

2. FEJEZET

A társadalombiztosítás modelljei és a magyar rendszer

*Bordás Péter*¹¹

Eset: így államosították a magánnyugdíjpénztárakat

2010 végén indult el a magánnyugdíjpénztárak államosításának folyamata. A koncepciót és a szükséges törvénymódosításokat hamar elfogadta a kétharmados parlamenti többség. A változtatás indoka az volt, hogy a kormány szerint nem lehet fenntartani azt, hogy az állam havonta 30 milliárdot költ a kettős, tehát egyszerre állami és magánnyugdíjrendszer működtetésére.

2010 októberének végén két, a magánnyugdíjpénztárakat érintő törvényt fogadott el az Országgyűlés. Az első 14 hónapra felfüggesztette a tagdíjak folyósítását azért, hogy a havi 30 milliárd forint az állami nyugdíjasszában maradjon. A másik jogszabály pedig megszüntette a kötelező magánnyugdíjpénztári tagságot, és lehetőséget teremtett az állami nyugdíjrendszerbe való visszalépésre.

A vonatkozó részletszabályok három héten belül elkészültek, azokat a kormány november 24-i ülésén el is fogadta. Ennek értelmében az, aki nem lép át az állami rendszerbe, az nyugdíjbefizetéseinek jelentős részét elveszíti, vagyis a jövőben nem kap állami nyugdíjat – szólt ekkor a figyelmeztetés. Ezek ismeretében nem volt meglepő, hogy 2011 tavaszán a hajdani 3 millió magánpénztári tag körülbelül 97%-a az állami rendszerbe történő átlépés mellett döntött, s nagyjából 102 ezer magánnyugdíjpénztári tag mondott nemet a visszalépésre, azaz ennyi taggal működtek tovább a magánkasszák.

¹¹ Bordás Péter tudományos munkatárs, MTA–DE Köszolgáltatási Kutatócsoport.



Miután az addig felhalmozott magánnyugdíjpénztári megtakarítások jelentős része átkerült az államhoz, azt az államadósság csökkentésére fordították, mely összeg az államadósság közel 5 százalékpontos csökkenését tette lehetővé.

Az Alkotmánybírósághoz több beadvány is érkezett az ügyben. A bíróság először csak azt vizsgálta, hogy hatáskörébe tartozik-e egyáltalán a beadványok elbírálása.

Ezzel párhuzamosan a Magyar Helsinki Bizottság és több magánszemély is az Emberi Jogok Európai Bíróságához fordult a magánnyugdíjpénztár-tagok védelmében.

*Forrás: www.origo.hu/gazdasag/hirek/20110818-a-magannyugdijpenzterek-allamositasanak-kronologiaja.html
(Letöltve: 2018. 04. 28.)*

Kapcsolódó kérdések

- Hogy döntött az Alkotmánybíróság? Végül vizsgálta a kérdést? Milyen álláspontra jutott?
- Milyen ítéletet hozott az Emberi Jogok Európai Bírósága?

2.1. A társadalombiztosításról általában

A társadalomban bekövetkező demográfiai és gazdasági változások miatt, különösen a várható élettartam növekedésével, a családszerkezet és a foglalkoztatás átalakulásával a 19. századtól egyre fontosabb kérdéssé nőtt ki magát a társadalom tagjai számára szociális biztonságot érvényesíteni tudó biztosítási rendszerek kiépítése. A társadalombiztosítás a szociális biztonság olyan társadalmi és jóléti intézménye, amely alkalmas a magánszemélyek (biztosítottak) és családtagjaik megélhetési biztonságát esetlegesen fenyegető egészségügyi és szociális jellegű kockázatok kezelésére, a többszoros finanszírozás különböző megoldásainak köszönhetően (ZSUGYEL 2009, 179). A rendszer működtetésének alapelve, hogy amíg a biztosítottak keresőképesek, azaz saját munkájuk révén tudnak gondoskodni magukról és családjukról, addig tartalékképzésre kötelezi az állam őket azáltal, hogy a jogszabályok által meghatározott összegű szociális

hozzájárulást kötelesek fizetni egy viszonylagos önállósággal rendelkező állami vagy piaci alapon működő pénzügyi alapba.

Már ezek alapján is jól látszik, hogy mennyire sokrétű feladatok megvalósítását célozza a rendszer, nem véletlen, hogy az erre használt, legtöbb feladatot magában foglaló kifejezés a szociális védelem (social protection), amelynek része a szegénység elleni küzdelmet képviselő szociális biztonság (social security), a társadalombiztosítás (social insurance) és a szociális segélyezés (social assistance). Azaz a szociális védelem magában foglalja a biztosítási elven működő ellátásokat, valamint az univerzális jellegű, alanyi jogon járó ellátásokat és a segélyezést is.

A társadalombiztosítás klasszikusan három biztosítási formát foglal magában, úgymint a betegbiztosítás (egészségbiztosítás), a nyugdíjbiztosítás és a balesetbiztosítás. A nemzetközi gyakorlat alapján a társadalombiztosítás kiegészítő rendszerei közé sorolhatjuk a munkanélküliség eseteire szóló biztosítást, az ápolási biztosítást, továbbá a jövedelemvesztés kockázatára szóló biztosítást is (ZSUGYEL 2009, 179). A klasszikus hármas felosztásnál maradvá érdemes az egyes ágak szerepét röviden áttekinteni.

