

A Polgári törvénykönyv és az egészségügyi jog kapcsolódási pontja, az egészségbiztosítási szerződés

A Polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény szabályozza az egészségbiztosítási szerződést. Ezen szerződés olyan élethelyzetek kezelésére szolgál, amelyek a kötelező egészségbiztosításról szóló 1997. évi LXXXIII. törvényben nyújtott egészségügyi szolgáltatások keretében szabályozásra kerül. A lényeges különbség azonban, hogy míg a kötelező egészségbiztosítási törvény keretében nyújtott egészségügyi szolgáltatások államilag szervezeten vehetők igénybe, addig a Polgári törvénykönyv által biztosított lehetőségek önkéntesen, az egyén szerződési szabadságának mindenkor tiszteletben tartása mellett igényelhetők. Jelen tanulmányban az önkéntes alapon igénybe vehető polgári jogi jogintézményeknek az elhelyezését kísérem meg a magyar egészségbiztosítási rendszerben, így az egészségbiztosítási szerződést az egészségügyi ellátórendszerbe illeszkedve vizsgálom.

Az egészségbiztosítási szerződést a korábbi 1959. évi IV. törvény a Polgári törvénykönyvről nem tartalmazta, ezt az új, 2013. évi V. törvény a Polgári törvénykönyvről vezeti be. Az egészségbiztosítási szerződés kizárólag csak kiegészítő megoldás lehet a jelenlegi egészségbiztosítási rendszerben. Mindenképpen üdvözlendő, hiszen ma már az egészségbiztosítási ellátások egy jelentős része magánfinanszírozáson alapul, amikor az igénybevevő páciensnek kell megfizetnie az egészségügyi szolgáltatás árát. Magyarországon az egészségbiztosítási ellátások igénybevételére vonatkozóan az általános szabályok szempontjából a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvényt, az egészségbiztosításhoz kapcsolódó természetbeni és pénzbeli ellátásokra vonatkozó részletes szabályok tekintetében pedig a Kötelező egészségbiztosítási ellátásokról szóló 1997. évi LXXXIII. törvényt (a továbbiakban Ebtv.) és annak végrehajtási rendeletét [217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet] kell figyelembe venni. Az Ebtv. kiterjed az állampolgárok számára az egészségük

* Dr. Homicskó Árpád Olivér, egyetemi tanár, Károli Gáspár Református Egyetem, Állam- és Jogtudományi Kar, Budapest

megőrzéséhez, helyreállításához és egészségi állapotuk javításához szükséges egészségügyi ellátásra, továbbá a foglalkoztatottak betegsége miatt kieső jövedelmük részleges pótlására, valamint az ellátások igénybevételeire vonatkozó szabályokra.

A társadalombiztosításban való részvétel a törvényben meghatározott szabályok szerint kötelező.¹ A kötelező társadalombiztosítás rendszerében a biztosított az egyéni felelősség elvének megfelelően, járulékfizetési kötelezettség alapján szerezhet jogot saját maga és hozzátartozója javára az egyes társadalombiztosítási ellátásokra. A pénzbeli társadalombiztosítási ellátás összege - ha törvény kivételt nem tesz - arányban áll a biztosítottnak az ellátás fedezetére szolgáló járulék alapjául szolgáló jövedelmével.² Látható tehát, hogy az egészségbiztosítás fő pillérének mindenképpen a kötelező egészségbiztosítás tekinthető és a polgári jogi egészségbiztosítási szerződés csak kiegészítő jelleggel lehet jelen. Magyarországon az államnak az Alaptörvényből eredő kötelessége, hogy a népesség számára az egészség megőrzést, illetve helyreállítását az egészségügyi ellátórendszeren keresztül megfelelő keretek között hozzáférhetővé tegye. Az Alaptörvény a Szabadság és felelősség részben a XX. cikk (1) bekezdésében kimondja, hogy mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. Ez a kötelezettség határozza meg az egészségpolitika cél-, feladat-, és eszközrendszerét. Az állam ugyanis Magyarországon is felelős a lakosság egészségi állapotáért. Az egészség állapot megőrzése céljából az államnak ki kell alakítania a szükséges feltételrendszert, amely révén elérhetővé válik a közösségek és az egyének számára az egészségi állapotuk megőrzése, védelme és fejlesztése, valamint ha szükségessé, abban az esetben lehetséges mértékű helyreállítása is.

