

Mészáros Árpád
ELTE ÁJK Nemzetközi Magánjogi és Európai Gazdasági Jogi
Tanszék
Témavezető: Gellérné Lukács Éva, PhD, adjunktus

Trendek Magyarország kétoldalú szociális biztonsági egyezményes szabályrendszerében a természetbeni egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést tekintve

1. Bevezetés

Az elmúlt húsz évben Magyarország számos szociális biztonsági egyezmény megkötése mellett részesévé vált annak, a világon talán legfejlettebb koordinációs rendszernek, amelyet az Európai Unióhoz való csatlakozásunkkal magunkra nézve nemcsak kötelezőnek ismertünk el, de amely állampolgáraink számára az EU által nyújtott értékek egyik legfontosabbika¹. Az ma már természetesnek tűnik, hogy az igénybe vehető egészségügyi ellátások tekintetében az Európai Unió (EU) belüli személymozgások² esetében az uniós szociális biztonsági koordinációs szabályok³ a lehető legmagasabb szintű védelmet biztosítják⁴. Nem ennyire egyértelmű, hogy mi a helyzet a harmadik országok vonatkozásában. A szociális jogok mint második generációs jogok gyakorlását alapvetően befolyásolják az egyes alapjogi tárgyú egyezmények és az ezekhez illeszkedő, széles körben a második világháború után megjelenő nemzetközi egyezmények,⁵ bár kétségtelen

¹ Jó példa erre, hogy a Brexit kapcsán az egyik leggyorsabban és legmegnyugtatóbban rendezni szükséges kérdéskörök egyike éppen a szociális biztonsági koordinációs szabályok jövőbeni helyzete volt.

² Gellérné 2008.

³ Az Európai Parlament és a Tanács 883/2004/EK rendelete (2004. április 29.) a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról (a továbbiakban: 883/2004/EK rendelet); az Európai Parlament és a Tanács 987/2009/EK rendelete (2009. szeptember 16.) a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet végrehajtására vonatkozó eljárás megállapításáról.

⁴ Gellérné 2009. 199–214.

⁵ A szociális jogok nemzetközi szabályozóinak egymáshoz való hierarchikus alapvetésére lásd Hoffman-Gellérné 2020, 57.

hogy már a XX. század első felében léteztek kifejezetten egészségügyi tárgyú nemzetközi egyezmények⁶.

Amíg a szociális biztonsági ellátások többsége – különösen az uniós és a kétoldalú koordinációs szabályok által lefedett körben – a speciális rászorultságot vagy jogosultságot figyelembe véve ellátásként a pénzbeli ellátáshoz való hozzáférést alapozza meg vagy segíti elő, addig a természetbeni egészségügyi ellátás esetén teljesen másfajta igényt kell kezelni. Az egészségügyi állapotban bekövetkeztetett változás, legyen betegséggel vagy anyasággal összefüggő, olyan ellátást igényel egy idegen ország intézményében, amely fizikai beavatkozással jár, amit csak bonyolítanak a nyelvi korlátok. Nagyon sok esetben sürgős/azonnali és csak az esetek kisebb számában tervezhető ellátást követel meg az egészségi állapotunk. Csak még összetettebbé teszi a helyzetet, hogy az ellátások ellenértékének a kifizetését, annak képességét, hogy a díjak, pénzbeli fizetési kötelezettségek, számlák rendezése egyáltalán megtörténhet-e, az esetek jó részében szükségszerűen csak a sürgős szükség elhárítása után lehet egyáltalán megvizsgálni.

A koordinációs szabályrendszerek hatálya alatt a természetbeni egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés ezért mindenképpen önálló vizsgálatot érdemel. Ez igaz már amiatt is, mert mint a legtöbb jogterület, ez sem tekinthető statikusnak, sőt a fejlődés – legalábbis az Európai Unióban – nagyon is jól tapintható.

E tanulmány célja, hogy egyfajta bevezetésként feltérképezze – az okokat feltárva – azokat a fejlődési irányokat, amelyek a ma ismert helyzetet kialakították, továbbá bemutassa és választ keressen arra, milyen irány(ok)ban várható a további fejlődés.

2. Az európai jogi környezet

Külföldre utazás esetén a jogokról egyik oldalról tisztán nemzeti normák szólnak, amelyek a külföldön szükség esetén igénybevett ellátások finanszírozását szabályozzák.⁷ Másrészt a múlt század közepe óta nemzetközi normák és egyezményes formát öltő szabályok olyan hatásával kell számolnunk, ami alapvetően befolyásolta ezeket a nemzeti szabályokat. Ahogyan arra Fazekas Marianna is rámutat⁸, a szociális

⁶ Fazekas (szerk.) 2020 25.

⁷ A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény, a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.), és szükség szerint végrehajtási szabályaik, illetve a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet.

⁸ Fazekas: A szociális igazgatás. 296.

jogokkal összefüggő nemzetközi szabályozások alapját az Egyesült Nemzetek Szervezete keretében kialakult egyetemes egyezmények teremtik meg. Ezekben a normákban rendszerszerűen kijelölt elvek alapvetően befolyásolják a nemzetközi (és uniós) kapcsolatrendszerünkön alapuló több- vagy kétoldalú nemzetközi megállapodásainkat, tagságból fakadó kötelezettségeinket.

Abban az időszakban, amikor Magyarország érdemben megkezdte meglévő egyezményei felülvizsgálatát, Európában legalább három szabályrendszerre volt célszerű figyelemmel lenni, és ezek alapvetően megszabták a magyar tárgyalási kereteket: az Egyesült Nemzetek Szövetsége (ENSZ), az Európa Tanács (ET) és végül az Európai Unió leendő tagjaként több alapvető rendelkezés jelölte ki ezeket. A mind realisabbá váló uniós csatlakozásra tekintettel az uniós jog, az ET-hez való csatlakozást követően az ET égisze alatt vállalt nemzetközi kötelezettségeink, és ezzel párhuzamosan az ET meghatározó iránymutatásai, ajánlásai, továbbá az ENSZ égisze alatt elfogadott szabályok, így különösen a Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO) tagságából fakadó kötelezettségek (és a szervezet ajánlásai) jelentik azt a keretet, amelyre tekintettel kellett lenni.⁹

Magyarország az Európai Unió, illetve az ET más tagállamaival számos egyezményt hozott létre a szociális biztonsági koordináció tárgykörében¹⁰. Ennek során szükséges volt figyelembe vennie azokat a nemzetközi kötelezettségeket, uniós alapelveket, normákat és a mindezekhez kapcsolódó lehetőségeket, amelyeket az ET tagjaként, illetve az Európai Unió leendő tagállamaként magunkra nézve kötelezőnek fogadtunk el¹¹.

Kiemelt fontosságú nemzetközi kötelezettségek vállalására került sor az Európai Szociális Karta lényegi szabályai magunkra nézve kötelező hatályának elismerésével¹².

Amikor Magyarország megkezdte a szociális biztonsági egyezményei körébe tartozó normái felülvizsgálatát és az új egyezmények intenzív tárgyalásait, nagyon hamar nyilvánvalóvá vált, hogy – néhány speciális esetet kivéve – a kifejezetten Karta rendelkezéseire figyelemmel ellátott személyek többnyire nem tartoznak a természetbeni egészségügyi

⁹ Pl. az ILO 102. egyezményét, amely egyenese társadalombiztosítási tárgykörben jött létre átfogó szabályként Hoffman-Gellérné 2020. 58.

¹⁰ Mészáros 2019. 30-39.

¹¹ Lásd az egészségügyi kötelezettségek európai normáiról Fazekas 2020. 25.

¹² Az uniós csatlakozásunkat megelőző egyik legfontosabb jogi keret az 1999. évi C. törvénnyel kihirdetett Európai Szociális Karta. A Karta fontosságáról lásd Hoffman-Gellérné 2020. 59. A Karta 13. Cikke az egészségügyi segítségre való jogot rögzíti, és „4. bekezdése rendelkezik arról, hogy a cikkben meghatározott jogokat az 1953. december 11-én Párizsban aláírt Szociális és Orvosi Ellátásról szóló európai egyezményből eredő kötelezettségeknek megfelelően kell alkalmazni.” (a törvény indoklása szerint)

ellátásokat koordináló egyezmények hatálya alá, mert az adott személyek az esetek többségében a szerződő partner joga szerint nem szereznek ellátásra jogosultságot a nemzeti jog szerint. Elvi szempontból azonban a rászorultság elvén a hozzáférés biztosítása nagyon is fontos támpontot ad, mit is célszerű az egyezményes viszonyokban szabályozni.

Bár jogi értelemben Magyarország nem vállalta a Karta 12. cikkében a társadalombiztosítással (tanulmányunk tekintetében lényegében a szociális biztonsággal) összefüggő államközi koordinációs kötelezettségeket (4. a. pont¹³), azonban közvetve ezek mégis fontosak az egyezményekben követett elvek szempontjából.¹⁴

Az ET buzdítja a tagjait arra, hogy egymás között szociális biztonsági egyezményes tárgykörben viszonyaikat speciális szabályokkal – kétoldalú egyezményekkel – rendezzék¹⁵. Az ET által javasolt modellegyezmény III. részének 1. Fejezete 7 cikkében ad javasolt szabályozási elemeket a betegségi és anyasági ellátásokra: az ellátásokhoz való hozzáférést megalapozó jogosultsági idők egybeszámítása (13. Cikk), a másik ország területén való tartózkodás esetén azonnal nyújtani szükséges ellátásokra vonatkozó javasolt szabályok (14 Cikk), az áttelepülők egészségügyi ellátásának szabályozása (15 Cikk), a határmenti(ingázó)munkavállalók és – bizonyos feltételek mellett – családtagjaik esetében az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szabályai a biztosítás országán kívüli országban (16. Cikk), a nyugdíjasok és családtagjaik ellátásának speciális szabályai (17. Cikk), az illetékes intézetek meghatározásának (18 Cikk) és a költségek visszatérítésének szabályai (19. Cikk).

Nyilvánvalóan a modellegyezmény szabályai semmilyen formában nem kötelezőek, azonban nagyon életszerűen és összességében időtállóan jelölték ki azokat a szabályozási kérdéseket, amelyeket a szerződéskötő feleknek szükséges lehet megvitatniuk és speciális helyzetükre, igényeikre figyelemmel szabályozniuk. E tekintetben – bár közvetlenül jogi kötelezettséget nem jelentettek sosem – gyakorlati hatásuk mégis jelentősebb, mint akár a Karta rendelkezései.

1980-ban fogadták el a genfi orvosi ellátásokról szóló egyezményt, amelyet Magyarország ratifikált.¹⁶ Ez az azonnali orvosi ellátást igénylő esetekben (lényegében sürgős szükség esetén) írja elő a kötelező ellátás

¹³ Lásd a Karta 12 Cikk 4. pontját

¹⁴ Ezeknek a kötelezettségeknek a formális vállalásában a Módosított Karta ratifikációja sem változtatott. Lásd a Módosított Karta 12. Cikk 4. pontját

¹⁵ Az Európa Tanács által kidolgozott egyezménytervezet nem csak a munkavégzéshez kapcsolódó, de bármilyen célú, az országok közötti szabad mozgást elősegítő szabályozásra tesz javaslatokat. <https://www.coe.int/t/dg3/sscsst/Source/ModProven.PDF> (letöltés 2020. 04.14.)

