Az Európai Unió hatása a magyar egészségbiztosításra

DR. LENGYEL BALÁZS
főosztályvezető, OEP Nemzetközi Főosztály

Közel hat hónappal a belépésünk után most már mindenki számára nyilvánvaló, hogy az Európai Unióban nincs harmonizáció a társadalombiztosítás, egészségbiztosítás területén. Egy koordinációs rendelet-együttes van, és ennek végrehajtását kell megszerveznünk, önöknek pedig ennek alapján betegeket ellátni. Ez a két rendelet a szociális biztonsági ellátásokról rendelkezik, tehát jóval szélesebb a tárgyi hatálya, mint ha leszűkítenénk az egészségbiztosításra. E két rendelethez tartozik a családtámogatásoktól kezdve a nyugdíj-biztosításig, munkahelyi balesetekig minden olyan ellátás, amely a dolgozók szociális biztonsági ellátásaihoz tartozik. Nagyon fontos megemlíteni, hogy ezt a két rendeletet, a hozzákapcsolódó bírósági esetjogokat és a igen nagy számú nyomtatványokat milyen országok tekintetében kell alkalmaznunk. Mondhatnánk könnyen, hogy ezek az EU jelenlegi tagállamainál alkalmazhatók. De ide tartoznak még az európai gazdasági térség (EGT) tagállamai is, tehát Norvégia, Izland és Lichtenstein vonatkozásában is alkalmaznunk kell a koordinációs rendeleteket. Svájc vonatkozásában még jelenleg nem kell, tehát svájci betegek ellátásánál nem kell erre tekintettel lenniük, ugyanis Svájccal még nem került aláírásra az a megállapodás, amelynek alapján az új csatlakozó országok és Svájc vonatkozásában is alkalmazni kellene a koordinációs rendeleteket. Ez várhatóan az idén, év végén vagy jövő év januárjában megtörténhet, és akkor körbe fogunk küldeni a szolgáltatóknak egy tájékoztatást arról, hogy ezek a rendeletek már svájci betegek ellátására is vonatkoznak.

A rendeletekről nagyon röviden, alapelvi szinten szeretnék beszélni. Ami nagyon fontos alapelve ennek a két rendeletnek, hogy a dolgozókra mindig csak egy ország jogrendszere vonatkozhat. Tehát, ha egy emigráns munkavállaló egyik országból átmegy a másik országba munkát vállalni, akkor nagyon fontos és precíz szabályok vannak arra vonatkozóan, hogy hol van az ő biztosítása, hol fizet járulékokat, és hogy milyen ellátásokat vehet igénybe abban a tagállamban, vagy pedig ha hazájába visszamegy. A következő alapelvük a rendeleteknek az azonos elbírálás az Európai Unió minden területén. Az állampolgárság szerinti diszkriminációt tiltják, tehát azonosan kell elbírálnunk az európai gazdasági térség tagállamaiból érkezett dolgozókat. A szerzett jogok megtartása tulajdonképpen egy ellátási exportot jelent, és főleg a készpénz-ellátásokra vonatkozik. Ha valaki a táppénzre, nyugdíjra jogosultságot már megszerezte, akkor ezt továbbviheti magával a másik tagállamba, és nem lehet korlátozni, hogy elvigye magával ezeket az ellátásokat. A biztosítási idők összeszámítása szintén olyan alapelv, amely az összes ellátó rendszerben megtalálható. Tehát, ha valaki megszakítja az egyik biztosítás országában a jogosultságát, átmegy egy másik országba, és új belépőként belép egy új társadalombiztosítási rendszerbe, akkor a korábbi időit már össze tudják számítani.

Rátérve az egészségügyi ellátásokra vagy az egészségügyi rendelkezésekre, rendeletekre, egy olyan alapelvet fogalmaz meg a rendelet-együttes, hogy a dolgozók vagy az európai gazdasági térség állampolgárai lehetőség szerint a lakóhelyükön teljes körű egészségügyi ellátásokhoz szerezzenek jogosultságot, és ha átmenetileg tartózkodnak egy másik tagállam területén, akkor ott legalább az úgynevezett szükséges egészségügyi ellátásokat igénybe tudják venni. Erre természetesen meghatározott formanyomtatványok vannak, amelyekkel sajnos önöknek is, mint szolgáltatóknak, vagy mint állampolgároknak, ha a másik tagállamba utaznak, találkozniuk kell, és találkozni fognak. Az egészségbiztosításnak ennél még több nyomtatvánnyal kell megbirkóznia.