Az egészségbiztosítási szerződés kiegészítő jellege szempontjából ismerni kell azokat az ellátásokat, amelyeket a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe lehet venni. A kötelező egészségbiztosítás keretében egészségügyi szolgáltatást, pénzbeli ellátásokat (táppénz, terhességi-gyermekágyi segély, gyermekgondozási díj), baleseti ellátásokat (baleseti egészségügyi szolgáltatás, baleseti táppénz, baleseti járadék), valamint megváltozott munkaképességű személyek ellátásait (rehabilitációs ellátás, rokkantsági ellátás) lehet igénybe venni. A Polgári törvénykönyv LXV. Fejezete tartalmazza az egészségbiztosítási szerződés

¹ a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvény 1. § (2) bekezdés

² a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvény 1. § (3) bekezdés

tárgyát, amely szerint „Egészségbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított megbetegedése esetén a szerződésben meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget. A biztosító szolgáltatása kiterjedhet a szerződésben meghatározott egészségügyi szolgáltatások egészséges személy általi igénybe vételekor felmerülő költségek megtérítésére is.”³ Ebből megállapítható, hogy a polgári jogi intézmény kizárólag a természetbeni egészségügyi szolgáltatások kiegészítő finanszírozására ad lehetőséget.

Az egészségügyi szolgáltatásokat különböző formában és alapvetően három szinten működő egészségügyi intézmények nyújtják. Az egészségügyi intézmények a rendszer alapelemei, amelyeken keresztül az egészségügyi ellátórendszer a feladatait, célkitűzéseit, funkcióit megvalósítja és végrehajtja. Itt találkozik ténylegesen egymással a lakosság és az egészségügyi ellátások, ténylegesen itt valósul meg az egészségügyi szolgáltatásoknak az igénybevétele, az adott intézményi szintnek megfelelően. Az ellátási szinteket az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, és a fekvőbeteg-szakellátás jelentik, amelyet kiegészít az egyéb egészségügyi ellátások rendszere.

A jogszabályokban részletesen meghatározottak azok a követelmények, amelyeket az egészségügyi ellátórendszernek teljesítenie kell. Az egészségügyi ellátórendszernek ugyanis egyrészt biztosítania kell a betegek otthonukban, illetőleg a járóbeteg-, valamint a fekvőbeteg-intézményi keretek között történő ellátását, másrészt az egészségügyi ellátórendszernek rendelkeznie kell a népegészségügyi tevékenység során felmerült szükségletekhez igazodó és a társadalmi-gazdasági erőforrások adta lehetőségekhez méretezett kapacitásokkal. Törvényi szabályozási szinten - az egészségügyi ellátórendszer részeként - az alapellátás, az általános és speciális járóbeteg-szakellátás, valamint az általános és a speciális fekvőbeteg-szakellátás, ezek szakmai tartalma és az általánosság szintjén megfogható feladatai vannak meghatározva.

Az egyéb egészségügyi ellátások közé tartozik többek között az, hogy az egészségügyi szolgáltatások folyamatos hozzáférhetőségének biztosítása érdekében szükséges az egészségügyi ellátórendszernek a munkaidő befejezésétől a következő napi munkaidő kezdetéig való működtetése is, ami az ügyelet keretében valósul meg. A mentés a sürgősségi ellátás részeként, ahhoz kapcsolódóan van meghatározva, amelynek során az azonnali egészségügyi ellátásra szoruló betegnek a feltalálási