¹⁶ 1983. évi 29. törvényerejű rendelet az államok területén ideiglenesen tartózkodó személyek orvosi ellátásáról szóló, Genfben, az 1980. évi október hó 17. napján aláírt Európai Megállapodás kihirdetéséről

nyújtását. Az egyezmény meghatározza azt is, hogy pontosan ki (hazája joga szerint ellátásra jogosult és ezt igazolja)¹⁷, mikor (ideiglenes tartózkodás során), milyen szabályok szerint (az ellátás nyújtó ország joga), meddig (formálisan gyógyulásig, de valójában hazaszállítható, hazatérésére alkalmas állapotba kerülésig - 4. Cikk (1)bekezdés) jogosult az ellátásra Továbbá rögzíti azt is, hogy semmiképpen sem történhet az eredeti beutazás egészségügyi ellátás igénybevételére (4. Cikk (5) bekezdés)¹⁸. A felek megtérítési kötelezettségét szabályozza az egyezmény, azonban azt alapvetően a felek megállapodásától teszi függővé (6. Cikk).¹⁹ Ez, a Kartától szemléletében eltérő szabályozás inkább az ET modellegyezményt idézi fel. Ugyanakkor látni kell, hogy a Kartához hasonlóan abszolút sürgősség esetében az érintett személy orvosi ellátása nem utasítható vissza azon az alapon, hogy az adott időpontban nem tudja igazolni jogosultságát²⁰. Ez a megállapodás azért is jelentős vizsgálatunk szempontjából, mert ennek alapján – erre hivatkozással – két konkrét EGT tagállammal kötött megállapodásunk is született 1990 előtt²¹, amely már a modern európai elvek felé való elmozdulás egy lépését jelentette.

A kétoldalú szabályrendszerünket alapvetően befolyásoló – döntő lökést megadó – tényezőként jelentkezett az európai uniós integráció folyamat, amely komoly hatást gyakorolt arra a jogi környezetre, amely a személyek külföldi tartózkodása során egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférést biztosít nemzeti jogunkban. A kétoldalú kapcsolatokban minőségi ugrást jelentett az Európai Unióhoz való csatlakozás igénye. A csatlakozás folyamatában ugyanis kiemelt pont volt az egészségügyi ellátórendszerünk és igazgatásunk számára, hogy felkészüljön a tagság idején az uniós jog alá tartozó állampolgárok megfelelő ellátására.

„Bár az Európai Unió történetében – ahogy ezt minden unióval, uniós politikákkal foglalkozó írás is megállapítja – a szociális dimenzió viszonylag hosszú ideig nem jelent meg” ... és „a társadalombiztosítási rendszerek koordinációja (csak – M.Á.) a megszerzett várományok és ellátások „forgalmát” biztosította a munkavállalók mozgásához igazodóan”²², a csatlakozásunkra a helyzet gyökeresen megváltozott. Az európai uniós

¹⁷ A Genfi egyezmény 5. Cikke

¹⁸ A Genfi egyezmény 4. Cikk (1) és (5) bekezdései.

¹⁹ A Genfi egyezmény 6. Cikke

²⁰ A Genfi egyezmény 5. Cikk (4) bekezdése, a fogalmakra 1. Cikk i) és j) pontjai.

²¹ „A európai integrációs folyamat szempontjából említést érdemel, hogy a két legutóbbi egyezmény - a magyar-norvég, illetve a magyar- finn - a területükön ideiglenesen tartózkodó személyek orvosi ellátásánál már a Genfben 1980. október 17-én kelt, az államok területén ideiglenesen tartózkodó személyek orvosi ellátásáról szóló Európai Megállapodáson alapul.

Lásd: TB 46” <https://uj.jogtar.hu/#doc/db/30/id/00000046.TBK/ts/10000101/> (letöltve 2020. április 17.)

²² Fazekas 2020. 26., részletesebben lásd Gellénné – Gyulavári Tamás 2011. 437–462., 444–449.

szabályozás vonatkozik az egészségügyi ellátás feltételeire, és ez ma már nem csak a szabad munkavállalás jogával élő, és ilyen minőségben a másik tagállamban tartózkodó munkavállalókra és családtagjaikra terjed ki, hanem az európai szabályozás hatálya alá eső minden személyre, függetlenül a másik ország területén történő tartózkodás minőségétől. Főszabályként az egyik tagállamból a másikba átutazó, az ellátások tekintetében biztosított/jogosult személyeket igénybevétele esetén – erre a célra rendszeresített igazolási rend alapján – az adott egészségügyi intézmény, orvos ugyanolyan feltételekkel látja el, mint saját biztosítottait/állampolgárait. A gyógykezelés költségeit a beteg biztosítója téríti meg az ellátást nyújtó intézménynek.

Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés, a szolgáltatások nyújtásával összefüggő jogok kérdésköre, szabályozottsága az Európai Unióban nagyon összetett és többlépcsős fejlődési folyamatban alakult és alakul ma is²³. Célszerű figyelembe venni, hogy alanyi jogon mindenki számára hozzáférést biztosító egységes – és standardizált – európai egészségügyi rendszert még maga az EU sem képes létrehozni és működtetni. Az európai integrációnak soha nem is volt ez a célja, ehelyett koordinációs szabályok biztosításával segíti az állampolgárokat a szabad mozgás jogának gyakorlásában. Fontos rámutatni arra, hogy minden tagállamtól a saját – a gazdasági ereje, társadalmi tradíciói és konszenzusa keretei között kialakított – nemzeti egészségügyi rendszerét átvenni és azt uniós szinten működtetni még az Unió forrásai sem tűnnek elégségesnek. Az EU nem is tekinti, tekintheti feladatának ennek a kihívásnak a felvállalását. Az egészségügyi rendszerek működtetése és finanszírozása leghatékonyabban még az EU-n belül is csak a nemzeti rendszerekben valósítható meg. Ez azonban nem jelenti azt, hogy az egészségügyet érintő európai uniós politikaképzés mára ne jutott volna el oda, hogy a megfelelő szintű védelem legmagasabb fokát ne csak elősegítse, de szükség szerinti keretek működtetésével biztosítsa, és ha kell kikényszerítse.²⁴ Az uniós koordinációs szabályok azt garantálják,

²³ Az 1958-ban elfogadott 3 és 4. számú EGK rendeleteket (1.) az EGT/uniós állampolgárok tekintetében a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló, 1971. június 14-i 1408/71/EGK rendelet, valamint az ennek végrehajtására kiadott 574/72/EGK rendelet váltotta fel (2.). Majd 2010. május 1-jével a szociális biztonsági rendszerek koordinációjáról szóló 883/2004/EK rendelet, illetve a végrehajtásáról szóló 987/2009/EK rendelet lépett a korábbi szabályozás helyébe (3.).

²⁴ A jogvédelem fejlődése jellegzetesen európai a másik országban tagállami állampolgár munkát vállalóktól a valamennyi európai állampolgárig, a sürgős szükségétől az orvosilag indokolt ellátásig fejlődő szabályokkal.

A 1408/71/EGK rendelet 22. cikke (1) bekezdésének a) pontja 1996-tól garantálta, hogy egy munkavállaló (vagy önálló vállalkozó és persze családtagjaik) még akkor is, ha soha nem dolgozott másik tagállamban, ideiglenesen egy másik államban való tartózkodása során a biztosítás helye szerinti állam terhére minden természetbeni ellátásra jogosult, amely orvosi okból szükséges. A 22. cikk (1) bekezdésének a) és c) pontja által garantált védelem 2004-től nem korlátozódik a munkavállalókra, az önálló vállalkozókra és a hallgatókra,

hogy az érintett személyek egy tagállam joga hatálya alá tartozva a diszkriminációmentesség, a megszerzett jogok megőrzése alapelvek tekintetében mind elméletben, mind a gyakorlatban teljes védelmet élvezzenek²⁵.

Azért fontos kiindulópontként az uniós jogra tekinteni, mert ez a normarendszer a nemzeti szabályokban az egyenlő elbánás elvének alkalmazásával az uniós állampolgároknak ugyanazon – elbírálásra, elbánásra és ellátásra vonatkozó – jogokat biztosítja, mint az adott tagállam állampolgárainak, ha azon ország jogának hatálya alatt jogokat szereztek. Ez a gyakorlatban érvényesülő, a tagállamok nemzeti jogában közvetlenül alkalmazandó jogi normaként jelenik meg.²⁶

3. A kétoldalú egyezmények

A kétoldalú kapcsolatrendszerünk mind a mai napig sem tekinthető egységesnek. Az elismert tény, hogy „[A] kétoldalú egyezményeknek történetileg 'több generációja' alakult ki”²⁷. Ugyanakkor ez a mára igen sokrétű eszközrendszer a szabad mozgás jogával élő személyek számára valódi biztonságot nyújtó kereteket biztosít – a legtöbb meghaladott egyezményt kiváltva –, és tartós, akár hosszú évtizedeken keresztül is működőképes rendszerként védi a mobilitással érintett állampolgárok jogait az EU-n kívüli országok egy részében. Ez hosszú és több tekintetben kívülről is vezérelt fejlődési folyamat eredményeképpen alakult így. Az egészségügyi ellátásokat tekintve az általános európai trendektől sokszor nagyon is eltérő a magyar kétoldalú kapcsolatrendszer.

Történetileg – ahogyan azt nem felejthetjük el – már 1945 előtt létezett olyan egyezmény, amely kifejezetten rendelkezett az államok közötti megállapodásos körben egészségügyi ellátásról²⁸, de ezt nehezen lehetne

valamint családtagjaikra, akik egy tagállamban biztosítottak és ideiglenesen tartózkodnak egy másikban, például a szabadságuk ideje alatt. Innentől kezdve a szabály minden személyre vonatkozik, feltéve, hogy valamely tagállam állampolgárai, és egy tagállam jogszabályai szerint biztosítva vannak (például nem aktív személyek, akik tartózkodási alapú rendszer alapján vannak biztosítva). Mivel a Bíróság határon átnyúló egészségügyi ellátással kapcsolatos ítélezési gyakorlata eredményeként a „betegek mobilitása” az elmúlt két évtizedben az egyik legvitatottabb kérdés európai szinten, érdemes figyelembe venni a rendeleti jogalkotás mellett az irányelvi jogalkotásban elért eredményeket az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférésben, lásd a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről 2011/24/EU irányelvet.

²⁵ Van der Mei 2018 81.

²⁶ Nemzetközi Munkaügyi Szervezet – ILO Convention No.102 concerning Minimum Standards of Social Security, 1952; ILO Recommendation No.202 concerning National Floors of Social Protection, 2012. – Ezekben a dokumentumokban az ILO azt ajánlja, hogy bármely kétoldalú szociális biztonsági egyezmény fedje le valamennyi a szociális biztonság hagyományosnak tekintett kilenc kockázati ágát, és ezek között kifejezetten szerepel az egészségügyi ellátás, a betegségi és az anyasági ellátások.

