

EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM
ÁLLAM- ÉS JOGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

**A BETEGEK ÉS EGÉSZSÉGÜGYI SZAKEMBEREK MOZGÁSÁNAK AZ
EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREKET ÉRINTŐ KIHÍVÁSAI**

A NEGATÍV HATÁSOK ENYHÍTÉSÉNEK LEHETSÉGES ESZKÖZEI

A doktori értekezés tézisei

Dr. Kovács Réka

Témavezető:

Dr. Gellérné Lukács Éva

Budapest

2025.

Bevezetés és a kutatás célja

A személyek szabad mozgásához való jog az európai integráció egyik alappillére. Az elmúlt 60 év során ez a jog korlátozott szabályozásból egyre liberálisabb keretté fejlődött, amelynek célja, hogy az Európai Unió (EU) polgárai számára biztosítsa az egyenlő bánásmódot, miközben elősegíti a Szerződés célkitűzéseinek megvalósítását. A fejlődés az Unión belüli szabad mozgás belső akadályainak felszámolására összpontosított, és egyben megengedőbb közös migrációs politikát is kínált a harmadik országbeli állampolgárok számára (1).

A személyek szabad mozgásához való európai uniós jog elsősorban a betegek és egészségügyi szakemberek mobilitása révén érinti az egészségügyi rendszereket. Ezen alapelveket az Európai Unió Működéséről Szóló Szerződés (EUMSZ) rögzíti, és további másodlagos jogforrások erősítik meg azokat, így például a szociális biztonsági rendszerek koordinációjáról szóló 883/2004/EK rendelet és annak végrehajtási rendelete, a 987/2009/EK rendelet, amelyek hosszú ideje biztosítják a betegmobilitás kereteit, valamint a 2005/36/EK irányelv, amely a szakmai képesítések kölcsönös elismerését szabályozza, és az egészségügyi szakemberek mozgását támogatja. Ezen jogszabályok, valamint az Európai Bíróság fejlődő ítélkezési gyakorlata alakítják a határon átnyúló mozgások szabályozási keretét, folyamatos végrehajtási kihívást jelentve a tagállamok számára. A közelmúlt jogalkotási fejleményei közé tartozik az ítélkezési gyakorlat kulcselemeit kodifikáló, a betegek jogainak határon átnyúló egészségügyi ellátásban való érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelv elfogadása, valamint a szakmai képesítések kölcsönös elismeréséről szóló 2005/36/EK irányelvet módosító 2013/55/EU irányelv elfogadása, amely új mechanizmusokat vezet be a szakembermobilitás elősegítése érdekében.

Az egészségügy politikailag érzékeny kérdés minden EU-tagállamban, gyakran befolyásolja a választások kimenetelét is (2). Következésképpen a nemzeti kormányok vonakodnak átengedni e területen hatásköröket az Európai Uniónak (3). Az EUMSZ 168(7) bekezdése értelmében az egészségügyi rendszerek tervezése, finanszírozása és működtetése továbbra is tagállami hatáskörben marad. Ugyanakkor, az európai integráció előrehaladtával, a belső piac jogi kereteinek bővülése egyre nagyobb hatást gyakorol a nemzeti egészségpolitikai döntésekre, és bizonyos területeken csökkenti a tagállamok mozgásterét rendszereik irányításában (4,5,6,7).

Miközben a szabad mozgás jogának megőrzése kiemelt cél, az EU egészségügyi minisztereinek világos törekvése egyidejűleg a minőségi ellátáshoz való egyenlő hozzáférés biztosítása – ez tükröződik a Tanácsnak az uniós egészségügyi rendszerek közös értékeiről és alapelveiről szóló 2006-os következtetéseiben is. Ugyanakkor ezek az alapelvek – a személyek és szolgáltatások szabad mozgása, valamint a magas színvonalú, hozzáférhető egészségügy fenntartása – időnként konfliktusba kerülhetnek. Míg a belső piac előnyei széles körben elismertek, a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások gyakran a tájékozottabb, tehetősebb betegeknek kedveznek, hátrányba hozva azokat, akik hazájukban maradnak, miközben ott az egészségügyi erőforrások szűkülnek (8,9,10,11). A helyzetet tovább súlyosbítja, ha a magasán képzett egészségügyi szakemberek más tagállamokba vándorolnak jobb életkörülmények és magasabb fizetés reményében, otthonukban pedig munkaerőhiányt hagyva maguk után – különösen

bizonyos szakterületeken és földrajzi régiókban. Ez különösen sürgető kérdés az előregedő társadalmak és a krónikus betegségek növekvő előfordulása mellett, amely stratégiai egészségügyi munkaerő-tervezést tesz szükségessé (12,13).

A betegek és a szakemberek mobilitása tehát jelentősen befolyásolja a nemzeti egészségügyi rendszereket, és átfogó megközelítést igényel e folyamatok és a kapcsolódó szakpolitikai válaszok elemzésében. Míg e két aspektust gyakran külön-külön vizsgálják, ez a disszertáció egyedülálló módon együtt kezeli őket, holisztikus képet nyújtva a határon átnyúló egészségügyi dinamika kihívásairól és lehetőségeiről.

Az értekezésben vizsgált kérdések az uniós jog és az egészségpolitika metszéspontjában helyezkednek el, tükrözve az uniós jogi keretek és a nemzeti egészségügyi irányítás közötti összetett és gyakran kényes egyensúlyt. E kölcsönhatások megértése elengedhetetlen annak felméréséhez, hogy a tagállamok miként tudják kezelni az EU-integráció és a fenntartható, hozzáférhető, magas színvonalú egészségügyi szolgáltatások fenntartásának igénye közötti feszültséget. A szabad mozgás egészségügyi ágazatban betöltött jogi és szakpolitikai dimenzióinak feltárásával e kutatás célja, hogy hozzájáruljon az akadémiai és szakpolitikai diskurzushoz, és betekintést nyújtson a tagállami és uniós döntéshozatal tágabb összefüggéseibe.

A szisztematikus kutatás arra összpontosít, hogy az uniós jog folyamatos fejlődése a belső piac kontextusában miként hat az egészségügyi irányításra, és milyen – elsősorban jogi – reakciókat adhatnak a tagállamok és maga az EU a lehetséges negatív hatások enyhítése érdekében. A jó gyakorlatok és jogi mechanizmusok azonosításával és elemzésével a kutatás célja olyan ajánlások megfogalmazása, amelyek egyensúlyt teremtenek a szabad mozgás elve és a fenntartható, hozzáférhető, magas színvonalú egészségügyi rendszerek fenntartása között.

A kutatási kérdések és a módszertan

A kutatási kérdések

Ez a doktori értekezés az EU-n belüli beteg- és szakembermobilitás jogi, szakpolitikai és gyakorlati vonatkozásait vizsgálja, különös tekintettel Magyarországra tapasztalataira.

A fő kutatási kérdés:

Miként hat az EU szabad mozgásra vonatkozó jogi kerete a nemzeti egészségügyi rendszerekre, és milyen – elsősorban jogi – válaszokat adhatnak a tagállamok – különösen Magyarország – annak érdekében, hogy kezeljék ezek hatásait, beleértve az EU-szintű lehetséges mechanizmusokat is?

Ennek megválaszolásához a disszertáció az alábbi kulcskérdésekre keres választ:

Betegmobilitás

1. Hogyan alakította az Európai Bíróság ítélkezési gyakorlata és az uniós társjogalkotók tevékenysége a betegmobilitás joganyagát, és milyen új tendenciák és kihívások figyelhetők meg?

2. Hogyan hajtották végre a tagállamok – különös tekintettel Magyarországra – a 2011/24/EU irányelvet, különösen a bejövő és kimenő betegek áramlásának kezelését illetően?
3. Hogyan változtak a betegmobilitási trendek a jogi fejlemények hatására, és milyen mértékben befolyásolták ezek az EU-n belüli egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést?
4. Milyen jogi eszközök javasolhatók a tagállamok számára a betegáramlások hatékony kezelésére, amelyek egyúttal biztosítják az egészségügyi ellátáshoz való egyenlő hozzáférést a személyek és szolgáltatások szabad mozgására vonatkozó uniós jogi keretekkel összhangban, különös tekintettel Magyarországra?

