéktalanul tájékoztatnia kell mind az illetékes, mind a lakóhely szerinti intézményt minden olyan személyi vagy családi változásról, amely az ellátásokra való jogosultságát érintheti.¹²⁹ A jogosultság gyakorlása emellett az illetékes tagállam és a lakóhely szerinti tagállam aktív együttműködését igényli, ami a procedurális és információs horizontális együttműködés egyik megjelenési formája. A lakóhely szerinti intézmény köteles értesíteni az illetékes intézményt a nyilvántartásba vétel tényéről, annak módosulásáról vagy a törléséről. Az illetékes intézménynek pedig értesíteni kell a lakóhely szerinti illetékes szervet a jogosultságot érintő bármely változásról.¹³⁰

3.3.2 NEM TERVEZETT KÜLFÖLDI GYÓGYKEZELÉSEK

3.3.2.1 Az ellátás feltétele - Az orvosi szükségesség megállapítása

A biztosított személyek és családtagjaik jogosultak az ideiglenes tartózkodásuk alatt az ellátás helye szerinti tagállam területén az orvosilag szükségessé váló egészségügyi ellátások igénybevételére.¹³¹ A koordinációs rendeletek értelmében orvosilag szükségesnek minősül minden olyan kezelés, amelyet a tartózkodás helye szerinti tagállam jogszabályai alapján nyújtanak annak érdekében, hogy a biztosított ne legyen kénytelen a tervezett tartózkodását megszakítani és idő előtt visszatérni lakóhelyére az ellátás hiánya miatt.¹³² Az orvosi szükségessé megítélése az ellátás helye szerinti tagállam egészségügyi szolgáltatójának

¹²⁵ Szociális biztonsági jogosultságokat igazoló űrlapok. https://europa.eu/youreurope/citizens/work/social-security-forms/index_hu.htm (Letöltés ideje: 2022.03.11.)

¹²⁶ 987/2009/EK rendelet 24. cikk (1) bekezdés

¹²⁷ KRISTÓ Katalin, BORBÁS Szilvia: *Külföldi egészségügyi ellátások az európai uniós és magyar szabályok tükrében.* - In Acta Humana, 2021/3. – 146.o.

¹²⁸ S6. határozat (1) bekezdés

¹²⁹ 883/2004/EK rendelet 76. cikk (5) bekezdés

¹³⁰ 987/2009/EK rendelet. 24. cikk (1)-(2) bekezdés

¹³¹ 883/2004/EK rendelet 19. cikk (1) bekezdés

¹³² 987/2009/EK rendelet 25. cikk (3) bekezdés

mérlegelési jogkörébe tartozik. A mérlegelés során – a koordinációs rendelet értelmében – figyelembe kell venni a biztosított személy tartózkodásának várható időtartamát, ahol az orvosi szükségesség megítélésének fontos eleme, hogy az ellátás lehetővé teszi-e a biztosított számára a tartózkodás biztonságos folytatását.¹³³

Az „orvosi okokból szükségessé váló ellátás” fogalmának értelmezésében kiemelkedő jelentőséggel bír az EUB C-326/00. sz. Ioannidis ügyben hozott ítélete.¹³⁴ Az ügy alapjául az szolgált, hogy a görög társadalombiztosítás hatálya alá tartozó biztosított németországi ideiglenes tartózkodása során kórházi ellátásban részesült, amelynek keretében krónikus szívbetegségéhez kapcsolódó szívkatóterezést végeztek rajta. A görög biztosító a költségek megtérítését arra hivatkozva tagadta meg, hogy a betegsége nem váratlanul következett be, illetve az ellátás Görögországban is biztosítható lett volna. Az EUB ezzel szemben megállapította, hogy az „orvosi okokból szükségessé váló ellátás” fogalma nem szűkíthető le kizárólag váratlan betegségekre vagy balesetekre. A jogosultság fennáll akkor is, ha az ellátásra krónikus állapot súlyosbodása miatt kerül sor a külföldi tartózkodás során, amennyiben az ellátás hiánya a biztosított egészségét súlyosan veszélyeztetné, vagy a tartózkodás megszakítását tenné szükségessé.¹³⁵

Az ítéletben foglaltakra hivatkozva, az Igazgatási Bizottság S3. határozata¹³⁶ is egyértelművé teszi, hogy az orvosi okokból szükségessé váló ellátás nem korlátozható kizárólag váratlanul fellépő betegségekre vagy akut állapotokra. A fogalom magában foglalja mindazon egészségügyi ellátásokat is, amelyek a biztosított személy már fennálló, krónikus, vagy ismert betegségeivel összefüggésben a külföldi tartózkodás során válnak indokolttá. Emellett az S3. határozat kiterjeszti az orvosi szükségesség fogalmát a terhességgel és szüléssel összefüggő természetbeni ellátások körére is. Ebben a körben azonban világos elha-

¹³³ BERKI (2015): i.m. p.141.

¹³⁴ C-326-00.sz. Idryma Koinonikon Asfaliseon (IKA) v. Vasileios Ioannidis ügy. (a továbbiakban: Ioannidis ítélet) Elérési útvonal: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/ALL/?uri=CELEX:62000CJ0326> (Utolsó elérés: 2025.10.20.)

¹³⁵ Ioannidis ítélet 41.pont

¹³⁶ S3. határozat a 883/2004/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet 19. cikke (1) bekezdésének és 27. cikke (1) bekezdésének, valamint a 987/2009/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet 25. cikke A, pontja (3) bekezdésének hatálya alá tartozó ellátások meghatározásáról (a továbbiakban: S3. határozat)

tárolást alkalmaz: amennyiben a külföldi tartózkodás kifejezett célja a szülés igénybevétele, az ellátás már tervezett ellátásnak minősül, amelyre eltérő szabályok vonatkoznak.¹³⁷

A nem tervezett, orvosi okokból szükségessé váló ellátások körén belül a koordinációs szabályozás elkülönít egy sajátos ellátási kategóriát, amelyben azon speciális, rendszerint létfontosságú kezelések tartoznak, amelyek biztosítása kizárólag előzetes megállapodás mellett lehetséges. A megállapodás megkötése a biztosított személy és az ellátást nyújtó egészségügyi intézmény között elsősorban az ellátás megfelelő szervezését, az egészségügyi kapacitások rendelkezésre állását, valamint a kezelés folytonosságának garantálását szolgálja.¹³⁸ Az S3. határozat melléklete taxatív jelleggel határozza meg azokat az ellátásokat, amelyek esetében ezen előzetes megállapodás megkötése indokolt.¹³⁹

3.3.2.2 A jogosultság igazolása

Az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság igazolásához a biztosított személynek fel kell mutatnia az illetékes intézmény által kiállított dokumentumot. Ezt a funkciót az Európai Egészségbiztosítási Kártya (a továbbiakban: EU Kártya) tölti be.¹⁴⁰ Az EU Kártya használatára és tartalmára vonatkozó legfontosabb szabályokat az Igazgatási Bizottság S1. határozata rögzíti, amely meghatározza a kártya alkalmazásának általános elveit, az azon feltüntetendő adatokat, valamint az intézményközi együttműködés szabályait a visszaélések megelőzése érdekében. Az S1. határozat kimondja, hogy az EU Kártya nem használható olyan esetekben, amikor az ideiglenes tartózkodás célja kifejezetten az orvosi kezelés igénybevétele (tervezett külföldi gyógykezelés).¹⁴¹ A kártya kiállítása minden esetben a biztosítás helye szerinti tagállam feladata; amennyiben rendkívüli körülmények miatt ez nem lehetséges, az illetékes intézmény ideiglenes helyettesítő nyomtatványt bocsát ki, amely korlátozott ideig érvényes.¹⁴²

Az S1. határozat előírásai szerint az EU Kártyának az alábbi adatokat kell tartalmaznia:

¹³⁷ S3. határozat (3) és (4) bekezdés

¹³⁸ S3. határozat (6)-(7) bekezdés

¹³⁹ Ebbe a körbe tartozik különösen a vesedialízis, az oxigénterápia, a speciális asztmakezelés, továbbá a krónikus autoimmun betegségekhez kapcsolódó szívtultrahang-vizsgálatok, valamint a kemoterápiás kezelések.

¹⁴⁰ Az EU Kártya bevezetésének motivációiról és funkciójáról lásd bővebben: MAAS, W.: *Another Piece of Europe in Your Pocket: The European Health Insurance Card*. - In: LYON, D. , BENNETT, C. (eds.): *Playing the Identity Card: Surveillance, Security and Identification in Comparative Perspective*.- New York, Routledge, 2008.

¹⁴¹ S1. határozat az európai egészségbiztosítási kártyáról (a továbbiakban: S1. határozat) (6) bekezdés

¹⁴² S1. határozat 6. pont

- a kártyabirtokos családi és utóneve,
- személyes azonosító száma,
- születési ideje,
- a kibocsátó tagállam ISO kódja,
- az illetékes intézmény azonosítója és rövidítése,
- a kártya logikai száma.¹⁴³

Az EU Kártya birtokában a biztosítottak és családtagjaik ugyanolyan feltételek mellett jogosultak a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatásokra a tartózkodás helye szerinti tagállamban, mint az adott tagállam állampolgárai.¹⁴⁴

Fontos kiemelni, hogy az uniós szabályozás elismeri a biztosítottak jogát arra, hogy az EU Kártya hiányában is hozzáférjenek az orvosilag szükséges egészségügyi szolgáltatásokhoz. Amennyiben a biztosított személy vagy annak családtagja nem rendelkezik EU Kártyával, a jogosultság igazolása intézményközi együttműködés keretében is pótolható. A tartózkodás hely szerinti intézmény – a kérelemre, vagy szükség esetén hivatalból – közvetlenül az illetékes intézményhez is fordulhat a jogosultságot igazoló dokumentum beszerzése érdekében.¹⁴⁵ Ez a rendelkezés biztosítja, hogy a betegjogok ne sérüljenek adminisztratív akadályok miatt, és a sürgős ellátás igénybevétele ne ütközzön formai korlátokba – ami egyúttal a tagállami intézmények közötti horizontális együttműködés egyik megnyilvánulási formája a koordinációs rendeletek végrehajtása során.

Fontos, hogy az EU Kártya minden tagállamban egységes külalakkal rendelkezzen; az egységes megjelenés szabályait pedig az Igazgatási Bizottság S2. határozata¹⁴⁶ tartalmazza.

Az EU Kártyával való visszaélések elkerülése érdekében az Igazgatási Bizottság előírja, hogy ha egy adott személy valamely tagállam szabályai alapján már nem jogosult egészségügyi szolgáltatás igénybevételére és egy másik tagállam szabályai alapján válik jogosulttá azokra, az érintett tagállami intézményeknek együtt kell működniük annak elkerülése

¹⁴³ S1. határozat 7. pont

¹⁴⁴ 987/2009/EK rendelet 25. cikk (2) bekezdés

¹⁴⁵ 987/2009/EK rendelet 25. cikk (1) bekezdés

¹⁴⁶ S2. határozat az európai egészségbiztosítási kártyára vonatkozó technikai előírásokról (a továbbiakban: S2. határozat)

érdekében, hogy az érintett személy az első tagállam által kibocsátott EU Kártyát továbbra is használja.¹⁴⁷

3.3.3 TERVEZETT KÜLFÖLDI GYÓGYKEZELÉSEK

3.3.3.1 Az előzetes engedélyezés szabályai

A koordinációs rendelet nem csak arra ad lehetőséget, hogy a koordináció területi hatálya alá tartozó más tagállamban történő tartózkodás során, a nem tervezett, orvosi okokból szükségessé váló egészségügyi szolgáltatásokat vegyék igénybe az arra jogosultak, hanem arra is, hogy kifejezetten az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele céljából utazzanak egy másik tagállamba, a biztosítás helye szerinti tagállamban fennálló egészségbiztosításuk terhére. A koordinációs rendelet 20. cikke értelmében annak a biztosított személynek, aki egy másik tagállamba utazik azzal a céllal, hogy a tartózkodás időtartama alatt természetbeni ellátást vegyen igénybe, engedélyt kell kérnie a biztosítás helye szerinti tagállam illetékes intézményétől. A koordinációs rendelet meghatározza az előzetes engedély megadásának két konjunktív feltételét: egyrészt, hogy az ellátás szerepeljen az adott tagállamban igénybevehető ellátások között, másrészt pedig, hogy az ellátást az orvosilag indokolt határidőn belül a biztosítás helye szerinti tagállam valamely egészségügyi szolgáltatója ne tudja biztosítani.¹⁴⁸ A biztosítás helye szerinti tagállam előzetes engedélyezési eljárása egyfajta kapuőr funkciót tölt be¹⁴⁹, amelynek célja, hogy az egészségügyi ellátásokhoz való határokon átvéelő hozzáférés biztosítása mellett megőrizhető legyen a társadalombiztosítási rendszerek pénzügyi egyensúlya is. Ugyanis a koordinációs szabályozás célja nem az, hogy az uniós polgárok korlátlanul választhassanak az EGT és Svájc területén elérhető egészségügyi szolgáltatók közül a biztosítás helye szerinti tagállam teljes pénzügyi felelősége mellett, hanem az, hogy garantálja a szükséges ellátásokhoz való időben történő hozzáférést.¹⁵⁰

¹⁴⁷ S1. határozat 12. pont

¹⁴⁸ 883/2004/EK rendelet 20. cikk (2) bekezdés

¹⁴⁹ Az előzetes engedélyezési rendszer funkciójáról lásd bővebben pl.: DR. GELLÉRNÉ DR. LUKÁCS Éva – PARAGH Brigitta: *A magyar biztosítottak részvétele az európai uniós szintű betegmozgásokban – tervezett egészségügyi szolgáltatások igénybevétele.* - In: Munkajog, IV. évfolyam. 4. szám. 2020. - 28.o.; GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva: *Az EU jog egészségbiztosítást érintő szabályai és azok alkalmazása a magyar jogban.* - Budapest: Wolters Kluwer, 2024. - 29.o.,

¹⁵⁰ GELLÉRNÉ LUKÁCS (2024): i.m. 29.o.

3.3.3.2 A jogosultság igazolása

A tervezett ellátásra való jogosultságot igazoló dokumentum, az S2-es formanyomtatvány amely kettős funkciót tölt be: egyrészt biztosítja az ellátás helye szerinti tagállamot az ellátás költségeinek megtérítése felől, a biztosított oldaláról pedig az ellátáshoz való tényleges hozzáférés biztosítékát jelenti.¹⁵¹ A végrehajtási rendelet előírja, hogy a biztosított személynek az igazolást az ellátás helye szerinti intézmény részére kell bemutatnia.¹⁵²

A végrehajtási rendelet speciális szabályokat határoz meg arra az esetre, ha a biztosított személy lakóhelye nem az illetékes tagállamban található. Ilyenkor az eljárás sajátossága, hogy a biztosított a kérelmet nem közvetlenül az illetékes intézményhez, hanem a lakóhely szerinti intézményhez nyújtja be, amely köteles azt haladéktalanul továbbítani a költségviselő tagállam intézményének.¹⁵³ A továbbítással egyidejűleg a lakóhely szerinti intézmény szakmai nyilatkozatot tesz arról, hogy a lakóhely szerinti tagállamban fennállnak-e az engedélyezés feltételei, így különösen arról, hogy az adott ellátás az ellátási csomag részét képezi-e, illetve biztosítható-e az orvosilag indokolt határidőn belül. Az illetékes intézmény döntési mozgástere ezen szakmai értékeléshez kötött, mivel az engedély megtagadására kizárólag két esetben kerülhet sor: ha a lakóhely szerinti intézmény értékelése szerint az előzetes engedélyezés feltételei nem állnak fenn a lakóhely szerinti tagállamban, vagy ha az illetékes tagállamban az ellátás az orvosilag indokolt időn belül biztosítható. Az illetékes intézmény döntéséről tájékoztatja a lakóhely szerinti intézményt. Garanciális jelentőségű szabály továbbá, hogy amennyiben az illetékes tagállam jogszabályaiban meghatározott határidőn belül nem érkezik válasz, az előzetes engedélyt megadottnak kell tekinteni.¹⁵⁴ A szabályozás arra az esetre is rendelkezést tartalmaz, amikor a beteg sürgős, életmentő ellátásra szorul, és az engedély a koordinációs rendelet szabályai szerint nem tagadható meg: ilyen esetben az engedélyt az illetékes intézmény nevében a lakóhely szerinti intézmény adja meg, amelyről haladéktalanul értesíti az illetékes intézményt.¹⁵⁵

Ez a szabályozás nemcsak jelentős adminisztratív terhet vesz le a biztosított válláról azáltal, hogy a kérelem benyújtásához nem szükséges az illetékes tagállamba történő vissza-

¹⁵¹ BERKI (2015): i.m. p.247.

¹⁵² 987/2009/EK rendelet 26 cikk (1) bekezdés

¹⁵³ GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva: *A nemzetközi szociális jog releváns normái.* – In.: GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva (szerk.): *A harmadik országbeli állampolgárok szociális jogai.* – Budapest: Tullius Kiadó, 2009. - 255.o.

¹⁵⁴ 987/2009/EK rendelet 26.cikk (2) bekezdés

¹⁵⁵ 987/2009/EK rendelet 26. cikk (3) bekezdés

utazás, hanem egyúttal intézményesített horizontális együttműködési modellt is létrehoz a tagállami intézmények között.

3.3.3.3 Elchinov ügy (2010)

A tervezett külföldi gyógykezelések előzetes engedélyezési kötelezettsége tekintetében az *Elchinov eset*¹⁵⁶ jelentős jogfejlesztő hatással bír. Az ügy tényállása szerint Elchinov bolgár állampolgárnál rosszindulatú szemdaganatot diagnosztizáltak. Bulgáriában az egyetlen elérhető gyógymód a szem teljes eltávolítása volt, azonban Németországban létezett egy modernebb, kevésbé invazív eljárás, amely megmentette a látását. Elchinov benyújtotta az előzetes engedély iránti kérelmét, de egészségi állapotára tekintettel nem tudta megvárni a bolgár illetékes intézmény válaszát és saját költségén elvégeztette a műtétet Berlinben. A bolgár illetékes intézmény utólag elutasította a kérelmét arra hivatkozva, hogy az adott ellátás nem szerepel a bolgár közfinanszírozott ellátások listáján, így az nem téríthető meg.¹⁵⁷

Az EUB az ügyben hozott ítéletében kimondta, hogy a tagállamok nem értelmezhetik szűkítően saját ellátási csomagjukat. Ha a nemzeti jogszabályok általánosságban tartalmazzak egy kezeléstípust (pl.: szemműtét), de a konkrét, külföldön igénybe venni kívánt technikai módszert nem említik, az előzetes engedélyt nem lehet megtagadni csupán arra hivatkozva, hogy az adott eljárást belföldön nem alkalmazzák.¹⁵⁸ Az ítélet másik lényeges eleme az egyenértékűség vizsgálatának előírása. Az EUB kimondta, hogy az előzetes engedély megtagadása csak abban az esetben jogszerű, ha az illetékes tagállamban azonos vagy ugyanolyan hatékonyságú kezelést tudnak biztosítani a betegeknek.¹⁵⁹ A vizsgálat során az illetékes intézmény köteles figyelembe venni a beteg aktuális egészségi állapotát, fájdalmainak intenzitását, kórelőzményeit és a betegség várható lefolyását. Ha a belföldön elérhető alternatív kezelés (jelen esetben a szem eltávolítása) nem ugyanolyan hatékony vagy lényegesen radikálisabb, mint a külföldi módszer, a feltétel teljesültnek tekintendő, és az engedély nem tagadható meg.¹⁶⁰ Berki Gabriella joggal hívja fel a figyelmet arra, hogy ez a

¹⁵⁶ C-173/09.sz. Georgi Ivanov Elchinov kontra Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa ügy (a továbbiakban: Elchinov ítélet) <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX%3A62009CA0173&qid=1647417869495> (Utolsó elérés: 2025.12.01.)

¹⁵⁷ Elchinov ítélet 12-14.pont

¹⁵⁸ Elchinov ítélet 62. pont

¹⁵⁹ Elchinov ítélet 64. pont

¹⁶⁰ Elchinov ítélet 66-67.pont

rendelkezés korlátozhatja a tagállami autonómiát, mivel figyelmen kívül hagyja azt a körülményt, hogy a tagállamok a társadalombiztosításba be nem fogadott ellátásokat – jól felfogott pénzügyi és szakpolitikai érdekeikből fakadóan – rendszerint nem kívánják finanszírozni. Emellett arra is rámutat, hogy az EUB ilyen irányú értelmezése potenciálisan arra ösztönözheti a tagállamokat, hogy egészségügyi szolgáltatási csomagjaikat szűkítsék, megelőzve ezzel a finanszírozási kötelezettségek bővülését.¹⁶¹

Végül kiemelendő, hogy az EUB rögzítette: ha a beteg akadályoztatva volt a kérelem benyújtásában, vagy nem tudta megvárni a hatóság döntését az állapota miatt, utólag is igényt tarthat a megtérítésre, feltéve, ha az engedély megadásának egyéb feltételei fennállnak.¹⁶²

3.3.3.4 Petru ügy (2014)

A Petru eset¹⁶³ az EUB egyik szintén kiemelkedő jelentőségű döntése, amely tovább szűkítette a tagállamok mérlegelési jogkörét a tervezett külföldi gyógykezelések engedélyezése során, különös tekintettel a nemzeti egészségügyi rendszerek tárgyi hiányosságaira. Az ügy tényállása szerint, Elena Petru, román állampolgár, súlyos érrendszeri megbetegedésben szenvedett. Egy romániai egészségügyi intézményben megállapították, hogy nyitott szív-műtétre van szüksége. A beteg azonban úgy ítélte meg, hogy a romániai kórházi körülmények nem megfelelőek a beavatkozáshoz, mivel hiányoztak az elsődleges fontosságú gyógyszerek, az orvosi eszközök és nem állt rendelkezésre elegendő kórházi ágy sem.

Petru asszony előzetes engedélyt kért a román illetékes intézménytől a műtét Németországban történő elvégzése érdekében, de a kérelmet elutasították. A beteg végül saját költségén elvégeztette a műtétet Németországban, majd hazatérése után kérte a költségek megtérítését a román illetékes intézménytől.¹⁶⁴

Az EUB az ügyben hozott ítéletével megerősítette korábbi ítélkezési gyakorlatát, kimondva, hogy az előzetes engedély nem tagadható meg, ha az illetékes tagállamban azonos vagy ugyanolyan hatékonyságú kezelés nem vehető igénybe az orvosilag indokolt ellátási időn

¹⁶¹ BERKI Gabriella: *Az Európai Bíróság újabb ítélete az egészségügyi szolgáltatás tervezett külföldi igénybevételeinek tárgyában.* - In. JeMA. 2012/2. - 46.o.

¹⁶² Elchinov ítélet 45. pont

¹⁶³ C-268/13. Iena Petru kontra Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu és Casa Națională de Asigurări de Sănătate ügy (a továbbiakban: Petru ítélet) <https://curia.europa.eu/juris/liste.jsf?num=C-268/13&language=HU> (Letöltés ideje: 2025.12.16.)

¹⁶⁴ Petru ítélet 5-9.pont

belül.¹⁶⁵ Az ítélet jelentősége abban áll, hogy az egyenértékűség vizsgálatát nem pusztán a formális ellátási lehetőségek meglétére szűkítette, hanem előírta a tárgyi feltételek tényleges fennállásának értékelését is.¹⁶⁶ Ennek megfelelően az engedélyezési eljárás során figyelembe kell venni az ellátás minőségét alapvetően befolyásoló tényezőket, így különösen az alapvető gyógyszerek és orvosi eszközök rendelkezésre állását.¹⁶⁷ Az ítélet egyúttal azt is hangsúlyozta, hogy ez a vizsgálat nem korlátozódhat egyetlen intézményre, hanem valamennyi olyan kórházi létesítményre ki kell terjednie, amely alkalmas lehet az adott ellátás nyújtására.¹⁶⁸

3.4 A KÖLTSÉGTÉRÍTÉSI MECHANIZMUSOK

3.4.1 INTÉZMÉNYKÖZI MEGTÉRÍTÉS

A koordinációs rendeletek végrehajtásának meghatározó eleme az egészségügyi ellátások költségeinek tagállamok közötti megtérítése, amely folyamatos információs és procedurális együttműködést feltételez az érintett intézmények között. Az intézményközi elszámolási mechanizmusok nem eseti jellegű kapcsolatfelvételre épülnek, hanem normatívan szabályozott, strukturált eljárási rendben valósulnak meg. A megtérítési határidők, az alkalmazandó eljárási szabályok, valamint a követelések elfogadására, visszautasítására és vitatására vonatkozó rendelkezések egységes uniós keretben kerültek meghatározásra. Ezek a szabályok biztosítják, hogy a tagállamok közötti pénzügyi elszámolás kiszámítható és jogilag strukturált módon történjen, egyúttal intézményesített együttműködési csatornát hozva létre a nemzeti intézmények között.

3.4.1.1 Alapelv: a teljes összeg megtérítése

A koordinációs rendelet rendelkezései szerint – akár nem tervezett, orvosilag szükséges ellátásról, akár előzetesen engedélyezett tervezett ellátásról van szó – a betegnek nem kell megelőlegeznie az ellátás költségét. A finanszírozás intézményi szinten, a tagállami szervek között történik, meghatározott megtérítési szabályok és elszámolási mechanizmusok alapján. Ebben a tekintetben az ellátás helye szerinti tagállam minősül – a végrehajtási rendelet rendelkezései szerint – a hitelező tagállamnak, míg az illetékes tagállam az adós tag-

¹⁶⁵ Petru ítélet 21. pont

¹⁶⁶ HERVEY, T.K., MCHALE, J.: *European Union Health Law*. - Cambridge University Press, 2015. – p.84.

¹⁶⁷ Petru ítélet 25. pont

¹⁶⁸ Petru ítélet 30. pont

államnak.¹⁶⁹ A koordinációs rendelet 35. cikke rendelkezik az intézmények közötti megtérítések szabályairól, ahol előírja, hogy „Az egyik tagállam intézményei által egy másik tagállam intézménye nevében e fejezet szerint nyújtott természetbeni ellátások teljes összegét meg kell téríteni.”¹⁷⁰ A megtérítési folyamat során az ellátást nyújtó intézmény nem alkalmazhat magasabb díjakat, mint amilyeneket a saját tagállamában biztosított személyekre vonatkozó jogszabályok alapján alkalmazna. A megtérítés az érintett tagállamok összekötő szervein keresztül történik.¹⁷¹

3.4.1.2 Megtérítési módszerek

A koordinációs rendelet két alapvető megtérítési módszert határoz meg a tagállamok közötti elszámolásra: egyrészt a tényleges költségek igazolása alapján történő megtérítést, másrészt a rögzített összegek szerinti elszámolást, amelyek részletes szabályait a végrehajtási rendelet határozza meg. A szabályozás ugyanakkor rugalmasságot biztosít a tagállamok számára, lehetővé téve, hogy egymás között eltérő megtérítési mechanizmusokat alkalmazzanak, vagy akár teljes mértékben lemondjanak a költségek megtérítéséről.¹⁷²

A tényleges kiadások alapján történő megtérítés alapelveként a végrehajtási rendelet előírja, hogy az ellátás költségeinek tényleges összegét, az azokat nyújtó intézmény nyilvántartásában szerepelteknek megfelelően, a lakóhely szerinti illetékes szervnek vissza kell térítenie. Amennyiben az említett nyilvántartásban az ellátás tényleges költsége részben, vagy egészben nem szerepel, akkor a megtérítendő összeget átalányfizetés alapján kell megállapítani.¹⁷³

A rögzített költségek alapján történő megtérítési módszer esetén, a havi rögzített összegek és a teljes rögzített összeg kiszámításának módszerét a végrehajtási rendelet szabályozza.¹⁷⁴ Azokat az államokat, amelyek jogi vagy igazgatási berendezkedésük miatt a rögzített költségek alapján történő elszámolási módot alkalmazzák a végrehajtási rendelet 3. mellék-

¹⁶⁹ 987/2009/EK rendelet 61. cikk és 67. cikk

¹⁷⁰ 883/2004/EK rendelet 35. cikk (1) bekezdés

¹⁷¹ 987/2009/EK rendelet 66. cikk (2) bekezdés

¹⁷² 883/2004/EK rendelet 35. cikk (2)-(3) bekezdés

¹⁷³ 987/2009/EK rendelet 63. cikk (1)-(2) bekezdés

¹⁷⁴ 987/2009/EK rendelet 64. cikk (1) bekezdés

lete sorolja fel. Ennek megfelelően ebbe a csoportba tartozik Írország, Spanyolország, Olaszország, Málta, Hollandia, Portugália, Finnország és Svédország.¹⁷⁵

3.4.1.3 Határidők és eljárási szabályok

Az intézményközi megtérítési mechanizmusok során a hitelező tagállam feladata a költségek megtérítésére vonatkozó igény benyújtása. A tényleges kiadáson alapuló igényeket a felmerülést követő 12 hónapon belül, a rögzített összegekre vonatkozó igényeket az éves átlagköltségek Hivatalos Lapban való kihirdetését követő 12 hónapon belül kell elküldeni.¹⁷⁶ A rendeleti szabályozás egyértelműen rögzíti, hogy a határidőn túl benyújtott követeléseket nem lehet figyelembe venni, ami az eljárás jogbiztonságát és kiszámíthatóságát szolgálja. Az adós intézményt a benyújtott követelés megtérítésére a benyújtás időpontjától számított 18 hónapos teljesítési határidő terheli. Amennyiben a határidő eredménytelenül telik el, a hitelező intézmény jogosult késedelmi kamat felszámítására. Kivételt képez ez alól az az eset, ha az adós intézmény a követelés benyújtásától számított 6 hónapon belül legalább a követelt összeg 90 százalékának megfelelő előleget fizetett, amely a késedelem jogkövetkezményei alól mentesíti.¹⁷⁷

A követelésekkel összefüggő jogviták rendezésére a végrehajtási rendelet legfeljebb 36 hónapos időkeretet állapít meg a követelés benyújtásától számítva. A folyamat során a Könyvvizsgáló Bizottság közreműködése vehető igénybe, amely szakmai támogatást nyújt a vitás pénzügyi elszámolások tisztázásához.¹⁷⁸

3.4.1.4 A követelések vitatása és visszautasítása

Az Igazgatási Bizottság S4. határozatában¹⁷⁹ további fontos eljárási szabályokat állapít meg a költségek megtérítésével kapcsolatban, többek között kiegészítő rendelkezéseket megfogalmazva a hitelező tagállam által benyújtott követelések elutasíthatóságával kapcsolatosan. Ennek megfelelően az EU Kártya alapján nyújtott ellátások megtérítése iránti követelések akkor utasíthatóak el és küldhetőek vissza a hitelező intézménynek, amennyiben azok például nem teljesek, vagy helytelenül töltötték ki őket, vagy olyan ellátásokra

¹⁷⁵ 987/2009/EK rendelet 3. melléklet

¹⁷⁶ 987/2009/EK rendelet 67. cikk (1)-(2) bekezdés

¹⁷⁷ 987/2009/EK rendelet 67. cikk (5)-(6) bekezdés

¹⁷⁸ 987/2009/EK rendelet 68. cikk (1)-(2) bekezdés

¹⁷⁹ S4. határozat a 883/2004/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet 35. és 41. cikkének végrehajtására szolgáló megtérítési eljárásokról (a továbbiakban: S4. határozat)

vonatkoznak, amelyeket nem az ellátásban részesülő személy által felhasznált EU Kártya érvényességi ideje alatt nyújtottak.¹⁸⁰ Az S4. határozat továbbá rendelkezik arról, hogy amennyiben az adós intézmény vitatja a megtérítési követelés alapjául szolgáló tények hitelességét, úgy a hitelező intézmény feladata lesz megvizsgálni, hogy a számlát megfelelően állították-e ki és amennyiben szükséges, intézkednie kell a követelés újraszámításáról.¹⁸¹ A szóban forgó határozat továbbá együttműködési kötelezettséget ír el a hitelező és adós intézmények vonatkozásában azzal, hogy a megtérítési eljárások kapcsán úgy kell eljárniuk, mintha saját jogszabályaikat hajtanák végre.¹⁸²

3.4.2 A BIZTOSÍTOTT ÁLTAL FIZETETT ÖSSZEGET VISSZATÉRÍTÉSE

Ahogy láthattuk, a koordinációs rendeletek főszabályként intézményközi elszámoláson alapuló finanszírozási modellt valósítanak meg, amelynek célja, hogy a biztosított személy a külföldi gyógykezelések során ne kényszerüljön közvetlen költségviselésre. Azonban több olyan esetkör is azonosítható, amikor a betegnek saját forrásból kell megelőlegeznie az ellátás költségeit.

Az első ilyen esetkör az EU Kártya hiányához, vagy el nem fogadásához kapcsolódik. Amennyiben a biztosított személy ideiglenes tartózkodása során orvosilag szükségessé váló egészségügyi ellátást vesz igénybe, de nem tudja bemutatni az EU Kártyát, vagy az ellátást nyújtó szolgáltató azt nem fogadja el, az ellátás költségeit főszabály szerint a beteg viseli.¹⁸³ A második esetkör, ha az ellátás helye szerinti tagállam egészségbiztosítási rendszere visszatérítési logika alapján működik. Egyes tagállamok (mint például: Franciaország vagy Belgium) egészségbiztosítási rendszereiben az a gyakorlat, hogy a biztosított személyeknek az ellátás igénybevételekor előre meg kell fizetnie az egészségügyi szolgáltatás ellenértékét, amelyet később – a közfinanszírozás mértékének megfelelően – visszatérítenek számára.¹⁸⁴ Az egyenlő bánásmód elvére tekintettel pedig a más tagállamból érkező biztosítottakra is ezek a szabályok vonatkoznak – így a külföldi gyógykezelések költségeit nekik is meg kell előlegezniük. A harmadik esetben pedig a beteg azért kényszerül a saját

¹⁸⁰ S4. határozat 2. pont

¹⁸¹ S4. határozat 11. pont

¹⁸² S4. határozat 12. pont

¹⁸³ 987/2009/EK rendelet 26. cikk (4) bekezdés

¹⁸⁴ GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva: *Egészségügyi szolgáltatások igénybevétele*. - In. SMUK Péter (szerk.): *Társadalmi fenntarthatóság*. - Budapest: Ludovika Egyetemi Kiadó, 2020. – 1355.o.

költségén tervezett külföldi gyógykezelést igénybe venni, mert az előzetes engedélyt a biztosítás helye szerinti tagállam illetékes intézménye megtagadta. Amennyiben utólag megállapítást nyer, hogy az engedélyt jogszerűtlenül tagadták meg, a beteg jogosulttá válik a költségek visszatérítésére.¹⁸⁵

3.4.2.1 A visszatérítés szabályai

Ha a biztosított ténylegesen maga viselte az ellátás költségeit és a tartózkodási hely szerinti tagállam jogszabályai lehetővé teszi, a költségek megtérítésére vonatkozó kérelmet közvetlenül is benyújthatja a tartózkodási hely szerinti intézménynek. Ebben az esetben a visszatérítés a tartózkodási hely szerinti tagállam jogszabálya által meghatározott mértékben és feltételek szerint történik.¹⁸⁶

A másik utólagos költségtérítés mód az, ha a biztosított személy az ellátás költségeinek megtérítését az illetékes intézménytől kéri. Az illetékes intézmény – főszabály szerint – azt az összeget téríti meg, amelyet a tartózkodási hely szerinti intézmény alkalmazott volna a biztosított részére, illetve amely a két intézmény egymás közötti elszámolása során irányadó lenne.¹⁸⁷ A koordinációs rendelet alapján az illetékes intézmény az ellátás költségeinek utólagos megtérítése során részben kötve van a tartózkodási hely szerinti intézmény által szolgáltatott információkhoz, ugyanakkor a végrehajtási rendelet meghatározott esetekben lehetővé teszi az illetékes intézmény saját jogszabályainak megfelelően térítse vissza az összegeket.¹⁸⁸ A végrehajtási rendelet mindezek mellett egyértelmű felső korlátot is megállapít: a biztosított részére teljesített visszatérítés összege semmilyen esetben sem haladhatja meg a ténylegesen viselt költségeket.¹⁸⁹

Berki Gabriella rámutat, hogy a költségtérítés időtartama szempontjából lényeges különbség mutatkozik attól függően, hogy a biztosított a kérelmét a tartózkodási hely szerinti intézményhez, vagy a biztosítás helye szerinti intézményhez nyújtja be. A tartózkodási hely szerinti intézményhez címzett kérelem jellemzően gyorsabb kifizetést eredményezhet, mi-

¹⁸⁵ Lásd: C-368/98 *Abdon Vanbraekel and Others v ANMC* ügy 34. pont Elérési útvonal: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:61998CJ0368> (Utolsó elérés: 2025.12.02.)

¹⁸⁶ 987/2009/EK rendelet 25.cikk (4) bekezdés

¹⁸⁷ 987/2009/EK rendelet 25.cikk (5) bekezdés

¹⁸⁸ Ehhez – főszabály szerint – a biztosított személy beleegyezése szükséges. A biztosított beleegyezésétől abban az esetben lehet eltekinteni, ha a tartózkodási hely szerinti intézmény nem rendelkezik a visszatérítés mértékéről.

¹⁸⁹ 987/2009/EK rendelet 25. cikk (8) bekezdés

vel a megtérítés helyi tarifák szerint, közvetlenül történik. Ezzel szemben a biztosítás helye szerinti tagállam intézményéhez benyújtott megtérítési kérelem rendszerint hosszabb időt vesz igénybe, ugyanakkor a biztosított személy számára kiszámíthatóbb és ismerősebb igazgatási környezetet biztosít.¹⁹⁰

3.4.2.2 Kiegészítő visszatérítés – A Vanbraekel ügy (2001) tanulságai

Az EUB a Vanbraekel esetben¹⁹¹ hozott ítéletével alapvető jelentőségű elveket rögzített a tervezett külföldi gyógykezelések költségtérítésére vonatkozóan, különösen az úgynevezett kiegészítő megtérítés elvének kimondásával.

Az ügy tényállás szerint, egy Belgiumban élő belga állampolgár engedélyt kért a belga egészségbiztosítási pénztártól egy franciaországi ortopédiai műtét elvégzésére. A belga egészségbiztosítási szerv a kérelmet elutasította arra hivatkozva, hogy a beteg kérelméhez nem csatolt egyetemi tanári szakvéleményt. A kérelmező ennek ellenére engedély nélkül is igénybe vette az ellátást Franciaországban, majd a belga bíróságon sikeresen fellebbezett. A belga bíróság utólag kimondta, hogy az engedély elutasítása alaptalan és jogellenes volt. Emellett előzetes döntéshozatali eljárást kezdeményezett az EUB előtt, mert bizonytalan volt a megtérítendő összeg mértékében.¹⁹²

Ennek kapcsán az EUB kimondta, hogy amennyiben az illetékes intézmény jogellenesen tagadta meg az előzetes engedélyt, és ezt utóbb – akár bírósági, akár igazgatási eljárásban – megállapítják, a biztosított jogosult arra a költségtérítésre, amely őt akkor illette volna meg, ha az engedély eredetileg megadták volna. Az EUB rögzítette a kiegészítő visszatérítés elvét.¹⁹³ Ennek lényege, hogy ha az ellátás helye szerinti tagállam közfinanszírozási rendszere általi az ellátásért fizetendő finanszírozási mérték alacsonyabb, mint amelyet az illetékes intézmény ugyanazon kezelésért belföldön fizetett volna (fiktív költség), akkor az illetékes intézmény a két összeg közötti különbözetet kiegészítő megtérítésként kifizeti a

¹⁹⁰ BERKI (2015): i.m.232.o.

¹⁹¹ C-368/98 Abdon Vanbraekel and Others v ANMC ügy (a továbbiakban: Vanbraekel ítélet) Elérési útvo-nal: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:61998CJ0368> (Utolsó elérés: 2025.12.02.)

¹⁹² DR. LUKÁCS Éva: *Ki fizeti a számlát? – A személyek szabad mozgása és az egészségügy kapcsolata az EU tagállamaiban.* - In. Magyar Jog, 2002/8.

¹⁹³ VAN DER MEI, A.P.: *Cross-border access to healthcare and entitlement to the complementary 'Vanbraekel reimbursement'.* - In. European Law Review, 36(3), 2011. - pp. 431–440;

biztosítottak.¹⁹⁴ Az EUB érvelése szerint, a kiegészítő megtérítés elmaradása sértené a szolgáltatások szabad áramlásának elvét; ugyanis a betegnek azzal kellene számolnia, hogy a külföldi egészségügyi ellátás során kevesebb támogatást kap, mint belföldön.¹⁹⁵ Azonban a méltányos elszámolás fontos korlátja, hogy a visszatérítés összege semmiképp sem haladhatja meg a biztosított által ténylegesen kifizetett költségeket – azaz a szabályozás kizárja, hogy a beteg anyagi előnyre tegyen szert.¹⁹⁶ Az ügyben kimunkált elvek a későbbiekben kodifikációra kerültek: a végrehajtási rendelet kifejezetten átvette a kiegészítő megtérítés szabályát.¹⁹⁷

3.4.3 JÁRULÉKOS KÖLTSÉGEK MEGTÉRÍTÉSE: A LEICHTLE-ÜGY (2004)

A Leichtle ügyben¹⁹⁸ hozott EUB ítélet különös jelentőséggel bír a járulékos költségek megtérítése szempontjából. Az ügy tényállása szerint, egy német biztosított, Ludwig Leichtle, előzetes engedélyt kért egy kúraszerű gyógykezelés igénybevételére Olaszországban. A német illetékes intézmény a kérelmet elutasította, arra hivatkozva, hogy az olaszországi kezelés nem ígér lényegesen nagyobb gyógyulási esélyt, mint a Németországban hozzáférhető hasonló kezelések.¹⁹⁹ A biztosított az elutasítás ellenére igénybe vette a kezelést, majd ezt követően kérelmezte a felmerült költségek – ideértve a gyógykezeléshez kapcsolódó utazási, szállás-, étkezési-, idegenforgalmi adó-és orvosi dokumentációs költségek megtérítését.²⁰⁰

Az EUB az ítéletével – többek között – kimondta, hogy az egészségügyi ellátás igénybevételével összefüggő utazási, szállás-, és étkezési költségek,²⁰¹ valamint az idegenforgalmi adó²⁰² és az orvosi zárójelentés díja²⁰³ elválaszthatatlanul kapcsolódnak az ellátáshoz és

¹⁹⁴ Vanbraeckel ítélet 51-53.pont

¹⁹⁵ Vanbraeckel ítélet 45. pont

¹⁹⁶ Vanbraeckel ítélet 52. pont

¹⁹⁷ 987/2009/EK rendelet 26. cikk (7) bekezdés

¹⁹⁸ C-8/02. sz. ügy: Ludwig Leichtle v Bundesanstalt für Arbeit. (a továbbiakban: Leichtle ítélet) Elérési útvonala: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/ALL/?uri=CELEX:62002CJ0008> (Utolsó elérés: 2025.12.03.)

¹⁹⁹ Leichtle ítélet 8-11.pont

²⁰⁰ Leichtle ítélet 19. és 27. pont

²⁰¹ Leichtle ítélet 33. pont

²⁰² Leichtle ítélet 35. pont

²⁰³ Leichtle ítélet 34. pont

annak szerves részét képezik. Ezek megtérítésének kizárása nem egyeztethető össze az uniós joggal, amennyiben az alapellátás költségeinek megtérítése egyébként fennáll.²⁰⁴

Az ítéletben foglalt elvek a végrehajtási rendeletben is kodifikálásra kerültek. Ennek értelmében az rögzíti, hogy az illetékes intézmény köteles megtéríteni a kezeléshez elválaszthatatlanul kapcsolódó utazási-és tartózkodás költségeket – szükség esetén a kísérő személy tekintetében is -, feltéve, hogy az illetékes tagállam nemzeti jogszabályai belföldi ellátás esetén is előírják az ilyen költségek viselését.²⁰⁵

3.5 A TAGÁLLAMI HORIZONTÁLIS EGYÜTTMŰKÖDÉS KERETEI

Mint ahogy az már említésre került, a tagállamok közötti együttműködés a koordinációs rendeletek végrehajtása során nem eseti vagy informális kapcsolatokon alapul, hanem uniós szinten meghatározott, standardizált keretek között zajlik. A keretek nem csupán közös eljárási szabályok rögzítésében öltenek testet, hanem egy egységes, digitális infrastruktúra kialakításában is, amely az intézményközi kommunikáció technikai és tartalmi feltételeit egyaránt meghatározza. Ez az Electronic Exchange of Social Security Information (a továbbiakban: EESSI) rendszer, amely a koordinációs rendeletek végrehajtásának technikai gerincét adja.

3.5.1 AZ INTÉZMÉNYKÖZI KOMMUNIKÁCIÓ SZEREPLŐI

A betegmobilitás területén az intézményközi kommunikáció, azaz a tagállamok közötti horizontális együttműködés elsősorban két kulcsterülethez kötődik: egyrészt a biztosított ellátásra való jogosultságának igazolásához, másrészt az ellátás költségeinek megtérítéséhez. (lásd: 3.3.2, 3.3.3, 3.4.1 alfejezetek). A koordinációs rendeletek lehetővé, hogy a tagállami intézmények (az illetékes-, valamint a lakóhely-, vagy tartózkodási hely szerinti intézmények) az információkat közvetlenül egymás között, vagy – szükség esetén – az összekötő szerveken keresztül továbbítsák.²⁰⁶ Az összekötő szervek feladata elsősorban a tájékoztatási és segítségnyújtási kérelmek megválaszolása, valamint az intézmények közötti kommunikáció elősegítése.²⁰⁷

²⁰⁴ Leichtle ítélet 51. pont

²⁰⁵ 987/2009/EK rendelet 26. cikk (8) bekezdés

²⁰⁶ 987/2009/EK rendelet 2. cikk (1) és (2) bekezdés

²⁰⁷ 987/2009/EK rendelet 1. cikk (2) bekezdés b, pont

3.5.2 AZ INTÉZMÉNYKÖZI KOMMUNIKÁCIÓ ALAPELVEI

A szociális biztonsági rendszerek közötti koordináció hatékony megvalósítása a tagállamok részéről magas szintű elkötelezettséget igényel, amelynek egyik alapvető eleme az igazgatási szervek közötti gyors és hatékony kommunikáció. Ennek biztosítása érdekében a végrehajtási rendelet részletes és következetes előírásokat tartalmaz az adatcsere és az intézmények közötti együttműködés módjáról. A végrehajtási rendelet a kommunikációs szabályok meghatározásakor alapelveként rögzíti, hogy az intézmények közötti kapcsolattartásnak a közszolgálatosság, a hatékonyság, az aktív segítségnyújtás, a gyors ügyintézés és a hozzáférhetőség elvein kell alapulnia. Ezt az ügyfélközpontú megközelítést erősíti az a rendelkezés, amely előírja az ellátást kérelmező személy jogainak és kötelezettségeinek megállapításához szükséges adatok haladéktalan továbbítását.²⁰⁸ A szabályozás arra az esetre is tartalmaz előírásokat, ha a kérelmező tévedésből nem a megfelelő illetékes intézménynél terjeszti elő igényét. Ilyen esetben az érintett intézmény köteles a dokumentumokat továbbítani az illetékes szervhez, biztosítva ezzel az ügyintézés folyamatosságát és az ügyfél jogainak védelmét.²⁰⁹

A végrehajtási rendelet az ügyfelek érdekeinek védelme, illetve a gyors és hatékony igazgatási együttműködés mellett, az elektronikus úton történő kommunikációt is előírja a tagállami intézmények számára. Ennek kapcsán az Igazgatási Bizottságot bízta meg azon dokumentumok és strukturált elektronikus dokumentumok szerkezetének, tartalmának és formátumának meghatározására, amelyek ezen elektronikus kommunikáció során alkalmazandóak. A végrehajtási rendelet továbbá előírja, hogy kapcsolattartási rendszernek egy közös, biztonságos kereten belül kell működnie, amely megfelelően biztosítja az adatok védelmét is. Az érintett személyek és a tagállami illetékes intézmények közötti kommunikáció során nem írja elő kötelezettségként az elektronikus kapcsolattartást a végrehajtási rendelet, azonban kiemeli, hogy amennyiben lehetséges, előnyben kell részesíteni az elektronikus eszközök alkalmazását.²¹⁰

²⁰⁸ HAJDÚ, J., CHEN, M. RAHMAN, R.A.: *Framework of the European Union Social Security Coordination and its Digitalisation*. - In. Balkans Legal, Economic and Social Studies. 2024. Vol.1. No.1. 2024. - p.22.

²⁰⁹ 987/2009/EK rendelet II. fejezet 2. cikk (2) – (3) bekezdés

²¹⁰ 987/2009/EK rendelet II. fejezet 4. cikk (1)-(3) bekezdés

3.5.3 AZ EESSI RENDSZER

Az EESSI rendszer a szociális biztonsági rendszerek közötti koordináció, és így a betegmobilitás egyik meghatározó digitalizált közigazgatási infrastruktúrája, amely egyszerre szolgálja az ellátások jogszerűségét és a tagállamok közötti együttműködés stabilitását. Az EESSI rendszer 2017 júliusában vált elérhetővé a tagállamok számára. Ezt követően egy 2 éves átmeneti időszak állt rendelkezésre annak érdekében, hogy a tagállamok saját informatikai szakalkalmazásait fejlesszék és alkalmassá tegyék az EESSI-rendszerhez való csatlakozásra.²¹¹ A rendszer bevezetésével a korábbi, zömmel papír alapon zajló kommunikáció megszüntetésre került és lehetővé vált az intézmények közötti gyorsabb és pontosabb adatcsere. Emellett eredményesebbé vált a csalások elleni küzdelem, illetve a személyes adatok biztonságos kezelése, lehetővé váltak a különböző statisztikai célú adatgyűjtések a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról, valamint egyszerűbbé vált az uniós polgárok szociális biztonsági jogosultságainak ellenőrzése is.²¹²

A szociális biztonsági ügyekben érintett szervezetek egy adattárból tudják kikeresni a másik tagállam illetékes intézményének nevét és elérhetőségét. Az adatbázis tartalmára vonatkozó előírásokat a végrehajtási rendelet 4. melléklete tartalmazza. Ezen elektronikus jegyzék tartalmazza többek között a szervek nevét, azonosító kódját és az EESSI elektronikus címét, a szervek funkcióját, hatáskörét és elérhetőségét. A jegyzéket folyamatosan naprakészen kell tartani és az abban tett bármilyen módosítást naplózni kell. A tagállamok felelősek azért, hogy a szükséges információkat összegyűjtsék és ellenőrizzék, valamint az Európai Bizottság részére időben megküldjék.²¹³

3.5.4 A STRUKTURÁLT ELEKTRONIKUS DOKUMENTUMOK

A tagállami hatóságok úgynevezett strukturált elektronikus dokumentumok (a továbbiakban: SED) útján kommunikálnak egymással. A SED-eket kifejezetten a tagállami intézmények közötti elektronikus információcsere céljára az Igazgatási Bizottság alakította ki, al-

²¹¹ KRISTÓ, BORBÁS (2021): i.m.144.o.

²¹² HAJDÚ József: *Electronic Exchange of Social Security Information in EU*. - In. Opuscula Szegedienisa 5. Szegedi Tudományegyetem Állam-és Jogtudományi Kar. 2012. p.192.; HAJDÚ József: *A szociális jog elmúlt 20 évéről, különös tekintettel az Európai Unióra*. - In. MISKOLCZI BODNÁR Péter, KUN Attila, BOÓC Ádám (szerk.): *Gazdaság és jog. Húsz év jogalkotási fejleményei a civilisztika területén*. – Budapest: Pázmány Péter Katolikus Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar, 2019. - 16.o.

²¹³ BIRÓNÉ MALUSTYIK Brigitta: *Modernisation Efforts in EU Social Security Coordination*. - In. Revista Jurídica de la Universidad le León. núm 11., 2023 – p.109.

kalmazásuk az EESSI rendszer keretében történik.²¹⁴ Ezek a dokumentumok nem pusztán technikai üzenetek, hanem a koordinációs rendeletek végrehajtásának funkcionális hordozói, amelyek joghatása a papíralapú formanyomtatványokéval egyenértékű, feltéve, hogy az elektronikus rendszer biztosítja az adatok hitelességét, sértetlenségét és biztonságát.²¹⁵ A SED-ek intézmények közötti cseréje hozzáférési pontokon keresztül történik, amelyek intelligens útválasztással juttatják el az adatokat a megfelelő intézményhez.²¹⁶

A betegmobilitási szabályok végrehajtása során alkalmazott SED-k két fő funkcionális csoportba sorolhatók. A dokumentumok egyik csoportját alkotják azok, amelyek nem közvetlenül pénzügyi elszámolást kezdeményeznek (a továbbiakban: nem költségtérítési célú SED-k), hanem az egészségügyi ellátások jogalapját, a biztosítási státuszt és az illetékes tagállam meghatározását rögzítik. Ebbe a csoportba tartoznak mindenekelőtt a tervezett határon átnyúló ellátásokhoz kapcsolódó jogosultsági igazolások (pl.: S009-S010), az ideiglenes tartózkodás alatti ellátás jogalapját rögzítő dokumentumok (S044-S045), valamint a lakóhely szerinti ellátáshoz kapcsolódó jogosultságok és regisztrációk (S071-S073). Továbbá ebbe a csoportba tartoznak a biztosítási jogviszony és a biztosítási időszakok igazolására szolgáló dokumentumok (S040-S041), amelyek révén a tagállami intézmények képesek visszamenőlegesen is megállapítani az érintett személy biztosítási státuszát. Továbbá találkozunk a jogosultságok meghosszabbítására, megszüntetésére vagy módosítására szolgáló SED-vel (S016-S019, S035-S037) is. Ezzel szemben a pénzügyi és költségtérítési célú SED-k már konkrét pénzügyi követeléseket keletkeztetnek és az egészségügyi ellátások költségeinek tagállamok közötti rendezését valósítják meg. Az egyedi költségelszámolás alapját a költségmegtérítési igény benyújtására szolgáló SED-ek (pl.: S080) képezik, amelyeket visszaigazolási, vitatási és válaszdocumentumok egészítenek ki (S081-S084). A pénzügyi folyamat lezárását a kifizetésről és annak visszaigazolásáról szóló dokumentumok (S091-S092) rögzítik. A rendszer ugyanakkor lehetőséget biztosít korrekciókra is: a jóváírások, a vitatások és azok rendezésére (S085-S088). Külön csoportot képeznek a fix

²¹⁴ WISPELAERE, F.: *60 years of coordination of social security systems: Still room for improvement.* – In: Belgisch Tijdschrift voor Sociale ekerheid, 2019. – p. 168.

²¹⁵ 883/2004/EK rendelet 5. cikk (1) bekezdés

²¹⁶ 987/2009/EK rendelet 4. cikk (2) bekezdés

összegű elszámolásokhoz kapcsolódó dokumentumok (S100-S117), amelyek statisztikai alapon történő költségrendezést tesznek lehetővé.²¹⁷

3.5.5 MONITORING ÉS MŰKÖDÉSI TAPASZTALATOK – A BIZOTTSÁGI DASHBOARD TANULSÁGAI

Az Európai Bizottság a rendszer működésének, terheltségének és implementációs állapotának nyomon követése céljából monitoring tevékenységet folytat, amelynek egyik legfontosabb eszköze az EESSI működését bemutató operatív dashboard. Az EESSI dashboard a rendszer működésére és használatára vonatkozó adatokat tematikusan strukturált módon gyűjti és értékeli. A monitoring kiterjed a rendszer elterjedtségére és gyakorlati alkalmazására – így különösen a csatlakozott országok számára, az implementált üzleti folyamatokra, az üzenetforgalom volumenére és a részt vevő intézmények körére. Vizsgálja továbbá a szociális biztonsági koordináció egyes ágainak lefedettségét, vagyis azt, hogy az elektronikus adatcsere milyen mértékben terjed ki a koordináció által érintett ellátási területekre. A dashboard külön figyelemmel kíséri a szolgáltatás rendelkezésre állását és technikai megbízhatóságát, ideértve a központi infrastruktúra működési stabilitását. A monitoring pénzügyi dimenzióval is rendelkezik, amely az uniós finanszírozási eszközök felhasználását és a nemzeti integrációs projektek előrehaladását követi nyomon. Emellett rögzíti a technikai mérföldkövek teljesülését, a szoftverfejlesztések állapotát és az uniós digitális építőelemek újrahaználását.²¹⁸ A rendszer tehát átfogó képet nyújt az EESSI működésének technikai, intézményi és használati aspektusairól, ugyanakkor a monitoring fókusza elsősorban strukturális és teljesítményindikátorokra irányul.

A legutóbbi, 2022-ben közzétett dashboard adatai alapján megállapítható, hogy az EESSI technikai működésének egyik legstabilabb eleme a Központi Szolgáltatási Csomópont (a továbbiakban: CSN), amelyet az Európai Bizottság üzemeltet. A CSN átlagos rendelkezésre állása a vizsgált időszakban megközelített a 100%-ot, ami különösen jelentős egy olyan rendszer tekintetében, amely több ezer intézmény napi szintű kommunikációját szolgálja

²¹⁷ Strukturált elektronikus dokumentumok. Elérési útvonal: <https://www.employment.gov.sk/en/coordination-social-security-systems/official-documents/structured-electronicdocuments.html> (Utolsó elérés: 2025.12.28.)

²¹⁸ EESSI Monitoring Dashboard (2022). Elérési útvonal: <https://ec.europa.eu/digital-building-blocks/sites/spaces/DIGITAL/pages/224658841/Electronic+Exchange+of+Social+Security+Information+dashboard> (Utolsó elérés: 2025.12.29.) (a továbbiakban: Dashboard 2022)

ki. A CSN funkcionális szerepe túlmutat az egyszerű adatforgalmon.²¹⁹ Egyrészt központi intézményi repozitóriumként működik, amely 2022-ben több mint 5400 társadalombiztosítási intézmény adatait tartalmazta, lehetővé téve az üzenetek pontos és célzott továbbítását.²²⁰ Emellett biztosítja, hogy a tagállami intézmények közötti adatcsere előre meghatározott logika szerint, egységes adatmodellek és naprakész intézményi információk alapján történjen. Továbbá a CSN ad otthont a Business Use Case-ek (a továbbiakban: BUC) központi tárhelyének, amelyek az intézményközi ügyintézés logikai vázát alkotják. A dashboard adatai szerint összesen 99 BUC került kialakításra, amelyek előre rögzített lépéssorozatonként határozzák meg az egyes ügýtípusok – például egy külföldi gyógykezelés költségeinek elszámolása – intézményközi kezelésének menetét. Ezek a mechanizmusok biztosítják, hogy a SED-ek ne eseti jelleggel, hanem előre definiált logika mentén, ellenőrizhető módon kerüljenek továbbításra az intézmények között.²²¹

A dashboard ugyanakkor világosan rámutat az EESSI működésének aszimmetriáira is. Bár 2022 végére 32 ország csatlakozott a központi infrastruktúrához,²²² mindössze 13 tagállam implementálta valamennyi BUC-t. Ez azt jelenti, hogy a szociális biztonsági ügyek egy része továbbra sem kezelhető teljes körűen digitális módon valamennyi tagállamban, ami a koordináció hatékonyságát és kiszámíthatóságát korlátozza.²²³ Hasonló következtetés vonható le az intézményi lefedettség vizsgálatából is: a rendszerbe bevont intézmények száma elmaradt a korábban kitűzött célértékektől, ami a nemzeti szintű integráció gyakorlati nehézségeire utal. Ezzel párhuzamosan a tranzakciószámok alakulása egyértelműen a rendszer növekvő használatát jelzi. A dashboard adatai szerint az EESSI-ben lebonyolított üzenetváltások száma 2018 óta folyamatosan és dinamikusan emelkedik, 2022 végére meghaladva a 48 millió tranzakciót.²²⁴ Ez arra utal, hogy a rendszer – még részleges implementáció mellett is – fokozatosan a tagállamok közötti adminisztratív együttműködés elsődleges csatornájává válik. Az EESSI stratégiai jelentőségét a finanszírozási prioritások is alátámasztják. Az Európai Hálózatfinanszírozási Eszköz keretében több mint 53 millió euró került felhasználásra a központi platform, valamint a tagállami fejlesztések támogatásá-

²¹⁹ Dashboard 2022. 2.o.

²²⁰ Dashboard 2022. 1.o.

²²¹ Dashboard 2022. 3.o.

²²² Dashboard 2022. 1.o.

²²³ Dashboard 2022. 1.o.

²²⁴ Dashboard 2022. 1.o.

ra.²²⁵ Összességében, a 2022. évi bizottsági monitoring dashboard adatai azt mutatják, hogy az EESSI központi infrastruktúrája technikailag stabil és növekvő terhelést képes kezelni, ugyanakkor teljes uniós digitalizációt továbbra is a tagállami implementáció eltérő üteme és mélysége korlátozza.

3.6 A KOORDINÁCIÓS TEVÉKENYSÉGET TÁMOGATÓ BIZOTTSÁGOK

3.6.1 IGAZGATÁSI BIZOTTSÁG

Az Igazgatási Bizottság a szociális biztonsági rendszerek uniós koordinációjának központi operatív fóruma, amely kulcsszerepet tölt be a tagállamok közötti együttműködés koordinálásában és megerősítésében.²²⁶ A testület valamennyi tagállam egy-egy kormányzati képviselőjéből áll, munkáját pedig az Európai Bizottság titkársága támogatja²²⁷, így egy olyan sajátos intézményi formát képvisel, amelyben a horizontális és vertikális együttműködés egyszerre jelen van. Henrik Wenander is kiemeli az Igazgatási Bizottság sajátos intézményi státuszát és az uniós intézményrendszerben nehezen besorolható konstrukcióként írja le. Ugyanis a testület egyszerre lát el értelmező, technikai, koordinációs és felügyeleti feladatokat, sui generis jellegéből fakadóan pedig nem illeszthető sem a hagyományos uniós ügynökségek, sem a komitológiai struktúrák körébe – így egy önálló, hibrid intézményi formát képvisel.²²⁸

A koordinációs rendeletben meghatározott feladatkörei alapján az Igazgatási Bizottság egyrészt a rendeletek alkalmazásával összefüggő értelmezési és igazgatási kérdésekben foglal állást, másrészt javaslatokat tesz a szabályozás korszerűsítésére és a koordinációs mechanizmusok fejlesztésére. Tevékenysége kiterjed továbbá az új technológiai megoldások – mindenekelőtt az EESSI rendszer – egységes alkalmazásának előmozdítására, vala-

²²⁵ Dashboard 2022. 1.o.

²²⁶ FUCHS, M., CORNELISSEN, R.: *EU Social Security Law. A Commentary on EU Regulations 883/2004 and 987/2009.* - CH Beck, Hart, Nomos, 2015.– p.425.

²²⁷ 883/2004/EK rendelet 71. cikk

²²⁸ WENANDER, H.: *A Network of Social Security Bodies - European Administrative Cooperation under Regulation (EC) No 883/2004.* - In. Review of European Administrative Law. Volume 6. Issue 1. 2013. - pp.39-71.

mint a tagállamok közötti pénzügyi elszámolások kereteinek meghatározására és az éves záróelszámolások elfogadására.²²⁹

Az Igazgatási Bizottság emellett a tagállamok közötti együttműködés és konfliktuskezelés intézményi keretét is biztosítja. E körben kiemelendő a békéltető szerepe, amely lehetővé teszi többek között a lakóhely meghatározásával vagy az alkalmazandó jog kijelölésével kapcsolatos viták rendezését.²³⁰ A testület meghatározza továbbá a tagállami adatszolgáltatási tevékenység tervét és módszereit, valamint a tagállamoktól érkező statisztikai adatok és jelentések összesítésével hozzájárul a szakpolitikai döntéshozatal megalapozásához.²³¹

Emellett az Igazgatási Bizottság határozatai fontos szerepet töltenek be a koordinációs rendeletek végrehajtásában. Bár az EUB a Romano-ügyben elvi érveléssel rögzítette, hogy az Igazgatási Bizottság határozatai – jellegükből adódóan – nem kényszeríthetik a tagállami intézményeket meghatározott értelmezési módok vagy módszertanok követésére, és nem bírnak kötelező erővel a nemzeti bíróságokra nézve sem. Ugyanakkor az ítélet indokolása azt is hangsúlyozza, hogy ezen döntések fontos szakmai segítséget nyújtanak a közösségi jog alkalmazásával megbízott hatóságok számára, így a gyakorlatban megkerülhetetlen igazodási pontként szolgálnak az uniós koordinációs szabályok egységes végrehajtása során²³²

3.6.2 ADATKEZELÉSI ÉS TECHNIKAI BIZOTTSÁG

Az Adatkezelési és Technikai Bizottság az Igazgatási Bizottság égisze alatt működő speciális szakmai testület, amely a szociális biztonsági rendszerek koordinációja során alkalmazott elektronikus adatcsere technikai és adatbiztonsági feltételeinek kialakításáért és fenntartásáért felel. Intézményi szempontból tehát nem önálló döntéshozó szerv, hanem az Igazgatási Bizottság mellett, annak irányítása alatt fejti ki tevékenységét. Összetételét, munkamódszereit és konkrét megbízatásait minden esetben az Igazgatási Bizottság határozza meg.²³³

²²⁹ 883/2004/EK rendelet 72. cikk

²³⁰ 883/2004/EK rendelet 76. cikk (6)-(7) bekezdés

²³¹ 987/2009/EK rendelet 91. cikk

²³² Case 98/80 Giuseppe Romana and National Sickness and Invalidity Insurance Institutions. Elérési útvonal: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:61980CJ0098> (Utolsó elérés: 2025.12.01.)