²⁷ Fazekas 2020. 26.

²⁸ „Például az 1930. évi XLIV. törvénycikk a betegek kölcsönös ellátása tárgyában 1928. évi február hó 22-én Belgrádban kelt magyar–szerb–horvát–szlovén egyezmény becikkelyezéséről; hasonló jött létre 1931-ben

rendszeresnek tekinteni, és különösen nem lehet a tanulmány elején említett szociális jogok rendszerébe kapcsolva értelmezni.

Számos országgal az 1960-as években jöttek létre kétoldalú egyezmények, amelyek szűkebb vagy tágabb tartalommal tartalmazták az egészségügyi ellátások kérdéskörét. Ezeknek két típusa volt:

a) szociálpolitikai egyezmények²⁹,

b) az egészségügyi ellátás kérdését a sürgős szükség esetére szabályozó kétoldalú egészségügyi megállapodások (általában kormányközi megállapodásként jöttek létre).

Az előbbieket az európai integrációs folyamatban a felek az elmúlt évtizedekben felváltották egy új szociális biztonsági egyezménnyel, amely a természetbeni egészségügyi ellátásokat szintén a modern európai elvek mentén szabályozta újra, vagy a két fél között az uniós jogrend lépett életbe³⁰.

Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés illetően Kelet-, Közép-, és részben Dél-Európa esetében összetett, de nagyon hasonló alapokon nyugvó kapcsolatrendszer alakult ki a Szovjetunió érdekszférájába tartozó szocialista országok között. Magyarország az 1950-es és 1960-as években létesített államközi szociálpolitikai egyezményeket az akkori európai szocialista országokkal. Így jött létre Magyarország és Lengyelország, Csehszlovákia, Románia, Bulgária, az NDK, Jugoszlávia, illetve a Szovjetunió közötti szociálpolitikai egyezmények köre. Az egyezmények annak a kornak megfelelően tükrözik egyrészt az adott időszak külpolitikai törekvéseit, kapcsolatait, másrészt az egészségpolitikai sajátosságait.

Ahhoz, hogy megértsük a szabályok mit és miért tartalmaztak, látni kell, hogy abban az időszakban meghatározó körülmény volt a korlátozott – és szabályozott – migráció. Ehhez járult még az is, hogy az állami költségvetésből finanszírozott, döntően állampolgári jogosultságként járó egészségügyi ellátás feltételei között létrehozott egyezmények esetében egyszerűen végrehajtható, kevés adminisztrációval járó nemzetközi szabályok kialakítása volt indokolt. Így az úgynevezett 'területi elv' alkalmazásával egyszerű adminisztrációra törekvő egyezmények kerültek aláírásra. A területi elv alkalmazása azt jelenti, hogy – főszabályként – a

Bulgáriával is." Fazekas 2020. 26.

²⁹ „A szocialista korszakban lényegében valamennyi szocialista országgal létrejöttek ilyen egyezmények, ... melyek az egészségügyi ellátások kölcsönös biztosítását is tartalmazták.” Fazekas 2020. 26.

³⁰ Pl. a balti államok esetében az 1991-2004 közötti szabályozatlan időszakot követően a szociális biztonsági koordinációs mechanizmusok újra szabályozottá váltak hazánk és ezen országok viszonylatában. Bár a csehszlovák egyezményt nem váltotta fel új egyezmény, de a csatlakozást követően az uniós koordinációs szabályokat alkalmazzuk ezen országokkal is.

tartózkodási hely szerinti ország nyújtja az ellátást, és a költségek elszámolására a szerződő felek között nem kerül sor. Természetesen ettől a főszabálytól részben eltérő példát is láthattunk, különösen a jugoszláv egyezmény esetében.³¹

1990 után, de az uniós csatlakozásunk előtt magyar részről a szomszédos és néhány más európai országgal való kapcsolatok újraszabályozása azért is volt szükséges, mert a lehetővé vált mobilitás következtében mind nagyobb számú állampolgárt érintett az igény, hogy a külföldön igénybevett egészségügyi ellátások szabályozása rendezett legyen.

Mind Magyarország, mind a legtöbb szomszédos európai ország – ide nem értve a már uniós tag Ausztriát – az uniós jogszabályok alkalmazására készülve kétoldalú kapcsolatok kialakításával törekedett az uniós alapelveken nyugvó, uniós szabályozási szemléleten alapuló eljárások és azt támogató mechanizmusok, nemzeti adminisztratív rendszerek kialakítására, illetve továbbfejlesztésére. Ennek a célja az, hogy az így elfogadott megállapodások megfelelően szolgálják a felkészülést az Európai Unióhoz való csatlakozást követően az uniós rendszer minél hatékonyabb alkalmazására.³² Erre mindenképpen szükség volt, mert a szabad mozgás jogával élő személyek esetében a turisztikai, rövid távú külföldi (jelen esetben EU tagállamban) tartózkodás a csatlakozást követően megváltozó jogszabályi környezetben azonnal jelentős nyomást gyakorolt a hazai ellátó és adminisztratív – azaz a szolgáltató és a finanszírozó – intézményrendszerre.

³¹ Így: a Magyar Népköztársaság és a Bolgár Népköztársaság között a szociálpolitikai együttműködésről szóló Budapesten, 1961. június 30-án aláírt államközi egyezmény: kihirdette 1962. évi 2. törvényerejű rendelet (ma már nem hatályos); a Magyar Népköztársaság és a Csehszlovák Köztársaság között a szociálpolitikai együttműködésről szóló Budapesten, 1959. január 30-án aláírt államközi egyezmény: kihirdette 1959. évi 41. törvényerejű rendelet (még hatályos, de nem kerül alkalmazásra, mert mindkét ország tekintetében az uniós jogot alkalmazzuk); a Magyar Népköztársaság és a Jugoszláv Szövetségi Népköztársaság kormányai között az állampolgáraik szociális biztonságával kapcsolatos kérdések rendezése tárgyában megkötött egyezmény Budapest, 1957. október 7., kihirdette 1959. évi 20. tvr. (ma már csak Koszovó tekintetében hatályos); a Magyar Népköztársaság és a Lengyel Népköztársaság között a szociálpolitika területén történő együttműködésről megkötött államközi egyezmény, Varsó, 1959. február 14., kihirdette 1959. évi 38. tvr. (ma már nem hatályos); a Magyar Népköztársaság és a Román Népköztársaság kormányai között a szociálpolitika területén történő együttműködésről megkötött egyezmény Budapest, 1961. szeptember 7.; kihirdette 1962. évi 5. tvr. (ma már nem hatályos); a Magyar Népköztársaság és a Szovjet Szocialista Köztársaságok Szövetsége között a szociális ellátás területén való együttműködés tárgyában megkötött államközi egyezmény Budapest, 1962. december 20.; kihirdette 1963. évi 16. tvr. (ma már csak Oroszország és Ukrajna tekintetében hatályos); a Magyar Népköztársaság és a Német Demokratikus Köztársaság között a szociálpolitika terén történő együttműködés tárgyában Budapesten, 1960. január hó 30. napján kötött egyezmény, kihirdette az 1960. évi 13. törvényerejű rendelet (ma már nem hatályos).

³² A jelentős mobilitás miatt az állampolgárok számára kiemelt fontosságúak voltak az osztrák, a német és a svájci egyezmények (német viszonylatban specifikum volt, hogy a korábbi Német Demokratikus Köztársasággal volt egyezménye a Magyar Népköztársaságnak), amelyek megkötése az uniós tagságunkra való felkészülés fontos elemei lettek. A többi szomszédunkkal a csatlakozást megelőzően élt egyezményünk, amelyek felváltására több esetben sor került.

Nyilvánvalóan a csatlakozási folyamat megindulásával az egészségügyi adminisztrációnak kiemelt érdeke volt, hogy az erre való felkészüléshez minden segítséget megragadjon³³, és ebben a 2000-es évek elején megkötött egyezményeink alapvető jelentőségűek voltak (német, osztrák viszonylatban). Sajnos a sürgős szükségben elengedhetetlen ellátásokat közel sem a legolcsóbb és a könnyebben finanszírozható járóbeteg ellátásban kell igénybe venni, gondoljunk csak egy komolyabb közúti balesetre, vagy külföldi tartózkodás alatti szívrohamra. Ehhez pedig értelemszerűen társult az az igény, hogy ne csak ezeket a helyzeteket, hanem a sokkal összetettebb igényeket támasztó, a hosszabb tartózkodással összefüggő élethelyzeteket is megfelelően kezeljék a szabályrendszerünk (külföldi munkavégzés, másik országban biztosított/lakó családtagok ellátása, tanulmányok folytatása, ingázás, áttelepülő nyugdíjasok ellátásai stb.).

Így teljesen érthető volt, hogy az új szociális biztonsági egyezmények létrehozása során már a kezdetektől fogva hangsúlyozottan tekintettel volt a jogalkotó a személyek szabad mozgásának gyakorlásához kapcsolódó – a tagállami eljárásokat összehangoló – szociális biztonsági koordinációs rendeletekre és alapelvekre. Sőt mi több, kezdetben a magyar fél lényegében ezt tekintette a meglevő egyezményes kapcsolatok megújításában – a legnagyobb előttünk álló kihívás kezelésében – az egyik leghatékonyabb eszköznek. Azonban ennél némileg összetettebb a magyar egyezményes kapcsolatrendszer megújulásában szerepet játszó mozgatórugók összessége. Az évek előrehaladtával és az európai uniós tagságunkkal pedig értelemszerűen ezek a mozgatórugók is jelentősen változtak.

A mozgatórugók jobb megértéséhez célszerű a folyamatokat áttekinteni azoknak a trendeknek a vizsgálatához, amelyek a szociális biztonsági egyezményes kapcsolatrendszerünkben az egészségügy ellátásokat érintik. Három nagy időszakot érdemes megkülönböztetni.

Az 1990-es évek első felében nagyon komoly előrelépésről nem beszélhetünk, talán az igények megfogalmazásához vezető folyamaton kívül. Ennek tartalma az európai uniós csatlakozás elvi igényének felmerülése, illetve az országnak az ET-hez való csatlakozása, amely a

³³ Az érintett ellátások nyújtásának végső teherviselője a biztosított/jogosult személy esetében az az egészségbiztosító lesz, amelynél az illető személy biztosítottként minősül vagy jogosultságot szerzett, és nem attól függ, hogy melyik ország területén vett igénybe ellátást. Ennek megfelelően a biztosítási elvet figyelembe véve mindegyik fél viseli a saját biztosítottja által igénybe vett ellátások pénzügyi terheit. Szemben a nem adminisztratív szocialista egyezményekkel, az elszámolási elvű egyezmények nyilvánvalóan akkor lehetnek ügyfélbarát megoldások, ha a nemzeti hatóságok és különösen az illetékes intézmények készek és képesek a nagy adminisztratív teherrel járó rendelkezések (engedélyezés, jogosultság igazolása, elszámolás) – nemzetközi együttműködés keretében történő – megvalósítására.

