

EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS DIÓHÉJBAN

A Kormány [T/15369.](#) számú, egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról szóló törvényjavaslata kapcsán az Infojegyzet a hazai egészségbiztosítás rendszerét ismerteti.

- A hatályos jogszabályok értelmében Magyarországon – az egészségügyi állapot által indokolt mértékben – minden állampolgár jogosult az ellátásra, a pénzügyi ellátás pedig a járulékfizetéssel arányos.
- 2013-tól az Egészségbiztosítási Alapban a pénzügyi ellátások aránya a teljes alap kiadásainak kb. 30 százaléka.
- 2014-ben a biztosítottak által fizetett egészségügyi járulékok összege 42,5 milliárd forinttal haladta meg a tervezett összeget.
- 2014 és 2015 között összesen 26,7 milliárd forinttal nőtt az Egészségbiztosítási Alap előirányzott költségvetése.
- A táppénzre és kiszámítására vonatkozó szabályok 2015-ben megváltoztak, így 2013-hoz képest 2015-re 8,6 milliárd forinttal nőtt a táppénzre fordított tervezett kiadás (az előző évhez képest 14,4 százalékos emelkedés).
- Az Egészségbiztosítási Alap összes kiadása 2013 és 2015 között 62,2 milliárd forinttal növekedett.
- A gyógyszergyártók és forgalmazók befizetései 2013-ban 58,7 milliárd, 2014-ben 57,4 milliárd forint volt, amely az Egészségbiztosítási Alap egészségbiztosítási tevékenységgel kapcsolatos egyéb bevételei sorában jelennek meg.

A társadalombiztosítás a társadalom tagjainak közös kockázatvállalása alapján működő rendszer, általában az állam által működtetett szociális ellátórendszer része, amelynek fenntartásához járulékokkal és különböző formájú befizetésekkel kell hozzájárulni. A változó társadalmi és gazdasági helyzethez való alkalmazkodás valamint a stabilitás érdekében a társadalombiztosítási rendszerek szinte mindenhol átalakítás előtt, alatt vagy után állnak.

A társadalombiztosítás rendszerében nyújtott ellátások az egészségbiztosítás és a nyugdíjbiztosítás keretében vehetők igénybe. Az **egészségbiztosítás** keretében a társadalom tagjai betegség esetén közösségi pénzügyi alapról fizetett egészségügyi ellátást kapnak.

Az egészségbiztosítás általános alapelvei:

- **szolidaritás:** senki nem maradhat megfelelő ellátás nélkül, nem alakulhatnak ki szegényeket vagy gazdagokat biztosító társaságok;
- **verseny:** a biztosított választhat a biztosítók, a biztosítók pedig a szolgáltatók között, ami minőségjavulást eredményez;
- **biztonság:** stabil rendszer és felügyelet biztosítása.

Az egészségbiztosítás főbb jellemzői:

- általában a társadalom többsége számára kötelező;
- forrásai: adók, járulékok, egyéni befizetések és ún. egyéb bevételek (pl. a gyógyszergyártók speciális befizetései stb.);
- a befizetett összeg mértékét meghatározhatja: jogszabály (pl. Magyarország, Franciaország, Hollandia), a biztosítók egyénileg (pl. Németország) illetve a biztosítók szövetsége (pl. Luxemburg).

Az egészségbiztosításhoz való hozzájárulás mértéke lehet

- **jövedelemfüggő**, azaz a jövedelem százalékában meghatározott járulékösszeg, ami lehet egységes (pl. Magyarország és Hollandia), foglalkozás függő (pl. Ausztria), vagy biztosító függő (pl. Németország); illetve
- a **jövedelemhatár figyelembe vételével**, azaz jogszabályban megállapított alsó és felső jövedelemhatár meghatározásával (pl. Ausztria, Németország).

