



FACULTEIT RECHTSGELEERDHEID

CROSS-BORDER PATIENT MOBILITY:
THE LEGAL FRAMEWORK OF OBTAINING HEALTHCARE ABROAD
WITHIN THE EUROPEAN UNION – A PATIENT’S PERSPECTIVE

THESES OF THE DOCTORAL DISSERTATION

2015

Gabriella BERKI

Supervisors

Prof Dr Yves JORENS, Ghent University, Belgium
Prof Dr József HAJDÚ, University of Szeged, Hungary



Joint PhD between
the Faculty of Law of Ghent University and
the Faculty of Law of the University of Szeged

Doctoral dissertation submitted in fulfilment of the requirements for a degree of Doctor of Law

“Community law provides patients with rights to cross-border care under Community law, but we need a clear, practical framework to reconcile greater individual choice with the sustainability of health systems overall. I hope that [...] we can realise the potential for European cooperation on healthcare to bring benefits to all.”¹

I. Exploring the research problem

Cross-border patient mobility is often stigmatised as marginal in terms of the aggregate volume of patients and healthcare costs related.² In most cases obtaining medical treatment in a Member State (hereinafter also referred to as MS) other than the Member State of residence is considered as an *ultima ratio* by patients. Several studies have shown that European patients prefer to be treated as close as possible to their place of residence.³ Nevertheless, cross-border patient movements are considered “*non-marginal for certain pathologies and/or geographical areas in particular countries.*”⁴ They are highly significant especially (1) in border regions, (2) for smaller Member States, (3) for rare diseases, (4) in areas that attract a large number of tourists.⁵ What is more, the overall willingness to travel for healthcare seems to increase in the last years. At the same time, many patients still lack

¹ Citation from the speech of the European Health and Consumer Protection Commissioner Markos KYPRIANOU on 26 September 2006. European Commission – IP-06-1267 (2006): *Patient mobility: Commission to launch public consultation on EU framework for health services*. http://europa.eu/rapid/press-release_IP-06-1267_en.htm (10 February 2010).

² “The Commission estimates that around 1% of public healthcare budgets are spent on cross-border healthcare, equating to around €10 billion for the Community as a whole.” European Commission: *Communication from the Commission: A Community framework on the application of patients' rights in cross-border healthcare*. COM (2008) 415 final, 2. 7. 2008, p. 8.

³ Willy PALM, Jason NICKLESS, Henri LEWALLE and Alain COHEUR (2000): *Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection systems*. Association Internationale de la Mutualité, <http://www.ose.be/health/files/KDSyntEN.PDF> (7 November 2012), p. 7; Irene A. GLINOS and Rita BAETEN (2006): *A Literature Review of Cross-Border Patient Mobility in the European Union*. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, Europe for Patients Project, http://www.ose.be/files/publication/health/WP12_lit_review_final.pdf (15 October 2012), p. 6; Irene A. GLINOS, Rita BAETEN, Matthias HELBLE and Hans MAARSE (2010): *A typology of cross-border patient mobility*. *Health and Place*, Vol 16 Issue 6, p. 1147; Helena LEGIDO-QUIGLEY, Irene A. GLINOS, Rita BAETEN, Martin MCKEE, Reinhard BUSSE (2012): *Analysing arrangements for cross-border mobility of patients in the European Union: A proposal for a framework*. *Health Policy*, Vol 108 Issue 1, p. 27. See also COM (2008) 415, p. 8 and Recital 39 of the Preamble of Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. OJ L 88 of 4 April 2011.

⁴ George FRANCE (1997): *Cross-border flows of Italian patients within the European Union - An international trade approach*. *European Journal of Public Health*, Vol 7 Suppl 3, p. 18. See also PALM et al. (2000: 7).

⁵ COM (2008) 415, p. 8.

efficient and reliable information on their cross-border health rights,⁶ which prevents them from using these rights they are entitled to under Union law. Although the prioritisation of the Member State of residence is not surprising, in certain cases, receiving healthcare abroad proves to be not only desirable and feasible, but also *inevitable*. Therefore, *providing the European patients with a coherent, clear and logical legal framework, which enables them to claim their right to cross-border patient mobility when in need, is of high importance*.

For a long time, two different, simultaneously existing legal schemes were applicable to cross-border medical treatments in the European Union (hereinafter also referred to as EU); on the one hand, the so-called *regulation-based approach* governed by the rules of the European social security Coordination Regulations;⁷ on the other hand, the *case law-based approach*, which is based on the relevant articles of the Treaty on the Functioning of the European Union (hereinafter also referred to as Treaty, Lisbon Treaty or TFEU) concerning the free movement of goods and services, and the connected cases⁸ of the European Court of Justice (hereinafter also referred to as ECJ or the Court). There have been some remarkable differences between these two, parallel systems. As a result, the discrepancies of the concurrent legal tools have caused certain legal problems since the 1990s (e.g. the scope of application of the Treaty rules, different levels and mechanisms of reimbursement of medical costs occurred abroad, the question of post factum authorisation), and have raised serious doubts among patients (e.g. whether a prior permission from the competent authority is required in relation to the treatment abroad, which reimbursement regime is applicable in a certain situation, or which conditions must be met to use either of the different routes of cross-border patient mobility).

Consequently, it was considered a remarkable success when on 19 January 2011 the European Parliament (hereinafter also referred to as EP) by a large majority approved its legislative resolution on the Council position at first reading with a view to the adoption of a directive on the application of patients' rights in cross-border healthcare. After the second reading was

⁶ A survey carried out in 2007 by the European Commission presented that 30 per cent of European citizens were not aware of their entitlement *to receive medical treatment in another EU country and to be reimbursed for that treatment by their national health authority or healthcare insurer*. The level of ignorance among the citizens of the recently acceded Member States was even higher; for instance 45 per cent in Hungary. European Commission – Eurobarometer (2007): *Cross-border health services in the EU*. http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_210_en.pdf (15 October 2012), p. 6.

⁷ Regulation (EC) No 883/2004 of the European Parliament and of the Council of 29 April 2004 on the coordination of social security systems. OJ L 166 of 30 April 2004 (hereinafter also referred to as Basic Regulation or BR) and Regulation (EC) No 987/2009 of the European Parliament and of the Council of 16 September 2009 laying down the procedure for implementing Regulation (EC) No 883/2004 on the coordination of social security systems. OJ L 284 of 30 October 2009 (hereinafter also referred to as Implementing Regulation or IR).

⁸ For the milestone cases see <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=572&langId=en> (9 August 2012).

approved by the Council on 28 February, a new piece of the legal framework on European patient mobility was born.⁹ The Directive became known as the Patient Mobility Directive (hereinafter also referred to as PMD).¹⁰ The agreement of the EP and the Council put an end to a lengthy and complicated legislative procedure, which began in 2006, when healthcare services were excluded from the material scope of the so-called Services Directive¹¹ due to their special characteristics,¹² and the legislators decided in favour of adopting a separate legal instrument on healthcare service provision.¹³

The Patient Mobility Directive does not only intend to incorporate the findings of the European Court of Justice on the provision of healthcare services¹⁴ and to clarify its relationship with the existing framework of social security coordination. It also wants to facilitate cooperation among the Member States in the field of healthcare.¹⁵ Moreover, its declared intention is to cease the legal uncertainties related to the Union legislation on patient mobility.¹⁶ Although satisfying this ambition is more than desirable from the patients' point of view, *it is debatable whether the recently adopted Directive can reach its target and fully tackle the problems mentioned above in order to develop the healthcare systems in the European Union in a patient-friendly way.*

⁹ The steps of the legislative procedure can be found on the EP's website: [http://www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?lang=en&reference=2008/0142\(COD\)](http://www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?lang=en&reference=2008/0142(COD)) (25 October 2013).

¹⁰ Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. OJ L 88 of 4 April 2011.

¹¹ Directive 2006/123/EC of the European Parliament and of the Council of 12 December 2006 on services in the internal market. OJ L 376 of 27 December 2006.

¹² BAETEN argues that the specific features of the healthcare sector such as third-party payer involvement, moral hazard, information asymmetry, the principles of social solidarity and universal coverage distinguish medical services from the typical commercial services and make the application of the Services Directive to healthcare highly problematic. Rita BAETEN (2004): *The proposal for a Directive on Services in the Internal Market applied to Healthcare Services*. http://www.ose.be/files/publication/rbaeten/baeten_2004_PaperHearingEP111104.pdf (17 October 2012), p. 2.