Szakembermobilitás

5. Hogyan alakította az uniós és nemzetközi jogfejlődés a szakembermobilitás szabályozási környezetét, és milyen keretek alakultak ki a nemzeti jogszabályok számára a korlátozások indokolására?
6. Milyen strukturális tényezők, jelentős politikai események és jogi fejlemények hatottak az egészségügyi szakemberek mobilitására az EU-ban, milyen trendek figyelhetők meg, és milyen következményei vannak ezeknek a nemzeti egészségügyi rendszerekre – különösen olyan küldő országokban, mint Magyarország?
7. Milyen olyan jogi eszközök javasolhatók tagállami szinten a szakembermobilitás negatív hatásainak enyhítésére, amelyek megőrzik a mobilitás előnyeit, és összhangban maradnak a személyek szabad mozgására vonatkozó uniós jogi kerettel?
8. Hogyan járulhat hozzá az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Egészségügyi Szakemberek Nemzetközi Toborzására vonatkozó Globális Magatartási Kódexe és az Európai Egészségügyi Unió az EU-n belüli szakembermobilitás kezeléséhez, és milyen szerepet játszhatnak ezek a szabad mozgás és az egészségügyi munkaerő nemzeti szintű fenntarthatóságának összehangolásában?

E kérdések megválaszolásával az értekezés célja, hogy átfogó jogi és szakpolitikai elemzést nyújtson az egészségügyi ágazatban zajló beteg- és szakembermobilitás kezeléséről az uniós jog keretei között, gyakorlati ajánlásokat kínálva a nemzeti szintű stratégiákhoz – különös tekintettel Magyarországra –, valamint az EU-szinten kialakítható támogató intézkedésekhez.

Kutatási módszertan

A disszertáció kvalitatív kutatási módszertant alkalmaz – ötvözve a jogi dogmatikai elemzést a releváns tudományos szakirodalom és szakpolitikai dokumentumok másodlagos kutatásával, valamint elsődleges kutatást is végez esettanulmányok formájában, eredeti adatelemzéssel és az irodalomban azonosított általános trendekkel való összevetéssel.

A két vizsgált téma – a beteg- és szakembermobilitás – általában külön-külön kerül elemzésre. E megközelítés egyrészt újdonságot jelent, másrészt korlátot is, mivel mindkét téma önmagában is elegendő anyagot és kutatási kérdést kínálhatna egy doktori dolgozat keretein belül. Éppen ezért a releváns uniós és nemzeti joganyag elemzése és a kapcsolódó tudományos irodalom

feldolgozása mellett a kutatási stratégia két fő pilléren nyugszik: egyrészt horizontális tanulmányok felhasználásával gyűjti össze és elemzi az összes EU-tagállamra kiterjedő jogi megoldásokat és szakpolitikákat, másrészt néhány esettanulmány segítségével mélyebb betekintést nyújt egyes jelenségekbe.

A jogi dogmatikai elemzés elsődleges forrásai közé tartoznak az Európai Unió jogszabályai – így az EUMSZ releváns rendelkezései; másodlagos jogszabályok, köztük a betegek határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz való jogainak alkalmazásáról szóló 2011/24/EU irányelv; a szociális biztonsági szabályozások – a 883/2004/EK rendelet és annak végrehajtási rendelete, a 987/2009/EK rendelt – valamint a szakmai képesítések kölcsönös elismeréséről szóló 2005/36/EK irányelv; továbbá az Európai Bíróság azon mérőföldkőnek számító ítéletei, amelyek alakították a jelenlegi uniós joganyagot a beteg- és szakembermobilitás terén. Az elemzés célja annak feltárása, hogyan fejlődött az uniós jogi keret az idők során, és hogyan hat ez a nemzeti egészségügyi politikákra.

A kutatás horizontját szélesítve a dolgozat globális egészségügyi munkaerő-irányítási kérdéseket is érint – így például a WHO Egészségügyi Szakemberek Nemzetközi Toborzására vonatkozó Globális Magatartási Kódexét vizsgálja, annak EU-n belüli relevanciáját értékelve, tekintettel az egészségügyi szakemberek szabad mozgáshoz való jogára. Emellett uniós tagállami és alacsonyabb szintű kétoldalú szakembermobilitási megállapodásokat is elemez, azok potenciálját vizsgálva a mobilitási áramlások közös kezelésében.

A jogi elemzésen túl a dolgozat összehasonlító szakpolitikai megközelítést is alkalmaz a betegmobilitási szabályok uniós tagállamokban történő végrehajtásának értékelésére. Az uniós szintű bizottsági jelentések – beleértve a nemzeti jogszabályi adaptációkat – elemzése révén a kutatás célja az irányelv alkalmazásával kapcsolatos kihívások és eltérések azonosítása, különös figyelemmel a tagállami mechanizmusokra, amelyek a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést szabályozzák. A szakembermobilitás esetében a kutatás a megtartási stratégiákról szóló összehasonlító tanulmányokra és magyarországi esettanulmányokra támaszkodik – a rendelkezésre álló adatok és megoldások vizsgálatával annak jobb megértése érdekében, hogyan hatnak a globális trendek, politikai események vagy jogi adaptációk az egészségügyi munkaerő mobilitására. Ezek a példák a munkaerő megtartásának jogi eszközeire vonatkozó jó gyakorlatokat is bemutatnak.

Ez a többdimenziós módszertan lehetővé teszi az uniós jogfejlődés, a végrehajtási kihívások és a fenntartható szakpolitikai megoldások átfogó értékelését, mind a beteg-, mind a szakembermobilitás kezelése terén az Európai Unióban.

Az értekezés felépítése

A bevezetést követően – amely ismerteti a központi feszültséget az EU szabad mozgásra vonatkozó elve és az egészségügyi ellátáshoz való egyenlő hozzáférés célja között – a dolgozat bemutatja a kutatási kérdéseket, a módszertani megközelítést, valamint a disszertáció felépítését, továbbá áttekintést nyújt az elsődleges uniós jog legfontosabb rendelkezéseiről, amelyek a dolgozat mindkét témájához kapcsolódnak.

A dolgozat törzsanyaga két fő részre oszlik: az első a határon átnyúló betegmobilitással foglalkozik, négy fejezetre bontva, a második pedig a határon átnyúló egészségügyi szakembermobilitással, hat fejezetben.

Az első rész I. fejezete az EU jogalkotási keretének fejlődésével foglalkozik. Ez magában foglalja a szociális biztonsági rendszerek koordinációjára vonatkozó másodlagos jogszabályokat, valamint az Európai Bíróság ítélkezési gyakorlatát, amely előkészítette a betegek jogainak határon átnyúló egészségügyi ellátásban való alkalmazásáról szóló 2011/24/EU irányelvhez vezető utat. A fejezet részletesen elemzi az irányelvet, majd az előzetes engedélyezés értelmezését formáló kulcsfontosságú ítéleteket. A II. fejezet azt vizsgálja, hogyan hajtották végre a tagállamok a betegmobilitási szabályokat, bizottsági jelentések és az adminisztratív eljárásokat feltérképező tanulmányok alapján. Külön figyelmet kap a magyar átültetésre vonatkozó szabályozás, mint egy nemzeti szintű megoldás. A III. fejezet az irányelv nemzeti egészségügyi rendszerekre gyakorolt hatását értékeli, uniós szintű adatok és jelentések alapján – beleértve a szociális biztonsági koordinációs rendeletek és az irányelv adatgyűjtéseit is. A magyar tapasztalatok ebben a kontextusban is bemutatásra kerülnek. Az első rész a IV. fejezettel zárul, amely a kutatási eredményeket szintetizálja a kutatási kérdések mentén, beleértve a betegáramlás kezelésére vonatkozó, tagállamokban alkalmazott jogi természetű jó gyakorlatokat is.