Az egészségbiztosításra való jogosultság lehet:

- járulékfizetésen alapuló (pl. Németország);
- állampolgárságon alapuló (pl. Franciaország), ahol a keresők

1. ábra: Egészségbiztosítási modellek

	Bismarck modell	Beveridge modell	Magánbiztosítási alapú modell	Semashko modell
Alapelv	szolidaritás	mindenki számára egyenlő esélyű hozzáférés	a hozzáférés alapja a biztosított jog, öngondoskodási modell	tértítésmentes, állampolgári jogon jár
Fő cél	sérülékeny társadalmi rétegek helyzetének javítása, azonos esélyű hozzáférés	nemre és anyagi helyzetre való tekintet nélkül jog a legmagasabb szintű ellátásra	hatékonyság	mindenki számára hozzáférhető
Jellemzők	nem az egész lakosság biztosított	állampolgári jogon jár, ingyenes egészségügy	gyenge társadalom- és ezen belül egészségbiztosítás, tüzeti jellegű	erős közegészségügy, paraszolvencia kialakulása
Forrás	jövedelemarányos befizetés járulék formájában	adóból (költségvetésből) finanszírozott	magánfinanszírozás	központosított finanszírozás
Tulajdon	az etügyi szolgáltatók többsége köztulajdon, akik inkább együttműködnek, mint versenyeznek	erős állami tulajdon jellemzi, az állam, mint szerephalmozó (tulajdonos, finanszírozó, irányító, ellenőrző stb.)	etügyi szolgáltatók főleg magántulajdonban, erős versenyben	kizárólag állami tulajdonú
Magánbiztosítás szerepe	kiegészíti az erős tb-alapú egészségügyi rendszert	minimális szerep	döntően magánfinanszírozás	nincs szerepe
Példák	Ausztria, Németország, Belgium, Franciaország	Egyesült Királyság, Dánia, Finnország, Svédország, Olaszország, Spanyolország	Egyesült Államok	volt szocialista országok

Forrás: *Infoszolg/Ragány 2014, Sinkó, GYEMSZI 2014*

járulékot fizetnek, a nem keresők helyett az állam (szociálpolitika keretében), a szülő vagy valamilyen alap pl. munkanélküli vagy nyugdíj fizet;

- önkéntes befizetésén alapuló.

Az egészségbiztosítás típusai

Az egészségbiztosítás két legelső és egyben legismertebb típusa az ún Bismarck-modell (1833) illetve az angol szociálpolitikusról elnevezett Beveridge-modell (1944). Az USA egészségbiztosítási modellje mindkettőtől jelentős mértékben különbözik, míg a volt szocialista országok többségében az ún. Szemasko-modell a jellemző (1. ábra).

Az egészségbiztosítás főbb kihívásai

- az egészségügyi kiadások és ellátási költségek folyamatosan növekedése mellett számolni kell a fokozódó fogyasztói elvárásokkal is;
- fenntarthatóság kérdése: az igényekhez mérten szűkösen rendelkezésre álló források, csökkenő járulék- illetve adóbevételek, a közkiadások mérséklésére nehezedő gazdasági nyomás mellett;

- a társadalom elöregedése, a krónikus betegségek előretörése, ami az egészségügyi ellátás iránti kereslet növekedését eredményezi;
- a megelőzhető betegségek előfordulásának csökkentése, a betegséggel, fogyatékkal együtt élők arányának növekedése;
- az egészségügyi szakemberek hiánya és egyenlőtlen földrajzi megoszlása;
- az egyenlő és méltányos hozzáférés elvének egyre gyakoribb sérülése;
- új és újonnan azonosított egészségügyi problémák kezelése;
- állandó közpolitikai dilemmák: egy vs több biztosító – magán vs társadalombiztosítás – önkéntes vs kötelező biztosítás.

Válaszok a főbb kihívásokra:

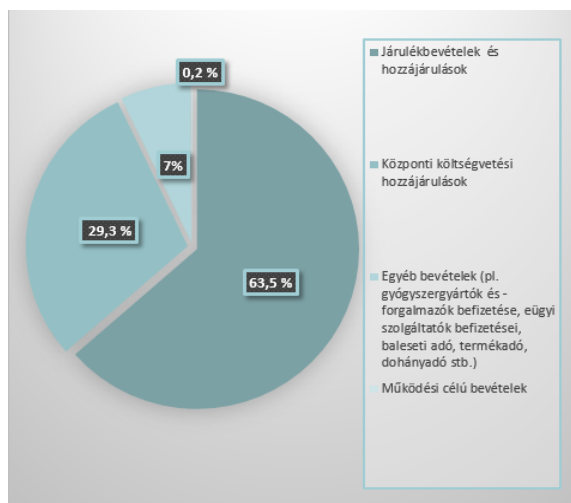
- a költségvetési egyensúly megteremtése, azaz a bevételi oldal növelése (pl. járulék mértékének növelése, járulékfizetők körének kiszélesítése, az állami hozzájárulás növelése stb.) illetve a kiadási oldal csökkentése (pl. a támogatási rendszer átalakítása, hatékonyság növelése, költségmegosztás bevezetése, irányított betegellátás, a szolgáltatási csomag szűkítése stb.);