¹³ Rita BAETEN (2007): *Health and social services in the internal market*. In Christophe DEGRYSE and Philippe POCHE (eds): *Social Developments in the European Union 2006*, Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, http://www.ose.be/files/publication/bilan_social/bilan06/Bilan06_RitaBaeten_EN.pdf (17 October 2012), p. 2.

¹⁴ In the Council Conclusions the European Council expressed its firm opinion that *developments in this area should result from political consensus and not solely from case law*. Therefore, it was of high priority for the European Commission to develop a Community framework for safe, high quality and efficient health services including the relevant case law of the Court. Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems (OJ C 146 of 22 June 2006), 29.

¹⁵ Article 1 (1) PMD.

¹⁶ Ibid.

II. Objectives of the research

The main aim of the research is to analyse the European legal framework governing cross-border patient movements with a strictly *patient-centred approach*. The ambition is to detect those legal issues which are potentially problematic when obtaining healthcare abroad and to examine whether these can be solved with the legal tools currently available on European level. In order to reach this target, the legislation is scrutinised in its totality, paying special attention to the interrelations of the different legal tools, instead of studying the various legal paths separately.

In order to articulate patients' needs properly, the starting point of this research is an axiom, which reads as follows:

*Patients wish to benefit from the most effective, highest quality healthcare provided as quickly as possible for the most favourable price.*¹⁷

Based on an analysis of the legal status of border-crossing patients, the main aim of the dissertation is to offer clear answers to the questions possibly raised by these patients in relation to obtaining healthcare abroad within the European Union. While detecting the potentially problematic issues, four key areas of concern were identified, namely (1) access to cross-border healthcare, (2) financing cross-border healthcare, (3) the timely provision of cross-border healthcare and (4) the quality of cross-border healthcare and patient safety in cross-border situations.¹⁸

The research is based on the following theses:

(1) Although European patients have the right to cross-border healthcare, they encounter various difficulties – both of a non-legal and legal nature – that discourage or even deter them from using their rights. The current Union legislation on cross-border patient mobility

¹⁷ The order of the different elements in this sentence does not necessarily indicate an order of preference. Whether it is the quality, the timeliness or the price which holds the highest importance for a patient, varies from person to person. However, when obtaining healthcare, each of these factors is relevant to a certain extent. The expression 'the most favourable price' must be understood as the amount of money which is to be paid by the patient him/herself.

¹⁸ Since issues related to quality and patient safety require specialised expertise in healthcare protocols and are not directly related to social security matters (not included into the Social Security Coordination Regulations either), and as they raise questions related to e. g. cross-border medical liability and cross-border remedy for medical malpractice, which are worth serving as a subject of an entire dissertation, they are beyond the scope of the present research. However, quality is a high concern of patients and a leading factor to obtain healthcare abroad, so the in-depth observation of legal questions related to that field holds great potential for future research.

has several defects due to which it cannot (fully) tackle the (potential) problems patients face when obtaining healthcare in a Member State other than their Member State of residence.

In relation to this thesis the following research questions are addressed in this dissertation, especially in Chapter III:

- (a) Do European patients have the right to obtain healthcare abroad?
- (b) Are European patients able to exercise their cross-border healthcare rights?
- (c) Which are the obstacles of cross-border patient movements?
- (d) Is the current legal framework capable of tackling these obstacles?

(2) Although Union law entitles European border-crossing patients to claim the reimbursement of costs occurred in relation to cross-border healthcare, the interaction between the different financial regimes which are in place in the European Union is often unclear and results in confusion on the patients' side. Furthermore, the financial mechanism of the Patient Mobility Directive has the potential to increase inequality and results in a one-sided European patient mobility pattern.

In relation to this thesis the following research questions are addressed in this dissertation, especially in Chapter IV:

- (a) Which alternatives do European patients have to cover the costs of medical treatment abroad?
- (b) Which conditions must be met in order to guarantee that cross-border healthcare is covered by the patient's health insurance? How can the patients get reimbursed under the current legal mechanisms in the European Union?
- (c) How might the financial regimes affect European patient movements?

(3) European healthcare systems should ensure the timely provision of healthcare. Waiting times are thus relevant to cross-border healthcare provision in many aspects. If waiting times in a Member State exceed a certain period, patients should have the right to seek treatment in another Member State on the account of their healthcare insurance. Therefore, it is in the common interest of both the Member States and the patients to apply efficient methods that have the potential of reducing waiting times, such as eHealth applications.

In relation to this thesis the following research question is addressed in this dissertation, especially in Chapter V:

- (a) How can eHealth applications contribute to European cross-border patient mobility?

In addition to these research questions, the main question behind this research is *how the current landscape of European cross-border patient mobility legislation can be improved in a way that better serves the patients' interests while respecting the responsibilities of the Member States in this field*. This question is reflected upon in the Conclusions by formalising de lege ferenda suggestions.

III. Structure of the dissertation

The dissertation is divided into six parts: (1) Introduction; (2) Conceptual basics; (3) Access to healthcare abroad; (4) Financing medical treatment abroad; (5) The timely provision of healthcare and eHealth and (6) Conclusions and de lege ferenda suggestions.

After the introductory chapter (Chapter I), the conceptual basics concerning the concept and the nature of European cross-border patient mobility are formulated, including a typology of cross-border patients and their motivations (Chapter II). Subsequently, separate chapters are dedicated to the examination of three different key areas, namely access, financing and the timely provision of cross-border healthcare.

Firstly, in Chapter III, the most extensive chapter of this dissertation, *the right to access to cross-border healthcare* is examined, and the obstacles to practising this right are mapped. These barriers, which may prevent or deter patients from claiming treatment across borders, are divided into two groups: (1) obstacles of a non-legal nature (e.g. lingual difficulties and lack of reliable information); and (2) obstacles of a legal nature (e.g. legal complexity and administrative burden).

Secondly, in Chapter IV, *the options to fund medical treatments abroad* in accordance with European legislation are analysed. The Coordination Regulations, the case law and the Patient Mobility Directive have different rules on the reimbursement of costs through public healthcare schemes. The differences relate to the requirement of advancing the healthcare costs and to the scope and level of reimbursement. As these are crucial questions, they influence patients' choices to a great extent.

Thirdly, in Chapter V, questions are raised in relation to *the requirement of the timely provision of cross-border healthcare*. Special attention is paid to techniques to reduce waiting

times and the potential of modern health applications involving information and communication technologies (hereinafter also referred to as ICT).¹⁹

Finally, the conclusions of the research are summarised and *de lege ferenda* suggestions are phrased (Chapter VI).

IV. Conclusions and de lege ferenda suggestions

The main concept of the research has been to take a look beyond the words of the legislation, to make the patients the centre of interest and to bring a better understanding of those (potential) problems patients face when obtaining healthcare abroad. In searching for the answer whether free movement of patients exists in the European Union, the research led to the conclusion that the desired '*borderless Europe*' is yet far away for European patients and despite its benefits, the long-awaited Patient Mobility Directive did not bring much of a change in this sense.

IV.1. Right and access to cross-border treatments in the European Union

It was confirmed that European border-crossing patients – although they have the right to access healthcare facilities in another Member State – face serious difficulties when (intending to) obtain(ing) healthcare in a Member State other than their Member State of residence. The research led to the conclusion that the current Union legislation on cross-border patient mobility cannot fully cope with all the problems identified in the course of the research.

IV.1.1. Tackling the obstacles of a non-legal nature – creating a solid institutional background

On the one hand, concerning the *practical obstacles*, the research underlined that the issue of language gaps is not addressed on European level and the information rights of patients are not reassuringly settled.

In my opinion, both problems could be efficiently tackled by creating a (more) empowered *network of national contact points* functioning as a knowledge and information centre for each party involved in cross-border healthcare provision, and having the means and

¹⁹ These applications are commonly called eHealth.

infrastructure to provide remote interpretation and translation services for patients, and being coordinated by a *central unit* on supranational level.

The findings of the research point to the need to create a solid institutional background in order to ensure the smooth functioning of European cross-border healthcare legislation in practice. The Patient Mobility Directive did take the first, important step towards the establishment of an institutional background for cross-border patient mobility by imposing the obligation on the Member States to *designate one or more national contact points for cross-border healthcare*.²⁰ However, I find the provisions on the network of national contact points rather vague and I hold the firm opinion that for now, the Union is far from using the full potential of such a network.