Karta és a modellegyezmény révén gyakorlatilag is elősegítette az ET tagállamok közötti kétoldalú szerződések megkötését³⁴. Jól láthatóan a két hatás alapvetően európai, az európai államok kapcsolatait középpontba helyező hatás volt.

Érdemi előrelépésre az 1990-es évek második felében, a hosszú évtizedek óta napirenden levő – de éppen az egészségügyi ellátások költségterhei és finanszírozási igényei miatt szakmailag sem véglegesített – osztrák szociális biztonsági egyezmény kínált lehetőséget.³⁵ Ezzel párhuzamosan a német-magyar viszonyrendszerben is megkezdődtek a tárgyalások³⁶. A két uniós állam szerződéstervezetei értelemszerűen nem tudták a teljes, e területen releváns EU koordinációs szabályrendszert átültetni, jóval inkább a munkavállalási célú mozgások, az ideiglenes tartózkodás és az áttelepülő nyugdíjasok kérdéskörei kerültek napirendre.³⁷ Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés tárgykörében az elveket nézve igen, de a részlet szabályokat tekintve nem pontosan az uniós szabályokat formálták át a szerződő országok igényeire. Az eredmények végül is sok tekintetben az ET modellegyezményt idéző szerződések lett. Ennek oka az, hogy a felek egyértelműen az egyszerűbben, de hatékonyabban kezelhető és végrehajtható, ugyanakkor a két ország speciális közös igényeit kiszolgáló³⁸ szabályozási kereteket kívánták létrehozni.

Az, hogy osztrák – magyar viszonylatban már 1980-as években felmerült egy ilyen szerződés iránti igény, érthető még a „vasfüggöny”, a zárt határok ellenére is, hiszen célszerű lett volna Ausztria és Magyarország között a viszonyt rendezni. Az akkori szabályokban is fellelhető uniós elveket a tervezetben az asztalra tevő osztrák javaslatot Magyarország nem is elvi megközelítése, hanem éppen az egészségügyi ellátások finanszírozásával és elszámolásával kapcsolatos szabályok miatt nem tudta sokáig elfogadni. A homogén betegcsoportokon alapuló teljesítményfinanszírozási rendszer bevezetése előtt az intézményi bázisfinanszírozási rendszerben működő magyar ellátórendszer és annak a finanszírozását működtető adminisztratív rendszer nem volt abban a

³⁴ A már korábban említett Európa Tanácsi modellegyezmény ennek III. rész 1. fejezete rendezi az egészségügyi ellátás kérdéseit.

³⁵ A Magyar Köztársaság és az Osztrák Köztársaság között a szociális biztonságról szóló, 1999. március 31-én, Budapesten aláírt Egyezmény (kihirdette: 2000. évi CXXIII. törvény).

³⁶ A Magyar Köztársaság és a Németországi Szövetségi Köztársaság között a szociális biztonságról szóló, 1998. május 2-án, Budapesten aláírt Egyezmény (kihirdette: 2000. évi XXX. törvény)

³⁷ A német és az osztrák egyezmények esetében még a partner szolgáltatotta a tárgyalások alapjául szolgáló tervezeteket, az egyezményes szabályokra kiterjedő magyar tervezet vagy modell még nem létezett.

³⁸ Lásd például a német-magyar egyezmény 14. cikkében szabályozott önkéntes biztosítási szabályokat, vagy az osztrák magyar egyezmény 11. cikk (4) bekezdésében az Ausztriában szabadfoglalkozású orvosok, fogorvosok és fogtechnikusok által végzett kezelések speciális szabályait.

helyzetben, hogy valóban a minden működési feltételt biztosító árat el tudja számolni a nyújtott ellátás tekintetében. Már csak azért sem, mert a magyar finanszírozási rendszer nem a nyújtott ellátások ellenértékét biztosította – utólagos elszámolás alapján –, hanem általában egy-egy egészségügyi intézmény egyhavi/éves teljes működésének forrásait nyújtotta a szolgáltatóknak. Így nem is lehetett pontosan megmondani, hogy egy osztrák biztosított által Magyarországon igénybevett ellátásnak ténylegesen mi is lett volna az ára. (Két intézményben ugyanaz az ellátás, az átlagszámítások alapján akár teljesen különböző „árat” eredményezhetett.) Jelentős finansziális kihívásként jelentkezett továbbá az, hogy fordítva, egy magyar személy által Ausztriában igénybevett, ugyanolyan helyzetben szükséges ellátás megtérítését osztrák áron a magyar ellátásra jutó forráshoz képest sokszoros áron kellett volna vállalnia a magyar rendszernek. Ezt 1990 előtt végül nem fogadta el Magyarország.

Az egyezmények a különleges rendelkezések között a betegséggel, anyasággal összefüggő pénzbeli és természetbeni ellátásokat szabályozzák (e tekintetben elvi alapon az európai uniós szabályokhoz igazodva), rendszerint elkülönült fejezetben, számos cikkre bontva a szabályokat. Érdeemes ezeket közelebbről is áttekinteni, mert – ahol egészségbiztosítás felmerül – ott ezek a szabályok nagyon is jellemző elvi kiindulási alapot jelentenek bármilyen vizsgálathoz.

A szabályok lényegi tartalma az alábbi:

a) a két országban szerzett biztosítási idők – amennyiben nem ugyanazon időre esnek – az ellátási jogosultság megszerzése és az ellátás nyújtásának időtartama szempontjából összeszámításra kerülnek³⁹;

b) a természetbeni ellátásokat önálló cikkben szabályozzák, azzal, hogy amennyiben az ellátásra jogosult a másik állam területén lakik, vagy ott ideiglenesen tartózkodik (a halaszthatatlan/sürgős szükség mértékéig), vagy ebbe a másik államba kifejezetten ellátás igénybevétele céljából utazik be, az illetékes teherviselő terhére jogosult a lakó- vagy tartózkodási helye szerint illetékes teherviselőtől természetbeni ellátásokra, erre az utóbbi teherviselőre érvényes jogszabályok szerint úgy, mintha ennél volna biztosítva;

c) az egyezmények tartalmazzák a nagyon drága eszközök (művégtagok, nagyobb segédeszközök) előzetes engedélyhez kötött

³⁹ Pl. ha valamely ellátás nyújtásához a jog megszerzésének előfeltétele valamennyi egybefüggő biztosítási idő, akkor figyelembe kell venni a másik országban megszerzett megelőző biztosítási időt.

felhasználását a nyújtott ellátások során (itt az illetékes teherviselő, azaz a beteg biztosítója előzetes hozzájárulása kell);

d) a szabályok családtagokra/közeli hozzátartozókra való kiterjesztését is biztosítja a szabályozás (hogyan minősül ilyennek, azt mindig a teherviselő nemzeti szabályai mondják meg);

e) a nyugdíjasok a lakóhelyükön jogosultak igénybe venni az ellátásokat. Ennek finanszírozója

ea) német viszonylatban – ha mindkét országból kapják a nyugdíjat –, az az ország, ahol a nyugdíjas lakik (az egyezmény fogalmai szerint „szokásosan tartózkodik”), ha nem attól az országtól kapja a nyugdíját, amelyben lakik, akkor a nyugdíj kifizetője szerinti ország megtéríti az ellátásának költségeit;

eb) osztrák viszonylatban, abban az országban, ahol lakik;

f) az illetékes teherviselő – az igazgatási költségek kivételével – megtéríti a tartózkodási hely szerinti teherviselőnek a felmerült költségeket;

g) meghatározzák az ellátások nyújtásáért és a finanszírozásért felelős intézményeket, és

h) a felek megállapodhatnak abban, hogy – az elszámolási eljárások egyszerűsítése érdekében – a felmerült költségeket minden esetben, vagy az esetek bizonyos csoportjai esetében átalányösszegben térítik meg egymásnak.

A szabályozások tartalma mutatja, hogy a későbbi jogviták elkerülése céljából érdemes nagyon pontosan meghatározni, milyen jogszabályok is irányadók az igénybevevőre, illetve az ellátás nyújtójára. Előbbire jó példa a német-magyar egyezmény azon rendelkezése, miszerint a természetbeni ellátások nyújtására a tartózkodási hely szerinti teherviselő számára mérvadó jogszabályok az irányadóak, azonban az ellátások időtartamára, a figyelembe veendő hozzátartozók körére, valamint az ellátással kapcsolatos peres eljárásra nézve az illetékes teherviselő számára mérvadó jogszabályok érvényesek (16. cikk (2) bekezdés). Utóbbira szintén a német egyezmény ad jó példát, mely teljesen egyértelművé teszi, hogy az adott ország biztosítási rendszerében nem biztosított személyek részére is az egyezményes szabályok alapján azok kötelesek ellátást nyújtani.⁴⁰

⁴⁰ Lásd a német egyezmény 16. Cikk (4) bekezdését

Az 1990 évek második felében új helyzetet teremtett a Svájccal megkötött egyezmény⁴¹. Az egyezmény a szociális biztonság, azon belül azonban csak a nyugellátások területét szabályozza. Elsődleges célja az volt, hogy lebontsa a Svájcban élő magyar származású személyek hazatelepülésének azt az akadályát, hogy – hazatelepülési szándékuk esetén – a nyugdíjuk Magyarországra történő átutalásához nem rendelkeznek a svájci belső jogszabályok szerinti feltételekkel. Az egyezményben nem az egészségügyi ellátásuk volt a rendezendő probléma. Ezzel kapcsolatban már az egyezmény hatálybalépése után merültek fel kérdések.⁴² Az egyezmény az ideiglenes (elsődlegesen turisztikai célú) tartózkodáshoz nem fűz többlet- illetve koordinációs jogokat harmadik állam állampolgáraihoz képest. Viszont részletesen szabályozza, hogy az egyik szerződő fél állampolgára – a másik szerződő fél területén fennálló munkaviszonya, vagy állandó tartózkodása esetén – milyen feltételekkel csatlakozhat a másik ország betegségi, illetve egészségbiztosítási rendszeréhez. Ez a rendszer jól érzékelhetően szándékosan szűkebb, mint amit a német és osztrák viszonylatban láthattunk.

A 2000-es évek első felében Hollandiával⁴³, Kanadával és Horvátországgal megkötött egyezmények több új szempontot hoztak be a rendező elvek meghatározásába.

Míg Hollandia esetében nem teljeskörű egyezmény megkötése, hanem egyetlen, de érzékeny nemzeti utalási szabály kezelése volt a cél, a Kanadával⁴⁴ (és Quebec-vel) létrejött egyezmény előkészítése teljesen új, rendszerszerűen is értékelni szükséges helyzetet tárt fel. Európán kívül is bevett gyakorlat két ország között szociális biztonsági egyezményrel rendezni a jogviszonyokat, de ezen egyezmények megkötésének célja nagyon sok esetben kétirányú. Az állampolgári mobilitás mellett legalább ennyire hangsúlyos az alkalmazandó jog kérdésének megfelelő rendezése, a két ország joga ütközésének elkerülése, ami nemcsak az érintett személyek, de az őket foglalkoztató gazdasági szereplők számára is meghatározó kérdés. Ugyanakkor az Európában szinte természetesen az

⁴¹ A Magyar Köztársaság és a Svájci Államszövetség között a szociális biztonságról szóló, 1996. június 4-én, Bernben aláírt Egyezmény (kihirdette: 1998. évi VII. törvény).

