

**A magyar munkabaleset-biztosítási
gyakorlat ráfordításai és közgazdasági
hatékonysága nemzetközi viszonylatban**

DOKTORI (Ph.D.) ÉRTEKEZÉS

KIS RÓBERT

Nyugat-magyarországi Egyetem
Sopron
2012.

**A magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat
ráfordításai és közgazdasági hatékonysága nemzetközi viszonylatban**

Értekezés doktori (PhD) fokozat elnyerése érdekében

Készült a Nyugat-magyarországi Egyetem
Széchenyi István Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola

Közösségi gazdálkodás programja keretében

Írta:
Kis Róbert

Témavezető: Prof. Dr. Dézsy József

.....

Elfogadásra javasolom (igen / nem)

(aláírás)

A jelölt a doktori szigorlaton 97,2 % -ot ért el.

Sopron, 2005. december 7.

.....
a Szigorlati Bizottság elnöke

Az értekezést bírálóként elfogadásra javasolom (igen /nem)

Első bíráló (Dr.) igen /nem

.....

(aláírás)

Második bíráló (Dr.) igen /nem

.....

(aláírás)

A jelölt az értekezés nyilvános vitáján % - ot ért el.

Sopron,

.....
a Bírálóbizottság elnöke

A doktori (PhD) oklevél minősítése.....

.....
Az EDT elnöke

TARTALOMJEGYZÉK:

1	BEVEZETÉS	5
1.1	A KUTATÁS CÉLTERÜLETE	5
1.2	A TÉMAVÁLASZTÁS INDOKA	6
1.3	KUTATÓI HIPOTÉZIS	9
2	KUTATÁS MÓDSZERTANA	11
3	MUNKABALESET-BIZTOSÍTÁS FOGALMA ÉS JOGSZABÁLYI HÁTTÉR	12
3.1	A „MUNKABALESET-BIZTOSÍTÁS” FOGALMA	12
3.2	A ”MUNKABALESET” TÖRVÉNYI FOGALMA	12
4	MUNKABALESET-BIZTOSÍTÁSI RENDSZEREK MŰKÖDÉSE	14
4.1	EGYES MUNKABALESET-BIZTOSÍTÁSI RENDSZEREK BEMUTATÁSA	15
4.1.1	<i>Magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat bemutatása</i>	15
4.1.1.1	Hogyan működik a rendszer?	15
4.1.2	<i>Munkabaleset-biztosítás Ausztriában</i>	22
4.1.3	<i>Munkabaleset-biztosítás múltja és jelene Svájcban</i>	27
5	A MAGYAR MUNKABALESET-BIZTOSÍTÁSI GYAKORLAT KIADÁSAI ÉS RÁFORDÍTÁSAI	30
5.1	ADATKÖRNYEZET, FOGALMAK, FÓKUSZTERÜLET	30
5.1.1	<i>Adatkörnyezet megértése</i>	30
5.1.2	<i>Disszertációban kiadási (kihatási) szintek fogalmai</i>	33
5.1.3	<i>Fókuszterületek</i>	35
5.2	KÖZVETLEN KIADÁSOK.....	36
5.2.1	<i>Kétféle megközelítés a számításokban</i>	36
5.2.2	<i>Alkalmazott módszertan bemutatása</i>	37
5.2.2.1	„Tárgyévi” szemléletben történő adatalkotás módszertana	38
5.2.2.2	„Új balesetek” szemléletben történő adatalkotás módszertana	57
5.2.3	<i>„Tárgyévi” szempontú megközelítés szerinti kiadások</i>	60
5.2.3.1	„Tárgyévi” szemléletű kiadások elemzése.....	68
5.2.4	<i>„Új balesetek” szemléletű megközelítés szerinti kiadások</i>	85
5.2.4.1	„Új balesetek” szemléletű kiadások elemzése.....	90
5.3	HASZNÁLDOZAT-KÖLTSÉG	95
5.4	TELJES NEMZETGAZDASÁGI TEHER: KÖZVETLEN KIADÁSOK ÉS HASZNÁLDOZAT-KÖLTSÉG EGYÜTT.....	106
6	NEMZETKÖZI ÖSSZEHASONLÍTÁS	109
6.1	MUNKABALESETEK SZÁMA KÖZTI KÜLÖNBSÉGEK	110
6.2	MUNKABALESETEK KIADÁSAI KÖZTI KÜLÖNBSÉGEK.....	111
6.2.1	<i>Munkabalesetek összkiadásai közti különbségek</i>	112
6.2.2	<i>Egy esetre jutó átlagos kiadás közti különbség</i>	113
6.3	A MUNKABALESET-BIZTOSÍTÁSI RENDSZEREK MEGKÖZELÍTÉSE KÖZTI KÜLÖNBSÉG	114
6.4	MUNKABALESET-BIZTOSÍTÁSI RENDSZEREK HATÉKONYSÁGA	115
6.5	KÖZÖS TENDENCIÁK	117
7	KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK	119
7.1	A MAGYAR MUNKABALESET-BIZTOSÍTÁSI GYAKORLAT SZÁMOKBAN	119
7.2	KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK	120
7.2.1	<i>Kiindulási viszonyok</i>	121
7.2.2	<i>A tényszerű javaslat</i>	122
7.2.3	<i>Lépések egy önálló munkabaleset-biztosítási ágazat megteremtéséhez</i>	125
8	ÖSSZEFOGLALÁS – SUMMARY	133
8.1	ÖSSZEFOGLALÓ	133
8.2	SUMMARY IN ENGLISH	139

9	MELLÉKLETEK.....	145
9.1	IRODALOMJEGYZÉK	146
9.1.1	<i>Irodalomjegyzék hivatkozási számok sorrendjében</i>	<i>146</i>
9.1.2	<i>Irodalomjegyzék betűrendben szerzők (források) szerint.....</i>	<i>153</i>
9.1.2.1	Szerzők és műveik	153
9.1.2.2	Törvények, jogszabályok, politikai anyagok.....	158
9.2	TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	159
9.3	ÁBRAJEGYZÉK	160
9.4	RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE	161
9.5	DOLGOZATBAN LEHIVATKOZOTT KIEGÉSZÍTŐ INFORMÁCIÓK	163
9.5.1	<i>Munkabaleset-biztosítás múltja Európában és hazánkban.....</i>	<i>163</i>
9.5.1.1	Európai előzmények	163
9.5.1.2	A munkabaleset-biztosítás múltja hazánkban	164
9.5.1.3	A magyar munkabaleset-biztosítás jogtörténete.....	165
9.5.2	<i>Munkabaleset-biztosítás jogszabályi háttere Magyarországon</i>	<i>167</i>
9.5.3	<i>Munkáltatók legfontosabb kötelezettségei és jogai</i>	<i>171</i>
9.5.4	<i>Munkabaleset-biztosítás Németországban, Finnországban és Svédországban</i>	<i>177</i>
9.5.4.1	Munkabaleset-biztosítás Németországban	177
9.5.4.2	Munkabaleset-biztosítás Finnországban	179
9.5.4.3	Munkabaleset-biztosítás Svédországban	180
9.5.5	<i>Balesetek lélektana, kiváltó okok, kockázati tényezők.....</i>	<i>181</i>
9.5.5.1	Balesetek lélektana, kiváltó okok	181
9.5.5.2	Iparági kockázati jellemzők	184
9.5.6	<i>A magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat hiányosságai</i>	<i>191</i>
10	KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	196
11	JOGI NYILATKOZAT	199

1 BEVEZETÉS

1.1 A kutatás célterülete

A disszertáció a magyar munkabaleset-biztosítás egészségügyi és baleseti ellátásokra fordított tényleges kiadásainak összegzésével, valamint az egyén és a nemzetgazdaság szintjén további járulékos kiadásokban, vagy elmaradt bevételekben jelentkező veszteségeinek számszerűsítésével foglalkozik. **A magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat kiadásait, lényeges, jellemző statisztikai mutatószámait** nemzetközi viszonylatban¹ is összehasonlítja és következtetéseket von le. A disszertáció – kutatási eredményeinek gyakorlati alkalmazhatóságát elősegítendő – javaslatokat fogalmaz meg a magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat hatékonyságot és minőségi növekedést lehetővé tevő intézkedéseire, alternatív megoldásokra.

Rendkívül fontos, hogy **a kutatás kizárólag a munkabalesetekre (és foglalkozási megbetegedésekre) koncentrál**. Munkabaleset az a baleset, amely a munkavállalót szervezett munkavégzés során vagy azzal összefüggésben éri, annak helyétől és időpontjától és a munkavállaló (sérült) közrehatásának mértékétől függetlenül. [9.] **Szabadidős, illetve közúti balesetek nem képezik tárgyát a kutatómunkának**, melynek indoka az, hogy:

- a munkabaleset fogalma szinte szabványszerűen megegyezik minden európai országban, mely a szükséges esetekben lehetővé teszi a könnyebb, egyértelműbb összehasonlítást,
- a nem munkabalesetek kezelése, értelmezése rendkívül eltérő gyakorlatot tükröz nemzetközi viszonylatban is, valamint az adatgyűjtés a BNO kódokkal² teljesítmény alapján finanszírozott egészségügyi rendszerekből igen nehéz,
- az ok-okozati összefüggés a munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések esetén a leginkább szignifikáns, így a prevenciónak és egyéb intézkedéseknek ezen a területen lehet leginkább modellezni bármilyen hatását.

¹ Nemzetközi viszonylat a kutatómunka terjedelmi korlátai miatt itt elsősorban az európai uniós Ausztria, valamint a semleges Svájc gyakorlatával történő összehasonlítást jelent. Esetenként azonban, ahol jelentős hozzáadott értékkel bír, más országok gyakorlata vagy adata is bemutatásra kerül.

² „BNO – beavatkozások nemzetközi osztályozása” a teljesítmény alapján utólagos elszámolási rendben finanszírozott egészségügyi rendszerekben elterjedt nemzetközi kódrendszer hazai rövidített megnevezése. A kódrendszerben minden egyes egészségügyi szolgáltatás külön beazonosítható, így elszámolásra meghatározott díjtáblázattal összerendelve alkalmas.

1.2 A témaválasztás indoka

A rendszerváltás óta eltelt időszakban minden kormányon lévő politikai erő foglalkozott az egészségügyi reform gondolatával és ennek érdekében lépéseket is tett. A demokrácia politikai váltógazdaságában rövid ciklusok miatt hatásukat tekintve a csak hosszútávon megtérülő egészségpolitikai reformok nem tudtak sem kellő szinten érvényre jutni, sem teljes egészében megvalósulni. [10.] Minden politikai erő reformokkal kapcsolatos gondolkodását lényegében a(z):

- egészségügyi ellátások színvonalának emelése, az
- ellátásokhoz történő igazságosabb és egyenlőbb hozzáférés esélye és a
- fenntartható finanszírozás vezérelte más-más arányban.

Miközben a kormányzó erők koncepcionálisan eltérő értékrendek mentén dolgozták ki programjaikat, meglepő módon a több biztosítós modell gondolata – ugyan más-más értelmezésben, de ideig-óráig – mindegyik politikai erő programjában szerepelt. Az egészségügyi reform témája rendkívüli aktualitással bír világ szerte. Magyarországon a téma különösen aktuális, tekintettel arra, hogy a rendszerváltást követően a demográfiai³ adatok folyamatosan, a népegészségügyi⁴ adataink a 90-es években jelentősen, majd 2005-ig lassuló mértékben romlottak, lényegében ma (2012) is stagnál, illetve kismértékben romlik. Csupán néhány területen jelentkezik minimálisan javuló tendencia – ami azért a lassuló romlással együtt bizakodása ad okot. Ezalatt az egészségügy finanszírozásában a gazdasági hatékonyság előmozdításának jogcímén egyre csökkenő reálértékű finanszírozás érvényesül. [3.]

Érdekes például, hogy a 2006-ban napvilágot látott egészségügyi reformkonceptió (kormányprogram) „több egészség” fejezetében helyesen felismerve a népegészségügyi vezető problémákat azok jobbítására koncentrált, ellenben nem nevezi meg konkrétan a többletfeladatok megvalósításához szükséges tökeigény forrását. Sőt, egy korábbi fejezetben azt írja, hogy:

„Az elkövetkező négy évben átfogóan megújítjuk az egészségügyet. A magán és közfelölősség tisztázásával, a szolgáltatási csomagok meghatározásával, a versenyt és a szolidaritást egyaránt érvényesítő keretek megteremtésével 2007 végéig létrehozuk a biztosítási alapon

³ Rendkívül kedvezőtlen tendencia, hogy a magyar népesség nemcsak fogy, de átlagos életkorát tekintve öregszi is. [1.] A népesség „előregedése” egyébként egész Európát jellemző folyamat.

⁴ Jellemző adatként megemlíthető, hogy a pl.: hospitalizáció (100 főre jutó aktív kórházi felvételek) mértéke Magyarországon 22,5% szemben az EU átlag 16,5%-kal. Az 1000 lakosra jutó műtétek számában hazánk szintén élen jár az európai országok között. [2.]

működő egészségügy szabályozási, intézményi, pénzügyi, működési, felügyeleti és garanciális feltételeit. Ezek a változások egyben erkölcsi megújulást is kell, hogy jelentsenek, ami elvezet a hálapénz, a korrupció megszüntetéséhez is. A szervezett és szabályozott piac feltételeinek kialakítását követően a tapasztalatok birtokában dönt a kormány az egészségbiztosítási piac több biztosító felé történő megnyitásáról.” [6.]

Mint tudjuk ez nem valósult meg. És nem az egyetlen kormányprogram, amely bármilyen oknál fogva nem kerülhetett a megvalósított elképzelések sorába. Minden esetre maga a kormányokon keresztül ívelő célkitűzés, a reformkoncepció lényege azt jelenti, hogy a több éve megkezdődött, már-már tendenciózusnak mondható állami szerepvállalás folyamatos csökkenése jelenik meg az egészségügy finanszírozási, fejlesztési és fenntartási igényének előteremtésében, mely:

- az egészségügyi ellátórendszer kapacitásainak csökkenését illetve átalakulását és az ellátások állami reálf finanszírozásának egyidejű csökkentését, [4.]
- a biztosítottak vizitdíj fizetési kötelezettséggel [5.] kezdődő, egyre növekvő magán hozzájárulását (forrásbevonást) jelenti,

majd elképzelések szerint egy szabályozott verseny alapú több biztosítós modellben érne véget. [6.] Ez a lényegi elképzelés szinte minden politikai erő programjában kisebb-agy nagyobb eltérésekkel eleddig szerepelt, kivételt képez ez alól talán a második Orbán-Kormány, melynek azonban Széll Kálmán Terve – melyről dolgozatomban még lesz szó – innen, 2012-ből tekintve nagy erővel megvalósulni látszik.

Kétségtelen tény, hogy az egészségügyi reformok számos elemét még a kormányon belül is vita övezi, de a fenntartható finanszírozás alapvetéseiben az egyetértés már szélesebb körű. Ez szerint egy igényekhez alkalmazkodó, optimálisan teljesítő egészségügyi ellátórendszer kialakítását (röviden: az egészségügyi reformot) az állam egymaga

- csökkenő járulékfizetőivel és
- egyre elöregedő népességével, valamint a
- kiadási igényt exponenciálisan növelő orvostechológia-fejlődéssel [7.] a háttérben,
- változatlan struktúrában és
- változatlan finanszírozásba rejtett ösztönzőkkel,
- forrásbevonás, és az egyéni szerepvállalás fokozása, de ugyanakkor az ellátási színvonal bizonyos szint feletti differenciálása nélkül megoldani nem tudja.

A munkabaleset-biztosítás kutatásának indoka és időszerűsége ezen a logikai vonalon kapcsolódik be. A munkabaleset-biztosítás mind a(z)

- ide vonatkozó ellátások megszervezését,
- lehetséges és a tényleges finanszírozás technikai lehetőségeit, valamint
- biztosítottak egyéni felelősségét és az általuk vállalt kockázattal arányos felelősségvállalás megállapításának lehetőségét

tekintve markánsan elkülönül az egészségügyi ellátás egyéb területeitől. Ha úgy tetszik, a munkabaleset-biztosítás egymaga beillik „többedik biztosítónak”⁵ akár egy 100%-ban államilag szervezett több biztosítós modellbe⁶, és arra is alkalmas, hogy védhető indokokkal pótlólagos forrásbevonást⁷, vagy szabályozó mechanizmuson keresztül kiadás elmaradást érjen el a szakterület számára.⁸

A kutatás újdonságát, egyben legfőbb értékét az adja, hogy Magyarországon a rendszerváltás óta először és egyedülállóan számszerűsíti a munkabaleset-biztosítási ellátásokra ténylegesen fordított állami kiadásokat, és olyan nemzetgazdaságra nehezedő terheket, melyek a balesetekkel összefüggésben jelentenek közvetlen kiadásokat, vagy más mechanizmusok érvényesülése révén az állam számára bevétel elmaradásként, az ország számára pedig fogyasztás-csökkenésként jelentkeznek.

A kutatómunka tudományos értékét növeli a nemzetközi kitekintés, illetve a lehetőségek, konzekvenciák elemzése. A kutatási munka legfőbb tudományos értéke azonban az alkalmazott módszertanban keresendő, mely elsősorban primer adatfeldolgozást jelent statisztikai módszerekkel. Ehhez illeszkedik a disszertáció további – gyakorlati – felhasználásában rejlő lehetőség, mely a kutatási terület megválasztására vonatkozó döntést meghatározóan befolyásolta.

⁵ Az Európai Unió több tagországában a balesetbiztosítást az egészségügyhöz tartozóan, de annak külön részeként kezelik. Érdekes figyelmet fordítani az EU országaiban alkalmazott gyakorlatokra is, hiszen Magyarország számára a nyugati európai országokhoz való felzárkózást nemcsak anyagi értelemben, de az egészség területén is célul kell kitűzni.

⁶ A több biztosítós modell már akkor is megvalósul, ha csupán 2 biztosító tevékenykedik az országban, melyben a második biztosító – akár osztrák mintára – a balesetbiztosító kiválásával valósul meg. Erről a modell elképzelésről a disszertáció 7.2.3. fejezete ír.

⁷ A munkabalesetekkel kapcsolatos, vétkes munkáltatók által történő költségmegtérítést a magyar balesetbiztosítás jelenleg is ismeri, erről későbbiekben lesz szó.

⁸ A balesetek esetében a balesetet okozó, vagy az egyén felelőssége, a többi egészségügyi problémához viszonyítva sokkal inkább egyértelműbben és közvetlenebbül megállapítható. A kockázat ténye prevencióval vagy a munkabiztonság növelésével csökkenthető.

1.3 Kutatói hipotézis

A munkabaleset-biztosítás célja leginkább:

- a biztonságos munkahely megteremtése,
- a balesetet szenvedett egyén visszaintegrálása a társadalomba és a munka világába, valamint
- a jó értelemben vett „nyugdíjas évek” minél távolabbi kitolása (minél hosszabb ideig tartó aktív élet lehetővé tétele) a balesetet szenvedett egyén esetében.

Kutatói hipotézis felállítását megelőzően természetesen felvetődtek a következő kérdések:

- Mennyibe kerül az üzemi balesetek és foglalkozási megbetegedések ellátása, kezelése Magyarországon?
- Mik ennek a legfőbb kiadási tényezői és hogyan függenek össze egymással?
- Hogyan lehet értelmezni a magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat egyes statisztikai adatait? Milyen értelmet nyernek ezek nemzetközi viszonylatban?
- Hogyan lehet megítélni a magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat struktúráját és teljesítményét?
- Milyen szervezésben és ellátásban keresendő alternatívák állnak rendelkezésre a magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat számára?
- Az alternatívák között létezik-e olyan modell, mely új szemléletet és kereteket adva a munkabaleset-biztosításnak egyszerre segíti elő a
 - munkahelyek biztonságosabbá válását,
 - balesetek számának csökkenését,
 - bekövetkező balesetek költséghatékonyabb és egyszerre hatékonyabb ellátását,
 - minél nagyobb számú sikeres rehabilitáció és munka világába történő vissza integráció formájában a szükségtelen kiadások bevételekké fordítását, így a
 - nemzetgazdasági és egyéni veszteségek csökkenését?

Bár a fenti kérdések közül számos a kutatómunka során részben vagy egészben érintésre, megválaszolásra kerül, az egészségügy szakmai és egészségpolitikai vonatkozású kérdéseket szakemberek összehangolt munkájával lehet csupán megválaszolni, melyhez azonban e disszertáció megfelelő kiinduló anyagul szolgálhat.

A disszertáció elkészítését indukáló, a teljesen kész tanulmányban világosan megvizsgálásra került **kutatói hipotézisek** a következők:

- a magyar munkabaleset- és foglalkozási megbetegedés biztosítási gyakorlat (eljárás) a szervezettség alacsony fokán áll, nem felismerve a koncentrációban rejlő előnyöket,
- a rendszer hazai viszonylatban magas kiadásokkal, hatékonyság érvényre jutása ellen ható finanszírozási és feladatszerzési ösztönzőkkel rendelkezik,
- és nemzetközi viszonylatban is elmarad teljesítménye mind mennyiségben, mind minőségben az elvárható színvonaltól,
- ez a probléma találkozik az érintett lakosság közönyével, és alulinformáltságukból fakadó, a balesetet szenvedettek testi-lelki felépülése helyett állandó pénzügyi ellátás elnyerését célul kitűző szemléletével.⁹

A fentiekben leírtak miatt feltételezhető, hogy létezik olyan alternatíva a magyar munkabaleset-biztosítás számára, mely produktumát tekintve több egészségnyereséget tesz lehetővé hatékonyabb feladatszerzéssel, és melyben mind az érintett lakosság, mind a nemzetgazdaság érdeke jobban párhuzamba állítható.

⁹ E lehetőségek, mint alternatívák közt egyébként választási lehetőség nincs.

2 KUTATÁS MÓDSZERTANA

A kutatás módszertana lényegében primer adatok feldolgozásán alapul. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban: OEP), a Nyugdíjfolyósító Igazgatóság (továbbiakban: ONYF), a Központi Statisztikai Hivatal (továbbiakban: KSH), az Országos Munkaügyi és Munkavédelmi Főfelügyelőség (továbbiakban: OMMF), valamint az EuroStat (Európai Unió Statisztikai Intézete) és egyes európai országok különféle adathalmazainak statisztikai módszerekkel történő elemzése képezi a disszertáció alapját. A nyers statisztikai értékelemzést magyarázó tényezőként egészítik ki a különféle hazai és nemzetközi szakirodalmak, jogszabályok, szervezetek honlapján fellelhető tájékoztató elemzések, országtanulmányok, éves jelentések, stb... melyek szintén jelentős mennyiségben kerültek feldolgozásra a disszertáció megalkotása során. Az adatforrások lehivatkozása minden esetben megtörténik vagy a lábjegyzetekben, vagy az irodalomjegyzékben feltüntetett forrás számának megjelölésével.

Az adatok és szakirodalmak feldolgozása során alakult ki a disszertáció logikai gerince is, mely a következő felépítést követi:

- I. Munkabaleset-biztosítás: fogalmak, törvényi definíció és a rendszerek működése, (3., 4. fejezetek).
- II. Munkabaleset-biztosítás kiadásai és jelenlegi forrásai, használdozat-költsége, nemzetgazdasági teher, baleseti statisztikák, módszertan, tendenciák (5. és 6. fejezetek).
- III. Következtetések levonása, javaslattevés (5., 6., és 7. fejezetek).
- IV. Összefoglalás magyarul és angolul (8. fejezet).

A disszertáció egyik legjelentősebb – ha nem a legjelentősebb – tudományos eredménye, a következtetések levonására, elemzések elvégzésére alkalmas adathalmaz létrehozásának konkrét, részletekbe menő módszertani ismertetése az 5.2.2 fejezetben történik meg. Az egyes adatok, számok előállításának módszertana és értelmezése az egyes fejezeteknél – ahol ez a megértést segíti és szükséges – különállóan feltüntetésre kerül. Számos értékes információ, mely a kutatómunka magasabb szint megértését segíti, terjedelmi okok miatt a 9.5. fejezetben, a mellékletek közt található. Ilyenek pl.: munkabaleset-biztosítás múltja, jogtörténet, jelenlegi jogszabályi háttere; munkáltatók, munkavállalók jogai és kötelezettségei; balesetek lélektana, iparági jellemzők; külföldi példák még Európából Ausztrián és Svájcra is.

3 MUNKABALESET-BIZTOSÍTÁS FOGALMA ÉS JOGSZABÁLYI HÁTTÉR

3.1 A „munkabaleset-biztosítás” fogalma

A „munkabaleset-biztosítás” jogszabályokban előírt kártérítési és felelősségbiztosítási rendszer, mely átvállalja a munkáltató kártérítési kötelezettségét a munkabalesetek és foglalkozási betegségek esetén, s ellátási jogosultságot biztosít a munkavállaló számára azon esetekben is, amelyért a munkavállalót nem terheli felelősség (pl. úti balesetek). A munkabaleset-biztosítás sajátos kockázatkezelői tevékenységével növeli a munkahelyek egészségi biztonságát, a színvonalas egészségügyi ellátás és a rehabilitáció biztosítása útján gondoskodik a balesetek és más egészségkárosodások következményeinek elhárításáról, az egyén munkába visszavezetéséről, így az egészségromlás miatti jövedelem-kiesés kompenzálásáról.

A „munkabaleset-biztosítás” mint társadalombiztosítási forma a balesetek közül **csupán a munkával összefüggő, illetve a közlekedési balesetek egy részével, az ún. „úti” balesetekkel foglalkozik**, mint eseménnyel. A munkabalesetek mellett elismeri viszont a foglalkozási betegségeket, melyek jelentősége – a balesetek csökkenő száma mellett – folyamatosan növekszik. [11.]

3.2 A „munkabaleset” törvényi fogalma

A munkavédelmi oktatásról a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény szerint: *„Munkabaleset az a baleset, amely a munkavállalót szervezett munkavégzés során vagy azzal összefüggésben éri, annak helyétől és időpontjától és a munkavállaló (sérült) közrehatásának mértékétől függetlenül.”* [79.] A disszertáció kizárólag ezen balesetekkel, vagyis a munkabalesetekkel és foglalkozási megbetegedésekkel foglalkozik.

A munkabalesetekkel és foglalkozási megbetegedésekkel rengetek nyomtatott és internetes fórum is foglalkozik. Tekintettel arra, hogy a vonatkozó jogszabályok rengeteg helyen idézve, hivatkozva megtalálhatók, valamint hogy azok értelmezését, könnyebb érthetőségét, de legfőképpen kivonatolását számtalan fórum – rendkívül széleskörűen – szinte szóról-szóra ugyanazon leírás közzétételével oldja meg. Jelen fejezet – és még majd a dolgozatban található több fejezet – szövegrészeihez olykor az összes forrás lehipotézisa problémába

ütközik, hiszen lehetne többre is hivatkozni.¹⁰ Mégis – tekintettel arra, hogy a könnyebb értelmezhetőséget megkönnyítő írott anyagról van szó, valamint hogy az eredeti, mára sok helyen közzétett és fellelhető anyag eredeti szerzője nem meghatározható – jelen fejezet szövegét tekintve a nagymértékben támaszkodik az interneten is több helyen elérhető professzionálisan megalkotott szakmai anyagra. Hogy legyen hivatkozási alap is, a sok-sok forrás közül az „Egyesült Villamosenergia-ipari Dolgozók Szakszervezeti Szövetségének” honlapját választottam. Innen következik a súlyos munkabaleset meghatározása: [80.]

„Súlyos az a munkabaleset, amely:

- a) a sérült halálát (az a baleset is, amelynek bekövetkezésétől számított 1 éven belül a sérült orvosi szakvélemény szerint a balesettel összefüggésben életét veszítette), magzata vagy újszülöttje halálát, önálló életvezetését gátló maradandó károsodását;
- b) valamely érzékszerv (vagy érzékelő képesség) és a reprodukciós képesség elvesztését, illetve jelentős mértékű károsodását okozta;
- c) orvosi vélemény szerint életveszélyes sérülést, egészségkárosodást;
- d) súlyos csonkulást, hüvelykujj vagy kéz, láb két vagy több ujjja nagyobb részének elvesztését (továbbá ennél súlyosabb esetek);
- e) beszélőképesség elvesztését vagy feltűnő eltorzulást, bénulást, elmezavart okozott.

Csonkolásos munkabaleset az a munkabaleset, amely bármely ujj első percének az elvesztését eredményezi, továbbá az ennél súlyosabb esetek.” [80.]

¹⁰ Itt is, és a dolgozatban máshol is későbbiekben hivatkozok munkabalesetekre vonatkozó jogszabályok kivonatolását tartalmazó szakmai anyagokra, melyek professzionálisak. Úgy vélem érdemes rájuk támaszkodni, nem érdemes újat alkotni, hiszen a kutatómunka nem jogi vagy munkajogi jellegű. Az anyagok – így az itt felhasznált anyag is – azonban szinte szóról szóra több internetes forrásban is széleskörűen fellelhető. Példának okáért lehivatkozok néhányat:

- <http://www.info-media.hu/hirek/munkavedelem/munkabalesetek+kezelese/89026>
- <http://www.mbfh.hu/home/html/index.asp?msid=1&sid=0&HKL=257&lng=1>
- <http://www.eusynchronic.hu/webset32.cgi?EU-Synchronic@@HU@@41@@GOOGLEBOT>
- <http://uniwork.szeportal.hu/content/index/id/11;>
- <http://tiszatertechnologia.hu/?p=szotar&letter=S>
- <http://www.prosafe.webzona.hu/munkabalesetek-bejelentese.htm>
- <http://www.vd.hu/vimfohirek/minden-amit-a-munkabalesetrol-tudni-kell-8613.html>
- <http://www.bautrend.hu/index.php/2009-marcius/1577-az-uezemi-baleset>
- wwwtest.chem.elte.hu/download.php?filename=1201504176_mvsv_12_sz_mell_klet.pdf
- www.ommf.gov.hu/letoltes.php?id=4162
- timpanon2002.hu/pdf/baleset.pdf
- muabra.sze.hu/segedletek/nappali-bsc/munkavedelem/ea5.ppt
- users.atw.hu/munkamedia/elemek/hivatkozások/fogalmak.pdf
- www.munkavedelem.biz/download/baleset.doc
- [stb...](#)

4 MUNKABALESET-BIZTOSÍTÁSI RENDSZEREK MŰKÖDÉSE

Ebben a fejezetben – múltbeli kitekintést követően – a magyar, majd a nemzetközi összehasonlítás alapjául szolgáló 2 ország gyakorlata, az osztrák és a svájci munkabaleset-biztosítási gyakorlat rövid, lényegre törő bemutatása következik. A mellékletek közt (9.5.4-es fejezetben) még röviden bemutatásra kerül a német, finn és svéd munkabaleset-biztosítási gyakorlat. Külföldi példákra azért van szükség, hogy mások tapasztalatait, hibáit felmérve, megismerve, de legalábbis rövid ismertetőben felhívva számunkra példát vagy tanulságot jelenthető országokra a figyelmet, jobban kijelöltté válhasson a magyar reformok útja is. A mindössze 2 országgal történő részletes összehasonlítást részben a disszertáció terjedelmi kötöttsége, másrészt a kutatási téma fókuszterülete, harmadrészt a kutatói erőforrásokban rejlő korlátok indokolják.

Nemzetközi összehasonlítás tekintetében Ausztria és Svájc választásának indokai azon túl, hogy lakosságuk lélekszámában, így a feladat méretében hazánkéhoz hasonló adottságokkal rendelkeznek, a következők:

- **Ausztria** – Európai Unió tagja, fejlett tőkés ország kiemelkedően magas nemzetközi hírű szociális biztonságú rendszert működtet. Magyarország történelmileg Ausztriához áll legközelebb, hiszen nemcsak az Osztrák-Magyar Monarchiában képezték ugyanazon birodalom 2 társországát, hanem államigazgatási rendszerük kialakításában kulturális gyökerek miatt mindketten elsősorban a porosz utas megoldásokat választották (szemben pl. az angolszásszal.) Magyarország és Ausztria 83 év kihagyása után most újra egy államközösség tagja – az Európai Unióé. Ausztriában napjainkban kb. 100.000 fő magyar munkavállaló dolgozik, mely a legnagyobb számú Ausztriában dolgozó külföldiek csoportját jelenti.
- **Svájc** – történelmileg semleges, fejlett állam, a közhiedelemben az általános jólét, a testi-lelki és környezeti egészség hazája. Függetlenségét bármilyen birodalmi és háborús törekvés ellenére megőrizte. Tette ezt úgy, hogy nemzetiségi sokszínűsége még a nemzetállamok korában is inkább összekovácsolta, mintsem szétvetette az ország egységét. E független, de földrajzilag Európa közepén elhelyezkedő állam multikulturális múltjával számos tekintetben sajátos rendszereket alakított ki.

4.1 Egyes munkabaleset-biztosítási rendszerek bemutatása

4.1.1 Magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat bemutatása

Mielőtt a magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat teljesítményének és ráfordításainak elemzésére kerülne sor, feltétlenül fontos működésének legalább általános szintű megértése. Hogyan működik a rendszer? A szereplőknek mi a feladata, felelőssége? Milyen jogai vannak a munkaadóknak és milyenek a munkavállalóknak? Egyszóval mi az a feltételrendszer, melynek betartása vagy be nem tartása mellett az adott számú baleseti esemény mégiscsak bekövetkezik. Ez a fejezet a kiinduló (input) helyzet bemutatására vállalkozik.

4.1.1.1 Hogyan működik a rendszer?

1997-ben megalkotott törvények értelmében 1998-tól a magyar társadalombiztosítás kétfelé vált, két ágon szerveződik. Az egészségügyi ellátásokat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, a nyugellátásokat az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság biztosítja. A társadalombiztosításon belül más jellegű munkamegosztás, elkülönült üzletág, vagy további biztosító sem a munkabalesetekre, sem egyéb más részterületre vonatkozóan sem működik.

A balesetek esetében az egészségügyi ellátások igénybe vétele minden esetben megelőzi a nyugellátásokét. A következőkben a balesetek kezelésének folyamata kerül bemutatásra.

1. A balesetet szenvedett személy munkabalesetéről jegyzőkönyvet kötelező felvenni, mely a baleset helyét, idejét és körülményeit is megfelelően rögzíti.¹¹
2. Az egészségügyi ellátás súlyosabb balesetek esetén kórházi ápolással és baleseti táppénz folyósításával, kevésbé súlyos esetekben baleseti táppénzzel és rendelőintézeti ellátással, kivizsgálással kezdődik. A baleseti táppénz és a normál táppénz közötti alapvető különbség abban rejlik, hogy az előbbi esetén az egyén keresetének 100%-át, míg utóbbi esetén csupán 70%-át kapja kézhez keresőképzetlensége idejére. A baleseti táppénz a „normál táppénznél” tovább, akár 2 évre¹² igénybe vehető a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban: NRSZH)¹³ megváltozott munkaképességet igazoló hivatalos szakértői állásfoglalásának birtokában. A baleseti táppénzt a keresőképzetlenség első napjától az

¹¹ A baleset körülményeiről felvett jegyzőkönyv validitását mind a finanszírozó (OEP), mind a hatóságok ellenőrizhetik.

¹² Egy évre vehető igénybe, ami indokolt esetben plusz egy évvel meghosszabbítható.

¹³ Korábban az NRSZH jogelődje: Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (ORSZI).

E-Alapból finanszírozzák, míg normál táppénz esetén a keresőképtelenség első 15 napját a munkaadó fizeti, illetve a 16. naptól kezdve annak 30%-át. A baleseti táppénz esetében a munkáltatónak nincs fizetési kötelezettsége.¹⁴

3. Az egészségügyi ellátások fontos eleme a rehabilitáció, mely az egyén munkabaleset következtében megváltozott képességeit igyekszik minél magasabb szinten visszaállítani. A rehabilitációs eljárással együtt igényelhetők a terápiához gyógyfürdő és szanatóriumi szolgáltatások is.
4. Az egészségügyi pénzbeli ellátások közé tartozik a gyógyszer és gyógyászati segéd-eszköz támogatások rendszere is, mely során az állam az általa kiválasztott gyógy-termékek megvásárlásakor a beteg számára részleges vagy teljes ártámogatást nyújt.
5. A baleset okozta következményektől függően számos egészségügyi ellátás igénybe vételére sor kerülhet, azok sorrendisége variálódhat.
6. A baleseti táppénz folyósítása megszűnhet azért, mert
 - a. Az illető visszanyerte balesetet megelőző egészségi állapotát,
 - b. Az illető 16%-nál kisebb mértékű egészségkárosodással rendelkezik, és további kezelésektől állapotjavulása nem várható,
 - c. Állapota 16%-nál magasabb, de munkájába visszaléphet – ebben az esetben baleseti járadék is megilleti a fizetése mellett, illetve
 - d. Állapota súlyos egészségkárosodást szenvedett, megrokkant állapotának megfelelően nyugellátásban részesül.
7. A 6.c állapot szerinti baleseti járadékot az OEP folyósítja. A 6.d szerinti baleseti rokkantsági nyugdíjat az ONYF folyósítja. Mindkét szerv az Országos Orvosszakértői Intézet (továbbiakban: OOSZI) által hozott munkaképesség-csökkenés minősítés alapján hozza meg ide vonatkozó határozatát.
8. Az egyénnek legalább 2 évente kötelezően megjelennie szükséges az OOSZI felülvizsgálatán, ha károsodása 16% és 24% között került megállapításra. A felülvizsgálat megállapíthat súlyosbodást, de akár az egészségkárosodás csökkenését is. Ez utóbbi akár olyan mértékű is lehet, hogy a baleseti járadék illetve a nyugellátás

¹⁴ Kivéve természetesen azt az esetet, amennyiben a munkaadót a munkabaleset bekövetkezésében felelősség terheli a kötelező egészségbiztosításról szóló 1997. évi LXXXIII. törvény értelmében. A felelősség megállapítása egyben fizetési kötelezettséggel is jár a munkaadó számára.

megszüntetésre kerül. Ebben az esetben az egyén kikerül a munkabaleset-biztosítás ellátási köréből.

Az egészségkárosodást szenvedett személyek ellátórendszere 2008. január 1-jétől gyökeresen átalakult. [71.] A rokkantsági nyugdíj megváltozott intézménye mellett hatályba lépett a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény. Egyúttal új minősítési rend került bevezetésre, mely az egészségkárosodás komplex vizsgálatát tűzte ki célul. Erre épülő új ellátásként került bevezetésre a rehabilitációs járadék.¹⁵ Rehabilitációs járadékra az 50-79%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett, rehabilitálható, az életkora szerint a rokkantsági nyugdíjhoz szükséges szolgálati idővel rendelkező és az egyéb jogszabályi feltételeknek megfelelő személy jogosult – a 2010-ben hatályos szabályozás szerint – legfeljebb 3 évre. Az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság 2010-es Évkönyvében foglaltakra nagyban hivatkozva¹⁶ rehabilitációs járadékra tehát az jogosult, aki: [71]

- *„50-79 százalékos egészségkárosodást szenvedett, és ezzel összefüggésben a jelenlegi vagy az egészségkárosodását megelőző munkakörében, illetve a képzettségének megfelelő más munkakörben való foglalkoztatásra rehabilitáció nélkül nem alkalmas, és*
 - *kereső tevékenységet nem folytat, vagy*
 - *keresete, jövedelme legalább 30 százalékkal alacsonyabb az egészségkárosodást megelőző 4 naptári hónapra vonatkozó keresete jövedelme havi átlagánál, továbbá*
- *rehabilitálható, és*
- *az életkora szerint szükséges szolgálati időt megszerezte.*

Rehabilitációs járadékra nem jogosult az, aki

- *öregségi nyugdíjban, előrehozott öregségi nyugdíjban, csökkentett összegű előrehozott öregségi nyugdíjban, karkedvezményes nyugdíjban, rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, öregségi járadékban, munkaképtelenségi járadékban, özvegyi járadékban, növelt összegű öregségi, munkaképtelenségi és özvegyi járadékban, korbetöltés címén járó özvegyi nyugdíjban, rokkantság címén járó özvegyi nyugdíjban,*

¹⁵ Ezzel egy időben a rokkantsági nyugdíjrendszer módosítására vonatkozó szabályok is hatályba léptek.

¹⁶ Itt is – csak úgy, mint korábban a 3.2 fejezet szövegrészénél már a 10-es lábjegyzetben leírtam – egy törvény csaknem szó szerinti, de jobban érthetővé tett leihivatkozásáról van szó, amivel számos internetes fórum foglalkozik. Ráadásul mindegyik fórum szinte szóról-szóra ugyanazt teszi közzé! Szövegrészre rákeresve a Google kereső programja legalább 20 honlapot megtalál, ahol a most idézett szövegrész szintén fellelhető. Valószínűleg mindnek a hatósági forrás az eredetije, mely az általam 71-es forrásként hivatkozott ONYF évkönyv.

- *bányásznyugdíjban, korengedményes nyugdíjban, egyes művészeti tevékenységet folytatók öregségi nyugdíjában, szolgálati nyugdíjban, polgármester öregségi nyugdíjában vagy közszolgálati járadékában,*
- *terhességi-gyermekágyi segélyben, gyermekgondozási díjban, táppénzben, baleseti táppénzben,*
- *a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény alapján folyósított pénzbeli ellátásban,*
- *átmeneti járadékban, rendszeres szociális járadékban, bányász dolgozók egészségkárosodási járadékában, rokkantsági járadékban,*
- *a hadigondozottak és nemzeti gondozottak pénzbeli ellátásaiban, a nemzeti helytállásért elnevezésű pótlékban részesül.” [71.]*

Az új, komplex minősítési rendszer alapvető jellemzője, hogy az egészségkárosodott, megváltozott munkaképességű személyek esetén a megmaradt, a fejleszhető képességekre, a rehabilitációs esélyekre koncentrálnak és a jogszabály szerint együttesen értékeli az orvosi, foglalkoztatási, szociális és képzési szempontokat. Akik nem rehabilitálhatók és az előírt feltételekkel rendelkeznek, rokkantsági nyugdíjra szereznek jogosultságot. A komplex vizsgálat alapján rehabilitálható személyek, az ellátást igénylők, illetve az ellátásban részesülők száma – a bevezetés évét követően – 2009. évtől rendkívüli mértékben emelkedett.¹⁷ [81.]

A magyar biztosított állampolgárok társadalombiztosítási ellátásokra jogosultak üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedés esetén, melyek tételenként a soron következő felsorolás szerint emelhetők ki.¹⁸ A munkabaleset-biztosítási szolgáltatások köre minden európai államban hasonló, legfeljebb azok mennyiségében, minőségében, az igénybevétel feltételeiben és a kiegészítő szolgáltatásokban léteznek lényegesebb különbségek. A munkabaleset-biztosítás társadalombiztosítási ellátásai tehát Magyarországon a következőképpen csoportosíthatók:

Egészségügyi ellátások

- Természetbeli ellátások
 - Mentés, betegszállítás,
 - Háziorvosi ellátás,

¹⁷ A rehabilitációs járadék folyósításának első éve 2008-volt. 2008-ban, 0,6, 2009-ben 7,0, majd 2010-ben már 18,4 milliárd forint kiadást jelentett a költségvetésnek ez a járadéktípus!

¹⁸ A felsorolás jelentősége abban áll, hogy ismerteti az egészségügyben a leglényegesebb szolgáltatásokat, ami alatt egyébként a teljes igénybe vehető palettát érteni kell, az esetre vonatkozó orvosi elrendelés szerint.

- Járóbeteg szakellátás,
- Gondozói ellátás,
- Fogászati ellátás,
- Aktív fekvőbeteg ellátás,
- CT, MR és dialízis¹⁹ szolgáltatások,
- Krónikus (rehabilitációs) ellátás,
- Gyógyfürdő, szanatórium
- Otthonápolás,
- Hospice szolgáltatás.
- Pénzbeli ellátások
 - Gyógyszer ártámogatás,
 - Gyógyászati segédeszköz támogatás,
 - Utazási hozzájárulás és
 - Baleseti táppénz.

Nyugellátások

- Baleseti járadék,
- Baleseti rokkantsági nyugdíj (saját- és hozzátartozói jogon is) és
- Rehabilitációs járadék (2008-tól).

A balesetek megelőzését (prevenciót) illetően a biztonságos munkahelyekre vonatkozó előírások kidolgozásáért, és az előírások betartásának ellenőrzéséért a Nemzetgazdasági Minisztérium (állapot: 2012. április) (továbbiakban: NGM) és az Országos Munkaügyi és Munkavédelmi Főfelügyelőség felel. E két szerv munkáját ágazat specifikus igazgatási szervek kiegészíthetik (mint pl. az egészségügyben az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (továbbiakban: ÁNTSZ), a bányáiparban a Bányakapitányságok stb.) abban a folyamatban, melyben a működési engedélyeket kiadják, illetve a működés feltételeinek betartását ellenőrzik.

Az egészségügyi ellátások során annak, hogy azokat baleseti okból kifolyólag vették-e igénybe sem a finanszírozásban, sem a közszolgáltatók teljesítményének elszámolásában nincs jelentősége. Csupán statisztikai nyilvántartások szintjén, az egészségügyi közszolgáltató

¹⁹ CT és az MRI átvilágítási képalkotó eljárások (diagnosztikák) tételes, de kvótászerű elszámolásban finanszírozva, a dialízis művese kezelést jelent az előzőekhez hasonló finanszírozási konstrukcióban.

által jelentett teljesítmények adatlapján jelenik meg az egészségügyi ellátások igénybevételének indokaként, hogy azok baleseti okból történtek. Fontos tudni, hogy az egészségügyi teljesítmények kódrendszere (az ún. „HBCS” rendszer²⁰) nem tartalmaz külön megkülönböztető „baleseti okkal” bekövetkező ellátási kódokat az egészségügyi beavatkozásokra vonatkozóan. Az egészségügyi beavatkozások lejelentésre kerülnek, és megjelennek a finanszírozó statisztikai rendszerében. Ebből az adatállományból azonban – az egyes esetek esetenkénti tételes megvizsgálása nélkül csupán a lejelentett kód alapján – nem lehet teljes bizonyossággal kijelenteni, hogy az milyen okból kifolyólag történt. Bár az ezredfordulót megelőzően kialakult gyakorlat jellemezte az egészségügyi beavatkozások baleseti indíttatásának feltüntetését, ez a fegyelem a szigorúbb felelősségre vonások miatt mára fellazult. A balesetek lejelentésének adminisztrációja bonyolultabbá vált, a jelentkező többletdokumentációs feladatok, a jelentések érdektelensége, és a munkaadók érvényesülő érdeke miatt kijelenthető, hogy még a „baleseti okkal” lejelentett esetek adathalmaza is igen csekély megbízhatóságú. A valóságban az eltitkolt, le nem jelentett esetek lényegesen magasabb számot képviselhetnek, mint amelyek ma a statisztikai rendszerekből látszanak. A szigorúbb rendszerű, emiatt megbízhatóbb adatokat tartalmazó strukturált baleseti statisztikai gyűjtés igen új keletű, kezdeteit tekintve 2005. elejére datálható.

Mind a természetbeni, mind a pénzbeli **egészségügyi ellátásokat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár finanszírozza** az Egészségbiztosítási Alap terhére. Tekintettel a biztosító jótállási kötelezettségére, minden munkabaleset kivizsgálásra kerül. Amennyiben a balesetek esetén **megállapítható a munkáltató felelőssége**, úgy a dolgozó baleseti ellátásával kapcsolatos **minden kiadás megtérítésére kötelezi** az OEP a munkaadót²¹. A munkabaleset-biztosítás számára az E-Alapon belül elkülönült alszámla, vagy forrás nem áll rendelkezésre, mint ahogyan a biztosító szervezeti és működési felépítése sem definiálja külön ezt a szakterületet. [11.]

²⁰ A „HBCS” – Homogén Betegségi Csoport a finanszírozásban használt rövidítés. Azt a kódrendszert jelölik, melyben Magyarországon is sok más ország mellett az egészségügyi közszolgáltatók teljesítményeiket elszámolják, illetve statisztikai célokat is szolgálóan jelentéseiket összeállítják. A kódrendszer nemzetköziséget teszi összehasonlíthatóvá a hasonló rendszerben elszámolt teljesítményeket, azonban fontos tudni, hogy a finanszírozásba rejtett, országonként eltérő ösztönzők egyes beavatkozás kódok használatát, gyakoriságát jelentősen befolyásolják, ezzel ha úgy tetszik korlátozzák a statisztikai adatok adott népesség egészségi állapotának jellemzésére használhatóságát.

²¹ 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

Hazánkban a választási lehetőségek²² hiánya, az egyedi baleseti esetkezelés (esetmenedzsment) hiánya, valamint a lakosság rendkívül alulinformáltsága a baleseti eseményekkel kapcsolatban olyan attitűdöket honosított meg, mely szerint egy baleset következményeként a tartós pénzbeli ellátások folyósítását elérni reménytelibb és egyben jobban vágyott, mint a testi-lelki felépülés, a minél teljesebb minőségű élet. Az attitűd kialakulásához az elmúlt évtizedek társadalom szocializációs folyamatai is nagyban hozzájárultak, továbbá sokat rontott rajta az egészségügy színvonaláról, a teljes felépülés lehetőségéről alkotott lakossági kép, valamint a rendszerváltás óta bizonytalanná vált megélhetéssel szemben a **fix állami jövedelmek előnyben részesítése**.²³ Szemben a következőkben kiragadandó nyugat európai példákkal – noha kezdeményezések már történtek e területen – a munkabaleset-biztosítási koncepciók továbbra sem jutottak érvényre²⁴ és Magyarországon az egészségpolitikusok eleddig nem látták meg a munkabaleset-biztosítás elkülönült kezelésében rejlő lehetőségeket. Az általam ismert kormányprogramok közül legmarkánsabban a második Orbán-Kormány Széll Kálmán terve tartalmaz intézkedési elképzelést a megkövült szociális juttatások rendszerének hatékonyságának ellen. Helyesen ismeri fel, hogy sem az egyén, sem a társadalom érdeke nem található meg abban, ha improduktív, rokkant módon élnek emberek életüket, egyetlen egzisztenciaként a szociális juttatásokba kapaszkodva, holott elképzelhető módon képesek lennének aktív és hasznos tagjaivá válni a társadalomnak, és önbecsülésüket, életminőségüket is helyreállítani – akár megfelelő egészségügyi szolgáltatások igénybe vételével. Ahogyan a Széll Kálmán terv fogalmaz: [86.]

„A szociális segélyezési rendszer akadályozza a szegénységből való kitörést, hiszen alacsony a motivációs hatása. Az elmúlt nyolc évben olyan szociális-kulturális környezet jött létre, amely megakadályozza a munkanélküli emberek visszatérését a munka világába. [...] Magyarországon rendkívül negatívan hat a foglalkoztatásra a rokkanttá nyilvánítás rendszerét körülvevő számos csalás és visszaélés. A következmény: régióink többi országához

²² Az egyén választási lehetősége semmilyen szinten nem áll fent: sem az orvosi kezelések és pénzbeli ellátások között, sem az egyes orvosi vagy terápiás beavatkozások között nincs lényeges választási lehetőség.

²³ A balesetek elkerüléséhez szükséges hozzáállást, ideális és tényleges változatban a 9.5.3. sz. melléklet mutatja be. A melléklet mind munkavállalói mind munkáltatói felelősségi körben ideálisan megvalósítandó, és ezzel szemben ténylegesen megvalósított teendőket ismerteti.