According to my ideas, a *network of national contact points* coordinated by a supranational central unit, a *European Coordination Centre of Cross-Border Healthcare* (hereinafter also referred to as ECC-CBHC), could be the right advocate for European (border-crossing) patients. This system could ensure that patients engaged in cross-border healthcare provision can exercise their rights simply by turning to a single institution on national level.

In order to guarantee that these institutions work in the best interests of the patients and towards the enforcement of Union legislation without external influence, it is desirable that they function independently, separately from national healthcare funds. There are a number of tasks in relation to cross-border patient mobility which could be delegated to these institutions.

IV.1.2. Tackling the obstacles of a legal nature – revamping European patient mobility legislation

On the other hand, concerning the *legal obstacles*, the analysis showed that there are numerous weak points in the current European legislation on cross-border patient mobility. The legislative body is complex, the relation between the different legal tools is unclear, the administrative procedures are often lengthy and burdensome, the monitoring and enforcing mechanism is poor and the discretion of the national healthcare authorities restricts cross-border patient movements. In order to serve European patients better, both the legislation and the administration of patient mobility should be considerably simplified, the parallelisms should be ceased and the administration should be improved in a patient-friendly way.

²⁰ Article 6 PMD.

I found that these defects could be overcome by a *consistent, integrated legal system* which builds on the legacy of fifty years of healthcare coordination and which is complemented by the innovations of case law and the Patient Mobility Directive. The proposed integrated legal scheme is based on equal cross-border healthcare entitlements for each insured person without a distinction between planned and unplanned care, with as little administrative burden as possible and with access to any legally functioning healthcare provider who meets the universalised European standards.

The research underlined the need for a drastic simplification both in terms of legislation and administration. This revision of the Coordination Regulations should definitely involve (1) the prior authorisation requirement, (2) the distinction between planned and unplanned care and (3) the circle of healthcare providers which patients can turn to when using their cross-border healthcare rights.

IV.2. Financing cross-border treatments in the European Union

In relation to the financing of medical treatments abroad, the research highlighted that the currently existing reimbursement regimes greatly differ and that their interaction is not always clear. It is beyond dispute that the Regulation rules on financing are more favourable for the patients, since – in principle – they do not need to advance the medical costs and the full cost of medical intervention abroad is covered except for the co-payments. In relation to the latter, the introduction of the Vanbraekel-supplement results in a controversial situation, which – as demonstrated in the dissertation – leaves room for reverse discrimination. The single asset of the Directive in this regard is that it offers reimbursement if the treatment was provided by non-contracted healthcare providers, who are excluded from the scope of the Regulations.

In the integrated scheme of patient mobility legislation, I suggest to apply the Regulations' financial mechanism as a default reimbursement regime based on full cost coverage and inter-institutional settlement of financing. To compensate the Member States' healthcare budgets for the expected extra costs resulting from the liberalisation of cross-border patient movements, a *European Healthcare Fund* could be set up.

Possibly the most complicated point of melding the Directive's service-based concept with the Coordination Regulations is the highly different *financing mechanisms* of the two legal tools. It is also the source of the Member States' deepest concerns, worrying about the possible effects of cross-border patient movements on the financial equilibrium of their national healthcare schemes.

The problem is that with the intention to avoid affecting the healthcare spending of the Member States, the Court – and by incorporating its case law, the Directive – created a parallel reimbursement mechanism, which is much less beneficial for the patients than the Coordination Regulations, and as a result of which many patients are practically deprived of the opportunity to exercise their cross-border healthcare rights. The question is *how to synchronise these regimes under the scope of an integrated system in favour of the patients, but without significantly intervening into national healthcare budgets.*

In my opinion, once again the starting point of the integrated system must be the financing mechanism of the Regulations, since it ensures higher protection for the patients. However, if the applicability of the tariff of the Member State of treatment is maintained while no prior authorisation is in place, unpredictable patient movements might produce high medical invoices and feed the Member States' budgetary fears. This might affect especially those Member States in which tariffs are considerably lower than in others. Thus, this scenario has the potential to deepen the division between western and northern Europe as *patient exporters*, where patients can easily access healthcare systems with lower tariffs, and eastern and southern Europe as *patient importers*, where patients have less chance to head towards countries with higher tariffs. A *compensation mechanism* is needed to tackle this defect.

As an ambitious solution, I suggest to set up a *European Healthcare Fund*, which compensates the Member States for the difference between their domestic tariffs and the foreign tariffs invoiced for them. Hence, cross-border patient movements would leave national healthcare spending basically intact. This European healthcare budget would ensure that patients of worse off Member States have the same opportunities in terms of cross-border healthcare as those with better financial conditions. It would thus be a manifestation of *European supranational social solidarity.*

IV.3. The timely provision of cross-border treatments and the impact of ICT on patient movements in the European Union

European healthcare systems are challenged by increasing demand and increasing costs. As a result, efficiency optimising mechanisms are very much needed. The use of information and communication technologies in (cross-border) healthcare can bring benefits in various ways. Among other things, they can contribute to better resource utilisation, to shortening waiting lists and to empowering patients.

Both the Coordination Regulations and the Patient Mobility Directive rely on modern technologies to a certain extent, but – as the research revealed – they are far from using the

full potential of eHealth. Since numerous risks of these technological solutions are not yet satisfyingly settled on European level, further actions are required in order to safely integrate these technologies into the European healthcare systems and thus into European cross-border patient mobility mechanisms.

The proposed integrated system of patient mobility legislation should be supported by ICT applications in various ways, such as (1) interoperable, digitalised databases where – among others – the insurance status of patients can be checked; (2) common online platforms where the administrative bodies involved can easily communicate with each other, and request and share information safely and (3) an ICT infrastructure which makes remote, simultaneous interpretation possible.

The controversial issues of cross-border healthcare are just a few of the many examples of the dilemma that are rooted in the Member States' fear to give up (more pieces of) their national sovereignty as opposed to the Union's steady intention to develop the internal market and deepen integration. It seems clear that without further harmonisation, the questions surrounding cross-border healthcare entitlements will remain unsolved for a long time. I firmly believe that the European institutions and the Member States must join forces and work towards a more integrated, solidarity-based, socially sensitive European Union, providing equal rights and opportunities for all.

V. Scientific output related to the research topic

V.1. Publications

1. BERKI Gabriella: *Egy „egészségügyi menekült” története az Európai Bíróság esetjoga tükrében. A tartózkodás és a lakóhely fogalmi dilemmája egészségügyi szolgáltatás külföldi igénybevétele esetén.* Accepted for publication. (Jogesetek Magyarázata, expected date of publication: 2015.)
2. Gabriella BERKI: *Does an „info-barrier” exist in cross-border patient mobility?* Accepted for publication. (Opuscula Szegediensia 7, expected date of publication: 2015.)
3. Gabriella BERKI: *The evolution of the legislation on European cross-border patient mobility.* Accepted for publication. (Opuscula Szegediensia 6, expected date of publication: 2015.)
4. BERKI Gabriella (2014): *Quo vadis EHIC? Az Európai Egészségbiztosítási Kártya múltja, jelene és jövője.* Med. Et Jur. 2014/2. 4-7. p.
5. Gabriella BERKI (2012): *Defining cross-border patient mobility: conceptual remarks.* In Lajkó Dóra (ed.): Opuscula Szegediensia 5, Szeged, 2012, 169-181 p.
6. BERKI Gabriella (2012): *Elchinov-eset. Az Európai Bíróság újabb ítélete az egészségügyi szolgáltatás tervezett külföldi igénybevételének tárgyában.* Jogesetek Magyarázata, 2012/II. 39-47 p.
7. BERKI Gabriella (2011): *Az új betegmobilitási irányelv: régen várt válaszok vagy újabb kérdések?* In Profectus in litteris III (VIII. Debreceni Doktorandusz Konferencia utókiadványa), Debrecen, 2011, 45-53 p.
8. BERKI Gabriella (2011): *Rendelet vs. esetjog: Vajon nyer rajta a beteg?* In Zadravecz Zsófia (szerk.): Tavaszi Szél 2011 Konferenciakötet, Budapest, 2011, 27-33. p
9. BERKI Gabriella (2011): *A betegmobilitás közösségi jogi keretei az Európai Unióban a szociális biztonsági koordináció nézőpontjából.* In Berki Gabriella (szerk.): Opuscula Szegediensia 4, Szeged, 2011, 9-31. p
10. BERKI Gabriella (2010): *Online gyógyulás – Az e-egészségügy megoldatlan jogi problémái.* Munkaügyi Szemle 2010/IV. 30-34. p