⁴² A gyakorlatban kérdés volt, hogy valójában milyen szabályok alkalmazhatóak rájuk – és persze valamennyi az egyezmény hatálya alá tartozó személyre – ahhoz, hogy a társadalombiztosítási rendszer keretében vehessenek igénybe egészségügyi ellátást a két állam területén való tartózkodás során. A felmerülő problémák akkor jelentkeztek, ha magyar szolgálai idők hiányban még az egyezményes keretek között sem állapíthattak meg részükre magyar nyugdíjat, így magyar nyugdíjasként egészségügyi ellátásra nem szerezhettek jogot még az egyezmény létezése ellenére sem a magyar társadalombiztosítási rendszerben.

⁴³ A Magyar Köztársaság és a Holland Királyság között a szociális biztonsági ellátások kivételével kapcsolatos együttműködésről szóló Egyezmény (kihirdette: 2002. évi VII. törvény).

⁴⁴ A Magyar Köztársaság és Kanada között a szociális biztonságról szóló, 2002. március 4-én, Budapesten aláírt Egyezmény (kihirdette: 2003. évi LXIX. törvény).

egyezményes szabályok közé tartozó természetbeni egészségügyi ellátások kérdéskörét a legtöbb Európán kívüli állam nem kívánja az egyezmény hatálya alá vonni.

Ez volt a helyzet Kanada – és a párhuzamosan tárgyalt Quebec – egyezmény esetében is, amelyek bár teljeskörű kétoldalú megállapodás létrehozására törekedtek, de a szabályozott kérdések között csak a pénzbeli ellátásokat tekintették relevánsnak.⁴⁵

A nem európai államokkal létrejövő egyezmények nyilvánvalóan új feltételei összetettebbé tették az egyezményes szabályozásunkat, illetve azok alapelveinek rendszerét. Egyértelművé tették azt, hogy az egyezményes alapelveknek nemcsak európai uniós, illetve Európa tanácsi megközelítése lehetséges, továbbá előrevetítették a következő időszak szabályozási kétirányúságát: a természetbeni ellátások belefoglalását, vagy eleve kizárását az egyezmények hatálya alól.

A folyamat harmadik időszakában hazánk már uniós tagállamként, jelentősen megváltozott környezetben és minőségben tárgyalt és írt alá egyezményeket. Európai uniós tagállamként számos olyan jogi – uniós normákból fakadó – közvetlen kötelezettségre kellett tekintettel lenni, melyeket a csatlakozást megelőzően ugyan célszerű volt figyelembe venni, de azok közvetlen jogi korlátként még nem voltak jelen a szerződéskötéskor. Új szempontként a csatlakozást követően ezekre is kiemelt figyelmet kellett fordítani. Ugyanakkor az Európai Unió tagállamként a világ számos jelentős gazdasági potenciállal rendelkező állama számára partnerré váltunk, akivel érdemes volt megfontolni a bővülő gazdasági kapcsolatok és a várhatóan megnövekvő mobilitás fényében a szociális biztonsági egyezmény létrehozását. Ez a helyzet lényegében fordított arányossággal gyakorolt hatást a természetbeni egészségügyi ellátásokat taglaló egyezményes szabályokra.

A harmadik időszak fő rendező elveiről a következőket érdemes kiemelni. A csatlakozási folyamatunk fő rendező elve a felkészülés kihívásainak kezelése volt. Az európai uniós csatlakozás mellett azonban már a korai időkben nyilvánvaló volt, hogy a másik fontos szempont a meglévő egyezmények újjal való kiváltása.

Ez – a csatlakozásunkat követően megkötött kétioldalú egyezmények tárgyalásának és aláírásának időszakában – újabb kiemelt szempontot adott hozzá a rendező elvekhez. Míg vadonatúj megállapodás esetében ez

⁴⁵ „Az Egyezmény nem terjed ki a szociális biztonság minden ágazatára, de megkötése indokolt, mert biztosítja a magyar és kanadai nyugdíjbiztosításra jogosultságot szerzett személyek részére a szerzett jogaik megőrzését azon esetben is, ha lakóhelyüket az egyik szerződő állam területéről a másik szerződő állam területére helyezik át.” A 2003. évi LXIX törvény indokolása

fel sem merül, addig egy meglevő egyezmény felváltása esetén alapvető érdek – és az állampolgárok számára kiemelten fontos, – hogy a megszerzett jogaik megmaradjanak. Ugyanígy a várományosok számára az újonnan bevezetett szabályozásnak el kell érni – és lehetőség szerint meg is kell haladni – azt a szintet, amit a korábbi egyezmény már biztosított.

Ez a horvát egyezménnyel megkezdett sorban, a korábbi Jugoszlávia utódállamaival⁴⁶ megkötött egyezményeknél különösen jól kirajzolódó érdek volt. E körben a többi szociálpolitikai egyezmény között a legkorszerűbbnek számító, számos rendelkezésében a modern európai normáknak is megfelelő egyezményt kellett felváltani, egy új, mind a két ország közelebbi-távolabbi európai uniós csatlakozását is szolgáló egyezménnyel. A korábbi jugoszláv egyezmény modern szemlélettel már tartalmazta az ideiglenes tartózkodás során igénybe vett kórházi kezelések elszámolását, de a többi ellátási kérdést a területi elv alapján rendezte. Ezért – és mert az egészségügyi ellátó rendszerek időközbeni átalakulása ezt különösen szükségessé tette – az új horvát egyezmény az egészségügyi ellátások tekintetében már teljes egészében az elszámolási elvre épült.

Egyértelművé tette az egyezmény megkötése azt is, hogy mennyire fontos az állampolgárok/biztosítottak megfelelő felvilágosítása a jogaikról, vagyis a másik szerződő állam területén igénybe vehető ellátások módjáról és feltételeiről. Míg korábban az állampolgári alapon járó, gyakorlatilag automatikus hozzáférést engedték/szabályozták a nemzetközi normáink, teljesen új hozzáállást kívánt meg az állampolgároktól az, hogy megértsék, az új rendszerben, már nem állampolgársági alapon, hanem csak meghatározott feltételek mellett lehet igénybe venni az ellátásokat. Ezek a feltételek különösen a következők:

a) a hazai egészségbiztosítási rendszerben jogosultnak kell lennie egészségügyi ellátásra, azaz az új kétoldalú szerződés csak annak

⁴⁶ Ld. a Magyar Köztársaság és a Horvát Köztársaság között a szociális biztonságról szóló, Budapesten, 2005. február 8-án aláírt Egyezmény (kihirdette: 2005. évi CXXV. törvény), a Magyar Köztársaság, valamint Montenegró Köztársaság között a társadalombiztosításról és a szociális biztonság egyes kérdéseiről szóló, Budapesten, 2008. május 20-án aláírt Egyezmény (kihirdette: 2008. évi LXXII. törvény), a Magyar Köztársaság és Bosznia és Hercegovina között a társadalombiztosításról és a szociális biztonságról szóló Egyezmény (kihirdette: 2009. évi II. törvény), a Magyarország és a Szerb Köztársaság között a szociális biztonságról szóló egyezmény (kihirdette: 2013. évi CCXXXIV. törvény), a Magyarország és a Macedón Köztársaság között a társadalombiztosításról és a szociális biztonságról szóló Egyezmény (kihirdette: 2015. évi XXIII. törvény), Szlovénia tekintetében új egyezmény nem született, a két ország csatlakozását követően közvetlenül az uniós jogszabályok alkalmazása váltotta fel a két ország viszonylatában a jugoszláv egyezményt. Koszovó tekintetében a mai napig jogi szempontból érvényes a jugoszláv egyezmény gyakorlatilag azonban nem könnyen alkalmazható a szabályrendszere, és ezen a téren Koszovó részéről új, az európai uniós elveket rögzítő nemzetközi kötelezettség vállalása reálisan a közeljövőben nem várható.

biztosít jogot az ellátásra, aki az otthoni egészségbiztosítási rendszerben jogosult ezekre (nem elég tehát állampolgárnak lenni);

b) nem akárhol, bármely szolgáltatónál, hanem a másik állam azon szolgáltatóinál vehető igénybe az ellátás – az ottani biztosítottakkal azonos feltételek mellett –, amelyek a másik ország biztosítási rendszerében nyújtanak szolgáltatást;

c) fő szabály szerint az ellátás igénybevétele előtt a jogosultságot az arra kibocsátott dokumentummal⁴⁷ igazolni kell (korábban elég volt az útlevel felmutatása, ehelyett a hazai illetékes intézet /egészségbiztosító/ igazolása vált szükségessé).

A 2000-es évek második felében az EU további bővüléséig tartó korszakban megkötött egyezmények közül a másik kiemelkedő megállapodás a román⁴⁸ egyezmény volt, amely már csak azért is fontos volt hazánk számára, mert az egyik legnagyobb magyar kisebbséggel rendelkező szomszédos országgal rendezte újra a korábban – legalábbis a kisebbségek tekintetében – a román fél részére igen kedvező szabályokat az új egyezmény. A másik országban élők számára – a szabad utazást és szabadabb munkavállalást biztosító környezetben – kiemelt jelentőséggel bír, hogy a nagy számban érintett nemzeti kisebbségnek az egyezmény milyen jogokat biztosít. Nyilvánvalóan a jelentős, a román egészségbiztosítást terhelő várható költségek elvileg abban tették érdekeltté a román partnert, hogy a koordinációs szabályozást minél szűkebbre vonja, ugyanakkor a közeledő román európai uniós csatlakozás épp azt kívánta meg, hogy a szabályozás minél közelebb álljon az európai uniós normákhoz. Ez jelentős nyomás alá helyezte a román kormányzatot, így a magyar érdekeknek megfelelő szabályozás egyértelműen az uniós csatlakozásnak köszönhető.

Az állampolgárokat és különösen a magyar kisebbséget pozitívan érintő szabályozás Románia csatlakozási igényére tekintettel megfelelően biztosította – legalábbis az írott rendelkezések szintjén –, hogy az egymás országaiba való utazás esetében a sürgősségi ellátás költségei ne az ellátásra szorulókat terheljék, hanem a biztosítók egymás között számolják

⁴⁷ A gyakorlatban nagyon komoly előrelépést jelentett, különösen a rövid távú tartózkodások szempontjából, ha nem a kiutazás előtt kellett külön megkérni az alkalmazandó formanyomtatványt a hazai illetékes intézettől, hanem az illetékes intézmények megegyeztek abban, hogy a felek kapcsolataikban az Európai Egészségbiztosítási Kártya használatát is elfogadták igazolásként, ez mind az ügyfél, mind az illetékes biztosító adminisztratív terheit érdemben csökkentette. A kártya bevezetése nagyon fontos szerepet játszott abban, hogy az annak kapcsán bevezetett egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférési szabályokkal jelentős áttörés valósuljon meg (minden, a koordinációs rendelet hatálya alá tartozó személy jogosult az ideiglenes tartózkodás alatt az orvosilag indokolt ellátásra, nem kell az ellátóhoz való fordulás előtt a másik ország társadalombiztosítási intézményével felvenni a kapcsolatot) lásd Cornelissen 2009. 37.