A betegbiztosítási vagy hazai elnevezéssel egészségbiztosítási rendszer kialakításának célja, hogy egy esetleges betegség miatt keletkező jövedelem- és teljesítménykiesés kockázatát minimalizálja a munkavállaló és a munkáltató számára (ZSUGYEL 2009, 180). Az egészségügyi ellátás iránti jogosultság eltérő az egyes országokban, van ahol csak a munkavállalóra, járulékot fizetőre, és akad olyan állam is, ahol előbbi a családtagokra is kiterjed. Abban is különbség van, hogy alanyi jogon járnak egyes szolgáltatások, vagy egy minimális hozzájárulás ellenében.

A nyugdíjbiztosítási rendszer kiépítésének célja, hogy a koruknál, fizikai állapotuknál fogva munkaképességüket elveszítők számára megfelelő megélhetést teremtsen. Ennek pénzügyi hátterét pedig az adja, hogy az aktív, munkaképes időszakban fizetett járulékokat egy alapba gyűjtik, s abból felosztó-kirovó vagy tökefedezeti elven a jogosultságot szerzőknek kifizetést teljesítenek. A nyugdíjrendszernek is számos formája alakult ki az egyes országokban, amelyben az állam és a magánbiztosítók eltérő szerepet játszanak, s formáját tekintve elkülöníthetünk saját jogú, illetve hozzátartozói nyugdíjakat (ZSUGYEL 2009, 180).

A balesetbiztosítási rendszer az előző kettőtől némiképp elkülönül. Sajátossága, hogy ez a legkevésbé megszervezett állami szinten. Azaz a legtöbb országban magánbiztosítók által üzemeltetett rendszerről van szó, amelynek igénybevétele leginkább egyéni mérlegelésen múlik. E forma

a biztosított számára nyújt baleset idején egészségügyi ellátást a gyógyulás érdekében, illetve kompenzálja az ezen oknál fogva kieső keresetet (pl. rokkantsági nyugdíj stb.) (ZSUGYEL 2009, 180). Magyarországon is jelentős a magánbiztosítók szerepe e területen, illetve a balesetbiztosítás bizonyos mértékben beépül az előző két ág által nyújtott szolgáltatásokba, így ennek részletes tárgyalására jelen fejezetben nem kerül sor.

A társadalombiztosítási rendszernek alapvetően három fő szereplője van. Beszélhetünk a biztosítottakról, akik természetes személyek és azok közeli hozzátartozói, családtagjai lehetnek. A biztosítottak jövedelmük jogszabályban vagy a biztosítási szerződésben meghatározott arányában biztosítási járulékot fizetnek, s ezáltal biztosítási jogviszonyuk keletkezik. Másrészt beszélhetünk a munkáltatókról, akik a biztosítottat foglalkoztatják, s az országspecifikus szabályoknak megfelelően a biztosítottnak fizetett bér arányában társadalombiztosítási járulékot fizetnek. Harmadrészt megemlíthetők a társadalombiztosítás szervei is, amelyek feladatai nagyon sokrétűek lehetnek, így például a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak működtetése, a jogosultságok és kötelezettségek kereteinek meghatározása, végrehajtása, biztosítási szolgáltatások nyújtása, érdekérvényesítő tevékenység végzése stb. (ZSUGYEL 2009, 180). Az állam mint intézményi szereplő a legtöbb országban ugyan eltérő formában, de részt vesz a rendszer működtetésében, annak felügyeletével vagy épp finanszírozásával. Ennek mértékét a nemzetközi modellek során tárgyaljuk részletesebben.

Kiemelendő, hogy a társadalombiztosítási jogosultság létrejöttének fontos feltétele a járulékfizetés, amely speciális köztehernek minősül. Hasonlít az adókhöz, hisz maga is fizetési kötelezettség, ugyanakkor abban különbözik tőlük, hogy a járulékfizetéssel lényegében biztosítási jogviszony jön létre, azaz ellenszolgáltatásra lesz jogosult a biztosított. Éppen ezért egyes szerzők nem tekintik igazi köztehernek a járulékokat.

A társadalombiztosítás kialakulását és fejlődését tekintve alapvetően három nagy szakaszt különíthetünk el, amelyek élesen nem választhatók el egymástól, egy adott országban több szakasz egymás mellett is zajlott, zajlik. A társadalom bizonyos fokú szociális biztonságáról való gondoskodás igénye viszonylag korán megjelent. A kezdeti, ún. paternalista időszakban alapvetően a magánjótékonyság volt a jellemző, amelyet kiegészítettek a szegényeknek nyújtott közsegélyek. Az egyházaknak és a különféle rendeknek ez idő tájt különösen fontos szerepük volt, főleg a betegek, árvák, szegények ellátásában. Ezt követően a második nagyobb szakaszban már megjelent az egyéni biztosítási elv, köszönhetően annak, hogy létrejöttek

a munkások társpénztárai – tipikusan először a bányászok és a veszélyes munkát végzők körében –, a köz- és magánalkalmazásban állók nyugdíj- és betegségbiztosítási rendszerei. Az utolsó, harmadik szakaszban pedig megjelent a megelőzés és az univerzalizmus elve, azazhogy a rendkívüli esemény bekövetkezte megelőzhető vagy minimalizálható legyen, s a biztosítás a társadalom lehető legszélesebb körére kiterjedjen. Ezzel együtt szélesedett a szolgáltatások köre, s az egyén mellett annak családjára is kiterjesztették a szociális védelmet az életminőség szinten tartása érdekében (NYÁRI 2010).

