Tribl Norbert[1]

Elvárások és realitások: A magán egészségbiztosítási rendszer hazai alkalmazhatóságának nyomában[2]

I. Bevezetés

Hazánkban az egészségügyi ellátórendszer hosszú ideje társadalmi és politikai kérdések kereszttüzében áll[3], a COVID-19 világjárvány pedig különösen próbára tette (illetve jelen kutatás alatt teszi) szinte a világ valamennyi országának egészségügyi ellátórendszerét.[4] Hazai viszonylatban a járvány felszínre hozta a régóta fennálló problémákat, úgy mint az ellátórendszer személyi és eszközállományának elégtelensége, illetve a rendszer finanszírozása.[5] Mélyebben vizsgálva a problémát, egyszerre találjuk szemben magunkat a közgazdaságtanból ismert szűkösség jelenségével és az állam teherbíró képességének határaival.[6] A jelenlegi hazai egészségügyi ellátórendszer a szociális alkotmány szellemiségén, illetve a bismarcki rendszeren alapul, amelyről azonban bebizonyosodni látszik, hogy az állam kapacitásai végesek és egy hatékony ellátórendszer csak az állam és az állampolgárok közös felelősségvállalása útján biztosítható.[7]

Az államok számos, egymástól eltérő megoldás mentén valósítják meg az egészségügyi ellátást. A skála két végpontjának a „gondoskodó" állami és az Egyesült Államok piaci alapon szervezett modellje tekinthető. Előbbi esetén az egészségügyi ellátórendszer teljes egészében a szociális háló részeként, állami finanszírozás alapján valósul meg. Magyarországon a szocialista rendszerben az egészségügyi ellátás igénybevétele az állampolgárok alanyi jogának minősült.[8] Az angolszász jogterületen elterjedt magántőkén alapuló rendszer esetén az egészségügyi ellátórendszer fenntartását az állam „kiszervezi" és fenntartását a piac láthatatlan kezére bízza: az egészségügyi szolgáltatók túlnyomórészt piaci szereplők, beleértve az egészségbiztosítást kínáló vállalatokat is.[9] Utóbbi modell esetén az egészségbiztosítás szolgáltatássá, illetve a munkaviszonyhoz kapcsolódó juttatássá válik, amelyről főszabály szerint az egyén maga, vagy munkaviszonya révén munkáltatója gondoskodik.

Az egészségügyi ellátórendszer megszervezése és működtetése komplex rendszert

---

[1] Tudományos segédmunkatárs, Szegedi Tudományegyetem, Állam- és Jogtudományi Kar, Közjogi Intézet

[2] A kutatást az EFOP 3.6.1.-16-2016-00008 azonosító számú, EU társfinanszírozású projekt támogatta.

[3] Vö.: Sebők Orsolya: Elvérzik? A hazai állami egészségügyi rendszer több sebből vérzik, és magánfinanszírozás nélkül rendbe tenni nehéz lenne. In Piac&Profit, 2018/4. szám, pp. 42-57.

[4] Vö.: What will be the impact of the COVID19 pandemic on healthcare systems? A Deloitte saját elemzése, amely elérhető: https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/fr/Documents/covid-insights/deloitte_impact-covid19-on-healthcare-systems.pdf?_ga=2.108079617.2061534767.1612897160-687660259.1612897160 (2021. 02. 09.)

[5] Vö.: Lantos Gabriella: A párhuzamos valóság – a magán-egészségügyi rendszer kiépülése. In Társadalmi riport, 2018/1. szám, pp. 288-290.

[6] Böröcz Imre (szerk.): Elemzés (EL-1250-005/2019.) az egészségügyi finanszírozásról. Kiadja az Állami Számvevőszék, 2019, p. 26. Elérhető: https://www.asz.hu/storage/files/files/elemzesek/2019/egeszsegugy_finanszirozasa20190628.pdf?download=true (2021. 02. 09.)

[7] Vö.: Lantos 2018, pp. 288-293.

[8] Asbóth Márton – Fazekas Marianna – Koncz József: Egészségügyi jog és igazgatás, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2020, p. 18.

[9] Vö.: Steven Jonas - Raymond L. Goldsteen - Karen Goldsteen: An Introduction to the US Health Care System – Sixth Edition, Springer Publishing Company, New York, 2007, pp. 9-25.

feltételez, amelynek legnagyobb kihívása annak finanszírozása, ugyanakkor tekintettel arra, hogy szinte a társadalom valamennyi tagját érinti, egyszerre válik jogi, politikai és közgazdaságtani kérdéssé.[10] Szinte valamennyi államban fellelhetők az egészségügyi reformokra irányuló törekvések, mint politikai programok elemei. (Az Egyesült Államokban pl. nagy vihart kavart korábban az ún. *Obama Care*,[11] de hazai viszonylatban is politikai viták kereszttüzébe került az orvosok bérének megemelése, egyúttal az ehhez kapcsolódó feltételrendszer és az egészségügyi szolgálati törvény.[12]) Az egészségügyi ellátórendszer átalakítása, hatékonyabbá tétele elsősorban annak költségvonzatára tekintettel problematikus: egy rosszul megalkotott rendszer hosszú távon, rendszeresen visszatérően jelent kiemelkedő megterhelést az állam számára.[13]