²³³ 883/2004/EK rendelet 73. cikk (1) bekezdés

Működése közvetlenül kapcsolódik a koordinációs rendeletek végrehajtásához, különös tekintettel a tagállamok közötti információáramlása modernizálására és egységesítésére. Elsődleges feladata az adatkezelési szolgáltatások kiépítéséhez és használatához szükséges szakmai háttér biztosítása. Ennek keretében javaslatokat dolgoz ki az Igazgatási Bizottság számára az elektronikus információszolgáltatás közös strukturális szabályaira vonatkozóan, különös hangsúlyt helyezve az alkalmazandó technikai szabványokra és adatbiztonsági követelményekre. A testület emellett jelentésekkel és indokolással ellátott szakmai véleményekkel segíti az Igazgatási Bizottság döntéshozatalát az információszolgáltatási eljárások korszerűsítésével összefüggésben, valamint összegyűjti és rendszerezi az irányadó technikai dokumentumokat, illetve elkészíti a feladatai ellátáshoz szükséges elemzéseket és tanulmányokat.²³⁴

3.6.3 KÖNYVVIZSGÁLÓ BIZOTTSÁG

Az Igazgatási Bizottság mellett egy Könyvvizsgáló Bizottság is működik, amelynek összetételét és munkamódszereit szintén az Igazgatási Bizottság határozza meg. A Könyvvizsgáló Bizottság fő funkciója a tagállamok közötti elszámolások megbízhatóságának és pénzügyi egyensúlyának biztosítása. A Bizottság feladatköre elsősorban módszertani, számviteli és monitoring jellegű. Ennek keretében ellenőrzi a tagállamok által benyújtott, egy főre jutó éves átlagköltségek meghatározásának módszerét és összegyűjti azokat az adatokat, amelyek az éves követelés-kimutatások elkészítéséhez szükségesek. Emellett nyomon követi a tagállamok közötti pénzügyi elszámolások előrehaladását, beleértve a benyújtott, rendezett és vitatott követeléseket, valamint szakmai támogatást nyújt a viták elszámolások lezárásához, ha a tagállamok az előírt határidőn belül nem jutnak megállapodásra.²³⁵

3.6.4 TANÁCSADÓ BIZOTTSÁG

A szociális biztonsági rendszerek koordinációjával foglalkozó tanácsadó bizottság sajátos intézményi szerepet tölt be az uniós koordinációs rendszerben, amennyiben a kormányzati képviselők mellett a szociális partnerek – így a munkáltatói és munkavállalói érdekképvi-

²³⁴ 883/2004/EK rendelet 73. cikk

²³⁵ 883/2004/EK rendelet 74. cikk

seletek – bevonásával biztosítja a koordinációs szabályok társadalmi és szakpolitikai szempontú értékelését.²³⁶

A Tanácsadó Bizottság feladatköre elsősorban elvi és stratégiai jellegű. Ennek keretében vizsgálja a koordinációs rendeletek végrehajtásából fakadó általános kérdéseket és elvi problémákat, különös tekintettel azokra a személyi csoportokra, amelyek a határon átnyúló mobilitás szempontjából fokozottan érintettek. A testület javaslatokat fogalmaz meg a koordinációs szabályok esetleges felülvizsgálatára és korszerűsítésére, továbbá véleményeket és ajánlásokat ad ki a biztosítottak tájékoztatásának minősége és hozzáférhetősége tárgyában, elősegítve ezzel a beteg- és munkavállalói jogok tényleges érvényesülését. A Tanácsadó Bizottság szoros szakmai kapcsolatban áll az Igazgatási Bizottsággal, hatásköre azonban kizárólag tanácsadói jellegű. Feladatai közé tartozik, hogy az Igazgatási Bizottság számára véleményeket dolgozzon ki a koordinációt érintő kérdésekben, akár saját kezdeményezésre, akár az Európai Bizottság vagy kifejezetten az Igazgatási Bizottság felkérésére. Míg az Igazgatási Bizottság a koordinációs rendeletek operatív végrehajtásáért, az értelmezési kérdések rendezéséért és a pénzügyi elszámolásokért felel, addig a Tanácsadó Bizottság a döntéshozatal előkészítése során a szélesebb társadalmi, munkaerőpiaci és szakpolitikai szempontok megjelenítését biztosítja.²³⁷

3.7 AZ EURÓPAI BIZOTTSÁG MONITORING TEVÉKENYSÉGE

Az Európai Bizottság közvetlen végrehajtási funkcióinak egyik legmarkánsabb megjelenési formája a tagállami végrehajtás felügyelete és monitorozása. Ez a tevékenység a szociális biztonsági rendszerek koordinációja területén is jól azonosítható, ahol a Bizottság a tagállamok – részben kötelező, részben önkéntes – adatszolgáltatásaira építve készít rendszeres jelentéseket. A jelentések elsődleges célja a végrehajtás nyomon követése, a statisztikai folyamatok feltárása, valamint a végrehajtás során jelentkező strukturális problémák, hibák, visszaélések azonosítása. A monitoring eredményei nem pusztán információt nyújta-

²³⁶ 883/2004/EK rendelet 75. cikk (1) bekezdés

²³⁷ 883/2004/EK rendelet 75. cikk (2) bekezdés

nak: amennyiben a feltárt tapasztalatok indokolják, a Bizottság kötelezettségszegési eljárás megindításával is élhet a tagállamokkal szemben.²³⁸

3.7.1 KÖTELEZŐ ADATSZOLGÁLTATÁSON ALAPULÓ MONITORING TEVÉKENYSÉG

A monitoring egyik formája a tagállamok kötelező adatszolgáltatásán alapul, amely az uniós és a tagállami szint közötti vertikális információs együttműködés intézményesült megjelenési formája. Ennek jogalapját a végrehajtási rendelet teremti meg, amely előírja, hogy a tagállamok folyamatos statisztikai adatgyűjtést végezzenek a koordinációs rendeletek alkalmazásáról, és az adatokat továbbítsák az Igazgatási Bizottság titkárságának. Az információk terjesztése és feldolgozása az Európai Bizottság feladata.²³⁹

A Bizottság megbízásából működő szakértői hálózat a kötelező adatszolgáltatásra építve több, egymást kiegészítő jelentést készít. Ezek közül a legátfogóbb a „Coordination of social security systems at a glance” című statisztikai jelentéssorozat, amely a szociális biztonsági koordináció valamennyi ágára kiterjedően azonosítja a mobilitási trendeket és azok nagyságrendjét. Egyrészt forgalmi jellegű mutatókat tartalmaznak, amelyek a különböző jogosultsági dokumentumok – így például az A1-es igazolások, az S2-es engedélyek, valamint az EU Kártyák – kibocsátásának és használatának volumenét rögzítik. Másrészt pénzügyi adatokat közölnek a határon átnyúló ellátások költségvetési hatásairól, ideértve a tagállamok közötti megtérítéseket, a lakossági visszatérítések összegét, valamint a külföldre folyósított nyugdíjak és családi ellátások értékét. A jelentések kitérnek továbbá a mobilitásban részt vevő személyi kör jellemzőire és gazdasági ágazati megoszlására, valamint az adminisztratív folyamatok működésére, így különösen az eljárások hatékonyságára, a jogosultsági dokumentumok kezelésére és a feltárt szabálytalanságokra. Végül, földrajzi bontásban is bemutatják a főbb mobilitási irányokat, azonosítva a küldő és fogadó tagállamok közötti meghatározó áramlásokat.²⁴⁰

²³⁸ GYENEY Laura (2018): *Az uniós jog alkalmazásának kikényszerítése: A kötelezettségszegési eljárás (EUMSZ 258-260. cikkek)*. - In. DABIS Attila (szerk.): *Magyarok jogvédelme a Kárpát-medencében*. - Kisebbségi Jogvédő Intézet, 2018. - 69.o.

²³⁹ 987/2009/EK rendelet 91.cikk

²⁴⁰ DE WISPELAERE, F., DE SMEDT, L., PACOLET, J.: *Coordination of social security systems at glance. 2024 Statistical Report*. Elérési útvonal: <https://lirias.kuleuven.be/4225837> (Utolsó elérés: 2025.12.01.) (a továbbiakban lágjegyzetben: *Statistical Report 2024*.)

A legutóbbi, 2024 novemberében közzétett, 2023-as adatokon alapuló jelentés szerint, a más tagállamban igénybe vett természetbeni egészségügyi ellátásokra fordított kiadások a tagállami egészségügyi költségvetéseknek mindössze mintegy 0,4%-át teszik ki, ugyanakkor abszolút értékben meghaladják az 5 milliárd eurót.²⁴¹ A legnagyobb tételt az illetékes tagállamtól eltérő tagállamban lakóhellyel rendelkező biztosítottak ellátása jelenti, az S1 jogosultságigazoló dokumentum alapján. A jelentés szerint közel 2,3 millió személy – jellemzően határ menti ingázók és nyugdíjasok – élt azzal a lehetőséggel, hogy a lakóhelye szerinti országban vegyen igénybe egészségügyi ellátást. A tagállami profilok közül Luxemburg esete különösen kirívó: az országban a biztosított személyek több mint 30%-a egy másik tagállamban rendelkezik lakóhellyel.²⁴² A nem tervezett egészségügyi ellátások körében a jelentés kiemeli, hogy 2023-ban mintegy 235 millió EU Kártya volt forgalomban, ami arra utal, hogy az a betegmobilitás alpinfrastruktúrájává vált.²⁴³ A tervezett külföldi gyógykezelések esetében 2023-ban több, mint 50 ezer S2 igazolást állítottak ki. A mobilitás ezen formája erősen koncentrált földrajzi mintázatot mutat: az esetek 72%-ában a kezelés szomszédos tagállamban történt, ami a határ menti régiók kiemelt szerepére utal.²⁴⁴

Az átfogó statisztikai jelentéseket tematikus, egyes szociális biztonsági ágakat mélyebben elemző dokumentumok egészítik ki. Az egészségügyi ellátásokkal kapcsolatban a „Cross-border healthcare in the EU under social security coordination” című jelentések a relevánsak. A jelentések az adatokat három fő betegmobilitási csatorna mentén rendszerezik: a nem tervezett ellátások, a tervezett gyógykezelések, valamint a más tagállamban élő biztosítottak ellátása szerint. A monitoring kiterjed a jogosultságigazoló dokumentumok kibocsátására és használatára, az ellátások esetszámaira és irányaira, továbbá a tagállamok közötti pénzügyi megtérítések volumenére és költségvetési súlyára. Emellett rögzíti az engedélyezési arányokat, a jogorvoslati gyakorlatot és a lakossági visszatérítések alakulását is. A jelentések külön figyelmet fordítanak az adminisztratív és jogi nehézségekre – így például a jogosultságigazoló dokumentumok elutasítására, technikai visszautasításokra, vagy értelmezési vitákra –, valamint a tagállami tájékoztatási gyakorlatra. Tehát, ezek dokumentumok így a betegmobilitás mennyiségi, pénzügyi és részben adminisztratív dimenzióiról

²⁴¹ Statistical Report 2024. p.30.

²⁴² Statistical Report 2024. p.28.

²⁴³ Statistical Report 2024. p.23.

²⁴⁴ Statistical Report 2024. pp.25-26.

szolgáltatnak strukturált információt, és alapvetően a rendszer teljesítményének és működési mutatóinak nyomon követésére irányulnak.²⁴⁵

3.7.2 ÖNKÉNTES ADATSZOLGÁLTATÁSON ALAPULÓ MONITORING TEVÉKENYSÉG

A monitoring sajátos formáját jelentik a csalásokkal és hibákkal foglalkozó bizottsági jelentések, amelyek a tagállamok önkéntes adatszolgáltatásán alapulnak az Igazgatási Bizottság H5. határozata nyomán. A „Fraud and error in the field of social security coordination” című jelentések adatgyűjtése kifejezetten a koordináció területén feltárt csalásokra és hibákra irányulnak. Az információk gyűjtése kettős módszertanon alapul: egyrészt számszerű adatokat rögzít, másrészt a tagállamok önkéntes beszámolóí alapján kvalitatív jellegű értékeléseket is tartalmaz. Így magában foglalja a feltárt csalási és hibaesetek számát, valamint az ezekkel érintett pénzügyi összegeket. A jelentés kitér a jogosultságigazolók dokumentumok visszavonására, a tagállamok közötti vitatott elszámolásokra, az egészségügyi számlák elutasításának gyakoriságára, továbbá az ellenőrzési tevékenységek volumenére és az ehhez rendelt humán erőforrásokra is. A kvalitatív elemzés a visszaélések és hibák jellegzetes mintázatait tárja fel. Elkülöníti az állampolgári mulasztásokból fakadó hibákat az intézményi adminisztratív tévedésektől, valamint rögzíti a koordinációs szabályok alkalmazása során felmerülő végrehajtási nehézségeket és strukturális kockázatokat. A jelentés ezen túlmenően összegzi a tagállami jó gyakorlatokat, a végrehajtás során levont tanulságokat és a kétoldalú együttműködési mechanizmusok tapasztalatait.²⁴⁶

A 2023-ban közzétett, 2022-es évre vonatkozó jelentés a betegmobilitás területén számos visszatérő problémát azonosít. Az EU Kártyával összefüggésben tipikus visszaélés a hamisított kártyák használata, a megszűnt biztosítási jogviszony melletti igénybevétel, illetve a fiktív biztosítási jogviszony létesítése.²⁴⁷ Az S1 dokumentumhoz kapcsolódóan gyakori hiba a lakóhely szerinti nyilvántartásba vétel elmulasztása, míg csalásként jelenik meg a

²⁴⁵ DE WISPELAERE, F., DE SMEDT, L., PACOLET, J: *Cross-border healthcare in the EU under social security coordination*. October 2024. (a továbbiakban lábjegyzetben : Cross-border healthcare Report 2024) Elérési útvonal: <https://lirias.kuleuven.be/retrieve/687542> (Utolsó elérés: 2025.12.01.)

²⁴⁶ Fraud and error in the field of social security coordination. November 2023. Elérési útvonal: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=27421&langId=en> (Utolsó elérés: 2025.12.01.) (a továbbiakban lábjegyzetben: Fraud and Error jelentés 2023)

²⁴⁷ Fraud and Error jelentés 2023. p.25.

„rejtett lakóhely” jelensége.²⁴⁸ Jelentős problémakört alkotnak továbbá a tagállamok közötti pénzügyi elszámolások során felmerülő számlázási hibák, valamint az S2 igazolás és az EU Kártya funkcionális különbségének félreértése.²⁴⁹

3.8 AZ EURÓPAI MUNKAÜGYI HATÓSÁG VÉGREHAJTÁST TÁMOGATÓ SZEREPE

3.8.1 A HATÓSÁG LÉTREHOZÁSÁNAK KÖRÜLMÉNYEI ÉS FELADATAI

Az Európai Munkaügyi Hatóság (a továbbiakban: Hatóság), mint egy újabb decentralizált ügynökség létrehozásának szándékát, Jean-Claude Juncker jelentett be 2017 szeptemberében az Európai Unió helyzetét értékelő beszédében.²⁵⁰ A Hatóság létrehozása része a Szociális Jogok Európai Pillérének (a továbbiakban: Pillér) útjára indításával felvázolt európai szociális modell megalkotásának, amely a Pillér által leírt 20 elv és jog mentén szeretné biztosítani a jóléti rendszerek tisztességes működését és a munkaerőpiacok erősítését.²⁵¹ A határon átnyúló foglalkoztatás folyamatos bővülésével és a munkakörülmények folyamatos változásával elengedhetetlenné vált egy olyan szerv létrehozása, amely ebben a megváltozott munkaerőpiaci környezetben is támogatni tudja a méltányos munkaerőmobilitást és segíti a tagállamokat és az Európai Bizottságot a szociális biztonsági rendszerek koordinálásában.²⁵² A Hatóság létrehozására végül 2019-ben került sort a 2019/1149/EU rendelet²⁵³ megalkotásával. A Hatóság feladatai közé tartoznak az alábbiak:

²⁴⁸ Fraud and Error jelentés 2023. p.28.

²⁴⁹ Lásd még: Az Európai Munkaügyi Hatóság által kiadott kiegészítő elemzést: European Labour Authority: Fraud and error and selected issues in the field of social security coordination. (2025) Elérési útvonlat: <https://www.ela.europa.eu/en/publications/fraud-and-error-and-selected-issues-field-social-security-coordination> (Utolsó elérés: 2025.12.12.) Ez a dokumentum épít a Bizottság jelentésében azonosított problémákra, azokat mélyebben elemzi és további operatív szempontokkal egészíti ki.

²⁵⁰ Lásd bővebben: GELLÉRNÉ LUKÁCS, É.: *European Labour Authority – The guardian of posting within the EU?* - In: Hungarian Labour Law E-Journal. 2018/1. - pp.1-21. CREMERS, J.: *The European Labour Authority and right-based labour mobility.* - In: ERA Forum, 2020/21. - p. 21.

²⁵¹ Lásd bővebben: TÓTH Tibor: *Az európai szociális modell változásai és perspektívái.* - In: Európai Tükör, 2018/2., - 34-48.o.; BERKE Gyula, ZACCARIA Márton Leó: *A szociális jogok védelmében – honnan jön és hová tart a Szociális Jogok Európai Pillére?* - In: Jura, 25. évf. 2. sz., 2018. - 15-24.o.; SZÖLLŐSI Gábor: *A szociális jogok európai pillére – az európai szociálpolitika új állomása.* - In: Párbeszéd: Szociális Munka folyóirat, 4. évf. 4.sz., 2017.; POLOMARKAKIS, A.: *The European Pillar of Social Rights and the Quest for EU Social Sustainability.* - In: Social & Legal Studies, Volume 29, Issues 2, 2020. - pp. 183-200.

²⁵² European Labour Authority. <https://www.ela.europa.eu/en/what-we-do> (Utolsó elérés: 2025.12.12.)

²⁵³ Az Európai Parlament és a Tanács 2019/1149 rendelete az Európai Munkaügyi Hatóság létrehozásáról, a 883/2004/EK, a 492/2011/EU és az (EU) 2016/589 rendelet módosításáról, valamint az (EU) 2016/344 határozat hatályon kívül helyezéséről

- tájékoztatást nyújt a magánszemélyeknek, munkáltatóknak és szociális partnereknek a munkaerő-mobilitással kapcsolatos információkról,
- irányítja az Európai Foglalkoztatási Szolgálat európai koordinációs irodáját,
- elősegíti a tagállamok közötti együttműködést és információcserét, valamint segíti az uniós jogban meghatározott, információcserére vonatkozó együttműködési kötelezettségüknek való hatékony megfelelést – ezáltal hozzájárul az EESSI rendszer működéséhez is,
- egy vagy több tagállam kérésére a Hatóság hatáskörébe tartozó területeken összehangolt vagy közös ellenőrzéseket koordinál és támogat,
- a tagállamokkal és a szociális partnerekkel együttműködve kockázatértékeléseket és elemzéseket készít az Európai Unión belüli munkaerő-mobilitásról és szociális biztonsági koordinálásáról,
- támogatja a tagállamokat az uniós jog érvényesítésének előmozdítását szolgáló kapacitásépítésben,
- az Európai Bíróság hatáskörének sérelme nélkül elősegíti a hatáskörébe tartozó területeken a tagállamok közötti viták megoldását, valamint
- elősegíti a tagállamok együttműködését a be nem jelentett munkavégzés elleni fellépésben.²⁵⁴

A Hatóság szociális biztonsági rendszerek koordinációját támogató tevékenysége a tagállami végrehajtási gyakorlatok monitorozásában és az erről szóló jelentések elkészítésében is megjelenik. Ennek egyik példája a Hatóság 2025-ben közzétett jelentése, amely átfogóan értékeli a koordinációhoz kapcsolódó digitális eszközök és szolgáltatások fejlettségét az EGT-államokban. A dokumentum rámutat arra, hogy a digitalizáció szintje jelentős eltéréseket mutat az egyes országok és ellátási területek között: míg az online hozzáférés és az adatvédelem viszonylag fejlett, az interoperabilitás és a komplex ügyek automatizálása továbbra is korlátozott. A jelentés szerint a fejlődést elsősorban a szakemberhiány, a finanszírozási korlátok és a korszerűtlen informatikai rendszerek akadályozzák, ugyanakkor a

²⁵⁴ 2019/1149/EU rendelet II. fejezet

digitalizáció kulcsszerepet játszik a személyek szabad mozgásának gyakorlati érvényesülésében és a koordináció hatékony működésében.²⁵⁵

3.8.2 A HATÓSÁG KAPCSOLATA AZ IGAZGATÁSI BIZOTTSÁGGAL

Mint, ahogy az a fenti feladatkörök ismertetéséből is látszik, a Hatóság fontos szerepet játszik a szociális biztonsági rendszerek uniós koordinációjának támogatásában is. Ennek fényében a Hatóság együttműködési megállapodást kötött az Igazgatási Bizottsággal²⁵⁶ is 2021-ben (a továbbiakban: Megállapodás), a tevékenységek összehangolása és a párhuzamos tevékenységek elkerülése érdekében.²⁵⁷

A Megállapodás egyik elsődleges eleme a felek közötti kommunikáció és kölcsönös tájékoztatás szabályainak részletes rögzítése. Ennek keretében a Hatóság és az Igazgatási Bizottság megállapodtak abban, hogy testületi üléseikre kölcsönösen meghívják egymás képviselőit minden olyan esetben, amikor az ülés napirendjén szereplő kérdések a másik fél feladatkörét, megbízatását vagy tevékenységeit érintik. Ez a rendelkezés azt a célt szolgálja, hogy a szociális biztonsági koordinációt érintő kérdésekben már a döntés-előkészítés szakaszában biztosított legyen a megfelelő intézményi rálátás és információáramlás.²⁵⁸

A kölcsönös tájékoztatás köre nem korlátozódik a testületi üléseken való részvételre. A Megállapodás értelmében a felek rendszeres időközönként munkaértekezleteket szerveznek, valamint közös kezdeményezéseket indítanak, különösen képzési programok és tájékoztató kampányok formájában, amelyek a tagállami hatóságok és egyéb érintett szereplők felkészültségét hivatottak erősíteni. Ezen utóbbira jó példa a 2024 májusában elindított PROGRESS Kölcsönös Tanulási és Megértési Program, amely a tagállami közigazgatások

²⁵⁵ European Labour Authority (2025): *National cross-border digital tools and services in the field of EU social security coordination*. ELA Report, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2025. Elérési útvonal: <https://www.ela.europa.eu/en/topics/social-security-coordination> (Utolsó elérés: 2025.12.03.)

²⁵⁶ Cooperation Agreement between the Administrative Commission for the coordination of social security systems and the European Labour Authority (a továbbiakban: Együttműködési Megállapodás) (2021.12.21.). Elérési útvonal: <https://www.ela.europa.eu/sites/default/files/2022-03/ELA-AC-signed-agreement.pdf> (Utolsó elérés: 2026.01.30.)

²⁵⁷ MORSA, Marc: *The European Regulations on Social Security Coordination from the Perspective of the Belgian Authority*. - In. *Revue Belge de Securite Sociale*, 1. trimestre. 2019. - p.154.

²⁵⁸ Együttműködési Megállapodás II. cím

felkészítését és továbbképzését szolgálja a szociális biztonsági koordináció digitalizációjára, különösen az EESSI rendszer működtetésére.²⁵⁹

Emellett az együttműködés kiterjed arra is, hogy egymást folyamatosan tájékoztatják az együttműködés hatálya alá tartozó döntéseikről és határozataikról, valamint megosztják egymással éves munkaprogramjaikat, ezzel elősegítve tevékenységeik összehangolását és az esetleges párhuzamosságok elkerülését. Az információmegosztás technikai feltételeinek biztosítása érdekében a felek közös digitális adattárat hoztak létre, amely a releváns dokumentumok, anyagok és információk strukturált és biztonságos megosztását szolgálja. A Megállapodás a kapcsolattartás rendjét is egyértelműen szabályozza: a felek közötti operatív kommunikáció kizárólag a kijelölt, egyedüli kapcsolattartókon keresztül történik, elsősorban elektronikus kommunikációs eszközök igénybevételével.²⁶⁰

A Megállapodás részletes eljárási kereteket határoz meg a szociális biztonsági rendszerek koordinációját érintő, tagállamok közötti viták kezelésére is.²⁶¹ Ennek keretében a Hatóság kötelezettséget vállalt arra, hogy minden olyan, elé terjesztett vitáról, amely a koordinációt részben vagy egészében érinti, a közvetítői eljárás első szakaszának megkezdése előtt tájékoztatja az Igazgatási Bizottságot. E rendelkezés célja annak biztosítása, hogy elkerülhető legyen az Igazgatási Bizottság előtti békéltetési eljárás és a Hatóság közvetítői eljárásának párhuzamos alkalmazása ugyanazon ügyben, amely a hatáskörök elmosódásához és az eljárások hatékonyságának csökkenéséhez vezethetne.²⁶² A Megállapodás egyúttal lehetőséget biztosít az Igazgatási Bizottság számára arra is, hogy a vita hozzá történő utalását kérje a közvetítői eljárás első szakaszának megkezdése előtt, illetve az eljárás bármely későbbi szakaszában.²⁶³ Az ügy áttételéhez a vitában részes tagállamok egyetértése szükséges. Abban az esetben, ha a vitában részes bármely tagállam nem járul hozzá az ügy Igazgatási Bizottsághoz történő utalásához, a Hatóság és az Igazgatási Bizottság közösen megvizsgálják az ügy körülményeit, és egy nem kötelező erejű, közös ajánlást fogalmaznak

²⁵⁹ Digitalisation in social security coordination: enhancing effectiveness and efficiency – ELA launches the PROGRESS Programme. Elérési útvonat: <https://www.ela.europa.eu/en/news/digitalisation-social-security-coordination-enhancing-effectiveness-and-efficiency-ela> (Utolsó elérés: 2026.01.30.)

²⁶⁰ Együttműködési Megállapodás II. cím

²⁶¹ Együttműködési Megállapodás III. cím 1. fejezet 6. cikk

²⁶² Együttműködési Megállapodás III. cím 4. fejezet 11. cikk

²⁶³ Együttműködési Megállapodás III. cím 2. fejezet 8. cikk

meg arra vonatkozóan, hogy mely testület lenne alkalmasabb az ügy kezelésére. Amennyiben a közös ajánlás kézhezvételét követően sem alakul ki egyetértés a tagállamok között az illetékes fórum tekintetében, az ügy háttérében álló kérdés az Igazgatási Bizottság hatáskörében marad. A Megállapodás továbbá azt is rögzíti, hogy a vitában részes bármely tagállam a közvetítői eljárás bármely szakaszában kezdeményezheti az ügy Igazgatási Bizottság elé utalását.²⁶⁴

3.9 KITEKINTÉS: A JOGOSULTSÁG IGAZOLÁS DIGITALIZÁCIÓJA: EUROPEAN SOCIAL SECURITY PASS (ESSPASS)

3.9.1 AZ ESSPASS LÉTREJÖTTÉNEK INDOKAI ÉS KAPCSOLATA AZ EESSI-VEL

Az EESSI működésének elemzése és a monitoring adatok tanulságai egyaránt arra utalnak, hogy a tagállami intézmények közötti digitális együttműködés technikai és szervezeti keretei az uniós szociális biztonsági koordinációban mára nagyrészt kiépültek. Ugyanakkor az EESSI logikájából következően a rendszer kizárólag az illetékes intézmények közötti kommunikációt fedi le, miközben az uniós polgárok továbbra is nagyrészt közvetett módon, papíralapú eszközökön keresztül kapcsolódnak a koordinációs folyamatokhoz.²⁶⁵ E korlát felismerése vezetett el ahhoz, hogy az Európai Bizottság a digitalizáció következő lépéseként kezdeményezte a European Social Security Pass (a továbbiakban: ESSPASS) projekt elindítását. Az ESSPASS projektet a Szociális Jogok Európai Pilléréhez kapcsolódó, 2021-ben kiadott Cselekvési Terv²⁶⁶ részeként indították el. A projekt azt vizsgálja, hogy miként lehet az uniós polgárok társadalombiztosítási fedezeteinek, jogosultságainak, valamint az ahhoz kapcsolódó dokumentumok hitelességének, érvényességének illetékes intézmények általi valós idejű ellenőrzését megvalósítani – csökkentve ezáltal az esetleges csalások, visszaélések lehetőségét is.²⁶⁷ A projekt egyik központi kérdése továbbá, hogy az EESSI keretében működő intézményközi infrastruktúra mikor egészíthető ki olyan digitális

²⁶⁴ Együttműködési Megállapodás III. cím 2. fejezet 9. és 10. cikk

²⁶⁵ KRISTÓ, BORBÁS (2021): i.m. 152.o.

²⁶⁶ A Bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának. Cselekvési Terv a Szociális Jogok Európai Pillérének megvalósítására. COM/2021/102 final. Elérési útvonala: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX:52021DC0102> (Utolsó elérés: 2025.12.19.)

²⁶⁷ HAJDÚ, et.al. (2025): i.m. p.22.

megoldásokkal, amelyek a polgárok számára is közvetlen hozzáférést biztosítanak a releváns igazolásokhoz.²⁶⁸

3.9.2 AZ ESSPASS KAPCSOLATA MÁS UNIÓS KEZDEMÉNYEZÉSEKKEL

Az ESSPASS kezdeményezés szorosan kapcsolódik a 2018/1724/EU rendelet²⁶⁹ által létrehozott egységes digitális kapuhoz, amely előírja, hogy meghatározott, az élethelyzetekhez és a mobilitáshoz kapcsolódó eljárásokat teljes mértékben online módon elérhetővé kell tenni. Az ESSPASS ezen kötelezettségek teljesítését annyiban egészíti ki, hogy nemcsak az eljárások online indítását teszi lehetővé, hanem a kiállított igazolások határokon átnyúló ellenőrizhetőségét is vizsgálja.²⁷⁰

A 2018/1724/EU rendelet alapján az általa előírt eljárások az alábbi feltételek mentén tekinthetők online jellegűnek:

„Az (1) bekezdésben említett eljárások akkor tekinthetők teljes mértékben online jellegűnek, ha:

- a) a felhasználók azonosítása, az információ és az alátámasztó igazolások benyújtása, az aláírás és a végső benyújtás mind elektronikus úton, távolról, olyan szolgáltató csatornán keresztül végezhető el, amely lehetővé teszi a felhasználók számára, hogy az eljáráshoz kapcsolódó összes követelményt felhasználóbarát és strukturált módon teljesítsék;*
- b) a felhasználók automatikus átvételi elismervényt kapnak, kivéve, ha az eljárás eredménye azonnal kézbesítésre kerül;*
- c) az eljárás eredményét elektronikusan, vagy ha az alkalmazandó uniós vagy nemzeti jognak való megfeleléshez szükséges, fizikai úton kézbesítik; és*
- d) a felhasználókat elektronikus úton értesítik az eljárás befejezéséről.”²⁷¹*

A projekt emellett kapcsolatban áll a European Digital Identity (a továbbiakban: EUDI) kezdeményezéssel is, amelynek részletszabályait a 2024/1183/EU rendelet²⁷² határozza

²⁶⁸ European Social Security Pass. Elérési útvonal: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/moving-working-europe/eu-social-security-coordination/digitalisation-social-security-coordination/european-social-security-pass/questions-answers_en (Utolsó elérés: 2025.12.15.)

²⁶⁹ Európai Parlament és a Tanács (EU) 2018/1724 rendelete (2018. október 2.) az információkhoz, eljárásokhoz, valamint segítségnyújtó és problémamegoldó szolgáltatásokhoz hozzáférést biztosító egységes digitális kapu létrehozásáról, továbbá az 1024/2012/EU rendelet módosításáról

²⁷⁰ BIRÓNÉ MALUSTYIK (2023): i.m. p.107.

²⁷¹ 2018/1725/EU rendelet 6. cikk (2) bekezdés

²⁷² Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2024/1183 rendelete (2024. április 11.) a 910/2014/EU rendeletnek az európai digitális személyazonosság keret létrehozására tekintettel történő módosításáról

meg. Ennek a rendszernek az egyik fontos része, hogy a polgárok különböző típusú, akár személyazonosításra is alkalmas dokumentumokat, tanúsítványukat tárolhatnak benne és azokat megoszthatják az illetékesekkel. Az ESSPASS ennek keretében azt elemzi, miként integrálható a társadalombiztosítási igazolások kezelése a digitális identitás-ökoszisztémába, erősítve ezzel a joggyakorlás hatékonyságát és átláthatóságát.²⁷³

3.9.3 A PILOT PROJEKT MEGVALÓSÍTÁSA

A pilot projekt első szakasza 2022-ben indult, amelynek keretein belül az A1 jelű űrlap – amely annak igazolására szolgál, hogy az adott személyre mely társadalombiztosítási jogszabályok alkalmazandóak, ha egy másik uniós országban fizeti a társadalombiztosítási járulékot – érvényességének és hitelességének határokon átnyúló, digitális ellenőrzésének lehetőségeit vizsgálják.²⁷⁴

Az ESSPASS projekt első szakaszát lezáró, 2022-ben közzétett jelentés részletesen bemutatja az A1 igazolás digitalizált kiállításának és ellenőrzésének lehetséges folyamatait, valamint az EESSI-vel és más uniós digitális rendszerekkel való kapcsolatát. A fejlesztés az alábbi lépéseket dolgozta ki az A1 jelű űrlap ESSPASS rendszeren keresztül történő kiadására és ellenőrzésére. A javasolt modell szerint a nemzeti társadalombiztosítási intézmény által kiállított igazolás egy digitális pénztárcában kerülne elhelyezésre, amelyből az érintett személy azt a fogadó tagállam illetékes szervei számára bemutathatja, lehetővé téve a jogosultság valós idejű, elektronikus ellenőrzését.²⁷⁵ A pilotok eredményei alapján a Bizottság várhatóan 2026-ban dönt arról, hogy a megoldás más dokumentumokra is kiterjeszhető-e.²⁷⁶

²⁷³ HAJDÚ, et al. (2025): i.m. p.21.

²⁷⁴ ESSPASS Pilot Project – Exploring a new digital tool to help mobile citizens exercise their social security rights across borders. Elérési útvonal: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=849&newsId=10341&furtherNews=yes> (Utolsó elérés: 2025.12.15.)

²⁷⁵ ESSPASS Overview and main concepts. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. October 2022. Elérési útvonal: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&furtherNews=yes&newsId=10435&langId=en> (Utolsó elérés: 2025.12.15.) (a továbbiakban: ESSPASS jelentés)

²⁷⁶ European Social Security Pass. Elérési útvonal: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/moving-working-europe/eu-social-security-coordination/digitalisation-social-security-coordination/european-social-security-pass/questions-answers_hu (Utolsó elérés: 2025.12.15.)

3.10 RÉSZKÖVETKEZTETÉSEK

A fejezet a koordinációs rendeletek betegmobilitási szabályainak végrehajtását olyan intézményközi végrehajtási rendszerként mutatta be, amelyben a biztosítottak jogainak gyakorlása és az ellátások költségeinek intézményközi megtérítése a tagállamok közötti szoros horizontális együttműködésre épül. Ez az együttműködés standardizált eljárási útvonalakon, egységes digitális infrastruktúrán és strukturált elektronikus dokumentumokon keresztül valósul meg. A fejezet több ponton is azonosította a horizontális együttműködés intézményesült formáit.

Az S1-es jogosultságigazoláshoz kapcsolódó nyilvántartási és értesítési kötelezettségek folyamatos, kétoldalú információcserét feltételeznek az illetékes és a lakóhely szerinti tagállam intézményei között. A nem tervezett egészségügyi ellátások esetében az EU Kártya jelenti a jogosultság igazolásának elsődleges eszközét, ugyanakkor a szabályozás lehetővé teszi, hogy a jogosultság – a kártya hiányában – intézményközi megkeresés útján is igazolható legyen. A tervezett egészségügyi ellátásoknál a végrehajtási rendelet 26. cikk (2) bekezdése szerinti eljárás különösen jól szemlélteti az intézményközi együttműködés működését: ha a biztosított lakóhelye más tagállamban található, kérelmét a lakóhely szerinti intézménynél terjeszti elő, amely a kérelmet – az ellátás indokoltságáról szóló szakmai nyilatkozatával együtt – továbbítja az illetékes intézményhez. Az illetékes intézmény döntése érdemben a lakóhely szerinti intézmény szakmai értékelésére támaszkodik. A horizontális együttműködés rendszerszintű tere mindemellett az ellátások költségeinek intézményközi megtérítése, amely egységes uniós eljárási keretben zajlik. Ezen megállapítások közvetlenül kapcsolódnak az első kutatási célhoz, mivel a fejezet rámutatott arra, hogy a koordinációs jogalap a betegmobilitási szabályok végrehajtását alapvetően standardizált intézményközi eljárások, dokumentumok és egységes digitális infrastruktúra révén biztosítja. A fejezet ezzel egyben kijelöli azt a koordinációs együttműködési modellt is, amelyhez képest a betegmobilitási irányelv eltérő szabályozási és együttműködési logikája a későbbiekben összehasonlíthatóvá válik.

A fejezet a vertikális dimenzió tekintetében azt mutatta be, hogy az Európai Bizottság a tagállamok kötelező és önkéntes adatszolgáltatására építve monitoring tevékenységet folytat. Ez a monitoring elsősorban a forgalmi adatok, a pénzügyi volumenek, az eljárási saja-

tosságok, valamint a hibák és csalások nyomon követésére koncentrálnak. Ez a megközelítés előkészíti a disszertáció második kutatási céljához kapcsolódó elemzést, mivel a fejezet alapján az is láthatóvá válik, hogy a monitoring a végrehajtás számos aspektusát képes megragadni, ugyanakkor a tagállami operatív működés egyes dimenziói csak közvetett módon tükröződnek vissza benne. A Bizottság vertikális monitoring tevékenységének egyik operatív eszköze az EESSI rendszer működését követő dashboard, amely a digitális koordinációs infrastruktúra használatára és technikai működésére vonatkozó adatokat gyűjt. A dashboard nyomon követi többek között a tagállami rendszerek EESSI-integrációjának állapotát, az implementált üzleti folyamatok körét, az intézményközi elektronikus üzenetforgalom volumenét, valamint a központi infrastruktúra működési stabilitását. Emellett képet ad a tagállami informatikai szakalkalmazások integrációjáról és a digitális implementáció előrehaladásáról is. Ez megalapozza annak későbbi vizsgálatát is, hogy az ilyen jellegű, elsősorban technikai és teljesítményalapú adatok mennyiben alkalmasak a nemzeti szakalkalmazások működési hiányosságainak feltárására.

A fejezetben bemutatott Hatóság funkciói a vertikális dimenzió további, végrehajtást támogató elemeit jelenítik meg. A Hatóság elsősorban a tagállamok támogatása révén járul hozzá a szociális biztonsági rendszerek koordinációjához: képzési programok szervezésével, jelentések készítésével és a digitalizációhoz kapcsolódó szakmai együttműködések elősegítésével támogatja a tagállami végrehajtási kapacitások erősítését. Az Igazgatási Bizottsággal kötött együttműködési megállapodása emellett a tagállamok közötti viták hatékonyabb kezelését is támogatja.

A koordinációs tevékenységet támogató bizottságok bemutatása arra is rámutatott, hogy a koordinációs rendeletek végrehajtása nem kizárólag tagállami szinten történik, hanem uniós szintű operatív fórumok is alakítják. Az Igazgatási Bizottság ezen rendszer központi koordinációs fóruma: tagállami képviselőkből álló testület, amelynek titkársági feladatait az Európai Bizottság látja el. Ez a szervezeti felépítés önmagában is egyfajta intézményesített együttműködési formát jelenít meg, amely a horizontális és a vertikális dimenzió elemeit egyaránt magában hordozza. A Bizottság értelmezési és igazgatási kérdésekben orientáló szerepet tölt be, előmozdítja a digitális megoldások – különösen az EESSI – egységesítését, valamint fórumot biztosít a tagállamok közötti vitás kérdések rendezésére. Az

Adatkezelési és Technikai Bizottság ezzel összefüggésben a technikai és adatbiztonsági feltételek szakmai háttérintézményeként működik, míg a Könyvvizsgáló Bizottság a pénzügyi elszámolások megbízhatóságának ellenőrzését és a vitás kérdések tisztázását támogatja. A Tanácsadó Bizottság pedig a szociális partnerek bevonásával olyan szempontokat jelenít meg, amelyek a koordináció társadalmi és munkaerőpiaci beágyazottságát erősítik.

Végül, a fejezet EESSI rendszert bemutató része arra világított rá, hogy a koordinációs rendeletek végrehajtása ma már strukturált elektronikus kommunikációs térben történik, ahol a tagállamok közötti együttműködés nem csupán jogi kötelezettség, hanem egyben standardizált dokumentumokhoz, eljárási lépésekhez és technikai csatlakozási feltételekhez kötött adminisztratív gyakorlat is. Ezen megfigyelések a disszertáció harmadik kutatási céljához kapcsolódó későbbi elemzést készítik elő azzal, hogy a digitális infrastruktúrát a jogszerű és kiszámítható intézményközi együttműködés egyik működési feltételeként jelenítik meg.

Összességében a fejezet a koordinációs rendeletek betegmobilitási szabályait olyan végrehajtási modellként írta le, amelyben a jogok érvényesülése az intézményesített horizontális együttműködés, az uniós szintű koordinációs és monitoring mechanizmusok, valamint a digitalizált kommunikációs infrastruktúra összekapcsolódásán keresztül valósul meg. A fejezet így alapot teremt a kettős jogalap végrehajtási logikájának későbbi összehasonlításához, a vertikális monitoring rálátásának és korlátainak vizsgálatához, valamint a digitális infrastruktúra közigazgatási működésben betöltött szerepének elemzéséhez.

4. A BETEGMOBILITÁS IRÁNYELV VÉGREHAJTÁSI KERETEI

A betegmobilitási szabályozás második pillérét adó betegmobilitási irányelv jogalapját és keretrendszerét a szolgáltatások szabad áramlásának belső piaci alapelve képezi, amelynek keretében az egészségügyi ellátást – az EUB ítélkezési gyakorlatával összhangban – szolgáltatásként kezeli. Ennek megfelelően az irányelv középpontjában nem a társadalombiztosítási rendszerek közötti automatikus védelem, hanem az egyéni beteg, mint tudatos

döntéshozó és szolgáltatást igénybe vevő szerepel.²⁷⁷ Az irányelv alapvető kiinduló pontja, hogy az uniós polgárok jogosultak arra, hogy saját elhatározásukból (tervezett módon), saját költségükön egészségügyi ellátást vegyenek igénybe egy másik tagállamban és e joguk gyakorlása nem korlátozható indokolatlan közigazgatási vagy pénzügyi feltételekkel.²⁷⁸ Így a betegmobilitási irányelv a koordinációs rendeletek mellett a tervezett egészségügyi ellátások igénybevételéhez nyújt – eltérő feltételek menetén – párhuzamos jogalapot.

A jelen fejezet célja ezért a betegmobilitási irányelv normatív és intézményi kereteinek elemzése. A vizsgálat egyrészt áttekinti az irányelv megalkotását megalapozó EUB joggyakorlatot, másrészt részletesen elemzi az irányelv azon rendelkezéseit, amelyek a határon átnyúló egészségügyi ellátások társadalombiztosítási finanszírozására, a tagállami kötelezettségekre és az intézményi együttműködés formáira vonatkoznak. A fejezet külön figyelmet fordít a nemzeti kapcsolattartó pontok szerepére, valamint az Európai Bizottság monitoring tevékenységére is. A fejezet célja annak feltárása, hogy az irányelvi jogalap milyen eltérő intézményi és működési mintázatokat eredményez a betegmobilitási szabályok végrehajtásában, és ez miként viszonyul a koordinációs rendeletek által kialakított végrehajtási modellhez.

4.1 AZ IRÁNYELVET MEGELŐZŐ EUB JOGGYAKORLAT

Hosszú időn keresztül csak a koordinációs rendeletek határozták meg az irányadó szabályokat a betegmobilitást kérdéskörét érintően. Azonban a koordinációs rendeletek tervezett egészségügyi ellátásokra vonatkozó szabályainak alkalmazása számos esetben az EUB előzetes döntéshozatalát tette szükségessé, amelyek végül a betegmobilitási irányelv megalkotásához vezettek.²⁷⁹

²⁷⁷ KOVÁCS György: *Az Európai Unió hatáskörei az egészséghez való jog, egészségügyi ellátások területén. Úton az európai egészségügyi unió felé?* - In. *Glossa Iuridica*, X.évf. 7.szám, Budapest, 2023. – 65.o.

²⁷⁸ PEETERS, M.: *Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare.* – In. *European Journal of Health Law*, Vol.19. No.1. 2012. – p.32.

²⁷⁹ BIRÓNÉ MALUSTYIK Brigitta: *Rules and Practical Challenges of Cross-Border Healthcare in the European Union.* - In. *Acta Humana*, 2024/1. - p.72.

4.1.1 LUISI ÉS CARBONE ÜGY (1984)

A Luisi és Carbone egyesített ügyekben hozott ítélet²⁸⁰ a betegmobilitás és a szolgáltatásnyújtás szabadsága értelmezésének egyik korai előzményének tekinthető. Az ügy jelentősége túlmutatott a konkrét valutaexport-korlátozások vizsgálatán, mivel az EUB első alkalommal rögzítette, hogy az egészségügyi ellátás igénybevétele a gazdasági szolgáltatásnak minősül, amelynek szabad áramlását az egységes belső piacon belül biztosítani kell. Az ítélet alapjául szolgáló eljárás két olyan olasz állampolgár, Graziana Luisi és Giuseppe Carbone ügyéből indult ki, akik az 1970-es évek közepén turisztikai, illetve gyógykezelési célból utaztak más tagállamokba és az utazások során az olasz jog által akkor meghatározott valutakiviteli korlátot meghaladó összegű készpénzt vittek magukkal. Az olasz hatóságok emiatt pénzbírságot szabtak ki velük szemben, amelynek jogszerűsége kapcsán a genovai bíróság előzetes döntéshozatal iránti kérelmet terjesztett az EUB elé. A jogvita központi kérdése az volt, hogy a turizmus, a tanulmányi utak, illetve az orvosi kezelés céljából történő valutatranszferek tőkemozgásnak vagy a szolgáltatásnyújtáshoz kapcsolódó folyó fizetésnek minősülnek-e.²⁸¹

Az EUB 1984. január 31-én kihirdetett ítéletében kimondta, hogy a szolgáltatásnyújtás szabadsága nem csupán a szolgáltatást nyújtója, hanem annak igénybevevője számára is védelmet biztosít. Az EUB egyértelművé tette, hogy a más tagállamba utazó egészségügyi ellátást igénybe vevő személyek is szolgáltatás-igénybevevőnek minősülnek.²⁸² Ennek következtében a tagállamok nem alkalmazhatnak olyan mennyiségi vagy adminisztratív korlátozásokat, amelyek a szolgáltatások igénybevételét ténylegesen ellehetetlenítik.²⁸³ Ez a megközelítés később közvetlenül hatott a Decker, Kohll és Watts ügyekben kialakított joggyakorlatra és végső soron megalapozta a betegmobilitási irányelv megalkotását.²⁸⁴

4.1.2 GROGAN ÜGY (1991)

A Grogan ügyben²⁸⁵ az EUB az egészségügyi ellátások és a tájékoztatás szabadságának viszonyát elemezte a betegmobilitás kontextusában. Az alapeljárás Írországban indult, ahol

²⁸⁰ C - 286/82 és 286/83 Luisi and Carbone egyesített esetek (1984) ECR 377. (a továbbiakban: Luisi és Carbone ítélet)

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX%3A62011CJ0221> (Utolsó elérés: 2025.12.12.)

²⁸¹ Luisi és Carbone ítélet 1-3. pont

²⁸² Luisi és Carbone ítélet 16. pont

²⁸³ Luisi és Carbone ítélet 34. pont

²⁸⁴ BÍRÓ (2010): i.m. 35.o.

a terhességmegszakítás alkotmányos és büntetőjogi tilalom alatt állt.²⁸⁶ Az ír abortuszellenes szervezet eljárást indított Stephen Grogan és más hallgatói önkormányzati tisztviselők ellen, mert olyan kiadványokat terjesztettek, amelyek a brit abortuszklinikák elérhetőségét tartalmazták.²⁸⁷ A hallgatói szervezetnek nem volt semmilyen gazdasági kapcsolata a brit klinikákkal, csupán tájékoztatási célból közölték az adatokat.²⁸⁸ A bírósági eljárás során az EUB-hoz fordultak előzetes döntéshozatali kérelemmel, arra keresve a választ, hogy a más tagállamokban jogszerűen nyújtott egészségügyi szolgáltatásokról szóló információk terjesztésének tilalma összeegyeztethető-e az uniós joggal, különösen a szolgáltatásnyújtás szabadságával.²⁸⁹

Az EUB az ítéletében mindenekelőtt rögzítette, hogy a terhességmegszakítás – amennyiben azt díjazás ellenében és jogszerűen végzik egy tagállamban – az EUMSZ értelmében szolgáltatásnak minősül. Az EUB hangsúlyozta, hogy a tevékenység erkölcsi vagy etikai megítélése nem befolyásolja annak gazdasági jellegét.²⁹⁰ Ezzel párhuzamosan azonban az EUB arra a következtetésre jutott, hogy a konkrét ír tilalom nem sérti a szolgáltatásnyújtás szabadságát. A döntés központi indoka az volt, hogy a hallgatói önkormányzat és a brit abortuszklinikák között semmilyen gazdasági vagy szerződéses kapcsolat nem állt fenn, így a hallgatók tevékenysége nem a szolgáltatók érdekében, hanem önálló tájékoztatási céllal történt, így az inkább a véleménynyilvánítás szabadságának körébe sorolható, semmint a gazdasági szolgáltatások szabad áramlásához.²⁹¹

4.1.3 KOHLL ÉS DECKER ÜGYEK (1998)

A Kohll- és Decker ügyek kapcsán merült fel először, hogy a koordinációs rendelet által előírtak ellenére, tervezett ellátást vettek igénybe előzetes engedély nélkül egy másik tagállamban és a költségek utólagos megtérítését kérték.²⁹² Bár az ügyek két külön eljárásban

²⁸⁵ C-159/90: Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd. v. Grogan (a továbbiakban: Grogan ítélet) <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A61990CJ0159> (Utolsó elérés: 2025.12.12.)

²⁸⁶ Lásd bővebben: DEIRDRE, M. C.: *Case C-159/90, The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd v. Grogan, Judgment of 4 October 1991.* - In. Common Market Law Review, Issue 3, 1992. - pp. 585-603.

²⁸⁷ Grogan ítélet 2. pont

²⁸⁸ Grogan ítélet 6. pont

²⁸⁹ Grogan ítélet 9. pont

²⁹⁰ Grogan ítélet 20. pont

²⁹¹ Grogan ítélet 26. pont

²⁹² GELLÉRNÉ LUKÁCS (2020a): i.m. 1363.o.

kerültek elbírálásra, az EUB mindkét ítéletet azonos napon hirdette ki, és azok egymással szoros összefüggésben jelölték ki az egészségügyi ellátások belső piaci megközelítésének új irányát.

A Decker ügy²⁹³ az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó áruk szabad mozgásának kérdését állította középpontba. Az ügy alapjául szolgáló tényállás szerint, Nicolas Decker luxemburgi biztosított egy luxemburgi szemorvos receptje alapján Belgiumban vásárolt szemüveget, majd annak költségtérítését kérte a luxemburgi illetékes szervtől.²⁹⁴ A kérelme elutasításra került arra hivatkozással, hogy a szemüveg vásárlásához előzetes engedélyre lett volna szükség.²⁹⁵ A jogvita során a luxemburgi bíróság előzetes döntéshozatali kérelmet terjesztett az EUB elé, amely ennek nyomán kimondta, hogy az orvostechnikai eszközök – így a szemüveg – beszerzésének előzetes engedélyhez kötése az áruk szabad mozgásának jogellenes korlátozását valósítja meg.²⁹⁶ Az EUB hangsúlyozta – egyetértve Decker úr érvelésével – hogy a beteg jogosult a biztosítás helye szerinti tagállamban meghatározott tarifák szerinti visszatérítésre, amelynek így nincs hatása a társadalombiztosítási rendszer fenntarthatóságára.²⁹⁷

A Kohll-ügyben²⁹⁸ ezzel párhuzamosan az egészségügyi szolgáltatások szabad áramlása felőli megközelítése volt a központi kérdés. Az ügy tényállása szerint Raymond Kohll engedélyt kért arra, hogy kiskorú lánya Németországban egy magán egészségügyi szolgáltatónál részesülhessen fogszabályzási kezelésben. A luxemburgi intézmény az engedélykérelmet elutasította arra hivatkozva, hogy a kezelés belföldön is elérhető lenne az orvosilag indokolt határidőn belül.²⁹⁹ Az EUB ítéletében kimondta, hogy ez az ellátás – függetlenül attól, hogy közfinanszírozott-, vagy magánszolgáltató nyújtja – szolgáltatásnak minősül³⁰⁰ és az előzetes engedélyezési kötelezettség alkalmas arra, hogy visszatartsa a betegeket más

²⁹³ C-120/95.sz. Decker v. Caisse de Maladie des *Employés Privés* ügy. (a továbbiakban: Decker ítélet) Elérési útvonal: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/ALL/?uri=CELEX:61995CJ0120> (Utolsó elérés: 2025.12.02.)

²⁹⁴ Decker ítélet 2. pont

²⁹⁵ Decker ítélet 3. pont

²⁹⁶ Decker ítélet 36. pont

²⁹⁷ Decker ítélet 38. és 40. pont

²⁹⁸ C-158/96.sz. Kohll v. Union des Caisses de Maladie ügy.(a továbbiakban: Kohll ítélet) Elérési útvonal: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/ALL/?uri=ecli:ECLI:EU:C:1998:171> (Utolsó elérés: 2025.12.02.)

²⁹⁹ Kohll ítélet 2-3. pont

³⁰⁰ Kohll ítélet 29. pont

tagállambeli szolgáltatások igénybevételétől.³⁰¹ Az EUB továbbá kimondta, hogy a biztosítás helye szerinti tagállam tarifái alapján történő utólagos költségtérítés önmagában nem veszélyezteti a társadalombiztosítás pénzügyi egyensúlyát.³⁰²

A Kohll-és Decker ügyek legfontosabb megállapítása az irányelv szabályozási logikájának egyik központi elemévé vált: az rögzíti, hogy – főszabály szerint – a biztosítás helye szerinti tagállam nem kötheti előzetes engedélyhez a határon átnyúló egészségügyi ellátások költségeinek visszatérítését³⁰³, mert az a szolgáltatások szabad áramlásának korlátozását jelenti.³⁰⁴ Ugyanakkor az irányelv rendelkezik azon ellátások köréről is, amelyek esetében fenntartható az előzetes engedélyezési rendszer.³⁰⁵ Ezen részletszabályok bemutatására a következő alfejezetben kerül sor.

Emellett mind a Kohll-, mind a Decker ügyek központi eleme volt a társadalombiztosítási rendszerek pénzügyi egyensúlyának védelme. Ezt az elvet az irányelv a visszatérítés mértékének meghatározásán keresztül ültette át; kimondja, hogy a költségtérítés legfeljebb a belföldi költségek mértékéig terjedhet.³⁰⁶

Decker ügy által megnyitott, az egészségügyi ellátásokhoz kapcsolódó áruk szabad mozgására épülő jogfejlesztési irányt az irányelv több pontos is beemelte a szabályozásba. Az irányelv például az „egészségügyi ellátás” fogalmába kifejezetten beleérti az orvostechikai eszközök felírását, kiadását és az azokkal való ellátást is.³⁰⁷ Ezt a megközelítést erősíti az irányelv azon rendelkezése, amely kimondja, hogy a visszatérítési szabályok akkor is alkalmazandók, ha a beteg a gyógyszert vagy orvostechikai eszközt a biztosítás helye szerinti tagállamtól eltérő tagállamban szerzi be.³⁰⁸

A Kohll ügy kiemelt jelentőségű tanulsága továbbá, hogy az egészségügyi szolgáltatások szabad áramlása nem korlátozódik a közfinanszírozott egészségügyi rendszerek keretein

³⁰¹ Kohll ítélet 34-35. pont

³⁰² Kohll ítélet 42. pont

³⁰³ 2011/24/EU irányelv 7. cikk (8) bekezdés

³⁰⁴ 2011/24/EU irányelv (38) preambulumbekkezdés

³⁰⁵ 2011/24/EU irányelv 8. cikk

³⁰⁶ 2011/24/EU irányelv 7. cikk (4) bekezdés

³⁰⁷ 2011/24/EU irányelv 3. cikk a, pont

³⁰⁸ 2011/24/EU irányelv (16) preambulumbekkezdés

belül nyújtott ellátásokra, hanem kiterjed a magánszolgáltatók által nyújtott egészségügyi szolgáltatásokra is.³⁰⁹ Az irányelv kifejezetten rögzíti, hogy a szabályozást az egészségügyi ellátás szervezésére, végrehajtására és finanszírozására tekintet nélkül kell alkalmazni.³¹⁰³¹¹

4.1.4 SMITS ÉS PEERBOOMS ÜGY (2001)

A Smits és Peerboms ügyben³¹² az EUB két holland állampolgár ügyéhez kapcsolódó keresetet egyesítette, akik a biztosítás helye szerinti tagállamtól eltérő tagállamban vettek igénybe kórházi ellátást. A Smits ügy tényállás szerint, Smits asszony Parkinson-kórban szenvedett és Németországban részesült egy speciális terápiában,³¹³ míg Peerboms ügyben Peerboms úr kómás állapotban egy innsbrucki klinikán kapott neurostimulációs kezelést.³¹⁴ Mindkét esetben a biztosítottak utólag kérték a kezelések költségeinek megtérítését a holland illetékes intézménytől, amely azonban az igényeket elutasította arra hivatkozva, hogy a betegek nem rendelkeztek előzetes engedéllyel.³¹⁵

A jogvita háttérében a holland egészségbiztosítási rendszer sajátosságai álltak. A rendszer alapvetően természetbeni ellátásra épült, amelyben a biztosítottak főszabály szerint a biztosítóval szerződött egészségügyi intézményekben, térítésmentesen részesülnek ellátásban.³¹⁶ Emellett a holland nemzeti szabályozás a belföldi kórházi kezelések vonatkozásában is a finanszírozás előfeltételeként írta elő, hogy a kezelésnek adott szakmai körökben elfogadottnak kell lennie. Ennek a feltételnek a külföldi kórházi kezelések esetén is érvényesülnie kell, amellett, hogy – a koordinációs szabályozás értelmében – igazolni kell, hogy az ellátás orvosilag szükséges és nem biztosítható belföldön az orvosilag indokolt ellátási időn belül.³¹⁷

³⁰⁹ Kohll ítélet 29. pont

³¹⁰ 2011/24/EU irányelv 1. cikk (2) bekezdés

³¹¹ A Kohll-ügyben ezt egy kórházi infrastruktúrán kívül nyújtott fogszabályi kezelés kapcsán mondták ki, azonban később az EUB a Stamatelaki-ügyben (C-444/05, 2007) a kórházi magánellátások kapcsán is rögzítette a belföldi költségek mértékéig történő finanszírozhatóságot.

³¹² C-157/99. sz. Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ and H.T.M. Peerbooms v Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen ügy (a továbbiakban: Smits és Peerbooms ítélet) Elérési útvonat: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX%3A61999CJ0157&qid=1772632621214> (Utolsó elérés: 2025.12.12.)

³¹³ Smits és Peerbooms ítélet 25. pont

³¹⁴ Smits és Peerbooms ítélet 32. pont

³¹⁵ Smits és Peerbooms ítélet 25-26.pont és 33-34.pont

³¹⁶ Smits és Peerbooms ítélet 3. pont

³¹⁷ Smits és Peerbooms ítélet 84. pont

A holland bíróság azért fordult előzetes döntéshozatali kérelemmel az EUB-hoz, mert kétséges volt számára, hogy a szolgáltatásnyújtás szabadsága egy olyan rendszerre is kiterjed-e, amelyben a biztosított nem közvetlenül fizet az ellátásért, hanem a költségeket a biztosító viseli. Az EUB-nak azt is tisztáznia kellett, hogy jogszerű eljárás-e, ha a kórházi kezelések költségeinek megtérítését előzetes engedélyhez kötik, ahol fontos szempont az ellátás szakmai elfogadottsága, valamint az orvosi szükségessége. Emellett szükség volt az EUB iránymutatására abban a kérdésben is, hogy alkalmazható-e a belföldi kórházi kezelések közfinanszírozása tekintetében előírt „szakmai elfogadottság” a külföldi kórházi kezelések esetén is. Az EUB ítéletében mindenekelőtt megerősítette, hogy a kórházi ellátás akkor is a szolgáltatások szabad áramlásának elve alá tartozik, ha azt a tagállami társadalombiztosítási szerv közvetlenül finanszírozza és a beteg számára a kezelés térítésmentesnek tűnik. Ugyanakkor az EUB elismerte, hogy a kórházi ellátások sajátos jellege – különösen azok tervezési igénye, költségessége és az infrastruktúra függőség – indokoltá teheti az előzetes engedélyezési rendszerek fenntartását.³¹⁸ Az engedélyezési rendszer elfogadhatósága azonban nem jelentett korlátlan mérlegelési jogkört a tagállamok számára. Az EUB kimondta, hogy a kezelés szakmai elfogadottságát nem lehet csupán nemzeti szakmai álláspontokra szűkíteni: amennyiben az adott kezelési módszer a nemzetközi orvostudomány által elfogadottnak minősül, a megtérítés pusztán e kritériumra hivatkozva nem tagadható meg.³¹⁹ Hasonlóképpen az orvosi szükségesség hiányára is csak akkor lehet hivatkozni, ha a beteg a saját tagállamában orvosilag elfogadható határidőn belül hozzájut ugyanahhoz vagy azonos hatékonyságú ellátáshoz.³²⁰

Tehát, az ítélet nyomán egy határvonal jött létre a kórházi ellátások és járóbeteg ellátások között az előzetes engedélyezési kötelezettség tekintetében: míg a járóbeteg ellátásoknál – a Kohll és Decker ügyek alapján – az előzetes engedélyezési rendszer fenntartása vélelmezten jogellenes és a tagállamoknak kell bizonyítani a korlátozás szükségességét, addig a kórházi ellátások esetén az előzetes engedélyezési kötelezettség bizonyos feltételek mellett

³¹⁸ Smits és Peerbooms ítélet 76. pont

³¹⁹ VAN NUFFEL, P.T.: *Patients' Free Movement Rights and Cross-border Access to Healthcare*. – In: *European Constitutional Law Review*, Vol. 1, No. 2, 2005. - pp. 219–246.

³²⁰ Smits és Peerbooms ítélet 108. pont

igazolható.³²¹ Az ügyben hozott ítélet teremtette meg az irányelv kórházi ellátásokra vonatkozó szabályozásának alapját: az irányelv kifejezetten lehetővé teszi a tagállamok számára az előzetes engedélyezési rendszerek fenntartását a – többek között – a legalább egy-éjszakás kórházi ellátások esetében, ezzel védve a tagállami társadalombiztosítási rendszerek pénzügyi fenntarthatóságát és az egészségügyi ellátásokhoz való elégséges és állandó hozzáférés biztosítását.³²²

4.1.5 WATTS ÜGY (2006)

A Watts ügy³²³ tényállása szerint, Yvonne Watts, brit állampolgár súlyos csípőizületi gyulladásban szenvedett és mindkét oldalon csípőprotézis beültetésre volt szüksége.³²⁴ A brit állami egészségügyi szolgálat (NHS) a beteget a „szokványos eset” kategóriába sorolta, ami akkor egyéves várakozási időt jelentett.³²⁵ Watts asszony kérelmezte a külföldi gyógykezelés engedélyezését, de az az illetékes intézmény által kétszer is elutasításra került, azaz az indokkal, hogy az ellátás belföldön is biztosítható az orvosilag indokolt ellátási időn belül.³²⁶ A beteg végül saját költségén Franciaországban végeztetett műtétet, majd hazatérése után kérte a költségek megtérítését.³²⁷ A kérelme azonban elutasításra került, majd ezt követően a bírósági szakaszban előzetes döntéshozatali eljárást kezdeményeztek az EUB előtt.³²⁸

Az EUB ítélet egyik legfontosabb jogfejlesztő eleme abban áll, hogy pontosította az indokolatlan késedelem megítélésének szempontjait. Ennek során az EUB korlátozta a tagállamok azon lehetőségét, hogy az előzetes engedély megtagadását pusztán a várakozási időre történő hivatkozással tegyék meg.³²⁹ Kimondta, hogy az engedélyezési döntés nem lehet

³²¹ VAN DER MEI, A.P.: *Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Greater-Smits and Peerbooms and Vanbraekel*. – In. Maastricht Journal of European and Comparative Law. Volume 9, Issue 2, 2022. – p. 200.

³²² 2011/24/EU irányelv 8. cikk (2) bekezdés

³²³ C-372/04. The Queen, Yvonne Watts kontra Bredford Primary Care Trust és Secretary of State for Health ügy (a továbbiakban: Watts ítélet) <https://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?jsessionid=8A1F544EFFD91D790043B7C6A42705E6?text=&docid=56965&pageIndex=0&doclang=HU&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=5489228> (Letöltés ideje: 2025.12.12.)

³²⁴ Watts ítélet 24. pont

³²⁵ Watts ítélet 25. pont

³²⁶ Watts ítélet 29-30. pont

³²⁷ Watts ítélet 31-32. pont

³²⁸ Watts ítélet 42. pont

³²⁹ Watts ítélet 123. pont

automatikus jellegű, hanem egyedi, személyre szabott orvosi értékelésen kell alapulnia, amely figyelembe veszi a beteg egészségi állapotát, fájdalmainak mértékét és kórelőzményeit.³³⁰ Ez a rendelkezés az irányelvben is rögzítésre került, az előzetes engedély megtagadásának korlátai között.³³¹

Az EUB továbbá megerősítette azt, a Vanbraekel ügyben már korábban kimondott elvet, miszerint amennyiben utólag megállapítást nyer, hogy az előzetes engedély elutasítása alaptalan volt, a beteg jogosult a külföldön igénybe vett ellátás költségeinek megtérítésére a koordinációs rendeletek szerint, úgy, mintha az engedélyt eredetileg megadták volna. Ezen jogelv az irányelvi szabályozásban is megjelenik: a szabályozás kimondja, hogy az irányelv szerinti visszatérítési szabályok nem alkalmazandók olyan esetekben, amikor a beteget – közigazgatási vagy bírósági felülvizsgálat eredményeként – utólag megilleti a koordinációs rendeletek szerinti engedély.³³² Ilyen esetben a beteg a rendeleti úton biztosított magasabb szintű védelemre és költségtérítésre tarthat igényt.³³³

Végül, nem hagyható figyelmen kívül, hogy az ítélet tisztázta a költségek utólagos megtérítésének kérdéskörét az ingyenes állami egészségügyi rendszerek esetében.³³⁴ Az EUB hangsúlyozta, hogy még akkor is, ha a beteg részére az ellátást a rendszer díjmentesen biztosítaná nemzeti egészségügyi szolgálat köteles olyan mechanizmust kialakítani, amely lehetővé teszi a külföldi gyógykezelés költségeinek megtérítését, amennyiben a szükséges ellátást nem tudja orvosilag elfogadható időn belül saját intézményeiben nyújtani. A visszatérítést a belföldi (szimbolikus vagy kalkulált) költségek mértékéig kell biztosítani, figyelemmel arra, hogy a beteg nem juthat anyagi előnyhöz a külföldi kezelés által.³³⁵

4.2 AZ IRÁNYELV JOGALAPJA ÉS CÉLJA

A betegmobilitási irányelv célja, hogy egységes keretet biztosítson a határon átnyúló egészségügyi ellátásokhoz való biztonságos és magas színvonalú hozzáféréshez, miközben

³³⁰ Watts ítélet 62., 68. pont

³³¹ 2011/24/EU irányelv 8. cikk (5) bekezdés

³³² Watts ítélet 125. pont

³³³ 2011/24/EU irányelv (46) preambulumbekkezdés

³³⁴ Lásd bővebben: ANDERSON, K.M.: *Social Policy in the European Union*. - Palgrave, 2015. – p.169., GELLÉRNÉ LUKÁCS (2024): i.m. 39-40.o.