2.2. A társadalombiztosítás főbb modelljei

Mint már említésre került, az egyes államokban eltér a társadalombiztosítás módja, intézményrendszere és többek között az állami szerepvállalás mértéke is. Az eltérésben az adott ország politikai berendezkedése, történelmi sajátosságai, gazdaságpolitikai helyzete mind-mind szerepet játszanak. Ahhoz, hogy megértsük a hazai rendszer működését, először tekintsük át a nyugdíjbiztosítás és az egészségbiztosítás főbb nemzetközi modelljeit, azok közszolgáltatási, közpénzügyi vetületeire fókuszálva. Később külön elemzés tárgyát képezi majd a finanszírozás kérdése is, s azon belül az állami és a magánbiztosítási megoldások elhatárolása. Megjegyzendő, hogy az alábbi modellek tiszta formájukban ma már nagyon nehezen képzelhetők el, hiszen a globalizált világban több megoldás akár egyszerre is jelen lehet, nem beszélve az állami rendszerek dinamikus változásairól, az alábbiak inkább viszonyítási pontként szolgálnak.

A betegbiztosítás a nyugdíjbiztosításnál kicsit korábban jelent meg mind a nemzetközi, mind a hazai viszonylatban, de a fejlődésük nehezen választható el egymástól. Ahogyan lenni szokott, úgy a korábban kialakuló rendszerek mintaként szolgáltak az utána létrejövőknek, így ezen főbb modellek ismerete segítséget nyújthat valamennyi ország biztosítási megoldásának megértéséhez. Természetesen a bemutatásra kerülő rendszerek egy kiragadott időpontbeli állapotot tükröznek, s ma már nem köthetők feltétlenül az adott országhoz.

2.2.1. Bismarcki modell

A szolidaritási elven működő rendszer alapjait Otto von Bismarck német kancellár rakta le a 19. századi Német Császárságban. A rendszer célja az volt, hogy egy olyan kockázatközösséget hozzon létre, amelybe az állampolgárok lehető legszélesebb köre bekapcsolódik. Kezdetben önkéntes intézmények működtek, majd az országos szinten kötelező egészségbiztosítást 1883-ban, az öregségi és rokkantsági biztosítást 1889-ben vezették be (ELEK 2014). A finanszírozás alapja a járulékfizetés, amely a munkáltatók és a munkavállalók között megoszlik. Ez a hozzájárulás jövedelemarányos, ugyanakkor a rászorultak befizetések összegétől függetlenül, az elismert szükségleteik szerint részesülnek ellátásban. E rendszerben előbbieik miatt nehéz a kiadások korlátozása és az egyenlőség megvalósítása, viszont az igényeknek jobban megfelelő szolgáltatásokat nyújt (RAGÁNY 2014). A szolidaritás mint elv alapvetően két irányból érvényesül, egyfelől horizontálisan a gazdagok és a szegények között, másfelől vertikálisan az egyes generációk között. A szervezetrendszerét tekintve elmondható, hogy állami és magánkézben lévő biztosítótársaságok látják el a kapcsolódó feladatot. A magánbiztosítás kiegészíti az erős társadalombiztosítási alapú rendszert. Németország mellett e modell jegyei figyelhetők meg Ausztriában és Belgiumban is (CSÁKÓ 2017).

2.2.2. Beveridge-modell

A William H. Beveridge angol szociálpolitikusról elnevezett modell a 20. század első felében alakult ki, amelyben az állami szerepvállalás lényegesen nagyobb, mint a bismarcki modellben. Ez abban is megmutatkozik, hogy a társadalombiztosítási ellátások nagy része állampolgári jogon jár mindenki számára, bár létezik kötelező biztosítás, de ettől függetlenül ingyenesen és egyenlően részesül mindenki az alapszintű szolgáltatásokból. Éppen ezért a finanszírozását tekintve elmondható, hogy adóbevételekből és más állami bevételekből biztosítják a pénzügyi alapjait, amely az angol Nemzeti Egészségügyi Rendszer (NHS) elvei alapján terjedt el 1948-tól (ELEK 2014). Az állam az intézményrendszerben egyszerre van jelen finanszírozóként, tulajdonosként, irányítóként és ellenőrzőként, ugyanakkor vannak vegyes tulajdonú intézmények is. Az állami NHS mellett van magán-egészségbiztosítási rendszer is, amely magasabb színvonalú

szolgáltatásokat nyújthat, s az ellátást ilyenkor teljes egészében a magánbiztosító fizeti. A mintaadó Nagy-Britannia mellett hasonló modell alakult ki Svédországban, Finnországban és Norvégiában (CSÁKÓ 2017).

2.2.3. Szemaskó- (szovjet) modell

A Szovjetunió első egészségügyi minisztere N. A. Szemaskó 1918 júniusában hirdette meg a világon először alkotmányos jogként a térítésmentes egészségügyi ellátást a lakosság teljes körére kiterjedően, a szükségleteiknek megfelelő legmagasabb színvonalon. Az újítás eredménye az általános közegészségügy kiépítésében rejlik (MIHÁLYI 2003). A szovjet modellben az ellátások állami költségvetési forrásból voltak finanszírozva, a munkavállalók nem fizettek járulékokat. Ez együtt járt azzal, hogy a rendszer kezdetektől fogva centralizált, állami intézmények útján nyújtott szolgáltatásokat. Magánbiztosítók jelenlétéről tehát nem beszélhettünk e megoldásban. Egyes szolgáltatások kizárásával, valamint a szigorú beutalási rendszerrel valószínűsítették meg költségkontrollt (KARNER 2008, 4). A hálapénz szinte kötelező eleme volt a modellnek az egészségügyben dolgozók alacsony bére miatt. A legtöbb egykori kelet-közép-európai szocialista ország a rendszerváltozást követően visszatért a Bismarck-féle hagyományokhoz (CSÁKÓ 2017).