Magyarországon az állami egészségügyi ellátórendszerrel szembeni elégedetlenség több évtizedes probléma, amelynek okai közül számos részterület azonosítható, így különösen: az egészségügyi apparátus – orvosállomány, ápolóállomány – alacsony létszáma, az egészségügyi dolgozók elégtelen jövedelmi viszonyai, a hálapénz „intézménye"[14], az elégtelen infrastrukturális körülmények.[15] Mindezen körülmények következtében az elmúlt évtizedben hazánkban a piaci alapon szerveződő magán egészségügyi szolgáltatók viszonylag gyors fejlődésnek indultak és az állami ellátórendszer alternatívájaként kezdtek szolgálni, azonban szervezetlen keretek között.[16] Egyúttal 2020-ban az egészségügyi szolgálati törvény megalkotásával a jogalkotó által eszközölt beavatkozások is a fenti problémák egy részének megoldását célozták. Az állami egészségügyi ellátórendszerrel szembeni elégedetlenség tehát életre hívta az igényt egy hatékony egészségügyi szolgáltató rendszerre, vagyis közgazdaságtani szempontból létrejött a kereslet. Csak idő kérdése volt, hogy a Marshall kereszt másik ága mikor jelenik meg, vagyis mikor intézményesül a kínálati oldal. E folyamat érhető tetten úgy vélem a magán egészségbiztosítás egyre gyorsuló ütemű térhódításával, amely az elmúlt években hazánkban is terjedőben lévő biztosítási ágazat, amelynek ugyanakkor hazai jogi és funkcionális keretrendszere egyelőre kiforratlan.[17] Jelen tanulmány keretei között a hazai egészségügy biztosítási rendszerét vizsgálom annak érdekében, hogy milyen keretek között lehetséges kialakítani egy komplex, az állami és a magán biztosítási rendszert ötvöző megoldást. Célom tehát annak a kérdésnek a lehetséges megválaszolása, hogy az állami ellátórendszer jelenlegi állapota és a magánszektor fejlettségi szintje mellett lehetséges-e kialakítani a két szektor kombinációjával egy hatékonyabb, fentarthatóbb egészségügyi ellátórendszert a jövőben.

Vizsgálódásom során támaszkodom az egészségügyi ellátó-, illetve biztosítási rendszer nemzetközi modelljeire, a hazai alkotmányjogi keretrendszerre, amely követelményeket

---

[10] Vö.: Gulácsi László –Kovács Erzsébet – August Oesterle –Boncz Imre: Verseny az egészségügyben - Egyesült államokbeli és nyugat-európai példák. In Közgazdasági Szemle, LIV. évf., 2007 májusi szám, pp. 480–498.

[11] Vö.: Forman Balázs György: Egyén és az állam kapcsolata az egészségbiztosításban az Egyesült Államokban: Az Obamacare elő- és utóélete. In Fontes Iuris: Az Igazságügyi Minisztérium szakmai folyóirata, 2017/3, pp. 56-65.

[12] Vö.: 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról.

[13] Vö.: Lantos 2018, pp. 289-291.

[14] A 2020-as egészségügyi reformok keretében a jogalkotó minden korábbitól szigorúbban lép fel a paraszolvencia intézménye ellen. A Btk. vonatkozó rendelkezése kiegészült, amelynek értelmében a vesztegetés alkalmazása során 2020. január 1-től jogtalan előnynek minősül az egészségügyről szóló törvényben meghatározottak szerinti jogtalan előny.

[15] Vö.: az MNB 2020-as évre vonatkozó versenyképességi jelentése: https://www.mnb.hu/letoltes/versenykepessegi-jelentes-hun-2020-0724.pdf, Különösen pp. 92-93, illetve a Portfolio.hu 2020. július 29-én megjelent, „A hazai egészségügy legnagyobb problémái" c. elemzését. Elérhető: https://www.portfolio.hu/gazdasag/20200729/a-hazai-egeszsegugy-legnagyobb-problemai-442760 (2021. 02. 09.)

[16] Vö.: az MNB 2020-as évre vonatkozó versenyképességi jelentése, p. 92.

[17] Tőkey 2018, p. 68.

támaszt a jogalkotó felé, illetve közgazdaságtani szempontokat is igyekszem figyelembe venni. Kutatási előfeltevésem az, hogy a teljes mértékben piaci alapon megszervezett egészségügyi ellátórendszer (amerikai modell) bevezetése Magyarországon nem megvalósítható, a gondoskodó állami modell, vagyis a teljes egészében ingyenes, állam által finanszírozott ellátórendszer hosszú távon pedig nem fenntartható, amelynek következtében egy hibrid rendszer kiépítése jelentheti a rövid, illetve középtávú, de megfelelő jogi szabályozás és előzetes hatásvizsgálat alapján akár a hosszú távú megoldást is. A tanulmány elkészítése során jelentős részben támaszkodtam Asbóth Márton, Fazekas Marianna és Koncz József Egészségügyi jog és igazgatás c. átfogó jellegű munkájára.[18]

