



**Magyar Önkéntes
Egészségpénztárak
Szövetsége**

EGÉSZSÉGFINANSZÍROZÁSI PILLÉREK

Copyright © MÖESZ, 2007

© MÖESZ, 2007

© Szabadúszó.hu Kft., 2007

Kiadja a Szabadúszó.hu Kft.

a Magyar Önkéntes Egészségpénztárak Szövetsége megbízásából

Budapest, 2007

www.penztarszovetseg.eu

Felelős a kiadó ügyvezetője

baloghandras@szabaduszo.hu

A szöveget gondozta dr. Lukács Marianna

Nyomdai előkészítés Balogh András

Tördelés Szabadúszó.hu Kft.

Nyomta a Bétaprint Nyomda, Budapest

Felelős vezető Szabadi András ügyvezető igazgató

ISBN 978-963-06-2175-5

Egészség- finanszírozási pillérek

Kedves olvasó!

Az elmúlt hónapokban újra napirendre került az egészségügy reformja, és az ellátórendszer átalakítása már meg is kezdődött. A napvilágra került koncepciók, egyes szakértői anyagok és a döntéshozókkal való személyes tárgyalásaink arról győztek meg bennünket, hogy itt ma Magyarországon az egészségügy finanszírozásának leírásához elengedhetetlen a szükséges fogalmak és alapvető összefüggések szakszerű bemutatása.

Az olvasó hiánypótló leíró tanulmányt tart a kezében. A Magyar Önkéntes Egészségpénztárak Szövetsége szakmai műhelymunkájának eredménye ez a tematikus leírás, amely meghatározza a betegségbiztosítás és az egészségpénztár alapvető fogalmait (a társadalombiztosítás esetében ennek nem érezzük szükségét, hiszen azt mindenki jól ismeri), majd rendszerszerűen, előre meghatározott szempontok alapján összeveti a magyar egészségügy finanszírozásában jelenlévő szereplőket, a társadalombiztosítást, a betegségbiztosítást és az egészségpénztárat.

E könyv elkészítésében támaszkodtunk korábbi tanulmányainkra, mint például az európai egészségbiztosítási rendszerek finanszírozása témájában készült dolgozatunkra, az Magyar Önkéntes Egészségpénztárak Szövetsége és a Magyar Biztosítók Szövetsége által 1997 novemberében közösen készített, a *Biztosítók és az egészségpénztárak együttműködése az egészségbiztosításban* című írásunkra, valamint Borókay Ferenc üzleti betegségbiztosításra vonatkozó anyagaira.

Az elkövetkezendő hetek, hónapok a biztosítói modellválasztás jegyében telnek, és ehhez kívánunk segítséget nyújtani. Az itt meghatározott fogalmak, alapvetések – virtuális egészségfinanszírozási szótárként – azt célozzák, hogy az asztal körül ülő vitapartnerek ugyanarra az eseményre gondoljanak, ha ugyanazt a fogalmat használják.

Jelen anyaggal nem célunk a jelenlegi koncepciók kritikája, azonban

egy-nyilvánosságot kapott és nem kapott felvetések a tanulmány teljes tartalmát megismerve más megvilágításba kerülhetnek. E szerint a szerzők nem vállalhatnak felelősséget a céljukat veszített elképzelésekért, még akkor sem, ha tudatában vannak annak, mekkora segítséget nyújtanak a gondolatok letisztázásához.

Való igaz, hogy az elmúlt egy évtized az önkéntes egészségpénztárak életében az elméleti leírásokat háttérbe szorítva a szorgos napi munkával telt el, ennek eredményeképpen a szféra fennállása óta befolyt 140 milliárd forint bevételből már 624 ezer család magán-egészségügyi szolgáltatását szervezzük. Döntéshozóink az egészségügyi reformban nyugodt lelkiismerettel támaszkodhatnak az egészségpénztári szférában felhalmozott szakmai tapasztalatra és működő rendszerre – mint ismeretes, Magyarországon az egészségpénztárak az OEP mellett a második legnagyobb intézményi finanszírozók.

Mostani írásunkat ajánljuk mindenkinek, aki az események aktív alakítójaként és szereplőjeként részt kíván venni a kormányzat egészségügyi reformjában, vagy csak egyszerű állampolgárként figyelemmel kívánja kísérni a fejleményeket. Mindazonáltal az írás során azt tartottuk legfontosabbnak, hogy az olvasó számára a szigorúan kötött terminológiákat közérthetően találjuk. Elvégre a magyar egészségügy nem lehet egy szűk szakmai csapat ügye: a végrehajtásban – akár betegként, akár orvosként, akár szakemberként, akár politikusként – mindenki érintett lesz.

Budapest, 2007. február 28.

Hasznos olvasást kívánva:

Dr. Lukács Marianna elnök
Magyar Önkéntes Egészségpénztárak Szövetsége
(MÖESZ)

Tartalomjegyzék

1.	Fogalmi és tartalmi kikötések, a betegségbiztosítás és az egészségpénztár helye a szociális kockázatok kezelésében	11
1.1.	A leírásban használt fogalmak.....	11
1.2.	Az elérhető egészségügyi ellátások típusai	12
1.3.	A társadalombiztosítás, a betegségbiztosítás és az egészségpénztár helye az ötpilléres magyar egészségfinanszírozásban	14
1.4.	Az egészségi állapotra vonatkozó kockázatok természete	14
2.	Az 1993. évi XCVI. törvény alapján művelhető önkéntes egészségpénztár (a továbbiakban: egészségpénztár).....	17
2.1.	Az egészségpénztár lényege.....	19
2.1.1.	Az egyéni számlavezetés	19
2.1.2.	A pénztártag javára az egészségpénztár által szervezett, szerződött egészségügyi szolgáltatások árkedvezménnyel	20
2.1.3.	A szolgáltatásokra időlegesen fel nem használt pénz befektetése.....	21
2.2.	Kiknek szól az egészségpénztár?	22
2.3.	Az egészségpénztári működés alapelvei, valamint a működésére vonatkozó jogszabályok.....	22
2.4.	A pénztári tagsági jogviszonyra vonatkozó szabályok, valamint a taggá válás folyamata	24
2.4.1.	Tagsági jogviszony létesítése	24
2.4.2.	Az egészségpénztár munkáltatói tagja	25
2.4.3.	A minimális havi tagdíj.....	26
2.4.4.	Eseti befizetések	26
2.4.5.	Az egészségpénztári befizetések alapok szerinti felosztása	26
2.5.	Az egészségpénztári szolgáltatásra való jogosultság feltételei.....	27
2.6.	Az egészségpénztár által nyújtható szolgáltatások.....	27
2.6.1.	Gyógyító (a pénztártörvény szóhasználata: kiegészítő egészségbiztosítási) szolgáltatások.....	28



2.6.2. Prevenziós (a pénztártörvény szóhasználata: életmódjavító) szolgáltatások	29
2.6.3. A szolgáltatásokra vonatkozó korlátozások, illetve az igénybevételhez szükséges orvosi javaslat	31
2.6.4. A nyújtható szolgáltatások törvényi lehetőségei és korlátai	32
2.7. Az egészségpénztári tagdíj meghatározása	32
2.8. Az egészségpénztár adókönyvezete (2007)	32
2.9. Az egészségpénztári szféra legfontosabb mutatószámai	35
2.9.1. Taglétszám, bevétel, igénybe vett szolgáltatások (2002–2006)	35
2.9.2. Az egészségpénztárak által finanszírozott szolgáltatások megoszlása típus szerint.....	36
2.9.3. Az egészségpénztár súlya a pénztári szférában (2001–2006)	38
2.10. A magyar önkéntes egészségpénztári szféra problémái	40
2.10.1. Az éves gyakorisággal változó jogszabályi környezet a szereplők számára kiszámíthatatlanná teszi a szférát	40
2.10.2. Gyenge a magyar társadalom öngondoskodási hajlandósága	41
2.10.3. A pénztári szféra törvényben lefektetett alapelvek szerinti működését nem ellenőrzik.....	42
3. A 2003. évi LX. törvény alapján művelhető betegségbiztosítás (a továbbiakban: betegségbiztosítás).....	43
3.1. A betegségbiztosítás lényege	43
3.2. Kiknek szól a betegségbiztosítás?.....	43
3.3. A betegségbiztosítás művelésére vonatkozó jogszabályok	44
3.4. A betegségbiztosítási szerződés természete, a szerződéskötésre vonatkozó szabályok, valamint annak folyamata	45
3.4.1. A biztosítási szerződés létrejötte	46
3.4.2. A biztosításkötést megelőző, a biztosított adatszolgáltatási kötelezettsége, valamint megsértésének következményei.....	49
3.4.3. A biztosítási alapdíjat kockázati díjjal megemelő egészségi kockázatok.....	49
3.4.4. A biztosító által kizárható kockázatok.....	50

3.4.5. A szolgáltatásokra való jogosultság várakozási ideje.....	50
3.4.6. A biztosított biztosítótársasággal szemben fennálló kötelezettségei.....	50
3.4.7. A betegségbiztosító társaság által nyújtott szolgáltatások igénybevételének kizáró okai	51
3.4.8. A biztosítási díj fizetésére vonatkozó szabályok	51
3.4.9. A biztosítási szerződés felmondása a biztosított vagy a biztosító kezdeményezésére, valamint annak megszűnése.....	52
3.5. A biztosítói szolgáltatás kifizetése (teljesítése).....	54
3.6. Betegségbiztosítási termékek	54
3.6.1. Költségtérítő biztosítások	55
3.6.2. Összebiztosítások.....	56
3.6.3. Speciális betegségbiztosítások.....	57
3.6.4. A Magyarországon elérhető betegségbiztosítási termékek	57
3.7. A betegségbiztosítási díj meghatározása.....	58
3.8. A betegségbiztosítás adókönyvezete (2007)	62
3.9. A betegségbiztosítás legfontosabb mutatószámai (biztosított létszám, bevétel, kárkifizetések).....	63
3.9.1. Biztosított létszám, bevétel, kárkifizetések (1998–2006)	63
3.9.2. A betegségbiztosítás súlya a biztosítási szektorban (2001–2006)	64
3.10. A magyar betegségbiztosítási szektor problémái.....	66
3.10.1. A társadalombiztosítás által nyújtott szolgáltatások definiálatlansága miatt rosszul körülhatárolható a betegségbiztosítás mozgásterét	66
3.10.2. Az önálló betegségbiztosításokra vonatkozó adókedvezmény hiánya	67
3.10.3. A magyar lakosság rossz egészségi állapota.....	67
4. A szolidaritási alapon működő társadalombiztosítás, az egyéni/csoportos kockázatelbírálás alapján működő üzleti betegségbiztosítás és az önkéntes egészségpénztár rendszerszerű összehasonlítása.....	68

Egészség- finanszírozási pillérek

1.

FOGALMI ÉS TARTALMI KIKÖTÉSEK, A BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS ÉS AZ EGÉSZSÉG- PÉNZTÁR HELYE A SZOCIÁLIS KOCKÁZATOK KEZELÉSÉBEN

1.1. A leírásban használt fogalmak

Abból a célból, hogy a tanulmányban leírtak könnyű kezelhetőségét lehetővé tegyük, az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában Magyarországon jelen lévő három intézményt az alábbi szóhasználattal szerepeltetjük.

1. Első intézményünk a törvényben meghatározott, minden állampolgárra kiterjedő fizetési és ellátási kötelezettséggel rendelkező, a résztvevők szolidaritásán alapuló **társadalombiztosítás**. Ennek a tanulmánynak a keretei között a legcélravezetőbb, ha ezt a fogalmat használjuk, még akkor is, ha ez a hétköznapi használatban magában foglalja a felosztó-kirovó elv alapján működő kötelező nyugdíjbiztosítást. Ennek megfelelően a társadalombiztosítás intézménye itt, Magyarországon az Országos Egészségbiztosítási Pénztár feladatkörét és funkcióit fedi le, azzal a kikötéssel, hogy a dolgozat 3. fejezetében leírt rendszerszerű összevetésben a társadalombiztosítás kapcsán megfogalmazott elvek és ismérvek nem mindig az OEP gyakorlatát takarják. Célunk sokkal inkább a konstrukció elvszerű bemutatása volt, rámutatva a másik két intézménnyel való hasonlóságokra és különbségekre.
2. A **betegségbiztosítás** elnevezést a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény tv. alapján művelhető, biztosítótársaságoknál vagy biztosítási egyesületeknél megvásárolható betegségbiztosítási/egészségbiztosítási termékek kapták (biztosítónként

eltérő a szóhasználat). A betegségbiztosítás szóhasználat teljes mértékben fedi a termék tartalmát, hiszen ezekben az esetekben a biztosító fizetési kötelezettsége minden esetben a biztosított valamilyen betegsége esetén áll fenn.

3. Az **egészségpénztár**on pedig az önkéntes kölcsönös biztosító pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. törvény alapján működő önkéntes kölcsönös egészségpénztárak tevékenységét értjük. Az egészségpénztár célja a mindenkori társadalombiztosítási szolgáltatások kiegészítése, helyettesítése, pótlása a pénztártagok és családtagjaik egészségének megőrzése céljából.

A tanulmányban foglaltak pontos követését szolgálja, hogy ezt a három fogalmat (társadalombiztosítás, betegségbiztosítás, egészségpénztár) hangzásában is jól elkülönítjük egymástól. Bizonyosak vagyunk abban, hogy a pontos fogalmak köré felfűzött tartalom elengedhetetlen a szakmailag leosztott és kívánatos párbeszéd kialakulásához.

1.2. Az elérhető egészségügyi ellátások típusai

Annak ellenére, hogy a leírás célja – a bevezetőben megfogalmazottak szerint – három intézmény: a társadalombiztosítás, az önkéntes egészségpénztár és a betegségbiztosítás konstrukciójának bemutatása, szót kell ejteni a betegségből adódó kockázatok nem biztosítási szerződés alapú kezeléséről, hogy egyértelművé tegyük ennek a három finanszírozási formának a helyét és szerepét az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában.

Az egészségi állapot megváltozásából adódó kockázatokat kezelő intézményeket és főbb jellemzőiket az 1. számú táblázat foglalja össze.

1. számú táblázat

Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés intézményei

A kockázatot kezelő intézmény	A szolgáltatás megnevezése	A jogosultak, illetve biztosítottak köre	Költségviselő	A szolgáltatásban részesülő hozzájárul-e az ellátás költségeihez
1. szociális segély nyújtása a szociális törvényben meghatározott állami intézményrendszeren keresztül	szociális segély	törvényben meghatározott	állam	nem
2. karitatív magánintézmények	szociális segély	a karitatív szervezet célrendszerének megfelelően	a karitatív szervezet (tágabb értelemben a civil szféra)	nem
3. a betegségből eredő kockázatok költségei meghatározott részének közvetlenül a munkaadó általi finanszírozása (például a betegség első 15 napjára fizetendő betegszabadság)	munkaadói betegszabadság	az adott munkavállaló alkalmazotti állománya	a munkavállaló	igen, az egészségügyi ellátás munkáltató által nem finanszírozott részével
4. a betegségből eredő kockázatok kezelése a kötelező társadalombiztosítás keretei között	a társadalombiztosítás gyógyító-megelőző szolgáltatásai	törvényben meghatározott	munkaadó és munkavállaló	járulékfizetők: igen; járulékot nem fizetők: nem
5. önkéntes egészségpénztár	a mindenkori társadalombiztosítás szolgáltatásait kiegészítő, pótló vagy azt helyettesítő egészségügyi szolgáltatások	pénztártagok	munkaadó és/vagy munkavállaló	munkaadói finanszírozás: nem; munkavállalói finanszírozás: igen
6. szerződéses jogviszonyon alapuló betegségből eredő kockázatok kezelése az üzleti betegségbiztosítás keretei között	üzleti biztosító-nál kötött betegségbiztosítás	a kötvényben meghatározott biztosított	munkaadó és/vagy munkavállaló	munkaadói finanszírozás: nem; munkavállalói finanszírozás: igen

A táblázatban sötéttel jelölt területek által lefedett egészségügyi szolgáltatások finanszírozásával foglalkozunk.

1.3. A társadalombiztosítás, a betegségbiztosítás és az egészségpénztár helye az ötpilléres magyar egészségfinanszírozásban

Már 16 évvel ezelőtt, a 60/1991. (X. 29.) országgyűlési határozatban meghatározták, hogy az állampolgárok nyugdíjának, egészségi és baleseti ellátásának, valamint szociális ellátásának optimális esetben öt forrással kell rendelkeznie, ezek az alábbiak.

- Az első a társadalmi biztonság domináns eleme: a kötelező és általános társadalombiztosítás, amelynek biztosítottként, illetve a biztosított hozzátartozójaként közvetlenül „tagja” a magyar lakosság jelentős része, s amelynek feladata, funkciója az egységes szabályok által megszabott járulékfizetési kötelezettséggel járó úgynevezett „alapvető szolgáltatások” teljesítése. Ennek az elvnek a betartása és a betartatása a jelenlegi reform egyik fő eleme.
- A második forrás – elsősorban a szociális szükségletek kielégítésére – az állami-önkormányzati szociális ellátás.
- A harmadik forrás a privát (magán- és nonprofit) biztosítók által kínált, a tb szemszögéből nézve „kiegészítő” magánbiztosítási forma.
- A negyedik forrásba az önszerveződő önszervező intézmények – alapítványok, egyesületek, klubok stb. – tartoznak.
- Az 1993. évi XCVI. törvénnyel született meg az ötödik forrás intézménye: az önkéntes kölcsönös kiegészítő egészségbiztosító pénztár.

1.4. Az egészségi állapotra vonatkozó kockázatok természete

Az egészség olyan állapot, amelynek elérését, megőrzését a legtöbb ember igen sokra értékeli. Különösen akkor kerül előtérbe, ha itt a baj, ha megbetegszünk. Ismert a mondás, hogy „minden pénz megadok, csak gyógyuljak meg”.

De mégis, tudjuk-e előre, hogy mennyit fogunk költeni az egészségünk megőrzésére, illetve helyreállítására? Míg a költségek egy része tervezhető, addig másik része alapvetően véletlenszerű.