2.2.4. Öngondoskodó (szabadpiaci) modell

A liberális elveken alapuló piaci modellt követő társadalombiztosítási rendszer kialakulása alapvetően az Amerikai Egyesült Államokhoz köthető. A modell a társadalombiztosítási ellátásokat magánjósággként kezeli, s az állampolgárok szabad döntésére bízta, hogy gondoskodnak-e egészségügyi ellátásukról, időskori megélhetésükéről. Azaz a kockázatvállalás és a felelősség a saját kezükben van (MIHÁLYI 2003). Ennek megfelelően nincs kötelező szolgáltatás és állami gyámkodás sem, az egész rendszer profitorientáltan, biztosítási elven működik, s a differenciált igényeknek megfelelően fizetnek biztosítási díjat a szolgáltatást igénybe vevők. Az egészségügyi szolgáltatók magántulajdonban vannak, és erős a verseny közöttük. Megjegyezhető, hogy kiegészítő jelleggel létezik egy minimális szolidaritási szint az idősek és a nagyon szegények számára (medicare, medicaid-rendszer), amelyet szövetségi adóból finanszíroznak

(KARNER 2008, 6). A rendszer hátránya, hogy drága, éppen ezért nem rendelkezik biztosítással nagyon sok állampolgár – az USA-ban közel 40 millió ember. E modellhez hasonló működik Ausztráliában is.

2.2.5. „Out-of-pocket” modell

E modell nem köthető kifejezetten egy országhoz, inkább egy olyan megoldási formáról van szó, amelynek jelentősége az utóbbi évtizedekben megnövekedett. Különösen a fejlődő országok esetében figyelhető meg e modell, ahol az állam nem tud polgárai megfelelő szociális biztonságáról gondoskodni. A lényege úgy ragadható meg az öngondoskodó modellhez képest, hogy az állampolgárok ebben az esetben nem kötnek biztosítási szerződést, nem fizetnek biztosítási díjat, hanem saját megtakarításaikból, „zsebből” fizetik az esetlegesen felmerülő egészségügyi szolgáltatásokat, időskori megélhetésüket (KARNER 2008, 7). A társadalombiztosítás által nem finanszírozott ellátásokat az igénybe vevők a költség felmerülésekor maguk fizetik meg. Előnye, hogy költség tudatosságra neveli az ellátottakat. Hátránya viszont, hogy a szegény rétegek leszakadását okozza, akik nem képesek a szolgáltatást megfizetni.

2.3. Az ellátások finanszírozása: állami vagy magánbiztosítás?

A nyugdíj- és egészségbiztosítás finanszírozási megoldásai eltérők lehetnek az egyes országokban, azok akár több pillérre is épülhetnek (BALOGH 1996). E körben a biztosítás két meghatározó modelljét, pillérét emeljük ki, amelyek ismeretével értelmezhetővé válik valamennyi rendszer. Az elkülönítés alapja szintén az állami szerepvállalás kérdésére vezethető vissza, azaz hogy az ellátásról való gondoskodás az állam intézményrendszerén vagy magánbiztosítókön keresztül valósul-e meg. A gyakorlati tapasztalatok e téren szerteágazóak, van olyan gazdaságpolitikai irányzat, amely az állami rendszer működtetésének kizárólagosságát hangsúlyozza, míg mások a magánbiztosítók által nyújtott szolgáltatásokat helyezik előtérbe, és persze szép számmal akadnak a két rendszer különféle kombinációit ajánló, többpilléres megoldások. A 2.1. táblázat a két pillér közötti hasonlóságokat és különbségeket mutatja be különböző szempontok alapján.

2.1. táblázat

Az állami és a magánbiztosítási rendszer összevetése

	Állami biztosítási rendszer	Magánbiztosítási rendszer
Működtető	– állami intézményrendszer (pénzügyi alapok)	– magán-biztosítótársaságok (vállalkozások)
Garancia	– államilag garantált	– korlátozott garanciával bír
Az ellátás fedezete	– a munkavállaló és a munkáltató által fizetett járulékok – adók	– a tag által befizetett tagdíj, illetve azok hozamai
Az ellátásban részesülők köre	– a nyugdíjkorhatárt elért, illetve ellátásra jogosultságot szerző munkavállalók – családtagok – rokkantak – rászoruló	– a nyugdíjkorhatárt elért, illetve ellátásra jogosultságot szerző tag
Az ellátás (járadék) összegének, tartalmának meghatározása	– az aktívkorai bérjövédelem alapján vagy – egységes, a mindenkori ár/bérszínvonal alapján	– élethosszig, a befizetésekből elért eredményből vásárolt járadék, ellátás (a várható életkor és az adott összeg alapján) vagy – egyösszegű, a teljes elért megtakarítás kifizetése
Az ellátás időtartama	– élethosszig rendszeres járadék, ellátás	– élethosszig ellátás vagy – egyszeri kifizetés, amelyből a biztosított gazdálkodhat

Forrás: a szerző saját szerkesztése

Valamennyi államban fontos kérdés, hogy milyen finanszírozási megoldással legyen biztosítva a társadalombiztosítási ellátás. Az ellátások pénzügyi fedezetének biztosítása kapcsán alapvetően kétféle elvet különíthetünk el, így a felosztó-kirovó, valamint a járulé- vagy tőkefedezeti elvek. Míg az előbbi csak az állami, addig az utóbbi akár az állami és a magánbiztosítási forma esetében is alkalmazott.