II. Az egészségügyi ellátórendszerek modelljei

Az egészségügyi ellátórendszereket – főként finanszírozásuk tekintetében – négy csoportba szokás sorolni: (i) a Bismarck-féle szolidaritási elvű társadalombiztosítási modell, (ii) a Beveridge-féle állami egészségügyi szolgálati modell, (iii) az erős öngondoskodásra, vagyis a magánbiztosításra épülő rendszer, és (iv) a Szemaskó-féle szocialista egészségügyi modell.[19] A gyakorlatban az egészségügyi rendszereket többféleképpen is csoportosíthatjuk, leggyakoribb azonban a fenti, finanszírozás szerinti meghatározás. A modellalkotás során nem egyedülálló módon a fentebb felsorolt és alább ismertetett kategóriák vegytiszta formájukban nem léteznek, a gyakorlatban az egyes kategóriák jellemzőit magukon viselő vegyes rendszerekkel találkozhatunk.[20]

II.1. Bismarck-féle szolidaritás elvű társadalombiztosítás[21]

A német bismarcki modell először az iparban dolgozók számára tette kötelezővé az egészségbiztosítást, majd a következő évtizedekben a kötelezettek köre folyamatosan bővült kiterjesztve a biztosítás hatókörét szinte a teljes lakosságra. Az 1800-as évek végére tehető egészségbiztosítási rendszerben az ipari szegmensben dolgozók biztosítását a munkahelyi balesetbiztosítás, majd a nyugdíjbiztosítás követte. A XX. század elején a rendszert kiterjesztették a munkanélküliek támogatására is.[22] Az egészségügyi biztosítási rendszer tehát a társadalombiztosítás égisze alatt, annak egy alszegmenseként működött. A szocialista modell bevezetéséig többek között hazánk is ezt a modellt követte. A bismarcki modell számos változáson ment keresztül, ugyanakkor a rendszer finanszírozásának alapja nem változott: azt a társadalombiztosítási járulék jelenti, amelyet a munkáltatók és munkavállalók megosztva fizetnek.[23] A biztosítotti előnyök tehát a biztosítási jogviszonyhoz kötődnek, a rendszer alapját a biztosítási jogviszony képezi, azzal, hogy napjainkra – a kezdeti időszakhoz képest – gyakorlatilag a társadalom egészére kiterjesztették a társadalombiztosítási hálót. (Megjegyzendő, hogy az új Tbj. szigorít a korábbi szabályokon: ha az egészségügyi szolgáltatási járulékfizetésre kötelezett személy a fizetési kötelezettségét nem teljesíti és az ebből keletkező hátralék összege meghaladja az egészségügyi szolgáltatási járulék havi

[18] Asbóth Márton – Fazekas Marianna – Koncz József: Egészségügyi jog és igazgatás, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2020.
[19] Vö.: Boncz Imre (szerk): Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek, Medicina, Budapest, 2011, pp. 15-19.
[20] Vö.: Boncz 2011, p. 15.
[21] Boncz 2011, pp. 15-16.
[22] Boncz 2011, p. 15.
[23] Uo.

összegének hatszorosát, az egészségügyi szolgáltatás térítésmentesen nem vehető igénybe.[24])

Fontos rögzíteni, hogy a bismarcki modellben a magánszolgáltatók létjogosultsága megkérdőjelezhetetlen, az állami szolgáltatókkal párhuzamosan léteznek. Egyúttal a rendszer egyik jellemzője a szolidaritás: a befizetendő járulékok a biztosított jövedelméhez igazodnak, az ellátások száma és minősége azonban nem függ a befizetések mértékétől.[25] Megvalósítását illetően két gyakorlatot különböztethetünk meg: a költség-visszatérítés rendszerét (pl. Franciaország), illetve a természetbeni ellátások rendszerét. Előbbi esetén az ellátott az ellátások költségét megfizeti a szolgáltatónak, majd a biztosító a költségeket megtéríti. Ezzel szemben a második esetben – amelyet hazánk is alkalmaz – az ellátott nem fizet közvetlenül a szolgáltatónak, az ellátások költségét a biztosító közvetlenül téríti meg az ellátást végző intézmények részére.[26]

II.2. Beveridge-féle állami egészségügyi szolgálat[27]

A Beveridge féle modell mintaállama az Egyesült Királyság, kialakulása a XX. század közepére datálható. A rendszer működési mechanizmusa szerint állami irányítás mellett történik[28] az egészségügyi ellátás megszervezése, vagyis alapvetően állami egészségügyi szolgáltatókkal találkozhatunk. Ezek finanszírozásában szintén szerepet játszik a járulékfizetés, azonban az ellátórendszer működéséhez szükséges forrásokat alapvetően (cél)adók útján biztosítják.[29] Tekintettel arra, hogy a járulékrendszer csak kiegészítő jelleget tölt be a modell működése során, a szolgáltatások alapvetően – hasonlóan a szocialista rendszerhez – állampolgári jogon megilletik az állampolgárokat.

A Beveridge féle modellen belül megkülönböztethetünk centralizált és decentralizált megvalósítási módot. Centralizált megvalósítások esetén az ellátások és a finanszírozás megszervezése központi államigazgatási feladat- és hatáskörbe tartozik (pl. Egyesült Királyság). Ezzel szemben decentralizált megvalósítás esetén az ellátás megszervezése a helyi közigazgatás feladat- és hatáskörébe tartozik (pl. Dánia, Finnország).[30] Decentralizált megvalósítás esetén a központi államigazgatás szerepe az adóigazgatás szerepén keresztül érvényesül.

