

A BIZTOSÍTÁSI TÍPUSÚ ELLÁTÁSOK JELENTŐSÉGE A SZOCIÁLIS GONDOSKODÁS TÜKRÉBEN

HOMICSKÓ ÁRPÁD OLIVÉR
egyetemi docens (KRE ÁJK)

1. Bevezetés

A szociális ellátórendszerben a biztosítási típusú ellátásoknak kell a legmagasabb szintű védelmet nyújtaniuk az egyének számára, ha azok megélhetési zavarhelyzetbe kerülnének. Az állam által működtetett szociális gondoskodás alapja az egyénektől különböző elvek szerint elvont adó- és járulékbefizetések, amelyek feltételezik azt, hogy az egyén valamilyen jövedelemmel rendelkezzen. Fontos ezért, hogy a szociális gondoskodás szempontjából egyrészt olyan foglalkoztatási rendszerre van szükség, amelyben az adott társadalom tagjainak nagyobb része aktívan részt vesz, másrészt a rendszer fenntartásához nagymértékben hozzájáruló járulékfizetők olyan ellátásokat, szolgáltatásokat kapnak, amelyek a megélhetési zavarhelyzet idejére biztosítják korábbi életszínvonaluk azonos vagy közel azonos fenntartását.

Egy állam szociális ellátórendszere álláspontom szerint akkor lesz fenntartható, ha legnagyobb mértékben a megélhetési zavarhelyzet esetében nyújtott ellátások a jövedelemszerző tevékenységhez kapcsolódnak. A jövedelem biztosítja, hogy az egyén képes hozzájárulni a rendszer fenntartásához, cserébe pedig megélhetési zavarhelyzete esetén ellátást fog kapni. Kiemelendő, hogy a szociális ellátórendszerek alapjait azok a bevételek jelentik, amelyeket az állam különböző formákban elvon a társadalom tagjaitól. Az állam által működtetett szociális ellátórendszerek a járulékokból és adókból befolyt befizetésekből biztosítják jóléti kiadásukat. Az egyén jövedelmének átcsoportosítása, újraelosztása révén válik lehetségessé az, hogy a szociális ellátások rendszere működni tudjon. A szociális ellátás feladatainak megoldása érdekében számos szociális ellátási modell működhet egy adott társadalomban, egy időben, egymás mellett. A történelmi fejlődés során azonban fokozatosan az állam által működtetett intézmények váltak dominánssá.¹ Az állam által működtetett szociális védelmi rendszer az, amely a társadalom valamennyi tagja számára szociális biztonságot tud nyújtani, azzal, hogy ebben az állam által működtetett rendszerben különböző elvek szerint történik meg a szociális ellátások nyújtása. Tanulmányomban a biztosítási elv szerint nyújtott

¹ Czúcz Ottó: *Szociális jog I.* Unió Lap- és Könyvkiadó Kereskedelmi Kft. Budapest, 2003. 30.

szociális ellátások tekintetében felmerülő kérdéseket kívánom elemezni. Az állam szociális szerepvállalása ugyanis egyrészt a munkaerőpiaccal kapcsolatos, ami a megélhetési zavarhelyzetet akkor váltja ki, ha az egyén jövedelemszerző tevékenységét nem tudja folytatni, másrészt pedig ha semmilyen jövedelemforrása nincs, és nem jogosult egészségbiztosítási, nyugdíjbiztosítási, vagy foglalkoztatáspolitikai passzív pénzbeli ellátásra, ilyenkor ugyanis belépnek a segélyezési típusú ellátások.² A közfoglalkoztatás pedig egy átmeneti megoldásként határozható meg a segélyezési és a biztosítási típusú rendszer határán.

2. A biztosítási típusú szociális ellátórendszer jellemzői

A biztosítási típusú szociális ellátási rendszerben a jogosult személy hozzájárulás-fizetés alapján kap ellátást a megélhetési zavarhelyzet bekövetkezésekor. Az ellátásra való jogosultság jövedelemszerző tevékenység folytatásához kötött. Védelemben az részesülhet, aki az ezzel járó terheket is viseli (járulékfizetési kötelezettség). Az állam által meghatározott védett személyi kör kötelezően (társadalombiztosítás) biztosítási jogviszonyt kell, hogy létesítsen, bizonyos esetekben ugyanakkor lehetséges az önkéntes (magán-)biztosítás kötése is. A megélhetési zavarhelyzetek előre rögzítésre kerülnek a jogszabályokban, és csak a pontosan meghatározott esetekben nyújt előre meghatározott ellátásokat a rendszer. Az ellátásra való jogosultsági feltételeket tételesen meghatározzák. A szociális ellátás mértéke általában a kieső jövedelemhez igazodik, azzal azonos vagy közel azonos ellátást nyújt. Lehetőség van azonban arra is, hogy a jogalkotó előre rögzítse azt a maximális ellátási szintet, amelynek esetében már nem érvényesül a jövedelemarányos pénzbeli ellátás. Ezzel azonban már sérülhet a klasszikus biztosítási logika, hiszen a hozzájárulás-fizetés továbbra is jövedelemarányos marad, ugyanakkor viszont az ellátásra való jogosultság tekintetében már nem érvényesül a jövedelemarányosság, ami már relatív magas jövedelem esetén is életszínvonal-csökkenést eredményezhet az egyén esetében, pedig eredetileg a rendszert a korábbi életszínvonal fenntartására törekvés emelte ki a másik két modell közül. További sajátossága a rendszernek, hogy a jogosultak részéről az ellátások jogi úton is kikényszeríthetők (a kedvezményezett biztosítottaknak alanyi jogokat biztosítanak a járadék igénylésére). Az ellátások finanszírozására többnyire elkülönült alapokat hoznak létre és működtetnek. A befizetendő hozzájárulások nagysága (járulék) pedig minden esetben az egyén jövedelméhez igazodik. A rendszer előnyös vonásai