³ a Polgári törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény 6:487. §

helyén, az erre feljogosított szervezet által végzett sürgősségi ellátása, és az ehhez szükség szerint kapcsolódóan a megfelelő egészségügyi szolgálathoz való szállítása és szállítás közbeni ellátása történik. A mentés állami feladat, és mivel a sürgősségi ellátáshoz tartozik az igénybevételéhez való jog mindenki részére biztosított. Az egészségügyi ellátások között van nevesítve a betegszállítás is, amely főszabályként abban az esetben vehető igénybe, ha az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége másként nem biztosítható. Az egészségügyi ellátás része az ápolási tevékenység is. Eszerint az ápolás azoknak az eljárásoknak az összessége, amelyek feladata az egészség megőrzése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása, a beteg fájdalmainak csökkentése és szenvedéseinek enyhítése emberi méltóságának megőrzésével, a beteg környezetének ápolási feladatokban való részvételre történő felkészítése és abba való bevonása. Az ápolási tevékenység az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódva, valamint attól függetlenül, mint önálló tevékenység van meghatározva. Az ápolás önálló jellegét fejezi ki, hogy a tevékenység ápolási terv alapján folyik, és arról ápolási dokumentációt kell vezetni, amely dokumentáció az egészségügyi dokumentáció részét képezi. Az egészségügyi ellátás részeként van meghatározva a haldoklók gondozása (hospice ellátás). Ennek lényege, hogy az egészségügyi ellátások során a haldoklók és hozzátartozóik számára biztosítani kell a beteg halálára való felkészülés lehetőségét. Ennek keretében a haldokló beteg ellátása során kiemelt figyelmet kell fordítani életminőségének javítására, fájdalmának csillapítására és szenvedéseinek enyhítésére, valamint méltóságának megőrzésére. Az egészségügyi ellátás része a rehabilitáció, amely az egészségi állapotukban tartós, vagy végleges jelleggel megváltozott személyek közösségbe való beilleszkedéséhez nyújtott szervezett segítség. A rehabilitáció komplex tevékenység, amely az egészségügyi rehabilitáción túlmenően magában foglal egyéb szervezett ellátási formákat is. A rehabilitáció speciális formája a rehabilitáció, amely az egészségi állapotuk szerint fejlődésükben megzavart gyermekekre, esetlegesen a felnőttekre irányuló gyógypedagógiai rehabilitáció. A rehabilitáció körébe tartozó egészségügyi rehabilitáció célja a megváltozott egészségi állapotú személyeknek olyan komplex egészségügyi ellátás nyújtása, amely segíti egészségi állapotuk lehetőség szerinti helyreállítását. A rehabilitáció része a gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint használatuk betanítása. A gyógyászati segédeszköz-ellátás célja a megváltozott egészségi állapotú személyek elvesztett funkcióinak pótlására szolgáló eszközök egyének számára való juttatása és használatuk betanítása. Az egészségügyi ellátás

része továbbá a gyógyszerellátás, amelynek célja, hogy biztosítsa az egészségügyi ellátáshoz szükséges megfelelő minőségű, biztonságos, hatásos és költség-hatékony gyógyszereket.

Az egészségügyi ellátórendszer szakmai szervezeti összetételének kialakítása, színvonalának fejlesztése a társadalmi-gazdasági erőforrásokkal összehangoltan történik. Az alapellátáson belül valósul meg a szabad orvosválasztás elvén alapuló, hosszú távú, személyes kapcsolatokra építő, minden diszkriminációtól mentes, lakóhely, vagy annak körzete szerinti folyamatos egészségügyi ellátás biztosítása. A járóbeteg-ellátás az alapellátásból eredő beutaláson alapuló, speciális esetekben a beteg jelentkezéséből eredő, szakorvos által végzett egyszeri, vagy alkalmoszerű egészségügyi ellátás, illetve fekvőbeteg ellátást nem igénylő krónikus betegség esetében folyamatos szakorvosi ellátás. A járóbeteg-ellátáshoz a tömegközlekedéssel a beteg állapotának veszélyeztetése nélkül elérhető egészségügyi intézmények tartoznak. A speciális járóbeteg-ellátás keretében kell biztosítani a betegségek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra, megfelelő diagnosztikai és terápiás háttérrel rendelkező intézményeket. A fekvőbeteg-ellátás beutalás alapján (az alapellátásból, kezelőorvos által, vagy arra törvényben feljogosított személy által) a lakóhelyhez közeli fekvőbeteg gyógyintézetben történő egészségügyi ellátását jelent. A krónikus beteg számára létezik a speciális fekvőbeteg-ellátás. Az egyéb egészségügyi ellátások közé tartozik - feljebb már a leglényegesebbek részletezésre kerültek - az ügyelet, a mentés, a beteg szállítás, az ápolás, a haldokló beteg gondozása, a rehabilitáció, az orvos technikai eszközellátás, a gyógyszerellátás, a vérellátás, a pszichoterápia és a klinikai szakpszichológia, a nem konvencionális eljárások, az egyéb gyógyászati eljárások és az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység.