²⁴ Az általános- és a balesetbiztosítás között alapvető különbség, hogy a munkabalesetek esetében legfőbb cél az egyén vissza integrációja, vagyis hogy mihamarabb visszatérjen a munkafolyamatokba. Ez hozza el az egyén és társadalom számszerűsíthető és nem számszerűsíthető hasznait. Leginkább ezzel magyarázható a balesetbiztosításban nemzetközi tapasztalatok szerint is megjelenő magas szintű rehabilitáció igénye.

képest hazánkban kétszeres a rokkantak aránya. Ekkora különbséget semmilyen valóságos körülmény nem indokol, nincs tehát ennyi magyar ember, aki ne tudna valamilyen betegség vagy fogyatéék miatt munkát vállalni.” [86.]

A balesetek gyógyítására és kezelésére az állam nemcsak direkt módon biztosít forrásokat. A nemzetgazdaságot ennél ténylegesen nagyobb arányú megterhelés éri. Erről teljes részletességgel az 5. fejezet ír, itt csupán jelen fejezet befejezéséül vázlatos okfejtés világítja meg a nemzetgazdasági szintű gazdasági terhek teljes nagyságát. A balesetet szenvedett személy – vélhetően aktív munkakorú szakember – baleseti kezeléseik idejére kiesik a termelési folyamatból. Az ebből fakadó veszteség közvetlenül munkaadóját, de közvetetten a bruttó hazai terméket (gross domestic product, továbbiakban: GDP) is terheli. A baleseti időszak alatt az egyén megváltozik a vásárlási szokása (jövedelemcsökkenése és esetleges fizikai állapota miatt logikusan kevesebbet és más összetételű termékkosarat vásárol), így ennek az eseménynek a kereskedelemre, a szolgáltatásra és az iparra, valamint az államháztartás általános forgalmi adó (továbbiakban: ÁFA) bevételeire is hatása van.²⁵ Amennyiben az egyén jövedelme tartósan csökken, vagy megszűnik, ez korábbi életviteléhez mérten szerényebb fogyasztást tesz számára lehetővé. Hatása megegyezik az előzőekkel leírtakkal.²⁶ Egy baleset következtében az egyén fogyasztói kosara is átrendeződhet. Az önbecsülés csökkenése a másra utaltság, a megváltozott képességek sok esetben depresszióhoz, a feleslegesség érzésének felerősödéséhez és ennek folytán vagy túlzott gyógyszerfogyasztáshoz, egyéb pszichológiai problémák megjelenéséhez, esetleg alkoholizmushoz vezetnek. Ezen folyamatok kialakulása finánciális értelemben többlet terhet ró mind az egyén, mind családjá, mind a társadalombiztosítása forrásaira, érzelemben, komfortérzetben pedig az egyén közvetlen és közvetett környezetére is.

4.1.2 Munkabaleset-biztosítás Ausztriában

Az osztrák munkabaleset-biztosítási gyakorlatról Borbás Ilona és Dr. Kincses Gyula tanulmányából idézek [18.]:

²⁵ Bevétel csökkenés, vagy elmaradás formájában.

²⁶ A gazdaságban végiggűrűző hatás, ún. „akcereláció hatás”, hogy a tartós fogyasztás csökkenés tartósan csökkenti a termelendő jószágok mennyiségét is. Ez további erőforrás leépítésekre, költségfáragásokra ítéli a piac tágabb körben vett szereplőit is. Kevesebb bér kerül kifizetésre, csökken a termelő inputok iránti kereslet, stb. Ezzel egyetlen negatív piaci esemény (itt: baleset) önmagán túlmutató, hatványozott veszteséggel jár, amit nehéz konkrétan számszerűsíteni.

„Az osztrák balesetbiztosítási törvény 1887-ben született meg. A társadalombiztosítás magában foglalja a betegbiztosítás, balesetbiztosítás és nyugdíjbiztosítás szolgáltatásait, tágabb értelemben a munkanélküliek ellátását. Az ausztriai társadalombiztosításnak a XIX. század második felében létrejött rendszere kezdettől fogva az önkormányzatiság elve alapján szerveződik: a biztosítottak képviselői és a munkaadók végzik a társadalombiztosítással kapcsolatos ügyek intézését és az állam felügyeleti joggal bír. A társadalombiztosítás alapelvei a szolidaritás, a kötelező jelleg, nem létezik kockázati mérlegelés, a társadalombiztosítás nem nyereségorientált. Ausztriában a balesetbiztosítás kötelező.” [18.]

Az ONYF honlapján közzétett tanulmányból idézve [14]: *„Az osztrák baleseti nyugellátási rendszer is társadalombiztosítási alapokra épül. Már az 1887-ben kiadott jogszabályok lehetővé tették a baleseti nyugellátást. A jelenlegi rendszer szabályozása 1955-re nyúlik vissza. [...] A baleseti nyugellátások kiterjednek a munkavállalókra, az önálló vállalkozókra, a gyakornokokra és a diákokra, sőt a különleges elemek révén a köztisztviselőkre is. A baleseti nyugellátások biztosítására a munkáltató a járulékalapot képező kereset 1,4%-ának megfelelő járulékot fizet, a munkavállalónak nem kell járulékot fizetnie. Az önálló vállalkozók szintén járulékot fizetnek. Az állami költségvetés kiegészítésképp a gazdák baleseti nyugellátásának fedezetét biztosítja.” [14.]*

Ismét Borbás Ilona és Dr. Kincses Gyula tanulmányából idézve: [18.]

„A társadalombiztosításon alapuló egészségügyi rendszerben a hatáskörök megoszlának a szövetségi kormány és a kilenc tartományi hatóság között. A kormány felelős az egészségügyi ellátásért a törvényben rögzített kivételek mellett. A legfontosabb kivétel a kórházi szektor, ahol a kormány felelőssége az alaptörvényre terjed ki, amely alkalmazása a tartományok hatásköre. Szövetségi feladat a kórházi szektor egészségügyi szakmai felügyelete, ellenőrzése. Az állami és a magánszektor egyaránt részt vesz a szolgáltatásokban. Ausztriában a betegbiztosítás mintegy 8,2 millió lakosra, a balesetbiztosítás – munkahelyi balesetek és foglalkozásból eredő megbetegedések eseteire – 6 millió főre, a nyugdíjbiztosítás 5,7 millió emberre terjed ki. A kötelező betegbiztosítás a népesség 98 százalékára terjed ki. 22 biztosító foglalkozik betegbiztosítással, közülük három és még egy csak arra szakosodott biztosító balesetbiztosítást is kínál.” [18]

A fentiekben ismertetett társadalombiztosítási rendszer felépítését szemlélteti az 1. sz. ábra.

1. sz. ábra: társadalombiztosítási rendszer felépítése Ausztriában



Forrás: „Gut Sicherheit”, Wirtschaftsmuseum [73.]

Ausztriában a kötelező munkabaleset-biztosításra szakosodott legnagyobb biztosító az Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (Általános Balesetbiztosító Intézet – továbbiakban: AUVA) mely nemcsak biztosítóként, de kórházakat, rehabilitációs intézményeket fenntartó szervezetként gondoskodik feladati ellátásáról. Az AUVA nemcsak Ausztriában, hanem külföldön is – ahol a hely klímája, vagy természeti adottságai indokolják és nagy haszonnal a felépülni vágyó betegek érdekeibe állíthatók – szerződéses kapcsolatokon keresztül gyógyhelyeket tart fenn. [19.] Az AUVA és a mellette működő biztosított létszám megoszlása 2010-es adatok szerint a következő:

- osztrák Általános Balesetbiztosító Intézet (AUVA) 4,3 millió taggal,
- Mezőgazdasági Dolgozók Társadalombiztosítási Intézete 0,72 millió taggal,
- Vasúti Dolgozók Társadalombiztosítási Intézete, 1,11 millió taggal,
- Közalkalmazottak Biztosítási Intézete, 0,27 millió taggal.

Az osztrák munkabaleset-biztosítás jelenlegi – 2012-es – állapotát a fellelhető irodalmak közül aktuálisan Dr. Ari Lajos és Dr. Varga Imre Egészségügyi Gazdasági szemlében megjelent írása mutatja be leglényegretörőbben: [82.]

„Azt osztrák társadalombiztosítási törvény az alábbi feladatokkal bízta meg a balesetbiztosítási ellátásokat nyújtó biztosítókat:

– *A munkahelyi balesetek és foglalkozási megbetegedések megelőzése (prevenció), ideértve az elsősegélynyújtás megszervezését is.*

– *Balesetet szenvedettek az összes alkalmas eszközzel történő kezelése.*

– *Időben korlátlan orvosi, foglalkozási és szociális rehabilitáció.*

– *Munkahelyi balesetek és foglalkozási megbetegedések esetén pénzügyi kártalanítás.*

A legnagyobb balesetbiztosítót, az AUVA-t a törvény még további feladatok elvégzésére hatalmazta fel:

– *Kis- és középüzemek biztonságtechnikai és munkaegészségügyi gondozása.*

– *Kis- és közepméretű üzemek esetében üzemi baleset és megbetegedés esetén a kártérítési összegek fizetéséhez hozzájárulás biztosítása. Ennek a nagyon jól szervezett, a munka világát erősen átszövő ellátó rendszernek a működési költségeit a munkaadók biztosítják. A járulék mértéke a dolgozó jövedelmével arányos, jelenleg 1,4%. A jelenlegi jövedelem plafon, ami után fizetni kell: 4200 Euró/hó. A teljesség igénye nélkül még néhány érdekes tarifa:*

– *Egyéni vállalkozók balesetbiztosítási összege: 8,2 Euró/hó.*

– *Tanulók, diákok balesetbiztosítása – ingyenes – ún. családi kiegyenlítő kassza fedezi a biztosítási tarifát.*

– *Önkéntes segítők balesetbiztosítási tarifája: amennyiben egy szervezethez tartoznak: 1,16 Euró/év.” [82.]*

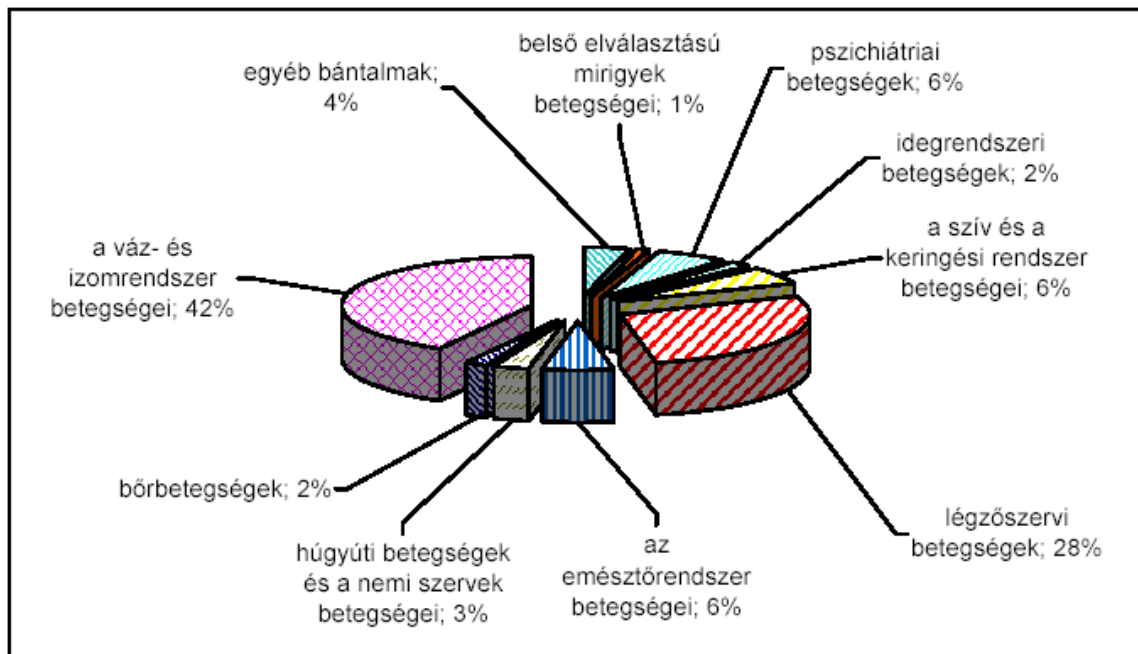
Ausztriában rendkívül nagy hangsúlyt fektetnek a balesetet szenvedettek teljes társadalmi visszaintegrálására és egészségügyi-mentális felépülésére, és minden eset utánkövetésére (ún.: „Monitoringozására”). A szükséges orvosi-műtéti beavatkozásokat követően az osztrák rehabilitációs intézetekben – továbbra is több szakmai összetételű orvosi kontroll alatt – esetmenedzsment rendszerben nemcsak az egyén egészségi állapotának helyreállítását végzik a legkülönbözőbb terápiás rendszerekkel, hanem az esetlegesen megváltozott munka- és életképességű balesetesek számára szolgáltatásba foglaltan a következőket is:

- *Meglévő képességeinek megfelelő foglalkozás betanítását,*
- *A fizikai-mentális képességek fejlesztését azok legjobb kihasználása érdekében,*
- *Intelligens művétagok ártámogatással történő biztosítását,*
- *Életviteli tanácsadást,*
- *Megváltozott életviteli képesség esetén megfelelő életkörülmények otthoni kialakítását (akadálymentesítés, rokkant életmódhoz alkalmazkodó bútorok, lakásfelszerelések).*

Ausztriában a balesetek számára valós választási helyzet a felépülés vagy a rokkantosság, mely azonban nem történhet az egyén önkéntes elhatározása alapján. A döntés az esélyeket és a lehetőségeket mérlegelten kerülhet meghozásra annak figyelembe vételével, hogy az egészséges életévek minél magasabb „visszanyerése” az egyén és a társadalom szempontjából is elsődleges cél. A bekezdésben eddig leírtakat úgy lehet összefoglalni, hogy közgazdasági értelemben egyformának ítélt gazdasági kihatású döntések esetén az egyén egészségét jobban szolgálót szükséges választani, ha annak kockázata az orvosi-technikai lehetőségek függvényében vállalható.

Szabó Ildikó tanulmányából idézve [40.]: „Egyharmaddal csökkent a balesetek száma! Az AUVA Általános Balesetbiztosító Intézet elnöke az osztrák baleset megelőzés nemzetközi szinten is kiemelkedő eredményeiről számolt be: 1993 óta mintegy egyharmaddal csökkent a munkabalesetek száma. Jóllehet 1993 óta a munkavállalók száma Ausztriában 9%-kal nőtt, a munkabalesetek száma mégis 30%-kal, azaz 170 ezerről 115 ezerre csökkent. 2003-ban ráadásul 38%-kal kevesebb halálos munkahelyi baleset fordult elő, mint tíz évvel korábban. A következő 10 évre hasonló mértékű eredményjavulást várnak Ausztriában.” [40.]

2. sz. ábra: Betegállomány okaiként megjelenő foglalkozási ártalmak okozta betegségek



Forrás: SZABÓ Ildikó: „Munkahelyi baleset- és betegségbiztosítás helyzete Ausztriában” [40.]

A váz- és izomrendszeri, valamint a légzőszervi megbetegedések állnak a betegállományban töltött idő 70%-a mögött. Egyes számítások szerint, ha csupán ezt a kettőt csupán 10%-kal le lehetne csökkenteni, az önmagában 87 millió eurós megtakarítást jelentene az osztrák gazdaság számára. A szakemberek szerint ez a cél egyszerre reális, ugyanakkor érdemi javulást jelentene az osztrák foglalkozás-egészségügy helyzetében. A betegállományt kiváltó megbetegedések arányát Ausztriára vonatkoztatva a 2. sz. ábra szemlélteti. [40.]

Ausztriában ezzel együtt magasabb szintű technológiai arzenál, és más rendszerbe épített ösztönzők jobban szolgálják az érintettek megfelelő, egészségtudatos döntéshozását.²⁷ Ezt mindenképpen javasolt átvennie a jövő magyar munkabaleset biztosítási rendszerének. Erről a 8. fejezetben lesz szó. Jelen fejezetben és a kutatómunka későbbi részeiben szükségszerű összehasonlítások szintjén kerülnek ismertetésre az osztrák jellemzők.

Az osztrák munkabaleset-biztosítási rendszerről összegzett véleményem szerint, nemcsak kulturális, történelmi és gazdasági hasonlóságok, hanem a rendszerben elért eredményesség, hatékonyság és következetesen képviselt szigor miatt egy esetleges magyar munkabaleset-biztosítási rendszer kialakításához a létező legjobb támpont, majdnem hogy adaptálandó példa. Az osztrák munkabaleset-biztosítási rendszer eredményeit és egyes jellemzőit a magyar munkabaleset-biztosítás elemzésével együtt a nemzetközi összehasonlítás példáin keresztül a későbbiekben ismerteti a kutatómunka.

4.1.3 Munkabaleset-biztosítás múltja és jelene Svájcban

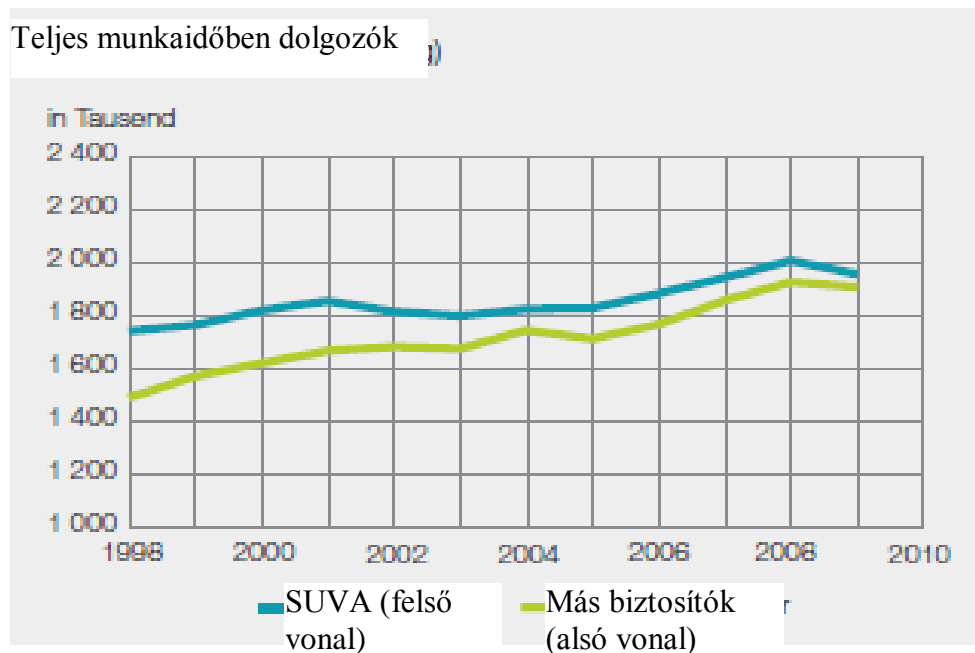
A svájci munkabaleset-biztosítási rendszer gyökerei 1877-ig nyúlnak vissza, amikor a szövetségi gyáripari törvény életbe léptetésre került. Ez többek közt szabályozást tartalmazott a biztonságos munkavégzésre és alapelveket a gyártulajdonosok munkabalesetekkel és foglalkozási megbetegedésekkel kapcsolatos felelősségére. [15.]

²⁷ A rendelkezésre álló technológiában rejlő ösztönzők azonban nagyon egyszerűen megvilágíthatók egy példán keresztül: Ausztriában olyan balesetes, aki fél lábát elveszítette, igényelhet és kaphat rehabilitációs felkészítést követően olyan számítógépes chip vezérelt művégtagot, melyben egy processzor érzékelve az út, időjárás és terepviszonyokat, valamint a végrehajtani kívánt mozgástípust, automatikusan a végrehajtani kívánt mozgástípust szolgáló rásegítő mechanizmussal vezérli a végtagot. De ugyancsak ilyen az a számítógép, mely a nyaktól lefelé önálló mozgásképeségét elvesztő balesetes számára nyakkal és fejjel vezérelhető elektromos tolokocsit és otthoni számítógépes munkahelyet biztosít szellemi munka végezhetősége céljából. Magyarországon is elérhető ilyen eszköz „külön engedélyes méltányossági” kérelem alapján, de elterjedése, és köztudatba beépülése – mint választási lehetőség – még kezdetleges stádiumban áll. Megoldásként való gyors elterjesztése azonban jelentős finansziális gátakba ütközik, vagyis hazánkban nem elegendő csupán a technológiai megoldást érvényre juttatni, ehhez a rendszer egészét, az azt átható elveket, ösztönzőket, feladatszervezést újra célszerű gondolni.

1912-ben népszavazás hagyta jóvá a betegség- és balesetbiztosítási törvényt. Ez a törvény támogatta a biztosító társaságok megalakulását és a munkavállalók jelentős hányadára vonatkozóan bevezette a kötelező biztosítás intézményét. A Svájci Nemzeti Balesetbiztosítási Pénztár, a “SUVA”²⁸ a kötelező munkabaleset-biztosításra és a munkabiztonság ellenőrzésére került megalakításra. [15.]

A kötelező munkabaleset-biztosítás 1984-ben átszervezésre került. 1984-ig a SUVA törvény erejénél fogva a kötelező munkabaleset-biztosítás egyetlen intézményként tevékenykedett. A változások közül egyik legfontosabb volt, hogy a biztosítást minden munkavállalóra kiterjesztették. [15.] A kiterjesztést a kötelező biztosítást nyújtók körének kibővítése is kísérte: a legnagyobb, törvény erejénél fogva életre hívott SUVA (Svájci Nemzeti Balesetbiztosítási Pénztár) mellett 38 további biztosító társaság is nyújthatott társadalombiztosítási-balesetbiztosítási szolgáltatásokat. A több szolgáltató modell azóta is megfelelően működik. [16.]

3. sz. ábra: SUVA és más svájci munkabaleset-biztosítók biztosítottainak létszáma (ezer fő)



Forrás: Unfallstatistik 2011, SUVA [74.]

²⁸ SUVA = Caisse Nationale Suisse d'Assurance en Cas d'Accidents – Schweizerisch Unfallversicherungsanstalt

A SUVA és a versenytársak közötti versenyhelyzet az ügyfelek igényeinek hatékony és egyúttal gazdaságos kielégítése irányába hat, mely mind a munkáltatóknak, mind a munkavállalóknak valóságos előnyököt hordoz. Az állandóan vitatott kérdés folytán, mely szerint a jelenlegi rendszerben szervezett ellátások a legkorrektebb megoldások-e, a legnagyobb balesetbiztosító privatizációjának kérdése időről-időre felmerül, de legutóbb is elvetésre került politikai szinten. [16.]

A kiélezett verseny ellenére a teljes munkaidőben dolgozó munkavállalók több mint 50%-a továbbra is a SUVA-t választja biztosítójaként. Ezt a megoszlást 1998-ig visszamenően ábrázolva a 3. sz. ábra szemlélteti (előző oldalon).

Az ONYF honlapjáról idézve [13.]: *„A svájci balesetbiztosítási rendszer, a munkavállalók számára kötelező biztosítási rendszer, amely üzemi baleset, baleset, valamint munkahelyi megbetegedés esetén biztosít nyugellátást. A jelenlegi szabályozás kiterjed a munkavállalókra, ide értve az otthoni munkát végző személyeket is, az ipari/kereskedelmi tanulóokra, a gyakornokokra, az önkéntes munkát végzőkre, valamint azokra a személyekre, akik támogatott szakiskolában vagy műhelyben végeznek munkát. A baleseti ellátás kiterjed azokra a munkavállalókra, akik legalább heti 8 óra kereső tevékenységet folytatnak, valamint a munkánélküli biztosítás által folyósított napi térítés kedvezményezettjeire.”* A társadalombiztosítási ellátások adókötelesek. Az adó mértéke az éves jövedelem összegétől és a családi állapottól függ. [...] *A baleseti ellátások pénzügyi fedezetét üzemi baleset és foglalkozási megbetegedés esetén a munkáltató járulékfizetései, biztosítják, melynek mértéke a munkavégzés veszélyességétől függ. Más esetben az ellátások fedezetét a munkavállaló által befizetett járulékok adják. Az önálló vállalkozók és a saját vállalkozásukban családtagot foglalkoztatók esetében önkéntes járulékfizetésre van lehetőség, amennyiben kötelezően nem biztosítottak.”* [13.]

A balesetek egészségügyi ellátásán túl természetesen Svájcban is létezik a baleseti rokkantsági nyugdíj. Baleseti nyugdíjra jogosult, aki üzemi baleset, ideértve a munkahelyre történő utazás ideje alatt történt balesetet is, vagy foglalkozási megbetegedés következtében legalább 10% mértékben keresőképtelenné válik. A keresőképtelenség mértékének felülvizsgálatára férfiak esetében 65 éves, nők esetében 62 éves életkorig bármikor lehetőség van. [13.]

5 A MAGYAR MUNKABALESET-BIZTOSÍTÁSI GYAKORLAT KIADÁSAI ÉS RÁFORDÍTÁSAI

5.1 Adatkörnyezet, fogalmak, fókussterület

5.1.1 Adatkörnyezet megértése

A kutatómunka adatgyűjtési fázisban szerzett tapasztalataiból kiindulva megállapítható, hogy munkával kapcsolatos **balesetekről, foglalkozási megbetegedésekről szóló hazai adatok hiányosak**, nem tükrözik az események okait, körülményeit, súlyosságát, alapvető összefüggéseit. Ezen megállapítás alól kivételt képez a haláloki kimenetellel végződő munkabalesetek köre. Elmondható, hogy a lejelentő egészségügyi szolgáltatók, piaci szereplők dokumentációs terhekre hivatkozva **a lehető legegyszerűbb és legkockázatmentesebb jelentést készítik el**. Ebből a magyar egészségügyi finanszírozás egyik sajátossága következik: a jelentések ugyan a jogszabályi kötelezettségeknek tartalmilag és formailag is eleget tesznek, de további feldolgozásuk adatkinyerési céllal, illetve ezekből következtetések levonásának céljával a mai napig kockázatos, hiszen jelentős torzulások lehettek fel bennük. Mint minden szűkös erőforrásra a világon, magára a dokumentációs tevékenységre is jellemző az energia minimalizálás elve, vagyis azok a lehető legkisebb erőbefektetéssel, kizárólag a tevékenységgel elérni kívánt célra fókuszálva kerülnek végrehajtásra. Mivel a szolgáltatást végzők oldaláról a dokumentáció legfontosabb hozadéka – egyben célja – tevékenységükért járó finanszírozás realizálása, így minden más szempont (pl. hozzájárulás az adatvagyon értékének használhatósága általi növeléséhez) mellékes prioritásban szerepel. Fontos megérteni ezt annak, aki ma a magyar egészségügy adatainak elemzésébe fog.

Másik probléma az adatokat tároló rendszerekből adódik. Rendszerváltást követően a megváltozott társadalombiztosítási viszonyok nem eredményeztek változást a munkabaleset-biztosítás terén, sőt a korábban **egységes ügyviteli rendszerek felbomlottak**. [11.] A hatalmas adattömeggel dolgozó rendszerek még ma sem egységesek, azok között az átjárhatóság korlátos. Jelen kutatómunkához a primeradatgyűjtés időszakában (2006 végén és 2007 elején) két nagy állami szerv, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, és a Nyugdíjfolyósító Főigazgatóság segítségével, adatszolgáltatása vezetett, és noha a kollégák részéről maximális segítőkészség mutatkozott, ezen intézmények különféle rendszerei között

nem sikerült teljesen hatékonyan és gyorsan megteremteni az összhangot. Az adatgyűjtés gyakorlati folyamata azon a szinten, amiből jelenlegi tanulmány kiindul, több mint másfél éves (!) időtávlatban volt realizálható. Az OEP és ONYF által rendelkezésre bocsátott adatok végeredményben **olyan tömegben, és olyan elfogadható hibahatárral állnak rendelkezésre, hogy a kívánt statisztikai elemzés rajtuk elvégezhető**, a következtetések helyes módszertan esetén nagyságrendileg vállalhatók. Az OEP adatok forrása a Keresőképességi Monitor Rendszer (továbbiakban: KMR), illetve az Adattárház, míg az ONYF adatoké a főigazgatóság által üzemeltetett informatikai nyilvántartási rendszerek. A soron következő számítások meghatározó része ezen primer adatgyűjtésekből származó nyers adatokra támaszkodik.

Harmadik, egyben az elemzések elkészítése és következtetések levonhatósága szempontjából legnagyobb probléma a vizsgálat által felölelt időtávban többször bekövetkező **módszertani változás** az adattartalmakra vonatkozóan, illetve a **jogszabályi környezet változása**. Ily módon az időszakos megkülönböztetés és az adatsorok standardizálása nélkül értelmezhetetlen következtetésre, valótlan megállapításokra lehetne jutni. Emiatt az elemzéseknél 2 fő időszakos elemzése, 2001-2005, és 2006-2010 elkülönítve is szerepel.

Kizárólag a munkabaleset-biztosítás adataival foglalkozva a továbbiakban elmondható, hogy szakmai oldalról **még nem került kialakításra** egy tudatos, átfogó elemzések megtételére is alkalmas mutatószám, illetve **indikátor rendszer**. Az eseti ellenőrzések, és az alapvető számszaki információk gyűjtésének folyamata jó közelítéssel tökéletesen működik, mégis az adatstruktúra jellemzői nem teszik lehetővé, hogy tágabb értelmű szakmai és közgazdasági elemzések nagyobb rendszerezett adatgyűjtés nélkül megoldhatók lehessenek. Ennek megoldására a jövőben mindenképpen figyelmet szükséges fordítani.

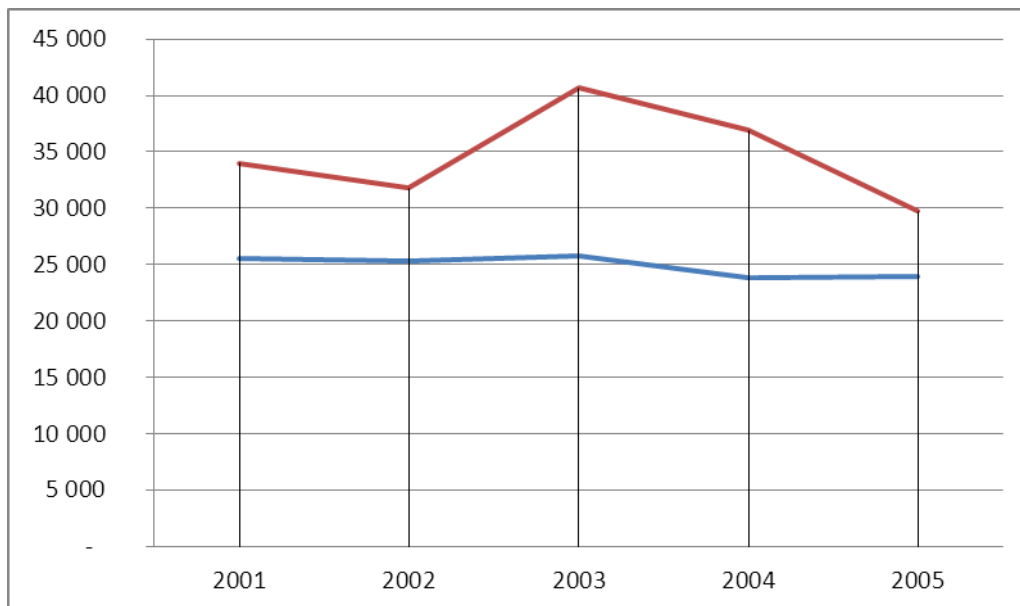
A problémát illusztrálendő, több helyen, több rendszerben történő adattárolás az eltérő adatléírások miatt azt is eredményezheti, hogy egy ugyanazon lekérdezés más-más eredményre vezet az alternatív informatikai rendszerekben. Legjobb példája ennek az alapvető viszonyítási adat, a munkabalesetek létszáma 2001 és 2005 között. Lekérdezve az adatokat az OEP rendszeréből, rendre magasabb esetszámokat lehetett tapasztalni minden évben, mint amit szintén hivatalos úton egy másik hatóság, az OMMF honlapján statisztikaként közzé tett. Az OEP és az OMMF baleseti esetszámait a számok megjelölésével a III. sz. tábla és az 5. sz. ábra mutatja be.

III. sz. tábla: OMMF és OEP adatok eltérése a munkabalesetek éves számaiban

Év	Munkabalesetek számának alakulása	
	OMMF adatok szerint (db)	OEP adatok szerint (db)
2001	25 536	33 965
2002	25 284	31 753
2003	25 745	40 636
2004	23 872	36 876
2005	23 971	29 702

Forrás: OMMF [48.] és OEP [25.]

5. sz. ábra: OMMF és OEP adatok eltérése a munkabalesetek éves számaiban (darab)



Forrás: III. sz. tábla adatai. OEP adatok: felső grafikon; OMMF adatok: alsó grafikon.

A III. sz. tábla adatai természetesen elég régiiek, emiatt fontos felhívnom a figyelmet arra, hogy csupán az OEP és OMMF nyilvántartások adatai közti eltérések arányait érzékeltetni kerültek megjelenítésre. Az OEP munkabaleseti létszámadatai szintén a célzott adatlegyűjtés részeként kerültek kinyerésre, és a legfrissebb adatok 2005-ig terjedtek, újabb hasonló jellegű adatgyűjtés az időigényesség miatt nem történt. A számszaki és tudományos jellegű következtetések levonására frissebb, 2010-ig terjedő adatsor kerül a későbbi táblázatokban megjelenítésre, mivel ezek az OMMF részéről mindvégig folyamatosan rendelkezésre álltak. A láthatólag egymásnak ellentmondó adatok feloldása a megjelenített adattartalom

megértésében rejlik. A munkabalesetek tekintetében más-más hatállyal bír e két szervezet, így adataikat is más-más érintett körben gyűjtik. **Az OMMF adatbázisa kevésbé széles kört érint.** [49.] Ebbe csupán az alkalmazotti jogviszonyban dolgozók, és a munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések értendők bele. **Az OEP szélesebb hatállyal rendelkezik, ott az egyéni vállalkozók, és a munkába járás során szerzett balesetei is részei a statisztikáknak,** valamint benne vannak a 3 napnál rövidebb keresőképtelenséggel járó munkabalesetek is. A disszertáció az OMMF adatokkal dolgozik, mivel azok hivatalos és nyilvános statisztikai kimutatás részei, így adatlegyűjtési hibahatárral nem számol. További indok az OMMF adatok választása mellett az, hogy az OEP a disszertáció befejezéséhez szükséges 2005-2010 évi adatok előállítását rövid határidőre nem tudta vállalni saját informatikai rendszeréből. Így csupán 2005-ig állt rendelkezésre homogén adatbázis, míg az OMMF adatok a teljes 10 évre rendelkezésre álltak. Harmadik indoka az OMMF adatok választásának az, hogy a legtöbb KSH adat is ezeket a számokat használja, viszonyítás alapnak is szélesebb körben elfogadott és ismert, mint az OEP adatok, melyeket csupán a szakterülettel közvetlenül foglalkozó és a belső informatikai rendszerhez hozzáférő szakemberek ismerhetnek. Fentieknek megfelelően a disszertációban igen **sok helyen** egyes mutatószámok, tapasztalati indikátorok hiányában **statisztikai becslések kapnak helyt,** melynek megválasztása azonban minden esetben körültekintően és a lehetőségekhez alkalmazkodóan történt. A becslés más, korábban hasonló témában keltezett, jelen kutatómunkában is lehvivatkozott tanulmányokban is elfogadott módszerként szerepelt. Az általam alkalmazott módszertan részletes leírása az 5.2.2-es fejezetben történik meg, még a konkrét adatok bemutatása és elemzése előtt.

5.1.2 Disszertációban kiadási (kihatási) szintek fogalmai

Bármekkora jelentőségű és fajsúlyú gazdasági eseménynek kihatása van az egész nemzetgazdaságra. A tanulmányban megkülönböztetésre kerülnek a munkabaleset-biztosítás közvetlen kiadásai és a balesetek következtében nemzetgazdaságot érő összességében kifejezhető további gazdasági terhek is.

- **Közvetlen kiadás** a baleseti esemény bekövetkezése miatt közvetlenül annak enyhítése, orvoslása, a jogszerű járandóságok és kártérítések kifizetése céljából felmerült, bármely érintett államháztartási szereplő, illetve maga az egyén által megvalósított közvetlen kiadást jelent. (5.2. fejezet)

- **Haszonáldozat-költség**²⁹ a munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések bekövetkezése miatt megjelenő összegszerűsíthető veszteség, mely a nemzetgazdaságra az aggregált fogyasztásban és az állami bevételek volumenében beállt változás formájában hat, így a balesetek járulékos következményeit jelenti. A jelenség leginkább az egyén baleset következtében megváltozott fizikai állapota, munkabíró képessége, jövedelmi viszonyai, összefoglalóan „életminőség-változása” miatt jelentkezik, befolyásolja az aggregált fogyasztást, a nemzeti adók volumenét, az egészségügyi ellátások szerkezetét és nem utolsósorban a nemzet potenciális kibocsátását. A közvetlen kiadásokkal összegezve a haszonáldozat-költséget, együttesen megadják a teljes, nemzetgazdaságra nehezedő gazdasági terhet. (5.3. fejezet).
- **Nemzetgazdasági teher:** a közvetlen kiadások és a haszonáldozat-költség pénzben kifejezhető, nemzetgazdaság egészét érintő kihatás teljes összege. (5.4. fejezet).

A közvetlen kiadások tételei konkrétan a következők:

- Baleset miatt teljesített egészségügyi szolgáltatások (természetbeli ellátások) kiadásai,
- Balesettel összefüggő gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz támogatás, utazási támogatás összegei,
- Baleseti táppénz és járadék kifizetések,
- Megítélt rokkantsági nyugdíj.

Haszonáldozat-költség dolgozatban vizsgált tételei a következők:

- GDP csökkenés jövedelemváltozások miatt,
- Állam kieső adó- és járulékbévételei,
- Változások a fogyasztói szokásokban.

Természetesen kiterjesztett értelemben a haszonáldozat-költséghez más, megváltozott életminőséggel összefüggően megjelenő társadalmi terhek is hozzáadódnak, melyek sokszor nem is számszerűsíthetők. A dolgozat hivatkozott fejezetei ettől függetlenül, számadatok hiányában is felhívják ezekre a figyelmet.

²⁹ Ezek a makrogazdasági hatások azért nevezhetők haszonáldozat-költségnek (angol eredeti fogalom megnevezése: „opportunity cost”), mert nem jelentkeznének, ha egy kedvezőbb gazdasági alternatíva valósulna meg, amelyben – szélsőséges példával élve – egyáltalán nem lennének munkabalesetek. [85.] Ekkor ez a haszonáldozat-költség nullával lenne egyenlő, mivel ha nincs egyetlen munkabaleset sem, akkor ennek következtében egy fillér közvetlen kiadás sem merül fel, illetve így további átgűrűző hatása sincs a nemzetgazdaságra.

5.1.3 Fókuszterületek

A 5.1.1-es fejezet fogalmi magyarázata jól érzékelteti, hogy akár csak a közvetlen kiadások területén maradva is **jókora hányadú statisztikai és szakértői becslés szükségeltetik** egyetlen – akár hibátlan logikai elv mentén értelmezhető – következtetés számszaki megalapozottságának alátámasztásához. Különösen nehéz feladat a számítások **használdozat-költség** területére történő kiterjesztése, ahol szemben a közvetlen kiadások esetében tapasztalható viszonylag strukturált adatgyűjtésre, ilyen jellegű **adathalmazok még megközelítő pontossággal sem állnak rendelkezésre.**

Minden alapadat körüli viszonylagosságot érzékelve, a kutatási eredmények elvitathatatlan értéke maga a kialakított „logikai lánc”. E logikai lépéssorozat mentén, teljesen pontos adatokat feltételezve³⁰ ideális esetben (az összes alkalmazott becslést kiküszöbölve) abszolút pontos eredmények állhatnának, és egy napon talán állnak is majd a döntéshozók rendelkezésére.

A **kutatómunka elsősorban** az egészségpolitikai döntéshozók számára is könnyen érthető és felhasználható **hozzáadott érték előállítására koncentrál.** Ezért elsődlegesen azzal a kérdéssel foglalkozik, hogy az államháztartás számára **egy adott évben mekkora összegű kifizetést jelent a munkabaleset-biztosítási gyakorlat finanszírozása?** Ezt a kérdést kiterjeszti természetesen a **közvetlen kiadások, a használdozat-költség, és a teljes nemzetgazdasági teher szintjére** is, hiszen azok együttes hatása jellemzi igazán az alkalmazott munkabaleset-biztosítási gyakorlat nemzetgazdaságra lecsapódó terheit.

A kutatómunka másodlagosan azt kívánja megmutatni, hogy az éves kiadások összegéből **csak az egyes években keletkező új munkabalesetek önmagukban mekkora hányadot képviselnek,** milyen összegű kiadást jelentenek? Mekkora egy bekövetkezett **átlagos munkabaleset kiadása,** azaz milyen teherrel lehet kalkulálni minden egyes újabb munkabaleset bekövetkezte esetén?

Harmadlagos fókuszterület a **magyar pénzügyi-statisztikai adatok nemzetközi adatokkal történő összehasonlítása** és a jelentkező eltérések lehetséges okainak latolgatása. Emiatt az adatok nem standardizált formában kerülnek összehasonlításra. Ennek indoka mintegy

³⁰ Amennyiben a következtetési logika és a gondolatmenet megállja helyét, ehhez hozzá lehet igazítani egy strukturált adatgyűjtést a jövőben, mely ha sikerül a kellő garanciákat is az adatközlés pontosságával szemben érvényesíteni, akkor teljesen megbízható eredményt adhatnának.

orientálni a döntéshozókat az eltérések megértésére, és a „jobb gyakorlat” ún. „**best practice**” átvételére. A megfelelő nyers különbségek csupán nem standardizált adatok egymás mellett szerepeltetése esetén érik el figyelemfelhívó hatásukat. Erről a 6. fejezet szól.

Végül maga a kutatómunka megfogalmazza a magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat szakmai nagyságaitól, az adatok elemzéséből konzisztencia vizsgálat alapján levonható legfontosabb tény következtetéseket, értelmezhetőségüket és a szükséges teendőket.

5.2 Közvetlen kiadások

5.2.1 Kétféle megközelítés a számításokban

Az 5.1.2. fejezetben fogalomként bemutatásra került közvetlen kiadások és a használdozat-költség is további 2-2 közgazdasági értelmezésben nyerhetnek értelmet. Az 5.2.3-as és az 5.2.4-es fejezetek szemléletbeli megközelítései közti eltérés kissé szakmaiabban a következők szerint foglalható össze:

- Az első megközelítés leginkább a könnyebb érthetőség végett az **”tárgyévi”** megközelítés elnevezést kapta, mert a balesetek keletkezésétől függetlenül a **tárgyévben munkabaleset-biztosításra fordított kiadások** összességét jelenti. Függetlenül attól, hogy egyes éveknek mekkora volt a baleseti ellátórendszer terheit növelő hozzájárulása, tárgyévben összességében mekkora kiadások jellemezték a munkabaleset-biztosítási gyakorlatot a már görgetett és tárgyévben jelentkező, kifizetését tekintve tárgyévben realizálódó kiadások összessége figyelembe vételével. Tehát a „tárgyévi” megközelítés megadja, hogy **mennyibe került a munkabaleset-biztosítási gyakorlat fenntartása egy adott évben** a magyar adófizetők számára. Ebből kiderül, hogy a számításoknál törekvés volt olyan adatbázisok alkalmazására, melyek adataikat tekintve egy adott pénzügyi évre vonatkoztak. Klasszikusan ilyen források az államháztartás pénzforgalmi, főkönyvi beszámolóí és az ezek mögött álló magyarázó adathalmazok. Emiatt került kiválasztásra a „tárgyévi” jelző, mint a számítási megközelítés megkülönböztető elnevezése.
- A második megközelítés az **„új balesetek”** jelzőt kapta, mert arra koncentrált, hogy **az adott évben keletkező üzemi balesetek és foglalkozási megbetegedések mekkora**

kiadásokkal járnak. Ez azt jelenti, hogy nem számolva a „megszűnő eseteket”³¹ évről-évre ennyivel nő a nemzetgazdaság kifizetése a munkabalesetekkel kapcsolatban. Ezen számítások alapján az is kimutatható, hogy mennyibe kerül a nemzetnek minden egyes újonnan bekövetkező átlagos baleset, tehát **mennyi a tárgyévben keletkezett balesetek új balesetek kiadás-hozzájárulása a munkabaleset-biztosítás összes kiadásához.** Ebből kiderül, hogy a számításoknál erős törekvés volt olyan adatbázisok alapul vétele, mely adataikat tekintve egy adott évhez köthetők. Emiatt találtam ki ezen számítási megközelítés rövid jellemzésére az „új balesetek” elnevezést.

Leginkább érthető és legbeszédesebb adat az egyes években munkabaleset-biztosításra kifizetett teljes összeg, ezért az elemzések és az adatok bemutatása ezen, az általam „tárgyévi” szemléletnek elnevezett megközelítés mentén kezdődik. Az 5.2.3-as fejezet erről szól (5.2.2.1. fejezet: módszertan). Az 5.2.4-es fejezetben (5.2.2.2. fejezet: módszertan) ezek a számítások módosulnak azokra a számadatokra, melyek az egyes években újonnan keletkező munkabalesetek átlagkiadását jelentik, ezt a megközelítést „új balesetek” szemléletnek neveztem el. Ezek a kiadás adatok költségkalkulációs eljárásokhoz döntéshozói szinten kiválóan használhatók. Az 5.3-as fejezet a használdozat-költséggel foglalkozik, csupán egy szempontból, azaz csak az egyes években lecsapódó, makrogazdaságba átgyűrűződő terhet számszerűsíti, már nem foglalkozik külön az új balesetek miatti terhek jelentkezésével. Ennek megállapításához ugyanis nem sikerült találni egy szakmailag is védhető becslési módszert, és hibás következtetések roppant kockázatot rejtenek magukban, mely a disszertációt tekintve felvállalhatatlan. Az 5.4-es fejezet egyesíti a közvetlen kiadásokat a használdozat-költséggel, melyből a teljes nemzetgazdasági teher válik láthatóvá.

5.2.2 Alkalmazott módszertan bemutatása

Jelen fejezetben bemutatásra kerülő módszertan talán a tudományos munka önmagában is értékelhető, legjelentősebb eredménye. A módszertan saját szellemi termék, melyhez azonban természetesen minden lehetséges irodalmi és szakértői segítség igénybe vételre került, ezek lehivatkozása a megfelelő helyeken megtörtént. Tekintettel arra, hogy a primer adatgyűjtésen túl az adatok előállítása olykor szekunder adatforrásra hivatkozva, vagy statisztikai/szakértői

³¹ Megszűnő eset balesetbiztosítási juttatások rendszeréből bármilyen oknál, jogcímnél fogva kikerülő eseteket jelenti, melyekre a transzfereket a megszűnés pillanatától már nem kell tovább fizetni.

becslést alkalmazva történt meg, az alkalmazott módszertan ismertetésénél előljáróban két fontos tényre, mint az adatok előállításánál soha figyelmen kívül nem hagyott megközelítésre szükséges a figyelmet felhívni:

- A számításokban statisztikailag elfogadható pesszimista megközelítés elve érvényesül. A kiadások nem túl, hanem alulbecsültek, jelezve azt az összeget, mely a legóvatosabb kalkulációk szerint is legalább felmerülnek. („Legalább ennyi” elv.)
- Ahol elfogadható becslések, adatsorok szerepeltek szekunder adatforrásokban, ezek átvételére sor került. Ebben az esetben a módszertani fejezetben a szekunder adatforrásban használt, egyetértést feltételező logika került ismertetésre.

5.2.2.1 „Tárgyévi” szemléletben történő adatalkotás módszertana

Ebben a fejezetben az VIII. és IX. sz. táblák soraiban található, elemzések alapjául szolgáló adatok előállításának módszertana, ennek megfelelően az egyes adatok értelmezhetősége kerül ismertetésre.

1 sor: háziiorvosi ellátás kiadásai.

A táblázatok 1. sora az Egészségbiztosítási Alap munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések kezelése érdekében felmerült háziiorvosi kiadásait számszerűsíti. Ezen összegek előállítása 2001. és 2005, valamint 2006 és 2010 az adatokhoz való hozzáférés eltérő lehetőségei miatt eltérő módon történt. 2001 és 2005 közti adatok, vagyis az VIII. sz. tábla adatai a következőképpen kerültek előállításra:

1. A kiinduló adatok forrása minden esetben a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények Egészségbiztosítási Alap költségvetését számszerűen bemutató mellékletei voltak, melyek a tárgyévi módosított előirányzatok tényleges teljesülését mutatják be „tárgyévi” szempontból. [20.] [21.] [22.] [23.] [24.]
2. Egy beteg legalább 2 alkalommal fordul háziiorvosához szakértői becslés szerint: 1.) amikor táppénzre kiírja és rendelésre beutalja, valamint 2.) amikor a leleteket áttekintik és táppénzről elbocsátja. A kétszeri találkozás csupán rövid és teljesen kis kockázatú megbetegedések esetén állja meg a helyét. Súlyosabb balesetek és hosszabb táppénz esetén inkább a négyszeri találkozás a valószínűbb, hiszen a háziorvos a gyógyulás folyamatában is konzultál a beteggel. Az üzemi balesetek átlagos táppénzes

ideje hosszabb, mint a nem üzemi megbetegedéseké [25.] és tapasztalat szerint reálisan átlagos négyszeri háziiorvosi vizit számolható egy-egy munkabalesetet szenvedett személy esetén.³²

3. Úgy kapható meg az adott év munkabalesetek vonatkozásában létrejött orvos-beteg találkozásának száma, hogy a munkabalesetet szenvedett személyek száma [25.] összeszorzásra kerül a négyszeri háziiorvosi vizittel. (A KSH Egészségügyi Évkönyvében megtalálhatók a háziiorvosok által ellátott esetszámok. [26.]
4. A balesetek 3. lépés szerint számolt vizitszámát az összes háziiorvosi esetszám [26.] arányában kifejezzük, és ezzel a számmal arányosítjuk az adott év háziiorvosi ellátásának finanszírozási összegét. [20.] [21.] [22.] [23.] [24.] Az arányosítási viszonyszámok az egyes években a következőképpen alakulnak: „balesetek esetszáma osztva a háziiorvosok által ellátott teljes esetszámmal” 2001-ben 0,257%, 2002-ben 0,257%, 2003-ban 0,29%, 2004-ben 0,258%, 2005-ben 0,225%.
5. A munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések érdekében felmerült háziiorvosi kiadásoknak tekinthető összeget úgy kapjuk meg, hogy az 5. sz. lépés szerint rendelkezésre álló arányszámokkal megszorozzuk az egyes évek teljes háziiorvosi kiadásait. Az így kapott összegek szerepelnek az VIII. sz. tábla 1. sorában.

A fent bemutatott arányosítás szakmai alapja az, hogy a háziiorvosi praxisok finanszírozása alapvetően az ellátott létszám nagyságán alapszik, ezt módosítja bonyolult egyenletben néhány „szorzó” (minőségi paraméter), de figyelembe vételre kerül az „orvos-beteg találkozó”, vagyis az ellátott esetszám is. Kontrollerként gondolkodva, amennyiben szükséges kiadás-arányosítást végezni a háziiorvosi kiadások egyik, vagy másik tevékenység részére felszámolható kiadási hányad meghatározása érdekében, akkor ezt legcélszerűbb módon a mérhető aktív teljesítmények alapján kell elvégezni. Ez jelen esetben a „balesetek esetszáma az összes esetszám arányában kifejezve”, mely elfogadható közelítéssel kifejezi a háziiorvosi finanszírozásból a balesetekre jutó összeget.