V.2. Presentations

1. 2014. október 13.: Mobility of Workers and Pensioners and Coordination of Social Protection in Europe (Leuven, title of the presentation: *Overview of current issues from a legal point of view: Patient Mobility Directive - its origins and implications*)
2. 2014. május 9.: 7th seminar of young researchers on European Labour Law and Social Law (Gent, title of the presentation: *Free movement of patients? Recent obstacles of European patient mobility*)
3. 2013. május 17.: 6th seminar of young researchers on European Labour Law and Social Law (Halle-Wittenberg, title of the presentation: *Legislation on European Patient Mobility: (R)evolution?*)
4. 2012. február 2.: Munkajogi és Szociális Jogi Doktoranduszok és Pályakezdő Oktatók Konferenciája (Szeged, title of the presentation: *Defining patient mobility – conceptual basics*)
5. 2011. október 21.: Határon innen és túl - szakmai kerekasztal (Szeged, title of the presentation: *Mobilitás és szociális biztonság. A szociális biztonsági rendszerek koordinációja az Európai Unióban*)
6. 2011. október 5.: 3rd European Conference on Health Law, EAHL PhD and Early Career Researcher Satellite Workshop (Leuven, title of the presentation: *Mobile (elderly) patients – European legal framework on patient mobility with special regard to pensioners*)
7. 2011. június 3.: DE-ÁJK VIII. Doktorandusz Konferenciája (Debrecen, title of the presentation: *Az új betegmobilitási irányelv: régen várt válaszok vagy újabb kérdések?*)
8. 2011. május 12.: 4th seminar for young researchers on European Labour Law and Social Law (Szeged, title of the presentation: *Travelling Patients – The Hitchhikers' Guide to the European Healthcare*)
9. 2009. május 14.: A munkavállalók szabad mozgása - uniós munkavállalók Magyarországon és Romániában (Szeged, title of the presentation: *A szociális koordináció és a munkavállalók szabad mozgása*)



HATÁRON ÁTNYÚLÓ BETEGMOBILITÁS:
AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁS KÜLFÖLDI IGÉNYBEVÉTELÉNEK JOGI
SZABÁLYOZÁSA AZ EURÓPAI UNIÓBAN – A BETEGEK SZEMSZÖGÉBŐL

A DOKTORI DISSZERTÁCIÓ TÉZISEI

2015

BERKI Gabriella

Témavezetők

Prof Dr Yves JORENS, Genti Egyetem, Belgium

Prof Dr HAJDÚ József, Szegedi Tudományegyetem, Magyarország



A disszertáció társult doktori képzés keretében készült
A Genti Egyetem Jogi Kara és
A Szegedi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kara között

“A közösségi jog jogosultságot ad a betegek számára határon átnyúló ellátások igénybevételére, de ahhoz, hogy nagyobb választási lehetőséget biztosítsunk az egészségügyi rendszerek fenntarthatóságának megőrzésével, világos gyakorlati keretrendszerre van szükségünk. Azt remélem, képesek vagyunk felismerni, hogy az európai egészségügyi együttműködés mindannyiunk javát szolgálja.”²¹

I. A kutatási probléma bemutatása

Gyakran jelenik meg kritikaként, hogy a határon átnyúló betegmobilitás csupán marginális az érintett betegek számát és az egészségügyi költségek nagyságrendjét figyelembe véve.²² Az esetek többségében a betegek valamely egészségügyi szolgáltatásnak a lakóhelyüktől eltérő tagállamban való igénybevételét *ultima rationak* tekintik. Számos tanulmány mutatott rá arra, hogy az európai betegek legszívesebben a lakóhelyükhöz minél közelebb kezeltetik magukat.²³ Mindazonáltal, a határon átnyúló betegmozgások “*bizonyos kórképek és/vagy egyes országok bizonyos térségei vonatkozásában igen jelentősek*”²⁴ Különösen nagy szerepük van (1) a határmenti térségekben, (2) kis területű tagállamok, (3) ritka betegségek, (4) turisták nagyobb tömegeit vonzó térségek esetében.²⁵ Mi több, az egészségügyi ellátásokkal kapcsolatos utazási hajlandóság az utóbbi években növekedni

²¹ Idézet Markos KYPRIANOU, az Egészségügyért és Fogyasztóvédelemért felelős európai biztos 2006. szeptember 26-án elhangzott beszédéből. European Commission – IP-06-1267 (2006): *Patient mobility: Commission to launch public consultation on EU framework for health services*. http://europa.eu/rapid/press-release_IP-06-1267_en.htm (10 February 2010).

²² “Az Európai Bizottság a határon átnyúló ellátásokra szánt költségek nagyságát a közegészségügyi kiadások 1%-ára becsüli, amely a Közösség egészségét tekintve 10 milliárd euróval egyenértékű.” European Commission: *Communication from the Commission: A Community framework on the application of patients' rights in cross-border healthcare*. COM (2008) 415 final, 2. 7. 2008, p. 8.

²³ Willy PALM, Jason NICKLESS, Henri LEWALLE and Alain COHEUR (2000): *Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection systems*. Association Internationale de la Mutualité, <http://www.ose.be/health/files/KDSyntEN.PDF> (7 November 2012), p. 7; Irene A. GLINOS and Rita BAETEN (2006): *A Literature Review of Cross-Border Patient Mobility in the European Union*. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, Europe for Patients Project, http://www.ose.be/files/publication/health/WP12_lit_review_final.pdf (15 October 2012), p. 6; Irene A. GLINOS, Rita BAETEN, Matthias HELBLE and Hans MAARSE (2010): *A typology of cross-border patient mobility*. Health and Place, Vol 16 Issue 6, p. 1147; Helena LEGIDO-QUIGLEY, Irene A. GLINOS, Rita BAETEN, Martin MCKEE, Reinhard BUSSE (2012): *Analysing arrangements for cross-border mobility of patients in the European Union: A proposal for a framework*. Health Policy, Vol 108 Issue 1, p. 27. See also COM (2008) 415, p. 8 and Recital 39 of the Preamble of Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. OJ L 88 of 4 April 2011.

²⁴ George FRANCE (1997): *Cross-border flows of Italian patients within the European Union - An international trade approach*. European Journal of Public Health, Vol 7 Suppl 3, p. 18. See also PALM et al. (2000: 7.).

²⁵ COM (2008) 415, p. 8.

látszik. Komoly probléma ugyanakkor, hogy sok beteg még mindig nem rendelkezik megbízható információkkal a határon átnyúló egészségügyi jogosultságairól,²⁶ amely megakadályozza őket abban, hogy ezen uniós jogosultságaikat érvényesíteni tudják. Habár nem meglepő, hogy a betegek a lakhelyük szerinti államot részesítik előnyben, egyes esetekben egészségügyi szolgáltatást külföldön igénybe venni nem csak lehetséges vagy kívánatos, de egyenesen *elkerülhetetlen*. Ezért rendkívül fontos, hogy az európai betegek számára *egy olyan koherens, világos és logikus jogi szabályozást nyújtsunk, amely képessé teszi őket arra, hogy a határon átnyúló egészségügyi jogaikat érvényesítsék.*

Hosszú idő óta két különböző, egyidejűleg létező jogi rendszer volt alkalmazandó a külföldön igénybevett egészségügyi szolgáltatásokra az Európai Unióban; egyfelől az ún. *rendelet-alapú* rendszer, amelynek szabályait az európai szociális biztonsági koordinációs rendeletek határozták meg;²⁷ másfelől az ún. *esetjog-alapú* rendszer, amely közvetlenül az Alapszerződésnek az áruk és szolgáltatások szabad mozgására vonatkozó rendelkezésein nyugodott és az Európai Bíróságnak egy sor döntése kapcsolódott hozzá.²⁸ A két, párhuzamos szabályrendszer között számos jelentős eltérés volt. Következésképpen, az egymással konkuráló jogi eszközök közötti különbségek az 1990-es évektől kezdődően jogi problémákat okoztak (pl. az Alapszerződési rendelkezések hatálya, a külföldön felmerült egészségügyi költségek megtérítésének eltérő mértéke és mechanizmusa, utólagos engedélyezés kérdése). Ezzel együtt a betegekben komoly kétségeket is ébresztettek (pl. egy kezelés vonatkozásában kötelező-e az illetékes hatóság előzetes engedélyét kérni, melyik költségtérítési rendszer alkalmazandó az adott szituációban, vagy milyen feltételek megléte esetén lehet élni a határon átnyúló egészségügyi jogokkal).