- Egyrésztől pontosan tudjuk, hogy az életkor előrehaladtával egyre na-

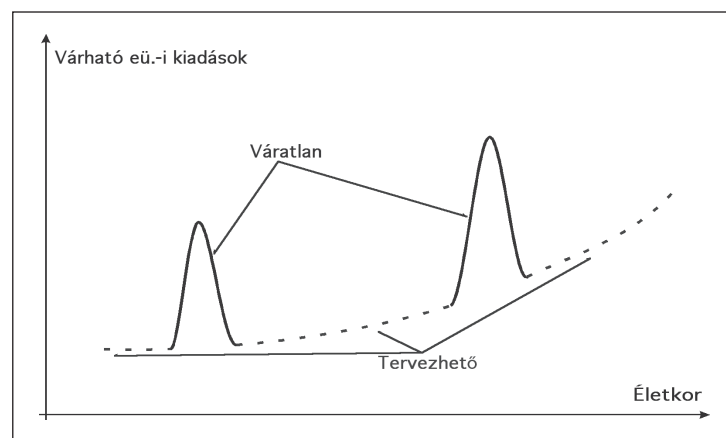
gyobb valószínűséggel leszünk betegek, így megnövekednek az ezzel kapcsolatos kiadásaink. Ebbe a tervezhető csoportba tartoznak a genetikai adottságra visszavezethető betegségek is.

- Másrésztől az egyén szintjén véletlenszerű, hogy milyen betegség, mikor, milyen lefolyással lép fel, s hogy az adott személy miként reagál a szokásos gyógymódokra. Emiatt véletlenszerűnek tekinthető az is, hogy gyógykezelése mekkora költséget igényel, és milyen nagyságúak a betegsége miatti munkakiesés vagy körülményváltozás okozta egyéb őt érő károk.

Az 1. számú ábra szemlélteti, hogyan alakulhatnak egészségügyi kiadásaink az életkor előre haladásával.

1. számú ábra

Az egészségügyi kiadások alakulása az életkor előrehaladtával



A költségek és károk széles skálán szóródhatnak, és olyan mértékűek lehetnek, amelyek teljes egzisztenciális ellehetlenülést idézhetnek elő.

Felmerül a kérdés: betegség esetén honnan teremthetjük elő a szükséges anyagi forrásokat? Nyilvánvaló, hogy az egyéni kockázatokat fel kell „olda-

ni”, porlasztani, kockázatközösségeket kell szervezni, amelyek többé-kevésbé együtt viselik az egyéni kockázatokat. A kérdés mindig az arány, vagyis annak a meghatározása, hogy ezekben a helyzetekben kire hárul – inkább az államra vagy inkább az egyénre – a költségek finanszírozása.

Az egészségi állapot helyreállításának forrásai országoként jelentősen eltérők lehetnek, gondoljunk csak arra, hogy Európa legtöbb államában a gondoskodó államnak van hagyománya, míg az Egyesült Államokban a felelősség az egyénre hárul.

2.

AZ 1993. ÉVI XCVI. TÖRVÉNY ALAPJÁN MŰVELHETŐ ÖNKÉNTES EGÉSZSÉGPÉNZTÁR (A TOVÁBBIKBAN: EGÉSZSÉGPÉNZTÁR)

Az egészségügy reformjának irányát illetően sok a találgatás, ám egy dologban biztosak lehetünk: a következő években a klasszikusan állami feladatok ellátásában egyre nagyobb szerepet kap a privát szféra az egyének, csoportok igényeihez sokkal rugalmasabban alkalmazkodó szolgáltatásaival.

Mindezen gazdasági szükségszerűség mellett az egészségpénztár indításának a legfontosabb indoka, hogy az emberek – a csökkenő állami finanszírozás mellett – igénylik az abból kieső szolgáltatások – esetlegesen a társadalombiztosítás szolgáltatásai mellett meg sem jelenő innovatív kezelések – finanszírozását. Mindenki tudja, hogy csak önmagára számíthat: az állami segítség nem elégséges, az egyénnek az állásába is kerülhet egy hosszabb betegség.

Az egészségpénztár már a törvény elfogadásakor magában rejtette azt a lehetőséget, amire az egészségügyben ma a legnagyobb szükség van: széles rétegek számára szervezett formában, adókedvezmény igénybevételével ad lehetőséget arra, hogy az emberek a jelenleginél magasabb színvonalú egészségügyi szolgáltatásban részesüljenek.

A pénztár olyan szervezet, amely a pénztártörvényben meghatározott működési elvek alapján tagjai – vagy a pénztártag jogán annak közeli hozzátartozói – részére társadalombiztosítási, illetve más szociális ellátást kiegészítő, pótló vagy – külön törvényben meghatározott feltételek szerint – azt helyettesítő szociális, illetve egészségvédelmi szolgáltatást szervez és nyújt. A pénztári konstrukció – az állami szociális gondoskodás három pillérjét alapul véve – három eltérő célú önkéntes pénztár működését teszi lehetővé.

Mindhárom konstrukció legfontosabb jellemzője az öngondoskodás, vagyis az, hogy az önkéntes pénztárból igénybe vehető szolgáltatások szigorúan a befizetésekhez kötöttek, abból – mintegy „játékonyági intézményként” – nem érhető el ennél nagyobb forrás.

Ez a jellemző következik abból, hogy a pénztárat 15 természetes személy alapíthatja, alapító tőke és szolvencia nélkül. Ennek megfelelően a pénztár a tagok befizetéseiből gazdálkodik, szolgáltatást kizárólag a tagok számára vezetett egyéni számlák erejéig nyújthat.

A nyugdíjpénztár az állami nyugdíj kiegészítésére szolgál, az egészségpénztár a mindenkori társadalombiztosítás szolgáltatásait egészíti ki vagy pótolja, az önszegélyező pénztár pedig a család előre nem látható, anyagi terheket jelentő élethelyzeteiben (például munkanélküliség, gyermekvállalás) nyújthat segítséget. Fontos, hogy a pénztártag esetleges halála esetén az egyéni számla teljes összege örökölhető.

Ez a két tényező, vagyis az örökölhetőség és az igénybe vett szolgáltatásoknak a befizetésekhez való szoros kötése a legnagyobb különbség a társadalombiztosítás és egészségpénztár működési alapelvei között.

Az 1993-ban a parlament által egyhangúlag megszavazott törvény a magyar jogrendbe új jogi formát, az önkéntes kölcsönös biztosítópénztár intézményét vezette be. Mintául a Franciaországban több évszázados hagyománnyal rendelkező *mutualité* szolgált, amely az önkormányzatiságra épülve több szolgáltatási területen a társadalombiztosítás szerves részévé vált. Az akkori törvényalkotók ezzel a szándékkal is döntöttek a pénztári konstrukció mellett, már akkor meghatározva a törvényben az elismert pénztár fogalmát. Mint ismeretes, az 1997. évi nyugdíjreform ezt a gondolatot váltotta valóra, amikor is az állami nyugdíjrendszer második pillérét az önkéntes nyugdíjpénztárak mintájára magánnyugdíjpénztárnak minősítették meg.

Az önkéntes egészségpénztár konstrukciója a biztosítók közül a szövetkezethez áll a legközelebb.

2.1. Az egészségpénztár lényege

Mindenki számára érthetően megfogalmazva: valójában az egészségpénztári egyéni számla egy speciális egészségügyi bankszámla, amelyről kizárólag egészségügyi szolgáltatásokra lehet költeni (mindenre, amire saját zsebből eddig is költöttünk a magunk és a család egészsége érdekében). A fel nem használt pénzt a nyugdíjpénztárakkal azonos módon befektetik, és az ott elért hozam negyedévente gyarapítja a pénztártagok szolgáltatásra költendő forintjait.

Az egészségpénztárak a törvényi keretek között szabadon alakíthatják ki szolgáltatásaikat, vagyis önállóan döntenek el, hogy a mindenkori társadalombiztosítást kiegészítő szolgáltatások közül melyik csoportra helyeznek nagyobb hangsúlyt (például gyógyszer, prevenció szolgáltatások, sportolás, gyógyüdülés vagy a szűrővizsgálatok).

Az egészségpénztár legfontosabb célja az egészségmegőrzés, valamint a betegség kezeléséből adódó anyagi terhek enyhítése. A szolgáltatásokra fel nem használt pénz hozamai a pénztártag szolgáltatásokra költendő forintjait gyarapítja.

Fontos megjegyezni, hogy az egészségpénztárak kizárólag a számviteli törvénynek megfelelő számla ellenében finanszírozzák szolgáltatásaikat: szerepe van az egészségügyi feketegazdaság és a paraszolvencia visszaszorításában.

2.1.1. Az egyéni számlavezetés

Az egészségpénztár a tagok javára történő befizetéseiről, az igénybe vett szolgáltatásokról és a keletkezett hozamok jóváírásáról egyéni számlát vezet, e ponton lényegesen különbözik mind a társadalombiztosítás, mind a betegségbiztosítás nyilvántartási rendszerétől.

Az éves számlaértéssel pénztártagok számára történő eljuttatását a törvény kötelezettségként írja elő: a pénztártagot évente legalább egyszer tájékoztatni kell befizetéseiről, az általa igénybe vett szolgáltatásokról és egyéni számlája egyenlegéről. Ez azt jelenti, hogy az egészségpénztárak ala-

kulásuktól kezdve primer egészségügyi adatgyűjtőként bankszerű nyilvántartással működnek, megfelelően a legszigorúbb követelményeknek.

2.1.2. A pénztártag javára az egészségpénztár által szervezett, szerződött egészségügyi szolgáltatások árkedvezményel

Az egészségpénztár szolgáltatóival – néhány kivételtől eltekintve – köteles szerződést kötni az egészségügyi szolgáltatások finanszírozására [pénztártörvény 2. § (2) e) „egészségpénztári szolgáltató: az egészségpénztárral szerződésben vagy tulajdonában álló, illetve általa üzemeltetett, az egészségügyről szóló törvényben meghatározott egészségügyi szolgáltató, valamint az a természetes személy, jogi személy és jogi személyiség nélküli gazdasági társaság, amely a pénztárral kötött szerződés alapján a pénztártagok számára egészségpénztári szolgáltatást ténylegesen nyújt”].

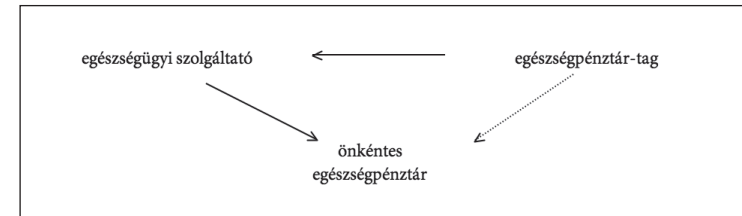
Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a szerződés megkötése során a pénztár a pénztártagok legjobb kiszolgálását szem előtt tartva az árak garantálása mellett az egészségügyi szolgáltatások minőségét és színvonalát is ellenőrzi. Ezt a tudást az egészségpénztárak csaknem egy évtizede gyűjtik, így biztonnával állíthatjuk, hogy több tízezer szerződés megkötése után ilyen jellegű tárgyalási tapasztalata csak ennek a szférának van. (Mint ismeretes, az OEP és a finanszírozott intézmények közötti szerződés nem tárgyalásos, hanem alapvetően területi ellátási kötelezettségre alapozva törvény által előírtan, a szelekció lehetősége nélkül történik.)

Az egyes egészségpénztárak esetenként több tízezres taglétszámának köszönhető, hogy az egészségpénztárak – mintegy vásárlói klubként – a szolgáltatók listaárából további árkedvezményeket érnek el, ez éves szinten egy átlagos pénztártag esetében több ezer forint megtakarítást is jelent.

Az egészségpénztár döntő többsége szolgáltatásait fizető egészségpénztári kártyával finanszírozza, amely – a természetbeni szolgáltatás társadalombiztosítási elvével azonos módon – nagymértékben egyszerűsíti a nehézkesnek számító költségtérítés elvét.

2. számú ábra

A természetbeni szolgáltatás elve



A természetbeni szolgáltatás elve az egészségpénztárak esetében úgy érvényesül, hogy a pénztártag az egészségbiztosítási kártya alapján jogosult pénztári szolgáltatásra. A szolgáltatás során felmerült költségeket az egészségpénztár a biztosított által a szolgáltatóval kötött szerződés, a pénztártag kártyája és saját nyilvántartása alapján közvetlenül a szolgáltatónak fizeti ki. Az eljárás lényege, hogy a biztosítottnak nem kell a szolgáltatások költségeit kétszeresen megelőlegeznie (először az egészségpénztári számla feltöltésekor, másodszer a szolgáltatás igénybevételekor), ez az esetek többségében nem is lenne elvárható a pénztártag anyagi helyzetére való tekintettel. A szolgáltatás kiegyenlítése során pénzmozgás egyetlen esetben történik: az egészségpénztár és a szolgáltató között.

2.1.3. A szolgáltatásokra időlegesen fel nem használt pénz befektetése

Az egészségpénztári konstrukció további fontos jellemzője, hogy a szolgáltatásokra időlegesen fel nem használt pénz az egészségpénztárak befektetik. A szféra 1994-es indításakor nem lehetett megjósolni, hogy a vagyonkezelési tevékenység mekkora szerepet tölt majd be, de napjainkra már látható, hogy a több tízmilliárdos vagyon kezelését a nyugdíjpénztárhoz hasonlóan kell ellátni.

A következő évtizedekben különösen nagy teret kap ez a kérdés, hiszen az idősebb korra tervezhető megnövekedett egészségügyi kiadások fedezetének megteremtésére alkalmas az egészségpénztár, nem is beszélve

az esetlegesen létrehozandó ápolási pénztárról, ahol a befizetett pénzeket évtizedekig sem használják fel.

2.2. Kiknek szól az egészségpénztár?

Az egészségpénztár azoknak az öngondoskodó családoknak szól, akik fontosnak tartják a maguk és családtagjaik egészségének megőrzését, és erre – szervezett formában a rendelkezésre álló kedvezmények kihasználásával – hajlandók áldozni is. A pénztártagnak az egészségpénztárnál vezetett egyéni számlájának feltöltéséről az őt alkalmazó munkáltató is gondoskodhat, de a számlára történő eseti befizetéssel a család megteremtheti az előre tervezhető és nem látható egészségügyi kiadások fedezetét (gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, orvosi ellátás, gyógyüdülés, fitness, sporteszköz).

Nem elhanyagolható az egészségpénztár forrásgyűjtő, az előre nem látható egészségügyi kiadások fedezetét megteremtő szerepe sem.

Az egészségpénztári tagságnak – a nyugdíjpénztári tagság mellett – a következő években azért lesz egyre nagyobb jelentősége, mert az egészségügyi reform teljes bizonyossággal a jelenleg elérhető szolgáltatások szűkítését, illetve az elérhető szolgáltatásokhoz való hozzájutás „kifehérlését” (a társadalombiztosítási szolgáltatásokhoz való hozzáférés járulékfizetéséhez kötését, az eddig paraszolvenciáért elérhető várólisták kikerülésének, valamint a jobb minőségű szolgáltatások megvásárlásának megszűnését) okozza. Ez azt jelenti, hogy az eddig alapvetően kapcsolati tőkével elérhető szolgáltatások a jövőben a pénztőkén keresztül lesznek elérhetők, ehhez pedig már működő intézményi háttérrel nyújt az egészségpénztár.

2.3. Az egészségpénztári működés alapelvei, valamint a működésére vonatkozó jogszabályok

Az egészségpénztárak működését a pénztártörvény és a vonatkozó kormányrendeletek határozzák meg, a szolgáltatókkal és munkáltatókkal kötött szerződések vonatkozásában pedig a polgári törvénykönyv szabályai érvényesek (2. számú táblázat).

2. számú táblázat

Az önkéntes egészségpénztárra vonatkozó törvények

Polgári törvénykönyv	<ul style="list-style-type: none"> • a munkáltatókkal kötött szerződések • az egészségügyi szolgáltatókkal kötött szerződések
1993. évi XCVI. törvény az önkéntes kölcsönös biztosító pénztárakról szóló törvény (a továbbiakban: pénztártörvény)	<p>A pénztár működési elvei:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ az <i>önkéntesség</i>, amely szerint a pénztár az állampolgárok elhatározásán nyugvó, döntésein alapuló autonóm civil szerveződés, olyan önkéntes egyesülési forma, amelyet a természetes személyek szabad akaratukból hoznak létre, csatlakozhatnak hozzá, illetve lépnek ki belőlük, ▪ a <i>kölcsönösség</i> alapján a pénztár az állampolgárok szolidaritásán alapuló érdekközösség; a pénztár irányítása, működési hatékonyságának ellenőrzése a pénztártagok joga és feladata, ▪ az <i>önkormányzati működés elve</i>, amely szerint a pénztárra vonatkozó alapvető döntések meghozatalára kizárólag a pénztártagok jogosultak; a döntés meghozatala során a pénztártagok azonos jogokkal rendelkeznek, ▪ a <i>kiegészítő</i> jellegnek megfelelően a pénztárak a társadalombiztosítás és a szervezett szociális ellátási rendszerek szolgáltatásait egészítik ki (ebből következően jelenlegi formájukban nem alkalmasak szociális problémák komplex kezelésére), ▪ a pénztár <i>nyitott rendszer</i>: az alapszabályban meghatározott feltételeknek megfelelő személy kérelme nem utasítható el, ▪ a <i>függetlenség</i>: a pénztárak a jogszabályok keretei között szabadon alakítják ki szolgáltatási körüket és üzletpolitikájukat, ▪ már megalakult pénztár tevékenységében a törvényben és jogszabályban meghatározott előírásoknak megfelelően a <i>zárt gazdálkodás alapelvei</i> érvényesülnek, ▪ a pénztár <i>nonprofit elvű gazdálkodási tevékenysége</i> (a pénztár gazdálkodásának eredményét sem osztalék, sem részesedés formájában nem fizetheti ki, azt csak az alaptevékenység érdekében használhatja fel). <p>A törvény szabályozza</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ a pénztár gazdálkodását, a pénztári vagyont befektetési szabályait, ▪ a pénztár beszámolási kötelezettségét, ▪ a tagok jogait és kötelezettségét, különös tekintettel a tagdíjfizetésre vonatkozó előírásokra és a nyújtható szolgáltatás körére, ▪ a pénztár informatikai működését, ▪ a vezető testületek és az ügyvezetés feladatait, felelősségét.

2.4. A pénztári tagsági jogviszonyra vonatkozó szabályok, valamint a taggá válás folyamata

2.4.1. Tagsági jogviszony létesítése

A pénztárban a tagsági jogviszonyt a pénztártag (munkavállaló) teremti az-
zal, hogy kitölti a belépési nyilatkozatot és azt a pénztár záradékolja. Az így
létrejött tagság alapján a tagdíjfizetési kötelezettség a pénztártagot terheli,
amelyet a munkáltató – az egészségpénztárral kötött szerződés alapján – át-
vállalhat (lásd 2.4.2. fejezet: Az egészségpénztár munkáltatói tagja).