2006 és 2010 közt az óvatosság elvét alkalmazva, valamint az 5 éves idősor 10 éves teljes idősor hosszához mért részarányát meghatározónak tartva került sor az adatok előállítására. Az előállított adatokat a IX. sz. tábla 1. sora tartalmazza. Az alkalmazott módszertan a fenti számozott felsorolásból átvette az 5. pontban 2005-re kiszámolt munkabaleset-biztosítási

³² Szakértői becslés: Dr. Soltész Katalin OEP, OOSZI.

gyakorlat érdekében felmerült háziiorvosi kiadások teljes költségvetési soron megjelenő kiadásához viszonyított arányszámot, a 0,225%-ot. Ez volt az 5 évre kiszámolt együtthatók legkisebbike, emiatt alkalmas volt arra, hogy a kiadásbecslés ne történjen meg túlzó módon. Maga a kiadásbecslés az 1. számozott pontban lehivatkozott adatbázison került végrehajtásra, értelemszerűen azzal a különbséggel, hogy az alap adatok forrásai a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [58.] [59.] [60.] [61.], illetve a költségvetési törvény [62.] voltak. Ezekből kerültek arányosításra a munkabaleset-biztosítás érdekében felhasznált összegek. Az összegeket a IX. sz. tábla 1. sora tartalmazza.

2. sor: mentés és betegszállítás kiadásai.

A táblázatok 2. sora tartalmazza az adott években üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedés kapcsán igénybevett mentés és betegszállítás OEP által kifizetett ellenértékét. Ezen összegek előállítására 2001. és 2005, valamint 2006 és 2010 az adatokhoz való hozzáférés eltérő lehetőségei miatt eltérő módon történt. 2001 és 2005 közti adatok, vagyis az VIII. sz. tábla adatai a következőképpen kerültek előállításra:

1. 2001-2005 időszakra kigyűjtésre került az üzemi balesetet vagy foglalkozási megbetegedést szenvedett, baleseti táppénz igénybevételére jogosult személyek köre, a teljes „TAJ³³ kör” által tárgyévben igénybevett mentési és betegszállítási szolgáltatások teljes összege. [25.] Ezek az adatok az OEP KMR és Adattárház rendszereiből (informatikai rendszerek) származnak, és a tárgyévben üzemi balesetek által érintett teljes TAJ kör által tárgyévben igénybevett mentési és betegszállítási szolgáltatások teljes összegét tartalmazzák.
2. Mivel azonban az egyes személyek a tárgyévben úgy is igénybe vehettek ilyen szolgáltatásokat, hogy az már nem, vagy még nem a balesettel összefüggésben történt, ezért e számadatot pontosítani volt szükséges a ténylegesen munkabaleset-biztosítási gyakorlat érdekében igénybevett és az OEP által megfinanszírozott szolgáltatások összegére.
3. Szintén az OEP adatai alapján megállapítható volt, hogy a tárgyévben balesetet szenvedettek közül hány személy került fekvőbeteg (aktív vagy krónikus) intézménybe. [25.] A TAJ számokhoz tartozó szolgáltatás-igénybe vételi adatok

³³ TAJ = társadalombiztosítási azonosítási jel. Minden magyar biztosított állampolgár rendelkezik ilyen azonosítóval. Továbbiakban a TAJ rövidítés kerül használatra a szövegben.

alapján a fekvőbeteg intézménybe kerültek közül megállapítható volt, hogy ki vett igénybe mentést és betegszállítást, illetve azt milyen összegben. [25.] Ok-okozati összefüggést 100%-nak vettem: aki fekvőintézménybe került és volt betegszállítása, mentése, az valószínűleg kizárólag a balesetével kapcsolatban vette azt igénybe.

4. Ezt figyelembe véve is, a számok ily módon történő meghatározásakor számszaki kompromisszumkötésre került sor: a feltételezés statisztikailag kiegyensúlyozott „tévedési lehetőséget” tartalmaz. Annak feltételezése, hogy mindenki, aki üzemi baleseténél fogva fekvőbeteg intézménybe került és a tárgyévben kizárólag balesetéből kifolyólag vette igénybe a betegszállítást és mentést ugyan túlzó lehet, ellenben nem számolunk azokkal, akik járóbeteg intézmény megközelítéséhez vették igénybe a betegszállítást. Ily módon a pozitív illetve negatív irányú esetleges „tévedések” kiegyenlíthetik egymást. Így kapott összegek szerepelnek az VIII. sz. tábla 2. sorában.

2006 és 2010 közt az óvatosság elvét alkalmazva, valamint az 5 éves idősor 10 éves teljes idősor hosszához mért részarányát meghatározónak tartva került sor az adatok előállítására. Az előállított adatokat a IX. sz. tábla 2. sora tartalmazza. Az alkalmazott módszertan alapja a **súlyozott arányosítás** volt. 2001 és 2005 közötti időszakban a fentiek szerint adott volt az OEP által szolgáltatott, direkt a munkabaleset-biztosítási gyakorlattal kapcsolatban felmerült mentés és betegszállítás kiadásai. Ez a kiadási összeg kifejezhető volt minden évre a mentés és betegszállítás éves költségvetési teljes összegének arányában annak hányadosaként. Tehát kifejezhető volt, hogy a munkabaleset-biztosítási érdekből igénybe vett ellátások kiadása mekkora részét adja ki a teljes költségvetési tételnek. Ebből az óvatosság elvén a 2005-ös (legutolsó) arányszámot alapul véve megkaptam az **arányosítási szorzót**. Mivel azonban a baleseti esetszám évről-évre változott, márpedig ezen változásnak ráhatása van a mentési és betegszállítási szolgáltatások igénybevételének mennyiségére, így meg kellett alkotni egy súlyt is, mely az egyes években a baleseti esetszám változásait is figyelembe véve módosítja az egyszerű arányosítással kiszámolt összegeket. A **súlytényező** úgy került meghatározásra, hogy a tárgyévi baleseti esetszám elosztásra került a 2005-ös esetszámmal, a viszonyítási alappal. Minden év adata az OMMF kimutatásokban megtalálható volt (ld.: X. sz. táblázat). A képlet ennek megfelelően a következőképpen alakult:

$$\text{Éves adat} = [\text{alap adat}] \times [\text{arányosító tényező}] \times [\text{éves súlyszám}]$$

Ami tovább egyenlő:

<u>Aktuális M+B zárszám adat</u>	X	<u>BBGY M+B 2005</u>	X	<u>Esetszám aktuális</u>
		M+B 2005 zárszám		Esetszám 2005

A képletben használt rövidítések a következőket takarják:

- „Éves adat” = az az adat, melyet az adott évre keresünk, előállítani akarunk.
- „Aktuális M+B zárszám adat” = az alap adat, amin az arányosítást az adott évre elvégezni szükséges. Itt (mentés, betegszállítás) az adott tárgyév költségvetésének végrehajtásáról szóló törvény (zárszámadási törvény) mentési és betegszállítási (M+B) teljes költségvetési összege.
- „BBGY M+B 2005” = Munkabaleset-biztosítási gyakorlat érdekében felmerült (BBGY) mentési és betegszállítási kiadások (M+B) összege 2005-ben. Ez az „arányosító tényező” számlálója.
- „M+B 2005 zárszám” = Mentési és betegszállítási (M+B) teljes kiadás a 2005-ös költségvetési évet lezáró zárszámadási törvényben (zárszám). Ez az „arányosító tényező” nevezője.
- „Esetszám aktuális” = az OMMF által megadott munkabaleseti esetszám az adott évre vonatkozóan. Ez az „éves súlyszám” számlálója.
- „Esetszám 2005” = az OMMF által 2005-re vonatkozóan megadott munkabaleseti esetszám. Ez az „éves súlyszám” nevezője.

A képletbe behelyettesítve az értelemszerű összegeket, 2006 és 2010 közti időszakra is elfogadható összegek kerülhettek előállításra a mentés és betegszállítás kiadásaiként. Az arányosítás alap adatainak forrásai a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [58.] [59.] [60.] [61.], illetve a költségvetési törvény [62.] voltak. A fenti módon ezekből kerültek arányosításra a munkabaleset-biztosítás érdekében felhasznált összegek. A kialakult számok a IX. sz. tábla 2. sorában találhatók.

3. sor: fogászati szakellátás kiadásai.

A teljesség igényére törekedve, szakmai alaposságból nem hagyhattam ki a kiadási tételek közül a fogászati szakellátást sem, így helyt kapott a felsorolásban. Azonban a fogászati

szakellátás kiadásainak megállapításához nem sikerült olyan egyértelmű összefüggést találni, mely szakmailag feltétlenül vállalható, és ekképpen a módszer segítette volna annak megítélését, hogy munkabaleset-biztosítási érdekkörben éves szinten mekkora összeg esik a fogászati ellátásokra. Az VIII. és IX. sz. táblázat 3. sorában emiatt, és az 5. fejezet bevezető szakaszában ismertetett óvatosság elve miatt rendre nulla összeggel szerepel.

4. sor: járóbeteg szakellátás kiadásai.

Az adott években üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedés összefüggésében igénybevett járóbeteg szakellátási teljesítmények OEP által kifizetett ellenértékét az VIII. sz. táblázat 4. sora tartalmazza. Az összegek meghatározása a következők szerint történt:

1. Kigyűjtésre került az adott években baleseti érdekkörben igénybevett járóbeteg szakellátási szolgáltatásokra az OEP által kifizetett teljes finanszírozás összeg. [25.]
2. A teljes, így érintett TAJ kör által igénybe vett járóbeteg szakellátások csupán 70%-a tekinthető közvetlenül a baleset okából kifolyólag igénybe vettnek, míg a fennmaradó 30% más megbetegedés miatt került felhasználásra az OEP szakértői becslése alapján.
3. A kiinduló adatokat megszorozva a szakértői becslés 70%-os arányszámával kerültek előállításra a balesetek érdekében igénybe vett szolgáltatások finanszírozási összegei. Ezeket az VIII. sz. tábla 4. sora tartalmazza.

Járóbeteg szakellátás kiadásai csupán 2001 és 2005 közt voltak előállíthatók, mivel a költségvetési törvényekben 2006-tól az E-Alap költségvetésének „összevont szakellátás” sorában több más, 2005-ig önálló költségvetési tétellel együtt összevonva szerepel a finanszírozás összege. Az összevont szakellátás a korábbi CT és MR, krónikus fekvőbeteg ellátás³⁴, járóbeteg szakellátás és a fekvőbeteg szakellátás összegeit tartalmazza. Ezért a IX. sz. táblában, 2006 és 2010 közt „0” összeg szerepel a 4. sorban.

5. sor: aktív fekvőbeteg ellátás kiadásai.

2001 és 2005 közötti évekre az üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedés összefüggésében igénybevett aktív fekvőbeteg szakellátás kiadásait az VIII. sz. táblázat 5. sora tartalmazza. Az összegek előállítása a következők szerint történt:

³⁴ Az összevont szakellátás költségvetési sora a krónikus fekvőbeteg ellátás összegeit csak 2007-től kezdődően foglalja magában.

1. Az adott években üzemi balesetet vagy foglalkozási megbetegedést szenvedett, baleseti táppénz igénybevételére jogosult teljes TAJ kör által tárgyévben igénybe vett fekvőbeteg szakellátási szolgáltatásokra az OEP által kifizetett finanszírozás összege ismert volt a célzott adatgyűjtésnek köszönhetően. [25.]
2. Minden TAJ esetében figyelembe vételre került a baleseti táppénzes napok száma. [25.] Az OEP szakértői becslése alapján is jóváhagyott logikai megközelítés szerint a 0-14 napig terjedő baleseti táppénz halálos kimenetelű, vagy éppen gyors lefolyású kevésbé súlyos eseteket fed, emiatt az ezen személyek által igénybe vett fekvőbeteg ellátás jó eséllyel nem a munkabalesethez köthető. A 15-29 napos táppénzes balesetek esetében szintén nincs meg a megfelelő regenerációs idő egy-egy műtétet követően, illetve a krónikus ellátások ennél több időt is igénybe vehetnek. Emiatt itt szintén elhanyagolható az esetleges igénybe vett fekvőbeteg ellátás. 30 napot meghaladó táppénzes esetekben azonban megtérítési és ellenőrzési tapasztalatok alapján legalább 1/3 arányban az igénybe vett fekvőbeteg ellátások a balesetek érdekében történtek.
3. A 30 napon túli táppénzes napok alapján az esetek kiválogatásra kerültek, és az ezek által igényelt aktív fekvőbeteg ellátások összege 33%-kal arányosításra került. Ezek az adatok kerültek az VIII. sz. tábla 5. sorába.

Aktív fekvőbeteg szakellátás kiadásai csupán 2001 és 2005 közt voltak előállíthatók, mivel a költségvetési törvényekben 2006-tól az E-Alap költségvetésének „összevont szakellátás” sorában több más – 2005-ig önálló – költségvetési tétellel együtt összevonva szerepel a finanszírozás összege. Az összevont szakellátás a korábbi CT és MR, krónikus fekvőbeteg ellátás, járó- és fekvőbeteg szakellátás összegeit tartalmazza. Ezért a IX. sz. táblában, 2006 és 2010 közt „0” összeg szerepel az 5. sorban.

6. sor: esetfinanszírozott ellátások kiadásai.

2001-2005 közti időszak adat előállítási módszere ebben az esetben is különbözik a 2006-2010-es időszakétól. 2001-2005 időszakra az adott években üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedés összefüggésében igénybe vett esetfinanszírozott beavatkozások (továbbiakban: EFI) OEP által kifizetett ellenértékét az VIII. sz. táblázat 6. sora tartalmazza. Az esetfinanszírozott egészségügyi beavatkozások az OEP által szolgáltatott statisztikai adatokból külön kiemelésre kerültek. Ezen beavatkozások tekintetében vélelmezhető, hogy

amennyiben baleseti okból kifolyólag fekvőbeteg intézményben megfordult adott tárgyévben az illető, akkor aligha tért oda vissza ilyen súlyos beavatkozás miatt még egyszer úgy, hogy az ne a baleset folyománya lenne. Ennek megfelelően a balesetes személyek által igénybevett, tárgyévben OEP által megfinanszírozott esetfinanszírozott ellátások csaknem 100%-os biztossággal a balesetek érdekében felmerülő beavatkozásnak minősíthetők. Ezt az OEP szakértői becslése is alátámasztja. EFI összegeket az VIII. sz. tábla 6. sora, tartalmazza fentieknek megfelelően. [25.]

2006-2010-es időszakra vonatkozóan nem álltak rendelkezésre kiinduló adatok sem a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvényekben, sem a költségvetési törvényekben, sem az OEP által legyűjtött módon, vagy más internetes elérhető statisztikai kimutatáson keresztül. Ennek pótlása, és a számok ezzel a kihívással együtt vett elfogadható minőségben történő előállítása nem kis fejtörést okozott. Az OEP általi célzott adatlegyűjtés erre az időszakra több okból sem volt lehetséges. Egyrészt ahogy arról az 5. fejezet elején szó volt, az adatgyűjtés időigénye 2001-2005 vonatkozásában mintegy másfél évet vett igénybe, valamint természetesen engedély- és díjköteles volt. A disszertáció befejező szakaszában ennyi idő és anyagi erőforrás nem állt rendelkezésre, noha frissebb adatokra szükség volt. Ennek megfelelően szakmailag és számszakilag is elfogadható statisztikai becslési módszer alkalmazása vált szükségessé. A becslés módszereként a „mentés és betegszállítás” módszertani ismertetésében bemutatott súlyozott arányszámítás módszere került kiválasztásra és alkalmazásra egyetlen lényeges különbséggel: az alap adatok a vonatkozó időszak éveire nem álltak rendelkezésre. Ennek megfelelően az alap adatok pótlásáról is gondoskodni kellett. Az EFI a teljes kiadások közül roppant csekély részarányt³⁵ képvisel. Összege az EFI ellátások speciális volta miatt nem mutat szoros korrelációt a baleseti estszámmal. Ezen két indok miatt kiinduló alapadatként a 2005-ös EFI adat került kiválasztásra, és az inflációs indexszel korrigálva minden további év alap adata ez lett. Emiatt bármekkora statisztikai hibahatás is jellemezze ezt a becslési módszert, érdemben sem a teljes TB ráfordításokat, sem az abból levonható következtetéseket nem befolyásolja. A mentés- betegszállítás módszertanánál bemutatott képletből tehát az alap adat a 2005-ös EFI összeg volt, az arányosító együttható az inflációs ráta, az éves súlyozó tényező pedig a baleseti

³⁵ Megjegyzendő, hogy az utolsó olyan évben, 2005-ben, amikor az adatok alapadatként is rendelkezésre álltak, a munkahelyi balesetek és foglalkozási megbetegedések érdekében igénybe vett EFI szolgáltatások összege a teljes egészségügyi természetbeni ellátási összegen belül mindösszesen 1,22%-ot képviselt.

esetszám 2005-ös esetszámokhoz mért aránya lett. Az így kalkulált adatok kerültek a IX. sz. tábla 6. sorába.

7. sor: művese kezelés kiadásai.

A művese kiadások előállítása kis mintaszámon végzett tételes ellenőrzés alapján, empirikusnak vett arányszám alapján a zárszámadási és költségvetési törvények alap adatai felhasználásával történt. Az adott évben munkabalesetet (is) szenvedtek TAJ számú emberek által kifejezetten a munkabaleset miatt igénybe vett dialízis szolgáltatás 27,64%-át adta a teljes TAJ kör által más okból is igénybe vett, tehát teljes legyűjtött összegnek. pl.: 2005-ben ez a zárszámadási törvény „művese kezelés” költségvetési sora összegének 0,1094%-át jelentette. Ez az arányszám lett az arányosító tényező, majd minden évben az alap adatok ezzel a számmal kerültek arányosításra. Súlyozó tényezővé csakúgy mint a „mentés, betegszállítás” esetén a baleseti esetszámok 2005 arányában kifejezett hányadosa vált. Alap adatok forrásai a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [58.] [59.] [60.] [61.], illetve a költségvetési törvény [62.] voltak. A művese kezelés összegeinek előállítása Ezen összegek előállítása a teljes vizsgált időszakra vonatkozóan azonos módszerrel történt. Az adatokat az VIII. és IX. sz. tábla 7. sora tartalmazza.

8. sor: CT és MR kezelések kiadásai.

Ezen ellátások igénybe vételéről aligha feltételezhető, hogy egy tárgyéven belül többször is, vagy a baleseten kívüli okok miatt vegye igénybe a munkabalesetet szenvedett, vagy foglalkozási megbetegedésben szenvedő egyén. Ezért az OEP által célzottan legyűjtött adatok [25.] a megadott TAJ kör által igénybe vett CT és MR szolgáltatások vonatkozásában 100%-ban figyelembe vehetők.

Mivel CT és MR szolgáltatás, mint költségvetési tétel csupán 2005-ig szerepelt önállóan, 2006-tól kezdődően ezen ellátások kiadásait az összevont szakellátás összeg tartalmazza. CT és MR ellátások kiadásai 2001-2005 vonatkozásában a VIII. sz. tábla 8. sorában található.

9. sor: krónikus, rehabilitációs ellátás kiadásai.

A krónikus orvosi rehabilitációs ellátás napidíjas finanszírozású és a test képességeinek minél jobb közelítésű visszanyerését szolgálja. Balesetek utáni felépülés szempontjából alapvető

jelentőségű, ha nem a legjelentősebb szolgáltatás. Noha a tevékenység állam általi finanszírozása teljesen eltérő, a CT és MR szolgáltatásokhoz hasonlóan a krónikus rehabilitációs ellátásokról sem feltételezhető, hogy egy tárgyéven belül többször is, vagy a balesetén kívüli okok miatt vegye igénybe a munkabalesetet szenvedett, vagy foglalkozási megbetegedésben szenvedő egyén. Ezért az OEP által célzottan legyűjtött adatok [25.] a megadott TAJ kör által igénybe vett krónikus, rehabilitációs szolgáltatások vonatkozásában 100%-ban figyelembe vehetők. A krónikus, rehabilitációs egészségügyi szolgáltatás, mint költségvetési tétel csupán 2006-ig szerepelt önállóan, 2007-től kezdődően ezen ellátások kiadásait az összevont szakellátás összeg tartalmazza. Krónikus ellátások kiadásai 2001-2005 vonatkozásában az VIII. sz. tábla, 2006 vonatkozásában a IX. sz. tábla 8. sorában található.

10. sor: otthoni szakápolás kiadásai.

A CT és MR, valamint a krónikus szolgáltatásokkal megegyező módon került figyelembe vételre az összeg az OEP által legyűjtött 2001 és 2005 közti adatokból. Indoklás is teljesen megegyező. Adatok az VIII. sz. tábla 10. sorában található.

2006 és 2010 viszonylatában azonban itt is szükség volt az arányosítás módszerére. Módszerében a „mentés, betegszállítás” esetén tárgyalta eljárás került kiválasztásra. Alap adatok forrásai a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [58.] [59.] [60.] [61.], illetve a költségvetési törvény [62.] voltak. Arányosítási együttható a 2005-ös otthonápolási kiadás teljes költségvetési összege arányában kifejezett munkabaleset-biztosítási gyakorlat érdekében figyelembe vehető összeg lett. Súlyszámul az éves baleseti esetszám 2005-ös esetszámhoz viszonyított aránya került kiválasztásra. Adatok a IX. sz. tábla 10. sorában található.

11. sor: labor kiadások.

2001-2005 közt ez a tétel a járóbeteg szakellátás részeként került finanszírozásra és kimutatásra a költségvetési törvényekben. Az OEP legyűjtése sem tartalmazta elkülönített módon a labor ellátás kiadásait. Mivel a járóbeteg szakellátás kiadásain belül ebben az időszakban a laborkiadás fellelhető, így az VIII. sz. tábla 11. sorában „0” összegek szerepelnek.

2006-2010 közt önálló költségvetési tételként jelenik meg a laborszolgáltatások kiadása. Mivel OEP legyűjtött adatok már nem álltak rendelkezésre, itt is szükség volt az arányosítás módszerére. Módszerében a „mentés, betegszállítás” esetén tárgyalta eljárást került kiválasztásra. Alap adatok forrásai a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [58.] [59.] [60.] [61.], illetve a költségvetési törvény [62.] voltak. Arányosítási együttható meghatározása áttételesen történt, ugyanis az előző időszakban a járóbeteg szakellátás összegében jelent meg a laborkiadás is. Ennek megfelelően a finanszírozási és igénybevételi hasonlóság miatt arányosítási alapot a 2005-ös járóbeteg szakellátási kiadás teljes költségvetési összege arányában kifejezett munkabaleset-biztosítási gyakorlat érdekében figyelembe vehető összeg lett. Súlyszámul az éves baleseti esetszám 2005-ös esetszámhoz viszonyított aránya került kiválasztásra. Adatok a IX. sz. tábla 11. sorában találhatóak.

12. sor: összevont szakellátás kiadásai.

Összevont szakellátás a korábbi CT és MR, krónikus fekvőbeteg ellátás, járóbeteg szakellátás és a fekvőbeteg szakellátás összegeit tartalmazza a nevéből adódóan „összevontan”. Az összevonás 2006-tól jött létre, kivéve a krónikus ellátást, melyet csak 2007-ben olvasztottak bele az összevont szakellátás költségvetési sorába. Ezért az VIII. sz. táblában, 2001 és 2005 közt „0” összeg szerepel a 12. sorban.

2006-tól kezdődően az összevont szakellátás kiadásai a „mentés, betegszállítás” esetén ismertett módszer alapján arányosítással került meghatározásra. Az arányosítás alap adatok forrásai a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [58.] [59.] [60.] [61.], illetve a költségvetési törvény [62.] voltak. Arányosítási tényezőként felhasználásra került a 2005-ös CT és MR, krónikus fekvőbeteg ellátás, járóbeteg szakellátás és a fekvőbeteg szakellátás összege. Itt a munkabaleset-biztosítási gyakorlat érdekében felmerült kiadások a teljes költségvetési összegek arányában kifejezve jelentették a mutatószám értékét. Súlyszámként itt is az éves baleseti esetszám 2005-ös esetszámhoz viszonyított aránya került kiválasztásra. A IX. sz. tábla 12. sorába ezek az összegek kerültek feltüntetésre.

13. sor: természetbeni egészségügyi ellátások kiadásai.

Ez a sor összegzi az 1.-12. sorokat, vagyis az egészségügyi természetbeni ellátások kiadásainak összegét mindkét táblában.

14. sor: utazási költségtérítés összege.

Az utazási költségtérítés és az üzemi balesetek között egyértelmű, szakmailag vállalható összefüggést nem sikerült találni, beleértve a Magyarországon fellelhető és általam áttanulmányozott szakirodalmat is. Az utazási költségtérítés és a balesetek közt vállalható összefüggést statisztikailag sem sikerült modellezni, mivel az utazási költségtérítéshez kiadott igénylő lapokon nincs adatfelviteli mező, ahol az igénybe vevőnek nyilatkoznia kellene arról, hogy baleseti ellátás érdekében vette-e igénybe a támogatást. Összegszerű becsléssel, még a 11-es szakirodalomként lehvivatkozott 2002. évben létrehozott Balesetbiztosítási koncepcióban sem találok, ami kellő óvatosságra intett.³⁶ 2001-2010 időszakában az utazási költségtérítés 3,8-6,3 milliárd forint között változik évente, ezért ennek összege nem elhanyagolható. Mégis a fentiek alapján és az óvatosság elve miatt az VIII. és IX. sz. táblázatok 14. sorában rendre nulla összeg szerepel.

15. sor: gyógyszerár-támogatás kiadásai.

VIII. sz. táblázat 15. sora az adott években üzemi balesettel vagy foglalkozási megbetegedéssel összefüggésében igénybevett gyógyszerár támogatások OEP által kifizetett ellenértékét tartalmazza 2001-2005 időszakra vonatkozóan. A számítás logikája a következő:

1. Az OEP által megadott adatokból megállapítható volt az adott évben balesetet szenvedők tárgyévben igényelt gyógyszerár támogatása. Ez célzott statisztikai adatgyűjtésen keresztül állt rendelkezésre az OEP adataiból 2001-2005 vonatkozásában. [25.]
2. A gyógyszerár támogatás rendkívül széleskörűen igénybe vehető. Emiatt kijelenthető, hogy ezen kifizetésfajta meghatározó részét nem a munkabalesetekkel összefüggésben veszik igénybe még azok sem, akik egyébként balesetet szenvedtek. Más

³⁶ Korábbi fejezetben ismertetett „házi orvos-beteg” találkozók számarányában kifejezve a balesetes esetszám az összes esethez mérten 0,2-0,3%, ellenben egyes szakirodalmak ezt 3-5%-ra is becsülik. Ha a legmagasabb arányszámot (5%) vesszük is alapul, az utazási költségtérítéssel kapcsolatban fennálló „tévedés” lehetősége legfeljebb 300 millió forint éves szinten, mely a teljes baleseti ráfordítások alig 1%-a.

megközelítésből ez a kijelentés azzal is indokolható, hogy az ismertté vált foglalkozási megbetegedések töredékét teszik ki a teljes munkabaleseteknek.

3. Az OEP szakértői becslése alapján a munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések érdekében közvetlenül igénybe vett gyógyszerár támogatások a teljes TAJ kör által tárgyévben felhasznált összeg legfeljebb 10%-át teszik ki.
4. Ezzel a 10%-kal került megszorzásra az 1. lépésben hivatkozott összeg, és került feltüntetésre minden tárgyévet illetően az VIII. sz. tábla 15. sorában.

2006-2010 viszonylatában az adatok előállítás érdekében arányosításra volt szükség, tekintettel arra, hogy célzottan legyűjtött OEP adathalmaz már nem állt rendelkezésre. A módszer hasonló, mint a „mentés, betegszállítás” esetében ismertetett módszer. Az arányosítás alap adatok forrásai a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [58.] [59.] [60.] [61.], illetve a költségvetési törvény [62.] voltak. Arányosítási tényezőként felhasználásra került a 2005-ös gyógyszerár-támogatás összege. Itt a munkabaleset-biztosítási gyakorlat érdekében felmerült kiadások a teljes költségvetési összegek arányában kifejezve jelentették a mutatószám értékét. Súlyszámként itt is az éves baleseti esetszám 2005-ös esetszámhoz viszonyított aránya került kiválasztásra. Az így létrehozott összegek a IX. sz. tábla 15-ös sorában kerültek feltüntetésre.

16. sor: gyógyászati segédeszköz támogatás kiadásai.

A gyógyászati segédeszköz támogatást (továbbiakban: GYSE) nem csupán „új balesetesekek”, hanem régebben balesetet szenvedettek is folyamatában igénybe vehetik évről-évre. Az éves viszonylatú adatok szerencsére könnyen fellelhetők a költségvetési törvények zárszámadási törvényeiből, de a költségvetési törvényekben meghatározott „fejlesztésgazdák”³⁷ és intézményeik éves beszámolóiból is. A GYSE esetén minden évre jó kiindulási alap volt a költségvetési törvények zárszámadási törvényeiben fellelhető hivatalos adat. A feladat (kihívás) abban áll, hogy ezen éves költségvetési tételekből meghatározásra kerüljön az a konkrét összeg, amiről elmondható, hogy nem más, mint kizárólag a munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések érdekében vették igénybe. Tehát egy teljes felhasználást tükröző adatszámából kellett megtalálni azt a számot, ami csak a balesetekre jellemző. A GYSE kiadások munkabaleseti célú felhasználására rendelkezésre állt egy kiváló szakirodalom, mely

³⁷ Fejlesztésgazda a költségvetési törvényben nevesített szerv, mely felelős egy-egy költségvetési irányzat betartásáért és annak elszámolásáért.

korábban már megállapított éves szinten felmerülő (tehát a dolgozat fogalmai szerint „tárgyévi” értelemben használható) GYSE összeget. Emiatt a szekunder³⁸ forrásból hivatkozott szám és a teljes éves költségvetési szám arányából került meghatározásra az a szakértői becslés, amivel a dolgozat is számol a teljes időszak, 2001-2010 viszonylatában. Ekképpen a végeredményt, vagyis a GYSE kiadásokat az VIII. és IX. sz. tábla 16. sorai tartalmazzák az egyes évekre vonatkozóan. A számok előállítását a következőképpen történt:

1. Adva voltak a gyógyászati segédeszköz támogatási összegek éves kiadási főösszegei a költségvetési törvények zárszámadási mellékleteiben. Adva volt egy korábbi „Balesetbiztosítási Konceptió”³⁹, mint „szekunder adatforrás” mely szakértői becslést alkalmazva szintén megadott egy 2000. évre vonatkozó releváns összeget.
2. Tehát a hivatkozott korábbi „Balesetbiztosítási Konceptió” a 91. oldalán 27.560 munkabalesetre és foglalkozási megbetegedésre tételes vényellenőrzés alapján 760 millió Ft összegű gyógyászati segédeszköz támogatást állapított meg a 2000. évre vonatkozóan. [11.]
3. 2000-ben a teljes GYSE kiadás a költségvetési törvény zárszámadása szerint összesen 24 Mrd Ft volt. [29.] E két szám arányosítása alkalmas arra, hogy szakértői becslésként elfogadásra kerüljön, és a további évek összegeit hasonló módon meghatározni lehessen.
4. A 760 millió Ft a 24 Mrd Ft-nak 3,17%-a. Tehát ezt a számot, mint megközelítő arányszámot minden évre alkalmazni lehet szakértői becslésként. Ennek megfelelően, a „tárgyévi” megközelítésmód szerint az egyes évek GYSE kiadásai munkabaleseti és foglalkozási megbetegedések okból kifolyólag az VIII. és IX. sz. táblázatokban bemutatott számok szerint alakultak a 2001-2010-es évek időszakában.

VIII. és IX. sz. táblák 16. soraiba bekerült, a fenti kalkulációs séma szerint számított összegeket, valamint azokat a kiadási összegeket, amik alapul szolgáltak az összegszerű arányosításhoz, vagyis a költségvetési törvényekből kerültek lehivatkozásra, a IV. sz. táblázat összehasonlítási céllal szemlélteti.

³⁸Szakkifejezésként használt „szekunder” adatforrás olyan lehivatkozott szakirodalom, melyben alap adatok, vagyis nyers, primer adathalmazok már feldolgozott formában találhatóak. Az alapadatokra épülő számításokat meghatározott módon a szekunder forrás szerzői feldolgozták, és következtetéseket vontak le belőle.

³⁹ [11.]-esként hivatkozott irodalom.

IV. sz. táblázat: Munkabalesetek érdekében felmerült GYSE kiadások folyó áron. (ezer Ft)

Év	Teljes kifizetés	Felhasználás baleseti okkal
A	B	C
2001	25 001 900	791 727
2002	28 915 200	915 648
2003	34 957 500	1 106 988
2004	42 982 600	1 361 116
2005	44 131 700	1 397 504
2006	48 527 300	1 538 315
2007	36 626 100	1 161 047
2008	41 876 700	1 327 491
2009	46 352 400	1 469 371
2010	45 400 300	1 439 190

A IV. számú táblázat adatainak forrása:

„A” oszlop: évek száma

„B” oszlop: a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvényekben található éves teljesült előirányzatok [20.] [21.] [22.] [23.] [24.], [58.], [59.], [60.], [61.], illetve a költségvetési törvény előirányzata [62.] voltak.

„C” oszlop: szakértői becsléssel a fenti módszertan szerint kalkulált, éves teljes kiadási előirányzatból munkabaleset-biztosítás érdekében igénybe vett összegek. A kalkulációs arányszám megállapításához lehivatkozott irodalom: Dr. JUHÁSZ Ferenc és munkatársai: Balesetbiztosítási Konceptió. 91. oldal. Országos Egészségbiztosítási Pénztár, 2002. Budapest [11.]

17. sor: baleseti táppénz kiadás.

Az OEP általi adatgyűjtés 2001 és 2005 közt tárgyévekre történt, a baleseti táppénz kezdő napja szerinti megkülönböztetésben, függetlenül attól, hogy a táppénzes időszak dátumot tekintve mikor ért véget. A baleseti táppénz jogosultság keletkezésének dátuma volt az irányított adatgyűjtési folyamat központi viszonyítási alapja. Az adatgyűjtés szempontjából itt nem számított, hogy a tárgyévben kezdődő táppénzes időszak véget ért-e még ebben a tárgyévben, vagy áthúzódott a következő évre. Ennek megfelelően a baleseti táppénzes adatok forrásadata teljes korrelációban van a tárgyévi balesetekkel, vagyis azok 100%-a vehető figyelembe a balesetekkel összefüggésben. [25.]

Az OEP által legyűjtött adatok a tényleges kifizetéseket tartalmazzák, de csak az adott évben kezdődő új munkabalesetekre és foglalkozási megbetegedésekre vonatkozóan. Nem tartalmazzák az áthúzódó esetek táppénzeit és az esetlegesen visszamenőleges hatállyal

hivatali vagy jogi úton megállapított táppénzeket. A tényleges (zárszámadási törvényekben szereplő) baleseti táppénz kifizetés minden évben meghaladta az OEP által szolgáltatott tárgyévben jogosultságot szerzett egyének számára összességben kifizetett baleseti táppénz összegeket, ugyanis ezekre jogosultságot nem csupán a tárgyévben balesetet szenvedettek szerezhettek. Ezzel együtt az OEP adatok és a zárszámadási törvényben foglalt adatok 5%-os eltérésen belül vannak, ami statisztikailag elfogadható. Tekintettel arra, hogy a dolgozat számadatainak túlnyomó többségében a zárszámadási törvények szolgáltak forrásként és viszonyítási alap adatként, valamint, hogy egy elérhetőségét tekintve nyilvánvalóbb adatállományról van szó, a baleseti táppénzadatok a zárszámadási törvényekből kerültek átemelésre. Továbbá, mivel a kétfajta számszaki megközelítés közül a jelen fejezetben a „tárgyévi” elvet juttatom érvényre, így ebből a szempontból az adatokat szintén a zárszámadási törvények mellékletéből indokoltabb átvenni. Ennek megfelelően a baleseti táppénz adatok forrásai a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvényekben található éves teljesült előirányzatok [20.] [21.] [22.] [23.] [24.], [58.], [59.], [60.], [61.], illetve a költségvetési törvény előirányzata [62.] voltak. Az adatok az VIII. és IX. sz. táblák 17. soraiban találhatóak.

18. sor: összegző sor.

Ez a sor összegzi az 14.-17. sorokat, vagyis az egészségügyi pénzbeli ellátások kiadásának összegét mindkét táblában.

19. sor: baleseti járadék kiadásai.

A tárgyévre számolt baleseti járadékot az VIII. és IX. sz. táblák 19. sora tartalmazza. A ténylegesen kifizetett összegek minden tárgyévben szerepelnek a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények mellékleteiben. Ezért ezek az összegek, tekintettel a „tárgyévi” megközelítésmódra a zárszámadási (illetve 2010-re vonatkozóan a költségvetési) törvények E-Alap gazdálkodását bemutató mellékletéből kerültek lehivatkozásra. [20.], [21.], [22.], [23.], [24.], [58.], [59.], [60.], [61.], [62.]. Ezek az összegek mutatják be azt az összeget, melyet az összeg jogos igényt figyelembe véve – a balesetek keletkezésének dátumától függetlenül – a Magyar Állam az adott évben kifizetett. Az adott évben „tárgyévi” értelemben kifizetett összes baleseti járadék magában foglalja

azokat a kifizetéseket is, melyekre a jogosultság előző év(ek)ben keletkezett, vagyis áthúzódó járadék jogosultsága van. Ez jelentős eltérés az „új balesetek” és „tárgyévi” megközelítés közt. Érthető, hogy emiatt a „tárgyévi” szemléletben használt összegek jelentősen magasabbak, mint amiket az „új balesetek” megközelítésben használt a kutatómunka.

20. sor: baleseti rokkantsági nyugdíj kiadásai.

2001 és 2005 közti évekre a költségvetési évben kifizetett baleseti rokkantsági nyugdíjat az VIII. sz. tábla 20. sora tartalmazza. A Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények Nyugdíjbiztosítási-Alap gazdálkodását bemutató mellékleteiben megtalálható a „rokkantsági nyugdíj” összege mely azonban nemcsak a „baleseti rokkantsági nyugdíj” összegét, hanem más jogcímekeket is tartalmaz, tehát bővebb körű.⁴⁰ A „baleseti rokkantsági nyugdíj” összege e számadatoknak csupán csak egy részhalma. A releváns összeg önmagában a törvények mellékleteinek részletezettségét alapul véve nem elkülöníthető. A zárszámadási törvényekben csupán költségvetési tétel szintjéig kerülnek kibontásra az adatok, és itt a baleseti rokkantsági nyugdíj a „minden más” jogcímen fizetett rokkantsági nyugdíjjal együtt szerepel.⁴¹ 2001 és 2005 közt azonban tervezett adatlegyűjtés folyt az ONYF-nél a dolgozat összeállíthatósága érdekében. Ennek eredményeként az időszak vonatkozásában rendelkezésre álltak adatok az ONYF hivatalos főkönyvi könyveléséből, melyek teljes pontossággal megmutatták a baleseti rokkantsági nyugdíjkifizetéseket. Így arányosításra, vagy más statisztikai becslésre ezen összegek meghatározása érdekében nem volt szükség. Ennek megfelelően a hivatkozott összegek forrása az Országos Nyugdíjfolyósító Főigazgatóság főkönyvi adata lett.⁴² [28.]

2006-2010 időszakra nem álltak rendelkezésre főkönyvi adatok, viszont 2006-2010-es időszak adatainak előállításához az ONYF interneten is elérhető statisztikai kimutatásai biztosítottak kiváló forrást. [64.], [65.], [66.], [67.], [71.]. Mivel az internetes források a statisztikai kimutatásokból szintén lehetővé tették a baleseti rokkantsági nyugdíjkifizetések

⁴⁰ Hivatkozott jogszabályi helyen együtt jelenik meg a rokkantsági nyugdíj kifizetéseivel, mely fogalom abban az értelemben tágabb, hogy nemcsak üzemi baleset következtében beállt rokkantsági állapotról van szó.

⁴¹ Példának okáért a 2003-as zárszámadási törvény 12. sz. mellékletének 212. kiemelt előirányzatában „rokkantsági és baleseti rokkantsági nyugdíj” kifizetett összege 202.532.400.000 Ft [22.] összeggel szerepelt, míg ebből az ONYF könyvelési adatai szerint csupán 6.255.170.000 Ft [28.] tartozott a munkahelyi balesetek érékkörébe. Tehát a munkahelyi balesetek és foglalkozási megbetegedések jogcímen felmerülő kiadások a teljes főösszeg alig 3,1%-át teszik ki.

⁴² Könyvelt adatok rendre megegyeznek a zárszámadási törvényekben szereplőkkel.

pontos meghatározását, így arányosításra, vagy más statisztikai becslésre 2006 és 2010 vonatkozásában sem volt szükség. Az időszak adatait a IX. sz. tábla 20. sora tartalmazza.

21. sor: rehabilitációs járadék kiadásai.

Az egészségkárosodást szenvedett személyek ellátórendszere 2008. január 1-jétől gyökeresen átalakult. [71.] A rokkantsági nyugdíj megváltozott intézménye mellett hatályba lépett a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény. Egyúttal új minősítési rend került bevezetésre, mely az egészségkárosodás komplex vizsgálatát tűzte ki célul. Erre épülő új ellátásként került bevezetésre a rehabilitációs járadék. Rehabilitációs járadékra az 50-79%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett, rehabilitálható, az életkora szerint a rokkantsági nyugdíjhoz szükséges szolgálati idővel rendelkező és az egyéb jogszabályi feltételeknek megfelelő személy jogosult – a 2010-ben hatályos szabályozás szerint – legfeljebb 3 évre. A komplex vizsgálat alapján rehabilitálható személyek, az ellátást igénylők, illetve az ellátásban részesülők száma – a bevezetés évét követően – 2009. évtől jelentősen emelkedett. A bevezetés évében a kezdeti alig 100 rehabilitációs ellátás, 2009. év decemberében már 12 ezer fölé ment, 2010. év végére pedig meghaladta a 23.600 főt. A rehabilitációs járadékban részesülők számának felfutása 11,4 milliárd forintot, 0,4%-ot jelentett a Nyugdíjbiztosítási Alap nyugdíjkiadásában 2010-ben. A fentiek alapján érthető, hogy a rehabilitációs járadékot igénybe vevők köre tágabb, mint a munkabalesetet és/vagy foglalkozási megbetegedést szenvedettek köre, ezért a teljes összeggel nem lehet kalkulálni. Szükséges volt szakértői becslésre támaszkodni abban a tekintetben, hogy a teljes költségvetési soron e jogcímen szereplő összegből vajon mekkora hányaddal lehet számolni, mely a munkabalesetek számlájára írható. A teljes költségvetési összeg és a munkabaleset-biztosítási gyakorlat érvényre juttatása érdekében felhasznált összegek közti összefüggés hasonló, mint a 20. sor „baleseti rokkantsági nyugdíj” módszertánánál ismertetett „rokkantsági nyugdíj – baleseti rokkantsági nyugdíj” összefüggés. Jobb választás híján az OOSZI szakértőjével konzultálva, a munkabaleset-biztosítási gyakorlat számlájára írható összegek meghatározásának az alapja egy arányszám felhasználásával készült, mely a baleseti rokkantsági nyugdíjak kiadásának teljes rokkantsági nyugdíjkiadásokhoz viszonyított arányát jelentette. Ez az arányszám az érintett 3 évben 1,383% és 1,418% közt alakult, tehát a teljes rehabilitációs járadék

összegéből mindössze ennyit vett igénybe a munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések kezelésének gyakorlata. Ezek az összegek a IX. sz. tábla 21. sorában található.

22. sor: összegző sor.

Ez a sor összegzi az 19.-21. sorokat, vagyis a nyugdíjszerű ellátások kiadásainak összegét mindkét táblában.

23. sor: összegző sor.

Ez a sor összegzi az 13., 18. és 22. sorokat, vagyis a teljes társadalombiztosítási alrendszer által felvállalt ellátások kiadásainak összegét mindkét táblában.

24. sor: Munkaerőpiaci Alap megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának támogatási kiadásai.

A táblázatok nem csupán a kialakult munkabaleset-biztosítási gyakorlat volumenfüggő kiadásait tartalmazzák, hanem a Munkaerőpiaci Alap „megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának támogatása” költségvetési tételét is. Ez az összegében jelentős, de ugyanakkor éves összegeinek kialakulását tekintve nem feltétlenül volumenfüggő, hanem inkább politikai döntéstől függő tétel alapvetően befolyásolja a munkabaleset-biztosítási gyakorlat éves kiadásait, ugyanakkor a felrajzolható grafikon alakját hektikussá, baleseti esetszámtól függetlenné alakítja át. 2004 és 2005 között például jelentős változtatás állt be a költségvetési tétel felhasználásával kapcsolatban. Ez azt eredményezte, hogy az országgyűlés által erre a célra elfogadott összeg csaknem háromszorosára nőtt, (!) holott emögött csupán parlamenti (politikai) döntés, és nem a feladat input erőforrásainak arányos árnövekménye állt. Míg a társadalombiztosítási alrendszerekben jelentkező kiadások java részt „természetes” árváltozással magyarázható, addig ezekben az összegekben évről-évre beálló változás parlamenti döntéstől függ. Így a különféle viselkedéssel jellemezhető kiadási tételek direkt összemosása nem eredményezne használható információt. Ezek a kiadások minden egyes évre vonatkozóan növelik az üzemi balesetek „tárgyévi” értelmű kiadásait, ugyanakkor fontos tudni, hogy elhagyásuk és összezszerű változtatásuk is politikai döntés függvénye. Az elemzések éppen ezért az ezen összeg figyelembe vételével kialakult kiadásokat csak mint érde-

kességet említik, de nem tekintik a munkabaleset-biztosítási gyakorlat szerves, megváltoztathatatlan részének. A fenti összegek az VIII. és IX. sz. táblák 24. sorában találhatók.

25. sor: összegző sor.

VIII. és IX. sz. táblák 25. sora az adott év **baleseteinek összes közvetlen**, „tárgyévi” szemléletű **kiadásait** tartalmazza. A 25. sor összesíti a 23. és 24. sorok összegeinek, a társadalombiztosítási kiadásoknak és az MPA MSZFT kiadásainak összegeit.

5.2.2.2 „Új balesetek” szemléletben történő adatalkotás módszertana

Ebben a fejezetben a XVII. és XVIII. sz. táblák soraiban található, elemzések alapjául szolgáló adatok előállításának módszertana, ennek megfelelően az egyes adatok értelmezhetősége kerül ismertetésre.

1.-18. sorok: XVII. és XVIII. sz. táblák kiadási adatai.

Ezen kiadási tételek meghatározása, így értelmezése tekintetében hasonlóképpen lehet eljárni „tárgyévi” és „új balesetek” értelmezésben is, mivel ezen kiadási tételekben éveken átnyúló vagy halmozódó tételek jellemzően nincsenek, vagy mértékük csekély. Ennek megfelelően azonos módszertannak kerültek előállításra az adatok, mint a „tárgyévi” szemlélet esetében.

19. sor: baleseti járadék kiadásai.

A tárgyévre számolt baleseti járadékot a XVII. és XVIII. sz. tábla 19. sora tartalmazza. Az összegek a következő logikai lépések mentén álltak elő:

1. Elsőképpen szükség volt az adott évben a baleseti járadékra jogosultság szempontjából új támogató elbíráló határozatban részesültek létszámára („új létszám”). Ez az ONYF honlapjáról letölthető statisztikai beszámolókból rendelkezésre állt minden év tekintetében. [27.] [64.], [65.], [66.], [67.], [71.]. 2006-2010 közti időszakra – több más adattal együtt – a XXIII. sz. tábla tartalmazza ezeket az adatokat.
2. Az átlagos baleseti járadék havi összege – ami szintén szükséges a számításokhoz – 2001-2005 között az ONYF irányított adatgyűjtéséből származik, [28.] 2006 és 2010 között az ONYF statisztikai beszámolóit tartalmazzák. [64.], [65.], [66.], [67.], [71.]. A havi átlagos összeget 12 hónappal megszorozva előállt az éves átlagos baleseti járadék

kifizetés összege. Ezeket az összegeket a baleseti nyugdíj és a rehabilitációs járadék összegeivel együtt a VI. sz. tábla mutatja be.

3. Az 1. és 2. pontban említett új létszámot az átlagos éves járandósággal összeszorozva eredményként előállt az adott év „új” eseteire jutó közvetlen baleseti járadék kifizetés becsült összege. Ezek az összegek kerültek a XVII. és XVIII. sz. táblák 19. sorába.

Mivel egyedül csak „tárgyévi” adatok álltak rendelkezésre, és az átlagos járadék jogosultságban töltött idő sem volt előállítható, ezért el kellett fogadni azt a leegyszerűsítő, ugyanakkor vállalható kompromisszumot, hogy az évek egymásutánosságában az áthúzódó esetek „tárgyévi” szempontú megközelítés szerint mínuszban és pluszban a nagy számok törvénye alapján pontosan nullára futják ki magukat, ezért az új létszámra vetített éves átlagú kifizetés számítási alapnak elfogadható. Ez pedig „új balesetek” megközelítésben is megállja a helyét.

VI. sz. tábla: Ny-Alap néhány kifizetési összege „új balesetek” szemléletben, folyó áron

(Adatok forintban!)

	2006	2007	2008	2009	2010
Baleseti rokkantsági nyugdíj	707 748	734 508	800 400	825 492	879 060
Baleseti járadék	237 228	251 976	270 780	290 100	292 572
Rehabilitációs járadék	0	0	744 000	768 000	823 416

Forrás: ONYF [64.], [65.], [66.], [67.], [71.]. statisztikai havi adatok szorozva 12-vel.

20. sor: baleseti rokkantsági nyugdíj kiadásai.

A tárgyévre számolt baleseti rokkantsági nyugdíjat a XVII. és XVIII. sz. tábla 20. sora tartalmazza. Az összegek előállításának módszertana megegyező a „baleseti járadék” esetében alkalmazott módszerhez, valamint a hivatkozott adatforrások is azzal megegyezők, nyilvánvalóan a következő eltérésekkel:

1. Elsőképpen szükség volt az adott évben a baleseti rokkantsági nyugdíjjogosultság szempontjából új támogató elbíráló határozatban részesültek létszámára („új létszám”). 2006-2010 közti időszakra – több más adattal együtt – szintén a XXIII. sz. tábla tartalmazza ezeket az adatokat.
2. Az átlagos baleseti járadék havi összege szintén előállítható volt az ONYF statisztikai beszámolóiból. Az éves átlagos baleseti rokkantsági nyugdíj kikalkulálásra került (ld.: VI. sz. tábla).

3. Az 1. és 2. pontban említett új létszámot az átlagos éves járandósággal összeszorozva eredményként előállt az adott év „új” eseteire jutó közvetlen baleseti rokkantsági nyugdíj becsült összege. Ezek az összegek kerültek a XVII. és XVIII. sz. táblák 19. sorába.

