

Az alapvető jogok biztosának

Jelentése az AJB-4169/2012. számú ügyben

Előadó: dr. Szabó-Tasi Katalin

Az eljárás megindulása

Az Alapellátó Orvosok Országos Szövetsége (a továbbiakban: FAKOOSZ) közgyűlésének felhatalmazása alapján és nevében a FAKOSZ elnöke beadványában azt kérte, hogy kezdeményezzem a házi orvosok díjazására vonatkozó jogszabályok alkotmányellenességének megállapítását.

Az Alkotmánybíróság eljárásának kezdeményezését nem láttam indokoltnak, de a beadványban jelzett probléma jelentősége miatt szükségesnek tartottam alapjogi szempontú vizsgálat keretében feltárni a beadványban kifogásoltakat. Ezért az alapvető jogok biztosáról szóló 2011. évi CXI. törvény (Ajbt.) 18. § (4) bekezdése alapján, amely lehetővé teszi a természetes személyek pontosan meg nem határozható, nagyobb csoportját érintő visszásság kivizsgálásának lehetőségét, vizsgálatot indítottam az emberi méltósághoz való jog (Alaptörvény II. cikk), a testi és lelki egészséghez való jog (Alaptörvény XX. cikk), továbbá a jogbiztonság követelményének (Alaptörvény B) cikk) érvényesülése kapcsán.

Vizsgálatom során tájékoztatást kértem az emberi erőforrások miniszterétől, a nemzetgazdasági minisztertől, a Nemzeti Adó és Vámhivatal elnökétől, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár elnökétől, a Magyar Orvosi Kamara elnökétől és az Országos Alapellátó Intézet elnökétől.

Az érintett alapvető jogok és követelmények

- A gazdasági verseny szabadsága [Alaptörvény, M. cikk: „(1) Magyarország gazdasága az értékteremtő munkán és a vállalkozás szabadságán alapszik. (2) Magyarország biztosítja a tisztességes gazdasági verseny feltételeit, fellép az erőfölénnyel való visszaéléssel szemben és védi a fogyasztók jogait.”]
- A közszolgáltatásokhoz való hozzáférés joga [„Alaptörvény XXII. cikk: „Magyarország törekszik arra, hogy az emberhez méltó lakhatás feltételeit és a közszolgáltatásokhoz való hozzáférést mindenki számára biztosítsa.”]
- A testi és lelki egészséghez való jog [Alaptörvény XX. cikk (1) és (2) bekezdés: „Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. E jog érvényesülését Magyarország többek között az egészségügyi ellátás megszervezésével is elősegíti.”]

Jogszabályi háttér

- a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény
- a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.)
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.)
- a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (Tbj.)
- az egyes adótörvények és azzal összefüggő egyéb törvények módosításáról szóló 2011. évi CLVI. törvény
- az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény, és annak végrehajtásáról szóló 313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet
- a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról

- szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet
- az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet
 - a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II.25.) EÜM rendelet
 - az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 16/1972. (IV. 29.) MT rendelet
 - az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet
 - az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről szóló 47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet
 - a Bizottság 2005/842/EK határozata az EK Szerződés 86. cikke (2) bekezdésének az általános gazdasági érdekű szolgáltatások működtetésével megbízott vállalkozásoknak közszolgáltatással járó ellentételezés formájában nyújtott állami támogatásokra történő alkalmazásáról
 - a Bizottság 2005/C 297/04 közösségi keretszabálya a közszolgáltatással járó ellentételezés formájában nyújtott állami támogatásról
 - A Bizottság közleménye az európai uniós állami támogatási szabályoknak az általános gazdasági érdekű szolgáltatások nyújtásának ellentételezésére való alkalmazásáról (2012/C 8/02)
 - A közszolgáltatás ellentételezése formájában nyújtott állami támogatásról szóló európai uniós keretszabály (2012/C 8/03.)

A megállapított tényállás

A FAKOOSZ az Ajbt. 2. § (3) bekezdése alapján azzal fordult hozzám, hogy kezdeményezzem az Alkotmánybíróságnál az Ebtv.36. § (3) bekezdése, 38/C §-a, illetve a 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet Alaptörvénnyel való összhangjának felülvizsgálatát. Álláspontja szerint e kormányrendelet az Alaptörvény M cikkével, illetve egyéb jogszabályokkal, például a Ptk-val, és a közszolgáltatás ellentételezése formájában nyújtott állami támogatásról szóló 2012/C 8/03 számú európai uniós keretszabállyal is ütközik.

A beadvány szerint a háziiorvosi díjazásra vonatkozó törvények és rendeletek rendszere arra ad lehetőséget, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban: OEP) a háziiorvosok helyzetének kihasználásával feltűnően aránytalan szerződést kössön, melyet beadványában következetesen uzsorás szerződésnek nevez. Nézete szerint az éppen aktuális költségvetési törvény alapján az OEP egy „önfelfaló hatósági árként” működő díjazást állapít meg a háziiorvosok finanszírozására, amely csak ebben a szférában létezik, valójában jogi és közgazdasági paradoxon. Az OEP az alulfinanszírozott díjazás révén arra szorítja a háziiorvosokat, hogy vagy saját erőforrásaik terhére vállalják át a praxis működtetési költségeinek egy részét, vagy hagyjanak fel az alapellátással. Beadványozó szerint ez az alapellátó orvosok számának folyamatos csökkenéséhez, az alapellátáshoz való hozzáférés lehetőségének általános szűküléséhez vezet, és mindamellett, hogy az alapellátó orvosok érdekeit, a biztosítottak jogait is sérti, és az Alaptörvény XXII. cikkét sértő helyzetet idéz elő. Álláspontja szerint a hozzáférés lehetősége különösen a hátrányos térségekben redukálódik, de érinti az ország összes egészségügyi alapellátás igénybevételére jogosult polgárát, és a folyamat a területi egyenlőtlenségek, a társadalmi esélykülönbségek növekedésének, a hátrányos körülmények között élők betegségi, illetve halálozási mutatóinak romlásához vezet.

A hozzám forduló rámutatott arra is, hogy a finanszírozási rendszerek

megkülönböztethetők annak alapján, hogy milyen a kapcsolat a szolgáltató bevétele és tevékenységének költségei között. A retrospektív módszer esetében a szolgáltató számára utólag megtérítik a költségeket. A prospektív fizetési rendszerek a szolgáltató számára a fizetés alapját képező rátákat előzetesen határozzák meg. Ezek alapján a háziiorvosi szolgáltatások a prospektív fizetési rendszerek közé tartoznak.

Álláspontja szerint e finanszírozási forma általános jellemzője, hogy a kifizetések nincsenek közvetlen kapcsolatban a szolgáltató tényleges költségeivel, és a biztosító finanszírozási kockázata a szolgáltatókra helyeződik át. Jelen esetben a vállalkozói díj fizetésének további jellemzője, hogy a háziorvos a saját irányítása és felelőssége mellett vállalkozóként végzi a tevékenységét, de díjazásának meghatározásában alárendelt helyzetben van, a díjazásába nincs beleszólása, azaz díjazásának tekintetében a tevékenysége nem független. Mivel a 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet nem határoz meg díjminimumot, és mivel a rendelkezésre álló Egészségbiztosítási Alap százalékos felosztásáról törvény nem rendelkezik, a mindenkorai politikai elite és a szakpolitikával foglalkozó szakemberekre van bízva, hogy mennyi pénz jut a háziiorvosi tevékenység díjazására.

Sérelmezték azt is, hogy az Ebtv. 36. § (3) bekezdése olyan jogkört biztosít az Egészségbiztosítási Pénztár részére, amely alapján a finanszírozásra folyósított összeg felhasználást is ellenőrizheti. Az Ebtv. 36. § (3) bekezdése szerint ugyanis az egészségbiztosító ellenőrzi a finanszírozott egészségügyi szolgáltatások elszámolási rendjét, az elszámolások valóságát, a folyósított pénzeszközök felhasználásának pénzügyi szabályszerűségét és elkülönítését. Így amennyiben az egyik szerződő fél álláspontja szerint szabálytalanság történt, a felhasználásban akár jelentős összegű, korábban kifizetett összeg kamattal növelt értéken való visszafizetését is követelheti. Álláspontja szerint e vállalkozási jellegű szerződéses kapcsolatban elfogadhatatlan, az egyik szerződő felet azon túl, hogy a jelenlegi rendszerben saját maga szabja meg a díjazást, tekintet nélkül az indokolt költségekre, még ellenőrzési, és visszafizetésre kötelezési jog is megillessen.

A FAKOOSZ érvei sorában rögzítette, hogy a hatályos Áfa tv. alapján a háziiorvosi vállalkozások adóalanyok, gazdasági tevékenységet végeznek és az ún. „tárgyi” adómentes körbe tartoznak, mint közszolgáltatók. Mindezek alapján szerinte az Ártörvény hatálya alá kellene esniük, és teljesen indokolatlan, hogy az állami és önkormányzati tulajdonú, gazdasági tevékenységet nem végző rendelőintézetekkel és kórházakkal azonos módon kivonják őket az Ártörvény hatálya alól. Nézete szerint a háziorvosok olyan gazdasági tevékenységet végző adóalanyok, akik „tárgyi” adómentes körbe tartoznak, mint közszolgáltatók, de annak ellenére, hogy az Áfa törvény hatálya alá tartoznak, kizáródnak az Ártörvény, különösen annak a hatósági árra vonatkozó paragrafusai alól, mert a díjazásukat az évente, az aktuális költségvetési törvény szerint módosított rendelet határozza meg. Ez a díjazási konstrukció azonban független a vállalkozó költségeitől, nem enged beleszólást a háziorvos vállalkozónak saját díjazása megállapításába.

Sérelmezték továbbá, hogy az Ebtv. 36 § (3) bekezdése alapján az OEP utólag is csökkentheti a díjazást, ami szerinte nemcsak az erőfölénnyel való visszaélést teszi lehetővé, hanem súlyosan veszélyezteti a jogbiztonságot, így az érintett praxishoz tartozó biztosítottak ellátását is. Ugyanezt az erőfölénnyel való visszaélési lehetőséget erősíti az Ebtv. 38/C. §-a által az OEP számára lehetővé tett záró-ellenőrzés joga is.

Mindezek következtében álláspontjuk szerint a háziorvosok adózás tekintetében független gazdasági tevékenységet végző vállalkozóknak minősülnek, díjazás tekintetében pedig teljes mértékben a költségvetési törvény Egészségbiztosítási Alapját felosztó szakpolitikások jóindulatától függenek, így abszolút kiszolgáltatott helyzetben vannak. A háziorvosok bár

vállalkozási szerződést kötnek az önkormányzattal a közfeladat átvállalásáról és az OEP-pel a díjazásukról, nem állapodhatnak meg szabadon a díjazás mértékében, és nincs lehetőségük arra, hogy érdekeiket a díjazásukban és a díjazás alapjául szolgáló feltételekben megállapodás útján érvényesítsék. Az OEP bármikor követelheti az eredeti szerződéses megállapodáshoz képest többlétszolgáltatást a kormány vagy az illetékes minisztérium által kiadott új rendeletre, törvényre való hivatkozással anélkül, hogy ezt ellentételezné.