Mindezek fényében jelentős sikerként könyvelték el, amikor 2011. január 19-én az Európai Parlament hatalmas többséggel elfogadta határozatát a Tanács első olvasatot követő véleményére vonatkozóan a betegjogoknak a határon átnyúló egészségügyben való megvalósulásáról szóló irányelv létrehozásáról. Miután a második olvasatot a Tanács február

²⁶ Az Európai Bizottság által 2007-ben készített felmérés szerint az uniós polgárok 30%-a nem volt tisztában azzal, hogy *jogosult egy másik uniós országban a saját egészségbiztosítása terhére egészségügyi szolgáltatást igénybe venni*. Az újonnan csatlakozott tagállamok lakossága körében ez az arány még magasabb volt, Magyarországon például 45%. European Commission – Eurobarometer (2007): *Cross-border health services in the EU*. http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_210_en.pdf (15 October 2012), p. 6.

²⁷ Az Európai Parlament és a Tanács 883/2004/EK rendelete a szociális biztonsági rendszerek koordinációjáról (OJ L 166 of 30 April 2004) és az Európai Parlament és a Tanács 987/2009/EK rendelete a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet végrehajtásáról (OJ L 284 of 30 October 2009).

²⁸ A legfontosabb döntések megtalálhatóak az Európai Bizottság tematikus honlapján felsorolva: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=572&langId=en> (9 August 2012).

28-án jóváhagyta, megszületett az új jogszabály.²⁹ Az irányelv Betegmobilitási Irányelvként vált ismertté.³⁰ Az Európai Parlament és a Tanács között létrejött egyezség egy hosszú és bonyolult jogalkotási folyamat végére tett pontot, amely 2006-ban kezdődött az egészségügyi szolgáltatásoknak – sajátos jellemzőikre való tekintettel³¹ – a Szolgáltatási Irányelv³² tárgyi hatályából való kizárásával. A jogalkotók ekkor döntöttek egy, kifejezetten az egészségügyi szolgáltatásokról szóló, önálló jogi eszköz megalkotásáról.³³

A Betegmobilitási Irányelv nem csupán az Európai Bíróságnak a határon átnyúló betegmozgásra vonatkozó esetjogának megállapításait kívánja kodifikálni,³⁴ és tisztázni a szociális biztonsági koordinációval való kapcsolatát, de a tagállamok közötti egészségügyi együttműködést is ösztönzi.³⁵ Kifejezett törekvése továbbá, hogy megszüntesse a betegmozgások uniós jogi szabályozásával kapcsolatos jogbizonytalanságot.³⁶ Habár a betegek szempontjából ez mindenképpen kívánatos volna, *vitatható, vajon a nemrégiben elfogadott irányelv valóban képes-e elérni célját és megoldani az említett problémákat annak érdekében, hogy az európai egészségügyi rendszereket a betegek javára továbbfejlessze.*

II. A kutatás tárgya és célkitűzése

A kutatás fő célja a határon átnyúló betegmozgások európai jogi szabályozásának beteg-központú elemzése. A cél azoknak a jogi problémáknak a feltárása, amelyek potenciálisan nehézségek forrásai lehetnek egészségügyi szolgáltatások külföldi igénybevétele

²⁹ A jogalkotási eljárás lépései megtalálhatóak az Európai Parlament honlapján: [http://www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?lang=en&reference=2008/0142\(COD\)](http://www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?lang=en&reference=2008/0142(COD)) (25 October 2013).

³⁰ Az Európai Parlament és a Tanács 2011/24/EU irányelve a betegjogoknak a határon átnyúló egészségügyben való érvényesítéséről (OJ L 88 of 4 April 2011).

³¹ BAETEN azzal érvel, hogy az egészségügyi szektor sajátos vonásai mint a harmadik fizető fél bevonása, az erkölcsi kockázat, az információs aszimmetria, a szociális szolidaritás és univerzális lefedettség megkülönböztetik az orvosi szolgáltatásokat a tipikus, kereskedelmi jellegű szolgáltatásoktól, és ezért a Szolgáltatási Irányelv alkalmazását ellehetetlenítik. Rita BAETEN (2004): *The proposal for a Directive on Services in the Internal Market applied to Healthcare Services*. http://www.ose.be/files/publication/rbaeten/baeten_2004_PaperHearingEP111104.pdf (17 October 2012), p. 2.

³² Az Európai Parlament és a Tanács 2006/123/EK irányelve a belső piaci szolgáltatásokról (OJ L 376 of 27 December 2006).

³³ Rita BAETEN (2007): *Health and social services in the internal market*. In Christophe DEGRYSE and Philippe POCHE (eds): *Social Developments in the European Union 2006*, Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, http://www.ose.be/files/publication/bilan_social/bilan06/Bilan06_RitaBaeten_EN.pdf (17 October 2012), p. 2.

³⁴ A Tanácsi Következtetésekben az Európai Tanács annak a szilárd meggyőződésének adott hangot miszerint e területen a fejlődés politikai konszenzus eredményeként kell, hogy megszülessen, nem pedig bírósági esetjog útján. Ezért kiemelt fontosságúnak ítélte a biztonságos, jó minőségű és hatékony egészségügyi szolgáltatások közösségi keretrendszerének megalkotását, amely a bírói esetjogot is magába foglalja. Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems (OJ C 146 of 22 June 2006), 29.

³⁵ Betegmobilitási Irányelv, 1. cikk (1).

³⁶ Ibid.

alkalmával, és annak vizsgálata, vajon ezek megoldhatóak-e a jelenleg uniós szinten rendelkezésre álló jogi eszközökkel. E cél elérése érdekében a szabályozást a maga egészében vizsgálom a különböző jogi utak önálló vizsgálata helyett, különös figyelmet szentelve a közöttük lévő összefüggéseknek.

A betegek igényeinek meghatározására a kutatás kiindulópontjaként a következő axiómát fogalmaztam meg:

*A betegek a leghatékonyabb, jó minőségű, leggyorsabban és legjutányosabb áron hozzáférhető egészségügyi szolgáltatást szeretnék igénybe venni.*³⁷

Az ellátást külföldön igénybe vevő betegek joghelyzetének elemzése útján a disszertáció világos válaszokat ad azokra a kérdésekre, amelyek minden bizonnyal felmerülnek a betegben, ha külföldi kezelésre vállalkozik az Európai Unióban. A potenciális problémaforrások feltérképezése során négy fókuszterület került azonosításra, úgy mint (1) hozzáférés határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásokhoz, (2) külföldi ellátások finanszírozása, (3) az ellátások megfelelő időben való nyújtása és (4) a határon átnyúló szolgáltatások minősége és a betegek biztonsága határon átnyúló élethelyzetekben.³⁸

A kutatás az alábbi téziseken alapszik:

(1) Habár az európai betegeknek joguk van más tagállamban igénybe venni egészségügyi szolgáltatást, számos – jogi és nem jogi természetű – akadállyal kell szembenéznük, amely elbátortalaníthatja őket vagy meg is akadályozhatja, hogy éljenek e jogukkal. A határon átnyúló betegmozgások jelenlegi uniós szabályozása számos fogyatékossgal küzd, amelyek miatt nem képes (teljes egészében) megoldani azokat a (potenciális) problémákat, amelyekkel a betegek szembesülnek, amikor a lakóhelyüktől eltérő tagállamban vesznek igénybe egészségügyi szolgáltatást.

Ezzel a tézissel összefüggésben a következő kutatási kérdések kerültek megfogalmazásra, különösen a disszertáció III. fejezetében:

³⁷ Ebben a mondatban a különböző elemek sorrendisége nem feltétlenül jelent preferencia sorrendet. Az, hogy egy beteg számára a minőség, a várakozási idő vagy az ellátás ára bír-e nagyobb jelentőséggel, eltér(het) egymástól. Mindenesetre egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor ezek a tényezők feltétlenül jelentőséggel bírnak. Ugyanakkor áron itt az ellátás költségének azt a hányadát kell érteni, amely a beteg terhén marad.