⁴⁸ A Magyar Köztársaság és Románia között, a szociális biztonságról szóló, Bukarestben, 2005. október 20-án aláírt Egyezmény – kihirdette: 2006. évi II. törvény

el azokat. Ez azt jelenti, hogy az ideiglenesen a másik fél országában tartózkodók az azonnali orvosi ellátást igénylő esetekben (azaz a sürgős szükség körében) a szükséges ellátást megkapják, anélkül, hogy az egészségügyi intézményben a költségek közvetlen megfizetésére számlát kapnának. A román egyezmény rendelkezései szerint az ellátás költségeit a biztosítók számolják el egymás között, vagyis a magyar biztosítottak romániai ellátásának költségei a magyar felet terhelik, a román egészségbiztosítás hatálya alá tartozók magyarországi sürgősségi ellátásának költségeit pedig a román fél téríti meg a magyar egészségbiztosítás részére, ideértve a magyar kisebbséget is. Az elszámolási kötelezettség miatt értelemszerűen itt is módosultak a jogosultság igazolásának feltételei: a két ország biztosítói által kiadandó formanyomtatványokkal, illetve Románia európai uniós csatlakozását követően a két biztosító által kiadott Európai Egészségbiztosítási Kártyákkal lehetett igazolni az ellátási jogosultságot.

Ami ebben az összetett helyzetben komoly további elvi előrelépés volt, hogy lehetővé tették – az egyezmény szerinti előzetes engedéllyel – a tervezett külföldi gyógykezelések igénybevételét. Különösen az volt előremutató, hogy ebben az esetben is az illetékes ország biztosítója köteles megtéríteni az ellátást nyújtó ország biztosítójának a természetbeni ellátások költségeit. Ugyanakkor látni kell, hogy az előrelépés valójában elvi és nem gyakorlati volt. Ebben a keretrendszerben ezeknek az engedélyeknek a megadása lényegében diszkrecionális jogköre volt az illetékes intézményeknek, szemben a sokkal szigorúbb uniós szabályozással, amely az engedély megtagadását feltételekhez köti. Mindazonáltal mind tartalmában, mind irányában mindenképpen pozitív megközelítést jelentett a szerződéskötő felek részéről, bár nyilvánvaló, hogy „kikényszeríteni” ezt is csak a román uniós csatlakozási igény volt képes. ⁴⁹

Magyar kisebbség hiányában nem volt ilyen kényes a helyzet, de az Európai Unióhoz való csatlakozás miatt nagyon hasonló elvek mentén született meg a bolgár-magyar és – jóval később – az albán-magyar egyezmény is⁵⁰. Ugyanakkor mindegyik egyezmény rendelkezik a tervezett ellátásnak a másik országban való igénybevételről, amely az európai térségben nem csak elvi, de gyakorlati realitás is. Tény, hogy erre

⁴⁹ Román egyezmény 12. 14-16 Cikk

⁵⁰ A Magyar Köztársaság és a Bolgár Köztársaság között, a szociális biztonságról szóló, Szófiában, 2005. november 30-án aláírt Egyezmény (kihirdette: 2006. évi I. törvény); a Magyarország és az Albán Köztársaság között a szociális biztonságról szóló Egyezmény (kihirdette: 2015. évi XVIII. törvény), ezen utóbbi egyezmény tekintetében érdekesség, hogy nem volt ugyan egyezményes előzménye, azonban Albánia európai uniós csatlakozási törekvései egyértelműen meghatározták a szerződéses tartalom rendezőelvéit, és minden meglepetés nélkül egy egyértelműen „európai” egyezmény jött létre.

a fejlett megoldásra az uniós jogfejlődés adott keretet, a világ többi részén ez sokkal konzervatívabb és nehézkesebbnek tűnő jelenség⁵¹.

A korszak egyezményeinek másik nagy csoportja az európai integráció körén kívüli, a Magyarországtól viszonylag nagy távolságra levő, azonban gazdasági szempontból fontos országok körével kötött megállapodásokat foglalja magába. Ezen országok már jól érzékelhetően, mint az EU tagállamával kívántak hazánkkal egyezményt kötni. Természetesen ezek esetében is nagy hangsúlyt kapott, hogy a másik országban gazdasági tevékenységet folytató személy ellátásokhoz való hozzáférése a szociális biztonsági jogai szempontjából rendezett legyen (mind a tevékenység folytatása alatt, mind azt követően). Ugyanakkor ezek az egyezmények hol erősebben⁵², hol kevésbé markánsan⁵³, de egy fontos gazdasági kérdést is rendezni kívántak, ez pedig az alkalmazandó jog meghatározásának speciális esete, a kiküldetés szabályrendszere volt. Emellett azonban közös jellemzője ezeknek az egyezményeknek, hogy a partnerek eltérő mértékben ugyan, de végül is elzárkóztak attól, hogy a velük megkötött egyezmény a természetbeni egészségügyi ellátásokat hatálya alá vonja. Az ekkor Dél-Koreával, Japánnal, az USA-val, Indiával és Ausztráliával megkötött egyezményekben azonban jól láthatóan ugyanazok az elvek érvényesülnek, mint amelyeket Kanada esetében már bemutattunk.

Az egyezmények alapelvei általánosságban megfelelnek az EU tagállamokkal és más európai országokkal fennálló szociális biztonsági koordinációs kapcsolatokat is meghatározó elveknek⁵⁴. Elvi szinten mégis szűkebb ezeknek a normáknak a szabályozási célja, mert arra terjednek ki hogy az egyezmények az alkalmazott, illetve az önálló vállalkozói tevékenységet folytató személyekre vonatkozóan biztosítsák a korszerű, a befektetéseket támogató, gazdasági szempontból is kedvező kereteket, ellátásként pedig a pénzbeli ellátásokat öleljék fel. Figyelemmel arra, hogy ezek az országok földrajzi értelemben távol fekszenek, – a partnerek

⁵¹ A világ többi részén a sokkal nehézkesebb jogfejlődés buktatóiról lásd Ormond & Lunt 2019 Link: <https://doi.org/10.1080/1369183X.2019.1597465>

⁵² Különösen a Japánnal [a Magyarország és Japán között a szociális biztonságról szóló Egyezmény (kihirdette: 2013. évi CLII. törvény)] és Dél-Koreával [a Magyar Köztársaság és a Koreai Köztársaság között a szociális biztonságról szóló, Budapesten, 2006. május 12-én aláírt Egyezmény (kihirdette: 2006. évi LXXIX. törvény)] megkötött egyezmények.

⁵³ Különösen Kanada és az Amerikai Egyesült Államok [a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a szociális biztonságról szóló Egyezmény (kihirdette: 2015. évi XXIX. törvény)] viszonylatában.

⁵⁴ Így különösen: az alkalmazandó jog egyértelmű meghatározása a másik ország területén való munkavégzés, illetve az azzal összefüggő tartózkodás esetében (főszabályként a foglalkoztatott személyre a munkavégzés helye szerinti jogszabályok vonatkoznak, az ez alóli kivételeket egyértelműen rögzíteni kell); az ellátásokhoz való jog biztosítása; a már megszerzett jogok fenntartása; a jogosultsági időtartamok összeszámítása; az ellátásokhoz való hozzáférés Magyarországon kívül; az arányos teherviselés.

szerződéses kultúrájára, nemzeti szabályozására és céljaira tekintettel – a tárgyalások során a magyar félnek bele kellett mennie abba, hogy az egyezmények hatálya nem terjed ki a természetbeni egészségügyi ellátások koordinálására. Ugyanakkor ennek megértéséhez célszerű figyelembe venni a következőket. Az európai koordinációs szabályok alapja az, hogy az európai, többnyire a teljes társadalmat lefedő (kötelező) egészségbiztosítási rendszerek működését kell összehangolni, melyek a hasonló vonások következtében jól koordinálhatók. Ez azonban jellegzetesen a kontinens sajátja, míg a fenti körbe tartozó országok nemzeti szabályozása többnyire nem is ismeri az ilyen típusú egészségbiztosítási rendszereket.

A korszakból három további megállapodást (illetve tárgyalásukat) külön csoportként érdemes vizsgálni. Ezek megkötése a korábbi – még ma is hatályos – szovjet egyezményrel kapcsolatosan került napirendre. Nagyon korai időszaktól kezdve – már az elmúlt évtizedben – mind Oroszországgal, mind Ukrajnával⁵⁵ hazánk törekedett a korábbi egyezményes kapcsolatok felülvizsgálatára és a szovjet egyezmény új megállapodásokkal történő kiváltására. Moldova esetében pedig – először Moldova kezdeményezésére a két ország közötti kapcsolatokban megegyezés született abban, hogy a szovjet egyezményt a felek nem alkalmazzák –, majd a felek végül a moldáv partner kérésére 2011-ben tárgyalásokat kezdtek most már egy új – európai elveken alapuló – megállapodásról⁵⁶. Azonban Moldova esetében is komoly akadályát képezte a gyors tárgyalásnak az a magyar igény, hogy az európai elveknek megfelelő, a lehető legszélesebb hatályú – a korábbi egyezmény által lefedett jogokat és ellátásokat nem szűkítő – megállapodás jöjjön létre⁵⁷.

Ukrajna – Románia és Szerbia⁵⁸ mellett – a legfontosabb olyan partnerország, ahol a korábbi egyezmény felváltásában az egyik legfontosabb magyar érdek a határon túli magyarok helyzetének minél

⁵⁵ ME határozat a tárgyalások lefolytatására: az egyes szociális biztonsági egyezmények létrehozására adott felhatalmazásról 2/2012. (I. 11.) ME határozat

⁵⁶ A Magyarország és a Moldovai Köztársaság között a szociális biztonságról szóló egyezmény – kihirdette: 2013. évi CCXXXIII. törvény

⁵⁷ Lásd az egyezményt kihirdető törvény indokálását: „...a felek egyetértettek abban, hogy az Egyezmény hatálya nem tud kiterjedni az egészségbiztosítás szabályaira általában.” Valójában ennek lehetséges okai nagyon hasonlóak voltak azokhoz az aggályokhoz, amelyeket Magyarország még Ausztriával folytatott korai tárgyalási időszakában, 1990 előtt mérlegelt (az egyes ellátások elszámolásában/finanszírozásában fennálló alapvető eltérések, illetve ellátási árak különbségei).