Mint a baleseti járadék esetén, itt is azzal a leegyszerűsítéssel volt szükséges élni, hogy az új esetek átlagos hossza pontosan egy év, hiszen éves átlagos kifizetési összeggel kerültek megszorzásra. A baleseti rokkantsági nyugdíj esetében ez még inkább pesszimista becslés, mint a baleseti járadék esetén, hiszen a nyugdíjra jogosultság reményvesztettebb egészségügyi állapotot tükröz, valamint jogi szabályozásnál fogva lényegesen tovább kerülhet folyósításra, mint a baleseti járadék. Tehát a kalkulált kiadások itt is az óvatosság mentén kerültek figyelembe vételre.

21. sor: rehabilitációs járadék kiadásai.

A rehabilitációs járadék „új balesetek” megközelítésben vett összegének meghatározása a baleseti járadék és a baleseti rokkantsági nyugdíj esetében alkalmazott módszerrel megegyezően történt, nyilvánvalóan azzal a különbséggel, hogy mind az új jogosultságot megállapító határozatok száma, mind az átlagos járadék összeg a rehabilitációs járadéokra kell, hogy vonatkozzon. Az egy éves számításhoz alapul vett időtartam itt is kiinduló alapvetésként szerepelt. Az adatok forrása a hivatkozott két előbbi eset forrásaival megegyező, és az adatok itt is a XXIII. illetve a VI. sz. táblákban találhatóak. Lényeges különbség viszont, hogy rehabilitációs járadék kifizetésre csak 2008-tól van lehetőség, mivel kifizetését a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény rendelte el. Így csupán 3 évi adat áll rendelkezésre, melyet a XVIII. sz. tábla 21. sora tartalmaz.

22. sor: összegző sor.

Ez a sor összegzi az 19.-21. sorokat, vagyis a nyugdíjszerű ellátások kiadásainak összegét mindkét táblában.

23. sor: összegző sor.

Ez a sor összegzi az 13., 18. és 22. sorokat, vagyis a teljes társadalombiztosítási alrendszer által felvállalt ellátások kiadásainak összegét mindkét táblában.

24. sor: Munkaerőpiaci Alap megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának támogatási kiadásai.

A táblázatok nem csupán a kialakult munkabaleset-biztosítási gyakorlat volumenfüggő kiadásait tartalmazzák, hanem a Munkaerőpiaci Alap „megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának támogatása” költségvetési tételét is. Ez az összegében jelentős, de ugyanakkor éves összegeinek kialakulását tekintve nem feltétlenül volumenfüggő, hanem inkább politikai döntéstől függő tétel alapvetően befolyásolja a munkabaleset-biztosítási gyakorlat éves kiadásait, ugyanakkor a felrajzolható grafikon alakját hektikussá, baleseti esetszámtól függetlenné alakítja át. Ennek megfelelően belátható, hogy a még „tárgyévi” szempontból is hangsúlyosan kezelendő, ún. „testidegen” kiadási tételt „új balesetek” szemléletű megfontolásokból még óvatosabban kell figyelembe venni. Mivel az összeg óriás, de már „tárgyévi” szempontú megközelítésben sem mutat semmilyen direkt összefüggést a baleseti létszámok vagy a piaci viszonyok változásával, így a disszertáció készítésének időszakában nem sikerült olyan védhető indokot, összefüggést találni, mely mentén ezen összegekkel „új balesetek” szemlélet szerint kalkulálni lehetne. Az óvatosság elvén így inkább rendre nulla összegek szerepelnek az „új balesetek” szemléletű táblákban, vagyis a XVII. és XVIII. sz. táblák 24. sorában.

25. sor: összegző sor.

A XVII. és XVIII. sz. táblák 25. sora az adott év **baleseteinek összes közvetlen**, „tárgyévi” szemléletű **kiadásait** tartalmazza.

5.2.3 „Tárgyévi” szempontú megközelítés szerinti kiadások

A kiadási tételek közül a legtöbbről elmondható, hogy a rájuk számított összeg **mind „tárgyévi”, mind „új balesetek”** megközelítéssel elfogadható. Ennek megfelelően a két szemléletmód egy-ugyanazon összeggel számol sok tétel esetében. A **természetbeni egészségügyi ellátások** teljes mértékben ide tartoznak. Ennek fő oka az adatok jellemzőiben található, nevezetesen, hogy 2001 és 2005 közti időszakban a primer adatokat az OEP célzottan, adott évekre gyűjtötte le, tehát minden esetben kizárólag az egy adott évben munkabalesetek és üzemi megbetegedések által igényelt kiadásokat fedik a kiinduló

adatsorok. Az adatok "tárgyévi" és „új balesetek” értelmű felhasználhatóságának másik magyarázata az, hogy a természetbeni ellátásokra a balesetet követő időszakban van szükség, és ezen ellátások 95%-a nem tart tovább 3 hónapnál. Ezt támasztja alá a VII. sz. táblázat, melybe az OMMF 2005. és 2010. évi adatai kerültek. [68.]

VII. sz. táblázat: Munkabalesetek táppénzes napok szerinti megoszlása, 2005. és 2010. (eset)

Munkaképtelenség időtartama	Összes munkabaleset 2005				Összes munkabaleset 2010			
	összes	férfi	nő	össz%	összes	férfi	nő	össz%
A	B=C+D	C	D	E	F=G+H	G	H	I
Ismeretlen	3 230	2 307	923	14,24%	3 546	2 341	1 205	17,78%
3 napon belül meghalt	110	102	8	0,48%	80	75	5	0,40%
4-6 nap	1 454	967	487	6,41%	1 393	865	528	6,98%
7-13 nap	5 291	3 556	1 735	23,32%	4 721	2 952	1 769	23,67%
14-21 nap	4 094	2 796	1 298	18,05%	3 135	2 005	1 130	15,72%
min. 21 nap, de max 1 hónap	2 714	1 878	836	11,96%	2 221	1 457	764	11,13%
min. 1 hónap, de max 3 hó	4 630	3 250	1 380	20,41%	3 839	2 533	1 306	19,25%
min. 3 hónap, de max 6 hó	860	630	230	3,79%	762	513	249	3,82%
meghaladja a 6 hónapot	302	222	80	1,33%	251	174	77	1,26%
MINDÖSSZESEN	22 685	15 708	6 977	100%	19 948	12 915	7 033	100%

Forrás: OMMF) [87]; [68.]

A fennmaradó 5%, mely negyed évnél hosszabb időt is igénybe vehet, csak tételes esetenőrzésekkel lenne pontosan kalkulálható. Ezen kiadások azonban év elején és év végén „kiegyenlítik” egymást⁴³ azáltal, hogy az év elején múlt évből „átnyúló” esetek kiadása nem szerepel, ugyanakkor év végén keletkezett kötelezettség miatt a másik évbe átnyúló kiadások még szerepelnek. Az esetek azonban, ahol a kezelések 1 évnél hosszabb időt is igénybe vehetnek elenyésző számban fordulnak elő. Noha ezek kiadása más éveket is érinthet, nem csupán a baleset évét, szakértői becslés alapján ez 1% alatt marad. Ez szintén alátámasztást nyer a VII. sz. táblázat adataiból.

⁴³ A tárgyévi balesetek legyűjtése a baleset kezdő időpontja szerint történt, és minden költség ennek megfelelően került legyűjtésre az OEP informatikai rendszeréből.

Érdekes megfigyelni a javuló tendenciát 2005 és 2010 között a balesetek számában. Fontos látni, hogy a vizsgált időszakban a férfiak körében jelentősen csökkent a baleseti szám, a nőknél viszont kismértékben nőtt. Az éves munkaképtelenségen „túlnyúló” esetek számának és kiadásvonzatának pontos meghatározása terjedelmi okok miatt nem vállalható. Ugyanakkor eltekintésükből adódó hiba (maximum 1%) jóval a statisztikailag elfogadható 5%-os hibahatár alatt található. Sokkal nagyobb veszélyt, ilyen értelemben pontatlanságot hordoz magában az VII. sz. táblázat legelső sora, mely **az „ismeretlen” hosszig tartó munkabalesetek számát** is tartalmazza. Ezek százalékos arányban kifejezve az összes munkabaleset csaknem **18%-át** (!) teszik ki, holott még 2008-ban (2 évvel ezelőtt) is „csupán” mintegy 16%-ról lehetett beszélni. Úgy vélem, ez a tény megfelelő komolysággal **alátámasztja** azt **az adatbázisokra jellemző hiányosságot**, mely a dolgozat számos részén lehivatkozásra került.

A fentieknek megfelelően a következő **természetbeni ellátások kiadása mind ”tárgyévi”, mind „új balesetek” szemléletű értelmezésben is használhatók:**

- Háziiorvosi szolgálat,
- Mentés, betegszállítás,
- Fogászati szakellátás,
- Járóbeteg szakellátás,
- Aktív fekvőbeteg ellátás,
- Esetfinanszírozott beavatkozások,
- CT, MR szolgáltatások,
- Krónikus (rehabilitációs) ellátás,
- Otthonápolási szakellátás.

A természetbeni ellátások mellett – a korábbiakban leírtaknak megfelelően – **pénzbeli kiadás kategóriák közül mind a négy** kiadásai szintén hasonló megbízhatósággal értelmezhetők **mindkét megközelítés szerint**. Így tehát a négy kiadási tétel, mely szintén értelmezhető mindkét megközelítés szerint:

- Utazási támogatás,
- Gyógyszerár támogatás,
- Gyógyászati segédeszköz támogatás és
- Baleseti táppénz.

A fenti felsorolás összesítésekor kitűnik, hogy **3 kiadási tétel nem értelmezhető mindkét megközelítésben**, mindkét tétel a nyugdíjszerű kifizetésekhez köthető, vagyis éven túli, tartós járadékfizetést takar. Ezek meghatározását más-más forrásból, illetve más módszertani megközelítéssel kellett elvégezni. Ezen tételek:

- Baleseti járadék,
- Rehabilitációs járadék és
- Baleseti rokkantsági nyugdíj.

VIII. és IX. sz. tábla foglalja össze az elemzések legfőbb adatait „tárgyévi” értelemben vett módon és folyó áron. Azokat a TB alrendszerekben keletkező kiadásokat foglalja össze, melyeket az államnak, függetlenül a balesetek keletkezésének időpontjától és időtartamától egy adott költségvetési évben közvetlenül finanszíroznia kellett.

VIII. sz. táblázat: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat kiadásai „tárgyévi” szemléletben folyó áron, 2001-2005 (ezer Ft)

Kiadási tétel megnevezése 2001-2005		2001	2002	2003	2004	2005
		„Tárgyévi” szemléletű kiadások				
		A	B	C	D	E
1	Háziorvosi szolgálat	105 796	116 894	168 741	155 553	141 270
2	Mentés, betegszállítás	6 335	6 351	11 112	25 382	6 631
3	Fogászati ellátás	0	0	0	0	0
4	Járóbeteg ellátás	138 905	144 514	204 155	217 810	190 992
5	Fekvőbeteg ellátás	91 031	102 920	176 097	205 640	169 875
6	EFI	7 512	2 608	8 985	7 754	7 397
7	Művese kezelés	16 399	20 594	26 410	21 393	18 353
8	CT, MR	11 080	13 390	17 835	14 160	12 165
9	Krónikus rehab. ellátás	22 660	15 402	29 001	27 401	48 503
10	Otthonápolás	3 044	2 560	6 548	9 295	10 481
11	Labor	0	0	0	0	0
12	Összevont szakellátás	0	0	0	0	0
13	<i>TERMÉSZETBENI EÜ ELLÁTÁSOK</i>	402 762	425 233	648 884	684 388	605 666
14	Utazási támogatás	0	0	0	0	0
15	Gyógyszerár tám.	5 344	6 913	11 735	14 384	11 104
16	Gyógyászati segédeszköz tám.	791 727	915 648	1 106 988	1 361 116	1 397 504
17	Baleseti táppénz	4 646 700	5 936 200	7 043 600	6 403 400	6 504 000
18	<i>PÉNZBELI EÜ ELLÁTÁSOK</i>	5 443 771	6 858 761	8 162 323	7 778 900	7 912 608
19	Baleseti járadék	4 248 600	4 986 000	5 604 700	6 098 200	6 537 500
20	Baleseti rokkantsági nyugdíj hozz.+sajátjog	5 046 047	5 743 209	6 255 170	6 637 417	7 060 526
21	Rehabilitációs járadék	0	0	0	0	0
22	<i>NYUGDÍJSZERŰ ELLÁTÁSOK</i>	9 294 647	10 729 209	11 859 870	12 735 617	13 598 026
23	TÁRSADALOM- BIZTOSÍTÁS ÖSSZESEN	15 141 180	18 013 203	20 671 077	21 198 905	22 116 300
24	MPA MSZFT	18 000 000	19 000 000	16 900 000	31 513 500	52 000 000
25	<i>MINDÖSSZESEN</i>	<i>33 141 180</i>	<i>37 013 203</i>	<i>37 571 077</i>	<i>52 712 405</i>	<i>74 116 300</i>

Az VIII. sz. táblázat adatainak forrása:

1. sor: Alap adatok forrása a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [20.] [21.] [22.] [23.] [24.], ebből kerültek arányosításra a munkabaleset-biztosítás érdekében felhasznált összegek.

2., 4., 5., 6., 8., 9., 10. sorok: Országos Egészségbiztosítási Pénztár által szolgáltatott, tervezetten legyűjtött statisztikai adatok [25.]

3. sor: Országos Egészségbiztosítási Pénztár által szolgáltatott, tervezetten legyűjtött statisztikai adatok. [25.] azonban megfelelő módszer nem adódott a munkabaleset-biztosítási céllal igénybe vett utazási kiadások konkrét és szakmailag vállalható meghatározásra, ezért az óvatosság elvén „0”-val számol a dolgozat, vagyis „nincs adat”.

7. sor: Alap adatok forrása a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [20.] [21.] [22.] [23.] [24.], ebből kerültek arányosításra a munkabaleset-biztosítás érdekében felhasznált összegek.

11., 12. sorok: 2001-2005-re ilyen finanszírozási tételként, ebben a bontásban nem áll rendelkezésre adat. A laborteljesítmények a járóbeteg szakellátás finanszírozási adataiban beolvadva található, illetve az összevont szakellátás kasszája 2006-tól létezik és kerül kimutatásra a zárszámadási (és költségvetési) törvényekben. Ezért a III. sz. táblában rendre „0” összeg szerepel az egyes rubrikákban. Az összevont szakellátás egyébként a 2005-ig külön-külön sorokon megjelenő krónikus, járó, fekvő, CT és MR költségvetési kiadási tételeket foglalja magában.

13. sor: Összegző sor (=1.+2.+3.+4.+5.+6.+7.+8.+9.+10.+11.+12.)

14. sor: Alap adatok forrása a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [20.] [21.] [22.] [23.] [24.], azonban megfelelő módszer nem adódott munkabaleset-biztosítási céllal igénybe vett utazási kiadások konkrét, szakmailag vállalható meghatározásra, ezért az óvatosság elvén „0”-val számol a dolgozat, vagyis „nincs adat”.

15. sor: Országos Egészségbiztosítási Pénztár által szolgáltatott, tervezetten legyűjtött statisztikai adatok [25.]

16. sor: Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [20.] [21.] [22.] [23.] [24.] alapján arányosított összegek

17. sor: Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [20.] [21.] [22.] [23.] [24.]

18. sor: Összegző sor. (=14.+15.+16.+17.)

19. sor: Alap adatok forrása a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [20.] [21.] [22.] [23.] [24.] és az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYF) által szolgáltatott, tervezetten legyűjtött statisztikai adatok [28.]

20. sor: ONYF által szolgáltatott, tervezetten legyűjtött statisztikai adatok [28.]

21. sor: Ez a költségvetési tétel nem szerepel az adatforrásokban 2001-2005 időszakában, tekintettel arra, hogy elrendelését a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény fogalmazta meg 2007-ben. Így rendre „0” összeg szerepel a rubrikákban.

22. sor: Összegző sor (=19.+20.+21.)

23. sor: Összegző sor (=13.+18.+22.)

24. sor: „MPA MSZFT” = Munkerőpiaci Alap „megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási támogatása” költségvetési soron odaitélt összegek. Forrás: Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló törvények [20.] [21.] [22.] [23.] [24.]

25. sor: Összegző sor (=23.+24.)

IX. sz. táblázat: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat kiadásai „tárgyévi” szemléletben folyó áron, 2006-2010 (ezer Ft)

Kiadási tétel megnevezése 2006-2010		2006	2007	2008	2009	2010
		„Tárgyévi” kiadások				
		F	G	H	I	J
1	Háziorvosi szolgálat	139 380	159 229	173 099	170 745	171 415
2	Mentés, betegszállítás	6 474	6 447	7 272	6 021	6 400
3	Fogászati ellátás	0	0	0	0	0
4	Járóbeteg ellátás	0	0	0	0	0
5	Fekvőbeteg ellátás	0	0	0	0	0
6	EFI	7 273	7 245	8 162	7 065	8 011
7	Művese kezelés	17 746	19 682	23 601	19 316	20 878
8	CT, MR	0	0	0	0	0
9	Krónikus rehab. ellátás	51 253	0	0	0	0
10	Otthonápolás	9 971	9 841	11 482	9 980	10 394
11	Labor	34 644	31 078	34 522	27 491	30 066
12	Összevont szakellátás	335 857	339 801	378 946	295 053	342 402
13	TERMÉSZETBENI EÜ ELLÁTÁSOK	602 597	573 322	637 085	535 671	589 566
14	Utazási támogatás	0	0	0	0	0
15	Gyógyszerár tám.	12 063	8 971	9 830	8 665	8 555
16	Gyógyászati segédeszköz tám.	1 538 315	1 161 047	1 327 491	1 469 371	1 439 190
17	Baleseti táppénz	6 792 200	6 296 500	6 930 700	6 963 200	6 581 300
18	PÉNZBELI EÜ ELLÁTÁSOK	8 342 578	7 466 518	8 268 022	8 441 236	8 029 044
19	Baleseti járadék	7 633 600	7 353 300	7 749 300	7 806 900	8 170 200
20	Baleseti rokkant-sági nyugdíj hozz.+sajátjog	7 708 000	7 897 800	8 719 800	8 963 500	9 299 877
21	Rehabilitációs járadék	0	0	7 771	99 903	199 562
22	NYUGDÍJSZERŰ ELLÁTÁSOK	15 341 600	15 251 100	16 476 871	16 870 303	17 669 639
23	TÁRSADALOM- BIZTOSÍTÁS ÖSSZESEN	24 286 776	23 290 940	25 381 978	25 847 210	26 288 249
24	MPA MSZFT	52 000 000	52 000 000	53 000 000	53 000 000	42 300 000
25	MINDÖSSZESEN	76 286 776	75 290 940	78 381 978	78 847 210	68 588 249

A IX. sz. táblázat adatainak forrása:

- 1., 2., 6., 7., 10. sorok: Alap adatok forrása: Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló törvények [58.] [59.] [60.] [61.], illetve a költségvetési törvény [62.], ezekből kerültek arányosításra a munkabaleset-biztosítás érdekében köthető összegek.
3. sor: Országos Egészségbiztosítási Pénztár által szolgáltatott, tervezetten legyűjtött statisztikai adatok. [25.] azonban megfelelő módszer nem adódott a munkabaleset-biztosítási céllal igénybe vett utazási kiadások konkrét és szakmailag vállalható meghatározásra, ezért az óvatosság elvén „0”-val számol a dolgozat, vagyis „nincs adat”.
- 4., 5., 8. sorok: 2006-2010-re ilyen finanszírozási tételként, ebben a bontásban nem áll rendelkezésre adat, mert 2006-tól beleolvadtak az összevont szakellátás költségvetési sorába. Ezek a tételek 2006-tól ezen a soron kerülnek kimutatásra a zárszámadási (és költségvetési) törvényekben. Ezért a IX. sz. táblában rendre „0” összeg szerepel az egyes rubrikákban. Az összevont szakellátás egyébként a 2005-ig külön-külön sorokon megjelenő krónikus, járó, fekvő, CT és MR költségvetési kiadási tételeket foglalja magában.
9. sor: A krónikus ellátás költségvetési sora 2006-ban még nem, de 2007-től beleolvadt az összevont szakellátás költségvetési sorába. Ezért 2006-ban még konkrét összeg [58.], későbbiekben rendre „0” szerepel a rubrikákban.
- 11., 12. sorok: Alap adatok forrása a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [58.] [59.] [60.] [61.], illetve a költségvetési törvény [62.], ezekből kerültek arányosításra a munkabaleset-biztosítás érdekében felhasznált összegek.
13. sor: Összegző sor (=1.+2.+3.+4.+5.+6.+7.+8.+9.+10.+11.+12.)
- 14., 15. és 16. sorok: Alap adatok forrása a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [58.] [59.] [60.] illetve a költségvetési törvények [61.] [62.], azonban megfelelő módszer nem adódott munkabaleset-biztosítási céllal igénybe vett utazási kiadások konkrét, szakmailag vállalható meghatározásra, ezért az óvatosság elvén „0”-val számol a dolgozat, vagyis „nincs adat”.
16. sor: Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [58.] [59.] [60.] [61.], illetve a költségvetési törvény [62.] alapján arányosított összegek.
17. sor: Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [58.] [59.] [60.] [61.], illetve a költségvetési törvény [62.].
18. sor: Összegző sor. (=14.+15.+16.+17.)
19. sor: Alap adatok forrása a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [58.] [59.] [60.] [61.], illetve a költségvetési törvény [62.].
20. sor: Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság statisztikai évkönyveiben szereplő adatok. [64.], [65.], [66.] [67.] és ezek alapján képzett adat (2010).
21. sor: Ez a költségvetési tétel 2008-ig nem szerepel az adatforrásokban, tekintettel arra, hogy elrendelését a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény fogalmazta meg 2007-ben. Így 2006-ban és 2007-ben „0” összeg szerepel a rubrikákban, későbbiekben pedig az arányosítással nyert, a munkabaleset-biztosítás érdekében felhasznált összegek. Alap adatok forrása a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [59.], [60.] illetve költségvetési törvény [62.],
22. sor: Összegző sor (=19.+20.+21.)
23. sor: Összegző sor (=13.+18.+22.)
24. sor: „MPA MSZFT” = Munkerőpiaci Alap „megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási támogatása” költségvetési soron odaitélt összegek. Adatok forrásai költségvetések, illetve azok végrehajtásáról törvények [58.] [59.] [60.] [61.], [62.].
25. sor: Összegző sor (=23.+24.)

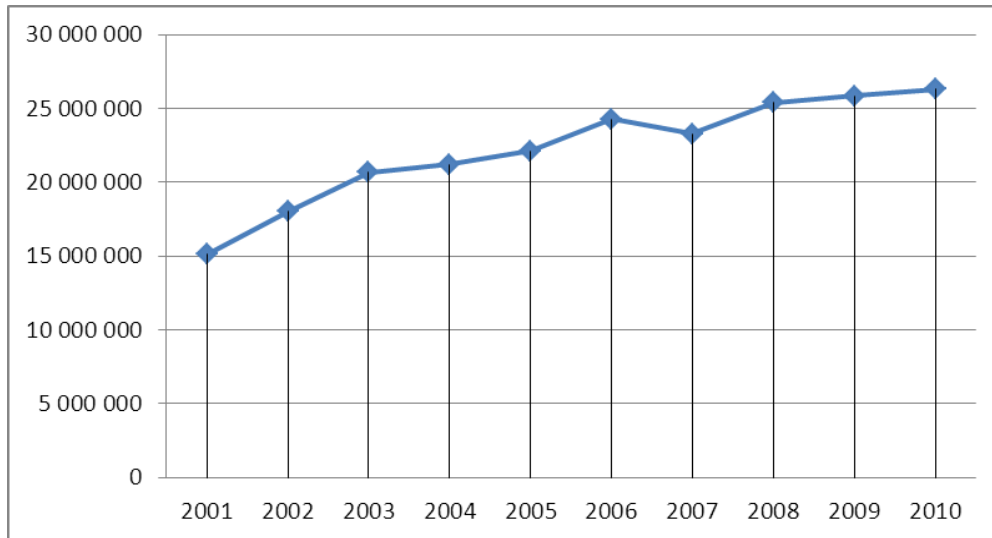
5.2.3.1 „Tárgyévi” szemléletű kiadások elemzése

Két különálló tábla (VIII. és IX.) elkészítésére azért volt szükség, mert papír alapú mérethatárok között a 10 éves idősort felölelő tábla esztétikusan és olvashatóan nem volt megjeleníthető, másrészt az időszakos módszertani és jogszabályi változások is nagyjából e két időszakosra bontják meg elemezhetőség szempontjából a 10 éves időperiódust.

A „tárgyévi” kiadások az egyes évek munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések érdekében felmerült kiadásait jelentik. Az egyes évekre megkapott összegek a teljes munkabaleset-biztosítási gyakorlat ráfordításait jelentik, függetlenül attól, hogy az adott évben mennyi baleset keletkezett. A lényeg az, hogy a jogosultságok alapján mekkora volt a kialakult rendszer fenntartásának kiadási igénye az adott évben. Az összes olyan kiadás, mely nem politikai döntésen, hanem a munkabalesetek által érintett emberek létszámától függ, ún.: „volumenfüggő kiadásoknak” nevezhető, egyben ezek a kiadások a társadalombiztosítási alrendszerek kiadásai. A társadalombiztosítás kiadásait a 6. sz. ábra szemlélteti.

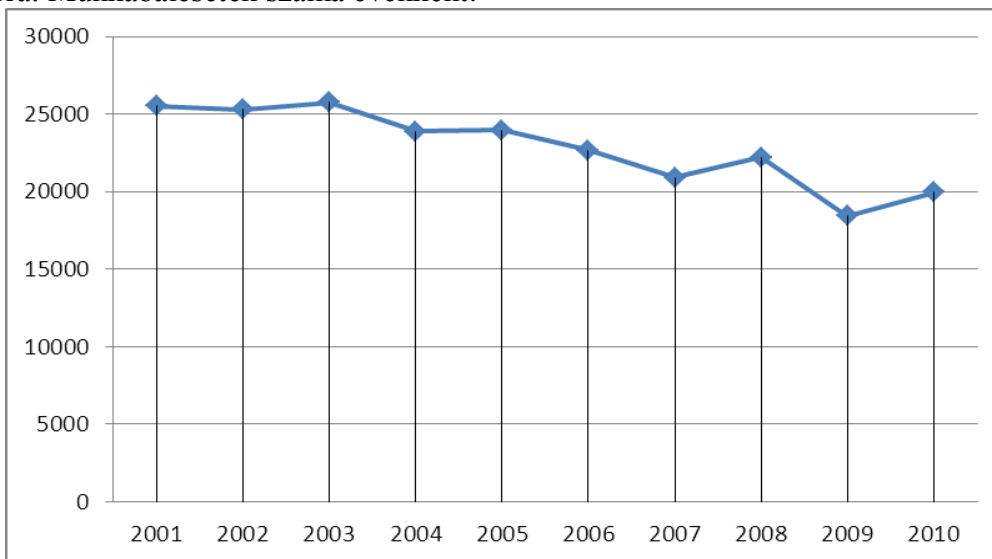
A 6. sz. ábra az összevont VIII. és IX. sz. táblák 2001-2010-ig terjedő adatait ábrázolja, azon adatokat, melyek e táblák 23. sorában találhatók. A társadalombiztosítás kiadásainak ábrázolt görbéről elmondható, hogy az évről évre emelkedő tendenciát mutat, vagyis monoton növekvő. (Az erre a görbére ráilleszhető lineáris trendgörbe is emelkedő alakzatot venne fel.) Bár az ebben a formában ábrázolt kiadások még nominális értelemben vett számok – vagyis nem kerültek indexálásra a hivatalos inflációs együtthatók által egyik vagy másik év bázisán sem – az összegek emelkedő tendenciája különösen akkor érdekes, ha figyelembe vesszük, hogy a munkabalesetek száma viszont egyre csökken. A 7. sz. ábra az OMMF erre vonatkozó hivatalos esetszám adatait mutatja be 2001-2010 viszonylatában. A 7. sz. ábra megjelenített számadatait az X. sz. táblázat foglalja össze.

6. sz. ábra: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat „tárgyévi” szemléletben vett társadalombiztosítási kiadásai. (ezer Ft)



Forrás: VIII. és IX. számú táblák 23. sorai

7. sz. ábra: Munkabalesetek száma évenként. (eset)



Forrás: OMMF 2005-ös és 2010-es statisztikai beszámoló [49.], [68.]

A 7. sz. ábrán bemutatott baleseti létszámváltozást önmagában a nemzetgazdaság ciklusa is igazolhatná, noha számszakilag a pontos összefüggések nehezen kimutathatók. A fejlett gazdasággal rendelkező országokban is jellemző tendencia, hogy gazdasági recesszió idején csökken, míg fellendülés során nő a balesetek száma. Az ipari szerkezetváltás, a mechanizáció, az automatizálás szintén csökkentik a munkabalesetek előfordulását.

X. sz. tábla: Munkabalesetek száma évenként.

év	balesetszám (fő)
2001	25 536
2002	25 284
2003	25 745
2004	23 872
2005	23 971
2006	22 685
2007	20 922
2008	22 217
2009	18 454
2010	19 948

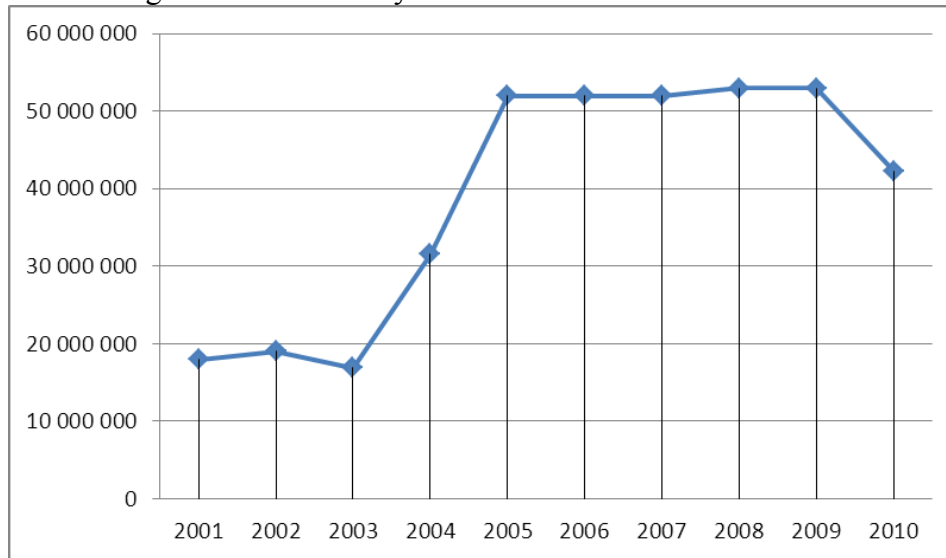
Forrás: OMMF [49.], [68.]

Az újonnan alkalmazott, tapasztalatlan munkaerő sérülékenyebb, s ez a szerkezetváltás, a munkaerő tömeges beállítása esetén érezteti hatását. Magyarországon 2003-ban elkezdődött, 2003 után érezhetővé vált a belső erőre épülő gazdaság gyengülése, majd az ezzel együtt megjelenő államháztartást stabilizáló kényszerintézkedések gazdasági növekedést visszafogó hatása. Ezt követően pedig 2008-tól a világgazdasági válság is éreztette hatását. Lényegében ezek a folyamatos a munkabalesetek esetszámán keresztül is kifejezik hatásukat.

Az egyetlen kiadási tétel, mely nem a tényleges esetszámtól, hanem a költségvetési törvények megalkotásakor jelen lévő politikai döntéstől függ, és bár emiatt nem szorosan, de a magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat részét képezi, az a Munkaerőpiaci Alap megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási támogatásának összege (továbbiakban: MPA MSZFT). Ennek „hektikus”, esetszámmal korrelációt nem képező éves változásait, egyelőre nominális értéken a 8. sz. ábra szemlélteti.

Tekintettel arra, hogy a 8. számú ábra adatai folyó áron értendők, így csupán egy esetlegesen a grafikonra illeszthető trendgörbe alakjának elemzéséhez adnak megfelelő támpontot, indexálatlanul mélyrehatóbb számszaki és statisztikai összefüggések megalkotására nem. Ennek megfelelően a 10 éves idősor kiadási összegei indexálásra kerültek annak érdekében, hogy reálértékekkel lehessen tovább dolgozni. A reálértékek előállításához 2 féle indexszámsor állt rendelkezésre. Az egészségügyi természetbeni ellátások esetén az egészségügyi árindexeket, míg a többi tétel esetén a KSH éves inflációs számait volt célszerű felhasználni.

8. sz. ábra: Munkaerőpiaci Alap megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási támogatásának összegének alakulása folyó áron. (ezer Ft)



Forrás: VIII. és IX. sz. táblák 24. sorának adatai

XI. sz. tábla: Infláció és egészségügyi árindex-változás.

(Előző év = 100)

Év	Inflációs index	Egészségügyi árindex
2001.	<u>109,2</u>	108,9
2002.	105,3	<u>107,0</u>
2003.	104,7	<u>106,2</u>
2004.	106,8	<u>106,9</u>
2005.	103,6	<u>106,8</u>
2006.	103,9	<u>108,3</u>
2007.	<u>108,0</u>	103,5
2008.	<u>106,1</u>	104,7
2009.	104,2	<u>106,5</u>
2010.	104,9	<u>105,1</u>

Forrás: KSH 2010-es Magyar statisztikai évkönyv [72.] és egészségügyi ágazat árindex táblázata, Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet [70.]

Az egészségügyi árindex széleskörűen elérhető akár az interneten is, én a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (továbbiakban: GYEMSZI) honlapjáról jutottam hozzá [70.]. A KSH indexeket a Magyar statisztikai évkönyv tartalmazza. [72.] A két index-számsort a XI. sz. tábla mutatja be. A táblában aláhúzva szerepel az adott évre vonatkozó nagyobb indexszám, érzékeltetve azt, hogy az

egészségügyben érvényesülő árfelhajtó hatás meghaladja a hivatalos inflációs mértéket.⁴⁴ A számok indexálását követően – mint azt látni lehet – a görbék alakja, meredeksége jelentősen megváltozik, ami alapjaiban befolyásolja a levonható következtetéseket. Ennek megfelelően a számszaki és szakmai elemezhetőség céljából a XII. és XIII. sz. tábla mutatja be az VIII. és IX. sz. táblák összegző sorainak (13., 18., 22., 23. és 25. sorok) és az MPA MSZFT sorának (24. sor) indexált összegeit.

XII. sz. tábla: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat főbb kiadási tételeinek reálösszegei „tárgyévi” szemléletben, 2001-2005, 2010 bázisán (2010=100%; ezer Ft)

	2001	2002	2003	2004	2005
Term.beni ellát. kiadásai	711 211	689 524	983 344	976 600	808 481
Pénzbeli eü ellátások kiadásai	8 996 031	10 379 445	11 730 428	10 677 550	10 169 552
Nyugdíjszerű ellátások kiadásai	15 359 745	16 236 640	17 044 334	17 481 287	17 476 644
TB kiadásai összesen	25 066 987	27 305 609	29 758 106	29 135 437	28 454 676
MPA MSZFT	29 745 660	28 752 927	24 287 723	43 256 368	66 832 161
TB ⁴⁵ + MPA MSZFT	54 812 647	56 058 537	54 045 829	72 391 805	95 286 838

Forrás: VIII. sz. tábla 13. sora a XI. sz. tábla egészségügyi árindexeivel, és a VIII. sz. tábla 18., 22., 23., 24. és 25. sorainak adata a XI. sz. tábla inflációs indexeivel átszámolva.

XIII. sz. tábla: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat főbb kiadási tételeinek reálösszegei „tárgyévi” szemléletben, 2006-2010, 2010 bázisán (2010=100%; ezer Ft)

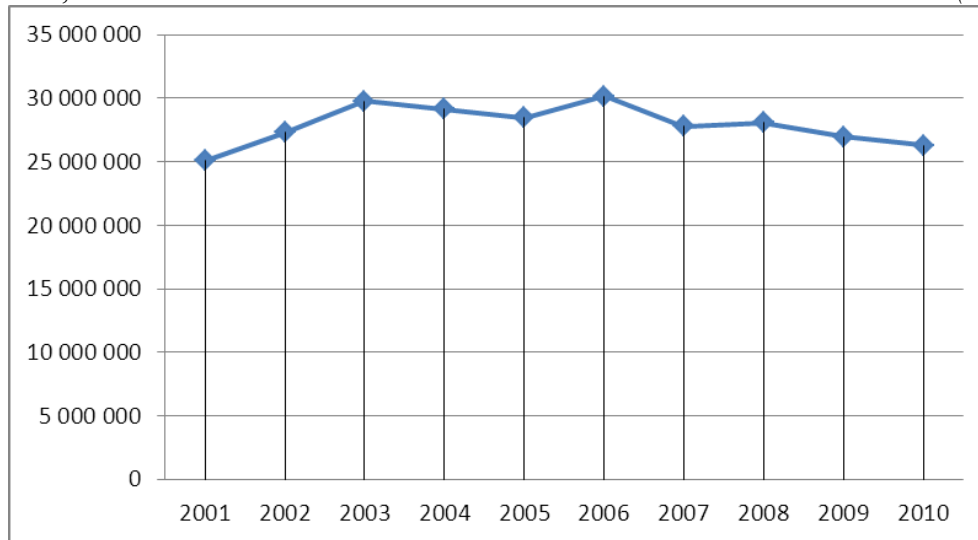
	2006	2007	2008	2009	2010
Term.beni ellát. kiadásai	753 169	661 661	710 384	570 489	589 566
Pénzbeli eü. ellátások kiadásai	10 349 579	8 915 075	9 140 811	8 795 768	8 029 044
Nyugdíjszerű ellátások kiadásai	19 032 378	18 209 920	18 216 203	17 578 856	17 669 639
TB kiadásai összesen	30 135 126	27 786 655	28 067 398	26 945 113	26 288 249
MPA MSZFT	64 509 808	62 088 362	58 594 786	55 226 000	42 300 000
TB + MPA MSZFT	94 644 934	89 875 017	86 662 184	82 171 113	68 588 249

Forrás: IX. sz. tábla 13. sora a XI. sz. tábla egészségügyi árindexeivel, és a IX. sz. tábla 18., 22., 23., 24. és 25. sorainak adata a XI. sz. tábla inflációs indexeivel átszámolva.

⁴⁴ Az egészségügyi árindex számítása az egészségügyi intézmények adatszolgáltatása alapján történik a tényleges kiadás szerkezet elemzésével és figyelembe vételével. Az indexszám egy súlyozott átlagolás alapján, az egészségügyi intézmények költségvetésében jelentkező kiadási tételek súlyarányának alapul vételével kerül kiszámításra, és érvényesíti az egyes kiadási tételekben tapasztalható árnövekedést. Módszer hasonló a KSH inflációs számításához, csak itt nem „fogyasztói kosárról”, hanem az „egészségügyi intézetek kosaráról” lehet beszélni statisztikai értelemben. Részletesebben lásd: GYEMSZI honlap [70.] vezetői árinformációs kiadvány.

⁴⁵ Társadalombiztosítás, társadalombiztosítási, továbbiakban: TB.

9. sz. ábra: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat társadalombiztosítási reálkiadásai „tárgyévi” szemléletben, 2010 bázisán. (ezer Ft)



Forrás: XII. és XIII. sz. táblák „társadalombiztosítás kiadásai összesen” sora

Fenti táblázatok alapján érdemes megalkotni a reálértékek kiadási görbéjét is. Legelőször a társadalombiztosítási kiadások összegző sorának görbéjével kezdem, a többi összegző sorét később rajzolom meg. A XII. és XIII. sz. táblák „társadalombiztosítás kiadásai összesen” sorainak reál-adatait a 9. sz. ábra szemlélteti. A „nominális” adatok alapján ábrázolt 6. sz. ábrához képest a legszembevetőbb különbség az, hogy indexálás miatt a görbe meredekségének iránya megváltozott! Az indexált adatok 2010-es árszínvonalra kerültek átszámolásra. Érdemes külön-külön is áttekinteni az egyes kiadási tételek alakulását és a mögöttük húzódó lehetséges magyarázatokat. Mielőtt erre sor kerülne, fontos információtartalommal bírnak a fajlagos kiadások is, melyeket az indexált adatok alapján a XIV. és XV. sz. táblák mutatnak be.

XIV. sz. tábla: Átlagos munkabalesetre jutó reálkiadás „tárgyévi” szemléletben 2001-2005, 2010 bázisán (ezer Ft)

	2001	2002	2003	2004	2005
Természetbeni ellátások	27,9	27,3	38,2	40,9	33,7
Pénzbeli eü ellátások	352,3	410,5	455,6	447,3	424,2
Nyugdíjszerű ellátások	601,5	642,2	662,0	732,3	729,1
Társadalombiztosítás kiadásai	981,6	1 080,0	1 155,9	1 220,5	1 187,0
MPA MSZFT	1 164,9	1 137,2	943,4	1 812,0	2 788,0
TB + MPA MSZFT	2 146,5	2 217,2	2 099,3	3 032,5	3 975,1

Forrás: XII. sz. tábla adatai osztva az X. sz. tábla adataival.

XV. sz. tábla: Átlagos munkabalesetre jutó reálkiadás „tárgyévi” szemléletben 2006-2010, 2010 bázisán (ezer Ft)

	2006	2007	2008	2009	2010
Természetbeni ellátások	33,2	31,6	32,0	30,9	29,6
Pénzbeli eü ellátások	456,2	426,1	411,4	476,6	402,5
Nyugdíjszerű ellátások	839,0	870,4	819,9	952,6	885,8
Társadalombiztosítás kiadásai	1 328,4	1 328,1	1 263,3	1 460,1	1 317,8
MPA MSZFT	2 843,7	2 967,6	2 637,4	2 992,6	2 120,5
TB + MPA MSZFT	4 172,1	4 295,7	3 900,7	4 452,8	3 438,4

Forrás: XIII. sz. tábla adatai osztva az X. sz. tábla adataival.

A vizsgált 10 éves időszak kiadásainak alakulásáról elmondható, hogy a kiadás-együttes rövid, de gyors ütemű kezdeti növekedés után lassú, de tendenciózus csökkenésbe ment át. Csaknem ugyanezt a trendet követték a fajlagos kiadások számai is. Talán meglepetést okozhat, hogy a fajlagos kiadások teljes növekedési intenzitásukat tekintve 2001-hez képest emelkedtek, míg az „összes kiadás” csökkent. Ez a különbség azzal magyarázható, hogy a baleseti esetszám 2001-ről 2010-re, mintegy 22%-ot (!) csökkent, ami azt jelenti, hogy a fajlagos kiadások kiszámításához 2010-ben használt baleseti esetszám a 2001-es 78,12%-a csupán. Az összes kiadások nem egészen 12%-os csökkenésénél intenzívebb volt az esetszámoké, így a fajlagos kiadások 13,4%-kal nőttek, ami elfogadható. Ezt az összefüggést mutatja be a XVI. sz. tábla.

XVI. sz. tábla: Főbb kiadási tételek növekedés-intenzitása 2001-ről 2010-re (2001 = 100%)

Kiadási tétel megnevezése	Összes kiadás	Fajlagos kiadás
Természetbeni ellátások kiadásai	82,9%	106,1%
Pénzbeli eü ellátások kiadásai	89,3%	114,3%
Nyugdíjszerű ellátások kiadásai	115,0%	147,3%
Társadalombiztosítás kiadásai összesen	104,9%	134,2%
MPA MSZFT	142,2%	182,0%
TB + MPA MSZFT	125,1%	160,2%

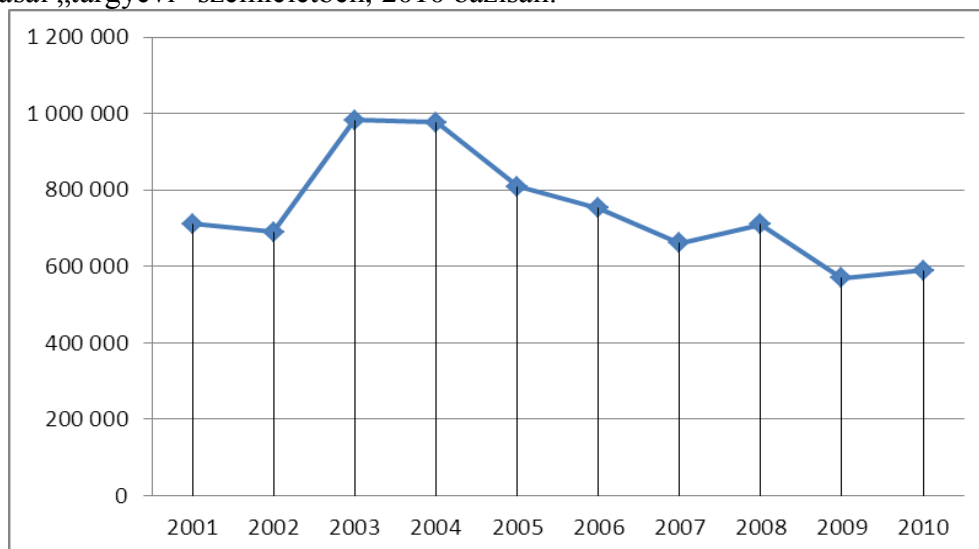
Forrás: XIV. és XV. sz. táblák, valamint XII. és XIII. sz. táblák adataiból számított adatok.

A XII. és XIII. táblák összkiadás, valamint a XIV. és XV. táblák fajlagos kiadás adataiból kiindulva a kiadási tételek közül meglepő módon maga az effektív egészségügyi ellátás kiadása képviseli a legkisebb részarányt, mindössze 2,2%-ot (!), így érthető, hogy a kiadási

grafikon (6. sz. ábra) alakját meghatározó módon a pénzbeli járandóságok (egészségügyi és nyugdíjszerű) formálják.

Ez egybe hangzik a dolgozat elején felvázolt feltételezéssel, mely szerint a rendszer tehetetlensége meghatározó módon a pénzkifizetéseken alapul, nevezetesen, hogy az állampolgárok előnyben részesítik, jövedelemként tekintik a jog szerint járó kifizetéseket, akár saját testi-lelki felépülésükkal szemben is. A megállapítás azért nem ennyire szoros összefüggésben értendő, de az egészségügyi ellátás kiadásai részarányát tekintve az összes volumenfüggő kiadáson belül 2010-ben mindössze 2,2% (!), míg a pénzbeli egészségügyi kiadásoké 30,5%, a maradék 67,3% a nyugdíjszerű kiadásoké. Újrafogalmazva tehát, maga az aktuális munkabaleset-biztosítási gyakorlat abszolút túlsúlyt biztosít a pénzbeli kompenzáció számára, semmint előnyben részesítené az egyén rehabilitációját, teljes értékű emberré történő visszaintegrálását. Valószínűleg „jobb híján” alapon ezzel az érintett társadalom megtanult együtt élni, és választási alternatíva hiányában nemcsak elvárják, de építenek is a balesetükből származó pénzbeli tételekre, mint jövedelemre. Ez igen szomorú.

10. sz. ábra: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat egészségügyi természetbeni ellátásainak reálkiadásai „tárgyévi” szemléletben, 2010 bázisán. (ezer Ft)

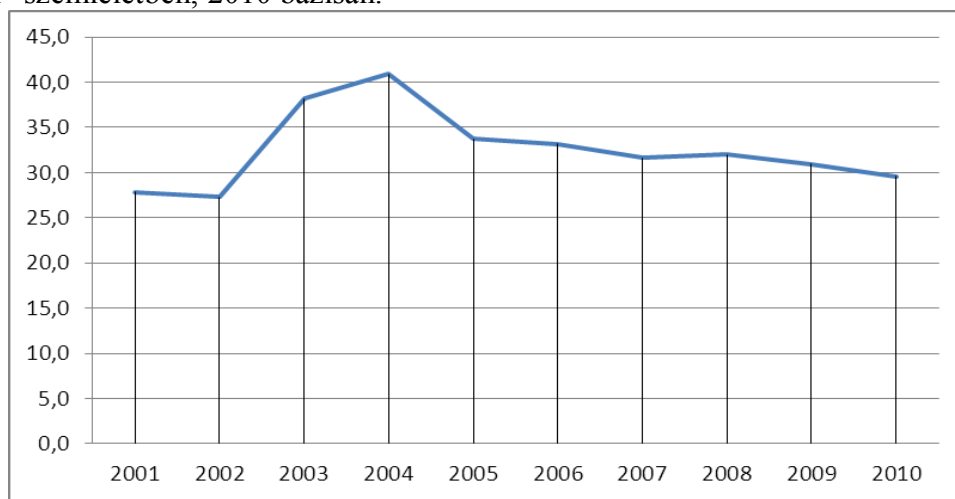


Forrás: XII. és XIII. sz. táblák „természetbeni ellátások kiadásai” sora.

Az **egészségügyi természetbeni reálkiadásokat** a 10. sz. ábra szemlélteti. Ezzel együtt, ha lineáris trendgörbét illesztünk a grafikonra, kiderül, hogy ezen kiadási tétel **reálértéken** is monoton **csökkenő tendenciát mutat**, és ez örvendetes megállapítás a munkabalesetek csökkenő esetszámát figyelembe véve (7. sz. ábra). A XVI. sz. tábla kiadásnövekedés-

intenzitási adatait figyelembe véve azonban megállapítható, hogy a munkabiztonság, a munkavédelem területén jelentkező javuló tendencia miatt beálló esetszám-csökkenés még nem képes ellensúlyozni az egészségügyi természetbeni ellátásokban jelentkező árfelhajtó hatásokat, vagyis fajlagos kiadásokat tekintve **2010-ben drágábban lehet ellátni egy ugyanolyan átlagos munkabaleseti esetet, mint 2001-ben.** A vizsgált időszakban az esetszám csökkenés tehát nagyobb mértékű volt, mint a kiadáscsökkenés. Ugyanakkor a **fajlagos kiadások tendenciája is csökkenő** jelleget mutat. Ezt mutatja be a 11. sz. ábra.

11. sz. ábra: Egészségügyi természetbeni ellátások egy munkabaleseti esetre jutó reálkiadásai „tárgyévi” szemléletben, 2010 bázisán. (ezer Ft)



Forrás: XIV. és XVI. sz. táblák „természetbeni ellátások” sora

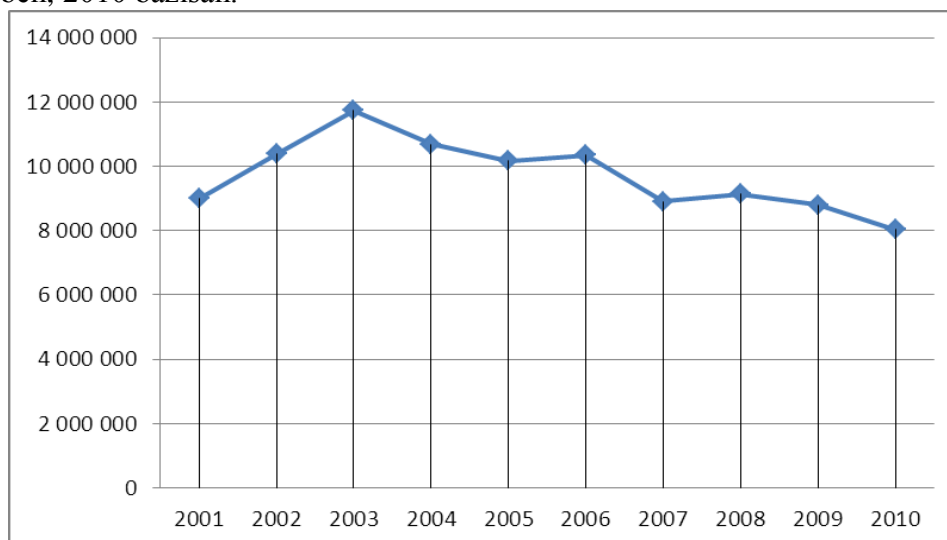
A 2001-hez képest bekövetkező fajlagos esetkiadás drágulás nagyobb részben az egy eset által igénybevett egészségügyi szolgáltatások mennyiségével, finanszírozási változásokkal,⁴⁶ lejelentett esetek súlyosbodásával, az egészségügyi ellátás színvonalának lassú emelkedésével, kisebb részben az ellátások és alkalmazott technológiák drágulásával, és az egészségügyi árindexek inflációt meghaladó hatásával magyarázható. (Lásd korábban: XI. sz. táblázat adatait). A lehetséges magyarázatként bemutatott okok önmagukban felhívják a figyelmet egy fegyelmezett esetmenedzsment felállítására és alkalmazására, amennyiben a kiadásokon további racionalizáció végrehajtása javasolt – már pedig ez így van.

