

Bevezetés	2
Egészségbiztosítás.....	7
1. Egészségbiztosítás.....	7
Nemzetközi összehasonlítás	7
Jogi szabályozás	7
Jogosultság.....	8
A biztosításból kizárt személyek	9
2. Az egészségügyi ellátórendszer felépítése.....	10
Ellátási formák.....	10
Egyéb egészségügyi ellátások.....	11
Az egészségügy szervezése és irányítása.....	13
3. Az egészségbiztosítási ellátások szabályozása.....	16
Egészségbiztosítási alapú természetbeni egészségügyi ellátások	16
Egészségbiztosítási alapú pénzbeli egészségügyi ellátások	18
Nem egészségbiztosítási alapú pénzbeli egészségügyi ellátások	20
Családi támogatások, amelyek alanyi jogon járnak, és nem egészségbiztosítási ellátások.....	21
4. Betegjogok.....	23
A szolgáltatást igénybevevők jogai és kötelezettségei.....	23
Az egészségügyi ellátáshoz való jog.....	24
Az egészségügyi intézmény elhagyásának joga.....	25
A tájékoztatáshoz való jog.....	25
5. Az Európai Unió tagjaként érvényesülő szabályok.....	29
6. Finanszírozás	31
Konkrét szabályozás	33
Várható trendek	34
7. Az egészségügy minőségügyi rendszere.....	36
Belső minőségügyi rendszer	36
Külső minőségügyi rendszer.....	37
8. Modernizációs törekvések az ezredfordulón.....	39
Nyugdíjbiztosítás	42
1. Általános jellemzők	42
A nyugdíjbiztosítási rendszerünk struktúrája.....	42
A nyugdíjbiztosítási járulékok mértéke, a nyugdíjrendszer finanszírozása	44
A nyugdíjbiztosítás irányítási és szervezeti rendszere	45
A nyugdíjbiztosítást szabályozó hatályos törvények:	46
Nyugdíjszabályok EU-s tagságunkkal összefüggő alakulása	46
2. Öregségi nyugdíjrendszer	48
A kötelezően biztosítottak személyi köre:	48
Az öregségi nyugdíjjogosultság feltételei	50
Ellátások	52
Eltartottak utáni kiegészítés.....	56
A nyugdíjak évenkénti emelése	56
Korai nyugdíjazás	56
Elhalasztott nyugdíjazás	57
Kereset melletti nyugdíj.....	58
A nyugdíjak adózása	58
4. Rokkantsági nyugdíjrendszer	59
Jogosultsági feltételek.....	59
Ellátások	60

5. Özvegyi nyugdíjrendszer	63
Jogosultsági feltételek.....	63
Ellátások számítása.....	64
Özvegyi nyugdíj megosztása.....	64
Évenkénti emelés.....	65
Adózás.....	65
6. Árvellátás	66
Jogosultsági feltételek.....	66
Ellátások.....	66
Évenkénti emelés.....	67
Adózás.....	67
7. Egyéb hozzátartozói ellátás: a szülői nyugdíj	68
8. Baleseti rokkantsági és baleseti hozzátartozói nyugellátások.....	70
Jogosultsági feltételek.....	70
Ellátások.....	70
Az ellátás minimuma és maximuma.....	71
Kereseti korlátozás.....	71
Évenkénti emelés.....	71
Baleseti hozzátartozói ellátások.....	71
9. A magán-nyugdíjrendszer intézményrendszerének főbb jellemzői.....	72
A nyugdíjpénztárak alapítása, szervezete és működési, gazdálkodási rendje.....	72
Garancia Alap.....	79
Állami felügyelet.....	79

Bevezetés

A magyar lakosság egészségi állapotának mutatói – több évtizede – rendkívül kedvezőtlenül alakulnak. Egyes megbetegedések, halálokok tekintetében az ország negatív értelemben kiemelkedő helyet foglal el a nemzetközi statisztikákban. A megbetegedési és halálozási viszonyok az elmúlt évtizedben sem mutattak számottevő javulást. A daganatos betegségek okozta halálozás a legmagasabb a világon. A krónikus, nem fertőző megbetegedések súlya meghatározó az idő előtti halálozásban és a megbetegedésekben. A születéskor várható átlagos élettartam messze elmarad az Európai Unió tagállamainak mutatóitól, és különösen kedvezőtlen a középkorú férfiak kimagasló halálozása.

A magyar népesség kedvezőtlen egészségi állapotát egyrészt a nemzetközi összehasonlításban kiemelkedően rossz halandósági, megbetegedési adatok, valamint a kockázati tényezők gyakori előfordulása jellemzi.

A magyar népesség halandóságának története három jól elkülöníthető időszakra osztható: az 1960-as évek közepéig a halandóság csökkent, 1968 és 1993 között nőtt, 1994 óta pedig újra csökken. A magyar lakosság születéskor várható átlagos élettartama a férfiaknál a 60-as évektől kezdve a 90-es évek elejéig csökkent, azóta lassú emelkedést mutat, míg a nők esetében az elmúlt évtizedekben folyamatos, kismértékű emelkedés figyelhető meg. A születéskor várható élettartam kedvezőtlen alakulását döntően a 15-64 éves korúak igen magas halálozása okozza, 1993-ban meghaladta az 1930-as évek elejének halálozási szintjét.

Az országon belül a halálozás jelentős területi egyenlőtlenséget mutat. A halálozás miatt legveszélyeztetettebb megyék az ország északkeleti megyéi, ahol a halandóság a nyugat-magyarországi megyék halandóságának másfélszeresét is eléri.

A csecsemőhalandóság folyamatosan csökkent az elmúlt évtizedekben. 2001 szeptemberében Magyarországon már csak 6,0 a csecsemőhalálozás 1000 élve születésre számítva, szemben az EU-átlag 5,6-tal. Az ezer élveszületésre számított érték 2002-re 7,2-re csökkent az 1993-as 12,5-ös értékről, szemben az uniós 4,7-tel (2000).

Vezető halálokok a keringési rendszer betegségei, a daganatok és az erőszakos halálokok, valamint az 1980-as évek eleje óta a krónikus májbetegségek, a májzsugor.

A haláloki struktúrában a keringési rendszer betegségei, a daganatok, az emésztőrendszer és a légzőrendszer betegségei, valamint a balesetek, mérgezések és az erőszak szerepelnek, mint leggyakoribb halálokok (2002-ben együttes arányuk 90,3 %). A halálozások több mint fele a keringési betegségeknek tulajdonítható. A rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálozás évtizedek óta rendkívül magas, ebben hazánk vezető helyet foglal el az európai régióban. A külső okok miatti halálozás legnagyobb részét a járműbalesetek és egyéb balesetek teszik ki, ezeket követik a halállal végződő öngyilkosságok (2002-ben a külső okokból bekövetkezett halálesetek együttesen 7,2 %-ot tettek ki az összes halálozáson belül). A magyarországi öngyilkossági arány nemzetközi összehasonlításban igen magas volt. 1990-es évek elejétől folyamatosan csökkent, 1990-ben 39,8, 2002-ben 28 eset jutott százezer lakosra. Ugyanakkor a mutató értéke még mindig magas, egyike a világon legmagasabbaknak (2000-ben az OECD tagországok többségét figyelembe vevő átlag 12,3 haláleset volt százezer lakosra, korszpecifikus standardizált adatok alapján). Az emésztőrendszer betegségei

okozta halálozás az elmúlt két évtizedben igen jelentős mértékben növekedett. E főcsoport betegségei 1970-ben az összhalálozás 3,8 %-át és 2002-ben 6,9 %-át okozták. A légzőrendszeri betegségek okozta halálozási arányok kedvezően alakultak az elmúlt két évtizedben, és nemzetközi összehasonlításban is kedvezőbb a helyzetünk. 1980 és 2002 között számottevően javult ezeknek a betegségeknek a halálozása. A 100 ezer lakosra jutó halálozások aránya 1980-ban 94, 1990-ben 64, 2002-ben 46 volt.

Összegezve elmondható, hogy az életesélyek a 35 évnél fiatalabb népességben soha nem voltak olyan jók, mint manapság, a 35 és 64 év között azonban a férfiak továbbélési valószínűsége nagymértékben rosszabbodott a legutóbbi három évtizedben. Az idő előtti halálozások száma és aránya igen nagy, az összes meghalt férfi 40 %-a és a nők 20 %-a 65 éven aluli (2002).

A születéskor várható átlagos élettartam az 1990. évi 69,3 évről 2002-ben 72,4 évre növekedett. Ez a legmagasabb érték a várható élettartamok csaknem százéves idősorában, nemzetközi összehasonlításban azonban alacsony. (A születéskor várható átlagos élettartam magyarországi értékei 1970-ben 2 évvel, 2000-ben pedig már 7,3 évvel maradtak el az EU átlagától.)

Megbetegedések

A betegségben leélt élet éveket főként az ideg- és elmebetegségek (25%), a keringési betegségek (18%), a rosszindulatú daganatok (10%), valamint férfiaknál a balesetek (10%), nőknél pedig a mozgásszervi betegségek (15%) okozzák.

Férfiaknál a 25-49 éves korcsoportban az alkoholfogyasztással összefüggő betegségek, az idősebb korosztályokban a keringési betegségek a kórházi felvétel leggyakoribb okai. Nőknél 45 éves korig a felvétel indokát legtöbbször a művi terhesség megszakítás illetve a nőgyógyászati betegségek jelentik. Idősebb nőknél leggyakrabban az epeköbetegség, a gerinc-bántalmak és az emlőrák vezet kórházi felvételhez. A keringési betegségek súlya a kórházi felvételekben nőknél az 55. életévtől kezdve nő meg.

A morbiditási struktúrában a keringési rendszer betegségei jelentős helyet foglalnak el hazánkban, 2002-ben 439.000 beteg került kórházi kezelésre e főcsoport betegségei miatt. A magasvérnyomás-betegség az egyik leggyakoribb népbetegség.

A cukorbetegség száma 2001-ben több mint 470.000 fő volt, azaz a lakosság közel 5 %-át érinti.

Évente mintegy 65.000 új rosszindulatú daganatos betegséget diagnosztizálnak. A 19-54 éves korban a nők körében jelentősen gyakoribbak a daganatos betegségek (emlőrák, vastagbél, végbél daganatai, tüdődaganatok), 55 éves kor felett pedig a férfiak rákos megbetegedése a gyakoribb (főleg a tüdőrák miatt).

Az emésztőrendszer megbetegedései közül a leggyakoribb a gyomor- és nyombélfekély. A megnőtt alkoholbetegségek száma miatt a krónikus májbetegségek miatti halálozás előfordulása is igen magas.

A mozgásszervi megbetegedések, ezen belül a gerincbetegségek, az ízületi porckopás, a derékfájás és az osteoporosis a keresőképtelenség leggyakoribb okai.

Hazánkban a járványügyi helyzet összességében kedvező, európai viszonylatban is jónak mondható. A tbc incidenciája az 1970-es évektől az 1990-es évekig folyamatosan csökkent, azonban 2002-ben a nyilvántartottak száma 30/100.000 lakos volt, az EU átlag több mint kétszerese. A HIV-fertőzések szempontjából Magyarország alacsonyán fertőzött (2002-ben a fertőzések becsült száma 3.000-re tehető, a 2002-ig bejelentett AIDS betegek száma 422 fő, közülük meghalt 247 fő).

Kockázati tényezők

Dohányzás

A férfiak körében a kilencvenes évek elején csökkent a dohányosok részaránya, majd az évtized végén ismét növekedett és meghaladta az 50 %-ot. A nők körében a dohányosok részaránya folyamatosan növekszik, napjainkra elérte a 31 %-ot.

A dohányzás az elkerülhető és korai halálozás hátterében meghúzódó legjelentősebb kockázati tényező, melyet közegészségügyi szempontból indokolt súlyos népbetegségnek tekinteni. A Központi Statisztikai Hivatal szerint Magyarországon évente 28 ezer ember halála tulajdonítható a dohányzásnak (2002). Az OLEF2000 szerint Magyarországon a 18 éves és idősebb nők 26,3%-a, a férfiak 40,7%-a dohányzott, napi rendszerességű dohányzás a nők 23,0%-ára a férfiak 38,3%-ára jellemző.

Alkoholfogyasztás

A betegforgalmi és halálozási adatok alapján egyértelmű, hogy a magyar lakosság körében az alkoholfogyasztás igen jelentős probléma. A rendelkezésre álló kutatási adatok azt mutatják, hogy növekedett az alkoholt rendszeresen fogyasztók aránya, férfiak körében 89 %-ra, nők esetében 64 %-ra. A 15 éves fiúk közül minden harmadik, a lányok közül minden tizedik fogyaszt hetente szeszesitalt.

A betegforgalmi és halálozási adatok alapján egyértelmű, hogy a magyar lakosság körében az alkoholfogyasztás igen jelentős probléma. A rendelkezésre álló kutatási adatok azt mutatják, hogy növekedett az alkoholt rendszeresen fogyasztók aránya. Az OLEF2000 adatai szerint a férfiak 19,2%-a, a nők 5,1%-a nagyivó, de módszertani okok miatt a tényleges adatok ennél valószínűleg magasabbak. A nagyivók aránya férfiak esetében a középkorúak, nők esetében a fiatalok között a legmagasabb, 21,6%, illetve 6,4%. Az évtized legjelentősebb pozitívuma, hogy a 90-es évek második felében lényegesen csökkent a 30-39 évesek alkoholfogyasztása. Negatív jelenség viszont, hogy a középiskolások, különösen a lányok körében nőtt a fogyasztás. E jelenség nem magyar sajátosság. Nemzetközi összehasonlításban a középiskolások alkoholfogyasztása egyelőre nem számít magasnak. Negatív jelenség továbbá, hogy a problémás alkoholfogyasztás egyre fiatalabbakra jellemző. A nyilvántartott alkoholisták száma csökkent az 1990. évi 58,4 ezer főről a 2002. évi 36,9 ezer főre. Az alkoholisták tényleges száma megalapozott becslések szerint, és a meghatározástól függően fél és egymillió között van, a KSH legutóbbi hivatalos becslése 718 ezer (2002).

Kábítószer-fogyasztás

A nyilvántartott, illetve az első alkalommal kezelésre jelentkező kábítószer-fogyasztók száma 1995 óta folyamatosan nőtt (3.500-ról 9.500-ra), majd az 1999. évi törvénymódosítás után 3.000 körüli értékre csökkent. A 16 éves középiskolások 29 %-a kipróbált már valamilyen kábítószerrel.

A kábítószer-fogyasztással kapcsolatos adatok értékelése a számos statisztikai-módszertani probléma miatt rendkívüli óvatosságot kíván, sokkal nagyobb, mint az egészségügy más területén. A legfrissebb (2002. évi) adatok szerint az egészségügyi intézményben kezelt kábítószer-fogyasztók száma 1999 óta 12 700 körüli (2001-ben a számuk 12 ezer). A kezelt betegek között a férfiak száma nagyjából kétszerese a nők számának. A droghalálozások száma az 1997-es 339 főről 2002-re 276 főre csökkent.

Táplálkozás

Az elhízottak aránya 1994-ben a férfiak körében közel 50%, a nők körében 40% volt. Az 1990-es évek második felétől kedvező változások tapasztalhatók a táplálkozási szokásokban: megnövekedett a gyümölcsöt, a zöldséget, a szárnyasokat fogyasztók aránya, csökkent a zsírt, a szalonnát, a disznóhúst fogyasztók aránya. A kedvező változások ellenére még mindig magas az állati eredetű zsírok bevitele, és nagyon alacsony a friss zöldségfélék és a gyümölcsök fogyasztása, különösen az alacsony iskolai végzettségű és alacsony jövedelmű lakosság körében.

Az *elhízás* Magyarországon is első számú népegészségügyi probléma, több mint 1,5 millió embert érint, további 2,7 millió ember pedig túlsúlyos. A túlsúly főleg a 40 éven aluli férfiak körében gyakoribb, az ilyen korú férfiaknak mintegy a fele túlsúlyos. 65 év fölött meredeken csökken az elhízottak aránya, de ez csak látszólag kedvező jelenség, mivel az elhízással kapcsolatos megbetegedéseknek tulajdoníthatóan, az elhízottak az idősebb kort ritkábban érik el, mint normál súlyú társaik.

Testmozgás

A lakosság kevesebb, mint 20 %-a végez rendszeres testmozgást, és körülbelül minden második személy nem végez semmilyen sporttevékenységet.

A lakosság rossz egészségi állapotának egyik oka a testi edzettség hiánya. Felmérések adatai szerint Magyarországon a 15-64 éves korcsoportba tartozó férfiaknak csupán 21%-a, a hasonló korú nőknek pedig a 14%-a végez rendszeres testedzést. A fizikai aktivitásra vonatkozó arányszám értéke a korrallal rohamosan csökken. Míg a 20-29 évesek 25%-a jelezte, hogy rendszeresen edz, a 30-39 éveseknél már 15%-ra, az ennél idősebbeknél pedig 10%-ra esett vissza ez a mutató.

Környezet

Az ország területének 13 %-a szennyezett levegőjű, a lakosság közel fele ezeken a területeken él. Az egészségre káros ivóvizet fogyaszt a lakosság 3-4 %-a. A jelenleg működő szeméttlerakók 70 %-a a minimális környezetvédelmi és környezet-egészségügyi követelményeknek sem felel meg.

Hazánkban az élelmiszerek biztonsága magas szintű, rendszeresen ellenőrzött.

Az ország területének mintegy 13,2 %-a, ahol a népesség csaknem fele él, többé-kevésbé szennyezett levegőjű volt az 1997-ben végzett felmérések alapján (mérsékelt szennyezett 9,3 %, szennyezett 3,9 %).

Magyarországon az ivóvíz által jelentett arzénveszély 1,2 millió embert érint, közülük 20 ezren különösen veszélyeztetettek.

Hazánkban, 2002-ben 488 foglalkozási megbetegedést jelentettek, ez egy évtizeddel korábban közel kétszeres értéket mutatott.

Előrelépések

Nagy előrelépés az egészségügyi vezetőket képző intézmények és egyetemi szakok megindulása. A képzések nyomán az egészségügyi intézmények menedzsmentje elsajátította az önállóbb gazdálkodáshoz szükséges fogalomkészletet, és a gazdaságos intézményi működés szempontjait az orvos társadalom is széles körben elfogadta. A főbb ellátási területeken megtörtént a teljesítmény-finanszírozás bevezetése,

- a szektorsemlegesség deklarálása,
- a szabad orvos és intézet választás deklarálása, (minőségi) verseny a szolgáltatók között,
- az intézetek önállóságának részleges elérése,
- a hatékonyabb munkában való érdekelttség megjelenése, az intézeti menedzsment erősödése,
- a privatizáció megindulása.

Továbbá lépéseket tesznek a környezet védelme érdekében az Európai Unió 6. Környezetvédelmi Akcióprogramja keretében. Az egészségügyre vonatkozó adatokat a Környezetegészségügyi és Élelmiszerbiztonsági Akcióprogram tartalmazza.

További előrelépések tapasztalhatók a hulladék-gazdálkodás területén.

Az egészségmegőrzés területén az egészségesebb táplálkozás, a drog-prevenációs intézkedések, a dohányzásellenes programok, stb. irányába tett lépések is az egészségesebb életmód irányába mutatnak.

Egészségbiztosítás

1. Egészségbiztosítás

Nemzetközi összehasonlítás

A gazdaságilag fejlett országok egészségügyi rendszerét három alaptípusba szokták sorolni. Az egyikbe az adóból finanszírozott állami egészségügyi szolgálatok tartoznak - ez az ún. Beveridge modell, ilyen van például az Egyesült Királyságban. A másik csoportba a magánbiztosításokkal kiegészített erős társadalombiztosítási alapú egészségügyi szolgálatok tartoznak - ez az ún. Bismarck modell, ilyen van például Németországban. A harmadik csoportba a gyenge társadalombiztosítással és erős üzleti jellegű magánbiztosítással jellemezhető rendszerek tartoznak, ilyen van például az Egyesült Államokban.

A magyarországi egészségügyi rendszer a rendszerváltozás előtt az adóból finanszírozott rendszerekre hasonlított, hiszen nem volt biztosítás alapú, azzal a különbséggel, hogy gyakorlatilag adó sem volt, hanem az adónak megfelelő pénzüsszeget az állam eredendően elvonta, nem fizette ki, és beépítette az állami szolgáltatások rendszerébe. Így lett az egészségügyi ellátás névlegesen ingyenes, és gyakorlatilag mindenki jogosult volt az egészségügyi ellátásra.

Magyarország a '80-as évtized végén meglehetősen világosan a Bismarck-típusú rendszer mellett kötelezte el magát azáltal, hogy az Osztrák-Magyar Monarchia idején és a II. Világháború előtti időszakban kialakult társadalombiztosítási örökségre támaszkodott. Ez a rendszer a hangsúlyt tekintve folyamatosan kisebb ingamozgásban van a biztosítási, illetve abból adóból finanszírozott rendszerek között. A korábbi években az inga mintha a biztosítási elem megerősödése, az utóbbi években pedig az adóból finanszírozott rendszerek irányában mozdult volna el.

Az adóból finanszírozott rendszerre emlékeztető jel, hogy a járulékfizetés minden aktív kereső számára kötelező, a járulékfizetés mértéke lényegében az adóköteles jövedelemmel arányos. A szabályozás miatt egészségügyi ellátásra gyakorlatilag mindenki jogosult, függetlenül a járulékfizetéstől vagy annak mértékéről. Ez nem annyira konkrét járulékfizetéssel alátámasztott célbiztosítás, hanem eléggé általánosságú jellegű.

Magyarországon a társadalombiztosításon belül jelenleg egybiztosítós egészségbiztosítási modell működik, melyet üzleti biztosítók tevékenysége egészít ki. Önálló balesetbiztosítási ág egyelőre nem létezik, de létrehozását tervezik.

Jogi szabályozás

A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény, a végrehajtására kiadott 195/1997. (XI. 5.) Kormányrendelet, továbbá a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi

LXXXIII. törvény és a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) számú Kormányrendelet meghatározza az egészségbiztosítási ellátásra jogosultak körét. Eszerint valamennyi, a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (ún. Társadalombiztosítási törvény) szerint biztosított, továbbá egészségügyi szolgáltatás igénybevételére, valamint baleseti ellátásra és szerződés alapján egyes egészségbiztosítási ellátásokra jogosult személy jogosult egészségbiztosítási ellátásra. Az egészségbiztosítási ellátások igénybevételének feltétele a biztosítottak, illetőleg a foglalkoztatók járulékfizetése.

Jogosultság

Az egészségügyi természetbeni szolgáltatásra és pénzbeli ellátásokra alapjában véve a biztosított jogosult. A biztosítottak személyi körét a nyugdíjfejezet ismerteti. A biztosítottakon túl csak az egészségügyi természetbeni szolgáltatásokra további személyek jogosultak, így például a középfokú nevelési-, oktatási vagy felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató magyar állampolgár mellett az a külföldi állampolgár is, aki nemzetközi szerződés vagy az Oktatási Minisztérium által adományozott ösztöndíj alapján létesített tanuló, hallgatói jogviszonyban áll. Egészségügyi szolgáltatásra jogosultak még a táppénzben, terhességi-gyermekágyi segélyben, gyermekgondozási díjban, baleseti táppénzben, baleseti járadékban, saját jogán nyugdíjban, hozzátartozói nyugellátásban, öregségi, munkaképtelenségi, özvegyi járadékban, növelt összegű öregségi, munkaképtelenségi, özvegyi járadékban, átmeneti járadékban, rendszeres szociális járadékban, fogyatékosági támogatásban, rokkantsági járadékban, nemzeti gondozási díjban, hadigondozotti ellátásban, gyermekgondozási segélyben, rendszeres szociális segélyben, ápolási díjban, gyermeknevelési támogatásban, munkanélküliek jövedelem pótló támogatásában részesülők, továbbá a sorkatonai (polgári) szolgálatot teljesítő személyek. Meghatározott feltételek esetén egészségügyi szolgáltatásra jogosultak a biztosítottak és a felsorolt nem biztosítottak által eltartott közeli hozzátartozók és élettársuk.

Teljes körű baleseti ellátásra – a baleseti egészségügyi szolgáltatás mellett a baleseti pénzbeli ellátásra is – jogosult valamennyi biztosított személy. Ennél szűkebb a jogosultsága azoknak a személyeknek, akik a törvény rendelkezése alapján csak a társadalombiztosítás egyes ellátásaira szereznek jogosultságot. Nemcsak a biztosítottak, hanem az is jogosult a baleseti ellátásra, aki egyéni, illetőleg társas vállalkozóként kiegészítő tevékenységet folytatónak minősül. Az egyéni vállalkozó, illetőleg a társas vállalkozás tagja, mint társas vállalkozó akkor minősül kiegészítő tevékenységet folytatónak, ha saját jogú nyugdíjasként végzi ezt a tevékenységet.

Baleseti egészségügyi szolgáltatásra jogosult a nevelési-oktatási és felsőoktatási intézmény, iskola, illetőleg az iskolarendszeren kívüli oktatásban gyakorlati képzésben részesülő tanuló, hallgató. Ha a baleset a tanulót, illetve hallgatót a gyakorlati képzés során éri, a törvény rendelkezésénél fogva jogosult a baleseti egészségügyi szolgáltatások igénybevételére. Nem illeti meg az ellátás a külföldinek minősülő személyt.

Az ideg- és elmegyógyászatban, valamint az alkohol és drogbetegek gyógykezelésében a gyógyító célú foglalkoztatottakkal a munkavégzés során munkaviszony nem létesíthető, a munkaterápiás foglalkoztatás közben vagy ezzel összefüggésben elszenvedett baleset a törvény erejénél fogva alapozza meg a baleseti egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságot.

A fogva tartottak a fogva tartás ideje alatt végzett munka közben vagy azzal összefüggésben elszenvedett balesete olyan üzemi balesetnek minősül, amely alapján a fogva tartott személyt baleseti egészségügyi szolgáltatás illeti meg a törvény erejénél fogva.

Közcélu munkát végzők, különösen katasztrófa-elhárítás, életmentés, baleset-elhárítás során, vagy véradás alkalmával, ha e munkavégzés során balesetet szenvednek, vagy egészségkárosodás éri őket, baleseti egészségügyi szolgáltatásra jogosultak, függetlenül attól, hogy egyébként biztosítási jogviszonyban állnak-e vagy sem. Ez vonatkozik a közérdekű munkát végzők baleseti egészségügyi szolgáltatásra jogosultságára is.