A dolgozat második része az egészségügyi szakembermobilitás kérdését vizsgálja. Az I. fejezet kulcsfogalmakkal és definíciókkal, valamint az egészségügyi munkaerő EU-s helyzetének bemutatásával indul, rávilágítva a rendszerek fenntarthatóságát érintő egyre növekvő aggodalmakra. A II. fejezet az uniós és nemzetközi jogi kereteket ismerteti, köztük a 2005/36/EK irányelvet a szakmai képesítések kölcsönös elismeréséről, valamint az Európai Bíróság ítélkezési gyakorlatát a szabad mozgás és letelepedési jog kapcsán. Ezután következik az egyenlő bánásmódról és a diszkriminációmentességre vonatkozó szélesebb esetjog elemzése, kiemelve azokat a jogi elemeket, amelyekre a nemzeti szabályozásnak tekintettel kell lennie a mobilitás szabályozása során. A fejezet egy globális egészségügyi szabályozási elem bemutatásával zárul: a WHO Egészségügyi Szakemberek Nemzetközi Toborzására vonatkozó Kódexével. A III. fejezet azt vizsgálja, hogyan hatottak a közelmúlt jogalkotási fejleményei és jelentős politikai események a szakembermobilitási trendekre, különös figyelemmel Magyarországra. A mobilitásmérési mutatók bevezetését követően két részletes esettanulmány kerül bemutatásra: az Európai Szakmai Kártya és a Brexit, amelyek a jogi és politikai változások mobilitásra gyakorolt hatását illusztrálják. A IV. fejezet a mobilitási kihívások kezelésére irányuló jó gyakorlatok alapos elemzésére vállalkozik, a tagállami megtartási stratégiákat vizsgáló tanulmányok alapján, jogi megoldások azonosításának céljával. Az V. fejezet tovább bővíti az elemzést az uniós szint vizsgálatával, értékelve a WHO kódex relevanciáját az EU-ban, valamint az Európai Egészségügyi Unió (EHU) lehetséges szerepét az egészségügyi munkaerő kihívásainak kezelésében. Ez a rész a VI. fejezetben a második rész eredményeinek a kutatási kérdések mentén való összefoglalásával zárul, bemutatva a szakemberáramlás kezelésére alkalmazott jogi és szakpolitikai jó gyakorlatokat.

A dolgozat egy záró fejezettel ér véget, amely egy egyszerű táblázatos formában összegzi mindkét rész kulcsfontosságú következtetéseit, és megfogalmazza a téziseket, valamint – ahol

releváns – ajánlásokat a kutatási eredmények alapján. Ezek célja egy fenntartható és méltányos beteg- és szakembermobilitási keretrendszer elősegítése Magyarországon, a tagállamokban és az Európai Unión belül.

A kutatás fő eredményei

Tézis 1 – Az Európai Bíróság ítélkezési gyakorlata – amelyet kiegészít az olyan uniós másodlagos joganyag, mint a 2011/24/EU irányelv – fokozatosan bővítette a betegek határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz való jogait, miközben elismerte a stabil és jól működő nemzeti egészségügyi rendszerek fenntartásának szükségességét. A legújabb ítéletek azonban egyre inkább rávilágítanak a minőségi ellátási kötelezettségek és a rendszerszintű erőforráshiány közötti feszültségre.

A jelenlegi jogi keret – beleértve a 2011/24/EU irányelvet, a szociális biztonsági koordinációs rendeleteket és az ezekhez kapcsolódó ítélkezési gyakorlatot – jól kialakított, kiegyensúlyozott és megfelelő a határon átnyúló betegáramlások kezelésére. Központi eleme az előzetes engedélyezési rendszer, amely lehetővé teszi a tagállamok számára, hogy kontrollálják a külföldi tervezett ellátásokhoz való hozzáférést, miközben védik saját egészségügyi rendszerük fenntarthatóságát. Az idők során e keret egyre világosabban szabályozta, hogy mikor és hogyan kell engedélyt adni, miközben fokozatosan bővítette a betegek jogait a határon átnyúló ellátás igénybevételére – egyensúlyt teremtve a betegmobilitás, az ellátás minősége és az egészségügyi rendszer stabilitása között. A betegek jogainak irányelvbe foglalása ellenére ugyanakkor az ítélkezési gyakorlat fejlődése továbbra is értelmezési kihívásokat jelent.

Az „indokolatlan késedelem” fogalma továbbra is az előzetes engedélyezés egyik legösszetettebb eleme; a legújabb esetjog – különösen a Petru-ügy – ezzel kapcsolatban új szempontot vezet be: eszerint a rendszerszintű hiányosságokkal és erőforráshiánnyal küzdő ellátás azonosként kezelhető a ténylegesen elérhetetlen ellátással, így közvetlen kapcsolatot teremt az ellátás minősége és a külföldi kezelés engedélyezésének kötelezettsége között. E fejlemények további tisztázása szükséges – például a minőségi szintek összehasonlításához használt benchmarkok alkalmazása terén –, mivel, ha rendszerszintű hiányosságokra hivatkozva lehetne külföldi kezelést igénybe venni, az veszélyeztetné a korábbi ítélkezési gyakorlat által kialakított egyensúlyt a betegmobilitás, az egészségügyi ellátás minősége és a pénzügyi fenntarthatóság között valamennyi tagállamban.

Egyértelmű új tendenciaként rajzolódik ki az ítélkezési gyakorlatban a 2011/24/EU irányelv önálló jogi keretként kezelése, elkülönítve azt a hagyományos szociális biztonsági koordinációs szabályoktól. Ez a fejlemény jogi gondolkodásmód-váltást jelez: a személyek szabad mozgására alapozott ellátáskoordinációról a szolgáltatásnyújtás szabadságára alapozott logika felé mozdul el. Az *A kontra Veselības Ministrija* ügy ezt az irányt jól példázza: az Európai Bíróság különbséget tett a két jogi keret között, amikor kimondta, hogy míg az engedélyezés orvosi megközelítése és a pénzügyi stabilitási szempontok elfogadhatók a koordinációs rendeletek alapján, addig a 2011/24/EU irányelv keretében csak akkor lehet megtagadni az engedélyt, ha az szükséges és arányos, továbbá jogos célokat – például az egészségügyi kapacitások vagy orvosszakmai kompetenciák védelmét – szolgálja.

E fejlemények megmutatják a tagállamok nehéz helyzetét is, hiszen nekik be kell illeszteniük a növekvő számú uniós ítélkezési gyakorlatot saját egészségügyi szabályozásukba, adminisztratív eljárásaikba és rendszerszintű korlátozásaik közé – miközben biztosítaniuk kell, hogy a nemzeti jogot az uniós alapelvekkel összhangban, helyesen és következetesen alkalmazzák. Egy egységesebb értelmezési mechanizmus (pl. frissített iránymutatások vagy az irányelv időszakos felülvizsgálata révén) támogathatná a tagállamokat abban, hogy a nemzeti végrehajtást az Európai Bíróság ítélkezési gyakorlatával összhangba hozzák, és biztosítsák az egységes alkalmazást az EU egész területén.

A kutatás feltárta, hogy Magyarország nem ültette át teljeskörűen az Elchinov és WO ítéleteket, amelyek az előzetes engedély nélkül sürgős igénybe vett ellátások megtérítésére vonatkoznak. Ennek orvoslására Magyarországnak felül kellene vizsgálnia jogszabályait, és biztosítania kellene, hogy a sürgős esetekben – amikor az engedélyt nem lehetett megvárni – ne utasítsák el a költségtérítést, továbbá világos eljárást kellene kialakítani az utólagos engedélykérelem benyújtására és elbírálására azokban az esetekben, amikor a beteg egészségi állapota miatt nem volt lehetősége előzetesen engedélyt kérni.