⁵⁸ A szerb-magyar egyezményben az európai elvek mentén megkötött szabályok a lehető legkedvezőbbek, és nem történt visszalépés sem. Lásd Szerb egyezmény 12-18 Cikkeit, különös tekintettel a 12. Cikk (3) bekezdésére: az engedélyezett ellátások tekintetében, és 13. Cikkére: az ingázó munkavállalók, illetve 14. Cikkére, a másik ország területén lakó családtagok ellátása tekintetében, amelyek az uniós elveket igen széles körben követő egyezményes szabályrendszer létrehozásának bizonyítékai.

kedvezőbb rendezése volt. Ez átszötte az egyezményes szabályok tárgyalását. Amíg Moldova esetében kevésbé jelentett gondot, hogy a természetbeni egészségügyi ellátásokra nem terjedt ki az egyezmény, addig Ukrajnát illetően nagyon komoly problémát jelentett, hogy a partner megállapodási szándékai csupán a pénzübeli ellátások koordinálására terjedtek ki. Meglehet, hogy ez az egyik legfőbb oka annak, hogy az egyezmény ukrán-magyar viszonylatban eddig nem jött létre. Így ukrán viszonylatban a szomszédaink közül utolsóként egy elavult, területi alapuló egyezményt alkalmazunk továbbra is.

A legutolsóként 2015-ben kihirdetett török egyezmény megkötését követően hosszú idő után, 2020-ban került sor a 2019. október 30-án aláírt orosz magyar szociális biztonsági egyezmény kihirdetésére⁵⁹. Az egyezmény ugyanúgy, ahogyan a másik két esetben is, nem tartalmaz természetbeni egészségügyi ellátással kapcsolatos rendelkezéseket. Ez összességében azt a helyzetet jelzi, hogy a szovjet utódállamokkal a közeljövőben nincs reális esély ilyen tartalmú egyezmények megkötésére⁶⁰.

Egészen más irányt vett a 2015-ben kihirdetett, bár csak 2018-ban hatályba lépett török egyezmény⁶¹. Az egyezményben megtalálható különleges rendelkezések négy fejezete között, amelyek a nemzeti szabályozó rendszereket, eljárásokat hangolják össze kiemelkedő jelentőségű a természetbeni egészségügyi ellátások rendezése⁶². Az egyezmény egyértelműen az európai integrációban érintett államok esetében jellemző európai uniós elvek minél szélesebb körét szem előtt tartva szabályoz.

Ennek keretében az egyezmény értelemszerűen nem csak

a) az ideiglenes tartózkodás esetében szokásos sürgős szükség esetére tartalmaz szabályt,

b) nyújt lehetőséget a teherviselő szerv előzetes engedélyével a tervezett orvosi ellátások igénybevételére is a másik Szerződő Fél területén, illetve

c) rendezi az áttelepülő nyugdíjasok helyzetét,

hanem ennél jóval tovább megy.

⁵⁹ Lásd a 2020. évi XIV. törvényt.

⁶⁰ A többi utódállam tekintetében a szovjet egyezmény – a felek közötti a korábbi szovjet egyezmények helyzetét rendező nemzetközi megállapodás kifejezett rendelkezése hiányában – nem került alkalmazásra. Tárgyalásokat új egyezmény megkötésére nem is kezdtünk, ezekre felhatalmazást sem adott célzott ME határozat.

⁶¹ Magyarország Kormánya és a Török Köztársaság Kormánya között a szociális biztonságról szóló Egyezmény – kihirdette: 2015. évi XXX. törvény, hatályba lépett 2018. IV.1.

⁶² Különösen a Török egyezmény 15., 17., 18. Cikkei

Bár nyilvánvalóan nem éri el az uniós védelmi szintet, de igen előremutató szabályokat is tartalmaz, és lehetőséget biztosít arra is, hogy

a) a kétoldalú egyezményeink közül egyedülállóan a sürgős sürgős szükségben túlmutató körben, azaz az orvosi okból szükségessé vált ellátásokhoz hozzáférjenek a jogosultak. Igaz ennek korlátja, hogy az ellátás nyújtására való jogosultságnál figyelembe kell venni az ellátás jellegét és a tartózkodás várható időtartamát. Ez azonban már az európai uniós alapelvként is alkalmazott, orvosilag indokolt esetek szabályozási irányát idézi meg, túlmutatva a szigorúan vett sürgős sürgős szükségben; ⁶³

b) a biztosítottak, illetve egészségügyi ellátásra jogosultak egyes kategóriái (így különösen a kiküldöttek, illetve a velük együtt élő házastárs és a kiskorú gyermekek) az illetékes egészségbiztosítási szerv igazolásával, illetve előzetes engedélyével a már megkezdett természetbeni egészségügyi ellátásokat a másik Szerződő Fél területére való utazást követően a jogszerű tartózkodás alatt, a biztosítás szerinti Szerződő Fél teherviselése mellett, az egyezmény hatálya alatt vehessék igénybe⁶⁴.

Ez a szabályozás nagyon előremutató. De a török egyezmény ilyen haladó szellemét nem lehet máris úgy értelmezni, hogy a kétoldalú kapcsolatokban trendszerűen várható az uniós rendszerhez hasonló cizellált szabályozás bevezetése a jövőben, ideértve már a meglévő egyezmények ilyen irányú felülvizsgálatát. Sokkal inkább értelmezhetjük ezt úgy, mint „a kivétel erősíti a szabályt” klasszikus esetét.

Utolsóként, de nem utolsósorban a magyar szabályozási környezet különleges örökségét és jelenségét is megvilágító törvényt érdemes megvizsgálni⁶⁵. Mongol-magyar viszonylatban nem volt szociálpolitikai egyezményes kapcsolat, de nagyon sokáig hatályban volt egy kormányközi egészségügyi megállapodás, amely az ideiglenes tartózkodás alatti sürgős sürgős szükség esetére biztosította az ellátáshoz való hozzáférést. Ez utóbbinak a felülvizsgálata azért is indokolt volt, mert ez a megállapodás olyan államközi szerződéses szintű szabály volt, amelyet Magyarországon törvénnyel kihirdetett nemzetközi szerződés formájában lehet szabályozni. A természetbeni egészségügyi ellátások kérdését nem vonta a hatálya alá a 2000-es években megkötött szociális biztonsági

⁶³ Török egyezmény 15 Cikk (1) bekezdése

⁶⁴ Lásd a Török egyezmény 15. Cikk (3) bekezdését

⁶⁵ A Magyar Köztársaság és Mongólia között a szociális biztonságról szóló Egyezmény kihirdetéséről, valamint a 29/1974. (VII. 10.) MT rendelet által kihirdetett, a Magyar Népköztársaság Kormánya és a Mongol Népköztársaság Kormánya között az 1972. évi december hó 20. napján Budapesten aláírt egészségügyi együttműködési egyezmény megszüntetéséről szóló 2011. évi CXVIII. törvény

egyezmény. Így a kihirdetésről szóló törvény gondoskodott arról, hogy az egészségügyi együttműködési egyezmény megszűnjön.⁶⁶

A tárgyalt témánk kapcsán külön ki kell emelni, hogy bár az egyezmény minden egyéb vonatkozásban megfelel a szociális biztonsági egyezmények európai koordinációs elveinek, alapvetően a törvény indokolásából kitűnik, hogy e szerződés is inkább a gazdasági kapcsolatok és gazdasági pozícióink miatt jött létre, semmint a jelentős számú migrációval összefüggő igények kielégítése céljából, a migráció tekintetében pedig csak a munkavállalási célú migráció rendezése tűnt a jogalkotó számára fontos célnak.

Témánk szempontjából fontosabb az egészségügyi megállapodás kérdése. Ez a törvény ugyanis egyértelműen felhívja a figyelmet arra a – tartalmában sokkal korlátozottabb – kormányközi megállapodásos körre, amelyek keretében 1990 előtt megállapodásokat kötött Magyarország. Ezek lényegében egyetlen alapvető rendelkezést tartalmaznak: mindkét Fél ingyenes egészségügyi ellátásban részesíti a másik Fél heveny megbetegedésben szenvedő vagy halaszthatatlan orvosi beavatkozást igénylő állampolgárait, akik területén ideiglenesen tartózkodnak.⁶⁷

Az európai uniós alapelvek mentén a kétoldalú szociális biztonsági egyezmények kategóriájába sorolhatóak azok a kétoldalú egészségügyi ellátási egyezmények is, amelyeket Magyarország 1990 előtt egyrésztől vagy a „szocialista táborba” tartozó, vagy egyéb okból politikai partnernek tekintett országokkal⁶⁸ kötött. Ide tartoznak másrésztől az 1979-től kezdve az 1990-es évek elejéig EGT tagállamokkal aláírt egészségügyi megállapodások is.⁶⁹ Ezek az egyezmények az ideiglenes tartózkodás alatt

⁶⁶ Lásd a Mongol egyezményt kihirdető 2011. évi CXVIII. törvény 4.§ (1) és (2) bekezdését. Végül a hatályon kívül helyezéséről a 2017. évi CLXXVI. törvénnyel kihirdetett, a Magyarország Kormánya és Mongólia Kormánya között a Magyarország és Mongólia közötti kétoldalú nemzetközi szerződések hatályának rendezéséről szóló Jegyzőkönyv rendezte (3.§ 3. cikk bekezdése alapján).

⁶⁷ Mongol egészségügyi megállapodás IV. Cikk 1 pont.

⁶⁸ Az egészségügyi együttműködési egyezményeink között így szerepelt például a Jordán Hasemita Királysággal [15/1981. (V. 23.) MT rendelet], Kuvaittal [33/1979. (X. 14.) MT rendelet], Angolai Népi Köztársasággal [17/1984. (III. 27.) MT rendelet], Iraki Köztársasággal [47/1978. (X. 4.) MT rendelet], Mongol Népköztársasággal [29/1974. (VII. 10.) MT rendelet], Koreai Népi Demokratikus Köztársasággal [14/1975. (V. 14.) MT rendelet], Kubai Köztársasággal (1969. évi 16. tvr.) kötött egyezmény. (Ezek a nemzetközi szerződések a heveny megbetegedések vagy a halaszthatatlan orvosi beavatkozást igénylő esetekben biztosítanak ingyenes ellátást a szerződő felek állampolgárainak, és ezen kívül ilyen szintű nemzetközi szerződéses tartalmat nem tartalmaznak.) Nem hatályos már a kubai, a Magyar Népköztársaság Kormánya és a Kubai Köztársaság Kormánya között az egészségügyi együttműködés tárgyában Budapesten 1966. június 15. napján aláírt egyezmény kihirdetéséről szóló 1969. évi 16. törvényerejű rendelet, melyet a 2017. évi CLXXV. törvény helyezett hatályon kívül, illetve a mongol egyezmény sem.

⁶⁹ Így Finnországgal, Svédországgal, az Egyesült Királysággal és Norvégiával. Bár ezek Magyarország uniós történet csatlakozását követően továbbra is hatályban maradtak, de a közösségi koordinációs szabályokra figyelemmel már nem kerülnek alkalmazásra. Egyesült Királyság (Nagy Britannia és Észak-Írország), kihirdette: 21/1979. (VI. 26.) MT rendelet; svéd-magyar, kihirdette az 5/1983. (IV. 13.) MT rendelet; finn-magyar, kihirdette a 33/1989. (IV. 24.) MT rendelet; norvég-magyar, kihirdette a 143/1992. (X. 29.) Korm. rendelet.

feltétlenül szükségessé váló egészségügyi ellátás nyújtásának feltételeit rendezik, az ellátást nyújtó ország költségviselésével (tehát nem „térítéses” egyezmények). Másik jellegzetességük, hogy – legalábbis a finn és a norvég viszonylatban – egyértelműen kapcsolódnak a tanulmány elején említett genfi egyezményhez. Ezeket az egyezményeket az EU csatlakozásunkat követően érdemben már alkalmazzák. Hosszú távon célszerű lehet a még hatályban levő megállapodásokat is megszüntetni, vagy ha szükséges, az uniós elveket követő szociális biztonsági egyezménnyel kiváltani.