A biztosításból kizárt személyek

A biztosítás nem terjed ki a külföldi állam diplomáciai képviselőjére, a képviselet személyzetének külföldi állampolgárságú tagjára, a diplomáciai mentességet élvező nemzetközi szerv külföldi állampolgárságú képviselőjére (munkatársára), a diplomáciai mentességet élvező nemzetközi szerv külföldi állampolgárságú alkalmazottjára, valamint az említett személyek Magyarországon tartózkodó külföldi állampolgárságú alkalmazottjára, továbbá a felsorolt személyek Magyarországon tartózkodó, velük együtt élő külföldi állampolgárságú házastársára és gyermekére.

Ugyancsak nem terjed ki a biztosítás a külföldi munkáltató által Magyarországon foglalkoztatott olyan személyre, aki külföldinek minősül. Nem terjed ki a biztosítás a magyar jogszabályok szerint be nem jegyzett külföldi munkáltató által a Magyar Köztársaság területén foglalkoztatott külföldi személyre.

A külföldi állampolgár megállapodást köthet saját, valamint a vele együtt a Magyar Köztársaság területén tartózkodó gyermeke részére az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére. Ebben az esetben a megállapodás alapján fizetendő havi járulék a megállapodás megkötése napján érvényes minimálbér összege, amennyiben saját személyére köti, gyermeke esetében pedig a minimálbér összegének 30%-a. A Magyar Köztársaság területén oktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató külföldi állampolgár részére az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére a megállapodás megkötésekor érvényes minimálbér 30%-ának megfelelő havi összegű egészségbiztosítási járulék megfizetésének vállalása esetén köthető megállapodás. Az EU csatlakozástól, 2004. május 1-jétől nem minősülnek külföldinek – tehát a biztosításból nem lesznek kizárva – a menekültként elismert személyek, a hontalanok, az EGT állampolgárai, amennyiben tartózkodási engedéllyel rendelkeznek, továbbá az EGT állampolgár harmadik országbeli állampolgár családtagjai, ha tartózkodási engedéllyel rendelkeznek.

2. Az egészségügyi ellátórendszer felépítése

A hatályos Magyar Alkotmány (a többször módosított 1949. évi XX. tv.) szerint a Magyar Köztársaság elismeri és érvényesíti mindenki jogát az egészséges környezethez. Törvényi szintű szabályok határozzák meg az egészségügyi ellátás állami rendszerét, és az ellátás anyagi fedezetét. A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez. Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével valósítja meg.

A Magyar Köztársaság az ellátáshoz való jogot a társadalombiztosítás útján és a szociális intézmények rendszerével valósítja meg. A ún. szociális biztonság jogi szabályozásának alapját elsősorban a parlament által hozott törvények képezik. A konkrét szabályozás nemegyszer rendkívül bonyolult.

Ellátási formák

Megelőző ellátások

Célja a lakosság fertőző betegségekkel szembeni ellenálló képességének fokozása, szűrővizsgálatok elvégzése, az élet- és munkakörülményekből adódó egészségkárosodások korai felismerése, egészségi alkalmasság megállapítása, a betegség szövődésének korai felismerését célzó vizsgálatok elvégzése, intézkedés a felismert elváltozások, kóros eltérések megszüntetése érdekében, továbbá a fertőző betegségek megelőzése, az egyéni kockázati tényezőkön alapuló megelőzés, a magzat egészséges fejlődésének ellenőrzése és a várandós anya egészségi állapotának védelme.

Alapellátás feladata, hogy a beteg lakóhelyén, illetve annak közelében választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül, térítésmentesen folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön. Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény a háziorvosi szolgálat piaci alapú működését tovább erősítette. A háziorvosi ellátás a szabad orvosválasztás elvén működik.

Járóbeteg-szakellátás

Az általános, térítésmentes járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás. Az általános járóbeteg-szakellátást a beteg lakóhelyének közelében kell biztosítani. Beutaló nélkül vehető igénybe a fül-orr-gégészeti, a nőgyógyászati, a sebészeti, a szemészeti, az onkológiai, az urológiai szakellátás, továbbá az ideggondozó, tüdőbeteg-gondozó ellátása.

Fekvőbeteg szakellátás

Az általános, térítésmentes fekvőbeteg-szakellátás a betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása. Ennek igénybevétele a külön jogszabályba foglaltak szerint a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. Az ellátás lehet folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás, ideértve a hosszú ápolási idejű ellátásokat is, vagy meghatározott napszakokban történő ellátás, vagy egyszeri, vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt szükség esetén a további azonnali egészségügyi ellátás biztosított. Egyes speciális diagnosztikai és terápiás háttérrel, illetve szakmailag összetett feladatok megoldását igénylő betegségek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra - a külön jogszabályban foglaltak szerint - speciális fekvőbeteg-szakellátást kell működtetni.

Egyéb egészségügyi ellátások

Az egyéb egészségügyi ellátások között szerepel az ügyeleti ellátás, mentés, betegszállítás, katasztrófa-egészségügyi ellátás, vérellátás, ápolás, haldokló beteg gondozása, rehabilitáció, orvostechnikai eszközök biztosítása, gyógyszerellátás, pszichoterápia és klinikai szakpszichológia, nem konvencionális gyógyító eljárások, egyéb gyógyászati eljárások, valamint az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység.

Ügyeleti ellátás

Az ügyeleti rendszer a napi munkarenden kívül bekövetkező sürgősségi esetekben az egészségügyi ellátás folyamatos igénybevételeként biztosítja. Sürgős esetben a betegek a mentőszolgálat, a kórházak ügyeletei és a háziorvosi ügyelet mellett, minden orvos segítségét igénybe vehetik, bármely időpontban.

Mentés

A mentés az azonnali egészségügyi ellátásra szoruló betegnek a feltalálási helyén, mentésre feljogosított szervezet által végzett sürgősségi ellátása, illetve az ehhez szükség szerint kapcsolódóan - az egészségi állapotának megfelelő ellátásra alkalmas - egészségügyi intézménybe szállítása, valamint a szállítás közben végzett ellátása. A mentés feladatait az ország egész területére kiterjedően az Országos Mentőszolgálat (OMSZ), valamint más, mentésre feljogosított szervezetek látják el az OMSZ koordinálása mellett.

Betegszállítás

A betegszállítás célja, hogy az orvos rendelése alapján biztosítsa az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést abban az esetben, ha az egészségügyi ellátás elérhetősége másként nem biztosítható. A közterületen vagy nyilvános helyen tartózkodó, magatehetetlen ittas személyt a mentőszolgálat kijózanító állomásra szállítja. A beszállított

személyt kijózanodásáig, de legfeljebb 24 órai időtartamra lehet a kijózanító állomáson visszatartani. A szállítás és a kijózanítás költsége a beteget, ill. az ittas személyt terhelik, s ez nem tartozik a biztosítás körébe.

Katasztrófa-egészségügyi ellátás

Ez az ellátás katasztrófa esetén gondoskodik a veszély elhárításához szükséges feltételek biztosításáról, továbbá ellátja az annak elhárítását célzó tevékenységek általános irányítását.

Vérellátás

A vérellátás a gyógyításhoz szükséges vér és vérkészítmények biztosítására, illetőleg a vérkészítmények terápiás felhasználására irányuló egészségügyi és társadalmi tevékenység.

Ápolás

Az ápolás azoknak az ápolási és gondozási eljárásoknak az összessége, amelyek feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése, a szenvedések enyhítése a beteg emberi méltóságának a megőrzésével, környezetének az ápolási feladatokban történő részvételre való felkészítésével és bevonásával.

A haldokló beteg gondozása

A haldokló beteg gondozásának (hospice ellátás) célja a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő személy testi, lelki ápolása, gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának haláláig való megőrzése. A hospice ellátást lehetőség szerint a beteg otthonában, családja körében kell nyújtani.

Rehabilitáció

A rehabilitáció olyan szervezett segítség, amit a társadalom nyújt az egészségében, testi vagy szellemi épségében ideiglenes vagy végleges károsodás miatt fogyatékos személynek, hogy helyreállított vagy megmaradt képességei felhasználásával ismét elfoglalhassa helyét a közösségben.

Orvostechnikai eszközellátás

Orvostechnikai eszköz - ideértve a gyógyászati segédeszközt is - akkor hozható forgalomba, illetve akkor használható, ha kielégíti a külön jogszabály szerinti minőségi követelményeket és erre vonatkozóan a kijelölt szerv megfelelőségi vizsgálatot folytatott le, valamint a külön jogszabályban meghatározott szerv nyilvántartásba vette, és megfelelőségi jelzéssel látta el.

Gyógyszerellátás

Az egészségügyi ellátás része a gyógyszerellátás, amelynek célja – a külön törvényben foglaltak szerint - biztosítani a gyógyító és megelőző tevékenységhez a gyógyszerek hivatalos jegyzékében szereplő megfelelő minőségű, biztonságos, hatásos és költség-hatékony gyógyszereket.

Pszichoterápia és klinikai szakpszichológia

A pszichoterápia többféle módszeren alapuló, tudományosan megalapozott, a pszichés és pszichoszomatikus zavarok esetén alkalmazott, egyéni vagy csoportos formában, több meghatározott időtartamú terápiás ülésben történő, orvosi vagy pszichológusi végzettséggel és szakirányú szakképesítéssel végezhető terápiás eljárás.

Nem hagyományos gyógyító eljárások

A nem hagyományos gyógyító és természetgyógyászati eljárások az egészség és betegség eltérő szemléletén alapuló módszereken alapulnak. Ezek gyógyító eljárás helyettesítő eljárásaként csak orvosi ellenőrzés mellett alkalmazhatók.

Egyéb gyógyászati ellátások

A gyógyászati ellátások körébe tartoznak azok a kiegészítő jellegű egészségügyi szolgáltatások, amelyek az orvos rendelése alapján a gyógykezelés részét képezik, de orvosi rendelés hiányában is igénybe vehetők.

Az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység

Az egészségügyi szolgáltatások közé tartozik a gyógyító-megelőző ellátás keretében végzett, valamint a társadalombiztosítási ellátások igénylésével összefüggő egészségügyi szakértői tevékenység, így különösen a munkára, illetőleg a szakmára való egészségi alkalmasságnak, a keresőképességnek, a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése.

Az egészségügy szervezése és irányítása

Az állam felelős a lakosság egészségi állapotáért, különösen az ehhez szükséges feltételrendszer kialakításán keresztül. Az egészségügy szervezésével és irányításával kapcsolatos feladatok ellátásáért, valamint az ezekkel összefüggő jogok gyakorlásáért és kötelezettségek teljesítéséért való felelősség az Országgyűlést, a Kormányt, az egészségügyi minisztert, az ÁNTSZ-t, illetőleg a helyi önkormányzatokat, továbbá az egészségbiztosítási szerveket, valamint az egészségügyi intézmény fenntartóját terheli.

Az Országgyűlés feladatai

Az Országgyűlés az egészségügyel kapcsolatosan tevékenysége során figyelembe veszi és érvényesíti a lakosság egészségének megőrzéséhez fűződő érdekeket és az ehhez rendelt egészségpolitikai célokat. Elfogadja az egészségügyet, az ellátórendszereket, azok működését szabályozó törvényeket, valamint a Nemzeti Egészségfejlesztési programot. Értékeli programban foglaltak végrehajtását és a lakosság egészségi állapotának általános helyzetét.

Nemzeti Egészségfejlesztési Program

A Nemzeti Egészségfejlesztési Program az egészségügyi tervezés alapja. E programban foglaltakat a gazdaságpolitikai, a terület-, illetőleg településfejlesztési, továbbá valamennyi állami tervezés körébe tartozó döntés meghozatala, illetőleg végrehajtása során érvényre kell juttatni. Ezt a programot legalább négyévenként felülvizsgálják.

A Kormány feladatai

A Kormány az egészségügyi miniszter útján gondoskodik a program előkészítéséről, s annak az Országgyűlés elé terjesztéséről, meghatározza az egészséget támogató Kormányzati politika, ezen belül az egészségpolitika elveit, céljait és főbb irányait, irányítja és összehangolja az egészségügyi államigazgatási feladatok végrehajtását, gondoskodik az egészségügyet érintő nemzetközi szerződésekben foglalt kötelezettségek teljesítéséről, és törvényességi felügyeletet gyakorol az egészségbiztosítási szervek tevékenysége felett.

Nemzeti Egészségügyi Tanács

A Kormány egészségügyi szervezéssel és irányítással kapcsolatos feladatainak ellátását a Nemzeti Egészségügyi Tanács segíti, mely a Kormányzati egészségpolitika kialakításában és az ezzel összefüggő döntések meghozatalában kezdeményező, véleményező és tanácsadó, a Kormányzati egészségpolitikai döntések végrehajtásának folyamatában ellenőrző, elemző és értékelő tevékenységet végez.

Az egészségügyi miniszter feladatai

Az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter a vonatkozó törvényben foglaltaknak, valamint a Kormány egészségpolitikai döntéseinek megfelelően ellátja az egészségügy ágazati irányítását. A miniszter ágazati irányító jogköre kiterjed minden egészségügyi tevékenységre és minden egészségügyi szolgáltatóra. A miniszter tevékenységét az Egészségügyi Tudományos Tanács, a szakmai kollégiumok, valamint az országos intézetek segítik.

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat feladatai

Az ÁNTSZ központi és területi szervei ellátják a népegészségügy, valamint az egészségügyi szakigazgatás és koordináció körében a meghatározott állami feladatokat és hatásköröket.

Helyi önkormányzatok

A települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás körében gondoskodik a háziiorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról, a fogorvosi alapellátásról, az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátásról, a védőnői ellátásról és az iskola-egészségügyi ellátásról. Az önkormányzat képviselő-testülete megállapítja és kialakítja az egészségügyi alapellátások körzeteit, megállapítja a körzet székhelyét. A helyi önkormányzat biztosítja a tulajdonában vagy használatában levő járóbeteg-szakellátást, valamint a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmények működését.

Az egészségbiztosítási szervek feladatai

Az egészségbiztosítási szervek biztosítják az egészségügyi intézmények által nyújtott egészségügyi szolgáltatásoknál a szükséges kapacitás megfelelő időben történő lekötését, valamint a teljesített és ellenőrzött szolgáltatás finanszírozását.

Egészségügyi intézmények fenntartója

Az egészségügyi intézmények fenntartójának hatásköre az alapítói jogok, a létesítés, az átszervezés, illetve a megszüntetés, az intézmény költségvetésével kapcsolatos jogok, az intézmény vezetőinek tekintetében a munkáltatói jogok, a szervezeti és működési szabályzat, házirend jóváhagyása, az intézmény működésének folyamatos felügyelete és ellenőrzése.

3. Az egészségbiztosítási ellátások szabályozása

A társadalombiztosítás keretében nyújtott egészségbiztosítási ellátások két nagy csoportra oszthatók:

- a természetben nyújtott egészségügyi szolgáltatások, amelyek közé tartoznak, egyebek mellett, az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, a fekvőbeteg szakellátás, és a baleseti egészségügyi szolgáltatások,
- pénzbeli ellátások, amelyek közé tartoznak egyebek mellett a táppénz, a terhességi-gyermekágyi segély, a baleseti táppénz, a baleseti járadék.

Egészségbiztosítási alapú természetbeni egészségügyi ellátások

Alapellátás

Az alapellátásba sorolják a megelőző, tanácsadó, gondozó tevékenységet, és a házi orvos feladatkörébe tartozó gyógykezelést és orvos szakértői szolgáltatást. Az alapellátás keretén belül az egészségügyi szolgáltatásra jogosult a házi orvosi ellátás térítésmentesen veheti igénybe. A házi gyermekorvosi szolgálat a 14. életévig általában, 14-18 éves korúaknak pedig felkérésre nyújt alapellátást. A házi orvosi rendszerben lehetőség van a szabad orvosválasztásra. A területi ellátásra kötelezett házi orvos helyett továbbra is választható másik házi orvos. A választott házi orvos személye évente egy alkalommal indokolás nélkül megváltoztatható, ennél többször csak indokolt esetben. Ilyennek tekintendő az átjelentkezés például a tartózkodási hely megváltozása esetén, illetve minden olyan eset, amikor a választott orvos felkeresése akadályba ütközik. A házi orvosi ellátás keretében igényelhető szolgáltatások:

- az egészséges életmód segítését szolgáló tanácsadás, az egészségi állapot folyamatos figyelemmel kísérése,
- betegség esetén orvosi vizsgálat és gyógykezelés,
- a házi orvos által kezdeményezett, a biztosított otthonában történő szakorvosi vizsgálat és vélemény,
- krónikus betegség esetén házi orvosi gondozás, a gyógykezeléshez szükséges (az egészségügyi szolgáltatásra jogosult vagy a gondozását végző személy által használt) diagnosztikus és terápiás eszközök használatának a megtanítása,
- az alapellátás keretében végzett szakápolás,
- a keresőképesség elbírálása,
- egyéb orvos-szakértői vizsgálat és szakvélemény (például ha az a társadalombiztosítási ellátásra való jogosultság megállapítására irányul).

A házi orvos feladata a védőoltással, fertőző betegségekkel, ételmérgezésekkel kapcsolatos teendők elvégzése, valamint halott vizsgálat. A házi orvos feladata a terhesek gyógyító-megelőző alapellátása, az ügyeleti szolgálatban való részvétel, orvos-szakértői tevékenység végzése, ezen belül díjazás ellenében láttelelet készítése.

Járóbeteg-szakellátás

Járóbeteg-szakellátás keretében az egészségügyi szolgáltatásra jogosult térítésmentesen vehet igénybe szakorvosi vizsgálatot és gyógykezelést. A szakellátást elsősorban az alapellátás orvosának beutalásával lehet igénybe venni. Beutaló nélkül vehető igénybe a bőrgyógyászati, fül-, orr-, gégészeti, nőgyógyászati, az általános és a baleseti sebészeti, a szemészeti, az onkológiai, az urológiai szakellátás, továbbá a gondozók (tüdőbeteg-gondozó, pszichiátriai gondozó, alkoholológiai gondozó) által nyújtott orvosi ellátás.

Fogászati ellátás

Teljes körű fogászati alap- és szakellátásra jogosultak a 18 évesnél fiatalabbak, a nők a terhesség alatt és a szülést követő 90 napig, valamint a 60 évesnél idősebbek. Teljes körű alap- és szakellátásra jogosultak a 18 évesnél idősebbek is, ha középfokú oktatási intézmény nappali tagozatán tanulnak. Az előzőekben nem említett jogosultaknak a sürgősségi ellátás, a fogsebészeti ellátás, a fogkö-eltávolítás és az ínyelváltozások kezelése jár térítésmentesen. Életkortól függetlenül térítésmentes a fogmeztartó kezelés (fogtömés, gyökérkezelés).

Fekvőbeteg szakellátás

A biztosítottak, illetve a jogosultak betegség esetén, általában orvosi beutalóval, fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást vehetnek igénybe. Az ellátás a betegség megállapításához szükséges vizsgálatra, az orvos által előírt gyógykezelésre, műtétnél a gyógyászati anyagok, protetikai eszközök felhasználására, valamint a gyógyászati ellátásra terjed ki. Ide tartozik a kezeléshez szükséges gyógyszer, vérkészítmény, kötszer, ideiglenes gyógyászati segédeszköz, az étkezés. Az orvosi útmutatással otthon is ellátható betegek szakápolásra jogosultak. A jogosultat fekvőbeteg-gyógyintézeti kivizsgálás is megilleti, ha ezt például szociális ellátás megállapításához szükséges szakértői vélemény elkészítése indokolja. Térítésmentesen jár a szülészeti ellátás és az orvosi rehabilitáció keretében nyújtott ellátás is.

Szanatóriumi ellátás

A biztosított az orvosi rehabilitáció keretében szanatóriumi ellátásra jogosult. Ennek során a szanatórium a fekvőbeteg-gyógyintézettel azonos szolgáltatásokat, ellátásokat nyújtja a jogosultnak. A rehabilitációs célú szanatóriumi ellátás az arra jogosult orvos beutalása alapján vehető igénybe. E nélkül térítési díjat kell fizetni.

Ellátás üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedés esetén

Üzemi baleset a biztosítottat foglalkozása körében végzett munkaközben vagy azzal összefüggésben ért baleset, illetve munkába vagy onnan hazamenet közben ért baleset, ha munkahelyét a lehető legrövidebb úton közelíti meg. Üzeminek minősül továbbá a biztosítottat közcélú munka közben ért baleset. Nem minősül üzemi balesetnek az ittas állapotban, vagy a munkahelyi feladatokhoz nem tartozó, engedély nélkül végzett munka, engedély nélküli járműhasználat, munkahelyi rendbontás, illetve a lakásról (szállásról) a munkába, a munkából a lakásra (szállásra) menet közben indokolatlanul, nem a legrövidebb útvonalon közlekedve, vagy az utazás indokolatlan megszakítása során történt baleset.

Az üzemi balesetet szenvedett vagy foglalkozási megbetegedett baleseti egészségügyi szolgáltatás, baleseti táppénz és baleseti járadék illeti meg.

Engedélyhez kötött külföldi gyógykezelés

Engedélyhez kötött külföldi gyógykezeléshez a szakmailag illetékes országos intézet javaslata szükséges. Ezt a betegnek vagy kezelőorvosának kell beszereznie. A külföldi gyógykezelés indokoltságáról országos státusú gyógyintézet szakmai bizottsága dönt. A kedvező döntés feltétele, hogy külföldön már eredményesen alkalmazzák a gyógymódot, és a hazai kezelés külföldi szakember meghívásos közreműködésével sem oldható meg. A szakmai bizottság javaslatot tesz a gyógyintézetre, tájékozódik annak fogadókészségéről, a kezelés kezdetről, várható időtartamáról és költségeiről. A külföldi kezelést kezdeményező személy benyújtja az egészségbiztosítási pénztárnak a szakmai bizottság javaslatát, a külföldi gyógyintézet fogadó nyilatkozatát és a költségbecslést. Mérlegelés alapján az OEP dönt a támogatás összegének nagyságáról. A külföldi gyógykezelésről hazatérő beteg nyolc napon belül köteles eljuttatni a kórházi zárójelentést és a kapott számlákat a pénztárnak. A külföldi gyógykezeléssel kapcsolatos utazási költséget, mely a másodosztályú vonatjegy ára lehet, a lakóhely szerint illetékes egészségbiztosítási pénztár megelőlegezi. Az utazási költség-térítés, ha az orvos indokoltnak tartja, az utazó kísérőt is megilleti. Az előleggel a hazatérés után a felvétel helyén kell elszámolni. Az EU tagságunk után is ezek a szabályok lesznek az irányadóak.

Egészségbiztosítási alapú pénzbeli egészségügyi ellátások

Utazási költségtérítés

Utazási költségtérítés illeti meg a jogosultakat a járóbeteg- és fekvőbeteg szakellátás igénybevételekor, továbbá gyógyászati segédeszköz készítéséhez, próbájához szükséges utazás esetén, ha ehhez nem helyi közlekedési eszközt vesznek igénybe, és a területileg illetékes vagy a lakóhelyükhöz legközelebb eső egészségügyi intézményt keresik fel. A jogosult a illetékes orvos által kiállított utalvánnyal a vasút- és az autóbusz-társaságok járatain utazhat. Aki utalvány nélkül utazik az egészségügyi szolgáltatóhoz, csak a visszaútra kaphat támogatást, és csak akkor, ha azonnali ellátása indokolt volt. Szűrővizsgálatra beutaltaknak is jár utazási költségtérítés.

Táppénz

A munkaviszonyban, közalkalmazotti, köztisztviselői jogviszonyban álló biztosított a betegsége esetén legkorábban csak a betegszabadságra való jogosultság lejártát követő naptól jogosult táppénzre. Táppénz akkor jár a biztosítottnak, ha a biztosítás tartama alatt, vagy annak megszűnését követő három napon belül betegszik meg, és 3-4 százalékos egészségbiztosítási járulék fizetésére (volt) kötelezett. A táppénz legfeljebb egy évig jár, feltéve, ha a biztosított volt a betegséget megelőzően egy év biztosítási jogviszonya. Ennek hiányában a táppénz a folyamatos biztosítás időtartamával azonos ideig jár. A biztosítás megszűnését követő jogosultság esetén a táppénz a korábbi 180 nap helyett 2004. április 1-jétől 90 napig jár. A táppénz napi összegének kiszámításához általában azt a keresőképtelenséget közvetlenül megelőző naptári évben elért jövedelmet kell alapul venni, amely után a biztosított egészségbiztosítási járulékfizetésre kötelezett volt. A táppénz összege a megállapított naptári napi átlagkereset 60 százaléka, két év folyamatos biztosítás esetén annak 70 százaléka. Folyamatos a biztosítási idő akkor, ha abban harminc

napnál hosszabb megszakítás nincs. A fekvőbeteg-gyógyintézeti ápolás idejére az átlagkereset 60 százaléka jár.

A keresőképtelenség első napjától jár a táppénz, ha a dolgozó terhesség vagy szülés miatt nem tudja végezni a munkáját, és terhességi-gyermekágyi segélyre nem jogosult, vagy ha járványügyi, illetve állategészségügyi zárlat miatt munkahelyén megjelenni nem tud, és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg sem foglalkoztatható. Ilyenkor a táppénzt teljes egészében az egészségbiztosító fizeti. Az egyéni és társas vállalkozók, a segítő családtagok, a szakmunkásképző iskolai tanulók, akik nem jogosultak betegszabadságra, szintén a keresőképtelenség első napjától jogosultak táppénzre.

Baleseti táppénz

Baleseti táppénzre jogosult, aki üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedés következtében keresőképtelen. Azt is keresőképtelennek kell tekinteni, aki az üzemi balesettel összefüggő és gyógykezelést igénylő egészségi állapot romlása vagy a gyógyászati segédeszköz hiánya miatt nem tud munkát végezni. Baleseti táppénz a biztosítottnak az előzetes folyamatos biztosítási időre tekintet nélkül keresőképtelensége időtartamára jár, legfeljebb azonban egy évig. A baleseti táppénz folyósítását az Országos Orvosszakértői Intézet egy évvel meghosszabbíthatja. A baleseti táppénz napi összege azonos a táppénzalapként figyelembe vehető naptári napi átlagkereset összegével. A baleseti egészségügyi szolgáltatás alapján az üzemi balesetből (foglalkozási megbetegedésből) eredő egészségkárosodás miatt szükségessé vált gyógyszerhez, gyógyászati segédeszközökhöz 100 százalékos ártámogatás jár, de a teljes összegű támogatás feltétele, hogy az igénybe vett gyógyszerhez az OEP egyébként is támogatást nyújtson. A baleset üzemiségét, illetve a foglalkozási megbetegedés tényét a baleseti táppénz megállapítására jogosult szerv állapítja meg.