Mivel az OEP-nek nincs a többlétszolgáltatással kapcsolatos díjfizetési kötelezettsége, indokolatlanul sokszor és indokolatlanul nagy mennyiségű adminisztrációs többletmunkát igényel a házi orvosoktól. Érvéle szerint mivel a házi orvosok szolgáltatásainak piacán az OEP az egyetlen vásárló, a házi orvosok kénytelenek eltérni azt, hogy a minisztérium és OEP olyan díjazást állapítson meg, amely nemhogy nyereséget nem tartalmaz, de még a praxis ráfordításait sem fedezi, azaz feltűnő értékaránytalanság áll fenn a vállalkozói díj és a teljesítés között. A FAKOOSZ szerint súlyosbítja a helyzetet, hogy az OEP maga is részt vesz az Egészségbiztosítási Alap költségvetésének tervezésében és mivel a minisztérium és az OEP a díjazás megállapításánál hatóságként jár el, a házi orvosok díjazása egyfajta hatósági árnak tekinthető. Beadványozó ezt *paradox hatású ár*nak, (önfelfaló hatású ár) nevezi, amely nem fedezi a vállalkozó ráfordításait. Megjegyzi, hogy a „felfaló ár” csak a szabadpiacon létezik, és hogy a jelenlegi házi orvosok díjazási rendszer azért minősíthető „önfelfaló hatású ár”, mert arra irányul, hogy a házi orvos fogadja el a felfaló árat, és a saját forrásai terhére (saját és asszisztensének munkadíja, más területen végzett többletmunka árbevétele) tartsa fenn a házi orvosok praxist, vagy adja fel vállalkozását, esetleg menjen csődbe, azaz szoruljon ki a házi orvosok szolgáltatásainak piacáról.

Végül soron leszögezi, hogy annak ellenére, hogy az OEP feladatai között az alapellátás és szakellátás közötti ésszerű egyensúly kialakítását, az alapellátás minőségének javítását jelöli meg, a házi orvosok vonatkozásában alkalmazott díjazási rendszer sérti a biztosítottak érdekeit, hiszen szűkíti a biztosítottak alapellátáshoz való hozzáférést azáltal, hogy gazdaságilag ellehetetleníti a házi orvosok vállalkozásait. Álláspontja szerint ez az indoka annak, hogy kevesebb házi orvos dolgozik az alapellátásban, a praxisok eladhatatlanok, elértéktelenedtek, *sok praxis még ingyen sem kell senkinek, ezért betöltetlen*, illetve helyettesítéssel működik, és hogy a betöltetlen praxisok száma fokozatosan növekszik. Beadványtevő a vizsgálati jelentés elkészítését megelőzően beadvány-kiegészítést nyújtott be, és kérte azok vizsgálat során történő figyelembe vételét is. Ebben az eredeti beadványban megfogalmazottakat pontosabb, átláthatóbb rendszerbe foglalta, illetve újabb észrevételeket és kifogásokat fogalmazott meg az alapellátók részére kiírt egyéb támogatási formák, pályázati lehetőségek kapcsán.

Felvetette még, hogy a gépkocsit az egészségügyi kormányzat nem vette be a házi orvos kötelező felszerelési tárgyai közé, mert akkor az OEP-nek ezt is finanszíroznia kellene. Viszont azok a kötelező felszerelési tárgyak, amelyeket a házi orvosnak vinnie kell magával (ambuláns táskák, hordozható EKG, orvosi táskák, lélegeztető készülék, stb.) tömegük illetve térfogatuk miatt nem szállíthatók egyszerre sem kézben, sem kerékpáron. Álláspontja szerint egy kisebb rakterű személygépkocsi csomagtartója is kicsi ezek egyidejű szállításához. Sérelmezte, hogy a finanszírozás nem veszi figyelembe azt, hogy állandóan szükség van kisebb-nagyobb karbantartásra, javításra, cserére, egyes eszközök kalibrálására akár az orvosi eszközök, akár az irodai eszközök, akár a rendelő felszerelésének vonatkozásában, továbbá, hogy az alapellátást folyamatos üzemenben kell működtetni, azaz ha a házi orvos illetve asszisztense továbbképzésre, szabadságra megy, megbetegszik, balesetet szenved vagy kórházi ellátásra szorul, a betegeket akkor is el kell látni. A finanszírozás nem teremt lehetőséget arra sem, hogy a házi orvos váratlan eseményekre (lopás, rongálás, tüzeset, vízkár, baleset, stb.) tartalékot képezzen, ugyanakkor

számos olyan káresemény bekövetkezhet, amelyet a biztosító nem térít meg, illetve nem reálértéken térít. Ilyen esetek a gépkocsi ellopása, totálkáros baleset, a gépkocsi kisebb, de rendszeres károsodása, gépkocsi alvázának rendszeres károsodása a rossz utak miatt, gépkocsi feltörése, rongálása, nagyértékű eszközök, pld. EKG ellopása csomagtartóból, pénztárca, bankkártya ellopása miközben az orvos segítséget nyújt, ruha vérrel vagy hányadékkal való nagymértékű szennyeződése, dühöngő beteg kártétele a rendelő felszerelési tárgyaiban, stb. Mindezekben az esetekben szükségképpen a háziornosnak kell kigazdálkodnia a szükséges fedezetet.

A megkeresett szervek válasza:

Az OEP elnöke válaszában egyrészt kiemelte, hogy az egészségügyi szolgáltatókkal finanszírozási szerződést az Ebtv. 30.§ (1) és (4) bekezdése, 31. § (1), (3)-(8) bekezdései, továbbá az Ebtv. végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 13. §-a, 14. § (1)-(3) bekezdései valamint 15-21. §-ai alapján az adott szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatóval kötik meg, amennyiben az nem rendelkezik olyan, az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII törvény 178. §-ában meghatározott köztartozással (a továbbiakban: köztartozás), amely esedékességének időpontja 60 napnál régebben lejárt. Az idézett rendelkezés alapján tehát az OEP-nek az egészségügyi szolgáltatóval – amennyiben az rendelkezik jogszabályban előírt feltételekkel – törvényen alapuló szerződéskötési kötelezettsége áll fenn.

Az Ebtv. 34.§-a szerint az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása a ráfordítások alapján meghatározott normán, az ellátandó feladatokon, az ellátott esetek számbavételén, fejkvótán, a nyújtott szolgáltatások teljesítményarányain, egyes szolgáltatások tekintetében teljesítményegységének mennyiségén, illetve ezek kombinációján alapuló rendszerben történik. A finanszírozás szabályait külön törvény és a végrehajtására kiadott jogszabályok tartalmazzák, azzal, hogy az egészségügyi szolgáltató legfeljebb annyi havi finanszírozásra lehet jogosult, ahány hónapig a hatályos szerződése alapján szolgáltatást nyújtott.

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásáról az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet rendelkezik. A Korm. rendelet 11. § (1) bekezdése és 14. § (1)-(2) és (4) bekezdései értelmében a háziorvosi szolgáltatók finanszírozási szerződésük alapján különböző díjtételekre jogosultak. Ezek:

– a háziorvosi szolgáltató a háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottak utáni díjazás, ha a külön jogszabály szerinti törzskarton, illetve gyermek-egészségügyi törzslap (a továbbiakban együtt: törzskarton) szabályszerű felvétele megtörtént

– a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi szolgáltató továbbá a háziorvosi szolgáltató a körzet lakosság száma és a körzet összetétele (felőtt, gyermek, vegyes körzet) és a rendelő adottságai alapján meghatározott összegű díjazásra jogosult

– a szolgáltató a háziorvosi körzet területén élő lakosság elhelyezkedésének adottságait figyelembe véve, a betegek orvos általi felkeresése költségei fedezetére területi kiegészítő díjazásra jogosult havonta

A fenti rendelkezések értelmében megállapítható, hogy a háziorvosi szolgáltató részére utalványozott finanszírozási összeg egyrészt a bejelentett biztosítottak száma alapján megállapított teljesítménydíjból, másrészt a körzet lakosság száma és a rendelő adottságai alapján meghatározott fixdíjből, harmadrészt a betegek orvos általi felkeresése költségeinek fedezetére szolgáló területi díjból tevődik össze. A háziorvosi szolgáltató a hozzá bejelentett betegek után teljesítményarányos díjazásra jogosult, amennyiben a beteg törzskartonját szabályszerűen

felvették, illetve azt meghatározott időintervallumokban megújították. A teljesítményarányos díjazás a bejelentett páciensek korától függő pontrendszeren alapul. A korcsoportos átsorolást az OEP havonta, a bejelentett biztosítottaknak a hónap utolsó napjához viszonyított életkora alapján végzi.

Az elnök álláspontja szerint a Ptk. 202. §-a szerinti¹ szerződés uzorás jellegének megállapításához a hivatkozott feltételeknek együttesen kell fennállniuk, azaz feltűnően aránytalan előny kikötésének, az aránytalanságnak a szerződés megkötésekor kell fennállnia, a sérelmet szenvedő félnek hátrányos helyzetben kell lennie és a másik félnek e helyzetet kell kihasználnia. Nézete szerint mivel az OEP-nek törvényen alapuló szerződéskötési kötelezettsége van (azaz ha az egészségügyi szolgáltató rendelkezik a jogszabályokban előírt feltételekkel és kéri a finanszírozási szerződés megkötését, úgy az OEP köteles vele szerződést kötni) az uzorás szerződés felsorolt feltételei fel sem merülhetnek. Az OEP minden egészségügyi szolgáltató esetén kizárólag a jogszabályokban meghatározott feltételek fennállását vizsgálja, a szolgáltató kérelmét követően azok megvalósulása esetén szerződést köt. Továbbá, a finanszírozás is előre látható módon, idézett jogszabályi rendelkezések alapján történik, melyektől az OEP nem térhet el.

A *Nemzeti Adó- és Vámhivatal* (a továbbiakban: NAV) *elnökének* állásfoglalását a beadvány adózást érintő részeivel kapcsolatban kértem. E szerint a házi orvosok adóhatóság felé fennálló adófizetési kötelezettségei a tevékenység gyakorlásának módjától függenek. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral, közfeladat ellátására finanszírozási szerződést kötő egészségügyi szolgáltatót végző egészségügyi szolgáltatók, azaz a házi orvosok, egyéni és társas vállalkozás formájában is végezhetik tevékenységüket.

Az egyéni egészségügyi vállalkozó – a 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet 6/A. § (3) bekezdése értelmében – köteles személyesen közreműködni az egészségügyi szolgáltató tevékenység folytatásában. Amennyiben a házi orvos egyéni egészségügyi vállalkozóként végzi tevékenységét, úgy személyi jövedelemadó fizetési kötelezettség terheli, a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény (továbbiakban: Szja) 9. § (1) bekezdése értelmében, amely szerint az adókötelezettség a bevételszerző tevékenység megkezdésének vagy a bevételt eredményező jogviszony keletkezésének napján kezdődik és mindenfajta bevételszerző tevékenységére kiterjed, függetlenül attól, hogy az bejelentéshez, illetve engedélyhez kötött-e vagy sem. Fentieken túlmenően az egyéni egészségügyi vállalkozót járulékfizetési kötelezettsége is terheli, a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (továbbiakban: Tbj.) 10. § (1) bekezdés a) pontja alapján, amely szerint az egyéni vállalkozó biztosítási és járulékfizetési kötelezettsége az egyéni vállalkozói nyilvántartásba való bejegyzés napjától az egyéni vállalkozói nyilvántartásból való törlés napjáig tart.

Az egészségügyi szolgáltatás társas vállalkozóként, többek között betéti társaság, közkereseti társaság, korlátolt felelősségű társaság formájában is végezhető. A betéti társaság bel- és kültagja, a közkereseti társaság tagja, a korlátolt felelősségű társaság tagja esetében a társas vállalkozóként fennálló biztosítás – és így a járulékfizetés – feltétele a tagsági jogviszony pusztán megléte mellett a tevékenységben való személyes közreműködés is [Tbj. 4. § d)]. Az előzőekben kifejtettek alapján azonban a 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet előírja, hogy az egészségügyi vállalkozó köteles személyesen közreműködni az egészségügyi szolgáltató tevékenység folytatásában, így az egészségügyi társas vállalkozókat biztosítási- járulékfizetési – kötelezettség terheli, a Tbj. 10. § (2) bekezdésében meghatározottak szerint. A hivatkozott törvényhely előírja, hogy a társas vállalkozó biztosítási kötelezettsége a gazdasági társaság tagja esetében a tényleges

személyes közreműködési kötelezettség kezdete napjától annak megszűnése napjáig, egyéni cég tagja esetében az egyéni cég tagjává válás napjától az egyéni cégben fennálló tagság megszűnésének napjáig, illetve egyéb esetben a társas vállalkozásnál létesített tagsági jogviszony, illetve vezető tisztségviselői jogviszony létrejötte napjától annak megszűnése napjáig tart.