² BÍRÓ-NÁDAS-RAB-PRUGBERGER: *Európai és magyar szociális jog*. Kossuth Egyetemi Kiadó, Debrecen, 2004. 9.

között kiemeli a szakirodalom, hogy magasabb életszínvonalat tud biztosítani, mint a másik két rendszer, valamint kétoldalú kötelezettségeket keletkeztet (szolgáltatás–ellenszolgáltatás). A biztosítási típusú rendszerek nagyobb gazdasági hatékonyságra ösztönöznek, hiszen az egyének érdeke az lesz, hogy minél nagyobb számban folytassanak jövedelemszerző tevékenységet, hiszen így biztosítási státusszal fognak rendelkezni, ezáltal egy esetleges megélhetési zavarhelyzet esetén a megélhetésük sem fog veszélybe kerülni. A biztosítási típusú rendszerben előre meghatározottak az ellátások és az azokra való jogosultsági feltételek, ezáltal kiszámíthatóságot jelent az egyén számára. Hátrányos vonása ugyanakkor, hogy a társadalom nem minden tagja számára nyújt védelmet, sőt még a védett személyek is kikerülhetnek a hatálya alól (pl. tartós munkanélküliség esetén nem tud védelmet nyújtani, a munkaviszony megszűnését követő első naptól már nem jár táppénz³). A rendszernek jelentősek az össztársadalmi költségei – ha nincs gazdasági növekedés, a megtermelt össztársadalmi állami bevételek jelentős részét ezen rendszerek működtetésére kell fordítani. Igazságtalanságok hordozójává is válhat, hiszen a piacon jelen lévő munkáltatók és munkavállalók alkupozíciója alapján alakulnak a munkabérek és az utánuk járó pénzbeli ellátások. A biztosítási típusú rendszerek korlátozzák az egyén döntési szabadságát is a kötelező jellegük miatt (önkéntes alapú rendszerekben az állami jelenlét nem lehet domináns), vagyis az egyén nem maradhat ki a rendszerből, ha jövedelemszerző tevékenységet folytat.⁴

3. A magyar biztosítási típusú szociális ellátórendszer jellemzése

Ma Magyarországon a társadalombiztosítás elv domináns szerepben van, a jogalkotó célja pedig az, hogy a társadalom minél szélesebb köre jusson hozzá a társadalombiztosítás keretében működtetett egészségbiztosítási és nyugdíjbiztosítási ellátásokhoz. A magyar társadalombiztosítási rendszerbe ugyanakkor több olyan elem is beépítésre került, amelyek nem illeszthetők be az elméleti alapjaiba a biztosítási elvnek. A társadalombiztosítási rendszer alapja a járulékfizetés, amely alapján a biztosított személy társadalombiztosítási ellátásokhoz jut. A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (a továbbiakban: Tbj.) kimondja, hogy a biztosítottak – ha törvény eltérően nem rendelkezik – a társadalombiztosítás valamennyi ellátására

³ HOMICSKÓ Árpád Olivér: *A munkavállaló biztosítási jogviszonya megszűnésének hatásai az egészségbiztosítási ellátások tekintetében*. HR&Munkajog, 2013/6., 44.

⁴ HAJDÚ József – HOMICSKÓ Árpád Olivér: *Bevezetés a társadalombiztosítási jogba*. 3. átdolgozott kiadás, Patrocinium Kiadó, Budapest, 2015. 13.