Gyermekápolási táppénz

A szülőnek ápolás címén gyermekápolási táppénz jár:

- a gyermek egyéves koráig, az apának csak akkor, ha egyedül álló,
- 1 évesnél idősebb, de 3 évesnél fiatalabb gyermek esetén évenként és gyermekenként bármelyik szülőnek 84 naptári napig,
- 3 évesnél idősebb, de 6 évesnél fiatalabb gyermek esetén évenként és gyermekenként bármelyik szülőnek 42, egyedülállóknak 84 naptári napig,
- 6 évesnél idősebb, de 12 évesnél fiatalabb gyermek esetén évenként és gyermekenként bármelyik szülőnek 14, egyedülálló esetében 28 naptári napig.

Az igénybe vehető gyermekápolási táppénzes napok nem naptári évre, hanem a gyermek két születésnapja közti időszakra vonatkoznak, s a fel nem használt napok nem vihetők át a következő időszakra.

Gyermekgondozási díj

A kétévesnél fiatalabb gyermeket gondozó szülőknek gyermekgondozási díj (GYED) jár. A GYED feltétele, hogy az igénylő a jogosultság kezdőnapján biztosítási jogviszonyban álljon, és az anya a szülést megelőző két évben legalább 180 napi biztosítási idővel rendelkezzen.

Az anyának akkor is jár a GYED, ha a legalább 180 napot elérő biztosítása a terhességi-gyermekágyi segélyezése alatt szűnt meg. Amennyiben az apa vagy a szülők helyett más jogosult személy (pl. a gyermeket örökbe fogadó, a gyermek gyámja) kívánja igénybe venni a GYED-et, akkor számára a jogosultság kezdőnapját megelőző két évben 180 napos biztosítási idővel kell rendelkeznie. A gyermekgondozási díj iránti igényt a foglalkoztatónak írásban kell benyújtani. A gyermekgondozási díj, a naptári napi átlagkereset 70%-a, de havi összege - évenként változó mértékben - maximálva van. 2004-ben a GYED maximális összege havi 83.000 Ft, napi 2.766,66 Ft. A GYED összegét egyebekben a táppénzre vonatkozó keresetek alapján kell számítani.

Terhességi-gyermekágyi segély

Terhességi-gyermekágyi segélyre jogosult, aki a biztosítása tartalma alatt, vagy annak megszűnését követő 42 napon belül szül, és a szülést megelőző két éven belül legalább 180 napig biztosítási idővel rendelkezik. Terhességi-gyermekágyi segélyre az is jogosult, aki táppénzben, baleseti táppénzben részesül, és az ellátás folyósításának az időtartama alatt, vagy az ellátás folyósításának a megszűnését követő 28 napon belül szül, és a szülést megelőző két éven belül van összesen 180 napi biztosítási ideje. A terhességi-gyermekágyi segély a szülési szabadságnak megfelelő időre jár, ez a Munka Törvénykönyve szerint 168 naptári nap. A terhességi-gyermekágyi segély a napi átlagkereset 70 százaléka.

Nem egészségbiztosítási alapú pénzbeli egészségügyi ellátások

Betegszabadság

Betegszabadsága időtartamára a munkavállaló a munkaszerződésben meghatározott, de pótlékokkal csökkentett havi bérének 80 százalékát kapja meg. Ezt a munkáltatónak kell kifizetnie, aki emellett a betegszabadságra járó összeg után társadalombiztosítási járulékot és egészségügyi hozzájárulást is köteles fizetni. A kezelőorvosnak a betegszabadság teljes időtartamára igazolnia kell a keresőképtelenséget. A betegszabadság időtartama legfeljebb évi 15 munkanap. Nem kell a munkáltatónak betegszabadságot fizetnie, ha a biztosított beteg gyermeke ápolása vagy üzemi baleset, illetve foglalkozási megbetegedés miatt válik keresőképtelenné.

Szülési szabadság

A szülési szabadság a Munka Törvénykönyve szerint 24 hét (168 naptári nap) lehet.

A várandós anya (kismama) választhat, hogy a szülési szabadságot a szülés várható időpontját megelőző 28 napon belül vagy a szülés napjától veszi igénybe. A szülési szabadság megszűnik, ha a gyermek halva születik, vagy a gyermeket állami gondozásba adják, de a terhességi-gyermekágyi segély 42 napig ez esetekben is jár.

Anyasági támogatás

Anyasági támogatásra az a szülő nő jogosult, aki a terhessége alatt legalább négy alkalommal, koraszülés esetén legalább egyszer részt vett terhesgondozáson. Az anyasági támogatás összege gyermekenként azonos a gyermek születésekor érvényes öregségi nyugdíj minimum 225 150 százalékaival 2004-ben 52.200 forint). Ikerszülés esetén az öregségi

nyugdíjminimum 300 %-a jár (2004-ben 69.600 forint). Anyasági támogatásra jogosult az örökbe fogadó szülő, ha a szülést követő 60 napon belül az örökbefogadást jogerősen engedélyezték, továbbá a gyám, ha a gyermek a születését követő 60 napon belül jogerős határozattal a gondozásába kerül. Az anyasági támogatás iránti igény a szülést követő 180 napon belül érvényesíthető.

Ápolási díj

Az ápolási díj a tartósan gondozásra szoruló személy otthoni ápolását ellátó hozzátartozó részére biztosított anyagi hozzájárulás. Ápolási díjra jogosult a hozzátartozó, ha önmaga ellátására képtelen, állandó és tartós felügyeletre, gondozásra szoruló 2 év feletti súlyos fogyatékos vagy 18. életévét be nem töltött tartósan beteg személy gondozását, ápolását végzi. Az önkormányzat rendeletében meghatározott feltételek esetén ápolási díj állapítható meg annak a hozzátartozónak, aki 18. életévét betöltött tartósan beteg személy gondozását végzi. Az ápolási díj megállapítása iránti kérelemhez csatolni kell a házi orvos arra vonatkozó szakvéleményét, hogy az ápoló önmaga ellátására képtelen, állandó és tartós felügyeletre, gondozásra szorul. Az ápolási díj összege nem lehet kevesebb az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 60 százalékánál, 2004-ben 13.920 forintnál. Az ápolási díj folyósításának időtartama szolgálati időre jogosít.

Temetési segély

A települési önkormányzat képviselőtestülete temetési segélyt nyújthat annak, aki a meghalt személy eltemettetéséről gondoskodott annak ellenére, hogy arra nem volt köteles, vagy tartására köteles hozzátartozó volt ugyan, de a temetési költségek viselése a saját, illetve családjára életfenntartását veszélyezteti.

Családi támogatások, amelyek alanyi jogon járnak, és nem egészségbiztosítási ellátások

Családi támogatásokra a háztartásában gyermeket nevelő, itt élő magyar állampolgár, EU-s tagságunktól kezdődően a tartózkodási engedéllyel rendelkező EGT állampolgár, illetve a menekültként elismert és a bevándorlási engedéllyel rendelkező külföldi állampolgár jogosult. Főbb ellátások:

Családi pótlék

Családi pótlékre a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, valamint a szülővel együtt élő házastárs, a nevelőszülő és gyám jogosult, ha a háztartásában 16 éven aluli gyermeket vagy tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermeket (személyt) nevel vagy gondoz. Közoktatási intézményben tanulmányokat folytató gyermek után 22. életévének betöltéséig, 2004. szeptember 1-jétől 23. életévének betöltéséig, illetve ennek a tanévnek a végéig jár a családi pótlék. Családi pótlék a gyermekotthonban vagy intézetben elhelyezett gyermek után az intézmény vezetőjének jár. A családi pótlék havi összege egy-gyermekekeseknél 4.900 forint (egyedülállónál 5.700 forint), kétgyermekeseknél gyermekenként 5.900 forint (egyedülállónál 6.900 forint), három- vagy többgyermekeseknél gyermekenként 7.500 forint (egyedülállónál 8.000 forint) és a tartósan beteg, súlyosan fogyatékos gyermekek esetén 13.300 forint.

Gyermekgondozási segély

Gyermekgondozási segélyre (GYES) az a szülő (nevelőszülő) jogosult, aki háztartásában 3 évesnél fiatalabb, vagy 10 évesnél fiatalabb tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermeket gondoz. A gyermekgondozási segélyben részesülő szülő a gyermek másfél éves koráig nem folytathat jövedelemszerző tevékenységet. A gyermek másfél éves kora után legfeljebb napi négyórás állást vállalhat, az otthon végezhető munkára nincs időkorlát. Meghatározott feltételek esetén a nagyszülő is jogosult GYES-re a gyermek első életévének betöltésétől. A GYES összege azonos az öregségi nyugdíjminimum összegével, 2004-ben 23.200 forint, ikerszülés esetén ennek kétszeresével.

Gyermeknevelési támogatás

Gyermeknevelési támogatásra (GYET) az a szülő jogosult, aki a háztartásában három vagy több kiskorú gyermeket nevel. A támogatás a legfiatalabb gyermek 3 éves korától 8 éves koráig jár. A gyermekgondozási támogatás összege azonos az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegével (2004-ben havi 23.200 Ft).

4. Betegjogok

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény megállapítja az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők jogait és kötelezettségeit.

A szolgáltatást igénybevevők jogai és kötelezettségei

Az egészségügyi jogalkotás egyik legjelentősebb fejleménye a betegjogokkal kapcsolatos, meglehetősen részletes rendelkezések meghozatala. A betegjogoknak ez az összefoglalása és részletezése sok segítséget nyújt a jogalkalmazásban, hasznos a betegek és az egészségügyi ellátó személyzet számára egyaránt.

A törvény mindenki számára segítségnyújtási kötelezettséget is előír a tőle elvárható módon, továbbá: mindenki köteles az egészségügyi szolgálatot értesíteni sürgős szükség esetén.

Mindenkinek joga van az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés területén az ismeretszerzésre. Ugyancsak joga van az egészségével kapcsolatos kérdésekben. A betegjogok részletes ismertetése előtt célszerű a törvény által követett rendszerben a főbb címeket felsorolni a jobb áttekinthetőség érdekében.

A betegek jogai:

- Az egészségügyi ellátáshoz való jog.
- Az emberi méltósághoz való jog.
- Az egészségügyi ellátás során a kapcsolattartás joga.
- Az egészségügyi intézmény elhagyásának joga.
- A tájékoztatáshoz való jog.
- Az önrendelkezéshez való jog (e körben kerül szabályozásra a beleegyezés és a nyilatkozatok kérdése).
- Az ellátás visszautasításának joga (e helyen szabályozzák a passzív eutanáziát és a „living will” (elő-végrendelet) intézményét.).
- Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga.
- Az orvosi titoktartáshoz való jog.
- Panaszjog.
- Betegjogi képviselő igénybevételének joga.
- Közvetítő tanács igénybevételének joga.
- Külön törvényekben és végrehajtási szabályokban rendelkeznek az egészségügyi adatok védelméről, ami elsősorban a titoktartásra, az adatok megismerésére, és az adatok feletti rendelkezésre vonatkozó normákat foglalja össze.

Az egészségügyi ellátáshoz való jog

Az egészségügyi ellátáshoz való jog a következőket jelenti: jogosultságot sürgős szükség esetén

- az életmentésre,
- súlyos és maradandó egészségkárosodás megelőzésére,
- fájdalomcsillapításra,
- a szenvedés csökkentésére.

Lehetősége van a betegeknek arra is, hogy szolgáltatót, vagyis intézményt, ill. ezen belül orvost választhassanak. A beteget ahhoz a szolgáltatóhoz kell irányítani, ahol a legrövidebb időn belül ellátható.

A magyar egészségügy új intézménye a várólista bevezetése. A beteget két esetben lehet várólistára tenni,

- ha más szolgáltatónál sem lehetséges az ellátása;
- a beteg más szolgáltatót nem fogad el. A beteg tájékoztatásnak ilyenkor ki kell terjednie a várakozás okára, időtartamára és következményére.

A várólisták csak egészségügyi, személyazonosító adatokat és a kiválasztási körülményekre vonatkozó információkat tartalmazhatnak.

Az emberi méltósághoz való jog

Az egészségügyi törvény rendelkezik arról, hogy a betegek emberi méltóságát tiszteletben kell tartani. A törvény az emberi méltóság védelmének tekinti azt a tilalmat, hogy a betegen csak az ellátáshoz szükséges beavatkozást végezhetik el. (Ez alól csak törvény tehet kivételt.)

E körben rendelkezik a törvény arról, hogy magukat a beteg jogokat is a beteg egészségi állapota által indokolt ideig és törvényben meghatározott mértékben és módon lehet korlátozni.

A betegek személyes szabadságát az egészségügyi ellátás során, fizikai, kémiai, biológiai vagy pszichikai módszerekkel ill. eljárásokkal kizárólag csak két esetben lehet korlátozni:

- ha sürgős szükség áll fenn,
- ha a beteg vagy mások életének, testi épségének és egészségének védelme ezt megkívánja.

A korlátozás nem lehet büntető jellegű, és csak addig tarthat, amíg a szabadságkorlátozás elrendelésének oka fennáll.

A korlátozó módszerekről szóló rendelkezést a törvény hatályba lépése után alig egy évvel módosították, részletesebben meghatározva illetve pontosítva azt.

Két új tartalmi elemet is ad az emberi méltóságnak az egészségügyi törvény, nevezetesen elrendeli, hogy a beteget csak méltányolható okból és ideig szabad várakoztatni. A betegek

szeméreméretét védendő, a ruházatot csak a szükséges időre és szakmailag indokolt mértékben lehet eltávolítani.

Az egészségügyi ellátás során a kapcsolattartás joga

Ennek alkalmazásánál három alapelvet kell figyelembe venni:

- a rendelkezésre álló feltételeket,
- a betegellátás zavartalanságát, és
- a többi beteg jogait.

A kapcsolattartás írásos vagy szóbeli kommunikációval, illetve látogatók fogadásával valósulhat meg. A beteg bárkit eltilthat a látogatástól, bármilyen kapcsolatfelvételtől, és attól is, hogy információt adjanak a gyógykezelés tényéről illetve a kezelésről. A betegeknek joguk van arra, hogy hozzátartozóik mellettük tartózkodjanak, ha lehetséges folyamatosan.

Ez a jogosultság három betegcsoportra terjed ki:

- a súlyos állapotú felnőttekre,
- a kiskorúakra
- a szülő nőkre.

A kiskorú, vagyis a 18 éven aluli betegek joga, hogy állapotuktól függetlenül, a kórházi ápolás során mellette tartózkodjon a szülője, törvényes képviselője, a törvényes képviselő által megjelölt személy és a beteg által megjelölt személy.

A törvény biztosítja egyházi személyek látogatását is a beteg kérésére, és a kórházon belüli vallásgyakorlást.

Az egészségügyi intézmény elhagyásának joga

A törvény az intézmény elhagyásának jogát az egészségügyi okból történő szabadságkorlátozáshoz hasonlóan a következő feltételekhez köti:

- a beteg nem veszélyeztetheti mások testi épségét és egészségét,
- e joggyakorlás más törvényben nem korlátozott,
- cselekvőképtelen beteg esetén a törvényes képviselő ezzel egyetért.

A törvény rendelkezik arról, hogy a beteget és hozzátartozóját tájékoztatni kell az intézményből való elbocsátásról, lehetőleg az elbocsátás előtt 24 órával.

A tájékoztatáshoz való jog

A tájékoztatáshoz való jog részletes szabályozása az új törvény egyik legjelentősebb újdonsága. Az egészségüggyel szemben főleg e vonatkozásban volt a közvélemény elmarasztaló, nem utolsó sorban a műhibaperek kapcsán. Az orvosok jogerős elmarasztalása, az intézmények kártérítésre ítéltése több mint 90%-ban tájékoztatási hiányosság miatt történt.

A beteget a tájékoztatáshoz való jog akkor is megilleti, ha a kezeléshez nincs szükség beleegyezési nyilatkozatra. A tájékoztatásnak egyénre szabottnak, teljes körűnek és részletesnek kell lennie. A tájékoztatáshoz való jogot a 16. életévet betöltött kiskorúak esetén is alkalmazni kell.

A tájékoztatásnak a következő részletekre kell kiterjednie:

- az egészségi állapotra és annak orvosi megítélésére,
- a javasolt vizsgálatokra ill. beavatkozásokra,
- annak elvégzésének előnyeire és kockázataira, valamint elmaradásuk esetén fellépő kockázatokra,
- a javasolt vizsgálatok ill. beavatkozások tervezett időpontjára,
- a betegek döntési jogáról a vizsgálatok ill. beavatkozások elvégzését illetően,
- az alternatív eljárásokról, módszerekről,
- magáról az ellátás folyamatáról,
- a várható kimenetelekről,
- a további ellátásokról,
- a javasolt életmódról.

A fentieken kívül a betegnek joga van a kezelésében közvetlenül közreműködők nevét, szakképesítését és beosztását megismerni.

A tájékoztatásnak érthetőnek kell lennie, figyelembe véve a beteg életkorát, iskolázottságát, ismereteit, lelki állapotát és kívánságát. Szükség esetén tolmácsot illetve jeltolmácsot kell biztosítani. A tájékoztatáshoz való joghoz tartozik a tájékoztatásról való lemondás joga is. Ennek feltétele, hogy a beteg cselekvőképes legyen, és tájékozatlansága ne jelentsen másokra veszélyt. Ha az orvosi beavatkozást a beteg kezdeményezi, a tájékoztatásról csak írásban lehet lemondani.

A beteg joga, hogy maga helyett más személyt jelöljön meg, akit kezelésével kapcsolatban tájékoztatni kell. Ennek feltétele, hogy a kijelölt személy cselekvőképes legyen, és a meghatalmazás írásban, vagy egyéb hitelt érdemlő módon történjen.

A beteg joga, hogy megtiltsa mások tájékoztatását állapotáról, gyógykezeléséről.

A tájékoztatáshoz szükséges feltételekről az intézmények fenntartói kötelesek gondoskodni.

Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga újdonság. Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga a következő jogosultságokat tartalmazza:

- a dokumentum megismerését,
- tájékoztatást kérni a dokumentációban foglaltakról,
- az adatokról rendelkezni,
- a konkrét adatokat megismerni,
- az adatkezelésről tájékoztatást kapni,
- másolatot kérni,

- zárójelentést kapni,
- írásos véleményt kérni, ami lehet összefoglaló, ill. kivonatos de csak indokolt célra és saját költségen.

Újdonság a betegeknek adott **kijavítási jog**. Adatot törölni nem szabad, s az eredeti adatnak megállapíthatónak kell lennie.

A beteg halála után a „törvényes hozzátartozó” ill. az örökös joga a betegdokumentációhoz a következők szerint szűkített: a halál okával összefüggő *vagy* azzal összefüggésbe hozható ill. a megelőző gyógykezelésekről szóló adatokat megismerheti és saját költségén másolatokat kérhet.

Az orvosi titoktartáshoz való jog. A legfontosabb rendelkezések a következők:

- egészségügyi adatokat csak jogosultakkal közölhetnek.
- az adatokat bizalmasan kezelik.
- az adatok felett a beteg rendelkezik.

A törvény felmentést ad a titoktartás alól két esetben:

- ha az adatok feltárását törvény rendeli el, vagy
- mások élete, testi épsége, egészsége megóvása szükségessé teszi.

A beteg hozzájárulása nélkül is lehet közölni olyan adatokat a beteg ápolójával ill. gondozójával, amelyek a beteg károsodását megelőzik, tehát az ő érdekét jelentik. Az adatközlés nem kötelező az orvos számára.

A vizsgálati körülményeket úgy kell kialakítani, hogy csak azok legyenek jelen, akiknek a jelenlétéhez hozzájárul, ill., akiknek a jelenléte feltétlenül szükséges. A kórház köteles értesíteni azt a személyt, akit a beteg megnevez, a kórházi elhelyezésről, ezen elhelyezés változásáról és egészségi állapotának jelentős mértékű változásáról. A rendelkezés egy személy értesítését írja elő.

Az önrendelkezéshez való jog

Az önrendelkezési jog csak törvényesen korlátozható, és a törvény szabályozza a korlátozás alá eső tényállásokat, eseteket és a korlátozás módját.

A kezelésbe beleegyezés módja történhet szóban, írásban és ráutaló magatartással. A beteg beleegyezését bármikor visszavonhatja, ha erre alapos oka van. A beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása szankcióként, azzal a következménnyel járhat, hogy a beteg az addigi ellátásért díjfizetésre kötelezhető. A műtétek, műtéti jellegű beavatkozások, ún. invazív beavatkozások és a kórházi felvétel írásbeli beleegyező nyilatkozat alapján lehetséges. Szóbeli nyilatkozatot csak írásképtelen beteg tehet két tanú együttes jelenlétében. Bár a törvény konkrétan nem írja elő, de nyilvánvalóan jegyzőkönyvet kell felvenni a szóbeli nyilatkozatról.

A beteg beleegyezési ill. visszautasítási jogát más személyre is delegálhatja.

Megfelelő a nyilatkozat, ha közokiratban történik, azaz közjegyző, hatóság vagy bíróság előtt tették; ha teljes bizonyító erejű magánokiratot állítottak ki róla, azaz azt a beteg saját kezűleg írta és azt aláírta vagy a nyilatkozatot két tanú jelenlétében írta alá; és abban az esetben, ha írásképtelen, akkor két tanú együttes jelenlétében szóban nyilatkozhat. Ez utóbbit is írásba kell foglalni.

Ha a beavatkozás elmaradása mások egészségét vagy testi épségét veszélyezteti, 24. hetes kort betöltött magzat kerül veszélybe, vagy ha a beteg közvetlen életveszélyben van, nincs szükség a beteg beleegyezésére. A törvény általános feltételként szabja, hogy ilyen esetben sürgős szükség álljon fenn, vagy a beavatkozás elmaradása, helyesebben szólva újabb beavatkozás, műtét elmaradása, a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene.

A beteg rendelkezhet holttestének felhasználásáról is, és megtilthat szerv ill. szövet eltávolítást transzplantáció, gyógyítás, kutatás és oktatás céljára.

A betegek jogai között teljességgel új az ellátás visszautasításának joga. Kényszerítő eszközök csak a fertőző betegségek, az elmebetegségek és az alkoholizmus esetén állnak rendelkezésre.

A törvény újítása az angolszász területen „elő végrendelet” (living will) intézményének bevezetése, amely a cselekvőképes személy rendelkezését jelenti cselekvőképtelensége és egyidejű egészségügyi ellátásának szükségessége esetére. A nyilatkozat formája csak közokirat lehet. A nyilatkozat előtt pszichiáter véleményét is be kell szerezni, ami 1 hónapnál nem lehet régebbi, és meg kell állapítani, hogy tudatos döntésről van szó. A nyilatkozatot két évente meg kell újítani, visszavonása azonban feltétel nélküli.

5. Az Európai Unió tagjaként érvényesülő szabályok

Az Európai Unióban nincs egységes szociális biztonsági – ezen belül egészségbiztosítási rendszert előíró szabályozás, ez a tagállamok nemzeti kompetenciájába tartozik. A tagállamok rendszerei egymástól eltérnek, esetenként nagyon is különbözőek. A tagok eltérő rendszereinek koordinációja nélkül nem lenne érvényesíthető az egyik legfontosabb alapszabály: a személyek, a munkaerő szabad mozgása. A szociális biztonsági rendszerek koordinációját az 1408/71. EGK rendelet és ennek végrehajtásáról kiadott 574/72. EGK rendelet szabályozza, amelyek rendelkezésit a tagállamok kötelesek alkalmazni. Magyarországnak ezt a kötelezettséget 2004. május 1-jei tagságunktól kell teljesítenie. A koordinációs rendeletnek az egészségbiztosításra vonatkozó főbb szabályai a következők.

A pénzbeli egészségbiztosítási ellátásokat (pl. táppénzt) mindig azon tagországok jogszabályai szerint állapítják meg és fizetik, amelyekben az illető biztosított, ahol tehát dolgozik, függetlenül attól, hogy melyik országban lakik, vagy tartózkodik.

A természetbeni ellátások nyújtásánál viszont a lakóhely, illetve a tartózkodási hely jogszabályai az irányadók, nem a biztosítás szerinti országé. A tartózkodás jogcíme szerint egyes kategóriákban eltérő szabályok vannak.

- A turisták a másik tagországban történt megbetegedés esetén sürgősségi ellátásban részesülnek a tartózkodási hely szerinti országban. Ennek költségeit az a biztosító fogja viselni, amelyiknél az egyén biztosítva van.
- Engedélyezett külföldi gyógykezelés szabályaira az EU tagságot követően is a 200/1996. (XII.23.) kormányrendelet az irányadó. A magyar állampolgárok külföldi gyógykezeléséről az illetékes magyar orvos-szakmai bizottságok döntenek, s ennek költségeit a magyar egészségbiztosító viseli.
- Más tagországba áttelepülő nyugdíjasok esetén a teljes egészségügyi ellátást a lakóhely szerinti biztosító nyújtja annak a biztosítónak a költségére, amelyiknél a nyugdíjas biztosított (csak magyar nyugdíjban részesülő személy esetén a magyar biztosító). Ugyanez a szabály vonatkozik azon eltartott hozzátartozókra, akik egy másik tagállamban laknak.
- Diákok, kiküldött dolgozók esetében érdemi változás lesz, hogy a másik tagállamban nemcsak sürgősségi ellátásra lesznek jogosultak, hanem minden olyan ellátás megilleti őket, amelyet állapotuk szükségessé tesz. A nagyobb költségigényű beavatkozások előtt a saját biztosítójuk hozzájárulását kell kérniük.
- Ingázó munkavállalók a biztosításukat a munkahelyük szerinti országban, valamint a lakóhelyük szerinti országban vehetik igénybe. Az ingázók otthonlakó családtagjai lakóhelyükön vehetik igénybe az egészségbiztosítási szolgáltatásokat, de a családfenntartó biztosítójának terhére.

Az Európai Unióban még nincs egységes társadalombiztosítási kártya, ezért a biztosítottaknak, az ellátásra jogosult személyeknek másik tagállamba utazásuk előtt fel kell

keresniük a biztosítójukat, s a megfelelő EU-s egységes nyomtatványokat ki kell tölteniük, a biztosítónak azt „hitelesíteni” kell, mert ennek bemutatásával lehet a jogosultságukat igazolni. A sürgősségi ellátáshoz szolgáló nyomtatvány az E111, az áttelepülő nyugdíjasok részére az E120, E121, a diákok, kiküldöttek részére az E128 nyomtatványok szolgálnak.