A fentiekén túlmenően a társas vállalkozásként tevékenységet folytató háziiorvos bevételei alapján társasági adó fizetésre is kötelezett. Fentiekén kívül a háziiorvosokat – akár egyéni vállalkozóként, akár társas vállalkozóként, mint Bt., Kkt. és Kft. tagjaként – az egyes adótörvények és azzal összefüggő egyéb törvények módosításáról szóló 2011. évi CLVI. törvényben meghatározott szociális hozzájárulás fizetési kötelezettség is terheli.

Mind az egyéni egészségügyi vállalkozó, mind a társas vállalkozási formában tevékenységet végző háziiorvosra vonatkozóan elmondható, hogy a jövedelem (bevétel) forrásának – jelen esetben az egészségügyi vállalkozó/vállalkozás által végzett egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának – nincs kihatása az adózásra. A Tbj. által meghatározott járulékfizetési kötelezettség, illetve a szociális hozzájárulás megfizetése nem függ a tevékenységi körtől, a tevékenység ellátásának formájától, sem a bevétel forrásától. Tekintettel arra, hogy az egészségügyi szolgáltatási tevékenységet kötelező személyesen végezni, illetve társas vállalkozás esetében kötelező a tevékenységben való személyes közreműködés, a háziiorvos minden esetben ún. főállású egyéni és társas vállalkozónak minősül. A háziiorvosokat járulék-, illetve szociális hozzájárulás „minimum” fizetési kötelezettség akkor is terheli, ha az adott időszakban nincs bevétele, jövedelme a vállalkozásnak.

Az általános forgalmi adóról szóló 2007. évi CXXVII. törvény (továbbiakban: Áfa tv.) értelmében a háziiorvosok az Áfa tv. hatálya alá tartozó, gazdasági tevékenységet végző adóalanyok. Az Áfa tv. 5. (1) bekezdése értelmében adóalany, az a jogképes személy vagy szervezet, aki (amely) saját neve alatt gazdasági tevékenységet folytat, tekintet nélkül annak helyére, céljára és eredményére. A háziiorvosok tevékenysége gazdasági tevékenységnek minősül, tekintettel arra, hogy az Áfa tv. 6.§ (1) bekezdése értelmében gazdasági tevékenység valamely tevékenység üzletszerű, illetőleg tartós vagy rendszeres jelleggel történő folytatása, amennyiben az ellenérték elérésére irányul, vagy azt eredményezi, és annak végzése független formában történik. Az Áfa tv. 85. § (1) bekezdés b) pontja fentiekén túl kimondja, hogy mentes az adó alól „az a szolgáltatásnyújtás és az ahhoz szorosan kapcsolódó sérült- vagy betegápolás és sérült- vagy betegszállítás, valamint az azokhoz szorosan kapcsolódó termékértékesítés, amelyet humán-egészségügyi ellátás keretében közszolgáltató – ilyen minőségében – teljesít”. A szolgáltatásnyújtáshoz kapcsolódó adómentesség feltétele tehát egyrészt az, hogy a szolgáltatás tartalmában humán-egészségügyi ellátásnak minősüljön, másrészt pedig személyi feltételként a közszolgáltatói minőséget is feltételezi a szolgáltatást nyújtó részéről.

Adómentes humán-egészségügyi szolgáltatásnak a terápiás célú, elsődlegesen az egyén egészségének megőrzésére (fenntartására, helyreállítására) irányuló tevékenység minősül. Az egészség megőrzése (fenntartása, helyreállítása) céljából kifejtett tevékenységek közül a betegség vagy egészségügyi rendellenesség diagnosztizálása, kezelése, gyógyítása kezelhető adómentesként.

Az Áfa tv. 85.§ (4) bekezdése g) pontja értelmében közszolgáltatónak minősül minden olyan személy, szervezet, aki (amely) biztosított vagy más kedvezményezett részére társadalombiztosítási vagy egyéb – jogszabály alapján – kötelező biztosítási jogviszony keretében végzi tevékenységét.

Fentiek alapján megállapítható, hogy bár a háziiorvosok az Áfa tv. hatálya alá tartoznak, ugyanakkor az Áfa tv. 85.§ (1) bekezdés b) pontja szerint – megfelelően a 85.§ (4) bekezdés g) pontban foglalt kitételnek is – kifejtett háziiorvosi tevékenység, a tevékenység közérdekű jellegére

tekintettel mentes az adó (Áfa fizetési kötelezettség) alól.

Összegezve, az egészségügyi alapellátást végző egészségügyi szolgáltatókat az Áfa fizetési kötelezettség kivételével minden egyéb adókötelezettség terheli. Az adók megállapítására – az említett Áfa törvényben foglalt tárgyi adómentességen kívül – nincs megkülönböztető rendelkezés ezen adózói körre. Az ellátott közfeladat ellentételezéseként az OEP által (az Egészségbiztosítási Alap terhére) megállapított, maximált finanszírozási összegtől függetlenül a házi orvosokat minden – vállalkozási formától függő – kötelezettség terheli.

A *Magyar Orvosi Kamara* (a továbbiakban: MOK) elnöke válaszában arról tájékoztatott, hogy a beadványban leírtakkal maradéktalanul egyetért. Álláspontja szerint is helytálló az a megállapítás, mely szerint a házi orvosi munka finanszírozásának (függetlenül attól, hogy a munka végzése milyen konstrukcióban történik) már hosszú ideje nincs semmiféle kapcsolata a munka díjazásával, illetve a feladat ellátásának költségeivel. Amíg egy, a szabad piacon működő vállalkozás az úgynevezett rezszi-órabérében érvényesítheti a megrendelőkkel szemben a működéssel kapcsolatos valamennyi költségét, ideértve a bérköltségeket, azok közterheit, a szükséges eszközök beszerzésével, amortizációjával, az anyagfelhasználással kapcsolatos költségeket, a cég működésével kapcsolatos járulékos költségeket, sőt, akár hasznot is építhet a díjba, addig egy közfinanszírozott, egészségügyi közszolgáltató „vállalkozásnak” semmi esélye nincs az ilyen jellegű árképzésre, mivel a lehetséges bevételek jogszabályban vannak rögzítve, függetlenül attól, hogy azok elegendőek a működéshez, vagy sem.

Tudomása szerint soha nem készült az alapellátás finanszírozási igényének felmérésére hatástanulmány, az egy praxisra és adott betegforgalomra eső finanszírozás ötletszerűen, illetve a „maradékélv” alapján lett az elmúlt évtizedekben megállapítva, és így történik ez jelenleg is.

Válaszához mellékelve megküldött egy, a MOK hivatalos lapjában az Orvosok Lapjában megjelent cikket és az ahhoz csatolt kimutatást egy átlagos házi orvosi praxis havonkénti költségigényéről. Ebben a szerző levezeti, hogy ahhoz, hogy a házi orvosi praxis vonzó legyen, havi finanszírozásának elfogadható egzisztenciát kellene garantálnia, mely feltétel teljesüléséhez minimálisan havi 1,8, de inkább havi 2 millió Ft bevételre volna szükség. Az így kimunkált összegekhez képest az átlagos házi orvosi praxis finanszírozása nem több mint 800.000,- Ft. Ez alapján álláspontja szerint az egészségügyi finanszírozás nem képes fenntartani az alapellátás működését, és hogy az egyetlen kiadás, amellyel takarékoskodni lehet, az az orvos bére. Nézete szerint a rendszer a jelenlegi keretek között szinte már fenntarthatatlan, ugyanis az önkormányzatok – ritka kivételtől eltekintve – nem képesek hozzájárulni az alapellátás működéséhez (sőt, tudomásuk van olyan esetekről, amikor az önkormányzatok bérleti díj, stb. útján inkább pénzt kísérelnek meg kivonni az ellátásból).

Az eredeti beadvánnyal való egyetértésének hangsúlyozását követően, illetve azzal összefüggésben az elnök az ügyeletek ellátásának és díjazásának kérdésére is felhívta a figyelmemet. E szerint a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény 8.§-a és az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 152.§ (1) bekezdésének c) pontja alapján az önkormányzatoknak kell gondoskodniuk „az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátásról”. Az önkormányzatok e kötelezettségüknek többféle módon is eleget tehetnek, lehetőségük van arra, hogy az ügyeleti feladatok ellátására bármely, a szolgáltatást nyújtani képes egészségügyi szolgáltatóval szerződjenek. Ez a választási jog azonban csak az önkormányzatokat illeti meg, amennyiben ugyanis az adott önkormányzat úgy dönt, hogy az alapellátást végző orvosokkal kívánja megoldani az ügyeleti ellátást is, akkor az ebben való részvételt azok a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 2. bekezdésének d) pontja, illetve a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet szabályai alapján nem tagadhatják meg.

Amennyiben a háziiorvosi szolgáltatók megtagadnák, hogy az önkormányzat által felkínált, bármilyen képtelen feltételek mellett ügyeljenek, megszegnék a folyamatos ellátás nyújtására vonatkozó kötelezettségüket, ezért a finanszírozó megszüntetné az alapellátásra velük megkötött szerződést, ami egyben az alapellátás nyújtására az önkormányzattal megkötött szerződés megszűnését is jelentené.

Ezzel a szabályozatlan — az alapellátásban működő egészségügyi szolgáltatókat teljességgel kiszolgáltató helyzetben tartó — helyzettel az önkormányzatok a MOK elnöke szerint meglehetősen gyakran visszaélnék, hiszen a jó ízlésen kívül semmi nem tartja vissza őket attól, hogy rendkívül előnytelen feltételrendszer mellett kötelezzék a területükön működő szolgáltatókat az ügyelet teljesítésére.

A kifogásolt a helyzetet álláspontja szerint a bírói gyakorlat sem tudja megfelelően kezelni. Az elnök beszámolt az ügyeleti díjakat illetően olyan táblabíróági ítéletről, amely szerint a fent leírt helyzetre a szerződéskötési kötelezettséggel kapcsolatos szabályokat lehet alkalmazni, ezért vita esetén a bíróság — a Ptk. 206. § értelemszerű alkalmazásával — megállapíthatja a piaci mértékű megbízási díj összegét. Ugyanakkor egy másik táblabíróági ítélet szerint ugyan valóban fennáll a szerződéskötési kötelezettség a háziiorvosi szolgáltatók oldalán, de mivel a másik oldalon, azaz az önkormányzat oldalán nem állapítható meg ilyen kötelezettség (hiszen olyan konstrukcióban tesz eleget ellátási kötelezettségének, amilyenben akar), ezért nem alkalmazhatóak a Ptk. 206. § rendelkezései az ilyen esetekre, azaz nem állapíthatja meg a bíróság a piacon szokásos mértékű díjat a szolgáltató javára.

Összegezve az ügyelet díjazásával kapcsolatos helyzetet: a jelenlegi szabályok szerint a háziiorvosi szolgáltatók egy bármiféle alkufolyamat nélkül, a másik fél által egyoldalúan megállapított díj fejében kénytelenek ellátni az ügyeletet, ez pedig mindenképpen a megbízott fél jogellenesen kiszolgáltató helyzetét eredményezi.

Ezek alapján a MOK elnöke arra kért, hogy a vizsgálatot a háziiorvosi ügyeletek díjazása körüli anomáliákra is terjesszem ki.