A pénztártag tagsági jogviszonya a tag nyilvántartásához szükséges
adatait tartalmazó belépési nyilatkozatnak a pénztár által történő záradé-
kolásával kezdődik. A tagsági jogviszony feltétele:

- a 16 éves életkor betöltése,
- az alapszabály rendelkezéseinek elismerése,
- tagdíjfizetés vállalása.

Az ezeknek a feltételeknek megfelelő személy felvételi kérelme nem uta-
sítható el.

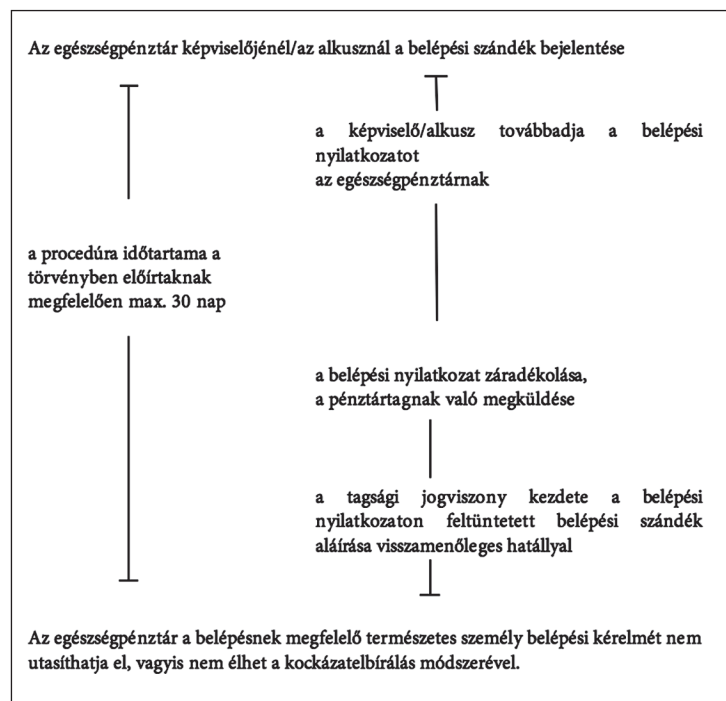
A pénztártag tagsági jogviszonya a belépési záradékolással jön létre, a
belépési szándék napjára visszamenőleges hatállyal.

A pénztártag érvényes tagsági jogviszony alapján jogosult igénybe ven-
ni az egészségpénztár szolgáltatásait, kivéve, ha az egészségpénztár arra az
alapszabályában várakozási időt köt ki (a pénztári gyakorlatban ez nem jel-
lemző, de a törvény a lehetőséget megadja).

Az egészségpénztári tagsági jogviszony létrejöttének folyamatát a 3.
számú ábra mutatja be.

3. számú ábra

Az egészségpénztári tagsági jogviszony létrejöttének folyamata



2.4.2. Az egészségpénztár munkáltatói tagja

A pénztártörvény lehetőséget ad arra, hogy a munkáltató – kedvező adó-
zási feltételek mellett – a pénztártag tagdíjfizetési kötelezettségét mun-
káltatói hozzájárulás jogcímén átvállalja, ezt a felek külön szerződésben
rögzítik.

A munkáltatói hozzájárulás vagy minden munkavállalót illetően azo-
nos összegű, vagy a bér azonos százaléka. Ez alól kivételt jelentenek azok a
munkáltatók, ahol „cafeteria” (béren kívüli juttatás) működik, hiszen ott az
egyén a rendelkezésére álló keretét szabadon használja fel, így az önkéntes
pénztári hozzájárulás munkavállalónként más és más lehet.

Fontos rendelkezés, hogy a munkáltató a munkavállalói hozzájárulásból egyetlen munkavállalóját sem zárhatja ki, aki legalább hat hónapja vele munkaviszonyban áll.

2.4.3. A minimális havi tagdíj

A pénztári tagság feltétele a rendszeres tagdíjfizetés, ezt a pénztár alapszabálya határozza meg. A választott tagdíjat (ami lehet éves, féléves, negyedéves vagy havi díjfizetésű) érdemes a pénztártagnak a család egészségügyi kasszájának várható kiadásaihoz igazítani.

Nincs a befizetéseknek felső határa, azonban a befizetések maximális összegénél érdemes figyelembe venni az adókedvezmény korlátait, de előfordulhat, hogy ennél magasabb összeg befizetése is ésszerű, ha az egészségpénztár a piacon elérhető hozamnál magasabb hozamot ér el (mint ismeretes, a pénztári hozamot nem terheli kamatadó), illetve magas, 20%-ot meghaladó árkedvezmény érhető el a szolgáltatóknál.

2.4.4. Eseti befizetések

Az egyénileg fizetett tagdíj és a munkáltatói hozzájárulás mellett a tag – igazodva a család egészségügyi kasszájához – további eseti befizetéseket is tehet, valamint a munkáltatói hozzájárulást meghaladóan rendszeres havi befizetést is vállalhat, így az egészségpénztári tagság céges bevezetése – a munkaadói öngondoskodás mellett – teret ad az egyéni öngondoskodásnak is.

2.4.5. Az egészségpénztári befizetések alapok szerinti felosztása

A pénztár a bevételeiből köteles fedezeti, működési és likviditási alapot létrehozni, és azokat a törvény előírásai szerint felhasználni. A fedezeti alapon belül elkülönítetten kell kezelni az egyéni és a szolgáltatási számlákat.

A fedezeti alap az egészségpénztári szolgáltatások finanszírozására, a működési alap a működési költségek fedezésére, a likviditási alap az időlegesen fel nem használt pénzeszközök gyűjtésére és – a másik két alap ál-

talános tartalékként – a pénztár fizetőképességének szavatolására szolgál. A törvény meghatározza, hogy mely alapból milyen jellegű kifizetések teljesíthetők, azt pedig az alapszabály hatáskörébe utalja, hogy rendelkezzen bevételei alapok közötti felosztásáról.

A pénztártag a pénztár szolgáltatásait a fedezeti alap terhére veheti igénybe. A működési alap a pénztár működésének fedezetére szolgál, a likviditási alap állománya pedig – a két alap közötti „mérleg nyelve” elven – mindkét alap javára átcsoportosítható.

2.5. Az egészségpénztári szolgáltatásra való jogosultság feltételei

Az egészségpénztári szolgáltatásra való jogosultság alapfeltétele az érvényes tagsági jogviszony és az igénybe vett szolgáltatás fedezete az egyéni számlán (lásd 2.1.1. fejezet: Az egyéni számlavezetés).

Az egészségpénztári konstrukció sajátossága, hogy a pénztártag jogán annak közeli hozzátartozói, valamint az élettárs is jogosult az egészségpénztár szolgáltatásaira a tagéval azonos feltételekkel, ezzel a törvényalkotó biztosította az egész család egészségéről való gondoskodás lehetőségét.

2.6. Az egészségpénztár által nyújtható szolgáltatások

A pénztártörvény fogalmai között [2. § (2) bekezdés] meghatározza, hogy az egészségpénztár a „társadalombiztosítási ellátásokat kiegészítő, pótló, illetve ezeket helyettesítő szolgáltatásokat, továbbá az egészség védelmét elősegítő ellátásokat (a továbbiakban: szolgáltatások) szervező és finanszírozó társulás”.

Az egészségpénztárak szolgáltatásai kialakításakor mindenkor figyelembe veszik, hogy szolgáltatásaikkal a mindenkori OEP szolgáltatásait egészítik ki, vagyis tagjaiknak azokat az egészségügyi költségeket kínálják, amelyekért a családi kasszából fizetni kell.

Mint ismeretes, az egészségpénztárak által nyújtható szolgáltatásokat – későn, a törvény megszületése után 14 évvel – 2007. júniusi hatálybalépéssel szabályozta a jogalkotó törvényi szinten. Konstruktív hibának tekinthet-

jük, hogy az egészségpénztári szolgáltatásokra a pénztártörvény értelmező paragrafusai vonatkoztak, amit egy 2003-ban született kormányrendelet – alkotmányossági aggályokat is felvetve – aktuális érdekektől vezérelve folyamatosan szűkített. Ezt az állapot szüntette meg, hogy az egészségpénztár által nyújtható szolgáltatásokat törvényben szabályozták, garantálva ezzel a szféra kiszámíthatóságát.

A 2007 júniusától érvényes szabályozás az egészségpénztári szolgáltatásokat adómentesen igénybe vehető kiegészítő egészségbiztosítási (gyógyító), illetve szja-fizetési kötelezettség mellett igénybe vehető életmódjavító (prevenációs) szolgáltatásokra osztotta.

2.6.1. Gyógyító (a pénztártörvény szóhasználata: kiegészítő egészségbiztosítási) szolgáltatások

Az egészségpénztár gyógyító szolgáltatásai a mindenkori társadalombiztosítás gyógyító szolgáltatásait egészítik ki, ennek célja a beteg megromlott egészségi állapotának helyreállítása, illetve a betegségből adódó kieső jövedelem részleges pótlása. A pénztártagok által igénybe vett szolgáltatások zöme ebbe a csoportba tartozik (lásd 2.9. fejezet: Az egészségpénztári szféra legfontosabb mutatószámai).

Az egészségpénztárak emellett a megváltozott egészségi állapotú személyek életvitelét megkönnyítő szolgáltatásokat is finanszírozhatnak.

1. A társadalombiztosítási ellátás keretében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások kiegészítése vagy helyettesítése, mint például a
 - járóbeteg-ellátás,
 - kórház, szanatórium,
 - rehabilitáció,
 - szakorvosi ellátás (fogászat, bőrgyógyászat, fül-orr-gégészet, gyermekgyógyászat, reumatológia, szemészet, traumatológia, pszichiátria),
 - felmérő, szűrővizsgálatok,
 - szakápolás, az otthoni gondozás
 - gyógytorna.

2. Az otthoni gondozás.
3. Gyógyterápiás kezelések.
4. Gyógyterápiás intézet egészségügyi szolgáltatása.
5. Közfürdő által nyújtott gyógykezelés; gyógyfürdőkezelés, masszírozás, iszappakolás, elektro- és fizioterápia, gyógytorna, hidro-elektroterápia.
6. A vak személy részére vásárolt speciális könyvek árának támogatása.
7. A megváltozott egészségi állapotú személyek életvitelét megkönnyítő speciális eszközök árának, valamint lakókörnyezetüknek az illető szükségleteihez igazodó átalakításának támogatása.
8. A vakvezető kutyával összefüggésben felmerült költségek támogatása.
9. A szenvedélybetegségről való leszoktatásra irányuló kezelések.
10. A gyógyszer és gyógyászati segédeszköz árának támogatása a gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású termékek; a gyógyteák; valamint a fog- és szájápolók árának támogatása kivételével.
11. A gyógyszertárakban forgalmazott gyógyszereszeti államigazgatási szerv (OGYI) által minősített termékek finanszírozása.
12. Kieső jövedelem teljes vagy részbeni pótlása betegség miatt keresőkép telenség esetén.
13. Hátramaradottak segélyezése halál esetén.
14. A gyógyüdülés, valamint az egészségügyi üdülés.
15. Az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során külön jogszabály alapján fizetendő vizitdíjhoz, illetve kórházi napidíjhoz való hozzájárulás.
16. Az orvosi javaslatra igénybe vett prevenációs szolgáltatások mint szakorvos által végzett egészségügyi állapotfelmérő szűrővizsgálatok.

2.6.2. Prevenció (a pénztártörvény szóhasználata: életmódjavító) szolgáltatások

Orvos szakmai vélemény szerint a prevenció hosszú távon csökkenti az OEP gyógyító kiadásait, hiszen az egészségesebb lakosság ritkábban veszi igénybe az állami ellátást. Nem elhanyagolható szempont az sem, hogy ezzel

párhuzamosan javul az egészségesebb ember életminősége, de csökken a munkaképtelenségre ítélt élethelyzetek száma is.

Az egészségpénztárak által finanszírozható prevenciók szolgáltatások:

1. természetgyógyászati szolgáltatások;
2. a rekreációs üdülés,
3. a sporttevékenységhez kapcsolódó kiadások támogatása;
4. a sporteszközök vásárlásának támogatása;
5. az életmód javítását elősegítő kúrák;
6. a gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású termékek, a gyógyteák, valamint a fog- és szájápolók árának támogatása.

Tény az, hogy az önkéntes egészségpénztárak által finanszírozott prevenciók programokat a tagok egyre többen és nagyobb gyakorisággal veszik igénybe, ezen a területen is felismerve az öngondoskodás elengedhetetlen szerepét.

Biztosak vagyunk abban, hogy szerkesztési hiba ezeknek a szolgáltatásoknak az adókötelessé tétele, hiszen az itt felsorolt szolgáltatások – éppen az ügy kiemelt fontosságát elismerendő – bekerültek az üdülési csekk által is finanszírozható szolgáltatások körébe. Álláspontunkat megerősíti az is, hogy a törvényalkotó – nyilvánvalóan nem szándékosan – a prevenciók szolgáltatást igénybe vevő számára írja elő az szja megfizetését, vagyis rekreációs üdülést ajándékba kapó nyugdíjas szülő vagy a szabad idejét sportolással töltő kiskorú gyermek számára.

Az sem elhanyagolható szempont, hogy a pénztártagok által igénybe vett prevenciók szolgáltatások hosszú távon tehermentesítik a társadalombiztosítás kasszáját. Orvos szakértőink egyszerű példájával élve: aki ma lemond az ötszáz forintos fogkrém megvásárlásáról, az évek múltán könnyen több tízezer forintos kiadás mellett szerezheti vissza fogai épségét.

2.6.3. A szolgáltatásokra vonatkozó korlátozások, illetve az igénybevételhez szükséges orvosi javaslat

Az egészségpénztárak által finanszírozható szolgáltatások igénybevételét szabályozó kormányrendelet egyes szolgáltatásokra fennálló korlátozó előírásokat, mint például orvosi/optometrista javaslatot vagy limiteket határoz meg.

Költési limitek

2007. május 31-ig két egészségpénztári szolgáltatás igénybevétele kötött limitekhez:

- üdülésre családonként évente maximum 240 ezer forint, míg
- sporteszköz vásárlására évente 113 ezer forint

fordítható (ehhez bővebben lásd 2.8. fejezet: Az egészségpénztár adókönyvezete).

Orvosi javaslat

Orvosi javaslat az alábbi egészségpénztári szolgáltatások igénybevétele esetén szükséges:

- az üdülések, gyógytorna, gyögmasszázs, fizioterápiás kezelések, a gyógyfürdő, mozgásszervi betegeket ellátó (nappali kórház, gyógyfürdő kórház, szanatórium, klímagyógyintézet, gyógyvíz és ivócsarnok, barlangterápiás intézet gyógyellátásai),
- sporteszközökhöz és sporttevékenységhez kapcsolódó kiadások (például pályabérlet),
- csecsemőtápszerek, speciális gyógyászati tápszerek,
- gyógyászati segédeszközök (kivéve, ha tb-támogatással vásárolják, vagy rendelkezik ORKI, MEEI vagy ezekkel egyenértékű uniós minősítéssel),
- tb-támogatás nélküli optikai szolgáltatás (kiváltható optometrista-javaslattal).

Adóköteles életmódjavító szolgáltatások

2007. június 1-je után a pénztártörvény által életmódjavító körbe sorolt

egészségpénztári szolgáltatások igénybevételét az szja-törvényben meghatározott adófizetési kötelezettség terheli.

2.6.4. A nyújtható szolgáltatások törvényi lehetőségei és korlátai

Jelen sorok írásakor (2007. február) még nem történt meg a teljes jogharmonizáció, így az egészségpénztárak által nyújtható szolgáltatásokra a pénztártörvény hivatkozott részein túl a 263/2003. kormányrendelet is vonatkozik, több helyen a törvényben meghatározott szabályokkal ellentétes tartalommal.

Megoldást – erősítve az egészségpénztári szféra hosszú távú kiszámíthatóságát – a kormányrendelet vonatkozó rendelkezéseinek törlése, valamint a pénztártörvény által a kormány számára ebben a témában adott felhatalmazás [Öpt. 78. § (1) bekezdés] törlése jelent.

2.7. Az egészségpénztári tagdíj meghatározása

A pénztári tagdíj a pénztártag által igénybe venni kívánt szolgáltatásokhoz és a pénztártag, valamint annak munkáltatója tagdíjfizető hajlandóságához igazodik.

A befizetendő pénztári tagdíj felső határát

- az igénybe vehető adókedvezmények,
- a szolgáltatói kedvezmények és
- a pénztár befektetési tevékenysége által elért hozam

együttesen határozza meg.

Ehhez a témához lásd még a 2.4.3. fejezetben (A minimális havi tagdíj) foglaltakat.

2.8. Az egészségpénztár adókönyvezete (2007)

Az egészségpénztári tagság feltöltését mind a munkáltatói, mind a munkavállalói oldalról a nagyon kedvező adókönyvezet is elősegíti. Egy mondatban összefoglalva: bizonyos összeghatárokkal a céges befizetés tb-járulékmentes költség, az egyéni befizetésre pedig szja-kedvezmény vonatkozik.