Pénzbeli egészségügyi ellátások kiadásai hasonló alakzatban ábrázolható, mint a természetbeni egészségügyi kiadásoké, melyben a teljes függvény hasonló vonalvezetésű,

⁴⁶ Laborkassza felszabadítás, pontérték követés, esetfinanszírozott beavatkozás elismerés, extrafinanszírozás, stb.

függvényszakaszok legfeljebb meredekségükben különböznek egymástól. Ezt támasztja alá a korrelációs együttható is, mely a 2 adathalmaz közt 0,82 értéket vesz fel. Ez a két adathalmaz együtt mozgását (jellemzőit) 82%-ban hasonlóknak tartja, mely nagyon szoros logikai kapcsolatot jelent. Örömteli tény, hogy az egészségügyi pénzbeli kiadások csakúgy, mint a természetbeni kiadások összessége csökkenő tendenciát mutat. Így el lehet mondani, hogy a munkabalesetek esetszámában beálló „hatékonyság-javulás” direkt módon lecsapódik ezen tételek esetében is. Fontos látni ugyanakkor, hogy pénzbeli kiadások 13,6-szor nagyobbak, mint a természetbeni ellátásokra fordított kiadások. (Pénzbeli reálkiadásokat a 12. sz. ábra szemlélteti.) A pénzbeli kiadások közt 2010-ben a gyógyszerár-támogatás mindösszesen 0,1%-ot (!), a gyógyászati segédeszköz támogatás csupán 17,9%-ot, míg a tényleges „jövedelem jellegű” pénzkifizetéssel járó baleseti táppénz 82%-ot (!) képviselt! A magas összegű kiadásoknak, ezen belül a kirívóan magas táppénzaránynak két lehetséges magyarázata van.

12. sz. ábra: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat egészségügyi pénzbeli reálkiadásai „tárgyévi” szemléletben, 2010 bázisán. (ezer Ft)



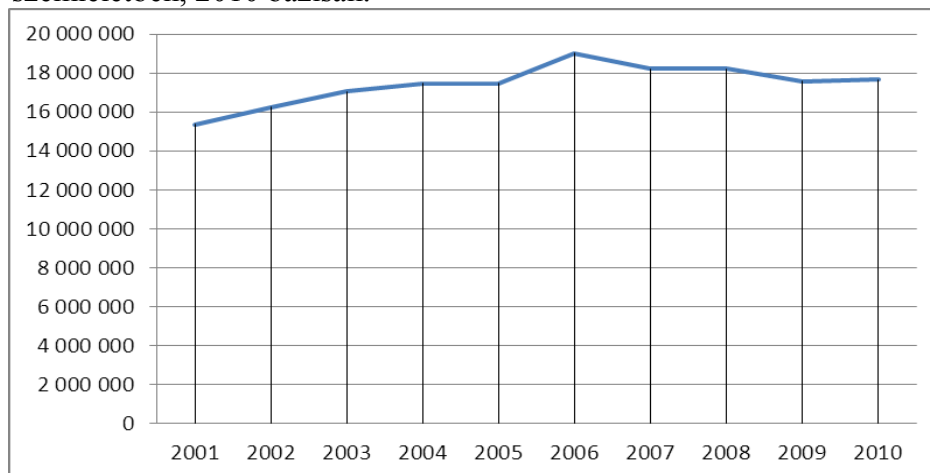
Forrás: XII. és XIII. sz. táblák „egészségügyi pénzbeli ellátások” sora

Egy lehetséges magyarázat egyrészt az, hogy maga az egészségügyi gyógyító ellátás a balesetet követő időszakban kerül igénybe vételre, túlnyomó részben legfeljebb 2-3 héten keresztül, vagy csupán néhány alkalommal, ellenben a pénzbeli ellátás a rehabilitációt követő egészségügyi állapot függvénye, és tartós, éven túli, vagy több éves jogosultság lehet. A pénzbeli jogosultság így hosszabban is tart, mint az effektív igénybe vett természetbeni

ellátás, továbbá a pénzbeli ellátásokra ily módon évről-évre halmozódnak az „esetek”, vagyis nő az igény, míg a természetbeni ellátások iránt az esetszámok változása által meghatározott módon viszonylag konstansnak mondható.

Másrészt a munkabaleset-biztosítási gyakorlat, az egészségügyi ellátórendszer kapacitásai és teljesítménye, a balesetek lejelentésének és felelősségre vonásának jogi szabályozásai, különféle politikai megfontolások⁴⁷, valamint a makrogazdasági adatokból is leszűrhető, általánosan rossz gazdasági állapot és várakozás Magyarországon abba az irányba tolja a munkavállalók érdeklődését, hogy lehetőleg pénzügyileg „jól jöjjenek ki” (egzisztenciálisan) balesetük adta helyzetből, és jövedelemként, vagy többletjövedelemként támaszkodjanak a jogszerűen megigényelhető állami transzferekre.

13. sz. ábra: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat nyugdíjszerű ellátásainak reálkiadásai „tárgyévi” szemléletben, 2010 bázisán. (ezer Ft)



Forrás: XII. és XIII. sz. táblák „nyugdíjszerű ellátások kiadásai” sora

Pénzbeli egészségügyi kiadásokat nagy rugalmatlanság jellemzi, hiszen sokak számára egzisztenciális kérdés ennek megkurtítása. Márpedig ez politikai tényező. Ugyanakkor a jogbiztonság elvét fenntartva lehetne javasolni egy dátumot, melytől kezdődően már más jogosultságokkal élhet az, akivel sajnálatos módon munkabaleset történik. Így el lehetne érni, hogy idővel inkább az életminőséget az egyén egészsége útján növelő alternatív megoldás irányába kerüljenek eltolásra a munkabaleset-biztosítás alkalmazott eszközei. Az

⁴⁷ Politikai váltógazdaságban a rövid ciklusok miatt nagyobb horderejű változtatásokkal választásokat lehet bukni, ezért a politikai erők nagyon óvatosan bánnak a reformok eszköztárával. Választási eredményeket szem előtt tartva kifizetődőbb kifizetni amit kell, mintsem gyökereiben belenyúlni egy úgy-ahogy működő rendszerbe és felvállalni annak mondvacsínált, vagy ténylegesen negatív visszhangjait, anélkül, hogy az átalakítást a 4 éves ciklus rövidege miatt termőre tudná fordítani a változtatást kezdeményező politikai erő.

egészségügyi természetbeni ellátásokban szükséges minél magasabb színvonalat elérni azért, hogy aztán ne csapódjon le a nem kellő szintű beavatkozás egy járadékjellegű kifizetési kötelezettségben, és az egyén kieső jövedelmei által kieső állami adóbevételekben, gazdaságélénkítő fogyasztási kiadások elmaradásában. Ha önmagában is igazán lineáris grafikont akarunk látni, akkor ezt jó közelítéssel megoldja a nyugdíjszerű ellátások reálkiadásaira felrajzolható görbe. Ezt a fentebb látható 13. sz. ábra szemlélteti.

Láthatólag a nyugdíjszerű ellátások görbáját a csökkenő baleseti esetszám csak nagyon késve és mérsékelten, a vizsgált időszak végén befolyásolja, hiszen ez a görbe alakjában csökkenő meredekséget kellene, hogy okozzon már lényegesen 2010 előtt.

A nyugdíjszerű ellátások a legtehetősebb (legmerevebb) kiadástömeg az egész munkabaleset-biztosítási gyakorlatban. A nyugdíjkiadásokban számottevő mozgást rendkívül nehezen, és eredményeinek megjelenést tekintve igen-igen lassan lehet csak elérni. Szakmai konzultációim során a nyugdíjjellegű kifizetések helyzeti jellemzésére megalkottam egy rövid mondatot, melynek tartalmát teljes mértékben igaznak, felvállalhatónak tartom. Mondatom így hangzik: *„a nyugdíjjellegű kifizetések rendszere azért ilyen merev, mert itt van mindenki, akivel már nem lehet mást kezdeni”*. Sajnos ez a mondat meglehetősen nyersen ugyan, de jó közelítéssel jellemzi az igazságot. Hiszen aki egyrészt valóban annyira egészségügyileg sérült, hogy nem rehabilitálható, az járadékra jogosult. Akár élete végéig, de évekre biztosan. Aki viszont megszokta, hogy a járadék az egzisztenciája, netán a járadék a mellékes jövedelme, az továbbra is ragaszkodni fog hozzá, és sok eszközt megragad, hogy a rendszerben maradhasson. Ezen emberek száma csökkenthető lehetne, de egyelőre nem adott olyan jellegű orvosi és szakmai rehabilitáció, mely ennek észrevehető mértékben eleget tudna tenni, emberek tömegének gyógyulási felépülési alternatívát kínálva a pénzügyi kompenzációval szemben. Ez egyébként ebben az olvasatban nem csupán magyar, de világméretű jelenség. A különbség legfeljebb annyi, hogy egyik, vagy másik állam ebben „jobban” áll. Azonban a megfelelő, szükségletekhez alkalmazkodó ellátási színvonal és volumen a fizetőképes kereslet hiányában egyetlen államban sem biztosított. Van ugyan, ahol a központi költségvetés, vagy a magánbiztosítások rendszere jobb eredményt ér el, és ténylegesen jelentős kapacitásban jó színvonalú rehabilitációs ellátórendszer alakul ki, de a hozzáférés ezekben az államokban sem lehetséges mindenki számára. Tehát a szükségletek

mindenhol meghaladják a fizetőképes keresletet, és jobb híján marad a nyugdíjjellegű transzferek rendszere, mint megoldás.

Az összes gazdaságban végbemenő hatás kihat a nyugdíjszerű kiadásokra is, csak borzasztó lassan. Ami miatt azonban igen csekély mértékben befolyásolják a környezeti és szabályozási hatások a görbe alakját, az a jelenlegi helyzet tehetetlensége. Oly sokan, és olyan tartósan részesülnek a nyugdíjszerű ellátásokban, hogy azon változtatni nehezen lehet. Miért gondolom ezt? Íme egy friss példa. Tapasztalva azt, hogy 2012-ben a második Orbán-Kormány a rokkantsági járadékban részesülők felülvizsgálatát kezdeményezte, a merev rendszerhez „hozzá lehet nyúlni”, csupán politikai akaratra van hozzá szükség.⁴⁸ Az ilyen nagyarányú intézkedések ellen az érdekeltek természetesen szót emelnek, és érvelésükben sokszor logikus indokok is lehetnek. A 2012. tavaszi intézkedések arról szóltak, hogy azok, akik rokkantsági nyugdíjban részesülnek, és az 57. életévüket 2011 után töltötték vagy töltik be, illetve akik rehabilitáció nélkül kereső tevékenységre nem képesek, legkésőbb 2012. március 31-ig jelentkezzenek orvosi felülvizsgálatra. Az orvosi felülvizsgálta és magának az intézkedésnek a célja az, hogy minél több, járadékban részesülő, de munkaképes embert visszatereljenek az aktív foglalkoztatottak közé. Azokat, akiket pedig orvosilag rehabilitálva keresőképességre alkalmassá lehet tenni, azok számára az ennek érdekében szükséges egészségügyi ellátások biztosítva legyenek.⁴⁹ [83.]

Bármilyen változtatás, mely a görbe (13. sz. ábra) alakját kiigazítani kívánna számos ember érdeksérelmével jár, amin az adott politikai erő népszerűsége – aki meghozza a kiigazító döntést – biztosan csorbát szenved a legközelebbi választásokon.⁵⁰ A megoldás jövőbe mutató kell, hogy legyen, és ehhez a múlt és a jelen tapasztalatainak felhasználása szükséges. A görbe

⁴⁸ Lásd: Széll Kálmán Terv [86.]

⁴⁹ Az információt folytatva: a százezernél is több érintettből csupán mintegy ötöde tett eleget a felhívásnak határnapig a Kossuth Rádió Krónika című hírműsora szerint, amit 2012. április 5-én reggel 8.00 órakor sugároztak. Ugyanakkor ebben a hírműsorban is hallható volt, hogy az érdekvédelem hangja az érintettek részéről a jogszerűtlenségre hivatkozott. Mivel az ügyben visszamenőleges hatály nem szerepelt, így az érdekképviselő az eljárásjogi kérdésekben keres menekülő utat a járadékok folyósítási rendszerének érintettek számára történő minél további fenntartására. Függetlenül attól, hogy tiltakozásuk eredményes lesz-e, egy jogállamban a peres ügyek kimenetele akár évekig is elhúzódhat. Ezért gondolom azt, hogy egy fennálló helyzetre vonatkozó nagyobb horderejű változtatás a meglévő politikai szándék ellenére is általában elég lassan tud átkerülni működőképesen a gyakorlatba. Emiatt rövidtávú hatás elérése nem lehetséges.

⁵⁰ Az, hogy milyen mértékben, az mindig az érintettek számától, a kommunikáció minőségétől és a lehetséges kompenzációs intézkedések érintettek részéről történő elfogadástól függ, no meg attól, hogy az intézkedés mennyi idővel a választások előtt történik meg... Azonban talán ez így van jól, hiszen a legtöbb ember, aki transzferekben részesül, nem rendelkezik más alternatívaként egzisztenciája előteremtéséhez. Így az állami intézkedéseknek, melyek emberek tömegének egzisztenciáját jelentik normális esetben nem lehet átgondolatlan alapja.

legfőbb mondanivalója az, hogy íme, alátámasztva látszik, hogy javuló munkabaleseti statisztikák ellenére a pénz formátumú járandóságok kifizetése reálértéken is legfeljebb stagnál. Ez megint csak azt jelenti, hogy az érintett emberek inkább meglátják a pénzkifizetésben rejlő előnyöket, mintsem saját egészségügyi felépülésük életminőség növelő előnyét. Ezt a beidegződést az államnak reális választási alternatívák megteremtésével az állampolgárok számára egy egészséges és termelőképés nemzet érdekében biztosítani kell.⁵¹ Szükségszerű, hogy rendelkezésre álljon a pénzkifizetésekkel szemben egy olyan alternatíva, mely az egyén egészségének helyreállítását, ennek fontosságát és a pénzjárdékra jogosultsággal szembeni előnyét kifejezésre juttatja, az emberekkel megérteti és elfogadtatja. Ez jövőbe mutató gondolat, mely az egyének gondolkodásmódjának megváltoztatását is magában foglalja, de kizárólag ily módon lehet hosszútávon tartós eredményeket elérni.

A nyugdíjszerű ellátások elképesztő merevségét és kiadásnövekedését maga a 10 éves periódusban vett növekedés-intenzitás is alátámasztja, hiszen minden tétel közül legkiemelkedőbben ez a kiadási tétel nőtt. Az összes 2010-es kiadás reálértéken 15%-kal több mint a 2001-es kiadás. A fajlagos kiadások – a csökkenő esetszám miatt – egy esetre jutóan 47%-kal magasabb reálkiadásokkal számolnak 2010-ben, mint 2001-ben. Figyelembe véve a 21,8%-os esetszám csökkenést, az intenzitási mutatóból ez a tény önmagában csaknem a felét megmagyarázza.⁵² (Fajlagos kiadás-intenzitási adatok a XVI. sz. táblában találhatóak.)

Ezzel együtt ebben a növekedési ütemben az esetszám-csökkenésen túl már más indokok is sejthetők, mint csupán önmagában az árdrágulás, hiszen jó, ha a nyugellátások értéke a fogyasztói árváltozást követi, e reálnövekedésről kevés esetben lehet beszámolni.

Az ilyen mértékű növekedés okait fontos megismerni. Mivel a disszertáció által vizsgált rendszer nem zárt rendszer, így a nyugellátások jogosultságának megállapítása egy-egy ember esetében történik úgy, hogy egyik típusú ellátásból a másikba „vándorol” át, attól függően, hogy hol előnyösebb számára a járadékfizetés összege. A vándorlások további oka a szabályozásban keresendő. Elképzelhető, hogy az egyik típusú nyugellátásban részesülők száma ugrásszerűen megnő a jogosultság lehetővé tételével, míg egy másik típusú nyugellátás iránti igény lecsökken. A munkabaleseti számítások alapját képező adatok rendszere sem zárt

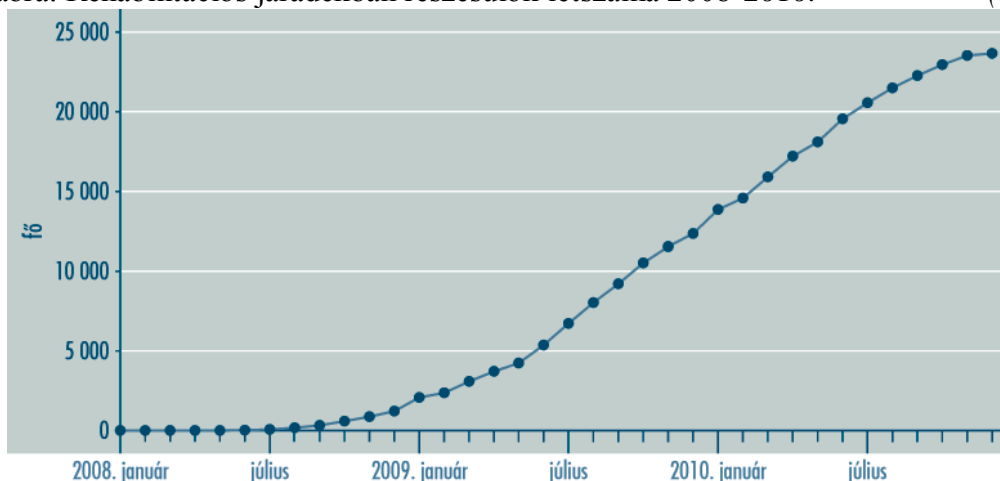
⁵¹ Szerencsére a 2010-ben kidolgozott Széll Kálmán terv [86.] erre vonatkozóan már tartalmaz célkitűzéseket, intézkedési tervet, mint arra fentiekben is utaltam, és ahogyan azt dolgozatom elején szó szerint idéztem is.

⁵² Kisebbségi esetszámra oszlik a költség, tehát fajlagosan nő az egy esetre jutó összeg változatlan reálköltségek mellett is.

rendszer, abban olyan változások is történhetnek, melyek nem a munkabaleset-biztosítás gyakorlatában, hanem más területen jelentkeznek, de kihatnak a felhasznált adatokra. Mi sem támasztja alá jobban ezt a kijelentést, mint magának a Nyugdíjfolyósító Igazgatóságnak 2010-es évkönyvében írt indoklása 2008-ban bevezetett rehabilitációs járadék exponenciális mértékű (!) növekedéséről:

„2008. évben új ellátási forma, a rehabilitációs járadék került bevezetésre. [...] A **rehabilitációs járadékban részesülők** létszáma a bevezetést követően **gyors emelkedésnek indult**. Míg 2008-ban számuk mintegy 270 fő volt, 2009-ben már 6.600 fő, 2010-ben pedig éves átlagban közel 19.500-an részesültek ezen ellátásból. A **III. csoportos rokkantsági nyugdíjasok létszáma** azonban a rehabilitációs járadékosok számának gyarapodásánál **lényegesen nagyobb mértékben csökkent** az elmúlt években. A hozzátartozói főellátások létszáma 7.800 fővel, 3,3%-kal volt alacsonyabb, mint az előző évben. A korábbi években is megfigyelhető volt a létszámcsökkenés, amely azzal magyarázható, hogy az özvegyek (elsősorban a nők) közül egyre többen jogosultak saját jogú ellátásra is, ezért a hozzátartozói ellátást kiegészítésként kapják, állományuk utánpótlása fokozatosan csökken.” [71.]

14. sz. ábra: Rehabilitációs járadékban részesülők létszáma 2008-2010. (ezer fő)



Forrás: ONYF 2010-es évkönyv 59.oldal. [71.]

Nyugdíjszerű ellátások közt egyébként új kiadási tétel a 14. ábrán ábrázolt „rehabilitációs járadék”, melyet a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény 2008-tól léptetett érvénybe. Rehabilitációs járadékra az 50-79%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett, rehabilitálható, az életkora szerint a rokkantsági nyugdíjhoz szükséges szolgálati idővel rendelkező és az egyéb jogszabályi feltételeknek megfelelő személy jogosult – a 2010-

ben hatályos szabályozás szerint – legfeljebb 3 évre. A bevezetés évében a kezdeti alig 100 rehabilitációs ellátás, 2009. év decemberében már 12 ezer fölé ment, 2010. év végére pedig meghaladta a 23.600 főt. Az ellátások felfutását a 14. sz. ábra szemlélteti. A rehabilitációs járadékban részesülők számának felfutása 11,4 milliárd forintot, 0,4%-ot jelentett a Nyugdíjbiztosítási Alap nyugdíjkiadásában 2010-ben.

Ebből az látszik alátámasztva, hogy a rehabilitációs járadék egy új lehetőség, de csak az igényelheti, aki – leegyszerűsítve – más nyugdíjszerű kifizetésben nem részesül (vagy arról lemond). Ennek megfelelően az ellátástípusok közti „vándorlás” lehetősége egy újabb alternatívával bővült 2008-tól kezdve.

Fontos, hogy a rehabilitációs járadékot nem csak munkabaleseti okkal vehetik igénybe, tehát ezen összegben belül is csupán egy rész vehető figyelembe a munkabalesetek „számlájára” róhatóan. Ezek elkülönítése a teljes kifizetési összegekből megtörtént, tehát a disszertáció ezekkel a helyes összegekkel számol.

Fentiekben leírtaknak megfelelően most már sor kerülhet a 9. sz. ábrán bemutatott „társadalombiztosítás kiadásai” évekre összesített összegeinek elemzésére is, mivel azok összetevőivel, az egészségügyi természetbeni ellátásokkal, az egészségügyi pénzbeli ellátásokkal, valamint a nyugdíjszerű ellátásokkal az előző oldalak hosszasan foglalkoztak.

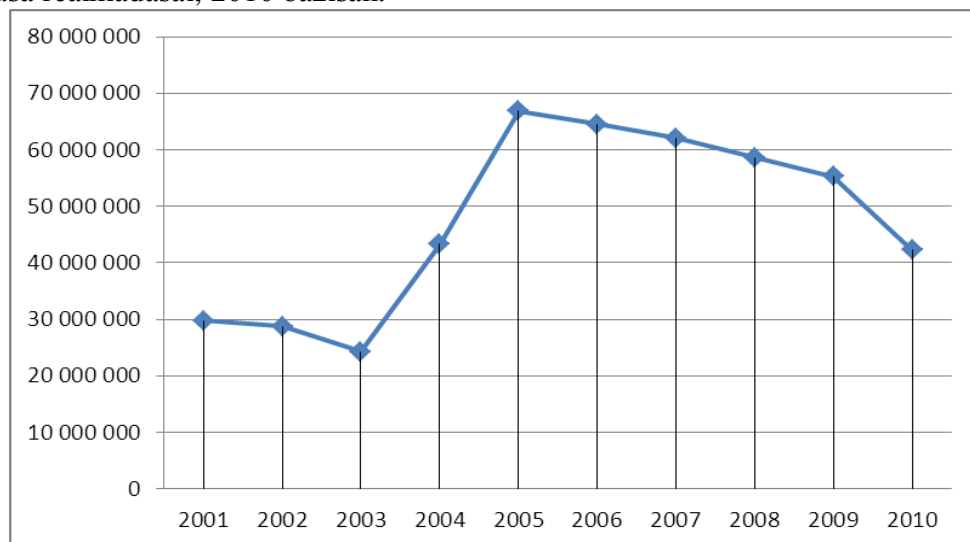
A „társadalombiztosítás kiadásai” görbéjének alakját meghatározóan a két pénzbeli kifizetéseket tartalmazó tétel-együttes, az egészségügyi pénzbeli ellátások és a nyugdíjszerű ellátások befolyásolják, hiszen együtt a 2010-es kiadások 97,8%-át adják ki. A grafikonok alakjából is látható volt, hogy leginkább volumenfüggő (esetszám függő) a természetbeni ellátásokra fordított kiadási tétel-együttes, de ennek csupán 2,2% a részaránya az összes kiadásból. A „volumenfüggő” elnevezés semmiképpen sem a baleseti esetszámokra felrajzolható függvény és a nevezett kiadási függvény közti szoros korrelációs kapcsolatra utal, hiszen furcsa módon csökkenő baleseti esetszámmal szemben monoton növekvő kiadások állnak, vagyis a korreláció fordított, negatív előjelű lenne. A volumenfüggő elnevezés arra utal, hogy minél nagyobb az esetszám annál nagyobbak a kiadási vonzatok is, hiszen minden kiadási tétel (ellátási forma) iránt nőnek az igények.

A társadalombiztosítás együttes kiadásai 2010-re önmagában meghaladták a 26 milliárd forintot (ld.: XII. és XIII. sz. táblák), mely a költségvetést közvetlenül terheli. A növekedés intenzitása 2001 és 2010 közt 5,1%-os volt (ld.: XVI. sz. tábla), ami csökkenő esetszámok

mellett közel stagnáló szinten jellemzi a reálkiadásokat. A fajlagos kiadások ugyanezen időszak alatt 34,5%-kal nőttek. Az inflációs együttható ebből a reálérték számítás miatt ráadásul már nem magyaráz semmit, tehát önmagában a munkabaleset-biztosítás gyakorlatában keresendők az okok. 2010-es adatok alapján egy átlagosan keletkező munkabaleset összes volumenfüggő kiadásból történő részese, vagyis egy eset fajlagos kiadása 1.317.839 forint, mely igen jelentős összeg.

A társadalombiztosítás kiadásai összegét meghaladja a magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat részeként tekinthető, ugyanakkor politikai döntéssel meghozott kiadás, a Munkaerőpiaci Alap megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási támogatása. Ez az összeg a XII. és XIII. sz. táblák 24. sorában található, és a 15. sz. ábra szemlélteti.

15. sz. ábra: Munkaerőpiaci Alap megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási támogatása reálkiadásai, 2010 bázisán. (ezer Ft)

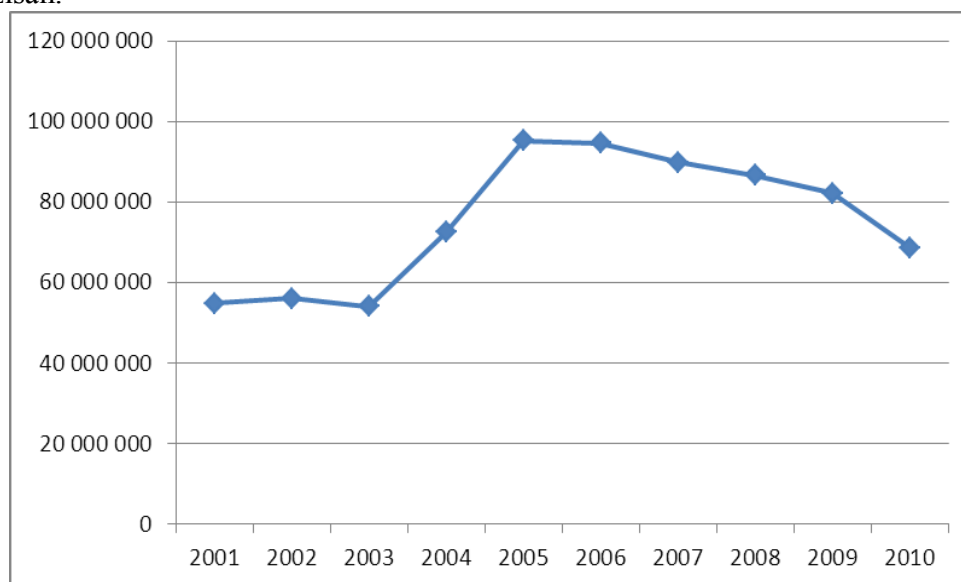


Forrás: XII. és XIII. sz. táblák „MPA MSZFT” sora

Társadalombiztosítási alrendszerekben lecsapódó kiadásokhoz képest jelentkező foglalkoztatási támogatási összegek igen jelentősek, így az elemzést és az abból levonható következtetéseket is alapjaiban képes lenne befolyásolni. Azonban a munkabaleset-biztosítás két „helyen” lecsapódó közvetlen kiadásait nem lehet magyarázat nélkül egy táblázatba összerakni, vagy egyetlen grafikonban ábrázolni. A TB és az MPA kiadási tételek ugyanis teljesen más mechanizmus mentén változnak évről évre. Mint azt korábban leírtam, a TB alrendszerek kiadási tételei ár érzékenyek, míg az MPA MSZFT kiadásának változása elsősorban politikai szándéknak köszönhető: 67 milliárd forint 2/3-a politikai döntésnek

megfelelően változtatható. A kiadások azon része, mely a magyar baleseti tendenciákkal és a világ kiadási tendenciáival együtt változik, mindössze éves 26 milliárd forintot tesz ki. Ezzel együtt tény, ami tény, a magyar munkabaleset-biztosítás közvetlen kiadásai – csökkenő tendenciái ellenére – 2010-ben meghaladták a 67 milliárd forintot, mely összeg önmagában nagyjából akkora, mint Magyarország legnagyobb orvostudományi egyetemének, a Semmelweis Egyetemnek teljes éves költségvetése. [84.] Vagyis már önmagában ez az éves rendszerszerű kiadási összeg képes akár önmagában megindokolni egy életképes önálló balesetbiztosító létrehozásának költségvetési létjogosultságát. Csupán szemléltetési céllal a 16. sz. ábra bemutatja a teljes magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlathoz tartozó reálkiadások alakulását, mely megábrázolja a MPA MSZFT kiadásokat is.

16. sz. ábra: Magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat reálkiadásai „tárgyévi” szemléletben, 2010 bázisán. (ezer Ft)



Forrás: XII. és XIII. sz. táblák „TB + MPA MSZFT” sora

5.2.4 „Új balesetek” szemléletű megközelítés szerinti kiadások

A munkabalesetekkel és foglalkozási megbetegedésekkel kapcsolatban közvetlenül felmerült „új balesetek” szemléletű folyó árszínvonalon vett kiadásokat a „tárgyévi” szemléletű kiadások fejezetében már bemutatott VIII. és IX. sz. táblák analógiájára a XVII. és XVIII. sz. táblázatok tartalmazzák összefoglalóan.

XVII. sz. táblázat: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat kiadásai „új balesetek” szemléletben folyó áron, 2001-2005. (ezer Ft)

	Kiadási tétel megnevezése 2001-2005	2001	2002	2003	2004	2005
		„Új balesetek” szemléletű kiadások				
		A	B	C	D	E
1	Háziorvosi szolgálat	105 796	116 894	168 741	155 553	141 270
2	Mentés, betegszállítás	6 335	6 351	11 112	25 382	6 631
3	Fogászati ellátás	0	0	0	0	0
4	Járóbeteg ellátás	138 905	144 514	204 155	217 810	190 992
5	Fekvőbeteg ellátás	91 031	102 920	176 097	205 640	169 875
6	EFI	7 512	2 608	8 985	7 754	7 397
7	Művese kezelés	16 399	20 594	26 410	21 393	18 353
8	CT, MR	11 080	13 390	17 835	14 160	12 165
9	Krónikus rehab. ellátás	22 660	15 402	29 001	27 401	48 503
10	Otthonápolás	3 044	2 560	6 548	9 295	10 481
11	Labor	0	0	0	0	0
12	Összevont szakellátás	0	0	0	0	0
13	TERMÉSZETBENI ÉÜ ELLÁTÁSOK	402 762	425 233	648 884	684 388	605 666
14	Utazási támogatás	0	0	0	0	0
15	Gyógyszerár tám.	5 344	6 913	11 735	14 384	11 104
16	Gyógyászati segédeszköz tám.	791 727	915 648	1 106 988	1 361 116	1 397 504
17	Baleseti táppénz	4 646 700	5 936 200	7 043 600	6 403 400	6 504 000
18	PÉNZBELI ÉÜ ELLÁTÁSOK	5 443 771	6 858 761	8 162 323	7 778 900	7 912 608
19	Baleseti járadék	334 988	287 002	342 558	301 446	271 627
20	Baleseti rokkant-sági nyugdíj hossz.+sajátjog	143 407	147 318	187 556	202 188	213 348
21	Rehabilitációs járadék	0	0	0	0	0
22	NYUGDÍJSZERŰ ELLÁTÁSOK	478 395	434 320	530 114	503 634	484 975
23	TÁRSADALOM- BIZTOSÍTÁS ÖSSZESEN	6 324 927	7 718 313	9 341 321	8 966 923	9 003 249
24	MPA MSZFT	0	0	0	0	0
25	MINDÖSSZESEN	6 324 927	7 718 313	9 341 321	8 966 923	9 003 249

A XVII. sz. táblázat adatainak forrása:

1. sor: Alap adatok forrása a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [20.] [21.] [22.] [23.] [24.], ebből kerültek arányosításra a munkabaleset-biztosítás érdekében felhasznált összegek.

2., 4., 5., 6., 8., 9., 10. sorok: Országos Egészségbiztosítási Pénztár által szolgáltatott, tervezetten legyűjtött statisztikai adatok [25.]

3. sor: Országos Egészségbiztosítási Pénztár által szolgáltatott, tervezetten legyűjtött statisztikai adatok. [25.] azonban megfelelő módszer nem adódott a munkabaleset-biztosítási céllal igénybe vett utazási kiadások konkrét és szakmailag vállalható meghatározásra, ezért az óvatosság elvén „0”-val számol a dolgozat, vagyis „nincs adat”.

7. sor: Alap adatok forrása a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [20.] [21.] [22.] [23.] [24.], ebből kerültek arányosításra a munkabaleset-biztosítás érdekében felhasznált összegek.

11., 12. sorok: 2001-2005-re ilyen finanszírozási tételként, ebben a bontásban nem áll rendelkezésre adat. A laborteljesítmények a járóbeteg szakellátás finanszírozási adataiban beolvadva található, illetve az összevont szakellátás kasszája 2006-tól létezik és kerül kimutatásra a zárszámadási (és költségvetési) törvényekben. Ezért a XVII. sz. táblában rendre „0” összeg szerepel az egyes rubrikákban. Az összevont szakellátás egyébként a 2005-ig külön-külön sorokon megjelenő krónikus, járó, fekvő, CT és MR költségvetési kiadási tételeket foglalja magában.

13. sor: Összegző sor (=1.+2.+3.+4.+5.+6.+7.+8.+9.+10.+11.+12.)

14. sor: Alap adatok forrása a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló törvények [20.] [21.] [22.] [23.] [24.], azonban megfelelő módszer nem adódott munkabaleset-biztosítási céllal igénybe vett utazási kiadások konkrét, szakmailag vállalható meghatározásra, ezért az óvatosság elvén „0”-val számol a dolgozat, vagyis „nincs adat”.

15. sor: OEP által szolgáltatott, tervezetten legyűjtött statisztikai adatok [25.]

16. sor: Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [20.] [21.] [22.] [23.] [24.] alapján arányosított összegek

17. sor: Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [20.] [21.] [22.] [23.] [24.]

18. sor: Összegző sor. (=14.+15.+16.+17.)

19. és 20. sorok: Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság statisztikai kimutatásai [64.], [65.], [66.], [67.], [71.] és tervezetten legyűjtött statisztikai adatai [28.]

21. sor: Ez a költségvetési tétel nem szerepel az adatforrásokban 2001-2005 időszakában, tekintettel arra, hogy elrendelését a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény fogalmazta meg 2007-ben. Így rendre „0” összeg szerepel a rubrikákban.

22. sor: Összegző sor (=19.+20.+21.)

23. sor: Összegző sor (=13.+18.+22.)

24. sor: A „MPA MSZFT” = Munkerőpiaci Alap „megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási támogatása” költségvetési soron odaítélt összegek politikai döntéssel kerülnek meghatározásra, ezért azok a tárgyévi munkabalesetek számával semmilyen direkt összefüggést nem mutatnak. Emiatt „új balesetek” szempontból bárminemű szakértői vagy statisztikai becslés konkrét összefüggésre, összegekre vonatkozóan csupán torzító hatást eredményezne. Az óvatosság elvén így „0” összegek szerepelnek ezen költségvetési sorában.

25. sor: Összegző sor (=23.+24.)

XVIII. sz. táblázat: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat kiadásai „új balesetek” szemléletben folyó áron, 2001-2005. (ezer Ft)

Kiadási tétel megnevezése 2006-2010		2006	2007	2008	2009	2010
		„Új balesetek” szemléletű kiadások				
		F	G	H	I	J
1	Háziorvosi szolgálat	139 380	159 229	173 099	170 745	171 415
2	Mentés, betegszállítás	6 474	6 447	7 272	6 021	6 400
3	Fogászati ellátás	0	0	0	0	0
4	Járóbeteg ellátás	0	0	0	0	0
5	Fekvőbeteg ellátás	0	0	0	0	0
6	EFI	7 273	7 245	8 162	7 065	8 011
7	Művese kezelés	17 746	19 682	23 601	19 316	20 878
8	CT, MR	0	0	0	0	0
9	Krónikus rehab. ellátás	51 253	0	0	0	0
10	Otthonápolás	9 971	9 841	11 482	9 980	10 394
11	Labor	34 644	31 078	34 522	27 491	30 066
12	Összevont szakellátás	335 857	339 801	378 946	295 053	342 402
13	TERMÉSZETBENI EÜ ELLÁTÁSOK	602 597	573 322	637 085	535 671	589 566
14	Utazási támogatás	0	0	0	0	0
15	Gyógyszerár tám.	12 063	8 971	9 830	8 665	8 555
16	Gyógyászati segédeszköz tám.	1 538 315	1 161 047	1 327 491	1 469 371	1 439 190
17	Baleseti táppénz	6 792 200	6 296 500	6 930 700	6 963 200	6 581 300
18	PÉNZBELI EÜ ELLÁTÁSOK	8 342 578	7 466 518	8 268 022	8 441 236	8 029 044
19	Baleseti járadék	290 842	254 496	248 847	264 281	258 634
20	Baleseti rokkant-sági nyugdíj hozn.+sajátjog	196 046	168 202	234 517	161 796	158 231
21	Rehabilitációs járadék	0	0	23 103	136 405	154 246
22	NYUGDÍJSZERŰ ELLÁTÁSOK	486 888	422 698	506 467	562 483	571 110
23	TÁRSADALOM- BIZTOSÍTÁS ÖSSZESEN	9 432 063	8 462 539	9 411 573	9 539 390	9 189 721
24	MPA MSZFT	0	0	0	0	0
25	MINDÖSSZESEN	9 432 063	8 462 539	9 411 573	9 539 390	9 189 721

A XVIII. sz. táblázat adatainak forrása:

1., 2., 6., 7., 10. sorok: Alap adatok forrása a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [58.] [59.] [60.] [61.], illetve a költségvetési törvény [62.], ezekből kerültek arányosításra a munkabaleset-biztosítás érdekében felhasznált összegek.

3. sor: Országos Egészségbiztosítási Pénztár által szolgáltatott, tervezetten legyűjtött statisztikai adatok. [25.] azonban megfelelő módszer nem adódott a munkabaleset-biztosítási céllal igénybe vett utazási kiadások konkrét és szakmailag vállalható meghatározásra, ezért az óvatosság elvén „0”-val számol a dolgozat, vagyis „nincs adat”.

4., 5., 8. sorok: 2006-2010-re ilyen finanszírozási tételként, ebben a bontásban nem áll rendelkezésre adat, mert 2006-tól beleolvadtak az összevont szakellátás költségvetési sorába. Ezek a tételek 2006-tól ezen a soron kerülnek kimutatásra a zárszámadási (és költségvetési) törvényekben. Ezért a XVIII. sz. táblában rendre „0” összeg szerepel az egyes rubrikákban. Az összevont szakellátás egyébként a 2005-ig külön-külön sorokon megjelenő krónikus, járó, fekvő, CT és MR költségvetési kiadási tételeket foglalja magában.

9. sor: A krónikus ellátás költségvetési sora 2006-ban még nem, de 2007-től beleolvadt az összevont szakellátás költségvetési sorába. Ezért 2006-ban még konkrét összeg [58.], későbbiekben rendre „0” szerepel a rubrikákban.

11., 12. sorok: Alap adatok forrása a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [58.] [59.] [60.] [61.], illetve a költségvetési törvény [62.], ezekből kerültek arányosításra a munkabaleset-biztosítás érdekében felhasznált összegek.

13. sor: Összegző sor (=1.+2.+3.+4.+5.+6.+7.+8.+9.+10.+11.+12.)

14., 15. és 16. sorok: Alap adatok forrása a Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [58.] [59.] [60.] illetve a költségvetési törvények [61.] [62.], azonban megfelelő módszer nem adódott munkabaleset-biztosítási céllal igénybe vett utazási kiadások konkrét, szakmailag vállalható meghatározásra, ezért az óvatosság elvén „0”-val számol a dolgozat, vagyis „nincs adat”.

16. sor: Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [58.] [59.] [60.] [61.], illetve a költségvetési törvény [62.] alapján arányosított összegek.

17. sor: Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvények [58.] [59.] [60.] [61.], illetve a költségvetési törvény [62.].

18. sor: Összegző sor. (=14.+15.+16.+17.)

19., 20. és 21. sorok: Alap adatok forrása az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság statisztikai kimutatásai [64.], [65.], [66.], [67.], [71.] és tervezetten legyűjtött statisztikai adatai [28.]

22. sor: Összegző sor (=19.+20.+21.)

23. sor: Összegző sor (=13.+18.+22.)

24. sor: A „MPA MSZFT” = Munkaerőpiaci Alap „megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási támogatása” költségvetési soron odaítélt összegek politikai döntéssel kerülnek meghatározásra, ezért azok a tárgyévi munkabalesetek számával semmilyen direkt összefüggést nem mutatnak. Emiatt „új balesetek” szempontból bárminemű szakértői vagy statisztikai becslés konkrét összefüggésre, összegekre vonatkozóan csupán torzító hatást eredményezne. Az óvatosság elvén így rendre „0” összegek szerepelnek ezen költségvetési sorában.

25. sor: Összegző sor (=23.+24.)

Mint ahogyan az az 5.2.3 fejezet elején is olvasható, a kiadási tételek közül a legtöbbről elmondható, hogy a rájuk számított összeg **mind „tárgyévi”, mind „új balesetek”** megközelítéssel elfogadható. Ennek megfelelően a két szemléletmód egy-ugyanazon összeggel számol sok tétel esetében. **3 kiadási tétel nem értelmezhető mindkét megközelítésben**, mindhárom tétel a nyugdíjszerű kifizetésekhez köthető, vagyis éven túli, tartós járadékfizetést takar. Ezek elemzése nagyban hozzájárul a helyes következtetések kialakíthatóságához. „Új balesetek” értelmű meghatározásukat más forrásból, illetve más módszertani megközelítéssel kellett elvégezni, mint a „tárgyévi” szemlélet esetében. Ezek:

- Baleseti járadék,
- Rehabilitációs járadék és
- Baleseti rokkantsági nyugdíj.

5.2.4.1 „Új balesetek” szemléletű kiadások elemzése

Táblázatok adatai első ránézésre optimizmusra adnak okot, mivel a 19. sortól kezdődően nagyságrendileg kisebb kiadási összegek szerepelnek, mint a VIII. és IX. sz. táblák „tárgyévi” szemléletben előállított adatai. Az optimizmus azonban legfeljebb számszakilag indokolt, mivel a két-két táblázat adatai más és más szemléletben értelmezhetők. A VIII. sz. és IX. sz. táblák mindössze 3 érdemi sor összegszerű tartalmával térnek el a XVII. és XVIII. sz. tábláktól. Ezek a baleseti járadék, baleseti rokkantsági nyugdíj valamint a rehabilitációs járadék sorai. (19-es, 20-as és 21-es sorok). Ez az eltérés befolyásolja az összegző sorokban megjelenő számokat is. Jelen táblázatokban „0” összeggel szerepel továbbá az MPA MSZFT kiadási tétel is (24. sor), mely a „tárgyévi” „mindösszesen” kiadásokban (25. sor) összegszerűen 2/3 részt képviselt. A XVII. és XVIII. sz. táblák összegző sorait 2010 bázisára indexálva kerültek megalkotásra a XIX. és XX. sz. táblák, melyek ennek megfelelően reálértékeket tartalmaznak.

A soron következő XIX. és XX. sz. táblák adatai a 2-2 első sor adatainak kivételével eltérnek XII. és XIII. sz. táblák adataitól. Érzékelhető, hogy a 2010-re „új balesetek” szemléletben kimutatott 9 milliárd forintnyi kiadás (táblázat utolsó sora) kevesebb, mint egy hetede a „tárgyévi” szemléletben kimutatott összes kiadás 68 milliárd forintjának. A magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat „új balesetek” szemléletű „mindösszesen” kiadásait a 17. sz. ábra mutatja be.

XIX. sz. tábla: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat főbb kiadási tételeinek reálösszegei „új balesetek” szemléletben 2001-2005, 2010 bázisán (2010=100%; ezer Ft)

	2001	2002	2003	2004	2005
Természetbeni ellátások kiadásai	711 211	689 524	983 344	976 600	808 481
Pénzbeli eü ellátások kiadásai	8 996 031	10 379 445	11 730 428	10 677 550	10 169 552
Nyugdíjszerű ellátások kiadásai	790 565	657 261	761 850	691 303	623 306
Társadalombiztosítás kiadásai összesen	10 497 807	11 726 230	13 475 622	12 345 453	11 601 339
MPA MSZFT	0	0	0	0	0
TB + MPA MSZFT (összes kiadás)	10 497 807	11 726 230	13 475 622	12 345 453	11 601 339

Forrás: XVII. sz. tábla 13. sora a XI. sz. tábla egészségügyi árindexeivel, és XVII. sz. tábla 18., 22., 23., 24. és 25. sorainak adata a XI. sz. tábla inflációs indexeivel átszámolva.

XX. sz. tábla: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat főbb kiadási tételeinek reálösszegei „új balesetek” szemléletben 2006-2010, 2010 bázisán. (2010=100%; ezer Ft)

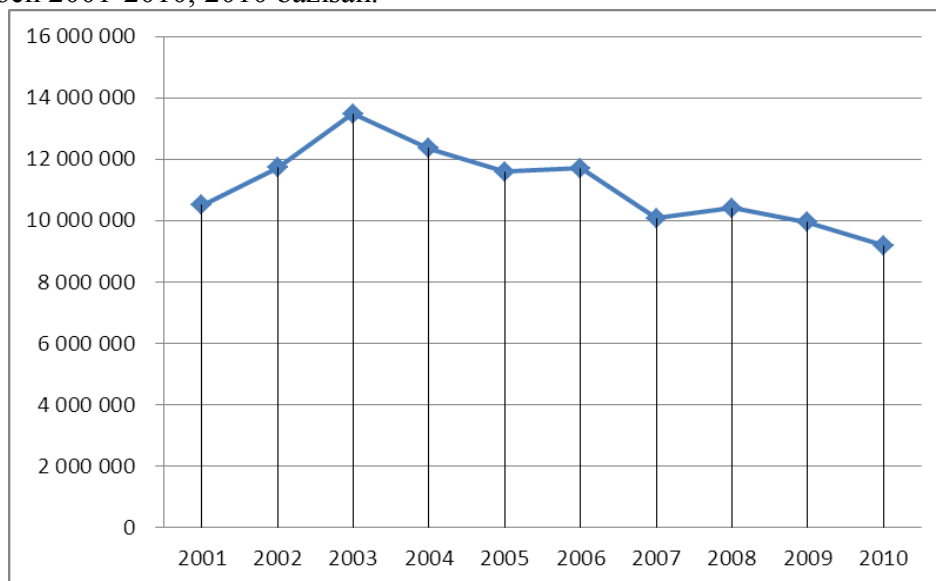
	2006	2007	2008	2009	2010
Természetbeni ellátások kiadásai	753 169	661 661	710 384	570 489	589 566
Pénzbeli eü ellátások kiadásai	10 349 579	8 915 075	9 140 811	8 795 768	8 029 044
Nyugdíjszerű ellátások kiadásai	604 020	504 704	559 930	586 107	571 110
Társadalombiztosítás kiadásai összesen	11 706 768	10 081 440	10 411 125	9 952 364	9 189 721
MPA MSZFT	0	0	0	0	0
TB + MPA MSZFT (összes kiadás)	11 706 768	10 081 440	10 411 125	9 952 364	9 189 721

Forrás: XVIII. sz. tábla 13. sora a XI. sz. tábla egészségügyi árindexeivel, és XVIII. sz. tábla 18., 22., 23., 24. és 25. sorainak adata a XI. sz. tábla inflációs indexeivel átszámolva.

17. sz. ábra azt szemlélteti legjobban, hogy az „új balesetek” módszertan szerint összeállított kiadások görbéje szinte leköveti a baleseti esetszám 7. sz. ábrán található görbéjét. Másképpen megfogalmazva, **az „új balesetek” értelemben vett kiadások az adott évben keletkezett munkabalesetek adott évi kifizetéseit veszik figyelembe.** A módszertan helyességének beigazolása látszik abból, hogy a baleseti esetszámokra felrajzolható görbe és

az összes „új balesetek” kiadásra felrajzolható görbe 0,74-es korrelációt⁵³ mutat egymással, ami szoros összefüggést jelent. (Ez a két adatsor tehát a XIX. sz. és XX. sz. táblázatok utolsó sorainak 10 évre vonatkozó adata, ábrázolva a 17. sz. ábrán, és a X. tábla 10 éves adatsora, ábrázolva a 7. sz. ábrán.)

17. sz. ábra: Magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat reálkiadásai „új balesetek” szemléletben 2001-2010, 2010 bázisán. (ezer Ft)



Forrás: XIX. és XX. sz. táblák utolsó sora.

Érdekességképpen megjegyzem, hogy a „tárgyévi” szemléletű összes kiadásra felrajzolható grafikon és a munkabalesetek esetszámának grafikonja közti korrelációs összefüggés értéke - 0,52⁵⁴, negatív előjelű, tehát éppen hogy nem fordított jellegű, illetve teljesen független alak jellemzi a két adathalmazt. (Ez a két adatsor pedig a XII. sz. és XIII. sz. táblázatok utolsó sorainak 10 évre vonatkozó adata, ábrázolva a 16. sz. ábrán, és a X. tábla 10 éves adatsora, ábrázolva a 7. sz. ábrán.) A látszólagos ellentmondás közt a más-más szemléletben összeállított reálkiadások adatsora áll: míg a „tárgyévi szemléletben” egy 16. sz. ábrán található görbére inkább enyhén emelkedő lineáris trendgörbe lenne illeszthető, úgy a 17. sz. ábrán található grafikonra illeszthető lineáris trendgörbe inkább enyhén csökkenő alakot venne fel, míg a baleseti esetszámokra szintén enyhén csökkenő lineáris trendgörbe lenne illeszthető. A XXI. és XXII. sz. táblák az egy esetre jutó „új balesetek” szemléletű (fajlagos)

⁵³ A 0,74-es hivatkozott korrelációs együttható könnyen kiszámolható a két adatsor Excel táblába felvitelével, az Excel korrelációs számító függvényfunkciója alkalmazásával.