II.3. Erős öngondoskodásra épülő rendszer (magánbiztosítás)[31]

A magánbiztosításra épülő öngondoskodó rendszer mintaállamának az Amerikai Egyesült Államok tekinthető. Az USA rendszerében az állam csak kivételesen és kisebb súllyal vállal részt az egészségügyi ellátórendszer megszervezésében és üzemeltetésében, azt a piacra bízza: a biztosítók és maguk az ellátást nyújtó szolgáltatók is túlnyomó többségében

[24] 2019. évi CXXII. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről, 46.§
[25] Boncz 2011, p. 16.
[26] Uo.
[27] Vö.: Boncz 2011, pp. 16-17.
[28] Központi egészségügyi hatóságként a *National Health Service* jár el. Vö.: https://www.britannica.com/topic/National-Health-Service (2021. 02. 11.)
[29] Boncz 2011, p. 16
[30] Boncz 2011, p. 17.
[31] Uo.

profitorientált magánvállalkozásokként működnek a piac szabályai szerint. [32]

II.4. Szemaskó-féle szocialista egészségügyi rendszer[33]

A negyedik és egyben utolsó rendszer a szocialista modell, amely a Szovjetunióból kiindulva a Keleti Blokk országaiban terjedt el, így többek között a megszállás időszakában hazánkban is felváltotta a bismarcki modellt. A szocialista modellben a forrásoldal kizárólag állami kötelezettségvállalás, vagyis az egészségügyi ellátórendszer működtetése teljes egészében az államháztartás kiadásaként jelenik meg, egyúttal a szolgáltatást nyújtó intézmények is mind állami intézményekként működnek, állami fenntartással. A szolgáltatások igénybevétele állampolgári jogosultság, vagyis az állampolgárok alanyi jogaként érvényesül, azok nyújtása az állam kötelezettsége. Hazánkban – ahogyan arról a későbbiekben még lesz szó – a rendszerváltást követően a szocialista modellt ismét felváltotta a bismarcki modell, azzal, hogy a jogrendszer számos más területéhez hasonlóan a szocialista jogi és társadalmi gondolkodás nem tűnt el nyomtalanul: a rendszerváltást követő egészségügyi igazgatási rendszer – mind a mai napig – egyfajta hibrid, a szocialista és a bismarcki modell jegyeit ötvöző rendszernek tekinthető, amely az utóbbi évtizedben kiegészülni látszik – a kereslet és kínálat törvénye alapján – a magán egészségügyi szolgáltatók és magánbiztosítók térhódításával.[34]

III. Az egészségügyi igazgatásról általában

Az egészségügyi igazgatás, mint állami feladat két nagy csoportba sorolható: egyrészről a közösség védelme (járványügy), másrészről a betegségek gyógyításának megszervezése.[35] A szervezett egészségügyi igazgatás, a gyógyítás közigazgatási megszervezése az abszolút monarchiák korszakára tehető, míg a komolyabb intézményesülés csak a XIX. század második felétől veszi kezdetét.[36] A gyógyítás és a járványok elleni küzdelem története ugyanakkor természetesen több évezredes múltra tekint vissza.[37] A gyógyítás, mint állami, majd közigazgatási feladat megszervezése a szociális jogok és az egészséghez való jog elismerésével kerül az állami szerepvállalás horizontjába,[38] vagyis a második generációs alapjogok kialakulása hozza létre azt az alkotmányjogi, alapjogi keretet, amelynek talaján az egészségügyi igazgatás, mint a közigazgatás egyik szakterülete létrejön.

Magyarországon az első egészségügyi szabályozás Mária Terézia nevéhez fűződik, aki 1770-ben rendeleti úton szabályozta az egészségügyi hatóságokat, azok hatásköreit, illetve a gógyításban résztvevők számára foglalkozási feltételeket írt elő.[39] A következő jelentős, a magyar egészségügyi igazgatás alapjait meghatározó mérföldkő a XIX. század első felében végbemenő folyamat, amely során az ispotályokat fokozatosan felváltják a városi polgári kórházak.[40] Történeti dimenzióit tekintve Magyarországon az egészségügyi igazgatás

[32] Az Egyesült Államok egészségbiztosítási és ellátórendszerét részletesen lásd: Túri Gergő - Terebessy András - Horváth Krisztián: Az Amerikai Egyesült Államok népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei. In Egészségfejlesztés, 2018, 1. Különszám, pp. 11-19.
[33] Boncz 2011, p. 18.
[34] Vö.: https://bank360.hu/egeszsegbiztositas (2021. 02. 11.)
[35] Asbóth – Fazekas – Koncz 2020, p. 9.
[36] Vö.: Asbóth – Fazekas – Koncz 2020, pp. 10-11.
[37] Uo.
[38] Asbóth – Fazekas – Koncz 2020, p. 9.
[39] Asbóth – Fazekas – Koncz 2020, p. 11.
[40] Asbóth – Fazekas – Koncz 2020, p. 12.