Mik is pontosan ezek az ellátások, amelyekre jogosultak vagyunk a másik tagállamban? Jogosultak vagyunk a szükséges egészségügyi ellátások igénybe vételére a másik tagállamban való tartózkodásunk ideje alatt. A szükséges ellátás pedig nem jelent teljes körű ellátást, azonban nem is a régi szociálpolitikai egyezményekben meghatározott sürgősségi ellátást jelent, hanem ennél többet. Tehát szükséges ellátásra jogosultak vagyunk a másik tagállamban, ha állapotunkra és a tervezett tartózkodási időnkre tekintettel számunkra felmerül ez az ellátás. Tehát hangsúlyoznom kell, hogy a régi szociálpolitikai egyezményekben foglalt sürgősségi ellátásnál jóval többet tartalmaz egy szükséges ellátás. Ha egy betegség jelentkezik az adott tagállamban való tartózkodáskor, akkor – ha a beteg, mondjuk, 4-5 hónapot kíván ott tartózkodni – mindazt az ellátást, ami ez idő alatt szükséges, nyújtani kell neki. Ennek jogosultságát egy E111-es nyomtatvánnyal, vagy pedig a július 1. óta az EU-ban bevezetett európai egészségbiztosítási kártyával tudja igazolni az európai gazdasági térségből érkező állampolgár.

Mint már említettem, aki áthelyezi a lakóhelyét egy másik tagállamba, teljes körű ellátásokhoz szerez jogosultságot. Ebben az esetben is a rendelet pontosan meghatározza, hogy kik azok, akik a lakóhelyük áthelyezésével teljes körű ellátásokra válnak jogosultakká. A szolgáltatói oldalon ebből azt kell tudni, hogy akik egy EU-tagállamból Magyarországra érkeznek, ha nyomtatványukat az Egészségbiztosítási Pénztárnak mutatják be, TAJ-számot kapnak, tehát ugyanúgy fogják őket ellátni a TAJ-szám alapján, mintha magyar biztosítottak lennének. Természetesen a rendelet lehetővé teszi a kifejezett gyógykezelési szándékkal való külföldre utazást, és ennek is megvan a megfelelő nyomtatványa. Ha ezzel a nyomtatvánnyal érkezik az EGT-állampolgár, akkor ő teljes körű ellátásokra jogosult a nyomtatvány felmutatásával. Hozzá kell tennem, hogy e téren szerencsés módon nem történt nagy változás a magyar állampolgárok külföldi gyógykezelésében, mert 1988 óta már van lehetőség arra, hogy az állam vagy az Egészségbiztosítási Pénztár finanszírozásában külföldön engedélyezett gyógykezelést vegyenek igénybe a betegek.

Rátérek arra, hogy milyen külföldi állampolgárokat hogyan kell ellátniuk. A fő szabály az, hogy mindenki fizetni köteles az ellátásért, kivéve természetesen, ha a következő kategóriák valamelyikébe esik. Tehát például, ha magyar biztosítással rendelkezik, TAJ-számot tud felmutatni, ebben az esetben önöknek ellátási kötelezettségük van. Ugyanígy ellátási kötelezettségük van, ha valamely állammal úgynevezett szociálpolitikai vagy egészségügyi együttműködési egyezménye van Magyarországnak. Ebben az esetben az onnan jövők az útlevél felmutatásával tudják az ellátásokat igénybe venni. Ide tartoznak például a FÁK állampolgárai, Románia, Mongólia, Irak, Kuba és azok az államok, amelyekkel különböző együttműködési egyezményeink vannak. A következő kategóriába pedig a két koordinációs rendelet alapján ellátott betegek tartoznak. Ezekben az esetekben a beteg vagy nyomtatvánnyal, illetőleg európai egészségbiztosítási kártyával érkezik, vagy pedig már eleve TAJ-számot kapott, mert a nyomtatványát be kellett cserélnie az egészségbiztosítónál.