Az *Országos Alapellátási Intézet* (OALI) elnökének válasza szerint annak ellenére, hogy sajnálatos módon a háziiorvosi ellátás finanszírozása reálértékben évek óta csökkenő tendenciát mutat, az Alaptörvénnyel való ütközés szempontjából nem lehet kiemelni az egész egészségügyi ellátórendszer finanszírozásának szabályrendszeréből a háziiorvosok finanszírozását. Véleménye szerint az egyéb alapellátási feladatokon túl akár a járóbeteg szakellátásra, akár a fekvőbeteg ellátás finanszírozására is igazak a beadványozó érvei. A finanszírozás ugyanis itt is olyan felülről zárt rendszerben történik, amely az adott területre szolgáló előirányzatokat a teljesítményekkel, esetszámokkal arányosan osztja fel. Álláspontja szerint az egységes elveken alapuló finanszírozási rendszernek vagy az egésze ütközik az Alaptörvénnyel vagy annak minden eleme összhangban van azzal. Álláspontja szerint is, a finanszírozási szerződések megkötésénél az OEP nem köthet ki feltűnően aránytalan előnyt, hiszen e szerződések minden egyes elemét jogszabályok rögzítik, a szerződő felek szabad egyezkedésére szinte csak a helyettesítéssel és az ügyeleti ellátásban történő részvétellel kapcsolatban kerülhet sor, a háziiorvosi szolgáltatás finanszírozása a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendeletben részletezett rendben történik.

Az „önfelfaló hatósági ár” elnevezés nézete szerint sajnálatos módon minden érintett számára evidenciaként szemlélteti a reálértékét évek óta nem megőrző finanszírozási rendszert, de e tekintetben sem mutat a háziiorvosi finanszírozás semmiféle specialitást más egészségügyi ágazatok finanszírozásához képest, sőt a jelenlegi világgazdasági helyzetben e jelzőt az államháztartás szinte egész területére használhatnánk a közalkalmazotti juttatásoktól a szociális ellátórendszerig.

Álláspontja szerint a háziiorvosi rendszer specialitása nem magában az egészségügy finanszírozási rendszerében van, hanem abban, hogy míg az egészségügyi szolgáltatók döntő többsége költségvetési szervként, az egészségügyi dolgozók pedig közalkalmazottként működnek, addig a háziorvosok több mint kilencvenöt százaléka vállalkozó. Tény, hogy egy költségvetési típusú finanszírozási rendszer alapjaiban idegen a vállalkozói szektorban szokásos piaci működéstől, ugyanakkor az is eltér a versenyszféra sajátosságaitól, hogy e területen garantált a havi előre tervezhető, a szabadpiaci árakhoz képest szerény, de biztos bevétel.

Végül a biztosítottak érdeksérelme kapcsán sem mutat az alapellátás speciális helyzetet, sőt, míg e területen a biztosított élhet szabad háziorvos választási jogával, vagy aránylag megfizethető áron hozzájuthat a magánszférában az ellátáshoz, a szakellátásban kialakult várólisták alapján igénybe vehető ellátások a magánszektorban megfizethetetlenek, illetve jelentős részük nem is áll rendelkezésre.

Nézete szerint az egészségügy finanszírozási rendszerének keretéből a háziiorvosi finanszírozás nem emelhető ki, csak a teljes rendszer átfogó felülvizsgálatára lenne lehetőség.

Az emberi erőforrások minisztérium egészségügyért felelős államtitkára válaszában arról tájékoztatót, hogy a minisztérium államtitkársága számos alkalommal hangsúlyozta, hogy az alapellátás fejlesztését az ágazat stratégiai fontosságúnak tekinti, ezért munkájuk és a rájuk nehezedő felelősség elismerését célzó intézkedésekre törekednek valamennyi, a rendelkezésünkre álló eszköz hatékony felhasználásával. Az ágazati államtitkárság minden tervezett intézkedés, illetve jogszabály-módosítás előtt rendszeresen egyeztet a szakmai szervezetekkel, így a beadványt tevő FAKOOSZ-szal is. Tájékoztatót, hogy zajlik az alapellátást érintő problémák feltérképezése és a lehetséges megoldási javaslatok elemzése.

A háziiorvosi ellátásról valóban a települési önkormányzat köteles gondoskodni, így ezen ellátás, illetve költségeinek biztosítása a kötelező egészségbiztosítás rendszerében a társadalombiztosítás, valamint a települési önkormányzat feladata. A társadalombiztosításból a háziiorvosi ellátásra kifizethető összeg mértékét, valamint megállapítási módjának fő szabályait az Országgyűlés törvényekben határozta meg a Kormány számára. Az Egészségbiztosítási Alapból háziiorvosi ellátás biztosítására előírányzott összeget a mindenkori költségvetés tartalmazza. A finanszírozásra fordítható összeget zárt kasszából fizetik ki, így annak túllépése nem lehetséges. A háziiorvosi alapellátásra vonatkozó finanszírozási szerződések megkötése az OEP kötelezettsége. Jogszabály rendelkezik a szerződés megkötésének feltételeiről, továbbá annak kötelező tartalmi elemeiről. A szerződéskötési szándékát jelző, a jogszabályi feltételeknek megfelelő egészségügyi szolgáltatókkal az OEP-nek szerződéskötési kötelezettsége áll fenn.

Az államtitkár határozott álláspontja, hogy a háziorvosokkal kötendő finanszírozási szerződések során az OEP (az állam) a szerződő háziiorvosi szolgáltató anyagi-egzisztenciális helyzetét szándékosan nem kívánja kihasználni. Az Ebtv. 30. §-ának (1) bekezdése értelmében az egészségbiztosító az egészségügyi szolgáltatások nyújtására finanszírozási szerződést nem is köthet egészségügyi szolgáltatóval, amennyiben az olyan köztartozással rendelkezik, amely esedékességének időpontja 60 napnál régebben lejárt. Ennek megfelelően, ha az egészségbiztosító tudomása szerint a szolgáltató anyagi helyzete nem megfelelő (vagyis a jogszabály feltételeknek nem felel meg), akkor vele finanszírozási szerződést sem köt. Mindezek alapján a szolgáltató anyagi helyzetének szándékos kihasználása meg sem valósulhat. A finanszírozási szerződés megkötését a háziiorvosi szolgáltató kezdeményezheti az OEP-nél, továbbá annak felbontása is bármikor kérhető, így nincs szó olyan szerződésről, amelyet ne lehetne felbontani, vagy amelyet az uzsorás szerződésre hivatkozva semmissé kellene nyilvánítani.

Az ellenőrzéssel kapcsolatban megjegyzi, hogy az ellenőrzésektől nem lehet eltekinteni, mivel közpénzek felhasználásáról van szó. Álláspontja szerint az ellenőrzést követően esetlegesen az OEP nem önkényesen csökkenti a szolgáltató díjazását, az ellenőrzés akkor vezethet a kapott finanszírozás szolgáltató általi megtérítéséhez, ha a szolgáltató a finanszírozás felhasználására vonatkozó jogszabályokat nem tartotta be. A záró ellenőrzés tekintetében annak elvégzését lehetőségként definiálja a törvény, így a korábban kötelezően elvégzendő záró ellenőrzés helyett jelenleg egy kisebb finanszírozással működő szolgáltató (tipikusan a háziorvosi szolgáltatók) esetében az OEP eldöntheti, hogy a nagy adminisztrációval és költségekkel járó záró ellenőrzést esetlegesen nem kell lefolytatnia.

Az államtitkár arról is tájékoztatót, hogy a beadványban foglaltakat összevetették az Európai Unió joganyaggal arra vonatkozóan, hogy azonosítható-e a hatályos magyar jogban olyan elem, amely esetében felvethető a hazai szabályok és az uniós jog közötti elvi, illetve a normák szövegezésében jelentkező ellentmondás. E szerint az állami költségvetésből juttatott bármilyen kifizetés lehet az uniós jog szerint jogellenes állami támogatás, ha nem minősül kivételnek. Tehát vannak jogszerű és nem jogszerű állami támogatások: mindig az adott helyzet dönti el, hogy a kifizetés megengedett-e. Az EUMSZ 106. cikke szerint az általános érdekű gazdasági szolgáltatások esetében megengedhető lehet az állami támogatás nyújtása, ha ez a speciális feladat teljesítéséhez szükséges. Mindegy, hogy a közszolgáltatást köz- vagy magánvállalkozás üzemelteti-e. A 106. cikk (2) bekezdése szerint pedig a Szerződéssel akkor egyeztethető össze egy állami támogatás, ha az általános érdekű szolgáltatások működtetéséhez szükséges és nem befolyásolja a kereskedelem fejlődését a közösség érdekeivel ellentétes mértékben. Tehát vannak olyan közszolgáltatásért adott állami támogatások, amelyek a Közös Piacal összeegyeztethető állami támogatások, ha általános érdekű gazdasági szolgáltatás nyújtásához szükséges mértékben adják azokat. Ilyen az egészségbiztosítási feladatokat ellátó vállalkozásoknak adott finanszírozás, tehát a konkrét ügyben megjelenő háziorvosi praxis.

A Transzparencia irányelv² előírja, hogy „a tagállamok a közösség által hozott speciális rendelkezések sérelme nélkül biztosítják, hogy az elkülönített elszámolások vezetésére kötelezett vállalkozások pénzügyi és szervezeti felépítése pontosan tükröződjön az elkülönített elszámolásokban oly módon, hogy a következők világossá váljanak: a) a különböző tevékenységekhez kapcsolódó költségek és bevételek, b) a költségek és bevételek tevékenységekhez való hozzárendelésénél vagy tevékenységek közötti megosztásánál alkalmazott módszerek pontos részletei”. Az átláthatóság biztosítása érdekében tehát az adott vállalkozások úgy kötelesek vezetni az elszámolásaikat, hogy elkülönüljenek a különböző tevékenységekhez tartozó belső elszámolások; minden költséget és bevételt következetesen alkalmazott és objektív módon alátámasztható költség-elszámolási elvek alapján, pontosan jelöljenek ki vagy osszanak meg; és egyértelműen határozzák meg azokat a költség-elszámolási elveket, amelyek alapján az elkülönített elszámolásokat vezetik.

Magyarországon a 105/2003. (VII. 18.) Korm. rendelet alapján az elkülönített elszámolásra kötelezett vállalkozásoknak belső számvitelükben el kell különíteniük az EUMSZ 106. cikk (2) bekezdése szerinti általános gazdasági érdekű szolgáltatás nyújtásához, illetve kizárólagos vagy különleges jog alapján nyújtott szolgáltatáshoz kapcsolódó és a megosztással érintett eszközöket és forrásokat, bevételeket és ráfordításokat. Továbbá ezeket a számviteli törvény szerinti számviteli politikában rögzített egységes és következetes számviteli elszámolás alapján kell nyilvántartani olyan módon, hogy az egyes tételek speciális tevékenységekhez való hozzárendelésének módszere egyértelműen megállapítható legyen. Amennyiben a vállalkozás közszolgáltatási körön belül és kívül eső tevékenységet is végez, a belső elszámolásában elkülönítetten kell feltüntetnie a közszolgáltatással, illetve az egyéb szolgáltatásokkal kapcsolatos

költségeit és bevételeit, valamint a költségek és bevételek elosztásának paramétereit.

A tagállamoknak rendszeresen ellenőrizniük, vagy ellenőriztetniük kell, hogy a vállalkozások nem részesülnek-e az előbb meghatározottakat meghaladó mértékű kompenzációban. A túlkompensációt vissza kell fizetni a tagállamnak, és a jövőre nézve naprakésszé tenni az ellentételezés kiszámításának paramétereit.

Fentiek alapján úgy tűnik, hogy az Ebtv.-ben kifogásolt jogszabályhelyek kapcsolatot mutatnak az állami támogatás felhasználásának ellenőrzésével, így a 105/2003. (VII. 18.) Korm. rendelettel, és mint ilyen, nem feltétlenül csak egészségpolitikai célokat kell szolgálniuk, de a fent hivatkozott uniós jogi normáknak való megfelelést is biztosítaniuk kell.