megszervezése alapvetően rendészeti alapokon nyugszik. A kiegyezést követően például a közegészségügyi feladatokat a Belügyiminisztérium látta el.[41] 1868-ban került sor az Országos Közegészségi Tanács felállítására, majd a közegészségügy – immáron – törvényi szintű szabályozására az 1876. évi XIV. törvénycikkel. A törvény értelmében az egészségügyi hatósági feladatokat és az ágazat felügyeletét a törvényhatóságok által alkalmazott megyei tisztifőorvosok és járási orvosok látták el.[42]

A dualizmus korabéli rendszer érdekessége, hogy finanszírozását tekintve egyfajta vagyoni cenzust alkalmazott: az ún. körorvosnak (ti. körzeti orvos) a vagyonosokat díjazás ellenében, a szegényeket ugyanakkor ingyenesen kellett ellátásban részesítenie.[43] A korabeli gondolkodásban az ellátást alapvetően magánjogi természetű szolgáltatásként fogták fel, amelynek díjazását az állam nem határozta meg, vagy korlátozta, azzal, hogy az úgynevezett szegényügyi igazgatás részeként a szegényebb társadalmi rétegek ellátásának költségét az önkormányzatok átvállalták.[44]

A mai szóhasználattal élve háziorvosi ellátás tehát állami, pontosabban helyhatósági (önkormányzati) fenntartással működött. A kórházi ellátást illetően már a dualizmus korában megkülönböztették a különböző fenntartási intézményeket, így léteztek állami, önkormányzati, egyesületi, alapítványi, egyházi és magánintézmények.[45] A korabeli állami fenntartású kórházak valamennyi beteget kötelesek voltak ellátni, vagyis a jelenkori dichotómia az állami fenntartású és magánintézmények között már a dualizmus korában is megjelent, azzal, hogy napjainkra az egyházi és alapítványi / egyesületi fenntartású intézmények gyakorlatilag megszűntek.

A kötelező betegbiztosítás 1891-ben jelenik meg Magyarországon, amely az egészségügy költségviselésének átalakítását vonta maga után. A magyar biztosítási rendszer a bismarcki modellre épült, így megjelent a munkavállalók és munkáltatók kötelező hozzájárulása az ipari szegmensben.[46] A következő jogszabályi változás 1898-ban következik be, amikor is az egészségügyi ellátás költségeit megosztják az államkincstár, a betegsegélyező pénztárak, a betegek, illetve az országos betegápolási alap között. A biztosítással nem rendelkező, ellátásukat maguknak fedezni nem tudó betegek kezelési költségeit a Belügyminisztérium irányítása alatt álló országos alap vállalta át.[47]

A két világháború között a bismarcki modellel alapuló egészségügyi igazgatási rendszer folyamatosan bővül, mind több terület kerül a rendszer hatókörébe, bővülnek a népegészségügyi feladatok, illetve a kötelező biztosítási rendszert is fokozatosan terjesztik ki.[48] A folyamat folytatódik a szocializmus időszakában is, amely alatt az egészségügy magán oldalának teljes erodálódása következik be, az egészségügy teljes egészében állami feladattá válik, amelynek megszervezése és megvalósítása a központi és területi igazgatási szintek között oszlik meg,[49] vagyis kiépül a szocialista modell.

Az egészségügyi igazgatás szocialista modell szerinti megszervezésének egyik alapelve volt a mindenki számára biztosított, ingyenes egészségügyi ellátás biztosítása.[50] Ennek szellemében született meg az 1972. évi II. törvény, mint egészségügyi kódex, amely egy 1972-es alkotmánymódosításon nyugodott, amely az egészségügyi ellátáshoz való jogok

[41] Uo.
[42] Asbóth – Fazekas – Koncz 2020, p. 12.
[43] Asbóth – Fazekas – Koncz 2020, p. 13.
[44] Uo.
[45] Uo.
[46] Asbóth – Fazekas – Koncz 2020, pp. 13-14.
[47] Asbóth – Fazekas – Koncz 2020, p. 14.
[48] Vö. Asbóth – Fazekas – Koncz 2020, pp. 14-15.
[49] Asbóth – Fazekas – Koncz 2020, pp. 17-18.
[50] Asbóth – Fazekas – Koncz 2020, p. 18.

állampolgári jogként határozta meg.[51] A szocialista egészségügyi igazgatási modell tehát megteremtette a központosított, teljes egészében állami fenntartású és állami finanszírozású egészségügyi igazgatást és ellátórendszert, amelyben az egészségügyi ellátást az állampolgársághoz kapcsolódó alanyi jogként határozták meg. A rendszerváltást követően kezdődött csak meg a visszatérés a biztosításalapú rendszerre.[52]

Az egészségügyi igazgatást a kilencvenes években a társadalombiztosítás részeként, egyrészről mint államigazgatási feladatot, másrészről, mint az önkormányzati igazgatás részét szervezték meg, megosztva a terület igazgatását a két közigazgatási alrendszer között. Az egészségügyi igazgatás alapját a munkáltatók és munkavállalók járulékfizetése képezte (és képezi a mai napig).[53] A következő nagy változást 2010 jelentette, amikortól is a fekvőbetegek ellátása (megyei kórházak) állami irányítás alá került, és csak a járóbeteg-ellátás maradt a helyi önkormányzatok feladata.[54]