³³⁵ Watts ítélet 131.,133.pont

tiszteletben tartja a tagállamok felelősségét az egészségügyi rendszerek megszervezésében és finanszírozásában. Az irányelv jogalapját az EUMSZ 114. és 168. cikke adja: előbbi a belső piac működésének biztosítását szolgáló jogharmonizációt írja elő, utóbbi pedig az egészségvédelem magas szintjének garantálását követeli meg minden uniós politika és tevékenység során. Az uniós fellépés kiegészítő jellegű, célja a népegészségügy javítása, a betegségek megelőzése és a határokon átnyúló egészségügyi veszélyek kezelése, ugyanakkor nem érinti a tagállamok hatáskörét az egészségügyi szolgáltatások megszervezésében és az erőforrások elosztásában.³³⁶

Az irányelv hangsúlyozza, hogy nem célja a betegek külföldi ellátásra való ösztönzése.³³⁷ A tagállamok továbbra is felelősek azért, hogy saját területükön biztonságos, magas színvonalú és megfelelő kapacitású ellátást nyújtsanak állampolgáraiknak. A szabályozás célja tehát nem a korlátlan választási szabadság biztosítása, hanem a hozzáférés garantálása olyan esetekben, amikor az ellátás a biztosítás helye szerinti tagállamban nem érhető el megfelelő időben vagy minőségben. Az irányelv rendelkezései nem értelmezhetők úgy, hogy aláássák a tagállamok alapvető etikai döntéseit az egészségügyi ellátások típusára vonatkozóan.³³⁸

Az irányelv amellet, hogy konkrét rendelkezéseket határoz meg a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatosan, a tagállamok együttműködésére vonatkozó szabályok megalkotásával a közegészségügyi célok előmozdítását támogatja. A szabályozás olyan területeken ösztönzi az együttműködést, mint például a határ menti régiók közötti megállapodások,³³⁹ az orvosi rendelvevények kölcsönös elismerése,³⁴⁰ az európai referencia-hálózatok létrehozása,³⁴¹ az e-egészségügyi fejlesztések és az egészségügyi technológiaértékelés.³⁴² Ezek az intézkedések nem pusztán technikai jellegűek, hanem stratégiai jelentőségűek is, hiszen a ritka betegségek ellátása, az interoperabilitás, valamint a digitális egészségügyi szolgáltatások fejlesztése az uniós egészségpolitika kiemelt területei közé

³³⁶ GREER (2014): i.m. pp.14-17.

³³⁷ 2011/24/EU irányelv (4) bekezdés

³³⁸ 2011/24/EU irányelv (7) és (10) bekezdések

³³⁹ 2011/24/EU irányelv cikk (3) bekezdés

³⁴⁰ 2011/24/EU irányelv 11. cikk

³⁴¹ 2011/24/EU irányelv 12. cikk

³⁴² 2011/24/EU irányelv 14. cikk

tartoznak.³⁴³ Jelen disszertáció azonban – a kutatás tárgyára tekintettel – ezek részletes elemzésére nem tér ki, mivel a vizsgálat középpontjában a határon átnyúló egészségügyi ellátások társadalombiztosítási finanszírozásának kérdései állnak.

4.3. AZ IRÁNYELV HATÁLYA

4.3.1 IDŐBELI HATÁLY

A fejezet első részében bemutatott EUB ítéleteket követően egyre nagyobb igény merült fel arra, hogy azok tartalmát másodlagos joganyagba foglalják.³⁴⁴ Az Európai Bizottság először 2004-ben nyújtott be tervezetet az uniós szintű szabályozás megvalósítása érdekében. A tervek szerint a belső piaci szolgáltatásokról szóló irányelvtervezetben szabályozták volna az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó rendelkezéseket is. Az Európai Parlament és a tagállamok sem értettek egyet ezzel a tervezettel, ugyanis az egészségügyi szolgáltatások sajátosságai nem jutottak benne maximálisan érvényre. Ennek hatására a Bizottság egy új tervezetet nyújtott be 2008-ban, amelynek eredményeként alkották meg a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelvet. Az irányelv 2011. április 24-én lépett hatályba, a tagállamok számára pedig 2013. október 25-ig állt nyitva az átültetésre szánt határidő.³⁴⁵

4.3.2 SZEMÉLYI HATÁLY

A betegmobilitási irányelv személyi hatályának szabályozása az egyéni betegre épít, aki a szolgáltatások szabad áramlásának jogával élve másik tagállamban kíván saját költségén egészségügyi ellátást igénybe venni. A szabályozás azon egyéni betegekre terjed ki, akik saját döntésük alapján a biztosításuk helye szerinti tagállamtól eltérő tagállamban vesznek igénybe egészségügyi ellátást.³⁴⁶ Ebben az összefüggésben az egyén szolgáltatás igénybe vevőjeként jelenik meg, aki a belső piaci logikának megfelelően választ az egészségügyi szolgáltatók között. Ugyanakkor az igénybe vett ellátás költségeinek biztosítás helye szerinti tagállam általi megtérítésének jogát már nem pusztán a betegminőséghez, hanem kife-

³⁴³ A tagállamok közötti horizontális együttműködés sajátosságairól e területen lásd bővebben: DE RUIJTER, A.: *EU Health Law & Policy: The Expansion of EU Power in Public Health and Health Care*. - Oxford University Press, 2019. - pp.179-182.

³⁴⁴ GELLÉRNÉ, GYENEY (2014): i.m.5.o.

³⁴⁵ PANURJASZ Anett Antigóné: *A határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló irányelv*. - In. Európai Tükör, 1.évf.2.szám, 2014. - 68.o

³⁴⁶ 2011/24/EU irányelv (11)

jezetten a biztosított státuszhoz köti. Ezen a ponton az irányelv közvetlenül átveszi és alkalmazza a koordinációs rendeletek fogalmi rendszerét, a „biztosított személy” és a „biztosítás helye szerinti tagállam” meghatározására.³⁴⁷

4.3.3 TERÜLETI HATÁLY

Amíg a koordinációs rendeletek hatálya az Európai Gazdasági Térségre és Svájcra terjed ki, addig az irányelv szabályai csak európai uniós tagállamok vonatkozásában alkalmazandók. A területi hatály között különbségnek jelentős gyakorlati következményei vannak a betegmobilitás szempontjából. A koordinációs rendeletek alapján a biztosított személyek jogosultak arra, hogy az EU-n kívüli EGT tagállamokban és Svájcban is igénybe vegyenek egészségügyi ellátást, miközben a költségek elszámolása intézményközi szinten történik. Az irányelv rugalmasabb, engedélyhez főszabályként nem kötött, utólagos költségvisszatérítésen alapuló mechanizmusai ezzel szemben kizárólag az EU tagállamai között érvényesíthetők.³⁴⁸

4.3.4 TÁRGYI HATÁLY

Az irányelv tárgyi hatálya a *határon átnyúló egészségügyi ellátásra* terjed ki, amelyet a „biztosítás helye szerinti tagállamtól eltérő tagállamban nyújtott vagy felírt egészségügyi ellátás”-ként definiál.³⁴⁹ Az irányelv értelmezésében az egészségügyi ellátás fogalma tág: nemcsak az egészségügyi szolgáltatást, hanem a gyógyszerek és az orvostechikai eszközök felírását, kiadását és az azokkal való ellátást is magában foglalja.³⁵⁰

Az irányelv alkalmazása független az ellátás szervezeti formájától és finanszírozási módjától. Ennek megfelelően tárgyi hatálya kiterjed mind a közfinanszírozott, mind a magán-szolgáltatók által nyújtott egészségügyi ellátásokra.³⁵¹

Az irányelv pontos alkalmazási körének meghatározása szempontjából kiemelt jelentőséggel bírnak a kizárások, amelyek világosan elhatárolják a betegmobilitási szabályozást más

³⁴⁷ 2011/24/EU irányelv 3. cikk b, és c, pont

³⁴⁸ CARRASCOCA BERMEJO, D.: *Cross-border healthcare in the EU: Interaction between Directive 2011/24/EU and the Regulations on social security coordination*. – In. ERA Forum, 15(2014). - p.367.

³⁴⁹ 2011/24/EU irányelv 3. cikk d, pont

³⁵⁰ 2011/24/EU irányelv 3. cikk a, pont

³⁵¹ 2011/24/EU irányelv 1. cikk (1) bekezdés

szolgáltatásoktól. Az irányelv hatálya nem terjed ki a tartós ápolási-gondozási szolgáltatásokra, amelyek elsődleges célja nem a gyógykezelés, hanem a mindennapi életvitelhez szükséges, hosszú távú támogatás biztosítása. Szintén kizárt a tárgyi hatályból a szervátültetés céljából történő szervelesztás és szervhez jutás, tekintettel a terület sajátos etikai, orvosszakmai és szervezési jellemzőire. Nem alkalmazandó továbbá az irányelv a fertőző betegségek elleni, közfinanszírozott oltási programokra sem, amelyek kizárólag az adott tagállam lakosságának védelmét szolgálják, és nem tekinthetők a betegek egyéni döntésén alapuló szolgáltatás igénybe vételének.³⁵²

4.4 HATÁRON ÁTNYÚLÓ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSOK KÖZFINANSZÍROZÁSÁNAK SZABÁLYAI

Az irányelv tehát a betegmobilitás szempontjából kizárólag olyan élethelyzeteket szabályoz, amikor a beteg előzetes mérlegelés alapján, tudatos döntéssel választ külföldi egészségügyi szolgáltatót, azaz tervezett egészségügyi ellátást vesz igénybe.³⁵³ Bár ez utóbbira a koordinációs rendeletek is biztosítanak lehetőséget, az irányelv jelentős változásokat hozott a rendszerben – főleg az előzetes engedélyezés és a költségtérítés szempontjából. A nem tervezett egészségügyi ellátásokra továbbra is kizárólag a koordinációs rendeletek szabályai az irányadóak,³⁵⁴ és a biztosított személy a koordinációs rendeletekben meghatározott feltételek teljesülése esetén a tervezett ellátások vonatkozásában is jogosult azok alkalmazására.³⁵⁵

4.4.1 AZ ELŐZETES ENGEDÉLYEZÉS SZABÁLYAI

4.4.1.1 Az előzetes engedély, mint kivétel

A betegmobilitási irányelv alapján a határon átnyúló egészségügyi ellátásokhoz kapcsolódó előzetes engedélyezési rendszer főszabályként kivételes jellegű. Az EUB ítélkezési gyakorlata (lásd: 4.1 alfejezet) következetesen abból indul ki, hogy az előzetes engedélyezési kötelezettség a szolgáltatások szabad áramlásának korlátozását jelenti. Ezért az irányelv is kimondja, hogy a biztosítás helye szerinti tagállam nem kötheti előzetes engedélyhez

³⁵² 2011/24/EU irányelv 1. cikk (3) bekezdés

³⁵³ BEATEN, R.: *Cross-border patient mobility in the European Union: in search of benefits from the new legal framework*. - In. *Journal of Health Services Research & Policy*, Vol.19(4). 2014. - p. 196.

³⁵⁴ 2011/24/EU irányelv (30) bekezdés

³⁵⁵ 2011/24/EU irányelv (28) bekezdés

az ellátás költségeinek megtérítését.³⁵⁶ Ugyanakkor az egészségügyi rendszerek fenntarthatósága és ésszerű működtetése érdekében az irányelv lehetőséget biztosít arra, hogy bizonyos ellátások esetében az előzetes engedélyezési kötelezettség fennmaradjon. Az engedélyhez kötött ellátások körét a tagállamok határozzák meg, azonban az irányelv hangsúlyozza az arányosság elvének alkalmazását. Ennek értelmében az előzetes engedélyezési rendszer – beleértve a kritériumokat, azok alkalmazását és az engedély megtagadásáról szóló döntéseket – nem haladhatja meg a cél eléréséhez szükséges mértéket, nem eredményezhet önkényes megkülönböztetést, és nem akadályozhatja indokolatlanul a betegek szabad mozgását.³⁵⁷

Tekintettel arra, hogy az irányelvi jogalap szerinti betegmobilitás volumene alacsony (lásd: 4.7.2 alfejezet), a szakirodalomban egyre nagyobb hangsúlyt kapnak azok az elemzések, amelyek az előzetes engedélyezési rendszerek létjogosultságát kérdőjelezik meg. Berki Gabriella is részletesen foglalkozik az előzetes engedélyezési rendszerek fenntartásának szükségességével és egy kevésbé korlátozó alternatíva bevezetését irányozza elő. Felveti, hogy az előzetes engedélyezési rendszerek fenntartása helyett egy értesítési rendszer is alkalmas lenne a tagállami célok elérésére. Ebben a rendszerben a beteg egyoldalúan tájékoztatná a hazai biztosítót és a külföldi szolgáltatót a tervezett kezeléssel. Álláspontja szerint, ez lehetővé tenné az intézmények számára a tervezhetőséget, miközben a beteg szabadabban dönthetne. Ha pedig közegészségügyi vagy biztonsági aggályok merülnének fel, a biztosítás helye szerinti tagállam tájékoztatná a beteget a kockázatokról, de a végső döntés a beteg kezében maradna.³⁵⁸

4.4.1.2 Az előzetes engedélyhez köthető ellátások köre

Mindenesetre az irányelv jelenleg a tagállamok mérlegelésére bízta, hogy indokoltnak tartják-e az előzetes engedélyezési rendszer fenntartását és így az előzetes engedélyhez kötött ellátások listájának összeállítását. Ezen ellátások jegyzékét a biztosítás helye szerinti tagállam köteles nyilvánosan hozzáférhetővé tenni.³⁵⁹ Ugyanakkor az irányelv a tagállami mozgásteret szűk keretek közé tereli: az előzetes engedélyezés fenntartását csak meghatározott ellátási körök esetében írható elé.

³⁵⁶ 2011/24/EU irányelv (38) preambulumbekzdés

³⁵⁷ 2011/24/EU irányelv 8. cikk (1) bekezdés

³⁵⁸ BERKI (2015): i.m. p.204.

³⁵⁹ 2011/24/EU irányelv 8. cikk (7) bekezdés

Az előzetes engedélyezéshez köthető ellátások tipikus esetei a következők:

- a) Tervezési követelményekhez kötött ellátások, amelyek célja a magas színvonalú és kiegyensúlyozott ellátáshoz való hozzáférés biztosítása, valamint a költségek és erőforrások pazarlásának megelőzése. Ide tartoznak:
 - olyan kezelések, amelyek legalább egyéjszakás kórházi tartózkodást igényelnek;
 - olyan beavatkozások, amelyek kiemelten speciális és költséges orvosi infrastruktúrát vagy felszerelést kívánnak meg.
- b) Különleges kockázatot jelentő kezelések, amelyek a beteg vagy a lakosság számára fokozott biztonsági kockázattal járnak.
- c) Minőségi vagy biztonsági aggályokat felvető szolgáltatók által nyújtott ellátások, kivéve azokat, amelyekre uniós jogszabályok egységes biztonsági és minőségi minimumkövetelményeket írnak elő.³⁶⁰

Az irányelv bevezető rendelkezései is kiemelik az előzetes engedélyezés jelentőségét, hivatkozva az EUB ítélezési gyakorlatára. Az indoklás középpontjában a költséghatékonyság és az erőforrások optimális felhasználása áll, valamint a sokoldalú és kiegyensúlyozott kórházi ellátás biztosítása, elkerülve a technikai és humán kapacitások pazarlását.³⁶¹ A szabályozás lehetőséget ad arra, hogy a tagállamok különböző kritériumokat állapítsanak meg az eltérő régiók, közigazgatási szintek vagy ellátástípusok esetében, feltéve, hogy a rendszer átlátható, könnyen hozzáférhető, és a kritériumokat előzetesen nyilvánosságra hozzák.³⁶²

A kiemelten költséges és speciális orvosi infrastruktúrát érintő kezelések, mint előzetes engedélyezési körbe eső ellátások kategóriája az EUB Bizottság kontra Franciaország ügyben³⁶³ 2010-ben hozott ítéletének hatására került az irányelv rendelkezései közé. A kiemelten költséges és speciális orvosi infrastruktúra és orvostechnikai berendezés tartalmát az irányelv nem határozza meg tételesen, hanem annak konkretizálását a tagállamokra bízta. Ugyanakkor az arányosság és szükségesség elvének érvényesülése érdekében az Európai Bizottság megbízásából egy iránymutató keret került kialakításra, amely a fogalom opera-

³⁶⁰ 2011/24/EU irányelv 8. cikk (2) bekezdés

³⁶¹ 2011/24/EU irányelv (40) bekezdés

³⁶² 2011/24/EU irányelv (44) bekezdés

³⁶³ C-512/08. sz. Európai Bizottság v. Francia Köztársaság ügy. Elérési útvonala: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=celex:62008CJ0512> (Utolsó elérés: 2025.12.22.)

cionalizálásához nyújt szakirodalmi alapokon nyugvó, objektív szempontokat. A tanulmány³⁶⁴ nem új jogi kategóriákat állapít meg, hanem olyan értékelési kritériumokat kínál fel, amelyek alapján a tagállamok átlátható és egységes logika mentén állíthatják össze az előzetes engedélyhez kötött ellátások jegyzékét.

4.4.1.3 Mérlegelési szempontok az előzetes engedélyezésben

Az irányelv szabályozza azokat a feltételeket, amelyek együttes fennállása esetén az előzetes engedély megadása kötelező:

- a beteg a biztosítás helye szerinti tagállam jogszabályai szerint jogosult az ellátásra és
- az ellátás nem biztosítható az orvosilag indokolt ellátási időn belül a belföldi egészségügyi ellátórendszerben.³⁶⁵

Az EUB ítélkezési gyakorlatával összhangban a szabályozás előírja, hogy az orvosilag indokolt ellátási idő meghatározása nem alapulhat csupán a belföldi várólistákon, annak meghatározása során figyelemmel kell lenni a beteg pillanatnyi egészségi állapotára, a kór-előzményeire, a betegség valószínű lefolyására, a beteg fájdalmainak intenzitására és a beteg esetleges fogyatékoságára.³⁶⁶

Az irányelv az alábbiak szerint határozza meg azokat a szempontokat, amelyekre a biztosítás helye szerinti tagállam jogszerűen alapíthatja elutasító döntését:

- a) Betegbiztonsági kockázat: ha a beteg a klinikai vizsgálat alapján nagy valószínűséggel olyan betegbiztonsági kockázatnak lenne kitéve, amely nem tekinthető elfogadhatónak a keresett ellátás várható előnyeire képest.
- b) Lakossági biztonsági kockázat: ha az ellátás következtében a lakosság biztonságát komolyan veszélyeztető tényezők jelentkeznének.
- c) Minőségi és biztonsági aggályok: ha az ellátást olyan szolgáltató nyújtaná, amely esetében súlyos és kifejezett aggályok merülnek fel a minőségi és biztonsági előírásoknak való megfelelés tekintetében, beleértve a felügyeleti szabályokat és akkreditációs rendszereket.

³⁶⁴ Literature-based approach to defining the concept of healthcare which requires „highly specialised and cost-intensive medical infrastructure or medical equipment” (2 August 2016) Elérési útvonál: <https://op.europa.eu/et/publication-detail/-/publication/edb699ad-32c9-471e-b61a-a309cc4b2517> (Utolsó elérés: 2025.12.22.)

³⁶⁵ 2011/24/EU irányelv 8. cikk (5) bekezdés

³⁶⁶ 2011/24/EU irányelv 8. cikk (5) bekezdés

d) Belföldi elérhetőség: ha az ellátás a biztosítás helye szerinti tagállamban orvosilag elfogadható határidőn belül biztosítható, figyelembe véve a beteg aktuális állapotát és a betegség várható lefolyását.³⁶⁷

4.4.1.4 Utólagos engedélyezés és akadályoztatás az irányelv tükrében: WO kontra Vas Megyei Kormányhivatal ügy (2020)

Az EUB WO kontra Vas Megyei Kormányhivatal ügyben³⁶⁸ (a továbbiakban ezen alfejezetben: WO-ügy) hozott ítélete nemcsak annak hazai vonatkozásai miatt érdekes a disszertáció szempontjából.³⁶⁹ Jelentősége az uniós jogfejlődés szempontjából is kiemelkedő, ugyanis ez volt az első eset, amikor az EUB az előzetes engedélyezés kérdéskörét kifejezetten az irányelv vonatkozásában vizsgálta. Bizonyos tekintetben az Elchinov ügy folyamának tekinthető, ugyanis ezen ügyben az EUB az irányelv és a koordinációs rendeletek együttes alkalmazási környezetében is rögzítette azt az alapelvet, amely szerint a beteg akkor sem fosztható meg automatikusan a költségek megtérítésének jogától, ha az előzetes engedély benyújtásában akadályoztatva volt.³⁷⁰

A WO-ügy tényállása szerint az alapeljárás egy magyar biztosított helyzetéből indult ki, aki egy szemére korábban már megvakult, míg a másik szemén zöldhályogot diagnosztizáltak. Előzetes engedély nélkül egy német szakorvosi vizsgálaton vett részt, amely során megállapításra került, hogy azonnali műtéti beavatkozásra van szüksége a látása megmentése érdekében. A műtétet másnap elvégezték, amire – a műtét sürgősségére tekintettel – nem kért előzetes engedélyt a biztosítás helye szerinti tagállamtól. Utólag kérte az ellátás (az orvosi konzultáció és a műtét) költségeinek megtérítését, amely kérelmet a magyar hatóságok elutasítottak arra hivatkozva, hogy az ellátás megtérítésének feltétele a gyógykezelést megelőzően kiadott engedély.³⁷¹

³⁶⁷ 2011/24/EU irányelv 8. cikk (6) bekezdés

³⁶⁸ C-777/18. sz. WO kontra Vas Megyei Kormányhivatal ügy (a továbbiakban: WO ítélet) Elérési útvonál: <https://curia.europa.eu/juris/liste.jsf?nat=or&mat=or&pcs=Oor&jur=C%2CT%2CF&num=C-777%252F18&for=&jge=&dates=&language=hu&pro=&cit=none%252CC%252CCJ%252CR%252C2008E%252C%252C%252C%252C%252C%252C%252C%252C%252C%252C%252Ctrue%252Cfalse%252Cfalse&ogp=&td=%3BALL&avg=&lgrc=hu&lg=&page=1&cid=766204> (Utolsó elérés: 2025.12.11.)

³⁶⁹ Az ügy részletesebb elemzésére az értekezés 7.1.1 alfejezetében kerül sor.

³⁷⁰ GELLÉRNÉ LUKÁCS (2024): i.m. 132.o.

³⁷¹ WO ítélet 23-25.pont

A peres ügyben eljáró bíróság az EUB-hoz fordult előzetes döntéshozatal céljából.³⁷² Az EUB ennek során egyértelművé tette – többek között - , hogy ellentétes az uniós joggal az olyan nemzeti szabályozás, amely minden esetben kizárja a költségtérítést előzetes engedély hiányában, különösen akkor, ha a beteg egészségi állapota vagy az ellátás sürgőssége akadályozta őt az engedélykérelem benyújtásában, vagy a kérelem ügyében hozott döntés kivárásában és az engedélyezés egyéb feltételei egyébként fennállnak.³⁷³ Ennek következtében a tagállamok a jövőben nem utasíthatják el automatikusan az utólagos költségtérítési kérelmeket pusztán az előzetes engedély hiányára hivatkozva, hanem kötelesek vizsgálni a beteg akadályoztatását és azt, hogy az ellátás igénybevételének időpontjában fennálltak-e az engedély megadásának anyagi jogi feltételei.

Ez az ítélkezési gyakorlat egyértelművé teszi, hogy az előzetes engedélyezési rendszer nem lehet merev és formalista: a sürgős egészségügyi szükséghelyzetekben a betegjogok védelme elsőbbséget élvez. A Bíróság a WO-ügyet követően még két ügyben (TS-ügy³⁷⁴ és CAK-ügy³⁷⁵) foglalkozott az előzetes engedély hiányában igénybe vett ellátások költségeinek megtérítésével kapcsolatosan, amely során megerősítették a WO kontra Vas Megyei Kormányhivatal ügyben hozott döntéseket.³⁷⁶

4.4.2 KÖLTSÉGTÉRÍTÉS SZABÁLYAI

A betegmobilitási irányelv nemcsak az előzetes engedélyezési kötelezettség szabályait enyhítette, hanem jelentős módosításokat vezetett be a költségek visszatérítésének rendszerében is, eltérve a koordinációs rendeletek logikájától.

4.4.2.1 Utólagos költségtérítés szabályai és mértéke

A betegmobilitási irányelv költségtérítési logikája eltér a koordinációs rendeletekben alkalmazott, zömmel intézményközi elszámolásra alapuló rendszertől. Az irányelv nem tartalmaz rendelkezéseket a tagállamok közötti elszámolásra, tekintettel arra, hogy a tagállami teherviselők ebben a rendszerben nem állnak egymással közvetlen kapcsolatban. Az ellá-

³⁷² WO ítélet 31.pont

³⁷³ WO ítélet 85.pont

³⁷⁴ C-538/19.TS, UT, VU kontra a Casa Națională de Asigurări de Sănătate, a Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu. Elérési útvonul: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX:62019CJ0538> (Utolsó elérés: 2026.01.02.)

³⁷⁵ C-636/19. Y kontra CAK, Athanasios Rantos

³⁷⁶ GELLÉRNÉ LUKÁCS (2024): i.m. 141.o.

tást nyújtó egészségügyi szolgáltatóval elsőként a beteg kerül kapcsolatba, majd – a számla benyújtását követően – saját biztosítójával érvényesíti a költségtérítés iránti igényét. Ennek következtében az elszámolás tekintetében nem uniós, hanem nemzeti eljárási szabályok vannak, amelyek a megtérítést belföldi hatókörrel szabályozzák.³⁷⁷

A költségtérítés mértéke is eltér a koordinációs rendeletekben, az intézményközi elszámolás során alkalmazottaktól; az irányelv szerint a biztosítás helye szerinti tagállam csak a belföldi költségszint mértékéig köteles megtéríteni a határon átnyúló egészségügyi ellátás költségeit. A megtérítési kötelezettséget egy további korlát egészíti ki: a visszatérítés összege nem haladhatja meg az ellátás tényleges költségét. Ez a szabály kizárja annak lehetőségét, hogy a beteg anyagi előnyre tegyen szert a határon átnyúló ellátás igénybevételével. Az irányelv ugyanakkor mérlegelési lehetőséget biztosít a tagállamok számára. A nemzeti jogalkotó dönthet úgy, hogy a belföldi költségszintnél magasabb összeget – akár az ellátás teljes költségét – téríti meg, illetve hozzájárulást nyújthat a további járulékos költségekhez, így különösen az utazási és szállásköltségekhez.³⁷⁸ A tagállamoknak a visszatérítendő költségek kiszámítására egy átlátható mechanizmust kell bevezetniük, amely objektív, megkülönböztetéstől mentes, előzetesen ismert kritériumokon alapul.³⁷⁹

Az irányelv a beteg pénzügyi kockázatainak mérséklése érdekében lehetőséget biztosít a tagállamok számára egy önkéntes előzetes értesítési rendszer bevezetésére. Ennek keretében a beteg a külföldi ellátás igénybevételét megelőzően tájékoztatást kaphat a várhatóan megtérítendő költségek összegéről.³⁸⁰ Ezen rendszer bevezetését több, uniós szintű monitoring és visszacsatoló dokumentum is szorgalmazza. A Régiók Bizottságának 2020-ban kiadott véleménye is kiemeli a mechanizmus fontosságát; álláspontja szerint ez pénzügyi biztonságot és kiszámíthatóságot nyújt a betegek számára és különösen a kevésbé tehető polgárok előtt nyitja meg a külföldi gyógykezelés lehetőségét.³⁸¹ Ugyanezzel érvel az

³⁷⁷ GELLÉRNÉ LUKÁCS (2020a): i.m.1368-1369. o.

³⁷⁸ 2011/24/EU irányelv 7. cikk (4) bekezdés

³⁷⁹ 2011/24/EU irányelv 7. cikk (6) bekezdés

³⁸⁰ 2011/24/EU irányelv 9. cikk (5) bekezdés

³⁸¹ A Régiók Európai Bizottsága (2020/C 440/03) véleménye a határon átnyúló egészségügyi ellátás biztosításáról és jövőbeli kilátásairól

Európai Számvevőszék 2019-es jelentésében is, kiemelve, hogy a költségbecslés a jogérvényesül egyik legfontosabb eszköze lehet, különösen a nagy értékű ellátásoknál.³⁸²

A biztosítás helye szerinti tagállam a költségtérítés feltételeként ugyanazon adminisztratív és orvosszakmai követelményeket írhatja elő, mint amelyek a belföldi ellátások igénybevitelénél alkalmazandók. Így például nem minősül uniós jogba ütközőnek a beutalóhoz kötés vagy bizonyos dokumentációs kötelezettségek előírása, feltéve, hogy azok nem diszkriminatívak és nem jelentenek aránytalan akadályt a betegmobilitási jogok gyakorlásában.³⁸³

4.4.2.2 A koordinációs rendelet alkalmazásának lehetősége

Az irányelv rendelkezései értelmében, a beteget nem lehet megfosztani a koordinációs rendelet biztositotta előnyösebb jogoktól, amelyek szabályai révén az ellátás teljes költsége megtérítésre kerül.³⁸⁴ Ennek értelmében, amennyiben a beteg egy adott ellátás igénybevitelére előzetes engedélyt kér és mind az irányelv-, mind a koordinációs rendelet szabályainak megfelel, főszabály szerint a koordinációs rendelet szerinti megoldást kell alkalmazni, kivéve, ha a beteg kifejezetten az irányelv szerinti eljárást választja. Ezzel összefüggésben az irányelv kifejezett tájékoztatási kötelezettséget ró a biztosítás helye szerinti tagállamra. Amennyiben a koordinációs rendelet alkalmazása a beteg számára kedvezőbb lenne, köteles erre a beteg figyelmét felhívni, biztositva ezzel a tájokozott döntéshozatal és jogbiztonság érvényesülését.³⁸⁵ Frans Pennings éles kritikával illeti ezt a megoldást, mert álláspontja szerint a beteg választási szabadságára épülő rendszer az információs aszimmetria és a finanszírozási különbségek miatt a gyakorlatban nem garantálja a valóban kedvezőbb jogok érvényesülését. Kiemeli, hogy az eredeti bizottsági javaslatban a feltételek fennállása esetén a beteg kérésétől, nyilatkozatától függetlenül kötelezően alkalmazni kellett volna a koordinációs rendelet szabályait.³⁸⁶ Úgy véli, hogy a jelenlegi szabályozás a

³⁸² Az Európai Számvevőszék 7/2019. sz. különjelentése: A határokon átnyúló egészségügyi ellátásra irányuló intézkedések: a jelentős célkitűzésekhez hatékonyabb irányításnak kell társulnia. Elérési útvonal: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:52019SA0007\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:52019SA0007(01)) (Utolsó elérés: 2026.02.02.)

³⁸³ 2011/24/EU irányelv (37) preambulumbekzdés

³⁸⁴ CORNELISSEN, Rob: *The Protection of Social Rights in a Cross-Border Situation within the EU: A Historical Overview.*- In. *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 2019/1. – p.23.

³⁸⁵ 2011/24/EU irányelv (35) preambulumbekzdés

³⁸⁶ Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare. COM(2008) 414 final. Elérés útvonal: https://health.ec.europa.eu/publications/com2008-414-final_en (Utolsó elérés: 2026.01.30.)

felelősséget a betegre hárítja, miközben a betegek jelentős része nem képes átlátni a két szabályozási út közötti különbségeket, ami a számukra kedvezőbb rendeleti jogosultságok elvesztéséhez vezethet. Ilyen körülmények között a választási lehetőség formálisan ugyan fennáll, ténylegesen azonban nem tekinthető megalapozott döntésnek, így inkább a jogbizonytalanság forrásává válik.³⁸⁷

4.5 A TAGÁLLAMOK SZEREPE A VÉGREHAJTÁSBAN

4.5.1 A TAGÁLLAMOK FELADATAI

Az irányelv kiemelt jelentőséget tulajdonít a határon átnyúló egészségügyi ellátásokhoz kapcsolódó egyéni betegjogok kodifikálásának és érvényesítésének. Ennek keretében mind az ellátás helye szerinti tagállam-, mind a biztosítás helye szerinti tagállam számára konkrét kötelezettségeket állapít meg. Az irányelv kontextusában az ellátás helye szerinti tagállam az a tagállam, ahol a beteg ténylegesen egészségügyi ellátásban részesül³⁸⁸, míg a biztosítás helye szerinti tagállam az, amely a beteg társadalombiztosítási jogviszonyát kezeli.³⁸⁹

Az ellátás- és a biztosítás helye szerinti tagállamok feladatait az alábbi táblázat foglalja össze.

Feladatkör	Ellátás helye szerinti tagállam	Biztosítás helye szerinti tagállam
Jogszabályi keretek és minőség	Biztosítja, hogy az ellátás a saját jogszabályaival, valamint az általa előírt minőségi és biztonsági előírásokkal összhangban történjen.	Meghatározza, hogy a biztosított mely ellátásokra jogosult és milyen mértékű költségátvállalásra tarthat igényt.
Tájékoztatás (Nemzeti Kapcsolattartó Pont)	Tájékoztatást nyújt a biztonsági és minőségi előírásokról, a szolgáltatók működési jogáról, az akadálymentes-	Tájékoztatja a beteget a határon átnyúló ellátással kapcsolatos jogairól, a költségtérítés feltételeiről és a jog-

³⁸⁷ PENNINGGS, Frans: *The Cross-Border Health Care Directive: More Free Movement for Citizens and More Coherent EU Law?* – In. *European Journal of Social Security*, Vol. 13, No. 4, 2011. - pp. 445-446.

³⁸⁸ 2011/24/EU irányelv 3. cikk d, pont

³⁸⁹ 2011/24/EU irányelv 3. cikk c, pont

	ségről és a panasztételi eljárásokról.	orvoslati eljárásokról.
Egészségügyi szolgálta- tók felügyelete	Kötelezi a szolgáltatókat, hogy adjanak tájékoztatást az árakról, az ellátási lehetőségekről, a biztosítási fedezetükről és a szakmai engedélyükről.	Szükség esetén ellenőrzi, hogy a külföldi szolgáltató vagy szakember jogszerűen tevékenykedik-e.
Pénzügyi elszámolás és visszatérítés	Biztosítja, hogy a szolgáltatók ne alkalmazzanak hátrányos megkülönböztetést az árazás során a külföldi betegekkel szemben.	Gondoskodik a felmerült költségek visszatérítéséről a belföldi tarifák mértékéig, átlátható számítási mechanizmust alkalmazva.
Engedélyezés	-	Kidolgozza az előzetes engedélyezési rendszert (ha szükséges), és elbírálja a kérelmeket.
Betegjogok és jogorvoslat	Átlátható panasztételi mechanizmusokat és szakmai felelősségbiztosítási rendszert működtet a károk kezelésére.	Biztosítja a fellebbezés és a bírósági felülvizsgálat jogát a költségtérítéssel vagy engedélyezéssel kapcsolatos döntések esetén.
Dokumentáció és utóke- zelés	Hozzáférést biztosít a betegnek az ellátásáról készült írott vagy elektronikus dokumentációhoz	Biztosítja a távoli hozzáférést a dokumentációhoz, és garantálja a szükséges orvosi utókezelést a belföldi ellátással azonos módon

1. sz. táblázat: A tagállamok feladatai (Forrás: Saját szerkesztés a 2011/24/EU irányelv 4. és 5. cikke alapján)

4.5.2 A HORIZONTÁLIS EGYÜTTMŰKÖDÉS JELLEGE

Az irányelv a tagállamok közötti együttműködést a betegek jogainak érvényesítését és a határon átnyúló egészségügyi ellátások biztonságos igénybevételét támogató eszközként jeleníti meg. Az együttműködés ennek keretében elsősorban az egészségügyi ellátások minőségi és biztonsági előírásaira vonatkozó információk cseréjére, a felügyeleti és számlázási kérdések tisztázására, valamint az egészségügyi szakemberek működési jogosultsá-

gának ellenőrzésére irányul.³⁹⁰ Emellett az irányelv ösztönzi a regionális és határ menti együttműködések is, különösen a szomszédos tagállamok között. Az információcsere megvalósításához az irányelv bizonyos technikai eszközöket is kijelöl.³⁹¹ Az egészségügyi szakemberek működési jogosultságának ellenőrzésével összefüggő információk cseréje például kötelezően a Belső Piaci Információs Rendszeren (IMI) keresztül történik. Ez azonban egy több szakpolitikai területen alkalmazott általános uniós információs infrastruktúra, és nem kifejezetten a határon átnyúló egészségügyi ellátásokhoz kapcsolódó, önálló együttműködési rendszer.³⁹²

Mindezek alapján megállapítható, hogy az irányelv horizontális együttműködési modellje az információáramlás és a kölcsönös segítségnyújtás eszközeire épül. Míg a szociális biztonsági koordinációs rendeletek a tagállami intézmények közötti pénzügyi elszámolásokat zárt, standardizált és nagymértékben automatizált intézményközi rendszerbe illesztik, addig az irányelv a tagállamok közötti információcserét elsősorban a betegek tájékozott döntéshozatalának és a biztonságos ellátás felügyeletének eszközeként kezeli és az együttműködés ennek megfelelően inkább eseti jellegű.

4.5.3 A KÖZIGAZGATÁSI ELJÁRÁSOK GARANCIÁI

Az irányelv végrehajtásának hatékonysága jelentős mértékben függ a tagállamok által kialakított közigazgatási eljárások minőségétől. A jogosultak jogainak érvényesítése kizárólag olyan eljárási keretek között valósulhat meg, amelyek megfelelnek az irányelvben rögzített alapelveknek. Az irányelv előírja, hogy a tagállami közigazgatási eljárásoknak objektívnak, megkülönböztetéstől mentesnek és átláthatónak kell lenniük. Emellett a vonatkozó információknak könnyen hozzáférhetőnek és a nyilvánosság számára elérhetőnek kell lenniük, biztosítva ezzel a jogbiztonságot és az egyenlő bánásmód elvének érvényesülését.³⁹³ A tagállamoknak ésszerű határidőket kell megállapítaniuk a határon átnyúló egészségügyi ellátásra irányuló kérelmek elbírálására és azok elbírálásakor figyelembe kell venniük a kérelmező egészségügyi állapotát, valamint az ellátás sürgősségét és egyedi körülményeit.

³⁹⁰ 2011/24/EU irányelv 10. cikk (1) és (4) bekezdés

³⁹¹ 2011/24/EU irányelv 10. cikk (3) bekezdés

³⁹² 2011/24/EU irányelv 10. cikk (4) bekezdés

³⁹³ 2011/24/EU irányelv 9. cikk (2)-(3) bekezdés

Az irányelv rendelkezik továbbá arról, hogy a költségek visszatérítéséről szóló határozatokat megfelelően kell indokolni és azoknak bíróság előtt megtámadhatónak kell lenniük.³⁹⁴

4.6 A BETEGTÁJÉKOZTATÁS INTÉZMÉNYI KERETEI: A NEMZETI KAPCSOLATTARTÓ PONTOK

Az irányelv kötelező jelleggel írja elő, hogy minden tagállam legalább egy nemzeti kapcsolattartó pontot (a továbbiakban: NKP) jelöljön ki és annak elérhetőségi adatait közölje az Európai Bizottsággal. Ugyanakkor a szervezeti kialakítás tekintetében széles mozgásteret biztosít a tagállamok számára: az NKP-k önálló szervezeti egységként, meglévő egészségügyi-, vagy társadalombiztosítási struktúrákba integrálva, illetve több pont formájában is működhetnek. Az NKP-k működésének egyik alapvető követelménye a széles körű konzultáció: feladataik ellátása során kötelesek együttműködni a betegszervezetekkel, az egészségügyi szolgáltatókkal és az egészségbiztosítókkal.³⁹⁵ Az NKP-k tájékoztatási feladatai kettős irányúak és attól függően differenciálódnak, hogy az adott tagállam az ellátás helye szerint-, vagy a biztosítás helye szerinti államként jár-e el (lásd: 1.sz. táblázat).

Az NKP-k hálózatos formában működnek: kötelesek együttműködni egymással és az Európai Bizottsággal. A tájékoztatást a beteg számára könnyen hozzáférhető módon kell biztosítani előnyben részesítve az elektronikus csatornákat és gondoskodva az információk akadálymentes hozzáférhetőségéről, különösen a fogyatékossgal élő személyek számára. A tájékoztatás nyelve főszabály szerint a tagállam hivatalos nyelve, ugyanakkor az irányelv lehetőséget ad arra, hogy az NKP-k önkéntesen más nyelveken is információt nyújtsanak, sőt ez az uniós ajánlások alapján kifejezetten ajánlott megoldás.³⁹⁶

Noha az irányelv kifejezetten a tagállamok hatáskörébe utalja az NKP-k létrehozását és működtetését, az Európai Bizottság törekszik azok tevékenységét koordinálni, elsősorban módszertani útmutatásokkal és egyéb puha jogi eszközökkel. A rendszer kiépítésének korai szakaszában 2012-es PwC-tanulmány alapozta meg az NKP-k működésének technikai és szervezeti kereteit: ajánlásokat fogalmazott meg az NKP-honlapok felépítésére, tartalmára és finanszírozási modelljeire, ezzel elősegítve, hogy a különböző tagállami egészségügyi

³⁹⁴ 2011/24/EU irányelv 9. cikk (4)

³⁹⁵ 2011/24/EU irányelv 6. cikk (1) bekezdés

³⁹⁶ 2011/24/EU irányelv 6. cikk (5) bekezdés

rendszerek mellett is összehasonlítható és a betegek számára könnyen használható információs felületek jöjjenek létre.³⁹⁷ Ezt követően a 2018-as „Guiding Principles and Indicators” dokumentum a láthatóságra, hozzáférhetőségre, együttműködésre és átláthatóságra épülő alapelvek mellett egy indikátorrendszert vezetett be az NKP-k teljesítményének nyomon követésére. Az indikátorok között szerepel például a tájékoztatás közérthetősége, az átlagos válaszidő mérése, a más tagállami NPK-al való közös workshopokon való részvétel, vagy a weboldalak strukturáltsága.³⁹⁸ Az indikátorok alkalmazása nemcsak a Bizottság számára biztosít visszacsatolást, hanem az NKP-k közötti tapasztalatcserét és tanulási folyamatokat is ösztönzi. Ezt egészítette ki a 2022-es bizottsági iránymutatás, amely az előzetes engedélyezési rendszerek átláthatóbbá tételéhez nyújtott gyakorlati segítséget, például összehasonlító táblázatok és folyamatábrák révén.³⁹⁹

4.7 AZ EURÓPAI BIZOTTSÁG MONITORING TEVÉKENYSÉGE

A betegmobilitási irányelv a betegjogok határon átnyúló érvényesülésének biztosítása érdekében külön rendelkezéseket tartalmaz a végrehajtás nyomon követéséről és az Európai Bizottság jelentéstételi kötelezettségéről. Az irányelv előírja, hogy a Bizottság – első alkalommal 2015. október 25-ig, majd azt követően hároméves ciklusokban – jelentést készít az Európai Parlament és a Tanács részére az irányelv végrehajtásáról. A jelentéseknek ki kell térniük (különösen) a betegáramlásra, a betegmobilitás pénzügyi vonatkozásaira, a tagállamok által alkalmazott korlátozó intézkedésekre (ideértve az előzetes engedélyezési rendszereket), valamint a nemzeti kapcsolattartó pontok és az európai referenciahálózatok működésére.⁴⁰⁰

³⁹⁷ PwC: *A best practice based approach to National Contact Point websites: feasibility study*. Final Report. Contract number: SANCO/2011/D2/004. European Commission, DG SANCO. 2012. Elérési útvonat: https://health.ec.europa.eu/publications/best-practice-based-approach-national-contact-point-websites-feasibility-study_en (Utolsó elérés: 2026.02.01.)

³⁹⁸ CALLENS, S., VAN GOMPEL, N.: *Guiding Principles and Indicators for the practice of National Contact Points (NCPs) under the Cross-border Healthcare Directive 2011/24/EU*. - Study produced for the European Commission (CHAFEA) under the Health Programme (2014-2020). 2018.- pp.17-26.

³⁹⁹ VAN SEBEN, R., HUIS IN T VELD, T., KORVER, D., BERENSCHOT, L.: *Guiding principles for information provision on prior authorisation systems across Member States*. Study on enhancing implementation of the Cross-Border Healthcare Directive 2011/24/EU to ensure patient rights in the EU. - European Commission, DG SANTE. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2022.

⁴⁰⁰ 2011/24/EU irányelv 20. cikk (2) bekezdés

A bizottsági jelentések sajátossága, hogy elkészítésük a tagállamokkal folytatott együttműködésre épül: a Bizottság a tagállami információk feldolgozása mellett áttekinti a nemzeti tájékoztató felületeket, a gyakorlatban alkalmazott eljárásrendeket, és kvalitatív módszereket is alkalmaz (pl. egészségbiztosítókkal, egészségügyi szolgáltatókkal, betegszervezetekkel folytatott interjúk; egyes vizsgálatokban „színeltt beteg” módszertan a nemzeti kapcsolattartó pontok tájékoztatási teljesítményének tesztelésére). Ezen módszertani keret miatt a jelentések nem csupán formális jogszabályi megfelelést vizsgálnak, hanem a végrehajtás tényleges működőképességéről is képet kívánnak adni – azaz arról, hogy a betegjogok érvényesülését a gyakorlatban milyen információs, eljárási és finanszírozási mechanizmusok segítik vagy akadályozzák.⁴⁰¹

Az Európai Bizottság az értekezés kéziratának lezárásáig (2026. február 28.) három jelentést tett közzé: a 2015-ben, 2018-ban és 2022-ben. Az irányelvi kötelezettség szerint a következő jelentésnek 2025-ben kellett volna megjelennie, de erre még nem került sor.

4.7.1 A JELENTÉSEK FÓKUSZA: A TRANSZPOZÍCIÓTÓL A MŰKÖDŐKÉPESSÉGIG

A 2015-ös jelentés készítésének időpontjában már letelt az irányelv tagállami átültetési határideje (2013. október 25.), ugyanakkor az, hogy széles körben indultak kötelezettség-szegési eljárások, arra utalt, hogy az irányelv végrehajtása több tagállamban nem tartozott nehézségeket okozott.⁴⁰² A Bizottság ekkor elsősorban a tagállami szabályozások hiányosságaira, a betegjogok gyakorlásának jogbiztonsági kockázataira, illetve a tájékoztatási infrastruktúra gyengeségeire irányította rá a figyelmet.⁴⁰³

A 2018-as jelentés időpontjára valamennyi tagállam átültette az irányelvet, ami lehetővé tette a Bizottság számára, hogy a vizsgálat fókuszát a hiányos transzpozícióról a nemzeti szabályozások minőségére és tényleges hatására helyezze át. Ekkor válik különösen hangsúlyossá az a megközelítés, miszerint a tagállami megfelelés nem kizárólag a normaszö-

⁴⁰¹ BIRÓNÉ MALUSTYIK (2024): i.m. p.84.

⁴⁰² GELLÉRNÉ LUKÁCS (2024): i.m. 49.o.

⁴⁰³ A Bizottság jelentése az Európai Parlamentnek és a Tanácsnak a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelv működéséről. Brüsszel, 2015.09.04. (a továbbiakban lábjegyzetben: 2015-ös jelentés) Elérési útvonala: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:52015DC0421&from=RO> (Utolsó elérés: 2025.12.20.)

vegben mérhető, hanem abban is, hogy a tagállami adminisztratív megoldások milyen hatást fejtenek ki a betegmobilitásra, különös tekintettel azok visszatartó jellegére, az adminisztratív terhelésre és az információs akadályokra.⁴⁰⁴

A 2022-es jelentésben jelentős figyelem hárul a COVID-19 járvány következményeire, amelyet a betegmobilitás szempontjából kettős hatású tényezőként értékel: egyrészt a határon átnyúló betegáramlást korlátozó körülményként, másrészt az egészségügyi digitalizáció felgyorsulásának katalizátoraként. Emellett a Bizottság ebben a jelentésben is következetesen azt hangsúlyozza, hogy a végrehajtás fő akadályai továbbra is az adminisztratív terhelésben, a visszatérítési gyakorlatok eltéréseiben, a betegoldali tájékozódást nehezítő információs hiányokban, valamint az irányelv és a koordinációs rendeletek viszonyának átláthatatlanságában ragadhatók meg.⁴⁰⁵

4.7.2 STATISZTIKAI MINTÁZATOK ÉS PÉNZÜGYI VONATKOZÁSOK

A 2015-ös, 2018-as és 2022-es jelentések egyaránt megállapítják, hogy a betegmobilitási irányelv szerinti határon átnyúló betegáramlás továbbra is alacsony szinten marad, és pénzügyi hatása a tagállami egészségügyi költségvetésekre marginálisnak tekinthető.

A 2015-ös jelentés még rendkívül alacsony mobilitási szintet rögzített⁴⁰⁶, majd a 2018-as jelentés már mérsékelt növekedést mutatott.⁴⁰⁷ A mobilitás 2018–2019-ben érte el csúcspontját, majd a Covid–19 világjárvány következtében 2020-ban jelentősen visszaesett.⁴⁰⁸ A betegáramlás földrajzi mintázata mindhárom jelentés szerint elsősorban a földrajzi és kulturális közelséghez igazodik, a betegek jellemzően a szomszédos tagállamok egészségügyi szolgáltatóit veszik igénybe.⁴⁰⁹

⁴⁰⁴ Bizottság jelentése az Európai Parlamentnek és a Tanácsnak a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelv működéséről. Brüsszel, 2018.09.21. (a továbbiakban látjegyzetben: 2018-as jelentés) Elérési útvonal: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:52018DC0651&from=EN> (Utolsó elérés: 2025.12.20.)

⁴⁰⁵ A Bizottság jelentése az Európai Parlamentnek és a Tanácsnak a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelv működéséről (2022.05.12.) (a továbbiakban látjegyzetben: 2022-es jelentés) Elérési útvonal: https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:24310696-d1d3-11ec-a95f-01aa75ed71a1.0008.02/DOC_1&format=PDF (Utolsó elérés: 2025.12.20.)

⁴⁰⁶ 2015-ös jelentés 3-5.o

⁴⁰⁷ 2018-as jelentés 6-8.o.

⁴⁰⁸ 2022-es jelentés 8-10.o.

⁴⁰⁹ 2015-ös jelentés 12.o., 2018-as jelentés 11.o., 2022-es jelentés 11.o.

A pénzügyi adatok szintén a rendszer korlátozott súlyára utalnak. A 2018-as jelentés szerint az irányelv alapján megtérített költségek az uniós egészségügyi kiadások mindössze 0,004%-át tették ki,⁴¹⁰ amely a 2022-es jelentés szerint – a 2019-es csúcspontot alapul véve – is csupán 0,01%-ra emelkedett.⁴¹¹ Míg 2016-ban a tagállamok összesen mintegy 65 millió eurót fordítottak ilyen visszatérítésekre⁴¹², addig a 2018–2020 közötti időszakban a teljes összeg 243 millió euróra nőtt.⁴¹³ Összességében a három jelentés következetesen azt mutatja, hogy a betegmobilitás az irányelv alapján bár növekedést mutat, összességében továbbra is viszonylag alacsony szinten marad, és elsősorban a szomszédos tagállamok közötti betegáramlásra korlátozódik.

4.7.3 A BETEGMOBILITÁST AKADÁLYOZÓ TÉNYEZŐK AZONOSÍTÁSA

A 2015-ös jelentés az előzetes engedélyezési rendszerek kapcsán jelentős jogbizonytalanságot azonosított: több tagállam nem határozta meg egyértelműen sem a „kórházi ellátás”, sem a „kiemelten speciális ellátás” fogalmát, ami a gyakorlatban oda vezetett, hogy a betegek sok esetben indokolatlanul is engedélyt kértek, pusztán a jogvesztés kockázatának elkerülése érdekében. A jelentés továbbá rávilágított a nemzeti „kapuőri” mechanizmusok problémáira is. Több tagállam a költségtérítést kötelező beutalóhoz kötötte, egyes esetekben kizárólag a saját nemzeti egészségügyi szakemberek által kiállított dokumentumokat elfogadva, ami funkcionálisan kizárta más tagállamok orvosainak szakmai döntéseit. Mindezt súlyosbították az aránytalan adminisztratív terhek – így például a számlák hiteles fordításának vagy konzuli felülhitelesítésének előírása⁴¹⁴ –, valamint az általánosan alacsony jogtudatosság: az uniós polgárok kevesebb mint ötöde érezte magát megfelelően tájékozottnak, és mindössze körülbelül 10%-uk tudott a nemzeti kapcsolattartó pontok létezéséről.⁴¹⁵

A 2018-as jelentés már egy kiforrottabb végrehajtási környezetet vizsgált, ugyanakkor számos, kevésbé látványos, de továbbra is jelentős akadályt azonosított. A Bizottság ekkor hangsúlyosan rámutatott arra, hogy egyes tagállamok a költségtérítés során nem az állami

⁴¹⁰ 2018-as jelentés 11.o.

⁴¹¹ 2022-es jelentés 10.o.

⁴¹² 2018-as jelentés 11.o.

⁴¹³ 2022-es jelentés 10.o.

⁴¹⁴ 2015-ös jelentés 5.o.

⁴¹⁵ 2015-ös jelentés 8.o.

ellátások tarifáit, hanem alacsonyabb – jellemzően magán- vagy nem szerződött szolgáltatói – díjakat alkalmaztak referenciaként, ami formálisan megfelelt az irányelv szövegének, tényleges hatásában azonban visszatartó jellegű volt. Az előzetes engedélyezési rendszerek továbbra is problémát jelentettek: egyes tagállamok túlságosan részletezett listákat alkalmaztak, vagy akár minden külföldi szakkonzultációt engedélyhez kötöttek. Emellett aránytalan pénzügyi és adminisztratív feltételek is megjelentek, például minimális visszatérítési küszöbértékek vagy olyan igazolási kötelezettségek, amelyek a külföldi szolgáltató biztonságosságának bizonyítását hátráltatták a betegre. A jelentés további problémaként azonosította a szakmai felelősségbiztosítás egységes jogi keretének hiányát is, ami a betegbiztonság és a jogorvoslat szempontjából különösen érzékeny terület.⁴¹⁶

A 2022-es jelentés, amely már az irányelv alkalmazásának közel egy évtizedes tapasztalataira épült, arra a következtetésre jutott, hogy számos strukturális akadály továbbra is fennáll. A legjelentősebb problémaként az előfinanszírozási kötelezettséget azonosította, amely különösen a nagy értékű ellátások esetében jelent tényleges hozzáférési korlátot, és a betegmobilitást erősen szelektívvé teszi társadalmi-gazdasági szempontból.⁴¹⁷ A jelentés kiemelte továbbá az aránytalan és nehézkes adminisztratív gyakorlatokat, például azt, amikor a biztosítók olyan adatokat kérnek be a betegektől – így a hazai várakozási időket vagy költséghatékonysági értékeléseket –, amelyekkel elvileg maguk is rendelkeznek. A költségtérítési szintek korlátozása továbbra is visszatérő probléma maradt, amit jól jelez, hogy a Bizottság több tagállammal szemben ismét kötelezettségzegési eljárást indított.⁴¹⁸

4.7.4 A TAGÁLLAMI ADATSZOLGÁLTATÁS HIÁNYA ÉS KORLÁTAI

A bizottsági monitoring jelentések alapján megállapítható, hogy a tagállami jelentéstételi kötelezettség elmulasztása vagy nem megfelelő teljesítése a betegmobilitási irányelv végrehajtásának strukturális és visszatérő problémáját jelenti. E hiányosság nem pusztán technikai jellegű, hanem alapjaiban nehezíti meg az irányelv tényleges hatásainak és eredményességének uniós szintű értékelését. A jogi alap egyértelmű: az irányelv kifejezetten előírja, hogy a tagállamok kötelesek segítséget nyújtani az Európai Bizottságnak, és minden

⁴¹⁶ 2018-as jelentés 4-7.o.

⁴¹⁷ 2022-es jelentés 16-17.o.

⁴¹⁸ 2022-es jelentés 2-5.o.

rendelkezésre álló információt megadni a végrehajtásról szóló jelentések elkészítéséhez.⁴¹⁹ Ennek ellenére már az első, 2015-ös jelentéstételi ciklus során is előfordult teljes körű mulasztás, amikor egyes tagállamok – így Lettország és Málta – egyáltalán nem szolgáltatott adatokat a Bizottság számára.⁴²⁰

A Bizottság 2018-as jelentése szerint a válaszadó tagállamok száma évről évre jelentősen ingadozott: 2015-ben 23, 2016-ban 28, míg 2017-ben 26 tagállam nyújtott be adatokat. A fluktuáció következtében a statisztikai alapszámok nem válnak időben összehasonlíthatóvá, ami ellehetetleníti a hosszabb távú trendek – például a betegáramlás növekedésének vagy csökkenésének – megbízható azonosítását. Ráadásul még a jelentést teljesítő tagállamok körében is gyakori, hogy bizonyos kérdéskörökben csak részleges vagy hiányos információk állnak rendelkezésre.⁴²¹

Az adatszolgáltatási fegyelem hiánya közvetlen következményekkel jár az uniós szintű irányítás és jogérvényesítés szempontjából. A Bizottság a hiányos és nem összehasonlítható adatok miatt nem képes mélyebb elemzések elvégzésére, így például az irányelv és a koordinációs rendeletek közötti pénzügyi kölcsönhatások vizsgálatára sem. A 2022-es végrehajtási jelentésben a Bizottság ezért már kifejezetten sürgeti a tagállamokat adatszolgáltatási kötelezettségeik maradéktalan teljesítésére, hangsúlyozva, hogy a megbízható és egységes adatok elengedhetetlenek mind a jövőbeli szakpolitikai döntések megalapozásához, mind pedig az egészségügyi rendszerek hatékony működéséhez.⁴²²

A jelentések alapján megállapítható továbbá, hogy a mulasztások háttérben gyakran nem szándékos adatelhálgatás, hanem módszertani és technikai nehézségek állnak. Számos tagállam nem volt képes egyértelműen elkülöníteni a betegmobilitási irányelv alapján, illetve a koordinációs rendeletek alapján benyújtott megtérítési igényeket.⁴²³

⁴¹⁹ 2011/24/EU irányelv 20. cikk (2) bekezdés

⁴²⁰ 2015-ös jelentés 15-16.o.

⁴²¹ 2018-as jelentés 9.o.

⁴²² 2022-es jelentés 19.o.

⁴²³ 2015-ös jelentés 15.o., 2018-as jelentés 9.o., 2022-es jelentés 7.o.

4.7.5 AZ NKP-K MŰKÖDÉSÉNEK TAPASZTALATAI

Az Európai Bizottság jelentései alapján a nemzeti kapcsolattartó pontok működését jelentős tagállami különbségek jellemzik mind szervezeti felépítésük, mind működésük intenzitása tekintetében. A tagállamok az NKP-kat eltérő intézményi keretek között hozták létre: egyes országokban az egészségügyi tárcákhoz, másutt az egészségbiztosítási intézményekhez kapcsolódnak, míg bizonyos esetekben önálló szervezetként működnek.⁴²⁴ Jelentős eltérések figyelhetők meg továbbá a megkeresések számai között is: míg a legtöbb NKP havonta csupán néhány megkeresést kezel, addig egyes tagállamokban (például Németországban vagy Finnországban) a megkeresések száma rendszeresen több száz vagy akár több ezer is lehet.⁴²⁵ A különbségek értelmezésekor ugyanakkor figyelemmel kell lenni az egységes tagállami mérési módszertan hiányára. A 2015-ös bizottsági jelentés szerint ugyanis a kiugró adatok mögött részben az a gyakorlat állhat, hogy egyes tagállamok az NKP-honlapok látogatottságát is információkérésként rögzítették.⁴²⁶

A jelentések szerint a kapcsolattartó pontok tájékoztatási gyakorlata sok esetben nem képes betölteni azt a funkciót, amelyet az irányelv a betegek informált döntéshozatalának elősegítése érdekében számukra kijelöl. A tájékoztatás minőségével kapcsolatban további problémaként merült fel az információk tartalmi hiányossága. A 2018-as és a 2022-es bizottsági jelentések rámutattak arra, hogy számos NKP honlapján nem áll rendelkezésre kellően részletes tájékoztatás a betegjogokról, a panaszmechanizmusokról vagy a költségtérítés mértékéről. Különösen hiányosnak bizonyult az európai referenciahálózatokra és a ritka betegségek kezelésére vonatkozó információk közzététele: 2022-ben mindössze tizennégy tagállami NKP szolgáltatott ilyen jellegű tájékoztatást.⁴²⁷ A kapcsolattartó pontok működését tovább bonyolítja a betegmobilitási irányelv és a koordinációs rendeletek párhuzamos alkalmazása. A jelentések szerint az NKP-k munkatársai számára gyakran nehézséget jelent annak egyértelmű kommunikálása, hogy a betegek milyen esetekben vehetik igénybe az irányelv szerinti költségtérítési rendszert, illetve mikor alkalmazandók a koordinációs rendeletek.⁴²⁸

⁴²⁴ 2015-ös jelentés 7.o.

⁴²⁵ 2015-ös jelentés 7-8.o.

⁴²⁶ 2015-ös jelentés 15.o.

⁴²⁷ 2018-as jelentés 11.o., 2022-es jelentés 11.o.

⁴²⁸ 2015-ös jelentés 9.o., 2018-as jelentés 12.o., 2022-es jelentés 18.o.

Végül, a 2022-es bizottsági jelentés az akadálymentesség területén is hiányosságokra mutat rá. Számos NKP honlapja nem felel meg maradéktalanul a digitális akadálymentesítési követelményeknek, ami különösen a fogyatékossgal élő betegek számára jelenthet nehézséget az információkhoz való hozzáférésben. Emellett a honlapok csupán mintegy harmada tartalmazott információt az egészségügyi intézmények fizikai akadálymentességéről, ami tovább korlátozhatja az ellátáshoz való tényleges hozzáférést.⁴²⁹

4.8 KITEKINTÉS: A BETEGMOBILITÁS DIGITÁLIS DIMENZIÓJA ÉS JÖVŐBELI KERETEI

4.8.1 AZ EURÓPAI EGÉSZSÉGÜGYI ADATTÉR (EHDS)

4.8.1.1 Az EHDS koncepciója és szabályozási kerete

Az európai egészségügyi adattér (a továbbiakban: EDHS) létrehozásának tágabb szakpolitikai hátterét a 2020-ban elfogadott európai adatstratégia⁴³⁰ adja, amely az Európai Unió rendelkezésére álló adatmennyiségben rejlő lehetőségekre építve egy egységes európai adattér kialakítását tűzte ki célul. Ennek keretében ágazatspecifikus, külön szabályozott adatterek létrehozása valósul meg – többek között az ipar, a mobilitás, a mezőgazdaság és az egészségügy területén – közös szabványok, infrastruktúra és kormányzási modellek kialakításával. Az EHDS létrehozása az első olyan projekt, amely az európai adatstratégia keretében került megvalósításra.⁴³¹ Az EHDS létrehozásáról rendelkező 2025/327/EU rendelet⁴³² (a továbbiakban: EHDS rendelet) két, egymást kiegészítő és erősítő pillér köré épül: az elsődleges felhasználás (az egészségügyi ellátás céljából történő adathozzáférés és határon átnyúló adatcsere)⁴³³, valamint a másodlagos felhasználás (kutatás, innováció, közegészségügyi és szakpolitika döntéstámogatás). Utóbbi különösen jelentős lehet a népbe-

⁴²⁹ 2022-es jelentés 11-12.o.

⁴³⁰ A Bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának. Az európai adatstratégia. Brüsszel, 2020.2.19., COM(2020)66 final. Elérési útvonal: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX:52021DC0323> (Utolsó elérés: 2026.02.10.)

⁴³¹ GELLÉRNÉ LUKÁCS (2024): i.m.52.o.

⁴³² Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2025/327 rendelete az európai egészségügyi adatterről, valamint a 2011/24/EU irányelv és az (EU) 2024/2847 rendelet módosításáról (2025. február 11.) (a továbbiakban: EHDS rendelet)

⁴³³ EHDS rendelet II. fejezet

tegségek mintázatainak feltárása, új gyógyszerek fejlesztése vagy a járványokra való felkészülés szempontjából.⁴³⁴

4.8.1.2 Az EHDS előzményei: a betegmobilitási irányelv és az egészségügyi együttműködés korlátai

A betegmobilitási irányelv kétségtelenül meghatározó szerepet játszik a határon átnyúló egészségügyi ellátás jogosultsági, finanszírozási és intézményi együttműködési kérdéseinek rendezésében, ugyanakkor az csak korlátozott mértékben adott választ az egészségügyi adatok gyakorlati, rendszerszintű áramlásával összefüggő problémákra. Létrehozta az egészségügyi hálózatokat⁴³⁵, mint önkéntes együttműködési fórumokat, amelyek nem kötelező erejű iránymutatások révén kívánják elősegíteni az interoperabilitás fejlesztését. A digitális egészségügy területén azonban viszonylag hamar felszínre kerültek ezen megoldás szabályozási és végrehajtási korlátai. Amint azt az EHDS előkészítő dokumentumai és hatásvizsgálatai⁴³⁶, valamint maga az EHDS rendelet is hangsúlyozza⁴³⁷, az egészségügyi adatok a tagállamokban jellemzően széttagolt rendszerekben és eltérő formátumokban kerültek tárolásra, ami korlátozta a betegek adathozzáférését és az adatok feletti ellenőrzés gyakorlását. Bár egyes digitális megoldások – így különösen az e-recept és a betegösszefoglaló – megjelentek a MyHealth@EU keretrendszerében, ezek továbbra is jórészt projektszerű, részleges és eltérő tagállami érettségi szinteken megvalósult megoldások maradtak.⁴³⁸ Jan Bruthans és Klára Jiráková szintén rámutatnak a MyHealth@EU program korlátaira, kiemelve az alacsony fokú interoperabilitást, a korlátozott földrajzi lefedettséget és használatot, a szolgáltatások közötti egyenlőtlenségeket, valamint a funkcionális hiányosságokat. Elemzésük szerint az EHDS bevezetése ebben a tekintetben áttörést hozhat, mivel alapvető változást eredményez a tagállamok közötti együttműködés jellegében: míg a MyHealth@EU programban való részvétel önkéntes alapú volt, az EHDS rendelet a tagál-

⁴³⁴ EHDS rendelet IV. fejezet

⁴³⁵ 2011/24/EU irányelv 14. cikk

⁴³⁶ EUROPEAN COMMISSION: *Impact Assessment accompanying the EHDS proposal*, SWD (2022) 131 final.