Az EMMI álláspontja alapján a beadvány egyik felvetésében sem azonosítható be jelenleg olyan magyar egészségügyi norma, amely esetében megalapozottan állítható, hogy az az uniós jogba ütközik.

Az államtitkár elismeri, hogy a vállalkozásként működő háziiorvosi szolgáltatók ambivalens helyzetben vannak, hiszen alapvetően közszolgáltatást látnak el, bevételeiket közpénzből kapják, ugyanakkor számos olyan szabály is vonatkozik rájuk, amelyek sok szempontból csak a „valódi” profitorientált vállalkozásokra értelmezhetőek.

Az államtitkár tájékoztatott arról is, hogy a fenti problémával kapcsolatosan az elmúlt években az egészségügyért felelős tárca próbált jogszabály-módosításokkal élni, így felmerült az iparűzési adó fizetése alóli mentesülés kérdése is. Ezek a próbálkozások azonban nem jártak sikerrel.

A *nemzetgazdasági miniszter* megkeresésemre véleményét az Emberi Erőforrások Minisztériumának és a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztériumnak az álláspontjára figyelemmel alakította ki, mely szerint az Alkotmánybíróság következetes gyakorlata alapján az államcél megfogalmazó alkotmányi, illetve alaptörvényi rendelkezések alapjogként nem értelmezhetők, azokra alapozva csak kivételes esetekben állapítható meg alaptörvény-ellenesség, így különösen akkor, ha valamely jogszabályi rendelkezés az államcél megvalósulását veszélyeztetné. Álláspontja szerint az Alaptörvény XXII. cikke államcélként rögzíti a közszolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítását, így sérelme csak abban az esetben lehetne megállapítható, ha valamely jogszabály például az ország egyes területein teljes egészében kizárná a közszolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetőségét. Kifejti továbbá, hogy bár az Alkotmány az Alaptörvény XXII. cikkével megegyező rendelkezést nem tartalmazott, így ezen alaptörvényi rendelkezés vonatkozásában alkotmánybírósági gyakorlat nem áll rendelkezésre, valószínűsíthető azonban, hogy az Alaptörvény alkalmazása szempontjából az egészségügyi szolgáltatások nem minősülnek közszolgáltatásnak, ezért álláspontja szerint az Alaptörvény XXII. cikke és az egészségügyi szolgáltatások megszervezése között összefüggés nem állapítható meg.

A beadvány uzsorás szerződéssel kapcsolatos részére reagálva kifejtette, hogy a Ptk. kiindulópontja a felek magánautonómiája. A szerződési jog egyik alapelveként megfogalmazott szerződési szabadság elve is ezen alapul, mert a szerződés tartalmát a felek szabadon állapíthatják meg. A szerződő felek tehát szabadon megválaszthatják, hogy kívánnak-e egyáltalán szerződést kötni, és ha igen, úgy kivel, és milyen tartalommal. Ennek megfelelően a szerződés akkor jön létre, amikor a szerződő felek erre vonatkozó kölcsönös és egybehangzó akaratnyilatkozatot tesznek, melyhez szükséges, hogy a lényeges, valamint a bármelyikük által lényegesnek minősített kérdésekben megállapodjanak. A felek szolgáltatásteljesítési kötelezettsége és szolgáltatáskövetelési jogosultsága magából a szerződésből keletkezik. A szerződéssel kikötött szolgáltatásért főszabály szerint ellenszolgáltatás jár, valamint a szolgáltatás és ellenszolgáltatás

között a szerződés megkötésének az időpontjában nem lehet feltűnően nagy az értékkülönbség. Idézte, hogy az Alkotmánybíróság több határozatában foglalkozott a szerződési szabadság alkotmányos intézményével. A 13/1990. (VI. 18.) AB határozatban megállapította, hogy a szerződési szabadság önálló alkotmányos jog, amely azonban alkotmányos alapjognak nem tekinthető. Ezért a szerződési szabadságra nem vonatkoznak az alapjogok korlátozásához kapcsolódó, az Alkotmány 8. (2) bekezdésében meghatározott követelmények. A szerződési szabadság tehát még lényegi tartalmát illetően is alkotmányosan korlátozható, ha a korlátozás végső eszközének fennállnak az alkotmányos indokai. A szerződési szabadság tehát az Alkotmánybíróság kialakult gyakorlata szerint nem részesül az alkotmányos alapjogokat megillető védelemben, de az az Alkotmány által védett jog és korlátozásának az Alkotmánybíróság által ellenőrzött határai vannak. A szerződési szabadság közhatalmi eszközökkel, jogszabállyal való korlátozására a Ptk. rendelkezései adnak lehetőséget. A Ptk. tehát kifejezetten tartalmazza a magánautonómia korlátozásának lehetőségét is, mégpedig jogszabályok által. A jogszabály megalkotása olyan normatív aktus, amely kötelező rendelkezést tartalmaz a jogszabály címzettje részére, szükségképpen korlátozva annak magánautonómiáját. Jogszabály kötelezővé teheti a felek számára szerződés megkötését, valamint szerződéskötés nélkül is keletkeztethet szolgáltatásra irányuló kötelezettséget és annak követelésére való jogosultságot. A szerződéskötési kötelezettség körében lehetséges a szerződés nemzetgazdasági érdekből való bíróság általi módosítása, megszüntetése, felbontása vagy hatályában való fenntartása is. Jogszabály meghatározhatja a szerződés egyes tartalmi elemeit is, és kimondhatja, hogy ezek a szerződésnek akkor is részei, ha a felek eltérően rendelkeznek. Ha egy szerződési feltételt jogszabály állapít meg, vagy azt jogszabály előírásának megfelelően határozták meg, úgy ez a szerződési feltétel nem minősülhet tisztességtelennek. Megjegyzi, hogy a finanszírozási szerződés kötését a háziorvosi szolgáltató kezdeményezheti az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál és annak felbontása is bármikor kérhető, szó sincs tehát kényszerítésről.

A szerződésben meghatározott szolgáltatásért járó ellenszolgáltatás mértéke, vagyis a szolgáltatás ára nem kivétel a szerződési szabadság korlátozhatósága alól. Az Alkotmánybíróság gyakorlata következetesnek mondható abban a tekintetben, hogy a piacgazdaság és a szabad verseny fontos összetevőjének tekintendő, hogy a termékek és szolgáltatások árát az eladó és a vevő megállapodása határozza meg, egyes esetekben azonban a piacgazdaság keretein belül is szükség lehet arra, hogy az árát jogszabály állapítsa meg. Amennyiben az állami árbeavatkozásra alkotmányosan indokolt esetben kerül sor, az ár rögzítése önmagában nem vezet alaptörvény-ellenességhez. Alkotmánybíróság ilyen alkotmányos indokként fogadta el a piacgazdaság egészségügyi szempontból történő korlátozását, ezért nézete szerint az, hogy a háziorvosi szolgáltatás díja jogszabályi szinten kerül meghatározásra, nem vezet alaptörvény-ellenességhez.

A fent ismertetett törvényi rendelkezésekből és azok dogmatikai háttéréből az is következik, hogy a polgári jog szempontjából nem lehet érvénytelen egy olyan szerződés, amelynek tartalmát jogszabály határozza meg, tekintettel arra is, hogy a szerződés vagy annak valamely rendelkezése érvénytelenségét a bíróság állapíthatja meg, a bíróság azonban a hatályos jogszabályok alapján jár el, a jogszabályok felülvizsgálatára nem rendelkezik hatáskörrel.

Hivatkozik a miniszter arra is, hogy az Alkotmánybíróság korábban már foglalkozott az állam egészségügyi ellátás biztosítására vonatkozó kötelezettségeivel, s ez az Alkotmánybíróság értelmezésében csupán azt az alkotmányos követelményt jelentette, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez, az állam és a társadalom lehetőségeihez igazodva az állam teremtsen olyan gazdasági és jogi környezetet, amely megfelel a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészség biztosítására irányuló kötelezettségnek (56/1995. (IX. 15.) AB határozat). Az

Alaptörvény XX. cikk (1) bekezdése ugyanis tartalmazza, hogy mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez, a (2) bekezdés pedig azt részletezi, hogy ezen jog érvényesülését hogyan segíti elő Magyarország, többek között az egészségügyi ellátás megszervezésével. Az Alkotmánybíróság álláspontja szerint tehát, az állam az egészségügyi ellátás megszervezése során sem terjeszkedhet túl a nemzetgazdaság teherbíró képessége által meghatározott kereteken.

Végül pedig néhány intézkedést említett meg, amelyet a Kormány hozott a háziiorvosi ellátás helyzetének erősítése érdekében. Így 2010 év végén a háziiorvosi ellátásban a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező szolgáltatók praxisonként 200 ezer forint egyszeri külön díjazásban részesültek. Jogosultak voltak továbbá a díjazásra a hajléktalanok ellátását biztosító szolgálatok, valamint a centrumok is (1,5 millió forint/centrum, a heti 168 órás működésüknek megfelelően). A háziiorvosi sürgősségi ellátást biztosító központi ügyeleti szolgálatok — a fenti összegben felül — szolgálatonként 200 ezer Forint külön díjazásban részesültek. 2011-ben a háziiorvosi ellátás finanszírozásának, a szolgáltatók likviditásának javítása érdekében a finanszírozási időszak 3 hónapról 2 hónapra csökkentéséről született döntés. Ebből adódóan a 2011-es finanszírozási év 13 havi teljesítménydíjat tartalmazott. Az intézkedés végrehajtásához mintegy 3,8 milliárd forintot biztosított a Kormány.

Az előbbieken felül a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi alapellátási vállalkozások támogatásáról szóló 216/2011. (X. 19.) Korm.rendelet alapján új alapellátási eszköztámogatás bevezetésére került sor. A háziiorvosi szolgáltató az általa működtetett praxisban, közvetlenül a betegellátást szolgáló eszközök beszerzése érdekében igényelhetett praxisonként legfeljebb 1,5 millió forint összegű támogatást, amelynek havi mértéke (az esetleges járulékkerhekkel együtt) 50.000 Ft/hónap. Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. al. 3.) Korm. rendelet módosításától szóló 259/2012. (IX. 14.) Korm. rendelet alapján 2012 novemberétől a bejelentkezett biztosítottak után járó díjazást (kártyapénz) 14 százalékkal megemelték. Az emelés alapján ettől az időponttól követően egy praxis átlagosan havi 70-80 ezer forint többletbevételben részesül. Az utóbb említett két intézkedés éves hatása mintegy 3,8 milliárd forint, illetve 5,8 milliárd forint.

A miniszter végül kiemelte, hogy a példaként említett intézkedések is érzékeltetik, hogy a Kormány figyelembe véve a gazdaság helyzetét, szem előtt tartja az alapellátás, ezen belül a háziiorvosi ellátás helyzetének erősítését.

III. A vizsgálat megállapításai

A hatáskör tekintetében

Az alapvető jogok biztosának feladat- és hatáskörét, valamint az ennek ellátásához szükséges vizsgálati jogosultságokat az alapvető jogok biztosáról szóló 2011. évi CXI. törvény (Ajbt.) határozza meg.

Az Ajbt. 18. § (2) bekezdésének *a)* pontja meghatározza a közszolgáltatást végző szerv fogalmát. E szerint ennek minősül – függetlenül attól, hogy milyen szervezeti formában működik – minden az állami vagy önkormányzati feladatot ellátó, illetve e feladat ellátásában közreműködő szerv. Az Ajbt. 18. § (2) bekezdésével összhangban az ombudsmani gyakorlat egyértelműen a közszolgáltatást végző szervek fogalomkörébe tartozónak tekinti az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézményeket, továbbá az egészségügyi szakigazgatási szerveket, amelyekre az ombudsman vizsgálati jogosultsága – az Ajbt. hatásköri szabályai értelmében – értelemszerűen kiterjed. Mindemellett, a tudomány szabadságát tiszteletben tartva orvosszakmai kérdésekben az ombudsman eddig sem, és ezt követően sem foglal állást.