IV. A hazai egészségbiztosítás rendszere jelenleg

A hazai egészségügyi rendszer[55] alapvetően a járóbeteg és a kórházi ellátásból áll,[56] jellemzője a megosztott feladatellátás és felelősség az állam, az önkormányzatok és az egészségbiztosítás szervezetrendszere között. Az ellátórendszer a társadalombiztosítás részeként működő önálló Egészségbiztosítási Alapon nyugszik[57], amely a Nemzeti Adó- és Vámhivatal által gyűjtött járulékokból önállóan gazdálkodik. Az ellátás 2020-ig gyakorlatilag a lakosság egészére kiterjedt és teljeskörű ellátást nyújt(ott).[58] Hazánkban az alternatív biztosítások szerepe egyelőre nem tekinthető meghatározónak, ugyanakkor az egyes magánbiztosítások, illetve magán egyészségügyi szolgáltatók köre folyamatosan bővül. [59]

Ahogyan az korábban bemutatásra került a rendszerváltozás előtt a hazai egészségügyi igazgatás a szocialista modell szerint került megszervezésre, vagyis az egészségügyi szolgáltatásokat állampolgári jogként valamennyi állampolgár igénybe vehette, míg az ellátórendszer finanszírozása tisztán állami kiadásként, illetve állami kötelezettségként jelentkezett. A rendszerváltás után a hazai szabályozás visszatért a bismarcki alapokra, az ellátás megszervezése alapvetően önkormányzati, míg a finanszírozás az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) feladatkörébe került.

Jelenleg biztosítotti oldalról két nagy csoportot különíthetünk el hazánkban: a biztosítottak, akik a járulékfizetés következtében valamennyi egészségbiztosítás által fedezett ellátásra jogosultságot szereznek (így a szolgáltatásokra és pénzbeli ellátásokra is), illetve azok, akik csak a szolgáltatások igénybevételére jogosultak. Utóbbi kategória esetén a központi költségvetés fedezi az ellátásokat. A biztosítottak körét illetően alapvető változásokat hozott a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről

[51] Uo.
[52] Asbóth – Fazekas – Koncz 2020, p. 19.
[53] Uo.
[54] Uo.
[55] A hazai egészségügyi rendszer szabályozási környezetének alapvető vonásait bővebben lásd: Boncz 2011, pp. 26-36. Az egészségügyi rendszer szervezeti felépítésének alapjait lásd: Boncz 2011, pp. 36-43, míg a finanszírozási alapelveket lásd: Boncz 2011, pp. 43-57.
[56] A hazai ellátórendszer felépítését bővebben lásd: Ütőné Visi Judit: Egészségföldrajz, Elektronikus tananyag, amely a TÁMOP-4.1.2.A/1-11/1-2011-0038 számú projekt keretében készült, pp. 50-53. Elérhető: https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0038_18_visi_hu/ch01s07.html (2021.01.03.)
[57] Részletesen lásd az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendeletet.
[58] Vö.: 386/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet az egészségbiztosítási szervekről.
[59] A jelenleg elérhető szolgáltatásokat lásd pl. https://bank360.hu/egeszsegbiztositas (2021. 02. 11.)

szóló 2019. évi CXXII. törvény, az új Tbj, amely 2020. július 1-én lépett hatályba. [60] Az új Tbj. szabályai jóval szigorúbbak a korábbi szabályozáshoz képest a járulékfizetés elmaradását illetően: amennyiben ugyanis az új szabályok értelmében hathavi járulékfizetés elmaradása esetén az ellátott csak az ellátás díjának kifizetése mellett veheti igénybe az egyébként az egészségbiztosítás keretén belül járó egészségügyi szolgáltatást.[61]

A hazai egészségbiztosítási rendszerben a szolgáltatók számára az ellátások költségét a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) téríti meg, amely finanszírozási szerződéseket[62] köt a szolgáltatókkal.[63] Az egészségügyi ellátások költségei tehát közfinanszírozás útján kerülnek megtérítésre. Az egészségügyi szolgáltatások költségeinek másik lehetséges módja a magánfinanszírozás, vagy öngondoskodás (vö. amerikai, vagy öngondoskodó modell). A magánfinanszírozás további két alesetre bontható: legegyszerűbb formában nem beszélhetünk biztosítási rendszerről. Az egészségügyi szolgáltató piaci alapon „beárazza" a nyújtott szolgáltatást, az ellátott pedig közvetlenül a szolgáltatónak fizeti meg a beavatkozás / ellátás költségeit. A második esetben egy harmadik fél, a magánbiztosító is belép: ebben az esetben az ellátott a biztosítóval szerződik, aki „kiközvetíti" az egészségügyi szolgáltatóhoz az ellátandó szerződő felet. Ebben az esetben tehát egy háromszereplős jogviszonyról van szó, ahol a biztosított és a biztosító, illetve a biztosító és az egészségügyi szolgáltató között jön létre szerződéses jogviszony.[64]