Tézis 2 – Noha a 2011/24/EU irányelv bizonyos mértékű szabályozási mozgásteret biztosít a tagállamok számára, annak végrehajtása az EU-ban – így Magyarország esetében is – gyakran korlátozó jogi és adminisztratív intézkedések formájában történt, amelyek célja elsősorban a betegkiáramlás ellenőrzése volt. Ez a gyakorlat szűkítheti a betegek jogainak gyakorlását, és rávilágít az arányosabb, rugalmasabb és átláthatóbb szabályozási keretek szükségességére.

A tagállami szabályozások elemzése megerősítette, hogy a 2011/24/EU irányelv végrehajtása komoly kihívást jelentett szinte minden tagállam számára. Számos esetben az Európai Bizottság hivatalos felszólító levelek és kötelezettségzegési eljárások formájában lépett fel a nemzeti szabályozás tartalmát illetően. A legtöbb tagállam óvatos megközelítést alkalmazott, és széles körű előzetes engedélyezési rendszereket, valamint adminisztratív követelményeket vezetett be, amelyek gyakran inkább akadályozták, mint elősegítették a határon átnyúló ellátást. A megfelelési problémák közé tartoznak az engedélyezés általános, széles körű alkalmazása, az alacsonyabb megtérítési szintek a külföldi ellátások esetében, valamint a bonyolult adminisztratív eljárások, amelyek alááshatják a betegek hozzáférését.

Míg a legtöbb tagállam általános engedélyezési rendszert vezetett be a betegáramlás szabályozása érdekében, néhány ország tudatosan rugalmasabb szabályozási modellt alkalmazott. E modellek esetében vagy egyáltalán nincs szükség előzetes engedélyre, vagy csak kivételes esetekben, alacsonyabb szintű jogszabály alapján, meghatározott kezelések esetén vezethető be, ha az közérdekből indokolható. Ezek a biztonsági elemek arányosabb választ adnak a potenciális betegáramlásokra, miközben biztosítják az irányelvnek való megfelelést. Ezen megoldások gyakorlati alkalmazására még nem került sor a jelentések szerint. Bár hivatalosan nem azonosítottak jó gyakorlatot a bejövő betegáramlás szabályozására, Magyarország intézményi szintű korlátozása mégis releváns példának tekinthető.

Magyarország végrehajtása formálisan megfelel az irányelvnek, ugyanakkor az egyik legszigorúbb megközelítést képviseli az EU-ban. A nemzeti rendszer nagymértékben

támaszkodik az előzetes engedélyezésre, különösen a kórházi és magas költségű járóbeteg-ellátások esetében. Bár 2016-ban bizonyos módosítások történtek – feltehetően a Bizottság aggodalmaira reagálva –, a szabályozási megközelítés alapvetően változatlan maradt. Egyes értelmezési kérdések – például a kórházi ellátásként való kezelés kérdése vagy a hazai házi orvosok és szerződött orvosok megkövetelése – továbbra is nyitottak, de az egész rendszer jogilag megalapozottnak tekinthető. A kiáramlás szigorú szabályozása mögött feltehetően az a félelem áll, hogy az engedélyezett betegek számának emelkedése pénzügyi fenntarthatósági problémákat okozhat – ez a félelem azonban nem igazolódtott be, tekintettel arra, hogy nagyon kevés beteg kérte az engedélyt vagy a költségtérítést.

Tekintettel arra, hogy a 2011/24/EU irányelv alapján benyújtott határon átnyúló ellátási kérelmek száma Magyarországon már több mint egy évtizede rendkívül alacsony, a jelenlegi engedélyezési rendszer egyszerűsítése indokolt. Megfontolható lenne az előzetes engedélyezés teljes eltörlése, és annak helyettesítése egy biztonsági mechanizmussal, amely csak akkor aktiválódik, ha a megtérítési kiadások túllépnek egy előre meghatározott küszöböt – kizárólag azon kezelések esetében, ahol ezt a küszöböt elérték. Emellett bevezethető lenne egy olyan védzáradék is, amely ideiglenesen korlátozhatná a visszatérítést szükség esetén. A meglévő eljárási szabályok továbbra is alkalmazhatók maradnának arra az esetre, ha a korábbi engedélyezési követelmény újra bevezetésre kerülne.

Tézis 3 – Annak ellenére, hogy jelentős jogfejlődés történt a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz való jogok terén, a betegmobilitás továbbra is alacsony és földrajzilag korlátozott mértékű, továbbá pénzügyi hatása elenyésző a nemzeti egészségügyi rendszerekre. Ez azt mutatja, hogy a tömeges kiáramlástól és a rendszerszintű zavaroktól való korábbi félelmek nem igazolódtak be. Ennek ellenére a hozzáférési különbségek és a jogi bizonytalanságok továbbra is akadályozzák a betegek jogainak teljes körű érvényesítését.

Az Európai Unió belüli határon átnyúló betegmobilitás (a tervezett ellátásokat érve ez alatt az értekezésben) rendkívül korlátozott maradt: az összes egészségügyi kiadásnak csupán körülbelül 0,01%-át teszi ki. A közelmúlt jogi fejleményei – így a 2011/24/EU irányelv elfogadása és az ítélkezési gyakorlat folyamatos fejlődése – sem eredményeztek jelentős növekedést e mobilitásban. Az a félelem, miszerint a jogosultságok tömeges kiáramlást váltanának ki a kevésbé tehető tagállamokból, nem vált valóra. Nem mutatható ki mérhető negatív hatás az ellátáshoz való hozzáférés tekintetében a küldő országokban, és a társadalmi egyenlőtlenségek súlyosbodásától vagy a szolidaritás elvének megbomlásától való félelmeket sem támasztják alá az elérhető adatok.

A betegmobilitás mind a rendelet, mind az irányelv alapján elsősorban földrajzi közelségen, nyelvi azonosságon és kétoldalú mintázatokon alapul. A legtöbb betegáramlás szomszédos országok között történik – különösen Franciaország, Belgium, Luxemburg, Svájc, Németország és Ausztria között –, és gyakran a származási országba való visszatéréssel, speciális ellátások keresésével vagy családi, nyelvi kapcsolatokon alapuló kezeléssel függ össze.

Magyarország a 2011/24/EU irányelv alkalmazása szempontjából az egyik legalacsonyabb alkalmazási arányt mutatja. A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő által szolgáltatott adatok

szerint eddig csak néhány kérelem érkezett az irányelv alapján – ezek főleg gyógyszerköltség-visszatérítésre vonatkoztak –, míg a tervezett külföldi kezelések engedélyezésére irányuló kérelmek gyakorlatilag nem léteznek. Ez az alacsony szintű használat több tényezővel magyarázható: az összes fekvőbeteg- és jelentős költségű járóbeteg-ellátás esetén fennálló általános előzetes engedélyezési követelmény, illetve az alacsony megtérítési szintek és az általános tartózkodás a külföldi ellátás igénybevételétől (az utazási, nyelvi és szervezési akadályok miatt). A legtöbb esetben a tervezett külföldi ellátást Magyarországon az úgynevezett „méltányossági út” keretében engedélyezik, amely azokra a kezelésekre vonatkozik, amelyek nem szerepelnek a hazai közfinanszírozott egészségügyi ellátási kosárban.

Tekintettel arra, hogy a 2011/24/EU irányelv használata továbbra is tartósan alacsony, a tagállamoknak erősíteniük kellene a Nemzeti Kapcsolattartó Pontok láthatóságát és hatékonyságát annak érdekében, hogy a betegek jobban tájékozottak legyenek a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz fűződő jogaikról. További erőfeszítések szükségesek az adatszolgáltatásban meglévő átfedések csökkentése és a két jogi keret (rendeletek és irányelv) közötti eljárási különbségek tisztázása érdekében, az általános koherencia és adminisztratív hatékonyság javítása céljából.

Tézis 4 – A tagállami végrehajtási gyakorlat összehasonlító elemzése azt mutatja, hogy a rugalmas szabályozási modellek – amelyekre jellemző az opcionális vagy feltételes előzetes engedélyezés, a visszatérítési biztosítékok és az intézményi szintű betegbeáramlási korlátozások – kiegyensúlyozottabb és fenntarthatóbb megközelítést kínálnak a határon átnyúló betegmobilitás kezelésére. Ezek a modellek lényegesen kisebb adminisztratív terhet jelentenek, mint a merev engedélyezési rendszerek, különösen az alacsony mobilitású országokban, mint Magyarország.