Az Ajbt. 18. § (4) lehetővé teszi a természetes személyek pontosan meg nem határozható,

nagyobb csoportját érintő visszásság hivatalból történő kivizsgálásának lehetőségét. Álláspontom szerint az orvosi alapellátás a természetes személyek pontosan meg nem határozható nagyobb csoportját, végső soron az egészségügyi alapellátásban résztvevőket és abban részesülőket mind érinti.

Az Ajbt. 2. § (2) bekezdésében biztosított jogkörében eljárva az alapvető jogok biztosa akkor is javaslatot tehet az alapvető jogokat érintő jogszabályok módosítására, megalkotására, ha nem állapított meg azokkal összefüggésben visszás hatósági jogalkalmazást.

Az alapvető jogok tekintetében

Az Alaptörvény 37. § (4) bekezdése értelmében, mindaddig, amíg az államadósság a teljes hazai össztermék felét meghaladja, az Alkotmánybíróság a központi költségvetésről, a központi költségvetés végrehajtásáról, a központi adónemekről, az illetékekről és járulékokról, a vámokról, valamint a helyi adók központi feltételeiről szóló törvények Alaptörvénnyel való összhangját kizárólag az élethez és az emberi méltósághoz való joggal, a személyes adatok védelméhez való joggal, a gondolat, a lelkiismeret és a vallás szabadságához való joggal vagy a magyar állampolgársághoz kapcsolódó jogokkal összefüggésben vizsgálhatja felül, és ezek sérelme miatt semmisítheti meg. Az Alkotmánybíróság korábbi gyakorlata alapján amennyiben az indítványozó által vizsgálni kért alkotmányossági probléma csak a Költségvetési Törvény szabályaival együttesen értelmezhető³, akkor annak vizsgálata során alkalmazandó a fenti szűkítés. Mindezek miatt a kifogásolt jogszabályok alkotmányossági vizsgálata önmagában nem, csak a Költségvetési Törvény szabályaival együtt végezhető el. Tekintettel arra, hogy a beadványban jelzett problémák nem állnak összefüggésben a fenti, az Alaptörvény 37. § (4) bekezdésében kiemelt alapjogokkal, alkotmánybírósági indítvány benyújtására nem volt lehetőség.

A beadványozó által megjelölt alaptörvényi rendelkezések nem tartoznak a klasszikus alapjogok körébe. A beadványban megjelölt problémák alapjogi vetülete is további kérdések tisztázását vetette fel, ezért hagyományos ombudsmani vizsgálat keretein belül tekintetem át, azok társadalmi és alapjogi hatásait.

Az alapvető jogok biztosa egy adott társadalmi probléma mögött álló összefüggés-rendszer feltárása során autonóm, objektív és neutrális módon, kizárólag alapjogi érvek felsorakoztatásával és összevetésével tesz eleget mandátumának. Az ombudsmani intézmény megalakulása óta az állampolgári jogok országgyűlési biztosa következetesen, zsinórmértékként támaszkodott az Alkotmánybíróság alapvető jogállami garanciákkal és az alapjogok tartalmával kapcsolatos elvi megállapításaira, valamint – az ombudsmani jogvédelem speciális vonásainak megfelelően – alkalmazta az alapjog-korlátozás alkotmányosságát megítélni hivatott egyes alapjogi tesztek.

Magyarország Alaptörvényének és az alapvető jogok biztosáról szóló 2011. évi CXI. törvény hatályba lépésével az alapvető jogok biztosaként is követtem a fenti gyakorlatot. Az Alkotmánybíróság pedig a 22/2012. (V. 11.) AB határozatában arra mutatott rá, hogy „*az előző Alkotmány és az Alaptörvény egyes rendelkezései tartalmi egyezősége esetén éppen nem a korábbi alkotmánybírósági döntésben megjelenő jogelvek átvételét, hanem azok figyelmen kívül hagyását kell indokolni*”, így eljárásom során irányadónak tekintem a testület eddigi megállapításait.

Az Alaptörvény M. cikke, mely szerint Magyarország gazdasága az értékteremtő munkán és a vállalkozás szabadságán alapszik, illetve mely szerint Magyarország biztosítja a tisztességes gazdasági verseny feltételeit, fellép az erőfölénnyel való visszaéléssel szemben és védi a fogyasztók jogait, már nem tartalmazza a korábban az Alkotmányban megfogalmazott piaccgazdaság fogalmát és annak védelmét, sem a tulajdonformák egyenlőségét. Mindemellert az

alkotmánybírósági értelmezésben a piacgazdaság államcélnek minősül, amelyhez senkinek sincs kifejezett alkotmányos joga. Az Alkotmánybíróság ugyanakkor ezen államcélból vezette le lényeges elemként a szerződési szabadságot, amelyet alkotmányos jognak minősített. Ez az alkotmányos jog azonban nem alanyi jogi jellegű, tehát lényeges tartalmában is korlátozható⁴, ha a korlátozás alkotmányosan indokolt, azaz nem önkényes, nem indokolatlan⁵.

Az Alaptörvény XXII. cikke államcélként rögzíti a közszolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítását is. Az Alkotmánybíróság következetes gyakorlata alapján az államcél megfogalmazó alkotmányi, illetve alaptörvényi rendelkezések alapjogként nem értelmezhetők, azokra alapozva csak kivételes esetekben állapítható meg alaptörvény-ellenesség, így különösen akkor, ha valamely jogszabályi rendelkezés az államcél megvalósulását veszélyeztetné. Az Alaptörvény XXII. cikk sérelme csak abban az esetben lenne megállapítható, ha valamely jogszabály például az ország egyes területein teljes egészében kizárná a közszolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetőségét.

Az Alkotmánybíróság az 56/1995. (IX. 15.) AB határozatában már rámutatott arra, hogy a társadalombiztosítási rendszer kialakítását, illetve annak megváltoztatását alkotmányosan indokolják a társadalombiztosítási jogviszony sajátosságai, maga a korszerűsítési tendencia, a rendszer működőképességének a fenntartása, az elosztás arányosabbá tétele. A korábbi Alkotmány 70/D. § (2) bekezdésében foglalt rendelkezés az Alkotmánybíróság értelmezésében csupán azt az alkotmányos követelményt jelenti, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez, az állam és a társadalom lehetőségeihez igazodva az állam teremtsen olyan gazdasági és jogi környezetet, amely megfelel a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészség biztosítására irányuló kötelezettségnek (ABH 1995, 261, 270.).

Az Alaptörvény XX cikk (1) bekezdése ugyanis kimondja, hogy mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez, a (2) bekezdés pedig azt részletezi, hogy e jog érvényesülését Magyarország többek között az egészségügyi ellátás megszervezésével is elősegíti.

Az ügy érdeme tekintetében

Az Ebtv. 83. § (2) bekezdésének a) pontja felhatalmazza a kormányt a finanszírozási szerződések megkötésére, tartalmának, valamint az egészségügyi szolgáltatások finanszírozására vonatkozó szabályok meghatározására. Mivel az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2012. évi CCXII. törvény 34. § (1) bekezdése módosította az Ebtv. 83. § (2) bekezdés a) pontját, a megkeresett szervek válaszaiban szereplő szabály helyébe a következő rendelkezés lépett 2013. január elsejétől: Felhatalmazást kap a Kormány a finanszírozási szerződések megkötésére és tartalmára, valamint az egészségügyi szolgáltatások finanszírozására és az Egészségbiztosítási Alapból folyósított pénzeszközök felhasználásának pénzügyi ellenőrzésére, továbbá a kifizetéshez szükséges jóváhagyás esetköreire, jogcímeire vonatkozó szabályok meghatározására. Ennek értelmében tehát már nemcsak a finanszírozásra fordítható keretösszeg meghatározása, hanem a finanszírozási szerződés megkötése is elsődlegesen a kormány feladata.

A Semmelweis Terv szerint „A közfinanszírozott állami egészségügyi rendszer alapköve az alapellátás. Az alapellátás teszi ki az orvos-beteg találkozások legnagyobb arányát, s emellett itt jelenik meg nyomatékosan a „megelőzés – gyógyítás – gondozás triászának” mindhárom eleme. Alapellátáson értjük a háziorvosi-házi gyermekorvosi ellátás mellett a fogászati alapellátást, a védőnői hálózatot, illetve az iskolaorvosi ellátást is (a munkaegészségügy helyzetének és szerepének újraértelmezése látszik szükségesnek). Az alapellátási szint képes leginkább elvégezni azokat a szűrővizsgálatokat és egészségügyi állapotfelméréseket, amelyek a népegészségügyi mutatók szempontjából elengedhetetlenek. A jelenlegi forráshiányos

környezetben a szakmai szempontok mellett stratégiai jelentőségű, hogy a költséghatékonyság és a lakosság közeli definitív ellátás ösztönzését figyelembe véve, a szubszidiaritás elve prioritást kapjon. Mindehhez az alapellátó egységek ellátó kapacitását a szükséges eszközökkel (forrásteremtés, finanszírozás, szervezet/emberi erőforrás, jogi szabályozás, egészség-magatartás) bővíteni kell.”⁶

A házi orvosok (házi orvosi és fogászati alapellátás), házi gyermekorvosok és ügyeletek díjazására költhető teljes összeget az aktuális költségvetési törvény tartalmazza, amely definiálja, hogy az Egészségbiztosítási Alapból mekkora összeg költhető e célra. A költségvetésének tervezésében jelenleg az OEP, az NGM és az EMMI vesznek részt. Az Egészségbiztosítási Alapra vonatkozó rendelkezések alapján az emberi erőforrások minisztere határozza meg a házi orvosok díjazásának alapjául szolgáló fix díj és Ft/pont díj nagyságát. Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának részletes szabályait kormányrendelet tartalmazza. Megállapítható tehát, hogy a finanszírozási szerződés részleteinek kidolgozása, tartalmának és egyes lényeges tartalmi elemeinek (díjazás) meghatározása a mindenkori kormány feladata. Mindemelllett, mivel az egészségügyi ellátás megszervezése és működtetése az állam és az önkormányzatok feladata, ésszerűnek tűnik, hogy a szervezeti kereteket ők határozzák meg.

A nemzetgazdasági miniszter válaszában szereplő érvelés, miszerint a szerződési szabadság elve alapján bármely házi orvos megteheti azt is, hogy nem köt az OEP-pel finanszírozási szerződést – annak ellenére, hogy tényyszerűségében a valóságnak megfelel – a problémát előidéző, a jogviszonyban szereplő felek közötti nézetkülönbségét fenntartó helyzet állandósításához vezet. A kormánynak ugyanis nemcsak célja, hanem kötelezettsége is⁷, hogy az egészségügyi ellátást megszervezze, működtesse, és ebben együttműködjön az egészségügyi ellátásban résztvevő szakszeméllyel, jelen esetben az alapellátást nyújtókkal.

Az orvosi képzésre fordított humán- és reáltőke befektetését követően a kedvezőtlen, illetve elégedetlenségre okot adó finanszírozási megoldást illető kritikára és kifogásokra nehezen fogadható el az a kormányzati válasz, hogy az orvosnak nem kötelező praktizálnia, azaz szerződést sem kell kötnie, illetve a megkötött szerződést bármikor felbonthatja. Hosszú távon a feleknek be kell látniuk, hogy nem elsősorban annak van meghatározó jelentősége e speciális szerződési viszonyban, hogy egymásnak ki vannak szolgáltatva (az orvos nem tud működni a finanszírozás nélkül, az állam pedig nem tudja ellátni kötelező feladatát az orvos közreműködése nélkül), hanem annak, hogy az egészségügyi ellátás megszervezésében, finanszírozásában és nyújtásában együttműködjenek.