Ezek után a finanszírozási kérdésekre áttérve, tekintsük át, milyen árakat kapnak az intézmények az ellátott betegek után. Azt kell mondanom, hogy a nyomtatvánnyal, TAJ-számmal, tehát a magyar betegekkel azonos kategóriába eső külföldi betegek után ugyanazon az áron tudunk finanszírozni, mint a magyar betegek ellátása után. Csak egyetlen egy különbség van: a volumenkorlátozás ezeknek a betegeknek az ellátására nem vonatkozik. Ami a külföldi fizetőköteles betegek ellátását illeti, a szolgáltatónak előre meg kell határoznia, hogy milyen árakat számít fel a külföldi betegek után, de ezek természetesen saját árszabásai szerinti szabad árakat jelentenek. Ebbe nincs semmiféle beleszólása az Egészségbiztosítási

Pénztárnak, és ezek minden esetben az önök bevételei közé kerülnek. A finanszírozáshoz hozzátartozik, hogy május 1. óta megváltozott a jelentési kötelezettség, és az EU-s betegek utáni új adattábla, egy úgynevezett egységes rekordkép, egy E-adatlap került bevezetésre. A nyomtatvánnyal, illetve az európai kártyával ellátott betegeknél minden esetben nagyon fontos a precíz rögzítés az egységes rekordképben, mert a nyomtatványok minden esetben pénzt jelentenek önöknek is és az Egészségbiztosítási Pénztárnak is. Ugyanis, ha van egy elszámolás a közösségi rendelet értelmében, azoknak a külföldi, EGT-tagállambeli betegeknek minden egyes ellátási esetéről, akik ezzel a nyomtatvánnyal vagy kártyával érkeznek Magyarországra, az OEP-nek egy külön nyomtatványon lévő számlát kell kiállítania, és ezt a számlát minden esetben meg fogja téríteni a külföldi biztosító. Természetesen az OEP ezen nem tud semmi keresni, ugyanis nem tudunk magasabb árat érvényesíteni a külföldi biztosítókkal, mint ami a magyar finanszírozási szabályok szerint a magyar betegek után jár. Fordított esetben, amikor egy magyar beteget látnak el Ausztriában, az osztrák belföldi költségeket, árakat fogják felszámítani nekünk. A negyedévente – félévente kiállításra kerülő tételes számlák mellett vannak olyan személyi kategóriák, amelyek az úgynevezett átalány-elszámolásba tartoznak. Az Unióban van egy meghatározott bizottság, amely minden országban ellenőrzi és elfogadja az adott éves átalány-számítást. Ennél az egészségbiztosítási alap költségvetéséből és az ellátottak számából kiindultan kell bebizonyítani, hogy mennyi az egy főre eső ellátási költség egy havi díjban, és ezt egy évre minden egyes tagállamnak jóvá kell hagynia. Ha ez megtörtént, utána lehet számlázni az áttelepülők költségeit. Megjegyzem, hogy e téren 15 – 20 éves elmaradások is vannak az Európai Unióban. Vannak olyan országok, amelyek nem tudták ezeket az átalány-költségeket megfelelően bizonyítani, és így eléggé elhúzódik az ellátási költségek megtérítése.

Az elmúlt négy évben Ausztriával és Németországgal volt vagy van olyan szociális biztonsági egyezményünk, amely nagyon hasonló szabályozást írt elő, mint az Európai Unió koordinációs rendelete. Ebből az időszakból már levonhatók bizonyos tapasztalatok. Négy év alatt az E111-es nyomtatványokból, amelyekkel korábban a sürgősségi, most már a szükséges ellátásokat lehet igénybe venni, 100 ezer darabot adott ki az Egészségbiztosítási Pénztár. Az EU-belépésünk óta eltelt hat hónapban viszont közel 150 ezer ugyanilyen nyomtatványt állítottunk ki, tehát másfélszer annyit, mint az elmúlt négy évben összesen. Ebből következően azokat a költségeket, amelyek bejöttek a négy év 100 ezer nyomtatványa után, legközelebb ezekre a magasabb számokra kell átszámolni.