⁴³⁷ EHDS rendelet (110) és (111) bekezdések

⁴³⁸ Az Európai Bizottság honlapja: Digitális egészségügy és ellátás. Elérési útvonal: https://health.ec.europa.eu/chealth-digital-health-and-care/digital-health-and-care_hu (Utolsó elérés: 2025.12.21.)

lamok számára kötelezővé teszi a csatlakozást, valamint a meglévő megoldásokat új funkciókkal is kiegészíti.⁴³⁹

4.8.1.3 Az EHDS és a betegmobilitási irányelv kapcsolata

Az EHDS jelentősége az uniós szintű betegmobilitási szabályozás szempontjából elsősorban abban ragadható meg, hogy a betegmobilitási irányelv anyagi jogi keretei mellett olyan hozzáférési és interoperabilitási követelményrendszert vezet be, amely a beteg mobilitásával együtt mozgó egészségügyi információ áramlását rendszerszinten kezeli. Az EHDS rendelet formálisan is módosítja a betegmobilitási irányelvet, amikor 2031. március 26-i hatállyal hatályon kívül helyezi⁴⁴⁰ az e-egészségügyi hálózatok jogalapjául szolgáló 14. cikket. Az EDHS rendelet tagállami szinten új végrehajtási és felügyeleti feladatokat hoz létre. A rendszer működtetéséért és ellenőrzéséért a tagállamokban kijelölt digitális egészségügyi hatóságok⁴⁴¹ és adat-hozzáférési szervek felelnek, uniós szinten pedig az Európai Egészségügyi Adattér Testület biztosítja⁴⁴² a szabályok következetes alkalmazását.

Ugyanakkor fontos kiemelni, hogy az EHDS hozzájárulhat a betegmobilitási irányelv megvalósításához és a betegjogok érvényesítéséhez azáltal, hogy megerősíti az ellátás folytonosságának digitális feltételeit. Marco Nalin, Ilaria Baroni, Giuliana Faiella és szerzőtársaik is rámutatnak arra, hogy a betegmobilitási irányelv által biztosított keretek között a határon átnyúló adatszerét számos tényező hátráltatja, így különösen az eltérő nemzeti szabályozási megoldások, a standardizált elektronikus egészségügyi nyilvántartó rendszerek hiánya, a fragmentált beleegyezési mechanizmusok, a nyelvi különbségek, valamint a szabályok, folyamatok és biztonsági garanciák uniós szintű összehangolásának hiánya.⁴⁴³ Az EHDS ezen problémákra azzal reagál, hogy meghatározza az elsődleges felhasználási körbe tartozó, kiemelt egészségügyi adatkategóriákat és ezekhez a betegek számára közvetlen hozzáférési jogokat, a szolgáltatók számára pedig interoperabilitási kötelezettségeket rendel.⁴⁴⁴

⁴³⁹ BRUTHANS, J. K., JIRÁKOVÁ, K.: *The Current State and Usage of European Electric Health Services (eHDSI)*. - In: Journal of Medical Systems, Volume 47, Article Number 21, 2023.

⁴⁴⁰ EHDS rendelet VIII. fejezet 103. cikk

⁴⁴¹ EHDS rendelet II. fejezet 2. szakasz 19. cikk

⁴⁴² EHDS rendelet VI. fejezet 94. cikk

⁴⁴³ NALIN, M., BARONI, I., FAIELLA, G. et al. (2019): *The European Cross-Border Health Data Exchange Roadmap: Case Study in the Italian Setting*. - In.: Journal of Biomedical Informatics. 2019 (94). – p.5.

⁴⁴⁴ EHDS rendelet II. fejezet

4.8.2 A TELEMEDICINA, MINT HATÁRON ÁTNYÚLÓ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS

A telemedicina fogalmának meghatározását a szakirodalomban jelentős terminológiai sokszínűség jellemzi. Az Európai Bizottság 2008-as közleménye szerint a telemedicina olyan egészségügyi szolgáltatások nyújtását jelenti, amelyek információs és kommunikációs technológiák alkalmazásával valósulnak meg olyan helyzetekben, amikor az egészségügyi szakember és a beteg — vagy két egészségügyi szakember — nem azonos helyen tartózkodik.⁴⁴⁵ Bán Attila kiemeli, hogy Sood és szerzőtársai 2007-ben végzett⁴⁴⁶ átfogó elemzésükben 107 különböző definíciót azonosítottak, és rámutattak arra, hogy ezen meghatározások közös eleme az infokommunikációs technológiák és az egészségügyi ellátás funkcionális integrációja. Bán ezen megközelítés alapján hangsúlyozza, hogy az IKT-eszközök nem külsődleges kiegészítói az ellátásnak, hanem annak integráns részét képezik, és alapvetően befolyásolják a diagnosztikai, terápiás és kommunikációs folyamatokat.⁴⁴⁷ Kovács Gábor értelmezése tovább konkretizálja ezt a megközelítést, hangsúlyozva, hogy a telemedicina lényege a távoli egészségügyi szolgáltatások digitális eszközök segítségével történő biztosítása. Ez magában foglalja egyrészt az orvos és a beteg közötti diagnosztikai vagy terápiás célú kapcsolatot, másrészt az egészségügyi szakemberek közötti konzultációt is.⁴⁴⁸

A fogalmi meghatározások mellett a telemedicina kialakulása és elterjedése szorosan összefügg az infokommunikációs technológiák fejlődésével, amely az egészségügyi ellátás szervezését és nyújtásának módját is alapvetően átalakította. A telemedicina kialakulását Berki Gabriella egy organikus fejlődés eredményének tekinti, amelyet három, jól elkülöníthető szakaszra oszt: a pre-elektronikus időszakra, amikor az egészségügyi információk továbbítása még mechanikus vagy fizikai csatornákon történt; az elektronikus, off-line eszközök korszakára, amely a távíró, a telefon, a rádió és később az űrkutatásban alkalmazott telemetria megjelenésével teremtette meg a távdiagnosztika technikai alapjait; vala-

⁴⁴⁵ A Bizottság Közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális bizottságnak és a Régiók Bizottságának a távorvoslásról a betegek, az egészségügyi ellátórendszerek és a társadalom javára COM/2008/0689. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/ALL/?uri=celex:52008DC0689> (Utolsó elérés: 2026.02.14.) 3.o.

⁴⁴⁶ SOOD, S.P., NEGASH, S., MBARIKA, V.W. KIFLE, M., PRAKASH, N.: *Differences in public and private sector adoption of telemedicine: Indian case study for sectoral adoption.* - In: *Studies in Health Technology and Informatics*, 2007:130. - pp. 257-268.

⁴⁴⁷ BÁN Attila: *A telemedicina néhány földrajzi vonatkozása Magyarország példáján.* Doktori értekezés. Szegedi Tudományegyetem Földtudományok Doktori Iskola. 2017. - 17.o.

⁴⁴⁸ KOVÁCS Gábor: *Felelősségi kérdések a telemedicina-szolgáltatásban.* - In. *Információs Társadalom.* XXII. 3.szám. 2022. - 54.o.

mint az internet elterjedésével kibontakozó online korszakra, amely a modern értelemben vett telemedicina tömeges alkalmazását tette lehetővé.⁴⁴⁹ Bár az IKT technológiák már korábban is jelen voltak az egészségügyben, a telemedicina fejlődése a COVID–19 világjárvány által kikényszerített fizikai távolságtartás idején felgyorsult, és számos országban rendszerszintű megoldássá vált.⁴⁵⁰

A telemedicina fejlődése nem csupán technológiai változásokat eredményezett, hanem az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségének és szervezésének módját is átalakította. A telemedicinának számos előnye lehet az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentésében, amelyet az IKT technológiák ellátásba való integrációja tesz lehetővé. A telemedicina olyan elszigetelt térségekben is biztosíthatja a minőségi szolgáltatást, ahol a földrajzi távolság, vagy a rossz közlekedési infrastruktúra egyébként akadályt képezne az ellátáshoz való hozzájutásban.⁴⁵¹ Bán hangsúlyozza, hogy a távgyógyászat egyik legfontosabb sajátossága, hogy az ellátás igénybevételéhez nem a betegeknek vagy az egészségügyi szakembereknek kell mozogniuk a térben, hanem az információk áramlanak. De további előnyök között veszi számba, hogy az ellátás jelentős időmegtakarítással és költséghatékonysággal is járhat, valamint, hogy csökkenthető az egészségügyi intézményekre nehezedő teher is.⁴⁵²

A telemedicina jelentősége különösen akkor válik hangsúlyossá, amikor az ellátás nemcsak egy adott államon belül, hanem tagállamok között valósul meg. Ebben a körben az EHDS alapvető jelentőségű, mivel az egységes jogi és technikai keretet teremt az egészségügyi adatok határokon átnyúló felhasználásához, a távolról nyújtott ellátások működésének is nélkülözhetetlen feltételeit biztosítja. A két terület közötti legfontosabb kapcsolódási pont a MyHealth@EU infrastruktúra, amely az egészségügyi adatok — különösen a betegössze-foglalók és az elektronikus receptek — szabványosított és biztonságos továbbítását teszi lehetővé a tagállamok között.⁴⁵³ Ez az adatsere a telemedicinális ellátás alapfeltétele, hi-

⁴⁴⁹ BERKI Gabriella: *Mi fán terem a telemedicina? – a távoroslás fogalma és kialakulása.* - In. *Acta Juridica et Politica.* 11:3. 2021.- 5.o.

⁴⁵⁰ BERKI Gabriella: *COVID-19 és a telemedicina forradalma (?) Magyarországon.* - In. *Infokommunikáció és Jog.* 2021/1.szám. - 41.o.

⁴⁵¹ FICZERE Andrea: *Telemedicina.* - In. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy.* IX évf.1.szám. - 48-50.o.

⁴⁵² BÁN (2022): i.m.101.o.

⁴⁵³ CARRANDINHA, M. et. al.: *Telemedicine and the European Health Data Space: a new paradigm for healthcare in the EU.* - In. *Frontiers in Digital Health.* 2026. 9;7:1713758. - p.2.

szen a távolról nyújtott szolgáltatás csak akkor valósítható meg biztonságosan, ha a kezelőorvos hozzáfér a beteg releváns egészségügyi adataihoz.

A telemedicina határon átnyúló alkalmazása ugyanakkor nem csupán technológiai kérdés, hanem az uniós egészségügyi szolgáltatások jogi keretrendszerében is értelmezést igényel. A betegmobilitási irányelv egyértelművé teszi, hogy a szolgáltatásnyújtás szabadsága nem kizárólag a fizikai utazással járó ellátásokra, hanem az elektronikus úton igénybe vett szolgáltatásokra is kiterjed.⁴⁵⁴ Az irányelv telemedicinára vonatkozó szabályozása több, egymással összefüggő elemből áll. Mindenekelőtt sajátos módon határozza meg az ellátás helye szerinti tagállamot telemedicina esetén: a szabályozás úgy tekinti, hogy az ellátás helye szerinti tagállam ebben az esetben az a tagállam, ahol az egészségügyi szolgáltató letelepedett.⁴⁵⁵ Ebből következően telemedicina esetén nem a beteg lakóhelye, hanem a szolgáltató letelepedési helye szerinti tagállam jogszabályai, illetve az ott érvényesülő minőségi és biztonsági előírások az irányadóak. A biztosítás helye szerinti tagállam a telemedicina útján, határon átnyúló módon nyújtott egészségügyi szolgáltatások költségeinek megtérítése esetében is jogosult ugyanazon feltételek, támogathatósági kritériumok és adminisztratív formalitások alkalmazására, amelyeket a saját területén nyújtott ellátások finanszírozása során érvényesít. A telemedicina tehát nem teremt önálló finanszírozási jogcímet, hanem a határon átnyúló egészségügyi ellátás általános szabályrendszerébe illeszkedik.⁴⁵⁶

Az EUB a határon átnyúló telemedicina értelmezésével a C-115/24. számú, UJ kontra Österreichische Zahnärztekammer ügyben foglalkozott, amelyben 2025 szeptemberében hozott ítéletet.⁴⁵⁷ Az ügy egy határon átnyúló fogászati szolgáltatási modell jogi megítélését állította középpontba, amelyben szorosan összekapcsolódnak a távoli, digitális és a személyes ellátási elemek. Az ügy tényállása szerint UJ, Ausztriában letelepedett fogorvos „partnerfogorvosként” működött közre a németországi Urban Technology GmbH és a DZK Deutsche Zahnklinik GmbH által „DrSmile” márkanéven kínált, láthatatlan fogsínes keze-

⁴⁵⁴ 2011/24/EU irányelv (26) preambulumbekzdés

⁴⁵⁵ 2011/24/EU irányelv 3. cikk d, pont

⁴⁵⁶ JANECKAITÉ, R.: *Upcoming Legal Challenges for Cross-border eHEALTH Services in the EU*. In: *Future Decade of the EU Law*. - In. 8th International Conference of PhD Students and Young Researchers. Conference Paper. 2020. - p.88.

⁴⁵⁷ C-115/24. UJ kontra Urban Technology GmbH, DZK Deutsche Zahnklinik GmbH ítélet. (a továbbiakban: Telemedicina ítélet) Elérési útvonal: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX:62024CJ0115> (Utolsó elérés: 2026.02.13.)

lési konstrukcióban.⁴⁵⁸ A páciensek a német szolgáltató honlapján jelentkeztek, majd az osztrák rendelőben – így UJ praxisában – került sor a kórtörténet felvételére, a tájékoztatásra, a háromdimenziós szkennelésre és az előkezelésekre, míg a kezelési szerződést közvetlenül a német DZK-val kötötték meg, és a további kezelés, illetve kontroll döntően egy mobilapplikáción keresztül, a német szolgáltató távfelügyeletével zajlott.⁴⁵⁹

A finanszírozási láncban a német társaság fizetett díjazást az osztrák fogorvosnak, aki így egy olyan szolgáltatási modellben vett részt, amelyet az osztrák fogorvosi kamara az osztrák fogorvosi tevékenységről szóló törvény szempontjából aggályosnak ítélt. A kamara jogsértés megszüntetése iránti keresetében arra hivatkozott, hogy UJ olyan külföldi gazdasági társaságokkal működik együtt, amelyek nem rendelkeznek az osztrák jog által megkövetelt engedélyekkel, és ez a konstrukció sérti a szakma közvetlen és személyes gyakorlásának követelményét, illetve a nem fogorvosi tulajdonú cégekkel való együttműködés tilalmát.⁴⁶⁰ Az osztrák legfelsőbb bíróság ezért előzetes döntéshozatali kérelemmel fordult az Európai Unió Bíróságához annak tisztázása érdekében, hogy az ilyen, online és személyes elemeket egyaránt magában foglaló ellátási modell miként minősül az uniós jog szerint, különösen a betegmobilitási irányelv alkalmazásában, és mely tagállam joga tekintendő irányadónak a szolgáltatás minőségi, biztonsági és engedélyezési feltételei szempontjából.⁴⁶¹

Az EUB ítélet egyik jelentősége abban áll, hogy kimondta: a telemedicina az uniós jog önálló fogalma, amelyet egységesen úgy kell értelmezni, mint a beteg és az egészségügyi szolgáltató egyidejű fizikai jelenléte nélkül, kizárólag információs és kommunikációs technológiák igénybevételevel, távolról nyújtott egészségügyi ellátást.⁴⁶² Az EUB továbbá arra a következtetésre jutott, hogy a betegmobilitási irányelv értelmében határon átnyúló egészségügyi ellátásnak csak azok a telemedicina-szolgáltatások minősülnek, amelyeket a biztosítás helye szerinti tagállamtól eltérő tagállamban letelepedett egészségügyi szolgáltató nyújt távolról, tehát a beteggel való egyidejű fizikai jelenlét nélkül, kizárólag IKT technológiák útján.⁴⁶³ Az ítélet további, telemedicina uniós jogi megítélése szempontjából megha-

⁴⁵⁸ Telemedicina ítélet 33. pont

⁴⁵⁹ Telemedicina ítélet 35. pont

⁴⁶⁰ Telemedicina ítélet 39. pont

⁴⁶¹ Telemedicina ítélet 43-44.pont és 46.pont

⁴⁶² Telemedicina ítélet 62-63.pont

⁴⁶³ Telemedicina ítélet 73. pont

tározó megállapításai az alábbiakban ragadhatók meg. Egyrészt az EUB egyértelművé tette az alkalmazandó jog kérdését: kimondta, hogy az online és személyes elemeket egyaránt tartalmazó, komplex orvosi kezelések esetén a távoli, telemedicinális elemeket jogilag el kell különíteni a személyes ellátástól és erre a szegmensre önállóan kell alkalmazni az egészségügyi szolgáltató letelepedési helye szerinti állam jogszabályait.⁴⁶⁴

A fentiek alapján megállapítható, hogy a határon átnyúló egészségügyi ellátások fogalma nem korlátozódik kizárólag a betegek fizikai mozgásával járó klasszikus betegmobilitásra, hanem kiterjed a telemedicina keretében nyújtott, távoli egészségügyi szolgáltatásokra is. Ebben az összefüggésben különös jelentőséggel bír az EHDS, amely az egészségügyi adatok határokon átnyúló hozzáférhetőségének és interoperábilis felhasználásának biztosításán keresztül teremti meg a digitális formában nyújtott ellátások működési feltételeit, minde nélkül a betegellátáshoz szükséges egészségügyi dokumentáció rendelkezésre állását.

A telemedicina pedig a technológia segítségével képes lehet lebontani a határon átnyúló betegmobilitás előtt álló fizikai határokat és lehetővé teheti a magas szintű szakértelem elérését anélkül, hogy a betegeknek vállalniuk kellene a hosszú utazással járó terheket.⁴⁶⁵

4.9 RÉSZKÖVETKEZTETÉSEK

A fejezet a betegmobilitási irányelv szabályainak elemzésével bemutatta, hogy a határon átnyúló egészségügyi ellátásokhoz kapcsolódó betegjogok érvényesülése nem a tagállami intézmények közötti strukturált pénzügyi és adminisztratív koordinációra, hanem az egyéni betegválasztásra, az utólagos költségtérítés logikájára, valamint a tagállami közigazgatási döntésekre és tájékoztatási mechanizmusokra épül. A fejezet több ponton is rámutatott arra, hogy az irányelv szabályozási szerkezete eltér a koordinációs rendeletekétől: míg utóbbiak a szociális biztonsági rendszerek összekapcsolását és az intézmények közötti strukturált együttműködést állítják a középpontba, addig az irányelv az egészségügyi ellátások, mint szolgáltatások szabad áramlásának feltételeit rendezi oly módon, hogy közben tiszteletben tartja a tagállamok felelősségét az egészségügyi rendszerek megszervezésében és finanszírozásában.

⁴⁶⁴ Telemedicina ítélet 69. pont

⁴⁶⁵ FOOTMAN, K. et al.: *Cross-border health care in Europe. Policy Summary 14.* - European Observatory on Health Systems and Policies (ECAB project), 2014. - p.28.

A határon átnyúló egészségügyi ellátások társadalombiztosítási finanszírozási szabályainak áttekintése során bemutatásra került, hogy az előzetes engedély az irányelv szabályozási rendszerében egy kivételesen fenntartható tagállami eszköz, amelynek alkalmazását az uniós jog az arányosság, az átláthatóság és a diszkrimináció tilalma követelményei közé szorítja. A fejezet ugyanakkor arra is rámutatott, hogy az előzetes engedélyhez kötött ellátások körének meghatározása, az engedélyezési kritériumok konkretizálása, valamint az eljárási szabályok kialakítása továbbra is a tagállami mozgástér egyik lényeges területét képezi. Az irányelv tehát nem vonja el a tagállamok döntési autonómiáját, hanem annak gyakorlását egy uniós keretrendszer keretei közé illeszti. A költségtérítés szabályainak elemzése tovább erősítette ezt a sajátos végrehajtási logikát. A fejezet bemutatta, hogy az irányelv az intézményközi elszámolás modelljével szemben olyan rendszert alakít ki, amelyben a beteg közvetlen kapcsolatba kerül a külföldi egészségügyi szolgáltatóval, megelőlegezi az ellátás költségeit, majd utólag fordul a biztosítás helye szerinti tagállamhoz megtérítésért. Ez a finanszírozási mechanizmus nem hoz létre a koordinációs rendeletekhez hasonló, zárt és standardizált intézményközi elszámolási rendszert.

A fejezet a tagállamok szerepének elemzése során azt is feltárta, hogy az irányelv végrehajtása az ellátás- és a biztosítás helye szerinti tagállam közötti feladatmegosztásra épül; azok eltérő, de egymást kiegészítő funkciókat látnak el. A tagállamok közötti horizontális együttműködés vizsgálata rámutatott, hogy az irányelv alapján megvalósuló horizontális együttműködés funkciója és intézményesültsége lényegesen eltér a koordinációs rendeletekben megjelenő modelltől. Az együttműködés eseti jellegű és elsősorban az információcserére, a minőségi és biztonsági előírások megismerésére, a szolgáltatók működési jogosultságának ellenőrzésére, valamint a felügyeleti, számlázási és betegjogi kérdések tisztázására irányul. Tehát, összességében nem válik olyan zárt és standardizált intézményközi mechanizmussá, mint a koordinációs rendeletek esetében – így ennek megfelelően az első hipotézis igazoltnak tekinthető.

A nemzeti kapcsolattartó pontokról szóló rész azt mutatta be, hogy az irányelv végrehajtásában a betegtájékoztatás intézményes biztosítása kiemelkedő szerepet játszik. Az NKP-k olyan hálózatos formában működnek, amelyben mind horizontális, mind vertikális együtt-

működési mechanizmusok azonosíthatók. Horizontális értelemben az NKP-k egymással, más tagállamok szolgáltatóival, valamint az érintett intézményekkel állnak kapcsolatban; vertikális értelemben pedig az Európai Bizottsággal való együttműködésük meghatározó. A fejezet rámutatott arra is, hogy az NKP-k szervezeti kialakítása és működése tagállamként jelentős eltéréseket mutat, ami jól érzékelteti, hogy az irányelv végrehajtása ezen a ponton is tagállami szervezeti autonómiára épül. Ugyanakkor a Bizottság különböző útmutatásokkal, indikátorokkal, workshopokkal és egyéb puha jogi eszközökkel törekszik az NKP-k működésének összehangolására és fejlesztésére.

A fejezet az Európai Bizottság monitoring tevékenységének bemutatása során arra mutatott rá, hogy a vertikális dimenzió elsősorban jelentéstételi, koordinációs és visszacsatolási mechanizmusokat jelent. A háromévente elkészített betegmobilitási jelentések a tagállami adatszolgáltatásra, a nemzeti kapcsolattartó pontok működésének vizsgálatára, a betegáramlásra, a pénzügyi hatásokra, valamint az adminisztratív és információs akadályok feltárására épülnek. A fejezet azt is hangsúlyozta, hogy a Bizottság a jelentéseken keresztül nem kizárólag a formális transzpozíciót vizsgálja, hanem a végrehajtás tényleges működőképességéről is képet kíván alkotni. Ez a megközelítés közvetlenül kapcsolódik a második kutatási célhoz, mivel rámutat, hogy a vertikális monitoring az operatív működés több releváns dimenzióját is próbálja megragadni, különösen az adminisztratív terhek, a tájékoztatási hiányosságok, az előzetes engedélyezési rendszerek működése és a költségterítési gyakorlatok területén. A fejezet ugyanakkor a monitoring strukturális korlátait is azonosította. A bizottsági jelentések módszertanilag sokrétűek, azonban a tagállami adatszolgáltatás hiányosságai, az eltérő nemzeti mérési gyakorlatok, az irányelvi és a koordinációs rendeleti jogalapon kezelt ügyek elkülönítésének nehézségei, valamint a részleges és nem összehasonlítható adatok jelentősen szűkítik a Bizottság rálátását a tagállami közvetett végrehajtás tényleges működésére. A fejezet ebből arra a következtetésre jutott, hogy a vertikális monitoring ugyan képes bizonyos visszatérő mintázatok, akadályok és problématerületek azonosítására, de a tagállami közigazgatás operatív működési zavarai csak korlátozott mélységben jelennek meg e mechanizmusokban. Ez a megállapítás hozzájárul a második hipotézis alátámasztásához.

Összességében megállapítható, hogy a betegmobilitási irányelv végrehajtásában a jogok érvényesülése a tagállami közigazgatási döntések, a betegre háruló finanszírozási és adminisztratív mechanizmusok, a kevésbé strukturált horizontális együttműködés, valamint az Európai Bizottság puha jogi és monitoring eszközökre épülő vertikális koordinációja révén valósul meg. A fejezet így világosan kijelöli azt az eltérő végrehajtási logikát, amely a koordinációs rendeletekhez képest az irányelvet jellemzi.

5. A BETEGMOBILITÁSI SZABÁLYOK HAZAI VÉGREHAJTÁSÁNAK TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI KERETEI

Ahogy az az előző fejezetekben is bemutatásra került, a betegmobilitásra vonatkozó uniós szabályok végrehajtása döntően közvetett végrehajtás keretében, a tagállami társadalombiztosítási rendszerek intézményi és finanszírozási struktúráin keresztül valósul meg. Következésképpen az uniós normák hazai érvényesülésének vizsgálata nem értelmezhető a magyar társadalombiztosítási rendszer működési logikájának ismerete nélkül. A betegmobilitási szabályok hazai végrehajtásának részletes elemzését ezért indokolt megelőznie a magyar társadalombiztosítási és egészségbiztosítási rendszer alapvető intézményi, finanszírozási és működési sajátosságaira vonatkozó áttekintésnek.

5.1 AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS HELYE A TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS RENDSZERÉBEN

Jelen doktori értekezés keretében a társadalombiztosítás fogalmának meghatározásakor Fazekas Marianna definíciójából indul ki, amely szerint „*A társadalombiztosítás egy államilag szervezett, kötelező kockázatközösség, amely a kockázatközösségbe bevontak számára, meghatározott társadalmi kockázat esetére, az erre rendelt bevételekből, a kockázat bekövetkezésekor - a jogosult anyagi helyzetétől, jövedelmi viszonyaitól függetlenül – pénzbeli, kisebb részben természetbeni ellátásokat nyújt.*”⁴⁶⁶

A fenti definíció egyik alapvető eleme, hogy a társadalombiztosítási rendszer ellátásai nem általánosan, hanem a kockázatközösségbe bevont személyek számára hozzáférhetők. Ennek megfelelően elsőként indokolt áttekinteni, hogy a magyar szabályozás milyen jogosulti

⁴⁶⁶ FAZEKAS Marianna: *A szociális igazgatás.* - In.: FICZERE Lajos, FORGÁCS Imre (szerk.): *Közigazgatási jog: Különös rész.* – Budapest: Osiris Kiadó, 2004. - p. 300

kategóriákat különít el. Ezen kereteket a 2019. évi CXXII. törvény (a továbbiakban: Tbj.)⁴⁶⁷ határozza meg az alábbiak szerint:

Jogosultsági kategória	Jogosultak köre
Biztosítottak	A Tbj. 6.§-ban meghatározott jogosulti kör. (Pl.: valamilyen munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló személyek; álláskeresési támogatásban részesülő személyek; egyéni-, vagy társas vállalkozók; egyházi szolgálati jogviszonyban álló személy stb.)
Kizárólag egészségügyi szolgáltatásra jogosultak	A Tbj. 22.§ (1) bekezdésében meghatározott jogosulti kör. (Pl.: különböző gyermekgondozási és baleseti ellátásban részesülők, a nyugellátásban vagy megváltozott munkaképességhez kapcsolódó ellátásokban részesülő személyek, a szociális és hadigondozotti ellátottak, a gyermekvédelmi gondoskodás alatt állók, a fogvatartottak, a hajléktalan személyek, rászorultsági alapon jogosultságot szerzők, egészségügyi szolgáltatási járulék fizetése révén jogosultságot szerzők stb.)
Kizárólag baleseti egészségügyi szolgáltatásra jogosultak	A Tbj.21.§-ban meghatározott jogosulti kör. (Pl.: gyakorlati képzésben részt vevő tanulók és hallgatók; szocioterápiás intézetben gyógykezelt elme- vagy szenvedélybetegek; közcélú vagy közérdekű munkát végzők; közérdekű önkéntes tevékenységet végzők; letartóztatottak stb.)
Megállapodás alapján jogosultságot szerzők	A Tbj. 48.§-49/A.§-ban meghatározott jogosulti kör. (Pl.: belföldi nagykorú személyek, akik nyugdíjra jogosító szolgálati időt és nyugdíjalapot kívánnak szerezni; egészségügyi szolgáltatás biztosítására megállapodást kötő belföldiek (saját maguk és gyermekük után) stb.)

2. sz. táblázat: A társadalombiztosítási ellátásaira jogosultak kategóriái
(Forrás: Saját szerkesztés a Tbj. 6.§, 21.§,22.§, 48.§ és 49/A.§ alapján)

⁴⁶⁷ A társadalombiztosítási rendszer általános felépítéséről, működéséről, finanszírozási háttéréről, az ellátásokra jogosultak köréről jelenleg a társadalombiztosítási ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvény (a továbbiakban: Tbj.)

A társadalombiztosítási rendszerben a biztosítottak⁴⁶⁸ – az egyéni felelősség elvével összhangban⁴⁶⁹ - járulékfizetési kötelezettségük teljesítése alapján a társadalombiztosítás valamennyi, így az egészségbiztosítási és a nyugdíjbiztosítási ellátásokra egyaránt jogosultak. A téma szempontjából nem hagyható figyelmen kívül, hogy biztosítottnak minősülnek azok a természetes személyek is, akik 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 tartozik.⁴⁷⁰ A jogosultsági rendszer nem merül ki a biztosítottak körében. Az 1997. évi LXXXIII. törvényben⁴⁷¹ (a továbbiakban: Ebtv.) II. fejezetében meghatározott egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés ennél tágabb személyi kör⁴⁷² számára biztosított. Ebbe a körbe tartozók egy része esetében a finanszírozási terhet a központi költségvetés viseli⁴⁷³, míg más személyek saját maguk kötelesek egészségügyi szolgáltatási járulék fizetésére.⁴⁷⁴ A szabályozás emellett a szociális rászorultság alapján is lehetővé teszi az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság megállapítását⁴⁷⁵, továbbá megállapodás útján⁴⁷⁶ is biztosítja a jogosultságszerzés lehetőségét. Külön kategóriát alkotnak végül a kizárólag a baleseti egészségügyi szolgáltatásra⁴⁷⁷ jogosult személyek, akik meghatározott élethelyzetekben vagy tevékenységük során bekövetkező üzemi baleset, illetve foglalkozási megbetegedés esetén válnak ellátásra jogosulttá.⁴⁷⁸

⁴⁶⁸ Tbj.6.§

⁴⁶⁹ 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. Lásd: Tbj.1.§ (3) bekezdés

⁴⁷⁰ Tbj. 6.§ (3) bekezdés

⁴⁷¹ A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.)

⁴⁷² Tbj.22.§ (1) bekezdés

⁴⁷³ Tbj.22.§ (1) b) pontjában meghatározott személyek, a gyermekgondozási díjban részesülők, valamint a 22. § (1) bekezdés c)–f), h)–p) és r)–t) pontjában meghatározott személyek után.

⁴⁷⁴ Lásd: Tbj. 43.§ (1)

⁴⁷⁵ Lásd: a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 54.§ (1) - A járási hivatal annak a személynek állapítja meg a szociális rászorultságát, akinek családjában az egy főre jutó jövedelem nem haladja meg a szociális vetítési alap 120%-át (egyedül élőnél 150%-át), és nem rendelkezik vagyonnal. Lásd bővebben: HOFFMAN István, MATTENHEIM Gréta: *Nagykommentár a szociális törvényhez.* – Budapest: Wolters Kluwer, 2016. - 213.o.

⁴⁷⁶ Lásd: Tbj.48.§ - A megállapodás irányulhat szolgálati idő, vagy nyugdíjalapot képező jövedelem szerzésére, valamint egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság megszerzésére. Az előbbit az a belföldi nagykorú természetes személy kötheti, aki nem saját jogú nyugdíjas és biztosítási kötelezettséggel járó jogviszonyban nem áll, vagy a biztosítás nem terjed ki rá, vagy a biztosítási szünetel. 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.

⁴⁷⁷ Ebtv.54.§

⁴⁷⁸ Tbj.21.§

A jogosultsági kategóriák áttekintése után indokolt a rendszer szerkezeti és pénzügyi alapjainak bemutatása is. A magyar társadalombiztosítási rendszer felépítését tekintve két biztosítási ágra osztható fel: a nyugdíjbiztosításra és az egészségbiztosításra. Mindkét biztosítási ág működését és az annak keretében igénybe vehető ellátások fedezetét egy-egy pénzügyi alap - Nyugdíjbiztosítási Alap és az Egészségbiztosítási Alap - biztosítja, amelyek finanszírozása döntően a befizetett adó-és járulékbévételekből történik. A disszertáció tárgyára tekintettel a két ág közül az egészségbiztosítás bír kiemelt jelentőséggel, ezért a fejezet további részei ennek részletesebb ismertetésére irányulnak. Az Egészségbiztosítási Alap bevételi forrásainak jelentős részét a foglalkoztatók által fizetett szociális hozzájárulási adó, valamint a foglalkoztató által a foglalkoztatott béréből levont a társadalombiztosítási járulék képezi.⁴⁷⁹ Emellett a bevételi oldal fontos részét képezi az egészségügyi szolgáltatási járulék, valamint az egyéb bevételek is (mint például a térítési díjak).⁴⁸⁰ A finanszírozási rendszer stabilitásának garanciális eleme az állami garanciavállalás elve,⁴⁸¹ amely szerint az államnak a társadalombiztosítási ellátások fedezetét abban az esetben is biztosítania kell, ha a társadalombiztosítás kiadásai a bevételeket meghaladják.⁴⁸²

A társadalombiztosítás működésének alapját az újraelosztási mechanizmusok rendszere képezi. Az időbeli (intertemporális) újraelosztás lényege, hogy az egyén élete során különböző időszakokban teljesített befizetései és az igénybe vett ellátások időben elválnak egymástól, így a rendszer lehetővé teszi, hogy a jogosultak szükség esetén a korábbi hozzájárulásaiktól függetlenül részesüljenek ellátásban. A személyek közötti (interpersionális) újraelosztás ezzel párhuzamosan a különböző jövedelmi helyzetű biztosítottak között valósul meg: a magasabb jövedelműek nagyobb mértékű befizetései részben az alacsonyabb jövedelműek ellátásait fedezik. Az újraelosztás további dimenzióit jelenti a horizontális és vertikális kiegyenlítés. Előbbi az ellátásokat igénybe vevők és az adott időszakban szolgáltatást nem igénylők közötti forrásmegosztást jelenti, míg utóbbi a társadalom eltérő jöve-

⁴⁷⁹ GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva, GERGELY Katalin: *Az új. Tbj. szellemisége és egyes konkrét szabályai.* - In: Munkajog. 2020/1. - 36.o.

⁴⁸⁰ HOFFMAN István, GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva: *Bevezetés a társadalombiztosítási és szociális jogba.* - Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. 2020. - 183.o.

⁴⁸¹ Tbj. 2.§ (2) bekezdés

⁴⁸² DERNÓCZI Attila, FERENCZ Jácint (szerk.): *Munkajog és társadalombiztosítási jog.* - Budapest: Ludovika Egyetemi Kiadó, 2024. - 207-208.o.

delmi csoportjai között valósul meg, biztosítva, hogy az ellátásokhoz való hozzáférés ne a pénzügyi teljesítőképességtől függjön. Ezek a mechanizmusok együttesen fejezik ki a társadalombiztosítás szolidaritási jellegét.⁴⁸³

5.2 AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ELLÁTÁSOK RENDSZERE

Az egészségbiztosítási rendszer az ellátásokat több, egymástól elkülönülő csoportba sorolja, amelyet az alábbi táblázat foglal össze:

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
Örökbefogadói díj			Külföldön történő gyógykezelések
			Utazási költségtérítés
			Méltányosságból igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások

3.sz. táblázat: Az egészségbiztosítási ellátások köre (Forrás: Saját szerkesztés az Ebtv. II. – VI. fejezete alapján)

⁴⁸³ LAKNER Zoltán: *Szociálpolitika*. – Budapest: Szent István Társulat, 2006. - 118-119.o.

Az egészségbiztosítás keretében nyújtandó pénzbeli ellátások sajátossága, hogy azok összege arányban áll a járulékfizetés mértékével – azaz a magasabb jövedelemmel rendelkezők, magasabb összegű ellátásokban részesülhetnek. Ezzel szemben az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatosan alapvető követelmény, hogy azok az egészségi állapot által indokolt mértékben vehetők igénybe, és azonos szakmai tartalommal illetik meg az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személyeket.⁴⁸⁴

Az egészségbiztosítási rendszeren belül a vizsgálat középpontjában elsősorban az egészségügyi szolgáltatások állnak, mivel az uniós betegmobilitási szabályok érvényesülése közvetlenül ezek finanszírozásához és igénybevételéhez kapcsolódik. Ennek megfelelően a fejezet további részei az egészségügyi szolgáltatások részletes bemutatására fókuszálnak, külön kitérve a jogosulti kör meghatározására, a térítési kategóriák rendszerére, az uniós betegekre irányadó speciális szabályokra, valamint a külföldön történő gyógykezelések rendszerbeli elhelyezkedésére.

5.3 AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK

5.3.1 AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULTAK KÖRE

Az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira az Ebtv. szerinti biztosítottak jogosultak. E körben szükséges megemlíteni, hogy az Ebtv. szerinti biztosított fogalma eltér a korábban bemutatott, Tbj. szerinti biztosítottak kategóriájától. Az Ebtv. ugyanis az egészségügyi szolgáltatásokra való jogosultság tekintetében biztosítottnak tekinti a Tbj.6.§-ban meghatározott, kötelező járulékfizetés alapján biztosítottá váló személyeket, valamint a Tbj.22.§ szerinti kizárólag egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyeket.⁴⁸⁵

Az egészségügyi szolgáltatásokra való jogosultság tekintetében továbbá speciális szabály, hogy a jogosultság nem minden esetben szűnik meg a biztosítási jogviszony, vagy egyéb jogosultsági feltétel megszűnésével. Az Ebtv. ún. passzív jogosultsági időszakot biztosít, amely főszabály szerint a jogosultsági feltétel megszűnését követően további 45 napig fenntartja az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének lehetőségét, amennyiben a

⁴⁸⁴ NÁDAS György: *A magyar egészségbiztosítás rendszere nemzetközi kitekintéssel*. - In. SIPKA Péter, ZACCARIA Márton Leó (szerk.): *Európai és magyar szociális jog*. – Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó, 2011. - 178.o.

⁴⁸⁵ Ebtv. 5/B.§ a, pont

megszűnést megelőző jogosultsági időtartam megszakítás nélkül legalább 45 napig fennállt. Rövidebb biztosítási idő esetén a passzív jogosultság időtartama ehhez igazodik. Ugyanakkor fontos kitétel, hogy a passzív jogosultsági időszak hatálya területileg korlátozott: az kizárólag a belföldi közfinanszírozott egészségügyi ellátásokra terjed ki, így külföldi gyógykezelések igénybevételére nem biztosít jogosultságot.⁴⁸⁶

5.3.2 AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TÉRÍTÉSI KATEGÓRIÁI

Ahogy az előzőekben említésre került, az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele nem függ az előzetes járulékfizetés mértékétől, éppen ezért kiemelkedő jelentősége van az ún. „szolgáltatási csomag” meghatározásának. A magyar egészségbiztosítási rendszerben az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása több, egymástól jól elkülöníthető kategóriában valósul meg. A szabályozás megkülönböztet térítésmentesen igénybe vehető, árhoz nyújtott támogatással elérhető, részleges térítés mellett hozzáférhető, valamint méltányossági alapon biztosított szolgáltatásokat, továbbá rendelkezik az utazási költségtérítésről és a külföldi gyógykezelések finanszírozásának lehetőségéről is.⁴⁸⁷

A térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások körébe tartoznak a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló ellátások, a gyógykezelés céljából végzett alap-és szakellátások - így különösen a háziorvosi, fogászati, járóbeteg-szakellátás és fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás –, továbbá az egyéb egészségügyi szolgáltatások, a szülészeti ellátás, az orvosi rehabilitáció, valamint a betegszállítás és mentés.⁴⁸⁸ Ezeket az egészségügyi szolgáltatásokat különböző formákban, egy progresszíven egymásra épülő rendszer keretében biztosítják: ebben megkülönböztetjük az alapellátást, járóbeteg szakellátást, valamint a fekvőbeteg-szakellátást.⁴⁸⁹ Ennek lényege, hogy az ellátórendszer különböző szintjei egymásra épülve, funkcionális munkamegosztásban működnek és minden ellátási szint meghatározott kompetenciákkal járul hozzá a betegellátáshoz.⁴⁹⁰ Az alapellátás az egészségügyi ellátórendszer elsődleges, lakosságközeli szintje, amely azt hivatott biztosí-

⁴⁸⁶ Ebtv.29.§ (9) bekezdés

⁴⁸⁷ FAZEKAS Marianna, KONCZ József: Egészségügyi jog és igazgatás. - In. LAPSÁNSZKY András (szerk.): Közigazgatási jog. Szakigazgatásaink elmélete és működése. – Budapest: Wolters Kluwer, est, 2020. – 794.o.

⁴⁸⁸ Ebtv. II. fejezet 1. Cím

⁴⁸⁹ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (a továbbiakban: Eütv.) 87.§

⁴⁹⁰ HOMICSKÓ Árpád Olivér: *Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi szabályozása.* - In. Jogelméleti Szemle, 2010/1.szám., 101-102.o.; HOMICSKÓ Árpád Olivér: *Az egészségügyi szolgáltatások rendszer-tana.* - Károli Gáspár Református Egyetem Állam-és Jogtudományi Kar, 2010. – 30.o.

tani, hogy a beteg a lakóhelyén, vagy annak közelében egy személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül.⁴⁹¹ Az alapellátás körébe több, egymással funkcionálisan összefüggő ellátási forma tartozik. Ide sorolható a házi orvosi és házi gyermekorvosi ellátás, a fogorvosi alapellátás, a védőnői ellátás, az iskola-egészségügyi ellátás, az otthoni szakápolás és az otthoni hospice ellátás, valamint a foglalkozás-egészségügyi alapellátás.⁴⁹² A következő szint a járóbeteg-szakellátás szintje, amely a szakorvos által nyújtott, jellemzően egyszeri vagy alkalmoszerű egészségügyi ellátás, valamint a fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegek esetén a folyamatos szakorvosi gondozás kerete. Az ellátás igénybevételének főszabálya a beutalási rendhez kötődik: a járóbeteg-szakellátás jellemzően házi orvosi vagy más beutalásra jogosult orvos által kiállított beutaló alapján vehető igénybe.⁴⁹³ A járóbeteg-szakellátás szervezésében kiemelt szerepet játszik a várakozási rend szabályozása. A szolgáltatók a járóbeteg-szakellátást betegfogadási lista alapján teljesítik, amely rögzíti a jelentkezés és az ellátás időpontját. A sorrendiség főszabály szerint a listára kerülés időpontjához igazodik, ugyanakkor szakmai indokoltság, sürgősség, vagy a beteg állapota indokolhat eltérést.⁴⁹⁴ Végül, a fekvőbeteg- gyógyintézeti ellátás a magyar egészségügyi ellátórendszer legfelső szintje, amely a beteg fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között történő, jellemzően folyamatos benttartózkodással járó ellátását jelenti. Az ellátás igénybevétele főszabály szerint beutalóhoz kötött.⁴⁹⁵

Az árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások esetében az Egészségbiztosítási Alapból kizárólag a járóbeteg-szakellátás keretében gyógyászati céllal rendelt gyógyszerek, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek, gyógyászati segédeszközök és gyógyászati ellátások árához nyújtható támogatás. Emellett támogatás adható a fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelés során rendelt gyógyászati segédeszközök árához, valamint azok javítási és kölcsönzési díjához is.⁴⁹⁶

⁴⁹¹ HOMICSKÓ Árpád Olivér: *A magyar egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi szabályozása*. Doktori értekezés. - Szegedi Tudományegyetem Állam-és Jogtudományi Doktori Iskola. Budapest, 2008. – 57.o.

⁴⁹² 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról 1.§

⁴⁹³ Ebtv.13.§

⁴⁹⁴ Ebtv.20.§ (3)-(3a) bekezdés

⁴⁹⁵ Eütv.92.§ (1) bekezdés

⁴⁹⁶ Ebtv. 21.§ (1) bekezdés

A részleges térítés mellett igénybe vehető szolgáltatások körében a biztosított bizonyos ellátásokhoz – így például fogszabályozáshoz, fogpótláshoz, egyes, nem egészségügyi indikációjú beavatkozásokhoz – csak meghatározott térítési díj megfizetése mellett jut hozzá. Ebbe a körbe sorolhatók továbbá az egészségügyi ellátás során a beteg saját kezdeményezésére igénybe vett kényelmi szolgáltatások, valamint az indokolt esetben, ápolási célból történő elhelyezés és ápolás is.⁴⁹⁷

Az egészségbiztosítás emellett támogatja a szakellátások igénybevételéhez kapcsolódó utazási költségeket is. Az utazási költségtérítés a biztosítottat akkor illeti meg, ha orvosszakértői vizsgálatra rendelik be, illetve, ha az ellátást a területileg illetékes vagy ahhoz legközelebb eső, szakmailag megfelelő szolgáltatónál veszi igénybe. Amennyiben a megfelelő ellátás a területileg illetékes szolgáltatónál szakmai okból nem biztosítható, a támogatás a legközelebbi alkalmas szolgáltatóhoz történő utazásra is kiterjed.⁴⁹⁸ A támogatás a biztosított kísérőjére is kiterjedhet meghatározott esetekben.⁴⁹⁹

5.3.3 AZ UNIÓS BETEGEKRE VONATKOZÓ SPECIÁLIS SZABÁLYOK

Az Ebtv. 2013-ban kiszélesítette a haza egészségügyi szolgáltatásokra jogosult személyek körét, az uniós beteg fogalmának bevezetésével. Ennek megfelelően uniós betegnek minősülnek az alábbi személyek:

- a) a magyar állampolgárok és az Európai Unió más tagállamának állampolgárai,
- b) a szociális biztonsági rendszerek koordinációjára vonatkozó uniós szabályozás alapján biztosítottnak minősülő személyek, valamint annak családtagjai és túlélő hozzátartozói,
- c) az Európai Unió más tagállamában egészségügyi ellátásra jogosult személyek, amennyiben Magyarországon egészségügyi szolgáltatást nem az uniós rendelet szabályai szerint veszik igénybe.⁵⁰⁰

A hazai szabályozás az uniós betegek esetében több speciális rendelkezést is tartalmaz. Ezek a szabályok egyaránt érintik a beutalási rendet, a várólisták kezelését, az ellátási köte-

⁴⁹⁷ Ebtv. 23.§-23/A§

⁴⁹⁸ Ebtv. 22.§ (1) bekezdés

⁴⁹⁹ Ebtv. 22.§ (6) bekezdés

⁵⁰⁰ Ebtv. 5/B.§ r, pont

lezettséget, valamint a finanszírozási és adminisztratív kérdéseket. A beutalási szabályok körében kiemelendő, hogy a magyar egészségügyi szolgáltató köteles elfogadni az EU más tagállamában kiállított beutalót is. A külföldi beutaló kizárólag abban az esetben tagadható meg, ha annak tartalma a szolgáltató számára nem értelmezhető, vagy nem tartalmaz elegendő információt a beteg állapotáról és a szükséges beavatkozásról.⁵⁰¹ A várólisták és betegfogadási listák kezelése során elsődleges szempont a magyar biztosítottak ellátáshoz való hozzáféréseinek védelme: az uniós betegek ellátása – a sürgős szükség esetét kivéve – nem eredményezheti a hazai biztosítottak várakozási idejének meghosszabbodását.⁵⁰² A transzplantációs várólistára uniós beteg csak abban az esetben vehető fel, ha az illetékes egészségbiztosító az ellátást az uniós koordinációs rendeletek vagy kétoldalú egyezmény alapján előzetesen engedélyezte.⁵⁰³ Az ellátási kötelezettség körében a jogszabály rögzíti, hogy a beutalóhoz nem kötött szakellátások esetében az uniós beteg ellátása nem tagadható meg arra hivatkozással, hogy a szolgáltatónak vele szemben nincs területi ellátási kötelezettsége. Az ellátás megtagadására kizárólag kivételesen, akkor kerülhet sor, ha az uniós beteg fogadása a területi ellátási kötelezettség körébe tartozó feladatok folyamatos ellátását veszélyeztetné; ilyen esetben az elutasítást írásban indokolni kell.⁵⁰⁴

5.3.4 A KÜLFÖLDÖN TÖRTÉNŐ GYÓGYKEZELÉSEK

A magyar jog a külföldön történő gyógykezelések alatt azokat az egészségügyi szolgáltatásokat érti, amelyeket a Magyarországon biztosított személyek nem az ország területén vesznek igénybe. A hatályos szabályozás egyértelműen elhatárolja egymástól az EGT tagállamok területén igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokat, valamint az EGT tagállamok körén kívüli, a harmadik államokban nyújtott egészségügyi szolgáltatásokat. Így az Egészségbiztosítási Alap terhére történő finanszírozás feltételei, jogcímei és eljárási szabályai is eltérően alakulnak attól függően, hogy az ellátás EGT-tagállamban vagy azon kívül kerül igénybevételre.⁵⁰⁵

⁵⁰¹ Ebtv.18.§ (1) bekezdés

⁵⁰² Ebtv.19/A.§ (3b) bekezdés

⁵⁰³ Ebtv.20.§ (5) bekezdés

⁵⁰⁴ Ebtv.18.§ (2b) bekezdés

⁵⁰⁵ BIRÓNÉ MALUSTYIK Brigitta: *A külföldi gyógykezelések helye a hazai egészségbiztosítási rendszerben.* - In. Acta Humana, 2022/2. - 58.o.

A harmadik államban igénybe vett egészségügyi ellátások kérdésköre nem kapcsolódik szorosan jelen értekezés központi témájához, ugyanakkor a teljesség kedvéért érdemes egy rövid kitekintést tenni a vonatkozó szabályokra.⁵⁰⁶ A hazai szabályozási hátteret az Ebtv.27.§ (1), (2) és (5) bekezdései, a Külszoltv.⁵⁰⁷ 30.§ (1) bekezdése és 7/2016.(X.19.) KKM rendelet⁵⁰⁸ (a továbbiakban: KKM rendelet) adja. A hazai szabályozás a harmadik állam területén igénybe vett egészségügyi ellátások megtérítését két, egymástól elkülönülő tényállás alapján rendezi.

Az első esetkör azokra a biztosítottakra vonatkozik, akik harmadik állam területén átmeneti jelleggel – így különösen munkavégzés, tanulmányok folytatása vagy egyéb jogcímen – tartózkodnak, és ezen időszak alatt a feltétlenül szükséges mértékben egészségügyi ellátást, illetve sürgősségi betegszállítást vesznek igénybe. Ebben az esetben a megtérítés feltétele, hogy az ellátás elmaradása az életet, testi épséget súlyosan veszélyeztetné, vagy maradandó egészségkárosodáshoz vezetne. Az egészségbiztosító az igazolt költségeket az ellátás igénybevételének időpontjában irányadó belföldi költség szintjére téríti meg, míg a sürgősségi betegszállítás esetén a számla szerinti összeg kerül elszámolásra, a Magyar Nemzeti Bank által közzétett, az igénybevételkor érvényes középárfolyamon.⁵⁰⁹

A második tényállás a három hónapot meghaladó időtartamú, harmadik államban történő foglalkoztatáshoz kapcsolódik. Ezen esetben nemcsak a biztosított, hanem a vele együtt élő házastársa és gyermeke által indokoltan igénybe vett egészségügyi szolgáltatások és sürgősségi betegszállítás költségei is megtéríthetők.⁵¹⁰ A szabályozás szerint a költségek megtéríthetőségének kulcseleme az ellátás indokoltsága. Az ellátás akkor tekinthető indokoltnak, ha arra sürgős szükséghelyzetben kerül sor, vagy a hazaszállítás a beteg állapotának romlásával járna, vagy a külföldi ellátás költsége összességében nem haladja meg a belföldi ellátás és a hazautazás együttes költségét. A tervezett ellátások esetében azonban – eb-

⁵⁰⁶ A relevanciát alátámasztja továbbá, hogy a hazai bíróságok két közigazgatási perben is foglalkoztak (Szegedi Törvényszék 3.K.700.770/2024/9. számú ítélete és Budapest Környéki Törvényszék 105.K.701.645/2022/15. számú ítélete) a harmadik államban külszolgálatot teljesítő tisztviselők egészségügyi ellátása finanszírozásának kérdéskörével.

⁵⁰⁷ A külképviseletekről és a tartós külszolgálatról szóló 2016. évi LXXIII. törvény (a továbbiakban: Külszoltv.)

⁵⁰⁸ A tartós külszolgálat időtartama alatt az állomáshelyen való egészségügyi ellátás igénybevételének részletes szabályairól szóló 7/2016.(X.19.) KKM rendelet (a továbbiakban: KKM rendelet)

⁵⁰⁹ Ebtv. 27.§ (1) bekezdés

⁵¹⁰ Ebtv. 27.§ (2) bekezdés

ben az esetben is – előzetes engedély szükséges, amely a finanszírozás előfeltételként funkcionál.⁵¹¹

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. Az ezzel kapcsolatos szabályok a következő fejezetben részletesen ismertetésre kerülnek.

5.4 ÖSSZEGZÉS

A fejezetben bemutatott intézményi és finanszírozási keretek rávilágítanak arra, hogy a magyar egészségbiztosítási rendszer működésének alapját a kötelező kockázatközösségen és az újraelosztási mechanizmusokon nyugvó, erős szolidaritási elv képezi. Ez a szolidaritáson alapuló működési logika – ahogyan arra Gellérné Lukács Éva is rámutat – kevésbé illeszkedik a betegek részére közvetlenül nyújtott, utólagos pénzbeli visszatérítések modelljéhez, mint amilyen a betegmobilitási irányelv által kialakított rendszer is. Az ilyen megoldások ugyanis – egyes álláspontok szerint – csökkenthetik a közfinanszírozott hazai ellátásokra fordítható forrásokat, és könnyen olyan újraelosztási hatásokat eredményezhetnek, amelyek az informáltabb, mobilisabb és kedvezőbb anyagi helyzetű betegek számára teremtenek előnyt, veszélyeztetve a rendszer fenntartását és a kevésbé tehető betegek ellátását.⁵¹² Ezen szempontokkal összefüggésben a betegmobilitási szabályok hazai végrehajtási gyakorlatában is azonosíthatók olyan szabályozási megoldások, amelyek a közfinanszírozási rendszer működési stabilitásának megőrzését hangsúlyozzák.⁵¹³

Mindezek alapján az uniós betegmobilitási szabályok hazai végrehajtása nem értelmezhető önmagában, hanem kizárólag ezen sajátos társadalombiztosítási és finanszírozási környezet keretei között vizsgálható. A következő fejezet erre tekintettel azt mutatja be részletesen, hogy ezen strukturális adottságokon belül hogyan épülnek fel a betegmobilitási szabályok hazai végrehajtásának intézményi mechanizmusai és hatósági eljárásrendje.

⁵¹¹ KKM rendelet 7.§

⁵¹² GELLÉRNÉ LUKÁCS (2024): i.m. 40.o.

⁵¹³ Lásd: KOVÁCS (2025): i.m.8-9.o.

6. AZ UNIÓS BETEGMOBILITÁS HAZAI INTÉZMÉNYI ÉS ELJÁRÁSI KERETEI

A következő fejezet azt vizsgálja, hogy a koordinációs rendeletek és a betegmobilitási irányelv által meghatározott uniós szabályok miként jelennek meg a hazai közigazgatási végrehajtás rendszerében. Az elemzés kiterjed egyrészt a végrehajtásban közreműködő közigazgatási szervek és a betegmobilitási szabályok érvényesítését szolgáló hatósági eljárások bemutatására, másrészt annak feltárására, hogy a szabályozási keretek és a gyakorlati végrehajtás között milyen működési sajátosságok, illetve esetleges hiányosságok azonosíthatók. A fejezet célja annak bemutatása, hogy az uniós szintű szabályozás miként formálja a külföldi gyógykezelésekhez kapcsolódó nemzeti végrehajtási környezetet, valamint, hogy a szabályok alkalmazása során milyen jellegzetes működési minták figyelhetők meg a magyar közigazgatási rendszerben.

6.1 A VÉGREHAJTÁS INTÉZMÉNYI HÁTTERE

6.1.1 NEMZETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAPKEZELŐ

A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (a továbbiakban: NEAK) alapvetően az Egészségbiztosítási Alap kezelésével, a nyilvántartások vezetésével, a pénzügyi elszámolásokkal és az adatszolgáltatási kötelezettségek teljesítésével kapcsolatos feladatokat lát el.⁵¹⁴ A külföldi gyógykezelések területén ezen feladatkör elsősorban a tervezett külföldi ellátások előzetes engedélyezésében, a kapcsolódó költségtérítési eljárások lefolytatásában, valamint az ehhez kapcsolódó monitoring és adatgyűjtési feladatok ellátásában nyilvánul meg, amelyek részletes szabályait a 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet⁵¹⁵ (a továbbiakban: Kormányrendelet) határozza meg.

A külföldi biztosítottak magyarországi ellátásához, illetve a magyar biztosítottak külföldi ellátásához kapcsolódó pénzügyi elszámolások során a NEAK kettős szerepkörben jár el: követeléskezelőként és kötelezettségkezelőként. A követeléskezelés körében a NEAK biz-

⁵¹⁴ PÁL Emese: *Az egészségügyi igazgatás*. – In. RÓZSÁS Eszter (szerk.): *Közigazgatási jog – Különös rész*. – Budapest: Ludovika Egyetemi Kiadó, 2021. – 169.o.

⁵¹⁵ A külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló 340/2013.(IX.25.) Korm. rendelet (a továbbiakban: 340/2013 (IX.25.) Korm. rendelet)

tosítja, hogy a magyar egészségügyi szolgáltatók által külföldi biztosítottak részére nyújtott ellátások költségeit a biztosítás helye szerinti tagállam megtérítse, amelynek érdekében összeállítja és benyújtja a szükséges elszámolási dokumentációt. A feladatkör magában foglalja a vitatott követelések kezelését, a jogosultság igazolását, valamint a fizetési fegyelem nyomon követését és az éves adatszolgáltatási kötelezettségek teljesítését is.⁵¹⁶

A kötelezettségkezelési feladatkörben a NEAK kifizető szervként működik közre a magyar biztosítottak által más tagállamban igénybe vett ellátások esetében. Ennek során a külföldi összekötő szervektől érkező igényeket nyilvántartásba veszi, formai és tartalmi szempontból ellenőrzi, különös tekintettel a biztosítási jogosultság fennállására. Amennyiben a jogosultság hiánya megállapítható, a NEAK köteles az igényt vitatni, míg az elismert követelések esetében a határidőben történő kifizetésről gondoskodik. A kötelezettségkezelés kiegészül a túlfizetések, engedmények és visszatérítési igények kezelésével.⁵¹⁷

Emellett a NEAK fontos monitoring és adatgyűjtési feladatokat is ellát. A vonatkozó szabályozás értelmében nyilvántartást vezet a külföldi gyógykezelésekhez kapcsolódó engedélyezési döntésekről, valamint az ezek alapján teljesített kifizetésekről, továbbá az előzetes engedélyhez nem kötött külföldi gyógykezelések finanszírozásáról. Ezen adatok alapján a NEAK rendszeres, havi gyakoriságú jelentést készít az egészségügyért felelős miniszter számára, amelyben bemutatja az egyes ellátástípusok teljes kiadásokon belüli arányát. Amennyiben az engedélyhez nem kötött külföldi ellátásokra fordított kiadások a tárgyév során elérik az Egészségbiztosítási Alap járóbeteg-szakellátás éves előirányzatának meghatározott részarányát, a szabályozás intézkedési kötelezettséget ír elő az egészségügyért felelős miniszter számára annak érdekében, hogy a járóbeteg-szakellátás költségvetési előirányzatának betarthatósága biztosított maradjon.⁵¹⁸

A fentiek alapján megállapítható, hogy a tervezett külföldi gyógykezelések engedélyezése és finanszírozása egyetlen országos szerv hatáskörében koncentrálódik, azaz centralizált intézményi működési forma érvényesül. Ez az intézményi megoldás egyfelől biztosítja az eljárási és finanszírozási gyakorlat egységességét, másfelől ugyanakkor felveti a központo-

⁵¹⁶ ÁSZ jelentés (2025) 10-11.o.

⁵¹⁷ ÁSZ jelentés (2025) 38-39.o.

⁵¹⁸ 340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet 16.§

sított végrehajtási modell működési sajátosságainak és esetleges korlátainak vizsgálatát is.⁵¹⁹

6.1.2 FŐVÁROSI ÉS VÁRMEGYEI KORMÁNYHIVATALOK

A fővárosi és vármegyei kormányhivatalok a Kormány általános hatáskörű területi államigazgatási szerveiként működnek, amelyek létrehozása a 2010 utáni területi közigazgatási reform egyik kulcseleme volt.⁵²⁰ A kormányzati koncepció központi célja az integrált területi államigazgatási szervezetrendszer kialakítása, a hatékonyabb, takarékosabb, átláthatóbb és ellenőrizhetőbb működés érdekében. A kormányhivatalokhoz telepített feladatok köre döntően hatósági típusú, tömegesen jelentkező, standardizálható ügyekből áll, amelyek az állampolgárok és vállalkozások mindennapi életéhez kapcsolódnak.⁵²¹

Az EGT-n belüli külföldi gyógykezelések szempontjából a kormányhivatalok funkciói jól illeszkednek ebbe a szerkezeti logikába. A külföldi tartózkodás alatt orvosilag szükségessé vált ellátások költségeinek megtérítése, az uniós rendeletek szerinti jogosultság-igazolások és formanyomtatványok, valamint az EU Kártya kiállítása olyan, nagy esetszámú, tipikusan lakossági ügyek, amelyek indokoltá teszik ezeknek a feladatoknak az állampolgárokhoz legközelebb eső, területi szintre telepítését. Ugyancsak ide sorolható a TAJ-számok kiadása és ideiglenes érvénytelenítése külföldi biztosítás esetén.⁵²²

6.1.3 A NEMZETI KAPCSOLATTARTÓ PONT: INTEGRÁLT JOGVÉDELMI SZOLGÁLAT

A betegmobilitási irányelv végrehajtásához kapcsolódó tájékoztatási feladatokat nemzeti kapcsolattartó pontként az Integrált Jogvédelmi Szolgálat (a továbbiakban: Szolgálat) látja

⁵¹⁹ A centralizáció és a közigazgatás hatékony működésének összefüggéseit lásd pl.: FÁBIÁN Adrián, RÓZSÁS Eszter, DOMINEK Dalma, POLLÁK Kitti: *Szervezési elvek érvényesülése a modern közigazgatásban*. – In. JURA, 2024/3.szám – 38-41.o.

⁵²⁰ HEGYESI Zoltán: *A helyi-területi közigazgatás I. A dekoncentráció és a dekoncentrált szervek*. – In. SZALAI András (szerk.): *A közigazgatás tudománya és gyakorlata*. – Budapest: HVGORAC, Budapest. - 243.o.

⁵²¹ A fővárosi és vármegyei kormányhivatali rendszer kialakulásáról és a feladat-és hatásköreinek alakulásáról lásd még bővebben: BARTA Attila: *A területi államigazgatás változásai (2010-2014)*. - In. Új Magyar Közigazgatás, 2014/2., GYURITA Rita: *Integrációs folyamatok a területi államigazgatási szervezetben, a fővárosi és vármegyei kormányhivatalok*. - In. Közigazgatás-tudomány, 2021, 1.évf. 2.szám; HEGYESI Zoltán: *A járási hivatalok helye és szerepe az államigazgatási feladatok ellátásában*. - In. Pro Publico Bono - Magyar Közigazgatás, 2019/1.; PÁLNÉ KOVÁCS Ilona: *Az önkormányzati rendszer és a területi közigazgatás átalakulás (2010-2013)*. - In. MTA Law Working Papers, 2014/02.;

⁵²² A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997.(XII.1.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Ebtv.vhr.) 12/A.§

el, amely a Belügyminisztérium önálló szervezeti egységként működik. A Szolgálat alapvető feladata a beteg-, ellátott- és gyermekjogokkal kapcsolatos állampolgári jogok integrált érvényesítése és védelme, beleértve a súlyos jogsértések esetén történő hivatalból való fellépést is. Ennek megvalósítása érdekében működteti a jogvédelmi képviselők hálózatát, széles körű tájékoztatást nyújt az érintetteknek, valamint módszertani és képzési feladatokat lát el.⁵²³

Ezen feladatai mellett működik nemzetközi kapcsolattartó pontként is, amelynek keretében általános tájékoztatást nyújt a betegek és az egészségügyi szakemberek számára a határon átnyúló egészségügyi ellátás igénybevételéhez kapcsolódó jogokról és jogosultságokról, a panasztételi és jogorvoslati lehetőségekről, valamint a rendelkezésre álló jogi és közigazgatási vitarendezési mechanizmusokról. A tájékoztatási feladat kiterjed továbbá a más tagállamokban működő nemzeti kapcsolattartó pontok elérhetőségére is. A Szolgálat a feladatai ellátása során együttműködik más tagállamok nemzeti kapcsolattartó pontjaival, az Európai Bizottsággal, továbbá betegszervezetekkel, egészségügyi szolgáltatókkal és egészségbiztosítókkal, az uniós jogi keretekkel összhangban. A betegjogok érvényesítésének elősegítése érdekében a Szolgálat ingyenesen hívható zöldszámot, valamint akadálymentesen elérhető tájékoztató honlapot működtet, és gondoskodik az ott közzétett információk rendszeres frissítéséről.⁵²⁴

6.2 A VÉGREHAJTÁSBÓL ADÓDÓ KÖZIGAZGATÁSI (HATÓSÁGI) ELJÁRÁSOK

6.2.1 AZ ALKALMAZANDÓ JOG MEGHATÁROZÁSÁVAL KAPCSOLATOS ELJÁRÁSOK

Az alkalmazandó jog meghatározásával kapcsolatos eljárások a koordinációs rendelet „egy tagállam joghatósága alá tartozás” elvének érvényesülését szolgálják. Az eljárások célja, hogy a határon átnyúló foglalkoztatási helyzetekben is egyértelműen meghatározható legyen, hogy az adott biztosított személy mely tagállam jogszabályainak hatálya alá tartozik és ennek megfelelően mely tagállam felel – többek között – az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásáért.