Összefoglalóan tehát az egészségügyi ellátórendszer finanszírozása vagy teljes egészében állami forrásból történik, amely esetben a forrásoldalon az erre fordított adóbevételek és/vagy járulékok állnak, vagy az állam az egészségügyi háló megszervezését és finanszírozását a piacra bízza. Magyarországon a bismarcki rendszert (járulék alapú finanszírozás) a szocialista rendszer váltotta (az ellátás állami kötelezettség, illetve állampolgári jog), majd ismét visszatértünk a bismarcki alapokon nyugvó rendszerhez, immáron a szocialista rendszer elemivel ötvözve. Ebben a rendszerben hazánkban az öngondoskodás gyakorlata kevésbé tudott elterjedni, mind szolgáltatói (kínálati), mind társadalmi (keresleti) oldalról. Az elmúlt évek tendenciájaként figyelhető meg csupán, hogy az alacsony hatékonyságú egészségpénztárak mellett[65] elkezdtek megjelenni a biztosítótársaságok által nyújtott egészségbiztosítások, amelyek az öngondoskodás talaján nyugszanak, vagyis a biztosított és a biztosító közötti szerződés alapján a biztosító közvetíti ki a biztosítottakat az egészségügyi szolgáltató felé. [66]

(Megjegyzendő, hogy egy másik lehetséges öngondoskodási forma, mikor maga az egészségügyi szolgáltató nyújt biztosítási szerződéses konstrukciót, itt tehát egy két szereplős formációról beszélhetünk. Hazánkban nem példa nélküli ez a megoldás, azonban még a korábban bemutatott konstrukciótól is kevésbé elterjedt jelenleg.)

A hazai egészségbiztosítási piac tehát gyerekcipőben jár, amelyhez hozzájárul az elégtelen jogszabályi környezet is: hazánkban továbbra is teljes egészében állami kötelezettségként tekint a társadalom jórésze és maga a jogalkotó is az egészségügyi ellátások megszervezésére, és mint ilyen, ennek megfelelő jogszabályi környezet alakult ki. Jelenleg a magán egészségbiztosítás a Polgári Törvénykönyvben szabályozott egészségbiztosítási

---

[60] Vö.: Asbóth – Fazekas – Koncz 2020, pp. 57-58.

[61] Lásd korábban.

[62] A finanszírozási szerződésekről részletesen lásd a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) tájékoztatóját: http://www.oep.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/gyogyito_megeleozo_ellatas/tajekoztatok/tajekoztato_szerzodeses_kapcsolatok.html (2021. 02. 11.)

[63] Vö.: Asbóth – Fazekas – Koncz 2020, p. 62.

[64] Vö.: Asbóth – Fazekas – Koncz 2020, pp. 64-65.

[65] Az egészségpénztárakról részletesebben lásd a Magyar Nemzeti Bank összefoglalóját: https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penztarak (2021. 02. 11.)

[66] Vö.: Asbóth – Fazekas – Koncz 2020, pp. 64-65.

szerződés keretében jöhet létre. A Ptk. definíciója 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.”*[67] A 2020-ban bekövetkező változások – ti. új Tbj., egészségügyi szolgálati jogviszony, hálapénz elleni intézkedések, stb. – pedig egyelőre nem engednek arra következtetni, hogy a jogalkotó oldaláról szignifikáns, az öngondoskodás rendszere felé mozduló jogalkotási szándék jelen lenne a jövőben.[68]

V. Alkotmányjogi megközelítés

Az egészségügyi igazgatás és az egészségügyi ellátások megszervezésének legmagasabb szintű jogforrása maga az Alaptörvény, amely XX. cikkében rendelkezik arról, hogy *„Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez”,* illetve e jog érvényesülését *„Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő.”*

Míg korábban utaltunk rá, a szocialista korszak alkotmányi felfogásában az egészségügyi ellátáshoz való jog állampolgári jogként jelent meg. Az Alaptörvény ezzel szemben nem az egészségügyi ellátáshoz való jogok nevesíti, hanem mindenki jogát a „testi és lelki egészséghez”. Az állam szerepvállalását pedig már csak a jog érvényesülésének elősegítése körében deklarálja, amelynek keretében az állam a jog érvényesülését az egészségügyi ellátás megszervezésével segíti elő. Az Alaptörvény alapján tehát az egészséghez való jog jelenik meg, az állam kötelezettsége pedig nem az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának garantálása, pusztán az egészségügyi ellátás megszervezése, amely nem feltétlenül jelenti a jelenlegi, túlnyomó többségében állami finanszírozáson alapuló szolgáltató rendszert. Az Alaptörvény jelenlegi megfogalmazásában, tekintettel arra, hogy az egészséghez való jog érvényesülését az állam csak „elősegíti” és nem „garantálja” az államcéli jelleg érhető tetten. (Az egészséghez való jog államcéli jellege megjelenik az Alkotmánybíróság gyakorlatában is, igaz még a korábbi Alkotmány szabályozása alapján.[69]) Az Alaptörvény alapján tehát az állami kötelezettségvállalás a magán egészségbiztosítás rendszerének megfelelő szabályozásával, a magánszektor fejlesztésére irányuló állami beavatkozásokkal is teljesíthető lenne.