Fontos kiindulópont, hogy az egészségügyi szolgáltatásnak az igényekhez igazodó hierarchikus felépítésű rendszeren kell alapulnia. Olyan alapelvek összhangját és egyensúlyát kell biztosítani, amely a lakosság közeli ellátást biztosító méltányos ellátási struktúrára, a megfelelő minőség biztosítására és a hatékony működésre épül. Az alapellátásnak kiemelkedő szerepet kell betöltenie, hiszen a rendszer hatékony működésének alapeleme. Az alapellátás és a szakellátások határát azonban szakmailag nem lehet mereven, bürokratikusán megvonni. A definitív ellátásra törekvésnek, mint célnak megfelelően – mind a felszerelés, a felkészültség, a gyakorlat növelésével, mind az egy orvosra jutó beteg szám optimalizálásával – a jelenlegi szakellátáshoz tartozó feladatok az egyéni

feltételeknek megfelelően átkerülnek az alapellátáshoz. Lényeges szempont, hogy a szakellátásból átkerülnek olyan feladatok az alapellátáshoz, amelyeket célszerűen a betegekhez közel kell ellátni. Ezek a progresszív ellátási hierarchiában az alapokhoz közelebb levő, különleges szaktudást és eszközöket kevésbé igénylő szolgáltatások. A kétpólusú ellátás elvét legjobban megtartva, a finanszírozás eszközeivel lehet befolyásolni. Az ellátásszervezésnek fontos jelentősége van az egészségügyi ellátások rendszerében. Az alapellátás az a szint, ahol a lakosság elsődlegesen találkozik az egészségügyi ellátórendszerrel. Átfogó, holisztikus megközelítéssel foglalkozik a hozzá tartozó lakosság egészségével, és biztos, tartós kapcsolatban van a lakossággal. A szakellátások (járó- és fekvőbeteg) segítik, kiegészítik az alapellátás munkáját. Speciális felszereltséget, felkészültséget biztosítanak azon betegek számára, akiknek az egészségi állapota ezt szükségessé teszi. Amennyiben szükséges átveszik a beteget, és az adott feladatokat komplex módon oldják meg. Az ellátás végén sikeres beavatkozás esetén a beteget visszaadja az alapellátásnak. A szakellátások szakmai együttműködésben segítik az alapellátás munkáját, tartós szakmai kapcsolatban állnak egymással. A kórházak, mint integrált kórház-szakrendelő intézetek a teljes szakellátás szerepét ellátják. A kiemelt ellátások körébe tartoznak azok az egészségügyi szolgáltatások, amelyek olyan speciális eszközöket vagy szaktudást igényelnek, amelyek szervezése csak országos, vagy regionális szinten indokolt.

Az Ebtv. tartalmazza azokat az alapelveket, amelyek figyelembe vétele mindenképpen szükséges, amikor az egészségbiztosítási szerződés jogintézményének rendeltetését vizsgáljuk. Az egyik fontos alapelv a törvényben, hogy az egészségbiztosítás keretében a természetbeni egészségügyi szolgáltatások az egészségi állapot által indokolt mértékben vehetők igénybe. Itt tehát az egészségi állapot szolgálja a kiinduló állapot abban a tekintetben, hogy milyen mértékű egészségügyi ellátás igénybevételére jogosult valaki az Ebtv. alapján. Az indokolt mérték fokmérője a beteg egészség állapota. Kisebb megbetegedés esetén az alapszintű egészségügyi szolgáltatások igénybe vétele lehet indokolt, míg komplikáltabb, összetettebb betegség esetén valamely szakellátás igénybe vétele lehet indokolt a beteg számára. Szintén fontos alapelv, hogy az egészségügyi szolgáltatások azonos szakmai tartalommal illetik meg az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személyeket. Ez az alapelv az egyenlő bánásmódot testesíti meg, az az azonos szintű egészségügyi szolgáltatás nyújtását teszi kötelezővé valamennyi egészségügyi szolgáltató számára, függetlenül a beteg vagyoni, anyagi, vagy bármilyen más

helyzetétől függetlenül. Az egészségügyben az egészségbiztosítási szerződés révén lehetségessé válik, hogy aki jobb anyagi feltételekkel rendelkezik, és képes a biztosítási díj megfizetésére, az magasabb szintű egészségügyi ellátáshoz jusson.