⁵²³ Az Integrált Jogvédelmi Szolgálatról szóló 381/2016. (XII.2.) Korm. rendelet (a továbbiakban: 381/2016. (XII.2.) Korm. rendelet) 1-18.§

⁵²⁴ 381/2016. (XII.2.) Korm. rendelet 19.§

6.2.1.1 Kiküldetés

A kiküldetésre vonatkozó eljárások a koordinációs rendelet 12. cikkének végrehajtását szolgálják, amely lehetővé teszi, hogy a munkavállaló ideiglenes külföldi munkavégzés alatt is a küldő állam joghatósága alatt maradjon.⁵²⁵ A kiküldetéshez kapcsolódó hatósági eljárás lényege ebben az esetben a magyar jog alkalmazandó jogként történő meghatározása és az erről szóló A1 jelű igazolás kiállítása.⁵²⁶

Az igazolás kiállítására vonatkozó eljárás a munkáltató kérelmére indul, amelyet a munkáltató székhelye szerint illetékes fővárosi és vármegyei kormányhivatalhoz szükséges benyújtani.⁵²⁷ A hatóság a kérelmet – főszabály szerint – sommás eljárásban, 8 napos ügyintézési határidőn belül bírálja el. A hatóság a tényállás tisztázása során vizsgálja a koordinációs rendeletekben, valamint a hazai végrehajtási szabályokban fennálló feltételek teljesülését, így különösen a kiküldetés időtartamát (legfeljebb 24 hónap), a kiküldetést megelőző folyamatos biztosítás fennállását (jellemzően legalább 30 nap), továbbá a munkáltató „jelentős belföldi tevékenységét”, amelyet a gyakorlatban többek között árbevételi, foglalkoztatotti létszám-és működési mutatók alapján értékelnek.⁵²⁸

Amennyiben a feltételek fennállnak, az eljárás az A1 jelű igazolás kiállításával zárul, amelyet a hazai jog hatósági bizonyítványként ismer el. Az igazolás tanúsítja a fogadó tagállam hatóságai felé, hogy az érintett személyre a kiküldetés időtartama alatt továbbra is a magyar jog az alkalmazandó. Amennyiben az igazolást kiállító fővárosi és vármegyei kormányhivatal hivatalból megállapítja, hogy a magyar jog alkalmazásának feltételei az igazolás kiállítását követően már nem állnak fenn az igazolást módosítja, vagy visszavonja és ezzel egyidejűleg kezdeményezi a másik állambeli biztosítási kötelezettség megállapítását.⁵²⁹ Ezzel biztosítható, hogy ne maradjon fenn olyan igazolás, amely nem tükrözi a valós társadalombiztosítási helyzetet.

⁵²⁵ A kiküldetés társadalombiztosítási kérdéseiről lásd még: KÁRTYÁS Gábor: *Kiküldött munkavállalók az uniós és a magyar jogban*. Pázmány Péter Katolikus Egyetem Állam-és Jogtudományi Kar: Jogtudományi Monográfiák 15., - Budapest: Pázmány Press, 2020. – 219-221.o.

⁵²⁶ Tbj. 94.§ (1) bekezdés

⁵²⁷ GERGELY Katalin, KISS Zoltán: *Kommentár a társadalombiztosításról szóló törvényhez*. – Budapest: Wolters Kluwer, 2020. - 279.o.

⁵²⁸ Tbj. 91.§ (2) bekezdés

⁵²⁹ Tbj. 94.§ (5)-(6) bekezdés

Amennyiben a kiküldetés lejárta követő 60 napon belül ugyanazt a munkavállalót ugyanabba a tagállamba ismételten kiküldik, a magyar jog akkor alkalmazható továbbra is, ha a korábbi és az új kiküldetés együttesen sem haladja meg a – a koordinációs rendeletekben rögzített maximum – 24 hónapot. A legfeljebb két hónapos megszakítás nem eredményezi új kiküldetés kezdetét, ezért a kiküldetés időtartamát folytonosnak kell tekinteni.⁵³⁰

A 24 hónapon túlnyúló kiküldetések már kivételes, egyedi elbírálást igénylő esetek, amelyek a koordinációs szabályoktól való, különös méltánylást igénylő eltérésnek minősülnek. Ilyenkor a kérelem nem a kormányhivatalnál, hanem a NEAK-nál nyújtható be a munkáltató, a munkavállaló vagy az egyéni vállalkozó részéről. A meghosszabbítás akkor engedélyezhető, ha a kiküldetés előreláthatóan meghaladja a 24 hónapot, kivétel hiányában egy-szerre több tagállam joga lenne alkalmazandó, vagy különös méltánylást érdemlő körülmény indokolja a hosszabbítást.⁵³¹ A NEAK felveszi a kapcsolatot a másik tagállam hatáskörrel rendelkező szervével és javaslatot tesz eseti kivétel megállapítására, ami a horizontális procedurális együttműködés egyik megnyilvánulási formája. A másik tagállam hozzájárulása esetén a NEAK kiállítja az A1 jelű igazolást legfeljebb 5 éves érvényességgel.⁵³²

5.3.2.2 Párhuzamos tevékenység

A párhuzamos tevékenység végzése esetén lefolytatandó eljárás is a magyar jog alkalmazandó jogként történő meghatározását tartalmazó A1 jelű igazolás kiállítására irányul. Ebben az esetben a koordinációs rendelet 13. cikkének végrehajtására kerül sor, amely biztosítja, hogy több tagállamban folytatott egyidejű munkavégzés esetén is csak egy tagállam jogszabályai legyenek alkalmazandók. Az eljárás középpontjában annak meghatározása áll, hogy a biztosított személy tevékenységének lényeges része – ami a végrehajtási rendelet értelmében legalább 25% – melyik tagállam területéhez köthető, munkaidő-és jövedelmi adatok alapján.⁵³³

Párhuzamos tevékenység esetén a biztosított személy köteles értesíteni a lakóhelye-, vagy tartózkodási helye, vagy a munkáltatója székhelye szerint illetékes fővárosi és vármegyei

⁵³⁰ Tbj. 94.§ (2)-(3) bekezdés

⁵³¹ Tbj. 95.§

⁵³² A Nemzeti Egészségbiztosítási Kezelő weboldala. https://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_kulfoldon/biztositasi_kotelezettseg_eu_szerint/a_kikuldetes_szabalya_az_eu_ban (Utolsó elérés: 2026.01.21.)

⁵³³ 987/2009/EK rendelet 14. cikk (8) bekezdés

kormányhivatalt és az alkalmazandó jog meghatározásához szükséges adatokat benyújtani. Az adatszolgáltatás kiterjed a foglalkoztatási jogviszonyok részletes leírására, a heti vagy havi munkaidőre, valamint az egyes tagállamokban szerzett jövedelmekre.⁵³⁴

A tényállás tisztázása során az eljáró hatóság elsősorban azt vizsgálja, hogy a tevékenység „lényeges része” melyik tagállam területén valósul meg, figyelembe véve a munkaidő-ráfordítást, a javadalmazás megoszlását és a tevékenység gazdasági súlyát.⁵³⁵ Amennyiben ennek megállapítása további egyeztetést igényel – például, ha több tagállamban közel azonos arányú munkavégzés történik – a hatóság köteles felvenni a kapcsolatot a többi érintett tagállam illetékes szerveivel és közös álláspont kialakítására törekedni.⁵³⁶ Ez a szakasz is jól tükrözi a koordinációs rendeletek végrehajtásának horizontális együttműködésre alapuló logikáját. Az eljárást a hatóság teljes eljárásban, 60 napos ügyintézési határidőn belül folytatja le. Az eljárás sajátossága, hogy a hatóság először ideiglenes jelleggel határozza meg az alkalmazandó jogot, amelyről értesíti a többi érintett tagállam intézményeit. Ha a közléstől számított 2 hónapon belül egyik tagállam sem emel kifogást, az ideiglenes meghatározás véglegessé válik és ez azt eljáró hatóság az A1 jelű igazolás kiállításával tanúsítja.⁵³⁷ Amennyiben a tényállás tisztázása során az adatok hiányossága, a tényállás bonyolultsága vagy a tagállami álláspontok eltérése miatt nem egyértelműen határozható meg az alkalmazandó jog, az eljáró hatóság ideiglenes, legfeljebb 6 hónapra szóló A1 igazolást bocsáthat ki.⁵³⁸

5.3.2.3 Külföldi munkavállalás bejelentése

A külföldi biztosítási jogviszony bejelentésének eljárása szorosan kapcsolódik a koordinációs rendelet 76. cikkében rögzített együttműködési és tájékoztatási kötelezettséghez. Az eljárás célja, hogy a biztosítási jogviszonyok változásai – különösen a külföldi biztosítási kötelezettség beállása és megszűnése – átláthatóan, ellenőrizhetően jelenjenek meg a magyar nyilvántartásokban és ezáltal megelőzhető legyen a kettős biztosítás, illetve az ellátások jogosulatlan igénybevétele.

⁵³⁴ Tbj. 93.§ (1) bekezdés

⁵³⁵ FARKASNÉ GONDOS Krisztina, DR. FUTÓ Gábor: *Társadalombiztosítás 2024.* – Budapest: VEZINFÓ, 2024. - 135.o.

⁵³⁶ 987/2009/EK rendelet 16. cikk

⁵³⁷ 987/2009/EK rendelet 16. cikk (2)-(3) bekezdés

⁵³⁸ A Nemzeti Egészségbiztosítási Kezelő weboldala. https://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_kulfoldon/biztositasi_koteleztseg_eu_szerint/a_kikuldetes_szabalya_az_eu_ban (Utolsó elérés: 2026.01.21.)

Az eljárás bejelentésen alapuló, kötelező jellegű: a biztosított köteles a külföldi biztosítási jogviszony létrejöttét és megszűnését meghatározott 15 napos határidőn belül jelezni az egészségbiztosítási szerv felé.⁵³⁹ A tényállás tisztázása során az eljáró fővárosi és vármegyei kormányhivatal bekéri a külföldi illetékes intézmény igazolását, valamint az EESSI rendszeren keresztül a releváns SED-eket, amelyek alapján egyértelműen megállapítható a külföldi biztosítási jogviszony fennállása és időtartama. A bejelentés rögzítése alapján kerül sor a magyar TAJ-szám ideiglenes érvénytelenítésére. Az eljárást – amennyiben az összes szükséges dokumentum hiánytalanul rendelkezésre áll – sommás eljárásban, 8 napos ügyintézési határidőn belül folytatja le a hatóság.⁵⁴⁰

Az eljárás szankcionáló elemet is tartalmaz: amennyiben a TAJ számmal rendelkező személy a fent említett bejelentési kötelezettségének nem, vagy csak késedelmesen tesz eleget, vagy valótlan adatokat közöl az egészségbiztosítóval, úgy 10 ezertől 100 ezer forintig terjedő (egyéni vállalkozó esetén 10 ezertől 1 millió forintig terjedő) mulasztással arányos bírság fizetésére kötelezhető.⁵⁴¹ A mulasztási bírság nem szabható ki, ha a bejelentési kötelezettségre vonatkozó határidő lejártától számított 5 év eltelt.⁵⁴²

A koordinációs rendelet 17. cikkében foglaltaknak megfelelően, a lakóhely szerinti tagállamtól eltérő tagállamban biztosított személy továbbra is jogosult lehet a lakóhelye szerinti tagállamban – jelen esetben Magyarországon – egészségügyi szolgáltatásokra. Ehhez a biztosítás helye szerinti tagállam illetékes szervénél igényelni kell az S1 igazolást, amely megküldi a lakóhely szerint illetékes fővárosi és vármegyei kormányhivatal részére, ahol ezt a jogosultságot nyilvántartásba veszik. Ezt követően az adott személy a TAJ száma alapján igénybe veheti a magyarországi egészségügyi szolgáltatásokat is.⁵⁴³

⁵³⁹ Ebtv. 80.§ (5) bekezdés

⁵⁴⁰ Ebtv.vhr. 49/E.§ (1) bekezdés

⁵⁴¹ Ebtv. 80.§ (6) bekezdés

⁵⁴² Ebtv. 80.§ (7) bekezdés

⁵⁴³ A Nemzeti Egészségbiztosítási Kezelő weboldala.
https://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_kulfoldon/biztositasi_kotelezettseg_eu_szerint/a_kikuldetes_szabalya_az_eu_ban (Utolsó elérés: 2026.01.21.)

Az S1-es nyomtatványok magyarországi statisztikái 2023-ban azt mutatják, hogy Magyarországon jóval több olyan személy él, aki egy másik tagállamban biztosított, mint amennyi magyar biztosított él más uniós országokban. A 2023-as adatok szerint Magyarországon 85 603 olyan személyt tartottak nyilván, aki Magyarországon él, ugyanakkor egy másik EGT-tagállam vagy Svájc egészségbiztosítási rendszerében biztosított, és ennek igazolására S1-es nyomtatvánnyal rendelkezik.⁵⁴⁴ Ezzel szemben mindössze 15 117 olyan személy élt más tagállamban, akinek ellátását a magyar társadalombiztosítás finanszírozta S1-es nyomtatvány alapján.⁵⁴⁵

A Magyarország által kiadott S1-ek (tehát a külföldön élő, magyar biztosítottak) körében az aktív korú biztosítottak teszik ki a többséget (10 310 fő, 68,2%), őket követik a nyugdíjasok (2 793 fő, 18,5%) és a biztosított családtagjai (2 001 fő, 13,2%).⁵⁴⁶

A Magyarország által befogadott S1-ek – azaz a Magyarországon élő, de külföldön biztosított személyek – körében szintén az aktív korúak vannak többségben (60 438 fő, 70,6%), jelentős azonban a nyugdíjasok aránya is (16 377 fő, 19,1%), kiegészülve a biztosított családtagjaival (7 593 fő, 8,9%) és a nyugdíjas családtagokkal (1 100 fő, 1,3%).⁵⁴⁷

Az S1-es nyomtatványokhoz kapcsolódó pénzügyi elszámolások a betegmobilitás költségvetési mérlegének egyik legfontosabb tételét alkotják. Magyarország, mint hitelező, azaz ellátó tagállam 2023-ban mintegy 29,3 millió euró megtérítést kapott a Magyarországon élő külföldön biztosított személyek ellátásáért; ez a magyar természetbeni egészségügyi kiadások körülbelül 0,38%-ának felel meg.⁵⁴⁸ Ugyanakkor Magyarország, mint adós,illetékes tagállam mindössze 13,5 millió eurót fizetett ki más tagállamokban élő magyar biztosítottak természetbeni ellátásának finanszírozására, ami a hazai természetbeni egészségügyi kiadások 0,18%-át tette ki.⁵⁴⁹

6.2.2 NEM TERVEZETT KÜLFÖLDI GYÓGYKEZELÉSEKSEL KAPCSOLATOS ELJÁRÁSOK

A koordinációs rendelet 19. cikk (1) bekezdése alapján – amint arra a 3.3.2. alfejezet már rámutatott – a biztosított személyek és családtagjaik jogosultak a biztosítás helye szerinti

⁵⁴⁴ Statistical Report. p.59.

⁵⁴⁵ Statistical Report. p.59.

⁵⁴⁶ Cross-border healthcare Report 2024. p.99.

⁵⁴⁷ Cross-border healthcare Report 2024. p.99.

⁵⁴⁸ Cross-border healthcare Report 2024. p.105.

⁵⁴⁹ Cross-border healthcare Report 2024 .p.106.

tagállam területétől eltérő tagállamban való ideiglenes tartózkodásuk során az orvosi okokból szükségessé váló egészségügyi szolgáltatások igénybevételére, az ellátás jellegének és a tartózkodás várható időtartamának figyelembevételével. A jogosultság gyakorlati érvényesítésének feltétele az Európai Egészségbiztosítási Kártya (a továbbiakban: EU-Kártya) felmutatása, amelyet a biztosítás helye szerinti tagállam illetékes intézménye bocsát ki a nemzeti eljárásjogi szabályoknak megfelelően. Az alábbiakban a magyar jogban irányadó eljárási szabályok kerülnek áttekintésre, amelyek az EU-Kártya és az ideiglenes kártyahelyettesítő nyomtatvány kiállításához kapcsolódnak.

6.2.2.1 Az EU Kártya kérelmezése

Az EU Kártyát – illetve az azt helyettesítő nyomtatványt – az egészségbiztosító az Ebtv. szerinti biztosított kérelmére, főszabály szerint díjmentesen bocsátja rendelkezésre, a külön jogszabályi rendelkezések figyelembevételével.⁵⁵⁰ Abban az esetben szükséges igazgatási szolgáltatási díjat fizetni, ha a kártya kiadására azért kerül sor, mert a korábban kiadott, még érvényes EU-Kártya kikerült a jogosult birtokából (lopás, elvesztés, megsemmisülés, megrongálódás esetén).⁵⁵¹ Az EU-Kártya kérelemre induló hatósági eljárás keretében igényelhető. A kártya kérelmezésére több csatorna áll rendelkezésre: személyesen, meghatalmazott útján, postai úton, illetve elektronikusan az erre rendszeresített igénylőlapon. A kiállításra hatáskörrel rendelkező szervek köre háromszereplős: a kormányablakok, a fővárosi és vármegyei kormányhivatalok, valamint a NEAK.⁵⁵² A kérelemhez a jogosultság igazolására szolgáló alapvető dokumentumokat kell csatolni: személyazonosságot igazoló okmányt, a társadalombiztosítási azonosító jel igazolására alkalmas okmányt, továbbá rendezetlen biztosítási jogviszony esetén a jogosultsági jogcímet igazoló iratokat (például rászorultsági alapon járó egészségügyi szolgáltatás esetén a vonatkozó hatósági döntést).⁵⁵³

Bár Magyarországon az EU Kártya kiállítása kérelemre induló hatósági eljárás, megjegyzendő, hogy néhány tagállam az automatikus kiállítás rendszerét alkalmazza. Németországban és Ausztriában az EU Kártya tipikusan a nemzeti egészségbiztosítási kártya hátoldalán jelenik meg, így a biztosítottak nem kell külön kérelmet benyújtaniuk az EU Kártya

⁵⁵⁰ Ebtv. 27.§ (11) bekezdés

⁵⁵¹ Ebtv. 27.§ (12) bekezdés

⁵⁵² Ebtv. vhr. 12/A.§ (6) bekezdés

⁵⁵³ A NEAK hivatalos weboldala - Európai Egészségbiztosítási Kártya. Elérési útvonal: https://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_kulfoldon/az_europai_egeszsegbiztositasi_kartya (Utolsó elérés: 2026.01.09.) (a továbbiakban: NEAK hivatalos weboldal – EU Kártya)

igénylésére. Hasonló logika érvényesül Olaszországban, Svájcban és Liechtensteinben is, továbbá Csehországban a rendszer úgy került kialakításra, hogy minden újonnan biztosított személy számára automatikusan kibocsátják az EU Kártyát. Továbbá Máltán 2023 márciusától olyan mechanizmust vezettek be, amely szerint a kártya lejárta előtt egy hónappal automatikusan megküldik az új okmányt az érintetteknek.⁵⁵⁴ A hivatalból történő kiállítás mellett több érv is szól: egyrészt, azokban a tagállamokban, ahol a kártya automatikusan kerül kiállításra, a biztosítottak gyakorlatilag teljes köre rendelkezik EU Kártyával; másrészt az automatikus kiállítás által csökkent a polgárookra háruló adminisztratív teher. Emellett az is fontos szempont, hogy az automatikus kiállítás egy olyan biztonsági hálót teremt, amely akkor is biztosítja az uniós polgárok határon átnyúló védelmét, ha azok nem is teljes mértékben vannak tisztában a jogaikkal és az EU Kártya funkciójával.⁵⁵⁵

Fontos statisztikai adat még továbbá, hogy a 2023. év adatai alapján Magyarországon 1 464 092 darab érvényes EU Kártya volt forgalomban, ami a teljes körű társadalombiztosítási lefedettséggel rendelkező magyar biztosítottak körében 37,6%-os lefedettségi aránynak felel meg. Amennyiben azonban a kártyára elviekben jogosultak teljes körét vesszük alapul, a lefedettség mindössze 16,2%, ami jól mutatja, hogy a potenciális jogosultak jelentős része ténylegesen nem rendelkezik a jogosultság igazolására szolgáló okmánnyal. Az uniós kontextusba ágyazva megállapítható, hogy a magyar mutatók elmaradnak az uniós, 48%-os átlagos lefedettségi arányától. Számos nyugat- és közép-európai tagállamban – így különösen Ausztriában, Németországban, Olaszországban és Svájcban – a lefedettség megközelíti vagy eléri a 100%-ot,⁵⁵⁶ ami döntően annak köszönhető, hogy ezekben az államokban az EU-Kártya automatikusan kerül kiállításra. Ezzel szemben Magyarország ugyan lényegesen jobb pozícióban van, mint a legalacsonyabb lefedettségű országok – például Görögország (1,8%) vagy Románia (2,8%) –, de a közösségi átlaghoz képest elmaradást mutat.⁵⁵⁷

⁵⁵⁴ Cross-border healthcare Report 2024. p.23.

⁵⁵⁵ DE WISPELAERE, F.; BERKI, G.: *The role and limits of the European Health Insurance Card. (Too) great expectation?* - In. Journal of European Social Policy, Volume 31, Issue. 4., 2021. - pp.424-431.

⁵⁵⁶ Az arányokban mutatkozó különbségek okait Frederic De Wispelaere és Berki Gabriella (2021) is vizsgálták közösen írt tanulmányukban. Álláspontjuk szerint az okok a kiállítási eljárások, az érvényességi idő, a biztosított személyek (turisták) mobilitása, valamint a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó jogaik ismertségével állnak összefüggésben.

⁵⁵⁷ Statistical Report 2024. p.21.

A hazai eljárási szabályok szerint, az EU Kártya és a nyomtatvány kiállítása sommás eljárásban történik, amelynek ügyintézési határideje 8 nap. A gyakorlat azonban azt mutatja, hogy személyes igénylés esetén az EU Kártya kiállítása azonnal megtörténik; míg postai vagy elektronikus kérelmezés esetén az ügyintézési határidő 8 nap. Ezek a mutatók uniós összehasonlításban kedvezőnek tekinthetők: Magyarország azon tagállamok egyike, amely az azonnali személyes kiállítást biztosítani tudja, hasonlóan például Lettországhoz, Litvániához vagy Lengyelországhoz. Néhány tagállamban lényegesen hosszabb ügyintézési idővel kell számolni: Németországban és Svájcban az EU Kártya kibocsátása akár 4 hetet is igénybe vehet, míg Bulgáriában, Csehországban, Szlovákiában és Litvániában – ha az igénylés nem személyesen történik – jellemzően 14-15 napos kiállítási idővel számolnak.⁵⁵⁸

6.2.2.2 Az EU Kártya érvényességi ideje

Az EU Kártya érvényességi idejét az Ebtv. vhr. differenciált módon határozza meg. A főszabály szerint annak érvényességi ideje a Tbj. szerinti egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság időtartamára terjed ki, de legfeljebb 120 hónapra (10 évre). Tartós külszolgálatot vagy tartós külföldi szolgálatot teljesítő személyek, valamint hozzátartozóik esetében a kártya érvényessége a külszolgálat, illetve a külföldi szolgálat várható időtartamához igazodik, legfeljebb 48 hónapig.⁵⁵⁹

Az EU Kártya magyarországi érvényességi idejének 2024. január 1-jén hatályba lépett módosítása – a korábbi 3 éves érvényességi idő 10 évre történő megemlése – a hazai szabályozást európai uniós összehasonlításban is kiemelkedővé teszi, és egyben a közigazgatási egyszerűsítés tudatos eszközeként értékelhető. A rendelkezés Magyarországot abba a szűk tagállami körbe emeli, amely a leghosszabb érvényességi időt biztosítja az EU-Kártya tekintetében.⁵⁶⁰ Az uniós gyakorlatot áttekintve megállapítható, hogy az érvényességi idők a tagállami igazgatási autonómiából fakadóan széles sávban mozognak: egyes államok csupán néhány hónapos, mások akár 10–20 éves időtartamot is alkalmaznak, ugyanakkor az a legtöbb tagállami gyakorlat jellemzően a 2–5 éves intervallumba esik. Rövid, 1–2 éves érvényességi időt alkalmaz például Belgium, Bulgária, Franciaország, Finnország vagy

⁵⁵⁸ Cross-border healthcare Report 2024. pp.22-23.

⁵⁵⁹ Ebtv. vhr. 12/A.§ (7) bekezdés

⁵⁶⁰ Statistical Report 2024. p.23.

Románia, míg a 3–6 éves kategóriába tartozik többek között Lettország (3 év), Svédország (3 év), Írország (4 év), Hollandia (jellemzően 5 év), és Olaszország (6 év). A hosszú, 10 éves vagy annál is hosszabb érvényességi idő a magyar gyakorlathoz hasonlóan csak kevés tagállamra jellemző: Csehország és Szlovákia egységesen 10 éves időtartamot alkalmaz, míg Lengyelország 20 éves érvényességi idejű kártyát kizárólag a nyugdíjasok számára biztosít.⁵⁶¹

A szociális biztonsági rendszerek koordinációjáról szóló statisztikai jelentések több érvet is felsorolnak a hosszú érvényességi idő mellett. Egyrészt empirikusan kimutatták, hogy szoros összefüggés áll fenn az érvényességi idő hossza, illetve a kiállítás módja (automatikus vagy kérelemre induló) és a lakosság EU Kártyával való ellátottsága között.⁵⁶² Másrészt a 10 éves érvényesség érdemben csökkenti az ismétlődő igénylések számát, ami a polgárok számára kényelmi, a nemzeti hatóságok számára pedig kapacitás- és költségmegtakarítási előnnyel jár (kevesebb gyártási- és postázási költség, alacsonyabb ügyintézői terhelés). Végül, a hosszabb érvényesség a személyek szabad mozgásához kapcsolódó szociális biztonsági jogosultságok stabilizálását is szolgálja. A tartósan vagy rendszeresen külföldön tartózkodó csoportok – például tanulmányok miatt mobil diákok, kiküldött vagy határon átnyúló tevékenységet folytató munkavállalók – számára a több évre szóló EU Kártya csökkenti annak kockázatát, hogy a jogosultság gyakorlása pusztán egy lejárt okmány és az ezzel összefüggő adminisztratív hiba miatt hiúsuljon meg.⁵⁶³

Az Ebtv. vhr. azt is rögzíti, hogy amennyiben a biztosított az érvényességi idő lejártá előtt új EU Kártyát kíván igényelni, erre az érvényesség lejártát megelőző harminc napon belül van lehetőség, azzal, hogy a korábban kiadott kártyát egyidejűleg érvényteleníteni és leadni köteles. Az új kártya érvényességi ideje a kiállítás napján kezdődik. Abban az esetben, ha az EU-Kártyán feltüntetett érvényességi idő alatt a biztosított egészségügyi szolgáltatásra való jogosultsága megszűnik, a kártyát a kiállító hatóságnak haladéktalanul vissza kell szolgáltatni, ellenkező esetben a jogosulatlan használat a koordinációs rendszerben is pénzügyi következményekkel járhat.⁵⁶⁴

⁵⁶¹ Cross-border healthcare Report 2024. p.23.

⁵⁶² Statistical Report 2024. p.22.

⁵⁶³ Cross-border healthcare Report. 2024. p.17.

⁵⁶⁴ Ebtv. vhr. 12/A.§ (6c) bekezdés

6.2.2.3 Az ideiglenes kártyahelyettesítő nyomtatvány

Magyarországon az ideiglenes kártyahelyettesítő nyomtatvány (a továbbiakban: nyomtatvány) kiállítására olyan kivételes helyzetekben kerül sor, amikor a biztosított EU Kártyával való azonnali ellátása valamilyen okból nem biztosítható, de a jogosultság igazolása haszthatatlan. Tipikusan olyan esetekben nyer gyakorlati jelentőséget, amikor külföldi egészségügyi szolgáltató fordul közvetlen megkereséssel a magyar hatósághoz a jogosultság igazolása érdekében, vagy amikor a biztosított elveszíti kártyáját külföldi tartózkodása alatt. A hazai eljárásrend emellett azt is kifejezetten lehetővé teszi, hogy személyes ügyintézés során – amennyiben az EU Kártya azonnali kiállítására technikai vagy szervezési okokból nincs lehetőség – akkor nyomtatványt állítsanak ki a biztosított részére. Ez a papíralapú dokumentum a Kártya adatait tartalmazza, és azzal egyenértékűen jogosít az orvosilag szükséges ellátások igénybevételére az EGT-tagállamokban és Svájcban; érvényességi ideje főszabály szerint 90 nap, és kiállítása díjmentes.⁵⁶⁵

A nyomtatvány kiállításának egy jellegzetes példája – az Igazgatási Bizottság S3. határozatában foglaltakkal összhangban – az EGT tagállamban vagy Svájcban történő ideiglenes tartózkodás alatt bekövetkező koraszülés esete. Ilyenkor az Ebtv. vhr. kifejezett rendelkezése alapján, a külföldi egészségügyi szolgáltató megkeresésére, a NEAK a gyermek részére nyomtatványt állít ki, feltéve, hogy az anya Magyarországon lakóhellyel rendelkező magyar állampolgár, és az Ebtv. 5/B. § a) pont aa) alpontja szerinti biztosítottnak minősül. Ez a speciális eljárásrend egyszerre szolgálja a koraszülött gyermek mielőbbi ellátáshoz jutását és a finanszírozási felelősség egyértelmű hozzárendelését a magyar biztosítási rendszerhez.⁵⁶⁶ Az így kiállított nyomtatvány érvényességi ideje legfeljebb a szülést követő második hónap utolsó napjáig tart.⁵⁶⁷

6.2.2.4 A biztosított által kifizetett költségek megtérítése

Amint arra jelen értekezés korábbi részei már rámutattak, a koordinációs rendeletek külön szabályozzák a nem tervezett egészségügyi ellátások esetében a biztosított által előzetesen megfizetett költségek utólagos megtérítésének rendjét. Ilyen helyzet tipikusan akkor áll elő, amikor az ellátás igénybevételének időpontjában a biztosított nem rendelkezik érvé-

⁵⁶⁵ NEAK hivatalos weboldal – EU Kártya

⁵⁶⁶ Ebtv. vhr. 12/A.§ (6b) bekezdés

⁵⁶⁷ Ebtv. vhr. 12/A.§ (7b) bekezdés

nyes EU Kártyával, ezért az ellátás költségeit a helyszínen maga viseli.⁵⁶⁸ Ezt követően a biztosított jogosult arra, hogy a felmerült költségek megtérítését utólagosan a biztosítás helye szerinti tagállamtól kérelmezze. Az utólagos költségtérítés azonban nem a ténylegesen kifizetett összeghez, hanem kizárólag az ellátás helye szerinti egészségügyi intézmény által alkalmazott, közfinanszírozott költségmértékhez igazodik.⁵⁶⁹

A Kormányrendelet szabályozza, hogy ilyen esetben a költségek utólagos megtérítése a fővárosi és vármegyei kormányhivatal hatáskörébe tartozik, valamint rögzíti, hogy kizárólag olyan mértékig köteles a költségeket visszatéríteni, amennyiben az ellátás az EU Kártya felmutatása mellett került volna.⁵⁷⁰ A magyar jog rögzíti továbbá az igényérvényesítés időbeli kereteit is. Az Ebtv. 29.§ (7) bekezdése szerint a külföldön igénybe vett ellátások költségeinek utólagos megtérítésére irányuló igényt az ellátás igénybevételeától számított hat hónapon belül kell benyújtani.⁵⁷¹

A 2023. évre vonatkozó adatok szerint Magyarország, mint illetékes tagállam összesen 4 191 elszámolási esetet kezelt, amelyek közül 778 esetben – az összes ügy 18,6%-ában – került sor közvetlen lakossági megtérítésre. Ez az arány számottevően meghaladja az EU átlagát, ahol az utólagos lakossági megtérítések aránya mindössze 4,4%. Mindez arra utal, hogy a magyar biztosítottak külföldi ellátásai során a jogosultság igazolásának hiánya vagy adminisztratív nehézségei gyakrabban vezetnek lakossági előfinanszírozáshoz, mint az EU más tagállamaiban.⁵⁷²

6.2.2.5 Az intézményközi költségtérítés pénzügyi és adminisztratív tapasztalatai

A 2023-as elszámolási adatokkal dolgozó, 2024-ben közzétett tematikus jelentés szerint Magyarország esetében az EU Kártyához kapcsolódó számlaforgalom mind a hitelező mind az adós tagállami pozícióban számottevő adminisztratív feszültségeket jelez. Ma-

⁵⁶⁸ 987/2009/EK rendelet 25. cikk (4) bekezdés

⁵⁶⁹ 987/2009/EK rendelet 25. cikk (5) bekezdés

⁵⁷⁰ 340/2013. (IX.25.) Korm.rend. 6.§

⁵⁷¹ Ebtv.29.§ (7) bekezdés

⁵⁷² Ezt erősíti meg Gellérné Lukács Éva és Paragh Brigitta is egy közösen jegyzett tanulmányukban az alábbiak szerint: „A gyakorlat azt mutatja, hogy a magyar jogosultak nem, vagy csak utólagosan – szükség esetén – igényelnek EU-Kártyát vagy kártyahelyettesítő nyomtatványt.” GELLÉRNÉ LUKÁCS ÉVA – PARAGH BRIGITTA: *A magyar biztosítottak részvétele az európai uniós szintű betegmozgásokban – Nem tervezett egészségügyi szolgáltatások igénybevétele.* - In. Munkajog. 4.évf.3.szám, 2020. - 29.o.

gyarország az uniós átlagnál lényegesen magasabb számlaelutasítási arányt mutat, ami arra utal, hogy a koordinációs rendszer gyakorlati működésében a jogosultsági dokumentumok azonosíthatósága és időbeli hatálya körüli problémák különösen relevánsak.⁵⁷³

Amikor Magyarország az ellátás helye szerinti, azaz az elszámolási mechanizmusok tekintetében hitelező államként jár el, a hazai szolgáltatók által külföldi biztosítottaknak nyújtott ellátások költségeit a NEAK követelésként benyújtja a külföldi illetékes intézmények felé. A vizsgált évben a más tagállamok intézményei összesen 7 886 magyar követelést utasítottak el (2 715 761 euró értékben), ami a Magyarország által kibocsátott visszatérítési igények 48,9%-ának felel meg, szemben az uniós 5,9%-os átlaggal. Az elutasítások fő indokai túlnyomórészt jogosultsági-adminisztratív természetűek.⁵⁷⁴ Jelentős esetszámot tesznek ki azok az ügyek, ahol az ellátási időszak nem esik egybe a jogosultsági időtartammal, illetve ahol a külföldi intézmény a megjelölt jogosultsági okmányt nem tudja beazonosítani vagy ismeretlenként kezeli. Emellett számottevő azon esetek köre is, ahol utóbb kiderül, hogy az érintett személy az ellátás időpontjában nem volt biztosított, illetve az „egyéb okok” gyűjtőkategóriája további heterogén elutasítási indokokat fed le.⁵⁷⁵

Azokban az esetekben, ahol Magyarország, mint illetékes, azaz az elszámolási mechanizmusok szempontjából, mint adós tagállam jelenik meg az alábbi mintázatok figyelhetőek meg. A magyar intézmények 2023-ban összesen 7 385 követelést (8 490 332 euró értékben) utasítottak el, ami a beérkezett igények számához viszonyítva 176,2%-os elutasítási arányt eredményez. A 100% feletti érték arra vezethető vissza, hogy a statisztika nemcsak az adott évben érkezett, hanem korábbi években benyújtott, de 2023-ban elbírált követelések elutasításait is tartalmazza, vagyis egy több évre kiterjedő folyamat lenyomata. Az elutasítások döntő többsége itt is a jogosultsági okmányokhoz kapcsolódik: a magyar intézmények 6 772 esetben arra hivatkozva tagadták meg a megtérítést, hogy a megjelölt jogosultsági dokumentum ismeretlen vagy a hazai nyilvántartásokban nem található. További – bár jóval kisebb – hányadot képviselnek azok az esetek, ahol az ellátási időszak nem esik

⁵⁷³ Cross-border healthcare Report 2024. p.35.

⁵⁷⁴ Cross-border healthcare Report 2024. p.35.

⁵⁷⁵ Cross-border healthcare Report 2024. p.36.

egybe a jogosultsági időtartammal, illetve egyéb, heterogén indokokra hivatkozva kerül sor elutasításra.⁵⁷⁶

Ennek kapcsán azonban fontos kitérni az EU Kártya relatíve hosszú érvényességi idejének negatív következményeire is. Ahogy arra Berki Gabriella is rámutatott, a hosszú érvényességi idő növelheti az EU Kártya visszaélészerű használatának kockázatát, ugyanis előfordulhat, hogy az érvényes EU Kártyával rendelkező személy egészségügyi szolgáltatásra való jogosultsága a biztosítás helye szerint tagállamban már megszűnt. További fontos körülményként emeli ki, hogy nem áll rendelkezésre olyan uniós szintű adatbázis, amelyben a más tagállam egészségügyi szolgáltatója ellenőrizhetné a jogosultság tényleges meglétét, így a negatív következmények a tagállamok közötti elszámolási mechanizmusok során jelennek meg.⁵⁷⁷ Ugyanakkor valószínűsíthető, hogy az ESSPASS projekt keretében megvalósuló, az EU Kártya digitalizációját célzó fejlesztések hozzájárulnak a jogosulatlan igénybevétel visszaszorításához, illetve hosszabb távon ezen problémakör hatékonyabb kezeléséhez is.

Érdekes az EU Kártya birtokában igénybevett ellátások pénzügyi volumenére is egy rövid kitekintést tenni. A 2023-as bázisév adatai szerint, Magyarország, mint adós tagállam összesen mintegy 2 875 160 eurót fizetett ki a nem tervezett ellátások finanszírozására⁵⁷⁸. Ez az összeg ugyan jelentős, de az összes magyar természetbeni egészségügyi kiadás 0,04%-t teszi ki. A kifizetések földrajzi megoszlása az alábbi: a kiadások közel fele Ausztriába áramlott, ezt követte Németország, valamint kisebb, de nem elhanyagolható összegek irányultak az Egyesült Királyságba, Szlovákiába, Olaszországba és Horvátországba.⁵⁷⁹

Magyarország, mint hitelező tagállam a 2023-as évben mintegy 3 536 186 euró megtérítést kapott a külföldi biztosítottak magyarországi, EU Kártya birtokában igénybe vett egészségügyi ellátásai után. A befolyó összegek fő forrásai Németország és Ausztria, amelyeket Szlovákia, Lengyelország, Hollandia és Franciaország követnek.⁵⁸⁰

⁵⁷⁶ Cross-border healthcare Report 2024. p.36.

⁵⁷⁷ BERKI Gabriella: *Quo vadis EHIC? Az Európai Egészségbiztosítási Kártya múltja, jelene és jövője.* - In. *Med et Jur*, 5.évf. 2.szám, 2014. - 6.o.

⁵⁷⁸ Ebben az adatban azok az összegek is szerepelnek, amelyeket közvetlenül a biztosítottaknak fizetett ki.

⁵⁷⁹ Cross-border healthcare Report 2024. p.42.

⁵⁸⁰ Cross-border healthcare Report 2024. p.44.

6.2.3 TERVEZETT KÜLFÖLDI GYÓGYKEZELÉSEK IGÉNYBEVÉTELE

Az Ebtv. szerinti biztosítottak – ide nem értve a megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyeket – alapvetően három eltérő jogi konstrukció keretében vehetnek igénybe tervezett egészségügyi ellátást más EGT-tagállam területén.⁵⁸¹ Egyrészt az ellátás igénybevételére a koordinációs rendeletek alapján kerülhet sor (rendeleti út),⁵⁸² másrészt határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében (irányelvi út),⁵⁸³ ⁵⁸⁴ harmadrészt pedig méltányossági alapon (méltányossági út), amelynek során a magyar szabályozás kiterjesztő módon értelmezi az uniós kereteket, és bizonyos esetekben a társadalombiztosításba nem befogadott ellátások finanszírozását is lehetővé teszi.⁵⁸⁵

6.2.3.1 Az eljárási utak közös szabályai

A rendeleti-, irányelvi és méltányossági út esetében közös szabály, hogy az ellátás igénybevételére benyújtott igény elbírálása kérelemre indul, az elbírálás hatósági eljárás keretében történik, az ellátás indokoltságát független szakértő állapítja meg, és az eljárás teljes időtartama alatt a kérelmezőnek magyar társadalombiztosítási jogviszonnyal kell rendelkeznie.⁵⁸⁶

A külföldi gyógykezelésre jogosult személy a rendeleti és a méltányossági út szerinti ellátást, valamint az irányelvi úton igénybe vett, előzetes engedélyhez kötött külföldi gyógykezelést a NEAK finanszírozásával tervezett módon kizárólag, a NEAK által az ellátást megelőzően kiadott engedéllyel veheti igénybe.⁵⁸⁷ A külföldi gyógykezelés akkor engedélyezhető méltányossági úton, ha a gyógykezelés Magyarországon szakmailag elfogadott és reális egészségnyereséggel jár. A társadalombiztosításba befogadott külföldi gyógykezelést pedig akkor kell engedélyezni, ha az az orvosszakmai szempontból elfogadható időn belül – figyelemmel a betegnek a kérelem benyújtása időpontjában fennálló egészségi állapotára és betegségének várható lefolyására – hazai közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál

⁵⁸¹ BIRÓNÉ MALUSTYIK (2022): i.m. 58.o.

⁵⁸² Ebtv.27.§ (3) bekezdés

⁵⁸³ Ebtv.27.§ (6) bekezdés

⁵⁸⁴ Ebben az esetben csak EU tagállamokban lehet külföldi gyógykezelést igénybe venni.

⁵⁸⁵ Ebtv.28.§

⁵⁸⁶ A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő hivatalos weboldala: Ellátás külföldön: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_kulfoldon/tervezett_kulfoldi_gyogykezeles (Letöltés ideje: 2025.12.31.)

⁵⁸⁷ 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 3. § (1) bekezdés

nem biztosítható.⁵⁸⁸ Fontos szabály még továbbá, hogy amennyiben a külföldi gyógykezelésre jogosult személy az előzetes engedélyhez kötött ellátást engedély nélkül, vagy az engedélyben rögzített időtartamon túl veszi igénybe és a késedelem okát annak megszűnését követő tizenöt napon belül nem igazolja megfelelően, a külföldi gyógykezeléssel összefüggésben felmerült költségek megtérítésére nem jogosult.⁵⁸⁹

6.2.3.2 A rendeleti és az irányelvi út közötti választás

A tervezett külföldi gyógykezelés iránti kérelem benyújtásakor a betegnek nyilatkoznia kell az alkalmazni kívánt jogalapról, azaz arról, hogy az ellátást az uniós koordinációs rendeletek, vagy a betegmobilitási irányelv alapján kívánja-e igénybe venni. A választás intézményesített formában jelenik meg a Kormányrendelet 2. melléklete szerinti kérelemnyomtatványon, amely külön pontban tartalmazza a „beteg/törvényes képviselője nyilatkozata” részt. Itt a betegnek egy „igen” vagy „nem” válasz megjelölésével kell döntenie arról, hogy az irányelv szerinti határon átnyúló ellátás keretében kéri-e az engedélyt. Amennyiben a beteg az „igen” választ jelöli meg, az irányelvi jogalapot választja, amíg a „nem” válasz a koordinációs rendeleteken alapuló, ún. rendeleti utat aktiválja.⁵⁹⁰

A jogalkotó ugyanakkor normatív elsőbbséget biztosít az uniós koordinációs rendeletek alkalmazásának. Az egészségbiztosítási jogszabályok rögzítik, hogy amennyiben a biztosított mind a rendeleti, mind az irányelvi jogalap alapján jogosult lenne az ellátásra, a biztosított kifejezett eltérő rendelkezésének hiányában a koordinációs rendeleteket kell alkalmazni.⁵⁹¹ Ez a megoldás azt eredményezi, hogy ha a beteg nem nyilatkozik kifejezetten az irányelvi út választásáról, a hatóság automatikusan a rendeleti eljárást tekinti irányadónak, amely a teljes költségfedezet miatt rendszerint kedvezőbb a beteg számára.

A választási mechanizmus működésében kiemelt szerepet kap – a betegmobilitási irányelv szabályaival összhangban – a NEAK tájékoztatási kötelezettsége. A jogi konstrukció összetettsége miatt a beteg döntési szabadsága csak megfelelő hatósági tájékoztatás mellett

⁵⁸⁸ 340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet 4.§ (1)-(2) bekezdés

⁵⁸⁹ 340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet 13.§ (1)-(2)

⁵⁹⁰ 340/2013.(IX.25.) Korm. rendelet II. melléklet

⁵⁹¹ HOMICSKÓ Árpád Olivér: *A 883/2004-es Európai Közösségi koordinációs rendelet hatásának vizsgálata a magyar szociális ellátások rendszerére 2004-től napjainkig – különös tekintettel az egészségügyi szolgáltatások igénybevitelére.* – In. MISKOLCZI BODNÁR Péter: *Az Európai Unióhoz történő csatlakozásunkat követő hazai és európai jogfejlődés.* – Budapest: Wolters Kluwer, 2020.– 173.o.

érvényesülhet ténylegesen. Ennek keretében a NEAK köteles felhívni a beteg figyelmét arra, ha mindkét jogalap alkalmazható lenne, de a koordinációs rendeletek szerinti eljárás számára kedvezőbb jogkövetkezményekkel jár.⁵⁹²

6.2.3.3 Az előzetes engedélyezési eljárás

A következőkben felvázolandó előzetes engedélyezési eljárást a NEAK a koordinációs rendeletek alapján igénybe vett külföldi gyógykezelések, valamint a betegmobilitási irányelv alapján igénybe vett, kötelezően előzetes engedélyhez kötött ellátások engedélyezése során folytatja le. Azonban fontos megjegyezni, hogy az irányelvi jogalap alkalmazása során érvényesül néhány speciális szabály, amelyek a következő alfejezetben kerülnek bemutatásra.

I. Az előzetes engedélyezésre irányuló hatósági eljárás a kérelem benyújtásával indul.

A kérelmet a beteg, a beteg törvényes képviselője, vagy a kezelőorvos nyújthatja be a NEAK-hoz. A külföldi egészségügyi ellátásra vonatkozó kérelemben (Kormányrendelet 2. melléklete) fel kell tüntetni a kérelmezőre és a kérelmezett ellátásra vonatkozó adatokat. Ez utóbbiak vonatkozásában a kérelmezett ellátás típusa mellett, a külföldi gyógykezelésre választott intézményre vonatkozó adatokat is meg szükséges adni, beleértve az ellátó orvos nevét és az ellátás becsült költségét is.⁵⁹³

A kérelemben továbbá nyilatkozni szükséges arról is, hogy a kérelmezett ellátás Magyarországon a társadalombiztosításba befogadott ellátás-e. Amennyiben igen, úgy meg kell nevezni az ellátáshoz szükséges beavatkozásokat OENO kód szerint, az ellátásra a beutaló alapján a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező szolgáltatónál biztosítható időpontot, a szakmailag elfogadható várakozási időt és az ellátás sürgősségére vonatkozó megállapítást. Nem befogadott ellátás esetén meg kell nevezni a beteg állapotára Magyarországon a befogadott egészségügyi szolgáltatásokkal biztosítható legkorszerűbb ellátást és a kérelmet megalapozó egyéb információkat, amelyek indokolják a hazai igénybevétel helyett a nemzetközi ellátást.⁵⁹⁴

⁵⁹² 2011/24/EU irányelv (35) preambulumbekzdés

⁵⁹³ 340/2013 (IX.25.) Korm. rendelet 2. melléklet

⁵⁹⁴ KRISTÓ Katalin, MALUSTYIK Brigitta: *A tervezett külföldi gyógykezelés engedélyezése Magyarországon – Az elektronikus ügyintézés egy lehetséges útja.* - In. Új Magyar Közigazgatás, 2021. 14(2). - 6.o.

II. A NEAK a beérkezett kérelem vonatkozásában elsőként azt fogja vizsgálni, hogy az igénybe venni kívánt ellátás a magyar társadalombiztosításba befogadott-e. Ez az egyik legfontosabb választóvonal, amely meghatározza az eljárás további menetét. Amennyiben a NEAK 8 napon belül azt állapítja meg, hogy a kérelmezett ellátás a társadalombiztosításba nem befogadott, úgy az eljárás csak méltányossági úton folytatódhat tovább.⁵⁹⁵

III. Amennyiben az ellátás a társadalombiztosításba befogadott, akkor a NEAK a következőkben azt fogja vizsgálni, hogy a beteget a kérelemben megjelölt orvosilag indokolt ellátási időn belül el tudja-e látni egy magyar közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató. Ennek megállapítására 15 nap áll rendelkezésre.⁵⁹⁶

Ahogy az már említésre került, az orvosilag indokolt ellátási idő elsődleges meghatározása a beteg kezelőorvosának feladata. A kezelőorvos a beteg aktuális egészségi állapota, valamint a betegség várható lefolyása alapján állapítja meg azt az időtartamot, amelyen belül az ellátás orvosszakmai szempontból még elfogadható. Ezt az adatot a külföldi gyógykezelés engedélyezésére irányuló kérelemben kell rögzíteni, mégpedig a Kormányrendelet 2. melléklete szerinti formanyomtatvány erre szolgáló pontjában, amely kifejezetten a „szakmailag megengedhető várakozási idő” feltüntetését írja elő.⁵⁹⁷ Azonban a NEAK jogosult arra is, hogy szakértő bevonásával felülvizsgálja az orvosszakmailag indokolt ellátási idő megalapozottságát, amennyiben azok tartalma vagy szakmai indokoltsága kétséges. A szakértő az orvosszakmai véleményt a dokumentumok beérkezéséértől számított 15 napon belül köteles elkészíteni.⁵⁹⁸

IV. Amennyiben a kezelést magyar egészségügyi szolgáltató is el tudja látni az orvosilag indokolt határidőn belül, akkor a NEAK elutasítja a kérelmet és javaslatot tesz egy magyar egészségügyi szolgáltatóra.⁵⁹⁹ Mindez arra utal, hogy a szabályozás nem elégszik meg azzal, hogy a társadalombiztosítási szerv formálisan elutasítsa a külföldi gyógykezelés engedélyezését arra hivatkozva, hogy az adott ellátás Magyarországon is elérhető. A NEAK számára aktív kötelezettségként jelenik meg a hazai ellátás realitásának alátámasz-

⁵⁹⁵ 340/2013. Korm. rendelet 5.§ (1) bekezdés

⁵⁹⁶ 340/2013. Korm. rendelet 5.§ (2) bekezdés

⁵⁹⁷ 340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet 2. melléklet

⁵⁹⁸ 340/2013.(IX.25.) Korm. rendelet 5.§ (2) bekezdés

⁵⁹⁹ 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 5. § (1)-(3) bekezdés

tása, amelynek keretében konkrét, nevesített egészségügyi szolgáltatóra vonatkozó javaslatot kell tennie.

V. Amennyiben hazai közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató nem tudja ellátni a beteget az orvosilag indokolt ellátási időn belül, úgy a következő lépésben a NEAK megvizsgálja a kérelemben megjelölt külföldi egészségügyi szolgáltatót.⁶⁰⁰

A vizsgálat egyik fontos eleme a választott külföldi szolgáltatóval szembeni minőségi és pénzügyi feltételek meghatározása. A jogalkotó tehát nem csupán az ellátás elérhetőségének vizsgálatát írja elő, hanem felhatalmazza a NEAK-ot arra, hogy szakmai, betegbiztonsági és költséghatékonysági szempontból is értékelje a kiválasztott intézményt. Amennyiben a külföldi szolgáltatóval kapcsolatban súlyos és konkrét szakmai aggályok merülnek fel, vagy a költséghatékonyság szempontoknak nem felel meg⁶⁰¹, a hatóság nem adhat ki engedélyt az adott intézményre, hanem köteles más, megfelelő szolgáltatót javasolni.⁶⁰²

VI. Ha a kérelemben megjelölt egészségügyi szolgáltató által nyújtott ellátás minőségével és biztonságával kapcsolatban nem merülnek fel aggályok és az ellátás költséghatékonysági szempontból is megfelel a Kormányrendeletben foglaltaknak, akkor a NEAK tájékozik az intézmény fogadókészségéről és a gyógykezelés lehetséges időpontjáról.⁶⁰³ Tehát, ezen szakaszban is kiemelkedő jelentőséggel bír a hatóság koordinációs és ellátásszervezői szerepe - a NEAK ebben az összefüggésben aktív közvetítőként lép fel a beteg és a külföldi szolgáltató között. Ez az előzetes engedélyezési eljárás utolsó szakasza, amely az S2-es jogosultságigazolás kiállításával zárul, amelyre a NEAK-nak 8 nap áll rendelkezésére.⁶⁰⁴

6.2.3.4 Az irányelvi út alkalmazásának speciális szabályai

A Kormányrendelet taxatív felsorolja azokat az eseteket, amikor a hatóság a betegmobilitási irányelvi jogalap alapján folytatja le az eljárást:

⁶⁰⁰ 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 5. § (4) bekezdés

⁶⁰¹ A 340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet 5.§ (4) bekezdése értelmében a költséghatékonysági szempontoknak akkor felel meg a külföldi szolgáltató, „ (...) ha az ellátás költsége az ellátásra vonatkozó magyarországi belföldi költség mértékét jelentősen nem haladja meg. A költségmérték jelentős meghaladásának kell tekinteni, ha a költség több mint 30%-kal haladja meg az ellátásra vonatkozó magyarországi belföldi költség mértékét.”

⁶⁰² 340/2013.(IX.25.) Korm. rendelet 5.§ (4) bekezdés

⁶⁰³ 340/2013.(IX.25.) Korm. rendelet 5.§ (5) bekezdés

⁶⁰⁴ 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 5. § (4)-(7) bekezdés

- a beteg olyan szolgáltatónál kíván külföldi gyógykezelést igénybe venni, ami nem tartozik az uniós rendeletek hatálya alá, vagy
- a beteg kifejezetten úgy nyilatkozik, hogy kérelmét az irányelv szabályai szerint bírálja el a hatóság, vagy
- a beteg a kérelmében az egészségügyi szolgáltató megjelölése nélkül, csak az egészségügyi szolgáltatásra kéri az engedélyt, vagy
- ha a külföldi gyógykezelésre jogosult személy által választott szolgáltatót a NEAK költséghatékonysági okból nem tartja elfogadhatónak, és más szolgáltatóra tesz javaslatot, de a beteg azonban a külföldi gyógykezelést nem az engedélyben szereplő, hanem az Európai Unió más tagállamában letelepedett egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe.⁶⁰⁵

A kötelezően engedélyhez kötött ellátások esetében a NEAK az irányelvi úton is ugyanazt az eljárást folytatja le, mint az előzőekben kifejtett, uniós rendeletek szerinti gyógykezelés esetén (lásd: előző alfejezet), azonban a feltételeknek megfelelő kérelmet csak abban az esetben utasíthatja el, ha az ellátás orvosilag indokolt időn belül a hazai egészségügyi szolgáltatónál is biztosítható. Ha ez a feltétel nem áll fenn, a NEAK a külföldi gyógykezelést engedélyezi.⁶⁰⁶

A kötelezően engedélyhez kötött egészségügyi ellátások listáját a Kormányrendelet 1. melléklete tartalmazza. A melléklet az engedélyköteles ellátásokat négy fő kategóriába sorolja, a besorolás alapjául pedig a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet⁶⁰⁷ szerinti hazai finanszírozási szabályok szolgálnak. Az első kategóriába a fekvőbeteg-szakellátások tartoznak, amelyek esetében az előzetes engedélyezési kötelezettség általános jelleggel érvényesül. Ebbe a körbe sorolhatók továbbá a fekvőbeteg-ellátásokhoz kapcsolódó, tételes elszámolás alá eső, egyszer használatos orvostechnikai eszközök és implantátumok is. A második kategória az egynapos ellátásokat foglalja magában abban az esetben, ha azokat a fogadó tagállam fekvőbeteg-ellátásként nyújtja⁶⁰⁸, továbbá ide tartoznak bizonyos nagy értékű beavat-

⁶⁰⁵ 340/2013.(IX.25.) Korm. rendelet 7.§ (1)-(2) bekezdés

⁶⁰⁶ 340/2013.(IX.25.) Korm.rendelet 7.§ (1) bekezdés

⁶⁰⁷ Az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993.(IV.2.) NM rendelet

⁶⁰⁸ Gellérné Lukács Éva szerint az egynapos sebészeti ellátások előzetes engedélyezési kötelezettségével kapcsolatos szabályozás jogbizonytalanságot okozhat a betegmobilitás gyakorlatában. Lásd bővebben: GELLÉRNÉ LUKÁCS (2024): i.m 131.o.

kozások is, amelyek az ellátás formájától függetlenül előzetes engedélyhez kötöttek. A harmadik kategóriát a nagy értékű műtéti és kúraszerű ellátások alkotják. Ezek közé olyan, országosan még nem széles körben elérhető sebészeti beavatkozások tartoznak, amelyek – bár nem szervátültetéshez kapcsolódnak – különösen jelentős költség- és eszközigenyű eljárásoknak minősülnek. A kategória kiterjed továbbá a jogszabályban nevesített, több lépésben megvalósuló kúraszerű ellátásokra is. A negyedik kategória meghatározott járóbeteg-szakellátásokat és diagnosztikai beavatkozásokat foglal magában, amelyek között számos magas technológiai igényű eljárás található, így különösen a CT- és MRI-vizsgálatok, a molekuláris biológiai diagnosztikai módszerek, az izotópos képalkotó és terápiás eljárások, valamint egyéb speciális beavatkozások.⁶⁰⁹

Az irányelvi jogalap alkalmazásával igénybe vett külföldi gyógykezelések esetén a betegnek meg kell előlegeznie a szolgáltatás költségeit, azok megtérítésére csak utólagosan van lehetőség. A Kormányrendelet értelmében a fizetendő térítés összege nem haladhatja meg az igénybevétel idején az ellátásra vonatkozó magyarországi közfinanszírozott ellátás belső költségeinek mértékét.⁶¹⁰ A megtérítés feltételeit a jogszabály részletes dokumentációs kötelezettségekhez köti. A betegnek – beutalóköteles ellátások esetén – csatolnia kell a magyar jog szerinti szabályos beutalót, továbbá a külföldi számlát (vagy annak másolatát), a kifizetés igazolását, valamint ezek fordítását. Amennyiben a számla önmagában nem tartalmazza a hazai elszámoláshoz szükséges adatokat – így különösen a diagnózist, az elvégzett beavatkozásokat vagy az ellátás időtartamát –, a zárójelentés és annak fordítása benyújtása is kötelező.⁶¹¹ Hasonló dokumentációs elvárások érvényesülnek a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök megtérítése során is, amennyiben azt nem egyéb egészségügyi szolgáltatás igénybevételéhez kapcsolódóan kérelmezik: a kiváltás alapjául szolgáló orvosi rendelvény és egészségügyi dokumentáció benyújtása szükséges. A szabályozás ugyanakkor ebben az esetben lehetőséget biztosít arra, hogy a beteg a kiváltást megelőzően előzetes tájékoztatást kérjen a várható megtérítés összegéről, amelyre a hatóságnak 8 napon belül választ kell adnia.⁶¹²

⁶⁰⁹ 340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet 1. melléklet

⁶¹⁰ 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 7. § (3) bekezdés

⁶¹¹ 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 8. § (2) bekezdés

⁶¹² 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 8. § (3)-(4) bekezdés

6.2.3.5 A méltányossági út

A méltányossági út jelentősége az uniós szabályozás végrehajtásában abban ragadható meg, hogy a hazai végrehajtási gyakorlat az uniós minimumkövetelményeknél rugalmasabb és szélesebb körű hozzáférést biztosít a tervezett külföldi gyógykezelésekhez – ugyanis lehetővé teszi a társadalombiztosításba nem befogadott ellátások igénybevételét is. Ennek jelentőségét az is alátámasztja, hogy a hazai statisztikai adatok szerint a külföldi gyógykezelések jelentős részét a méltányossági út keretében engedélyezik.⁶¹³

A méltányossági út keretében a NEAK – miután megállapította, hogy a kérelmezett ellátás a társadalombiztosításba nem befogadott – az egészségügyi dokumentációt továbbítja az Egészségügyi Szakmai Kollégium ügyben illetékes tagozata (a továbbiakban: Tagozat) részére, amely 15 napon belül köteles döntést hozni.⁶¹⁴ Az ügy elbírálása során megvizsgálja a kezelés orvosszakmai indokoltságát, és megállapítja, hogy az ellátás szakmailag elfogadott-e és reális egészségnyereséggel jár-e. Az ellátás abban az esetben jár reális egészségnyereséggel, ha a beteg egészségi állapotának javulását vagy romlásának csökkenését eredményezi, amelynek megállapítása során figyelembe veszi a beteg egészségi állapotát és a betegségének várható lefolyását. A Tagozat a vizsgálat során a betegtől, a hozzátartozójától, vagy a kezelőorvosától további dokumentumokat kérhet be, esetleg elrendelheti a beteg vizsgálatát is.⁶¹⁵

Ha Tagozat azt állapítja meg, hogy az ellátás nem jár reális egészségnyereséggel, vagy az szakmailag nem elfogadott, akkor a NEAK az állásfoglalás beérkezésétől számított 5 napon belül elutasítja a külföldi gyógykezelés iránti kérelmet.⁶¹⁶

Amennyiben a Tagozat szakmailag elfogadottnak tartja az ellátást és megállapítja, hogy az a beteg számára reális egészségnyereséggel jár, akkor megvizsgálja, hogy a gyógykezelés elvégezhető-e külföldi szakember meghívásos közreműködésével az orvosi szempontból elfogadható határidőn belül, figyelembe véve a beteg egészségi állapotát és betegségének várható lefolyását. Viszont, amennyiben a Tagozat a külföldi gyógykezelés igénybevételét

⁶¹³ Erről ír: KOVÁCS RÉKA (2025): i.m. 10.o. és GELLÉRNÉ LUKÁCS – PARAGH (2020b): i.m. 36.o.

⁶¹⁴ 340/2013.(IX.25.) Korm. rendelet 9.§ (1) bekezdés

⁶¹⁵ 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 9. § (2)-(3) bekezdés

⁶¹⁶ 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 9. § (1)-(4) bekezdés

látja szükségesnek, javaslatot tesz külföldi egészségügyi szolgáltatóra, figyelembe véve a kérelemben feltüntetett egészségügyi szolgáltatót is. Kiemelendő, hogy a szabályozás kifejezetten lehetővé teszi az EGT-n és Svájc-on kívüli, azaz harmadik országban működő egészségügyi szolgáltató igénybevételének javaslatát is. Ez a lehetőség az uniós koordinációs rendszer logikáján túlmutató, kifejezetten nemzeti hatáskörben gyakorolt méltányossági eszközként értelmezhető, hiszen a szociális biztonsági koordináció elsődlegesen az EGT-n belüli ellátásokra terjed ki.⁶¹⁷ A NEAK a Tagozat szakvéleményének beérkezésétől számított 8 napon belül dönt a külföldi gyógykezelés engedélyezéséről és a finanszírozás mértékéről. Amennyiben a NEAK nem ért egyet a Tagozat szakmai véleményével, azt 3 napon belül megküldheti felülvizsgálat céljából az Egészségügyi Szakmai Kollégium elnökségének, aki vagy új javaslatot készít, vagy nyilatkozik arról, hogy a Tagozat véleményével egyetért.⁶¹⁸

6.2.3.6 A gyógykezelést követő elszámolási és igazolási kötelezettségek

Bármely, a fentiekben ismertetett eljárás keretében került is sor a külföldi gyógykezelés igénybevételére, az ellátást követő 30 napon belül a betegnek be kell mutatnia a zárójelentést, a Kormányrendeletnek a kezelőorvos által kitöltött 7. mellékletét⁶¹⁹, a megelőlegezett útiköltséggel történő elszámolást, valamint igazolnia kell a hazai utógondozásra közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatóhoz való bejelentkezését.⁶²⁰

Az engedélyezett külföldi gyógykezeléshez kapcsolódóan a beavatkozást követő egy éven belül egy alkalommal előzetes engedély nélkül van lehetőség kontrollvizsgálat igénybevételére. További kontrollvizsgálatok igénybevételéhez külön engedélyezési eljárás lefolytatása szükséges, amely kizárólag akkor engedélyezhető, ha a kontrollvizsgálatoknak magyar közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál nincsenek meg a feltételei.⁶²¹

⁶¹⁷ 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 9. § (5) bekezdés

⁶¹⁸ 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 9. § (6)-(7) bekezdés

⁶¹⁹ Felülvizsgálat külföldi ellátás eredményéről c. dokumentum.