6. Finanszírozás

Tekintettel arra, hogy nincs egységes európai finanszírozási rendszer, a magyar rendszert csak a különböző tagországok finanszírozási gyakorlatával lehet összehasonlítani. A magyarországi finanszírozási módszerek leginkább a német, francia és belga technikákhoz hasonlítanak. Ezekben az országokban a szociális védelemre fordított kiadások mintegy kétharmada származik járulékokból, amelyeknek 50-60 százaléka a munkaadót terheli. Ugyanez érvényes a magyar rendszerre, ahol az általános társadalombiztosítás járulékfizetésen alapul, de sokkal nagyobb részt fizetnek a munkaadók. Ez utóbbi történelmi okokra vezethető vissza, és megtalálható valamennyi, az átmeneti időszakban lévő országban.

Magyarország nemzetközi összehasonlításban forrásainak nagyobb részét költi jóléti kiadásokra, mint más piacgazdaságok. Magyarország allokációs és jogosultsági rendszerében e kiadások aránya csak az Európai Unió leginkább redisztributív és sokkal nagyobb egy főre jutó nemzeti jövedelemmel rendelkező tagországaiban nagyobb, például Svédországban vagy Hollandiában. Magyarországon e kiadások színvonala jelentős részben a múlt öröksége.

Viták folynak arról, hogy mekkora Magyarországon az egészségügy részesedése a GDP-ből. Míg a legutolsó világbanki tanulmány szerint ez 7,5 százalék, addig más, 2002-ből származó konszolidációs mérleg-számítások szerint ez csupán 6 százalék.

Makrogazdasági mutatók

1990-2001 között reálértékben folyamatosan csökkent az egészségügyi ellátásra fordított összeg. Az ellátórendszer költséghatékonyságának javulása következtében nem került sor a szolgáltatások tömegének erőteljes csökkenésére. A GDP-n belül az egészségügyi kiadások nagysága az 1994-ig tartó, átmenetileg növekvő periódust követően erőteljesen csökkent. Az átmenet periódusában a GDP értéke is jelentősen csökkent. Ezt a csökkenő trendet megállította a 2002. szeptember 1-jével az egészségügyi ágazatban végrehajtott átlagosan 50%-os béremelés.

Jelentős mértékűvé vált a magán források bevonása az alapvető ellátások igénybevitelében. A co-payment nagysága a fogászati ellátásban és a gyógyszer térítések összegében jelentős, az évek során növekvő részarányt ért el. A közfinanszírozás aránya az 1992. évi 91,9% helyett 1997-ben már csak 69,1%-ot tett ki, ma már ennél is kevesebb, kb. 65%.

Az Egészségbiztosítási Alap bevételei 2002-ben 1.025 milliárd forintot tettek ki. A munkáltatót által fizetendő 11%-os és a munkavállalók által fizetendő 3%-os, jövedelemarányos járulékból származó bevételek 66%-ot tettek ki. A fix összegű havi 3.450 Ft, napi 115 Ft, tételes egészségügyi hozzájárulás a bevételek 21%-át képviselték, a központi költségvetési hozzájárulások és egyéb bevételek 13%-ot jelentettek.

Az Alap összkiadásainak (1.111 milliárd forint) 68%-át a természetbeni egészségügyi szolgáltatásokra és gyógyszer támogatásra fordította, amely 1 lakosra számítva évi 73.750 Ft-

ot, havi 6.150 Ft-ot tett ki. A folyóáron számított fajlagos ráfordítás, 2002-ben 1988-hoz képest 62%-kal nőtt.

Az Önkormányzati Törvény megszületése óta a települési önkormányzatok gondoskodnak az egészségügyi ellátásról. A települési önkormányzatok feladata lett az alapellátás biztosítása, ahol a családi orvos vagy közalkalmazottként, vagy vállalkozóként szerződés alapján nyújtja a szolgáltatásait. A kórházakat a települési önkormányzatok tulajdonába adták. A helyi önkormányzat a tulajdonosi jogokat és a döntési jogkör gyakorlását nem egyszer felügyelő bizottságra ruhazza át, e bizottságoknak azonban a kórház működésére nincs nagy befolyásuk tisztázatlan helyzetük és felelőségük miatt.

Az egészségügyi intézmények többsége közszolgáltatást végez. Az egészségbiztosító megvásárolhatja a szolgáltatásokat az egészségügyi közszolgáltatást végzőktől. Az alapellátás és újabban a járó-beteg ellátás területén a magánszolgáltatók nagy számban szerepelnek.

A finanszírozás szempontjából fontos kérdés az egészségügyi kapacitások nagysága. A tízezer lakosra jutó működő ágyak száma nemzetközi összehasonlításban is magasnak számít. Az átlagos ágykihasználtság 2002-ben 79,9%-os, míg ugyanez a mutató az európai országok többségében 85 % körüli. A kórházakból kibocsátott betegek száma évről évre növekszik. A 100 lakosra jutó elbocsátott betegek száma 1990. évi 21,8-ről 26,7-re nőtt. A kórházi ágyak száma még mindig jelentősen meghaladja a pénzügyileg megengedhető mértéket. A százezer lakosra jutó kórházi ágyak száma 2002-ben 797, az OECD országokban ez jellemzően 600 alatt van. Nemzetközi összehasonlítások szerint Magyarországon egy orvosra 336 lakos jut, más szóval három orvos ezer lakosra, amely 50%-kal magasabb, mint az OECD átlag (1 orvosra 526 lakos, illetve 1.9 orvos ezer lakosra). Ténylegesen, a lakosság számához viszonyítva Magyarországon több orvos van, mint bármely más OECD országban.

Az elmúlt tíz év azt is mutatja, hogy a kapacitásokat sikeresen tartotta féken a rendszer. Tíz év alatt évről-évre különböző mértékben a működő és nem kihasznált kórházi ágyak száma 25 százalékkal mérséklődött, miközben az átlagos ápolási napot a kórházakban 30%-kal sikerült csökkenteni. Az ellátási szintek között is megindult a kedvező átstrukturálódási folyamat, így a fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmények száma 6 százalékkal csökkent, miközben a járó-beteg ellátást végző intézmények száma 35 százalékkal nőtt. Igaz, hogy a dolgozó orvosok száma 10 százalékkal nőtt, de a növekedés döntő többsége a privatizált szakmákból ered (alapellátás, fogászat), ugyanakkor a járó-beteg- és a fekvőbeteg-ellátásban nem nőtt jelentősen az orvos létszám.

A gyógyszer és gyógyászati segédeszközök ártámogatásánál évről-évre nagyarányú kiadás-növekedés jelentkezik, amely állandó költségvetési egyensúlytalanságot okoz az egészségügyi kiadásoknál. A még döntő mértékben nem privatizált gyógyító-megelőző szolgáltatásoknál a zárt kassza miatt az előirányzat túllépése nem lehetséges.

Ennek következtében a gyógyászati segédeszközök és a gyógyszerek ártámogatása növelte relatív súlyát a gyógyító-megelőző szolgáltatásokhoz képest.

Konkrét szabályozás

Az egészségügyi kiadások finanszírozása a rendszerváltozást követően az állami költségvetés helyett a kötelező egészségbiztosítási rendszerbe került. Annak érdekében, hogy a kifizetést a teljesítményhez kapcsolják, új finanszírozási módszereket vezettek be:

- a családi orvosok részére fejkvóta-alapú finanszírozást 1992 júliusától kezdve,
- a szakellátásban relatív tarifarendszert 1993 júliusától kezdve, kezdetben 50-50%-ban teljesítmény és átalány alapon mely 1998 közepére fokozatosan teljes egészében teljesítmény-alapúvá vált.
- a kórházi ellátásban DRG-típusú rendszert 1993 júliusától kezdve.

Felülről zárt kasszarendszert építettek be a családorvosi ellátás, a szakellátás és a kórházi ellátás finanszírozására. Az új finanszírozási módszereket fokozatosan vezették be, az utóbbi két ellátás esetében megtartották a régi szabályozási rendszer bizonyos elemeit. Az egészségbiztosításnak a munkaadók és a munkavállalók a bruttó bér megadott százalékát fizetik be járulék formájában. Az Egészségbiztosítási Pénztár kiadásainak mintegy kétharmadát fordítják természetbeni (megelőzés, alap-, járó- és fekvőbeteg és szakellátás), egyharmadát pedig pénzbeli ellátásra (táppénz, rokkantsági és baleseti ellátások az öregségi nyugdíjkorhatár alatt, gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz ártámogatás). Ha a természetbeni egészségügyi ellátások kiadásait egy egységnek tekintjük, akkor a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök ártámogatására körülbelül négy egységet fordítanak.

A részletesebb finanszírozási szabályok a következők:

- Alapellátás (háziorvosi szolgálat): a díjfizetés alapja az ellátott létszám alapján meghatározott korcsoportonkénti pontszám összegének degressziós tényezővel és szakképzettségi szorzóval korrigált értéke, esetenként területi kiegészítő díjjal, (korcsoportonkénti pontszám bejelentett biztosítottanként 0-4 év 4,5 pont, 5-14 év 2,5 pont, 15-34 év 1,0 pont, 35-60 év közötti 1,5 pont, 60 év feletti 2,5 pont).
- Aktív fekvőbeteg szakellátás: DRG-típusú rendszer normatíva szerint (HBCS alapján megállapított súlysám),
 - egynapos ellátás – járó-betegként vagy 24 órán belül fekvőbetegként, (például kisműtétek, művi terhesség-megszakítás): mint az aktív fekvőbeteg ellátásnál, de a súlysám maximum egy (felülről zárt)
 - kúraszerű ellátás – járó-betegként vagy kezelési alkalmanként 24 órán belül fekvőbetegként, (például daganatos betegek sugárterápiája, kemoterápiája): mint az aktív fekvőbeteg ellátásnál.
- Krónikus fekvőbeteg ellátás: napidíj ápolási napok alapján, különböző ellátási szinteken különböző szorzóval, pl.:
 - Ápolási osztályon végzett ellátás (nincs orvos, benntartózkodás maximum másfél évig), szorzó: 0,9,
 - rehabilitációs osztályon végzett ellátás (van orvos, benntartózkodás bármilyen hosszú időtartamig), szorzó: 1,5,
 - speciális rehabilitációs osztályon végzett ellátás (van orvos, benntartózkodás bármilyen hosszú időtartamig), pl. szeptikus betegek ellátása - szorzó: 3.

- Nappali kórház - lehet aktív vagy krónikus (például munkaterápia, napi min. 6 órás benttartózkodással): finanszírozása hasonló a fekvőbeteg ellátásához, de a beteg nem fekvő-, hanem járó-beteg, azaz bejáró.
- Járó-beteg szakellátás, központi diagnosztika, terápia: tételes finanszírozás beavatkozások szerint (német pont),
 - gondozás (járó-beteg ellátási forma, például tüdőgondozás, bőr-, és nemi-beteg gondozás, pszichiátriai, alkohológiai gondozás): a lakosság száma alapján megállapított fix díjas finanszírozás.
- Szanatórium: finanszírozása hasonló a fekvőbeteg ellátásához.
- Otthoni szakápolás: finanszírozása teljesített szakápolói vizitenként, meghatározott vizitdíjjal.
- Egyéb egészségügyi szolgálat (magán járó-beteg ellátás): magán finanszírozás.

A háziorvosi szolgálat finanszírozásának egyik problémája, hogy a bázisfinanszírozás nem ösztönöz definitív ellátásra (a beteg lehetőség szerint ott helyben kapja meg a megfelelő ellátást), illetve minőségi szakmai munkára. Ez utóbbit a finanszírozás mellett színvonalas képzéssel és rugalmasabb munkabeosztással is elő lehetne segíteni, azonban ennek akadálya lehet a háziorvosok túlterheltsége.

A fekvőbeteg finanszírozás egyik problémája az alulfinanszírozottság, másrészt kevés hatásos intézkedés történt az adatmanipulációk ellen, gyenge az adminisztratív ellenőrzési rendszer.

Várható trendek

A várható demográfiai változások és az ellátórendszer jelenlegi korszecifikus ráfordításainak elemzésével megállapítható, hogy az ellátórendszerrel szembeni valós igények szempontjából a népességfogyás igénycsökkentő hatását gyakorlatilag kiegyenlíti az egészségügyi ellátásszükségletek szempontjából kedvezőtlen korösszetétel (idősebb, betegebb korosztályok növekvő részaránya) felé történő elmozdulás.

Világszerte, minden egészségügyi ellátórendszerben érvényesülő költségnövekedést eredményez az orvostudomány és az egészségügy technikai lehetőségeinek fejlődése. Mindezen hatásokhoz társul a korunkban kibontakozó információs társadalom: az új és magas fejlettségű, drága technikát igénylő gyógyító-eljárások gyorsan terjednek, az embereket az egyre több irányból, újabb és újabb közvetítőkön át érkező információáradat a terápiás lehetőségekkel kapcsolatban is informáltabbá, igényesebbé teszi.

Hazánkat ráadásul a világszerte a legköltségesebb terápiás eljárásokat igénylő betegségek évtizedek óta növekvő előfordulása jellemzi (szív- és érrendszeri, valamint daganatos betegségek).

Az egészségtelen életmód, különösen az alkoholfogyasztás, a dohányzás, valamint környezeti ártalmak rendkívül kedvezőtlen trendjéből következően a lakosság, különösen a férfiak körében a rosszindulatú daganatok és a mentális betegségek emelkedő gyakoriságával kell számolni.

A nők várható élettartamának emelkedése következtében a fenti krónikus betegségeken túl a demencia és a mozgásszervi megbetegedések számának további növekedése valószínű.

A hazai adatok és a nemzetközi tapasztalatok alapján a fiatalok körében vélhetően tovább emelkedik az egészségkárosító magatartásminták előfordulása.

A WHO adatai szerint a mentális zavarok, elsősorban a kedély- és szorongásos betegségek súlya - az okozott betegségterhekben, a rokkantságot is beleértve - tovább emelkedik a közeljövőben.

Az egészségi állapotban jelenleg tapasztalható egyenlőtlenséget meghatározó szociokulturális tényezők alakulásában döntő áttörés nem valószínű a közeljövőben, az egyenlőtlenségek optimális esetben is csak lassan csökkenthetők.

Ha a morbiditási mutatók javulnának is, a lakosság fokozódó elöregedése várható. Az idősebb korosztályok sajátos egészségproblémái, elsősorban az időskori mentális zavarok, illetve egyéb hosszan tartó betegségek számának növekedése - még a megbetegedési viszonyok kedvező trendje esetén is – olyan kihívásokat jelentenek, amelyek az ellátási rendszer átfogó átalakítása nélkül nem kezelhetők. Az egészségügyi rendszer fokozatos átalakításának, átstrukturálásának több éve zajló munkálatai e kihívásokra is keresik az EU-s tapasztalatok birtokában az előremutató válaszokat, megoldásokat.

7. Az egészségügy minőségügyi rendszere

Belső minőségügyi rendszer

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben megállapításra kerül, hogy a magyar egészségügyben a rendszerváltozást követően rohamosan megindult a minőségügyi tevékenység különböző dimenziókban és változatos módszerekkel. A gazdasági területről, főleg külső nyomásra elindult az ISO rendszer kiépítése és tanúsítása néhány intézményben. Nyolc kórházban az egészségügyre tervezett amerikai JCI rendszer kipróbálására is sor került. Az új egészségügyi törvény nem követel meg tanúsítást és egyik rendszert sem részesíti előnyben, csupán minőségügyi rendszer kiépítését követeli meg. A minőségügyi rendszer egyes elemei igen elterjedtek. A bizonyítékokon alapuló orvoslás (evidence based medicine) eredményeit már széles körben felhasználják és kutatóközpont is létesült. A tudományos érdeklődés is jelentős, amit több társaság megalakulása és évente több konferencia - több száz résztvevővel - hitelesen bizonyít. Számos helyi kezdeményezésként szakmai protokollokat készítettek, az eljárás-leírások kevésbé népszerűek. A törvényi előírások a minőségügyi rendszer céljának a szolgáltatások megfelelő minőségének megvalósulását, a szolgáltatások minőségének meghatározását, biztosítását, ellenőrzését és folyamatos fejlesztését szolgálják.

A minőségügyi rendszer alkotóelemei a belső és a külső minőségügyi rendszer. A külső minőségügyi rendszer a szakmai felügyeletet gyakorló szervezet minőségbiztosítási, minőségfejlesztési, minőségellenőrzési rendszere.

A törvény a következő minőségügyi feltételeket kívánja meg:

- jogszabályban meghatározott tárgyi és személyi feltételek teljesítése,
- a szakmai szabályok teljes körű érvényesülése,
- tudományos bizonyítékokon alapuló és a tudomány mindenkori állását tükröző szakmai irányelvek,
- módszertani levelekben közzétett szabályok vagy széles körben elfogadott szakirodalomból származó szakmai követelmények,
- a beteg számára hozzáférhető és a lehető legnagyobb állapotjavulást eredményező, a betegjogok érvényesülését lehetővé tevő szakmai elvek, alkalmazása,
- az erőforrások optimális felhasználása, szakmailag és gazdaságilag hatékony módon.

A belső minőségügyi rendszer kialakítása a kórházakban kötelező.

A külső minőségügyi rendszer állami feladat, amely a következőkre terjed ki:

- A törvények meghatározott szolgáltatási kritériumokat írhatnak elő, amit kötelezően teljesíteni kell. Így például a vértranszfúzióval kapcsolatos szakmai szabályok egy része jogszabályként is megjelent.
- Az egyes szolgáltatásokhoz meghatározott engedélyezési rend tartozik.
- Az egyes egészségügyi szakmák tevékenysége felett az állami szakfelügyeleti rendszer gyakorol időszakos ill. rendszeres ellenőrzést.
- Végül ide tartozik a megfelelőség-tanúsítási rendszer is, ahol a különböző minőségügyi rendszereknek megfelelően, magáncégek is szerepet kapnak.

Belső minőségügyi rendszer

Az intézményekben kötelező belső minőségügyi rendszer a következő célokat kell, hogy megvalósítsa:

- a szolgáltatás minőségének folyamatos fejlesztése,
- a szolgáltatás folyamatainak megismerése,
- a szolgáltatás folyamatainak részletes tervezése,
- a lehetséges hibák megelőzésének tervezése,
- a hiányosságok felismerése,
- a hiányosságok megszüntetéséhez szükséges intézkedések megszervezése,
- a hiányosságok okainak feltárása,
- a költségek és károk csökkentése,
- a szakmai követelményeknek való megfelelés,
- a minőségügyi követelményeknek való megfelelés,
- saját követelményrendszer fejlesztése,
- és általában a fenti tevékenységek ellenőrzése.

Külső minőségügyi rendszer

A **külső minőségügyi rendszer** az egészségügyi tevékenységek működésének engedélyezésére épül, és az alábbiakon keresztül valósul meg:

- a szolgáltatásokhoz szükséges követelményrendszer,
- a szolgáltatások szakmai tartalma,
- a szolgáltatások értékelésének szempontjai,
- az alkalmazott eljárások dokumentációs rendszere,
- a különböző adatszolgáltatások, amelyeknek három fő területe:
 - a minőségi követelmények meghatározása,
 - a minőségi követelmények nyilvánosságra hozatala,
 - a minőségi követelmények rendszeres felülvizsgálata.

A működés engedélyezésének rendjébe tartozik a szolgáltatások megfelelőségének felügyelete, és maguk a szolgáltatók, így az egészségügyi szakemberek és intézmények

megfelelőségének ellenőrzése. A külső minőségügyi rendszer része a **megfelelőség-tanúsítás** rendszere is.

A külső minőségügyi rendszernek, a törvényi előírások és az engedélyezési rend mellett a harmadik fontos területe a szakfelügyeleti rendszer, ami a szolgáltatókra és a szolgáltatásokra irányul. Ez a tevékenység az egészségügyi hatóság feladata. A szakmai felügyelet tartalma: az ágazati jogszabályok és a szakmai szabályok érvényesülésének ellenőrzése. A megfelelőség-tanúsítás, a külső minőségügyi rendszer területe és a szolgáltató minőségügyi rendszerének, valamint az ellátások minőségének felülvizsgálata (auditálása) és elismerése, azaz tanúsítása. A szolgáltatók kezdeményezésére történik (tehát a tanúsítás önkéntes), önkéntesen teljesített az ellátás színvonalát emelő és/vagy az ellátás szakmai tartalmát bővítő szolgáltatás minőségének megfelelősége elismerésére.

A tanúsítás erre jogosult szervezet által, jogszabályban meghatározott időtartamra kiadott tanúsító okirat kiadásával történik.

A tanúsítást, annak lejáratát vagy érvénytelenítését a szolgáltató hozza nyilvánosságra. A tanúsítvány időtartama alatt a tanúsító ellenőrizhet, meg nem felelés esetén a tanúsító okirat érvényteleníthető.

Az egészségügy minőségügyi rendszere kapcsolódik az ország minőségügyi szabályozásához, így az akkreditációhoz is. Az akkreditáció tulajdonképpen nem egyéb, mint a „tanúsítók tanúsítása”. Az akkreditálás annak hivatalos elismerése, hogy valamely szervezet vagy intézmény felkészült bizonyos tevékenységek - (vizsgálat, tanúsítás, ellenőrzés) meghatározott feltételek szerinti végzésére.

Magyarországon akkreditálhatók: kórházak (már számos akkreditált kórház létezik), vizsgáló laboratóriumok, kalibráló laboratóriumok, terméktanúsító szervezetek, minőségügyi rendszert tanúsító szervezetek, személyzet-tanúsító szervezetek, ellenőrző szervezetek, és számos egyéb szervezet, intézmény. Az akkreditálás egyelőre háttérbe szorult a járóbeteg-szakellátás területén.

Az akkreditálás a Nemzeti Akkreditáló Testületnél történik, amely köztestületként működik, és tevékenységének törvényben előírt alapelvei: szakszerűség, nyilvánosság, áttekinthetőség, a közérdek képviselése, függetlenség a különböző érdekcsoportoktól, közigazgatási szervek részvétele, szabványok alkalmazása, az igénybevétel önkéntessége, az üzleti titok védelme és a nemzetközi ill. európai harmonizáció.

Az egészségügyi szolgáltatók ellenőrzését a Megyei ÁNTSZ-ek tisztiorvosai ellenőrzik, akik jogosultak az ellenőrzésekre, és felelősek az egészségbiztosító által finanszírozott ellátások színvonalának és hozzáférhetőségének betartásáért. Másik kontrollt jelent a vényírás és a táppénz rendszeres ellenőrzése. A szakmai érdekvédelmi szervezetek, a Magyar Orvosi Kamara és a Gyógyszerész Kamara gondozzák az orvos- illetve gyógyszerész nyilvántartást, az adatvédelmi törvény betartásával. A betegek civil szervezetei jelenleg még nem játszanak jelentős szerepet az egészségügy kontrolljában.

8. Modernizációs törekvések az ezredfordulón

Az előrejelzések szerint a magyarországi népesség, a többi fejlett európai országhoz hasonlóan, fokozatosan előregszik. Az ún. idős népesség eltartottsági rátája (az öregségi nyugdíjkorhatár feletti népesség aránya a 15-59 éves népességhez viszonyítva) 1960 és 1992 között 22,7-ről 31,3-re nőtt, és viszonylag állandónak mutatkozik 1992 után, majd az előrejelzések szerint 35-41 százalékra növekszik 2015-re, és 36-45 százalékra 2020-ra.

Az ezredfordulón az egészségügy középtávú szerkezetátalakításának célja, hogy minél alacsonyabb ellátási szinten valósuljon meg a minőségi befejezett ellátás, s az ellátórendszer szerkezete a morbiditási helyzethez illeszkedjen. A szerkezetátalakítás széles társadalmi bázison képzelhető el, melyben a magánszféra, főleg a privatizáció előrehaladása miatt egyre nagyobb szerephez jut.

Az egészségügy minőségi fejlesztése nem nélkülözheti a megelőzéshez, a gyógyításhoz és a rehabilitációhoz szükséges korszerű orvostechikai eszközök növekvő mértékű alkalmazását. Ezek használata objektívebbé és gyorsabbá teheti a diagnózist, elősegíti a gyógyítás folyamatát, kiegészítheti a rehabilitációt.

Az orvostechikai eszközpark korszerűsítése nélkülözhetetlen ahhoz, hogy elsősorban az alap- és járó-beteg ellátásban, valamint a megelőzéshez szükséges szűrőprogramok során megvalósításra kerüljenek a szakmai minimumkövetelményekben előírt feltételek. Fontos feladat a képzés, a dolgozók betanítása az eszközök helyes kezelésére.

Az egészségpolitika célja, hogy az ellátás az arra megfelelő szakmai minőségi feltételekkel és kompetenciával rendelkező szintek közül ott kerüjön megvalósításra, ahol az a leginkább költség-hatékony módon tehető. E cél elérésében elsődleges szerepet fog kapni a járóbeteg-szakellátás, mint a fekvőbeteg ellátás közvetlen „kapuőre”. A várható szerkezet-átalakítási folyamat eredményeképpen a jelenleginél ütőképesebb járóbeteg-szakellátó hálózat fog létrejönni, amely alkalmas a betegek jelenleginél lényegesen nagyobb hányada esetében a definitív (végleges) ellátására.

A fekvőbeteg-ellátó intézmények részére, meghatározott feltételek mellett sor kerül a fekvőbeteg-ellátó kapacitások kiváltására létrehozandó ambuláns ellátási formák kialakítására. Várhatóan a lakosság magasabb színvonalú ellátáshoz jut, emelkedik a járóbeteg-szakellátás területén elvégezhető tevékenységek száma, és erősödik a járó-beteg szakellátás kapuőr-szerepe, s várhatóan javulnak a morbiditási és mortalitási viszonyok is.