⁵⁴ Mint előző lánjegyzetben foglaltak.

kiadásokat mutatják be. Az első két sor kivételével jelentős eltérés tapasztalható a „tárgyévi” szemléletben elkészített, de hasonló értelmű XIV. és XV. sz. táblák adataihoz képest.

XXI. sz. tábla: Átlagos munkabalesetre jutó reálkiadás „új balesetek” szemléletben 2001-2005, 2010 bázisán (ezer Ft)

	2001	2002	2003	2004	2005
Természetbeni ellátások	27,9	27,3	38,2	40,9	33,7
Pénzbeli eü. ellátások	352,3	410,5	455,6	447,3	424,2
Nyugdíjszerű ellátások	31,0	26,0	29,6	29,0	26,0
Társadalombiztosítás kiadásai	411,1	463,8	523,4	517,2	484,0
MPA MSZFT	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TB + MPA MSZFT	411,1	463,8	523,4	517,2	484,0

Forrás: XIX. sz. tábla adatai osztva az X. sz. tábla adataival.

XXII. sz. tábla: Átlagos munkabalesetre jutó reálkiadás „új balesetek” szemléletben 2006-2010, 2010 bázisán (ezer Ft)

	2006	2007	2008	2009	2010
Természetbeni ellátások	33,2	31,6	32,0	30,9	29,6
Pénzbeli eü. ellátások	456,2	426,1	411,4	476,6	402,5
Nyugdíjszerű ellátások	26,6	24,1	25,2	31,8	28,6
Társadalombiztosítás kiadásai	516,1	481,9	468,6	539,3	460,7
MPA MSZFT	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TB + MPA MSZFT	516,1	481,9	468,6	539,3	460,7

Forrás: XX. sz. tábla adatai osztva az X. sz. tábla adataival.

Csak a 2010-es adatokat vizsgálva látható, hogy legnagyobb különbség a nyugdíjszerű ellátások esetén jelentkezik, hiszen az „új balesetek” megközelítés nem a munkabalesetek érdekében kifizetett kincstári költségvetés teljes összegét, hanem csupán a tárgyévben keletkezett munkabalesetekre eső jogosultságok alapján kalkulált kifizetéseket veszi számba. Ez a létszám nyilvánvalóan eltér attól a létszámtól, mely felhalmozott módon, az összes nyugdíjjellegű kifizetésre jogosult ember létszámát jelenti. Hiszen ők évről-évre a rendszer részei, számukra kifizetés akár több éve történő jogosultságuk alapján. A baleseti rokkantsági nyugdíj kifizetésére példának okáért mintegy 7.000 fő volt jogosult 2010. januárjában, ugyanakkor az év során 1559 új kérelem érkezett be az ONYF-hez, melyből 180-nál állapították meg a jogosultságot. Ebből az összefüggésből látható, hogy az igények csaknem tízszeres mértékben (!) meghaladják a tényleges jogosultságokat, vagyis az emberek valóban megpróbálkoznak ezen transzferekhez hozzájutni. Baleseti járadékra 12.000 fő volt jogosult

2010 januárjában. Ebben az évben 1694 új kérelem érkezett, ebből 884-et, a felét találták jogosnak az ONYF-nél.

Rehabilitációs járadékra 14.000 fő volt jogosult 2010. januárjában, viszont az év során 24.685 új igény érkezett erre a „népszerű” ellátási jogcímre, melyből 13210 fő jogosultságát, több mint felét meg is állapította az ONYF. A munkabalesetek száma ugyanakkor csaknem 20.000 eset volt 2010-ben. Közülük nem mindenki kapott baleseti járadék, baleseti rokkantsági vagy rehabilitációs járadék kifizetést, hiszen nem állt fent a jogosultsága. Tehát ezért nem mindegy mely számokat vesszük alapul, és ez jelenti a fő különbséget a „tárgyévi” és az „új balesetek” szemlélet közt. Az igénybeérkezési és elbírálási adatokat 5 évre visszamenően a XXIII. sz. tábla tartalmazza.

XXIII. sz. tábla: ONYF-hez beérkezett új igények főbb ellátástípusokra, 2006-2010. (darab)

Kiadási tétel	igények/döntés	2006	2007	2008	2009	2010
Baleseti rokkantsági nyugdíj	Összes igény	1 701	1 616	1 520	1 452	1 559
	Pozitív elbírálás	277	229	293	196	180
Baleseti járadék	Összes igény	2 236	1 802	1 899	1 634	1 694
	Pozitív elbírálás	1 226	1 010	919	911	884
Rehabilitációs járadék	Összes igény	x	x	6 009	18 759	24 685
	Pozitív elbírálás	x	x	2 246	12 525	13 210

Forrás: Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság statisztikai kimutatásai [64.], [65.], [66.], [67.], [71.]

Visszatérve a XXI. és XXII. sz. táblák fajlagos kiadási adataihoz, kiemelendő, hogy a nyugdíjszerű ellátások fajlagos kiadása csak a tárgyévben jogosultságot szerzett emberekre eső átlag kifizetésekkel számolva, de a teljes munkabaleseti esetszámmal egy átlagos esetre arányosítva 885,8 ezer forintról (ld.: XV. sz. tábla) 28,6 ezer forintra (ld.: XXII. sz. tábla) csökkent! Ez az arány az összes nyugdíjszerű kiadások közti különbségben is megfigyelhető a két eltérő módszertan alkalmazásából adódóan, hiszen a 2010-es összes nyugdíjszerű kiadás „tárgyévi” szemlélet szerint 17,67 milliárd forint (ld.: XIII. sz. tábla), „új balesetek” szemlélet szerint épphogy 0,57 milliárd forint (ld.: XX. sz. tábla) volt. A fajlagos kiadások közti különbség természetesen ebből adódik, hiszen mindkét szám a 2010-es munkabaleseti létszámmal (ld.: X. sz. tábla) került elosztásra. Ezen elv mentén alakul „új balesetek” alapon egy átlagos új eset teljes társadalombiztosítási kiadása 460,7 ezer forintban, míg „tárgyévi” szemlélet szerint ez a szám 1.317,8 ezer forint. A számok azt jelentik, hogy egy újonnan

bekövetkezett munkabaleset egészen biztosan átlagosan 461 ezer forinttal fogja növelni az adott év munkabaleset-biztosítási kiadásait, ugyanakkor statisztikailag egy keletkező esetre egy év teljes kiadásaiból 1.318 ezer forint esik. Esetkalkulációs sémákat, illetve nemzetközi összehasonlítást emiatt „új balesetek” adattal érdemes véghezvinni.

5.3 Haszonáldozat-költség

5.2 fejezet a munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések közvetlen kiadásvonzatával foglalkozott. Jelen fejezet kitekintést nyújt a nemzeti összjövedelem változásán keresztül érzékelhető további „átgyűrűződő” kihatásokra, mint haszonáldozat-költségre is. A haszonáldozat-költséget úgy lehet értelmezni, mint amelyek nem kiadásként fordítottak a baleseti ellátásokra, hanem a balesetek miatt egy áttétes hatásként vagy elmaradt bevételekhez, csökkenő fogyasztáshoz, és/vagy járulékos további kiadásokhoz vezettek. Fontos látni, hogy maguk a közvetlen kiadások is eleve átstrukturálták mind a kormányzat, mind a családok kiadási szerkezetét, mivel fogyasztói szokásaik megváltoztak.

A haszonáldozat-költség kimutatásának egyik legcélravezetőbb módszere, ha a Nemzeti Termék oldaláról közelítjük meg, és nem csupán felsorolásszerűen összegezzük a hatásokat. A GDP oldali megközelítés nemcsak a számszerűséget, hanem azok összefüggéseit is hatékonyan képes láttatni. A GDP (Gross Domestic Product) – „Bruttó Hazai Termék”, mint nemzetgazdasági összjövedelem összegszerűsítésére a modern közgazdaságtan két egyenértékű megközelítési elvet alkalmaz: [30.]

1. A termékáramlás oldaláról történő megközelítést és
2. A jövedelem- és kiadási oldalról történő megközelítést.

A megközelítésmódokban figyelembe veendő közgazdasági kiadási fogalmakat a XXIV. sz. táblázat szemlélteti. A munkabalesetek a GDP szintjére a munkából kieső időn,⁵⁵ a megváltozott egyéni jövedelmeken, az elmaradó állami adó- és járulékbefvételeken, a megnövekedő állami transzfereken⁵⁶ és a fogyasztói szokások megváltozásán keresztül hatnak. Ezen együttes hatásokat nevesíti a dolgozat haszonáldozat-költségnek.

⁵⁵ Az aktív termelési tényezők mennyisége (kínálata) csökken, ez közvetlenül befolyásolja a potenciális kibocsátást. Ez a hatásmechanizmus lényeges, de létező munkanélküliséget feltételezve a tényleges kibocsátást csekély mértékben befolyásolja csak.

⁵⁶ A GDP szintjére az állami transzferek növekedése közvetlenül kihat, és azok összegszerűen az előző fejezetekben kerültek számszerűsítésre.

XXIV. sz. tábla: GDP közgazdasági meghatározásának két lehetősége

Termékáramlás oldaláról történő megközelítés	A jövedelem és kiadási oldalról történő megközelítés
1. Személyi fogyasztási kiadások	1. Bérek és más alkalmazotti juttatások
2. Bruttó magánberuházások	2. Nettó kamat
3. Javakra és szolgáltatásokra fordított kormányzati kiadások	3. Személyi járadékjövendelmek
	4. Közvetett üzleti adók
	5. Értékcsökkenés
	6. Bejegyzetlen vállalkozások jövedelme
	7. Adózás előtti céges eredmény

Forrás: William D. NORDHAUS, Paul A. SAMUELSON: Közgazdaságtan [30.]

A nemzetgazdaságra gyakorolt áttételes hatás, használdozat-költség kialakulása szempontjából itt négyféle baleseti kimenetel létezik, mely lefedi az üzemi balesetek és foglalkozási megbetegedések következményeinek minden lehetséges változatát. Ezek a:

- 1.) baleseti táppénz,
- 2.) a baleseti járadék,
- 3.) a baleseti rokkantsági nyugdíj és
- 4.) a baleseti halál,

melyek közül a baleseti járadék azonban közvetlen hatásán (maga az állami transzfer, mint kiadás) nem gyakorol további közvetett hatást a nemzetgazdaságra. Ennek megfelelően a XXV. tábla a baleseti táppénz, a XXVI. tábla a baleseti rokkantsági nyugdíj, a XXVII. tábla a baleseti halál használdozat-költségének számszerű bemutatására vállalkozik.

1.) Baleseti táppénz

Baleseti táppénz idején – a táppénzszámítás módszerét és a tényadatokat figyelembe véve – **pozitív változás áll be az egyén jövedelmében**, hiszen átlagkeresete 100%-át kapja a jogosultság alatt, nem pedig csak havi keresete 100%-át.⁵⁷ Ez termékoldalról növeli a GDP-t. Ugyanakkor, maga a táppénz a kormányzati transzfereket növeli, valamint az elmaradt adó- és

⁵⁷ Átlagkeresetbe a 13. havi fizetések, jutalmak, jubileumi jutalmak, kereset kiegészítések, túlóra és műszakpótlékok is beleszámítanak, míg az havi illetmény rendszerint csak az adott havi garantált (alap munkakör szerint a személyt megillető) bérelemekre vonatkozik, vagyis ez utóbbi összegen kevesebb.

járadékbevételek miatt a termékoldalon szereplő javakra és szolgáltatásokra fordított kormányzati kiadásokat csökkenti. **Az elmaradó adó és járadékbevételek a jövedelemoldalról csökkentik a GDP-t**, mivel az azon az oldalon szereplő „bérek és más alkalmazotti juttatások” adókkal járadékokkal együtt értendők.⁵⁸ Tehát a GDP, ha állami hitelfelvétel nem kíséri, akkor mindkét oldali megközelítésben összességében csökken. Baleseti táppénz miatt kieső egyéni és állami jövedelmeket a XXV. sz. tábla mutatja be.

2.) Baleseti járadék

Baleseti járadék kihatását elemezni nagyon bizonytalan. A baleseti járadék ugyanis akkor jár, ha a baleseti táppénz már nem jár, de legfeljebb 2 évig. Abban az esetben viszont, ha a munkaképesség csökkenés a 25%-ot meghaladja, akkor korlátlanul jár. [31.] Mivel baleseti nyugdíj csak 66%-os munkaképesség csökkenést meghaladóan jár, így aki baleseti járadékot kap, akár dolgozhat is, tehát nem kizárólagosan nyugdíjszerű jövedelme van. Az adatbázisok ilyen komplex összefüggéseiben nem tartják nyilván a baleseti járadékosokat, ezért azzal a leegyszerűsítő feltételezéssel éltem, hogy aki ilyen járadékot kap, mind dolgozik. Ez a feltételezés optimista megközelítésben kezeli a GDP változását, hiszen a járadékot úgy tekinti, mintha az munkabérek megkeresése mellett járna. Mivel azonban az egyén munkabére a munkaképesség csökkenésnek megfelelően akár csökkenhetett is, így a baleseti járadék, mint transzfer jó eséllyel legfeljebb kiegészíti a lecsökkent munkabért az eredeti szintre.⁵⁹ Összességében feltételezhető, hogy jövedelemoldalról **a baleseti járadék a GDP-t nem befolyásolja**, termékáramlás oldalról pedig a kormányzatot forrásbevonásra vagy kiadás átcsoportosításra készíti, hiszen magát a járadékot ki kell fizetnie. Ez a kiadási tétel azonban **már megjelent a közvetlen kiadások között és az előző fejezetek foglalkoztak vele**. Ezért a baleseti járadék kihatását a továbbiakban a dolgozat nem tárgyalja.

3.) Baleseti rokkantsági nyugdíj

Baleseti rokkantsági nyugdíj **jövedelemoldalon is és termékáramlás oldalán is csökkenést okoz**, mivel az egyén „jövedelme” csökken, az állami transzferek nőnek, de ezek miatt a

⁵⁸ Adóval és járulékkal növelt keresetek összegét az állami transzfer nem éri el.

⁵⁹ A munkaerőpiacon a munkabér egy származékos kereslet által meghatározott közgazdasági termelési tényező ára. A származékos kereslet a munkaerő határtermékétől függ. A munkaképesség csökkenés rendszerint kihat az eredeti munkakör ellátásának hatékonyságára is, így a határtermék (határhaszon) csökken. Ennek megfelelően a munkabér is csökken. [30.]

jövedelemadók és járulékbevételek elmaradnak, amiből az állam a javakra és szolgáltatásokra fordítandó kiadásait fedezné. A rokkantsági nyugdíj egyébként is munkaképtelenné váló – pontosabban 66%-os munkaképesség csökkenést tartósan elszenvedő [31.] – személyek számára jár, mely önmagában is csökkenti a nemzet potenciális kibocsátását. Baleseti rokkantsági nyugdíj miatt kieső egyéni és állami jövedelmeket a XXVI. sz. tábla mutatja be.

4.) Baleseti halál

Baleseti halál tragédiája a GDP-re nézve is egyértelmű következménnyel jár: mind termékáramlás oldalról, mind jövedelemoldalról **az elhunyt személy jövedelmei kiesnek**, a jövedelemből fizetett **adók és járulékok az állam számára bevétel elmaradást okoznak**. A baleseti halál egyértelműen csökkentőleg hat a GDP-re. Baleseti táppénz miatt kieső egyéni és állami jövedelmeket a XXVII. sz. tábla mutatja be.

XXV. sz. tábla: Baleseti táppénz miatti kereset-, adó- és járulékkiesések folyó áron.

Év	Nettó havi átlagkereset (Ft)	Nettó napi kereset (Ft)	Bruttó havi átlagkereset (Ft)	Bruttó napi kereset (Ft)	Havi adó és járulék összege (Ft)	Napi adó és járulék összege (Ft)	Táppénzes napok száma (ezer nap)	Kieső nettó fizetés összege (ezer Ft)	Kifizetett táppénz összege (ezer Ft)	Kieső fize- tés és táp- pénz közti különbség (ezer Ft)	Kieső adók és járulékok összege (ezer Ft)
	A	B=A/30	C	D=C/30	E=C-A	F=E/30	G	H=G*B	I	J=H-I	K=F*G
2001	64 624	2 154	103 254	3 442	38 630	1 288	2 047	4 409 511	4 299 622	109 889	2 635 854
2002	77 770	2 592	122 266	4 076	44 496	1 483	2 164	5 609 809	5 165 149	444 660	3 209 645
2003	89 906	2 997	138 003	4 600	48 097	1 603	2 315	6 937 746	6 567 143	370 603	3 711 485
2004	93 233	3 108	145 187	4 840	51 954	1 732	1 957	6 081 899	5 965 892	116 007	3 389 133
2005	103 149	3 438	158 343	5 278	55 194	1 840	1 854	6 374 608	6 504 000	-129 392	3 410 989
2006	110 951	3 698	171 351	5 712	60 400	2 013	1 764	6 523 919	6 792 200	-268 281	3 551 520
2007	114 282	3 809	185 017	6 167	70 735	2 358	1 551	5 908 379	6 296 500	-388 121	3 657 000
2008	122 267	4 076	198 964	6 632	76 697	2 557	1 589	6 476 075	6 930 700	-454 625	4 062 384
2009	124 116	4 137	199 837	6 661	75 721	2 524	1 456	6 023 763	6 963 200	-939 437	3 674 993
2010	132 628	4 421	202 576	6 753	69 948	2 332	1 400	6 189 307	6 581 300	-391 993	3 264 240

A XXV. sz. tábla adatainak értelmezése és forrása:

„A” oszlop: nettó havi átlagkereset. Minden iparágat figyelembe véve, a teljes magyar foglalkoztatási adatok figyelembe vételével kiszámított adat. A nettó kereset a dolgozó számára rendelkezésre álló elkölthető, tehát adó és járulékmentes jövedelmet jelenti. Forrás: KSH [33.], [72.]

„B” oszlop: nettó napi kereset. Számított adat, „A” oszlop adata osztva 30-cal.

„C” oszlop: bruttó havi átlagkereset. Minden iparágat figyelembe véve, a teljes magyar foglalkoztatási adatok figyelembe vételével kiszámított adat. A bruttó kereset itt a dolgozó személyi adókat és járulékokat is tartalmazó jövedelmét jelenti. Forrás: KSH [33.], [72.]

„D” oszlop: bruttó napi kereset. Számított adat, „C” oszlop adata osztva 30-cal.

„E” oszlop: havi adó és járulék összege. Számított adat, bruttó és nettó havi kereset különbsége. („C” oszlopból levonva az „A” oszlop adatait.)

„F” oszlop: napi adó és járulék összege. Számított adat, „E” oszlop adata osztva 30-cal.

„G” oszlop: táppénzes napok száma. Az adott évben nyilvántartott baleseti táppénzes napok száma. Forrás: KSH [33.], [72.]

„H” oszlop: kieső nettó fizetés összege. Az egyén kieső diszkrecionális (szabadon elkölthető) teljes keresete a baleseti táppénzes napok alatt. Számított adat, a táppénzes napok száma szorozva a napi nettó átlagkeresettel. („G” oszlop adata szorozva a „B” oszlop adatával.)

„I” oszlop: kifizetett táppénz összege. A baleseti táppénz táppénzes napok alatt kifizetett összege minden évben. Forrás: Magyar Köztársaság költségvetéseinek végrehajtásáról szóló zárszámadási törvényekben található éves teljesült előirányzatok [20.] [21.] [22.] [23.] [24.], [58.], [59.], [60.], [61.], illetve a költségvetési törvény előirányzata [62.]

„J” oszlop: kieső fizetés és táppénz közti különbség. A táppénzes napok alatti nettó keresetből levonva a kifizetett táppénz összegét. („H” oszlop adatából a „I” oszlop adatát.) Ez a szám azért negatív szám minden évben, mert a táppénz átlagjövedelemből indul ki, vagyis annak egy napi összege az esetleges 13. havi fizetés, pótlékok és jutalmak miatt mindig magasabb vagy megegyező a napi nettó kereset összegével.

„K” oszlop: kieső fizetésekre adók és járulékok összege. A táppénzes időszak alatt meg nem keresett jövedelmek adó- és járulékvonzata, melyet az állam ennek megfelelően nem tud beszedni. Számított adat, a táppénzes napok száma a napi adó és járulék összegével megszorozva. („F” oszlop adata megszorozva a „G” oszlop adatával).

XXVI. sz. tábla: Baleseti rokkantság miatti kereset-, adó- és járulékkiesések folyó áron.

Év	Éves nettó átlagkereset (Ft)	Éves bruttó átlagkereset (Ft)	Baleseti rokkantak száma (fő)	Kieső éves nettó keresetek (ezer Ft)	Kieső éves adók és járulékok (ezer Ft)	Baleseti rokkantsági kifizetések összesen (ezer Ft)	Kieső fizetés és nyugdíj közti különbség (ezer Ft)
	A	B	C	D=A*C	E=C*(B-A)	F	G=D-F
2001	775 488	1 239 048	8 110	6 289 208	3 759 472	5 046 047	1 243 161
2002	933 240	1 467 192	7 966	7 434 190	4 253 462	5 743 209	1 690 981
2003	1 078 872	1 656 036	7 840	8 458 356	4 524 966	6 255 170	2 203 186
2004	1 118 796	1 742 244	7 734	8 652 768	4 821 747	6 637 417	2 015 351
2005	1 244 724	1 913 532	7 584	9 439 987	5 072 240	7 060 526	2 379 461
2006	1 331 412	2 056 212	7 433	9 896 385	5 387 438	7 708 000	2 188 385
2007	1 371 384	2 220 204	7 295	10 004 246	6 192 142	7 897 800	2 106 446
2008	1 467 204	2 387 568	7 548	11 074 456	6 946 907	8 719 800	2 354 656
2009	1 489 392	2 398 044	7 427	11 061 714	6 748 558	8 963 500	2 098 214
2010	1 591 536	2 430 912	7 209	11 473 383	6 051 062	9 299 877	2 173 506

A XXVI. sz. tábla adatainak értelmezése és forrása:

„A” oszlop: éves nettó átlagkereset. Minden iparágat figyelembe véve, a teljes magyar foglalkoztatási adatok figyelembe vételével számított 12 havi KSH adat. A nettó kereset a dolgozó számára rendelkezésre álló elkölthető, tehát adó és járulégmentes jövedelmet jelenti. Forrás: KSH [33.], [72.]

„B” oszlop: éves bruttó átlagkereset. Minden iparág teljes magyar foglalkoztatási adatok figyelembe vételével számított KSH adat 12 szerese. A bruttó kereset itt a dolgozó adókat és járulékokat is tartalmazó jövedelmét jelenti. Forrás: KSH [33.], [72.]

„C” oszlop: baleseti rokkantak száma (fő). Állománystatisztikai éves adat. Forrás: Országos Nyugdíjfolyósító Főigazgatóság. [27], [64.], [65.], [66.], [67.], [71.].

„D” oszlop: kieső éves nettó keresetek. Az egyének kieső diszkrecionális (szabadon elkölthető) összes keresete a baleseti rokkantság évében. Számított adat, átlagos éves nettó kereset szorozva a baleseti rokkantak számával. („A” oszlop adata szorozva az „C” oszlop adatával).

„E” oszlop: kieső éves adók és járulékok. A rokkantság miatt meg nem keresett jövedelmek adó- és járulékvonzata, melyet az állam ennek megfelelően nem tud beszélni. Számított éves adat, az éves bruttó és nettó keresetek különözete (adók és járulékok) megszorozva a rokkantak éves számával. („C” oszlop adata megszorozva a „B” és az „A” oszlop adatainak különözetével).

„F” oszlop: baleseti rokkantsági kifizetések összesen. Forrás: VIII. és IX. sz. táblázat adatai.

„G” oszlop: kieső fizetés és nyugdíj közti különbség. A baleseti rokkantság miatt kieső éves átlag nettó keresetek és a kifizetett nyugdíjak különözete. Számított adat, a „D” és az „F” oszlop adatának különözete. A pozitív szám ebben az oszlopban azt jelenti, hogy a nyugdíjak összege átlagban kevesebb jövedelemforrást jelent, mintha az egyének továbbra is korábbi munkabérükért cserébe dolgoznának.

XXVII. sz. tábla: Baleseti halál miatti kereset-, adó- és járulékkiesések folyó áron.

Év	Éves nettó átlagkereset (Ft)	Éves bruttó átlagkereset (Ft)	Halálos munkabaleset (fő)	Kieső éves nettó kereset (ezer Ft)	Kieső éves adók és járulékok (ezer Ft)
	A	B	C	D=C*A	E=C*(B-A)
2001	775 488	1 239 048	128	99 262	59 336
2002	933 240	1 467 192	170	158 651	90 772
2003	1 078 872	1 656 036	135	145 648	77 917
2004	1 118 796	1 742 244	163	182 364	101 622
2005	1 244 724	1 913 532	130	161 814	86 945
2006	1 331 412	2 056 212	125	166 427	90 600
2007	1 371 384	2 220 204	119	163 195	101 010
2008	1 467 204	2 387 568	118	173 130	108 603
2009	1 489 392	2 398 044	100	148 939	90 865
2010	1 591 536	2 430 912	96	152 787	80 580

XXVII. sz. tábla adatainak értelmezése és forrása:

„A” oszlop: éves nettó átlagkereset. Minden iparág teljes magyar foglalkoztatási adatok figyelembe vételével számított havi KSH adat 12szerese. A nettó kereset a dolgozó számára rendelkezésre álló elkölthető, tehát adó és járulégmentes jövedelmet jelenti. Forrás: KSH [33.], [72.]

„B” oszlop: éves bruttó átlagkereset. Minden iparág teljes magyar foglalkoztatási adatok figyelembe vételével számított KSH adatának 12 szerese. Bruttó kereset itt a dolgozó személyi adókat és járulékokat is tartalmazó jövedelmét jelenti. Forrás: KSH [33.], [72.]

„C” oszlop: munkabalesetben elhalálozottak száma (fő). Állománystatisztikai éves adat. Forrás: KSH. [33], [72.]

„D” oszlop: kieső éves nettó keresetek. Az egyének kieső diszkrecionális (szabadon elkölthető) összes keresete a baleseti rokkantság évében. Számított adat, átlagos éves nettó kereset szorozva a baleseti rokkantak számával. („C” oszlop adata szorozva az „A” oszlop adatával).

„E” oszlop: kieső éves adók és járulékok. A rokkantság miatt meg nem keresett jövedelmek adó- és járulékvonzata, melyet az állam ennek megfelelően nem tud beszélni. Számított éves adat, az éves bruttó és nettó keresetek különbözete (adók és járulékok) megszorozva a rokkantak éves számával. („C” oszlop adata megszorozva a „B” és az „A” oszlop adatainak különbözetével).

XXVIII. sz. táblázat: Társadalom vásárlóerejének csökkenése személyi jövedelem kiesés miatt, folyó áron. (ezer Ft)

Év	Baleseti táppénz miatt	Baleseti rokkantság miatt	Baleseti halál miatt	Összesen
	A	B	C	D=A+B+C.
2001	109 889	1 243 161	99 262	1 452 312
2002	444 660	1 690 981	158 651	2 294 292
2003	370 603	2 203 186	145 648	2 719 438
2004	116 007	2 015 351	182 364	2 313 722
2005	-129 392	2 379 461	161 814	2 411 883
2006	-268 281	2 188 385	166 427	2 086 531
2007	-388 121	2 106 446	163 195	1 881 520
2008	-454 625	2 354 656	173 130	2 073 161
2009	-939 437	2 098 214	148 939	1 307 717
2010	-391 993	2 173 506	152 787	1 934 300

Forrás: XXV., XXVI. és XXVII. sz. táblák adatai.

A XXVII. sz. tábla a baleseti halál miatt kieső jövedelmeket és a rájuk eső adó- és járulékvételeket mutatja ki. A fenti táblázatokról könnyen elkülöníthetőek a GDP-re kiható összegek. A XXVIII. sz. tábla csak és kizárólag a társadalom vásárlóerejének csökkenését foglalja össze a személyek nettó kereseteinek kiesése révén. Szintén termékoldali megközelítésből az állami kiadások csökkenése az elmaradó adó- és járulékvételek formájában jelentkezik. Ezt a XXIX. sz. tábla foglalja össze. A teljes társadalmi teher a két tábla együttese, mely a XXX. sz. táblában kap helyet.

XXVIII. sz. táblázat „A” és „B” oszlopai rendre a XXV. sz. tábla „J” oszlopának és a XXVI. sz. tábla „G” oszlopának adatait tartalmazzák, vagyis a kieső nettó fizetések és a baleseti táppénz, illetve baleseti rokkantsági nyugdíj összege közötti különbséget. A „C” oszlop a XXVII. tábla „D” oszlopában található, baleseti halállal kifizetni megszűnő nettó keresetek összegét tartalmazza. Tehát a XXVIII. tábla, mint azt az elnevezése is tartalmazza, a **személyek számára kieső nettó jövedelmeket összegzi, mellyel egyúttal a fogyasztásuk is csökkent.** Tehát a csökkenő diszkracionális (elkölthető) jövedelmük miatt a személyek ennyivel kevesebb terméket és szolgáltatást vásárolnak meg hazánkban, ami egyértelműen és **egyenes arányban járul hozzá a GDP csökkenéséhez (ld.: „D” oszlop).**

XXIX. sz. táblázat: Kormányzati kiadási potenciál csökkenése elmaradó adó- és járulék bevételek miatt, folyó áron. (ezer Ft)

Év	Baleseti táppénz miatt	Baleseti rokkantság miatt	Baleseti halál miatt	Összesen
	1	2	3	4.=1.+2.+3.
2001	2 635 854	3 759 472	59 336	6 454 661
2002	3 209 645	4 253 462	90 772	7 553 878
2003	3 711 485	4 524 966	77 917	8 314 368
2004	3 389 133	4 821 747	101 622	8 312 501
2005	3 410 989	5 072 240	86 945	8 570 174
2006	3 551 520	5 387 438	90 600	9 029 558
2007	3 657 000	6 192 142	101 010	9 950 151
2008	4 062 384	6 946 907	108 603	11 117 895
2009	3 674 993	6 748 558	90 865	10 514 416
2010	3 264 240	6 051 062	80 580	9 395 882

Forrás: XXV., XXVI. és XXVII. sz. táblák adatai.

XXIX. sz. tábla metodikailag eltér a XXVIII. sz. táblától, hiszen az a munkabalesetek GDP-re gyakorolt másik hatás-összetevőjével foglalkozik, az állam számára elmaradó adó- és járulék bevételekkel. A XXIX. sz. tábla oszlopai a be nem fizetett adókat és járulékokat mutatják be. Lényegében ez a két olyan hatás összetevő rendelkezik azzal a tulajdonsággal, hogy nagyságuk összezszerűen igen jól megbecsülhető, és a mögötte meghúzódó statisztikai módszertan is szakmailag és számszakilag is védhető. Továbbá, az a tény, hogy a dolgozatomban csupán e két, „könnyen” számszerűsíthető hatás összetevővel foglalkozom, érvényre juttatja az óvatosság elvét is, mely az összegek tekintetében a „legalább ennyi” értelmezéssel bír. A XXX. sz. tábla e két hatás összetevőt összegzi a fentieknek megfelelően.

XXX. sz. tábla: Munkabalesetek használdozat-költsége folyó áron.

(ezer Ft)

Év	Baleseti táppénz miatt	Baleseti rokkantság miatt	Baleseti halál miatt	Használdozat- költség
	A	B	C	D=A+B+C
2001	2 745 743	5 002 632	158 598	7 906 973
2002	3 654 305	5 944 442	249 423	9 848 170
2003	4 082 089	6 728 152	223 565	11 033 806
2004	3 505 140	6 837 098	283 986	10 626 224
2005	3 281 597	7 451 701	248 759	10 982 057
2006	3 283 239	7 575 824	257 027	11 116 089
2007	3 268 879	8 298 588	264 204	11 831 671
2008	3 607 760	9 301 563	281 733	13 191 056
2009	2 735 556	8 846 773	239 804	11 822 133
2010	2 872 247	8 224 568	233 368	11 330 182

Forrás: XXVIII. és XXIX. sz. táblák adatainak összegzése.

Termékoldali és jövedelemoldali GDP megközelítés egyébként arra hívja fel a figyelmet, hogy minden GDP-re gyakorolt eseménynek 2 kihatása van. Pl.: ha jövedelemoldalon csökken az egyén éves jövedelme 1 millió forinttal, akkor ennyivel csökken a termékoldalon az egyén által kiadásokra fordított összeg is. A példa természetesen túlzóan leegyszerűsítő, de fontos megérteni ezt az összefüggést ahhoz, hogy a XXX. számú tábla adatait megfelelően értelmezhesük. Márpedig ezen tábla adatai az egyik legfontosabb megállapítása a kutatómunkának. Mivel tisztán termékoldali számokból áll össze a használdozat-költség, ezért a XXX. tábla utolsó oszlopának számai azt az összeget jelzik, mellyel a kormánynak hitel formájában forrást kell bővítenie ahhoz, hogy eredetileg tervezett kormányzati kiadásait szinten tarthassa, vagy ugyanilyen mértékű kiadáscsökkentést kell végrehajtania feltéve, hogy az államháztartás egyensúlyát szem előtt tartja.⁶⁰ XXX. sz. tábla folyó áron mért használdozat-költség adatait mind 2001, mind 2010 bázisára átszámolva a XXXI. sz. táblázat mutatja be. 18. sz. ábra a XXXI. sz. tábla 2010-es év bázisú reálérték adatait szemlélteti.

⁶⁰ A GDP megközelítései miatt a termékoldali magánberuházások a jövedelemoldali megtakarításokkal egyenlők, [30.] így hazai kötvénykibocsátás mindkét oldalt egyformán befolyásolná. Emiatt a kormányzat GDP-t szinten tartó forrásbevonására csak „körön kívülről” vagyis nemzetközi hitelfelvétellel nyílna lehetősége (a bankjegynyomtatás lehetőségével természetesen nem számolunk).

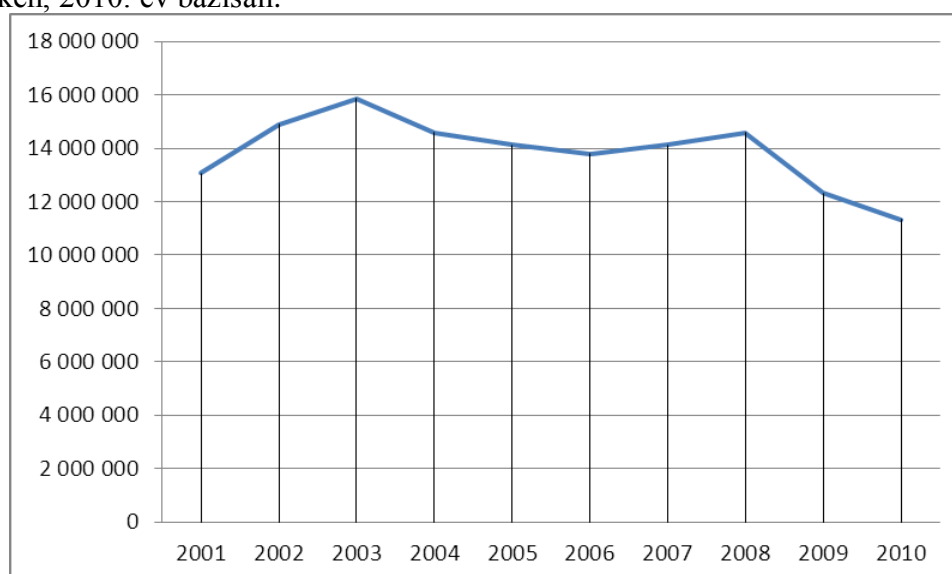
XXXI. sz. tábla: Munkabalesetek használdozat-költsége reálértéken. (ezer Ft)

év	2001, mint bázis év (100%)		2010, mint bázis év (100%)	
	diszkont ráta	GDP csökkenés reálértéken	diszkont ráta	GDP csökkenés reálértéken
A	B	C	D	E
2001	100,00%	7 906 973	60,51%	13 066 563
2002	109,20%	9 018 471	66,08%	14 903 354
2003	114,99%	9 595 648	69,58%	15 857 161
2004	120,39%	8 826 353	72,85%	14 585 871
2005	128,58%	8 541 119	77,81%	14 114 512
2006	133,21%	8 344 942	80,61%	13 790 323
2007	138,40%	8 548 735	83,75%	14 127 098
2008	149,47%	8 824 936	90,45%	14 583 530
2009	158,59%	7 454 396	95,97%	12 318 663
2010	165,25%	6 856 236	100,00%	11 330 182

Forrás: XI. sz. tábla inflációs index adatai és a XXX. sz. tábla „D” oszlopának adatai.

A XII. és XIII. sz. táblák „tárgyévi” TB reálkiadás adataira megrajzolt, a XIX. és XX. sz. táblák „új balesetek” szemléletű adataira megrajzolt, valamint a XXXI. sz. tábla adataira megrajzolt 17-es, 9-es és 18. sz. grafikonok teljes összhangban egymással monoton növekvő tendenciát mutatnak. Egymást megerősítve alátámasztják a helyes következtetésben: a baleseti esetszám csökkenésének megfelelően csökkenő tendenciájú közvetlen kiadások és használdozat-költség jellemzik a magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlatot.

18. sz. ábra: Munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések használdozat-költsége reálértéken, 2010. év bázisán. (ezer Ft)



Forrás: XXXI. sz. tábla 2010-es bázisú reálértékei

5.4 Teljes nemzetgazdasági teher: közvetlen kiadások és használdozat-költség együtt

5.2-es és 5.3-as fejezetek eredményeinek összegzéseként számszerűsíthetők a nemzetgazdaságot munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések miatt egy évben ért kiadások. A XXXII. sz. tábla az VIII. és IX. sz. táblák folyó áron mért közvetlen összes kiadásait és a XXX. sz. táblázat folyó áron mért használdozat-költség adatait összegzi. A táblázat adataiból („D” oszlop) észrevehető, hogy a nominális kiadások nem szigorú monoton növekedési pályán ábrázolhatók, hiszen a dekád közepén a magas összegek kiugranak, majd egy mérsékelt csökkenés követi a jelenséget. A folyó áron mért éves kiadási összegek az előző megállapításon túlmenően lényegesebb következtetések levonására nem alkalmas, így annak grafikus megjelenítése legfeljebb csak érdekességként szolgálna.

XXXII. sz. tábla: M.baleset-biztosítási gyakorlat nemzetgazdasági terhe folyó áron. (ezer Ft)

Év	Közvetlen kiadás	Használdozat-költség	Nemzetgazd. teher
A	B	C	D = B + C
2001	33 141 180	7 906 973	41 048 153
2002	37 013 203	9 848 170	46 861 373
2003	37 571 077	11 033 806	48 604 882
2004	52 712 405	10 626 224	63 338 629
2005	74 116 300	10 982 057	85 098 358
2006	76 286 776	11 116 089	87 402 865
2007	75 290 940	11 831 671	87 122 612
2008	78 381 978	13 191 056	91 573 034
2009	78 847 210	11 822 133	90 669 343
2010	68 588 249	11 330 182	79 918 431

Forrás: „B” oszlop: VIII. és IX. sz. tábla 25. sorának adatai. „C” oszlop: XXX. sz. tábla „D” oszlopának adatai. „D” oszlop: „B” és „C” oszlop összegzésével előállított adatok

A jelenértékre diszkontált számok inkább alkalmasak bármilyen további elemzésre. A XXXIII. sz. tábla a XXXI. sz. tábla 2010-es reálértéken mért használdozat-költség adatait, és az XII. és XIII. sz. táblák 2010-es reálértéken mért közvetlen kiadási adatait összesíti. Az adatokat a 19. sz. ábra szemlélteti. Az ábra barna színű (legalsó) grafikonja a XXXIII. sz. tábla „C” oszlopának adatait, vagyis a használdozat-költséget, a kék (középső) grafikonja a „B” oszlop adatait, vagyis a közvetlen kiadásokat, a zöld (legfelső) grafikon pedig a „D” oszlop adatait, vagyis az összes (teljes) nemzetgazdasági teher reálértékét ábrázolja. A táblázatból és a grafikonból is látható, hogy az adatok – hasonlóan a folyó áron bemu-

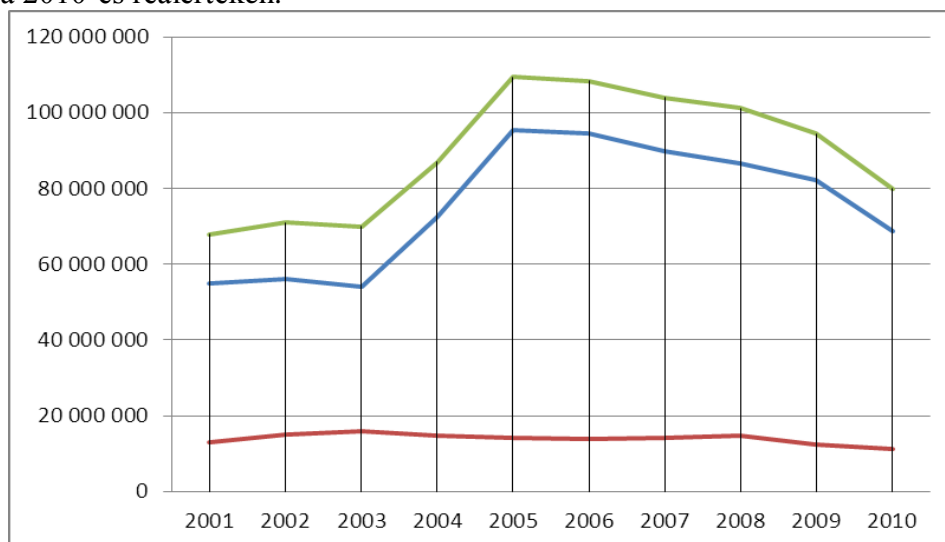
tatott adatokhoz – a dekád közepén kiugrást mutatnak, majd azt követően markáns csökkenést. A kiadások összetevőit vizsgálva fontos tudni, hogy ez a látványos csökkenés a „tárgyévi” kiadások csaknem 2/3-át kitevő MPA MSZFT kiadások nagyarányú csökkenésének köszönhető, ezért feltűnő a hasonlóság a korábban látott 16. sz. ábra grafikonjához.

XXXIII. sz. tábla: M.baleset-bizt. gyakorlat nemzetgazdasági terhe 2010 bázisán (ezer Ft)

Év	Közvetlen kiadás	Használózat-költség	Nemzetgazd. teher
A	B	C	D = B + C
2001	54 812 647	13 066 563	67 879 210
2002	56 058 537	14 903 354	70 961 891
2003	54 045 829	15 857 161	69 902 989
2004	72 391 805	14 585 871	86 977 676
2005	95 286 838	14 114 512	109 401 349
2006	94 644 934	13 790 323	108 435 257
2007	89 875 017	14 127 098	104 002 115
2008	86 662 184	14 583 530	101 245 714
2009	82 171 113	12 318 663	94 489 776
2010	68 588 249	11 330 182	79 918 431

Forrás: „B” oszlop: XII. és XIII. sz. táblák 25. sorának adatai. „C” oszlop: XXXI. sz. tábla 2010-es bázison számolt reálkiadás adatai. „D” oszlop: „B” és „C” oszlop összegzésével előállított adatok.

19. sz. ábra: Közvetlen kiadás, használózat-költség és teljes nemzetgazdasági teher alakulása 2010-es reálértéken. (ezer Ft)



Forrás: XXXIII. sz. tábla adatai. Barna színű (alsó) grafikon: használózat-költség; kék színű (középső) grafikon: közvetlen kiadások; zöld színű (felső) grafikon: e két összeg összesen (teljes nemzetgazdasági teher).

A kiadási tétel csökkentése egyébként számos munkahelyteremtő támogatás és pályázat MPA MSZFT-t kiváltó szerepével magyarázható. Ez fiskális szempontból óriási eredmény,

mivel a pályázatok megszüntetik az alanyi jogon forrásokhoz való hozzájutást, így a foglalkoztatási hatékonyság állandó növelésére kényszerítik a piacot, valamint számos pályázat európai uniós forrásból, illetve az EU támogatásával valósul meg. Ennek megfelelően a magyar munka-baleset-biztosítási gyakorlat kiadásainak fedezetében a külső forrásbevonás ténye jelen van. Jóllehet, a majdnem 80 milliárd forintra rúgó közvetlen kiadás és használdozat-költség a 2010-es E-Alap 1.423.898.300 eFt-os folyó áron számolt kiadási főösszegéhez viszonyítva mindössze 5,62%-ot képvisel⁶¹, mégis több mint például a háziorvosi kiadások költségvetési sorának teljes főösszege⁶², csaknem négyszerese az OEP teljes működési kiadásának vagy a mentőszolgáltatás⁶³ kiadásainak! [62.]

A 80 milliárd forintnyi nemzetgazdaságot érő teher, mint kiadás, és az egészségbiztosítás jelen magyar keretei közt hasonló összegből már működő mamut intézmények jelenléte (mint pl.: Semmelweis Egyetem közel 60 milliárd forintos költségvetési főösszegével) már önmagában felveti létjogosultságát egy biztosítói alapon működő, specializált, a munkabaleset-biztosítást felelősen koordináló önálló magyar balesetbiztosító létrehozásának. Az osztrák és svájci tapasztalatok arról árulkodnak, hogy a balesetbiztosító akár állami keretek közt, vagy „kvázi államiként”⁶⁴ képes hatékonyan ellátni a munkabaleset-biztosítás speciális igényeit, megvalósítani a forrásbevonást, és eredményesen felvenni a versenyt a piaci érdekeltségben szerveződő tőkés biztosító versenytársakkal. A vezetéstudományban ismert és piaci környezetben régóta alkalmazott menedzsment eszközök sikerrel alkalmazhatók a közszférában is. [53.]

Az V. sz. tábla egy hatékonyan működő munkabaleset-biztosító „végtermékét, a munka világába és a társadalomba visszaintegrált (vagy abban tartósan részt vevő embert) hasonlítja össze a munkabalesetet szenvedett, sérült emberekkel 3 pénzben nem mérhető, de életminőséget meghatározó szempont érvényesülése alapján. Jelen fejezetben, egyúttal a teljes 5-ös fejezetben taglalt és bemutatott adatok alapján levonható következtetéseket a 7. fejezet tartalmazza.

V. sz. tábla: Életminőség 3 paraméterének érvényesülése egészségeseknél és rokkantaknál.

	életerő	életöröm	társadalmi hasznosság értéke
Baleseti rokkant személy	☹	☹	☹
Visszaintegrált személy	☺	☺	☺

⁶¹ Illetve 1,84%-ot képvisel a teljes TB alapok – Ny-Alap és E-Alap – 2010. évi költségvetéséhez képest.

⁶² 77 milliárd forint.

⁶³ Mindkettő mintegy 20 milliárd forint.

⁶⁴ Állami tulajdonú profitorientált vállalkozásként.

6 NEMZETKÖZI ÖSSZEHOSONLÍTÁS

„A Nemzetközi Munkaügyi Szervezet⁶⁵ (ILO) szerint a munkahelyi balesetek és betegségek naponta mintegy 6000 emberéletet követelnek világszerte, és ez a szám emelkedni látszik. Emellett évente 270 millió nem halálos munkahelyi balesettel és 160 millió új munkahelyi megbetegedéssel kell számolni, amelyek legalább 3 napos munkahelyi hiánnyal járnak. E balesetek és betegségek kiadásai az ILO adatai szerint elérik a világon előállított GDP 4 százalékát.” [52.]

XXXIV. sz. tábla: Ausztria, Svájc és Magyarország összehasonlításához alapul vett legfontosabb országot jellemző, gazdasági és munkabaleseti adatok, 2005.

	Ausztria, AUVA	Svájc, SUVA	Magyarország
Ország területe:	83 900 km ²	41 285 km ²	93 030 km ²
Lakosság száma:	8,28 millió fő	7,48 millió fő	10,07 millió fő
1 lakosra jutó GDP €/fő	30 183 [77.]	40 265 [77]	8 866 [77.]
Munkabalesetek száma	107 287 [37.]	257 246 [38.]	23 971 [25.]
összes kiadás (€)	1 321 086 933 [37.]	3 340 250 000 [36.]	87 509 595
1 balesetre jutó kiadás (€) ⁶⁶	12 314	12 985	3 651
1 baleset kiadása Ft-ban	3 112 011	3 281 611	922 627

Forrás: lábjegyzetekben, illetve sorokban irodalmat megjelölten lehvivatkozva.

A XXXIV. sz. táblázatban⁶⁷ a magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat legfőbb mennyiségi mutatóinak és egységre standardizált adatainak nemzetközi számokkal történő nagyságrendi összevetésre nyílik lehetőség, ahol az osztrák és a svájci balesetbiztosítók (az AUVA és a SUVA) adatai kerültek még feltüntetésre. Bár a tábla 2005-ös adatokkal dolgozik, számos ok miatt elfogadható ez a 6 évvel ezelőtti adat is. Ezek az indokok:

⁶⁵ ILO – International Labour Organization (Nemzetközi Munkaügyi Szervezet)

⁶⁶ Az összehasonlíthatóság miatt a XIV. és XV. sz. táblák fajlagos költségadataival szemben a XXXIV. sz. tábla összkiadásból indul ki. Itt a magyar „egy esetre jutó kiadás” kiinduló adata az VIII. sz. tábla 2005-ös nominálértéken vett összes kiadás, mely 74 088 628 Ft. Ezt az összeget elosztva a balesetek 23.971-es esetszámával és átszámolva a hivatalos MNB 2005. évi 252,73 euró/forint árfolyammal jön ki a 3.651euró/eset átlagköltség adata.

⁶⁷ A táblázat adatai 2005. év végi euró/forint devizaárfolyamon kerültek átszámolásra, mely 252,73 forint volt. Ugyanebben az időben az euró/svájci frank keresztárfolyam 1,55 volt.

- A kiadási adatok 2005-ös reálértéken, euróban számolt összegek, vagyis egymáshoz viszonyítva mintegy befagyasztott arányokat tartalmaz.
- Még a forint alapú magyar munkabaleset-biztosítási kiadásokban is 2001 és 2010 közt a teljes kiadások „tárgyévi” szemléletű összege csupán 5%-os növekedést mutatott, mely önmagánál a mértékénél fogva elhanyagolható mértékű változás 10 éves időszakot figyelembe véve.
- Ez szakaszokra bontva úgy néz ki, hogy a 2010-ben a reálértéken mért összes TB kiadások mintegy 8%-ot csökkentek a 2005-ös kiadásokhoz mérve. Az egyébként is kirívóan alacsony magyar ráfordítások az eltelt időszakban még alacsonyabbak lettek, ami emiatt a levonható következtetéseket sem irányában sem mértékében nem befolyásolja.
- A fajlagos kiadások reálértéken Magyarországon 2005-ről 2010-re ugyan 11%-ot emelkedtek, de az osztrák és svájci fajlagos kiadások és a magyar fajlagos kiadások közt ennél eleve jóval nagyobb mértékű, többszörös eltérés mutatkozik. Amennyiben tehát ez a 11% körüli magyar adatváltozás kerülne figyelembe vételre a táblázatban, kizárt, hogy a levonható következtetéseket alapján befolyásolná. Ugyanis aligha csökkentek ezen időszak alatt az osztrák és svájci adatok egy harmadukra, mely csak ebben az esetben vethetne fel értelmezésmódosítási kérdéseket.