⁶²⁰ 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 12. § (1) bekezdés

⁶²¹ 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 10. §

6.2.3.7 Nemzetközi szervcsere-megállapodással összefüggő rendelkezések

A tervezett külföldi gyógykezelésekre vonatkozó hazai statisztikai adatok alapján megállapítható, hogy Magyarországon kiemelt jelentőséggel bírnak azok az esetek, amelyek nem járnak a beteg tényleges külföldi ellátásával, hanem elsősorban nemzetközi együttműködési mechanizmusok igénybevételét teszik szükségessé. Ebbe a körbe tartozik különösen az a sajátos esetkör, amikor a hazai beteg számára nemzetközi donorkeresés indítása válik indokolttá, miközben maga a transzplantáció belföldön történik meg.⁶²²

A Kormányrendelet részletesen szabályozza a nemzetközi szerv- és szövettranszplantációhoz kapcsolódó költségek megtérítését. Ennek keretében a NEAK nemzetközi megállapodás, illetve eseti szerződés alapján – az Országos Vérellátó Szolgálat vagy csontvelő- és őssejt-transzplantáció esetén az illetékes transzplantációs centrum igazolása alapján – megtéríti a külföldi donor kivizsgálásának, a szerv- és szöveteltávolításnak, valamint a szerv vagy szövet magyarországi egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállításának költségeit. A szabályozás kiterjed továbbá a nemzetközi várólistára történő felkerülés regisztrációs díjára is, amelyet a NEAK az OVSZ kezdeményezésére térít meg.⁶²³

A nemzetközi várólistára történő regisztrációt, valamint a szervek külföldről történő behozatalát és a transzplantáció elvégzését megelőzően a transzplantációs bizottságok kötelesek jogviszony-ellenőrzést kezdeményezni a NEAK-nál. A beteg kizárólag a pozitív jogosultsági állapotjelzést követően vehető fel a nemzetközi várólistára. Az OVSZ a Kormányrendelet 8. melléklete szerint köteles igazolni a donorkivizsgálással, a szerv- és szöveteltávolítással, valamint a szállítással kapcsolatos költségek indokoltságát, amely alapján a NEAK a számlával igazolt összegeket közvetlenül a külföldi szolgáltató részére téríti meg.⁶²⁴

Magyarország 2013. július 1-je óta tagja az Eurotransplant International Foundation szervezetének, amely jelentősen növeli a magyar biztosítottak esélyét a megfelelő donor szervhez való hozzájutásra. A regisztrációs díj és a szervszállítás költségeinek finanszírozása az OVSZ és a NEAK között létrejött megállapodásban rögzített éves keretösszeg terhére tör-

⁶²² GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva – PARAGH Brigitta (2020b): i.m. 26.o.

⁶²³ 340/2013. (IX.25.) Korm.rendelet 18.§ (1) bekezdés

⁶²⁴ 340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet 18.§ és 18/A.§

ténik. A NEAK rendszeres tájékoztatást nyújt az OVSZ részére a keretösszeg felhasználásáról, amely lehetővé teszi a várólistára helyezések és a nemzetközi szervcsere-folyamatok tervezett és pénzügyileg kontrollált lebonyolítását; a keretösszeg mértéke évente, a várható transzplantációs igényekhez igazodva kerül felülvizsgálatra.⁶²⁵

6.2.3.8 A tervezett ellátások statisztikái

A 2023-as adatok azt mutatják, hogy a magyar biztosítottak tervezett külföldi gyógykezelése döntően továbbra is a koordinációs rendeleteken alapuló S2-es eljárásához kötődik, miközben a betegmobilitási irányelv szerinti betegmobilitás gyakorlati jelentősége elhanyagolható.⁶²⁶

A 2023-as év adatai alapján a NEAK-hoz a beérkezett 125 kérelemből 100 esetben engedélyezte az ellátást.⁶²⁷ Az elutasítások indokolása homogén képet mutat: valamennyi esetben arra hivatkoztak, hogy a kért ellátás Magyarországon is elérhető orvosilag elfogadható határidőn belül.⁶²⁸ Az elutasító döntéseknek mindössze 28%-a (7 eset) került bírósági vagy hatósági felülvizsgálatra.⁶²⁹ A betegáramlás célország szerinti megoszlása koncentrált: a kiadott S2-es nyomtatványok többsége Ausztriába (49%) és Németországba (33%) irányult.⁶³⁰ Magyarország egyidejűleg fogadó államként is jelen van a rendszerben: 2023-ban 200 darab S2-es nyomtatványt fogadott be,⁶³¹ jórészt Romániából (32,5%), Németországból (16,5%) és Ausztriából (11%).⁶³²

A pénzügyi adatok alapján a tervezett külföldi ellátások volumene a teljes egészségbiztosítási kiadásokhoz képest marginális. Magyarország 2023-ban összesen 3 205 427 eurót fizetett ki más tagállamoknak a magyar biztosítottak tervezett külföldi kezelése után, ami a hazai természetbeni egészségügyi kiadások 0,042%-ának felel meg. Hitelező pozícióban ugyanebben az évben 1 655 322 euró térült meg a külföldi biztosítottak magyarországi tervezett ellátásai után, ami a költségvetés 0,022%-át tette ki.⁶³³

⁶²⁵ 340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet 19.§ (1) bekezdés

⁶²⁶ Cross-border healthcare Report 2024. p.70.

⁶²⁷ Cross-border healthcare Report 2024. p.67.

⁶²⁸ Cross-border healthcare Report 2024. pp.71-72.

⁶²⁹ Cross-border healthcare Report 2024. p.73.

⁶³⁰ Cross-border healthcare Report 2024. p.61.

⁶³¹ Cross-border healthcare Report 2024. p.65.

⁶³² Cross-border healthcare Report 2024. p.62.

⁶³³ Cross-border healthcare Report 2024 p.70.

A 2023-as referenciaév adatai szerint az irányelv szerinti betegmobilitásnak gyakorlatilag nincs esetszámban mérhető jelentősége. A jelentés kifejezetten rögzíti, hogy a vizsgált évben egyetlen páciens sem vette igénybe külföldi ellátást az irányelv alapján, minden eset a koordinációs rendeletek szerinti S2-es eljárás keretében valósult meg.⁶³⁴ Az alacsony esetszámok fényében a szakirodalomban is felmerül annak kérdése, hogy a hazai rendszerben mennyiben indokolt az előzetes engedélyezési mechanizmus fenntartása. Meggyőzőnek tartom Kovács Réka azon javaslatát, hogy a jelenlegi előzetes engedélyezésre épülő rendszer helyett, racionális megoldásnak tűnhet egy olyan, utólag aktiválódó biztonsági mechanizmus bevezetése, amely csak akkor lép működésbe, ha a megtérítési kiadások egy előre meghatározott küszöbértéket meghaladnának és kizárólag az érintett ellátástípusokra korlátozva az esetleges szigorítást. A javaslat szerint ezt egy olyan védzáradék egészíthetné ki, amely indokolt esetben ideiglenes visszatérítés-korlátozást tenne lehetővé.⁶³⁵

6.2.4 JOGORVOSLATI LEHETŐSÉGEK

A szabályozás értelmében az egészségbiztosító döntésével szemben fellebbezésre abban az esetben van csak lehetőség, ha a külföldi gyógykezelés engedélyezésére irányuló kérelmet azzal az indokolással utasítják el, hogy a biztosított Magyarországon közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál a kérelemben megjelölt, orvosilag indokolt ellátási időn belül ellátható. Fellebbezésre ad továbbá alapot az is, ha az egészségbiztosító a kérelmező által megjelölt külföldi egészségügyi szolgáltató helyett a döntésében egy másik, az EGT tagállamban vagy Svájcban letelepedett szolgáltatót jelöl meg alternatívaként.⁶³⁶ A Kormányrendelet határozza meg a fellebbezés benyújtásának pontos eljárási szabályait. Ennek megfelelően a fellebbezés benyújtására a külföldi gyógykezelésre jogosult személy, vagy annak törvényes képviselője vagy kezelőorvosa jogosult a döntés közlésétől számított 15 napon belül az Országos Kórházi Főigazgatósághoz (a továbbiakban: OKFŐ). Az OKFŐ haladéktalanul megkeresi az Egészségügyi Tudományos Tanácsot (a továbbiakban: ETT), mint szakhatóságot, amely 30 napon belül állapítja meg a fellebbezés indokoltságát az orvosszakmai javaslat felülvizsgálatával. Az ETT állásfoglalása birtokában az OKFŐ az állásfoglalás kézhez vételétől számított 15 napon belül dönt.⁶³⁷

⁶³⁴ Cross-border healthcare Report 2024.p.78.

⁶³⁵ KOVÁCS RÉKA (2025): i.m. 8.o.

⁶³⁶ Ebtv. 27.§ (9a) bekezdés

⁶³⁷ 340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet 14/A.§

A jogorvoslat másik válfaja a közigazgatási per.⁶³⁸ Ennek szabályait a 2017. évi I. törvény⁶³⁹ (a továbbiakban: Kp.) határozza meg. A Kp.4.§ (2) bekezdése értelmében egy közigazgatási tevékenység közigazgatási jogvita tárgya lehet, ha a fél a jogszabály (jelen esetben a Kormányrendelet) által biztosított jogorvoslatot kimerítette. Amennyiben a jogszabály nem biztosít fellebbezési jogot, az ügyfél közvetlenül a bírósághoz fordulhat a keresetlevél benyújtásával.⁶⁴⁰ A külföldi gyógykezelésekkel összefüggő hazai jogorvoslati rendszer sajátossága, hogy a jogalkotó szűk körben biztosít fellebbezési lehetőséget, így a jogvédelem súlypontja a közigazgatási perre helyeződik át.

6.3. A HAZAI BÍRÓSÁGI GYAKORLAT FŐBB TANULSÁGAI

6.3.1 A WO KONTRA VAS MEGYEI KORMÁNYHIVATAL ÜGY HAZAI TANULSÁGAI

Az értekezésben korábban már bemutatásra került (lásd: 4.4.1.4. alfejezet) a WO kontra Vas Megyei Kormányhivatal ügy (C-777/18.) uniós jogfejlődésre gyakorolt hatását. Jelen alfejezet célja ezzel szemben a hazai végrehajtási gyakorlatban azonosítható anomáliák feltárása és az azokból levonható gyakorlati következtetések bemutatása. A kapcsolódó kúriai ítélet⁶⁴¹ egy jelentős jogalkalmazási problémára világít rá: a Vas Megyei Kormányhivatal érdemben bírált el és utasított el olyan, költségek utólagos megtérítésére irányuló kérelmet, amely elbírálására nem rendelkezett hatáskörrel. Ez a hatásköri tévesztés a döntéshozatal idején hatályos⁶⁴² ⁶⁴³, valamint a jelenleg hatályos hazai eljárásjogi szabályozás alapján⁶⁴⁴ ⁶⁴⁵ egyaránt semmisséget eredményez. Az eset így nem csupán egyedi jogvita-

⁶³⁸ Lásd bővebben: BALOGH-BÉKESI Nóra: *A hatékony jogvédelem egyes garanciái a közigazgatási per-jogban*. – In: Pázmány Law Working Papers, 2020/12.; LAPSÁNSZKY András – PATYI András – VARGA ZS. András: *A magyar közigazgatási jog általános tanai*. II. könyv: A közigazgatás működésének jogi alapkérdései: 12. A közigazgatási per jogi alapkérdései. – Győr: Universitas-Győr Nonprofit Kft. 2024. - 432-497.o.

⁶³⁹ A közigazgatási perrendtartásról szóló 2017. évi I. törvény (a továbbiakban: Kp.)

⁶⁴⁰ Kp.4.§ (2) bekezdés

⁶⁴¹ A Kúria, mint felülvizsgálati bíróság Kfv.VII.37.402/2021/6. számú ítélete. (a továbbiakban: Kfv.VII.37.402/2021/6. számú ítélet)

⁶⁴² A Vas Megyei Kormányhivatal 2017. január 27-én hozott határozatot az ügyben. Ebben az időpontban még a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény (a továbbiakban: Ket.) volt a hatályos eljárásjogi törvény.

⁶⁴³ Ket. 121.§ (1) bekezdés

⁶⁴⁴ Jelenleg az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény (a továbbiakban: Ákr.) határozza meg a közigazgatási hatósági eljárás szabályait.

⁶⁴⁵ Ákr.123.§

ként értelmezhető, hanem szemléletes példája annak, hogy a külföldi gyógykezelésekre irányadó uniós szabályok hazai végrehajtása során miként keletkezhetnek hatásköri és eljárásjogi feszültségek.

6.3.1.1 Az ügy körülményei, a kérelem benyújtása

Az ügy alapjául szolgáló tényállás szerint a felperes egy korábbi retinaleválás következtében bal szemére már 1987 óta nem látott, majd 2015-ben jobb szemén zöldhályogot diagnosztizáltak. Bár Magyarországon több egészségügyi intézményben is kezelték, az alkalmazott szemcseppek és terápiák nem bizonyultak hatékonyak. A felperes állapota ennek következtében folyamatosan romlott: látótere beszűkült, és reálissá vált a teljes látásvesztés kockázata. Mivel a hazai ellátás nem vezetett állapotjavuláshoz, a felperes 2016 szeptemberében kapcsolatba lépett egy németországi szakorvossal, aki 2016. október 17-re biztosított számára vizsgálati időpontot. A vizsgálatot követően az orvos azonnali műtéti beavatkozást tartott szükségesnek, amelyre 2016. október 18-án sor is került. A felperes álláspontja szerint a beavatkozás halaszthatatlan volt, mivel kizárólag így volt esélye a teljes vakság elkerülésére. Érvelése szerint továbbá a hazai kezelőorvosok nem ismerték a Németországban alkalmazott eljárást, ezért nem tudtak érdemben javítani egészségi állapotán. A felperes hangsúlyozta az időtényező jelentőségét is: állapotának gyors romlása miatt nem állt rendelkezésére elegendő idő az előzetes engedélyezési eljárás lefolytatásához.

A felperes végül 2016. december 20-án kérelmet nyújtott be a kormányhivatalhoz a külföldi ellátás költségeinek utólagos megtérítése iránt. A kormányhivatal a kérelmet 2017. január 25-én elutasította arra hivatkozva, hogy az igénybe vett ellátás előzetes engedélyhez kötött tervezett ellátásnak minősült, amelynek igénybevételéhez a felperes nem rendelkezett előzetes engedéllyel.⁶⁴⁶

6.3.1.2 A kormányhivatal hatáskörének kérdései – az ellátás tervezettségének dilemmája

Amint azt az értekezés korábbi részei is bemutatták (lásd: 6.1.1. alfejezet), a tervezett külföldi gyógykezelésekkel összefüggő közigazgatási eljárások a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő kizárólagos hatáskörébe tartoznak. Ennek megfelelően mind az előzetes engedélyezési, mind az utólagos költségtérítési eljárások lefolytatására ez a szerv rendelkezik hatáskörrel a tervezett ellátások esetében. Az ügy egyik központi eljárásjogi dilemmája,

⁶⁴⁶ Kfv.VII.37.402/2021/6. számú ítélet. Indokolás. 2.o.

hogy a kormányhivatal – noha maga is megállapította az ellátás tervezett jellegét – nem állapította meg saját hatáskörének hiányát, hanem érdemben bírálta el és utasította el a kérelmet.⁶⁴⁷ Pedig a Ket. 22.§ (1) és (2) bekezdése (és a jelenleg hatályos Ákr. 17.§ is) egyértelmű szabályokat állapít meg ezekre az esetekre: „*Hatáskör vagy illetékesség hiányában a hatóság a kérelmet és az ügyben keletkezett iratokat – az ügyfél egyidejű értesítése mellett – haladéktalanul, de legkésőbb a kérelem megérkezésétől, folyamatban levő ügyben a hatáskör és illetékesség hiányának megállapításától számított nyolc napon belül átteszi a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező hatósághoz.*”⁶⁴⁸. Mindezek alapján a kormányhivatalnak az ügy érdemi elbírálása helyett az áttételéről kellett volna intézkednie, és az ügyet a hatáskörrel rendelkező szerv részére továbbítania. Ez az eljárási cselekmény azért is bír kiemelt jelentőséggel, mert a hatásköri kérdés figyelmen kívül hagyása nem csupán az elsőfokú döntés jogszerűségét érintette, hanem a későbbi jogorvoslati eljárások kereteit is meghatározta.

6.3.1.3 A másodfokú hatóság eljárásának tanulságai

A kormányhivatal határozatával szemben a felperes fellebbezést terjesztett elő Budapest Főváros Kormányhivatalához (a továbbiakban: másodfokú hatóság), amely az ügyben 2017. április 13-án hozott döntést. A másodfokú eljárás egyik legfontosabb tanulsága, hogy a hatóság ugyan rögzítette a gyógykezelés tervezett jellegét, azonban nem vonta le ebből a szükségszerű jogkövetkeztetést: sem a másodfokon eljáró szerv, sem az elsőfokon eljáró kormányhivatal nem rendelkezett hatáskörrel az ügy érdemi elbírálására, így döntési jogosultsággal sem. Ennek ellenére a másodfokú hatóság az elsőfokú döntést – az indokolás részbeni módosítása mellett – helybenhagyta. Határozatának indokolásában a másodfokú hatóság kiemelte, hogy önmagában az a körülmény, miszerint a műtéti beavatkozásra az utolsó pillanatban került sor, nem alapozza meg az előzetes engedély hiányában történő költségtérítés lehetőségét. Emellett hangsúlyozta a formai kötöttségek jelentőségét is, rámutatva arra, hogy az előírt formanyomtatvány hiánya esetén a hatóság mérlegelési jogköre nem áll fenn a költségek elszámolhatóságának megítélése során. A döntés továbbá bővítette az elutasítást alátámasztó jogszabályi hivatkozások körét is. Összességében tehát, a

⁶⁴⁷ Kfv.VII.37.402/2021/6. számú ítélet. Indokolás. 3.o.

⁶⁴⁸ Ket. 22.§ (2) bekezdés

másodfokú hatóság tartalmilag nem változtatta meg az elsőfokú döntést, hanem azt az indokolás megváltoztatása mellett helyben hagyta.⁶⁴⁹

6.3.1.4 A bírósági eljárás tanulságai

A felperes a másodfokú hatóság határozatával szemben keresetet nyújtott be a Szombathelyi Közigazgatási és Munkaügyi Bírósághoz. Az eljáró bíróság felismerte, hogy a hazai, mérlegelést nem biztosító eljárásrend összeütközésbe kerülhet az uniós jog követelményeivel, ezért előzetes döntéshozatali eljárást kezdeményezett az EUB-nál (lásd: 4.4.1.4. alfejezet). Az EUB 2020 szeptemberében hozott ítéletében – többek között – kimondta, hogy az előzetes engedély hiánya önmagában nem zárja ki a költségek megtérítésének lehetőségét abban az esetben, ha a beteg egészségi állapota vagy az ellátás sürgőssége miatt objektíve akadályoztatva volt az engedély előzetes kérelmezésében, vagy annak bevarásában és az engedély megadásának feltételei egyébként fennállnak.⁶⁵⁰

Időközben – a magyar bírósági rendszer 2018 és 2020 között végrehajtott átfogó szervezeti reformja következtében⁶⁵¹ – az ügy a Győri Törvényszékre (a továbbiakban: Törvényszék) került.⁶⁵² A Törvényszék a másodfokú határozatot – az elsőfokú határozatára is kiterjedően – hatályon kívül helyezte, ezzel egyidejűleg az alperest (a kormányhivatalt) új eljárás lefolytatására kötelezte. A Törvényszék emellett – az EUB ítéletében foglaltaknak megfelelően – az új eljárásban átfogó és szakmailag megalapozott vizsgálat lefolytatására kötelezte a kormányhivatalt. Ennek keretében olyan bizonyítási feladatokat írt elő, amelyek jelentősen túlmutattak a korábbi, pusztán formai szempontokra és nyomtatványokra épülő elutasításon. Az új eljárás során a kormányhivatalnak vizsgálnia kellett volna a beteg engedélykérelmében fennálló akadályozottságát és az ellátás sürgősségét, a hazai ellátórendszer kapacitását, az ellátás társadalombiztosítási befogadottságát, valamint a beavatkozás orvosszakmai indokoltságát. A Törvényszék emellett előírta, hogy az elsőfokú hatóság az orvosszakmai kérdések tisztázása érdekében keresse meg a NEAK-ot, és szükség esetén az eljárását a szakmai állásfoglalás beérkezéséig függessze fel.⁶⁵³

⁶⁴⁹ Kfv.VII.37.402/2021/6. számú ítélet. Indokolás. 3.o.

⁶⁵⁰ WO ítélet 85. pont

⁶⁵¹ Lásd bővebben: PATYI András: *Útközben – Alapkérdések a szervezetenként önálló közigazgatási bíráskodás megszervezése kapcsán.* - In. Acta Humana, 2019/1. - 77-106.o.

⁶⁵² GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva (2024): i.m.135.o.

⁶⁵³ Kfv.VII.37.402/2021/6. számú ítélet. A felülvizsgálati kérelem és ellenkérelem. 6.o.

6.3.1.5 A Kúria felülvizsgálati eljárásának körülményei

A Kúria előtti felülvizsgálati eljárást maga a kormányhivatal kezdeményezte 2021-ben. A kormányhivatal amiatt fordult a Kúriához, mert sérelmezte a Győri Törvényszék jogerős ítéletében foglaltakat. Az érvelésében összességében kifejtette, hogy a Törvényszék olyan új eljárás lefolytatására kötelezte, amelyre semmilyen törvényes hatásköre nem volt és jelenleg sincs, mert az kizárólag a NEAK hatáskörébe tartozik.⁶⁵⁴

A Kúria megállapította, hogy az alapeljárásban eljáró hatóságok – a Vas Megyei Kormányhivatal és Budapest Főváros Kormányhivatala – nem rendelkeztek hatáskörrel a felperes kérelmének elbírálására, mivel a perbeli szemműtét tervezett gyógykezelésnek minősült, amelyhez kapcsolódó engedélyezési és költségtérítési ügyek kizárólag a NEAK hatáskörébe tartoznak. A hatáskör hiányára tekintettel a Kúria kimondta, hogy az első- és másodfokon hozott közigazgatási határozatok semmisek. Rögzítette továbbá, hogy a hatóságok a hatáskörüket az eljárás minden szakaszában hivatalból kötelesek vizsgálni, annak hiánya pedig olyan feltétlen érvénytelenségi ok, amely utóbb nem orvosolható.⁶⁵⁵

A Kúria rámutatott, hogy a Törvényszék tévesen rendelkezett az első- és másodfokú hatósági határozatok hatályon kívül helyezéséről, ennek megfelelően annak ítéletét akként változtatta meg, hogy a közigazgatási határozatokat nem pusztán hatályon kívül helyezte, hanem megsemmisítette. Emellett hangsúlyozta az áttételi kötelezettséget is – vagyis, hogy a hatóságoknak a hatáskör hiányának észlelése esetén a kérelmet a hatáskörrel rendelkező szervhez kellett volna továbbítaniuk. A Kúria végül megismételt eljárás lefolytatását rendelte el, amelyben az eljáró szervnek elsődlegesen saját hatáskörének vizsgálata kötelező, és annak hiánya esetén a kérelmet haladéktalanul át kell tennie a hatáskörrel rendelkező NEAK részére.⁶⁵⁶

Gellérné Lukács Éva kifejti, hogy az ügy egyik strukturális problémája a bíróság korlátozott döntési jogköre volt. Mivel az alapeljárás 2017-ben indult, arra még az 1952. évi III. törvényen alapuló polgári perrendtartás szabályai⁶⁵⁷ voltak az irányadóak, amely rendszer-

⁶⁵⁴ Kfv.VII.37.402/2021/6. számú ítélet. A felülvizsgálati kérelem és ellenkérelem. 7.o.

⁶⁵⁵ Kfv.VII.37.402/2021/6. számú ítélet. A felülvizsgálati kérelem és ellenkérelem. 11.o.

⁶⁵⁶ Kfv.VII.37.402/2021/6. számú ítélet. A felülvizsgálati kérelem és ellenkérelem. 11.o.

⁶⁵⁷ A polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény XX. fejezet

ében főszabályként a kasszációs jogkör érvényesült: a bíróság a hatósági döntést megsemmisíthette és új eljárásra kötelezhette a közigazgatási szervet, de érdemben nem dönthetett az ügy kimeneteléről. Ezt tovább erősítette az egészségbiztosítási ügyekre vonatkozó speciális szabályozás, amely alapján a bíróság nem változtathatta meg a hatóság döntését, és nem ítélt meg közvetlenül a költségtérítést a beteg javára. A Szerző hangsúlyozza, hogy ezen a helyzeten a Torubarov-ügy jelentette fordulat változtatott; ennek hatására épült be a magyar jogba a reformatórius, azaz megváltoztatási jogkör lehetősége.⁶⁵⁸ A Kp. 90.§-a már kifejezetten biztosítja a bíróság számára a közigazgatási cselekmények megváltoztatásának lehetőségét, többek között arra az esetre is, ha a hatóság a megismételt eljárásban a bíróság jogerős ítéletével ellentétes cselekményt tesz.⁶⁵⁹

6.3.1.6 Az ügy tanulságai

Az elemzés alapján levonható következtetések szempontjából nem releváns, hogy az ügy idején a Ket. volt hatályban, mert a feltárt eljárásjogi problémák nem veszítették aktualitásukat az Ákr. hatályba lépésével sem. Mindkét eljárási törvény rögzíti ugyanis, hogy a hatóság köteles hatáskörét és illetékességét az eljárás minden szakaszában hivatalból vizsgálni, valamint hatáskör hiányában biztosítja az ügy áttételének⁶⁶⁰, a kérelem érdemi vizsgálat történő elutasításának⁶⁶¹, vagy visszautasításának⁶⁶², vagy az eljárás megszüntetésének lehetőségét.⁶⁶³ Ebből következően az ügyből levonható következtetések a jelenlegi jogi környezetben is relevánsak, mert hasonló végrehajtási problémák ma is felmerülhetnek.

Az uniós betegmobilitási szabályok hazai végrehajtásában elsőfokú hatóságként a fővárosi és vármegyei kormányhivatalok, valamint a NEAK jár el. A közöttük fennálló feladat- és hatáskörmegosztás alapvetően funkcionálisan racionálisnak tekinthető: a nagy számban jelentkező, rutinszerű ügyek intézése dekoncentrált szinten történik, míg az egyedi mérlegelést, szakértői közreműködést és komplex tényállás-feltárást igénylő tervezett külföldi gyógykezelésekkel kapcsolatos eljárások a NEAK kizárólagos hatáskörébe tartoznak.

⁶⁵⁸ GELLÉRNÉ LUKÁCS, É.: *Prior and Subsequent Authorization of Cross-Border Healthcare under Directive 2011/24/EU. – The Significance of the WO Case for EU Law and for Hungarian Law* – In. Hungarian Yearbook of International Law and European Law, 2020. - p.65.

⁶⁵⁹ Kp.90.§ (2) bekezdés

⁶⁶⁰ Ket.22.§ (2) és Ákr. 17.§

⁶⁶¹ Ket. 30.§

⁶⁶² Ákr. 46.§

⁶⁶³ Ket. 31.§ és Ákr. 17.§

Ugyanakkor a jelen alfejezetben bemutatott ügy rámutat arra, hogy ez az alapvetően indokolható feladat-és hatáskörmegosztás az utólagos költségtérítési eljárásokban sajátos működési kockázatot hordoz: az eljárási bizonytalanság elsősorban akkor merül fel, amikor az ellátás igénybevétele nem előzte meg hatósági döntés vagy egyeztetés, így az ügy minősítése kizárólag utólag történik meg. A hatáskör meghatározása ilyen esetekben az ellátás tervezett vagy nem tervezett jellegének megítélésén alapul: nem tervezett ellátások esetén a kormányhivatal, tervezett ellátások esetén a NEAK jár el. Előzetes engedélykérés esetén a beteg implicit módon elismeri az ellátás tervezett jellegét, így a hatáskör rendszerint egyértelmű. Ezzel szemben az utólagos megtérítési eljárásokban a hatóságnak elsőként azt kell vizsgálnia, hogy az ellátás igénybevételenek eredeti célja mi volt. Ugyanez a teher az ügyfél oldalán is megjelenik: a külföldi gyógykezelésekre vonatkozó eljárásokban az ügyfélnek már a kérelem benyújtásakor tisztában kell lennie azzal, hogy az ellátása tervezettnek vagy nem tervezettnek minősül-e, hiszen ettől függ, hogy mely hatósághoz fordulhat jogszzerűen. Azonban ez a minősítés az ügyfél oldaláról jelentős bizonytalanságokat hordozhat. Különösen problematikusak azok az esetek, - ahogy arra a WO-ügy is rámutat - amikor a beteg eredetileg más célból, például konzultációra utazott külföldre, majd ott sürgős beavatkozásra kerül sor.

Bár az áttétel jogintézménye korrigálhatja azokat az eseteket, amikor az ügyfél nem a megfelelő helyre nyújtja be a kérelmét, annak alkalmazása az eljárás elhúzódásával járhat, ami a külföldi gyógykezelések sajátosságaira tekintettel különösen problematikus. Ennek kapcsán kiemelendő Berki Gabriella azon javaslata, amely uniós szinten az előzetes engedélyezési rendszer teljes eltörlésével⁶⁶⁴ megszüntetné a tervezett és nem tervezett ellátások közötti, a beteg szubjektív szándékán alapuló, nehezen bizonyítható elhatárolást. Ennek bevezetése esetén a hatóságoknak az utazási cél kutatása helyett kizárólag a jogosultságot kellene vizsgálniuk. Ezen modell uniós bevezetésével és hazai adaptációjával az említett NEAK és a kormányhivatalok közötti hatásköri bizonytalanság is feloldódna, mentesítve a betegeket és a hatóságokat a bonyolult minősítés terhe alól és ezáltal támogathatná a jogérvényesítést is.⁶⁶⁵

⁶⁶⁴ Az előzetes engedélyezési rendszer uniós szintű eltörléséről lásd bővebben: BERKI (2016): i.m. 85-91.

⁶⁶⁵ BERKI Gabriella: *Patient Mobility in the EU – A Playground for All of Us?* - In. *Revue Belge de Sécurité Sociale*. 61:1, 2019. - p. 73.

A hatásköri és minősítési bizonytalanságokon túlmenően az előzetes engedélyezési rendszer működése további, az eljárások időigényéből fakadó jogérvényesítési nehézségeket is felvet. Gellérné Lukács Éva rámutat arra⁶⁶⁶, hogy az előzetes engedélyezési rendszerhez kötődő jogérvényesítés rendkívül érzékeny az időmúlásra. Amennyiben az engedélyezési vagy megtérítési kérdés érdemben évekkel az ellátás után kerül elbírálásra, az orvosszakmai bizonyítás feltételei jelentősen romlanak. A hazai ellátórendszer korábbi kapacitásainak, várólistáinak és technológiai lehetőségeinek utólagos rekonstruálása bizonytalan és sok esetben szakmailag problematikus.⁶⁶⁷

Mindezek mellett lényeges körülmény, hogy a Kormányrendelet továbbra sem tartalmaz kifejezett szabályokat az előzetes engedély hiányában igénybe vett ellátások utólagos engedélyezésének lehetőségére.⁶⁶⁸ Amint arra Gellérné Lukács Éva rámutat, a vizsgált szabályozási hiányosság nem kizárólag a nemzeti jogalkalmazás szintjén jelentkezik, hanem az uniós jogi keretekben is gyökerezik. A betegmobilitási irányelv elfogadására az Elchinov-ügy időbeli közelségében került sor, amelynek következtében az utólagos engedélyezés lehetősége nem került kifejezett szabályozásra az irányelv szövegében.⁶⁶⁹ A szerző erre tekintettel de lege ferenda javaslatként az Elchinov- és a WO-ügyekben megfogalmazott következtetések irányelvi szintű implementációját indítványozza, különösen a releváns preambulumbekzdések, valamint az előzetes engedélyezés szabályait meghatározó 8. cikk módosítása útján.⁶⁷⁰ Ezzel a jogalkotási iránnyal a magam részéről is egyetértek, mivel az alkalmas lehet a hazai szabályozási hiányosságok kezelésére is, ezáltal pedig a betegek jogérvényesítési lehetőségeinek megerősítésére is.

A Kormányrendelet a sürgős szükség miatti akadályoztatás körülményére mindössze egyetlen esetben utal, akkor is kizárólag a méltányossági eljárás keretében. Ezen szabályozási hiányosság a következő alfejezetben vizsgált ügy szempontjából kiemelt jelentőséggel bír.

⁶⁶⁶ Gellérné Lukács Éva habilitációs monográfiájában részletesen foglalkozik az ügy hazai utóéletével és részletesen elemzi a megismételt eljárás tapasztalatait és az orvosszakmai indokoltság utólagos megállapításának korlátait. Lásd: GELLÉRNÉ LUKÁCS (2024): i.m.138-140.o.

⁶⁶⁷ GELLÉRNÉ LUKÁCS (2024): i.m.140.o.

⁶⁶⁸ Lásd bővebben: GELLÉRNÉ LUKÁCS (2024): i.m.140.o. és KOVÁCS (2025): i.m.8.o.

⁶⁶⁹ GELLÉRNÉ LUKÁCS (2024): i.m.47.o.

⁶⁷⁰ GELLÉRNÉ LUKÁCS (2024): i.m.177.o.

6.3.2 A SÜRGŐS SZÜKSÉG SZEREPE A TERVEZETT KÜLFÖLDI GYÓGYKEZELÉSEK ENGEDÉLYEZÉSÉBEN

A Debreceni Törvényszék (a továbbiakban: Törvényszék) 2022 májusában hozott ítélete⁶⁷¹ messze túlmutat egy előzetes engedély nélkül igénybe vett tervezett külföldi gyógykezeléssel kapcsolatos költségmegtérítési vitán; feltárja a hazai szabályozás rendszerszintű feszültségpontjait és dogmatikai következetlenségeit, amelyek jelen alfejezetben kerülnek bemutatásra.

6.3.2.1 Az ügy körülményei

Az ügyben felperesként szereplő betegnél (a továbbiakban: felperes) 2020 augusztusában nyirokcsomó daganatot diagnosztizáltak. A hazai egészségügyi ellátórendszerben dolgozó szakorvosok nem tudták egyértelműen megállapítani, hogy primer-, vagy szekunder daganatról van-e szó. Bár egy nyirokcsomót eltávolítottak, a COVID-19 járványhelyzet miatti korlátozásokra hivatkozva a további műtéteket elhalasztották. A felperes a diagnosztikai bizonytalanság és az ellátás késedelme miatt egy németországi klinikához fordult. A külföldi kivizsgálás és biopszia során sikeresen azonosították a primer daganatot a felperes torkában, és megállapították, hogy a nyaki nyirokcsomók már áttétes elváltozások. A német orvosok a felperes állapotának súlyosságára tekintettel azonnali, életmentő műtéti beavatkozást javasoltak, amelyet 2021. március 26-ra tűztek ki.⁶⁷²

6.3.2.2 Kapcsolatfelvétel a NEAK-kal és a kérelem benyújtása

A felperes 2021. március 16-tól folyamatosan kapcsolatban volt a NEAK-kal (a továbbiakban: alperes) a külföldi gyógykezelés engedélyezésével kapcsolatos teendőket illetően. Az engedélykérelmet a felperes 2021. március 20-án írta alá, majd a dokumentumokat postai úton adta fel; az első részt 2021. március 25-én, a hiányzó mellékleteket pedig a műtét napján, 2021. március 26-án. A dokumentumokat elektronikus úton is megküldte az alperes részére 2021. március 26-án – bár az elektronikus kapcsolattartás az Ebtv.5/A.§ értelmében kizárt ezen a területen. A felperes a kérelmében úgy nyilatkozott, hogy az irányelvi út alapján kéri lefolytatni az eljárást.⁶⁷³

⁶⁷¹ A Debreceni Törvényszék 102.K.701.086/2021/12. számú ítélete. 2022 május. (a továbbiakban: Debreceni Törvényszék ítélete (2020))

⁶⁷² Debreceni Törvényszék ítélete (2020). Indokolás. 2.o.

⁶⁷³ Debreceni Törvényszék ítélete (2020). Indokolás. 3-4.o.

Az alperes a kérelmet és a kapcsolódó dokumentumokat a műtét után, 2021. március 29-én érkezett. Mivel a felperes kérelme nem tartalmazott nyilatkozatot az ellátás magyar társadalombiztosítási rendszerbe való befogadottsága kapcsán, az alperes 2021. március 31-én felvette a kapcsolatot az Egészségügyi Szakmai Kollégium fül-orr-gégészeti tagozatával (a továbbiakban: Szakmai Kollégium) a kezelés társadalombiztosításba való befogadottsága, és a kezelés sürgőssége, halaszthatatlansága szempontjából. A Szakmai Kollégium megállapította, hogy a kérelemben szereplő ellátás a magyar társadalombiztosításba befogadott, elérhető ellátás, továbbá, hogy a kérelemben szereplő külföldi ellátás szakmailag nem volt elfogadott. A Szakmai Kollégium véleményének birtokában, az alperes a felperes kérelmét – tekintettel arra, hogy a kezelést már előzetes engedély nélkül igénybe vette – elutasította.⁶⁷⁴

6.3.2.3 Az elektronikus kapcsolattartás tilalmának kérdései

Az Ebtv.5/A.§- értelmében – többek között – a tervezett külföldi gyógykezelésekkel kapcsolatos eljárások során kizárt az elektronikus kapcsolattartás, amely a vizsgált ügyben is jelentőséggel bíró körülmény. A felperes ugyanis március 26-án e-mailben is megküldte a kérelmet és az orvosi dokumentációt az alperesnek, azonban ez tekintettel az Ebtv. hivatkozott szabályára, nem volt előterjesztettnek tekinthető.⁶⁷⁵ Ugyanakkor figyelemre méltó az a kettősség, ahogy az alperes kezelte a digitális csatornákat. Az alperes maga is használta az elektronikus utat, amikor a felperes meghatalmazottjától e-mailben kért hiánypótlást (kezelési tervet és árajánlatot).⁶⁷⁶ Az eljárás visszás helyzetet teremt: a hatóság az ügyintézés érdekében él az elektronikus kommunikációval, azonban a beteg részéről ugyanezen csatornán érkező kérelmet nem tekinti relevánsnak. Ez különösen kritikus olyan sürgősségi esetekben, ahol a postai szolgáltatás átfutási ideje és a beteg egészségügyi állapota közötti feszültség akadályt gördít az uniós betegjogok gyakorlása elé.

Bár az elektronikus kapcsolattartás kizárása korlátozó tényező lehet, a konkrét ügy tényállása rámutat arra is, hogy a kérelem benyújtásának időpontja – a választott csatornától függetlenül – rendkívül közel esett a beavatkozás időpontjához. Az alperes érvelése szerint életszerűtlen elvárás a hatósággal szemben, hogy a kérelem beérkezésének napján érdemi,

⁶⁷⁴ Debreceni Törvényszék ítélete (2020). Indokolás. 12.o.

⁶⁷⁵ Debreceni Törvényszék ítélete (2020). Indokolás. 6.o.

⁶⁷⁶ Debreceni Törvényszék ítélete (2020). Indokolás. 3.o.

orvosszakmai szempontokon alapuló döntést hozzon. A Kormányrendelet által meghatározott határidőkre tekintettel még a digitális beérkezés sem garantálta volna az előzetes engedély kiadását a beavatkozás megkezdéséig.⁶⁷⁷

6.3.2.4 A Szakmai Kollégium véleményének következményei - A sürgős szükség hazai szabályozásának kérdései

Amint arra korábban már utalás történt, az alperes a kérelem beérkezését követően megkereste az illetékes Szakmai Kollégiumot. A megkeresés célja – többek között – annak tisztázása volt, hogy a külföldi gyógykezelés a társadalombiztosítás által befogadott ellátások körébe tartozik-e, vagyis a kérelem méltányossági ügyként minősíthető-e. Ennek vizsgálata a sürgősség relevanciájának megítélése szempontjából bírt jelentőséggel. A hazai szabályozás ugyanis a „sürgős szükség”⁶⁷⁸ körülményét kizárólag a méltányossági eljárások keretében – tehát a társadalombiztosításba nem befogadott ellátások esetében – értékeli. Ugyanakkor ebben az esetben is csak annyiban teszi lehetővé az eltérést a főszabály szerinti eljárási rendtől, ha a kérelmet legkésőbb az ellátás igénybevételének napján postára adják.⁶⁷⁹ Bár a vizsgált ügyben a felperes a kérelmet a műtét előtti napon, március 25-én, a hiányzó dokumentumokat pedig a műtét napján, március 26-án adta postára, ez a körülmény jogilag nem válhatott relevánssá, mert a kérelem egy társadalombiztosításba befogadott ellátásra irányult. Ez a szabályozási struktúra azért különösen aggályos, mert ellentétes az EUB WO kontra Vas Megyei Kormányhivatal ügyben kidolgozott jogértelmezésével. Az uniós joggyakorlat szerint a nemzeti szabályozás nem teheti az előzetes engedélyt a megtérítés megkerülhetetlen feltételévé olyan esetekben, amikor a beteg állapota vagy az ellátás klinikai sürgőssége lehetetlenné teszi az előzetes engedélykérelem benyújtását, vagy az engedélyezési eljárás bevárását.⁶⁸⁰

A vizsgált ítélet egyik legfigyelemreméltóbb része, hogy a Törvényszék maga is észlelte a hazai szabályozás rendszerszintű hiányosságait, és érdemben mérlegelte az Alkotmánybírósághoz fordulás lehetőségét. A Törvényszék maga is rögzítette, hogy a Kormányrendelet méltatlan különbséget tesz a betegek között: míg a társadalombiztosításba be nem fogadott

⁶⁷⁷ Debreceni Törvényszék ítélete (2020). Indokolás. 7.o.

⁶⁷⁸ Az Eütv. 3. cím i, pontja az alábbiak szerint határozza meg a „sürgős szükség” fogalmát: „az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne”

⁶⁷⁹ 340/2013. (IX.25.) Korm.rend. 9.§ (11) bekezdés

⁶⁸⁰ WO ítélet 85. pont

ellátásoknál elismeri a sürgős szükség miatti utólagos kimentést, addig a befogadott ellátásoknál ezt az eshetőséget kizárja. A Törvényszék megállapította továbbá, hogy ezen elmentés okán felmerül a jogalkotói mulasztással előidézett alaptörvény-ellenesség lehetősége is. Ez azt jelenti, hogy a jogalkotó mulasztást követett el, amikor nem teremtett összhangot a két eljárási út sürgősségi szabályai között, figyelmen kívül hagyva az egyedi élethelyzeteket. Bár a bíróság elviekben szükségesnek látta volna az alkotmányossági kontrollt, az indokolásában kifejtette, hogy a bíróságnak nincs törvényi lehetősége önálló indítványt benyújtani kifejezetten mulasztással előidézett alaptörvény-ellenesség megállapítására.⁶⁸¹

6.3.2.5 Az orvosilag indokolt ellátási idő kérdésköre

A per egyik lényeges feszültségforrását a felperes szubjektív tapasztalata és a Szakmai Kollégium objektív szakmai állásfoglalása közötti ellentmondás jelentette a várakozási idő megítélése tekintetében. A felperes előadta, hogy a hazai ellátórendszerben nem részesült megfelelő ellátásban, utalt a műtétek ismétlődő elhalasztására, az általa nehezen áttekinthető járványügyi intézkedésekre, valamint arra is, hogy a hazai egészségügyi szolgáltatók nem tudták megállapítani a primer daganat helyét, amelyet külföldön rövid időn belül azonosítottak. Ezzel szemben a Szakmai Kollégium állásfoglalása szerint az igényelt ellátás Magyarországon is hozzáférhető lett volna az orvosilag indokolt határidőn belül, és a felperes műtéti ellátása egy hónapon belül biztosítható lett volna valamely hazai egészségügyi szolgáltatónál.⁶⁸² Az alperes ennek megfelelően rögzítette, hogy még ha a felperes a műtét előtt nyújtotta volna be a kérelmet, az akkor is elutasításra került volna és az alperes egy belföldi intézményt jelölt volna ki számára.⁶⁸³

6.3.2.6 A Törvényszék ítéletének indokai

A Törvényszék – az előzőekben kifejtett aggályok jelzése mellett – elutasította a felperes keresetét, megerősítve a hatóság elutasító határozatának jogszerűségét. Ítéletében hivatkozott a kérelem benyújtásának nem megfelelő időpontjára, az elektronikus kapcsolattartás kizárására, valamint a Szakmai Kollégium véleményére a kezelés társadalombiztosítási befogadottsága tekintetében. Kiemelendő továbbá, hogy a Törvényszék rögzítette: az alperes a hatályos, bár tartalmilag vitatható hazai jogszabályoknak megfelelően járt el. Az in-

⁶⁸¹ Debreceni Törvényszék ítélete (2020). Indokolás. 16.o.

⁶⁸² Debreceni Törvényszék ítélete (2020). Indokolás. 6.o.

⁶⁸³ Debreceni Törvényszék ítélete (2020). Indokolás. 12.o.

dokolás egyértelműen jelzi, hogy a bíróság észlelte a felperes emberi és egészségügyi helyzetét, azonban eljárásjogi korlátai miatt méltányosság gyakorlására nem volt lehetősége. A Törvényszék kitért a felperes azon érvelésére is, miszerint a magyarországi operáció sikerében már nem bízott. Az ítélet ezzel összefüggésben hangsúlyozta, hogy a bíróság feladata az alkalmazandó jogszabályok értelmezése, ezért a beteg egyéni bizalma vagy annak hiánya nem írhatja felül a Szakmai Kollégium azon állásfoglalását, amely szerint az ellátás Magyarországon is elérhető.⁶⁸⁴ A Törvényszék tehát elismerte a felperes műtétjének életmentő jellegét és megnevezte a szabályozás alkotmányossági aggályait is, de végül kimondta, hogy a hatályos jogszabályok keretei közé szorítva a keresetet el kell utasítania.

6.3.2.9 Az ügy tanulságai

A Debreceni Törvényszék ítélete különösen élesen rávilágít a „sürgős szükség” hazai szabályozásának strukturális problémáira. A hatályos végrehajtási keret a sürgősség figyelembevételét kizárólag a méltányossági eljárások körére korlátozza, amely a vizsgált ügyben oda vezetett, hogy a sürgősség – noha orvosilag releváns körülmény volt – eljárásjogi szempontból irrelevánssá vált, mivel a kérelem társadalombiztosításba befogadott ellátásra irányult. A Törvényszék érzekelte a szabályozási ellentmondást, és utalt is a normatív keret hiányosságaira, azonban eljárásjogi kötöttségei miatt nem volt lehetősége az ebből fakadó feszültség feloldására. Az ügy egyúttal arra is rámutat, hogy az Elchinov- és a WO kontra Vas Megyei Kormányhivatal ügyekben kimunkált uniós bírósági szempontok sem jogszabályi szinten⁶⁸⁵, sem a közigazgatási gyakorlat szintjén nem épültek be a hazai végrehajtási rendszerbe. A közigazgatási szervek továbbra is a Kormányrendelet szűk és formalizált rendelkezéseire támaszkodnak, ami az uniós bírósági jogfejlesztés érdemi érvényesülését korlátozza.

Az ügy további tanulsága az objektíven meghatározott, orvosilag indokolt ellátási idő és a beteg szubjektív tapasztalata közötti feszültség megjelenése. A döntéshozatal során a Szakmai Kollégium állásfoglalása rögzítette, hogy az igényelt ellátás a hazai egészségügyi ellátórendszerben az orvosilag indokolt időtartamon belül hozzáférhető. Ezzel szemben a beteg oldalán olyan tapasztalatok merültek fel, amelyek az ellátás tényleges hozzáférhető-

⁶⁸⁴ Debreceni Törvényszék ítélete (2020). Indokolás. 15.o.

⁶⁸⁵ A hazai implementáció hiányára világít még rá: GELLÉRNÉ LUKÁCS (2024): i.m.140.o. és KOVÁCS (2025): i.m.8.o.

ségét kérdőjelezték meg. A jelenlegi szabályozási keretben a beteg szubjektív megélése nem válik jogilag releváns mérlegelési szemponttá, még abban az esetben sem, ha az ellátás időbeliségével és minőségével összefüggésben tényleges kockázatot érzékel.

6.3.3 Az EU KÁRTYA HIÁNYA ÉS AZ UTÓLAGOS KÖLTSÉGTÉRÍTÉS

A Fővárosi Törvényszék (a továbbiakban: Törvényszék) 2024 februárjában hozott ítéletéhez kapcsolódó ügy⁶⁸⁶ bemutatja az EU Kártya hiányában igénybe vett, nem tervezett külföldi gyógykezelések utólagos költségtérítésének mechanizmusát, egyúttal betekintést nyújt az EESSI rendszeren keresztül megvalósuló, tagállamok közötti horizontális együttműködés egy részletébe is. Emellett az ügyből világosan kirajzolódik, hogy az EU Kártya kérelmezésének elmaradása vagy az érvényességi idő lejáratára milyen közvetlen pénzügyi kockázatokat eredményezhet a biztosítottak számára.

6.3.3.1 Az ügy körülményei

A felperes 2023. július 1. és 2023. július 5. között Horvátországban vett igénybe előre nem tervezett, orvosi okból szükségessé váló egészségügyi ellátást. Az ellátás időpontjában Magyarországon biztosítottnak minősült, azonban az EU Kártyája az utazást megelőző napokban lejárt. A felperes – bízva abban, hogy az még a kezelés időtartama alatt megérkezik – 2023. július 4-én elektronikus úton kérelmezte az Ideiglenes Kártyahelyettesítő Nyomtatvány kiállítását. A nyomtatvány a sommás eljárás szabályai szerinti ügyintézési határidőn belül, 2023. július 11-én kiállításra került, amelyet 2023. július 14-én adtak postára. A felperes azonban a dokumentumot csak 2023. július 27-én vette át, amikor az már érdemi jelentőséggel nem bírt.⁶⁸⁷ További lényeges körülmény, hogy a horvát társadalombiztosítási intézmény 2023. július 3-án jogosultságigazolási megkeresést is küldött az EESSI rendszeren keresztül, amelyre Budapest Főváros Kormányhivatala (a továbbiakban: alperes) 2023. július 19-én válaszolt, megerősítve a felperes aktív biztosított státuszát. Mivel azonban ez a válaszadás az ellátás igénybevételét követően történt, a megkeresés gyakorlati jelentősége már nem volt érdemi. A jogosultság igazolásának hiányában a horvát egészségügyi szolgáltató a felperest magánbetegként kezelte, és részére összesen több

⁶⁸⁶ A Fővárosi Törvényszék 109.K.703.549/2023/5. számú ítélete (2024). (a továbbiakban: Fővárosi Törvényszék ítélete (2024)).

⁶⁸⁷ Fővárosi Törvényszék ítélete (2024). Indokolás. 5.o.

mint 2700 euró összegű számlát állított ki, amelyet a felperes a helyszínen megfizetett. Hazatérését követően a felperes a teljes összeg megtérítését kérte az alperestől.⁶⁸⁸

6.3.3.2 A kormányhivatal döntése és a költségtérítés mértékének kérdései

Az alperes megállapította, hogy a felperes a horvátországi ellátás igénybevételének idején rendelkezett biztosítási jogvisztonnyal, de nem volt érvényes EU Kártyája. Az EESSI rendszeren keresztül felvette a kapcsolatot az illetékes horvát társadalombiztosítása intézménnyel és bekérte az S068. jelű nyomtatványt, a visszatérítendő összeg meghatározása céljából. A horvát társadalombiztosítási szerv 2023. július 20-án érkezett tájékoztatásában közölte, hogy a több, mint 2700 eurós számlából, a horvát állami tarifák szerint 1388 euró a visszatérítendő összeg. Az alperes ennek megfelelően 2023. augusztus 7-én határozatával 1388 euró megtérítéséről rendelkezett.⁶⁸⁹ A döntése indokolásában kifejtette, hogy a végrehajtási rendelet 25. cikk (5) bekezdése alapján kötve van a horvát biztosító által visszazigazolt adattartalomhoz, attól saját hatáskörben nem térhet el. Mivel a horvát társadalombiztosítási szerv a saját szabályai és belső tarifái alapján határozta meg a visszatéríthető összeget, a magyar hatóságnak nincs jogköre a horvát állami finanszírozás mértékét felülbírálni.⁶⁹⁰

6.3.3.3 A Törvényszék ítélete és annak indokai

A felperes az alperes döntésével szemben 2023. szeptember 7-én terjesztette elő kereseti kérelmét a Fővárosi Törvényszékhez (a továbbiakban: Törvényszék). A felperes a keresetében kérte az alperes határozatának hatályon kívül helyezését és az alperes új eljárásra kötelezését. Keresetében többek között előadta, hogy biztosítottként az ellátás költségeinek teljes megtérítése megillette volna, és az alperes eljárása során nem tárta fel megfelelően a tényállást, illetve tévesen értelmezte az uniós rendeleteket.⁶⁹¹

A Törvényszék a keresetet tartalmilag alaptalannak találta és elutasította. Az ítélet indoklása az uniós koordinációs szabályok elsődlegességére és a hazai végrehajtás kötöttségére utal elsősorban. A Törvényszék mindenekelőtt rögzítette, hogy az EU Kártya hiánya érdemi jogkövetkezményekkel jár: bár a felperes biztosított volt, az EU Kártya nélkül igénybe

⁶⁸⁸ Fővárosi Törvényszék ítélete (2024). A per alapjául szolgáló tényállás. 2.o.

⁶⁸⁹ Fővárosi Törvényszék ítélete (2024). A per alapjául szolgáló tényállás. 3.o.

⁶⁹⁰ Fővárosi Törvényszék ítélete (2024). A per alapjául szolgáló tényállás. 3.o.

⁶⁹¹ Fővárosi Törvényszék ítélete (2024). Indokolás. 6.o.

vett ellátás esetén a horvát egészségügyi szolgáltató jogszerűen kezelhette magánbetegként, és a piaci árat számolhatta fel.⁶⁹² A Törvényszék emellett hangsúlyozta, hogy az utólagos költségtérítés mértékét nem a magyar, hanem az ellátás helye szerinti tagállam közfinanszírozási szabályai határozzák meg, összhangban a koordinációs rendeletekkel. Ennek megfelelően az alperes kötve volt a horvát biztosító által, az S068-as dokumentumban közölt összeghez, attól nem volt lehetősége eltérni.⁶⁹³ Az ítélet külön kiemelte, hogy az alperes eljárását eljárásjogi szempontból is jogszerűnek találta. A Törvényszék megállapította, hogy az alperes a tényállást a rendelkezésre álló adatok alapján kellő alaposítással feltárta, az uniós koordinációs rendeletekben előírt együttműködési kötelezettségeknek eleget tett.⁶⁹⁴

6.3.3.4 Az ügy tanulságai

Összegzésként megállapítható, hogy a vizsgált ügyben a kormányhivatal eljárása teljes mértékben jogszerű volt, mind az uniós koordinációs rendeletek, mind a hazai végrehajtási szabályok szempontjából. A hatóság betartotta az uniós együttműködési kötelezettségeket, az EESSI rendszeren keresztül lefolytatta az előírt adatcserét, döntését a külföldi társadalombiztosítási intézmény által közölt adatokhoz kötötten hozta meg, és az eljárási határidőket is maradéktalanul betartotta.

Az ügy ugyanakkor rávilágít az EU Kártya kiállításának hazai eljárásrendjével összefüggő, korábban már érintőlegesen felvetett kérdésekre. Noha az EU Kártya kiállításának ügyintézési határideje és érvényességi ideje tekintetében a magyar rendszer uniós összehasonlításban kedvezőnek tekinthető, a lefedettség mértéke alapján mégis további fejlesztési lehetőségek azonosíthatók (lásd:6.2.2.1 és 6.2.2.2 alfejezet). Egyes tagállamokban – így például Németországban – az EU Kártyát hivatalból állítják ki, amelynek következtében az arra jogosultak EU Kártyával való lefedettsége közel teljes. Ezzel szemben Magyarországon a kártya kiállítása kérelemhez kötött, ami egyrészt alacsonyabb lefedettséget eredményez, másrészt növeli annak kockázatát, hogy a biztosítottak lejárt kártyával vagy kártya nélkül vegyenek igénybe nem tervezett külföldi ellátást. Ennek közvetlen következménye, hogy az érintettek kénytelenek megelőlegezni az ellátás költségeit, és azokat csupán utólagos

⁶⁹² Fővárosi Törvényszék ítélete (2024). A bíróság döntése és annak jogi indokai. 6.o.

⁶⁹³ Fővárosi Törvényszék ítélete (2024). A bíróság döntése és annak jogi indokai. 9.o.

⁶⁹⁴ Fővárosi Törvényszék ítélete (2024). A bíróság döntése és annak jogi indokai. 10.o.

megtérítés keretében igényelhetik vissza. A statisztikai adatok is alátámasztják a probléma relevanciáját, amennyiben Magyarországon a biztosítottak részére történő utólagos visszatérítések aránya számottevően meghaladja az uniós átlagot (lásd: 6.2.2.4 alfejezet). A vizsgált ügy jól szemlélteti, hogy a kérelemre induló kiállítási modellből fakadó lefedettség hiányosságok miként eredményezhetnek a biztosított számára közvetlen és jelentős pénzügyi kockázatot még olyan esetekben is, amikor az ellátás igénybevételének jogalapja egyébként fennáll.

6.3.4 A PASSZÍV JOGOSULTSÁG KORLÁTAI A KÜLFÖLDI GYÓGYKEZELÉSEK SORÁN

A Szegedi Törvényszék (a továbbiakban ezen alfejezetben: Törvényszék) 2024 decemberében hozott ítélete⁶⁹⁵ a passzív egészségügyi szolgáltatási jogosultság külföldi gyógykezelések során történő érvényesítésének korlátait vizsgálja. Az ügy nem csupán a jogosultság fennállásának kérdését veti fel, hanem azt is, hogy a hazai végrehajtási gyakorlat milyen mértékben tekinti a magyar társadalombiztosítási rendszer védelmét határon túl is érvényesíthetőnek, illetve hol húzza meg annak extraterritoriális kiterjesztésének határait.

6.3.4.1 Az ügy körülményei

Az ügy felperese (a továbbiakban: felperes) belföldi természetes személy volt, akinek korábbi biztosítási jogviszonya 2022 októberében megszűnt, ugyanakkor gyermeke jogán pénzbeli ellátásokban részesült, amely ellátások alapján – a Tbj. 22.§ (1) bekezdés a, pontjában foglaltakra tekintettel⁶⁹⁶ – az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultsága 2024. szeptember 5-ig fennállt. A felperes ezt követően, 2024. szeptember 11-én – vagyis az Ebtv. szerinti 45 napos passzív jogosultsági időszakon belül⁶⁹⁷ – Svájcban váltott ki gyógyszert, amelyek költségeit utóbb kívánta megtéríttetni.⁶⁹⁸

⁶⁹⁵ Szegedi Törvényszék 14.K.701.367/2024/4. számú ítélete (2024 december) (a továbbiakban: Szegedi Törvényszék ítélete (2024)).

⁶⁹⁶ A Tbj. 22.§-a határozza meg, hogy a biztosítottakon túl, kik jogosultak még egészségügyi szolgáltatásokra a haza egészségbiztosítási rendszerben. Jelen alfejezetben tárgyalt ügyben különösen releváns, hogy ezen szakasz (1) bekezdés a, pontja rögzíti, hogy egészségügyi szolgáltatásra jogosult az, aki a csecsemőgondozási díjban, örökbefogadói díjban, baleseti táppénzben, baleseti járadékban részesül.

⁶⁹⁷ Az Ebtv. 29.§ (9) bekezdése rögzíti, hogy az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság a biztosítási jogviszony és a Tbj. 22§-a szerinti jogosultsági feltételek megszűnését követően további 45 napig fennmarad, feltéve, hogy a korábbi jogosultság legalább 45 napig folyamatosan fennállt.

⁶⁹⁸ Szegedi Törvényszék ítélete (2024). Indokolás. 2.o.

6.3.4.2 A kérelem benyújtása és a kormányhivatal döntésének indokai

A felperes a külföldön kiváltott gyógyszer költségeinek megtérítése iránti kérelmét 2024. szeptember 11-én nyújtotta be a Bács-Kiskun Vármegyei Kormányhivatalhoz (a továbbiakban: alperes). Az alperes a kérelmet érdemi vizsgálat nélkül, a 2024. szeptember 30-án kelt határozatával visszautasította.⁶⁹⁹ Döntését arra alapította, hogy a külföldi gyógyszerkiváltás időpontjában a felperes már nem rendelkezett aktív biztosítási jogviszonnal vagy azzal egyenértékű jogosultsággal, amely a hazai végrehajtási szabályok alapján megalkothatta volna a költségek utólagos megtérítését.⁷⁰⁰ Az Ebtv. 29. § (9) bekezdése ugyanis kifejezetten úgy rendelkezik, hogy a passzív jogosultság a magyar közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál igénybe vett ellátásokra korlátozódik.⁷⁰¹ A törvény tehát egyértelmű területi és intézményi korlátot állít fel. Ebből következően a passzív jogosultsági időszak alatt igénybe vett külföldi ellátások – így például a svájci gyógyszerkiváltás – nem alapoznak meg költségtérítési igényt a magyar egészségbiztosítás terhére.

6.3.4.3 A Törvényszék ítélete és annak indokai

A felperes az alperes visszautasító határozatával szemben közigazgatási pert indított, kérve a határozat hatályon kívül helyezését és az alperes új eljárásra kötelezését. A keresetet két fő érvre alapozta. Egyrészt a bizalmi elvre hivatkozott, arra utalva, hogy az alperes egy korábbi – 2024. szeptember 13-án kelt – tájékoztatásában a kifizetés jóváhagyásáról értesítette, így a szeptember 30-i visszautasító döntést ezzel ellentétesnek és jogszerűtlennek tartotta. Másrészt a felperes álláspontja szerint a szeptember 11-i gyógyszerkiváltás időpontjában még fennállt a költségtérítéshez szükséges jogosultsága.⁷⁰²

A Törvényszék a felperes keresetét elutasította és helybenhagyta az alperes visszautasító döntését, megállapítva, hogy az alperes döntése nem volt jogszabálysértő, és a felperest nem érte olyan jogsérelem, amely a határozat hatályon kívül helyezését indokolta volna. A Törvényszék az indokolásában rögzítette, hogy az Ebtv.29.§ (9) bekezdése szerinti, 45 napos passzív jogosultság kizárólag a magyar közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók-

⁶⁹⁹ Az Ákr. 46.§ (1) bekezdés a, pontja értelmében a hatóság visszautasítja a kérelmet, ha az eljárás megindításának jogszabályban meghatározott feltétele hiányzik, és a törvény ehhez nem fűz más jogkövetkezményt. Ebben az ügyben a gyógyszerkiváltás megtérítésének feltétele az igénybevételekor fennálló aktív biztosítási jogviszony. Mivel a felperes ezen jogosultsága szeptember 5-én megszűnt, a szeptember 11-i kérelem benyújtáskor az eljárás megindításának feltétele hiányzott.

⁷⁰⁰ Szegedi Törvényszék ítélete (2024). Indokolás. 2.o.

⁷⁰¹ Ebtv.29.§ (9) bekezdés

⁷⁰² Szegedi Törvényszék ítélete (2024). Indokolás. 2.o.

nál igénybe vett ellátásokra terjed ki és nem alapozza meg a külföldön igénybe vett ellátások megtérítését. Harmadrészt a bíróság rámutatott arra, hogy a külföldi gyógykezelések megtérítésének feltétele az ellátás igénybevételének időpontjában fennálló aktív biztosítotti vagy jogosultsági státusz, amely a felperes esetében nem állt fenn. A felperes által hivatkozott, szeptember 13-i jóváhagyó értesítést a Törvényszék bizonyítottság hiányában nem vette figyelembe.⁷⁰³

6.3.4.4 Az ügy tanulságai

A passzív jogosultság belföldi korlátozása – jóllehet az uniós betegmobilitás gyakorlati érvényesülése szempontjából vitatható következményekkel járhat – több, egymással összefüggő érv alapján értelmezhető. Mindenekelőtt hangsúlyozandó, hogy az uniós szabályozás a tagállamokra bízta az ellátásokra való jogosultság feltételeinek meghatározását. Ebből következően a tagállamok – így Magyarország is – szabadon dönthetik el, hogy a biztosítási jogviszony megszűnését követően milyen jellegű és terjedelmű védőhálót biztosítanak, valamint, hogy ez a védelem milyen területi keretek között érvényesülhet. A szabályozás hátterében továbbá költségvetési megfontolások szerepe is valószínűsíthető. A passzív jogosultság időszakában a jogosult mögött nem áll aktív járulékfizetés, így az állam által biztosított ellátás jogi és gazdasági értelemben többletjuttatásként értelmezhető. Ezen körülmény alapján a jogalkotói megoldás akként is értelmezhető, hogy a védelem biztosítását elsősorban a hazai, ellenőrzött és közfinanszírozott ellátórendszer keretei között kívánja fenntartani, és azt nem terjeszti ki a külföldi ellátórendszerekre.

6.3.5 AZ ORVOSILAG INDOKOLT ELLÁTÁSI IDŐ ÉRTELMEZÉSE RITKA GYERMEK ORTOPÉDIAI KÓRKÉPBE

A Budapest Környéki Törvényszék (a továbbiakban: Törvényszék) 2025 májusában hozott ítélete⁷⁰⁴ egy olyan ügyben született, amelynek sajátossága, hogy ritka, komplex kórképpel érintett kiskorú beteg kezeléséről, időérzékeny orvosi beavatkozásról, valamint olyan döntési helyzetről van szó, amelyben az általános ellátási kapacitásokra és statisztikai várakozási időkre épülő hatósági érvelés nehezen volt összeegyeztethető az egyedi biológiai és fejlődési körülményekkel. Az ügy elemzése alkalmas annak bemutatására, hogy a hazai

⁷⁰³ Szegedi Törvényszék ítélete (2024). Indokolás. 3.o.

⁷⁰⁴ Budapest Környéki Törvényszék 106.K.701.454/2024/22 számú ítélete. 2025 május. (a továbbiakban: Budapest Környéki Törvényszék ítélete (2025)).

végrehajtási rendszer miként reagál az átlagtól markánsan eltérő, fokozott mérlegelést igénylő élethelyzetekre.