Azokban a tagállamokban, ahol a 2011/24/EU irányelv alkalmazása továbbra is rendkívül korlátozott, a rugalmasabb szabályozási megközelítések hatékonyabb alternatívát jelenthetnek az általános előzetes engedélyezési rendszerek helyett. Ennek megfelelően a kutatás olyan jó gyakorlatokat keresett, amelyek arányos és fenntartható megoldásokat kínálnak, így különös figyelmet fordított azokra a tagállamokra, amelyek nem tartanak fenn általános engedélyezési rendszert, de rendelkeznek a betegáramlás esetleges növekedése esetén bevezethető biztosítékokkal.

Ezek a kevésbé szigorú, de hatékony megoldások olyan szabályozási modelleket tartalmaznak, amelyekben alapértelmezetten nincs szükség előzetes engedélyre, azonban alacsonyabb szintű jogszabály útján az bevezethető bizonyos kezelésekre, ha azt az általános érdekek indokolják. Ez a modell például Csehországban és Észtországban működik, ahol a jogi keret lehetővé teszi a Kormány vagy a miniszter számára, adott esetben az illetékes hatóság javaslata alapján a védzáradék életbeléptetését, és az előzetes engedélyezési kötelezettség bevezetését anélkül, hogy ehhez jogszabálmódosításra lenne szükség. Az eljárásrendet is előre meghatározták, és például Csehországban egy előre meghatározott ellátási listát is megállapítottak. Írország egy másik jó gyakorlatot képvisel az opcionális, de erősen ajánlott előzetes engedélyezési rendszerével. Ez nem előfeltétele a költségtérítésnek, de segíti a betegeket abban, hogy minden eljárási feltételt teljesítsenek – például háziorvosi beutalót szerezzenek be és személyes szakorvosi konzultáción vegyenek részt.

A 2011/24/EU irányelv 7. cikkének (9) bekezdése szerinti védzáradékok, amelyek lehetővé teszik a tagállami egészségügyi hatóságok számára, hogy ideiglenes vagy célzott korlátozásokat vezessenek be a megtérítésekre indokolt esetben, szintén jó gyakorlatként értelmezhetők. Ezek a megtérítési biztosítékok kiegyensúlyozott alternatívát kínálnak az általános engedélyezéssel szemben, arányos válaszként szolgálva a költségvetési vagy tervezési kihívásokra. Az ír rendszer például e megtérítési védzáradékokat kombinálja az opcionális engedélyezéssel: az Egészségügyi Szolgáltatási Végrehajtó Hatóság (Health Service Executive) ideiglenes vagy célzott visszatérítési korlátozásokat vezethet be, ha azt közérdekből indokolt célok – például költségkontroll, tervezés vagy pazarlás megelőzése – alátámasztják, és az intézkedés megfelel a szükségesség és arányosság uniós elveinek.

A betegbeáramlásokat illetően kizárólag a magyar intézményi szintű megoldást azonosította a kutatás, amely lehetővé teszi, hogy a szolgáltatók megtagadják az ellátást a beutazó uniós betegek számára, ha az veszélyezteti területi ellátási kötelezettségük teljesítését. Ez az előírás olyan helyzetekre irányul, amikor egyes, nagy keresletű intézmények – például speciális kezeléseket nyújtó vagy kiemelkedő infrastruktúrával rendelkező intézmények – aránytalan mértékben lennének érintettek. Ilyen esetekre a megoldás releváns jó példát jelenthet más tagállamok számára is. A visszautasítást írásban kell indokolni, és a szubszidiaritás elvére épül, mivel nem nemzeti szintű, hanem intézményi szintű korlátozást jelent.

Egy kiegyensúlyozott és hatékony szabályozási megközelítés a határon átnyúló betegmobilitás kezelésére – különösen azokban a tagállamokban, ahol a szociális biztonsági rendeletek alkalmazása sokkal kedvezőbb – arra kell, hogy törekedjen, hogy a merev előzetes engedélyezési rendszert arányos és rugalmas biztosítékok váltsák fel. Jó gyakorlatok léteznek, ezek kombinálhatók, és képesek támogatni egy olyan kiegyensúlyozott megközelítést, amely biztosítja a határon átnyúló ellátáshoz való hozzáférést, minimalizálja az adminisztratív terheket, és rugalmasan reagál a jövőbeli betegmobilitási változásokra.

Tézis 5 – Az uniós elsődleges és másodlagos jog a szakembermobilitás terén – amely a szabad mozgás és a kölcsönös elismerés elvére épül – két, egymást kiegészítő, de korlátozott lehetőséget biztosít a tagállamok számára a korlátozások igazolására: az egyik a 2005/36/EK irányelv alapján, a másik pedig az egyenlő bánásmód és szabad mozgás szélesebb uniós jogi kerete alapján. Mindkét esetben a korlátozásoknak meg kell felelniük a diszkriminációmentesség, objektív igazolhatóság és arányosság szigorú feltételeinek, amelyeket az Európai Bíróság ítélkezési gyakorlata határozott meg.

Az EU-n belüli szakembermobilitást szabályozó jogi keret szilárdan megalapozott: ide tartoznak a Szerződés rendelkezései, másodlagos jogszabályok – különösen a 2005/36/EK irányelv – és az Európai Bíróság következetes ítélkezési gyakorlata. Ezek együtt két, egymást kiegészítő szabályozási réteget alkotnak, amelyek meghatározzák, hogy a tagállamok milyen mértékben szabályozhatják a mobilitási folyamatokat. Ezek az eszközök a szabad mozgás, az egyenlő bánásmód és a szakmai képesítések kölcsönös elismerésének alapelvein nyugszanak, és ezek alkotják az egészségügyi szakemberek mobilitásának jogi alapjait az Unión belül.

A 2005/36/EK irányelv részletes eljárási keretet biztosít a képesítések elismerésére, egyesítve a korábbi ágazati és általános rendszereket, és megkönnyítve mind a letelepedést, mind az

ideiglenes szolgáltatásnyújtást. Öt egészségügyi szakmát illetően automatikus elismerésre vonatkozó rendelkezéseket tartalmaz, amelyek harmonizált minimum képzési követelményeken alapulnak, ezek a képesítések az irányelv V. mellékletében szerepelnek. A fogadó tagállamok kötelesek ezeket a képesítéseket további értékelés nélkül elismerni. Az V. melléklet hatályán kívül eső szakmák esetén az általános rendszer érvényesül, amely egyedi összehasonlítást követel meg, és lehetővé teszi kiegészítő intézkedések – például adaptációs időszak vagy alkalmassági vizsga – előírását, amennyiben lényeges különbségek állapíthatók meg a képzési tartalomban. A fogadó tagállamoknak a korábbi szakmai tapasztalatot is teljes mértékben figyelembe kell venniük.

A kibocsátó országoknak korlátozó intézkedésre jogilag lenne lehetősége – például az irányelv minimumkövetelményeitől eltérő képzések fenntartása vagy bizonyos képesítések kizárása az automatikus elismerés hatálya alól –, de ezek a lehetőségek politikailag érzékenyek, támadhatók és alááshatják a mobilitási jogokat.

Az irányelven túlmenően minden olyan tagállami intézkedés, amely befolyásolja a mobilitást, meg kell, hogy feleljen az uniós jog egyenlő bánásmódra és szabad mozgásra vonatkozó általános elveinek, amelyeket az EUMSZ 18., 45., 49. és 56. cikkei, valamint az ítélkezési gyakorlat határoznak meg. Alapvető jelentőségű ítéletek – például a Bosman-, Bernard- és Bressol-ügyek – kimondták, hogy még a formálisan semleges nemzeti szabályok is jogellenes korlátozást jelenthetnek, ha visszatartják a mobilitást vagy aránytalanul hátrányosan érintik a nem belföldi állampolgárokat. A Bíróság ítéletei alapján bármely korlátozásnak objektíven igazolhatónak kell lennie, közérdeket kell szolgálnia, és meg kell felelnie a Gebhard-teszt feltételeinek: vagyis nem lehet diszkriminatív, alkalmasnak kell lennie a cél elérésére, szükségesnek és arányosnak kell lennie.