jogosultságot szerezhetnek.⁵ Ennek megfelelően a biztosított egészségbiztosítási és nyugdíjbiztosítási ellátásokra szerezhet jogosultságot.⁶ A klasszikus biztosítás elven működő biztosítás rendszerben védelemben ugyanazok a személyek részesülnek, akik az ezzel járó terheket is viselik.⁷ Az egészségbiztosítási és nyugdíjbiztosítási rendszer finanszírozhatóságának biztosítása napjaink egyik meghatározó kérdése. Fontos látnunk, hogy annak idején, amikor a rendszer kialakításra került alapvetően pénzbeli ellátásokat kellett nyújtani, a természetbeni egészségügyi szolgáltatások eshetőlegesen merültek fel. A XXI. században azonban ez a helyzet megváltozott, és ma már az egészségbiztosítási kiadások jelentős részét az egészségügyi szolgáltatások teszik ki. Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának a sikeressége és az eredményessége pedig elsősorban azon múlik, hogy a biztosító(k) képesek-e, és amennyiben igen, milyen mértékben képesek befolyásolni az egészségügyi rendszer jelenlegi szereplőinek magatartását. A finanszírozási szempontok ugyanakkor világszerte elsősorban a térítés módjára koncentrálnak, és nem fogalmaznak meg elérendő minőségi célokat. A minőség javulása a tudás megteremtésébe és fejlesztésébe történő beruházással, az ellátási folyamatok standardizálásával és a szervezeti jellemzők újratervezésével érhető el. Az egészségügyi ellátórendszerben az egyes érdekcsoportok a minőség különböző komponenseinek érvényesülésében érdekeltek. Az egyes komponensek nem mindig különülnek el teljesen egymástól, azok érvényesülése vagy sérülése kihathat más komponensek érvényesülésének mértékére. Az eredményesség és a hatékonyság függ a szervezeti működéstől (hozzáférés), a beteg saját jellemzőitől, amely független az ellátás minőségétől, és természetesen az ellátás folyamatától (hatásos, megfelelő, időszerű, folyamatos, megfelelő, biztonságos). A betegek elégedettsége - mint ellátási eredmény ugyanakkor a betegjogok érvényesülésének, az etikus, szeméremérzetet tiszteletben tartó ellátásnak, és az ellátás fizikai környezetének a függvénye.

Az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság esetében van Magyarországon a legszélesebb lehetőség arra, hogy olyanok is ellátásban részesüljenek, akik egyébként a rendszer fenntartásához nem járulnak hozzá, ez a társadalmi szolidaritás miatt lényeges, ugyanakkor a rendszer működése szempontjából számos kérdést vet fel, leginkább a finanszírozás oldaláról. Így míg a biztosított személynek járulékot kell fizetnie jövedelme után, hogy egészségügyi szolgáltatást

⁵ A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény 6. § (1) bekezdés.

⁶ A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény 14. § (1) bekezdés.

⁷ Czúcz Ottó: *Szociális jog I.* Unió Lap- és Könyvkiadó Kereskedelmi Kft. Budapest, 2003. 33.

kapjon, addig a csak egészségügyi szolgáltatásra jogosultak a Tbj. 16. § alapján jogosultak az ellátásra. Az itt a Tbj. 16. §-ban felsoroltak számára szükséges, hogy az egészségügyi szolgáltatásokhoz hozzájussanak, ugyanakkor az ellátás jelenlegi sok esetben alacsony színvonala miatt a biztosított személyek okkal vethetnék fel azt, hogy nekik miért kell ezért a szolgáltatásért járulékot fizetniük. Rögzíthető, hogy a jelenlegi egészségügyi rendszerben egyre erősebb az egészségügy szereplőinek, a betegeknek és az egészségügyi dolgozóknak a kiszolgáltatottsága, ezzel együtt nő elégedetlenségük, csökken a rendszer iránti bizalmuk. Ugyanakkor a fennálló egészségügy nem képes a gazdasági lehetőségek hatékony kihasználására, nő a korrupció, terjed a hálapénz. A magyar egészségügy nem ad lehetőséget a betegek egyéni igényeinek, az öngondoskodásnak, az egészséghez nélkülözhetetlen egyéni felelősségnek szabályozott érvényesülésére. A direkt állami irányítású rendszer nem képes reagálni a kor új követelményeire: az öregedő társadalom megváltozott egészségügyi szükségleteire, a gyógyító technika és alkalmazási költségeinek robbanásszerű expanziójára, az egészségtudatos egyéni igények növekedése által gerjesztett privát egészségügyi piac gyors spontán bővülésére. Abban az esetben, ha megjelenhetne a magán-egészségbiztosítás lehetősége, úgy az céljának kellene, hogy tekintse azt, hogy megteremtse egy korszerű és hatékony egészségügyi, egészségbiztosítási rendszer jogi alapjait. Ebben a rendszerben a biztosítottak védelmében szigorú minőségügyi rendszer működését kellene előírni és megteremteni ennek kötelező kereteit. A biztosítottak tudatos döntési jogát az egészségügyi adatok, minőségi mutatók nyilvánosságának előírásával lehetne garantálni. Az egészségügyben is teret kellene adni a szabályozott piacnak, melynek rendszerében a biztosítottak egyéni értékrendjük szerint dönthetnének az öngondoskodás mértékéről, választhatnának az egyéni igényeikhez igazodó magasabb minőségű szolgáltatások között. Ezzel olyan versenyt lehetne teremteni az egészségbiztosítók és az egészségügyi szolgáltatók között, ahol a pénzügyi siker forrása nem a több beteg, hanem a jobb egészség, a hatékony, sikeres gyógyítás. Célként lehetne megfogalmazni a szolidaritási elvű társadalombiztosítási rendszer fenntartása mellett az öngondoskodási igény érvényesítési lehetőségének megteremtését, az egészségügy szereplői felelősségének és döntési szabadságának kiterjesztését, valamint a köz- és a magánbefektetések összehangolásával az egészségügyi ellátórendszerben fennálló egyenlőtlenségek mérséklését és fokozatos felszámolását. Egy jól átgondolt szabályozási rendszerben az állami társadalombiztosítás mellett lehetőséget kellene adni arra, hogy aki tudja vállalni a magán-egészségbiztosítás keretében történő részvételét, az kiszerezdhessen az állami által működtetett egészségbiztosításból. Az egészségbiztosítás keretében a természetbeni egészségügyi szolgáltatások az egészségi állapot által indokolt