A felosztó-kirovó elv azt jelenti, hogy az állam a kifizetés időpontjában aktív munkavállalók (járulékfizetők) befizetéseiből finanszírozza a társadalombiztosítási ellátásokra jogosultságot szerző lakosság ellátásait (nyugdíj, egészségügyi ellátás). Azaz a jelenlegi befizetők majdani ellátását s annak összegét politikai döntések határozzák meg a jövőben, illetve az akkor majd rendelkezésre álló fedezet. Legfőbb hátránya tehát, hogy egy ilyen elven működő rendszer erősen kitett a demográfiai változásoknak, az elöregedő társadalom folytán egyre kevesebb embernek kell előteremtenie az egyre nagyobb számú időskorú ellátását. Ezen az elven működő rendszerben a kifizetés nem örökölheto a jogosultság megszerzése előtti elhalálozás esetén. Ez az elv működik hazánkban is jelenleg az állami társadalombiztosítási pillérben.

A járulék- vagy tökefedezeti elven működő rendszerben minden egyes munkavállaló (járulékfizető) saját, elkülönített pénzügyi számlával rendelkezik, és ide gyűjtik a befizetett járulékaikat és azok kamatait. A nyugdíjkorhatárt elérve vagy az egészségügyi ellátásra való jogosultság bekövetkeztével pedig a jogosultak ellátásait a saját számlájukon meglévő összegekből finanszírozzák. Ezek a megtakarítások névre szólnak, összegük függhet a megtakarítási formától. Előnyük, hogy rendszerint örökölheto elhalálozás esetén. Hátrányuk lehet, hogy egy rossz portfólió választásával vagy épp az infláció hatására fennáll az elértéktelenedés kockázata. Ez az elv érvényesül hazánkban a magánnyugdíj- és egészségbiztosítási pénztárak esetében.

2.4. A magyar társadalombiztosítási rendszer

A magyar társadalombiztosítási rendszer a 19. században a német társadalombiztosítási modellt vette át, de átalakulása során más modellekre jellemző eszközök is megjelentek benne, így azt mondhatjuk, hogy mára vegyes jellegűvé vált (CsÁKÓ 2017). Nálunk is részben állami pénzügyi források és intézményrendszer segítségével látják el e feladatokat, részben pedig piacgazdasági módszereket használnak.

Alaptörvényünk XIX. cikke rögzíti, hogy Magyarország arra törekszik, hogy minden állampolgárának szociális biztonságot nyújtson, így az anyaság, betegség, rokkantság, fogyatékoság, özvegyiség, árvaság és önhibáján kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén minden magyar állampolgár törvényben meghatározott támogatásra jogosult. A nyugdíjbiztosítás

kapcsán pedig rögzíti, hogy Magyarország az időskori megélhetés biztosítását a társadalmi szolidaritáson alapuló egységes állami nyugdíjrendszer fenntartásával és az önkéntesen létrehozott társadalmi intézmények működésének lehetővé tételével segíti elő.¹²

A társadalombiztosítás két nagy ágának, a nyugdíjbiztosításnak és az egészségbiztosításnak a működését hazánkban is külön pénzügyi alapok biztosítják. Az alapszerű gazdálkodás jelentősége abban áll, hogy az alapoknak saját bevételei és vagyona van, amellyel a közfeladat ellátása érdekében rendelkezhetnek, az abba érkező források ezért kötött felhasználásúak, csak az adott társadalombiztosítási feladatra fordíthatók.

A társadalombiztosítási jogviszony járulékos jellegű, ami azt jelenti, hogy az ellátásra való jogosultság valamilyen foglalkoztatási jogviszonyra épül. A hazai szabályozásban ez alól jelenleg kivételt képeznek azok a belföldi személyek, akik nem biztosítottak, és egészségügyi szolgáltatásra sem jogosultak, ők egészségügyi szolgáltatási járulékot kötelesek fizetni. E járulékfizetést a kötelezett helyett más személy vagy szervezet is teljesítheti. Hazai megoldás, hogy a társadalmi szolidaritás elvének megfelelően – a szociális biztonsághoz, valamint a testi és lelki egészséghez való jog érvényesítése, valamint az egységes állami nyugdíjrendszer fenntartása érdekében – a törvény a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak költségvetését egészben vagy részben megillető olyan fizetési kötelezettséget is megállapíthat, amelynek megfizetése társadalombiztosítási ellátásra való jogot nem keletkeztet.

A biztosítás az annak alapjául szolgáló jogviszonnyal egyidejűleg, a törvény erejénél fogva *ex lege* jön létre. A társadalombiztosítás nyugdíj- és egészségbiztosítási ága szociális okokból kifolyólag nemcsak a járulékfizetőkre vonatkozik saját jogon, hanem az általuk eltartott biológiai okok folytán keresőképtelen hozzátartozókra is. A fizetendő járulék alapját a biztosított által megszerzett járulékköteles jövedelem képezi. A járulék-alapot képező jövedelem meghatározását a személyi jövedelemadóról szóló törvényben meghatározott jövedelemtípusokhoz köti a Tbj.¹³

Az állami társadalombiztosítás esetében fontos megemlíteni, hogy a *szimmetrikus befizetés, aszimmetrikus igénybevétel* elve érvényesül,

¹² Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.) XIX. cikk (1)–(4) bek.