Mivel az uniós jog keretei jól körülhatárolják a szűk körű, de lehetséges mozgásteret a nemzeti szabályozások számára, a tagállamoknak érdemes lenne aktívabban használniuk a kevésbé kihasznált jogi eszközöket az egészségügyi munkaerő megtartási stratégiáinak részeként. A jogi korlátozó intézkedéseket célszerű egy olyan ösztönző alapú stratégiai keretbe illeszteni, amely pénzügyi, szakmai, szervezeti és jogi eszközöket egyaránt kombinál. Egy ilyen átfogó megközelítés nagyobb eséllyel lehet eredményes a szakembermobilitás kezelésében, mint a pusztán jogi korlátozásokon alapuló megoldások.

Tézis 6 – Az egészségügyi szakemberek mobilitását az Európai Unión belül kevésbé a közelmúltbeli jogi változások, sokkal inkább tágabb politikai és gazdasági fejlemények, valamint tartós strukturális egyensúlytalanságok alakítják. A kelet–nyugati irányú állandó munkaerő-áramlás súlyosbította a forrásországok, például Magyarország szakemberhiányát, rávilágítva a nemzeti megtartási erőfeszítések korlátaira, és hangsúlyozva az összehangolt, uniós szintű válaszintézkedések szükségességét a munkaerő méltányos elosztása és a hosszú távú fenntarthatóság érdekében.

Az egészségügyi szakemberek mobilitása továbbra is kulcsfontosságú strukturális tényező, amely befolyásolja a nemzeti egészségügyi rendszerek kapacitását, teljesítményét és egyenlőségét az Európai Unióban. Bár hozzájárul a munkaerőpiac rugalmasságához és az egyéni karrierlehetőségekhez, ugyanakkor erősíti a szakemberhiányt és az egyenlőtlen

munkaerő-eloszlást – különösen a kelet–nyugat irányú állandósult áramlások révén. Ezek a tendenciák leginkább az orvosok esetében szembetűnőek, ahol a nettó éves veszteség több közép- és kelet-európai tagállamban – köztük Magyarországon – meghaladja az 1 százalékot. Ezek a veszteségek gyengítik az egészségügyi rendszerek ellenállóképességét annak ellenére, hogy a tagállamok jelentős erőforrásokat fordítanak az orvosi képzés bővítésére. A végzettek – beleértve a nemzetközi hallgatókat, akik a képzés elvégzése után visszatérnek származási országaikba – megtartásának sikertelensége tovább rontja ezeket az erőfeszítéseket.

Az Európai Szakmai Kártya (EPC), amelyet a képesítések elismerésének digitalizálására és egyszerűsítésére vezettek be, eddig korlátozott hatással volt az egészségügyi szakemberek mobilitására. Bár célja az eljárások egyszerűsítése volt, használata továbbra is alacsony azokban a szakmákban, amelyek már automatikus elismerés alá esnek, például a gyógyszerészek és az általános ápolók esetében. Ezeknél a szakmáknál a meglévő eljárásokat már korábban is hatékonyak ítélték, így az EPC gyakorlati hozzáadott értéke alacsony. A kártya valamivel hasznosabbnak bizonyult az általános rendszer alá tartozó szakmák – például a gyógytornászok – esetében, ahol a képesítések elismerése bonyolultabb. Még ezekben az esetekben is csekély a felhasználás, és gyakran csak meghatározott csoportokra korlátozódik, például a külföldön végzett, majd hazatérő szakemberekre.

Ezért az EPC más egészségügyi szakmákra történő kiterjesztését óvatosan kell megközelíteni. Azon területeken, ahol már automatikus elismerés érvényesül – például az orvosok esetében –, valószínűtlen, hogy érdemi előrelépést jelentene. Ezzel szemben azoknál az egészségügyi szakmáknál, ahol bonyolultabb az elismerési eljárás, az EPC bizonyos mértékű egyszerűsítést hozhat, bár a képesítések sokfélesége ezen a területen komoly kihívást jelentene. A további eljárásbeli egyszerűsítést körültekintően kell mérlegelni annak fényében, hogy az súlyosbíthatja a munkaerőhiányt azokban a tagállamokban, amelyek már eleve strukturális hiányosságokkal küzdenek.

A politikai és gazdasági fejlemények gyorsan átrendezhetik a mobilitási mintázatokat. A Brexit például eltérő hatásokat eredményezett: miközben növekedett a közép- és kelet-európai országokból, köztük Magyarországról érkező orvosok száma az Egyesült Királyságban, ezzel párhuzamosan jelentősen visszaesett az uniós ápolók bevándorlása a brit egészségügyi rendszerbe. Ez a kettősség jól mutatja, hogy a célországok jogi, szabályozási és megítélésbeli változásai a szakmai csoportokra eltérően hatnak.

Mindezek a fejlemények sürgetővé teszik az egészségügyi szakembermobilitás újragondolását az EU-n belül. Bár a mobilitás támogatja az egyéni lehetőségeket és az európai integrációt, egyenlőtlen hatása – különösen az olyan tagállamokból történő tartós elvándorlás, mint Magyarország – hosszú távon veszélyezteti az egészségügyi ellátás fenntarthatóságát és hozzáférhetőségét. Ha nem történik összehangolt és tudatos fellépés ezen egyensúlytalanságok kezelése érdekében, akkor az egészségügyi ellátáshoz való egyenlő hozzáférés uniós alapelve kerülhet veszélybe.

Tézis 7 – A szakembermobilitás nemzeti szintű kezelésére alkalmazható jogi eszközök közé tartoznak a feltételes ösztöndíjprogramok és a strukturált kétoldalú együttműködési megállapodások. Ezek – ha az uniós joggal összhangban kerülnek kialakításra –

támogathatják a munkaerő megtartását és mérsékelhetik a kivándorlást anélkül, hogy sértenék a szabad mozgás jogát.

Az egészségügyi munkaerő megtartását célzó szakpolitikákon belül a jogi eszközök továbbra is fejletlenek és kihasználatlanok az Európai Unióban, leginkább a szabad mozgás jogának való megfelelésükkel kapcsolatos aggályok miatt. Bár ezek a jogi korlátok valódiak, nem tekinthetők abszolútnak. Az uniós jog lehetővé tesz arányos, nem diszkriminatív intézkedéseket, amelyek jogos közérdekű célokat szolgálnak. Ennek megfelelően a jogi eszközöknek helyük van a szélesebb körű megtartási stratégiákban, feltéve, hogy az alapvető jogokkal összhangban kerülnek kialakításra.

Erre jó példát jelent a közpénzből finanszírozott oktatáshoz kapcsolódó visszaszolgáltatási kötelezettségek alkalmazása. Magyarország hallgatói szerződése és rezidensi ösztöndíjprogramjai azt mutatják, hogy az ilyen intézkedések uniós jogi szempontból is megvalósíthatók, ha az érintettek részvétele önkéntes, a feltételek arányosak, és létezik visszafizetési alternatíva. Bár ezeknek az intézkedéseknek az önálló hatása nehezen különíthető el, az elérhető adatok azt jelzik, hogy ha ezek a programok beágyazódnak egy átfogó ösztönző rendszerbe – beleértve például béremeléseket és szakmai fejlődési lehetőségeket –, akkor különösen a fiatal orvosok körében javítják a megtartási arányokat.