Fentieknek megfelelően a táblázat adataiból lényeges következtetések láthatók, ezzel foglalkoznak a 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5 és 6.6-os fejezetek.

6.1 Munkabalesetek száma közti különbségek

Bár az országok mérete közel azonos, a regisztrált üzemi balesetek száma nagymértékben különbözik. Legnagyobb Svájcban, mely az osztrák számnak több mint kétszerese, a magyar adatok viszont még az osztrák regisztrált baleseteknek is megközelítőleg csak harmadát⁶⁸ teszik ki. Ennek oka döntően aligha az ipari szerkezetben, mint inkább a munkabaleset-biztosítás mögött meghúzódó jogi szabályozásban és működésszervezésben keresendő. Ez mindenképpen elgondolkodtató és beszédes: megkockáztatható a megállapítás, hogy **Magyarországon az egyébként ténylegesen bekövetkezett üzemi baleseteknek csupán töredékét jelentik be üzeminek**, meghatározó részükről a nyilvántartó rendszerek nem is tudnak. A csekélyebb kimenetelű, de igen jelentős számú

⁶⁸ OMMF adatok alapján (ld.: VII. sz. tábla) [48.], [68.]

munkabalesetek esetén maga az elszenvető munkavállaló is igen ritkán van tisztában azzal, hogy balesete, megbetegedése „munkabaleset” jellegű, és más szabályok vonatkoznak adminisztratív és jogi kezelésére, de erről – teljes mértékben jóhiszeműséget feltételezve – még a munkaadók felelős vezetői sincsenek tisztában. Ezért sok, enyhébb lefolyású eset kikerül a beleseti rendszer „látóköréből”. Más részüket az eseteknek közös megegyezéssel „orvosolják” házon belül az érintett felek. A balesetet elszenvető egy rövidtávon, vagy „azonnal” kedvező anyagi ellentételezés reményében, a munkaadó pedig a jogi következmények kikerülése érdekében érdekelt az ilyen típusú megállapodások megkötésében.⁶⁹ Ennek oka a munkabaleset-biztosítás kultúrájában és a jogi háttér szabályozásában keresendő. Ezt a jelenséget számos, jelen tanulmányban is hivatkozott szerző megerősíti.

6.2 Munkabalesetek kiadásai közti különbségek

Egy-egy üzemi baleset kezelése Svájcban és Ausztriában euróban számolva közel azonos átlagos kiadásokkal jár és mindkét országban igen magas szintű rehabilitáció valósul meg. Magyarországon a technológiai arzenál, és a munkabalesetesek speciális igényeit ellátó intézményrendszer egyelőre még jelentős lemaradást mutat e két, összehasonlítás alapját szolgáló országhoz képest. A munkabaleset-biztosítási gyakorlat strukturáltsága, felelős irányítása Magyarországon még várat kialakítására. Az ellátórendszer közti minőségi különbségeket jól érzékelteti a következő kontrasztos helyzetkép is egy-egy példán keresztül:

- **Ausztriában és Svájcban** az amputált vagy végtagbénult beteg biztosítása által finanszírozott számítógép vezérelt **intelligens művégtagot** kaphat⁷⁰, azon kívül teljes mértékű lakás és **lakókörnyezet átalakítást**, mely szintén **része a biztosításnak**. Ezek esélye Magyarországon fel sem merül. Egyetlen ilyen művégtag kiadása a tízmillió forintos összeghatártól kezdődik, ellenben az egyén számára életvitele szempontjából megközelítőleg teljes értéken pótolja az elvesztett végtagot.
- Magyarországon a néhány éve átadott, Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (továbbiakban: OORI) első osztrák vagy svájci színvonalnak is megfelelő ellátást

⁶⁹ OEP szakértői becslés szerint minimum az esetek 30-40%-a kerül ekképpen ki a látókörből. Fontos tudni azonban, hogy ezen, baleseti rendszerből kimaradó esetekről hivatalos statisztika, vagy megrendelésre készített felmérés anyag nem ismeretes.

⁷⁰ Erre ma már (2012) Magyarországon is van lehetőség, kivételes méltányossági engedély alapján hozzá lehet jutni, ha az illető bizonyítani tudja annak használati képességét.

nyújtani képes speciális épülete, felszereltsége és szolgáltatásai a „szokásos” állami költségvetésből nem üzemeltethetők. Tehát ha valamiben **paradigmaváltást** elérése szükséges, át kell gondolni a megváltozott rendszer **fenntartásához szükséges jövőbeni inputokat** is, az állam részbeni tehermentesítése miatt beleértve a forrásbevonás lehetőségét.

6.2.1 Munkabalesetek összkiadásai közti különbségek

A fentieket is figyelembe véve első pillantásra szembeötlő az összes kiadások volumene közti nagyságrendi lemaradás, mellyel – ha úgy tetszik – Magyarország le van maradva nyugati példaképei mögött. Persze – mondhatnánk – a baleseti esetszámok arányát figyelembe véve picit árnyaltabb a helyzet, és a baleseti ellátás kapacitásaiban és felszereltségében mérhető relatív lemaradásunk már nem is olyan mértékű, mint az abszolút értelemben vett.

Érdemes megvizsgálni a számokat. Ausztria összesen 1.321.087 ezer eurót, Svájc 3.340.250 ezer eurót, míg Magyarország csupán 87.510 ezer eurót fordít munkabalesetek ellátására. Innen nézve a magyar szám kevesebb, mint az osztrák 1/15-e és a svájci 1/32-e!!! Esetszámmal osztva (standardizálva) ezeket az adatokat egy esetre jutó kiadások állnak rendelkezésre, mely Ausztriában 12.314 euró/eset, Svájcban 12.985 euró/eset, míg hazánkban 3.651 euró/eset. A standardizált adatok alapján látható, hogy hazánk a nyugati kiadások 1/4-én dolgozik, mely felvet három fontos kérdést:

- Vajon az ellátás színvonalában, a szakmai hatékonyságban (felépülési rátában) mérhető különbségek is négyszeres különbségek vannak, vagy inkább elmondható, hogy hazánkban hatékonyabb és költséghatékonyabb ellátás zajlik?
- Feltételezve egy esetleges költség színvonal-kiegyenlítődést, változatlan baleseti esetszám mellett hogyan lenne képes forrásbevonás nélkül, önállóan állni a példa alapján legalább négyszeresre növő kiadásokat a Magyar Állam?
- Feltételezve egy közép- vagy hosszútávon végbemenő kultúraváltást a munkabalesetek bekövetkezéséhez történő hozzáállásban és kezelésükben, azaz feltételezve a balesetek jövőbeni számának közeledését az osztrák, vagy svájci számokhoz, hogyan képes finanszírozási oldalról egy 15-20-szor nagyobb éves kiadásra felkészülni a Magyar Állam, képes-e felkészülni?

Fontos hangsúlyozni, hogy az osztrák és svájci munkabaleset-biztosítás magas költségei mögött meghúzódnak olyan tételek is, melyek a magyar gyakorlatban vagy hiányzik, vagy más szereplőket terhelnek, emiatt így ebben a kutatómunkában sem jelenik meg. Ilyen

feladatok például a megelőzés (prevenció), kockázatértékelés, felvilágosítás, elsősegélytanfolyamok indítása, stb... [82.]

6.2.2 Egy esetre jutó átlagos kiadás közti különbség

A munkabaleset-biztosítás **magyarországi** hányatottságára látszik utalni az a tény, hogy az egy **esetre jutó kiadások** a nyugati szomszédok kiadásainak mintegy negyedén vannak. Végkimenetelét, **eredményeit tekintve szintén lényeges elmaradás** és különbség tapasztalható, a kérdés csak az, hogy ez a két arány hasonló-e egymáshoz? Másképpen megmagyarázva: a munkabaleset-biztosítási gyakorlat ellátási színvonalában tapasztalható különbségek teljes egészében megmagyarázzák-e az alacsonyabb esetkiadásokat? Jellemző, hogy a magyar esetkiadások mögött csaknem **98%-ban (!) a TB rendszer pénzbeli kifizetései állnak**, ami ily módon konzervál egy helyzetet rugalmatlanabbá teszi a struktúrát. Másfelől tulajdonképpen deklarálja azt, hogy az egyén számára más alternatíva nem nyújtható, mint a „pénzbeli kárpótlás” és keletkezett hátrányait élete hátralevő részére „fájdalomdíj” formájában az állam kompenzálni igyekszik. **Az osztrák és svájci számokban sokkal inkább a teljes visszaintegrálás kiadásai, munkaköri rehabilitáció**, és szükség esetén az egyén megváltozott életkörülményeihez jobban illeszkedő élettér kialakítása szerepel, mely valódi választást ad a biztosított állampolgároknak, és az egészségnyereség szempontjából lényegesen magasabb kibocsátást ér el.

Magyarországon leginkább szembeötlő a bejelentett munkabalesetek száma, mely közt a vizsgált országokat alapul véve csaknem háromszoros különbség figyelhető meg. Mivel maga **az állam is a pénzbeli ellátásokra helyezi a fő hangsúlyt**, így a másolódás elve alapján nem meglepő, ha a foglalkoztatók is ezt a példát követik. Ebben a kulturális közegben az egyén is úgy érzi, hogy baj esetén a legjobb, ami legbiztosabban történhet vele az, ha pénzhez jut, így hajlik, netán kezdeményezi a munkáltatónál, hogy inkább egyezzenek meg a háttérben egy jelentősebb összegben, és ne kerüljön balesete lejelentésre. A munkáltatónak is ez a logikus érdeke, hiszen túl az anyagi terheken jogi értelemben is elmarasztalásra kerülhet, ha egy balesetnél megállapítást nyer egyértelmű felelőtlensége. Így két rossz közül mindkét szereplő a látszólag kevésbé rosszat választja.⁷¹ A látókörből kikerülő, munkabalesetként be nem jelentett munkabalesetek magyarországi

⁷¹ Erről a 2002-es Balesetbiztosítási Koncepció így ír: „A munkáltató részéről ennek elsősorban anyagi okai (a regressz, a kártérítés, a munkavédelmi beruházások megtakarítása) vannak, de magyarázza ezt az alacsony munkavédelmi kultúra is. Ez utóbbi, valamint a munkáltatónak való kiszolgáltatótsága, a megfelelő érdekképviselő hiánya miatt a munkavállalók sem szorgalmazzák a balesetek nyilvánosságra kerülését.” [11.]

magas számarányát a foglalkoztatási jogviszony is magyarázza. **Hazánkban adójogi kérdések miatt szívesebben foglalkoztatnak munkavállalókat számlaképes alvállalkozóként**, mint alkalmazottként. Sok munkavállaló ekképpen magát foglalkoztatja, mint egyéni vállalkozó, vagy betéti társaság, és ez arányaiban több mint Nyugat-Európában. A szerződéssel foglalkoztatott munkavállalók saját magukra ritkán jelentenek be munkabalesetet, márpedig a megkötött szerződésekben a biztonságos munkavégzés feltételeinek megteremtését minél nagyobb részben az alvállalkozók felelősségi körébe igyekeznek hárítani a megbízók. A rövidtávú érdekek, és az, hogy az emberek nem tudnak stratégiában gondolkodni, lehet a magyar mentalitás, de akár az oktatási rendszer kudarca is, e gondolatmenet azonban messzire vezet. **Az országok közti iparszerkezet nem indokolja a baleseti esetszámokban megjelenő nagyságrendi különbségeket.**

6.3 A munkabaleset-biztosítási rendszerek megközelítése közti különbség

A rendszerek egészét tekintve legfőbb különbségnek kijelenthető, hogy míg **Ausztriában és Svájcban van felelős gazdája a munkabaleset-biztosítási szakterületnek, Magyarországon a munkabaleset biztosítás sajnos egy egyébként is hányatott terület,** az egészségügy (társadalombiztosítás) részeként jelenik meg. **A fejlett országok java részében megjelenik a kockázati besorolás,** és az iparágak biztosítási díjfizetésének ez szerinti differenciálása. Ennek megfelelően a biztosító és a biztosított kölcsönösen érdekeltek az együttműködésben, hiszen kettejük közt szabályozott keretek kerülnek kialakításra, mely mentén az érdekek egybeesnek: minél kevesebb baleset, minél termelékenyebb munkaerő, minél inkább kiszámíthatóbb kiadások.

Ausztriában a munkabalesetek legfontosabb tényezőjének a dolgozók viselkedése és felelősségérzete számít. A biztosító **prevenációs tevékenységét** ennek megfelelően a következőirányba fordítják: [11.]

- munkavállalói felelősségérzet, balesetmentes munkavégzés attitűdjének a fejlesztése ismeretterjesztő eszközökkel (mint pl.: internet, poszterek, informatikai eszközök, stb...) továbbá **munkavédelmi oktatás;**
- jogszerűség fenntartásával a produktivitás és a humanitás összhangjának jegyében a **menedzsment felelősségérzetének** kialakítása. Ennek érdekében anyagi érdekelttség megteremtése, a megegyezés előmozdítása, valamint képzés;

- **munkavédelmi** minőségbiztosítási **sztenderdek** rendszerének kidolgozása, betartásának megkövetelése, következetes ellenőrzések megvalósítása;
- **foglalkozás-egészségügyi** hálózat hatékony működtetése.

Magyarországon is működik foglalkozás-egészségügyi hálózat, ámbar ezt a munkaadók tartják fenn, így a függelmi viszonyok miatt megkérdőjelezhető ennek pártatlansága. Magyarországon köteles a munkáltató kockázat-becslést készíteni, ezt az EU irányelvei is előírják. Ennek gyakorlata már lényegében ki is alakult, de hatékonyságával szemben erős kételyek támaszthatók. A kockázat-becslés nemcsak képessé teszi a munkaadót az optimális munkavédelem megvalósítására, hanem segítséget is nyújt a biztosító(k) a megfelelő kockázati osztályba történő soroláshoz az adott munkahelyre vonatkozóan. A munkahelyen jelentkező veszélyt és annak megvalósulása körülményeit a kockázat-becslés, mint tanulmány számszerűen, vagy minőségileg jellemzi. Ezen jellemzés során a kockázat-becslés figyelembe veszi a sérülések, a fokozott expozíciós esetek, a foglalkozási betegségek számát és súlyosságát, becsli azok bekövetkezésének valószínűségét.

Országokban, ahol a munkabaleset-biztosítás egy kézben működik, meghatározták a munkabiztonsági sztenderdeket, kockázati osztályokat alakítottak ki, bonus-malus rendszert vezetnek és kezelnek, mely és felelősség- és kockázatarányos teherviselést eredményez a gyakorlatban.⁷²

6.4 Munkabaleset-biztosítási rendszerek hatékonysága

A számok mögé nem tekintve a magyar munkabaleset-biztosítás Európában összehasonlítva igen-igen hatékonynak tűnhet, hiszen:

1. A munkabalesetek száma negyede az osztrák, egy tizede a svájci munkabaleseteknek,
2. Egy eset kiadása jóval a nyugati alatt marad
 - a. csupán az ellátások összes kiadását figyelembe véve alig egy tizenötöde-harmincada a nyugati kiadásoknak,

⁷² Japánban például a legalacsonyabb kockázati osztályban 0,55%, a legmagasabban 13,3% a járulék szintje (az osztályok száma 30). A finn balesetbiztosítás nyolc, a német ágazati balesetbiztosítási szövetségek nagyon sok kockázati osztállyal dolgoznak, s a járulék szintek kitérése 0,5-7,0% között mozog, 1,42%-os átlagos járulék színvonal mellett. Már Ukrajnában is 200-ben létrehozták – lényegében német mintára – a balesetbiztosítást: 20 kockázati osztályt képeztek, s a járulékok szintje 0,5% és 10,8% között ingadozik. Az 1. osztályba tartoznak pld. a kulturális tevékenységek, a bankok, a biztosítók, a közhivatalok, míg a legmagasabb, a 20. osztályba tartozik a földalatti szénbányászat.

- b. a TB rendszer által folyósított pénzbeli ellátásokat is beleértve még mindig egy negyede az egy esetre jutó kiadások a nyugati kiadásokénak.
3. Évről-évre csökkenő esetszám figyelhető meg a magyar statisztikában.
4. 2005-ben a 85 milliárd forintos munkabaleset-biztosítási teljes nemzetgazdasági teher a 22.027 milliárd [54.] forintos folyó áron mért GDP-nek csupán 0,386%-a.

Érdemes a számok mögé nézni röviden... Előző felsorolás kissé kiegészítve:

1. A munkabalesetek száma negyede az osztrák, egy tizede a svájci munkabaleseteknek – **mert vélhetően nagy része a munkabaleseteknek bizonyára eltitkolásra kerül.**
2. Egy eset kiadása jóval a nyugati alatt marad
 - a. csupán az ellátások összes kiadását figyelembe véve alig egy tizenötöde-harmincada a nyugati kiadásoknak – **mert lényegesen szerényebb mennyiségű és minőségű ellátásban részesülnek a balesetet szenvedett személyek Magyarországon.**
 - b. a TB rendszer által folyósított pénzbeli ellátásokat is beleértve még mindig egy negyede az egy esetre jutó kiadások a nyugati kiadásokénak.– **mert Magyarországon inkább a pénzbeli ellátásokon áll mind a lakosság, mind a finanszírozó állam fókusza, ami lényegében sokkal kisebb egészségnyereséget eredményez nemzeti szinten.**
3. Évről-évre csökkenő esetszám figyelhető meg a magyar statisztikában – **mivel a vizsgált időszak mind a magyar belső gazdasági válság, mind a világgazdasági válság időszakával egybe esik, és ezen időszakok egyébként is csökkenő baleseti tendenciákról adnak számot.**
4. 2005-ben a 85 milliárd forintos munkabaleset-biztosítási teljes nemzetgazdasági teher a 22.027 milliárd [54.] forintos folyó áron mért GDP-nek csupán 0,386%-a – **mivel számos teher az adatok viszonylagos megbízhatatlansága miatt lényegesen alulkalkulált, illetve számos kiadás emiatt nem is számszerűsíthető.**

6.5 Közös tendenciák

Az 5. fejezetben a magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat került bemutatásra a számok oldaláról, mind a közelmúltat, mind a jelent figyelembe véve, illetve az érvényesülő tendenciákat figyelembe véve következtetések kerültek levonásra a közeljövőt illetően is. Nos, az egyik leglényegesebb következtetés a munkabalesetek számának csökkenő folyamata volt. Úgy tűnik azonban, hogy az esetszámok nemcsak Magyarországon, e szerte az Európai Unióban is csökkennek, mégpedig szisztematikusan. A HR Hírportálon megjelent, Európai Bizottság 2012-ig tartó elképzeléseiről a következő írás szól, idézem:

*„A testület közleménye szerint 2002 és 2004 között a halálos balesetek száma 17 százalékkal, míg a háromnapos vagy annál hosszabb keresőképtelenséggel járó balesetek száma 20 százalékkal csökkent az unióban. A fejlődés azonban a különböző országokban, ágazatokban, társaságoknál és foglalkozások terén továbbra is egyenlőtlenül jelentkezik. A munkavégzés terén bekövetkezett változások révén új foglalkozási kockázatok jelennek meg, egyes munkahelyi megbetegedések száma pedig folyamatosan növekszik. A foglalkozási megbetegedések és üzemi balesetek komoly problémát jelentenek a munkavállalók és a munkáltatók számára Európában. Az évi átlagosan 4 millió munkahelyi baleset hatalmas költségeket ró az európai gazdaságra. E költségek igen jelentékeny része a társadalombiztosítási rendszerekre és az államháztartásra hárul. [...] A munkavállalók egészségének és biztonságának javítása kulcsfontosságú az unió növekedési és foglalkoztatási menetrendjében. A minőségi és termelékeny munkavégzés támogatása erősíteni fogja az európai növekedést és versenyképességet. Az utóbbi öt év során tapasztalható jelentős fejlődés ellenére még mindig számos területen van tennivaló. A munkahelyi balesetek és foglalkozási megbetegedések következtében felmerülő költségek egyenlőtlenül oszlanak meg a felek között. **Évente körülbelül egymilliárd euró az európai munkavállalók keresőképtelenségéből adódó jövedelem kiesése.** A táppénzzel, a kiesett munkavállaló helyettesítésével és a termelékenység csökkenésével kapcsolatos költségek a munkáltatói oldalon jelentkeznek - ezek egy jelentős részét nem fedezi a biztosítás. A kis- és középvállalkozások különösen érintettek, hiszen az üzemi balesetek 82 százaléka, a halálos baleseteknek pedig 90 százaléka itt következik be. Egyes ágazatokban - például az építőipar, a mezőgazdaság, a szállítás és az egészségügy - nagyobb az üzemi balesetek bekövetkezésének kockázata, továbbá a fiatal munkavállalók, a migránsok, az idősebb munkavállalók és a veszélyes munkakörülmények között dolgozók aránytalanul nagyobb*

mértékben érintettek. Egyes betegségek is egyre gyakrabban fordulnak elő, köztük az izom- és csontrendszeri panaszok (hátfájás, ízületi sérülések és ismétlődő megerőltetés okozta sérülések), valamint a pszichikai leterheltség által okozott megbetegedések. A 2007-2012-es stratégia célja, hogy átlagosan 25 százalékos csökkenést érjen el az üzemi balesetek és foglalkoztatási megbetegedések terén az unióban. Az új stratégia kilátásba helyezi a hatályos jogszabályok fejlesztését és egyszerűsítését, a tagállamok egyedi körülményeire szabott nemzeti stratégiák készítését, továbbá a lehetséges új kockázatok hatékonyabb felismerését és értékelését több kutatás, információcsere és az eredmények gyakorlati alkalmazása révén.” [78.]

Az idézett gondolatok közt jó néhány ismerős elképzelés is visszaköszön, melyről már a disszertáció 6. fejezetében úgyszintén olvasni lehetett. Érdekes a munkabalesetek száma, mely az EU-ban 4 millió esetet jelent évente, ami lakosságszám arányosan is megfelel a XXXIV. sz. tábla osztrák-svájci versus magyar adatok arányának. Érdekes továbbá a becslés, mely szerint a munkabalesetek miatt kiesett jövedelem az EU-ban évente 1 md eurót tesz ki.

A fenti idézet is megerősíti, hogy bár a számokban akár jelentős eltérés mutatkozik, sőt, a munkabaleset-biztosítás értelmezésében és kultúrájában is jelentősek a különbségek, de végső soron bármely európai ország bárhol tart is, van mindenkinek mit tennie a munkabaleset-biztosítás területén. Érdekes megfigyelni, hogy az uniós célkitűzések nagymértékben hasonlóak ahhoz, melyet a dolgozat 7. fejezetében olvasni lehet.

7 KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK

A kutatómunka eredményeképpen, áttekintve a magyar munka munkabaleset-biztosítási gyakorlat kiadásait, és eredményeit, mindezek megítélhetőségét nemzetközi viszonylatban, javasolható egy önálló felelős balesetbiztosító, mint önálló jogi személy, de sürgősség által indokolva legalább egy teljesen elkülönült gazdálkodást folytató munkabaleset biztosítási ágazat létrehozása.

Kissé bővebben kifejtve az előző tömör mondatot:

- Szükséges helyén értékelni, és kiindulási alapnak torzítás nélkül elfogadni azt a gyakorlatot, mely Magyarországon ma a munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések ellátásaként, kezeléseiként kialakult. Ki kell emelni a magyar rendszer olcsóságát, de fel kell ismerni annak kezdetleges le nem tisztult vonásait.
- Mindezt figyelembe véve szükséges a rendelkezésre álló nemzetközi tapasztalatok megismerésén túl egy-két követhető, követendő, vagy legalábbis nagy részben adaptálható példa kiválasztása, melynek én **a megvalósuló eredmények alapján legfőképpen az osztrák, a kockázati osztályok kialakításánál fogva pedig esetleg még a német példát együttesen javaslom nagyító alá venni.**
- Változás akkor várható, ha a területnek „egyszemélyi felelős gazdája” lesz. A munkabalesetek kezelési tevékenységét „munkabaleset biztosítás”-ként a társadalombiztosítási- és más alrendszerektől elkülönülten, különálló jogi személy, netán külön költségvetési kassza létrehozásával megerősíteni javaslom. Ennek létrehozására, és a fedezetelvé gazdálkodás megteremtésére projektszervezet felállítását tartom költséghatékony és legkevésbé kockázatos megoldásnak. Erről, mint javaslatomról a 7.2.3. fejezetben írok részletesen.

7.1 A magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat számokban

A magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat közgazdasági jellemzéseként, a rendszer közvetlen kiadásait és használdozat-költségét „új balesetek” és „tárgyévi” megközelítéssel egyaránt értelmezve megállapíthatók a következők:

1. A **munkabalesetek száma** az elmúlt években **csökkenő tendenciát** mutat Magyarországon. Ezzel együtt a bejelentett munkabalesetek száma töredéke az osztrák és a svájci esetszámoknak, mely a **balesetek eltitkolására**, így az adatok megbízhatatlanságára utaló jelnek minősíthető.

2. Az **évente keletkező új munkabalesetekkel** kapcsolatos közvetlen társadalombiztosítási kiadás 9,2 milliárd forintot ért el **2010-ben**, ellenben **lassú csökkenési ütemet mutat 2001 és 2010 között, mely mértéke 12,08%**.
3. A magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat **egy adott évre eső „tárgyévi” szemléletű közvetlen kiadása 2010-ben átlépte a 68,5 milliárd forintot.**⁷³ Ez a 2000. év reálkiadásaihoz mérten mintegy 25%-os emelkedést jelent.
4. A nemzetgazdaságot a balesetekkel kapcsolatban terhelő adó- és járulékbevétel elmaradás, GDP csökkenés 2010-ben óvatos becslések mentén is **meghaladta a 11,3 milliárd forintot.**
5. Az egy munkabalesetre jutó **társadalombiztosítási ellátási kiadás – valószínűleg nagyrészt az esetszámok csökkenésének következtében – kis arányú növekvő tendenciát mutat** reálértéken. Növekedési üteme 2001-ről 2010-re elérte a „tárgyévi” értelemben elérte a 34,25%-ot, „új balesetek” értelemben a 12,06%-ot.
6. Az **esetkiadások az osztrák és svájci kiadások csupán negyede**, ellenben összetételük nagyban különbözik. Míg a nyugati kiadásokban a **kompenzációs kiadások (járadékok) 70% körüli értéket érnek el**, a magyar kiadásokban ez a **hányad 98%. (!)**
7. **Összességében az ország gazdaságát 2010-ben már 80 milliárd forintot csaknem elérő összegű közvetlen kiadás és használdozat-költség éri a hatóságok tudomására jutott ismert munkabalesetek következményeként.** (Ez jelen felsorolás 3. és 4. pontjából együttesen következtethető összeget jelent.)

7.2 Következtetések és javaslatok

A kutatómunka eredményeképpen, áttekintve a magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat kiadásait, eredményeit, mindezek megítélhetőségét nemzetközi viszonylatban, javasolható egy önálló felelős balesetbiztosító, mint önálló jogi személy, de sürgősség által indokolva legalább egy teljesen elkülönült gazdálkodást folytató munkabaleset biztosítási ágazat létrehozása. Ennek érdekében megfogalmazható teendőket a következőkben leírtak ismertetik.

⁷³ Ez az összeg viszonyítás csaknem a Semmelweis Egyetem 2010. éves költségvetésének felel meg. Egyes szerzők arról írnak, hogy nemzetközi számítások szerint a munkával kapcsolatos egészségkárosodások kiadásai és veszteségei meghaladják a GDP-k értékének 4%-át. Magyarországon ezek a kihatások elérhetik évente a 400-500 milliárd forintot is. [11.]

7.2.1 Kiindulási viszonyok

Kiinduló állapotokat tekintve, és a dolgozatban a magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat jellemzéseként helyenként leírt gondolatokat röviden összegezve megállapítható, hogy a munkahelyi egészségkárosodásoknak a hazai társadalombiztosítás általi kezelése korszerűtlen. A társadalombiztosítás nem tölti be szerepét – nem valósítja meg a kockázat-arányos teherviselést, nem szolgálja a megelőzést, nem biztosítja a színvonalas egészségügyi ellátást, nem támogatja a rehabilitációt. Holott ez a különböző országokban működő munkabaleset-biztosítási rendszereknek alapvető feladata. Mindezek alapján parancsoló szükségszerűség a munkabaleset-biztosítás átfogó reformjának a megvalósítása. Ezt a rövid jellemzést terjedelmi okok, és a kutatómunka fókusz területe miatt a mellékletek közt a 9.5.6. sz. mellékletben fejtem ki részletesen. A mellékletben foglaltakat azonban – magyarázat nélkül – tényszerűen és felsorolásszerűen összefoglalom itt is:

- Rendszerből jóformán hiányzik a megelőzés és a speciális rehabilitáció.
- Intézményi és a főhatósági feladatok minden irányban koordinálatlanok, mivel a munkabaleset-biztosításnak jelenleg nincs felelős „gazdája”.
- Hazánkban az egyén valódi, széles körben elterjedt választási lehetősége sem a pénzbeli ellátások, sem az orvosi ellátások közt nem áll fenn.
- Társadalombiztosítás jelenlegi gyakorlatában túlsúlyban vannak a pénzbeli, ún. „kompenzációs” ellátások.
- Egészségügyi és társadalombiztosítási munkáltatói terhek jelentősek.
- Egészségbiztosítási járulék nagysága nem foglal magába semmiféle kockázati elemet.
- Lakossági kép a rokkantossítással kapcsolatban – elsősorban a rendszerváltás óta bizonytalanná vált megélhetés miatt – a fix állami jövedelmek előnyben részesítése.
- Hatósági szabályozásra, ellenőrzésre és szankcionálásra épülő munkabalesetek és foglalkozási betegségek megelőzési rendszere alacsony jogkövetési moráلت eredményez.
- Nagy részben az események eltitkolása és a jelentési rendszer hiányosságai miatt nem rendelkezünk megbízható információkkal az üzeminek elismert balesetek súlyosságáról, tényleges számáról és epidemiológiájáról
- Munkáltatók felelősségére alapozott megtérítési igényekkel alapvető problémák jelentkeznek.

- Foglalkozás-egészségügyi hálózat lényegében kialakult, azonban az a munkáltatóktól függ, ők finanszírozzák a tevékenységet.
- Egészségügyi ellátás általánosan is meglévő problémái, a gyógykezelés indokolatlan elhúzódása, elvárhatóhoz képesti eredménytelensége a lakosság járulékfizetői számára többletterhekkel, illetve többlet veszteségekkel járnak.
- Rendszerváltás után átalakult gazdasági struktúra új, elsősorban pszichés és ergonómiai jellegű kockázatok megjelenésével járt, ezek a változások a mai napig nem elég hangsúlyosak a munkavédelmi tevékenységben.

Fontos kihívás elrugaszkodni az „általános” társadalombiztosítási igények irányából a speciális igények kielégítése irányába, ahol szükséges újra megfogalmazni a munkabaleset-biztosítás alap értékeit és ennek megfelelően az elérni kívánt célokat. Az értékek vonatkozásában a teljes értékű ember kell, hogy előtérbe kerüljön, ennek megfelelően a remélhetőleg tudatosan kialakítandó munkabaleset-biztosítási rendszer fő célkitűzése is a balesetet szenvedett egyén teljes értékű életre történő vissza integrációja kell, hogy legyen. Emiatt tudatosan fejleszteni szükséges a rehabilitációt, alkalmassá téve azt a baleseti károk lehető legteljesebb mértékű helyreállítására. Erősíteni kell a prevenciót, és javadalmazni a szigorú előírásokat betartó, együttműködő, saját és a társadalomérdekében felelősen gondolkodó biztosított alanyokat, legyen az a munkaadó vagy a munkavállaló.⁷⁴

7.2.2 A tényszerű javaslat

Összességében ez a balesetekre adott válaszok medikai oldalról történő megközelítésében azt jelenti, hogy a kínálati palettát (az alkalmazott gyógy módokat és orvos-technológiai eszközöket) adekvát módon az igényekhez alakítani lenne szükséges. Egy hatékony munkabaleset-biztosítási rendszer létrehozásában leginkább járható út lenne, ha erre külön nemzeti biztosító, vagy biztosítási ágazat szakosodna. A feladat – és ennek függvényében az elvárt eredmények – véleményem szerint csak egy megfelelően professzionális, szakosodott, behatárolt felelősségi körrel rendelkező, erős fókuszú szervezeten keresztül valósíthatók meg hatékonyan. A tanulmány egészében kimutatott közvetlen kiadások és használdozat-költség (2010-ben 80 milliárd forintot csaknem elérő folyó áron mért összeg) ezt a javaslatot önmagában képesek alátámasztani, hiszen gazdasági indokát

⁷⁴ A nyugat-európában egyre inkább határozott formát öltő gyakorlatot, mely szerint az üzemekben egészségügyi menedzsment működik, szintén javasolt megfontolni a magyar kialakítandó gyakorlatban. E menedzsment a vezetés, az üzemorvos, és a dolgozók képviselőjéből áll, és együtt határozzák meg a teendőket, a protokollokat. A team működésétől elvárt eredmény egy balesetmentes munkahely létrejötte, ezen keresztül magának a munkahelynek a vonzóbbá tétele a dolgozók előtt, illetve ezáltal magasabb dolgozói elégedettség elérése, ami a tulajdonosok reménye szerint lecsapódik a produktivitásban is.

szolgáltatják egy önálló munkabaleset-biztosítási szervezet gazdasági létjogosultságának.

Meglátásom szerint ez a létrehozandó önálló szervezet:

- Legyen felelős gazdája a munkabaleset-biztosítási folyamatoknak.
- Egy központban gyűjtse össze, rendszerezze és elemezze a munkabaleset-biztosítási adatokat.
- Az adatokból levonható következtetések alapján tegyen javaslatot a munkabiztonsági és munkabaleset-biztosítási stratégiára. (Országgyűlés, szakmai felügyelő hatóság (OEP), érintett érdekvédelmi szervezetek munkaadói és munkavállalói oldalon egyaránt, stb...).
- Vezesse be a differenciált (kockázati alapú) teherviselést (járulékfizetést).
- Valódi biztosítási érdekeltségi rendszert vezessen be a különféle munkahelyi kockázatok megléte mellett foglalkoztató vállalkozások, piaci szereplők számára.
- Valódi lehetőséget kínáljon az egyén számára a gyógymódok, illetve a biztosítási alapon nyújtott szolgáltatási csomagok közötti választáshoz.
- A fentiek alapján a szervezet tevékenysége okozzon valódi forrásbevonást is a munkabaleset-biztosítási szolgáltatások fejlesztése érdekében (kockázatelemzés, kiegészítő szolgáltatások, „cafeteria” rendszer a munkaadóknál, stb...).
- A valódi biztosító-biztosított független és kölcsönös érdekeltség érvényre juttatása által szerezzen érvényt a valódi döntési helyzetek kialakításának és a tényleges felelősségvállalás viselésének.
- Összességében: legyen képes hatékony munkabaleset-biztosítással a nemzet számára több egészségnyereséget, nagyobb versenyképességet megteremteni, és a lakosság hangulatában ezáltal egy nagyobb megelégedettséget, magasabb optimizmust elérni.

Kissé világosabbá téve a fentiekben leírtakat: a lényeg az, hogy amennyiben biztosításról beszélünk, kerüljenek kialakításra a valódi biztosítói viszonyok. Mit jelent ez a munkabalesetek és foglalkozási megbetegedésekre szakosított biztosítási rendszer tekintetében? Minden érvközül legfontosabbként azt, hogy a „felek” kölcsönösen informálják egymást, az „ügyfél” legyen valóban felvilágosított saját helyzetéről, kockázatának mértékéről, viselkedésének, a dolgok különféle kimenetelének eltérő következményeiről! Az ügyfél legyen tisztában úgy a munkavállalókat egészséggel kapcsolatban érintő kérdések, mint a munkavállalókat és munkáltatókat is érintő pénzügyi esetleg büntetőjogi kérdések vonatkozásában (várható járadékok összege és

feltételrendszere, díjfizetés összege, büntetési tételek és azokat kiváltó lehetséges okok). Ez a fejlemény, nevezetesen a valódi biztosítási elv érvényre jutása és a tevékenység „felelős szervező” kezébe adása a jelenleg tapasztalható pénzbeli kompenzációs ellátások túlsúlyából minden bizonnyal egy valódi rehabilitációs tevékenység irányába mozdítja el a munkabaleset-biztosítási ellátások gyakorlatát.

A valódi „biztosító” – mint szereplő – segítene kitörni abból a „hibernált” állapotból is, mely a jelenlegi egyébként is széttöredezett és koncepciómentes, össze nem fogott magyar munkabaleset-biztosítási eljárás állami szereplőit kiválóan jellemzi. Egy alapvetően rugalmasságot igénylő rendszerben megengedhetetlen, hogy az ne idomuljon a kor kihívásaihoz, a megváltozott feltételekhez, amilyen gyorsan csak lehet. Sőt, az igazán kívánatos, amikor a rendszer működtetésében részt vevő és a működtetésben érdekelt felek érdeke oly kölcsönös, a feladatszervezés pedig olyan hatékony, hogy a szervezet képes proaktív módon, azaz „előre menően” reagálni a várható változásokra is! Ettől igen távol áll, sajnos nemcsak a magyar, de igazából talán a világ összes, tulajdonjogilag akár állami (de legfőképpen állami) akár magánkézben lévő mamutszervezete. (Márpedig a biztosítási üzletágban a minél nagyobb számú biztosított közösség tudja csak megfelelő hatékonysággal megosztani a biztosítási kockázatot, így az ezeket működtető szervezetek legkisebb optimális mérete is hatalmas.) A „hibernált” jelzöt azért került ide, hogy érzékeltesse a mai magyar viszonyok rugalmatlanságát. A rugalmatlanság oka megjelenik nagyrészt az állami szereplők érdektelenségében (fix költségvetésük nem függ piaci teljesítményüktől), a terület teljes szétaprózottságában, gazdátlanságában, és a felek érdekeltségének teljes divergenciájában.

A fentiekben leírtakat jól érzékelteti az, hogy a fejlett ipari országok munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések kialakulásával kapcsolatos fókusz az elmúlt évtizedben gyorsan áttevődött a mentális és pszichés következményekkel járó munkahelyi feladatokra melyek háttérben leginkább a munkakörnyezettel összefüggő, kockázatok állnak. (Elfásultságot okozó, rutinszerűen ismétlődő „tömegtermelés” jellegű munkavégzés.) Térségünkben és más fejlődő országokban a fókusz az elsődleges feldolgozó ipar tevékenységeinek baleset-és katasztrófa-helyzet megelőzésén és kezelésén van. Javaslatom szerint Magyarországon a két megközelítésnek egyszerre kell érvényre jutnia. Erről, illetve magáról a szükséges változásról, annak indokáról Dr. Juhász Ferenc így ír: [55.]

„A korszerű technológiákkal termelő munkahelyeken a stressz- és az ergonómiai terhelés kiiktatásának, a munka humanizálásának van elsődleges jelentősége. A tőke- és szakmai ismeretek hiányával küszködő, elavult technológiával működő munkahelyeken pedig a

hagyományos munkavédelmi tevékenység megvalósítása jelenti a feladatot. Az Európai Unió csatlakozást követően a tőke és a munkaerő szabad áramlása szükségessé teszi a jogharmonizációt a munkavédelem és a megváltozott munkaképességűek ellátórendszere terén is. A csatlakozni kívánó országok számára fontos, hogy ezekben a kérdésekben is felzárkózzanak az uniós országok színvonalára. [...] A balesetbiztosítás egy zárt, önszabályozó rendszer, melynek működése következtében csökken a munkabalesetek száma, kedvezőbb a balesetek és az egészség-károsodások kimenetele, csökkennek a biztosítás terhei, s mindezek következtében csökkenhet a munkáltató által fizetendő járulék nagysága. A nemzet szempontjából a hatékony, ezen ok-okozati összefüggést elérő balesetbiztosítási rendszer magasabb egészségnyereséget, magasabb nemzeti kibocsátási potenciált képes elérni, mellyel az ország versenyképessége is áttételesen növekszik.” [55.]

7.2.3 Lépések egy önálló munkabaleset-biztosítási ágazat megteremtéséhez

Rögtön egy megjegyzéssel kezdem. Az „önálló” kifejezés disszertációm helyzetet megoldó javaslatában alapvető fontossággal bír, hangsúlyozása részemről szinte neurotikus. Ez azért van így, mert a legalapvetőbb feltétele egy felelősen menedzselt rendszernek, hogy legyen is felelőse! Jelenleg a magyarországi munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések kezelési gyakorlatának NINCS FELELŐSE.

Az „önálló” azt jelenti csupán, hogy „önálló”. Nem többet. Nem biztos, hogy végérvényes igazságként javasolható, ezért nincs hozzá átgondolva minden pro- és kontra érv, t.i. hogy az „önálló” szerv, amit a feladat gazdájának létrehozni javaslok esetleg milyen tulajdonlású lehetne? Ezzel együtt legkézenfekvőbb és a feladat átszervezés miatt leginkább javasolt az állami (vagy „kvázi” állami⁷⁵) tulajdonú szervezet létrehozása.

Svájci minta alapján egy megerősödött, kikristályosodott és már önmagában is hatékonyan, jól működő struktúrát feltételezve évekkel később – egészségpolitikai aktuális megfontolásoktól függően – meg lehet gondolni akár a piac liberalizálását is. A magántulajdonú szereplők beengedésének közgazdasági indoka 2 indokkal támasztható alá:

- Egyrészt a munkabaleset biztosításban érdekelt, abban nemzetközi ügyfélkörrel rendelkező nagy biztosító társaságok nagyobb közösségen jobban tudnák kezelni a biztosítási kockázatot, esetleg emiatt a szolgáltatási színvonal is

⁷⁵ Állami tulajdonú, vagy többségi állami tulajdonú, esetleg az állam számára döntő befolyásolást biztosító, de tulajdoni hányadában nem többségi állami tulajdonú, ellenben feltétlenül gazdasági társaság formájában működő szervezetet értek alatta.

emelkedhetne. Nyugat európai tapasztalattal és munkabaleset biztosításban nagy létszámú ügyfélkörrel rendelkezvén akár az is elképzelhető, hogy:

- Egyfelől a magánbiztosítónál már meglévő ügyfél létszám eleve nagyobb mint a magyar biztosítottak jelentős része, netán nagyobb, mint a teljes magyar potenciális piac, hiszen kis ország vagyunk.
- Másfelől a nyugat európai szolgáltatáscsomag jó esetben a magyar ügyfelek számára is elérhető lesz, és azért az tagadhatatlan tény, hogy a nyugati szolgáltatási színvonal és az ebben történő gondolkodás magasabb, mint ami Magyarországon és a térségben tapasztalható.
- Másrészt közgazdasági tény, hogy az „egyszereplős” piac – még akkor is, ha az „természetes monopólium” gyakori szabályozgatás, ellenőrzés, vagy másik módon versenyhelyzet elé állítás nélkül bármilyen jó tapasztalat és kezdeti megelégedettség ellenére el tud „lustulni”, reakcióképessége lelassul, piackövető mechanizmusok nem érvényesülnek benne, és nem jelennek meg azok az ösztönzők sem, melyek a szolgáltatások folyamatos fejlesztését, a helyzethez mért hozzáigazítását szolgálják.⁷⁶

Egy biztos, a felelős összefogó szerv kialakítása, így az egész munkabaleseti és foglalkozás egészségügyi ellátási tevékenység átalakításra szorul. Ha más eredményt várunk, másképpen kell gondolkodni. A feladat nagysága és fontossága miatt a módszeres előrehaladást javaslom. A következő 5 lépés kerek egészként vázolja fel időrendi sorrendben a lépések egymás utániságát, és jut el oda, hogy a munkabaleset és foglalkozási megbetegedés biztosítási gyakorlata megfelelően kialakuljon Magyarországon is.⁷⁷

0.) Projektszervezet felállítása

Nulladik pontként legfontosabb: legyen gazdája a feladatnak is, legyen a feladat megvalósítható, vagyis erőforrás és jogkör is legyen mellé rendelve, és történjen meg a szisztematikus beszámoltatás, ami személyében is a felelős projektvezető megtalálását és szakmai csapatának kialakítását feltételezi. Tehát a nulladik lépés nemcsak a projektszervezet felállításáról, de működőképességének biztosításáról is szól. Javaslom, hogy eleinte kis létszám, egy fő megbízott projektvezető (lehet államigazgatási

⁷⁶ Ez a két érv mindenképpen megállja a helyét a liberálisan gondolkodó közgazdászok részéről a konzervatív, szintén érthető megközelítéssel szemben. A konzervatív megközelítés legtöbbször az állami ellenőrzést, nemzeti érdekeket és az árak kordában tartását tartja szem előtt, és ezek az érvek szintén megállják helyüket!

⁷⁷ A következőekben leírt lépések logikai megalkotását nagyban inspirálta Dr. Juhász Ferenc [55]. sz. irodalomban hivatkozott tanulmánya.

alkalmazott, vagy vállalkozó is, de ne legyen elfoglalt ember, csak ezzel foglalkozzon) és néhány emberből álló szakmai csapata tegyen le projekt tervet⁷⁸, minden olyan dokumentumot, mely egy komplett projekt nyomon követhető, számon kérhető lebonyolításához szükséges. A projektről csak eztán legyen előterjesztés az államigazgatás irányába, illetve döntés, akár országgyűlés szintjén, költségvetésbe illesztve.

1.) Adat- és információs rendszer megtervezése, kiépítése, a munkabaleset-biztosítási gyakorlat strukturális, szervezeti és szervezési kérdéseinek adatigényének megoldása.

Legelső lépésként az optimális rendszer megtervezéséhez és kialakításához szükséges input adatokat szükséges biztosítani. Ezek nélkül a pénzügyi és járulékrendszer megtervezhetetlen. A munkabaleseti és a munkahelyi kockázatbecslési adatokra, valamint azok összesítésére úgyszintén szükség van, ezek nélkül még az igények optimális mérete sem tervezhető meg, valamint a kockázati osztályozás és ez alapján a felelősségarányos differenciált „díjfizetés” sem alakítható ki. A módszeres és mindenre kiterjedő adatgyűjtéssel párhuzamosan már el kell kezdeni a munkabaleset-biztosítás információs rendszerének kialakítását, melynek összhangban kell lennie a társadalombiztosítási, egészségügyi, munkaügyi, költségvetési és egyéb információs rendszerekkel, hiszen végső soron ezek valamilyen fokú integrációjáról lesz szó.

2.) A kockázatarányos járulékrendszer kidolgozása

Meglévő kockázatbecslési információk összegyűjtése, mely alapján a kockázati osztályok kialakítása megkezdhető. Vélhetően szükség lesz a kockázatbecslési anyagok információsűritésére is, elképzelhető módon akár egy új módszer kialakítására is, mely informatikailag tehetné összedolgozhatóvá a különféle input adatokat. A differenciált járulékrendszer megvalósításának alapja egy stabil kockázati osztály rendszer kidolgozása. A feladatra vonatkozóan mérsékelt kockázatot feltételezve ez teljes körű felméréssel javasolt, de lehet akár statisztikai mintavétel alapján, reprezentáns sokaságon elvégzett adatfelmérés is – igaz valamivel nagyobb kockázattal.

A kockázati osztályok alapján a differenciált járulék (munkabaleset-biztosítási díj) meghatározása leegyszerűsítve a következőképpen történhetne:

⁷⁸ Projektterv javasolt részei: projekt kiterjedése feladatai és hatáskörök, felelőségek („project scope”), költségvetés, ütemterv (Gantt diagram), projektkockázatot feltáró dokumentumok (SWOT analízis, stakeholder elemzés, BCG mátrix, stb...), tehát minden olyan dokumentum, mely egy komplett projekt nyomon követhető, számon kérhető lebonyolításához szükséges.

- átlagos, biztosításmatematikai módszerrel kiszámolt „munkabaleset-biztosítási díj”, melynek fedeznie kell a várható kiadásokat,
- ez az átlagos díj differenciálva a kockázati tényezővel (statisztikai együttható formájában célszerű kifejezni),
- valamint esetleg differenciálva az osztályban a munkahely részéről foglalkoztatottak számával, [55.]
- és a hozzájuk tartozó járulékköteles bértömegeggel. [55].
- Az egyedi díjfizetők számára a besorolási díjtól még ez előzőeken túl is el lehetne térni egy „önkéntes helyi, munkaadói kockázatkezelés (kockázatmentesítés)”, vagy egy adott időszak „eseménytelenség” (ún. bonus-malus) rendszer díjtételt befolyásoló alkalmazásával.

A kockázati osztályonként díj meghatározásába belekerülhetnek más, akár nem szakmai indokok is, de akkor ezek költségvetési ellensúlyozásáról az arról döntő, azt elfogadó államnak felelősen gondoskodnia kell. (Pl.: nagy kockázatú, kis méretű, nem jövedelmező iparág biztosan nem lesz képes a biztosításmatematikai alapon kockázatviselése alapján kiróható díj megfizetésére, nemcsak a gyenge jövedelmezőségénél, de a kis kockázati közösség (kevés érintett munkavállaló) okánál fogva. Nemzeti érdekből, stratégiai szempontból történő fenntartása esetén biztosan nem lesz.

Munkabalesetekről és foglalkozási betegségekről rendelkezésre álló adatok hiányosságait legegyszerűbb, leggyorsabb és legolcsóbb szükség szerint reprezentatív vizsgálatokkal, modell--számításokkal pótolni, melyek azonban természetesen magukban hordoznak statisztikai kockázatot.

A létrehozandó rendszer pénzügyi fenntarthatóságából legfontosabb eleme a munkabalesetek és a foglalkozási megbetegedések előfordulásának kockázatával arányos járulékfizetés. A kockázati osztályok rendszerére épülő díjtétel meghatározást javaslom befolyásolni a helyben önkéntesen megvalósított tényleges munkaadói kockázatkezelés számszerűsíthető mértékével (kockázatcsökkentő tényező az adott kockázati osztály átlagos feltételeihez képest), illetve a munkavédelmi tevékenység eredményességét értékelő „kedvezmény – pótdíj” (bonus-malus) rendszer alkalmazásával. Ahogy Dr. Juhász Ferenc írta: *„A kockázatarányos járulék mellett, hogy igazságos – a károkozás költségeit a károkozóra hárítja – a munkavédelmi tevékenységet ösztönzi, abban anyagilag érdekeltté teszi a munkaadót. Ezzel szemben a jelenlegi egyenlő munkáltatói teherviselés nem piac konform megoldás. Az európai országok balesetbiztosításai a járulék-kiegyenlítés, és az*

ösztönzés sajátos eszközeként alkalmazzák – vagy hangsúlyt fektetnek jövőbeni alkalmazására – a „bonus-malus” rendszert, mely a komplex kockázati megítélés mellett alkalmat nyújt a munkaadók számára a tevékenységből eredő kockázati terhek enyhítésére.” [55.]

A kockázati osztályok kialakításánál kiinduló „osztályképző” alap lehet akár az ágazati besorolás, a gazdasági tevékenységi kör, vagy maga a foglalkozás.⁷⁹ Végleges megoldást az osztályképző szempontokra szintén a projekt keretein belül szükséges megtalálni körültekintő gondossággal. Egy kellő alapossággal kidolgozott módszer szerint valós kockázati viszonyokra, tényleges munkavédelmi tevékenységekre épülő ösztönző hatású, besorolás megvalósítása válik lehetővé.