mértékben vehetők igénybe, nálunk tehát az egészségi állapot szolgálja a kiinduló állapot abban a tekintetben, hogy milyen mértékű egészségügyi ellátás igénybevételére jogosult valaki, és ha a Tbj. alapján megilleti az ellátás, úgy nincs jelentősége annak, hogy fizetett-e egészségbiztosítási járulékot vagy sem. Az indokolt mérték fokmérője kizárólag a beteg egészség állapota lesz ilyenkor. Kisebb megbetegedés esetén az alapszintű egészségügyi szolgáltatások igénybe vétele lehet indokolt, míg komplikáltabb, összetettebb betegség esetén valamennyi szakellátás igénybe vétele indokolt lehet a beteg számára. Az egészségügyi szolgáltatások azonos szakmai tartalommal illetik meg az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személyeket.⁸ Ez az alapelv az egyenlő bánásmódot testesíti meg, vagyis azonos szintű egészségügyi szolgáltatás nyújtását teszi kötelezővé valamennyi egészségügyi szolgáltató számára, függetlenül a beteg vagyoni, anyagi, vagy bármilyen más helyzetétől függetlenül. Látható tehát, hogy jelenleg a biztosítási elv szerinti járulékfizetés az egészségügyi szolgáltatásnál nem lesz kizárólagos előfeltétel a hozzájutás vonatkozásában. Megállapítható, hogy egy jól működő társadalombiztosítási rendszerben az egyén érdekelt lesz az abban való részvételre. Szükséges ehhez azonban az, hogy tisztán látható legyen, milyen szolgáltatást kell teljesíteni (hozzájárulás-fizetési, járulékfizetési kötelezettség), és ez alapján mire is válhat jogosulttá (és jó minőségű ellátást kell kapnia azért a pénzéért, amit egyébként megfizet ezért kötelező jelleggel). A jogalkotó ugyanis kötelezettségként írja elő, hogy a biztosított személy fizesse meg a rendszer fenntartásának, működtetésének költségét, ugyanakkor a részére ez alapján járó társadalombiztosítási szolgáltatást sok esetben mint kedvezményt, állam általi gondoskodást tünteti fel. Sok esetben a társadalombiztosítási ellátás csak egy alapszintű megélhetést tud biztosítani az egyén számára, azért is, mert a kapott ellátások mértéke Magyarországon ma már a legtöbb esetben maximalizálva van, ami jó esetben éri csak el a mindenkori minimálbér (2017-ban 127.500 forint) összegét, de inkább alatta van, ami komoly életszínvonal-csökkenést jelent a munkaerőpiacról megélhetési zavarhelyzete miatt kieső biztosított személy számára. Ebből is látható, hogy ma az egészségbiztosítási ellátások nem tudnak jelentős mértékben magasabb életszínvonalat biztosítani a megélhetési zavarhelyzet idején, mint a segélyezési, vagy normatív típusú rendszer.⁹ A járulékot befizető a befizetéssel egyidejűleg szerződéses kapcsolatot teremt a biztosítóval, amely kapcsolat jogilag számon kérhető, és arra kötelezi az egészségbiztosítót, hogy a befizetéséért cserébe meghatározott szolgáltatásokat vásároljon. E tranzakción keresztül a befizető

⁸ HAJDÚ József – HOMICSKÓ Árpád Olivér: *Szociális jog II.* Patrocinium Kiadó, Budapest. 2010. 21.

⁹ Czúcz Ottó: *Szociális jog I.* Unió Lap- és Könyvkiadó Kereskedelmi Kft. Budapest, 2003. 34.