Ugyanakkor a visszaszolgáltatási kötelezettségek általános alkalmazása – ahogyan az Magyarország jelenlegi modelljében megfigyelhető – jelentős adminisztratív terhet ró a rendszerre, és gyengítheti az intézkedés hatékonyságát. Ezért Magyarországnak érdemes lenne felülvizsgálnia hallgatói szerződéses rendszerét, és célzottabb megközelítést alkalmaznia, amely a stratégiai fontosságú területekre korlátozódna, például az orvoscépzésre, ahol a végzetek kivándorlása bizonyítottan veszélyezteti az egészségügyi rendszer fenntarthatóságát. Ez csökkentené a bürokráciát, és tovább erősítené az uniós jog alapelveivel – például az arányosság és az objektív igazolhatóság – való összhangot.

Az intézményi szintű kétoldalú együttműködések szintén ígéretes lehetőséget jelentenek a szabad mozgás jogával összeegyeztethető munkaerő-megtartási eszközként. A Semmelweis–Karolinska modell jól példázza, hogy az etikus kialakítású, rövid távú külföldi munkalehetőségek – egyértelmű visszatérési feltételekkel és kölcsönös előnyökkel – hogyan tudják támogatni a munkaerő fenntarthatóságát anélkül, hogy tartós elvándorlást ösztönöznének. A résztvevők szakmai tapasztalatot és magasabb jövedelmet szereznek külföldön, miközben megmarad a hazai rendszerhez való kötődésük. A program kialakítása – beleértve a toborzást kizáró záradékokat és pénzügyi támogatást – hozzájárult egy kritikus fontosságú orvosi szakterület stabilizálásához Magyarországon, tartós kiáramlás nélkül.

Az ilyen intézményi szintű megoldások tűnnek a leginkább megvalósíthatónak, etikusan kezelhetőnek és kölcsönösen előnyösnek az EU-n belüli körkörös mobilitás támogatására. A tagállamoknak – köztük Magyarországnak – ösztönözniük kellene e modellek elterjesztését nemzeti szintű koordinációval, beleértve jogi sablonok, minta-megállapodások, pénzügyi ösztönzők és adminisztratív útmutatók kidolgozását. A célzott támogatás elősegítheti a strukturált, etikus mobilitást, amely illeszkedik a nemzeti munkaerőtervezéshez és az uniós szabad mozgási joghoz.

Tézis 8 – A WHO Globális Magatartási Kódexe és az Európai Egészségügyi Unió olyan egymást kiegészítő keretet alkotnak, amely – ha tartós politikai elkötelezettséggel párosul – segíthet összeegyeztetni az EU szabad mozgásra vonatkozó elvét a fenntartható nemzeti egészségügyi munkaerő szükségességével a megtartási politikák támogatása, az etikus és körkörös mobilitás lehetővé tétele, az adatvezérelt koordináció ösztönzése és a jelen jogi keretek között megvalósítható, szolidaritáson alapuló kompenzációs mechanizmusok feltárása által.

A fenntartható egészségügyi munkaerő biztosításának kihívása egyre hangsúlyosabban jelenik meg mind nemzeti, mind uniós szinten. A tagállami megtartási törekvések támogatása elengedhetetlen az EU-n belüli tartós egészségügyi munkaerő-egyensúlytalanságok kezelése érdekében. Bár a munkaerő-tervezésért alapvetően a tagállamok felelnek, a nemzeti szintű intézkedések önmagukban gyakran elégtelenek – különösen azokban az országokban, amelyek hosszú távon képzett szakembereket veszítenek.

A kutatás két olyan keretrendszert vizsgált, amelyek alapját képezhetik az ezekre a kihívásokra adott szakpolitikai válaszoknak. A WHO Globális Magatartási Kódexe az egészségügyi szakemberek nemzetközi toborzására értékes etikai és szakpolitikai alapot nyújt, amely túlmutat a toborzás szabályozásán, és támogatja a fenntartható munkaerő megvalósításának irányítását. Az EU-n belül ez a kódex hozzájárulhat a rendszer-szintű problémák – például a megtartás, a méltányos bánásmód és az adatmegosztás – kezeléséhez, valamint irányt mutathat a határokon átnyúló munkaerő-nyomásra adott igazságos válaszlépésekhez. Eközben az Európai Egészségügyi Unió (EHU) egyre inkább tükrözi azt a politikai szándékot, hogy erősítsék az EU szintű koordinációt az egészségpolitika terén. Bár az EHU jelenlegi elköteleződése még korlátozott a munkaerő-kérdések tekintetében, egyre több vita fogalmazza meg, hogy e keret alkalmas lehet arra, hogy stratégiai szinten segítse a szabad mozgás összehangolását a fenntartható munkaerő-ellátottság céljával, különösen az állandó hiányt és egyenlőtlenséget tapasztaló tagállamok támogatása érdekében.

A WHO kódex elveinek uniós alkalmazhatóságát vizsgálva megállapítható, hogy egy proaktívabb uniós megközelítés – amely a megtartás előmozdítására, az etikus körkörös mobilitásra, a munkaerőre vonatkozó adatok fejlesztésére és szolidaritási mechanizmusok vizsgálatára épül – jelentősen hozzájárulhat az uniós egészségügyi rendszerek megerősítéséhez, és elősegítheti az ellátáshoz való egyenlő hozzáférést valamennyi uniós polgár számára.

A tagállami megtartási szakpolitikákat az Európai Bizottság többféleképpen is támogathatná, beleértve az EHU keretrendszerét is. A Bizottság aktívabb szerepet vállalhatna az együttműködés előmozdításában, a jó gyakorlatok cseréjének ösztönzésében, és vizsgálhatná, hogyan lehetne hatékonyabban felhasználni a kohéziós politika eszközeit az uniós belső egyenlőtlenségek enyhítésére. Lehetőség lenne uniós társfinanszírozással ösztöndíj-alapú visszatérési programok vagy egyéb célzott tagállami megtartási kezdeményezések támogatására, feltéve, hogy ezek összhangban állnak az uniós joggal.

Az intézményi szintű programok a leginkább megvalósítható, etikailag elfogadható és kölcsönösen előnyös formái az EU-n belüli körkörös mobilitás megvalósításának. Az olyan uniós finanszírozási programok, mint az EU4Health és az Interreg, prioritásként kellene, hogy

kezeljék az ilyen típusú kezdeményezéseket – például a visszatérési ösztönzőket, a kettős munkavállalási modelleket és az intézményközi partnerségeket, amelyek világos reintegrációs lehetőségeket biztosítanak.

Jelenleg hiányzik egy összehangolt, EU-szintű egészségügyi munkaerő-monitorozási mechanizmus. Bár különféle adatforrások léteznek – beleértve a nemzetközi adatgyűjtéseket, mint a Közös Kérdőív (Joint Questionnaire) és az EU képesítések elismeréséről vezetett adatbázisa –, ezek töredezetek és alulhasznosítottak. Egy robusztus, integrált monitorozási rendszer, amely a meglévő adatforrásokra épül, lehetővé tenné a strukturális egyenlőtlenségek korai felismerését, célzott szakpolitikai válaszok kialakítását, és javítaná az összehasonlíthatóságot a tagállamok között. Az Európai Munkaügyi Hatóságot, amely már rendelkezik hatáskörrel a határon átnyúló munkavállalási kérdésekben, meg lehetne bízni ennek a funkciónak a felvállalásával és összehangolásával az Eurostat, az Európai Bizottság és a tagállami hatóságok együttműködésével. A mobilitás szempontjából releváns mutatókat tovább kellene fejleszteni, hogy a trendek hatékonyabban követhetők legyenek, és megalapozottabb tervezés váljon lehetővé.

A szakember-veszteségek kompenzációja továbbra is politikailag érzékeny és jogilag összetett kérdés. Jelenleg kötelező erejű kompenzációs mechanizmusok nem valósíthatók meg az uniós jog keretein belül, azonban szolidaritáson alapuló alternatívákat érdemes lenne vizsgálni. Még önkéntes mechanizmusok esetén is elvárható, hogy aggregált adatokra támaszkodjanak, ne kövessék nyomon az egyéneket, és megfeleljenek az arányosság, adminisztratív egyszerűség és méltányosság elveinek. Ennek ellenére ezen megoldások gyakorlati megvalósíthatósága továbbra is korlátozott.