¹³ Az 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről (a továbbiakban: Tbj.).

tehát a jogosultság alapján valaki kevesebbet, valaki többet kap vissza a különféle ellátások formájában, mint amennyit eredetileg befizetett.¹⁴

A Tbj. alapelvei között lefekteti, hogy a társadalombiztosítás Magyarország állampolgárait és – a törvény külön rendelkezése alapján – Magyarországon munkát végző más természetes személyeket magában foglaló, társadalmi szintű kockázatközösség, amelyben a részvétel a törvényben meghatározott szabályok szerint kötelező.

Összességében a magyar állami társadalombiztosítás jellemzésekor azt mondhatjuk, hogy az a társadalom közös, biztosítási és szolidaritási elveken működő, kockázatközösségen alapuló, kötelező biztosítási rendszere. A társadalombiztosítás pénzügyi alapjai, a Nyugdíjbiztosítási Alap és az Egészségbiztosítási Alap, az államháztartás központi alrendszerének részét képezik.

2.4.1. A magyar nyugdíjbiztosítási rendszer

A vonatkozó főbb jogforrások

- Alaptörvény XIX. cikk
- Az 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről (Tbj.)
- Az 1997. évi LXXXI. törvény a társadalombiztosítási nyugellátásról (Tny.)

A magyar nyugdíjrendszer pillérei

Az állami nyugdíjrendszer 2012-től a kötelező nyugdíjbiztosítási formát jelenti minden munkavállaló számára. A jövedelem után levont járulékok az állami kasszába kerülnek, s ez teremt alapot a majdani állami nyugdíj-ellátásra. Ezzel egyidejűleg a foglalkoztatók általi járulékfizetési kötelezettséget a szociális hozzájárulási adó bevezetésével váltották ki.

A magánnyugdíjpénztári pillér 1998-tól jelent meg a magyar rendszerben, s a pályakezdő munkavállalók számára kötelező volt az oda való

¹⁴ A szimmetrikus befizetést úgy értve, hogy a járulék/adó mértéke mindenki számára egyforma, a jövedelem azonos arányát vonják el.

belépés. A 2010–2011 közötti reformok során a szerepe csökkent, s 2012. január 1-jével gyakorlatilag megszűnt kötelező jellege, mára csupán négy magánnyugdíjpénztár működik, amelyeknek kevesebb mint 60 ezer fő tagjuk van. Ők azok, akik nem léptek át az állami rendszerbe 2011 után.

A kombinált formák alatt azokat a vegyes megoldásokat értjük, amelyekben a magánintézmények, a munkáltatók és az állam együtt jelenik meg különféle szerepkörökben. Ezek célja az öngondoskodás előtérbe helyezése, amelyhez az állam tipikusan különféle ösztönzőkkel (pl. adókedvezmény, rendelkezés az adóról) járul hozzá, az ezekben való részvétel is csak egy lehetőség, nem kötelező. Jelenleg az alábbi kombinált formákról beszélhetünk:

- önkéntes nyugdíjpénztár;
- nyugdíj-előtakarékosági számla (NYESZ);
- foglalkoztatói nyugdíjszolgáltató intézmény;
- nyugdíjbiztosítás.

A Nyugdíjbiztosítási Alap

Az alap kezelője sokáig az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság volt, amely 2017. november 1-jétől azonban beolvadt a Magyar Államkincstárba (MÁK).¹⁵ Azóta központi nyugdíjbiztosítási szervként e feladatokat a MÁK központi szerve (Központ) látja el, míg nyugdíjfolyósítási szervként a MÁK Nyugdíjfolyósító Igazgatósága jár el.

Az alap a következő bevételi forrásokból működik 2018-ban:

- a munkáltató által fizetett szociális hozzájárulási adó (szócho), amely 2018. január 1-től a járulékköteles jövedelem 19,5%-a, amelynek a Nyugdíjbiztosítási Alapot megillető részét a mindenkor éves költségvetési törvény határozza meg, jelenleg ez a szócho 79,5%-a;
- a biztosított által fizetett nyugdíjjárulék, amely a járulékköteles jövedelem 10%-a;
- az egyéb járulékok és hozzájárulások;¹⁶
- a késedelmi pótlék, bírság;

¹⁵ 311/2017. (X. 31.) Korm. rendelet az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságnak a Magyar Államkincstárba történő beolvadásához kapcsolódó egyes kormányrendeletek módosításáról.

¹⁶ Ezek a megállapodás alapján fizetők járuléakai: a jövedelem 34%-a; egyszerűsített foglalkoztatás utáni közteher: idénymunka esetében 500–1000–3000 Ft/naptári nap, s ezeknek a 91,8%-a került az alaphoz.

- a költségvetési hozzájárulások;
- az egyéb bevételek (például a magánnyugdíjpénztárak átutalásai, a késedelmi kamat, a mulasztási bírság stb.).

Az alap bevételének 96%-át az első két pontban nevesített bevételi formák teszik ki, így pénzügyi szempontból azok a legfontosabbak.

Az alapból az alábbi kiadásokat teljesítik 2018-ban:

- a korhatárt betöltöttek öregségi nyugellátása;¹⁷
- a hozzátartozói nyugellátás (özvegyi nyugdíj, árvaellátás, szülői nyugdíj, baleseti hozzátartozói nyugellátások);
- az egyösszegű méltányossági kifizetések;
- az egyéb kiadások (a nyugdíjfolyósítással és a nyugdíjbiztosítással kapcsolatos egyéb tevékenységek kiadásai, mint például postaköltség).