Az Ebtv. meghatározza finanszírozási szempontból, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat, milyen feltételekkel lehet igénybe venni. Itt lehet fontos szerepe az egészségbiztosítási szerződésnek, mégpedig azért, mert olyan egészségügyi szolgáltatás esetén, amelyet az egészségbiztosítás nem finanszíroz, vagy csak részben finanszíroz, azt az egészségbiztosítási szerződéssel rendelkező személy adott esetben teljesen térítésmentesen veheti igénybe. Az egészségbiztosítási szolgáltatások csoportosítása az Ebtv. alapján térítésmentesen járó egészségügyi szolgáltatások, árhoz nyújtott támogatással járó ellátások, és részleges (valamit kiegészítő) térítési díj mellett járó egészségügyi szolgáltatások lehetnek. Az egészségbiztosítás szerződés alkalmazása minden olyan esetben indokolt lehet majd, amikor a páciens az Ebtv. alapján nem jogosult térítésmentesen az egészségügyi szolgáltatás igénybe vételére. Azt, hogy ez mely esetekben fog fennállni, a megadott finanszírozási formák esetében rögzített ellátások ismerete alapján lesz eldönthető. A térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások három nagy csoportba sorolhatók. Az első csoportba tartoznak a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatások, a második csoportba a gyógykezelés céljából végzett ellátások, és a harmadik csoportba az egyéb egészségügyi szolgáltatások. A biztosított személyt az egészségügyi szakellátásra főszabály szerint a finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa utalhatja be. A biztosított ellátását nem tagadhatja meg a beutaló szerinti egészségügyi szolgáltató, továbbá az a szolgáltató, amely a beutaló orvos előzetes jelzése alapján az ellátást vállalta. A biztosított területi ellátására nem kötelezett szolgáltató az ellátást csak akkor tagadhatja meg, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását a területen kívüli betegek fogadása veszélyezteti, és az ellátásra az egészségbiztosító által lekötött szabad kapacitással nem rendelkezik. A gyógyító céllal rendelhető finanszírozott ellátások keretében valamennyi szakmailag indokolt beavatkozás elvégezhető.

Az árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető szolgáltatások csoportosítása alapján megkülönböztetjük egyrészt a gyógyszerekhez, másrészt a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerekhez, harmadrészt a gyógyászati segédeszközökhöz, és gyógyászati ellátásokhoz nyújtott támogatásokat. Az árhoz nyújtott támogatásokkal igénybe vehető

egészségügyi szolgáltatások esetében az egészségbiztosító a szolgáltatásnak csak egy bizonyos részét finanszírozza, és a fennmaradó részt az igénybe vevő páciensnek kell megfizetnie. Itt indokolt lehet az egészségbiztosítási szerződés alkalmazása, egyrészt a páciens által fizetendő rész kiváltására, másrészt olyan esetekben, amikor az adott ellátás után nem vehető igénybe árhoz nyújtott támogatás.

A részleges (valamint kiegészítő) térítési díj mellett járó egészségügyi szolgáltatások esetében az egészségbiztosító csak egy részét finanszírozza az igénybe vett egészségügyi ellátásnak, a fennmaradó részt a páciensnek kell megfizetnie, ebben az esetben szintén indokolt lehet az egészségbiztosítási szerződés alkalmazása.

Vannak olyan egészségügyi szolgáltatások is, amelyeket az Egészségbiztosítási alap terhére nem lehet igénybe venni. Ezen egészségügyi szolgáltatásoknak egy részét a törvény részletesen meghatározza, itt szintén alkalmazható lehet az egészségbiztosítási szerződés. Ennek konkrét tartamát a szerződő feleknek kell majd részletesen meghatározniuk az egészségbiztosítási szerződésben.

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