Az egészségügyi munkaerő-gazdálkodás uniós szintű előmozdítása tartós politikai elkötelezettséget és hatékony koordinációt igényel. Mivel a munkaerő fenntarthatósága nem biztosítható kizárólag nemzeti intézkedésekkel, stratégiai prioritásként kell azt kezelni az EU szintjén, és koherens, összehangolt megoldások révén kell választ adni rá. Az Európai Egészségügyi Unió alkalmas platformként szolgálhat e célkitűzések támogatására.

Irodalomjegyzék

1. Gellérné, Lukács Éva, *Személyek Szabad Mozgása Az Európai Unióban*, Magyar Szociológiai E-Könyvek (Budapest, Magyarország: Tullius Kiadó, 2008), http://www.shp.hu/hpc/userfiles/eumunkavallalas/gellerne_lukacs_eva_szemelyek_sza_bad_mozgasa_az_europai_unioban_honlap.pdf.
2. Paul Quinn and Paul De Hert, 'The European Patients' Rights Directive: A Clarification and Codification of Individual Rights Relating to Cross Border Healthcare and Novel Initiatives Aimed at Improving Pan-European Healthcare Co-Operation', *Medical Law International* 12, no. 1 (March 2012): 31, <https://doi.org/10.1177/0968533212439573>.
3. Scott L. Greer, 'Uninvited Europeanization: Neofunctionalism and the EU in Health Policy', *Journal of European Public Policy* 13, no. 1 (1 January 2006): 134, <https://doi.org/10.1080/13501760500380783>.
4. Dorte Sindbjerg Martinsen, 'Towards an Internal Health Market with the European Court', *West European Politics* 28, no. 5 (November 2005): 1035–56, <https://doi.org/10.1080/01402380500311806>;
5. Lukács, Éva, 'Health Services in the Internal Market – Hungary', in *Access to Health Care in an Internal Market : Impact for Statutory and Complementary Systems*, vol. 18, *Bulletin Luxembourgeois Des Questions Sociales* (Luxembourg: Association luxembourgeoise des organismes de la sécurité sociale (Aloss), 2005), 197-201.;
6. Yves Jorens, Michael Coucheir, and Filip Overmeiren, 'Access to Health Care in an Internal Market: Impact for Statutory and Complementary Systems', *Bulletin Luxembourgeois Des Questions Sociales* 18 (1 January 2005): 1–136;
7. Földes, Mária Éva, 'The Emerging Mandate of EU Law in Health Care: A Legal Analysis of the Internal Market Implementation on Acces to Health Care in Hungary and Slovenia' (Central European University, 2009), https://politicalscience.ceu.edu/sites/politicalscience.ceu.hu/files/basic_page/field_attachment/foldesm.pdf.
8. Frans Pennings, 'The Cross-Border Health Care Directive: More Free Movement for Citizens and More Coherent EU Law?', *European Journal of Social Security* 13, no. 4 (1 December 2011): 449, <https://doi.org/10.1177/138826271101300403>;
9. Antonaki, Ilektra, 'The EU Legal Framework on Cross-Border Healthcare After the Adoption of the Patient's Mobility Directive', *University of Warsaw Journal of Comparative Law* 1, no. 1 (20114): 19;
10. Chris Newdick, 'Citizenship, Free Movement and Health Care: Cementing Individual Rights by Corroding Social Solidarity', *Common Market Law Review* 43 (1 December 2006): 1662–65, <https://doi.org/10.54648/COLA2006123>;

11. Sokol, Tomislav, 'RINDAL AND ELCHINOV: A(N) (IMPENDING) REVOLUTION IN EU LAW ON PATIENT MOBILITY?', *Croatian Yearbook of European Law & Policy* 6, no. 1 (2010): 185–86.
12. M. Wismar et al., eds., *Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European Countries*, *Observatory Studies Series 23* (Geneva: World Health Organization, 2011), 80,
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/170421/9789289002479-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>;
13. Gilles Dussault, James Buchan, and Walter Sermeus, Zilvinas Padaiga, 'Assessing Future Health Workforce Needs', in *Policy Summary 2* (Belgian EU Presidency Conference on Investing in Europe's health workforce of tomorrow: scope for innovation and collaboration, La Hulpe, 9–10 September 2010: World Health Organization, 2010), 1, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332024/Policy-summary-2-2077-1584-eng.pdf?sequence=>.

A szerző releváns publikációi

1. Kovács, R. (2024). Health professionals on the move: analysing Brexit's influence on diploma recognition and the employment of health care workers. *ANNALES UNIVERSITATIS SCIENTIARUM BUDAPESTINENSIS DE ROLANDO EÖTVÖS NOMINATAE - SECTIO IURIDICA*, 62(1), 163–188. <http://doi.org/10.56749/annales.elteajk.2023.lxii.10.163>
2. Kovács, R. (2021). A Brexit hatása a diplomák kölcsönös elismerésére, illetve az egészségügyi szakemberek külföldi munkavállalására. In *Jogi tanulmányok 2021* (pp. 448–467).
3. Kovács, R. (2020). Az Európai szakmai kártya bevezetésének első hazai tapasztalatai. *MUNKAJOG*, 2020/2. lapszám, 20–27.
4. Gellérné Lukács, É., & Kovács, R. (2019). Szociális biztonsági koordináció és munkaerőmozgás – az Alpenrind-eset és az Osztrák Legfelsőbb Közigazgatási Bíróság ítélete. *EURÓPAI TŰKÖR: Az integrációs stratégiai munkacsoport kéthavonta megjelenő folyóirata*, 2019(3), 79–91. <http://doi.org/10.32559/et.2019.3.6>
5. Kovács, R., Girasek, E., Kovács, E., Aszalós, Z., Eke, E., Ragány, K., ... Szócska, M. (2017). Managing intra-EU mobility—do WHO principles of ethical recruitment have relevance? *HUMAN RESOURCES FOR HEALTH*, 15(1). <http://doi.org/10.1186/s12960-017-0247-7>
6. Kovacs, E., Girasek, E., Kovács, R., Aszalos, Z., Eke, E., Cserháti, Z., & Ragány, K. (2016). Report on Health Workforce Planning Data - Preparing for tomorrow's meaningful actions.
7. Aszalós, Z., Kovács, R., Eke, E., Kovács, E., Cserháti, Z., Girasek, E., & Van Hoegaerden, M. (2016). Health workforce mobility data serving policy objectives.
8. Kovacs, E., Girasek, E., Eke, E., Ragany, K., Kovacs, R., Aszalos, Z., & Szocska, M. (2016). Towards Strategic Health Workforce Planning. In *The Future We Want: Global Sociology and the Struggles for a Better World* (pp. 378–378).
9. Girasek, E., Kovács, E., Aszalós, Z., Eke, E., Ragány, K., Kovács, R., ... Szócska, M. (2016). Headcount and FTE data in the European health workforce monitoring and planning process. *HUMAN RESOURCES FOR HEALTH*, 14. <http://doi.org/10.1186/s12960-016-0139-2>
10. Zoltan, A., Edit, E., Eszter, K., Réka, K., Zoltán, C., Edmond, G., ... Michel, V. H. (2015). Terminology gap analysis.
11. Réka, K., Zoltán, A., Edit, E., Eszter, K., Zoltán, C., Edmond, G., ... Michel, V. H. (2014). Report the applicability of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel within a European context.
12. Gellérné, L. É., Kovács, R., & Lopussny, A. (2011). *Modernised EU Social Security Coordination one year later – Looking forward*. (L. É. Gellérné, R. Kovács, & A. Lopussny, Eds.). Budapest: Nemzeti Erőforrás Minisztérium.
13. Dr. Páva, H., Kovács, R., & Bulyovszky, C. (2003). *Az egészségügyi diplomák és szakképesítések elismerési rendje*. (C. Bulyovszky, Ed.). Budapest: Miniszterelnöki Hivatal Kormányzati Stratégiai Elemző Központ (STRATEK).