és a szolgáltatást nyújtó, a harmadik fél, az egészségbiztosító segítségével kerül szerződéses kapcsolatba, amely a jogbiztonság, és egyben a számon kérhető minőség intézményét teremti meg. A magyar egészségügyi ellátórendszerünk kétszintű, amelynek az alapját a háziorvosi rendszer adja, és a járó-, illetőleg fekvőbeteg szakellátás teszi teljessé. Az egészségügyi rendszerben minden szereplőnek sajátos funkcióból, és nézőpontból fakadó érdekei vannak, amelyeket több-kevesebb sikerrel megpróbálnak érvényesíteni a rendszeren belül. A különböző érdekek harmonizálására sokféle eszköz van, így politikai, jogi, közgazdasági, szervezeti, szociális, amelyek együttes hatásának összességében pozitívnak kell lennie a teljesítményre, a szolgáltatás minőségére vonatkozóan. Fontos kiindulópont, hogy az egészségügyi szolgáltatásnak az igényekhez igazodó hierarchikus felépítésű rendszeren kell alapulnia. Olyan alapelvek összhangját és egyensúlyát kell biztosítani, amely a lakosság közeli ellátást biztosító méltányos ellátási struktúrára, a megfelelő minőség biztosítására és a hatékony működésre épül. Az alapellátásnak kiemelkedő szerepet kell betöltenie, hiszen a rendszer hatékony működésének alapeleme. Az alapellátás és a szakellátások határát azonban szakmailag nem lehet mereven, bürokratikusán megvonni. Az alapellátás az a szint, ahol a lakosság elsődlegesen találkozik az egészségügyi ellátórendszerrel. Átfogó, holisztikus megközelítéssel foglalkozik a hozzá tartozó lakosság egészségével, és biztos, tartós kapcsolatban van a lakossággal. A szakellátások (járó- és fekvőbeteg) segítik, kiegészítik az alapellátás munkáját. A természetbeni egészségügyi szolgáltatások esete mutatja azt meg a legjobban, hogy a munkaerőpiacon történő aktív részvétel nem eredményezi azt, hogy az egyén jobb minőségű egészségügyi szolgáltatáshoz jutna hozzá. Hiába fizet a biztosított személy természetbeni egészségügyi járulékot, betegsége esetén a mindenki számára hozzáférhető minőségű egészségügyi szolgáltatást fogja csak megkapni. Álláspontom szerint a jogalkotónak vagy lehetővé kellene tennie a kiszervezés lehetőségét az egészségügyi szolgáltatások tekintetében az azt magának megengedhető polgárai számára, akik ezt követően maguk dönthetnének arról, hogy magánbiztosítás keretében, annak feltételrendszerében vegyék igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. Ebben az esetben a biztosítási jogviszony garantálná azt, hogy az egyén az általa folyamatosan fizetett hozzájárulás után ténylegesen megkapná az elvárható egészségügyi szolgáltatást. Abban az esetben pedig, ha ez nem valósulna meg, úgy ténylegesen alanyi, normatív alapon kellene lehetővé tenni az alapszintű egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutást.

A biztosítottak a megszerzett jövedelmük után egészségbiztosítási- és munkaerőpiaci járulékot kötelesek fizetni. Az egészségbiztosító és a beteg közötti kapcsolatot tehát az egészségbiztosítási járulék jelenti. A szabályozás is ennek

megfelelően alakul. Az egészségbiztosítási járulékok az Egészségbiztosítási Alapba folynak be. Kizárólagos célja, hogy az egészségügyi ellátások fedezetül szolgáljon.¹⁰ Az egészségügyi szolgáltatások jelentős részét az egészségbiztosító ebből a járulékból téríti meg a szolgáltatást igénybevevő helyett, vagyis az egészségbiztosítás alapvető funkciója, hogy megvásárolja, illetve megfizesse az egészségbiztosítás körébe tartozó szolgáltatásokat (a kötelező biztosításra jogosultak számára). Az egészségbiztosítás szerveinek feladata, hogy biztosítsák a szükséges kapacitás megfelelő időben történő lekötését, valamint a teljesített és ellenőrzött szolgáltatások ellenértékének megtérítését az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott egészségügyi szolgáltatások vonatkozásában. Az állam ugyanakkor a kötelező egészségbiztosítási ellátásokról szóló törvényben meghatározott ellátások teljesítését akkor is biztosítja, ha az ahhoz szükséges kiadások az Egészségbiztosítási Alapból nem fedezhetők. Ez az alapelv pedig a társadalombiztosítás szolidaritását fejezi ki, vagyis az itt felsorolt ellátásokat az ellátásra jogosultak számára minden előzetes feltételre tekintett nélkül nyújtania kell az államnak.

Szintén bekerült az egészségbiztosítási ellátások körébe a diplomás gyermekgondozási díj elnevezésű ellátásra való jogosultság lehetősége, aminél teljesen hiányzik az előzetes járulékfizetési kötelezettség, ami a biztosítási típusú pénzbeli ellátásoknál lényeges követelményként van meghatározva. A kötelező egészségbiztosítási ellátásokról szóló 1997. évi LXXXIII. törvény kimondja, hogy gyermekgondozási díjra jogosult az is, aki a gyermeke születését megelőző két éven belül államilag elismert felsőoktatási intézményben magyar nyelvű nappali képzésben legalább két félév aktív hallgatói jogviszonnal rendelkezik, azzal, hogy egy félévre csak egy aktív hallgatói jogviszony vehető figyelembe.¹¹ Látható, hogy a jogalkotó egy olyan pénzbeli egészségbiztosítási ellátási lehetőséget alkotott, amelynél hiányzik a járulékfizetési kötelezettség, de ami mégis társadalombiztosítás keretében nyújtott ellátásnak minősül. Álláspontom szerint ezt az ellátást lehetett volna normatív alapon nyújtott ellátásként szabályozni azoknak az esetében, akik felsőoktatási intézményben teljesítik az előírt feltételeket. Ami ebben a tekintetben valószínűleg nehezebben indokolt lett volna, hogy miért relatíve magas az ellátás összege, aminek az alapja a minimálbér, illetőleg a garantált bérminimum (2017-ban 127.500 forint, illetőleg 161.000 forint).

A klasszikus pénzbeli ellátások esetében több esetben is látható, hogy Magyarországon nem érvényesül az a biztosítási típusú rendszerekre jellemző

¹⁰ HAJDÚ József – HOMICSKÓ Árpád Olivér: *Szociális jog II.* Patrocinium Kiadó, Budapest, 2010. 19.