3. számú táblázat

Az önkéntes egészségpénztári befizetésre és a szolgáltatás igénybevételére vonatkozó adójogszabályok

	Céges adókönyvezet	Egyén adókönyvezete
Munkáltatói hozzájárulás	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a munkáltatói hozzájárulás teljes összege értékhatár nélkül a vállalkozás érdekében felmerült költség ▪ munkavállalónként havi 13 100 forintig, (a minimálbér 20%-a), tb-járulékmentes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a tag egyéni számláján jóváírt összeg nem jövedelem
Egyéni befizetés (a tagdíj és az eseti befizetés)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nem érinti 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a befizetés 30%-a szja-kedvezményben részesül (az önszegélyező pénztárral együtt 100 000 forint, a nyugdíjpénztárral együtt 120 000 forint) oly módon, hogy az összeg közvetlenül az önkéntes pénztári számlára kérhető jóváírásra • a 2020 előtt nyugdíjba vonulók esetén az igénybe vehető adókedvezmény 150 ezer forint • a pénztártag által az adóévben prevencióss céljal igénybe vett szolgáltatás összegének 10%-a szja-kedvezményben részesül • a pénztártag által az adóévben legalább 24 hónapra lekötött összeg 10%-a szja-kedvezményben részesül
A pénztártag és a szolgáltatásra jogosult kedvezményezett által igénybe vett szolgáltatások adózása	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nem érinti 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2007. május 31-ig a rekreációs üdülés, gyógyüdülés, valamint egészségügyi üdülés; naptári évenként együttesen 160 ezer forint összegben, több szolgáltatásra jogosult személy által történő együttes igénybevétel esetén naptári évenként együttesen 240 ezer forint összegben • 2007. május 31-ig az aktív testmozgást segítő sporteszköz (ideértve a sporttevékenység során a testi épséget közvetlenül védő kiegészítő eszközöket is, mint kar-, könyök-, térd- és fejtvédő) vásárlásának támogatása naptári évenként 75 ezer forint összegben; több szolgáltatásra jogosult személy által történő együttes igénybevétel esetén naptári évenként együttesen 113 ezer forint összegben • 2007. június 1-je után a pénztártörvény által „életmódjavító” körbe sorolt egészségpénztári szolgáltatások igénybevételét az szja-törvényben meghatározott adófizetési kötelezettség terheli

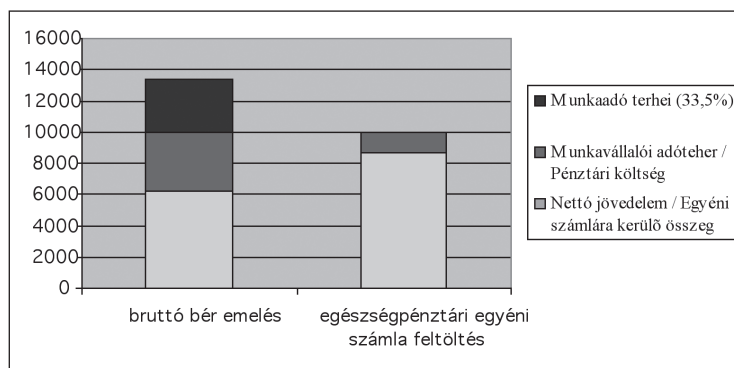
	Céges adókönyvezet	Egyén adókönyvezete
Adomány	<ul style="list-style-type: none"> legfeljebb az adózás előtti eredmény 20%-a erejéig az adomány teljes összege csökkenti az adózás előtti eredményt (közérdekű kötelezettségvállalás) 	<ul style="list-style-type: none"> az egyéni számlán jóváírt összeg a tag számára jövedelem, és az összegre adókedvezmény vehető igénybe amennyiben valaki alacsony adósávban adózik, még adótámogatást is kap vissza (20% adófizetési kötelezettség és 30% adókedvezmény, azaz +10%-os adópajzs)

Munkáltatóként a megtakarítás abban áll, hogy a pénztártag javára fizetett munkáltatói hozzájárulás teljes mértékben költség, ez dolgozónként havi 13 100 forintig tb-járuulék-mentes. A munkáltatói hozzájárulás a pénztártag számára nem minősül jövedelemnek (és nem is vehető utána igénybe adókedvezmény).

A 4. számú ábrán nyomon követhető, hogy bruttó tízezer forintos fizetésemelésnél milyen terhek érintik a munkáltatót és a munkavállalót. Ha viszont a munkáltató ugyanazt az összeget egészségpénztári hozzájárulásként fizeti be, akkor a munkáltatót és a munkavállalót semmilyen adóteher nem terheli, és levonásként csak a pénztári költség jelentkezik. Az ábrán nem tüntettük fel, de fontos megemlíteni, hogy az egészségpénztári tagság működési költségéért „kompenzálja” a pénztártagot a vásárlás pillanatában megillető árkedvezmény, valamint a fel nem használt összeg befektetésekor keletkező hozam.

4. számú ábra

Az önkéntes egészségpénztáron keresztül elérhető megtakarítás



Az első esetben a tízezer forint kifizetése a munkáltatónak a közterhekkel együtt 13 350 forint kiadást jelent. Ebből a munkavállaló kézhez kap 6200 forintot (a kötelező levonások után), ez az összes ráfordítás 46%-a.

A második esetben a munkáltatói hozzájárulást nem terhelik közterhek, így a munkavállalónak a hozammal és a szolgáltatói kedvezményekkel korrigált pénztári költség levonása után 8680 forint kerül az egyéni számlájára. Ily módon a munkáltató teljes ráfordításának 87%-a válik közvetlenül elkölthetővé.

2.9. Az egészségpénztári szféra legfontosabb mutatószámai

2.9.1. Taglétszám, bevétel, igénybe vett szolgáltatások (2002–2006)

Az önkéntes egészségpénztári taglétszám a 2002. évi 151 ezres indulásról 2006 végére elérte a 624 ezer főt, bevétele ötszörös növekedést produkálva kilencmilliárd forintról 45 milliárd forintra hízott. Külön figyelmet igényel a szolgáltatási kiadás, amely a maga 2006. évi 34,5 milliárd forintjával már elérte az OEP teljes kiadásainak 2%-át (2005. évi adat: 1,4%).

Az egészségpénztárak működtetésében 2006 végén csaknem ötezer munkáltató volt érdekelt.

4. számú táblázat

Az önkéntes egészségpénztári szféra elmúlt öt éve

	Bevétel (millió forint)	Taglétszám (fő)	Szolgáltatás (millió forint)	Vagyon (millió forint)
2002	8 951	151 200	4 553	9 031
2003	13 494	219 389	9 228	13 002
2004	22 110	357 518	15 092	20 314
2005	31 000	490 900	21 800	26 804
2006	38 400	624 000	27 000	36 600

Forrás: www.pszaf.hu

2.9.2. Az egészségpénztárak által finanszírozott szolgáltatások megoszlása típus szerint

2006. év Mint ismeretes, a PSZÁF az egészségpénztári szolgáltatásokról első ízben 2005-re vonatkozóan tett közzé a szférára vonatkozó adatokat a 263/2003-as kormányrendelet által létrehozott kategóriák szerinti megosztásban.

A 2006-ról szóló jelentés – támaszkodva a PSZÁF eddigi gyakorlatára – várhatóan májusban kerül nyilvánosságra, így jelen sorok írásakor a szövetség adatgyűjtésére és elemzéseire támaszkodhatunk.

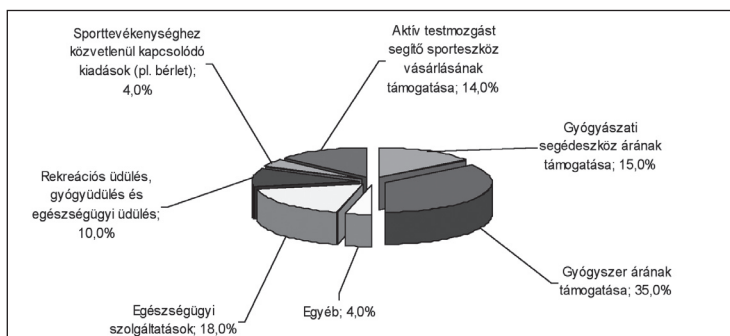
Kiemeljük, hogy az egészségpénztári szféra 2006-ban – az előző évek trendjét folytatva – minden szegmensben évi 40-50%-os növekedést ért el. Az egészségpénztárak tavaly tagjaik számára 27,0 milliárd forint értékben finanszíroztak szolgáltatásokat, ami 23,8%-kal haladja meg az előző évit.

Az 5. számú ábrán látható, hogy a 624 ezer pénztártagot számláló szféra 2006-ban legtöbbször gyógyszerár-támogatásra (35%) és gyógyászati segéd-eszköz árának támogatására (15%) költött.

A szolgáltatási portfólión belül a sportolás aránya 4, a sporteszköz vásárlásé 14, a rekreációs és gyógyüdülésé 10% volt, míg az „igazi” egészségügyi szolgáltatásokra a kiadások 18%-át fordították.

5. számú ábra

Az egészségpénztári szféra szolgáltatási kiadásainak alakulása a 2006. évben



Forrás: www.penz tarszovetseg.eu

Az egészségpénztárak által 2005–2006-ban finanszírozott szolgáltatások összevetése

Ahogy az az 5. számú táblázatból a két év adatainak összevetése alapján megállapítható, a pénztártagok költségeiben 10%-kal kisebb arányt képviselnek a gyógyító szolgáltatások (gyógyászati segéd-eszköz és gyógyszer árának támogatása), ezzel párhuzamosan a tagok 5%-kal többet költöttek egészségügyi szolgáltatásra (orvosi vizsgálatok, kezelések), valamint szintén 5%-kal nőtt a prevenció szolgáltatásokra kiadott összeg.

Megállapíthatjuk, hogy az egészségpénztári szférában lassan elindult az a folyamat, amelynek alapján az egészségpénztárak kezdik felvenni valódi funkciójukat, az egészség megőrzését és a prevenciót: amíg tavaly az igénybe vett szolgáltatások közül már 32%-ot, 11,04 milliárd forintot fordítottak ilyen célra (gyógyüdülés, sport, sporteszköz, egyéb szolgáltatások), addig 2005-ben ez az arány 27% volt.

5. számú táblázat

Az önkéntes egészségpénztár által finanszírozott szolgáltatások nagysága és megoszlása (2005–2006)

Szolgáltatások	2005		2006	
	szféra	M Ft	szféra	M Ft
Gyógyászati segéd-eszköz árának támogatása	22%	4 796	15%	4 054
Gyógyszer árának támogatása	38%	8 284	35%	9 459
Egyéb	4%	872	4%	1 081
Egészségügyi szolgáltatások	13%	2 834	18%	4 865
Rekreációs üdülés, gyógyüdülés és egészségügyi üdülés	7%	1 526	10%	2 703
Sporttevékenységhez közvetlenül kapcsolódó kiadások (például bérlet)	3%	654	4%	1 081
Aktív testmozgást segítő sporteszköz vásárlásának támogatása	13%	2 834	14%	3 784
Összesen	100%	21 800	100%	27 027

2.9.3. Az egészségpénztár súlya a pénztári szférában (2001–2006)

Mint ismeretes, 1993 óta működnek önkéntes pénztárak Magyarországon. A Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete a szektor elmúlt hatéves tevékenységéről szóló jelentéseinek legfontosabb adatait érdemes egy oldalban összefoglalva egy kicsit közelebből is szemügyre venni.

Az adattábla és grafikonok alapján látható, a kétmillió főt meghaladó szféra 2006-ban 142,5 milliárd forint bevételt realizált, valamint 67,4 milliárd értékben finanszírozott tagjai számára szolgáltatást. Az önkéntes pénztári vagyon piaci értéken 2006 végén 724,6 milliárd forintot tett ki.

A vizsgált időszakban az egészségpénztárak folyamatosan növelték súlyukat a háromszereplős önkéntes pénztári szférán belül (nyugdíj-, egészség- és önszegélyező pénztár). Amíg az egészségpénztárak 2001-ben a teljes pénztári bevételek 8,2%-át realizálták, addig ez az arány 2006-ban már 38,4%-ot tett ki. A szolgáltatási kiadások tekintetében a nyugdíj/egészségpénztár aránya már 46–40%, ami azt jelenti, hogy a társadalmi-szociális kockázatok kezelésében a két pénztártípus aránya közel azonos.

A befektetett vagyon tekintetében az összehasonlításnak nincs szakmai alapja (a nyugdíjpénztárak alapvetően hosszú távú megtakarításokat gyűjtene, az egészség- és önszegélyező pénztárak pedig folyamatosan szolgáltatnak, azonban megállapítjuk, hogy az egészségpénztárak a 27 milliárdos megtakarítással már a pénztári felhalmozott vagyon 5,1%-át kezelik, ami az induló egészségügyi reform egyik tőkeforrása lehet.

6. számú táblázat

Az önkéntes pénztári szféra legfontosabb mutatószámai (2001–2006)

Taglétszám (ezer fő)	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nyugdíjpénztár	1153,0	1180,0	1219,0	1249,0	1300,0	1285,0
Egészségpénztár	109,0	151,0	219,0	358,0	491,0	624,0
Önszegélyező pénztár	69,0	77,0	93,0	108,0	119,0	119,0
Összesen	1331	1408	1531	1715	1910	2028
Egészségpénztár aránya ebből (%)	8,2	10,7	14,3	20,9	25,7	30,8
Nyugdíjpénztárak aránya ebből (%)	86,6	83,8	79,6	72,8	68,1	63,4
Önszegélyező pénztárak aránya ebből (%)	5,2	5,5	6,1	6,3	6,2	5,9

Bevételek (milliárd forint)	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nyugdíjpénztár	61,6	71,0	77,0	83,0	91,8	93,2
Egészségpénztár	6,0	9,0	13,5	21,7	31,0	38,4
Önszegélyező pénztár	2,4	3,4	3,9	6,1	10,6	10,9
Összesen	70,0	83,4	94,4	110,8	133,4	142,5
Egészségpénztár aránya ebből (%)	8,6	10,8	14,3	19,6	23,2	26,9
Nyugdíjpénztárak aránya ebből (%)	88,0	85,1	81,6	74,9	68,8	65,4
Önszegélyező pénztárak aránya ebből (%)	3,4	4,1	4,1	5,5	7,9	7,6

Pénztári szolgáltatási kiadások (milliárd forint)	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nyugdíjpénztár	11,5	15,0	16,6	29,5	32,0	31,0
Egészségpénztár	3,3	5,5	9,2	15,1	21,8	27,0
Önszegélyező pénztár	2,0	2,9	3,6	5,2	8,3	9,4
Összesen	16,8	23,4	29,4	49,8	62,1	67,4
Egészségpénztár aránya ebből (%)	19,6	23,5	31,3	30,3	35,1	40,1
Nyugdíjpénztárak aránya ebből (%)	68,5	64,1	56,5	59,2	51,5	46,0
Önszegélyező pénztárak aránya ebből (%)	11,9	12,4	12,2	10,4	13,4	13,9

Vagyon (milliárd forint)	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nyugdíjpénztár	292,0	358,0	434,0	512,0	642,0	688,0
Egészségpénztár	6,3	9,0	13,0	20,3	27,5	36,6
Önszegélyező pénztár	1,1	1,4	1,5	2,0	3,4	3,6
Összesen	298,3	367,0	447,0	532,3	669,5	724,6
Egészségpénztár aránya ebből (%)	2,1	2,5	2,9	3,8	4,1	5,1
Nyugdíjpénztárak aránya ebből (%)	97,9	97,5	97,1	96,2	95,9	94,9
Önszegélyező pénztárak aránya ebből (%)	0,4	0,4	0,3	0,4	0,5	0,5

Forrás: www.pszaf.hu

2.10. A magyar önkéntes egészségpénztári szféra problémái

2.10.1. Az éves gyakorisággal változó jogszabályi környezet a szereplők számára kiszámíthatatlanná teszi a szférát

Annak ellenére, hogy az egészségpénztári szférát a maga évenkénti 40-50%-os mért növekedésével a pénzügyi-egészségügyi szektor egyik legsikeresebb szereplőjének tekinthetjük, a szabályozás folyamatos változása a fejlődés gátjává válhat.

A jelenleg 627 ezer főt számláló szféra növekedése hétéves késéssel megismétli a nyugdíjpénztár fejlődését. Az önkéntes nyugdíjpénztárak történetében végigkövethető, hogy a vállalati pénztárak sikerén felbátorodva indultak a nyílt pénztárak, néhány év alatt elérve a csaknem 1,3 millió fős tagságot. Ugyanezek a fejlődési fázisok jellemzik az egészségpénztári szférát is, azzal a különbséggel, hogy a valódi indulásuk (2000–2001) óta eltelt rövid idő nem volt elegendő a nyugdíjpénztári szektorral azonos kifutásra.

Előfordult, hogy a törvényi szabályozás pozitív változást hozott. 2003-ban a törvény az egészségpénztárak számára lehetővé tette a nyugdíjpénztárral azonosan működő egyéni számlák vezetését, ezzel erősítve az egészségpénztár egyéni felelősség jellegét.

Negatívak azok a törvényi változások, amelyek bevételi oldalon az egészségpénztár forrásbevono képességét, kiadási oldalon pedig az egészségmegőrző szolgáltatások ösztönzését korlátozzák.

Mint ismeretes, legutóbb a törvényalkotók egyidejűleg úgy csökkentették a nyugdíj- és egészségpénztári befizetésekre vonatkozó kedvezményeket, hogy az egészségpénztári befizetéseket a nyugdíjpénztári befizetések 40%-ának megfelelően határozták meg. Ezen felül 2007-ben bevezették a prevenciószolgáltatások adóztatását – félresikerült lett az a nem szándékolt üzenet, hogy a beteg ember kisebb eséllyel éri meg nyugdíjas éveit, kevesebb kiadást okozva ezzel az államháztartás másik nagy alrendszerének, a nyugdíjkasszájának.

Tudvalévő, hogy az egészségesebb ember kisebb mértékben veszi igénybe a társadalombiztosítás szolgáltatásait is, segítve ezzel az egészségügyi

reform kiadáscsökkentő törekvését. Az egészségtudatos magatartás hatása legalább egy évtizedben mérhető, így az egészségpénztári szektor ezredforduló körüli indulása ma még csak részeredményeket hozott (lásd az OEP alapjaiból az egészségpénztárak tagjai által igénybe vett szolgáltatások megállapításaira vonatkozó közös kutatások adatait).

Az egészségpénztári szektor számára nem az jelenti a szektorsemleges elbírálás érvényesülését, ha a nyugdíjakat is megadóztatják, hanem az, ha a törvényhozás tudatosan tervezhetővé teszi a költségsökkentő egészségpénztári szféra következő évtizedeit.

A szabályozók kiszámíthatósága segíteni fogja az egészségpénztári szféra iránti bizalmat, a társadalmi értékek között a megfelelő helyre állítva az egészséget mint értéket, nem is beszélve arról, hogy az ebben a szférában rendelkezésre álló több tízmilliárd forint – amíg nem költik el szabályozotlan az egészségügyben – az államháztartási hiányt finanszírozza.

2.10.2. Gyenge a magyar társadalom öngondoskodási hajlandósága

Kutatások támasztják alá, hogy a rendszerváltozás után 16-17 évvel még mindig gyenge az állampolgárok öngondoskodási hajlandósága. Az államszocializmus öröksége, hogy a legtöbben hisznek a gondoskodó államban és abban, hogy potyautasként olcsóbb a társadalmi javakhoz való hozzáférés, mint az önmagukról és családjukról való gondoskodás.

Bizonyos, hogy ez a szemlélet lassan megváltozik, addig is az államnak az a szerepe, hogy erősítse az öngondoskodás intézményeit.

Mindazonáltal az 1,3 millió nyugdíjpénztártag azt bizonyítja, hogy erős az emberekben a félelem, hogy a nyugdíjas éveikben nem tudják tartani az aktív korukban megszokott életszínvonalat. Bizonyára az egészségügyi reform – a járulékfizetéshez kötött szolgáltatásra való jogosultság és a jelenlegi vizitdíjat és kórházi napidíjat erőteljesebb mértékben felváltó co-payment, a munkanélküliség ellen rokkantnyugdíjba menekülés lezárása – a következő években gyökeresen, pozitívan változtatja meg az emberek öngondoskodáshoz való viszonyát.