4. Összefoglalás és következtetések

Jól láthatóan a szerződéskötésben érintett országok csoportjaival tárgyalt, megkötött egyezményeink kialakításában az európai uniós környezetben alapul vett elvek közül éppen a természetbeni ellátásokról szóló szabályok kérdése az, amit a legérzékenyebben érint az egyes országcsoporthoz való tartozás ténye.

Érdemes megfigyelni, hogy az európai országokon kívül a szerződő államok arra törekszenek, hogy az Egyezmény hatálya ne terjedjen ki az egészségbiztosítás (a megváltozott munkaképességű személyek ellátásai kivételével) és a balesetbiztosítással összefüggő természetbeni ellátásokra, azok koordinációjára. Ezek az országok általában nem is értelmezik oly módon a szociális biztonsági rendszer részeként a természetben nyújtott ellátásokat, ahogyan azt mi Európában látjuk.⁷⁰ Arra a kérdésre, hogy mi lehet ennek a kiváltó oka, talán abban is kereshetjük a választ, hogy a természetben nyújtott ellátások pénzbeli elszámolásának mechanizmusai sokkal összetettebb együttműködést igényelnek, mint a pénzbeli ellátások, hiszen ez utóbbiak a folyósító szerv részéről sokkal egyszerűbb adminisztrációt igényelnek. A pénzbeli járandóságokat ugyanis az esetek meghatározó többségében elegendő elutalni az ügyfél által megadott számlára. A természetbeni ellátást viszont a legtöbb esetben gyorsan, a jogosultság vizsgálatára rendelkezésre álló igen kevés idő alatt kell nyújtani, mégpedig olyan szolgáltatók útján, melyek az utólagos elszámolás rendszerét nem is mindig ismerik. Másrészt a legtöbb esetben maga a szociális biztonsági

⁷⁰ Így például az USA esetében máig vitatott az Obama elnök nevéhez fűzött *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA) – a mindenkit lefedő egészségbiztosítási rendszernek induló egészségbiztosítási program- és egyáltalán annak elveinek létjogosultsága. Másrészt a természetbeni ellátások kapcsán fontos látni azt, hogy amíg ezek a szabályok az európai államok számára részét képezik a szociális biztonsági koordinációnak, addig az Európán kívüli országok ezeket a szabályokat nem veszik be egyezményes szabályrendszerükbe.

ellátásokat nyújtó rendszer sem kész ilyen, az ellátások költségeinek utólagos elszámolását és megtérítését biztosító mechanizmusok működtetésére. Ezért – és ezt fontos látni Magyarország tárgyalási potenciáljának felmérésekor – nem Magyarország volt és lesz az a partner, akivel ezek az országok ilyen típusú új szabályokat készítenének meg tárgyalni.⁷¹ Egészen más kérdés, hogy ezek a partnerek milyen megállapodást kötnének az Európai Unióval, ha azt az Európai Unió szorgalmazná. Ennek jó alapját jelenthetné esetleg a jövőre nézve a Brexit kapcsán és annak eredményeképpen a Nagy Britanniával, most már mint harmadik állammal, kialakuló szabályozás.

A szomszédos országokkal és általában az európai országokkal viszont nagyon is fontos ellátási kört képez a keresőképességet, az öngondoskodási képességet jelentős mértékben befolyásoló egészségi állapotban ideiglenesen bekövetkezett változás esetén szükséges ellátások köre. Azaz általában kimondható, hogy Európában a betegséggel, anyasággal összefüggő természetbeni és pénzbeli ellátások koordinációja hangsúlyos eleme az egyezményes szabályozásnak. Főszabály szerint a jogszerű tartózkodás alatt sürgős szükség esetén igénybevett természetbeni ellátásokhoz való hozzáférést és ezek díjának közvetlen megfizetése alól mentesítő eljárást az európai országokkal kötött egyezmények rendszerint kisebb vagy nagyobb mélységben, de biztosítják. Látni kell azonban, hogy – ez alól kivéve talán Törökország esetét – az európai partnerekkel sem jutott el a kétoldalú szabályozások védelmi szintje oda, hogy a sürgős szükséglet meghaladva, a jogszerű tartózkodás alatt orvosilag indokolt valamennyi ellátást koordinálja, illetve az uniós szabályok cizellált rendszerét a kétoldalú kapcsolatokba beemelje.

A csatlakozásunkat követően magyar oldalról már más rendező elvek is árnyalták a magyar érdekeket (régiegyezmények felváltása, szomszédos országokkal meglévő kapcsolatok megújítása, határon túli magyarok helyzetének minél előnyösebb rendezése). Általában elmondható volt ugyanakkor, hogy a magyar célok is – nem csak a szabad munkavállalás jogával élő, és ilyen minőségben a másik tagállamban tartózkodó munkavállalók és családtagjaik tekintetében, hanem – az európai szabályozás hatálya alá eső minden személyre kiterjedő, egyértelműen a minél szélesebb körben jogokat biztosító szabályozást preferálták. Így azt mondhatjuk, hogy ebben az időszakban az uniós és a kétoldalú

⁷¹ USA, Ausztrália, Kanada, Japán, Dél-Korea, India, de feltételezhetően ilyen lenne egy Kínával megkötésre kerülő egyezmény helyzete is

szabályozási trendek, ha nem is azonosak, de határozottan egy irányba mutatóak voltak.

Az európai térségen kívüli, illetve az európai integrációban nem érintett (mint például Oroszország esetében), illetve az akár abban érintett, de óvatosabb országokkal (Moldova, Ukrajna) folytatott tárgyalások során ez a kérdéskör azonban hamar más irányokat vett. Így a tárgyalások eredményeképpen kialakuló egyezmények alapján lassan, de biztosan a kezdeti általános trendtől eltérő fejlődési trendeket láthatunk kirajzolódni.

Általánosságban elmondható, hogy az európai térségen kívüli egyezményes kapcsolatok esetében a szabályozó felek között nagyobbak azok a különbségek, amelyek szűkítik az együttműködési mozgásteret, míg Európában az uniós jog olyan irány- és példamutató szerepet tölt be, amely érdemben segíti az országokat a minél szélesebb védelmet nyújtó egyezmények megkötésében.

Az is látható azonban, hogy a természetbeni ellátások kérdése csak az európai integrációban érintett, és a csatlakozási folyamatban előrehaladott állapotban levő országok esetében képezheti reálisan az egyezmény részét. És még ebben a körben sem fogja elérni soha azt a védelmi szintet, mint a sokkal gyorsabban fejlődő uniós jog. Inkább azt látjuk, hogy a 2000-es évek elején még nagyon is összetartó irányokhoz képest a kétoldalú egyezményes szabályok rendszere minden specifikum (lásd pl. török vagy akár a szerb⁷² igen előremutató szabályokat) ellenére alapvetően jóval statikusabb, határozottan inkább az ET által javasolt szabályozási szinten fog megmaradni a jövőben is, semmint követné az uniós fejlődési irányokat. Az integráció természetéből fakadóan az is várható, hogy Magyarország – vélhetően meglehetősen kisszámú partnerrel – a jövőben inkább olyan kétoldalú szociális egyezményeket köt, amelyek inkább a gazdasági célú egyezmények körébe tartoznak, és legfeljebb a munkavállalást kívánják elősegíteni. A szabad mozgás jogát tágabban értelmező európai megközelítés természetes háttérbe szorulásával ezek az egyezmények nem fogják tartalmazni a természetbeni ellátásokat.

⁷² A Magyarország és a Szerb Köztársaság között a szociális biztonságról szóló egyezmény kihirdetéséről szóló 2013. évi CCXXXIV. törvény: az egyezmény 11-20 cikkei, és különösen a 13 cikk, amely az egyik Szerződő Fél felségterületén lakóhellyel rendelkező, de a másik Szerződő Fél felségterületén dolgozó személyek ellátása tekintetében ad igen előremutató szabályokat.

Felhasznált irodalom

- Asbóth Márton - Fazekas Marianna – Koncz József: Egészségügyi jog és igazgatás, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest 2020
- Hoffman István, Gellénné Lukács Éva: Bevezetés a társadalombiztosítási és szociális jogba. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest 2020
- Cornelissen, Rob, 50 years of European Social Security Coordination – *European Journal of Social Security*, Volume 11 (2009), Nos. 1–2. 9-45.
- Fazekas Marianna: Szociális kérdések az Európai Unióban, In: Forgács, Imre (szerk.): Gazdasági szektorok és jogharmonizáció, Osiris Kiadó, Budapest, 2000. 473-539.
- Gellénné, Lukács Éva: Személyek szabad mozgása az Európai Unióban. Tullius Kiadó, Budapest 200).
- Gellénné, Lukács Éva, Gyulavári, Tamás: Szociálpolitika és foglalkoztatás, *Európai Tükör* 14., pp 199-214. 2009.
- Gellénné Lukács Éva, Gyulavári Tamás: Szociális politika. In Kende Tamás, Szűcs Tamás: *Bevezetés az Európai Unió politikáiba*. Budapest, 2011. 437–462., 444–449. o.
- Mészáros Árpád: Magyarország szociális biztonsági egyezményei, és az azokban alkalmazott főbb szabályozási elvek. *Munkajog* 2019/4. lapszám, 30-39.
- Ormond, Meghann & Lunt, Neil (2019): Transnational medical travel: patient mobility, shifting health system entitlements and attachments, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, DOI: 10.1080/1369183X.2019.1597465
- Van der Mei, Anne-Pieter, Pauline Melin, Zvezda Vankova, Herwig Verschueren: The external dimension of EU social security coordination – *European Journal of Social Security* 2018, Vol. 20(2) 81–85.

Trends in accessing to benefits in kind in Hungary's bilateral social security agreements **Summary**

During the process of the Hungarian accession to the EU, in the preparatory work of the Hungarian bilateral agreements on social security, the basis in respect of principles, targets and tools were chosen in line

with the EU social security law in order to help the preparation for the EU membership, and this approach seemed as the most appropriate. However, in the long term it became evident that with the countries outside of Europe and in some cases also in Europe this approach could not be followed effectively, which forced the negotiators of the agreements to reconsider their original intentions especially in respect of the benefits in kind rules.

At the beginning, it seemed natural that the union and the bilateral level development would be parallel, however, by now it has become evident that regulating benefits in kind in the framework of the bilateral social security agreements could be realistically imagined only in the European integration context. It is not realistic to create such a level of protection in bilateral agreements that could be so fast in its development as the constant improvement seen in the European social security law. As long as the development of the European coordination rules is a dynamic progress, it seems to us, that the Hungarian bilateral level rules in this field will not be broadened and chiseled giving more EU like rules in the future and will remain static in content, not taken into account a few extraordinary examples. Therefore the development could be envisaged only in the number of agreements and not in the content of them.