6.3.5.1 Az ügy körülményei

A felperes 2023 nyarán született egy ritka genetikai betegséggel, amely a kezeket és lábakat érintő ortopédiai eltéréseket okoz. Az alapbetegségen belül a gyermeknél Escobar-szindrómát is diagnosztizáltak, amelynek meghatározó tünete a súlyos ízületi mozgáskorlátozottság. A két kórkép együttes jelenléte miatt, a kezelés várható hatékonyságát és az állapot javíthatóságát előzetesen csak általánosságban lehetett meghatározni. A műtéthez szükséges állapot elérését egy 18 alkalmas gipszelési folyamat előzte meg, amely – a járáskezdés szükségessége és az izomsorvadás veszélye miatt – indokolta a műtét azonnali elvégzését. A hazai kezelőorvos javaslatára, a felperes törvényes képviselői 2024 februárjában kerestek fel egy hamburgi centrumkórházat konzultáció céljából, ahol a kezelőorvos a műtét elvégzését javasolta. A beavatkozás elsődleges célja a gyermek mozgásfejlődésének elősegítése és a járóképeség minél nagyobb eséllyel történő megteremtése volt.⁷⁰⁵

6.3.5.2 A kérelem benyújtása és a NEAK eljárása

A felperes törvényes képviselője 2024. március 7-én nyújtotta be a kérelmet a NEAK-hoz a külföldi gyógykezelés előzetes engedélyezése céljából. A NEAK a kérelem beérkezését követően megállapította, hogy az ellátás a társadalombiztosításba befogadott. A NEAK a Kormányrendelet 5.§ (2) bekezdése alapján szükségét látta eseti szakértő bevonásának az orvosilag indokolt ellátási idő felülvizsgálata céljából. A szakértői vélemény szerint az ellátásra a hazai közfinanszírozott egészségügyi ellátórendszerben átlagosan fél-1 év a várakozási idő, amely orvosszakmailag elfogadható. Ennek alapján, a NEAK 2024. március 27-én elutasította a kérelmet, a Kormányrendelet 5.§ (3) bekezdésében foglaltakra hivatkozva és megjelölte a kezelés elvégzésére alkalmas hazai közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatót is.⁷⁰⁶

6.3.5.3 Az Országos Kórházi Főigazgatóság, mint másodfokú hatóság döntése

A felperes törvényes képviselője fellebbezést nyújtott be a döntéssel szemben az Országos Kórházi Főigazgatósághoz, mint másodfokú hatósághoz (a továbbiakban: másodfokú ható-

⁷⁰⁵ Budapest Környéki Törvényszék ítélete Indokolás (2025) 2.o.

⁷⁰⁶ Budapest Környéki Törvényszék ítélete (2025). Indokolás. 3.o.

ság). A másodfokú hatóság a fellebbezés beérkezése után megkereste az Egészségügyi Tudományos Tanácsot (a továbbiakban: ETT), amely felülvizsgálta az eredeti orvosszakmai javaslatot és annak indokoltságát. Az ETT 2024. május 28-án adta ki állásfoglalását, amelyben az elsőfokú határozat orvosszakmai javaslatát és annak indokoltságát megfelelőnek tartotta.⁷⁰⁷ Bár a szakhatósági állásfoglalás kiemelte, hogy a beteg fiatal kora és súlyos fejlődési rendellenessége miatt mielőbb javasolt a műtétek elvégzése, azt állapította meg, hogy ezek Magyarországon, az orvosilag indokolt ellátási időn belül elvégezhetők. Ennek alapján a másodfokú hatóság 2024. június 12-én hozta meg határozatát, amellyel a NEAK, mint elsőfokú hatóság döntését helybenhagyta. Fontos körülmény, hogy mire a másodfokú döntés megszületett, a gyermek műtétjét, 2024. április 16-án elvégezték, amely ténynek a peres eljárásban kiemelkedő jelentősége lesz.⁷⁰⁸

6.3.5.4 A Budapest Környéki Törvényszék ítélete és annak indokai

A felperes a keresetlevelet nyújtott be a Törvényszékhez, amelyben elsődlegesen a másodfokú hatóság határozatának elsőfokú határozatra kiterjedően történő megsemmisítését kérte, másodlagosan pedig az alperesi határozat megváltoztatását indítványozta. A felperes keresetlevelében egyértelműen rögzítette, hogy a gyermek speciális állapota és a járáskezdés miatt a műtét elvégzése halaszthatatlan volt, továbbá kifejtette, hogy az uniós joggal az az értelmezés összhangban áll, amely szerint nem zárható ki a támogatás, ha a beteg a sürgősség miatt nem tudta bevárni a hatóság határozatát, feltéve, ha a megtérítés érdemi feltételei egyébként fennállnak.⁷⁰⁹ A NEAK, mint másodrendű alperes ennek kapcsán emelt be – az alapeljárástól és a felperesi keresettől függetlenül – egy újabb elemet az érvelésébe. Hivatkozott a Kormányrendelet 13.§ (1) bekezdésére, amely kimondja, hogy ha a beteg külföldi ellátást a NEAK előzetes engedélye nélkül veszi igénybe, a költségek nem téríthetők meg. A Törvényszék az ítéletében kifejtette, hogy ez a jogszabályi hivatkozás nem alkalmazható a felperesre, mert ő kezdeményezte az előzetes engedélyezést, csak az ellátás sürgőssége miatt nem tudta bevárni a másodfokú hatóság döntését.⁷¹⁰

Bár a NEAK és az OKFŐ azzal érveltek, hogy a műtét Magyarországon a társadalombiztosításba befogadott ellátás és biztosítható az orvosilag indokolt ellátási időn belül, a Tör-

⁷⁰⁷ Budapest Környéki Törvényszék ítélete (2025). Indokolás. 3.o.

⁷⁰⁸ Budapest Környéki Törvényszék ítélete (2025). Indokolás. 3-4.o.

⁷⁰⁹ Budapest Környéki Törvényszék ítélete (2025). Indokolás. 11.o.

⁷¹⁰ Budapest Környéki Törvényszék ítélete (2025). Indokolás. 6.o.

vényszék ezt árnyalta: megállapította, hogy a felperes ritka betegsége miatt előzetesen nem lehetett pontosan tudni, milyen műtéti technikákra lesz szükség. Kiemelte, hogy maga a magyar kezelőorvos is elismerte: nem rendelkezik azzal a speciális szakértelemmel, ami egy ilyen összetett kórkép műtéti megoldásához szükséges. Ezért a Törvényszék szerint nem volt teljes bizonyossággal megállapítható, hogy az eljárás a felperes egyedi esetében Magyarországon valóban kivitelezhető és befogadott lett volna.⁷¹¹

A Törvényszék továbbá elutasította az elsőfokú eljárásba bevont szakértő és a másodfokú eljárás során adott szakhatósági állásfoglalás azon állítását, miszerint az orvosszakmailag elfogadható ellátási idő fél-1 év. A Törvényszék a tanúvallomások alapján rögzítette, hogy a gyermek életkora miatt a járáskezdés folyamata szempontjából kritikus volt a beavatkozás mielőbbi elvégzése. Megállapította továbbá, hogy a felperesnél már a rendkívül hosszú, 18 alkalmas gipszelési folyamat is kockázatot jelentett, és a további várakozás biztosan visszafordíthatatlan izomsorvadást okozott volna, amely végleg akadályozhatná a járás tanulást.⁷¹² Mindezekre tekintettel a Törvényszék a másodfokú hatóság határozatát, a 2025. május 20-án hozott ítéletével, a NEAK elsőfokú határozatára kiterjedően megváltoztatta és a felperes részére a külföldi gyógykezeléshez szükséges engedélyt megadta.⁷¹³

6.3.5.5 A felülvizsgálati kérelem és annak megtagadása

Az OKFŐ és a NEAK felülvizsgálati kérelmet nyújtott be a Kúriához, amelyben különböző indokokkal támadták a Törvényszék ítéletét. Az érvelésük egyik központi eleme az volt, hogy a Törvényszék utólagosan adott engedélyt egy olyan műtetre, amely az engedély megadása előtt már lezajlott. Ez, álláspontjuk szerint, ellentétes a Kormányrendelet 13.§ (1) bekezdésével, amely tiltja az engedély nélkül igénybe vett ellátások megtérítését. Attól tartottak, hogy az ítélet miatt majd ezentúl bárki ellenőrizhetetlenül vehet igénybe külföldi gyógykezelést, majd utólag terheli a költségeket a magyar költségvetésre.⁷¹⁴

⁷¹¹ Budapest Környéki Törvényszék ítélete (2025). Indokolás. 5.o.

⁷¹² Budapest Környéki Törvényszék ítélete (2025). Indokolás. 8-10.o.

⁷¹³ A Kp.90.§ (1) bekezdése értelmében: „A bíróság a jogsértő közigazgatási cselekményt megváltoztathatja, ha az ügy természete azt megengedi, a tényállás megfelelően tisztázott, a rendelkezésre álló adatok alapján a jogvita véglegesen eldönthető, és

a) a közigazgatási cselekmény többfokú közigazgatási eljárásban valósult meg (...).”

⁷¹⁴ A Kúria Kfv.III.45.121/2025/4. számú végzése (2025). (a továbbiakban: Kúria végzése (2025)). Az I. és II. rendű alperesek felülvizsgálati kérelme. 3-4.o.

A Kúria végül érdemi vizsgálat nélkül végzésével megtagadta a kérelem befogadását.⁷¹⁵ A Kúria végzésében utalt az OKFŐ elégtelen indoklására, amelyben nem fejtette ki részletesen, hogy az adott ügyben miért lenne szükség a joggyakorlat egységesítésére.⁷¹⁶ Emellett a NEAK érvelésében kifogásolta, hogy az előzetes engedély nélkül igénybe vett ellátásokra vonatkozó, Kormányrendelet 13.§ (1) bekezdésének alkalmazása nem volt része az eredeti hatósági eljárásnak. Amikor a NEAK a döntését meghozta, a kérelmezett külföldi gyógykezelés még nem történt meg, így az elsőfokú határozat elutasító indoka nem az engedély nélküli igénybevétel volt, hanem az, hogy az ellátás Magyarországon is biztosítható volt az orvosilag indokolt ellátási időn belül.⁷¹⁷

A Kúria hangsúlyozta továbbá, hogy ez az ügy olyan speciális, egyedi tényálláson alapult, amely nem igényel általános érvényű iránymutatást. Mivel a körülményei ennyire egyediek voltak, a döntés nem veszélyeztette a joggyakorlat egységét. Bár a NEAK azzal érvelt, hogy a Törvényszék ítélete az egész lakosságot érintheti, a Kúra szerint nem bizonyították, hogy a felvetett jogkérdés az egyedi ügyön túlmutató, széles körben előforduló, új típusú probléma lenne, amely a társadalom egésze számára közvetlen hatással bírna.⁷¹⁸

6.3.5.6 Az ügy tanulságai

Az ügy egyik legfontosabb tanulsága, hogy a bírói jogalkalmazás – kivételes esetekben – képes lehet korrigálni a közigazgatási hatósági gyakorlat merev, procedurális logikáját, különösen akkor, ha az egyedi ügy körülményei nyilvánvaló feszültségbe kerülnek a formálisan alkalmazott szabályozással. A vizsgált esetben a Törvényszék nem a hatályos jogszabályi keretek egészét kérdőjelezte meg, hanem azok konkrét ügyre történő alkalmazhatóságát értékelte újra, figyelemmel a gyermek egészségi állapotára, fejlődési sajátosságaira és az időtényező visszafordíthatatlan következményeire. Ez az ügy ismételten rávilágít az orvosilag indokolt ellátási idő meghatározásának problematikájára a hazai végrehajtásban, amely jelen esetben – a Törvényszék érvelése szerint – inkább statisztikai szemléletre épült, mint az egyedi egészségügyi helyzet megfelelő értékelésére.

⁷¹⁵ Kúria végzése (2025). Rendelkező rész. 2.o.

⁷¹⁶ A Kp. 117.§ (4) bekezdése értelmében a felülvizsgálati kérelemben meg kell jelölni a kérelem befogadhatóságának okát.

⁷¹⁷ Kúria végzése (2025). A Kúria döntése és jogi indokai. 5-8.o.

⁷¹⁸ A Kp. 118.§ -a értelmében a Kúria akkor fogadja be a felülvizsgálati kérelmet, ha az ügy érdemére kiható jogszabálysértés vizsgálata – többek között – a joggyakorlat egységének vagy továbbfejlesztésének biztosítása, a felvetett jogkérdés különleges súlya, illetve társadalmi jelentősége, vagy a kérelmező alapvető eljárási jogának valószínűsíthető sérelme, vagy az ügy érdemére kiható egyéb eljárási szabályszegés miatt indokolt.

Az ügy tanulságos abból a szempontból is, ahogyan a NEAK a peres eljárás során az előzetes engedély nélküli ellátások utólagos finanszírozásának kockázatát értelmezte. A felülvizsgálati kérelem indokolásából egyértelműen kirajzolódik a félelem, hogy a Törvényszék ítélete precedensként szolgálhat és a jövőben rendszeressé válhatnak olyan helyzetek, amelyekben a közfinanszírozás terhére, utólag kell jelentős költségeket megtéríteni. Ez azt sugallja, hogy a végrehajtási gyakorlatban a hatósági döntéshozatal során kiemelkedő szempont a rendszer fenntarthatóságának biztosítása, míg az egyedi méltányossági szempontok csak szűk körben és közvetett módon érvényesülnek. Ezt a bíróság – jelen ügyben – képes volt ellensúlyozni, azonban ez a korrekció eseti jellegű és nem pótolhatja a végrehajtási szabályozás hiányosságait.

Ebben az ügyben ugyan mellékes, de nem elhanyagolható szálként jelenik meg ismételt az Elchinov és a WO kontra Vas Megyei Kormányhivatal ügyből fakadó uniós jogértelmezés hazai beágyazottságának hiánya. Bár jelen ügyben a Törvényszék érvelésében megjelentek azok az elemek, amelyek az előzetes engedélyezési kötelezettség rugalmasabb kezelését indokolhatják sürgős, halaszthatatlan esetekben, ezek nem a jogszabályi környezet egyértelmű rendelkezéseiből, hanem bírói jogértelmezés útján váltak relevánssá.

6.8 A HAZAI VÉGREHAJTÁS INTÉZMÉNYI ÉS TECHNIKAI KORLÁTAI AZ ÁLLAMI SZÁMVEVŐSZÉK 2025-ÖS JELENTÉSE ALAPJÁN

Az Állami Számvevőszék (a továbbiakban: ÁSZ) 2025-ös jelentése (a továbbiakban ezen alfejezetben: jelentés) kiemelt jelentőséggel bír a hazai betegmobilitási szabályozás végrehajtásának értékelése szempontjából, ugyanis nemcsak a jogszabályi megfelelést, hanem a végrehajtás intézményi, eljárási és pénzügyi aspektusait is értékelte. A jelentés ezáltal olyan belső intézményi, pénzügyi és informatikai működési folyamatokat, igazgatási összefüggéseket tesz láthatóvá, amelyek más forrásokból jellemzően nem ismerhetők meg.

6.8.1 AZ ELLENŐRZÉS TÁRGYA

A jelentés alapjául szolgáló megfeleléségi ellenőrzés célja a NEAK nemzetközi elszámolásokkal kapcsolatos tevékenységének ellenőrzése volt, több kritikus területen keresztül. Az ellenőrzés elsőként a működési és gazdálkodási kereteket értékelte, különös tekintettel a

feladatellátás belső szabályozottságára, a hatáskörök és felelősségi rend egyértelmű kijelölésére, valamint az információs és kommunikációs folyamatok működésére.⁷¹⁹ Ennek keretében kiemelt figyelmet kapott az integrált kockázatkezelési rendszer és a belső ellenőrzési funkciók kialakítása és tényleges működtetése.⁷²⁰

Az ellenőrzés második hangsúlyos területe a tervezett külföldi gyógykezelések engedélyezési gyakorlata volt. Ennek keretében az ÁSZ áttekintette a koordinációs rendeletek alapján, a betegmobilitási irányelv szerint, valamint a méltányossági alapon igénybe vehető külföldi gyógykezeléseken alapuló engedélyezési folyamatokat. A vizsgálat elemezte az orvosszakmai véleményezés érvényesülését, a határidők betartását, valamint azt is, hogy a döntéshozatal során miként jelennek meg a költséghatékonysági szempontok.⁷²¹

Az ellenőrzés külön foglalkozott a külföldi gyógykezelésekkel kapcsolatos nemzetközi elszámolásokhoz kapcsolódó költségterítési feladatellátással. Ebben a körben a vizsgálat kiterjedt a nyilvántartási rendszerek vezetésére, a megtérítési kötelezettségek teljesítésének és a vitatáskezelés gyakorlatára, továbbá a pénzügyi kimutatások ellenőrzésére is.⁷²² Ehhez kapcsolódóan az ellenőrzés fontos elemét képezte az EESSI rendszerhez való csatlakozást biztosító nemzeti szakalkalmazás, HYDRA rendszer megfelelőségének ellenőrzése, valamint az alkalmazás beszerzéséhez és fejlesztéséhez kapcsolódó eljárások szabályszerűségének értékelése is.⁷²³

6.8.2 AZ ELŐZETES ENGEDÉLYEZÉSI ELJÁRÁS TAPASZTALATAI

Az ÁSZ jelentése a tervezett külföldi gyógykezelések engedélyezési gyakorlatát a 2022. évi ügyintézési adatok alapján vizsgálta. A koordinációs rendeleteken alapuló engedélyezési eljárások körében az ÁSZ 3 mintatételt vizsgált. Ezek közül 2 esetben az eljárást nem találta szabályszerűnek, elsősorban a Kormányrendeletben meghatározott – a vizsgálat időszakában kötelezően alkalmazandó – bírálati lapok kiadásának hiánya, a kötelező költséghatékonysági vizsgálat mellőzése, valamint az ügyintézési határidők túllépése miatt. Ezzel szemben a határon átnyúló egészségügyi ellátások keretében igénybe vett 1 ellátás

⁷¹⁹ ÁSZ jelentés (2025) 5.o.

⁷²⁰ ÁSZ jelentés (2025) 7.o.

⁷²¹ ÁSZ jelentés (2025) 8.o.

⁷²² ÁSZ jelentés (2025) 9-10.o.

⁷²³ ÁSZ jelentés (2025) 11-13.o.

engedélyezése során, a NEAK jogszerűen járt el. Kiemelt figyelmet érdemel ugyanakkor a méltányossági alapon igénybe vett külföldi gyógykezelések engedélyezésének gyakorlata, ahol az ÁSZ összesen 16 ügyet vizsgált, és valamennyi esetben jogszabálysértést tárt fel, ismételten a bírálati lapok kiállításának elmaradása miatt.⁷²⁴

6.8.2.1 A dokumentációs kötelezettségek megsértése – a bírálati lapok jogszabályi eltörlésének háttere

A tervezett külföldi gyógykezelések előzetes engedélyezési eljárása során, 2025. július 1-jéig alkalmazandó bírálati lapok kiállítása az ÁSZ és a NEAK közötti szakmai vita egyik központi eleme volt. Az ÁSZ megállapításai szerint, a NEAK a vizsgált időszakban rendszerszinten nem tett eleget a dokumentációs kötelezettségeinek azzal, hogy számos esetben mellőzte a bírálati lapok kiadását. A méltányossági alapon benyújtott kérelmek körében az ellenőrzött 16 mintatétel egyikében sem került sor a bírálati lapok kiállítására, és ugyanezen probléma egy, a koordinációs rendeletek alapján lefolytatott eljárásnál is jelen volt.⁷²⁵

Az ÁSZ értelmezése szerint, a bírálati lapok nem pusztán formai mellékletei az engedélyezési eljárásnak, hanem olyan szakmai dokumentumok, amelyek több, jogszabályban rögzített funkciót is betöltenek. Egyrészt ezek képezik alapját a Kormányrendelet 17.§-ban előírt kötelező adatgyűjtésnek, amely kiterjed többek között a beavatkozások típusaira, a fogadó egészségügyi szolgáltatókra és az ellátás költségeire. Másrészt a bírálati lapok rögzítik az orvosszakmai indoklás és költséghatékonysági vizsgálat eredményét.⁷²⁶ Ezzel szemben a NEAK főigazgatójának álláspontja szerint a bírálati lapok alkalmazása szükségtelen volt. Érvelése szerint, az Ákr. alapján kibocsátott határozatok már tartalmazzák a szükséges jogi hivatkozásokat, valamint az orvosszakmai vélemények szó szerinti idézését is, így a bírálati lap funkcionálisan szükségtelen. Emellett a NEAK jelezte, hogy a kötelező adatgyűjtést belső, Excel-alapú nyilvántartási rendszerben végzi, amely alkalmas az egyedi ügyek státuszának nyomon követésére.⁷²⁷

Ennek nyomán a főigazgató 2024. január 14-én döntött egy átfogó deregulációs program megindításáról. A program részeként jogszabály-módosítási javaslat készült a bírálati la-

⁷²⁴ ÁSZ jelentés (2025) 22.o.

⁷²⁵ ÁSZ jelentés (2025) 23.o. és 26.o.

⁷²⁶ ÁSZ jelentés (2025) 67.o.

⁷²⁷ ÁSZ jelentés (2025) 65.o.

pok kötelező alkalmazásának megszüntetésére. A módosítás bekerült a 2025. I. félévi jogalkotási tervbe, majd a Kormányrendelet módosításával – 2025. július 1-jei hatállyal – megszüntették a bírálati lapok kiadásának kötelezettségét.⁷²⁸ Mindazonáltal az ÁSZ fenntartotta, hogy a jogszabály későbbi módosítása nem érinti a vizsgált időszakra vonatkozó jogszerűségi megítélést; álláspontja szerint, a hatályos jogszabályok betartása nem mérlegelési kérdés és a megfelelő dokumentáció hiánya csökkentette az eljárások átláthatóságát és sérthette a betegek megfelelő tájékoztatáson alapuló döntéshozatalhoz való jogát is.⁷²⁹

6.8.2.2 Az ügyintézési határidők átlépése és az orvosszakértői határidők jogszabályi rögzítésének indokoltsága

Az ellenőrzés feltárta, hogy a külföldi gyógykezelések engedélyezésével összefüggő hatósági eljárások során a NEAK két esetben is túllépte a jogszabályban előírt ügyintézési határidőket. Az egyik határidő túllépést az ÁSZ egy méltányossági eljárás esetében állapította meg. Ennek során a NEAK a 2022. január 17-én benyújtott kérelmet, az Egészségügyi Szakmai Kollégium ügyben illetékes tagozatának elutasító véleményének kézhezvételétől számított – a Kormányrendeletben előírt 5 nap ellenére⁷³⁰ – 10 nap elteltével utasította el.⁷³¹

A legsúlyosabb késedelem a koordinációs rendeleteken alapuló eljárás egyik mintatételénél fordult elő. Ebben az eljárásban a kérelem benyújtására 2022. május 30-án került sor, a NEAK azonban 2022. október 24-én hozott végzést az eljárás megszüntetéséről. Az ÁSZ megállapítása szerint, a határidő túllépésének elsődleges oka az orvosszakértői véleményezés elhúzódása volt. A vizsgált időszakban a Kormányrendelet nem határozott meg kötelező határidőt az orvosszakértői vélemény elkészítésére. Ennek következtében, a szóban forgó ügyben, a NEAK az orvosszakértővel kötött szerződésében 21 napos válaszadási határidőt rögzített, amely gyakorlatilag lehetlenné tette a jogszabályi határidők maradéktalan betartását. Az eljárás során nem csak a Kormányrendelet által, az adott eljárási cselekmény vonatkozásában előírt határidő sérült, hanem az Ákr.50.§-ban meghatározott, teljes eljárásra vonatkozó 60 napos ügyintézési határidő is túllépésre került.⁷³² Az orvosszakértői véleményezés határidejének szabályozásával kapcsolatosan fennálló joghézagot a jogalkotó

⁷²⁸ ÁSZ jelentés (2025) 26.o.

⁷²⁹ ÁSZ jelentés (2025) 67.o.

⁷³⁰ 340/2013.(IX.25.) Korm. rendelet 9.§ (4) bekezdés

⁷³¹ ÁSZ jelentés (2025) 27.o.

⁷³² ÁSZ jelentés (2025). 23.o.

utóbb orvosolta: a NEAK – elismerve a jelentésben feltárt jogsértések jelentőségét – kezdeményezte a Kormányrendelet módosítását, amely 2023. december 29-től már tartalmazza az orvosszakértői vélemények elkészítésére vonatkozó 15 napos határidőt.⁷³³

Az ÁSZ értékelése jól érzékelteti az ügyintézési határidők túllépésének jelentőségét a betegmobilitás hazai igazgatásában. A jelentés kifejti, hogy az ügyintézési határidők túllépése nem pusztán formális jogsértés, hanem érdemi következményekkel jár a betegek számára. Egyrészt sérül a megfelelő tájékoztatáson alapuló döntéshozatalhoz való jog, másrészt az engedélyezési eljárás elhúzódása komoly egészségügyi kockázatokat is hordozhat – ugyanis a kezelés megkezdésének időpontja számos kórkép esetén közvetlen hatással van a gyógyulási esélyekre és az életminőségre.⁷³⁴

6.8.2.3 A költséghatékonysági szempontok vizsgálatának elmaradása

A tervezett külföldi gyógykezelések engedélyezési eljárásának egyik kulcsfontosságú pénzügyi kontrollmechanizmusa a költséghatékonysági vizsgálat. A Kormányrendelet kifejezetten előírja, hogy amennyiben a beteg belföldön az orvosilag indokolt ellátási időn belül nem látható el, a NEAK köteles megvizsgálni a külföldi gyógykezelés költséghatékonyságát. A jogszabály egyértelmű, számszerűsíthető kritériumokat is meghatároz: akkor minősül költséghatékonynak a külföldi ellátás, ha az nem haladja meg jelentősen a belföldi, közfinanszírozott ellátás költségét; ahol „jelentősnek” minősül minden olyan túllépés, amely a magyarországi költséget több mint 30%-kal meghaladja.⁷³⁵ Az ÁSZ ellenőrzése ugyanakkor egy esetben feltárta, hogy a NEAK nem tett eleget a költséghatékonysági vizsgálatra vonatkozó jogszabályi kötelezettségének.⁷³⁶ Fontos hangsúlyozni, hogy az ÁSZ nem rendszerszintű, tömeges jogsértést, hanem egyedi, ugyanakkor elvi jelentőségű mulasztást azonosított. Ez a költséghatékonysági kontroll biztosítja, hogy az engedélyezési döntés során ne kizárólag orvosszakmai, hanem gazdaságossági szempontok is érvényesüljenek, ami a közfinanszírozási rendszer fenntarthatósága szempontjából kiemelt jelentőséggel bír.

⁷³³ 340/2013. Korm. rendelet 5.§ (2) bekezdés

⁷³⁴ ÁSZ jelentés (2025) 24.o.

⁷³⁵ 340/2013 (IX.25.) Korm. rendelet 5.§ (4) bekezdés

⁷³⁶ ÁSZ jelentés (2025). 11.o.

6.8.3 A HYDRA SZAKALKALMAZÁS MŰKÖDÉSÉNEK TAPASZTALATAI

Az egészségügyi ellátások határon átnyúló igénybevételével kapcsolatos szabályok végrehajtása nem kizárólag jogi és szervezeti kérdés, hanem jelentős mértékben függ a végrehajtás során alkalmazott informatikai infrastruktúrától is. Uniós szinten az EESSI rendszer támogatja a tagállamok közötti közigazgatási interakciókat, amely egységes, kötelezően alkalmazandó keretet biztosít a tagállami illetékes intézmények közötti kommunikációhoz (lásd: 3.5.3 alfejezet). Az EESSI tényleges működőképessége azonban csak akkor biztosítható, ha az uniós infrastruktúrához egy kompatibilis és működőképes nemzeti informatikai rendszer társul, amely a SED-ek feldolgozását, nyilvántartását és a pénzügyi elszámolási mechanizmusokat a tagállami eljárásrendbe integrálja. Magyarországon a HYDRA szakalkalmazás tölti be ezt a szerepet.⁷³⁷ A HYDRA szakalkalmazás 2020 novemberében váltotta fel a korábban alkalmazott EFORM alkalmazást, amely még a papíralapú nyomtatványokra épülő ügyviteli rendet szolgálta ki. A váltás célja az volt, hogy a magyar végrehajtási gyakorlat megfeleljen az uniós elektronikus adatsere-kötelezettségeknek, továbbá, hogy lehetővé váljon a SED-ek alkalmazása a nemzetközi egészségügyi elszámolások során. Az Európai Bizottság megfeleléségi vizsgálat keretében ellenőrizte a rendszer EESSI-kommunikációs komponensét, amely megfelelőnek bizonyult.⁷³⁸

A HYDRA szakalkalmazás két, egymást kiegészítő technikai modulból áll. Az egyik az EESSI-n keresztül megvalósuló, tagállamok közötti elektronikus kommunikációt, azaz a SED-ek továbbítását szolgálja az uniós infrastruktúrán keresztül. A másik pedig a nemzeti ügyviteli feladatokat támogatja: lehetővé teszi a követelések és kötelezettségek nyilvántartását, azok státuszának nyomon követését, valamint a pénzügyi beszámolókhöz szükséges adatok előállítását.⁷³⁹ A HYDRA szakalkalmazás jelenleg országos lefedettséggel működik: a NEAK főigazgatójának közlése szerint, 357 telephelyen több mint 1600 felhasználó – köztük kormányablakok, fővárosi és vármegyei kormányhivatalok, valamint a NEAK munkatársai – több, mint 130 ügyfajtában, évente mintegy 1,7 millió ügy kezelését végzik el.⁷⁴⁰

⁷³⁷ KRISTÓ, BORBÁS: i.m. 4.o.

⁷³⁸ ÁSZ jelentés (2025) 11.o.

⁷³⁹ ÁSZ jelentés (2025) 47.o.

⁷⁴⁰ ÁSZ jelentés (2025) 78.o.

A HYDRA jelentősége kétségtelen az uniós betegmobilitási szabályok hazai végrehajtásában. Az ÁSZ jelentése azonban súlyos, rendszerszintű működési és beszerzési problémákat tárt fel a rendszerrel kapcsolatban, amelyek nemcsak számviteli szabálysértésekhez vezetnek, hanem az uniós együttműködési és adatszolgáltatási kötelezettségek teljesítését is akadályozták.

6.8.3.1 A beszerzés körülményei és a rendszer átvételéhez kapcsolódó jogsérelmek

A HYDRA rendszert a NEAK közbeszerzési eljárás keretében, külső fejlesztő bevonásával szerezte be, összesen 154.955.808 forint szerződéses ellenérték fejében. A jelentés alapján, a NEAK 2019. június 28-án úgy vette át a rendszer, hogy annak funkcionális hibái már az átvétel időpontjában is ismertek voltak. Bár a vállalkozó vállalta, hogy a hiányosságokat 2019. szeptember 30-ig pótolja, ezt a vállalást nem teljesítette. A HYDRA működési problémáinak kezelése érdekében a NEAK, 2023. november 24-én, újabb, bruttó 11.798.675 FT értékű megrendelést adott le a rendszer fejlesztője felé. A megrendelés kifejezett célja az volt, hogy olyan funkciók kerüljenek kialakításra, amelyek lehetővé teszik az uniós pénzügyi kimutatások, valamint a NEAK negyedéves és éves pénzügyi beszámolója feladásának elkészítését, összhangban a számviteli és költségvetési beszámolási kötelezettségekkel. Az ellenőrzés ugyanakkor feltárta, hogy a NEAK a teljesítést 2023. december 5-én funkcionális tesztelés nélkül igazolta le, a kifizetés pedig 2023. december 14-én megtörtént. A rendszer hibáinak orvoslása az ÁSZ ellenőrzés lezárásának időpontjáig sem valósult meg, amelyet a NEAK azzal indokolt, hogy a szoftver minőségi tesztelését és éles üzemi bevezetését a NEAK az ellenőrzési időszakon túli időpontra tervezte. Bár a közbeszerzési eljárás formálisan megfelelt a közbeszerzésekre vonatkozó jogszabályi előírásainak, az ÁSZ rámutatott arra is, hogy a minőségbiztosítási szerepkört ellátó szervezet nem hagyta jóvá a követelményspecifikációt, így a rendszer eleve hiányos funkcionális tartalommal került bevezetésre. Ez a körülmény különösen problematikus egy olyan szakalkalmazás esetében, amelynek nemcsak kommunikációs, hanem pénzügyi és számviteli következményekkel járó igazgatási folyamatokat is támogatnia kellene. Ennek következtében, az ÁSZ értékelése szerint, a NEAK nem felelt meg a közpénzekkel való felelős gazdálkodás követelményeinek.⁷⁴¹

⁷⁴¹ ÁSZ jelentés (2025) 46-48.o.

6.8.3.2 Nyilvántartási hiányosságok és annak következményei a követelés-és a kötelezettségkezelés területén

A jelentés egyik központi megállapítása szerint a rendszer nem volt alkalmas a nemzetközi elszámolások során keletkezett követelések és kötelezettségek ellátási esemény szintű riportálására és folyamatos nyomon követésére. Ennek következtében a NEAK nem volt képes ellátási esemény szintjén követni, hogy az egyes külföldi egészségügyi ellátások után járó térítések ténylegesen megtérültek-e, illetve, hogy a vele szemben fennálló fizetési kötelezettségek teljesültek-e.⁷⁴²

A rendszer funkcionális hiányosságai közvetlen hatással voltak a nemzetközi pénzügyi elszámolásokra. Az ÁSZ az ellenőrzés során több, eltérő jogi és pénzügyi természetű eljárási körre terjedően vizsgálta a NEAK elszámolási gyakorlatát. A megtérítetési feladatellátás – azaz a külföldi biztosítókkal szembeni követelések – vonatkozásában a 2019-2022. közötti időszak képezte a vizsgálat alapját, míg a vitatott, pénzügyileg nem teljesült követelések esetében a 2010. május 1. és 2023. június 19. közötti időszak került elemzésre. A megtérítési feladatellátás ellenőrzése – vagyis a magyar biztosítottak külföldi ellátása után fennálló fizetési kötelezettségek – szintén a 2019-2022 közötti éveket érintette.⁷⁴³

A követelések nyilvántartásában az ÁSZ rendkívül magas, gyakorlatilag teljes körű hibarányt tárt fel. A vizsgált 74 követelésből 73 esetben a nyilvántartott adatok nem egyeztek meg a rendelkezésre álló dokumentumokon szereplő tényleges adatokkal. Ez a megállapítás önmagában is azt jelzi, hogy a rendszer nem volt alkalmas a követelések érdemi nyomon követésére.⁷⁴⁴ A fizetési határidők számítása is súlyos hibákat tartalmazott: 22 esetben a határidőket nem az alkalmazandó koordinációs rendeleti szabályok szerint állapították meg, további 17 esetben pedig figyelmen kívül hagyták a COVID-19 járvány miatt elfogadott, határidőket meghosszabbító Igazgatási Bizottsági határozatokat. A hibás határidőkezelés közvetlenül befolyásolta a késedelmi kamatok felszámításának és a vitatások lezárásának jogszerűségét. A követelések státuszának kezelésével kapcsolatosan is megjelentek ellentmondások: 17 olyan követelést tartottak nyilván „nem teljesülteként”, amelyek a dokumentumok szerint már kiegyenlítésre kerültek, míg 1 követelést könyveltek el pénzügyi

⁷⁴² ÁSZ jelentés (2025) 64.o.

⁷⁴³ ÁSZ jelentés (2025) 5.o.

⁷⁴⁴ ÁSZ jelentés (2025) 27.o.

teljesítés nélkül. Emellett a NEAK a lejárt határidejű követelések esetében nem küldött fizetés felszólítást, és nem élt a késedelmi kamat érvényesítésének lehetőségével sem, ami további közvetlen bevételkiesést eredményezett az Egészségbiztosítási Alap számára.⁷⁴⁵

A magyar állammal szemben fennálló követelések teljesítése során is jelentős szabálytalanságokat tárt fel az ellenőrzés. A vizsgált 35 megtérítési igényből 25 esetben a nyilvánított kifizetési dátum nem egyezett meg a banki teljesítés tényleges időpontjával, ami a számviteli nyilvántartások megbízhatóságát kérdőjelezi meg. Egy esetben a kifizetés határidőn túl történt meg, 5 esetben pedig az ellenőrzés lezárásáig egyáltalán nem teljesítették a külföldi biztosítók felé fennálló kötelezettséget.⁷⁴⁶

Az ÁSZ különösen súlyosnak minősítette a túlfizetések kérdését. Szabálytalan teljesítésigazolások miatt 2.117.052 forint túlfizetés keletkezett, mivel nem vették figyelembe a külföldi fél által biztosított engedményeket. Ezen túlmenően további 4.754.001 forinttal fizettek ki többek olyan igényekre, amelyeket a kifizetés után csökkentettek, azonban a HYDRA rendszer funkcionális hiánya miatt a NEAK nem tudta érvényesíteni a visszatérítési igényt.⁷⁴⁷

A feltárt gyakorlat több ponton is ellentétes volt a koordinációs rendeletek rendelkezéseivel, beleértve a megtérítésekre és a vitatások lezárására vonatkozó határidőket,⁷⁴⁸ a késedelmi kamatok érvényesítésére vonatkozó előírásokat,⁷⁴⁹ és az éves adatszolgáltatás teljesítését a Könyvvizsgáló Bizottság felé⁷⁵⁰. Emellett nem hagyható figyelmen kívül az sem, hogy a hiányosságok a tagállamok közötti horizontális együttműködés hatékonyságát is kedvezőtlenül érinthették, és összességében nem álltak teljes mértékben összhangban az uniós koordinációs rendszerből fakadó együttműködési elvárásokkal.

6.8.3.3 A számviteli megfelelés sérülése

Az ÁSZ megállapításai szerint, az Egészségbiztosítási Alap nemzetközi elszámolásaihoz kapcsolódó számviteli gyakorlat a vizsgált időszakban (2019-2022) rendszerszintű hiá-

⁷⁴⁵ ÁSZ jelentés (2025) 27-28.o.

⁷⁴⁶ ÁSZ jelentés (2025) 38.o.

⁷⁴⁷ ÁSZ jelentés (2025) 12.o.

⁷⁴⁸ 987/2009/EK rendelet 67. cikk (5) és (6) bekezdés

⁷⁴⁹ 987/2009/EK rendelet 68. cikk

⁷⁵⁰ 987/2009/EK rendelet 69. cikk (1) bekezdés

nyosságokat mutatott, amelyek következtében a 2022. évi költségvetési beszámoló nem felelt meg a számvitelről szóló törvény⁷⁵¹ (a továbbiakban: Számv.tv.) alapvető követelményeinek. A számviteli megfelelés hiányának egyik legsúlyosabb oka a teljesség elvének megsértése volt.⁷⁵² Az ellenőrzés megállapította, hogy a NEAK 2021.III. negyedévtől kezdődően teljesen felhagyott a nemzetközi elszámolásból eredő követelések és kötelezettségek számviteli nyilvántartásba vételével. Ennek következtében nem kerültek könyvelésre sem a kibocsátott és befogadott külföldi számlák, sem az azokhoz kapcsolódó pénzmozgások, így a beszámoló nem tartalmazta teljeskörűen az Egészségbiztosítási Alap vagyona hatással lévő gazdasági eseményeket. A valódiság elvének sérelme⁷⁵³ szintén kimutatható volt, mivel a könyvviteli nyilvántartások nem tükrözték a tényleges pénzügyi helyzetet, továbbá a leltárral való alátámasztottság⁷⁵⁴ követelménye is sérült.

Mindezek következtében sérült a megbízható és valós összkép elve⁷⁵⁵, mivel a beszámoló nem volt alkalmas arra, hogy hiteles képet adjon az Egészségbiztosítási Alap vagyoni, pénzügyi és jövedelmi helyzetéről. A számviteli fegyelem sérelme közvetlen összefüggésben állt a HYDRA szakalkalmazás előzőekben tárgyalt funkcionális hiányosságaival.⁷⁵⁶

A NEAK főigazgatója az észrevételezés során többek között arra hivatkozott, hogy az uniós EESSI szabályozás új technikai és adatstruktúra követelményeket írt elő, amelyek nem tették lehetővé a korábbi EFORM rendszer logikájának egyszerű továbbfejlesztését, így teljesen új ügyviteli folyamatokat kellett kialakítani. Ennek következménye az, hogy a 2022. évi beszámoló mérlegsorai nem tükrözték a valós pénzügyi helyzetet. Emellett kiemelte, hogy az ellenőrzést követően kifejlesztették a HYDRA szakalkalmazás „pénzügyi kivezetés” modulját, ezért a 2023. évi költségvetési beszámoló szabályszerűsége és leltárral alátámasztottsága megoldottnak tekinthető.⁷⁵⁷

⁷⁵¹ A számvitelről szóló 2000. évi C. törvény

⁷⁵² Számv.tv.15.§ (2) bekezdés

⁷⁵³ Számv.tv. 15.§ (3) bekezdés

⁷⁵⁴ Számv.tv.69.§

⁷⁵⁵ Számv.tv. 4.§ (2) bekezdés

⁷⁵⁶ ÁSZ jelentés (2025) 12.o.

⁷⁵⁷ ÁSZ jelentés (2025) 70.o.

6.8.3.4 Kapacitáshiány mint a rendszerszintű szabálytalanságok strukturális oka

Az ÁSZ megállapításaira tett főigazgatói észrevételek egyik központi eleme a NEAK intézményi és humánerőforrás-kapacitásának tartós és súlyos szűkössége volt, amelyet a főigazgató a feltárt szabálytalanságok egyik alapvető okaként jelölt meg. A főigazgató által bemutatott adatok szerint, a NEAK működési kiadásainak aránya az Egészségbiztosítási Alap teljes kiadásaihoz viszonyítva 2019-ben még 0,4% volt, amely 2023-ra 0,2%-ra csökkent. Ez az érték, a főigazgató érvelése szerint, nemzetközi összehasonlításban is rendkívül alacsonynak tekinthető, mivel az európai gyakorlatban az egészségbiztosítási szervek működési költségeinek aránya jellemzően 1,0-1,5% körül mozog. A vezetői észrevétel külön utalt az osztrák példára, ahol a nemzetközi elszámolási feladatokat lényegesen nagyobb létszámú, stabilabb erőforrás-háttérrel rendelkező apparátus végzi. A kapacitáshiány - a vezetői érvelés szerint - közvetlenül hatott az informatikai fejlesztések irányára és tartalmára is. A szűkös fejlesztési keretek miatt a HYDRA szakalkalmazás esetében kizárólag a legfontosabb, a szakterület által megfogalmazott új igények megvalósítására jutott forrás, ami szelektív fejlesztés logikát eredményezett. Ennek következtében olyan, a pénzügyi és számviteli kontroll szempontjából alapvető funkciók maradtak ki a rendszerből, mint a túlfizetések kezelése vagy az ellátási esemény szintű analitika biztosítása. A kapacitáskorlát így nem csupán humánerőforrás-problémaként, hanem technológiai hiányosságokban is materializálódott, tovább erősítve a működési kockázatokat.⁷⁵⁸

Az ÁSZ ugyanakkor elutasította azt az érvelést, amely a kapacitáshiányt a jogsértések enyhítő körülményeként értelmezné. Álláspontjuk szerint, éppen a korlátozott humánerőforrás-kapacitás indokolná egy megbízható, automatizált informatikai rendszer meglétét. A jelentés hangsúlyozza, hogy a közpénzekkel való felelős gazdálkodás alapfeltételei nem függeszthetők fel létszám-, vagy egyéb kapacitáskorlátokra hivatkozva, mivel mind a Számv.tv. valódiságra és teljességre vonatkozó alapelvei, mind az uniós végrehajtási rendeletek kötelező előírásai objektív jogi kötelezettséget jelentenek.⁷⁵⁹

⁷⁵⁸ ÁSZ jelentés (2025) 78.o.

⁷⁵⁹ ÁSZ jelentés (2025) 78.o.

6.8.4 BELSŐ KONTROLLMECHANIZMUSOK ÉS KOCKÁZATKEZELÉS: A VÉGREHAJTÁSI FOLYAMATOK LÁTHATATLANSÁGA

A költségvetési szervek belső kontrollrendszerének működését meghatározó 370/2011. (XII.31.) Korm. rendelet⁷⁶⁰ (a továbbiakban: Bkr.) a szervezeti szabályozottságot, az ellenőrizhetőséget és a kockázatok tudatos kezelését a jogszerű és felelős gazdálkodás alapfeltételeként határozza meg. Az ÁSZ megállapításai szerint azonban a NEAK a vizsgált időszakban (2019-2022) nem alakította ki az uniós szabályozásból adódó feladatok ellátásához szükséges, naprakész belső működési és kontrollkereteket, ami azt eredményezte, hogy a szervezet belső kontrollrendszere nem volt képes jelezni a korábbi fejezetekben bemutatott informatikai, pénzügyi és számviteli anomáliákat.⁷⁶¹

6.8.4.1 Elavult belső normák a változó jogi és technológiai környezetben

A jelentés egyik kulcsmegállapítása szerint a nemzetközi ügyek végrehajtásához és az azal kapcsolatos elszámolásokhoz kapcsolódó belső szabályozás – azaz a 13/2015. számú OEP szabályzat és a 30/2014. számú OEP szabályzat – nem követte sem az uniós jog fejlődését, sem a hazai intézményi és technológiai változásokat. A belső normák továbbra is a 2020-ban kivezetett EFORM rendszer logikájára épültek, miközben a gyakorlatban már a HYDRA szakalkalmazás működtette a folyamatokat. Emellett a szabályzatok terminológiája és szervezeti hivatkozásai sem álltak összhangban a hatályos szervezeti-és működési szabályzattal, ami egyértelmű felelősségi viszonyok és kontrollpontok kijelölését és lehetetlenné tette. Tehát, a szervezet formálisan egy már nem létező technológiai környezethez igazodó normarendszer szerint működött, miközben az új működési rendhez nem társultak rögzített eljárási lépések, felelősségi körök és ellenőrzési pontok. Így a jogalkalmazás elszakadt a normatív keretektől, ami közvetlen előfeltétele volt a későbbi elszámolási és számviteli zavaroknak.⁷⁶²

6.8.4.2 A kockázatkezelési rendszer ellentmondásai

A Bkr. értelmében a költségvetési szerv vezetője köteles integrált kockázatkezelési rendszer működtetni, amelynek célja a jogi, pénzügyi és informatikai kockázatok időbeni azonosítása és kezelése. A NEAK a kockázatkezelés módszertani alapját a Belső Kontroll Ké-

⁷⁶⁰ 370/2011.(XII.31.) Korm. rendelet a költségvetési szervek belső kontrollrendszeréről és belső ellenőrzéséről (a továbbiakban: Bkr.)

⁷⁶¹ ÁSZ jelentés (2025) 17.o.

⁷⁶² ÁSZ jelentés (2025) 16.o.

zikönyvben rögzített eljárásrend szerint alakította ki, amelyben az egyes folyamatokat 0-5 közötti skálán kellett értékelni, a kockázatok megítéléséért pedig az egyes főosztályvezetők voltak felelősek. Az ÁSZ ellenőrzése azonban feltárta, hogy 2021-2022-ben a kockázatértékelési rendszer nem töltötte be rendeltetészerű funkcióját: az érintett szervezeti egységek a nemzetközi elszámolási folyamatokat alacsony kockázatúnak minősítették, annak ellenére, hogy a HYDRA rendszer az ismert súlyos hibákkal működött.⁷⁶³

Tehát, a szervezet formálisan elvégezte a kockázatértékelési gyakorlatot, de annak eredménye elszakadt a tényleges működési realitásoktól. Az uniós betegmobilitási szabályozás végrehajtása szempontjából ez különösen veszélyes, mivel a magyar összekötő szerv működési kockázatainak alulértékelése közvetlenül veszélyezteti Magyarország elszámolási pozícióit és hitelességét az uniós Könyvvizsgáló Bizottság és a tagállami társszervek felé.

6.8.4.3 Az ellenőrzési nyomvonal és a belső ellenőrzési rendszer passzivitása

Az ellenőrzési nyomvonal a belső kontrollrendszer egyik kulcseleme, amelynek célja a folyamatok, döntések, adatmozgások és felelősségi pontok utólagos visszakövethetőségének biztosítása. A Bkr. ezt kifejezetten vezetői felelősségként határozza meg. A Belső Kontroll Kézikönyv szerint, az egyes szervezeti egységek vezetőinek feladata az ellenőrzési nyomvonalak és a kapcsolódó mellékletek elkészítése és aktualizálása.⁷⁶⁴ ÁSZ jelentése szerint azonban a NEAK nemzetközi elszámolásokhoz kapcsolódó nyomvonalai nem voltak teljeskörűek: hiányzott belőlük többek között a lejárt határidejű követelések érvényesítésének rendje, a nemzetközi követelések teljesülésének nyomon követése, valamint az uniós Könyvvizsgáló Bizottság felé történő éves adatszolgáltatás folyamata. Ezt a hiányosságot tovább súlyosbította, hogy a belső ellenőrzés a vizsgált időszakban egyáltalán nem vizsgálta a nemzetközi elszámolások területét.⁷⁶⁵

A Bkr. továbbá nemcsak a belső kontrollrendszer kialakítását és működtetését írja elő vezetői kötelezettségként, hanem azt is, hogy a költségvetési szerv vezetője évente írásbeli nyilatkozatban értékelje a belső kontrollrendszer minőségét és működőképességét.⁷⁶⁶ A

⁷⁶³ ÁSZ jelentés (2025) 17-19.o.

⁷⁶⁴ Bkr. 6.§ (3) bekezdés

⁷⁶⁵ ÁSZ jelentés (2025) 20.o.

⁷⁶⁶ Bkr.11.§ (2) bekezdés

NEAK vezetője ennek a kötelezettségnek eleget tett. Az ÁSZ megállapításai szerint azonban ezekben a nyilatkozatokban foglalt értékelések nem álltak összhangban a szervezet tényleges működésével, különösen a nemzetközi elszámolásokhoz kapcsolódó informatikai, számviteli és kockázatkezelési hiányosságok fényében.⁷⁶⁷

6.8.5 AZ ÁSZ JELENTÉS TANULSÁGAI

A jelentés világosan megmutatja, hogy a HYDRA szakalkalmazás informatikai adottságai közvetlen hatást gyakorolnak nemcsak a számviteli szabályoknak való megfelelésre és a betegek jogérvényesítési lehetőségeire, hanem az uniós kötelezettségek teljesítésére is. A jelentés ugyanis feltárta, hogy a szakalkalmazás hiányosságai közvetlenül összefüggésben álltak a követelés-és kötelezettségkezelési feladatellátás hiányosságaival, valamint a koordinációs rendeletek által előírt intézményközi elszámolási eljárási szabályok és határidők megsértésével. Emellett a nemzetközi elszámolások nyilvántartási és pénzügyi anomáliái, a hiányos ellenőrzési nyomvonalok, a belső szabályzatok elavultsága, a belső ellenőrzés passzivitása és a kockázatkezelési-és értékelési rendszer nem megfelelő működése nemcsak azt eredményezték, hogy a beszámolók nem tükrözték megbízhatóan az Egészségbiztosítási Alap pénzügyi helyzetét, hanem potenciálisan gyengítették a betegek hatékony jogérvényesítését, valamint Magyarország hitelességét az uniós szintű (vertikális) és a tagállamok közötti (horizontális) együttműködésben is.

6.9 RÉSZKÖVETKEZTETÉSEK

Összességében a fejezet a kutatás azon céljaihoz járult hozzá, amelyek a betegmobilitási szabályok hazai végrehajtásának intézményi, eljárási és technikai feltételeire irányulnak. A bemutatott jogszabályi keretek alapján megállapítható, hogy a magyar szabályozás alapvetően megteremti az uniós betegmobilitási szabályok hazai alkalmazásának feltételeit, ugyanakkor az elemzés arra is rámutat, hogy a formális jogi megfelelés nem feltétlenül jár együtt a betegjogok tényleges, kiszámítható és akadálymentes érvényesülésével.

Az ÁSZ jelentés által feltárt belső szervezeti, informatikai, számviteli és kontrollproblémák elemzése tovább árnyalja ezt a képet. A vizsgálat rámutatott arra, hogy a formális megfelelés mögött olyan működési zavarok is fennmaradhatnak, amelyek – bár érdemben

⁷⁶⁷ ÁSZ jelentés (2025) 20.o.

befolyásolják a végrehajtás hatékonyságát és a betegjogok tényleges érvényesülését – az uniós szintű vertikális monitoring számára részben rejtve maradnak. A HYDRA rendszerrel összefüggésben feltárt hiányosságok emellett azt is jelzik, hogy a digitális interoperabilitás működési zavarai közvetlenül érintik a követelés- és kötelezettségkezelés pontosságát, az elszámolások nyomon követhetőségét, valamint a számviteli megfelelés érvényesülését. Mindez hozzájárult a második és a harmadik hipotézis alátámasztásához.

A fővárosi és vármegyei kormányhivatalok, valamint a NEAK közötti feladat- és hatáskörmegosztás vizsgálata alapján kirajzolódik, hogy a rendszer alapvetően ésszerű szervezési elvek mentén működik. A standardizálható, nagyobb tömegben előforduló ügyek elsődlegesen a kormányhivataloknál jelennek meg, míg a komplexebb tényállás-feltárást és szakértői közreműködést igénylő tervezett külföldi gyógykezelések a NEAK kizárólagos hatáskörébe tartoznak. Ugyanakkor a WO kontra Vas Megyei Kormányhivatal ügy hazai tanulságai arra is rávilágítanak, hogy az utólagos költségtérítési eljárásokban ezen hatásköri elhatárolás bizonytalanság forrásává válhat, különösen akkor, ha az ellátás tervezett vagy nem tervezett jellege nem egyértelmű. A fejezet ezzel hozzájárult a negyedik hipotézis alátámasztásához.

Az ötödik hipotézis alátámasztása szempontjából meghatározó tanulság a sürgős szükség hazai kezelésének ellentmondásossága. A szabályozás és a kapcsolódó bírói gyakorlat elemzése alapján megállapítható, hogy a sürgős szükség érdemi figyelembevétele továbbra is szűk körben jelenik meg, és kizárólag a méltányossági eljárásokhoz kötődik. A bírósági ügyek vizsgálata arra is rámutatott, hogy az Elchinov- és a WO-ügyekben kialakított uniós jogértelmezés szempontjai nem tükröződnek egyértelműen a hazai szabályozásban, és így a bírósági ügyek elemzése alapján kirajzolódó a közigazgatási jogalkalmazásban sem. Ennek következtében a sürgősség ténye – még ha orvosilag releváns is – egyes esetekben nem válik jogilag is érdemi mérlegelési szemponttá a hatósági eljárások során.

Végül, a fejezet a nem tervezett külföldi ellátásokhoz kapcsolódó jogosultságigazolási rendszer működési következményeit is feltárta. A magyar modellben az EU Kártya kiállítása kérelemre induló hatósági eljárás keretében történik, így a jogosultság igazolása nem automatikus, hanem a biztosított kezdeményezésétől függ. A magasabb arányú utólagos

költségtérítések, valamint az EU Kártya hiányából vagy lejáratából fakadó közvetlen pénzügyi terhek arra utalnak, hogy a jogosultságigazolás adminisztratív modellje közvetlenül befolyásolja a nem tervezett külföldi ellátásokhoz való tényleges hozzáférést és a betegeket érintő előfinanszírozási kényszert, hozzájárulva ezzel a hatodik hipotézis alátámasztásához. Emellett az is kirajzolódik, hogy a magyar rendszer egyszerre tartalmaz kedvező és problematikus elemeket: előbbi jelzi az EU Kártya hosszabb érvényességi ideje és a személyes ügyintézés során biztosított gyors kiállítás lehetősége, míg utóbbit a lefedettségi adatok, az utólagos megtérítések magas aránya és a tagállamok közötti elszámolási viták.

Összességében a fejezet rámutatott, hogy az uniós betegmobilitási szabályok hazai végrehajtása nem ragadható meg kizárólag a formális jogharmonizáció szempontjából. A betegmobilitási jogok tényleges érvényesülése több tényező együttes hatásaként alakul: meghatározó szerepe van az intézményi megoldásoknak, az eljárási mechanizmusoknak, a digitális infrastruktúra működésének, a közigazgatási szervek belső szabályozóinak és kontrollmechanizmusainak, valamint az intézményi kapacitásoknak is. A fejezet így nemcsak a hazai végrehajtás sajátosságainak bemutatásához járul hozzá, hanem annak megértéséhez is, hogy az uniós betegmobilitási szabályok gyakorlati érvényesülése miként alakul a tagállami közigazgatás működési keretei között.

7. ÖSSZEGZETT KÖVETKEZTETÉSEK

Összességében az értekezés az uniós betegmobilitást az európai közigazgatás több szintet átfogó végrehajtási rendszerének részeként értelmezte, és azt vizsgálta, hogy a kettős jogalapra épülő szabályozási konstrukció miként formálja a tagállami közigazgatás működését. A kutatás rávilágított arra, hogy a betegmobilitás olyan komplex közigazgatási végrehajtási folyamatként is értelmezhető, amelyben a jogi normák, az intézményi struktúrák, az együttműködési mechanizmusok, a nemzeti eljárási szabályok és a digitális infrastruktúrák egymással kölcsönhatásban határozzák meg a jogok tényleges érvényesülésének feltételeit.

Az elemzés több szinten tárta fel az uniós szabályozás és a nemzeti végrehajtás közötti kapcsolatot. Egyrészt bemutatta, hogy az eltérő szabályozási logikák miként alakítják a tagállamok közötti horizontális együttműködés formáit. Másrészt feltárta, hogy a végrehaj-

tás operatív működését olyan tényezők is meghatározzák, mint a monitoringrendszerek információs korlátai, a digitális infrastruktúra működése, vagy a nemzeti intézményi struktúrák sajátosságai. Harmadrészt, a magyar végrehajtási gyakorlat elemzése rámutatott arra, hogy a formális jogi keretek és a közigazgatás operatív működése között sajátos feszültségek alakulhatnak ki, különösen a hatáskörmegosztás, a sürgősségi helyzetek kezelése és a jogosultságigazolási rendszerek működése terén.

A disszertáció ezzel hozzájárul az európai közigazgatás többszintű működésének, különösen a közvetett végrehajtás dinamikájának mélyebb megértéséhez. A betegmobilitás olyan esettanulmányként jelenik meg, amely jól szemlélteti, miként találkoznak az uniós normatív keretek a tagállami közigazgatási struktúrákkal, és hogyan alakul ki ezen kölcsönhatás nyomán a jogok gyakorlati érvényesülésének tényleges feltételrendszere.

7.1 HIPOTÉZISEK IGAZOLÁSA

7.1.1 AZ 1. HIPOTÉZIS IGAZOLÁSA

H1 – Strukturális hipotézis: Az alkalmazott uniós jogalap funkcionális logikája szignifikánsan meghatározza a tagállamok közötti horizontális közigazgatási együttműködés intézményesültségének mértékét és eszköztárát a betegmobilitás végrehajtása során.

Az értekezés bemutatta, hogy az uniós betegmobilitási szabályozás kettős jogalapon nyugszik, amely két eltérő működési logikát és végrehajtási modellt hoz létre. A koordinációs rendeletek elsődleges célja a személyek szabad mozgásának biztosítása a társadalombiztosítási jogosultságok megőrzése mellett. Ennek érdekében – többek között – lehetővé teszik, hogy a biztosított személy az egészségügyi ellátásokat más tagállam területén vegye igénybe úgy, hogy azok költségeit a biztosítás helye szerinti tagállam közfinanszírozási rendszere viseli. A szabályozás így lényegében a nemzeti társadalombiztosítási rendszerek területi hatályának extraterritoriális kiterjesztését valósítja meg az Európai Gazdasági Térség és Svájc területére.

A rendszer működése szükségképpen folyamatos és formalizált horizontális együttműködést igényel a tagállami közigazgatási szervek között. A jogosultságok igazolása, a nyilvántartásba vétel, valamint a költségek intézményközi elszámolása olyan eljárási lépések,

amelyek több tagállam hatóságainak összehangolt tevékenységét feltételezik. A koordinációs rendeletek végrehajtása ezért nem pusztán információcserét jelent, hanem standardizált eljárási keretek között zajló, strukturált együttműködést, amely közös határidőkhöz, egységes dokumentumokhoz és elektronikus adatcseréhez kötött. Ezen folyamat technikai infrastruktúráját az EESSI rendszer biztosítja, amely strukturált elektronikus dokumentumokon keresztül teszi lehetővé az intézmények közötti kommunikációt. A horizontális együttműködés intézményi dimenzióját erősíti az Igazgatási Bizottság működése is, amely a tagállamok kormányzati képviselőiből áll, és fórumot biztosít a rendszeres koordinációra, az értelmezési kérdések megvitatására, valamint a vitás ügyek békés rendezésére. A szervezetben a horizontális és vertikális együttműködés elemei egyszerre jelennek meg, ami tovább növeli a koordinációs rendeletek végrehajtásának intézményes jellegét.

Ezzel szemben a betegmobilitási irányelv eltérő szabályozási logikát követ. Az EUB jogfejlesztő gyakorlatára épülve, az egészségügyi ellátást a szolgáltatások szabad áramlásának körébe tartozó szolgáltatásként kezeli, és az egyéni beteg autonóm döntéshozatali szerepére helyezi a hangsúlyt. A tervezett ellátások esetében az irányelv párhuzamos jogalapot teremt a koordinációs rendeletek mellett, azonban a finanszírozás módja alapvetően eltér: a beteg előfinanszírozza az ellátást, majd utólag kér visszatérítést a biztosítás helye szerinti tagállamtól.

A finanszírozási modell következtében az irányelv végrehajtása elsősorban a beteg és a biztosítás helye szerinti tagállam hatósága közötti jogviszonyra épül, és normatív értelemben nem épít rá a koordinációs rendeletekhez hasonló, minden ügyre kiterjedő, folyamatos procedurális együttműködési mechanizmust a tagállami szervek között. Az irányelv végrehajtása során a horizontális kapcsolatok súlypontja jellemzően az információáramlás biztosítására és a beteg tájékoztatásának támogatására helyeződik. Ezen utóbbi intézményesített formáját a Nemzeti Kapcsolattartó Pontok hálózatos működése adja, amely a betegek tájékoztatását szolgálja az ellátási lehetőségekről, a költségtérítés feltételeiről és a minőségi követelményekről. Így a betegmobilitási irányelv végrehajtása során a tagállamok közötti együttműködés inkább eseti jellegű, és nem egységes uniós eljárási szabályok vagy központi digitális infrastruktúra keretei között zajlik.

Az elemzés alapján megállapítható, hogy a két jogalap eltérő funkcionális logikája különböző típusú horizontális interakciókat hoz létre. A koordinációs rendeletek a társadalombiztosítási rendszerek extraterritoriális működése miatt elengedhetetlenné teszik a tagállami szervek közötti formalizált, eljárásalapú és folyamatos együttműködést, míg a betegmobilitási irányelv szolgáltatásközpontú megközelítése a horizontális kapcsolatokat elsősorban információs jellegű, lazább hálózati kooperációs elemek felé tereli. Mindezek alapján a hipotézis alátámasztottnak tekinthető.

7.1.2 A 2. HIPOTÉZIS IGAZOLÁSA

H2 - Információs aszimmetria hipotézis: Az Európai Bizottság monitoring mechanizmusai strukturálisan korlátozottan alkalmasak a tagállami közvetett végrehajtás operatív szintű működési zavarainak feltárására.

Az értekezés a hipotézis alátámasztása során arra a strukturális feszültségre mutat rá, amely az Európai Bizottság által alkalmazott monitoring mechanizmusok és a tagállami közigazgatás belső működésének „láthatatlansága” között fennáll.

A koordinációs rendeletek végrehajtásának monitoringjában kiemelt szerepet kapnak a megfelelőségi vizsgálatok és technikai auditok. Ezek elsősorban az EESSI rendszerhez kapcsolódó nemzeti szakalkalmazások uniós kommunikációs képességének ellenőrzésére irányulnak. Az ÁSZ jelentésében feltárt, a hazai HYDRA rendszerrel kapcsolatos megállapítások ugyanakkor rámutatnak arra, hogy ezen vizsgálatok fókusza nem a nemzeti rendszerek belső funkcionális megfelelőségének átfogó értékelésére irányulnak. A HYDRA rendszer esetében például az Európai Bizottság auditja megfelelőnek minősítette az EESSI-kommunikációt, vagyis azt, hogy a rendszer technikai értelemben képes az adatok küldésére és fogadására. Az ÁSZ azonban feltárta, hogy a rendszer belső működése nem tette lehetővé a követelések és kötelezettségek ellátási esemény szintű kezelését, azok státuszának nyomon követését, a fizetési határidők pontos számítását, a vitatások rendezését, valamint a nyilvántartások pontosságát is súlyosan korlátozta. Ezen példa illusztratív jelleggel mutatja meg, hogy a technikai megfelelőség önmagában nem garantál betekintést a tagállami végrehajtás tényleges működésébe. Hasonló korlátok figyelhetők meg az EESSI dashboard működésében is, amely elsősorban a rendszer technikai rendelkezésre állását és a tranzakciók volumenét méri, nem pedig a nemzeti szakalkalmazások tényleges működési megfelelőségét. A technikai stabilitás így elfedheti a belső szervezeti és informatikai problémákat.

A koordinációs rendeletekkel kapcsolatos monitoring hatékonyságát tovább csökkenti az önkéntes adatszolgáltatáson alapuló jelentések rendszere. A visszaéléseket és hibákat feltáró beszámolók elsősorban külső kockázatokra — például hamis jogosultságigazolásokra vagy jogosulatlan ellátás igénybevételre — koncentrálnak, miközben a tagállami hatóságok operatív működési zavarai rendszerint nem jelennek meg bennük. A kötelező adatszolgáltatás is főként statisztikai mutatókra, pénzügyi áramlásokra és általános trendekre terjed ki, így korlátozottan alkalmas a végrehajtás minőségi problémáinak feltárására. A betegmobilitási irányelv végrehajtásának nyomon követési jelentései hasonló módon nagyrészt tagállami adatszolgáltatásra épülnek. A háromévente megjelenő jelentések maguk is hangsúlyozzák az adatok hiányosságait és módszertani korlátait: egyes tagállamok egyáltalán nem szolgáltatnak adatot, mások pedig nem különítik el a különböző jogalapokon alapuló megtérítési igényeket. A Bizottság kvalitatív módszereket is alkalmaz — például „színelt beteg” vizsgálatokat, kérdőíveket és interjúkat —, amelyek alkalmasak lehetnek az ügyféloldali akadályok feltárására és a tájékoztatási gyakorlat értékelésére. Ugyanakkor az ÁSZ jelentés megállapításai rávilágítanak, hogy a végrehajtást olyan, a közigazgatási szervek belső, operatív működését meghatározó tényezők is befolyásolják, amelyek a vertikális monitoring mechanizmusok számára rejtve maradnak.

Felvethető, hogy a Bizottság monitoring tevékenységének nem is deklarált célja a tagállami közigazgatás operatív működésének szintjéig lehatoló vizsgálat. A hipotézis szempontjából azonban éppen az a releváns, hogy a betegmobilitás tényleges érvényesülését befolyásoló működési kockázatok egy része ebből a monitoring-logikából következően rendszerszinten nehezebben látható.