- a finanszírozó és szolgáltató szerep szétválasztása, a betegek választási lehetőségének bővítése;
- növekvő figyelem a megelőzésen és az egészségmegőrzésen, az egyéni felelősség és tudásszint növelése;
- az alapellátás fejlesztése, a háziorvosi szerep erősítése, az ellátás egyenlőtlenségeinek csökkentése;
- koordinált betegellátás;
- a biztosítók közötti verseny fokozása (pl. Németország, Hollandia);
- az ún. co-payment szerepének növelése. (pl. Németország, Ausztria). Típusai: az ún. fakultatív: a közfinanszírozású szolgáltatás igénybevételekor kiegészítő díjat fizet az ellátott (pl. orvos-választás, külön szoba stb.), illetve az ún. kötelező: az igénybevételekor fizetendő díj, amelynek megfizetése nélkül a beteg nem jut hozzá a közfinanszírozású szolgáltatásokhoz (pl. vizitdíj).

HAZAI GYAKORLAT

A magyar társadalombiztosítási rendszer a XIX. században a német társadalombiztosítási modellt (ún. bismarcki modell) vette át, de átalakulása során más modellekre jellemző esz- közök is megjelentek benne (Bodrogi, 2017). A kötelező betegségi biztosítást – Európában harmadikként – Magyarországon vezette be az 1891. évi XIV. törvénycikk (Németország 1883-ban, Ausztria 1887-ben).

2. ábra: Az E. Alap bevételei, 2015.



Forrás: Infoszolg/AEEK 2016.

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló [1997. évi LXXXIII. törvény](#)ben meghatározott rendszer alapján az Egészségbiztosítási Alapból történik. A törvény rögzíti az alapelveket és meghatározza a területhez kötődő fogalmakat, felsorolja az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásait, az igény érvényesítésének illetve az igénybe vehető szolgáltatások biztosításának módját, felsorolja a pénzbeli ellátások típusait, a felelősségi szabályokat, a jogorvoslat módjait valamint a nyilvántartási és adatszolgáltatási kötelezettségeket.

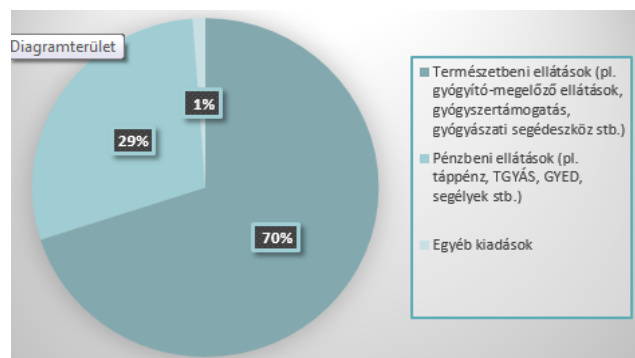
Az Egészségbiztosítási Alap kezelését 1993-tól 2016. december 31-ig az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) látta el, 2017. január 1-jétől a feladatot a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő vette át ([386/2016. \(XII. 2.\) Korm. rendelet](#)). A [NEAK](#) az egészségbiztosításért felelős miniszter irányítása alá tartozó, központi hivatalként működő központi költségvetési szerv.

Az állam a központi költségvetésben és az **Egészségbiztosítási Alap** (továbbiakban E. Alap) költségvetésében meghatározott módon biztosítja a megfelelő szintű és minőségű egészségügyi ellátások működésének fedezetét. Az E. Alap bevételeit törvény szabályozza ([1992. évi LXXXIV. törvény](#)).

Az egészségügyi szolgáltatásokra való jogosultság típusai:

- **biztosított** (munkavállaló, főállású egyéni vállalkozó) a társadalombiztosítás valamennyi ellátására (természetbeni és pénzbeli ellátások) jogosult;

1. ábra: Az E. Alap kiadásai, 2015.