¹¹ A kötelező egészségbiztosítási ellátásokról szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 42/E. § (1) bekezdés b) pont.

alapelv, amely szerint a megélhetési zavarhelyzet idejére a biztosított a korábbi jövedelmével azonos, vagy közel azonos ellátásra szerez jogosultságot.¹² A magyar társadalombiztosítási rendszerben a pénzbeli ellátások többnyire felülről korlátozottak. Így például a gyermekgondozási díj összege maximalizálva van, hiszen annak összege nem lehet több, mint a mindenkori minimálbér kétszeresének a hetven százaléka. A kezdetektől megtalálható táppénz ellátás összege pedig szintén maximalizálva van, annak napi összege nem haladhatja meg a mindenkori minimálbér kétszeresének harmincad részét, ami 2017-ban 8500 forint. A biztosított személy tehát a teljes jövedelme után köteles megfizetni az egészségbiztosítási és munkaerőpiaci járulékot, ugyanakkor táppénz ellátásra már csak a biztosításban töltött időtől, illetve az esetleges kórházi ápolástól függően a napi átlagkereset 60 %-a, illetve 50%-a mértékéig lesz jogosult, azzal, hogy a táppénz egy napra eső maximum összegéig is figyelembe kell venni az ellátás megállapításakor. Ma Magyarországon, ha valaki keresőképtelen beteg lesz, úgy alaposan meg kell fontolnia, hogy igénybe veszi-e a táppénz ellátást, mert a háztartása jövedelmében ez komoly visszaesést eredményezhet. Emiatt nem valósul meg ma Magyarországon az az elv sem a táppénz ellátás tekintetében, hogy a biztosítási típusú ellátások a korábbi jövedelemszinttel azonos, vagy közel azonos szintű megélhetést biztosítanak az egyén számára, mint a normatív, vagy segélyezési típusú ellátások. Ez az esetkör ugyanis ellen hat annak, hogy az egyén érdekelt legyen biztosítási jogviszonyt létesíteni, és minél magasabb jövedelemre tegyen szert, hiszen a jelenlegi magyar társadalombiztosítási rendszer nem ösztönzi erre.¹³ Fontos lenne a jogalkotó szempontjából, ha az egészségbiztosítási ellátások megállapításának szabályai során nem a gazdaságpolitikai szempontok érvényesülnének kizárólagosan, hanem az egészségpolitikai szempontok is.

4. Az életbiztosítási és az egészségbiztosítási szerződés elemzése a társadalombiztosítási rendszerbe illeszkedése tekintetében

A biztosítási típusú ellátások tekintetében mindenképpen szükséges, hogy az életbiztosítási és az egészségbiztosítási szerződést is megvizsgáljuk. Ezek a szerződések olyan élethelyzetek kezelésére szolgálnak, amelyek a szociális ellátórendszeren keresztül kerülnek szabályozásra. A lényeges különbség azonban, hogy míg a szociális ellátórendszerben nyújtott ellátások államilag

¹² Czúcz Ottó: *Szociális jog I.* Unió Lap- és Könyvkiadó Kereskedelmi Kft. Budapest, 2003. 33.

¹³ HOMICSKÓ Árpád Olivér: A munkaerőpiac szerepe a szociális gondoskodás szempontjából. In.: *Polgári Szemle*. 2015. december 11. évfolyam 4-6. szám. Lásd: http://www.polgariszemle.hu/?view=v_article&ID=703. 2016.02.02. állapot.

szervezetten vehetők igénybe, addig a Polgári törvénykönyv által biztosított lehetőségek önkéntesen, az egyén szerződési szabadságának mindenkori tiszteletben tartása mellett igényelhetők. Az életbiztosítási szerződést a nyugdíjrendszerhez kapcsolódóan, míg az egészségbiztosítási szerződést az egészségügyi ellátórendszerhez kapcsolódóan szükséges vizsgálni. A mai magyar nyugdíjrendszer hat pilléren nyugszik és kiegészül egy további kiegészítő pillérral. Ezek a társadalombiztosítási nyugdíj (1997. évi LXXXI. törvény), a magánnyugdíj (1997. évi LXXXII. törvény), az önkéntes kölcsönös nyugdíj (1993. évi XCVI. törvény), a nyugdíj-előtakarékossági számlán nyugvó nyugdíj (2005. évi CLVI. törvény), a foglalkoztatói nyugdíj (2007. évi CXVII. törvény), valamint a Polgári törvénykönyv által szabályozott életbiztosítási szerződés keretében igényelhető nyugdíjszerű ellátás (2013. évi V. törvény 6:477. §). A kiegészítő pillér az előzőekhez csatlakozó pillérnek tekintendő, azért kiegészítő, mert nem biztosítási logika alapján, hanem segélyezési elv mentén nyújt időskorban megélhetést. Ez a kiegészítő pillér az időskorúak járadéka (1993. évi III. törvény 32/B-D. §). Az egyes pillérek eltérő szabályokkal és funkciót betöltve működnek. Az első hat pillérnél a biztosítási logika mentén megszervezett ellátásokról van szó, míg a kiegészítő pillér esetében az igénylő rászorultságának vizsgálata alapján van lehetőség nyugdíjszerű ellátás igénylésére. A biztosítási logika alapján felépülő nyugdíjrendszerek alapvetően két fő elv mentén működnek. Az egyik a felosztó-kiróvó elv, amikor a mindenkori aktív korúak befizetéseiből fedezik az inaktívak (nyugdíjasok) kifizetéseit. A másik a tőkefedezeti elv, amikor az egyén maga halmoz fel saját részére, és a kockázati esemény (pl.: nyugdíj) bekövetkezésekor veheti igénybe az így összegyűlt járandóságát. Felosztó-kiróvó elven működik a társadalombiztosítási nyugdíjrendszer, míg a többi pillér a tőkefedezeti rendszeren alapul. A kiegészítő pillér esetében pedig, ahogy azt az előzőekben már jeleztem, a rászorultság elve alapján van lehetőség nyugdíjszerű ellátás igénybevételére.