A kiadási oldal főösszegének körülbelül 99%-a a nyugellátási kiadásokra kerül kifizetésre.

2.4.2. A magyar egészségbiztosítási rendszer

A vonatkozó főbb jogforrások

- Alaptörvény XIX. cikk
- Az 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről
- Az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

A magyar egészségbiztosítás pillérei

Az állami egészségbiztosítás keretében hazánk az Alaptörvényben foglalt elvekből kiindulva az esélyegyenlőség érdekében az állampolgárok számára az egészségük megőrzéséhez, helyreállításához és egészségi állapotuk javításához szükséges egészségügyi ellátást, továbbá a foglalkoztatottak

¹⁷ Ideértve a korhatár alatti öregségi nyugellátásként kizárólag a nők részére 40 év szolgálati idő alapján járó ellátást is.

betegsége miatt kieső jövedelem részleges pótlását a kötelező egészség-biztosítás keretén belül biztosítja.¹⁸

Az önkéntes biztosítási, megtakarítási formák és az azokban történő részvétel csak egy lehetőség, viszont az állam többféle ösztönzővel támogatja az öngondoskodást e téren is, így például a személyi jövedelemadóhoz kapcsolódó kedvezményekkel. Ilyen öngondoskodási alternatíva az önkéntes egészségpénztári tagság.

Az Egészségbiztosítási Alap

Az alap kezelését 1993-tól 2016. december 31-ig az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) látta el, 2017. január 1-jétől az alap új kezelője a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK). A NEAK az egészségbiztosításért felelős miniszter irányítása alá tartozó, központi hivatalként működő központi költségvetési szerv. Az állam a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alap költségvetésében meghatározott forrásokból biztosítja a jogszabályoknak megfelelő szintű és minőségű egészségügyi ellátások fedezetét.

Az alap a következő bevételi forrásokból működik 2018-ban:

- a munkáltató által fizetett szociális hozzájárulási adó (szochó), amely 2018. január 1-től a járulékköteles jövedelem 19,5%-a, ennek az Egészségbiztosítási Alapot megillető részét a mindenkori éves költségvetési törvény határozza meg, jelenleg ez a szochó 20,5%-a;
- a biztosított által fizetett egészségbiztosítási járulék, amely a járulékköteles jövedelem 7%-a (ennek megoszlása: természetbeni járulék 4%, pénzbeli járulék 3%);
- az egyéb járulékok és hozzájárulások;¹⁹
- az egészségügyi hozzájárulás;²⁰
- a késedelmi pótlék, bírság;
- a költségvetési hozzájárulások;
- az egészségbiztosítási tevékenységgel kapcsolatos egyéb bevételek.²¹

¹⁸ Az 1997. évi LXXXIII. törvény preambuluma.

¹⁹ Például ilyen a munkáltatói táppénz-hozzájárulás; az egészségügyi szolgáltatási járulék, amelynek összege 2018. január 1-től 7320 Ft/hó.

²⁰ Például a kifizetett 22% egészségügyi hozzájárulás terheli a béren kívüli juttatásnak nem minősülő egyes meghatározott juttatások után.

²¹ Például a terheségmegszakítás egyéni térítési díja, baleseti adó, népegészségügyi termékadó.

Az alap bevételének kb. 60%-át az első két pontban nevesített bevételi forma, kb. 25%-át pedig a költségvetési hozzájárulások teszik ki, azaz ezek a legfontosabbak pénzügyi szempontból.

Az alapból az alábbi kiadásokat teljesítik 2018-ban:

- a) *Az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai:*
 - a csecsemőgondozási díj, terhességi-gyermekágyi segély;
 - a táppénz;
 - az egyszeri segély;
 - a kártérítési és baleseti járadék;
 - a gyermekgondozási díj;
 - a rokkantsági, rehabilitációs ellátások.
- b) *Természetbeni ellátások:*
 - a gyógyító-megelőző ellátások;
 - az alapellátások (például a háziorvos, háziorvosi ügyeleti ellátás);
 - a szakellátások (például a járóbeteg-szakellátás, az aktív fekvő-beteg-szakellátás);
 - az egyéb ellátások (például a betegszállítás és az orvosi rendelőnyű halottszállítás, a mentés);
 - a gyógyszer-támogatás;
 - a gyógyászati segédeszköz támogatása;
 - az egyéb természetbeni ellátások (például a gyógyfürdő és egyéb gyógyászati ellátás; nemzetközi egyezményekből eredő és külföldön történő, tervezett ellátások).
- c) *Az egészségbiztosítás egyéb kiadásai.*

2.5. Vissza az esethez

A magyar Alkotmánybíróság a 3264/2015. (XII. 22.) számú AB végzésében fejtette ki a magánnyugdíjpénztárak államosításával kapcsolatos álláspontját. A kérdéskörben több alkotmányjogi panasz is érkezett a testület elé, amely indítványokban a magánnyugdíjról és a magánnyugdíjpénztárakról szóló 1997. évi LXXXII. törvény 83. § (1a) bekezdése alaptörvény-ellenességének megállapítását és megsemmisítését kérték a panaszosok, mivel szerintük a rendelkezés sért több, az Alaptörvény által biztosított alapvető jogot (a magánélet tiszteletben tartásához való jog, egyesülési jog, tulajdonhoz való jog).