2.10.3. A pénztári szféra törvényben lefektetett alapelvek szerinti működését nem ellenőrzik

Általában a pénztári gondolat fejlődésének jelentős gátja, hogy a pénztárak többségének működésében nem érvényesülnek maradéktalanul a pénztártörvényben meghatározott alapelvek. A *mutuel* gondolat hosszú távú életképességét az önszerveződés, a függetlenség, a szervezet szolgáltatásait használó tagok érdekében a piacon elérhető legjobb szolgáltatásokért való versengés garantálja.

Nyilvánvalóan ebben az ügyben szükség van még néhány évtizedre a piac tisztulásához, mint ahogy Magyarország a demokráciát is csak négy választási ciklus óta tanulja.

3.

A 2003. ÉVI LX. TÖRVÉNY ALAPJÁN MŰVELHETŐ BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS (A TOVÁBBIKBAN: BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS)

3.1. A betegségbiztosítás lényege

A legérthetőbben akkor járunk el, ha idézzük a törvény 4. szakaszát, amely pontosan meghatározza a biztosítás fogalmát:

„A biztosítási tevékenység biztosítási szerződésen, jogszabályon vagy tagsági jogviszonyon alapuló kötelezettségvállalás, amely során a tevékenységet végző megszervezi az azonos vagy hasonló kockázatoknak kitett személyek közösségét (veszélyközösség), matematikai és statisztikai eszközökkel felméri a biztosítható kockázatokat, megállapítja és beszedi a kötelezettségvállalás ellenértékét (díját), meghatározott tartalékokat képez, a létrejött jogviszony alapján a kockázatot átvállalja és teljesíti a szolgáltatásokat.”

Amennyiben ebbe a fogalomba behelyezzük az egészségi állapotra vonatkozó kockázatokat, meg is fogalmazhatjuk a betegségbiztosítás lényegét. A biztosítótársaság arra vállal kötelezettséget, hogy az egyén egészségi kockázatainak előzetes felmérése után az előre nem látható betegség bekövetkezése esetén a szerződésben foglaltak szerinti szolgáltatást nyújt.

A szolgáltatás ellenértéke (a kárkifizetés) meghaladhatja a befizetett díjakat (hasonlóan a vagyonszolgáltatásokhoz, mint például a lakás- vagy a gépjármű-biztosítás), azonban a biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag a díjfizetéssel lefedett időszakra vonatkozik. A szolgáltatások fedezetét a biztosítótársaságok tartalékai jelentik, szűkebb értelemben pedig a kockázatközösség által fizetett díjak.

3.2. Kiknek szól a betegségbiztosítás?

A betegségbiztosítás azoknak az öngondoskodó embereknek szól, akik az

előre nem látható betegségből adódó kockázataikat szeretnék minimalizálni annak a biztosítóra történő áthárításával.

Ennek megfelelően a betegségbiztosítás nem alkalmas arra, hogy beteg emberek előre látható betegségeiből adódó szolgáltatásokra nyújtson fedezetet. Létezik az egyes betegségekre vonatkozó kizárás, vagyis az előre látható betegségből adódó esetleges szolgáltatást kizárja a biztosító.

3.3. A betegségbiztosítás művelésére vonatkozó jogszabályok

A törvények kizárólag a betegségbiztosítási kötelezettség fennállásának eseteiről rendelkeznek, ennek megfelelően törvény által előírt betegségbiztosítás-kötési kényszerről nem beszélhetünk. Az egyén és a biztosító közötti szerződés alapja a szerződő felek szabad akarata.

A betegségbiztosítási jogviszonyra Magyarországon a 7. számú táblázatban összefoglalt törvények vonatkoznak:

7. számú táblázat

Az üzleti betegségbiztosításra vonatkozó törvények

Polgári törvénykönyv	a polgári jogi szerződésre általában vonatkozó általános érvényű normák
A 2003. évi LX. törvény a biztosítókrol és a biztosítási tevékenységről	a szerződéskötésre vonatkozó általános alapelvek
	a biztosítótársaság működésének szabályozása <ul style="list-style-type: none"> ▪ a biztosító befektetései ▪ tartalékképzési kötelezettségei ▪ nyereségének felhasználása ▪ elszámolási szabályzatok
	a törvény szabályozza a biztosítási szerződés minimális tartalmi követelményeit, egyebek között: <ul style="list-style-type: none"> ▪ a biztosítási esemény meghatározását, ▪ a kizárásokat, ▪ a biztosítási esemény bejelentésének módját, határidejét, ▪ a díjfizetésre, illetve a biztosítottnak, szerződő félnek, kedvezményezettnek a szerződésből eredő jogaira és kötelezettségeire, azok teljesítésének módjára, idejére, teljesítésük elmaradásának következményeire vonatkozó rendelkezéseket, ▪ a biztosító szolgáltatásának megjelölését, a teljesítés módját, idejét, külön feltételeit, a biztosító mentesülésének vagy szolgáltatása korlátozásának feltételeit

3.4. A betegségbiztosítási szerződés természete, a szerződés-kötésre vonatkozó szabályok, valamint annak folyamata

Mint ismeretes, a biztosításoknak két nagy csoportja létezik: az élet- és a nem életbiztosítások (ismertebb nevükön vagyonszerződés). A két ágazatot egy egyszerű ismérő alapján különböztethetjük meg. Az életbiztosítási kötvény szolgáltatása mindig egy életkor (például nyugdíjra való jogosultság korhatárának elérése) vagy élethelyzet (halál, baleset) bekövetkezése esetén esedékes. Ebben az esetben – a szolgáltatás igénybevitelével egy időben – az ügyfél díjfizetési kötelezettsége és a kötvény megszűnik.

Ezzel szemben a vagyonszerződés esetében a káresemény bekövetkeztével tovább él a szerződés (gondoljunk például arra, hogy a lakásban történt káresemény után a kárkifizetéssel a biztosító nem mondja fel a szerződést, így mi, ügyfelek, „várhatjuk” a következő káreseményt).

Pontosan ilyen természetű a betegségbiztosítás is. Ha kórházba kerülök (élethelyzet), a biztosítási kötvény alapján jogosult vagyok kárkifizetésre, egyúttal a felgyógyulásom után is él a biztosítás.

A nemzetközi gyakorlatnak megfelelően a betegségbiztosítást a 2003. évi LX. törvény 1. számú melléklete a nem életbiztosítási ág alá sorolja az alábbi csoportosítással:

- a) egyszeri szolgáltatások,
- b) többszöri vagy folyamatos szolgáltatások,
- c) kombinált szolgáltatások.

Minden betegségbiztosítási szerződés polgári szerződés, amely a felek kötelezettségviselésén és perelhetőségén alapul. A szerződés alapján a biztosító kötelezi magát, hogy a biztosított esemény bekövetkeztekor a biztosított díjfizetése ellenében meghatározott szolgáltatásokat nyújt. A szerződés a felek megegyező akaratán alapul, létrejöttének feltétele a biztosítási szerződés és az elfogadásáról szóló nyilatkozat.

Az alábbiakban bemutatjuk a nemzetközi gyakorlatot tükröző szerződéskötés folyamatát és a szerződés legfontosabb elemeit.

3.4.1. A biztosítási szerződés létrejötte

Hasonlóan a többi biztosítási szerződéshez, a betegségbiztosítási szerződés létrejötte a következő lényeges „állomásokon” keresztül történik:

1. ajánlattétel (ügyfél),
2. az ajánlat elbírálása (biztosítótársaság),
3. a szerződés létrejötte, hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete.

1. Az ajánlattétel

Az ügyfél választ a biztosítótársaság termékpalettájából. A választás szerint kitölti az ajánlattételi űrlapot, és ezzel egy időben minden, a szerződéssel kapcsolatos fontos kérdésre (egyebek között az egészségi állapotra vonatkozóan) választ ad, és a törvényi előírásoknak megfelelő nyilatkozatokat megteszi.

A kérdőíveknek, nyilatkozatoknak mindig a valóságnak megfelelőnek kell lenniük, téves adatszolgáltatás a biztosító mentesülését vonhatja maga után. A biztosítótársaság bizonyos esetekben orvosi vizsgálatot is előír, ennek költsége a biztosítótársaságot terheli.

A biztosítási tanácsadó a vonatkozó üzletszabályzatok alapján megállapítja az előzetes biztosítási díjat, ez általában az ügyfél nemétől, korától függ, továbbá befolyásolhatja az ügyfél foglalkozása és sporttevékenysége. A megállapított díj szerint az ajánlattevő díjelőleget fizet.

Az ajánlat a kapcsolódó dokumentumokkal együtt a biztosítótársaság ajánlatelbírálásra jogosult egységéhez kerül.

2. Az ajánlat elbírálása

A biztosítótársaság a beérkezett ajánlat alapján kockázatelbírálást végez, mérlegeli, hogy nem hátrányos-e számára a szerződés megkötése. A tevékenység célja az ügyfelek esetleges szelekciós törekvésének kiszűrése, ezáltal a biztosítói veszélyközösség védelme.

A kockázatelbírálás típusai:

- egészségi kockázatelbírálás,

- foglalkozás és sporttevékenység kockázatelbírálása,
- üzleti kockázatelbírálás.

A biztosító vizsgálja az ajánlattevő esetleges kockázatfokozódását, és adott esetben javaslatot tesz a kockázatfokozódás elleni védekezésre. A kockázatelbírálás eredménye lehet:

- az ajánlat elfogadása (nincs kockázatfokozódás),
- az ajánlat feltételekkel történő elfogadása (kockázatviselés korlátozása), ebben az esetben kockázati pótdíj alkalmazása,
- kizárások, záradékok alkalmazása,
- elutasítás.

A betegségbiztosítást végző európai társaságok gyakorlata azt mutatja, hogy az ajánlattevők (a betegségbiztosítást kötni kívánó leendő ügyfelek) kb. 9–10%-át visszautasítják, vagyis minden tizedik embernek olyan egészségügyi kockázatai vannak, amely egy biztosító számára – védve saját kockázatközösségét – nem befogadható.

Ezen felül gyakori az egyes egészségügyi kockázatok kizárása (a betegségbiztosító egy konkrét betegségből adódó kezelés költségeit nem téríti), valamint az úgynevezett kockázati felár alkalmazása, ez azt jelenti, hogy a biztosító az adott betegség gyógyításából eredő költségek jövőbeni kifizetésére a biztosítási díj százalékban meghatározott felár előre történő megfizetése ellenében szerződik.

3. A szerződés létrejötte, hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete

Az ajánlat elfogadása után a biztosító – a legtöbb esetben – kötvényt állít ki. Ha a szerződő (korábban ajánlattevő) az ajánlattól eltérő tartalommal kiállított kötvényben (feltételes elfogadás esete) az eltérést írásban nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre. Ha a szerződő az eltérést határidőn belül írásban elutasítja (kifogásolja), a szerződés nem jön létre.

A szerződés hatálybalépéséhez alapvetően két dolognak kell teljesülnie: a szerződés létrejöttének és a díjelőleg megfizetésének.

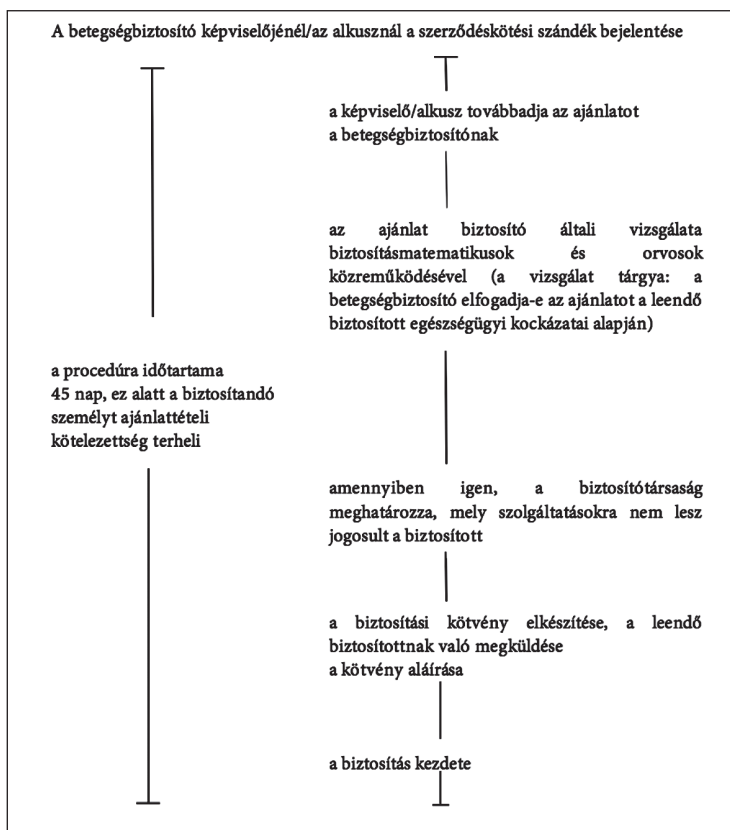
A biztosító kockázatviselése a szerződés hatálybalépésének időpontjában kezdődik, kivéve, ha a biztosító a szerződésben várakozási időt köt ki.

A várakozási idő függ a betegségbiztosítási szerződés tartalmától, ez jellemzően 3–6 hónap, de például ápolásbiztosítás esetén ennél lényegesen hosszabb lehet.

A betegségbiztosítási szerződés létrejöttének folyamatát a 6. számú ábra mutatja be.

6. számú ábra

A betegségbiztosítási szerződés létrejöttének folyamata



A biztosítótársaság – teljes körű betegségbiztosításra vonatkozó szándék fennállásakor – két esetben nem utasíthatja vissza a biztosítandó szerződéskötési szándékát. A biztosító szerződéskötési kötelezettsége áll fenn egyrészt csoportos betegségbiztosítás, másrészt újszülött esetében, amennyiben a szülők egyikének az adott biztosítótársaságnál van legalább három hónapos betegségbiztosítási célú szerződése, valamint az igénybejelentés a gyermek születése utáni két hónapon belül történt. A biztosító szolgáltatásaira ebben az esetben nem vonatkozik várakozási idő, a szolgáltatásra való jogosultság a születés időpontjára visszamenőleges hatállyal érvényes.

3.4.2. A biztosításkötést megelőző, a biztosított adatszolgáltatási kötelezettsége, valamint megsértésének következményei

A betegségbiztosító társaság biztosítási díjait egyénekre külön meghatározva, az egészségügyi kockázatok figyelembevételével alakítja ki.

A biztosítási díj kockázatfüggő meghatározásának alapfeltétele, hogy a biztosító pontosan feltérképezze leendő biztosítottja egészségi állapotát; e célból a leendő biztosított részletes kérdőívet tölt ki (ez egyidejűleg a biztosított ajánlata).

A kérdőív szándékolt nem megfelelő vagy hiányos kitöltése a biztosítótársaság oldaláról a szerződéskötéstől történő visszalépést eredményezheti.

3.4.3. A biztosítási alapdíjat kockázati díjjal megemelő egészségi kockázatok

A biztosítási alapdíjat kockázati díjjal megemelő egészségi kockázatok az alábbiak lehetnek:

- régebbi betegségek, amelyek kiújulása nem kizárt (a biztosítótársaság a kockázati díj fizetését időben behatárolhatja, illetve a betegség fel nem lépése esetén felülvizsgálhatja),
- a már érvényben lévő szerződés díját a biztosítótársaság megemelheti, amennyiben a biztosítottnál születési rendellenességből adódó betegség

lép fel (a biztosítottnak kockázatai felsorolásánál jóhiszeműen nem állt módjában ennek a megadása).

3.4.4. A biztosító által kizárható kockázatok

A biztosító az alábbi egészségi kockázatokat nem biztosítja (az alapbiztosítás megkötésének lehetősége továbbra is fennáll):

- jelenleg is kezelésre szoruló betegség felmerülő költségeit,
- a már kezelt betegség következményeként potenciálisan kialakuló újabb betegség kezelésének költségeit,
- a biztosított egészségügyi kockázatai biztosítótársaság általi folyamatos figyelemmel kísérése céljából – a biztosítási kötvény részeként – a biztosított a szerződés záradékában feloldja a számára egészségügyi szolgáltatást nyújtó szervezetek titoktartási kötelezettségét a biztosítótársaság számára.

3.4.5. A szolgáltatásokra való jogosultság várakozási ideje

A betegségbiztosító társaság szolgáltatásaihoz való hozzájutás időtartama (várakozási idő) általában három hónap, különös esetekben (pszichoterápia, fogorvosi kezelés, fogpótlás) elérheti a nyolc hónapot.

3.4.6. A biztosított biztosítótársasággal szemben fennálló kötelezettségei

A biztosítási kötvény egész fejezetet szentel a biztosított kötelezettségeinek, ezek megsértése a biztosító szolgáltatásainak megvonásával, valamint a biztosított polgári törvénykönyv szerinti felelősségre vonásával jár.

A biztosított kötelezettségei különösen:

- egészségügyi kockázatainak pontos megadása,
- káresemény bekövetkezése esetén a körülmények pontos, a valóságnak megfelelő közlése,

- a biztosító követelésére a biztosított köteles a biztosító által kijelölt orvossal megvizsgáltatni magát,
- a biztosított köteles az összes betegségbiztosítási szerződését (beleértve a betegségbiztosító pénztárnál fennálló biztosított viszonyt) a biztosító tudomására hozni,
- táppénzszolgáltatásra irányuló más biztosítótársaságnál kötendő biztosítás kizárólag a biztosító engedélyével lehetséges,
- a biztosított köteles mindent elkövetni annak érdekében, hogy egészségi állapota újra helyreálljon.

3.4.7. A betegségbiztosító társaság által nyújtott szolgáltatások igénybevételének kizáró okai

A betegségbiztosító társaság által nyújtott szolgáltatások igénybevételének kizáró okai a következők lehetnek:

- a szolgáltatás alapjául szolgáló káresemény már alapja volt egy másik biztosítóintézménytől kapott kártérítésnek,
- a biztosított szándékos, a káreseményt okozó magatartása,
- a kifizetendő szolgáltatások összege meghaladja a kockázatközösség teherbíró képességét,
- az egészségügyi ellátás orvosilag nem indokolt (főleg szanatóriumi, illetve gyógyüdülés ideje alatti kezelések, betegségi ápolásra szorultság esetében),
- a betegségből adódó kockázat nem kalkulálható (például a katonai sebesültek esetében),
- a betegség kezelése alatt (a gyógyult állapot eléréséig) nem merültek fel költségek: például a családtag általi ápolás nem számolható el (a felmerült anyagi költségek, például gyógyszer, a biztosító egyéb szolgáltatásai alapján megtérül).