³⁸ Tekintettel arra, hogy a minőség és betegbiztonság kérdései specializált szakértelmet követelnek meg az egészségügyi protokollokban és nem függenek össze közvetlenül a szociális biztonság kérdéseivel (a szociális biztonsági koordinációs rendeletek sem foglalkoznak velük), és olyan – önálló disszertációk tárgyául alkalmas – területeket érintenek mint például a határon átnyúló orvosi felelősség és a műhibáért való, határon átnyúló kártérítés, ezek kívül esnek a jelen disszertáció tárgyi hatályán. Ugyanakkor tagadhatatlan, hogy az ellátás minősége a betegek szempontjából döntő jelentőségű és a külföldi kezelés okai között vezető tényező, ezért ezeknek a kérdéseknek a részletes vizsgálata további kutatások tárgya lehet.

- (a) Van az európai betegeknek jogosultsága külföldön egészségügyi szolgáltatást igénybe venni?
- (b) Képesek az európai betegek arra, hogy érvényesítsék ezt e jogosultságukat?
- (c) Melyek a határon átnyúló betegmozgásokat akadályozó tényezők?
- (d) Képes a jelenlegi jogi szabályozás elhárítani ezeket az akadályokat?

(2) *Habár az uniós jog feljogosítja a betegeket a másik tagállamban igénybevett egészségügyi szolgáltatás költségeinek megtérítésére, a jelenlegi, különböző finanszírozási rendszerek közötti eltérések gyakran nem világosak és a betegek részéről félreértésekre adnak okot. Emellett a Betegmobilitási Irányelv által bevezetett rendszer magában hordozza az egyenlőtlenség növekedésének a veszélyét és az európai betegmobilitás egyirányúvá válásához vezet.*

Ezzel a tézissel összefüggésben a következő kutatási kérdések kerültek megfogalmazásra, különösen a disszertáció IV. fejezetében:

- (a) Milyen lehetőségek állnak az európai betegek rendelkezésére külföldi egészségügyi költségeik fedezésére?
- (b) Mely feltételeknek kell teljesülniük ahhoz, hogy a határon-átnyúló egészségügyi szolgáltatás költségeit a beteg egészségbiztosítása fedezze? A jelenlegi uniós jogi mechanizmusok alapján hogyan tud a beteg költségtérítési igényt érvényesíteni?
- (c) A különböző finanszírozási rendszerek hogyan befolyásolják az európai betegmozgásokat?

(3) *Az európai egészségügyi rendszereknek biztosítaniuk kellene, hogy a betegek megfelelő időben hozzájussanak az ellátásokhoz. Ezért a várakozási idő több szempontból is releváns a határon átnyúló egészségüggyel összefüggésben. Ha egy tagállamban a várakozási idő meghalad egy bizonyos időtartamot, a betegnek joga van ahhoz, hogy – az egészségbiztosítása terhére – másik tagállamban vegye igénybe az adott ellátást. Ezért a tagállamoknak és a betegeknek közös érdeke, hogy olyan hatékony módszerek és eljárások kerüljenek alkalmazásra, amelyek alkalmasak arra, hogy a várakozási időket csökkentsék. Ilyenek például az ún. e-egészségügyi alkalmazások.*

Ezzel a tézissel összefüggésben a következő kutatási kérdés került megfogalmazásra, különösen a disszertáció V. fejezetében:

- (a) Hogyan tudnak az e-egészségügyi alkalmazások hatni az európai határon átnyúló betegmozgásokra?

A fentiek mellett a kutatás háttérében folyamatosan jelen lévő alapkérdés az, *hogyan lehet a jelenlegi uniós jogi szabályrendszert úgy átformálni, hogy az jobban szolgálja a betegek érdekeit, miközben a tagállamok egészségügyi kompetenciáit is tiszteletben tartja.* Erre a kérdésre a zárófejezetben megfogalmazott de lege ferenda javaslatok reflektálnak.

III. A disszertáció szerkezeti felépítése

A disszertáció hat részre tagolódik: (1) Bevezetés; (2) Elméleti alapvetések; (3) Hozzáférés egészségügyi szolgáltatáshoz külföldön; (4) Külföldi egészségügyi költségek fedezése; (5) Az egészségügyi szolgáltatások megfelelő időben történő nyújtása és az e-egészségügy és (6) Következtetések és javaslatok.

A bevezető fejezetet (I. fejezet) követő részben az európai betegmobilitás definíciójával és természetével kapcsolatos elméleti alapvetések kerülnek megfogalmazásra, beleértve az egészségügyi szolgáltatást külföldön igénybe vevő betegek csoportosítását és a jelenséghez kapcsolódó motiváló tényezőket (II. fejezet). Ezután külön fejezetek foglalkoznak a három vizsgált területtel, a hozzáféréssel, a finanszírozással és a határon átnyúló ellátások megfelelő időben történő nyújtásával.

Először is, a III. fejezetben, amely a disszertáció legterjedelmesebb része, a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatáshoz való jogosultságot vizsgálom, és feltérképezem azokat az tényezőket, amelyek e jog gyakorlását akadályozzák. Ezek a korlátok, amelyek hátráltatják, vagy egyenesen megakadályozzák a betegeket abban, hogy külföldön kezeltessék magukat, két csoportra vannak osztva: (1) nem jogi természetű akadályokat (például nyelvi nehézségek és megbízható információk hiánya) és (2) jogi természetű akadályokat (például a jogi szabályozás komplexitása és adminisztratív teher) különböztetek meg.

Másodszor, a IV. fejezetben a külföldi gyógykezelések finanszírozásának lehetőségeit elemzem az európai szabályozás tükrében. A Koordinációs Rendelet, a bírósági esetjog és a Betegmobilitási Irányelv mind – részben vagy egészben – eltérő szabályokat tartalmaznak a közegészségügyi rendszereken keresztül történő költségtérítésre vonatkozóan. Ezek a különbségek elsősorban a költségek beteg általi megelőlegezésének kötelezettségében és a költségtérítés kiterjedésének és mértékének meghatározásában ragadhatóak meg. Mivel esszenciális kérdésekről van szó, ezek nagyban befolyásolják a betegek döntéseit.

Harmadszor, az V. fejezet a határon átnyúló ellátások megfelelő időben való nyújtásának kérdésével foglalkozik. Különös figyelmet kapnak a várakozási idők csökkentésére alkalmas technológiák és az információs és kommunikációs technológiákat bevonó modern egészségügyi alkalmazásokban rejlő lehetőségek.³⁹

Végül a kutatás alapján levont következtetéseket a záró fejezetben foglaltam össze a jövőre vonatkozó javaslatokkal együtt (VI. fejezet).

IV. Következtetések és de lege ferenda javaslatok

A kutatás központi törekvése az volt, hogy betekintést nyújtson a szabályozás háttérébe, a betegek érdekeit helyezze a vizsgáldás fókuszába és elősegítse azoknak a (potenciális) korlátoknak a jobb megértését, amelyekkel a betegek szembesülnek egészségügyi szolgáltatás külföldi igénybe vétele alkalmával. Miközben arra a kérdésre kerestem a választ, vajon biztosított-e a betegek szabad mozgása az Európai Unióban, a kutatás arra a következtetésre vezetett, hogy az áhított *“határok nélküli Európa”* még messze van az európai betegek számára és bár kétségtelenül vannak erényei, a régen várt Betegmobilitási Irányelv sem hozott sok változást e tekintetben.

IV.1. A határon átnyúló kezeléshez való jog és hozzáférés az Európai Unióban

Megerősítést nyert, hogy az ellátást külföldön igénybe vevő betegek – habár joguk van másik tagállamban kezeltetni magukat – komoly nehézségekkel szembesülnek, amikor egészségügyi szolgáltatást vesznek igénybe (vagy kívánnak igénybe venni) a lakóhelyüktől eltérő tagállamban. A kutatás alapján megállapítható, hogy a hatályos uniós jogi szabályozás nem képes a kutatás során feltárt problémákkal teljes egészében megküzdeni.

IV.1.1. A nem jogi természetű akadályok leküzdése – stabil intézményi háttér megteremtése

Egyfelől, a *nem jogi természetű problémák* vonatkozásában a kutatás rámutatott arra, hogy a nyelvi nehézségek orvoslásának kérdésével az uniós szabályozás nem foglalkozik, a betegek információs jogai pedig nincsenek megnyugtatóan rendezve.