A szolgáltatásnyújtási kötelezettséget eredményező finanszírozási szerződés nem egy, a polgári törvénykönyv általános szabályai és elvei alapján megítélhető magánjogi szerződés, hanem jellegénél, céljánál és tartalmánál fogva speciális szerződésként kell értékelnünk, mint ahogyan az egészségügyi alapellátás nyújtását sem tekinthetjük egy önmagában, kvázi vállalkozóként nyújtott szolgáltatásnak. A rendszert komplex egészként kell szemlélnünk, így nem kategorizálhatjuk a benne lévő jogviszonyokat tisztán csak a polgári jog, vagy az alkotmányjog körébe tartozó jogviszonyokként. Mindezek alapján álláspontom szerint nem nevezhető uzsorás szerződésnek a finanszírozási szerződés, a szó civiljogi értelmében semmiképp, hiszen – ahogyan az több megkeresett szerv válaszában szerepelt – a felek ezt előre meghatározott, nyilvánosan hozzáférhető, jogszabályokban meghatározott feltételek szerint kötik meg. A szerződés megkötését az egészségügyi szolgáltató kezdeményezi, és vélhetően tisztában van azzal, hogy a szerződés megkötését követően annak milyen hatása lesz gazdasági helyzetére.

Az általános szerződési feltételeket, annak elemeit jogszabály határozza meg. Ugyanakkor önmagában az a tény, hogy egy szerződés kötelező tartalmi elemét vagy elemeit jogszabály határozza meg, még nem teszi eleve kizárttá, hogy a jogszabályban meghatározott

feltételek törvénysértőek, alaptörvénybe, más törvénybe vagy jó erkölcsbe ütközőek lehetnének. E szerződések jogellenes tartalmát ombudsmanként nem állapíthatom meg, azonban felvetnek más, a szerződési jog területén kívül eső problémákat.

Az egészségügyi szolgáltatás az Eütv. 3. § e) pontjában meghatározott tevékenység, azaz részben vagy egészben az államháztartás terhére finanszírozott egészségügyi szolgáltatás. Az Eütv. 3. § e) pontja értelmében egészségügyi szolgáltatás az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul. Egészségügyi szolgáltatás nyújtására – ha törvény másként nem rendelkezik – működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató jogosult. Az egyéni egészségügyi vállalkozó, érvényes és hatályos működési engedély és felelősségbiztosítási szerződés birtokában, a saját nevében és kockázatára nyújtja a működési engedélyében meghatározott egészségügyi szakmákhoz tartozó szolgáltatásokat.

Nem értek egyet a nemzetgazdasági miniszter álláspontjával, mely szerint azért, mert az Alaptörvény XXII. cikkével megegyező rendelkezést a korábbi Alkotmány nem tartalmazott, és mivel így ezen alaptörvényi rendelkezés vonatkozásában alkotmánybíróági gyakorlat nem hivatkozható, az Alaptörvény alkalmazása szempontjából az egészségügyi szolgáltatások nem minősülnek közszolgáltatásnak. Az egészségügyi szolgáltatások közszolgáltatási jellegét az évtizedes, kimunkált alkotmánybíróági és ombudsmani gyakorlat igazolja és erősíti meg. De ezt támasztják alá az egészségügyi ellátórendszerre vonatkozó speciális szabályok, illetve az egészségügyi ellátás működtetésének nagyobb részben állam által kézben tartott biztosítási, illetve redisztributív jellege is.

Az alapellátó orvosok kötelezően vállalkozási formában, az alapellátást közszolgáltatás jelleggel, az adott területen (körzetben) élő biztosítottak számára ingyenesen, folyamatosan biztosítják. A feltártak szerint azonban valóban nincs konkrét szabályozás, amely garantálná, hogy a folyamatos, területi ellátási kötelezettséggel biztosított alapellátás *valós* ellenértékét a házi orvosnak állami forrásból megtérítsék. A házi orvosok szolgáltatásukért vállalkozói díjban részesülnek az Egészségbiztosítási Alapból, mely folyósítására finanszírozási szerződést kötnek. A finanszírozási szerződés szerint a díjazást kormányrendeletben határozzák meg. Az Állami Számvevőszék 2011. évi jelentése alapján⁸ a valós ráfordítások számbavétele nem történt meg. Vélhetően tehát a megállapított díjazás független az alapellátás folyamatos biztosításához szükséges ráfordításoktól.

A helyi önkormányzatokról szóló 1990.évi LXV. törvény az önkormányzatok kötelezően ellátandó feladatai közé sorolja az egészségügyi alapellátás biztosítását. Az Eütv. szerint a települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás körében gondoskodik a házi orvosi, házi gyermekorvosi, a fogászati alapellátásról, az ezekhez kapcsolódó ügyeleti ellátásról, a védőnői és az iskola-egészségügyi szolgálatról. A 2011-ben módosított önkormányzati törvény az önkormányzatok alapellátással kapcsolatos általánosan megfogalmazott feladatait nem módosította, és nem fejtette ki részletesebben azt sem a korábbinál, hogy a helyi önkormányzatoknak tételesen milyen kötelezettségei vannak, ill. milyen anyagi forrásokat kell biztosítaniuk az alapellátás feladatát átvállaló házi orvosoknak. Ahogyan az a Semmelweis Terv G./2. pontjában is szerepel, „a települési önkormányzat törvényi kötelezettsége, hogy gondoskodik a településen lakók alapellátásáról. Ennek keretében kijelöli az ellátási körzetek

határait és egyben gondoskodik a körzet lakosait ellátó háziiorvosi szolgálat működtetéséről, illetve működőképességének fenntartásáról. [...] Nincs pontosan rögzítve, hogy a működéshez szükséges feltételek közül melyiket kell az egészségbiztosítótól származó finanszírozásból kigazdálkodni, illetve melyiket kell az önkormányzatoknak fedezni. Ennek megfelelően jelentős eltérések mutatkoznak abban, hogy az adott önkormányzat mit gondol saját feladatának, és milyen terheket ró a háziiorvosi praxisokra”. Tehát az önkormányzatok számára az alapellátás biztosításának kötelezettségét ugyan az Ötv. előírja, de a feladat teljesítése semmilyen módon nem kényszeríthető ki.

Összességében, egyik jogszabály sem rögzíti, hogy milyen típusú és mekkora forrást kell az önkormányzatoknak a feladatot átvállaló háziorvos számára biztosítani. Ebből következően megállapítható, hogy kötelező módon az alapellátást gyakorlatilag csak az Egészségbiztosítási Alap finanszírozza, kötelező önkormányzati vállalások nincsenek a feladat ellátásához hozzárendelve, illetve azok nem kikényszeríthetőek.

A háziorvos a jelenlegi szabályozás szerint a felelősség, a folyamatos szolgáltatási kötelezettség és adózás szempontjából vállalkozó, míg finanszírozása állami tulajdonú, önálló működésű és gazdálkodású közintézmény finanszírozására hasonlít inkább. A feladatvégzés és finanszírozás vegyes jellegét mutatja az is, hogy a vállalkozó még sincs teljesen kiszolgáltatva a piac működésének, bevétele hozzávetőlegesen kalkulálható. A háziiorvosi praxis beveteli forrásai OEP-től származó bevételekből⁹, egyéb jogszabály által meghatározott bevételekből¹⁰ és a munkaidőn túl megszereshető bevételekből¹¹ áll. Az első kategóriába tartozó fix összeg módosulhat bizonyos szorzókkal¹², a teljesítménydíjat a háziorvos által ellátandó lakosok száma és korcsoport szerinti megoszlása, valamint a háziorvos képzettsége határozza meg, amelyet azonban degresszióval csökkentenek, ha a lakosok számából és életkorából képzett pontérték felnőtt körzet esetén egy határértéket meghalad.

Az, hogy a rendelkezésemre bocsátott, a háziorvosok kalkulált bevételeit és kiadásait bemutató számsorok, táblázatok mennyire fedik a valóságot, és tükrözik-e általánosságban az alapellátó orvosok gazdálkodásának fő jellemzőit, nem áll módomban megítélni, annak helytállóságáról dönteni olyan szaktudást igényelne, mely nincs birtokomban. A 2011-es ÁSZ jelentés szerint azonban „[...] a praxisok elismerhető háziiorvosi költségeiről nincsenek megbízható adatok. Ezen kívül a háziorvos valamennyi tevékenységével összefüggő bevételek összessége sem ismert”.

A 2011. évi ÁSZ jelentésből megállapíthatóan, sem az Egészségbiztosítási Alap háziiorvosi szolgáltatásra vonatkozó részének megtervezésekor, sem pedig az Alap háziiorvosi szolgáltatásra fordított részének felhasználása után nem mérték fel vagy ellenőrizték, hogy a finanszírozás elegendő volt-e a célfeladat teljesítésére. Vagyis sem elő-, sem utókalkuláció nem zajlott az alapellátás finanszírozása kapcsán. A kapott tájékoztatás szerint az orvosok érdekképviseleti és érdekvégyesítő szervei csaknem 15 éve folyamatosan jelzik, hogy a háziiorvosi finanszírozás nem fedezi a praxis költségeit. Ennek érdekében számos alkalommal egyeztettek az egészségügyi tárccával, és kidolgozott kalkulációkat is átnyújtottak a praxisok fenntartása során felmerülő költségekről, melyek közül több nyomtatásban, a sajtóban is megjelent. Mindezek alapján joggal feltételezhető, hogy az egészségügyi ágazati irányítás rendelkezik adatokkal a praxisok elismerhető költségeiről.

A kapott tájékoztatás szerint a praxisok elismerhető költségeiről azért nincsenek megbízható adatok, mert noha költségeik felmérését az OEP megkísérelte, az elkülönítési és elszámolási hiányosságok miatt a szakigazgatás álláspontja szerint a háziorvosoktól kapott adatok nem tekinthetők megbízhatóknak, illetve összehasonlíthatóknak.

Kellő szakértelemmel kidolgozott módszertan és adatgyűjtési technika mellett azonban –

álláspontom szerint – a felmérés elvégezhető. Azt pedig, hogy a szolgáltató ráfordításait is figyelembe kell venni a szolgáltatás díjazásakor, az Ebtv. írja elő. *Ha a feladat ellátásához szükséges ráfordításokat az egészségügyi kormányzat nem térképezi fel, és csak maradék elven határozta meg, továbbá ha az alapellátás működtetésének illetően formáját tartja fenn, az az állami közszolgáltatás felmorzsolódásához vezethet, ami önmagában jogbizonytalanságot okoz.*

Az Európai Unió Bizottsága 2005. november 28-án meghozta a 2005/842/EK határozatát az EK. Szerződés 86. cikke (2) bekezdésének az általános gazdasági érdekű szolgáltatások működtetésével megbízott vállalkozásoknak közszolgáltatással járó ellentételezés formájában megítélt állami támogatásokra történő alkalmazásáról. E szerint az általános gazdasági érdekű közszolgáltatások állami ellentételezésének mértéke nem haladhatja meg a közszolgáltatási kötelezettségek biztosításához szükséges költség egy része vagy egésze fedezéséhez szükséges összeget, figyelembe véve a kapcsolódó elismervényeket és az ésszerű nyereséget. Az ellentételezés kiszámításához alapul vett paramétereket objektív és átlátható módon előre kell meghatározni. Az uniós norma szerint „az ellentételezés mértékét azon költségek elemzése alapján kell meghatározni, amelyek fejében egy átlagos, jól vezetett és közlekedési eszközökkel rendelkező vállalkozás biztosította volna e kötelezettségeket.

A praxisok költségei felmérésének elmulasztása tovább nem odázható. Ugyanakkor felmerül az a kérdés is, hogy ha nem voltak eddig sem valós adatok a praxisok tényleges költségeiről, vajon mennyire volt megalapozott finanszírozásuk tervezése.¹³

A magyar egészségügyi alapellátás biztosítása, a fenntarthatóság, folyamatos fejlődés és a területi és szociális különbségek kiegyenlítése csakis a szükséges és a valóban ráfordított költségek egyenlősége esetén biztosítható. Ha a tényleges ráfordítás kisebb, mint a szükséges, akkor a rendszer veszteséges, nyilvánvalóan nem fenntartható, azaz összeomlása valószínűsíthető.