A négy év tapasztalatai azt mutatják, hogy átlagosan évente körülbelül 1500 magyar beteget láttak el a két országban ez alatt a négy év alatt, és ennek egy évi 186 millió forintos költsége merült fel, amiből egy ellátás átlagos költsége 126 ezer forintra jött ki. Tehát ennyivel voltunk kénytelenek finanszírozni a magyar betegek ellátását külföldön. Magyarországon ez az átlagos költség 31 ezer forintra jött ki. Ebből látható, hogy négyszeres árkülönbség van a külföldi betegek és a magyar betegek ellátásában, vagyis ha a magyar beteg nyomtatvánnyal vagy egy később bevezetett kártyával igénybe vesz ellátást az Európai Unióban, ezt a négyszeres árkülönbözetet kell megfizetnünk. De hogy ez jelentsen valami pozitívumot is: ha egy külföldi beteget itt fogadnak, Magyarországon, akkor ezzel a négyszeres árkülönbséggel olcsóbban tudják ellátni, vagy legalábbis hasonlóan olcsó árat tudnak esetleg ajánlani a külföldről ideérkező betegek után.

Szólni kell azokról a lehetőségekről is, amelyeket a koordinációs rendelet és ez az egész eljárás talán biztosít. Van olyan lehetőség, hogy ha a koordinációs rendelet értelmében a biztosítójuk előzetes engedélyével rendelkező betegeket ellátják Magyarországon, akkor önök

azt az árat fogják megkapni, amit az OEP fizet ezekért az ellátásokért. Nem mondom, hogy ez a legpozitívabb vagy a legnagyobb lehetőség. Ha azonban a szolgáltatók, egészségügyi intézmények összefogásával egyesületek vagy szövetségek bizonyos megállapodásokat kötnek a külföldi biztosítókkal, akkor az a négyszeres árkülönbség, amit az előbb említettem, itt már érvényesíthető, és, mondjuk, már kétszer kevesebb áron ellátva a betegeket is valamennyi bevételre tudnának szert tenni. Nyilván megfelelő kapcsolatfelvétel szükséges a külföldi biztosítókkal, hogy küldjenek Magyarországra betegeket. Azt is hozzá kell tennem, hogy nem az OEP-en keresztül kell ezt szervezni, mert ha az OEP-en keresztül történik, akkor a magyar belföldi költséget kapják finanszírozásban. Viszont minden segítséget meg tudunk adni, hogy az ilyen közvetlen kapcsolatfelvételek megtörténjenek, és próbálunk segíteni, ha megkérnek minket arra, hogy működjünk közre az ilyen betegeknek a Magyarországra történő szervezésében.

Nagyon röviden beszélnék még az európai egészségbiztosítási kártyáról. Ez idén július 1-jétől került bevezetésre az Európai Unióban. 2006. január 1-jétől már csak kártyával fognak találkozni, tehát az E111-es nyomtatvány megszűnik. A kártya egyrészt kiváltaná a formanyomtatványokat, és egyszerűsítené az eljárásokat, másrészt van egy hosszú távú terv, hogy vagy kulcskártyaként, vagy pedig esetleg egy chippel, vagy egy mágnes-csíkkal ellátva személyes egészségügyi adatokhoz is hozzá lehessen férni az ellátásoknál. Most még számos vita van az Európai Unióban arról, hogy létrehozzanak-e egy egységes TAJ-számot vagy egységes biztosítási számot az Európai Unióban. Ebből a szempontból más új tagországokkal együtt Magyarország is sokkal jobb helyzetben van, mert egységes adatbázisunk van valamennyi ellátásra jogosult személyről, míg ezt nem mondhatja el magáról egyebek között Németország sem, ahol például 350 biztosítónál vannak az adatbázisok széttagolva. A dolgok jelenlegi állása szerint Magyarországon a kártyát 2005. október 1-jétől vezetjük be, ekkortól fogjuk adni azoknak, akik E111-es nyomtatványt igényelnek. Magyarországon nem chip-kártyaként fog használatba kerülni, hanem az uniós standard alapján csak szabad szemmel olvasható adatok lesznek rajta.