Véleményem szerint mindkét probléma kezelését nagyban elősegítené, ha a nemzeti kapcsolattartó pontoknak egy hatékonyabb, egyértelműbb jogosítványokkal rendelkező hálózatát hoznák létre az Európai Unióban, amely képes tudás- és információs központként

³⁹ Ezek az alkalmazások váltak ismertté e-egészségügy néven.

funkcionálni minden, az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában és igénybe vételében érintett fél számára. Ez az intézmény-hálózat rendelkezik továbbá a szükséges erőforrásokkal és infrastruktúrával ahhoz, hogy a betegek számára tolmácsolási és fordító szolgáltatásokat nyújtson. A hálózat koordinálásához szupranacionális szinten egy *központi egységre* van szükség.

A kutatás eredményei alapján az európai határon átnyúló betegmobilitás szabályozásának zavartalan működésének biztosításához szükség van egy stabil intézményi háttér megteremtésére. A Betegmobilitási Irányelv megtette az első, nagyon fontos lépést ennek a határon átnyúló egészségügyi intézményrendszernek a létrehozására azzal, hogy a tagállamok kötelezettségévé tette egy vagy több nemzeti kapcsolattartó pont kijelölését.⁴⁰ Mindazonáltal, a nemzeti kapcsolattartó pontok hálózatára vonatkozó rendelkezéseket meglehetősen bizonytalanak vélem, és az az álláspontom, hogy az Európai Unió – jelenlegi formájában – messze áll az e hálózatban rejlő potenciál teljes kiaknázásától.

Véleményem szerint szükség van egy, a nemzeti kapcsolattartó pontok hálózatát koordináló szupranacionális, központi szervezeti egységre, amely fel tudja vállalni, hogy az európai (határon átnyúló ellátásokat igénybe vevő) betegek érdekeinek letéteményese lesz. Ez a rendszer lehetővé teszi, hogy a külföldi ellátást igénybe vevő (vagy igénybe venni kívánó) személyek jogait egyetlen, nemzeti szintű intézmény felkeresésével érvényesítsék.

Annak biztosítása érdekében, hogy ezek az intézmények legfőképp a betegek érdekeit és az uniós jog érvényesülését szolgálják külső befolyástól mentesen, fontos, hogy önállóan, a nemzeti egészségügyi hatóságoktól függetlenül működjenek. Számos olyan határon átnyúló egészségügyi feladat van, amelyeket ezekhez az intézményekhez lehet delegálni.

IV.1.2. A jogi természetű akadályok leküzdése – az európai betegmobilitási szabályozás átalakítása

Másfelől, a *jogi akadályok* vonatkozásában az elemzés azt mutatta, hogy a hatályos európai betegmobilitási szabályrendszernek számos gyenge pontja van. A szabályozás összetett és bonyolult, a különböző jogi eszközök közötti viszony tisztázatlan, az adminisztratív eljárások gyakran hosszadalmasak és nehézkesek, az ellenőrzési és igényérvényesítési mechanizmusok kiforratlanok, és a nemzeti egészségügyi hatóságok diszkrecionális hatásköre korlátozza a határon átnyúló betegmozgásokat. A betegek érdekeinek jobb érvényesülése érdekében mind a jogi szabályozás, mind az adminisztratív

⁴⁰ Betegmobilitási Irányelv, 6. cikk.

eljárások egyszerűsítésre szorulnak, a párhuzamosságokat meg kell szüntetni és az igazgatási folyamatokat ügyfélbarátabbá kell tenni.

Úgy találtam, hogy ezeket a problémákat megoldaná egy ellentmondásmentes, integrált jogi szabályozás, amely ötvenévnnyi egészségügyi koordináció hagyatékára építve kodifikálja az esetjog és a Betegmobilitási Irányelv újításait. A javaslat szerinti integrált rendszer a biztosított személyek egyenlő határon átnyúló egészségügyi jogosultságain alapszik, a tervezett és alkalmi egészségügyi szolgáltatások közötti különbségtétel nélkül, az adminisztratív terhet minimalizálva és hozzáférést biztosítva az Unió területén működő, az egységes európai sztenderdeknek megfelelő valamennyi egészségügyi szolgáltatóhoz.

Az előzőek fényében a koordinációs szabályozás újragondolásának legfontosabb színterei tehát (1) az előzetes engedélyeztetés követelménye, (2) a tervezett és nem tervezett ellátások közötti különbségtétel és (3) az igénybe vehető szolgáltatók köre.

IV.2. Határon átnyúló kezelések finanszírozása az Európai Unióban

A külföldi egészségügyi kezelések finanszírozása vonatkozásában a kutatás azt mutatta, hogy a jelenlegi finanszírozási rendszerek nagymértékben különböznek egymástól és az egymáshoz való viszonyuk nem mindig világos. A Koordinációs Rendelet finanszírozási mechanizmusa vitán felül kedvezőbb a betegek számára, hiszen – főszabály szerint – nem kell megelőlegezniük az egészségügyi költségeket és – a helyben szokásos önrészek kivételével – az egészségbiztosításuk az orvosi beavatkozás teljes költségét fedezi. Az önrész megfizetése kapcsán a Vanbraekel-pótlék bevezetése ellentmondásos helyzet kialakulásához vezetett, amely – bizonyos esetekben – fordított diszkriminációt eredményez. E tekintetben az Irányelv egyetlen erénye az, hogy olyan szolgáltatóknál igénybe vett egészségügyi ellátások költségeinek a megtérítését is előírja, amelyek nem állnak szerződéses kapcsolatban az egészségbiztosítóval – s ezen okból kifolyólag ki vannak zárva a koordinációs rendszerből.

A betegmobilitás szabályozásának integrált rendszerében a Koordinációs Rendelet pénzügyi mechanizmusának alapulvételét javaslom, amely a teljeskörű költségtérítés elvére és a kifizetések intézmények között rendezésére épül. A liberalizált határon átnyúló betegmozgások kapcsán felmerült többletköltségeknek a kompenzálására egy *Európai Egészségügyi Alap* létrehozását tartom szükségesnek.

A Betegmobilitási Irányelv szolgáltatás-elvű koncepciójának és a Koordinációs Rendeletnek az összeolvasztása az eltérő finanszírozási rezsimek kérdésében látszik a legproblematicusabbnak. Ugyanakkor ez a forrása a tagállamok legnagyobb félelmeinek is,

miszerint a határon átnyúló betegmozgások kihatással lehetnek nemzeti egészségügyi rendszereik pénzügyi egyensúlyára.

A problémát abban látom, hogy arra való igyekezetében, hogy érintetlenül hagyja a nemzeti egészségügyi kiadásokat, az Európai Bíróság – és esetjogának kodifikálásával a Betegmobilitási Irányelv – egy párhuzamos költségtérítési rendszert hívott életre, amely azonban a betegek számára jóval kedvezőtlenebb a koordinációs szabályoknál, és amelynek eredményeképpen sok beteg elesik annak lehetőségétől, hogy határon átnyúló egészségügyi jogait a gyakorlatban érvényesítse. A kérdés tehát akképpen merül fel, hogy hogyan lehet egy integrált rendszerben szinkronba hozni ezeket a mechanizmusokat úgy, hogy a betegek számára kedvezőek legyenek, de ne jelentsenek komolyabb beavatkozást a tagállami egészségügyi büdzsékbe.

Véleményem szerint az integrált finanszírozási rendszer kapcsán is a Koordinációs Rendeletekből kell kiindulni, hiszen ez a rendszer biztosít magasabb szintű védelmet a betegek számára. Ugyanakkor, ha fenntartjuk a kezelés helye szerinti állam díjszabása szerinti megtérítés elvét, miközben az előzetes engedélyeztetés követelménye megszűnik, a megjósolhatatlan betegmozgások magas egészségügyi számlákat produkálhatnak, és ezzel igazolhatják a tagállamok félelmeit. Ez különösen azokat a tagállamokat érinti, amelyekben a kezelések költségei jelentősen alacsonyabbak más tagállamokhoz képest. Ez az eset annak kockázatát hordozza magában, hogy növekszik a Nyugat-és Észak-Európa, mint *beteg-exportőr* és Kelet- és Dél-Európa, mint *beteg-importőr* közötti megosztottság, ugyanis míg az előző térségből érkező betegek nagyobb eséllyel képesek megfizetni az utóbbi térség alacsonyabb egészségügyi ellátási díjait, addig az utóbbi térség betegei jóval kisebb eséllyel tehetik meg ugyanezt Észak- és Nyugat-Európa tagállamainak magasabb egészségügyi költségeivel. Ezt a problémát egy *kompensációs mechanizmus* tudja orvosolni.