A fekvőbeteg-ellátórendszer mai összetétele az egészségügy fejlesztésének további konkrét irányaitól és prioritásaitól függetlenül változtatásra szorul a költséghatékonyabb, a szükségleteknek jobban megfelelő működés érdekében. A kapacitások volumenének további növekedése feltétlenül elkerülendő (sőt, annak csökkentése várható). A kórházi kapacitások és ellátások szükségletekhez igazításának tervezett lépései:

- krónikus ellátási (rehabilitációs, ápolási) kapacitások kialakítása akut férőhelyek terhére,
- egynapos ellátások fejlesztése,

- napszaki ellátások fejlesztése (nappali kórházi kapacitások létrehozása elsősorban jelenlegi hagyományos kórházi struktúrában működő ágyak terhére; Pszichiátriai „félúti” ellátások: nappali ellátás, éjszakai szanatórium hálózatának megteremtése.),
- krónikus ellátási intézmények minőségi feltételeinek javítása (intézmények felújítása, tágasabb betegszobák kialakítása, az eszközellátottság javítása.),
- a minőségbiztosítás feltételeinek fejlesztése (auditorok, képzés).

A tervezett szerkezetátalakítás egyik célja, hogy a sürgős betegek 85 %-a a program végére átlagosan és országosan 15 percen belül szaksegélyhez jussanak.

A társadalmi méltányosság és a gyógyítás hatékonyságának javítására a szerkezetátalakítás fontos eleme az alap- és járóbeteg-szakellátás területi kiegyenlítésének programja.

Az egészségügyi információs rendszer átalakításának célja a betegközpontú ellátás, ahol egyre nagyobb mértékben a szolgáltatók találják meg a betegeket és/vagy sok, az időben és térben távoli szolgáltató kerülhet virtuális kapcsolatba a beteggel annak érdekében, hogy a gyors, időbeni szolgáltatással növeljék a gyógyulás esélyeit.

A megvalósítás hét regionális tudásközpont létrehozását igényli. Ki kell építeni a közösségi kommunikációs végpontokat legalább a sürgősségi betegellátási pontok számára (mentők, ügyelet, fekvő ellátási egység). A hátrányos helyzetű, cél populáció tagjai részére kommunikációs lehetőséget kell adni a szolgáltatók eléréséhez.

Az ápolás fejlesztése fontos szerkezetátalakítási elem. Indokolt az otthoni szakápolást szolgáltatók számának kb. 50%-kal történő növelése. Az egészségügyi ellátórendszer szerkezeti átalakításához való hozzájárulásként szükséges az ápolást szolgáló egységek számának bővítése, az otthoni körülmények között történő szakszerű ápolás technikai feltételrendszerének és a szolgáltatást nyújtók számának szélesítése. A program megvalósításának elemei:

A vérellátó rendszer strukturális átalakításának programjának célja a vérkészlettel való hatékony és biztonságos gazdálkodás biztosítása. A megvalósítás elemei:

Az elmúlt időszakban megtörtént a gyógyszerárak, házi és gyermekorvosi szolgálatok privatizációja. A magánklinikák, ápolást végző magán- és társas vállalkozások mellett 2000-től a járó-beteg szakellátó hálózatra is kiterjedő privatizáció miatt a magán szakorvosok száma jelentős mértékben növekedni fog. Ez a növekedési ütem a házi orvosok és házi gyermekorvosok magánorvossá válásának trendjét követi, a járó-beteg szakorvosi állások 90%-ában magán-orvosi praxisok alakulnak ki.

Az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságát növeli, részben az eszközökkel való ésszerű gazdálkodás elősegítésén keresztül a szolgáltatások magánkézbe adása. Az orvosokat olyan helyzetbe kell hozni, hogy biztosított legyen az önállóvá válás feltétele, és képesek legyenek a versenyhelyezethez alkalmazkodni. Az egészségügyi ellátás privatizációs folyamatának előrehaladásával egyre inkább előtérbe kerül a kis és középvállalkozások szerepvállalása az egészségügyi ellátó hálózat működtetése és fejlesztése területén.

Jelenleg az összes dolgozó orvos 25%-a, a házi orvosok 81%-a, házi gyermekorvosok 87%-a, egyéb dolgozó orvosok 11%-a egészségügyi vállalkozásban dolgozó, vagy magánorvos.

A magyar egészségügy szerkezetátalakítását célzó tervezett intézkedések - melyek a kórházi szakellátás helyett a járó-beteg szakellátás erősödésének irányába kívánnak hatni - a szakorvosokat a járó-beteg ellátásban való munkavállalásra készítetik. A fekvőbeteg ellátásban dolgozó orvosok számára is megnyílik a választás lehetősége, és a jelenleg fekvőbeteg gyógyintézetekben foglalkoztatott több mint 12000 orvos közül várhatóan sokan választják majd tevékenységük magánpraxisban való folytatását. Becslés szerint a magánpraxisok száma 2006-ig megduplázódik. Ezzel egyidejűleg várható, hogy a szakorvosok és szakalkalmazottak többsége társas magánvállalkozások, magánklinikák alkalmazottja lesz.

Nyugdíjbiztosítás

1. Általános jellemzők

A nyugdíjbiztosítási rendszerünk struktúrája

1998. január 1-jétől a kötelező nyugdíjbiztosítás rendszere - az ekkortól bevezetett reform eredményeként - gyökeresen megváltozott. A korábbi egységes pay-as-you-go rendszer részlegesen privatizálásra került, így a kötelező nyugdíjbiztosítás keretében létrejött a két pillérből álló ún. vegyes rendszer. Az I. pillér továbbra is ún. szolgáltatással meghatározott pay-as-you-go rendszerként működik és kb. 3/4 arányt képvisel. A II. pillér befizetéssel meghatározott tőkefedezeti elven és magánnyugdíjpénztári szervezeti keretekben működő magán-nyugdíjrendszer, amely a nyugdíj szolgáltatás kb. 1/4-ét nyújtja. [A két pillér 3/4:1/4 aránya modellszinten értendő.] A kétpilléres vegyes rendszerben a részvétel kötelező a pályakezdők számára, a többi biztosított szabad döntése alapján választhatott a vegyes rendszerbe átlépés és a hagyományos rendszerben maradás között. A kétpilléres kötelező nyugdíjrendszer a bevezetését megelőző időszakban, tehát 1998 előtt a hagyományos rendszerben szerzett várományokat ugyanúgy értékeli, mint a bevezetést követő időszakét. Ez azt jelenti, hogy a teljes társadalombiztosítási rendszerben korábban szerzett várományi időket a nyugdíjkiszámítási képlet az I. pillér nyugdíjképletével, vagyis 75%-os mértékkel veszi számításba. Ebből következik, hogy a vegyes rendszerbe átlépés a fiatalabb korosztályok számára előnyösebb, azért is, mert ők a hagyományos rendszerben kevés időt töltöttek, viszonylag rövid várományi idővel rendelkeznek, s hosszú idő áll rendelkezésükre a magánpénztári felhalmozások gyarapítására.

Magyarországon az előzetes várakozásokat felülmúlva, a vegyes nyugdíjrendszert a biztosítottak több mint fele választotta. 2003-ban, a III. negyedév végén a taglétszám 2.270 ezer fő volt, s a 18 magánnyugdíjpénztár befektetéseinek nyilvántartási értéke 527 milliárd forintot tett ki.

A kötelező biztosítási rendszer keretében kialakított kétpilléres nyugdíjrendszert egy harmadik pillér is kiegészíti: az 1993-ban bevezetett önkéntes kölcsönös nyugdíjpénztárakban szervezett időskori megtakarítások rendszere. Ez a pillér természetesen nyitva áll a hagyományos nyugdíjrendszerben maradtak számára is. Az időskorra történő önkéntes megtakarításokat az állam 1993 óta adókedvezményel ösztönzi. 2003. III. negyedév végén 78 önkéntes nyugdíjpénztár működött, taglétszámuk elérte az 1.207 ezer főt, a felhalmozott vagyon nyilvántartási értéke 408 milliárd forintot tett ki.

Az időskori szociális biztonsági rendszerünk további, - de nem nyugdíjbiztosítási eleme - az időskorúak 1998-ban bevezetett járadékrendszere. A nyugdíjbiztosítástól szervezetileg, és finanszírozását tekintve is elkülönülten működő szociális járadékrendszer keretében a helyi önkormányzatok a tényleges jövedelmi, vagyoni viszonyuk alapján rászoruló idős emberek számára nyújtanak egy minimális jövedelmet, illetve a meglévő nagyon alacsony jövedelmet egészítik ki erre a minimális szintre. 2004-ben az időskorúak járadékának összege az egyedül élők esetében az öregségi nyugdíjminimum 95 %-a (22.040 Ft), a nem egyedül élőkénél 80%-a

(18.560 Ft). Ezt az ellátási formát az időskori szociális biztonsági rendszerünk „0” pillérének nevezzük.

Magyarországon a nyugdíjbiztosítás rendszere a biztosítottak túlnyomó többsége számára egységes rendszert alkot. Ez azt jelenti, hogy a szabályok teljesen azonosak a kereső tevékenységet folytatók döntő többsége számára, függetlenül attól, hogy azt milyen jogviszony formájában végzik (munkaviszonyban állnak, köztisztviselők, közalkalmazottak, önfoglalkoztatók, ipari, mezőgazdasági, kereskedelmi egyéni vállalkozók, társas vállalkozások tagjai, szellemi szabad foglalkozásúak, rendszeres, illetve eseti megbízások jogviszonyban állnak). Az egységes rendszerhez képest bizonyos kedvezményeket élveznek az alábbi társadalmi csoportok:

- a fegyveres testületek, az állambiztonsági és rendvédelmi szervek tagjai,
- a bányászok,
- az előadóművészek.

A kedvezmények az említett csoport tagjai számára az általános szabályok szerinti és általános mértékű nyugdíjbiztosítási járulék fizetése mellett járnak.

E csoportok kedvezményeiről külön jogszabályok rendelkeznek, mindezen kívül az általános szabályok vonatkoznak rájuk is. A kedvezmények általában életkorban és - a fegyveres testületeknél - ellátási mértékekben jelennek meg. A kedvezmények finanszírozási többletét nem a nyugdíjjárulékok fedezik, hanem ezt a központi költségvetés az állami Nyugdíjbiztosítási Alap részére megtéríti, így módon tehát a kedvezmények finanszírozása nem biztosítási alapon történik.

Magyarország időskori szociális biztonsági rendszerének struktúrája a következők szerint vázolható:

Kötelező nyugdíjbiztosítás: **I. pillér:** társadalombiztosítási pay-as-you-go nyugdíj (3/4 arány).

II. pillér: magánnyugdíj, tőkefedezeti rendszer

Azok a (nem pályakezdő) biztosítottak, akik egyéni döntésük szerint nem léptek át az I+II. pillérű = vegyes nyugdíjrendszerbe, teljes nyugellátásukat továbbra is a hagyományos társadalombiztosítási pay-as-you-go rendszerben kapják.

Önkéntes nyugdíjbiztosítás: **III. pillér:** tőkefedezeti, magánrendszer, amelyhez bárki, önkéntesen csatlakozhat.

Időskorúak szociális járadéka: **„0” pillér:** rászorultsági alapon a helyi önkormányzatok által nyújtott minimális, rendszeres szociális támogatás, amely a rászorultaknak alanyi jogon jár.

A nyugdíjbiztosítási járulékok mértéke, a nyugdíjrendszer finanszírozása

A hagyományos rendszerben maradó biztosítottak az Állami Nyugdíjbiztosítási Alapba teljesítik az összes - 2004-ben 26,5%-os mértékű - nyugdíjjárulék-fizetési kötelezettségüket. Az aktuális bruttó havi kereset, jövedelem alapján meghatározott nyugdíjbiztosítási járulék mértéke, amely a munkaadót terheli 18 %, a munkavállalót terhelő járulék mértéke 8,5%.

A vegyes nyugdíjrendszer tagjai esetében a munkáltatót terhelő 18%-os nyugdíjbiztosítási járulékot teljes egészében az Állami Nyugdíjbiztosítási Alapba kell fizetni. A munkavállalót terhelő 8,5%-os nyugdíjjárulékból 0,5%-ot szintén az Állami Nyugdíjbiztosítási Alapba, 8%-ot pedig a magán-nyugdíjpénztárba kell fizetni, amelyet az egyéni nyugdíjszámlára könyvelnek. Lehetőség van arra is, hogy az egyének, illetve a munkáltatók a 8 %-os befizetést 10%-ra kiegészítsék.

A munkáltatói járulékot az alkalmazottaknak kifizetett, és a vállalkozók, önfoglalkoztatók által realizált minden személyi jövedelemadó előlegköteles kereset, juttatás után kell számítani, beleértve a természetbeni juttatások pénzbeli értékét is (pl. étkezés, üdülési támogatás). A munkavállalót terhelő járulékot a munkáltatótól származó személyi jövedelemadóköteles pénzbeli kereset, jövedelem után kell fizetni, a természetbeni juttatásokat viszont nem kell az egyéni járulékfizetés alapjába számítani. A munkavállalót terhelő járulékot egy meghatározott jövedelemhatárig terjedő kereset-, illetve jövedelemrészek után kell fizetni. Ezt a határt a törvény 2004-től a mindenkori országos bruttó átlagkereset háromszorosában határozza meg. Ennek összege 2004. évben 5.307.000 Ft, napi 14.500 Ft. Az e szint feletti keresetrészek után az egyének nem kell a járulékot megfizetni. E jövedelemhatárt az egyidejűleg fennálló jogviszonyokból származó keresetek, illetve jövedelmek összegzésével kell alkalmazni. A munkáltatói járulékfizetési kötelezettség számításánál nincs felső jövedelemhatár, azt az átlagkereset kétszeres szintje feletti jövedelemrészekre is korlátozás nélkül meg kell fizetni.

A járulék-befizetés adminisztrációját, a beszedés, behajtás, ellenőrzés feladatait az Adó- és Pénzügyi Ellenőrzési Hivatal látja el, amelyet a Pénzügyminisztérium felügyel.

Az Állami Nyugdíjbiztosítási Alapból teljesítik a hagyományos rendszer szerinti nyugdíjakat és a vegyes rendszerben a jövőben keletkező I. nyugdíjpillérbeli kötelezettségeket. Az Alap részére a központi költségvetés a magán-nyugdíjpénztári befizetések miatt kieső bevételt évente megtéríti. Az Alap ezután is fennmaradó esetleges hiányát szintén a központi költségvetés finanszírozza. Az említett jogcímenek történő központi költségvetési megtérítést az államháztartásról szóló törvény rendelkezései garantálják. Az Állami Nyugdíjbiztosítási Alap a Magyar Köztársaság államháztartásának önálló, elkülönült fejezetét képezi.

A magán-nyugdíjpénztárakban felhalmozott egyéni befizetések, illetve azok befektetését szervező pénztárak nem képezik az államháztartás részét, az egyéni nyugdíjszámlán vezetett illetve jóváírt összegek az egyének magántulajdonát képezik. A pénztárak működéséhez az alapítók különféle támogatásokkal járulnak hozzá (pl. épület, számítástechnikai infrastruktúra biztosítása, a személyzeti költségekhez hozzájárulás).

A nyugdíjbiztosítás irányítási és szervezeti rendszere

1998-ban a társadalombiztosítási nyugdíjbiztosítás irányítási rendszerében is érdemi változás történt. Az 1993-98 között működött önkormányzati irányítást közvetlen állami irányítási konstrukció váltotta fel. A kormányzati irányítás átmenetileg a Miniszterelnöki Hivatal, majd 1999. nyarától a Pénzügyminisztérium erre a célra kinevezett politikai államtitkárán keresztül valósult meg. 2001. január 1-től a Nyugdíjbiztosítási Alap felügyeletét és központi hivatali szerve irányítását közvetlenül a pénzügyminiszter látja el.

2002 júniusától az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság irányítása átkerült az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter feladatkörébe.

A társadalombiztosítási rendszer - ideértve a hagyományos rendszert és az új vegyes rendszer I. pillérét - szakmai irányítása és a társadalombiztosítási nyugellátásra vonatkozó jogszabályok előterjesztése az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter hatáskörébe tartozik. Az új vegyes rendszer II. pillére továbbá a III. pillér (az önkéntes kölcsönös nyugdíjpénztárak) a pénzügyminiszter szakmai irányítása alá tartozik. A magán-nyugdíjrendszerre, valamint az önkéntes kölcsönös nyugdíjpénztárakra vonatkozó jogszabályok, továbbá a biztosítottakról és a járulékfizetésről szóló jogszabályok előterjesztése szintén a pénzügyminiszter hatáskörébe tartozik.

A II. és a III. pillér állami felügyeletét 2000. április 1-jétől a Pénzügyi Intézmények Állami Felügyelete látja el. 2000. április 1-je előtt a II. és a III. pillér felügyeletét a pénzügyminiszter alá tartozó Állami Pénztárfelügyelet látta el.

A magán-nyugdíjpénztárak és az önkéntes kölcsönös nyugdíjpénztárak non-profit elvű, demokratikusan működő intézményrendszert alkotnak, amelyben a döntéseket közvetlenül, illetve választott testületeken keresztül közvetve a tagok hozzák.

A következőkben részletesen bemutatjuk a kötelező nyugdíjbiztosítás keretében működő öregségi, rokkantsági, özvegyi nyugdíj és árvaellátás rendszerének magyarországi főbb jellemzőit, a jogosultsági feltételeket, a nyugdíjkiszámítási képletet, az ellátási mértékeket, a nyugdíjak minimális összegeit. Mindezeket a jellemzőket külön-külön prezentáljuk az új I. és a II. pillérre, valamint a hagyományos társadalombiztosítási pay-as-you-go rendszerre. Itt szögezzük le, hogy számos esetben külön az I. pillérre vonatkozó információkat nem említjük meg, s ennek az az oka, hogy azok sok esetben teljesen azonosak a hagyományos pay-as-you-go rendszerrel, így a jobb áttekintés érdekében csak az eltéréseket ismertetjük.

A prezentációban a MISSOC tagolást követjük, s minden tekintetben a jelenleg - 2004. januárjában - hatályos jogszabályokat ismertetjük.

Az ellátási összegek és arányok jellemzéséhez a következő paramétereket tájékoztatásul jelezzük:

- bruttó átlagkereset 2004. évben tervezett 147.420 HUF/fő/hó
- nettó átlagkereset 2004. évben tervezett 96.600 HUF/fő/hó
- fogyasztói árindex 2004/2005 tervezett 105,8

A nyugdíjbiztosítást szabályozó hatályos törvények:

A társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény.

A magánnyugdíjról és a magán-nyugdíjpénztárakról szóló 1997. évi LXXXII. törvény.

A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint a szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény.

Nyugdíjszabályok EU-s tagságunkkal összefüggő alakulása

Az Európai Unióban a tagországok szociális biztonsági rendszerei – ezen belül a nyugdíjbiztosítási rendszerei – lényeges eltérést mutatnak mind a biztosításra kötelezettek, mind a jogosultsági feltételek, mind a nyújtott ellátások tekintetében. A tagországok belső rendszereinek jogharmonizációja jelenleg nem közösségi célkitűzés. Ez azt jelenti, hogy a nyugdíjrendszer szabályozása nemzeti hatáskörbe tartozik, így a magyar nyugdíjszabályokat az EU-tagság miatt nem kell megváltoztatni. E téren a tagországokat koordinációs kötelezettség terheli. Ennek célja, hogy a tagállamokon belül mozgó munkavállalók, önálló vállalkozók egy-egy tagországon belül szerzett jogosultságának és biztosítási kötelezettségének eltéréséből adódó hátrányokat kiküszöböljünk. Ezeket a kötelezően alkalmazandó koordinációs szabályokat az 1408/71. (EGK) sz. tanácsi rendelet és ennek végrehajtására kiadott 574/72. (EGK) sz. tanácsi rendelet tartalmazzák. E koordinációs rendeletek a következő négy alapelvet érvényesítik:

- 1) Egyenlő elbánás elve, amely szerint a tagországok polgárai, az állampolgárságuktól függetlenül az egyes tagországok szociális biztonsági rendszereiben az egyes tagországok állampolgáraival azonos elbírálást élveznek, mind a jogosultságok, mind a kötelezettségek tekintetében.
- 2) Egy tagállam joghatósága alá tartozás elve, amelynek célja, hogy egyidejűleg párhuzamosan fennálló többes biztosítási kötelezettség (átfedés) ne keletkezzen. Főszabályként a munkavállalás helye szerinti tagállam jogszabályai alkalmazandók.
- 3) A jogosultságok összeszámításának elve, amely a több tagországban megszerzett jogosultságok védelmét biztosítja.
- 4) Az ellátások korlátlan exportálhatóságának elve, amely lehetővé teszi, hogy az egyszer már elismert jogosultságokat az érintettek korlátozás nélkül élvezhessék.

A koordináció szabályait a tagállamok szociális biztonsági, nyugdíjbiztosítási feladatai ellátására kijelölt igazgatási szervei és nemzeti bíróságai eljárásaik során kötelesek alkalmazni.

A koordinációs szabályok alkalmazása – konkrét példával szemléltetve – a nyugdíjszámításban a következőket jelenti.

Egy adott személy az EU három tagállamában dolgozott, és Magyarországon 10 év, Spanyolországban 8 év, Franciaországban 12 év, összesen tehát 30 év biztosítási időt szerzett. Önmagában a Magyarországon elért 10 év magyar nyugdíjra nem jogosítaná, hiszen a magyar szabályok szerint jelenleg legalább 15 év szükséges. A tagországokban szerzett

jogosultságok összeszámításának elve azonban öt magyar nyugdíjra is jogosítja. A koordinációs szabályok szerint mind a három tagország köteles figyelembe venni a teljes életpálya alatt szerzett összeszámított biztosítási időket, a példában a 30 évet. A nyugdíjszámítás két lépésben történik. Először mindegyik tagország a saját belső szabályait alkalmazva meghatározza a 30 évhez tartozó nyugdíj elméleti összegét, mintha minden időt nála szereztek volna. A második lépésben a tagállamok a náluk elért biztosítási idő arányában kiszámítják az őket terhelő nyugdíjrészt. Ez azt jelenti, hogy a tagországokban számított elméleti nyugdíjösszegnek a 10/30-ad része lesz a magyar nyugdíjrész, a 8/30-ad része lesz a spanyol nyugdíjrész és a 12/30-ad része a francia nyugdíjrész. A példában jelzett személy így a három tagország nyugdíjfolyósító szervétől fog nyugdíjat kapni. A nyugdíjra jogosultság a tagországok nyugdíjkorhatárának elérésétől nyílik meg. A példa szerinti esetben a francia nyugdíjrészt a jelenlegi 60 év korhatártól, a magyar nyugdíjrészt a jelenleg férfiakra érvényes 62 év, nőkre érvényes átmeneti korhatártól, a spanyol nyugdíjrészt a jelenlegi 65 év korhatártól folyósítják, abba az országba, ahol a nyugdíjas lakik.

Ki kell emelni, hogy a koordinációs szabályokat a Magyarország EU-csatlakozási időpontja előtt és után biztosítási jogviszonnnyal rendelkező személyekre egyaránt kell alkalmazni, beleértve a korábban más tagországban biztosítási időt szerzett, már nyugdíjas személyeket is. Ez utóbbi esetben – a benyújtott igénybejelentés alapján – a magyar nyugdíj újraszámításra kerül, és az érintett tagországban is nyugdíj-megállapításra kerül sor.

A nyugellátások igénylésére az ún. E 200-as nyomtatványt kell használni, amely a nyugdíjbiztosítás igazgatási szerveinél szerezhető be. A koordinációs rendeleteken alapuló magyar nyugdíjakat a Fővárosi és Pest Megyei Nyugdíjbiztosítási Igazgatóság fogja megállapítani. Több tagállamban szerzett biztosítási idő esetén a fő szabály az, hogy a nyugdíj-igénybejelentést az állandó lakóhely szerinti tagállam illetékes szervénél kell benyújtani. Ha az igénylő olyan tagállam területén él, amelynek jogszabályi hatálya alá nem tartozott, akkor az utolsó biztosítás helye szerinti tagállamban kell igényét bejelentenie.

2. Öregségi nyugdíjrendszer

A kötelezően biztosítottak személyi köre:

Magyarországon a kötelező nyugdíjbiztosítás kiterjed minden kereső tevékenységet folytató polgárra, tekintet nélkül arra, hogy tevékenységét milyen jogi formában végzi. A biztosítási kötelezettséget a törvényünk az EU-csatlakozás előtt is lényegében állampolgárságtól függetlenül szabályozta, ezért e téren csak minimális változtatások szükségesek.

A biztosítottak főbb csoportjai a következők szerint tagolhatók:

- Munkaviszonyban állók, ide sorolandók a közalkalmazotti, illetve közszolgálati jogviszonyban, ügyészségi szolgálati jogviszonyban, bírósági jogviszonyban, igazságügyi alkalmazotti szolgálati viszonyban, hivatásos nevelőszülői jogviszonyban állók, a fegyveres erők és a rendvédelmi szervek, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálatok hivatásos állományú tagjai, fegyveres erők szerződéses állományú tagjai tekintet nélkül arra, hogy foglalkoztatásuk teljes vagy részmunkaidőben történik, s hogy mennyi a keresetük.
- A szövetkezetek tagjai, ha a szövetkezet tevékenységében munkaviszony vagy vállalkozási jellegű jogviszony keretében személyesen közreműködnek.
- A tanulószervezetek alapján szakképző iskolai tanulmányokat folytató tanulók.
- A keresetpótló juttatásban, munkanélküli járadékban, nyugdíj előtti munkanélküli segélyben részesülők.
- Az egyéni vállalkozók.
- A társas vállalkozók.
- A díjazás ellenében munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony keretében (bedolgozói, megbízási, felhasználási szerződés alapján, egyéni vállalkozónak nem minősülő vállalkozási jellegű jogviszonyban, segítő családtagként) személyesen munkát végző személyek, amennyiben az e tevékenységéből származó, tárgyhavi járulékalapot képező jövedelmük eléri a minimálbér havi összegének 30 %-át, illetőleg naptári napokra annak harmincad részét.
- A munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony keretében munkát végző személynek minősülnek azok is, akik alapítvány, társadalmi szervezet, egyesület, köztestület, közhasznú társaság, kamara választott tisztségviselői, az önkéntes kölcsönös biztosító pénztárak, a magán-nyugdíjpénztárak választott tisztségviselői, a helyi (települési) önkormányzat választott képviselői (tisztségviselői), társadalmi megbízatású polgármesterek, amennyiben járulékalapot képező jövedelemnek minősülő tiszteletdíjuk, díjazásuk eléri a minimálbér havi összegének 30 %-át, illetve naptári napokra annak 30-ad részét.
- Az egyházi személy, a szerzetesrend tagja.