3.4.8. A biztosítási díj fizetésére vonatkozó szabályok

A biztosítási kötvényben pontosan szabályozni kell a díjfizetés módját,

hiszen a biztosító kockázatviselése a szerződés időtartama alatt a díj megfizetéséhez kötődik.

A biztosító évente felülvizsgálja a szükséges és kalkulált szolgáltatások összegét. Amennyiben a két összeg között 5-10%-os eltérés mutatkozik, a biztosítótársaság változtathatja a biztosítási díjat a felügyeleti szerv külön engedélyével.

Az egészségügyi kiadások növekvő költségeit a biztosító nem minden esetben a biztosítási díj emelésén keresztül valósítja meg: a biztosító a szolgáltatást nem igénybe vevők részére visszatérítendő összeg céljából felhalmozott tartalékalap eszközeiből egyszeri tőkeinjekciót juttathat a szolgáltatások számláinak kiegyenlítésére.

A biztosítási díj emelése általában a biztosítási díj alapösszegének változatlanul hagyása mellett új kockázati díj bevezetésén keresztül valósul meg; erre a szolgáltatásra nem vonatkozik a várakozási idő.

A biztosítási díj nem fizetésének, illetve késedelmes fizetésének jogkövetkezménye, hogy a biztosító a törvényi szabályozás értelmében mentesülhet a szolgáltatások kifizetése alól, amennyiben

- a káresemény az első biztosítási díj megfizetése előtt lép fel,
- a szolgáltatás alapját jelentő egy összegben esedékes biztosítási díj késedembe esik (a biztosítási díj nemfizetése az esedékesség ellenére).

A biztosítási díj késedelmes fizetése esetén a biztosító a biztosított számára

- késedelmi kamatok fizetését,
- a késedelmes fizetés következtében elmaradt biztosítói haszon megtérítését írhatja elő.

3.4.9. A biztosítási szerződés felmondása a biztosított vagy a biztosító kezdeményezésére, valamint annak megszűnése

A biztosítási szerződés az alábbi esetekben és módon szűnhet meg.

▪ A szerződés felmondása a biztosított kezdeményezésére

A biztosított biztosítási viszony megszüntetésére irányuló szándékát egyértelműen a biztosító tudomására kell hogy hozza. A megszüntetés formai kö-

vetelményeit előírások szabályozzák, ezek pontatlan betartása a felmondási szándékot semmissé teszi.

A felmondás feltételei:

- a biztosítási szerződés felmondásának időpontja általában a biztosítási év lejártát megelőző három hónap idejére érvényes (néhány biztosítótársaság egyes szolgáltatások, például a kórházi tartózkodás idejére fizetett egyéb költségtérítéssel szolgáltatás felmondási idejét két-három évben határozza meg),
- amennyiben a biztosító emeli a biztosítási díjat, illetve csökkenti szolgáltatási körét, a biztosítási szerződés felmondási határideje egy hónap.

▪ A szerződés felmondása a biztosítótársaság kezdeményezésére

A biztosítónak a teljes egészségi kockázatok lefedésére irányuló szerződést nem áll módjában felmondani.

Az egyéb kockázatok kezelésére irányuló szerződéstípusok esetében az általános felmondási idő három hónap, a biztosítási szerződés biztosított általi szándékos megsértése esetén egy hónap.

▪ A szerződés felfüggesztése a két fél egyidejű kezdeményezésére

A biztosítási szerződés felfüggesztése: kivételes esetekben a felek egyező akaratú szándéknyilatkozat alapján a szerződéses jogviszonynak a szerződés lejártá előtti, illetve visszamenőleges felbontásáról nyilatkozhatnak.

▪ A szerződés megszűnése a biztosított halálával

A biztosítási jogviszony megszűnik a biztosított halálával is.

▪ A szerződés megszűnése díj nemfizetés esetén

Amennyiben a biztosított a biztosítási díjat nem vagy késedelmesen fizeti, a biztosító a szerződéstől egyoldalúan elállhat, ezzel egyidejűleg megszűnik a biztosító szolgáltatási kötelezettsége.

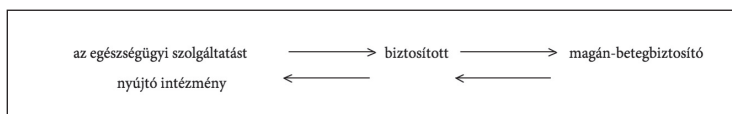
3.5. A biztosítói szolgáltatás kifizetése (teljesítése)

A biztosítás kárrendezése (a felmerülő költségek kifizetése a kötvényben foglaltak szerint) költségtérítés elve alapján történik.

Ez azt jelenti, hogy a biztosított az egészségügyi szolgáltatások költségeit közvetlenül az igénybevétel után a szolgáltató egészségügyi intézménynek kiegyenlíti. Ez után a biztosító a szerződésben foglaltak szerint – mérlegelve a körülményeket, az esetleges kizárási okokat és a biztosítási feltételeket – a kezelés meghatározott költségeit a biztosított ügyfél számára megtéríti. A biztosítót nem terheli a kezelés teljes költségei átvállalásának kötelezettsége.

7. számú ábra

A költségek kiegyenlítés elve



3.6. Betegségbiztosítási termékek

A betegségbiztosítások jelen fejezetben történő csoportosítása egy betegségbiztosító társaság által nyújtható teljes palettát feltérképezi, bemutatva az európai és amerikai társaságok által nyújtott, valamint a Magyarországon jelenleg elérhető termékeket.

A fedezetvállalás típusától, tehát attól függetlenül, hogy milyen szolgáltatások nyújtására vállal fedezetet a biztosító a kötvényben, a betegségbiztosításokat három nagy csoportra oszthatjuk:

- költségtérítő,
- összeg-, illetve
- speciális betegségbiztosításokra.

Amíg a költségtérítő betegségbiztosítás a biztosítottnál felmerülő tényleges költségeket vagy azok jelentős részét téríti meg, addig az összegbiz-

tosítás a biztosítottnak előre meghatározott térítést nyújt baleset, illetve betegség esetén, ahol a biztosított bizonyos határok között megválaszthatja a neki megfelelő szolgáltatási színvonalat. A legismertebb speciális betegségbiztosítás az utazási betegségbiztosítás, amely a külföldi egészségügyi kezelés költségeit – bizonyos kikötésekkel (például kockázat, maximált kárkifizetés) – fedezi.

3.6.1. Költségtérítő biztosítások

▪ A betegségből adódó teljes kockázatokra köthető betegségbiztosítás

A biztosítás nevéből adódóan fedezi a szükséges kezeléseket, a gyógyszereket, valamint a fogorvosi kezelés költségeit. Az effajta biztosítások alapvetően három típusba sorolhatók:

- A szolgáltatás maximális összegére kötött biztosítás esetében a biztosítási kötvényben a biztosító által nyújtott szolgáltatás összegére felső korlát szabott. A biztosítottak által a kevésbé kedvelt forma.
- Teljes biztosítás önrészesedéssel: a biztosítottnak minden a kezelés során felmerült költségét térítik a szerződésben meghatározott értékhatáron felül (felső összeghatár nélkül).
- A betegségek kezeléséhez százalékos arányban hozzájáruló teljes betegségbiztosítás: ezen biztosítási forma különösen azon munkavállalók számára előnyös, akiknek betegségből adódó költségei meghatározott részét (általában min. 50%-át) a munkaadó átvállalja. A szerződés lényege, hogy minden egyes benyújtott számla összegének bizonyos százalékát téríti a biztosító. A munkaadó által viselt százalék egyének tekintetében rendkívül eltérő lehet, így a biztosítótársaságok egyénre szabottan kötik ezt a típusú biztosítást.

▪ A betegségből adódó kockázatok egy részére köthető betegségbiztosítás

A biztosítótársaságok ilyen típusú biztosításokat alapvetően két csoportnak kínálnak:

- a teljes körű betegségbiztosítással rendelkező biztosítottak számára (amelyik országban ilyen létezik), akiknek igényeit a megkötött biztosítás nem elégíti ki, mint például szanatóriumi kezelés, magasabb színvonalú fogorvosi ellátás, különleges betegségek kockázatai,
- a kötelező betegségbiztosítással rendelkezők számára, akik a betegségbiztosító pénztárak által nyújtott szolgáltatásokat a betegségbiztosítás szolgáltatásaival egészítik ki.

3.6.2. Összebiztosítások

▪ A betegség napjaira fizető biztosítási szolgáltatás (táppénz és kórházi napi térítés)

- A betegség következtében kialakult keresőképtelenség kockázatának kivédésére kötött biztosítás (táppénz); az effajta biztosítás célja, hogy a biztosított számára a keresőképtelenség idejére napi bontásban összegszerű kifizetést teljesítsen. A kifizetett összeg nagysága a biztosított nettó jövedelméhez igazodik. Alkalmazottak esetében a szolgáltatásra való jogosultság a munkaadó által fizetett táppénz lejártá (általában a betegség kezdetétől számított hat hét) után áll fenn. Önálló vállalkozással rendelkezők köthetnek olyan szerződést is, amelyben a táppénzre való jogosultság kezdő időpontja a betegség kezdetének első napja (általában beiktatnak egy háromnapos várakozási időt). Ilyen típusú biztosítás nem köthető a biztosított 65. életéve után, valamint életkortól függetlenül fennálló munkaképtelenség esetén. A táppénzfizetés céljából kötött biztosítás speciális formája a biztosított által felvett kölcsönök betegség idején is zavartalan továbbfizetése céljából kötött biztosítás. E biztosítást ajánlott egy kockázati életbiztosítással összekötni, amely védelmet nyújt halálozás esetére is.
- A kórházi tartózkodás napjaira érvényes meghatározott összegű pénzbeni szolgáltatás: a kórházi ápolás ideje alatt előreláthatólag felmerülő, nem a betegség kezelésével kapcsolatos költségek (például hozzátartozók kórházhoz történő utazásainak költségei, a kórházi

szobából történő telefonbeszélgetések költségei, televízió használati díja) a szerződésben meghatározott napra vonatkozó összegének térítése. Ez a típusú szolgáltatás nem alkalmas a kórházi ápolás költségeinek fedezésére, csupán az azzal kapcsolatos felmerülő mellékköltségek térítésére.

▪ Meghatározott betegségi állapot esetén fizető szolgáltatás

Meghatározott betegségek (úgynevezett rettegett betegségek) vagy műtét esetén szolgáltatást nyújtó biztosítás, ezt általában az élet- és betegségbiztosítások mellé kiegészítő termékként kínálják.

3.6.3. Speciális betegségbiztosítások

▪ A külföldi tartózkodás ideje alatt fellépő betegségek költségeinek fedezése

A társadalombiztosítás sajátossága, hogy a biztosított külföldi tartózkodása idejére kizárólag az államközi egyezményekben meghatározott országok esetében szűkített szolgáltatási körrel él a betegségbiztosítási védelem. Ennek megfelelően a betegségbiztosítóknak ebből a piacból jelentős bevételük származik.

▪ Átlépési biztosítás

A biztosítás arra az eseményre szól, ha valaki a csoportos biztosítás kockázatközösségéből kiválik (például munkahelyet vált), azonban betegségbiztosítását – legyen az akár költségtérítő vagy összebiztosítás – külön ajánlattételi procedúra nélkül fenn kívánja tartani. Magyarországon nem művelik ezt a biztosítást.

3.6.4. A Magyarországon elérhető betegségbiztosítási termékek

Magyarországon jelenleg az összebiztosítások egy része és a speciális betegségbiztosítások közül az utazási biztosítás érhető el. Teljes

- kórházi napidíj – a kórházban eltöltött napokra térítést nyújtó összebiztosítás, többnyire választható önrésszel és

- műtéti biztosítás – alapvetően költségfedező biztosítás, de a mai biztosítási piacon összegbiztosításként ismert. Az egyes műtétek után a biztosításban meghatározott (maximált) összeg műtéti lista alapján meghatározott százalékát téríti meg;
- csúcskockázati biztosítások – más néven rettegettbetegségek-biztosítás, amely meghatározott súlyos betegségek esetén viszonylag nagy összegű kifizetést teljesít;
- jövedelemhelyettesítő és -pótló biztosítások (táppénz) baleset, betegség, átmeneti, illetve maradandó egészségkárosodás, rokkantság esetén nyújt szolgáltatást;
- hosszú ápolást fedező biztosítások – a biztosított ápolásának költségeire (ápolási otthonban, illetve otthoni ápolás esetén) nyújtanak fedezetet;
- utazási biztosítások – utazás esetén az akut ellátás, a hazaszállítás és az egyéb szokásosan felmerülő költségeket fedezik.

3.7. A betegségbiztosítási díj meghatározása

a) A biztosítási díj számításakor érvényesülő alapelvek

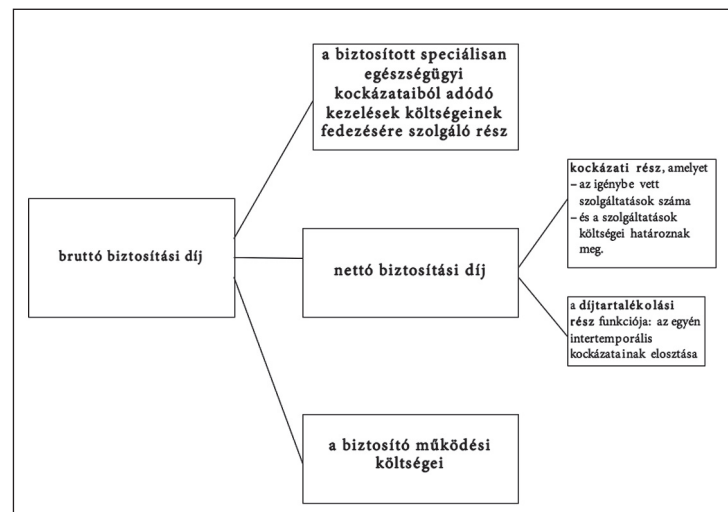
- az ekvivalencia-elv: a biztosított által fizetett biztosítási díj és a biztosító által nyújtott szolgáltatás egyensúlyban áll egymással; az ekvivalencia-elv szűkebb értelemben az egyén szintjén, tágabb értelemben az kockázatok kezelésére a biztosító által túlnyomórészt a biztosítottak nem és kor szerint képzett csoportjai szintjén érvényesül,
- díjdifferenciálás elve: a biztosítottak által fizetendő díj meghatározásakor az egyén kockázatait nagyobb mértékben veszik figyelembe, mint a csoport kockázatait (egyéni egyenértékűség),
- a betegségbiztosítási díj képzése a rendszeres díjfizetés alapján finanszírozott hosszú távú életbiztosítások esetében használatos módszereket használja, hiszen a betegségbiztosítás az életbiztosítás speciális esete; a betegségbiztosítás kárbiztosításnak, a táppénzbiztosítás öszszegre szóló biztosításnak felel meg,

- az egészségi kockázatokat standardizálják, orvosok és biztosításmatematikuskok által megállapított pontrendszer alapján,
- a számítások alapját a nagy számok törvényén alapuló biztosításmatematikai számítások alkotják,
- a díjképzés – a termék betegségbiztosítási jellegéből adódóan – használja a tőke-befektetési, a díjbefizetési és a díj-visszatérítési modellek-nél használatos feltételezéseket.

A betegségbiztosítási díj felépítését a 8. számú ábra szemlélteti.

8. számú ábra

Az egyéni/csoportos kockázatelbírálás alapján működő betegségbiztosítási díj részei



b) A biztosítási díj-képzés gyakorlata

I. A bruttó biztosítási díj (a biztosított által fizetett biztosítási díj teljes összege) három részre oszlik:

- a nettó biztosítási díjra, amely a saját megtartásban maradó állomány várható kárértékének fedezetére szolgál,

- a biztosító intézménye működési költségeinek fedezésére (a biztosítási díj kialakításának költségei, a kárigénylések feldolgozási díja, a társaság adófizetési kötelezettsége, egyéb működési költségek stb.),
- a biztosított speciális egészségügyi kockázatainak fedezésére szolgál.

A bruttó biztosítási díj három komponense szerinti megoszlása a képzett kockázati csoportonként eltérő.

II. A nettó biztosítási díj további két részre oszlik:

- a rizikó részre, amely a biztosított számára nyújtott szolgáltatások ténylegesen felmerülő költségei fedezésére szolgál,
- a díjtartalékolási részre, amely a bruttó biztosítási díj meghatározott százaléka, s szerepe az egyén kockázatainak intertemporális kezelése. A nettó díjon belüli aránya annál magasabb, minél későbbi életkorban köt a személy biztosítást (a leírásban eltekintünk a viszontbiztosítás kötésétől).

A díjtartalékolási rész pénzüsségeit folyamatosan befektetik; ezen alap eszközeinek szolgáltatás céljából történő felhasználására szükség esetén kerül sor, így a nettó biztosítási díj változatlan nagyságát a tőkefedezeti rész kiegyenlítő funkciója garantálja.

III. Az életkor előrehaladtával növekvő mértékű egészségügyi szolgáltatások jobb finanszírozhatósága érdekében alkalmazott „technikák”

- Amennyiben a díjtartalékolási részen felhalmozott összeg nem teszi lehetővé az életkor előrehaladtával növekvő kockázatokból adódó kifizetett szolgáltatások növekvő összegének fedezését, a biztosító-társaságok ügyfeleik számára az úgynevezett „életkordíj” (általában egyszeri befizetés) fizetésének lehetőségét ajánlják fel. Ugyanezen technika alkalmazására kerül sor az idősebb korban biztosítási jogviszonyt létesítők számára is.
- A díjvisszatérítések összegét a biztosított a díjtartalékolási rész javára befizeti.

- Az érvényes betegségbiztosítási szerződésen kívüli technikák alkalmazása: a betegségbiztosító társaság ügyfelei számára ajánlja, hogy a betegségbiztosítási szerződés megkötésével egy időben életbiztosítási szerződést is kössenek, amelynek idősebb korban teljesített szolgáltatási összegéből finanszírozhatók az egyre növekvő kiadások.