Súlyosbítja a helyzetet, hogy az Ötv. nem határoz meg semmilyen konkrét kötelezettséget azzal kapcsolatban, hogy az önkormányzatok milyen szolgáltatással, önerővel vagy konkrét juttatással járulnak hozzá az egészségügyi alapellátás működtetéséhez, fenntartásához. A kötelezettség kimondása önmagában *lex imperfecta*, konkrét kötelezés hiányában üres szabály.

Mindebből következően megállapítom, hogy a jogbiztonság elvével ellentétes, hogy az egészségügyi alapellátó tevékenység finanszírozása bizonyíthatóan évek óta nem a valós ráfordítások és szükséges összegek figyelembevétele mellett történik. Az állam nem tesz maradéktalanul eleget az intézményvédelmi kötelezettségének, ha a szakmai szervezetek folyamatos jelzéseit figyelmen kívül hagyva elmulasztja a tényleges helyzet feltérképezését, és a rendszer működésének a valóságot lefedő életviszonyokhoz, aktuális állapothoz történő igazítását. Mindez pedig az ellátórendszer működőképességét és fenntarthatóságát közvetlenül veszélyezteti, az állampolgárok testi és lelki egészséghez való jogát pedig közvetve veszélyezteti az, hogy az önkormányzatok jogszabályban rögzített közreműködési kötelezettsége a valóságban kiüresített, tartalmatlan rendelkezés csupán.

Közismert tény az is, hogy a háziorvosi szakterületet választók száma kritikus érték alá csökkent. Az országban 150 betöltetlen körzet van. Számos praxist töltenek be helyettesítéssel, gyermekorvosi praxisok állnak üresen nagyvárosokban, és valós az is, hogy a háziorvosi szakma elöregedett. Míg 1990-ben a 35 év alatti és a 60 év feletti háziorvosok aránya közel azonos volt, addig 2006-ban a 60 év feletti háziorvosok aránya már hatszorosa volt a 35 év alattiaknak, jelenleg pedig 35 év alatti háziorvos alig van a 6735 háziorvos között. 1990 és 2007 között a háziorvosok körében a 60 éven felüliek aránya 10,38%-ról 27,44%-ra nőtt. Várhatóan 1500 háziorvos fogja abbahagyni a praktizálást 5 éven belül. Utánpótlás pedig a jelenlegi feltételek mellett nincs. Az utóbbi tizenkét év tapasztalatai ugyanis azt mutatják, hogy a rendszer

mindössze 1052 háziorvost „termelt ki”. Ugyanakkor külföldön a háziorvosi szakma keresett, a külföldön munkát vállaló orvosok közül a háziorvosok a második helyen állnak. Ma a házi gyermekorvosok átlagos életkora 56 év. A jelenleg praktizáló 1572 gyermekorvos közül csak 8 fő (0,5%) 35 év alatti, 550 fő (több mint egyharmada) 60 év feletti. A 60 év feletti aránya Budapesten még ennél is rosszabb, 45%.

Az alapellátás elodázhatatlan, nemzetközi szinten sürgető átalakításának szükségességét hangsúlyozta a WHO 2008. évi World Health Report-ja is arra ösztönözve valamennyi ország kormányát, hogy egészségügyi reformjának homlokterébe az alapellátás megerősítését helyezze, mely révén a lakosság általános egészségi állapota javítható, az egészségi állapot társadalmi/földrajzi egyenlőtlenségei érdemben mérsékelhetők.

Továbbá, senki által nem vitatott tény, sőt, az alapellátó rendszer működtetésének egyik célja az is, hogy a háziorvosok szerepe erősödjön a nagyobb költségű szakorvosi, kórházi ellátások igénybe vétele előtti szűrő-mechanizmus tekintetében. Köztudomású tény az is, hogy mára a háziorvosi szakma hiányszakma lett. Ennek ellensúlyozására 2012 szeptembere óta úgy változott meg a vonatkozó kormányrendelet, hogy kibővült azon orvosi szakképesítések köre (80 közül 34), amely feljogosítja az orvost arra, hogy praxist vásároljon, és háziorvosként elhelyezkedjen.¹⁴ Ez alapján a repülőorvos, szemész, pszichiáter, sebész vagy klinikai onkológus is betölthet háziorvosi praxist, ha vállalja, hogy idővel megszerzi a háziorvosi szakképesítést.

Álláspontom szerint mindezek megerősítik azt, hogy az egészségügyi kormányzat előtt ismert az alapellátó rendszer utánpótlás-hiánya. *Mindemellett kétséges, hogy az utánpótlás biztosításának e módja valóban megfelel-e az állampolgárok testi és lelki egészséghez való joga, illetve az állam objektív intézményvédelmi kötelezettsége elveinek. Álláspontom szerint nem.*

A beadvány kiegészítésében, illetve a MOK elnökének válaszlevelében hivatkozott, az alapellátó orvosok ügyeleti feladatainak ellátásával és ezek finanszírozásával kapcsolatos panaszt jelen vizsgálatommal nem érintettem, azzal korábban, a háziorvosi alapellátással és praxisjoggal kapcsolatos, AJB 5849/2010 számú jelentésemben foglalkoztam, az ott tett megállapításaimat fenntartom.

Intézkedéseim

A feltárt visszasság jövőbeni orvoslása érdekében az Ajbt. 32. §. (1) bekezdése alapján *felkérem* az emberi erőforrások miniszterét, hogy

- a szakmai, érdekképviseleti szervezetek aktív bevonásával *kezdemenyezze* és folytassa le az alapellátást végző egészségügyi szolgáltatók valós ráfordításainak pontos, szakmailag megalapozott feltérképezését annak érdekében, hogy finanszírozásuk a valós kiadások és bevételek egyenlege mentén legyen biztosított;
- ezzel összefüggésben *intézkedjen* az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról annak érdekében, hogy az alapellátás finanszírozása a valóságos ráfordítások és költségek mentén, az alapellátás hosszú távon való működőképességét megőrző, fejlesztő módon történjen;
- a kormánnyal együttműködve tegyen meg mindent a Semmelweis Tervben rögzített elvek és vállalások mielőbbi megvalósulásának érdekében, és az alapellátást végző háziorvosok egészségpolitikai szerepe hangsúlyosabb, presztízse elismertebb, társadalmi pozíciója vonzóbb legyen.

Az Ajbt. 32. §. (1) bekezdése alapján *felkérem* a közigazgatási és igazságügyi minisztert,

hogy *kezdeményezze* a helyi önkormányzatokról szóló törvény – jelentésében feltárt jelenséget orvosló – módosítását.

Budapest, 2013. január

Prof. Dr. Szabó Máté sk.

Melléklet: Lábjegyzet

- ¹ Ptk. 202. § Ha a szerződő fél a szerződés megkötésekor a másik fél helyzetének kihasználásával feltűnően aránytalan előnyt kötött ki, a szerződés semmis (uzsorás szerződés).
- ² A tagállamok és a közvállalkozások, valamint bizonyos vállalkozások közötti pénzügyi kapcsolatok átláthatóságáról szóló, 2006. november 16-i 2006/11 1/EK irányelv (IHL L 318., 2006. 11. 17.) Az irányelv hazai implementációját „Az államháztartási szervek és közvállalkozások közötti pénzügyi kapcsolatok átláthatóságáról, valamint az egyes vállalkozásokon belüli pénzügyi átláthatóságról” szóló 105/2003. (II. 18.) Korm. rendelet tartalmazza.
- ³ Lásd. 744/B/2010. AB végzés
- ⁴ 13/1990. (VI. 18.) AB határozat
- ⁵ 66/1995. (XI. 24.) AB határozat
- ⁶ Semmelweis Terv G pont 1.
- ⁷ Eütv. preambuluma: ”[...] - attól a meggyőződéstől vezérelve, hogy az egyén egészséghez fűződő érdeke és jólléte elsőbbséget kell élvezzen, továbbá, hogy az orvostudomány fejlődésének eredményeit a jelen és a jövő nemzedékek javára kell felhasználni, - annak tudatában, hogy az egészség az egyén életminőségének és önmegvalósításának alapvető feltétele, amely döntő hatással van a családra, a munkára és ezáltal az egész nemzetre, - tekintettel arra, hogy az egészség fejlesztését, megőrzését és helyreállítását az egészségügy eszköztandszere csak a szociális ellátórendszerrel, valamint a természeti és épített környezet védelmével, illetve a társadalmi és gazdasági környezettel együttesen, továbbá az egészséget támogató társadalmi gyakorlattal és politikával kiegészülve képes szolgálni, [...]”
- ⁸ „Az Egészségbiztosítási Alapban a gyógyító-megelőző ellátások, ezen belül a háziiorvosi ellátás költségvetési előirányzatát a tervezési köriratnak megfelelően az előző év bázisán, szintre hozással, és a fejlesztési többletek figyelembevételével készítették el. A tervezés kialakított rendszerében a költségvetésben javasolt változásokra vonatkozóan készültek számítások, azonban a kassza előirányzatának megállapítását nem alapozták meg hatásvizsgálatok. (A 2011.évi ÁSZ jelentés 53. oldal: „4.1. Háziiorvosi kassza előirányzatának tervezése az E. Alapban)
- ⁹ Ezek: fix díj plusz területi pótlék, teljesítménydíj (degresszióval korrigált fejkvóta), ambuláns ellátás díja, indikátor pontszám alapján számított díj, jogviszony ellenőrzésből származó díj
- ¹⁰ Ezek: térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatások díjai, nem kötelező védőoltás beadásának díja
- ¹¹ Ezek: ügyeleti díj (az OEP és egyes esetekben önkormányzat által finanszírozott, másodállásból származó díjak, kutatásban való részvétel, pályázatok
- ¹² Ezek: 1,1-es szorzóval, ha önálló épületben praktizál és nincs másik E. Alapból finanszírozott tevékenységet folytató szervezet, 1,3-as szorzóval, ha több településen működő rendelőben dolgozik, és 1,5-ös szorzóval, ha kistérségi támogatási alap cél előirányzatából támogatott település, ha a lakosság szám eléri a 800 főt, vagy a leghátrányosabb helyzetű kistérséghez tartozó települések közül kettő vagy több településre terjed ki a körzet és a lakosság szám 800 és 1500 fő között van
- ¹³ A beadványozó kitért az ártörvény egyes kérdéseire is. A hatósági ár meghatározását az árak megállapításáról szóló 1990. évi LXXXVII. törvény (a továbbiakban: Ártörvény) szabályozza. A 8. § (3) szerint minimálisan olyan hatósági árat lehet csak megállapítani, hogy az legalább a hatékonyan működő vállalkozó ráfordításaira fedezetet biztosítson. Ennek megfelelően a hatósági ár megállapításakor legalább a ráfordítások megtérülését biztosítani kell. Beadványozó sérelmezte, hogy a 43/1999. sz. kormányrendelet ráfordítástól független állami normatívát határoz meg a háziiorvos vállalkozó díjazásakor, mivel úgy tekinti, hogy az Ártörvény nem vonatkozik a háziiorvos vállalkozókra. Álláspontom szerint a beadványozó Ártörvénnyel kapcsolatos érvelése hibás, az egészségügyi közszolgáltatás esetében az azt igénybe vevő nem közvetlenül a szolgáltatónak fizet a szolgáltatásért, hanem a beszedés (járulékok, egészségügyi hozzájárulás) és elosztás (szolgáltató finanszírozása, intézményrendszer működtetése) központosított irányítással zajlik. A jelenlegi konstrukció alapján értelmezhetetlen lenne az egyes egészségügyi alapellátási szolgáltatásokra hatósági árat megállapítani, majd azt mintegy utólag „kiszámlázni” a finanszírozó irányába.
- ¹⁴ <http://www.metropol.hu/cikk/944046>