Szünetel a biztosítás a fizetés nélküli szabadság, a munkavégzési (szolgáltatelljesítési) kötelezettség alóli mentesítés, valamint az igazolatlan távollét időtartama alatt, kivéve

- ha a fizetés nélküli szabadságot három évesnél fiatalabb gyermek gondozása, vagy tizenégy évesnél fiatalabb gyermek után járó gyermekgondozási segélyre jogosultság, illetőleg tizenkét évesnél fiatalabb beteg gyermek otthoni ápolása címén vették igénybe,
- ha a munkavégzés alóli mentesítés idejére munkabér (illetmény), távolléti díj, táppénzfizetés történt, továbbá
- a sorkatonai (polgári) szolgálat ideje alatt.

Szünetel a biztosítás az előzetes letartóztatás, szabadságvesztés tartama alatt is, kivéve, ha a letartóztatottat az ellene emelt vád alól jogerősen felmentették, vagy a büntetőeljárást megszüntették, továbbá, ha az elítéltet utóbb a bíróság jogerősen felmentette. Szünetel továbbá az ügyvéd, a szabadalmi ügyvivő biztosítása arra az időtartamra, amelyre kamarai tagságát szünetelteti.

A kötelező biztosítás nem terjed ki:

- a külföldi állam diplomáciai képviselőjére, a képviselő személyzetének külföldi állampolgárságú tagjára, a diplomáciai mentességet élvező nemzetközi szerv külföldi állampolgárságú képviselőjére (munkatársára), a diplomáciai mentességet élvező nemzetközi szerv külföldi állampolgárságú alkalmazottjára, valamint az említett személyek Magyarországon tartózkodó külföldi állampolgárságú alkalmazottjára, továbbá a Magyarországon tartózkodó, az említett személyekkel együtt élő külföldi állampolgárságú házastársára és gyermekére,
- a külföldi munkáltató által Magyarországon foglalkoztatott külföldinek minősülő személyre,
2004. május 1-től
- a magyar jogszabályok szerint be nem jegyzett külföldi munkáltató által a Magyarországon foglalkoztatott külföldi személyekre (ezt megelőzően a belföldiekre sem terjedt ki),
- harmadik ország állampolgára esetén, ha a munkavégzés kiküldetés, kirendelés, illetve munkaerő-kölcsönzés alapján történik és nemzetközi egyezmény másként nem rendelkezik, lényeges változás tehát, hogy ha a munkavégzés az itt nem említett formában történik, akkor a harmadik ország állampolgárára kiterjed a biztosítás.

Ez utóbbi változások az EU-s normákkal összehangolást szolgálják.

Az előbbieken említett nem biztosított személyek társadalombiztosítási ellátására azonban az általános szabályok szerinti kondíciókkal megállapodást lehet kötni.

Az egyidejűleg több biztosítással járó jogviszonyban álló személy biztosításának fennállását mindegyik jogviszonyában külön-külön kell elbírálni. A biztosítás az annak alapját képező jogviszony kezdetétől annak megszűnéséig áll fenn. A munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban munkát végző személyek biztosítását havonta kell elbírálni, és a biztosítási kötelezettség elbírálásánál az ugyanannál a foglalkoztatónál a naptári hónapban elért, járulékalapot képező jövedelmeket össze kell számítani.

E személyek biztosítása akkor is fennáll, ha

- táppénzben, baleseti táppénzben, terhességi gyermekágyi segélyben,
- gyermekgondozási segélyben, gyermeknevelési támogatásban, ápolási díjban részesülnek, továbbá
- katonai (polgári) szolgálatot teljesítenek,

amennyiben az ellátások folyósítását, illetőleg a katonai szolgálat teljesítését közvetlenül megelőző napon biztosítottak voltak.

A biztosítottnak minősülő személy biztosítással járó jogviszonyának 1997. december 31. napját követő időtartama szolgálati időnek számít, ha erre az időszakra az előírt nyugdíjjárulékot megfizették. Szolgálati időként kell figyelembe venni a szóban lévő időtartamot akkor is, ha a foglalkoztató a biztosított keresetéből, jövedelméből a nyugdíjjárulékot levonta, azonban annak befizetését részben vagy egészben elmulasztotta, függetlenül attól, hogy a nyugdíjjárulék behajtására tett intézkedés eredményre vezetett-e. Ha a biztosítás ténye, illetőleg a biztosítással járó jogviszony időtartamára vonatkozó adatok a társadalombiztosítási igazgatási szervek nyilvántartásaiból megállapíthatók, azonban a nyugdíjjárulék levonásának (befizetésének) ténye - a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv által beszerzett - okiratok (igazolások) alapján sem állapítható meg, vagy az okiratok (igazolások) hiányában, illetőleg a foglalkoztató megszűnése miatt nem bizonyítható, a nyugdíjjárulék levonását (megfizetését) vélelmezni kell.

A biztosítással járó jogviszony 1998. január 1. napját megelőző időtartamát az 1997. december 31-én hatályos jogszabályok alapján kell szolgálati időként figyelembe venni. Ezek a szabályok - néhány kivételtől eltekintve - lényegében megegyeznek a jelenleg hatályos szabályokkal. A kivételek közül kiemeljük, pl. a felsőfokú intézmény nappali tagozatán folytatott tanulmányok 1998. január 1-ét megelőző idejét, amely járulékfizetés nélkül szolgálati időnek számít, az ezt követő tanulmányi idő csak megállapodás keretében történő járulékfizetés esetén számítható be.

Az öregségi nyugdíj jogosultság feltételei

Minimális biztosítási (szolgálati idő)

- A hagyományos rendszerben és az I. pillérben a résznyugdíjhoz 15 év biztosítási, illetve járulékfizetési idő szükséges, a teljes nyugdíjra jogosultsághoz 20 évet kell teljesíteni. A biztosítási időbe járulékfizetés nélkül beszámítanak a betegszabadságon, táppénzen, terhességi-gyermekágyi segélyen töltött idők. A sorkatonaság idejét is figyelembe kell venni, ez esetben a járulékot a Nyugdíjbiztosítási Alap számára a központi költségvetés megfizeti. A gyermek 3, illetve 14 éves koráig igénybe vehető gyermekgondozási segély ideje is biztosítási időnek számít. Ez esetben a munkáltatói járulékot (18 %) a központi költségvetés, az egyéni járulékot (8,5%-ot, illetve 8 + 0,5 %-ot) pedig a GYES-t igénybe vevő szülő fizeti. Biztosítási időnek számít a munkanélküli ellátás ideje is, ez esetben a munkáltatói járulékot az ellátást folyósító munkaügyi központ fizeti, az egyéni járulékot pedig a munkanélküli ellátásból vonják le.

- A biztosítási éveket az alkalmazotknál akkor is figyelembe kell venni, ha a munkáltató megsértve a szabályokat, nem fizette meg az előírt járulékot, illetve csak egy részét utalta át. A munkáltatói mulasztás következményeit ugyanis jogilag nem lehet a vétlen alkalmazottra hárítani. Ha azonban az egyéni vállalkozó, vagy a társas-vállalkozások tagjai nem fizetik be a járulékot, akkor ennek jogkövetkezményei vannak. Az egyéni vállalkozóknál 12 havi járuléktartozás esetén a működési engedélyt visszavonják. A társas vállalkozás tagja esetében azok a hónapok, amelyekre nem teljesítették a járulék befizetését, nem számítanak be a biztosítási időbe. A járuléktartozás utólagos megfizetése esetén korrigálják e biztosítási idők beszámításával a nyugdíjat.
- A II. pillérben minimális magán-nyugdíjpénztári tagsági idő nincs előírva. 180 hónapnál rövidebb tagdíjfizetési idő esetén a szolgáltatás egy összegben igénybe vehető.

Nyugdíjkorhatár

- Mindkét pillérben az öregségi nyugdíjra jogosító korhatár 1997-től fokozatos emelkedéssel, mindkét nem esetében egységesen a 62. évben van megszabva. A férfiaknál 60 évről, a nőknél 55 évről emelkedik a korhatár, két évente 1-1 évvel. A férfiaknál 2001-ben, az 1939-ben született korosztálynál teljesült első ízben a 62 év korhatár.

A nőknél 2009-ben, az 1947-ben született korosztálynál valósul meg először a 62 év korhatár. A korhatár emelésének átmeneti szabálya az érintett korosztályok számára a következő fokozatosságot, és a hosszabb biztosítási idővel rendelkezők esetében az alábbi emelt korhatár előtti nyugdíjazási feltételeket rögzíti:

Születési év	Új irányadó korhatár életkora	Nyugdíj-jogosultság éve	Korhatár előtti nyugdíjazás		Korhatár előtti nyugdíjazásra jogosító szolgálati idő (év)	
			Legkorábbi életkora	Legkorábbi dátuma	Csökkentés nélküli nyugdíjhoz	Csökkentett nyugdíjhoz
Nők						
1940	56	1996	55	1995	34	29-33
1941	57	1998	55	1996	34	29-33
1942	57	1999	55	1997	34	29-33
1943	58	2001	55	1998	35	30-34
1944	59	2003	55	1999	36	31-35
1945	60	2005	55	2000	37	32-36
1946	61	2007	56	2002	38	33-37
1947	62	2009	57	2004	38	33-37
Férfiak						
1938	61	1999	60	1998	37	32-36
1939	62	2001	60	1999	38	33-37

Ellátások

A nyugellátás számításának szabályai

A hagyományos rendszerben és az I. pillérben a nyugdíj összege függ a keresetek nagyságától és a biztosítási idő hosszától. A nyugdíj kiszámításához az 1988-tól a nyugdíjba vonulás időpontjáig elért kereseteket kell alapul venni.

Minden olyan keresetet, jövedelmet számba kell venni, amelyből az egyéntől járulékot levontak, illetve az önfoglalkoztatók maguk után befizették. Az egyes években elért bruttó keresetből az adott évi adótábla alkalmazásával levonják az arra jutó személyi jövedelemadót, s így az egyes évekre számított nettó kereseteket valorizálják a nyugdíjazást megelőző második év szintjére. A valorizációs szorzók az egyes évek országos nettó átlagkereset-növekedésének indexéből kerülnek kiszámításra, és minden évben az aktuális valorizációs szorzókat a kormányrendelet mellékletében közzéteszik. Az egyes évek ily módon valorizált nettó kereseteit összegzik és az 1988-tól biztosításban töltött napok figyelembevételével éves, illetve havi átlagot számolnak. Ebből az átlagos nettó keresetből a biztosítási évek számához rendelt rátával adódik az egyének induló nyugdíjának összege.

Biztosítási évek száma	Nyugdíjrátá a nettó átlagkereset %-ában
15	43,0
16	45,0
17	47,0
18	49,0
19	51,0
20	53,0
21	55,0
22	57,0
23	59,0
24	61,0
25	63,0
26	64,0
27	65,0
28	66,0
29	67,0
30	68,0
31	69,0
32	70,0
33	71,0
34	72,0
35	73,0
36	74,0
37	75,5
38	77,0
39	78,5
40	80,0
	És minden további évre 1,5-1,5 százalék

Az I. pillér nyugdíjrátája a fenti hagyományos rendszer szerinti rátának a 75%-a. Gyakorlatilag a hagyományos rendszer szerint kiszámítják a nyugdíj összegét, és annak a 75%-a lesz az I. pillérben szerzett nyugdíj. Ebből az is kitűnik, hogy az új kétpilléres nyugdíjrendszerbe átlépett biztosítottak számára az 1998-at megelőzően a hagyományos rendszerben szerzett korábbi teljes biztosítási időket az új rendszer 25%-kal leértékeli. Ez az a nyugdíjcsökkenés, amit a II. pillér várhatóan kompenzálni, sőt meghaladni fog, a befizetések minél hatékonyabb befektetése révén elérhető hozammal, s a pénztárak költségtakarékos működésével.

A nyugdíj alapjául szolgáló nettó átlagkeresetnek egy meghatározott összeg feletti része nem vehető teljes egészében számításba. Minden évben módosul az ún. csökkentett beszámítási skála. 2004-ben ez a következő:

128 000 forint alatti átlagkeresetrész	100 százalékát,
128 001–146 000 forint közötti átlagkeresetrész	90 százalékát,
146 001 – 165 000 forint közötti átlagkeresetrész	80 százalékát,
165 001 – 183 000 forint közötti átlagkeresetrész	70 százalékát,
183 001 – 202 000 forint közötti átlagkeresetrész	60 százalékát,
202 001 – 220 000 forint közötti átlagkeresetrész	50 százalékát,
220 001 – 257 000 forint közötti átlagkeresetrész	40 százalékát,
257 000 forint feletti átlagkeresetrész	30 százalékát

kell a nyugellátás megállapításánál figyelembe venni.

A Kormány tervezi, hogy néhány éven belül eltörli a keresetek csökkentett nyugdíjba számítási szabályát, megszüntetve ezáltal a redisztribúciót, amely igazságtalan, s nem ösztönzi a magasabb jövedelmek bevallását és azok utáni járulék megfizetését.

A jelenlegi törvény 2013-tól nem a nettó, hanem a bruttó, vagyis a személyi jövedelemadóval nem csökkentett átlagkeresetből rendeli el a nyugdíjszámítást és új, a biztosítási éveket egyenlő növekménnyel értékelő nyugdíjráták alkalmazását is előírja, a következők szerint:

Biztosítási évek száma	Nyugdíjrátá a bruttó átlagkereset %-ában	
	A hagyományos rendszerben	Az I.pillérben
20	33,00	24,4
21	34,65	25,62
22	36,30	26,84
23	37,95	28,06
24	39,60	29,28
25	41,25	30,50
26	42,90	31,72
27	44,55	32,94
28	46,20	34,16
29	47,85	35,38
30	49,50	36,60
31	51,15	37,82
32	52,80	39,04
33	54,45	40,26
34	56,10	41,48
35	57,75	42,70
36	59,40	43,92
37	61,05	45,14
38	62,70	46,36
39	64,35	47,58
40	66,00	48,80
	És minden további évre 1,65-1,65 százalék	És minden további évre 1,22-1,22 százalék

A II. pillér szolgáltatásai járadéktípusú, illetve egyösszegű szolgáltatások lehetnek. Az egyösszegű kifizetések feltételeit a törvény egyértelműen szabályozza, s a járadéktípusokat is meghatározza. A pénztáraknak az előírtak közül legalább egyféle járadéktípust kötelezően nyújtaniuk *vagy* vásárolniuk kell, de többfélét is kínálhatnak, amelyet a szolgáltatási szabályzatukban kell meghatározniuk. A pénztártag egyéni számláján lévő összeget meghatározott esetekben a kedvezményezett öröklí. A többféle járadékszolgáltatást nyújtó pénztárak esetén azok közül a pénztártag szabadon választhat.

A nyújtható járadékszolgáltatások típusai a következők:

- a tag számára élete végéig havonta előre folyósított járadék (életjáradék),
- olyan életjáradék, amelyet a pénztár a nyugdíjszolgáltatás megkezdésének időpontjától számított, előre meghatározott időtartam (határozott időtartam) lejártáig a pénztártagnak, illetve kedvezményezettjének (örökösének), a meghatározott időtartam lejárta után a pénztártag élete végéig folyósít (elején határozott időtartamos életjáradék),
- olyan életjáradék, amelyet a pénztár a pénztártag részére élethosszig folyósít, majd annak halála után kedvezményezettje részére a pénztár szolgáltatási szabályzatában előre meghatározott időtartam lejártáig folyósít (végén határozott időtartamos életjáradék),

- kettő vagy több életre szóló életjáradék: a pénztártag és kedvezményezettje(i) részére járó nyugdíjszolgáltatás, amelyet addig folyósítanak, ameddig legalább egyikük életben van.

Az egyösszegű szolgáltatás a következő esetekben nyújtható:

- a pénztártag halála után a kedvezményezett részére az egyéni számlán lévő összeg kifizethető. Az egy összegben történő kifizetés helyett a kedvezményezett dönthet úgy, hogy az összeget a tagsági viszony folytatása mellett a pénztárban hagyja, vagy azt más pénztárba viszi át,
- annak a pénztártagnak a kérésére, aki a nyugdíjkorhatár eléréséig a különböző pénztárakban eltöltött tagsági viszonyának egybeszámításával sem fizetett 180 havi tagdíjat, kérésére egyösszegű kifizetés teljesíthető. Ha a pénztártag nem az egyösszegű kifizetést kéri, részére járadékszolgáltatást kell megállapítani.

A nyugdíj minimális és maximális összege

A hagyományos társadalombiztosítási nyugdíjrendszerben legalább 20 év biztosítási időt előíró teljes öregségi nyugdíj minimális összege 2004-ben havonta 23.200 HUF. Az I. pillérben a nyugdíjminimum az előbbinek a 75 %-a, vagyis 17.400 HUF. A résznyugdíjnak nincs minimuma.

A minimum szabály a további korlátozással is kiegészül, hogy a nyugdíj nem lehet több, mint a nyugdíjszámításhoz alapul szolgáló átlagkereset összege.

A hatályos törvény 2009-től a résznyugdíjat és a nyugdíjminimum konstrukciót is megszünteti. A 20 évnél kevesebb biztosítási időt teljesítők számára egy speciális járadékrendszer, ill. a nagyon kevés biztosítási idővel rendelkezők számára egy speciális járulékvisszatérítési konstrukció bevezetése van tervezve. A nyugdíjminimum funkcióját pedig az időskorúak szociális járadéka teljesíti majd.

A II. pillér által nyújtott életjáradéknak nincs garantált minimuma.

A nyugdíjak maximális összege az I. pillérben és a hagyományos rendszerben nincs rögzítve, ezt közvetve szabályozza az egyéni nyugdíj járulékfizetés alapjaként 2004-től az átlagkereset háromszoros szintjében - szabályozott jövedelemhatár. Ennek összege 2004-ben napi 14.500, évi 5.307.000 HUF. Ebből a nyugdíjba beszámítható maximális keresetből, a biztosítási idő hosszától és a kereset csökkentett beszámításától függően eltérő nyugdíjrátákkal eltérő egyéni nyugdíjmaximumok adódnak. Az eltéréseket tovább fokozza még az is, hogy a biztosítási plafon 1993-tól került alkalmazásra, 1988-1993 között nem volt maximálva a járulékfizetés és a nyugdíj alapjául beszámítható átlagkereset.

A II. pillérben elérhető járadék maximális összege nincs közvetlenül meghatározva. Ezt közvetve befolyásolja a tagdíjfizetési jövedelemhatár, amely azonos az I. pillérben és a hagyományos rendszerben előírt járulékfizetési jövedelemhatárral. Ezen kívül a II. pillérben elérhető járadék összege annál nagyobb, minél hosszabb ideig fizették a tagdíjat, s a pénztár minél kevesebb költséggel dolgozik és minél nagyobb befektetési hozamot ér el.

Eltartottak utáni kiegészítés

Magyarországon a nyugdíjas által eltartott hozzátartozók és gyermekek után a nyugdíjrendszer kiegészítő nyugdíjat, pótlékot nem biztosít. Az eltartottak támogatása függetlenül attól, hogy a családfő nyugdíjas, munkanélküli vagy kereső, a nyugdíjbiztosítástól elkülönülten működő, személyi jövedelemadó terhére finanszírozott szociális rendszer keretében történik.

A nyugdíjak évenkénti emelése

A nyugdíjak évenkénti emelése 2000-től az árak és a keresetek növekedésének mértékéhez igazodik. Ezt megelőzően általában a keresetek növekedésével azonos mértékű nyugdíjindexálás valósult meg. 2000-ben a keresetek tervezett növekedésének 70%-ából és az árak tervezett emelkedésének 30%-ából számították a nyugdíjemelés mértékét, és ezt januárban realizálták. Ha az említett mutatók várható értéke a tervezettnél nagyobb, akkor november hónapban korrekciós nyugdíjemelés történik, januári visszamenőleges hatállyal. A novemberi korrekcióhoz a nyugdíjas fogyasztói ár növekedésének várható mértékét kell figyelembe venni, amennyiben az meghaladja az általános mértéket.

A hatályos törvény 2001-től az ún. svájci indexálás szabályát rendszerjelleggel rögzíti, vagyis ezt követően az árak és a keresetek növekedésének számtani átlagával azonos mértékű nyugdíjemelési rendszer érvényesül.

A törvény a nyugdíjak egységes %-os emelési módszerét is rögzíti, s a %-os emelésnél legkisebb és legnagyobb összeg nincs meghatározva. 2004. januárban a nyugdíjak 6,3 - 6,7 %-kal emelkedtek.

A 13. havi nyugdíj

2003-ban elkezdődött a 13. havi nyugdíjjuttatás fokozatos bevezetése. 2003 novemberében a nyugdíjasok a havi nyugdíj 25 %-át kapták, 2004 novemberében a havi nyugdíj 50 %-a, 2005 novemberében 75 %-a kerül kifizetésre, s végül 2006 novemberében és az azt követő évek novemberében a nyugdíjasok a teljes 13. havi nyugdíjra jogosultak lesznek. A teljes 13. havi nyugdíj 8,3%-os nyugdíjemelésnek megfelelő többletjövedelmet tesz ki.

Korai nyugdíjazás

Magyarországon a korhatár fokozatos emeléséhez korosztályonként megszabott feltételek szerint lehetőség van az emelt korhatár előtti nyugdíjazásra, amelynek feltételeit és mértékeit a korhatár fokozatos emeléséről írt táblázat tartalmazza. Itt egy konkrét példával szemléltetjük a korai nyugdíjazási szabályt. Pl. az 1945-ben született nők emelt korhatára 60. életév, amelyet 2005-ben fognak elérni. De a törvény megengedi számukra, hogy legkorábban 55 éves korukban, tehát 5 évvel az emelt korhatár előtt, 2000-ben nyugdíjba vonulhassanak. Azok, akik 37 év szolgálati idővel rendelkeznek, nyugdíjcsökkentés nélkül 55 éves koruk elérésekor jogosultak az öregségi nyugdíjuk csökkentés nélküli összegére. Azok

azonban, akik csak pl. 35 év szolgálati idővel rendelkeznek, 55 éves korukban csökkentett összegű öregségi nyugdíjra jogosultak.

A csökkentés mértéke a következő:

- 36 év biztosítási idő esetén havi 0,1 %-os,
- 35 év biztosítási idő esetén havi 0,2 %-os,
- 34 év biztosítási idő esetén havi 0,3 %-os
- 33 év biztosítási idő esetén havi 0,4 %-os
- 32 év biztosítási idő esetén havi 0,5 %-os

nyugdíjcsökkentés történik, amit annyi hónapra kell számítani, ahányszor 30 naptári nappal az emelt korhatár előtt nyugdíjba vonulnak, vagyis ahányszor 30 naptári nap az emelt korhatárból hiányzik.

A példa szerinti esetünkben a 0,2%-os nyugdíjcsökkentést 60 hónapra kell számítani, így 12%-kal csökkentett nyugdíjat fognak megállapítani. Megjegyezzük, hogy a csökkentés nélküli korai nyugdíjazáshoz a biztosítási idő számításánál gyermekeként 1-1 évet, legfeljebb 3 bonusz évet a ténylegesen megszerzett időhöz hozzászámítanak. E gyermekkedvezmény miatti bonusz biztosítási idő a nyugdíj kiszámításánál nem kerül figyelembevételre, mert e kedvezménynek a funkciója kizárólag a korhatár előtti jogosultság megszerzésének segítése.

Az egészségre ártalmas, nehéz fizikai munkát végzők korkedvezményt élveznek. A korkedvezményes munkaterületeket a törvény végrehajtási rendelete konkrétan meghatározza. Az ilyen területeken végzett munka 10 év (férfi) ill. 8 év (nő) időtartama 2 év korkedvezményre jogosít, s minden további 5 év (férfi) ill. 4 év (nő) munkavégzés további 1-1 év korkedvezményt jelent. Pl. az a férfi, aki az adott munkaterületen 25 évet dolgozott, 5 évvel az általános korhatár előtt jogosult öregségi nyugdíjra.

A korkedvezménynek ez a rendszere számos problémát takar (pl. nem preventív, elfedi a munkáltatók munkavédelmi kötelezettségét), ezért a jövőben ennek átalakítása tervezett.

A bányászok, ha a föld alatt meghatározott műszakszámot teljesítettek, életkoruktól függetlenül jogosultak öregségi nyugdíjra. A művészek 25 évi előadóművészi tevékenység alapján szintén életkoruktól függetlenül öregségi nyugdíjra jogosultak. A fegyveres és rendvédelmi szervek hivatásos állományába tartozók szintén korábban nyugdíjba vonulhatnak, általában az általános korhatárnál 5 évvel korábban. E kedvezményeket nem a nyugdíjárulékból finanszírozzuk, hanem ezt a költségvetés a Nyugdíjbiztosítási Alap javára a korhatárig megtéríti.

Lehetőség van arra, hogy bárki a korhatárt megelőzően legfeljebb 5 évvel korábban nyugdíjba vonuljon, feltéve, ha a munkáltatója a korhatár betöltéséig számított nyugdíjnak megfelelő összeget a Nyugdíjbiztosítási Alap javára egy összegben előre átutalja.

A II. pillérben nincsenek külön szabályok, a II. pillér szolgáltatásai az I. pillér nyugdíjra jogosultságával egyidejűleg kezdődhetnek.

Elhalasztott nyugdíjazás

A 62 év korhatár felett dolgozók, ha nem vették igénybe a nyugdíjukat, 20 év biztosítási idejük már van és legalább 30 naptári napot tovább dolgoztak, nyugdíjpótlékban részesülnek.

A nyugdíjpótlék mértéke az általános szabályok szerint kiszámított havi nyugdíjuk annyiszor 0,5%-a, ahányszor 30 hónapot a 62 év betöltése után ledolgoztak (pl. ha 64 éves korukig dolgoztak, akkor $24 \text{ hónap} \times 0,5\% = 12\%$ -kal növelt nyugdíjra jogosultak).

Kereset melletti nyugdíj

Magyarországon a nyugdíj korlátozás nélkül jár, függetlenül attól, hogy a nyugdíjas keresőtevékenységet folytat vagy nem.

A nyugdíjak adózása

2002. január 1-től a hagyományos rendszerből és az I. pillérből származó nyugdíj nem minősül adóköteles bevételnek. Ha a nyugdíj mellett adóköteles egyéb jövedelem is van, akkor ez önmagában, az általános szabályok szerint adózik.

A II. pillérből származó szolgáltatás 2004-től a társadalombiztosítási nyugdíjakhoz hasonlóan nem minősül adóköteles bevételnek.