A díjtartalékolási alapon képzett összeg kiegyenlítő funkciója következtében nem igazolódnak azok a feltevések, miszerint a betegségbiztosítások finanszírozhatatlanságát a biztosított életkorának növekedése okozza; a biztosítási díjak összegének emelkedése az életkorhoz tapadó betegségek kezelése során alkalmazott egészségügyi termékek (alkalmazott termék, ár) kiszámíthatatlanságának következménye.

c) A betegbiztosított magas biztosítási díjtétele csökkentésének módja: a szolgáltatási kör szűkítése

Az életkorral emelkedő egészségi kockázatok gyakran okozzák a biztosítási díj gyors emelkedését, ennek megfékezésének legkézenfekvőbb módja a biztosító által finanszírozott szolgáltatások biztosított kívánságra történő szűkítése:

- a biztosító által térítendő szolgáltatások csökkentése (például a kórházi tartózkodás idejére egyágyas szoba helyett kétágyas biztosítása történik),
- az önrészesedés növelése.

d) A biztosítási díj nagyságát meghatározó tényezők

A biztosítási díj számítási mechanizmusa alapján megállapítható, hogy a biztosítási díj nagyságát alapvetően

- az egyén, tágabb értelemben a kockázati csoport kockázatai, mint például
 - a biztosított kora,

- ▶ a biztosított neme,
- ▶ a biztosított egészségi állapotából adódó kockázatok,
- a biztosított által választott szolgáltatási kör,
- az egyén jövedelmi helyzete,
- az egyén arra vonatkozó döntése, hogy jövedelmének mekkora hányadát hajlandó egészségügyi termékek megvásárlására fordítani és
- a választott önrészesedés nagysága határozza meg.

3.8. A betegségbiztosítás adókönyezete (2007)

A szerződő munkaadó által fizetett biztosítási díj adókönyezete

A szerződő munkaadó által a biztosított munkavállaló javára fizetett biztosítási díj a vállalat számára költség, az ebből adódó jövedelemmel kapcsolatos adófizetési kötelezettség az alábbiak szerint keletkezik:

- amennyiben a biztosítási szerződésben a biztosítottak nevesítettek, a biztosított munkavállaló javára fizetett biztosítási díj az szja-tv. 3. § 50. pontja alapján az egyén számára adóköteles,
- amennyiben a biztosítási szerződésben a biztosítottak nem nevesítettek, a biztosítási díj után a szerződő munkaadó – a természetbeni juttatásokkal azonosan – személyi jövedelemadót, illetve tb-járulékot fizet.

A szerződő magánszemély által fizetett biztosítási díj adókönyezete

- Amennyiben a szerződő magánszemély önálló betegségbiztosítási terméket vásárol, a befizetés után adókedvezmény nem jár.
- Amennyiben a szerződő magánszemély a betegségbiztosítást úgy köti, hogy annak díja a legalább tízéves tartammal megkötött életbiztosítás díjának 10%-át nem haladja meg (az 1995. évi CXVII. törvény 7. számú mellékletének 6. pontja szerint), a befizetés után az szja-tv. 42. § (1) bekezdése szerint a megfizetett díj 20%-ának megfelelő adókedvezmény jár.

3.9. A betegségbiztosítás legfontosabb mutatószámai (biztosított létszám, bevétel, kárkifizetések)

3.9.1. Biztosított létszám, bevétel, kárkifizetések (1998–2006)

2006-ban Magyarországon mintegy százezer embernek volt önálló betegségbiztosítása, az ágazat 6,4 milliárd forintos bevétel mellett 1,8 milliárd forintos kárkifizetést teljesített.

Az 1998–2006 közötti évek kötvényszámára igazi trendet nem rajzolhatunk. Inkább véletlennek tekintjük, hogy az 1998. évről 1999-re regisztrált 80%-os növekedés (ez nominálisan 36 ezer kötvényt jelentett) folyamatos csökkenést produkálva 2005-ben 51 ezer darabon állt meg. 2006 elején 75%-os egyszeri növekedést elérve (ez 39 ezer kötvényt jelent) negyedéves bontásban – az alábbi teljesítményt nyújtotta: I. negyedév 93 751 kötvény, II. negyedév 62 360 kötvény, III. negyedév 97 011 kötvény, IV. negyedév 99 145 kötvény.

A betegségbiztosítási piac díjbevétele 2001-ben 3,6 milliárd, 2006-ban 6,49 milliárd forintot tett ki, ez a maga 80%-os emelkedésével a teljes biztosítási piac növekedésével szinkronban mozog [lásd 3.9.2. pont: A betegségbiztosítás súlya a biztosítási szektorban (2001–2006)]. A kárkifizetések a vizsgált idő átlagában 21–29%-os kárhányadot mutatnak.

8. számú táblázat

A betegségbiztosítási szerződés száma, a díjbevétel és a kárkifizetések alakulása 1998–2006

Megnevezés	1998	1999	2000	2001	
Szerződés (db)	45 366	81 259	71 574	63 997	
Díjbevétel (millió forint)	Folyamatos	2 205	2 358	3 175	3 692*
	Egyszeri	1 719	1 347	1 782	
Kárkifizetések (millió forint)	601	650	1 098	1 054	

Megnevezés	2002	2003	2004	2005	2006
Szerződés (db)	62 185	54 408	53 347	51 329	99 145
Díjbevétel (millió forint)	4 155*	4 655*	4 896*	6 161*	6 490*
Kárfizetések (millió forint)	1 161	1 236	1 338	1 513	1 848

Forrás: www.pszaf.hu

* díjbevétel összesen (folyamatos és egyszeri)

3.9.2. A betegségbiztosítás súlya a biztosítási szektorban (2001–2006)

A betegségbiztosítás a magyarországi biztosítási portfólióban elhanyagolható, a vizsgált években a teljes biztosítási piac díjbevételéből 0,8-0,9%-os részesedést mutat.

A vizsgált időszakban a teljes biztosítási szektorra vetítve a betegségbiztosítási szerződések aránya 0,4% körül stabilizálódott (kivétel ez alól a 2006. év, ahol ez az arány a duplája), a kár- és szolgáltatáskifizetés 0,5% körül alakult. Az idősorokat vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a betegbiztosítás aránya sem szerződésszám, sem bevétel, sem szolgáltatás tekintetében nem mutat növekedésre utaló trendet, megjegyezve, hogy maga a biztosítási piac bővül, vagyis az ágazat nominálisan növekedést mutat.

Amíg a biztosítók által kezelt kötvények száma 2001 és 2006 között háromszázezerrel csökkent (2,4%), addig a betegségbiztosítási kötvények száma harmincötezerrel (54%-kal) növekedett.

A teljes biztosítási szektor bevétele a 2001. évi 415 milliárd forintról 2006-ra 797 milliárd forintra emelkedett, ez 92%-os bővülés. Ehhez az impozáns számhoz képest kevésnek tűnhet a betegségbiztosítás 2,7 milliárd forintos díjnövekménye (74%), azonban ez mégis figyelemre méltó, hiszen újonnan alapított ágazatról van szó.

Megállapítható az is, hogy a betegségbiztosítási szolgáltatási kifizetések a vizsgált időszakban a betegbiztosítási díjbevétel arányában 21–29%-ot tettek ki, vagyis az üzletág nem veszteséges (a teljes biztosítási piac kárhányada ebben az időszakban 42–47% között mozgott).

9. számú táblázat

A betegségbiztosítási szektor súlya a teljes biztosítási piacon belül (2001–2006)

2001

Megnevezés	Összes üzletág	Betegség- biztosítás	A betegségbiz- tosítás hánya- da a biztosítási portfólión belül (%)
szerződés (db)	12 449 629	63 997	0,5
díjbevétel összesen (ezer forint)	415 414 510	3 692 679	0,9
kár- és szolgáltatáskifizetés (ezer forint)	190 001 763	1 095 842	0,6

2002

Megnevezés	Összes üzletág	Betegség- biztosítás	A betegségbiz- tosítás hánya- da a biztosítási portfólión belül (%)
szerződés (db)	12 853 101	62 185	0,5
díjbevétel összesen (ezer forint)	489 740 953	4 155 434	0,8
kár- és szolgáltatáskifizetés (ezer forint)	210 205 539	905 340	0,4

2003

Megnevezés	Összes üzletág	Betegség- biztosítás	A betegségbiz- tosítás hánya- da a biztosítási portfólión belül (%)
szerződés (db)	13 270 024	54 408	0,4
díjbevétel összesen (ezer forint)	550 350 754	4 655 163	0,8
kár- és szolgáltatáskifizetés (ezer forint)	244 227 182	1 260 414	0,5

2004

Megnevezés	Összes üzletág	Betegség- biztosítás	A betegségbiz- tosítás hánya- da a biztosítási portfólión belül (%)
szerződés (db)	13 541 379	53 347	0,4
díjbevétel összesen (ezer forint)	587 398 449	4 896 262	0,8
kár- és szolgáltatáskifizetés (ezer forint)	279 964 737	1 338 040	0,5

2005

Megnevezés	Összes üzletág	Betegség-biztosítás	A betegségbiztosítás hányada a biztosítási portfólión belül (%)
szereződés (db)	12 066 153	51 329	0,4
díjbevétel összesen (ezer forint)	673 406 781	6 161 950	0,9
kár- és szolgáltatáskifizetés (ezer forint)	310 582 840	1 513 417	0,5

2006

Megnevezés	Összes üzletág	Betegség-biztosítás	A betegségbiztosítás hányada a biztosítási portfólión belül (%)
szereződés (db)	12 151 360	99 145	0,8
díjbevétel összesen (ezer forint)	797 174 564	6 490 000	0,8
kár- és szolgáltatáskifizetés (ezer forint)	341 815 845	1 848 224	0,5

3.10. A magyar betegségbiztosítási szektor problémái**3.10.1. A társadalombiztosítás által nyújtott szolgáltatások definiálatlansága miatt nem jól körülhatárolható a betegségbiztosítás mozgástere**

Az üzleti betegségbiztosítás potenciális szolgáltatási körét leegyszerűsítve egyetlen dolog határozza meg: melyek azok a szolgáltatások, amelyekre a társadalombiztosítás nem vonatkozik. Belátható, hogy senkinek, legkevésbé a biztosított ügyfélnek nem érdeke, hogy ugyanazt az egészségügyi szolgáltatást kétszeresen – tehát a tb-alapból és a betegségbiztosítása alapján is finanszírozza. Ez azt jelenti, hogy pontosan definiálni kell a társadalombiztosításon belül elérhető szolgáltatásokat, hogy az abból kieső eseményekre termék lehetessen építeni.

Amennyiben ezek a szolgáltatások egyértelműen meghatározhatók, az emberek számára is egyértelművé válik, melyek azok a szolgáltatások, amelyek esetén biztosítási védelemre szorulnak.

Az egészségügyi reform tervei között szerepel az ellátási csomagoknak a meghatározása, amely ezt a problémát kiküszöböli.

3.10.2. Az önálló betegségbiztosításokra vonatkozó adókedvezmény hiánya

A betegségbiztosítások elterjedését – összefüggésben az alacsony öngondoskodási hajlandósággal – nagyban hátráltatja, hogy az önállóan köthető betegségbiztosításra nem vonatkozik adókedvezmény, kizárólag az életbiztosítás kiegészítő moduljaként megkötött szerződés díjának 10%-ot meg nem haladó részére.

A betegségbiztosítási díjhoz az élet- és nyugdíjbiztosításokkal, valamint az önkéntes pénztárakkal azonos mértékű adókedvezmény hozzárendeléséhez hasonló példa ismeretes. A Nyesz (nyugdíj-előtakarékossági számla) bevezetése és adókedvezménnyel való támogatása teljesen hasonló elveken történt.

3.10.3. A magyar lakosság rossz egészségi állapota

Nem rendelkezünk ugyan a magyar lakosság egészségi állapotára vonatkozó reprezentatív kutatások eredményeivel, azonban a lakosság halandósági mutatói nem hagynak kétséget az ország lakosságának rossz egészségi állapota felől.

Tekintettel arra, hogy a betegségbiztosítási ajánlat biztosító általi befogadásának egyik feltétele a leendő biztosított egészségügyikockázat-elbírálása, a rossz kockázatok csökkentik a szerződéskötés esélyét, vagyis tágabb értelemben az üzleti betegbiztosítási portfólió dinamikus bővülését.

4.

A SZOLIDARITÁSI ALAPON MŰKÖDŐ TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS, AZ EGYÉNI/ CSOPORTOS KOCKÁZATELBÍRÁLÁS ALAPJÁN MŰKÖDŐ ÜZLETI BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS ÉS AZ ÖNKÉNTES EGÉSZSÉGPÉNZTÁR RENDSZERSZERŰ ÖSSZEHAJONLÍTÁSA

Az egészségügyi reform során meg kell álmodni egy olyan rendszert, amely a mai tudásunkkal már belátható, másrészt nem csak tíz, de húsz vagy harminc év távlatában is működőképes lesz, de ami ennél sokkal fontosabb: a jelenlegihez képest nagyobb hatékonysággal, több egészséges embert „termelve” működik.

Az egészségpénztár és a betegségbiztosítás tematikus bemutatása után érdekes gondolatutazásnak ígérkezik az egészségfinanszírozás három intézményének, a társadalombiztosításnak, az egészségpénztárnak és a betegségbiztosításnak azonos elvek alapján történő rendszerszerű összevetése.

A figyelmes olvasó jogosan teszi fel a kérdést: miért nem része a könyvnek a társadalombiztosítás tematikus leírása, az miért csak az utolsó, összehasonlító részben szerepel? Válaszunk – visszautalva a bevezetőben leírtakra – praktikus magyarázatokat takar. Egyrészt szinte mindenki számára ismert a biztosítási kényszeren alapuló társadalombiztosítás működése – hiszen ez az egyik legrégebbi társadalmi intézmény itt, Magyarországon is. Másrészt a tanulmányban a hangsúlyt az újdonságra, az összehasonlításra szerettük volna helyezni. Ha külön fejezetet szenteltünk volna a társadalombiztosításnak, a terjedelem miatt a hangsúlyt bizonyára nem az öngondoskodás intézményei kapják, ez pedig ellentétes lett volna az eredeti céllal.

Az ismereteink szerinti úttörő vállalkozás valódi közös nevezőre hozza

ezt a három intézményt, rámutatva lényeges hasonlóságokra és különbségeikre. Az olvasás során kirajzolódnak az esetleges egészségügyi reformban az általuk betölthető funkciók és a vállalható szerepek.

Bízunk abban, hogy ebben a strukturált összehasonlításban laikus olvasóként is könnyű mozogni, arról nem is beszélve, hogy a következő hetek egészségfinanszírozási vitáiban felvetett elképzelésekről is könnyen megállapítható, hogy nem üres gondolathalmazok-e.

10. számú táblázat

A szolidaritási alapon működő társadalombiztosítás, az egyéni/ csoporthos kockázatelebírálás alapján működő betegségbiztosítás és az önkéntes egészségpénztár rendszerszerű összehasonlítása

Az összehasonlítás szempontja	Társadalombiztosítás	Üzleti betegségbiztosítás	Önkéntes egészségpénztár
az intézmény célja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a biztosítottak egészségi kockázatainak kezelése társadalmi szinten ▪ nonprofit működés, állami garanciával 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a biztosítottak előre nem látható betegségeiből adódó kockázatok átvállalása ▪ a biztosítói veszélyközösség védelme ▪ profitszerzés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ a biztosítottak egészségi állapotának helyreállítását célzó kezelések költségeinek részben vagy egészben történő átvállalása ▪ prevenció ▪ nonprofit működés: a keletkezett nyereség kizárólag az alaptevékenység érdekében használható fel
az intézmény szerepe a gazdaság és a társadalom folyamataiban	az egyének társadalmi szintű betegségi, tágabb értelemben szociális kockázatainak kezelése	az egyén esetleges betegségeiből adódó kockázatok kezelése	a család esetleges betegségeiből adódó kockázatok kezelése és az egészségmegőrzés
az intézmény működésének jogi keretei	külön törvényben meghatározott, speciális szabályozó rendszer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ biztosítási törvény ▪ a gazdasági társaságokra vonatkozó szabályozás 	külön intézményi formával definiált (pénztár) törvényben meghatározott, speciális szabályozó rendszer
az intézmény működésének jogi formája	közjogi intézmény (jogi személy)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ jogi személyiséggel rendelkező intézmények, mint ▪ biztosító részvénytársaság, ▪ biztosítószövetkezet, ▪ biztosítóegyesület, ▪ harmadik országbeli biztosító magyarországi fióktelepe 	jogi személyiséggel rendelkező intézmény: önkéntes kölcsönös biztosítópénztár

Az összehasonlítás szempontja	Társadalombiztosítás	Üzleti betegség-biztosítás	Önkéntes egészség-pénztár
a rendszer jellege	biztonsági	biztosítási	biztonsági
az alapítás vagy a magyarországi piacra lépés feltétele	állam	<ul style="list-style-type: none"> ▪ biztosító részvénytársaság: a gazdasági társaságokról szóló 1997. évi CXLIV. törvénynek a részvénytársaságra vonatkozó feltételei, valamint a biztosítási törvényben meghatározottak szerint jogi és természetes személyek alapíthatják ▪ biztosítószövetkezet: az új szövetkezetekről szóló 2000. évi CXLI. törvényben a szövetkezetre vonatkozó feltételek, valamint a biztosítási törvényben meghatározottak szerint tíz természetes személy alapíthatja ▪ biztosítóegyesület: az egyesülési jogról szóló 1989. évi II. törvényben az egyesületre vonatkozó feltételek, valamint a biztosítási törvényben meghatározottak szerint természetes személyek, jogi személyek, valamint ezek jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetei alapíthatják ▪ harmadik országbeli biztosító magyarországi fióktelepe: A harmadik országbeli biztosító fióktelepe olyan ág végzésére kérhet engedélyt, amelyre az alapító külföldi biztosítónak a székhely szerinti országban engedélye van 	15 természetes személy

Az összehasonlítás szempontja	Társadalombiztosítás	Üzleti betegség-biztosítás	Önkéntes egészség-pénztár
az alapítás tökeszüksége	nincs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ biztosító részvénytársaság: százmillió forint ▪ biztosító szövetkezet: ötvenmillió forint ▪ biztosító egyesület: egymillió forint ▪ harmadik országbeli biztosító magyarországi fióktelepe: a harmadik ország szabályai szerint 	nincs
alkalmazott biztosítási technika	felosztó-kirovó	az egyéni kockázatbírálás alapján megállapított díjfizetésre épülő kockázatközösség	az egyéni és munkáltatói befizetésekre alapuló egyéni számlás rendszer
az intézmény szolgáltatásának természete	a táppénz kivételével természetbeni szolgáltatás	penzbeni szolgáltatás	penzbeni szolgáltatás (a szolgáltatókkal való egyedi megállapodás alapján lehetséges a pénztár és a szolgáltató közötti közvetlen elszámolás, de ez abban az esetben is pénzbeni szolgáltatásnak minősül)
a szolgáltatáshoz való hozzájutás elve	a természetbeni szolgáltatás elve	a költségtérítés elve	a költségtérítés elve
az intézmény biztosítási alapelve	a társadalmi ekvivalencia – a szolidaritás elve (befizetésektől független a szolgáltatáshoz való hozzájutás)	a csoportos ekvivalencia elve: a biztosítás díját az egyén egészségügyi kockázatait figyelembe vevő, a kívánt szolgáltatási kör meghatározásával alakítják ki, a befizetés és szolgáltatás egyenlő arányú	az egyéni ekvivalencia elve
a biztosítás természete	biztosított kényszer	a felek közös akaratán alapuló magánjogi szerződés; a felek kölcsönösen perelhetők	a pénztártörvény alapján meghatározott tagsági jogviszony
az intézmény gazdálkodási alapelve	nonprofit	profitorientált	nonprofit
a biztosításban való részvétel	kötelező	önkéntes	önkéntes
az intézmény által finanszírozott egészségügyi szolgáltatások köre	választási lehetőség nélkül, törvényben szabályozott szolgáltatási kör; alapvetően teljes ellátási kör	a biztosított egyéni igényeihez és díjfizetési hajlandóságához igazodó testre szabott szolgáltatások	a pénztártag családi igényeihez és díjfizetési hajlandóságához igazodó, a pénztár alapszabályában meghatározott szolgáltatások