Az Alkotmánybíróság először az alkotmányjogi panasz befogadhatóságának törvényben előírt tartalmi feltételeit vizsgálta, különösen az érintettséget és a jogorvoslat kimerítésének feltételét. Az Alkotmánybíróság gyakorlata értelmében az érintettség akkor állapítható meg, ha a támadott jogszabályi rendelkezés folytán az indítványozó alapjoga sérült közvetlenül. E szerint nem állapítható meg az indítványozó érintettsége akkor, ha a támadott jogszabályi rendelkezés az indítványozó alapjogát csak közvetetten vagy potenciálisan érinti, vagyis a jogsérelem nem következett be, hipotetikus vagy a bírói aktus alapján érvényesül. Ezzel kapcsolatban pedig az AB úgy döntött, hogy az indítványok nem felelnek meg a fenti feltételeknek, mivel a támadott rendelkezések tekintetében az indítványozók érintettsége nem állapítható meg, csak a támadott jogszabály jövőbeni alkalmazása merült fel az indítványozóval szemben. Mindezek alapján az Alkotmánybíróság az alkotmányjogi panaszt visszautasította.

A strasbourgi Emberi Jogok Európai Bírósága (EJEB) az E. B. kontra Magyarország ügy²² kapcsán elutasította a magánnyugdíjpénztárak ügyében tett magyar panaszos beadványát, amelyet egy 30 éves, E. B. monogrammal azonosított magyar állampolgár tett, hivatkozva arra, hogy szerinte a nyugdíjrendszert érintő új szabályozással, miszerint az abból befolyt és befolyó bevételeket az állam saját céljaira használja fel, gyakorlatilag elkobozta az ő magántulajdonát képező nyugdíj-megtakarítást.

A bíróság azzal az indoklással utasította el a beadvány befogadását, hogy a törvény értelmében a panaszos 2010. november 1. előtti magánpénztári megtakarításai érintetlenek maradtak. Az azt követő befizetései pedig jogosulttá teszik állami nyugdíjra, ugyanis a korábbi szabály időközben megváltozott, a magánnyugdíjpénztári tagok a 2010. november 1-jét követő időszakra teljes állami nyugdíjra jogosultak, az azt megelőző időben pedig az állami nyugdíj 75%-a illeti meg őket, a fennmaradó 25%-ot magánpénztári megtakarításaikból kapják. A törvénymódosítások pedig a nyugdíjjogosultságot jelentő szolgálati idő számításánál az eddig ledolgozott éveiket változatlanul figyelembe veszik.

Az EJEB szerint tehát a panaszos magántulajdonhoz fűződő joga nem sérült, hiszen a jövőben is joggal tarthat igényt nyugdíjra a foglalkoztatása alatt fizetett járulékok alapján, függetlenül attól, hogy azok állami vagy magánkézben lévő nyugdíjpénztárba folytak be.

²² The European Court of Human Rights (Second Section), sitting on 15 January 2013, DECISION, Application no. 34929/11, E.B., against Hungary.

2.6. Önellenző kérdések

- Ismertesse a társadalombiztosítás célját és területeit!
- Milyen egészségbiztosítási modelleket ismer?
- Mit jelent a felosztó-kirovó és a járulékfedezeti elv?
- Miben különbözik az állami és a magánnyugdíjrendszer?
- Milyen bevételi forrásokból gazdálkodik a Nyugdíjbiztosítási Alap?
- Milyen bevételi forrásokból gazdálkodik az Egészségbiztosítási Alap?

2.7. Érdekességek

- Információk a nyugdíj-előtakarékossági számlákról. Elérhető: <https://nyugdijbiztositas.com/nyesz-szamlak-osszehasonlitas/#> (Letöltve: 2018. 04. 26.)
- Az Alkotmánybíróság kukába dobja a nyugdíjügyet. Elérhető: https://index.hu/gazdasag/magyar/2011/12/15/az_alkotmanybirosag_kukaba_dobja_a_nyugdijugyet (Letöltve: 2018. 04. 28.)
- Ennyi volt: államadósság-csökkentésre költötte a kormány a nyugdíjvagyont. Elérhető: http://nol.hu/gazdasag/20140205-eluszott_a_nyugdijvagyon-1442547 (Letöltve: 2018. 04. 11.)

Felhasznált irodalom

- BALOGH Gábor (1996): *Társadalombiztosítási ismeretek: Bevezetés a társadalombiztosítás-tanba*. Budapest, Corvinus.
- CSÁKÓ Beáta (2017): Társadalombiztosítás dióhéjban. *Országgyűlés Hivatala Infóanyag*, 37. sz. 1–4.
- ELEK Diána (2014): Egészségbiztosítás az Európai Unióban. *Adó*, 28. évf. 12–13. sz. 91–95.
- KARNER Cecília (2008): Nemzetközi egészségügyi finanszírozási modellek és az állam szerepvállalása. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 46. évf. 2. sz. 3–12.
- MIHÁLYI Péter (2003): *Bevezetés az egészségügyi közgazdaságtanába*. Veszprém, Veszprémi Egyetemi Kiadó.

- NYÁRI János (2010): *A társadalombiztosítás elvi alapjai, története és szerepe*. Budapest, BCE.
- RAGÁNY Károly (2014): *Az egészségügyi rendszerek jellemzői*. Budapest, SOTE.
- ZSUGYEL János szerk. (2009): *A közpénzügyek nagy kézikönyve*. Budapest, CompLex.
- The European Court of Human Rights (Second Section), sitting on 15 January 2013, DECISION, Application no. 34929/11, E.B., against Hungary.