4. Rokkantsági nyugdíjrendszer

Jogosultsági feltételek

Rokkantsági nyugdíjra jogosult az a biztosított személy, aki

- egészségromlás, illetve testi vagy szellemi fogyatkozás következtében munkaképességét legalább 67%-ban elvesztette és ebben az állapotában javulás egy évig nem várható,
- az előírt szolgálati időt megszerezte és
- rendszeresen nem dolgozik, vagy keresete lényegesen kevesebb a megrokkánása előtti kereseténél. Lényegesen akkor kevesebb a kereset, ha az nem éri el a megbetegedés előtti kereset 80%-át.

Az öregségi nyugdíjas és a baleseti rokkantsági nyugdíjas rokkantsági nyugdíjra nem jogosult. Rokkantsági nyugdíj nem állapítható meg annak, aki saját rokkantságát szándékosan okozta, továbbá annak sem, aki az öregségi nyugdíjkorhatárt elérte, de még nem ment nyugdíjba. Ez utóbbi esetben a rokkant személy részére öregségi nyugdíj jár.

A rokkantsági nyugdíjra jogosultak mindazon biztosítottak, akik az öregségi nyugdíjra, feltéve, ha az előírt minimális szolgálati idővel rendelkeznek.

A munkaképesség-csökkenés minimális mértékét a törvény 67%-ban írja elő, s a rokkantak alábbi három csoportját különbözteti meg:

- III. csoportú rokkant az, aki munkaképességét legalább 67%-ban elvesztette, de nem teljesen munkaképtelen.
- II. csoportú rokkant az, aki munkaképességét teljes mértékben (100%-ban) elvesztette, de mások állandó gondozására nem szorul.
- I. csoportú rokkant az, aki munkaképességét teljes mértékben (100%-ban) elvesztette és mások állandó gondozására szorul.

A jogosultság legkorábban attól az időponttól kezdődik, amikortól az orvosi bizottság a munkaképesség-csökkenés kellő mértékét megállapította. Ha az orvosi bizottság a megrokkánás időpontjáról nem nyilatkozott, akkor a megrokkánás időpontjának az igénybejelentés napját kell tekinteni.

A jogosultság megszűnik akkor, ha a nyugdíjas

- már nem rokkant, egészségi állapota kellő mértékben javult, vagy
- rendszeresen munkát végez, és keresete négy hónap óta lényegesen nem kevesebb a megrokkánás előtti kereseténél, vagyis ha eléri annak a 80 %-át.

A nyugdíjkorhatár betöltése után rokkantsági nyugdíjra jogosultság már nem keletkezhet.

A jogosultsághoz szükséges minimális biztosítási idő az életkortól függően eltérő, az alábbiak szerint:

22 évesnél fiatalabbak	2 év
22-24 év közöttiek	4 év
25-29 év közöttiek	6 év
30-34 év közöttiek	8 év
35-44 év közöttiek	10 év
45-54 év közöttiek	15 év
55 év felettek	20 év.

Az a személy, aki az iskolai tanulmányai megszűnését követő 180 napon belül biztosítási jogviszonyt létesített, és 22 éves kora előtt megrokkant, biztosítási idejének tartamától függetlenül - akár pl. 1 nap biztosítási idő esetén is - jogosult rokkantsági nyugdíjra.

Ellátások

A nyugdíjak kiszámítása

A hagyományos társadalombiztosítási nyugdíjrendszerben és az új vegyes rendszer I. pillérében a rokkantsági nyugdíj mértéke függ

- a rokkant személy életkorától,
- a megszerzett biztosítási időtől,
- a rokkantsági mértékétől, az előbbieken említett három csoport szerint.

A biztosítási időt és a nyugdíj alapjául figyelembe vehető átlagkeresetet ugyanúgy kell számítani, mint az öregségi nyugdíjnál.

A III. csoportba tartozó rokkantak nyugdíjának összege a hagyományos rendszerben a 35 évnél fiatalabbak számára 2 évnél kevesebb biztosítási időnél az átlagkereset 51 %-a, ez a mérték minden további biztosítási év esetén 0,5-0,5 %-ponttal nő egészen 25 évig, ahol eléri a 63 %-ot.

A 35 évnél idősebb III. csoportú rokkantak nyugdíjának összege a havi átlagkereset alábbi %-a:

Biztosítási idő, év	A havi átlagkereset százaléka				
	35-39	40-44	45-49	50-54	55-61
	Éves életkorban bekövetkezett megrokkánás esetén				
10	54,0	51,0	46,5	42,0	37,5
11	56,0	53,0	48,5	44,0	39,5
12	56,5	55,0	50,5	46,0	41,5
13	57,0	57,0	52,5	48,0	43,5
14	57,5	57,5	54,5	50,0	45,5
15	58,0	58,0	56,5	52,0	47,5
16	58,5	58,5	58,5	54,0	49,5
17	59,0	59,0	59,0	56,0	51,5
18	59,5	59,5	59,5	58,0	53,5
19	60,0	60,0	60,0	60,0	55,5
20	60,5	60,5	60,5	60,5	57,5
21	61,0	61,0	61,0	61,0	59,5
22	61,5	61,5	61,5	61,5	61,5
23	62,0	62,0	62,0	62,0	62,0
24	62,5	62,5	62,5	62,5	62,5
25	63,0	63,0	63,0	63,0	63,0

A II. csoportba tartozó rokkantak nyugdíjának összege 5 %-kal több, az I. csoportba tartozóké pedig 10 %-kal több, mint az előbbieken ismertetett III. csoportúaké.

A nyugdíj minimális és maximális összege

A rokkantsági nyugdíjak minimum összege 2004-ben

- a III. csoportú rokkantaknál: 23.200 HUF
- a II. csoportú rokkantaknál: 24.290 HUF
- az I. csoportú rokkantaknál: 25.160 HUF

A rokkantsági nyugdíjnak nincs közvetlenül meghatározott maximális összege, e tekintetben ugyanazok a közvetett tényezők hatnak, mint az öregségi nyugdíjknál.

Nyugdíj melletti kereset

Nincs külön kereseti plafon meghatározva, a korlátozás gyakorlatilag a jogosultsághoz előírt feltételben érvényesül. Ez azt jelenti, hogy ha a rokkantsági nyugdíjas rendszeresen dolgozik és keresete négy hónapon keresztül meghaladja a megrokkánása előtti keresetének 80 %-át, akkor már nem jogosult rokkantsági nyugdíjra.

Eltartottak utáni kiegészítés

Az eltartott házastárs és gyermek után rokkantsági nyugdíj-kiegészítés nem jár. Ugyanaz a helyzet, mint az öregségi nyugdíjknál. A rokkantsági nyugdíjnak az eltartott hozzátartozói a szociális ellátórendszer keretében kaphatnak támogatásokat.

Évenkénti emelés

Ugyanazok az automatikus indexálási szabályok érvényesek, mint az öregségi nyugdíjknál. A rokkantsági nyugdíjak emelésének mértéke és a módszere teljesen azonos az öregségi nyugdíjakéval.

A II. pillér jelenleg még nem tartalmazza a rokkantsági kockázatot. A magánpénztár tagja ha megrokkán, két lehetőség közül választhat. Az egyik lehetősége, hogy az egyéni nyugdíjszámláján lévő összeg erejéig szolgáltatást kér, ami lehet egyösszegű kifizetés illetve életjáradék is. Ez esetben az I. pillérből a hagyományos rendszerénél ismertett nyugdíjösszeg 75 %-a jár. A másik lehetősége, hogy az egyéni nyugdíjszámláján lévő összeget az Állami Nyugdíjbiztosítási Alapba visszautaltatja és ez esetben a hagyományos nyugdíjrendszer szerinti rokkantsági nyugdíjra lesz jogosult, oly módon, mintha át sem lépett volna a magánrendszerbe.

A 13. havi nyugdíj a rokkantsági nyugdíjban részesülőket is – az öregségi nyugdíjnál ismertett fokozatos bevezetéssel – megilleti.

5. Özvegyi nyugdíjrendszer

Jogosultsági feltételek

A jogosultság kiterjed a biztosítottak házastársára, az elvált házastársára és az élettársára. Özvegyi nyugdíjra az jogosult, akinek elhunyt házastársa, élettársa az öregségi, ill. a rokkantsági nyugdíjhoz szükséges biztosítási időt megszerezte, vagy öregségi, ill. rokkantsági nyugdíjasként hunyt el. Ez azt jelenti, hogy pl. a 40 évesen elhunyt biztosítottnak legalább 10 évi szolgálati idővel kell rendelkeznie, ennyi ugyanis erre az életkorra a rokkantsági nyugdíjra jogosító minimálisan előírt biztosítási idő hossza.

Az élettárs akkor jogosult özvegyi nyugdíjra, ha az élettársával annak haláláig legalább egy év óta megszakítás nélkül együtt élt és gyermekük született, vagy megszakítás nélkül 10 év óta együtt élt.

Ha a házasság megkötésekor a házastárs az öregségi nyugdíjra jogosító korhatárt már betöltötte, az özvegye csak abban az esetben jogosult özvegyi ellátásra, ha a házasságból, ill. a korábbi együttélésből gyermek származott, vagy a házasság megkötésétől számított öt éven át megszakítás nélkül együtt éltek.

Az elvált, továbbá házastársától egy évnél hosszabb ideig külön élt személynek özvegyi nyugdíj csak akkor jár, ha a házastársától annak haláláig tartásdíjban részesült, ill. a bíróság részére tartásdíjat állapított meg.

A jogosultság és az ellátás tekintetében a szabályok mindkét nemre egységesek.

Az említett megözvegyült házastársak, élettársak életkorukra és minden egyéb feltételre (pl. kereső tevékenységet folytatnak vagy sem) tekintet nélkül jogosultak 1 évig ún. ideiglenes (alkalmazkodási) özvegyi nyugdíjra. Az ideiglenes özvegyi nyugdíj 1 évnél hosszabb ideig jár azoknak az özvegyeknek, akik másfél évesnél fiatalabb gyermeket nevelnek. Részükre az ideiglenes özvegyi ellátás a gyermek 18 hónapos korának eléréséig jár. Fogyatékos, ill. tartósan beteg gyermek esetén az ideiglenes özvegyi nyugdíj a gyermek 3 éves koráig jár.

Az ideiglenes özvegyi nyugdíj lejártát követően ún. állandó özvegyi nyugdíjra az jogosult, aki házastársa halálakor

- a reá irányadó öregségi nyugdíjra jogosító korhatárt betöltötte, vagy
- rokkant, vagy
- házastársa jogán legalább két árvaellátásra jogosult gyermeket tart el.

Állandó özvegyi nyugdíj akkor is jár, ha a fenti pontokban szereplő jogosító feltételek valamelyike a házastárs halálától számított 10 éven belül bekövetkezik.

Özvegyi nyugdíjra jogosultság szempontjából halálesetnek számít az eltűnés is, ha azt bíróság jogerősen megállapította. Az, aki házastársa, élettársa halálát a bíróság jogerős ítélete szerint - szándékosan okozta, özvegyi nyugdíjra nem jogosult.

Az özvegyi nyugdíjra jogosultság megszűnik, ha az özvegy az öregségi nyugdíjra jogosító életkorának betöltése előtt házasságot köt.

Ellátások számítása

Az özvegyi nyugdíj annak a nyugdíjnak a százalékában van meghatározva, amely az elhunytat halálakor megillette, illetve, ha aktív korban hunyt el - rokkantsági nyugdíjasként megillette volna. Ez utóbbi esetben a III. csoportú rokkantsági nyugdíjat számítják ki az általános szabályok szerint, s ez képezi az özvegyi nyugdíj alapját.

Az ideiglenes özvegyi nyugdíj az elhunyt jogszerző nyugdíjának az 50 %-a, amelynek nincs minimuma és maximuma sem.

Az állandó özvegyi nyugdíj mértéke azon özvegyek számára, akik saját jogon nem részesülnek nyugdíjban, 50 %, akik saját jogon nyugellátást szereztek, azok számára 2003. novembertől 25 %, 2004. novembertől 30%. Az állandó özvegyi nyugdíjnak minimuma és maximuma nincs.

Az özvegyi nyugdíjszabályok 1998. január 1-jével jelentős változáson mentek keresztül. Ezt megelőzően az állandó özvegyi nyugdíj mértéke is 50% volt, de a saját nyugdíj mellett a folyósítása nagymértékben korlátozott volt. Ha a két nyugdíj együttesen meghaladott egy előírt összeget -1997-ben 20.400 HUF-ot -, akkor az özvegyi nyugdíjból csak annyit folyósítottak, amennyi a saját nyugdíjat az előírt összegre kiegészítette. Ha pl. a saját nyugdíj, vagy az özvegyi nyugdíj önmagában is meghaladta az előírt összeget, akkor az egyik nyugdíjat egyáltalán nem folyósították. Az új szabályok ezt a korlátozást szüntették meg, s egyidejűleg az 50%-os özvegyi nyugdíj mértéket 1998-tól 20%-ra mérsékeltek, s az új szabályok visszamenőlegesen is alkalmazásra kerültek, a korábbi korlátozott folyósítás az érintett özvegyek számára megszűnt. Jelenleg a régi és az új szabályok átmeneti ideig párhuzamosan érvényesülnek. Erre azért is szükség van, mert a jogosultság a haláltól számított 10 éven belüli bekövetkezésre épül. Így a korábban megözvegyültek a régi és az új szabályok közül a számukra kedvezőbbet választhatják. Ha számukra az 50%-os özvegyi ellátás a saját nyugdíjukkal együttes korlátozó összeghatárral –2004-ben 49.650 HUF - kedvezőbb, akkor ez jár részükre. Az összeghatár szempontjából figyelmen kívül kell hagyni az ösztönző nyugdíjpótlékot, a kivételes méltányosságból engedélyezett nyugdíjemelést.

Ha a korlátozás nélküli 2004. novembertől 30%-os özvegyi nyugdíj a kedvezőbb, akkor a saját nyugdíjuk mellett ezt korlátozás nélkül, az említett összeghatáron felül is megkapják. Az özvegyi nyugdíj összege az elvált jogosult özvegyek esetében a tartásdíjnál több nem lehet.

A fent ismertetett mértékek és összegek a hagyományos nyugdíjrendszerben maradt biztosítottak özvegyi nyugdíjára vonatkoznak. Az új rendszerbe átlépett biztosítottak özvegyei az I. pillérből az elhunyt jogszerző I. pillérbeli 75%-os ellátásából számított 50%-os, illetve 2004. novembertől 30%-os özvegyi nyugdíjra jogosultak.

Özvegyi nyugdíj megosztása

Több jogosult esetén az özvegyi nyugdíjat közöttük egyenlő arányban meg kell osztani. Ha az elvált özvegy ennél kevesebb tartásdíjban részesült, akkor a reá jutó özvegyi nyugdíj legfeljebb a tartásdíj összege lehet, s a fennmaradó rész a másik jogosult özvegyet illeti meg. Peres úton a megosztást a bírói ítélet módosíthatja.

Évenkénti emelés

Az özvegyi nyugdíjak évenkénti emelési rendszere az öregségi nyugdíjakéval. Az özvegyi nyugellátási rendszerben nincs semmiféle kereseti korlátozó szabály, az ellátás egységesen jár, függetlenül attól, hogy az özvegy keres vagy nem.

A 13. havi nyugdíj az állandó özvegyi nyugdíjban részesülőket is megilleti, az öregségi nyugdíjnál ismertetett fokozatos bevezetéssel.

Adózás

2002. január1-től a bármely jogcímen járó özvegyi nyugellátás adómentes jövedelemnek minősül, a mellette keletkező adóköteles jövedelem, kereset önállóan, az általános szabályok szerint adóköteles.

6. Árvaellátás

Jogosultsági feltételek

Árvaellátásra az a gyermek jogosult ideértve a házasságban vagy az élettársi közösségben együtt élők egy háztartásban közösen nevelt, korábbi házasságból, élettársi együttélésből származó gyermeket is, akinek szülője haláláig az öregségi, ill. rokkantsági nyugdíjhoz szükséges szolgálati időt megszerezte, vagy öregségi, ill. rokkantsági nyugdíjasként halt meg.

Az örökbe fogadott gyermeknek vér szerinti szülője jogán árvaellátás nem jár, kivéve, ha a gyermeket a vér szerinti szülő házastársa fogadta örökbe.

Árvaellátás jár a nevelt gyermeknek, a testvérnek és az unokának is, ha őt az elhunyt saját háztartásában eltartotta, és a gyermeknek tartásra köteles és képes hozzátartozója nincs.

Nem érinti az árvaellátásra jogosultságot, ha a gyermek vagy életben maradt szülője házasságot köt, vagy örökbe fogadják.

Az árvaellátás - a jogosultsági feltételek megléte esetén - legkorábban a halál napjától kezdődően a gyermek 16. életévének betöltése napjáig jár. Ha a gyermek oktatási intézmény nappali tagozatán tanul, az árvaellátás a tanulmányok tartamára, de legfeljebb a huszonötödik életév betöltéséig jár. Ha a jogosultság megszűnése előtt a gyermek megrokkant, ennek tartamára az árvaellátás életkorra tekintet nélkül megilleti, feltéve, ha a szülő halála a gyermek említett életkora betöltése előtt következik be.

Iskolai tanulmányok címén azt a gyermeket is megilleti az árvaellátás, aki

- az iskola igazolása szerint betegsége, testi vagy szellemi fogyatékosága miatt tanulmányait magántanulónaként végzi,
- huszonöt évesnél fiatalabb és a felnőttoktatás keretében folytat tanulmányokat.

Iskolai tanulmányok címén az árvaellátás a tanulmányok befejezéséig a nyári szünet tartamára is jár.

Az árvaellátásra jogosultság a tanulói jogviszony szünetelése esetén is fennáll.

Ellátások

Az árvaellátás gyermekenként annak a nyugdíjnak a harminc százaléka, ami az elhunytat öregségi, rokkantsági nyugdíjként, baleseti rokkantsági nyugdíjként halála időpontjában megillette, vagy megillette volna.

A nevelt gyermek árvaellátásába a vér szerinti szülő által fizetett tartásdíjat be kell számítani. Ha a fizetett tartásdíj eléri az árvaellátás összegét, az árvaellátás folyósítását szüneteltetni kell.

Ha a vér szerinti szülő tartási kötelezettségének nem, vagy nem teljes összegben tesz eleget, akkor az árvaellátás teljes, ill. arányos összege jár.

Az elhunyt szülő nyugdíjának 60 %-a jár annak a gyermeknek,

- akinek mindkét szülője elhunyt,
- akinek egyik szülője elhunyt, a másik szülője rokkant.

Ha a gyermek mindkét szülője után jogosult árvaellátásra, akkor annak a szülőnek a nyugdíja 60 %-át kell számára folyósítani, amelyik nagyobb összegű.

A vegyes nyugdíjrendszerbe átlépett biztosított árvái az I. pillérből az elhunyt szülő I. pillérbeli 75%-os ellátásából számított 30%-os, illetve 60%-os árvaellátásra jogosultak.

Az ellátás minimuma és maximuma

Az árvaellátás minimuma 2004-ben 19.750 HUF.

Maximálva az árvaellátás összege nincs.

Az I. pillérben a minimum 14.810 HUF, amely a hagyományos rendszer minimumának a 75%-a.

Évenkénti emelés

Az árvaellátás évente ugyanúgy emelésre kerül, mint az öregségi nyugdíj.

A 13. havi nyugdíj az árvaellátásban részesülőket is megilleti, az öregségi nyugdíjakkal ismertetett fokozatos bevezetéssel.

Adózás

Az árvaellátás adómentes jövedelem.

7. Egyéb hozzátartozói ellátás: a szülői nyugdíj

Szülői nyugdíjra az a szülő jogosult, akinek a gyermeke az öregségi, ill. rokkantsági nyugdíjhoz szükséges szolgálati idő megszerzése után, vagy öregségi, ill. rokkantsági nyugdíjasként halt meg, ha

- a szülő a gyermekének halálakor rokkant, vagy a hatvanötödik életévét betöltötte, és
- a szülőt a gyermeke a halálát megelőző egy éven át túlnyomó részben eltartotta.

Az előbbi feltételek fennállása esetén szülői nyugdíjra jogosult az a nevelőszülő is, aki a nevelt gyermeket tíz éven át eltartotta.

Annak a szülőnek, aki gyermeke halálakor nem volt rokkant, szülői nyugdíj csak abban az esetben jár, ha az elhalálozástól számított tíz éven belül megrokkant, és tartásra köteles és képes hozzátartozója nincs.

A jogosultság a nagyszülőre is kiterjed, ha unokája tartotta el.

A szülői nyugdíj mértéke azonos az özvegyi nyugdíj mértékével. Ha tehát a szülőnek nincs saját nyugdíja, akkor 50%-os, ha van, akkor 2003. novemberétől 25%-os, 2004. novemberétől 30%-os mértékű szülői nyugdíj jár. Ha a szülői nyugdíjra többen jogosultak, azt közöttük - az özvegyi nyugdíj megosztására vonatkozó rendelkezések alkalmazásával - egyenlő arányban meg kell osztani. A szülői nyugdíj emelésére, a 13. havi juttatásra az özvegyi nyugdíjaknál érvényes szabályok vonatkoznak.

A II. pillér a hagyományos nyugdíjrendszerhez képest az elhalálozás kockázatát igen sajátosan kezeli. A jelenlegi szabályok a következők. Az aktív pénztártag a magántulajdonát képező nyugdíjszámláján lévő összegre kedvezményezettet, illetve több kedvezményezettet jelölhet meg. Ha a pénztártag nem jelöl meg kedvezményezettet, akkor a törvényes örökösöket kell kedvezményezetteknek tekinteni. Örökös hiányában a pénztártag egyéni számláján lévő összeg a Garancia Alapra száll. Az aktív pénztártag halála esetén a kedvezményezettek a számlán lévő összeget egyösszegű szolgáltatás formájában felvehetik. De megtehetik azt is, hogy a pénztárban hagyják, s egyidejűleg belépnek a pénztárba, s a számlán lévő összeget a pénztár befekteti. A kedvezményezettek megtehetik azt is, hogy más pénztárba átvizik az örökölt összeget.

A II. pillérben a fentiekől eltérő más megoldásra is lehetőség van. A pénztártag, vagy halála után a kedvezményezettek oly módon rendelkezhetnek, hogy a számlán lévő összeget átutaltatják az Állami Nyugdíjbiztosítási Alapba. Ez esetben a hagyományos nyugdíjrendszerben maradékkal azonos özvegyi nyugdíjat, árvaellátást, szülői nyugdíjat kapnak (az I. pillérbeli 75 %-os ellátás helyett 100 %-os ellátást) ugyanúgy, mintha az elhunyt jogszerző nem lépett volna át az új vegyes nyugdíjrendszerbe.

Ez a megoldás abban az esetben realizálható, ha a megjelölt kedvezményezett személyek megfelelnek az özvegyi nyugdíjra, az árvaellátásra és a szülői nyugdíjra jogosultság előbbiekben ismertetett feltételeinek.

Ha a pénztárg járadósként hal meg, akkor az elején határozott időtartamos vagy a végén határozott időtartamos, illetve a két vagy több életre szóló életjáradék választásával gondoskodhat a hozzátartozóiról. Ha csak egy életre szóló járadékot választott magának, akkor halála esetén itt nincs öröklés, s nincs az Állami Nyugdíjbiztosítási Alapba átutalási lehetőség.

8. Baleseti rokkantsági és baleseti hozzátartozói nyugellátások

Jogosultsági feltételek

A jogosultak köre megegyezik az öregségi, rokkantsági nyugdíjra jogosultak személyi körével.

Az üzemi baleset vagy foglalkozási betegség esetén a jogosultsághoz előzetes biztosítási idő nincs előírva, jogosult az is baleseti nyugellátásra, aki csak pár nap biztosítási idővel rendelkezik.

A baleseti rokkantsági nyugdíjra jogosultság további feltételei teljesen azonosak a rokkantsági nyugdíjével, értelemszerűen azzal az eltéréssel, hogy a 67%-os munkaképesség csökkenés üzemi baleset vagy foglalkozási betegség miatt következett be.

Baleseti rokkantsági nyugdíjra tehát az jogosult, aki munkaképességét 67%-ban túlnyomóan üzemi baleset következtében elvesztette, és rendszeresen nem dolgozik, vagy keresete lényegesen kevesebb a megrokkánás előtti keresetnél.

Baleseti rokkantsági nyugdíjra jogosult az is, aki munkaképességét 50%-ban szilikózis következtében vesztette el, és nem dolgozik, vagy szilikózisveszély-mentes munkakörben, illetőleg munkahelyen

- nem rendszeresen dolgozik, vagy
- keresete lényegesen kevesebb a megrokkánás előtti kereseténél, nem éri el annak 80%-át.

A baleseti rokkantsági nyugdíjra jogosultság megszűnik, ha a nyugdíjas munkaképesség-csökkenése a 67 - szilikózis miatt az 50 - %-ot már nem éri el.

Állapotjavulás nélkül is megszűnik a baleseti rokkantsági nyugdíjra jogosultság akkor, ha a nyugdíjas rendszeresen dolgozik és keresete négy hónap óta lényegesen - 80 %-nál - nem kevesebb annál a keresetnél, amelyet a megrokkánás előtti munkakörében rokkantság nélkül elérhetne. A baleseti sérült részére ebben az esetben - a baleseti rokkantsági nyugdíj helyett - baleseti járadékot kell megállapítani.

Ellátások

Az ellátás kiszámítása

A baleseti rokkantsági nyugdíj összegét a rokkantsági nyugdíj megállapítására vonatkozó rendelkezések szerint, vagy ha az kedvezőbb, a balesetet megelőző egyévi, nyugdíjjárulék alapját képező kereset alapján kell meghatározni.

A baleseti rokkantsági nyugdíj mértéke a rokkantság fokától és a biztosítási idő tartamától függ. A rokkantság fokának megfelelően - a III. rokkantsági csoportba tartozik az, aki munkaképességének a 67 - szilikózis miatt az 50 - százalékát elvesztette, de nem teljesen munkaképtelen,

- a II. rokkantsági csoportba tartozik az, aki teljesen munkaképtelen, de mások gondozására nem szorul,
- az I. rokkantsági csoportba tartozik az, aki teljesen munkaképtelen, és mások gondozására szorul.

A baleseti rokkantsági nyugdíj összege az előbbi rokkantsági csoportok sorrendjében a havi átlagkereset 60, 65, illetőleg 70 %-a. A baleseti rokkantsági nyugdíj összege a szolgálati idő minden éve után a havi átlagkereset 1 százalékaival emelkedik.

Az ellátás minimuma és maximuma

A baleseti rokkantsági nyugdíj minimuma:

- a III. rokkantsági csoportban havi 23.290 HUF
- a II. rokkantsági csoportban havi 24.460 HUF
- az I. rokkantsági csoportban havi 25.310 HUF.