A társadalombiztosítási nyugdíj alapja az Alaptörvényben található meg. Az Alaptörvény a Szabadság és felelősség rész XIX. cikk (4) bekezdésében kimondja, hogy „*Magyarország az időskori megélhetés biztosítását a társadalmi szolidaritáson alapuló egységes állami nyugdíjrendszer fenntartásával és önkéntesen létrehozott társadalmi intézmények működésének lehetővé tételével segíti elő. Törvény az állami nyugdíjra való jogosultság feltételeit a nők fokozott védelmének követelményére tekintettel is megállapíthatja.*” Az állami társadalombiztosítási nyugdíjrendszer, ami jövedeleमारान्यos járulékfizetésen alapul az egyetlen kötelező pillér, az összes többi biztosítási elven működő pillér önkéntes alapon működik. Az önkéntesség elve pedig az jelenti, hogy a felsorolt pillérek tekintetében már nincs sorrendiség, vagyis

többször az egyén döntésén múlik, hogy csatlakozik-e valamelyikhez, vagy sem. A társadalombiztosítási nyugdíjra vonatkozó részletes szabályokat a társadalombiztosítási nyugdíjról szóló 1997. évi LXXXI. törvény tartalmazza. A kötelező társadalombiztosítási nyugdíjrendszer működtetése és fejlesztése az állam feladata. A társadalombiztosítási nyugdíjrendszer öregség esetén a biztosított részére, elhalálása esetén a hozzátartozója részére egységes elvek alapján nyugellátást biztosít.¹⁴ Társadalombiztosítási nyugdíj megállapításához két lényeges feltétel teljesítése szükséges, egyrészt a törvényben előírt életkor elérése, másrészt pedig minimum szolgálati idő megléte. A társadalombiztosítási nyugellátás a nyugdíjárulék alapját képező kereset, jövedelem összegéhez és az elismert szolgálati időhöz igazodik.¹⁵ Szolgálati időt naptári naponként kell számításba venni és 365 naptári napot kell egy évnek tekinteni. Ugyanazt az időtartamot csak egyszer lehet számításba venni.¹⁶ Azt, hogy társadalombiztosítási nyugellátásban ki és milyen feltételekkel részesülhet, a törvény részletesen szabályozza.

Az életbiztosítási szerződés a Polgári törvénykönyvben szabályozott és lényege, hogy a szerződés alapján a biztosító a természetes személy biztosított halála, meghatározott életkor vagy időpont elérése vagy más esemény bekövetkezése esetére a szerződésben meghatározott biztosítási összeg kifizetésére, járadék élethosszig tartó vagy meghatározott időszakra történő folyósítására vállal kötelezettséget.¹⁷ Az életbiztosítási szerződés lényegét tekintve egyértelműen rokonságot mutat azokkal a nyugdíjszerű ellátásokkal, amelyek önkéntes alapon köthetőek. Tőkefedezeti elven működik, hiszen a biztosított személy egyéni befizetése alapján megtakarított pénzt egy szerződésben meghatározott időtartam elteltét követően a befektetési időszakban elért növelt összegben kap vissza. A kifizetés is hasonló lehet, mint az önkéntes nyugdíjak esetén, így lehet egyösszegű kifizetés, élethosszig tartó járadékszolgáltatás, vagy rögzített időtartamig folyósított ellátás. Az életbiztosítási szerződés nyugdíjszerű megtakarítási szempontból akkor lehet előnyös a biztosított számára, ha magas szintű hozamot garantál a befektető számára, vagy ha valamilyen más megtakarítási megoldáshoz kapcsolódik. Tekintettel arra, hogy tisztán polgári jogi elvek érvényesülését kell alkalmazni az életbiztosítási szerződés esetében, így a felek szerződési szabadsága alapján a szerződés tartalmát a felek szabadon alakíthatják ki. Ez tág teret nyújt

¹⁴ A társadalombiztosítási nyugdíjrendszerről szóló 1997. évi LXXXI. törvény 1. § (1) bekezdés.

¹⁵ A társadalombiztosítási nyugdíjrendszerről szóló 1997. évi LXXXI. törvény 1. § (3) bekezdés.