VI. Következtetések

Többek között a COVID-19 következtében (is) végrehajtott egészségügyi reformok, úgy mint az egészségügyi dolgozók béremelése, illetve a hálapénz elleni fellépés olyan intézkedések, amelyek képesek ugyan a jövőben érdemben hozzájárulni a hazai egészségügyi szektor fejlődéséhez, ugyanakkor jelen sorok szerzőjének álláspontja szerint elégtelenek

[67] Vö.: Ptk. 6:487-6:490.§§, illetve Tőkey Balázs: Egészségbiztosítás a Ptk-ban – A magán-egészségbiztosítás jelene és perspektívái. In Biztosítás és Kockázat, 2018/1. szám, pp. 62-69.
[68] Tökey 2018, p. 62.
[69] Vö.: 54/1996. (XI. 30.) AB határozat, illetve Asbóth – Fazekas – Koncz 2020, p. 22. Az AB – akkori – álláspontja szerint a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog önmagában alanyi jogként nem értelmezhető, *„az az Alkotmány 70/D. § (2) bekezdésében foglalt állami kötelezettségként fogalmazódik meg, amely magában foglalja azt a kötelezettséget, hogy a törvényhozó a testi és lelki egészség bizonyos területein alanyi jogokat határozzon meg.”* Idézi az ABH-t Asbóth – Fazekas – Koncz.

lesznek ahhoz, hogy a krónikus infrastrukturális, illetve egyéb rendszerszintű problémák, úgy mint az ápoló és orvoshiány megoldásául szolgáljanak. Egyúttal problémát jelent, hogy az egészségügyi szektor a kereslet és a kínálat törvénye alapján már elkezdte kidolgozni a piaci alapú megoldásokat, vagyis állami irányítás és beavatkozás nélkül, de elkezdett fejlődésnek indulni a magán egészségügyi és biztosítási rendszer. A jelenlegi helyzetben ezért nem lehetséges a szocialista modell elemeivel kiegészített bismarcki modell hosszú távú fenntartása az egészségügyi finanszírozás és az egészségügyi igazgatás tekintetében.

A megoldást hosszú távon egy olyan hibrid rendszer jelenthetné, amely a jelenleg fejlődésben lévő magán egészségügyi szektor bevonásával ötvözi az állami finanszírozású ellátórendszert az öngondoskodással. Egy ilyen hibrid rendszer kialakításának számtalan lehetősége kínálkozik a szolgáltatások párhuzamos nyújtásától (választási alapon) egészen egy olyan modellig, ahol az állami finanszírozású egészségügyi szolgáltatók piaci szereplőként lépnek fel. Ebben az esetben az állampolgároknak lehetőségük nyílik a választásra, hogy az állami egészségügyi biztosítást és ellátórendszert veszik igénybe, vagy más, piaci alapon működő szolgáltatóval szerződnek. Bármilyen a magánegészségügyi biztosítás, vagyis az öngondoskodási rendszer bevonásán alapuló strukturális átalakítás esetén az egyik legfontosabb rendezendő kérdés ugyanakkor a kétszeres fizetési kötelezettség rendezése,[70] vagyis hogy az állampolgárokat sem de jure sem de facto ne kényszerítse a rendszer kétszeres biztosítási díj megfizetésére. (A jelenlegi helyzetben ugyanis az állampolgárok nincsenek valódi választási helyzetben: a járulékfizetés és az állami ellátórendszerben történő részvétel nem döntés kérdése, illetve nem áll vele szemben alternatíva sem. Amennyiben az állampolgár jelenleg az öngondoskodás valamely rendelkezésre álló eszköze mellett dönt, úgy kétszeres fizetési kötelezettség jelentkezik: egyrészről az állami ellátórendszer felé fizetett járulékok, másrészről a magánegészségbiztosítást nyújtó biztosító és/vagy szolgáltató felé.)

Bármilyen modellt is alakít ki a jövőben a jogalkotó, elsődleges, hogy kijelölje a magánszféra szerepét az egészségügyi ellátórendszerben, tisztázza az állami és magánegészségügyi szektor egymáshoz fűződő viszonyát,[71] azzal a megállapítással, hogy jelen sorok szerzője szerint a magánszféra bevonásának szükségessége megkérdőjelezhetetlen. Mindenek előtt szükséges tehát a magánegészségügyi biztosításra, illetve szolgáltatókra vonatkozó – A Ptk. jelenlegi rendelkezéseit felváltó – önálló szabályozás kialakítása, amelynek a stabilitás igényével a legmegfelelőbb formája egy, a magánegészségügyről szóló önálló törvény megalkotása.[72]

[70] Tőkey a problémára egy lehetséges javaslatot fogalmaz meg, amely szerint azokban az esetekben, amikor a biztosított olyan szolgáltatást vesz igénybe a magánbiztosításán keresztül, „amely neki egyébként a társadalombiztosítás keretében is járna, akkor a magánbiztosító legalább részben meg kapná azt a finanszírozást, amelyet az egészségügyi szolgáltató a társadalombiztosítás keretében kapna, hiszen a magánbiztosítás ilyenkor tehermentesíti a társadalombiztosítást.” Vö.: Tőkey 2018 pp. 62-69.

[71] Tőkey 2018, p. 62.

[72] Tekintettel az újonnan kialakított egészségügyi szolgálati jogviszonyra egy ilyen jogszabály megalkotása esetén a személyzeti jogviszonyok kérdését is rendezni szükséges.