Maximum: a számítás alapjául szolgáló egyéni átlagkereset összege, ennél ugyanis a baleseti rokkantsági nyugdíj a megállapításkor több nem lehet.

Kereseti korlátozás

A szabályok megegyeznek a rokkantsági nyugdíjakkal.

Évenkénti emelés

A baleseti rokkantsági nyugdíjakat évente az öregségi, a rokkantsági nyugdíjakkal azonos mértékben és módon kell emelni.

A 13. havi nyugdíj a baleseti rokkantsági nyugdíjban részesülőket is megilleti, az öregségi nyugdíjnál ismertetett fokozatos bevezetéssel.

Baleseti hozzátartozói ellátások

Ha a halál üzemi baleset következtében történik, akkor a hozzátartozók - özvegyek, árvák, szülők - az elhunyt jogszerző biztosítási idejének tartamától függetlenül jogosultak azokra az ellátásokra, amelyeket a 4.-5.-6. fejezetekben ismertettünk. A baleseti rokkantsági nyugdíjas halála esetén a hozzátartozói akkor is jogosultak ellátásra, ha a nyugdíjas nem üzemi baleset következtében halt meg.

A hozzátartozók személyi körére, az ellátások mértékére, összegére, minimumára és maximumára, az évenkénti emelésére, a 13. havi juttatásra és az adózásra a 4.-5.-6. fejezetekben szereplő általános szabályok vonatkoznak.

9. A magán-nyugdíjrendszer intézményrendszerének főbb jellemzői

A nyugdíjpénztárak alapítása, szervezete és működési, gazdálkodási rendje

Nyugdíjpénztárt alapíthatnak

- a munkáltatók, illetve több munkáltató közösen,
- szakmai kamarák külön-külön vagy együttesen,
- szakmai egyesületek külön-külön vagy együttesen, illetve szakmai kamarákkal együttesen is,
- munkavállalói illetve munkáltatói érdekképviseltek külön-külön vagy együttesen, illetve az előző szervekkel együttesen is.

A fővárosi, megyei önkormányzatok nyílt pénztárként területi pénztárat alapíthatnak, vagy több önkormányzat együttesen regionális területi pénztárat alapíthat.

A pénztár részére tagszervezést természetes jogi személy, jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság a pénztárral kötött szerződés alapján végezhet.

A nyugdíjpénztár jogi személy, melynek szervei:

- a közgyűlés, részközgyűlés vagy küldöttgyűlés,
- az igazgatótanács,
- az ellenőrző bizottság,
- a szervezeti és működési szabályzat szerint létrehozott szakértői bizottságok.

A pénztárak érdekeik képviselőjére és közös céljaik megvalósítására szövetséget hozhatnak létre. A szövetség jogi személyként működő társadalmi szervezet, amely a pénztárak működésére vonatkozóan szakmai ajánlásokat is ad.

Az igazgatótanács a pénztár ügyvezető szerve.

Az igazgatótanács létszáma páratlan számú, legalább 7 fő. Az igazgatótanácsban biztosítani kell a pénztártagok képviselőjét. Az igazgatótanács megbízatása megválasztásától számított öt évig, illetőleg addig tart, amíg az öt évre megválasztott küldöttközgyűlés mandátumának lejártát követően az új közgyűlés alakuló ülésén új igazgatótanácsot nem választ. Az igazgatótanács elnökének csak olyan személy választható meg, aki felsőfokú végzettséggel rendelkezik.

Az igazgatótanács

- gondoskodik a közgyűlés hatáskörébe tartozó döntések előkészítéséről, a közgyűlési határozatok végrehajtásáról,
- gondoskodik a pénztár könyveinek szabályszerű vezetéséről,
- meghatározza a pénztár üzletpolitikáját,

- elfogadja a vagyonkezelési és vagyonértékelési, továbbá a szolgáltatási szabályzatot,
- dönt a vagyonértékelés módjáról, vagyonkezelő kiválasztásáról, valamint a pénztár adminisztrációs és nyilvántartási tevékenysége végzésének módjáról - szükség szerint - az e tevékenységet végző szervezet kiválasztásáról,
- gondoskodik a pénztár zavartalan működéséről. Ennek érdekében a közgyűlés által elfogadott pénzügyi terv és a jogszabályok keretei között átcsoportosításokat hajthat végre. Az átcsoportosítás nem csökkentheti a fedezeti tartalékot,
- a jogszabályok keretei között dönt a saját tevékenységi és a biztonsági tartalékok feltöltéséről, illetve felhasználásáról,
- elfogadja ügyrendjét.

Az igazgatótanács gyakorolja az ügyvezető felett a munkáltatói jogokat, kinevezi és felmenti az ügyvezető helyettesét (helyetteseit) és a főkönyvelőt.

Az igazgatótanácsnak legalább 3 havonként kell ülést tartania. Az ügyvezető az igazgatótanács ülésein tanácskozási joggal részt vesz. Az igazgatótanács ülését össze kell hívni akkor is, ha azt a közgyűlés határozata előírta, illetve ha az ellenőrző bizottság vagy az igazgatótanács tagjainak egyharmada, vagy az ügyvezető kéri.

Az igazgatótanács ülése határozatképes, ha azon a tagoknak legalább a fele jelen van.

Az igazgatótanács határozatait - amennyiben az SzMSz másként nem rendelkezik - a jelenlévő igazgatótanács tagok szavazatainak egyszerű többségével hozza. Szavazategyenlőség esetén az elnök szavazata dönt.

Az igazgatótanács minősített többséggel - az igazgatótanács tagjai kétharmadának egyetértésével - határoz:

- a közgyűlés elé terjesztendő éves beszámoló elfogadásáról,
- az ügyvezető, a vagyonkezelő és a letétkezelő - pályázat útján történő - kiválasztásáról,
- hatáskörei gyakorlásának átruházásáról.

A pénztárat

- az igazgatótanács elnöke és a pénztár egy képviseleti joggal felruházott alkalmazottja,
- az igazgatótanács 2 tagja,
- a pénztár 2 képviseleti joggal felruházott alkalmazottja,
- az ügyvezető és a pénztár egy képviseleti joggal felruházott tisztségviselője együttesen képviseli.

Képviseleti joggal a pénztár alkalmazottját vagy tisztségviselőjét az igazgatótanács ruházhatja fel.

A közgyűlés által megválasztott - legalább 5 vagy legfeljebb 7 tagú ellenőrző bizottság fő feladata és hatásköre a következő:

- Az ellenőrző bizottság feladata, hogy rendszeresen vizsgálja és ellenőrizze a pénztár gazdálkodását, számvitelét, ügyvitelét, a pénztár fizetőképességének és kötelezettségvállalásainak összhangját. Az ellenőrző bizottság nyílt pályázat alapján tesz javaslatot a közgyűlésnek a könyvvizsgáló személyére.
- Az ellenőrző bizottság megállapításait évente a közgyűlés elé terjeszti. Az ellenőrző bizottság kérheti az igazgatótanács soron kívüli összehívását, ha ezt az ellenőrzés során tapasztaltak szükségessé teszik.
- Az ellenőrző bizottság köteles megvizsgálni a hatáskörébe tartozó, a közgyűlés elé terjesztendő jelentéseket és az igazgatótanács éves beszámolóját. Az ellenőrző bizottság hatáskörébe tartozó kérdésekben az ellenőrző bizottság jelentése nélkül a közgyűlés érvényesen nem határozhat. Az ellenőrző bizottság jelentését az éves beszámolóról és a pénzügyi tervről a közgyűlés előtt, azokkal együtt megtekinthetővé kell tenni a tagság számára.

Az ellenőrző bizottság elnökének csak felsőfokú végzettséggel rendelkező személy választható.

A pénztárak tevékenységéhez szükséges személyi és tárgyi feltételeket a törvény tételesen előírja, és részletesen szabályozza. Ennek lényege, hogy minden nyugdíjpénztár köteles:

- ügyvezetőt (helyettes ügyvezetőt),
- a számviteli rendért felelős személyt (főkönyvelőt),
- befektetésekért felelős vezetőt,
- biztosítás matematikust (aktuáriust),
- könyvvizsgálót,
- jogászt,
- belső ellenőrt

alkalmazni, illetve foglalkoztatni.

A pénztáraknak rendelkezniük kell a beszámolási rendszerhez, a nyilvántartási követelményekhez igazodó számítástechnikai eszközökkel is.

Az ügyvezetőnek büntetlen előéletűnek kell lennie, felsőfokú pénzügyi, közgazdasági vagy jogi végzettséggel, legalább 2 éves, a pénztári tevékenységben hasznosítható szakmai gyakorlattal, valamint pénztárüzemi vezetői tevékenységre feljogosító szakvizsgával kell rendelkeznie.

Az ügyvezető felelős az igazgatótanács határozatainak végrehajtásáért, a pénztár eredményes működéséért, folyamatos ügyviteléért, gyakorolja a pénztár alkalmazottai felett a munkáltatói jogokat azok kivételével, amelyeket a törvény, illetőleg az SzMSz a közgyűlés vagy az igazgatótanács hatáskörébe utal.

Az igazgatótanács jogsértő határozata, illetve utasítása esetén az ügyvezető az ellenőrzőbizottsághoz, illetve a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez fordulhat.

A pénztár köteles könyvvizsgálót igénybe venni. A könyvvizsgáló nem lehet a pénztár alapítója, tagja, a pénztár ügyvezetője, igazgatótanácsának, ellenőrzőbizottságának tagja, az alapító tulajdonosa, az alapító könyvvizsgálója, az alapító vezető tisztségviselője, vezető beosztású alkalmazottja, illetve a vagyongazdálkodó, valamint gazdálkodása nyilvántartását végző szervezet és a letétkezelő könyvvizsgálója és közeli hozzátartozója.

A könyvvizsgálói feladatot ilyen tevékenység folytatására jogosult szervezet is elláthatja. Ebben az esetben az előbbi követelményeket a szervezetnek a könyvvizsgálói tevékenységet végző dolgozójára kell alkalmazni.

A könyvvizsgáló megbízatása legfeljebb három éves időtartamra szólhat, amely nem hosszabbítható meg. Ugyanazon könyvvizsgáló egyidejűleg legfeljebb 3 pénztárnál bízható meg könyvvizsgálói feladatok ellátásával.

A könyvvizsgáló betekinthez a pénztár könyveibe, az igazgatótanács és az ellenőrzőbizottság tagjaitól, a pénztár alkalmazottaitól felvilágosítást kérhet, a pénztár tartalékait, szerződéseit, bankszámláját, értékpapír-állományát megvizsgálhatja. Jelen lehet az igazgatótanács és az ellenőrzőbizottság ülésein, a közgyűlésen köteles részt venni.

A könyvvizsgáló a pénztár közgyűlése elé terjesztett beszámolót és pénzügyi tervet köteles megvizsgálni abból a szempontból, hogy azok valós adatokat tartalmaznak-e, illetve megfelelnek-e a jogszabályok előírásainak, és köteles véleményét ismertetni. E nélkül a közgyűlés érvényes határozatot nem hozhat.

Ha a könyvvizsgáló tudomást szerez arról, hogy a pénztár vagyonának, vagy fedezeti tartalékának jelentős csökkenése várható, köteles az ellenőrzőbizottságot és a pénztár igazgatótanácsát tájékoztatni, továbbá a pénztár közgyűlésének összehívását kezdeményezni és a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének bejelenteni.

Ha a pénztár közgyűlését az igazgatótanács - nyolc napon belül - nem hívja össze, arra a könyvvizsgáló jogosult. Ha a pénztár közgyűlése nem hozza meg a szükséges döntéseket, a könyvvizsgáló köteles értesíteni a Pénzügyi Szervek Állami Felügyeletét és a bíróságot.

A biztosításmatematikus a pénztárral munkaviszonyban vagy megbízásos viszonyban állhat, büntetlen előélete és megfelelő szakirányú végzettsége kell legyen. A biztosításmatematikus ellenjegyzzi a pénzügyi tervet, az éves beszámolóban az aktuáriusi értékelést, a biztosításmatematikai statisztikai jelentést, a tartalékok képzésére és mértékére vonatkozó számításokat, továbbá a biztosítóintézzettel kötendő kockázatmegosztást célzó szerződéseket és az ezekre vonatkozó adatok helytállóságát, a számítások helyességét, valamint igazolja a rendelkezésre álló adatok teljességét és a számítások alapjául szolgáló módszerek megfelelőségét.

A pénztár befektetésekért felelős - értékpapír-forgalmazási és ingatlanforgalmazói szakvizsgálóval rendelkező - vezetőt abban az esetben is köteles alkalmazni, ha a vagyongazdálkodói tevékenység ellátását vagyongazdálkodó szervezetre bízta.

A pénztárak gazdálkodására szigorú törvényi előírások vonatkoznak, mert a pénztárvagyon befektetése és kezelése a II. pillérből származó nyugdíj szolgáltatások igen fontos garanciális eleme. A pénztár a vagyona befektetése keretében tulajdont szerezhet a pénztár vagyonának

befektetését és kezelését, a pénztár adminisztrációs és nyilvántartási, járadékszolgáltatási, behajtási feladatait ellátó szervezetben.

A pénztár a gazdálkodása során elért bevételeit kizárólag a szolgáltatások fedezetének biztosítására, a szolgáltatások szinten tartására, illetve fejlesztésére, valamint a gazdálkodás költségeinek fedezetére fordíthatja, abból tartalékot képez. A pénztár vagyona sem osztalék, sem részesedés formájában nem fizethető ki.

A pénztár gazdálkodásából származó bevétel a társasági adó és helyi iparüzési adókötelezettség tekintetében nem minősül vállalkozási bevételnek.

A pénztár köteles pénzforgalmát hitelintézetnél vezetett pénzforgalmi számlán bonyolítani. A pénztár a pénzforgalmi számla alszámláin bonyolíthatja le többek között a befektetési tevékenységéhez, szolgáltatási tevékenységéhez, a tagdíj gyűjtéséhez, valamint a szervezete működéséhez kapcsolódó pénzforgalmat.

A pénztáraknak a pénzügyi tervezési tevékenységüket is szigorú törvényi követelmények betartásával kell végezniük. A törvény többek között előírja a pénztár rövid távú és hosszú távú pénzügyi tervkészítési kötelezettségét és annak részletes tartalmát is. Így pl. a pénzügyi tervnek tartalmaznia kell a pénztár bevételeit és kiadásait meghatározó adatokat, így a taglétszám várható alakulását, a szolgáltatások meghatározását, várható igénybevételét és értékét, az előrelátható bevételeket, ezen belül elkülönítetten a tagdíjat, a befektetések várható hozamát és az egyéb bevételeket, a várható kiadásokat, ezen belül elkülönítetten a szolgáltatások, a működés, a befektetések kiadásait és az egyéb kiadásokat, az egyéni számlák és a szolgáltatási tartalékok közötti, a szolgáltatás megállapításakor esedékes átcsoportosítást, valamint a befektetéssel, továbbá a szolgáltatással kapcsolatos tartalékok képzését.

A várható kiadások között külön-külön kell kimutatni a szolgáltatások típusonkénti kiadásait, a szolgáltatásokhoz kapcsolódó kiadásokat, az átlépő tagok által a más pénztárba átvitt, a tag követelésének megfelelő összeget, a folyó működés kiadásait költségnemenkénti bontásban, a pénzügyi befektetéseket, az értékesítésre kerülő eszközök nyilvántartott értékét, a pénztári tartalékok befektetéséhez kapcsolódó kiadásokat, a hitel törlesztésének, visszafizetésének kiadásait. A pénzügyi tervnek a tartalékok alakulását a gazdálkodási és befektetési szabályokkal összhangban kell tartalmaznia: a tartalék nyitó állományát, a tartalék befektetését, a tartalék eszközértékében beálló változásokat, a tartalék záróállományát. A tartalékok alakulásán belül ki kell mutatni az előre látható vagyontértékelési különbözetet.

A pénzügyi tervnek ki kell térnie a működéssel kapcsolatos bevételek és költségek, ráfordítások bemutatására, valamint a működési tartalék alakulására is. A fedezeti, illetve likviditási tartalékon belül külön kell tervezni az egyéni számlákról a szolgáltatások fedezetének képzését a szolgáltatási tartalékokban, a hozamkiegyenlítési és demográfiai tartalékok, illetve a szolgáltatásokhoz kapcsolódó egyéb biztonsági tartalékok alakulását. Az éves pénzügyi terv negyedéves ütemezésben készül. A hosszú távú terv elsődlegesen a pénztár várható működési költségei és szolgáltatásai fedezete alakulását mutatja be. A hosszú távú pénzügyi terv az éves pénzügyi tervhez képest egyszerűsített szerkezetben, az időszakon belül éves ütemezésben készül, kiegészítve a hosszú távra alkalmazott feltételezésekkel.

A pénztár a közgyűlés által elfogadott pénzügyi tervét a közgyűlést követő 30 napon belül megküldi a Pénzügyi Szervek Állami Felügyeletének, aki azt ellenőrzi és átdolgoztathatja.

A pénztárak vagyonkezelésének szabályai a biztonságot, a kockázatok minimalizálását helyezik előtérbe.

A pénztár a kockázatok mérséklése és az egyoldalú függőség megelőzése érdekében befektetéseit minden esetben köteles befektetési eszközcsoportok szerint megosztani (befektetési portfólió szabályok).

A befektetéseket úgy kell megválasztani, hogy az egyes befektetések hozama a lehető legkisebb mértékben függjön más befektetések hozamától.

A pénztár vagyonkezelését:

- maga végezheti,
- szerződésben részben vagy egészben külső vagyonkezelőre bízhatja.

A pénztár vagyonkezelését abban az esetben végezheti vagyonkezelő megbízása nélkül, önállóan, ha vagyonkezelési és vagyonértékelési szabályzattal rendelkezik, továbbá saját tevékenységi és hozamkiegyenlítési tartalékot képez.

Pénztári vagyonkezelő csak olyan befektetési vállalkozás, pénzügyi intézmény vagy befektetési alapkezelő lehet, amely tevékenységét az Állami Pénz és Tőkepiaci Felügyelet engedélye alapján folytatja.

A pénztár - a pénztár vagyonának kezelését, illetve nyilvántartásának, szolgáltatásának és adminisztrációjának, továbbá behajtó szervezetének végzését ellátó, a pénztár tulajdonában levő szervezetek kivételével - nem szerezhethet gazdálkodó szervezetben egy évnél hosszabb időtartamra annak jegyzett tőkéje 10 százalékát meghaladó mértékű közvetlen tulajdoni részesedést.

A pénztár nem szerezhethet tulajdoni részesedést olyan gazdálkodó szervezetben sem, amely ellen csőd vagy felszámolási eljárás van folyamatban, illetve amely ellen a tárgyévet megelőző 2 évben csőd- vagy felszámolási eljárást folytattak.

A pénztár

- a) az általa alapított vagy tulajdoni részesedése mellett működő szolgáltatók kivételével nem szerezhethet tulajdoni részesedést olyan gazdálkodó szervezetben, melyben a pénztárat alapítók, a pénztár tagjainak munkáltatói, illetve a pénztár részére támogatást nyújtó személy, szervezet és pénztári szolgáltató tulajdoni részesedése meghaladja a gazdálkodó szervezet jegyzett tőkéjének 10 százalékát,
- b) az állampapírok kivételével az egy kibocsátó által kibocsátott értékpapírba a pénztári eszközök legfeljebb 10 százalékát fektetheti be,
- c) az állampapírok és a nyíltvégű befektetési alap befektetési jegyeinek kivételével nem szerezhethet meg az egy kibocsátó által kibocsátott értékpapírok 10 százalékot meghaladó mértékű részét,
- d) vagyonkezelését végző befektetési alapkezelő a pénztár eszközeit csak a Pénzügyi Szervezete Állami Felügyeletének egyidejű tájékoztatása mellett fektetheti be az általa kezelt befektetési alap nevében kibocsátott befektetési jegybe.

Egy bankcsoporthoz tartozó hitelintézetnél elhelyezett betétek - a pénzforgalmi számla kivételével -, valamint az ugyanazon bankcsoporthoz tartozó szervezet által kibocsátott értékpapír együttes értéke nem haladhatja meg a pénztári eszközök 20 százalékát.

A külföldi által kibocsátott értékpapír 2002. január 1-jétől nem haladhatja meg a pénztári eszközök 30 százalékát. A külföldi befektetés mértéke 1999-ben 0% volt, 2000-ben 10%, 2001-ben pedig 20%.

A pénztár - az általa alapított vagy tulajdoni részesedése mellett működő szolgáltatók kivételével - a pénztári eszközöket kizárólag az alábbi eszközökben tarthatja:

- a) tőzsdén, vagy más elismert piacon jegyzett értékpapír;
- b) olyan értékpapír, melynek kibocsátója kötelezettséget vállalt az adott értékpapír fél éven belüli bármely az a) pont szerinti piacok valamelyikére történő bevezetésére, és a bevezetésnek nincs törvényi vagy egyéb akadálya;
- c) olyan, az előző pontokban meghatározott feltételeknek meg nem felelő tagsági jogokat megtestesítő értékpapír, amelyre a vételt megelőző 30 napon belül folyamatosan legalább két befektetési szolgáltató nyilvános módon visszavonhatatlan vételi kötelezettséget jelentő árfolyamot tesz közzé;
- d) hitelviszonyt megtestesítő értékpapír;
- e) befektetési jegy, illetőleg kollektív befektetési értékpapír;
- f) jelzáloglevél;
- g) ingatlan;
- h) határidős ügyletek;
- i) opciós ügyletek;
 - lekötött betét;
 - folyószámla;
 - házipénztár.

A pénztári vagyon piaci értéken történő értékelését naponta kell elvégezni, amely a könyvviteli nyilvántartásokban az eszközöknél értékelési különbözetként, illetve a forrásoknál értékelési különbözet tartalékként jelenik meg. Az értékelési különbözetet a befektetések kamat nélküli értéke alapján kell meghatározni. A piaci értékelési különbözetet a könyvviteli nyilvántartásokban csak az üzleti év mérleg fordulónapjára, illetve a negyedév utolsó napjára vonatkozóan kell kimutatni.

A pénztár a befektetési tevékenységének eredményét és a kiadások költséghatékonyágát bemutató mérőszámokat (a pénztári teljesítménymérés mutatóit) a pénztártagok és a nyilvánosság tájékoztatása, az összehasonlíthatóság és a pénztárrendszer egészének áttekinthetősége érdekében nyilvánosságra hozza. A befektetési teljesítményt az eszközök piaci értékelésére épülő hozamszámítással kell mérni.

Az eszközértékelés célja, hogy valós képet adjon a pénztár portfóliójában található eszközökről, illetve az azon alapuló jogokról, azok értékének óvatosságon alapuló és a piac értékítéletét figyelembe vevő, egyenkénti értékelésével.

A piaci eszközértékelésen alapuló vagyonértékelést és teljesítménymérést tartalmazó jelentést negyedévenként, az aktuáriusi értékelést és biztosításmatematikai statisztikai jelentést évente kell elkészíteni.

Garancia Alap

A magán-nyugdíjpénztárak, illetve tagjaik számára az egyik legfontosabb garanciális elem a pénztárak Garancia Alapja (továbbiakban: Alap). Minden pénztár a törvény erejénél fogva tagja az Alapnak és negyedévente a tagdíjbevétel legfeljebb 0,4 %-át garanciaadíjként köteles befizetni. Az Alap jogi személy és 7 tagú igazgatóság irányítja. Az Alap működésének törvényességi felügyeletét a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete látja el.

Az Alap fő feladata, hogy az átmenetileg olyan pénzügyi nehézséggel küzdő pénztárak számára, amelyek esedékes szolgáltatási kötelezettségüket a tagjaik számára nem képesek teljesíteni, pénzügyi segítséget nyújtson annak érdekében, hogy a pénztártagok követelésüket időben megkapják. Az Alap másik kiemelkedő feladata a pénztárak szolgáltatási tartalékának a kiegészítése, abban az esetben, ha az aktuáriusi értékelés szerint a járadék folyósításának időszakában a szolgáltatási tartalék szintje a likviditási tartalék demográfiai, illetve hozamkiegyenlítési tartalékának felhasználása után sem éri el a szolgáltatásra jogosult pénztártagok tagonként meghatározott követelésének összegét.

Az érintett pénztárak az Alap részére kötelesek az onnan fizetett összegeket visszatéríteni. Egyidejűleg az Alap a Pénzügyi Szervek Állami Felügyeleténél hivatalból köteles kezdeményezni az érintett pénztár vizsgálatát és a személyes felelősség megállapítását.

Az Alap egyik fontos feladata, hogy a pénztárak befektetési tevékenységét elemezze a hozam és a járadékszolgáltatás fedezetének szempontjából, s a problémás esetekre tegyen javaslatot a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete felé.

Az Alap a Magyar Nemzeti Banktól kölcsönt, átmeneti vagy tartós hiány esetén hitelt vehet fel, aminek visszafizetéséért a központi költségvetés készfizető kezesként felel.

Állami felügyelet

A magán-nyugdíjrendszer szigorú állami felügyelet mellett, szigorú törvényi szabályozás keretei között működik. A Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete

- ellenőrzi, hogy a pénztárak betartják-e a rájuk vonatkozó jogszabályi előírásokat,
- elbírálja a pénztárak működési, illetve tevékenységi engedély kérelmeit,
- azon pénztárakhoz, amelyeknél érdemi problémát észlel, felügyeleti biztost nevez ki, intézkedési terv készítését írhatja elő, felelősségre vonást kezdeményezhet, tagfelvételi zárlatot rendelhet el, a pénztár tevékenységét felfüggesztheti, kezdeményezheti a bíróságnál a felszámolási eljárást, felügyeleti bírságot szabhat ki az igazgatótanács vagy a felügyelő bizottság tagjaival, továbbá a pénztárral szemben,
- működteti a pénztárak ellenőrzési és információs rendszerét,
- évente meghatározza és közzéteszi a pénztárak befektetési tevékenységére vonatkozó hozamelvárást, a minimális hozam mértékét.

Az ellenőrzés és intézkedési jogosítványok további eszközeivel együtt az állami felügyelete a pénztárak működését olyan garanciával övezi, amely megakadályozza a tagok befizetéseinek helytelen kezelését, „elköttyavetyélését”.

A Garancia Alap felett vállalt költségvetési készfizető kezesség pedig a tagok számára azt a biztonságot testesíti meg, hogy a követeléseiket minden körülmények között időben megkapják.