¹⁶ A társadalombiztosítási nyugdíjrendszerről szóló 1997. évi LXXXI. törvény 43. § (1) bekezdés.

¹⁷ A Polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény 6:477. §.

ahhoz, hogy a biztosító intézmény olyan feltételekkel nyújtsa az ellátást, ami vonzó a biztosított számára. Ennek konstrukcióját a biztosító intézménynek kell kialakítani. A kiegészítő pilléreket vizsgálva megállapítható, hogy az életbiztosítási szerződés jól illeszkedik a magyar nyugdíjrendszer keretei közé, és az öngondoskodás egy további lehetőségét biztosítja a magánnyugdíj, az önkéntes kölcsönös nyugdíj, a nyugdíj-előtakarékossági számlán nyugvó nyugdíj és a foglalkoztatói nyugdíj mellett. Az egyénnek szabad választása van, hogy a kötelező társadalombiztosítási nyugellátáson kívül milyen további önkéntes nyugdíj megtakarítási formát választ a maga számára. Ahhoz azonban, hogy ezt meg tudja tenni fontos, hogy legyen olyan megtakarítása, amit hosszabb távon képes befektetni, hiszen megfelelő nyugdíjszerű ellátás eléréséhez hosszabb időtartam alatt befizetett felhalmozásra van szükség.

Az egészségbiztosítási szerződést a korábbi 1959. évi IV. törvény a Polgári törvénykönyvről nem tartalmazta, ezt az új, 2013. évi V. törvény a Polgári törvénykönyvről vezette be. Az egészségbiztosítási szerződés kizárólag csak kiegészítő megoldás lehet a jelenlegi egészségbiztosítási rendszerben. Mindenképpen üdvözlendő, hiszen ma már az egészségbiztosítási ellátások egy jelentős része magánfinanszírozáson alapul, amikor az igénybevevő páciensnek kell megfizetnie az egészségügyi szolgáltatás árát. Az Alaptörvény a Szabadság és felelősség részben a XX. cikk (1) bekezdésében kimondja, hogy mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. Ez a kötelezettség határozza meg az egészségpolitika cél-, feladat-, és eszközrendszerét. Az állam ugyanis Magyarországon is felelős a lakosság egészségi állapotáért. Az egészség állapot megőrzése céljából az államnak ki kell alakítania a szükséges feltételrendszert, amely révén elérhetővé válik a közösségek és az egyének számára az egészségi állapotuk megőrzése, védelme és fejlesztése, valamint ha szükségessé, abban az esetben lehetséges mértékű helyreállítása is.

Az egészségbiztosítási szerződés kiegészítő jellege szempontjából ismerni kell azokat az ellátásokat, amelyeket a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe lehet venni. A kötelező egészségbiztosítás keretében egészségügyi szolgáltatást, pénzbeli ellátásokat (táppénz, terhességi-gyermekágyi segély, gyermekgondozási díj), baleseti ellátásokat (baleseti egészségügyi szolgáltatás, baleseti táppénz, baleseti járadék), valamint megváltozott munkaképességű személyek ellátásait (rehabilitációs ellátás, rokkantsági ellátás) lehet igénybe venni. A Polgári törvénykönyv LXV. Fejezete tartalmazza az egészségbiztosítási szerződés tárgyát, amely szerint *„Egészségbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított megbetegedése esetén a szerződésben meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget. A biztosító szolgáltatása kiterjedhet a szerződésben meghatározott egészségügyi szolgáltatások egészséges személy általi igénybe*

*vételekor felmerülő költségek megtérítésére is.*¹⁸ Ebből megállapítható, hogy a polgári jogi intézmény kizárólag a természetbeni egészségügyi szolgáltatások kiegészítő finanszírozására ad majd lehetőséget.

Megállapítható, hogy a Polgári törvénykönyv által nevesített egészségbiztosítási szerződés lehetőséget ad arra, hogy a kötelező egészségbiztosítási rendszeren belül, arra alapozva a biztosítási díj megfizetésére képes egyének számára előnyösebb módon biztosítsa az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést. Az egészségügyi intézmények számára is többlet bevételi forrást jelenthet, ha olyan személy részére nyújtanak egészségügyi szolgáltatást, aki rendelkezik egészségbiztosítási szerződéssel. Lehetővé teszi azt is, hogy olyan egészségügyi szolgáltatásokhoz is hozzáférjen a biztosított személy, amely egyébként az egészségbiztosítás szerv részéről nem lenne finanszírozva. Kérdésként az merülhet ugyanakkor fel, hogy a drága költségigényes (pl.: egy szívűtét, vagy daganatos megbetegedés) ellátás esetén képes lesz-e olyan biztosítási konstrukció kialakítására a biztosító intézmény, amely megfizethető a biztosított személy részéről, és amely ténylegesen fedezi a szükséges egészségügyi beavatkozás költségeit. Rögzíthető ugyanakkor, hogy a jelenlegi helyzetben mindenképpen jó kezdeményezésnek tekintendő, hogy az egészségbiztosítás részéről rendelkezésre álló bevételeken túl többlet forrásokra ad lehetőséget az egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó intézmények számára.

¹⁸ A Polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény 6:487. §.