3 Forrás: Infoszolg/AEEK 2016.

- **jogosult** (pl. nappali tagozatos tanuló, nyugdíjas);
- **egészségügyi szolgáltatások megállapodás alapján** történő igénybevétele törvényben meghatározott összegű járulék befizetésével (szűkebb ellátást biztosít);
- **egészségügyi szolgáltatási járulékfizetésre kötelezett**, aki sem biztosított, sem jogosulti jogviszonnyal nem rendelkezik.

Egészségbiztosítás keretében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások

- pénzbeli ellátások, ami a biztosított keresetvesztését pótolja (pl. táppénz, betegszabadság, csecsemőgondozási díj, GYED, gyermekápolási táppénz);
- **egészségügyi ellátások** ezen belül szűrések, háziorvosi, fogászati, járó- illetve fekvőbeteg ellátás, ún. egyéb egészségügyi szolgáltatások (pl. szülészeti ellátás, betegszállítás és mentés, otthoni szakápolás); illetve egyéb alapellátási feladatok (pl. védőnői- és iskolaorvosi ellátás);
- **gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, egyéb gyógyító ellátások** (pl. gyógyfürdő kezelések) és a tápszerek árához tb-támogatás;
- **szervadományozás költségtérítése;**
- **közgyógyellátás.**

EURÓPAI UNIÓS GYAKORLAT

Az EU-ban nemzeti hatáskörben maradt az egészségügyi – így az egészségbiztosítási rendszer is. A migráció és a szociális biztonság jogainak védelme érdekében azonban egy ún.

[koordinációs mechanizmus](#) alakult ki a tagállamok között ([1408/71/EGK](#) rendelet, [883/2004/EK](#) rendelet, [987/2009/EK](#) rendelet), amely minden uniós állampolgárnak biztosítja a jogot, hogy egy másik tagállamban való tartózkodás alatt ugyanolyan (szükséges!) egészségügyi ellátásra legyen jogosult, mint az adott ország állampolgárai (ún. *természetbeni ellátás az egyenlő elbánás elve* alapján). A pénzbeli ellátást azonban attól az országtól kapja, ahol biztosították.

Az egészségügyi ellátás tartalmának meghatározása tagállami hatáskör, illetve bizonyos esetekben az ellátást nyújtó orvos dönt (pl. dialízis-kezelés, oxigénterápia és a szülés). A szolgáltatást csak az egészségbiztosítóval szerződésben lévő szolgáltatótól lehet az egyenlő elbánás elvének megfelelően igénybe venni. A magánszolgáltató által nyújtott ellátás költségeit a beteg saját maga fizeti.

A biztosítási, járulékfizetési kötelezettség az EU tagállamaiban ott áll fenn, ahol az állampolgár a keresőtevékenységét végzi (ún. *kettős járulékfizetés tilalma*).

A magyar egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyek, egy másik tagállamban a magyar egészségbiztosítás terhére vehetnek igénybe – orvosilag szükséges – egészségügyi szolgáltatásokat, ami az [Európai Egészségbiztosítási Kártya](#)val igazolható. A Kártyát a kormányhivatal adja ki a magyar egészségügyi szolgáltatásokra jogosult személyek részére. A Kártya nem használható, ha a biztosított valamilyen egészségügyi szolgáltatás igénybevételének céljából utazott másik tagállamba.

Források:

- Elek Diána: [Egészségbiztosítás az Európai Unióban](#) – ado.hu, 2014.
- Ragány Károly: [Az egészségügyi rendszerek jellemzői](#) – SOTE, 2014.
- Dr. Sinkó Eszter: [Az egészségügyi rendszerek alapvető jellemzői és aktuális szakmapolitikai kérdések](#) –
- „[Egészséges Magyarország 2014-2020](#) – " Egészségügyi Ágazati Stratégia
- [Az egészségügyi rendszerek tipológiája](#) – Gyemsi, 2014. június

Készítette: Csáko Beáta
Képviselői Információs Szolgálat
E-mail: infoszolg@parlament.hu

infoszolg

Internet: www.parlament.hu/infoszolg
Intranet: intra.parlament.hu/infoszolg/
Tel.: (1) 441-4529; (1) 441-6486