Egy Európai Egészségügyi Alap létrehozásának ötlete meglehetősen ambiciózus ugyan, de lehetővé tenné, hogy a tagállamok kompenzációt kapjanak a saját, belföldi díjszabásuk és egy másik tagállam által kiszámlázott, magasabb kezelési költségek közötti árkülönbség fedezetére. Ezzel a megoldással a nemzeti egészségügyi kiadásokat a határon átnyúló betegmozgások lényegileg érintetlenül hagynák. Ez az európai szintű egészségügyi büdzsé biztosítaná, hogy a nehezebb gazdasági helyzetben lévő tagállamok betegei határon átnyúló egészségügyi jogosultságaik vonatkozásában azonos lehetőségekhez jussanak, mint a jobb helyzetben lévő államok polgárai. Ekképpen ez az *európai szupranacionális szolidaritás* megvalósulásnak jó példája lehetne.

IV.3. A határon átnyúló kezelések megfelelő időben történő nyújtása és az információs és kommunikációs technológiák hatása a betegmozgásokra az Európai Unióban

Az európai egészségügyi rendszerek számára kihívást jelentenek a növekvő igények és a növekvő költségek egyaránt. Következésképpen, nagy szükség van a hatékonyságot optimalizáló mechanizmusokra. Az információs és kommunikációs technológiáknak a (határon átnyúló) egészségügyben való használata számos előnnyel jár. Többek között hozzájárulnak az erőforrás-kihasználás ésszerűsítéséhez, a várólisták lerövidítéséhez és a betegek kezébe is új eszközöket adnak.

Mind a Koordinációs Rendelet, mind pedig a Betegmobilitási Irányelv épít a modern technológiákra egy bizonyos szinten, de – ahogy az a kutatás során megállapítást nyert – távol állnak az e-egészségügyben rejlő potenciál teljeskörű kiaknázásától. Mivel az ezeknek a technológiai megoldásoknak az alkalmazásából folyó kockázatok egy része európai szinten még nem rendezett, ezeknek a biztonságos beintegrálása az európai egészségügyi rendszerekbe – és így az európai határon átnyúló egészségügybe – további erőfeszítéseket igényel.

A betegmobilitás szabályozásának általam javasolt integrált rendszere számos módon épít az információs és kommunikációs technológiai megoldásokra, így különösen (1) interoperábilis, digitalizált adatbázisokra, amelyekben – többek között – a betegek biztosítási státuszát lehet ellenőrizni; (2) közös online felületekre, amelyeken az érintett adminisztratív szervek egyszerűen és gyorsan tudnak egymással kapcsolatba lépni, biztonságosan kérhetnek és oszthatnak meg információkat egymással; és (3) olyan eszközrendszerre, amely lehetővé teszi szimultán tolmácsszolgáltatásnak a távolból történő nyújtását.

A határon átnyúló egészségügy ellentmondásos pontjai csak néhány annak a dilemmának a számos példája közül, amelyek abban a tagállami félelemben gyökereznek, hogy a tagállamok vonakodnak nemzeti szuverenitásuk (további területeit) feladni, szemben az Európai Unió folyamatos törekvésével, hogy fejlessze a közös piacot és elmélyítse az integrációt. Egyre inkább világossá válik, hogy további harmonizáció nélkül a határon átnyúló egészségügyi jogosultságokat övező kérdések hosszú távon megoldatlanok maradnak. Meggyőződésem, hogy az európai intézményeknek és a tagállamoknak egyesített erővel kell dolgozniuk egy integráltabb, szolidaritás-alapú, szociálisan érzékeny Európai Unióért, amely mindenki számára azonos jogokat és lehetőségeket biztosít.

V. A kutatás tudományos eredményei

V.1. A témában készült publikációk

1. BERKI Gabriella: *Egy „egészségügyi menekült” története az Európai Bíróság esetjoga tükrében. A tartózkodás és a lakóhely fogalmi dilemmája egészségügyi szolgáltatás külföldi igénybevétele esetén.* Publikálásra elfogadva (Jogesetek Magyarázata, várható megjelenés: 2015.)
2. Gabriella BERKI: *Does an „info-barrier” exist in cross-border patient mobility?* Publikálásra elfogadva (Opuscula Szegediensia 7, várható megjelenés: 2015.)
3. Gabriella BERKI: *The evolution of the legislation on European cross-border patient mobility.* Publikálásra elfogadva (Opuscula Szegediensia 6, várható megjelenés: 2015.)
4. BERKI Gabriella (2014): *Quo vadis EHIC? Az Európai Egészségbiztosítási Kártya múltja, jelene és jövője.* Med. Et Jur. 2014/2. 4-7. p.
5. Gabriella BERKI (2012): *Defining cross-border patient mobility: conceptual remarks.* In Lajkó Dóra (ed.): Opuscula Szegediensia 5, Szeged, 2012, 169-181 p.
6. BERKI Gabriella (2012): *Elchinov-eset. Az Európai Bíróság újabb ítélete az egészségügyi szolgáltatás tervezett külföldi igénybevételének tárgyában.* Jogesetek Magyarázata, 2012/II. 39-47 p.
7. BERKI Gabriella (2011): *Az új betegmobilitási irányelv: régen várt válaszok vagy újabb kérdések?* In Profectus in litteris III (VIII. Debreceni Doktorandusz Konferencia utókiadványa), Debrecen, 2011, 45-53 p.
8. BERKI Gabriella (2011): *Rendelet vs. esetjog: Vajon nyer rajta a beteg?* In Zadravec Zsófia (szerk.): Tavaszi Szél 2011 Konferenciakötet, Budapest, 2011, 27-33. p
9. BERKI Gabriella (2011): *A betegmobilitás közösségi jogi keretei az Európai Unióban a szociális biztonsági koordináció nézőpontjából.* In Berki Gabriella (szerk.): Opuscula Szegediensia 4, Szeged, 2011, 9-31. p
10. BERKI Gabriella (2010): *Online gyógyulás – Az e-egészségügy megoldatlan jogi problémái.* Munkaügyi Szemle 2010/IV. 30-34. p

V.2. Tudományos előadások a témában

10. 2014. október 13.: Mobility of Workers and Pensioners and Coordination of Social Protection in Europe (Leuven, az előadás címe: *Overview of current issues from a legal point of view: Patient Mobility Directive - its origins and implications*)
11. 2014. május 9.: 7th seminar of young researchers on European Labour Law and Social Law (Gent, az előadás címe: *Free movement of patients? Recent obstacles of European patient mobility*)
12. 2013. május 17.: 6th seminar of young researchers on European Labour Law and Social Law (Halle-Wittenberg, az előadás címe: *Legislation on European Patient Mobility: (R)evolution?*)
13. 2012. február 2.: Munkajogi és Szociális Jogi Doktoranduszok és Pályakezdő Oktatók Konferenciája (Szeged, előadás címe: *Defining patient mobility – conceptual basics*)
14. 2011. október 21.: Határon innen és túl - szakmai kerekasztal (Szeged, az előadás címe: *Mobilitás és szociális biztonság. A szociális biztonsági rendszerek koordinációja az Európai Unióban*)
15. 2011. október 5.: 3rd European Conference on Health Law, EAHL PhD and Early Career Researcher Satellite Workshop (Leuven, az előadás címe: *Mobile (elderly) patients – European legal framework on patient mobility with special regard to pensioners*)
16. 2011. június 3.: DE-ÁJK VIII. Doktorandusz Konferenciája (Debrecen, az előadás címe: *Az új betegmobilitási irányelv: régen várt válaszok vagy újabb kérdések?*)
17. 2011. május 12.: 4th seminar for young researchers on European Labour Law and Social Law (Szeged, az előadás címe: *Travelling Patients – The Hitchhikers' Guide to the European Healthcare*)
18. 2009. május 14.: A munkavállalók szabad mozgása - uniós munkavállalók Magyarországon és Romániában (Szeged, az előadás címe: *A szociális koordináció és a munkavállalók szabad mozgása*)