Összességében megállapítható, hogy a Bizottság monitoring tevékenysége többféle eszközt alkalmaz, azonban ezek jellemzően nem hatolnak le a tagállami közigazgatás működésének mélyebb, operatív szintjére. A felügyelet vagy statisztikai adatokra, vagy az ügyféloldali tapasztalatokra, vagy a technikai kommunikáció működésére koncentrálnak, miközben a végrehajtást meghatározó szervezeti kapacitások, belső szabályzatok, kontrollmechanizmusok és ügyintézési gyakorlatok nagyrészt rejtve maradnak. Mindez alátámasztja a hipo-

tézist: az Európai Bizottság monitoring mechanizmusai strukturálisan korlátozottan alkalmasak a tagállami közvetett végrehajtás operatív szintű működési zavarainak feltárására.

7.1.3 A 3. HIPOTÉZIS IGAZOLÁSA

H3 - Digitális-jogi összefüggési hipotézis: A digitális interoperabilitás funkcionális hiányosságai pozitív korrelációt mutatnak az intézményközi elszámolási hibák adataival és az uniós adatszolgáltatási kötelezettségek nem teljesítésével a koordinációs rendeletek végrehajtása során.

Az értekezésben bemutatott elemzés rámutat arra, hogy a digitális interoperabilitás kérdése nem merül ki a rendszerek pusztán technikai összekapcsolhatóságában, hanem a koordinációs rendeletek jogszerű végrehajtásának egyik alapfeltételévé válik. A vizsgálat szerint az informatikai rendszerek közötti kapcsolat minősége közvetlen hatással van az intézményközi elszámolások átláthatóságára, az adatszolgáltatási kötelezettségek teljesítésére és végül soron a jogszerű működésre.

Elsőként megállapítható, hogy a nemzeti szakalkalmazások és az EESSI rendszer közötti technikai kompatibilitás önmagában nem garantálja a funkcionális működőképességet. A hazai HYDRA szakalkalmazás technikai értelemben sikeresen csatlakozott az uniós EESSI hálózathoz, és az Európai Bizottság megfelelőségi vizsgálata alkalmasnak minősítette az adatcserére. A kommunikációs infrastruktúra tehát működött, azonban a háttérben zajló feldolgozási, nyilvántartási és ellenőrzési folyamatok hiányosak maradtak. A technikai megfelelés és a tényleges működőképesség közötti eltérés a jogszerű végrehajtás szempontjából releváns kockázatként jelent meg. Az ÁSZ vizsgálata közvetlen összefüggést tárt fel a szoftver funkcionális hiányosságai és a pénzügyi szabálytalanságok között. A HYDRA rendszer nem volt alkalmas a követelések és kötelezettségek ellátási esemény szintű nyomon követésére, ami ellehetlenítette azok jogszerűségének ellenőrzését. Ennek következtében romlott a nemzetközi elszámolások megbízhatósága és átláthatósága. A funkcionális hiányosságok az uniós adatszolgáltatási kötelezettségek teljesítését is akadályozták: a rendszer korlátai miatt a NEAK nem tudta teljesíteni a koordinációs rendeletek alapján előírt éves jelentéstételi kötelezettségét a Könyvvizsgáló Bizottság felé. A szükséges pénzügyi modulok hiánya további súlyos következményekkel járt. A NEAK 2021 harmadik negyedétől felhagyott a nemzetközi követelések könyvelésével, ami egyszerre jelentett problémát a hazai számviteli elvárások, valamint az uniós elszámolási fegyelem

szempontjából. Ez jól szemlélteti, hogy az informatikai rendszer funkcionális hiányosságai miként válhatnak a jogi kötelezettségek teljesítésének kockázati tényezőivé.

Összességében megállapítható, hogy a hazai rendszer funkcionális hiányosságai nem csupán technikai problémát jelentettek, hanem a nemzetközi elszámolások átláthatóságának romlásához, az uniós jelentéstételi kötelezettségek meghiúsulásához és a fizetési fegyelem megbomlásához vezettek. Mindez alátámasztja a hipotézist: a digitális interoperabilitás funkcionális hiányosságai pozitív korrelációt mutatnak az intézményközi elszámolási hibák adataival és az uniós adatszolgáltatási kötelezettségek nem teljesítésével a koordinációs rendeletek végrehajtása során.

7.1.4 A 4. HIPOTÉZIS IGAZOLÁSA

H4 - Intézményi határzóna hipotézis: Az utólagos költségtérítési ügyekben a többes elsőfokú hatáskör fennállása növeli az eljárási bizonytalanság, az ügyintézési idő és a jogviták valószínűségét, különösen a sürgősség és a tervezhetőség határhelyzeteiben.

Az értekezésben bemutatásra került, hogy az uniós betegmobilitási szabályok hazai végrehajtásában elsőfokú hatóságként a fővárosi és vármegyei kormányhivatalok, valamint a NEAK jár el. A közöttük fennálló feladat- és hatáskörmegosztás alapvetően funkcionálisan racionálisnak tekinthető: a nagy számban jelentkező, rutinszerű ügyek intézése dekoncentrált szinten történik, míg az egyedi mérlegelést, szakértői közreműködést és komplex tényállás-feltárást igénylő tervezett külföldi gyógykezelésekkel kapcsolatos eljárások a NEAK kizárólagos hatáskörébe tartoznak.

Ugyanakkor az értekezés rámutat arra, hogy ez az alapvetően indokolható feladatmegosztás az utólagos költségtérítési eljárásokban sajátos működési kockázatot hordoz. A külföldi gyógykezelések költségeinek utólagos megtérítésére jellemzően két esetben kerül sor: egyrészt, ha a beteg nem tervezett ellátást vett igénybe EU Kártya hiányában, másrészt, ha tervezett ellátást a betegmobilitási irányelv alapján vett igénybe. A hatáskör meghatározása ilyen esetekben az ellátás tervezett vagy nem tervezett jellegének megítélésén alapul: nem tervezett ellátások esetén a kormányhivatal, tervezett ellátások esetén a NEAK jár el. Az utólagos költségtérítési kérelmeknél azonban ez a minősítés az ügyfél oldaláról jelentős bizonytalanságokat hordozhat. Különösen problematikusak azok az esetek, amikor a beteg eredetileg más célból — például konzultációra — utazott külföldre, majd ott sürgős be-

avatkozásra került sor. A bizonytalanság gyakorlati következményeit jól szemlélteti a WO kontra Vas Megyei Kormányhivatal ügy, amelyben a beteg nem a megfelelő hatósághoz nyújtotta be kérelmét, ami további eljárási zavarokat eredményezett, és végül az ügy érdemi elbírálásának jelentős elhúzóódásához vezetett. Bár az eset nem tekinthető tipikusnak, jól mutatja, hogy a jelenlegi hatáskör-megosztási modell bizonyos helyzetekben hogyan okozhat eljárási bizonytalanságot.

Összességében megállapítható, hogy a feladat- és hatáskörmegosztás rendszere általános-ságban működőképes és indokolható. Az értekezés ugyanakkor azt is igazolja, hogy az utólagos költségtérítési eljárások speciális körében — ahol hiányzik az előzetes hatósági interakció, és a sürgősség megnehezíti a tervezhetőség megítélését — a rendszer működése bizonytalanná válhat. Ebből következően a hipotézis alátámasztottnak tekinthető.

7.1.5 AZ 5. HIPOTÉZIS IGAZOLÁSA

H5 - Normatív koherencia hipotézis: A sürgős szükség kizárólag méltányossági eljárásban történő elismerése csökkenti az uniós jogból fakadó betegjogok tényleges érvényesülésének valószínűségét a tervezett külföldi gyógykezelések esetén.

Az értekezés bemutatta, hogy a hazai szabályozás bizonyos tekintetben túl is teljesíti a koordinációs rendeletek minimumkövetelményeit, amikor méltányossági alapon — meghatározott feltételek mellett — a társadalombiztosításba nem befogadott, tervezett külföldi gyógykezelések finanszírozását is lehetővé teszi, akár harmadik államokban igénybe vett ellátások esetén is. Ugyanakkor a vizsgálat rámutat egy érdemi jogalkalmazási feszültségre. A hazai szabályozás a sürgős szükség miatti akadályoztatás figyelembevételét kizárólag a méltányossági alapú eljárások keretében teszi lehetővé. Ilyen esetben a hatóság csak akkor tekint el az előzetes engedélyezési eljárás kivárásától, ha az ellátás sürgőssége miatt a beteg objektíve nem tudta megvárni annak lefolytatását — feltéve, hogy a kérelmet legkésőbb az ellátás igénybevételének napján benyújtotta. Ez a feltételrendszer azonban a gyakorlatban számos esetben nem teljesíthető, különösen akut egészségügyi helyzetekben.

Ez a megoldás feszültségbe kerül az EUB által az Elchinov-, valamint a WO kontra Vas Megyei Kormányhivatal ügyekben kimunkált jogelvekkel. Ezen joggyakorlat szerint figyelembe kell venni, ha a beteg egészségi állapota és az ellátás sürgőssége miatt objektíve akadályoztatva volt az előzetes engedély iránti kérelem benyújtásában vagy annak bevárá-

sában. Ilyen esetekben a költségek utólagos megtérítése akkor is indokolt lehet, ha az előzetes engedélyt formálisan nem adták meg, feltéve, hogy annak feltételei egyébként fennálltak volna. A bírósági ügyek elemzéséből kirajzolódó hazai jogalkalmazási gyakorlat azonban — amint azt például a Debreceni Törvényszék ítélete is mutatja — nem érvényesíti ezen szempontokat következetesen. Az ügyben az eljáró hatóság nem vette figyelembe, hogy a beteg az ellátás sürgőssége miatt nem tudta bevárni az előzetes engedélyezési eljárás lefolytatását, mivel a kérelem társadalombiztosításba befogadott ellátásra irányult, amelyre a méltányossági kivétel nem terjed ki. Az ügyben eljáró bíróság rámutatott a szabályozás belső ellentmondására is: míg a társadalombiztosításba nem befogadott ellátások esetében létezik kimentési lehetőség a sürgős szükségre hivatkozással, addig a befogadott ellátásoknál az előzetes engedély hiánya automatikus elutasítást eredményez. Ez a megoldás a bíróság értékelése szerint indokolatlan különbséget tesz a betegek között, és felveti a jogalkotói mulasztással előidézett alaptörvény-ellenesség gyanúját is, mivel a jogalkotó nem teremtett koherenciát a különböző eljárási utak sürgősségi szabályai között.

Összességében az elemzés arra a következtetésre jut, hogy a sürgős szükség körülményének kizárólag a méltányossági eljárás keretében történő elismerése a tervezett külföldi gyógykezelésekkel kapcsolatos közigazgatási eljárások során olyan normatív és gyakorlati feszültséget eredményez, amely korlátozhatja az uniós jogból fakadó betegjogok teljes körű érvényesülését. Ennek alapján a hipotézis alátámasztottnak tekinthető.

7.1.6 A 6. HIPOTÉZIS IGAZOLÁSA

H6 - Intézményi kockázátátruházási hipotézis: A jogosultságigazolás kérelemhez kötött kiállítási modellje szignifikánsan növeli a biztosítottak előfinanszírozási kényszerének és részleges költségviselésének valószínűségét a nem tervezett ellátások esetében.

A hazai végrehajtási gyakorlat elemzése során bemutatásra került, hogy az EU Kártya kiállítása Magyarországon kérelemre induló hatósági eljárás keretében történik. Ennek következtében a jogosultságigazolás igénylése nem automatikus, hanem az egyéni aktivitás és informáltság függvénye. Ez a modell a gyakorlatban alacsony kártyalefedettséggel jár együtt. Az uniós statisztikai adatokból jól látszik, hogy Magyarországon a jogosultak mindössze mintegy 16,2%-a rendelkezik EU Kártyával. Ezzel párhuzamosan a nem tervezett külföldi gyógykezelésekhez kapcsolódó utólagos lakossági költségtérítések aránya

szintén magas (18,6%) az uniós átlaghoz (4,4%) képest, amelyek jelentős része – az uniós statisztikai jelentések szerint – a jogosultságigazolás hiányára vezethető vissza. Az uniós statisztikai adatokkal való összevetés tovább erősíti ezt az összefüggést. Azokban a tagállamokban, ahol az EU Kártya kiállítása hivatalból történik — például Németországban — a kártyalefedettség gyakorlatilag teljes körű, és ezzel párhuzamosan a lakossági visszatérítési kérelmek aránya minimális. Németország esetében a 100%-os lefedettség mellett a lakossági visszatérítések aránya mindössze 2%. Ez arra utal, hogy a jogosultságigazolás széles körű rendelkezésre állása érdemben csökkenti a betegek által viselt pénzügyi kockázatot.

A hazai modell következménye tehát nem pusztán adminisztratív jellegű, hanem közvetlenül befolyásolja a betegek tényleges hozzáférését a nem tervezett egészségügyi ellátáshoz más tagállamokban. A kérelemhez kötött kiállítás következtében a jogosultság hiánya esetén a biztosítottak kénytelenek az ellátást teljes mértékben előfinanszírozni, miközben a későbbi megtérítés mértéke – ahogy azt a horvátországi nem tervezett ellátás EU Kártya hiányában történő igénybevételéhez kapcsolódó közigazgatási per is szemléletesen mutatja – bizonytalan és gyakran csak részleges. Mindezek alapján a hipotézis alátámasztottnak tekinthető.

7.2 TÉZISEK

1.tézis: A jogalap strukturáló hatása a közigazgatási együttműködésre
Az uniós betegmobilitási szabályozás kettős jogalapja eltérő horizontális közigazgatási együttműködési modelleket hoz létre: míg a koordinációs rendeletek a társadalombiztosítási rendszerek extraterritoriális működése miatt formalizált, eljárásalapú és intézményesített együttműködést igényelnek a tagállami hatóságok között, addig a betegmobilitási irányelv szolgáltatásközpontú logikája elsősorban információs jellegű, lazább hálózati kooperációt generál.

2. tézis: A monitoring rendszerek információs korlátai

Az Európai Bizottság által alkalmazott monitoring eszközök – amelyek jellemzően technikai megfelelőségi vizsgálatokra, statisztikai adatszolgáltatásra és ügyféloldali tapasztalatokra épülnek – strukturális okokból csak korlátozottan képesek feltárni a tagállami köz-

igazgatás belső, operatív működésében jelentkező végrehajtási zavarokat a betegmobilitási szabályok végrehajtása során.

3. tézis: A digitális interoperabilitás jogszerűségi jelentősége

A digitális rendszerek funkcionális interoperabilitásának hiányosságai közvetlen hatással vannak a koordinációs rendeletek végrehajtásának jogszerűségére: ezek az intézményközi elszámolások átláthatóságának romlásához, pénzügyi szabálytalanságokhoz és az uniós adatszolgáltatási kötelezettségek teljesítésének elmaradásához vezethetnek.

4. tézis: Hatásköri határzónák és eljárási bizonytalanság

Az utólagos költségterítési ügyekben fennálló többes elsőfokú hatáskör – különösen a tervezett és nem tervezett ellátások közötti minősítési bizonytalanság esetén – növeli az eljárási bizonytalanságot, meghosszabbíthatja az ügyintézési időt, és fokozhatja a jogviták kialakulásának valószínűségét.

5. tézis: A sürgősségi helyzet normatív koherenciájának hiánya

A sürgős szükség figyelembevételének kizárólag a méltányossági eljárás keretében történő elismerése normatív feszültséget teremt a hazai szabályozás és az uniós bírósági joggyakorlat között, ami a tervezett külföldi gyógykezelések esetében csökkentheti az uniós jogból fakadó betegjogok tényleges érvényesülésének esélyét.

6. tézis: Az intézményi kockázáttruházás hatása a betegek pénzügyi kitettségére

Az EU Kártya kérelemhez kötött kiállításának hazai modellje alacsony jogosultságigazolási lefedettséget eredményez, ami a nem tervezett külföldi ellátások esetében növeli a biztosítottak előfinanszírozási kényszerét és a részleges költségviselés kockázatát.

7.3 ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK

1. Az értekezés igazolja, hogy az uniós betegmobilitás kettős jogalapra épülő szabályozása eltérő horizontális közigazgatási együttműködési modelleket hoz létre: a koordinációs rendeletek formalizált, eljárásalapú és intézményesített együttműködést igényelnek a tagállami hatóságok között, míg a betegmobilitási irányelv elsősorban információs jellegű, hálózati együttműködési formákat generál.
2. Az értekezés esettanulmányon keresztül hozzájárul a közvetett uniós végrehajtás és az európai közigazgatás többszintű működésének elméleti értelmezéséhez, bemutatva, hogy az uniós szabályozás végrehajtása miként valósul meg a tagállami közigazgatási struktúrák és informatikai rendszerek közvetítésével.

3. A kutatás feltárja az „adminisztratív láthatatlanság” jelenségét: amely szerint az Európai Bizottság betegmobilitási szabályok végrehajtását érintő monitoring mechanizmusainak jórészt technikai és statisztikai fókusza miatt, a tagállami közigazgatás operatív működésében jelentkező problémák jelentős része rejtve marad, ami strukturálisan korlátozza az uniós monitoring rendszerek ellenőrzési képességét.
4. Az értekezés kimutatja, hogy a digitális interoperabilitás nem pusztán technikai kérdés, hanem a koordinációs rendeletek jogszerű végrehajtásának strukturális feltétele: a nemzeti informatikai rendszerek funkcionális hiányosságai közvetlen összefüggést mutatnak az intézményközi elszámolási zavarokkal és az uniós adatszolgáltatási kötelezettségek teljesítésének problémáival.
5. A hazai végrehajtási gyakorlat elemzése rámutat, hogy az uniós betegjogok érvényesülése és a nemzeti eljárásjogi keretek között strukturális feszültségek állnak fenn — különösen a hatáskörmegosztás, a sürgős szükség kezelése és a jogosultságigazolási rendszer működése terén —, amelyek érdemben befolyásolják a betegek jogainak tényleges érvényesülését.

7.4 AJÁNLÁSOK – A KUTATÁS EREDMÉNYEINEK GYAKORLATI FELHASZNÁLHATÓSÁGA – ÚJ KUTATÁSI IRÁNYOK

A kutatás eredményei több szempontból is relevánsak lehetnek a betegmobilitási szabályok végrehajtásával összefüggő közigazgatási gyakorlat számára.

A hatáskörmegosztás, a monitoringmechanizmusok és a digitális infrastruktúra működésének elemzése olyan szervezeti és működési kockázatokra irányítja rá a figyelmet, amelyek figyelembevétele releváns lehet a közigazgatási szervek működésének fejlesztése szempontjából. Emellett a sürgős szükség hazai szabályozásának, valamint az előzetes engedélyezési rendszer működésének vizsgálata rámutathat olyan normatív feszültségekre, amelyek feloldása erősítheti az uniós joggal való összhangot, csökkentheti a jogviták kialakulásának valószínűségét és növelheti a szabályozás kiszámíthatóságát. Végül, a kutatás eredményei nemcsak nemzeti, hanem uniós szinten is értelmezhetők lehetnek, mivel rámutatnak a monitoring- és koordinációs mechanizmusok működésének bizonyos korlátaira és továbbfejlesztésének lehetséges irányaira.

A kutatás alapján néhány olyan ajánlás is megfogalmazható, amely a betegmobilitási ügyek hatékonyabb intézését segítheti. A tervezett külföldi gyógykezelések engedélyezési eljárásaiban az elektronikus kapcsolattartás alkalmazása csökkentheti az adminisztratív terheket és gyorsíthatja az ügyintézését. Emellett a nem tervezett külföldi gyógykezelésekhez kapcsolódó jogosultságigazolás kiállítása területén megfontolható olyan megoldások vizsgálata, amelyek a jogosultságigazolás hivatalbóli kiállítását teszik lehetővé, ezáltal mérsékelve a jogosultakra nehezedő adminisztratív terheket és pénzügyi kockázatokat.

Végül olyan további kutatási irányok is azonosíthatók, amelyek jelen disszertáció keretei között csupán kitekintésként jelennek meg, de részletes vizsgálatra érdemesek. Ezek közé tartozik a határon átnyúló telemedicina kérdésköre, amely új jogalkalmazási kihívásokat vethet fel, és a betegmobilitás hagyományos szabályozási kereteit is érintheti. Emellett az európai egészségügyi adattér kialakulása új adatkezelési és együttműködési mechanizmusokat hozhat létre, amelyek közigazgatási és jogi szempontból további elemzést igényelnek.

FELHASZNÁLT FORRÁSOK

Tudományos szakirodalom

ANDERSON, K.M.: *Social Policy in the European Union*. – Palgrave MacMillan, 2015.

AZUARA, F., GONZÁLEZ, J.R., RUGGIA, R.: *Proposal of a controlled vocabulary to solve semantic interoperability problems in social security information exchanges*. - In. Library HiTech, Vol. 31 No. 4, 2013. – pp.602-619.

AZZOPARDI-MUSCAT, N., ALUTTIS, C., SORENSEN, C, PACE, R., BRAND, H.: *The impact of the EU Directive on patient's rights and cross-border health care in Malta* -. In. Health Policy, Volume 119, 2015. – pp.1285-1292.

BALÁZS István: *Az Európai Közigazgatási Tér és az európai közigazgatási jog*. - In. LAPSÁNSZKY András (szerk.): *Közigazgatás jog. Szakigazgatásaink elmélete és működése*. – Budapest: Wolters Kluwer, 2020. – 70-91.o.

BALÁZS István: *Európai közigazgatás – Álom vagy valóság*. - In. *Rendszerváltás, demokrácia és államreform az elmúlt 25 évben*. – Budapest: Akadémiai Kiadó, 2014.

BALOGH-BÉKESI Nóra: *A hatékony jogvédelem egyes garanciái a közigazgatási perjogban*. – In. Pázmány Law Working Papers, 2020/12. – 1-11.o.

BÁN Attila: *A telemedicina néhány földrajzi vonatkozása Magyarország példáján*. Doktori értekezés. Szegedi Tudományegyetem Földtudományok Doktori Iskola. 2017.

BARNARD, C., COLLEGE, T.: *Free movement of legal persons and the provision of services*. - In. BARNARD, C., PEERS, S.: *European Union Law*. - Oxford University Press, 2023. – p.440.

BARTA Attila: *A területi államigazgatás változásai (2010-2014)*. - In. Új Magyar Közigazgatás, 2014/2. – 1-7.o.

BEATEN, R.: *Cross-border patient mobility in the European Union: in search of benefits from the new legal framework*. - In. *Journal of Health Services Research&Policy*, Vol.19(4). 2014. – pp.195-197.

BENZ, A.: *Accountable Multilevel Governance by the Open Method of Coordination?* - In. *European Law Journal*, Vol 13., No.4, 2007. – pp.505-522.

BERKE Gyula, ZACCARIA Márton Leó: *A szociális jogok védelmében – honnan jön és hová tart a Szociális Jogok Európai Pillére?* - In: *Jura*, 25. évf. 2. sz., 2018. – 25-32.o.

BERKI Gabriella: *Az Európai Bíróság újabb ítélete az egészségügyi szolgáltatás tervezett külföldi igénybevételének tárgyában*. - In. *JeMA*. 2012/2. – 39-47.o.

BERKI Gabriella: *Az új betegmobilitási irányelv: régen várt válaszok vagy újabb kérdések?* - In. P. SZABÓ Béla, SZEMESI Sándor (szerk.): *Profectus in litteris III: Előadások a 8. debreceni állam- és jogtudományi doktorandusz-konferencián*. – Debrecen: Lícium Art-Kiadó, 2011. – 45-53.o.

BERKI Gabriella: *The evolution of the legislation on European cross-border patient mobility*. - In. LAJKÓ Dóra (szerk.): *Opuscula Szegediensia 6: A Munkajogi és Szociális Jogi Doktornaduszok és Pályakezdő Oktatók hatodik konferenciája*. – Szeged: Iusperitus Kiadó, 2014. – pp.17-30.

BERKI Gabriella: *COVID-19 és a telemedicina forradalma (?) Magyarországon*. - In. *Infokommunikáció és Jog*. 2021/1.szám. – 40-45.o.

BERKI Gabriella: *Cross-border patient mobility: The legal framework of obtaining healthcare abroad within the European Union – a patient's perspective*. Doktori értekezés. Szegedi Tudományegyetem. 2015.

BERKI Gabriella: *Mi fán terem a telemedicina? – a távoroslás fogalma és kialakulása*. - In. *Acta Juridica et Politica*, 11:3, 2021. – 39-46.o.

BERKI Gabriella: *Patient Mobility in the EU – A Playground for All of Us?* - In. *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 61:1, 2019. – pp.65-78.

BERKI Gabriella: *Quo vadis EHIC? Az Európai Egészségbiztosítási Kártya múltja, jelene és jövője*. - In. *Med et Jur*, 5.évf. 2.szám, 2014. – 4-7.o.

BERKI Gabriella: *Realistic Necessity or Outdated Leftover?: Thoughts about the Contraversial Nature of Prior Authorisation Schemes of Planned Treatments Abroad.* - In. Acta Universitas Szegedensis: Acta Juridica et Politica, 79, 2016. – pp.85-91.

BERKI Gabriella: *Szabad mozgás és az Európai Unió szociális joga.* - Iusperitum Kiadó, Szeged, 2016.

BIRÓNÉ MALUSTYIK Brigitta: *A külföldi gyógykezelések helye a hazai egészségbiztosítási rendszerben.* - In. Acta Humana, 2022/2. – 45-65.o.

BIRÓNÉ MALUSTYIK Brigitta: *Modernisation Efforts in EU Social Security Coordination.* - In. Revista Jurídica de la Universidad le León, núm 11, 2023. – pp.95-112.

BIRÓNÉ MALUSTYIK Brigitta: *Rules and Practical Challenges of Cross-Border Healthcare in the European Union.* - In. Acta Humana, 2024/1. – pp.71-89.

BÍRÓ Marcell: *A szolgáltatásnyújtás korlátozott szabadsága az egészségügyben. A határon átnyúló egészségügyi ellátások az Európai Bíróság esetjoga tükrében.* - In: Európai Jog. 10. évf. 3. sz., 2010. – 33-52.o.

BLUTMAN László: *Az Európai Unió joga a gyakorlatban. Második, átdolgozott kiadás.* – Budapest: HVGORAC Lap-és Könyvkiadó Kft., 2013.

BÓKA János, GOMBOS Katalin, SZEGEDI László: *Az Európai Unió intézményrendszere.* - Budapest: Dialóg Campus Kiadó, 2019.

BOROS Anita: *Úton egy európai közigazgatás (eljárási) jog felé.* - In. MTA Law Working Papers. 2014/58. – 1-44.o.

BÖRZEL, T.: *Why Noncompliance: The Politics of Law in the European Union.* - Cornell University Press, 2021.

BRUTHANS, J. Klára JIRÁKOVÁ, K.: *The Current State and Usage of European Electric Health Services (eHDSI).* - In. Journal of Medical Systems, Volume 47, Article Number 21, 2023. – pp.1-8.

CARRANDINHA, M. et. al.: *Telemedicine and the European Health Data Space: a new paradigm for healthcare in the EU.* - In. Frontiers in Digital Health, 9;7:1713758, 2026. – pp. 1-20.

CARRASCOCA BERMEJO, D.: *Cross-border healthcare in the EU: Interaction between Directive 2011/24/EU and the Regulations on social security coordination.* – In. ERA Forum, 15, 2014. – pp.359-380.

CHITI, E.: *European Agencies' Rulemaking: Powers, Procedures and Assessment.* - In. European Law Journal, Volume 19, Issue 1, 2013. – pp.93-110.

CHITI, E.: *The Agencification Process and the Evolution of the EU Administrative System.* – In. CRAIG, P.; DE BÚRCA, G. (eds): *The Evolution of EU Law*, 3rd edn. - Oxford, 2021. – pp.123-155.

CORNELISSEN, R.: *50 years of European Social Security Coordination.* - In. *European Journal of Social Security*, Volume 11, 2009. – pp.9-45.

CORNELISSEN, Rob: *The Protection of Social Rights in a Cross-Border Situation within the EU: A Historical Overview.* – In. *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 2019/1. – pp.19-34.

CREMERS, Jan; *The European Labour Authority and right-based labour mobility.* - In. *ERA Forum*, 2020/21. – pp.1-8.

CZÉKMANN Zsolt, KALAS Tibor, TORMA András, TURKOVICS István: *Európai közigazgatás.* – Miskolc: Miskolci Egyetemi Kiadó, 2019.

CSATLÓS Erzsébet: *Az EU közigazgatási struktúrája.* - In. Csatlós Erzsébet: *Európai Közigazgatás.* – Szeged: Iurisperitus Kiadó, 2021.

DAVIDOVICS, K., KOVÁCS, R., GAÁL, A.P.: *Secondary use of health data in the EU: Exploring the legal challenges of the upcoming European Health Data Space Regulation in light of the findings of the TEHDAS project.* - In. *IME – Egészségügyi Vezetők Szaklapja*, XXIII. évf. 1. szám, 2024. – pp.5-15.

DE RUIJTER, A.: *EU Health Law & Policy: The Expansion of EU Power in Public Health and Health Care.* - Oxford University Press, 2019.

DE WISPELAERE, F.; BERKI, G.: *The role and limits of the European Health Insurance Card. (Too) great expectation?* - In. *Journal of European Social Policy*, Volume 31, Issue. 4., 2021. – pp.424-431.

DEIRDRE, M. C.: *Case C-159/90, The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd v. Grogan, Judgment of 4 October 1991.* - In. *Common Market Law Review*, Issue 3, 1992. – pp.585-603.

DERNÓCZI Attila, FERENCZ Jácint (szerk.): *Munkajog és társadalombiztosítási jog.* – Budapest: Ludovika Egyetemi Kiadó, 2024.

DREIRDRE, C.: *Executive Power of the European Union: Law, Practices, and the Living Constitution.* - Oxford University Press, 2009.

DUMITRU, O.I.: *The Role of Subsidiarity and Proportionality in the Development of a Future Digital Single Market and a Common European Contract Law.* - In. *Proceedings of the International Conference on Business Excellence*, Volume 14, Issue 1, 2020. – pp.1179-1186.

EGEBERG, M., TRONDAL, J.: *Agencification of the European Union Administration.* – In. *TARN Working Paper*, No.1, 2016. – pp.1-24.

EMBER Alex: *Erősödő szociális védelem az Európai Unióban.* – In. *Acta Juridica et Politica*, 2.szám, 2011. – 61-82.o.

FÁBIÁN Adrián, RÓZSÁS Eszter, DOMINEK Dalma, POLLÁK Kitti: *Szervezési elvek érvényesülése a modern közigazgatásban.* – In. *JURA*, 2024/3.szám. – 29-46.o.

FARKASNÉ GONDOS Krisztina, DR. FUTÓ Gábor: *Társadalombiztosítás 2024.* – Budapest: VEZINFÓ, 2024.

FAZEKAS Marianna, KONCZ József: *Egészségügyi jog és igazgatás.* - In. LAP-SÁNSZKY András (szerk.): *Közigazgatási jog. Szakigazgatásaink elmélete és működése.* – Budapest: Wolters Kluwer, 2020. – 776-806.o.

FAZEKAS Marianna: *A szociális igazgatás.* - In.: FICZERE Lajos, FORGÁCS Imre (szerk.): *Közigazgatási jog: Különös rész.* – Budapest: Osiris Kiadó, 2006.

FICZERE Andrea: *Telemedicina.* - In. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy.* IX.évf.1.szám, 2010. – 48-50.o.

FICZERE Lajos: *Az európai közigazgatási térség alapvonásai = Magyar közigazgatási jog különös rész európai uniós kitekintéssel.* – Budapest: Osiris Kiadó, 2004.

FUCHS, M., CORNELISSEN, R.: *EU Social Security Law. A Commentary on EU Regulations 883/2004 and 987/2009.* - Nomos, 2015.

FUCHS, M.: *Free Movement of Services and Social Security – Quo Vadis?* - In. *European Law Journal*, Vol.8, No.4, 2002. – pp.526-555.

FÜRJES Annamária: *A szociális biztonsági koordináció az Unióban – különös tekintettel a nyugdíjakra.* Doktori értekezés. Szegedi Tudományegyetem Állam-és Jogtudományi Doktori Iskola. 2014.

GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva – GYULAVÁRI Tamás: *Social rights of EU mobile workers: limitations through the concepts of ‘worker’ and ‘insured person’.* - In. *Transfer: European Review of Labour and Research*, Vol. 31 Issue 1, 2025. – pp.55-70.

GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva – PARAGH Brigitta: *A magyar biztosítottak részvétele az európai uniós szintű betegmozgásokban – Nem tervezett egészségügyi szolgáltatások igénybevétele.* - In. *Munkajog*. 4.évf. 3.szám. 2020. – 24-31.o.

GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva – PARAGH Brigitta: *A magyar biztosítottak részvétele az európai uniós szintű betegmozgásokban – tervezett egészségügyi szolgáltatások igénybevétele.* - In: *Munkajog*, IV. évfolyam. 4. szám, 2020. – 27-36.o

GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva, GERGELY Katalin: *Az új. Tbj. szellemisége és egyes konkrét szabályai.* - In. *Munkajog*. 2020/1. – 35-41.o.

GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva, GYENEY Laura: *Élesedő kontúrok – gyakorlati kihívások a határon átnyúló egészségügyi ellátás területén.* - In. Pázmány Law Working Papers, 5.kötet, 15.szám, 2014. – 1-20.o.

GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva: *A nemzetközi szociális jog releváns normái.* – In.: GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva (szerk.): *A harmadik országbeli állampolgárok szociális jogai.* Tullius Kiadó, Budapest, 2009.

GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva: *Az EU jog egészségbiztosítást érintő szabályai és azok alkalmazása a magyar jogban.* - Budapest: Wolters Kluwer, 2024.

GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva: *Egészségügyi szolgáltatások igénybevétele.* - In. Smuk Péter (szerk.): *Társadalmi fenntarthatóság.* – Budapest: Ludovika Egyetemi Kiadó, 2020. – 1337-1387.o.

GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva: *Személyek szabad mozgása az Európai Unióban.* – Budapest: Tullius Kiadó, 2008.

GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva: *European Labour Authority – The guardian of posting within the EU?* - In. *Hungarian Labour Law E-Journal*, 2018/1. – pp.1-21.

GELLÉRNÉ LUKÁCS, É.: *Prior and Subsequent Authorization of Cross-Border Healthcare under Directive 2011/24/EU. – The Significance of the WO Case for EU Law and for Hungarian Law* – In. *Hungarian Yearbook of International Law and European Law*, 2020. – pp.50-73.

GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva: *Az európai egészségügyi adatterről szóló rendelettervezet.* - In. *EU Jog*, 4.évf. 2.szám. 2024.

GERENCSÉR Balázs Szabolcs: *A tagállam részvételi az uniós döntések végrehajtásában.* - In. GERENCSÉR Balázs Szabolcs (szerk.): *Összehasonlító és európai közigazgatási jog. A közigazgatás nemzetközi és európai uniós dimenziói.* – Budapest: Pázmány Press, 2024.

GERGELY Katalin, KISS Zoltán: *Kommentár a társadalombiztosításról szóló törvényhez.* – Budapest: Wolters Kluwer, 2020.

GLENCROSS, A.: *The Politics of European Integration.* – London: Wiley Blackwell, 2014.

GREER, Scott L.: *The three faces of European Union health policy: Policy, markets, and austerity.* – In. *Policy and Society*, Vol. 33, No. 1, 2014. – pp.13-24.

GRILLER, S., ORATOR, A.: *Everything under Control? „The Way Forward” for European Agencies, in the Footsteps of Meronie Doctrine.* - In. *European Law Review*, Vol.35. No.1, 2010. – pp.3-35.

GYENEY Laura: *Az uniós jog alkalmazásának kikényszerítése: A kötelezettségszegési eljárás (EUMSZ 258-260. cikkek)*. - In. DABIS Attila (szerk.): *Magyarok jogvédelme a Kárpát-medencében*. - Kisebbségi Jogvédő Intézet, 2018.

GYULAVÁRI Tamás: *Az Európai Unió szociális dimenziója*. – Budapest: OFA Foglalkoztatást Elősegítő Kft., 2004.

GYURITA Rita: *Integrációs folyamatok a területi államigazgatási szervezetben, a fővárosi és vármegyei kormányhivatalok*. - In. *Közigazgatás-tudomány*, 1.évf. 2.szám. 2021. – 54-73.o.

HAJDÚ József (2019): *A szociális jog elmúlt 20 évéről, különös tekintettel az Európai Unióra*. In. MISKOLCZI BODNÁR Péter, KUN Attila, BOÓC Ádám (szerk.): *Gazdaság és jog. Húsz év jogalkotási fejleményei a civilisztika területén*. – Budapest: Pázmány Péter Katolikus Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar, 2019. – 11-28.o.

HAJDÚ József: *Electronic Exchange of Social Security Information in EU*. - In. *Opuscula Szegedienisa* 5. Szegedi Tudományegyetem Állam-és Jogtudományi Kar, 2012. – pp.182-199.

HAJDÚ József: *Szociális biztonsági koordináció, bilaterális megállapodások és a Gottardo-elv érvényesülése*. In. PÁL József, VAJDA Zoltán (szerk.): *Szegedi Egyetemi Tudástár 7. Bölcsészeti-és Társadalomtudományok*. – Szeged: Szegedi Egyetemi Kiadó, 2014. – pp.183-196.

HAJDÚ, J., CHEN, M. RAHMAN, R.A.: *Framework of the European Union Social Security Coordination and its Digitalisation*. - In. *Balkans Legal, Economic and Social Studies*, Vol.1. No.1, 2025. – pp.12-24.

HAJDÚ, J., CHEN, M.: *EU Social Security Coordination of Old-age Pensions*. - In. *Scientific Journal of Humanities and Social Sciences*, Volume 4, Issue 7, 2022. – pp.536-546.

HAJDÚ, J.: *Right to health in the context of cross-border healthcare in the European Union*. -In. PAVLOVIĆ, Z. (ed.):*The right to health*. - Belgrade, 2025. – pp.585-605.

HATZOPOULOS, V.: *Why the Open Method of Coordination Is Bad For You: A Letter to the EU*. - In. *European Law Journal*, Vol.13., No.3., 2007. – pp.309-342.

HEGYESI Zoltán: *A helyi-területi közigazgatás I. A dekoncentráció és a dekoncentrált szervek*. – In. SZALAI András (szerk.): *A közigazgatás tudománya és gyakorlata*. Budapest: HVGORAC, 2020.

HEGYESI Zoltán: *A járási hivatalok helye és szerepe az államigazgatási feladatok ellátásában*. - In. *Pro Publico Bono - Magyar Közigazgatás*, 2019/1. – 4-21.o.

HEIDENREICH, M.; BISCHOFF, G.: *The Open Method of Co-ordination: A Way to the Europeanization of Social and Employment Policies?*- In. *Journal of Common Market Studies*, 46 (3), 2008. – pp.497-532.

HELYES Marcell, FEJES Zsolt, MIHÓK Sándor: *A telemedicina jogi szabályozása az Európai Unió két tagországában.* - In. *Hadmérnök*, 15.évf.4.szám, 2020. – 195-208.o.

HERVEY, T.K., MCHALE, J.: *European Union Health Law.* - Cambridge University Press, 2015.

HOFFMAN István, GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva: *Bevezetés a társadalombiztosítási és szociális jogba.* – Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. 2020.

HOFFMAN István, MATTENHEIM Gréta: *Nagykommentár a szociális törvényhez.* – Budapest: Wolters Kluwer, 2016.

HOFFMAN, I.: *Welfare services and the EU: Harmonising Systems without Legal Harmonisation?* – In. *ELTE Law Journal*, 2025/1. – pp.45-58.

HOFMANN, H.C.H.: *General Principles of EU Law and EU administrative Law.* – In. BARNARD, C., PEERS, S. (eds.): *European Union Law* - Oxford University Press, 2014.

HOMICSKÓ Árpád Olivér: *A 883/2004-es Európai Közösségi koordinációs rendelet hatásának vizsgálata a magyar szociális ellátások rendszerére 2004-től napjainkig – különös tekintettel az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére.* – In. MISKOLCZI BODNÁR Péter: *Az Európai Unióhoz történő csatlakozásunkat követő hazai és európai jogfejlődés.* – Budapest: Wolters Kluwer, 2020. – 165-175.o.

HOMICSKÓ Árpád Olivér: *A magyar egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi szabályozása.* Doktori értekezés. Szegedi Tudományegyetem Állam-és Jogtudományi Doktori Iskola. Budapest, 2008.

HOMICSKÓ Árpád Olivér: *Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi szabályozása.* - In. *Jogelméleti Szemle*, 2010/1.szám. – 99-116.o.

HOMICSKÓ Árpád Olivér: *Az egészségügyi szolgáltatások rendszertana.* – Budapest: Károli Gáspár Református Egyetem Állam-és Jogtudományi Kar, 2010.

HOOGHE, L., MARKS, G.: *Multi-level Governance and European Integration.* - Rowman&Littlefield Publisher, 2001.

HORVÁTH Zoltán: *Kézikönyv az Európai Unióról. Nyolcadik, átdolgozott, bővített kiadás.* –Budapest: HVGORAC Lap- és Könyvkiadó Kft, 2011.

HURTON Júlia, FUTÓ Gábor: *Az Európai Unió és a társadalombiztosítás (Összefoglaló áttekintés).* – Budapest: KOMKONZULT Kft., 2003.

JANECKAITÉ, R.: *Upcoming Legal Challenges for Cross-border eHEALTH Services in the EU.* - In. *Future Decade of the EU Law.* - In. 8th International Conference of PhD Students and Young Researchers. Conference Paper, 2020. – pp.86-97.

JUHÁSZ Gábor, TALLER Ágnes: *A társadalmi kirekesztődés elleni küzdelem az EU új tagállamaiban.* - In. Esély, 2005/6. – 23-63.o.

JUHÁSZ Gábor: *Az európai szociális biztonsági rendszerek összehangolása – szociális biztonsági koordináció.* - In: SZIKLAI István (szerk.): *Az Európai Unió szociális politikái.* -Budapest, 2012. – 57-65.o.

KÁLMÁN János: *Az európai ügynökségek és a Meroni-doktrína.* – In. De Iurisprudentia et Iure Publico, VII.évf.3.szám, 2013. – 1-17.o.

KÁRPÁTI Orsolya: *Az Európai Közigazgatási Tér kialakulása.* - In. Sectio Juridica et Politica, Tomus XXIX./1., 2011. – 229-246.o.

KÁRTYÁS Gábor: *Kiküldött munkavállalók a szociális biztonsági rendszerek koordinációjában.* - In. Glossa Iuridica, IX. évf. 3-4.szám, 2022. – 49-73.o.

KÁRTYÁS Gábor: *Kiküldött munkavállalók az uniós és a magyar jogban.* Pázmány Péter Katolikus Egyetem Állam-és Jogtudományi Kar: *Jogtudományi Monográfiák 15.* – Budapest: Pázmány Press, 2020.

KOVÁCS Gábor: *Felelősségi kérdések a telemedicina-szolgáltatásban.* - In. Információs Társadalom. XXII. 3.szám. 2022. – 61-74.o.

KOVÁCS György: *Az Európai Unió hatáskörei az egészséghez való jog, egészségügyi ellátások területén. Úton az európai egészségügyi unió felé?* - In. Glossa Iuridica, X.évf. 7.szám, 2023. – 55-68.o.

KOVÁCS Réka: *A betegek és egészségügyi szakemberek mozgásának az egészségügyi rendszereket érintő kihívásai. A negatív hatások enyhítésének lehetséges eszközei.* Doktori értekezés tézisei. Eötvös Lóránd Tudományegyetem Állam-és Jogtudományi Doktori Iskola. 2025.

KOWALSKA-BOBKO, I., MOKRZYCKA, A., SAGAN, A., WŁODARCZYK, W. CEZARY, ZABDYR-JAMRÓZ, M.: *Implementation of the cross-border healthcare directive in Poland: How not to encourage patients to seek care abroad?* - In. Health Policy, Volume 120, Issue 11, 2016. – pp. 1233-1239.

KRISTÓ Katalin, BORBÁS Szilvia: *Külföldi egészségügyi ellátások az európai uniós és magyar szabályok tükrében.* - In Acta Humana, 2021/3. – 141-154.o.

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

KRISTÓ Katalin: *Health Care Services in the European Union – and the Hungarian Practice.* - In. Revista Juridica de a Universidad de Leon, 2022/10. – pp.167-172.

LAJTER-TÓTH Enikő: *A szociális biztonsági rendszerek koordinációja az Európai Unióban.* - In. Európai Tükör, 19.évf. 2.szám, 2014. – 35-51.o.

LAKNER Zoltán: *Szociálpolitika.* – Budapest: Szent István Társulat, 2006.

LAPSÁNSZKY András – PATYI András – VARGA ZS. András: *A magyar közigazgatási jog általános tanai.* II. könyv: A közigazgatás működésének jogi alapkérdései: 12. A közigazgatási perjog alapkérdései. – Győr: Universitas-Győr Nonprofit Kft, 2024.

LIPSKY, M.: *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services.* - Russel Sage Foundation, 1980.

LUKÁCS Éva: *Ki fizeti a számlát? – A személyek szabad mozgása és az egészségügy kapcsolata az EU tagállamaiban.* - In. Magyar Jog, 2002/8. - 485-496.

MAAS, W.: *Another Piece of Europe in Your Pocket: The European Health Insurance Card.* - In: LYON, D. BENNETT, C. (eds.): *Playing the Identity Card: Surveillance, Security and Identification in Comparative Perspective.* - New York: Routledge, 2008. – pp. 575-581.

MARTINSEN, D.S.: *Towards an Internal Health Market with the European Court.* - In: West European Politics, Vol.28. No.5., 2005. – pp. 1035-1056.

MORSA, Marc: *The European Regulations on Social Security Coordination from the Perspective of the Belgian Authority.* - In. Revue Belge de Securite Sociale, 1. trimestre. 2019. – pp.139-156.

MURPHY, C.: *An Effective Right to Cross-Border Healthcare? On Patients, Primacy and Procedural Autonomy: Comment on Elchinov.* - In. European Law Review, 2011. – pp.542-557.

NÁDAS György: *A magyar egészségbiztosítás rendszere nemzetközi kitekintéssel.* - In. SIPKA Péter, ZACCARIA Márton Leó (szerk.): *Európai és magyar szociális jog.* – Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó, 2011.

NALIN, M., BARONI, I., FAIELLA, G. et al.: *The European Cross-Border Health Data Exchange Roadmap: Case Study in the Italian Setting.* - In.: Journal of Biomedical Informatics, 94, 2019. – pp.1-4.

PAJU, Jaan: *The European Union and Social Security Law.* - Hart Publishing, 2017.

PÁL Emese: *Az egészségügyi igazgatás.* – In. RÓZSÁS Eszter (szerk.): *Közigazgatási jog – Különös rész.* – Budapest: Ludovika Egyetemi Kiadó, 2021.

PALM, W.: *The Cross-Border Care Directive: Implementation Status.* – In. Eurohealth, Vol.22, No.2, 2016. – pp. 20-24.

- PÁLNÉ KOVÁCS Ilona: *Az önkormányzati rendszer és a területi közigazgatás átalakulás (2010-2013)*. - In. MTA Law Working Papers, 2014/02. – 1-7.o.
- PANURJASZ Anett Antigóné: *A határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló irányelv*. - In. Európai Tükör, 1.évf.2.szám, 2014. – 67-71.o.
- PATYI András: *Útközben – Alapkérdések a szervezetenként önálló közigazgatási bíráskodás megszervezése kapcsán*. - In. Acta Humana, 2019/1. – 77-106.o.
- PEETERS, M.: *Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare*. – In. European Journal of Health Law, Vol.19. No.1, 2012. – pp. 29-60.
- PENNINGS, F.: *Barriers to Free Movement due to Mismatches of Cross Border Tax and Social Security Instruments*. - In. Studia z Zakresu Prawa Pracy i Polityki Społecznej, V.25., N.4., 2018. – pp. 307-322.
- PENNINGS, F.: *Coordination of social security within the EU Context*. – In. P. ORTIZ, A., OLIVIER, M., VONK, G. (eds.): *Social Security and Migrant Workers. Selected Studies of Cross-Border Social Security Mechanisms*. - Kluwer Law International, 2014. – pp. 117-132.
- PENNINGS, F.: *Introduction to European Social Security Law*. - Kluwer Law International, 1998.
- PENNINGS, Frans: *The Cross-Border Health Care Directive: More Free Movement for Citizens and More Coherent EU Law?* – In. European Journal of Social Security, Vol. 13, No. 4, 2011. – pp. 424-452.
- PIRILLO, I., AMENTA, F., SIRIGNANO, A., RICCI, G.: *Cross-border healthcare: Implementation of Directive 2011/24/EU and National Contact Point in Italy*. - In. Travel Medicine and Infectious Disease, Volume 18, 2017.
- POLOMARKAKIS, A.: *The European Pillar of Social Rights and the Quest for EU Social Sustainability*. - In: Social & Legal Studies, Volume 29, Issues 2, 2020. – pp. 183-200.
- REGENT, S.: *The Open Method of Coordination: A New Supranational Form of Governance?* - In. European Law Journal, Vol.9. No.2., 2003. – pp. 190-214.
- RIEDER, C. M.: *Cross-Border Movement of Patients in the EU: a Re-Appraisal*. - In: The European Journal of Health Economics, Vol. 24:4, 2017. – pp. 390-413.
- SCHMIDT-ABMANN, E.: *Az európai közigazgatás együttműködési és alá-fölé rendeltségi modellje*. - In. Európai Jog, 2003/3. – 9-18.o.
- SISSON, K., MARGINSON, P.: *Co-ordinated Bargaining: A Process for Our Times?* - In. British Journal of Industrial Relations, Vol. 40, Issue 2, 2002. – pp. 197-220.

SOOD, S.P., NEGASH, S., MBARIKA, V.W. KIFLE, M., PRAKASH, N.: *Differences in public and private sector adoption of telemedicine: Indian case study for sectoral adoption*. - In: *Studies in Health Technology and Informatics*, 130, 2007. – pp. 257-268.

SZABÓ Marcel, LÁNCOS Petra Lea, GYENEY Laura: *Uniós szakpolitikák. 4. kiadás*. – Budapest: Szent István Társulat, 2015.

SZALAYNÉ SÁNDOR Erzsébet: *Az Európai Unió közjogi alapjai*. – Budapest: Dialóg Campus Kiadó, 2003.

SZEGEDI László: *Az európai közigazgatás fejlődése és szabályozása*. – Budapest: Dialóg Campus Kiadó, 2018.

SZÖLLÖSI Gábor: *A szociális jogok európai pillére – az európai szociálpolitika új állomása*. - In: *Párbeszéd: Szociális Munka folyóirat*, 4. évf. 4.sz., 2017. – 1-4.o.

TELEKI Bálint: *Az „ügynökségedés tendenciája az Európai Unióban és annak hatásai az uniós és magyar közigazgatásra*. Doktori (PhD) értekezés. Nemzeti Közszerzői Egyetem, Közigazgatás-tudományi Doktori Iskola. Budapest, 2023.

TORMA András: *Az Európai Közigazgatási Térségről magyar szemmel*. – In. *Miskolci Jogi Szemle*, 6.évf. 2011. – 196-210.o.

TÓTH Tibor: *Az európai szociális modell változásai és perspektívái*. - In: *Európai Tükör*, 2018/2. – 33-50.o.

TÖTTÖS Ágnes: *A közrendre, közbiztonságra veszélyesség uniós szabályozása a legális migráció területén*. - In. *Pécsi Határőr Tudományos Közlemények*, XIII. kötet, 2012. – 285-297.o.

VAN DER MEI, A.P.: *Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Recent Developments in Law and Policy*. - In: *European Journal of Health Law*, Vol. 10, No. 4, 2003. – pp. 369-380.

VAN DER MEI, A.P.: *Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Greater-Smits and Peerbooms and Vanbraekel*. – In. *Maastricht Journal of European and Comparative Law*, Volume 9, Issue 2, 2022.

VAN DER MEI, A.P.: *Cross-border access to healthcare and entitlement to the complementary ‘Vanbraekel reimbursement’*. - In. *European Law Review*, 36(3), 2011. – pp. 431-439.

VAN NUFFEL, P.T.: *Patients’ Free Movement Rights and Cross-border Access to Healthcare*. – In. *European Constitutional Law Review*, Vol. 1, No. 2, 2005. – pp. 253-270.

VÁRNAY Ernő, PAPP Mónika: *Az Európai Unió joga*. – Budapest: KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft., 2003.

VÁRNAY Ernő, PAPP Mónika: *Magyarázat az Európai Unió jogáról.* – Budapest: Wolters Kluwer, 2023.

VERSCHUEREN, H.: *The Role and Limits of European Social Security Coordination in Guaranteeing Migrants Social Benefits.* – In. *European Journal of Social Security*, 22(4). 2020. – pp. 390-402.

WENANDER, H.: *A Network of Social Security Bodies - European Administrative Cooperation under Regulation (EC) No 883/2004.* - In. *Review of European Administrative Law*. Volume 6. Issue 1, 2013. – pp. 39-71.

WISPELAERE, F.: *60 years of coordination of social security systems: Still room for improvement.* – In. *Belgisch Tijdschrift voor Sociale ekerheid*, 2019. – pp. 159-181.

Jogforrások

Az Európai Unióról szóló Szerződés

Az Európai Unió működéséről szóló Szerződés

A Tanács 1408/71/EGK rendelete a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról (1971. június 14.)

A Tanács 574/72/EGK rendelete a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71/EGK rendelet végrehajtására vonatkozó szabályok megállapításáról (1972. március 21.)

Az Európai Parlament és a Tanács 883/2004/EK rendelete a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról (2004. április 29.)

Az Európai Parlament és a Tanács 987/2009/EK rendelete a szociális biztonsági rendszere koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet végrehajtására vonatkozó eljárás megállapításáról (2009. szeptember 16.)

Az Európai Parlament és a Tanács 492/2011/EU rendelete a munkavállalók Unión belüli szabad mozgásáról (2011. április 5.)

Európai Parlament és a Tanács (EU) 2018/1724 rendelete az információkhoz, eljárásokhoz, valamint segítségnyújtó és problémamegoldó szolgáltatásokhoz hozzáférést biztosító egységes digitális kapu létrehozásáról, továbbá az 1024/2012/EU rendelet módosításáról (2018. október 2.)

Az Európai Parlament és a Tanács 2019/1149 rendelete az Európai Munkaügyi Hatóság létrehozásáról, a 883/2004/EK, a 492/2011/EU és az (EU) 2016/589 rendelet módosításáról, valamint az (EU) 2016/344 határozat hatályon kívül helyezéséről (2019. június 20.)

Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2024/1183 rendelete a 910/2014/EU rendeletnek az európai digitális személyazonossági keret létrehozására tekintettel történő módosításáról (2024. április 11.)

Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2025/327 rendelete az európai egészségügyi adatterről, valamint a 2011/24/EU irányelv és az (EU) 2024/2847 rendelet módosításáról (2025. február 11.)

Az Európai Parlament és a Tanács 2011/24/EU irányelve a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről. (2011. március 9.)

A polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény

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

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény

A számvitelről szóló 2000. évi C. törvény

Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény

A külképviseletekről és a tartós külszolgálatról szóló 2016. évi LXXIII. törvény

Az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény

A közigazgatási perrendtartásról szóló 2017. évi I. törvény

A társadalombiztosítási rendszer általános felépítéséről, működéséről, finanszírozási háttéréről, az ellátásokra jogosultak köréről jelenleg a társadalombiztosítási ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvény

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

A költségvetési szervek belső kontrollrendszeréről és belső ellenőrzéséről szóló 370/2011.(XII.31.) Korm. rendelet

Az Integrált Jogvédelmi Szolgálatról szóló 381/2016. (XII.2.) Korm. rendelet

Az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993.(IV.2.) NM rendelet

A tartós külszolgálat időtartama alatt az állomáshelyen való egészségügyi ellátás igénybevételének részletes szabályairól szóló 7/2016.(X.19.) KKM rendelet

Az Igazgatási Bizottság határozatai

S1. határozat az európai egészségbiztosítási kártyáról

S2. határozat az európai egészségbiztosítási kártyára vonatkozó technikai előírásokról

S3. határozat a 883/2004/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet 19. cikke (1) bekezdésének és 27. cikke (1) bekezdésének, valamint a 987/2009/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet 25. cikke A, pontja (3) bekezdésének hatálya alá tartozó ellátások meghatározásáról

S4. határozat a 883/2004/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet 35. és 41. cikkének végrehajtására szolgáló megtérítési eljárásokról

S6. határozat a 987/2009/EK rendelet 24. cikkében előírt, lakóhely szerinti tagállamban való nyilvántartásba vételről és a 987/2009/EK rendelet 64. cikke (4) bekezdésében tárgyalt jegyzékek összeállításáról

EUB ítéletek

Case 98/80 Giuseppe Romana and National Sickness and Invalidity Insurance Institutions ügy (1981)

C-286/82 és 26/83 Luisi and Carbone egyesített esetek (1984)

C-159/90 Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd. v. Grogan (1991)

C-120/95 Decker v. Caisse de Maladie des Employés Privés (1998)

C-158/96 Kohll v. Union des Caisses de Maladie (1998)

C-368/98 Abdon Vanbraekel and Others v ANMC (2001)

C-157/99 Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ and H.T.M. Peerbooms v Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen (2001)

C-326-00 Idryma Koinonikon Asfaliseon (IKA) v. Vasileios Ioannidis ügy (2003)

C-8/02 Ludwig Leichtle v Bundesanstalt für Arbeit (2004)

C-372/04 The Queen, Yvonne Watts kontra Bredford Primary Care Trust és Secretary of State for Health (2006)

C-512/08 Európai Bizottság v. Francia Köztársaság (2010)

C-173/09 Georgi Ivanov Elchinov kontra Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa ügy (2010)

C-268/13 Elena Petru kontra Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu és Casa Națională de Asigurări de Sănătate (2014)

C-777/18 WO kontra Vas Megyei Kormányhivatal ügy (2020)

C-538/19 TS, UT, VU kontra a Casa Națională de Asigurări de Sănătate, a Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu (2021)

C-636/19 Y kontra CAK, Athanasios Rantos (2021)

C-115/24 UJ kontra Urban Technology GmbH, DZK Deutsche Zahnklinik GmbH ügy (2025)

Hazai közigazgatási bírósági ítéletek

A Kúria, mint felülvizsgálati bíróság Kfv.VII.37.402/2021/6. számú ítélete (2021)

A Debreceni Törvényszék 102.K.701.086/2021/12. számú ítélete. (2022)

A Fővárosi Törvényszék 109.K.703.549/2023/5. számú ítélete (2024)

Szegedi Törvényszék 14.K.701.367/2024/4. számú ítélete (2024)

Budapest Környéki Törvényszék 105.K.701.645/2022/15. számú ítélete (2025)

Egyéb források

A Bizottság jelentése az Európai Parlamentnek és a Tanácsnak a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelv működéséről. Brüsszel, 2015.09.04. Elérési útvonal: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:52015DC0421&from=RO>

A Bizottság jelentése az Európai Parlamentnek és a Tanácsnak a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelv működéséről. Brüsszel, 2018.09.21. Elérési útvonal: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:52018DC0651&from=EN>

A Bizottság jelentése az Európai Parlamentnek és a Tanácsnak a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelv működéséről Brüsszel, 2022.05.12. Elérési útvonal: https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:24310696-d1d3-11ec-a95f-01aa75ed71a1.0008.02/DOC_1&format=PDF

A Bizottság Közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális bizottságnak és a Régiók Bizottságának a távorvoslásról a betegek, az egészségügyi ellátórendszerek és a társadalom javára COM/2008/0689. 2008. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/ALL/?uri=celex:52008DC0689>

A Bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának. Az európai adatstratégia. Brüsszel, 2020.2.19., COM(2020)66 final. 2020. Elérési útvonal: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX:52021DC0323>

A Bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának. Cselekvési Terv a Szociális Jogok Európai Pillérének megvalósítására. COM/2021/102 final. 2021. Elérési útvonal: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX:52021DC0102>

A Régiók Európai Bizottsága (2020/C 440/03) véleménye a határon átnyúló egészségügyi ellátás biztosításáról és jövőbeli kilátásairól. 2020. Elérési útvonal: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=OJ:C:2020:440:FULL>

Állami Számvevőszék: Jelentés – Az egészségügyi ellátások nemzetközi elszámolásának ellenőrzése. 2025. (a továbbiakban: ÁSZ jelentés). Elérés útvonal: <https://www.asz.hu/dokumentumok/24179.pdf> (Utolsó elérés: 2025.12.01.)

Az Európai Számvevőszék 7/2019. sz. különjelentése: A határokon átnyúló egészségügyi ellátásra irányuló intézkedések: a jelentős célkitűzésekhez hatékonyabb irányításnak kell társulnia. 2019. Elérési útvonal: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:52019SA0007\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:52019SA0007(01))

BALLESTEROS PERALS, M.: *Monitoring the implementation of EU law: tools and challenges – Update*. - European Parliament, 2025.

CALLENS, S., VAN GOMPEL, N.: *Guiding Principles and Indicators for the practice of National Contact Points (NCPs) under the Cross-border Healthcare Directive 2011/24/EU*. - Study produced for the European Commission (CHAFEA) under the Health Programme (2014-2020). 2018.

Cooperation Agreement between the Administrative Commission for the coordination of social security systems and the European Labour Authority, 2021. Elérési útvonal: <https://www.ela.europa.eu/sites/default/files/2022-03/ELA-AC-signed-agreement.pdf>

DE WISPELAERE, F., DE SMEDT, L., PACOLET, J.: *Coordination of social security systems at glance. 2024 Statistical Report.* Elérési útvonali: <https://lirias.kuleuven.be/4225837>

DE WISPELAERE, F., DE SMEDT, L., PACOLET, J.: *Cross-border healthcare in the EU under social security coordination.* 2024. (a továbbiakban: Cross-border healthcare Report 2024) Elérési útvonali: <https://lirias.kuleuven.be/retrieve/687542>

Digitalisation in social security coordination: enhancing effectiveness and efficiency – ELA launches the PROGRESS Programme. 2024. Elérési útvonali: <https://www.ela.europa.eu/en/news/digitalisation-social-security-coordination-enhancing-effectiveness-and-efficiency-ela>

EESSI Monitoring Dashboard. 2022. Elérési útvonali: <https://ec.europa.eu/digital-building-blocks/sites/spaces/DIGITAL/pages/224658841/Electronic+Exchange+of+Social+Security+Information+dashboard>

European Labour Authority: *Fraud and error and selected issues in the field of social security coordination*, 2025. Elérési útvonali: <https://www.ela.europa.eu/en/publications/fraud-and-error-and-selected-issues-field-social-security-coordination>

European Labour Authority: *National cross-border digital tools and services in the field of EU social security coordination.* ELA Report, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2025. Elérési útvonali: <https://www.ela.europa.eu/en/topics/social-security-coordination>

FOOTMAN, K. et al.: *Cross-border health care in Europe. Policy Summary 14.* - European Observatory on Health Systems and Policies (ECAB project), 2014.

Fraud and error in the field of social security coordination. November 2023. Elérési útvonali: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=27421&langId=en>

Literature-based approach to defining the concept of healthcare which requires „highly specialised and cost-intensive medical infrastructure or medical equipment”. 2016. Elérési útvonali: <https://op.europa.eu/et/publication-detail/-/publication/edb699ad-32c9-471e-b61a-a309cc4b2517>

PwC: *A best practice based approach to National Contact Point websites: feasibility study. Final Report.* Contract number: SANCO/2011/D2/004. European Commission, DG SANCO. 2012. Elérés útvonali: https://health.ec.europa.eu/publications/best-practice-based-approach-national-contact-point-websites-feasibility-study_en

VAN SEBEN, R., HUIS IN T VELD, T., KORVER, D., BERENSCHOT, L.: *Guiding principles for information provision on prior authorisation systems across Member States.* - Study on enhancing implementation of the Cross-Border Healthcare Directive 2011/24/EU to ensure patient rights in the EU. European Commission, DG SANTE. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022.

A SZERZŐ PUBLIKÁCIÓI

MALUSTYIK Brigitta: *A jogi szabályozás és a pénzügyi érdekek metszéspontján – Recenzió a Jog és pénzügyek a bankszektorban című könyvről.* - In. Pro Publico Bono – Magyar Közigazgatás, 8.évf. 2.szám, 2020. - 220-229.o.

KRISTÓ Katalin, MALUSTYIK Brigitta: *A tervezett külföldi gyógykezelések engedélyezése Magyarországon – Az elektronikus ügyintézés egy lehetséges útja.* - In. Új Magyar Közigazgatás, 14.évf. 2.szám, 2021. - 15-25.o.

MALUSTYIK Brigitta: *Recenzió „A közigazgatás tudománya és gyakorlata” című könyvről.* - In. Jogelméleti Szemle, 4.szám, 2021. - 152-156.o.

MALUSTYIK Brigitta: *A Brexit kalandos útvesztői – Recenzió a „Brexit forgatókönyvei és hatásai” című könyvről.* - In. Pro Publico Bono – Magyar Közigazgatás, 9.évf. 3.szám, 2021. -132-143.o.

BIRÓNÉ MALUSTYIK Brigitta: *A külföldi gyógykezelések helye a magyar egészségbiztosítási rendszerben – különös tekintettel az európai uniós szabályozásból eredő lehetőségekre.* - In. Acta Humana, 10.évf. 2.szám, 2022. - 45-65.o.

BIRÓNÉ MALUSTYIK Brigitta: *A nyitott koordinációs mechanizmus működése az Európai Unióban – különös tekintettel a szociális biztonsági rendszerek koordinációjára.* - In. Polgári Szemle, 18.évf. 1-3.szám, 2022. - 297-308.o.

BIRÓNÉ MALUSTYIK Brigitta: *Az öregségi nyugdíj és a rokkantsági ellátás megállapítása az Európai Unió koordinációs rendelete alapján.* - In. Jog Állam Politika, 13.évf. 1.szám, 2021. - 115-135.o.

BIRÓNÉ MALUSTYIK Brigitta: *Rules and Practical Challenges of Cross-border Healthcare in the European Union.* - In. Acta Humana, 12.évf. 1.szám, 2024. - pp.71-89.

BIRÓNÉ MALUSTYIK Brigitta: *Modernisation efforts in EU social security coordination.* - In. Revista Juridica de la Universidad de Leon, Vol.11., 2023. - pp.95-112.

SZABÓ Tamás, RAUH Edit, BIRÓNÉ MALUSTYIK Brigitta: *Az időspolitika aktuális dilemmái Magyarországon: Európai sztenderdek, önkormányzati dilemmák, az önkormányzatok helye a hazai időpolitikában.* - In. Esély, 36.évf.3.szám, 2025. - 4-26.o