Az összehasonlítás szempontja	Társadalombiztosítás	Üzleti betegség-biztosítás	Önkéntes egészség-pénztár
a fizetendő járulék/díj/tagdíj meghatározása	a bruttó jövedelem százalékában meghatározott járulékfizetés	az egyén egészségügyi kockázati felárával meghatározott összegű biztosítási díj fizetése	a pénztártag által igénybe venni kívánt szolgáltatásokhoz és a pénztártag tagdíj-fizető hajlandóságához igazodó tagdíj
a járulék/biztosítási díj/pénztári tagdíj kiszámításának alapja	a járulék nagysága a biztosított bruttó jövedelme százalékában meghatározott	a biztosítási díj nagysága független a biztosított bruttó jövedelmétől, a biztosított egészségügyi kockázatai és a szolgáltatások köre alapján határozzák meg, mint például <ul style="list-style-type: none"> a biztosított kora a biztosított neme a biztosított egészségi állapotából adódó kockázatok önrészesezés egyéb szolgáltatások 	a pénztártag által igénybe venni kívánt szolgáltatásokhoz és a pénztártag tagdíj-fizető hajlandóságához igazodó tagdíj
a szolgáltatásokra előírt várakozási idő tartama	nincs	a biztosítási kötvényben meghatározott (az európai gyakorlat három hónap, de egyes szolgáltatások esetében (például fogpótlás) ez magasabb lehet	alapvetően nincs, kivéve a törvényi korlátokat (sportszüksz. vásárlása és gyógyüdülés igénybevétele)
a járulékfizetés/biztosítási díj fizetése jogán szolgáltatásra jogosult	a járulékot fizető és az ő jogán a közeli hozzátartozók	a biztosítási kötvény kedvezményezett részében meghatározott természetes személy	a tagsági díjat fizető és az ő jogán a közeli hozzátartozók
az intézmény szolgáltatásainak igénybevételi feltétele-e a járulék/biztosítási díj/pénztári tagdíj megfizetése	nem (társadalmi szolidaritás)	igen, a szolgáltatásra való jogosultság a díj megfizetéséhez kötött	igen, a szolgáltatásra való jogosultság tartalékfelhalmozó tagdíj-fizetéshez kötött
az igénybe vehető szolgáltatás összege és a fizetett járulék/biztosítási díj/pénztári tagdíj viszonya	a járulékfizetéstől független, a szerződésben meghatározott feltételek szerint	a díjfizetéstől független, a szerződésben meghatározott feltételek szerint	szolgáltatás kizárólag a pénztári tagdíjjal meghatározott egyéni számla erejéig
az intézmény potenciális tagsági köre	a törvényben meghatározott kör	a társadalombiztosítás szolgáltatásain felüli igényt támasztó, öngondoskodásra képes egyének	a társadalombiztosítás szolgáltatásain felüli igényt támasztó, öngondoskodásra képes egyének, gondoskodó vállalatok
a társadalombiztosított státus/biztosítási kötvény/tagsági jogviszony létesítésének feltétele	nincs feltétel, kényszer-csatlakozás	az egyén egészségi állapotára vonatkozó kockázatbírálás feltételeinek való megfelelés	<ul style="list-style-type: none"> 16. életév betöltése az alapszabály rendelkezéseinek elismerése tagdíjfizetés vállalása

Az összehasonlítás szempontja	Társadalombiztosítás	Üzleti betegség-biztosítás	Önkéntes egészség-pénztár
a biztosított státus megszűnésének esetei	<ul style="list-style-type: none"> a biztosítás felmondása egyik oldalról sem lehetséges a biztosítási kényszer megszűnése (ha létezik ilyen jogi szabályozás) 	mindkét fél megszűnetheti a szerződéses viszonyt	mindkét fél megszűnetheti a szerződéses viszonyt; pénztár-törvényben meghatározott szigorú feltételek mellett (díj nem fizetés), azzal a kikötéssel, hogy a pénztártag megtakarítása a tagot illeti
az intézménybe fizetendő díj kiszámítási elve	kárfelosztó	kockázatkezelő	megtakarító
az intézmény számára fizetendő járulék/biztosítási díj/pénztári tagság kiszámításának kockázati alapja	a társadalom szociális kockázatai (generációk közötti)	az egyén szociális kockázatai (az egyén kockázatainak időbeni (intertemporális) megosztása)	a család kockázatai
a járulék/biztosítási díj/pénztári tagdíj megfizetése alóli felmentés esetei	nincs	nincs	nincs (a max. hat hónapig terjedő szüneteltetés eseteit kivéve)
az intézmény bevételei	járulékok állami garanciával	biztosítási díjak és azok hozama	pénztári tagdíjak és azok hozama
az intézmény kiadási szerkezete	<ul style="list-style-type: none"> szolgáltatási kiadások az intézmény fenntartásának költségei 	<ul style="list-style-type: none"> szolgáltatási kiadások az intézmény fenntartásának költségei adózási kötelezettség a biztosító tevékenységéből adódó nyereség 	<ul style="list-style-type: none"> szolgáltatási kiadások az intézmény fenntartásának költségei adózási kötelezettség a pénztár tevékenységéből adódó nyereség, ami kizárólag a pénztártagok érdekében használható fel
a szolgáltatás nem igénybevétele esetén a biztosítói díj visszatérítésének lehetősége	a felosztó-kirovó rendszer (tartalékképzés szerepe jelentéktelen, a bevételek azonnal kifizetés formájában elhagyják a rendszert) jellegétől idegen a biztosító visszatérítése	úgynevezett bónuszként lehetséges	nem értelmezhető; a fel nem használt pénzt befektetik, a hozamok a pénztártag szolgáltatásra költhető forintjait növelik
a szerződéses viszony létrejötte	a törvényben előírt feltételek fennállása esetén	szerepeltetés alapján: két fél megegyező tárgyú akaratnyilvánítása	a belépési nyilatkozat a pénztár által történő záradékolásával: az alapszabály feltételeinek megfelelő személy tagfelvételi kérelme nem utasítható el
		<ul style="list-style-type: none"> nem elegendő az egészségügyi kockázatokat kivédeni szándékozó szerződő fél akarata a biztosítótársaság határoz, hogy elfogadja-e a szerződést, illetve mely szerződési feltételek valósulnak meg 	

Az összehasonlítás szempontja	Társadalombiztosítás	Üzleti betegség-biztosítás	Önkéntes egészség-pénztár
korhatár	nincs korhatár	elvileg nincs korhatár, azonban a biztosító kockázatviselő hajlandósága korlátozó	16 év, azonban a pénztári szolgáltatás kedvezményezettje bármilyen korú személy lehet
az intézmények által nyújtható szolgáltatások	a törvény által előírt szolgáltatások köre: <ul style="list-style-type: none"> a beavatkozás szükségességét orvosilag alátámasztott esetben a szolgáltatásra való jogosultság törvényileg előírt teljes körű egészségügyi kockázatokat kezelő szolgáltatási rendszer, beleértve az egészség megőrzését szolgáló programokat (népegészségügyi program) az orvosi beavatkozások teljes költségeinek kiegyenlítése táppénz biztosítása, beleértve a gyermek megbetegedését napi lebontásra maximált összegű anyasági segély 	<ul style="list-style-type: none"> a személyre szabott biztosítási kötvényben meghatározott szolgáltatási kör többnyire önrészt tartalmazó szolgáltatási kör minden egyes új szolgáltatás a fizetendő díj emelése mellett lehetséges az orvosi beavatkozás költségeinek (a szolgáltatás típusa, költségének nagysága) térítéséről az üzleti biztosító határoz kizárólag a biztosítási kötvényben meghatározott szolgáltatások költségeit egyenlíti ki 	<ul style="list-style-type: none"> Gyógyító-kiegészítő egészségbiztosítási szolgáltatások <ul style="list-style-type: none"> gyógyszerek gyógyászati segéd-eszköz, orvosi ellátás szakápolás természetgyógyászat gyógytorna Prevenációs-életmódjavító szolgáltatások: <ul style="list-style-type: none"> patikában forgalmazott gyógyhatású termékek gyógyteák, fog- és szájápolók gyógyfürdő, gyógy-üdülés fitnesz, sporteszköz az egészségi állapotot felmérő és szűrővizsgálatok
A szerződés felmondási lehetősége	a biztosító nem mondhatja fel a jogviszonyt	<ul style="list-style-type: none"> mindkét részről felmondható speciális esetekben felmondhatja a biztosító a biztosított a szerződés lejártát megelőzően három hónappal jogosult a szerződéses viszony felmondására indirekt módon: a szerződést a felek általában kötelezően egy-három évre kötik, ennek lejártával a biztosító nem köt új szerződést 	<ul style="list-style-type: none"> mindkét részről felmondható a pénztártag részéről bármilyen okból pénztár részéről: a pénztártag tartós díj nemfizetése esetén azzal, hogy a pénztártag megtakarításai a pénztártagot illetik
a biztosítási jogviszonyt létesíteni kívánó fél visszautasítása	nem lehetséges: amennyiben a belépni szándékozó biztosítási kötelezettsége fennáll, a biztosító köteles biztosítási szerződést kötni	lehetséges: a biztosító-társaságnak jogában áll egyes személyek, illetve biztosítási csoportok kizárása a biztosítás megkötése alól (például valamely rizikófaktor fennállása esetén)	nem lehetséges: az alapszabály rendelkezéseinek megfelelő pénztártag tagfelvételi kérelme nem utasítható el

Az összehasonlítás szempontja	Társadalombiztosítás	Üzleti betegség-biztosítás	Önkéntes egészség-pénztár
a szerződés megkötésekor fennálló betegségekben adódó kezelések költségeinek térítése	nem értelmezhető	a szerződés megkötésekor fennálló betegségekben adódó kezelések költségeit a biztosító nem vállalja át	jogosultság a pénztári tagsági jogviszony létesítésének időpontjától
a szolgáltatások körének szűkítése, illetve a szolgáltatásra való jogosultság megszüntetése a biztosítási szerződés időtartama alatt (például a kezelések növekvő költségei, vagy a szolgáltatások túl gyakori igénybevétele miatt)	<ul style="list-style-type: none"> lehetőség a szolgáltatások szűkítésére lehetőség önrész bevezetésére (lásd vizitidij) nincs lehetőség a szolgáltatásra való jogosultság korlátozására 	fennáll a lehetőség <ul style="list-style-type: none"> mind a szolgáltatási kör szűkítésére mind a jogosultság megszüntetésére 	nem jellemző (a pénztári alapszabályban lehet szűkíteni a pénztártagok által igénybe vehető szolgáltatások körét); problémát inkább a törvény általi folyamatos szűkítés jelent – lásd prevenciók szolgáltatások köre
a biztosítási jogviszonyt megelőző megbetegedések kötelező érvényű felsorolása	nem értelmezhető	<ul style="list-style-type: none"> a biztosítást kötni kívánó személy nyilatkozata szükséges arról, hogy a szerződés minden egyes pontját legjobb tudása szerint töltötte ki; bármely a szerződéskötést jelentősen befolyásoló tényező szándékos elhallgatása a szerződés biztosítótársaság részéről történő azonnali felbontását vonja maga után a biztosított személy kötelezi magát arra, hogy minden egyes a biztosítás megkötéséig rajta végzett orvosi beavatkozást, amely az egészségi állapotában bármilyen változást okozott, közül a biztosítóval a biztosított felhatalmazza a biztosítótársaságot, hogy a biztosítás érvényességének lejártá előtt fellépő bármilyen betegségéről információt szerezzen be; ehhez feloldja titoktartási kötelezettségük alól a kezelést végző személyeket, valamint a megelőző betegségbiztosítások megkötésében részt vevő feleket 	ilyen jellegű tájékoztatói kötelezettség nem áll fenn

Az összehasonlítás szempontja	Társadalombiztosítás	Üzleti betegség-biztosítás	Önkéntes egészség-pénztár
a táppénz	a társadalombiztosítás keretében, külön járulék nélkül, időbeni és összegbeli korlátozással	külön biztosítás keretében: <ul style="list-style-type: none"> időbeni korlátozása: nincs (a társaságoként eltérő biztosítási feltételekben meghatározott eseteket kivéve) összegbeli korlátozás: a nettó kereset mértékéig 	<ul style="list-style-type: none"> a pénztár alapszabálya szerint, az egyéni számla erejéig összegbeli korlátozás: a nettó kereset mértékéig
az igénybe vett szolgáltatások költségeinek kiegyenlítése	<ul style="list-style-type: none"> az orvos a társadalombiztosítási kártya alapján számol el a társadalombiztosítóval a törvényben meghatározott szolgáltatások és a szolgáltató és a társadalombiztosítás között érvényben lévő szerződés alapján a biztosítottak nem merülnek fel közvetlen költségei 	a biztosított az igénybe vett szolgáltatások számláit kiegyenlíti, majd az eredeti számlát bemutatja a biztosítónak, amely a szerződésben foglaltak szerint egészben vagy részben kiegyenlíti a számlát (csak a kötvényben meghatározott kezelések költségeit egyenlíti ki)	<ul style="list-style-type: none"> a pénztártag az igénybe vett szolgáltatások számláit kiegyenlíti, majd az eredeti számlát bemutatja az egészségpénztárnak, amely az alapszabályban/vonatkozó szabályzatokban foglaltak szerint egészben vagy részben kiegyenlíti a számlát számviteli elszámolását tekintve ugyanez a módszer jellemzi a készpénzkimélő, szolgáltató és az egészségpénztár között érvényes szerződés szerinti kiegyenlítési módot
az önrész intézménye	nem létezik	létezik; amennyiben a termékben önrészt határoznak meg, a biztosítottak kisebb összegű egészségügyi szolgáltatási számlákat nem nyújtanak be a biztosítóhoz, ez jelentősen csökkentheti az adminisztrációs költségeket, ami végső soron a járulék/biztosítási díj csökkenését is elősegítheti	elvileg nem létezik, de a pénztártag nyilvánvalóan mérlegel, hogy melyik szolgáltatást veszi igénybe az egészségpénztáron keresztül egyes szolgáltatások terhére „tartalékolhat”, ha ott például magasabb árkedvezményt ér el
a biztosított életkorának hatása a fizetendő járulékra/biztosítási díjra/pénztári tagdíjra	a járulék meghatározásakor nem befolyásoló tényező	a biztosított életkorával egyidejűleg emelkedik a járulék/biztosítási díj nagysága, a biztosított egészségi állapotából adódó kockázatok emelkedése következtében	a pénztári tagdíj meghatározásakor nem befolyásoló tényező

Az összehasonlítás szempontja	Társadalombiztosítás	Üzleti betegség-biztosítás	Önkéntes egészség-pénztár
az eltérő nemű biztosítottak kezelése	a férfiak és nők egyenlő kezelése (a járulék nagysága egyenlő a különböző neműeknél)	a női biztosítottak biztosítási díjai magasabbak, mint az azonos korú férfiakéi	a fizetendő tagdíjat nem határozza meg az eltérő nem
a biztosított családtagjainak biztosítási pozíciója	<ul style="list-style-type: none"> a biztosított családtagjai – a törvényben meghatározottak szerint – jogosultak a biztosító szolgáltatásaira a családtagok számára nem áll fenn külön járulékfizetési kötelezettség 	<ul style="list-style-type: none"> a biztosító szolgáltatására kizárólag a kötvényben meghatározott biztosított jogosult; ennek megfelelően minden egyes családtagra saját jogú biztosítást kell kötni a járulék/biztosítási díj fizetésének alapja a fentiekben meghatározottak szerint a családtagok egyéni egészségügyi kockázatai 	<ul style="list-style-type: none"> a pénztártag családtagjai és élettársa a törvényben és alapszabályban meghatározottak szerint jogosultak az egészségpénztár szolgáltatásaira
a fennálló betegségből adódó kockázat hatása a fizetendő járulék/biztosítási díj nagyságára	nincs hatással	amennyiben a biztosító teljes körű szolgáltatást nyújt, a járulék/biztosítási díj úgynevezett rizikó-díjtöbblettel egészül ki; a többletdíj nagyságát biztosításmatematikuskok orvosokkal együttműködve határozzák meg	nincs hatással
a járulék-/biztosítási díj-/pénztáritagdíj-fizetési kötelezettség szabályozása az intézmény egyes szolgáltatásainak (például táppénz, anyasági és nevelési díj) igénybevétele idején	a biztosított mentesül a járulékfizetési kötelezettség alól	a biztosított járulék-/biztosítási díj-fizetési kötelezettsége továbbra is fennáll (a biztosított számára a biztosító általában lehetőséget nyújt e kockázat kivédésére kiegészítő biztosítás kötésével)	a pénztártag – külön kérrésre (max. hat hónapra kiterjedő szüneteltetés) – mentesül a pénztári tagdíj fizetése alól
az esetleges megtakarítások örökölhetősége	tekintettel a társadalombiztosítás felosztó-kirovó jellegére, nem örökölhető	a biztosított halálával megszűnik a kötvény	az egyéni számla – a befizetések és az igénybe vett szolgáltatások különbsége – örökölhető
a működés során keletkezett nyereség felhasználása		a tulajdonos rendelkezik a működés nyereségével	nonprofit: az egészségpénztár a működés nyereségét kizárólag a pénztártagok érdekében használhatja fel
a működés során keletkezett veszteség térítési kötelezettsége	a társadalombiztosítási alap hiánya a költségvetést terheli	a tulajdonost terheli (az alapító és a szavatoló-tőke erejéig)	veszteség nem keletkeztethet, lévén hogy a pénztártagok kizárólag a befizetéseikkel meghatározott egyéni számlájuk erejéig vehetnek igénybe szolgáltatást