3.) A biztosítás alanyainak és tárgyának meghatározása

A biztosítottak, és a biztosítási események körének meghatározása a következő lépés a logikai sorrendben. Szükséges legelőször is annak számszerűsítése, hogy konkrétan hány főre vonatkozik a rendszer (mekkor a biztosítottak köre), és csak ez alapján lehet megtervezni a szolgáltatások körét. Az adekvát szolgáltatások meghatározásához biztosítottak számának differenciálása mindenképpen szükséges. Legalább foglalkozás szerint, de optimális esetben helyt kell, hogy kapjanak munkavédelmi helyzetre vonatkozó és esetleg jellemző epidemiológiai szempontok is. A megvalósulni tervezett bevételek mindenképpen fedezetett kell, hogy nyújtsanak a tervezett szolgáltatások és a rendszer működésének kiadásaira, tehát a szolgáltatások körének ezzel összhangban kell lennie. A jelenlegi „rendszerellen” rendszer szolgáltatásaiból és működéséből adódó kiadások összege igen-igen szigorúan vett óvatos becslés mentén éves szinten csaknem eléri a 80 milliárd forintot.⁸⁰

Fontos látni, hogy a kialakítandó munkabaleset-biztosítás szolgáltatásaihoz hasonló módon jelenleg is léteznek szolgáltatások a különböző finanszírozási rendszerekben:

- Egészségbiztosítási Alap: egészségügyi szolgáltatások, gyógyszerellátás, táppénz, III. csoportos korlátok alatti rokkantsági nyugdíjellátás,

⁷⁹ Amennyiben a foglalkozás lenne a „osztályozási ismérv”, akkor igen bonyolult lenne egy-egy munkaadót, mint díjfizető alanyt konkrétan besorolni egyetlen osztályba. Ilyenkor az adott foglalkozásban alkalmazottak után lenne kiszámolva a fizetendő díj, így a bonus-malus rendszer üzemeltetése is igen bonyolult lenne adott munkaadóra vonatkozóan, és megkérdőjelezhetővé válna a direkt érdekelttség.

⁸⁰ A járulékbefizetés alapjául szolgáló bértömeg alapján meghatározható az általános járulékszint, melynek értéke 1,5-2,0% közötti. Ez az érték megfelel a nemzetközi arányoknak. Németországban 1,42%, Ausztriában 1,4%, korábban Magyarországon 2-4% volt a járulék az átlagos napibér után. A különböző országokban a balesetbiztosítási járulék szintje különböző, általában 0,5% - 7,0% között mozog. [55.]

- Nyugdíjbiztosítási Alap: I-II. csoportos korhatár alatti, és a korhatár feletti rokkantsági nyugellátás,
- Munkaerőpiaci Alap: foglalkoztatási rehabilitáció,
- Magyar Köztársaság költségvetése: szociális ellátások,
- Munkaadók költségvetése: foglalkozás-egészségügyi ellátások, betegszabadság, táppénz 1/3-ának finanszírozása..

Ennek megfelelően a feladatok átcsoportosítása a kialakítandó munkabaleset-biztosításba egyúttal a források átcsoportosítását is megköveteli, így fontos követelmény az új rendszer iránt, hogy fogva a munkaadók általános terhei ne növekedjenek. Az egységes feladatszerzés, a racionalizált működés már a kezdetekben a kiadások csökkentése irányába kell, hogy tolja a rendszert, azonban az elodázhatatlan szolgáltatás bővítés és fejlesztés vélhetően a kiadási volumen megtakarításoknál nagyobb ütemű növekedését eredményezi majd. A kiadásnövekedést a jobb nyilvántartási rendszer, a biztosított kör nagyobb létszáma, így az erre a célra elkülönített munkabaleset-biztosítási járulék kell, hogy fedezze. Más forrásbevonásról profitorientált szervezetek szerepvállalásának mértékétől függően a rendszer elindulásakor még csak óvatosan lehet számítani. A munkáltatók járulék terhei akkor csökkenhetnek, ha a rendszer eredményes működése esetén csökken a munkabalesetek és megbetegedések száma, ha számottevően és tendenciózusan eredményesebb lesz a gyógykezelés, ha a rehabilitáció következtében tartósan és lényegesen sikeresebb lesz a munkába való visszatérítés, valamint csökkennek a járadék jellegű kiadások is. Zárt rendszert feltételezve az előzőekben sorolt eredmények esetén – évek múlva – akár csökkenhetnek is a munkaadók díjfizetési kötelezettségei.

A biztosítottak körének biztosítási kockázat mérséklése szempontjából való kiterjesztésén – bármilyen fantasztikusnak tűnik is a felvetés – érdemes elgondolkozni. Elképzelésem szerint a munkabaleset és foglalkozási megbetegedés biztosítást, akár egy régióra (több kelet-európai országra együtt) szakosodó biztosító is megoldhatná. A nemzeti egészségpolitikai érdekek összeegyeztetése mentén ez a több országra kiterjedő hatáskörű szervezet ugyanúgy lehetne állami tulajdonú (államok tulajdona) is, de a térség külpolitikai feszültségektől sem mentes jelenében ez nehezen kivitelezhetőnek tűnik. Reálisabb az az elképzelés, mely szerint egy szakmában múlttal, és a világ más részén (ideális esetben Nyugat-Európában) már jelentős biztosított létszámmal bíró profitorientált vállalkozás kerül bevonásra a folyamatokba, aki ennél az oknál fogva akár tőkeinjekcióval is képes lenne hamarabb elérni a szolgáltatások fejlesztése területén a kívánatos és indokolt

színvonalat. A magánszereplő bevonása csak a vele járó kockázatok kezelhetőségének garanciája, és a nemzet érdekeivel való összeegyeztetés után, lépésben és távlatilag történhet csak meg. Tehát a rendszer indításának első 5-10 éve mindenképpen kizárólagos állami szerepvállalással, vagy nagyfokú állami ellenőrzéssel történhet csak meg.

4.) Prevenció és rehabilitáció főszerepének biztosítása

A soron következő (megvalósítandó) finanszírozási rendszert úgy szükséges kialakítani, hogy abban érvényesüljön a megelőzés (prevenció) és a rehabilitáció dominanciája. Sikeres működés esetén az akut egészségügyi ellátás iránt „kereslet” rendszerben csökken, ami leginkább a prevenció térnyerésének köszönhető. A rehabilitáció sikere erkölcsileg, társadalmilag, de nem utolsó sorban pénzügyileg is a munkába, mindennapi életbe teljesen vagy minél nagyobb fokban visszaintegrált, munkabalesetet vagy foglalkozási megbetegedést szenvedett emberek létszámának, számarányának növekedésében mutatkozik meg. A rehabilitáció sikere viszont csökkenti a járadékfizetést, és ezzel együtt (!) növeli az egyének életszín-vonalát, no és nem utolsó sorban az állami adóbevételeket (személyi jövedelemadó, ÁFA.)

A munkabaleset-biztosítási elvekkel és a munkavédelem országos programjával összhangban álló, foglalkozás-egészségügyi ellátás helyzetét kiindulási pontként figyelembe vevő rendszer megteremtése a cél, mind működésben, mind finanszírozásba rejtett ösztönzőiben. A finanszírozás ösztönzőinek és minden rendszerelemnek gondoskodnia kell, elő kell segítenie a preventív és a rehabilitációs ellátások dominanciájának érvényesülését és az ellátások hatékonyságát.

5.) Fázisok felállítása a komplex rendszer kialakításának céljával

A munkabaleset-biztosítás tényleges szervezeti kereteinek meghatározása és kialakítása, a rendszer összetettsége, valamint a kiinduló adatok hiányossága miatt több fázisban javasolható. Hasonlóan a teljes folyamathoz, a szervezet kialakításának első fázisa is adatgyűjtéssel kezdődik. Szükséges az információs, a szervezeti és a jogi alapok kidolgozása. Az adatgyűjtés fő irányai egybeesnek az első pontban említett adatgyűjtéssel, így annak eredményeiből ez a munkafázis is táplálkozhat: a munkahelyi kockázati viszonyok, valamint a balesetek és a foglalkozási megbetegedések előfordulása, valamint a kiadási adatok a legfontosabbak. A hiányzó adatokat leggyorsabban statisztikai becsléssel vagy modellszámítással lehet pótolni.

Második fázisban dönteni szükséges az ügyintézés ellátásáról, mert ezeket a feladatokat, lévén, hogy most is jelen vannak szétdaraboltan több állami szerv kezében – egy kézbe vonni lenne szükséges. Ezzel párhuzamosan döntés-előkészítő anyag szükséges magáról a szervezetről, feladat- és hatásköréről, gazdájáról (felügyeleti szerv, helye a költségvetésben), majd elkülönült gazdálkodását és önálló működését az országgyűléssel el kell fogadtatni. Pilot kezdeményezésként ez az első 2-3 évbe történhet elkülönített kasszaként és önálló szervezatként pl. az OEP, mint felügyelő szerv égisze alatt meglehetősen nagy autonómiával és tevőleges hatáskörrel kialakítva.

Az első 2-3 éves „pilot” fázis után dönteni kell a rendszer végleges körvonalairól, irányítási, szervezeti mechanizmusairól. A lehetséges szervezeti megoldások kialakítása során az alapvető szempont kell hogy legyen a sajátos funkcióknak megfelelő működés kereteinek kialakítása. Minden további fejlesztés, piacliberalizációs vagy konzervatív központosítási elképzelés térnyerése csak tisztán közgazdasági és társadalompolitikai megfontolásra építve a nemzet hosszú távú érdekeinek figyelembe vételével történhet. Fontos, hogy semmilyen későbbi átalakítás sem érintheti az önálló szervezeti működés autonómiáját.

A létrehozandó munkabaleset-biztosítási rendszernek összességében egy egy zárt, önszabályozó rendszernek kell lennie, ami hatékony működése által képes csökkenteni a munkabalesetek számát, képes elérni, hogy kedvezőbb legyen a balesetek és az egészségkárosodások kimenetele, valamint közép- vagy hosszútávon (akár más 5, vagy 10-15 év alatt) azt is eredményezheti, hogy csökkennek a biztosítás terhei, ennek megfelelően csökkenhet a munkáltatók által fizetendő járulék összege. A nemzet szempontjából a hatékony, ezen ok-okozati összefüggést elérő munkabaleset-biztosítási gyakorlat magasabb egészségnyereséget, magasabb nemzeti kibocsátási potenciált képes elérni, mellyel az ország versenyképessége is áttételesen növekszik. **A rendszer kiadása már ma is magában hordozza egy önálló balesetbiztosító kialakításának gazdasági létjogosultságát, és az európai példák a magyar rendszerrel összevetve a hatékonyság mihamarabbi radikális előmozdítására hívják fel a döntéshozók figyelmét.**

8 ÖSSZEFOGLALÁS – SUMMARY

8.1 Összefoglaló

Szándékaim szerint ez a néhány oldalas összefoglalás inkább a tudományos munka érdekesebb, az érdeklődők szélesebb körének figyelmét megragadni képes lényegére összpontosít, semmint a tényszerű megállapítások száraz kiemelésére. Ehhez igazítottam, ennek megfelelően használtam a rövid összefoglaló irodalmi stílusát is.

Figyelemfelkeltő alcímek lehetnének a következők is:

- Hatékonyság vagy költséghatékonyság a munkahelyi balesetek ellátásában?
- Avagy az osztrák és svájci ellátási költségek negyedéből látják el Magyarországon a munkahelyi baleseteket!

Tíz éves adatelemzés, megfigyelés, és kutatómunka előzi meg ezt a tanulmányt, mely a napokban készült el Magyarországon, és amely rávilágít a magyarországi munkabaleset biztosítási gyakorlat jellemzőire, kihívásaira összehasonlítva az eredményeket néhány európai országgal. Magyarország adatainak összehasonlítása céljából Ausztria és Svájc kiválasztására került sor, tekintettel arra, hogy ezen országok területe, lakosság száma és kulturális gyökerei közel azonosak. Nagyban eltérő azonban történelmi múltjuk, iparszerkezetük, és gazdasági jólétük. Ezeket az eltéréseket figyelembe véve is a tanulmányban nem kicsit meglepő adatok, megállapítások láttak napvilágot.

- **Az osztrák és svájci ellátási költségek negyedéből látják el Magyarországon a munkahelyi baleseteket.**
- **Bejelentett munkahelyi balesetek száma Magyarországon negyede-tizede az osztrák és svájci esetszámoknak.**
- **Magyarországon az összes munkahelyi balesetre évente fordított kiadás összecsúszva alig egy tizenötöde-harmincada a nyugati költségeknek.**

Az osztrák és svájci ellátási költségek negyedéből látják el Magyarországon a munkahelyi baleseteket.

A társadalombiztosítási rendszer által folyósított pénzbeli (rokkantsági) ellátásokat is beleértve még mindig egy negyede az egy esetre jutó költség (3.651 euró/eset) az osztrák, illetve svájci költségeknek (12.314 és 12.985 euró/eset). Miben állhat ez a cseppet sem

elhanyagolható különbség? Ennyivel hatékonyabb lenne Magyarországon az egészségügyi ellátás? Versenyelőny a magyaroknál? Lenne mit másolniuk hatékonyságban az osztrák és svájci szomszédoknak?

Aki szakmai szemmel járt már Ausztriában az AUVA, vagy Svájcban a SUVA baleseti rehabilitációval foglalkozó intézeteiben és Magyarországon is, könnyen észreveheti a különbséget a viszonylag szerénynek mutatkozó magyar ellátási körülményekhez, a technikai felszereltséghez képest. Noha csaknem 10 éve megnyitotta kapuit az első Magyarországon üzemelő nyugati technológiával világszínvonalon felszerelt állami intézmény, az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Budapesten, a kezdeményezés a mai napig nem terjedt el. Kisebb méretekben magas szintű rehabilitációs ellátás korábban is létezett, illetve azóta is kialakításra került pl. Hévízen, a Szt. András Kórházban, illetve néhány megyei intézményben vidéken, de ellátó képességet tekintve Ausztria és Svájc lényegesen nagyobb kapacitásokkal rendelkezik. A viszonylag kevés kapacitás kialakításának oka a sajátos magyar egészségügyi finanszírozás, mely – többek között – a nyugati színvonalú baleseti rehabilitációs ellátásokat nem finanszírozza önköltségi szinten. A színvonalas baleseti ellátásokat drágító épületi kialakítás, technológiai felszereltség és speciális terápiák alkalmazása nem került beépítésre az amúgy is rendkívül feszített magyar egészségügyi költségvetésbe. Nem is beszélve számos, nyugaton általánosan finanszírozott gyógyászati segédeszközökről, amilyenek például az intelligens művégtagok, számítógép vezérelt mozgássérült eszközök, vagy a megváltozott életképességű személy otthonának életviteléhez történő átalakítása. Előzőeknek megfelelően sajnos csupán az ellátás folyamatának költsége olcsóbb abszolút értelemben Magyarországon, ellenben a végtermék, az ellátás minősége, a megnyert egészséges életévekben is kifejezve jócskán elmarad a Svájcban és Ausztriában tapasztalhatókéhoz képest. A magyar „olcsó” költségszerkezet múltból örökölt és a mai napig a baleseti kultúrában fennálló oka prózai és sajnálatos: Magyarországon mind a lakosság, mind a finanszírozó állam fókuszja inkább a baleseti ellátást követő – vagy az helyett nyújtott – pénzbeli ellátásokon áll, ami azonban sokkal kisebb egészségnyereséget eredményez mind az egyén számára, mind nemzeti szinten. Jellemző, hogy a magyar esetköltségek mögött csaknem 98%-ban (!) a társadalombiztosítási rendszer pénzbeli kifizetései állnak, ami ily módon konzervál egy helyzetet rugalmatlanabbá teszi a struktúrát. Másfelől tulajdonképpen deklarálja azt, hogy az egyén számára más alternatíva nem nyújtható, mint a „pénzbeli kárpótlás” és keletkezett hátrányait élete hátralevő részére „fájdalomdíj” formájában az állam kompenzálni igyekszik. Az osztrák és svájci számokban sokkal inkább a teljes visszaintegrálás költségei,

munkaköri rehabilitáció, és szükség esetén az egyén megváltozott életkörülményeihez jobban illeszkedő élettér kialakítása szerepel, mely valódi választást ad a biztosított állampolgároknak, és az egészségnyereség szempontjából lényegesen magasabb kibocsátást ér el.

Bejelentett munkahelyi balesetek száma Magyarországon negyede-tizede az osztrák és svájci esetszámoknak.

Nem elég, hogy a magyarok nyugati szomszédjaik költségének töredékéért látják el a munkabaleseteket, lényegesen kevesebb esetet kell ellátniuk! Bár az országok lélekszáma és mérete közel azonos, a regisztrált üzemi balesetek száma nagymértékben különbözik. A magyarországi munkabalesetek száma (23.971) negyede az osztrák (107.287), egy tizede (!) a svájci (257.246) munkabaleseteknek. Csupán a számokat alapul véve levonható lehetne az a következtetés, hogy: „Magyarországon magas szintű munkabiztonság valósult meg, és a munkaadók és munkavállalók közös erőfeszítéseinek és közös érdekeinek következtében a munkabalesetek száma rendkívül csekély”. Ezen kijelentés alapján a mennyiségi „versenyt” Magyarország nyerte, és ez a másolandó példa a nyugati szomszédok számára is!

De sajnos a munkabalesetek közti óriási különbség nem a kiváló minőségű munkabiztonsági adottságokkal magyarázható. Még csak nem is az ipari szerkezet közti eltérések adnak rá magyarázatot, ez csak részben fedi le az eltérések okát. Sajnos a „kiváló” magyar eredmények oka első sorban a munkabaleset-biztosítás mögött meghúzódó jogi szabályozásban és működésszervezésben keresendő, így feltételezhetően adminisztratív jellegű. A magyar, múltban gyökerező baleseti kultúrában a munkavállaló amennyiben baleset érte úgy érzi, hogy legjobb és legbiztosabb, ami történhet vele az, ha pénzhez jut. Így hajlik, netán kezdeményezi a munkáltatónál, hogy inkább egyezzenek meg a háttérben egy jelentősebb összegben, és ne kerüljön balesete lejelentésre. A munkáltatónak is ez logikus érdeke, hiszen túl az anyagi terheken, jogi értelemben is elmarasztalásra kerülhet, ha egy balesetnél megállapítást nyer egyértelmű felelőssége. Így két rossz közül mindkét szereplő a látszólag kevésbé rosszat választja. Látókörből kikerülő, munkabalesetként be nem jelentett munkabalesetek magyarországi magas számarányát a foglalkoztatási jogviszony is magyarázza.

Magyarországon adó- és munkajogi kérdések miatt szívesebben foglalkoztatnak munkavállalókat számlaképes alvállalkozóként, mint alkalmazottként. Sok munkavállaló ekképpen magát foglalkoztatja, mint egyéni vállalkozó, vagy betéti társaság, és ez

arányaiban több mint Nyugat-Európában. A szerződéssel foglalkoztatott munkavállalók saját magukra ritkán jelentenek be munkabalesetet, márpedig a megkötött szerződésekben a biztonságos munkavégzés feltételeinek megteremtését minél nagyobb részben az alvállalkozók felelősségi körébe igyekeznek háritani a megbízók. Az országok közti iparszerkezet nem indokolja a baleseti esetszámokban megjelenő nagyságrendi különbségeket. Ez mindenképpen elgondolkodtató és beszédes: a tények alapján vállalható az a megállapítás, hogy Magyarországon az egyébként ténylegesen bekövetkezett üzemi baleseteknek csupán töredékét jelentik be üzeminek (munkahelyen keletkezettnek), meghatározó részükről a hatóságok nem is tudnak.

Magyarországon az összes munkahelyi balesetre évente fordított kiadás összességében alig egy tizenötöde-harmincada a nyugati költségeknek.

A balesetek száma és ellátási költségek közti különbséget egybe véve a fentiek alapján akár az is következik, hogy Magyarországon az összes munkahelyi balesetre évente fordított kiadás összességében alig egy tizenötöde-harmincada a nyugati költségeknek. Igazán így kifejezve döbbenetes a különbség, ami a fentiekben leírtaknak megfelelően azonban érthető, hiszen Magyarországon lényegesen szerényebb mennyiségű és minőségű ellátásban részesülnek a balesetet szenvedett személyek.

Fentieknek megfelelően korántsem feltételen optimizmussal üdvözölhető a magyarok utolsó, nemzetközi viszonylatban kedvező eredménye, a munkabaleset-biztosítási gyakorlat teljes, nemzetgazdaságra gyakorolt közvetlen és áttételes terhének GDP-hez viszonyított aránya sem. A munkabaleset-biztosítási gyakorlat teljes nemzetgazdasági terhe 2005-ben Magyarországon 85md HUF (336m EUR) volt. Így ez a 22.027md HUF (87m EUR) folyó áron mért GDP-nek csupán 0,386%-át tette ki szemben egyes becslésekkel, melyek nemzetközi viszonylatban a GDP akár 4%-át is kitevő nemzetgazdasági teherrel számolnak ugyanezen teher tekintetében. Az optimista magyar szám indoka az óvatosság elvén kalkulált adatokban rejlik: ami nem volt egyértelműen ok-okozati összefüggésben értelmezhető, a nemzetgazdaságra gyakorolt közvetett hatásban nem került költségtényezőként figyelembe vételre. Adva volt az esetek közvetlen ellátási költsége (pénzbeli és természetbeli). Közvetett költségként az állam részéről jelentkező adó- és járulékbévételek kiesésével, a fogyasztói kosár összetételének megváltozásával és a jövedelemtermelésből való kieséssel számolt a tanulmány, melyek statisztikailag

számszerűsíthető hatások voltak. Egyéb életminőségi tényező a számok közt nem került figyelembe vételre.

Magasabb szintű nemzeti kibocsátás, egészséges nemzet, gazdasági jólét között közgazdasági összefüggések jól ismertek. Az előállt tanulmány a mennyiségi szemléletről a jóval komplexebb minőségi szemléletre koncentrált, és az első ránézésre optimista magyar számok mögé nézve hasonlít össze eredményeket nemzetközi viszonylatban. A tanulság ennek megfelelően levonható, hiszen van, amiben egy kelet-európai ország képes megelőzni nyugati szomszédjait! De vajon milyen versenyt nyer meg?

Fontos tudni azt, hogy Magyarországon a munkabaleset-biztosítás gyakorlata nem elkülönülten létező tevékenység, finanszírozás és adatkezelés is egyben történik az szabadidős, közúti és háztartási balesetekkel, míg Európa meghatározó részében felismerték a munkahelyi balesetek külön kezelésében rejlő gazdasági és társadalmi előnyöket. Az elkülönült kezelés csaknem mindenütt leginkább helytálló indoka az, hogy megvalósul a kockázatarányos díjfizetés gyakorlata, ami lehetőséget ad forrásbevonásra és érvényre juttatja az igazságosság elvét.

Magyar és osztrák-svájci munkabaleset-biztosítás szolgáltatásai közt szintén jelentős a különbség. Magyarországon az akut egészségügyi ellátás, a rehabilitációs ellátások egy része, gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz ellátás, és járadékfizetés teszi ki a szolgáltatásokat. Nem szerepel az igénybe vehető szolgáltatások közt a foglalkozási és szociális rehabilitáció, valamint a megváltozott életvitelű egyén otthonának, lakókörnyezetének életviteléhez illő átalakítása.

Magyarországon át kell gondolni a munkabaleset-biztosítás alapvető kérdéseit, úgy mint a tevékenység helye az egészségügyön belül, finanszírozása, feladatszerzése, dokumentálása és szabályozása. Ahogyan a fentiekben olvasható tanulmány kivonatból is kitűnik, az elért magyar eredmények nemzetközi viszonylatban önmagukért beszélnek. A magyar eredmények Európához közelítése nem elsősorban költségvetés növelés kérdése, hiszen erre a kockázatarányos díjfizetés rendszerén keresztül a munkabaleset-biztosítási tevékenység nagy részben önmaga megoldás lehetne. Célszerű a tevékenységet a többi egészségbiztosítási tevékenységtől elkülönülten megszervezni, továbbá koncepcionálisan átgondolni, mi képezze a szolgáltatások körét. Szakma- és finanszírozás politikai kérdések ugyancsak átgondolásra várnak. Nemcsak munkahelyi munkabaleset-biztosítás terén, hanem általánosságban is a magyarok elsőszámú kihívása szakítani a fennálló egészségkultúrával, és a pénzközpontúság helyett egészség fókuszú hozzáállást elérni mind a lakosság, mind a finanszírozó állam részéről. Ehhez természetesen megfelelő ösztönzők

kidolgozása szükséges. Elengedhetetlen továbbá a megfelelő időtávban gondolkodás, és eredményes megvalósításhoz szükséges politikai elhatározás, konszenzus és következetesség, mely a magyar politikai váltógazdaságban önmagában nagy kihívás. A politikai konszenzus elérése az implementációs időszak stratégia távlatúvá nyújtása miatt óriási előrelépés az ország nemzetközi viszonylatban mért gazdasági-társadalmi versenyképességének javításában.

8.2 *Summary in english*

By preparing this short summary, my intention was to attract a wider attendance of people, by empahsizing the most interesting side of this scientific research, instead of focusing on the prosaic factual substance. This is why I'm using a rather interesting, easy-to-understand literary style than a factual one.

Attractive and interesting subheadings could be the followings also:

- Efficiency or Cost Efficiency Regarding the Medical Care of Occupational Accidents?
- In Hungary, Occupational Accidents are Covered by Only One Quarter of the Amount Spent on Such Accidents in Austria and Switzerland

Ten years of data analysis, observations and research work preceded this study has been recently completed in Hungary, highlighting the characteristics and challenges of the Hungarian occupational accident medical care practices, comparing the results to those of a few European countries. For comparisons to the data collected in Hungary, Austria and Switzerland were selected considering the similarity of those countries with respect to area size, population number and cultural roots. However, the historical past, industrial structure and economic wealth of those countries significantly differ from Hungary. Even with taking such differences into consideration, the study is revealing quite shocking data and conclusions.

- **In Hungary, one quarter of the Austrian and Swiss medical care costs are used for covering occupational accidents.**
- **The number of reported occupational accidents is one fourth and one tenth of the incident numbers in Austria and Switzerland, respectively.**
- **In Hungary, the total numerically specified expenditure spent on occupational accidents is hardly one fifteenth-thirtieth of the Western countries, respectively.**

In Hungary, one quarter of the Austrian and Swiss medical care costs are used for covering occupational accidents.

Even considering the monetary (disability) allowances provided by the social security system, the costs per one incident (3,651 Euros/incident) are still only one fourth of the Austrian and Swiss costs (12,314 and 12,985 Euros/incident). What can be the reason behind such a quite significant difference? Could this indicate a much higher efficiency in Hungarian healthcare? A Hungarian lead in the competition? Should the Austrian and the Swiss come and learn about efficiency from Hungarians?

Whoever has paid professional visits to the accident rehabilitation institutions in Austria (AUVA) or in Switzerland (SUVA) and also visited Hungary, he or she will easily notice the difference compared to the quite moderate Hungarian healthcare conditions and technical equipment capacities. Although the first Hungarian state-owned healthcare institute supplied with Western technology and world-class equipment, i.e. the National Institute for Medical Rehabilitation opened in Budapest more than ten years ago, the initiative has not spread throughout the country even by today. High level of medical rehabilitation services also existed before and have been established since, for example in Hévíz, at St. Andrew Hospital, and in a few county institutes in the country, but in case healthcare capacities are considered, Austria and Switzerland have significantly larger healthcare capacities. The reason for the availability of a relatively small extent of healthcare capacity is the peculiar nature of Hungarian healthcare funding, which – among other things – does not ensure the funding of Western quality accident rehabilitation care at a prime cost level. The issues that make high-quality healthcare more costly, such as special building structures, technology equipment availability and the application of special therapies have not been included in the already very much stressed Hungarian healthcare budget. And we have not mentioned those several kinds of therapeutical equipment standardly financed in the Western countries, such as intelligent artificial limbs, computer-controlled tools for the disabled, or the conversion of the living premises for persons of reduced abilities. According to the above, only the costs of care are absolutely cheaper in Hungary, but the end product, the quality of healthcare, if it is specified in years of healthy life gained, will fall very much behind what is experienced in Switzerland and Austria. The reason for the Hungarian „cheap” cost structure inherited from the past and unfortunately still existing in accident healthcare culture is prosaic and pitiful: in Hungary, both the population and the financing government rather focus on the monetary coverage supplied subsequent to – or substituting for - accident healthcare; however, it presents much lower

efficiency for both the given individual and considering the domestic level. It is very telling that nearly 98% (!) of the incident costs in Hungary are the monetary payments of the social security system, which, accordingly, preserves a certain status and makes the structure more rigid. On the other hand, this status also sort of declares that no other alternative can be provided for the individuals but the “financial compensation” and the government endeavours to compensate for the disadvantages of the individuals for the rest of their lives in the form of a “pain award”. The numbers in the Austrian and Swiss statistics rather include the costs of full re-integration, occupational rehabilitation, and, if necessary, the creation of living space more suitable for the changed life conditions, and thus the citizens of those countries are given a real choice and achieve a significantly higher ratio of health profit.

The number of reported occupational accidents is one fourth and one tenth of the incident numbers in Austria and Switzerland, respectively.

Not only do the Hungarians cover occupational accidents for just a fraction of the sum spent by their Western neighbours, they also have to cover significantly less incidents! Although the population number and area size of the countries in concern are nearly the same, the number of registered occupational accidents largely vary. The number of occupational accidents in Hungary (23,971) is one quarter of the respective Austrian (107,287), and one tenth (!) of the Swiss (257,246) occupational accidents. When merely considering the numbers, one could come to the conclusion that “There is a high level of occupational safety implemented in Hungary and as a result of the mutual efforts and mutual interests of the employers and employees, there is very little chance for occupational accidents”. Based on this statement, the numeric „competition” has been won by Hungary, demonstrating an example to follow for the Western neighbours!

Unfortunately, however, the huge difference in the number of occupational accidents is not to be explained by the excellent quality of labour safety capabilities, nor by the differences in the industrial structure of the given countries, as the latter only partially covers the reason for the variance. Unfortunately the primary reason for the “excellent” Hungarian results is to be found in the legal regulations and operational organization behind accident insurances, i.e. they are rather of administrative nature. In the Hungarian accident-related culture rooted deeply in the past, the employee, having suffered an accident, will think that the best and safest thing that can happen to him/her is receiving money. Accordingly, they tend to accept or even they themselves suggest an agreement of settling the case with a

large amount of money and leave the incident unreported. This is the logical interest of the employer as well, as beside the financial burdens, the employer may also face legal condemnation if its clear responsibility is stated in the case of an accident. Thus, apparently, both players choose the less bad choice out of the two bad ones. The high number of unreported occupational accidents in Hungary that are outside the range of vision, never reported as occupational accidents can also be explained by the legal employment relationship.

In Hungary, for tax- and labour right reasons, employees are preferred to be employed as invoice-submitting contractors rather than employees. Accordingly, many employees are self-employed as private entrepreneurs or being in a limited partnership, and the proportion of such relations is higher than in Western Europe. Contracted employees rarely report occupational accidents, in line with the fact that employers tend to throw most of the responsibility of establishing safe work conditions upon the contractors. The industrial structure differences in the countries cannot justify the large variance between the number of incidents. It is definitely thought-provoking and telling: based on the facts, one can draw a conclusion that only a fraction of occupational accidents actually occurring are actually reported as occupational accidents (taking place on-site), and a major part of them are never got to be known by the authorities.

In Hungary, the total numerically specified expenditure spent on occupational accidents is hardly one fifteenth-thirtieth of the Western countries, respectively.

Comparing the difference between the number of accidents and the extent of healthcare costs, one may as well conclude that the annual expenditure spent on the total number of occupational accidents is only one fifteenth - one thirtieth of the respective costs of the Western countries. Demonstrating it this way, one can see the shocking difference, but based on the above described issues, it is understandable, as in Hungary people suffering accidents are provided a much more moderate extent and quality of healthcare.

In line with the above, one cannot be optimistic to welcome the most recent, quite favourable result of Hungary on an international scale, which was the proportion of the whole direct and indirect impacts of the accident insurance practices on the domestic economy compared to the GDP. The full burden of the accident insurance practices in Hungary in 2005 was 85 billion HUF (336m EUR). Accordingly, it meant only 0.386% of the GDP measured on the market price of 22,027billion HUF (87m EUR), contrary to certain estimations, which calculated a burden on the domestic economy to be up to 4% of

the GDP in international relations. The reason for the optimistic Hungarian number can be found in the data calculated on the basis of the principle of prudence: whatever could not be interpreted in a cause and effect relation was not considered as a cost factor regarding the indirect impact on the domestic economy. What was given was the direct medical care costs of the incidents (monetary and in-kind). The study considered as indirect costs the loss of tax and contribution revenues suffered by the state, the changes in the composition of the consumer basket and the exclusion from the generation of revenues, which could be statistically quantified. No other life quality factor was considered regarding the numbers.

The economic correlations between a higher level of domestic emissions, a healthy nation and economic wealth are well-known. The issued study focuses on a more complex quality perspective rather than the quantity perspective, and looks behind the Hungarian numbers that can look optimistic at first sight, and compares them on an international level. The conclusion can be drawn accordingly, i.e. there is an East-European country that can advance over its Western counterparts is something! But what kind of competition is exactly won?

It is important to know that the practice of accident insurance in Hungary is not a separately existing activity; funding and data management is handled together with leisure, road and home accidents, whereas in the major part of Europe, the economic and social advantages of handling occupational accidents separately have been recognized. The reason for separate handling valid in almost all cases is that the practice of risk-proportional fee payment can be implemented, allowing opportunities to call for funds and applying the principle of fairness.

There is also a significant difference between the range of the Hungarian and the Swiss occupational accident insurance policy services, In Hungary, services include acute treatments, a part of the rehabilitation care process, the supply of medicine and therapeutical equipment as well as the payment of allowances. The available services do not include employment and social rehabilitation, and the conversion of the home and surroundings of an individual of changed life capacities to their lifestyle.

In Hungary, the basic issues of accident insurance need to be reconsidered, such as the place of the activity within public healthcare, its funding, task management, documentation and regulations. As it can be seen from the above outline of the study, the results achieved in Hungary in international relations speak for themselves. The advance of Hungarian results towards European ones is not primarily a matter of increasing the budget, as the occupational accident insurance activity could be a solution in itself through the risk-

proportional fee payment system. It is advisable to manage the activity separately from the rest of the health insurance activities and to conceptualize the range of services. There are also professional and financing policy issues to be reconsidered. The primary challenge for Hungarians – not just in the field of occupational accident insurance, but also in general - is to give up the current healthcare culture, and to replace the money-centred approach by a health-focused approach both regarding the population and the financing government. Naturally, this requires the development of appropriate incentives. It is also critical to think in the appropriate period of time, and successful implementation also requires political determination, consensus and consistency, which is a huge challenge in itself, considering the Hungarian political rotation. Due to extending the implementation period to a strategy range, the accomplishment of a political consensus is a huge step forward in improving the economic-social competitiveness of the country in international relations.

9 MELLÉKLETEK

9.1 Irodalomjegyzék

9.1.1 Irodalomjegyzék hivatkozási számok sorrendjében

- [1.] HABLICSEK László: „Effets de la migration international sur l'évolution de la population de Hongrie”⁸¹ 8. oldal, 2006. Budapest. Internetes elérhetőség: http://www-aidelf.ined.fr/colloques/Budapest/Seance5/s5_hablicsek.pdf állapot: 2007. szept. 5.
- [2.] Miniszterelnöki Hivatal: „Zöld Könyv” az egészségügyről, 17. oldal. Budapest, 2006. július. Internetes elérhetőség: http://www.eum.hu/letoltes.php?id_id=924 állapot: 2007. szeptember 5.
- [3.] Központi Statisztikai Hivatal (KSH): „Egészségügyi statisztikai évkönyv 2005”, 2006. Budapest HU ISSN 1585-8847
- [4.] Kormány előterjesztés az egészségügyi reformfolyamatokról, Budapest, 2005. november.
- [5.] 4/2007. (I. 22.) Korm. rendelet egyes, az egészségügyet érintő kormányrendeleteknek a vizitdíj és a kórházi napidíj bevezetésével kapcsolatos módosításáról
- [6.] Kormányprogram, 2006. Budapest. Web: <http://www.parlament.hu/irom38/00064/00064.pdf> állapot: 2007. november 21.
- [7.] KIS Róbert: „A magyar egészségügy finanszírozási modell hatása a szervezeti magatartásra és az államháztartásra”, szakdolgozat, Sopron, 2005. október 31.
- [8.] Wirshafmuseum⁸² Wien „Gut Versichert”⁸³, 2005. ISBN 3-902353-32-5 Web: <http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/115829.PDF> állapot: 2007. november 21.
- [9.] 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
- [10.] Dr. OROSZ Éva: „Félúton vagy tévúton? - Egészségügyünk félmúltja és az egészség-politika alternatívái.” Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest, 2001.
- [11.] Dr. JUHÁSZ Ferenc és munkatársai: Balesetbiztosítási koncepció. Országos Egészségbiztosítási Pénztár, 2002. Budapest
- [12.] ERŐS Csilla: „A nyugdíjfolyósító Igazgatóság által folyósított saját jogú baleseti ellátások” – szakdolgozat, 1.-7.oldal. Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Bp., 2003.
- [13.] Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYF) internetes honlapja – Nemzetközi Ügyek/Európai Unió/Az EU/EGT tagállamok nyugdíjbiztosítása/Svájc. Internetes utolérhetőség: http://www.onyf.hu/index.php?doc_id=1852 állapot: 2008. január 28.
- [14.] Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYF) internetes honlapja – Nemzetközi Ügyek/Európai Unió/Az EU/EGT tagállamok

⁸¹ Fordítás: A nemzetközi migráció hatásai a magyar népesség fejlődésére

⁸² Fordítás: Osztrák Társadalom és Gazdaság Múzeuma

⁸³ Fordítás: Bebiztosítva.

- nyugdíjbiztosítása/Ausztria. Internetes utolérhetőség:
http://www.onyf.hu/index.php?doc_id=1824 állapot: 2008. január 28.
- [15.] Caisse Nationale Suisse d'Assurance en cas d'Accidents⁸⁴ (SUVA) honlapja – Suva's origins⁸⁵. Internetes elérhetőség:
http://www.suva.ch/en/home_en/unternehmen/ueber_uns/geschichte.htm állapot: 2008. január 28.
- [16.] Caisse Nationale Suisse d'Assurance en cas d'Accidents (SUVA) honlapja – Accident insurance in Switzerland⁸⁶. Internetes elérhetőség:
http://www.suva.ch/en/home_en/unternehmen/accident_insurance_in_switzerland.htm állapot: 2008. január 28.
- [17.] Maria M. HOFMARCHER – Herta M. RACK: Austria – Health System Review⁸⁷; WHO Regional Office for Europe⁸⁸ –, Koppenhága, Dánia, 2006.
- [18.] BORBÁS Ilona – Dr. KINCSES Gyula: Egészségügyi rendszerek az Európai Unió régi tagállamaiban – Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, Budapest, 2007.
- [19.] Allgemeine Unfallversicherungsanstalt⁸⁹ (AUVA): We care for your safety!⁹⁰ – AUVA, Bécs, Ausztria, 2002. Internetes elérhetőség:
<http://www.auva.at/mediaDB/118748.PDF> állapot: 2008. március 6.
- [20.] T/762 sz. törvényjavaslat a Magyar Köztársaság 2001. és 2002. évi költségvetésének 2001. évi végrehajtásáról.
- [21.] 2003. évi XCV. törvény a Magyar Köztársaság 2001. és 2002. évi költségvetésének 2002. évi végrehajtásáról.
- [22.] 2004. évi C. törvény a Magyar Köztársaság 2003. évi költségvetésének végrehajtásáról.
- [23.] 2005. évi CXVIII. törvény a Magyar Köztársaság 2004. évi költségvetéséről és az államháztartás 3 éves kereteiről szóló törvény végrehajtásáról
- [24.] 2006. évi XCIXV. törvény a Magyar Köztársaság 2005. évi költségvetésének végrehajtásáról.
- [25.] Országos Egészségbiztosítási Pénztár Keresőképtelenségi Monitor Rendszerből (KMR) és Adattárházból célzottan legyűjtött adatai
- [26.] Központi Statisztikai Hivatal (KSH) Egészségügyi Évkönyv, 2006.
- [27.] Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság honlapján található statisztikai kimutatások; www.onyf.hu állapot: 2008. március 9.
- [28.] Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság által megadott célzottan legyűjtött adatok
- [29.] 2001. évi LXXV. törvény a Magyar Köztársaság 2000. évi költségvetésének végrehajtásáról.

⁸⁴ Fordítás: Svájci Nemzeti Balesetbiztosítási Alap

⁸⁵ Fordítás: A SUVA (Svájci Nemzeti Balesetbiztosítási Alap) kialakulása

⁸⁶ Fordítás: Balesetbiztosítás Svájcban

⁸⁷ Fordítás: Ausztria – egészségügyi rendszer áttekintés

⁸⁸ Fordítás: WHO (Egészségügyi Világszervezet) Európai Regionális Irodája

⁸⁹ Fordítás: Osztrák Általános Balesetbiztosítási Intézet

⁹⁰ Fordítás: Törödünk biztonságával!

- [30.] Paul A. SAMUELSON – William D. NORDHAUS: Közgazdaságtan, 172-183. oldal, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1995.
- [31.] 1997. évi LXXXIII törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
- [32.] 1992. évi LXXXIV törvény a társadalombiztosítás pénzügyi alapjairól és azok 1993.évi költségvetéséről
- [33.] Központi Statisztikai Hivatal (KSH): Magyar Statisztikai Évkönyv, 2005. HU ISSN 1215-7864
- [34.] Pénzügyminisztérium honlapja:
[http://www2.pm.gov.hu/web/home.nsf/portalarticles/9CE71763C9C1ECB1C125727C0048022C/\\$File/Fobb%20makrogazdasagi_jelzozsamok%20eves%20adatok.xls](http://www2.pm.gov.hu/web/home.nsf/portalarticles/9CE71763C9C1ECB1C125727C0048022C/$File/Fobb%20makrogazdasagi_jelzozsamok%20eves%20adatok.xls) állapot: 2008. március 9.
- [35.] Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA): We care for your safety! – AUVA, Bécs, Ausztria, 2006. 17 oldal.
- [36.] Caisse Nationale Suisse d' Assurance en cas d' Accidents⁹¹ (SUVA): „Extrait du rapport de gestion 2006”⁹² SUVA kiadás, Bern, Svájc, 2007., 3. oldal.
- [37.] Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA): „Follow up costs (total) – Accidents at work 2004”⁹³ – AUVA statisztikai irodájától e-mailen kapott adatsor.
- [38.] Caisse Nationale Suisse d' Assurance en cas d' Accidents (SUVA): „Statistique des accidents LAA – 2007”⁹⁴ – SUVA kiadás, Bern, Svájc, 2008. 6. oldal.
- [39.] 5/2010. (III. 9.) SZMM rendelet a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról szóló 5/1993. (XII. 26.) MüM rendelet módosításáról
- [40.] SZABÓ Ildikó: „A munkahelyi baleset- és betegségbiztosítás helyzete Ausztriában” Kutatómunka, Budapest, 2003.
http://www.omikk.bme.hu/collections/mgi_fulltext/munkavedelem/2005/07/0706.pdf állapot: 2008. március 12.
- [41.] KLOMFAR, Helmut: „Erfolgsbilanz der Prävention: Arbeitsunfälle seit 1993 um ein Drittel gesenkt – Spitzenposition in Europa”⁹⁵ SicherheitsMagazin, Bécs, 2004. 7–8. szám, 7. oldal.
http://www.sicherheitsmagazin.at/servlet/BlobServer?blobcol=urldokument&blobheadername1=content-type&blobheadername2=content-disposition&blobheadervalue1=application%2Fpdf&blobheadervalue2=inline%3B+filename%3D%22Sicherheitsmagazin_07-08%252F2004.pdf%22&blobkey=id&root=X02&blobnocache=false&blobtable=DOCUMENT&blobwhere=1169750552504 állapot: 2008. március 12.
- [42.] Az Európai Parlament és a Tanács 1338/2008/EK rendelete (2008. december 16.) a népegészségre és munkahelyi egészségre és biztonságra vonatkozó közösségi – Az Európai Unió Hivatalos Lapja, 2008. december 31. 70. oldal. Web: <http://eur->

⁹¹ Fordítás: Svájci Nemzeti Balesetbiztosítási Alap

⁹² Fordítás: A 2006. évi vezetői beszámoló kivonata

⁹³ Fordítás: Az összköltségek nyomon követése – 2004. évi üzemi balesetek

⁹⁴ Fordítás: A balesetbiztosítási alaptörvény szerinti statisztikai beszámoló

⁹⁵ Fordítás: „A prevenció eredménymérlege: egy harmadával csökkent a munkaképtelenség 1993 óta – Európa élvonalában”

lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008AG0026:HU:HTML
állapot: 2012. április 1.

- [43.] KLING Péter: „Munkavédelmi szabályok változása 2010”, „Vállalkozói negyed” online hírfórum és információs portál,
<http://www.vallalkozoinegyed.hu/20100323/munkavedelmi-szabalyok-valtozasa-2010> állapot: 2008. március 12.
- [44.] Fazekasné HORVÁTH Zsuzsanna: „Balesetek a vegyiparban, az előrejelzés lehetőségei”, Kutatómunka.. Web:
http://doktar.omikk.bme.hu/collections/mgi_fulltext/munkavedelem/2006/04/0405.pdf állapot:2012. április 1.
- [45.] BB 2002 Kft. – „A munkaadók és munkavállalók jogai és kötelezettségei a munkahelyi balesetek elkerülése érdekében” – Információ a cég honlapján:
<http://www.bb2002kft.hu/informacio.html> állapot: 2012. április 13.
- [46.] Patika Magazin – „A stressztől a balesetekig” cikk,, 2005. október 4.
<http://www.patikamagazin.hu/cikk/index/9431> állapot: 2008. április 15.
- [47.] Dr. BÉNYI Mária – „egészségbarát munkahely” előadás, Országos Közegészségügyi Központ, Budapest, 2005. november 16. Előadás anyaga az interneten:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:K582hlqyFAUJ:www.emegy.hu/uploads/download/16864420714385d7994a87b.pps+Munkabaleset+Ausztia&cd=7&hl=hu&ct=clnk&gl=hu&client=firefox-a> állapot: 2008. május 3.
- [48.] Országos Munkaügyi és Munkavédelmi Főfelügyelőség: „Beszámoló a 2008. év I. negyedévében elvégzett feladatairól”, Budapest, 2008. április. Web:
<http://www.ommf.gov.hu> állapot: 2012. május 9.
- [49.] Országos Munkaügyi és Munkavédelmi Főfelügyelőség: „Tájékoztató a munkabalesetek 2005. évi alakulásáról”, Budapest, 2006. április. Web:
<http://www.ommf.gov.hu> állapot: 2012. május 9.
- [50.] Az Európai Unió országainak főbb statisztikai adatai – internetes portál
http://eu.dunaujvaros.com/mienkittater/europe_map.swf állapot: 2008. május 4.
- [51.] Információk Svájcra - Nemzeti Gazdasági és Fejlesztési Minisztérium honlapja -
<http://www.nfgm.gov.hu/data/cms1436592/svajc.pdf> állapot: 2008. május 4.
- [52.] Műszaki Fórum honlapja: „Munkavédelem napja – naponta 60 munkabaleset történt tavaly” 2010. április 29.
<http://www.muszakiforum.hu/?fejezet=5&cid=74206&wa=DASRSS1017> állapot: 2010. május 6.
- [53.] Dr. STUBNYA Gusztáv: „A Semmelweis Egyetem konszolidációja innovatív menedzsment eszközökkel 2003-2009” – Doktori Tézis, SOTE Doktori Iskola, Budapest, 2010.
- [54.] Magyarország – Wikipédia, Internet,
<http://hu.wikipedia.org/wiki/Magyarorsz%C3%A1g> állapot: 2010. július 26.
- [55.] Dr. JUHÁSZ Ferenc: „Magyarországon jelenleg nincs balesetbiztosítás – elképzelések a balesetbiztosításról” – Főcze Lajos Munkavédelmi Képviselőként Alapítvány honlapja, 2003. június 20. Web:
<http://www.mvkepviselo.hu/biztositas.html> állapot: 2010. július 26.

- [56.] Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet – „Árinformáció az egészségügyi intézményekben 2009. IV. negyedév és 2009. év” Internetes közzététel <http://www.eski.hu/new3/adatok/arinformacio/tablatatok/2009/Vezetoi.arinf.2009-4.pdf> állapot: 2010. július 26.
- [57.] Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet – „Oktatás és egészségügy a G7 országokban – jobb eredmények kevesebb kiadással” Internetes közzététel www.eski.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/g7_elemzes.doc állapot: 2010. július 26.
- [58.] 2007. évi CXXVIII. törvény a Magyar Köztársaság 2006. évi költségvetésének végrehajtásáról.
- [59.] 2008. évi LXXVIII. törvény a Magyar Köztársaság 2007. évi költségvetésének végrehajtásáról.
- [60.] 2009. évi CXXIX. törvény a Magyar Köztársaság 2008. évi költségvetésének végrehajtásáról.
- [61.] 2010. évi XCVIII. törvény a Magyar Köztársaság 2009. évi költségvetésének végrehajtásáról.
- [62.] 2009. évi CXXX. törvény a Magyar Köztársaság 2010. évi költségvetéséről.
- [63.] 2010. évi CLXIX. törvény a Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetéséről.
- [64.] Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság Statisztikai Évkönyv 2006. Budapest, 2007. október 30. HU-ISSN 1417-7765
- [65.] Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság Statisztikai Évkönyv 2007. Budapest, 2008. november 7. HU-ISSN 1417-7765
- [66.] Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság Statisztikai Évkönyv 2008. Budapest, 2009. október 28. HU-ISSN 1417-7765
- [67.] Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság Statisztikai Évkönyv 2009. Budapest, 2010. november 17. HU-ISSN 1417-7765
- [68.] Országos Munkaügyi és Munkavédelmi Főfelügyelőség: „Tájékoztató a munkabalesetek 2010. évi alakulásáról”, Budapest, 2011. február. Web: http://www.ommf.gov.hu/letoltes.php?id_id=3995 állapot: 2012. május 9.
- [69.] Központi Statisztikai Hivatal honlapja, fogyasztói árindexek alakulása 1960-tól. Web: http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_qsf001.html Állapot:2011. szeptember 5.
- [70.] Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet: „Egészségügyi ágazat árindex táblázata”. Honlapról. Web: <http://www.eski.hu/new3/adatok/arinformacio/tablatatok/2011/arinformacio-2011-1.xls> Állapot: 2011. szeptember 5.
- [71.] Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság 2010-es Évkönyve 2011. Budapest, 2011. március 19.
- [72.] Központi Statisztikai Hivatal (KSH): „Magyar Statisztikai Évkönyv, 2010.” 2011., Budapest. HU ISSN 1215-7864

- [73.] Wirtschaftsmuseum Wien⁹⁶: „Gut Versichert”⁹⁷ 2010. ISBN 3-902353-32-5 Web: http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/697830_Gut_versichert_ungarisch_2010.pdf állapot: 2011. szeptember 15.
- [74.] SUVA: „Unfallsstatistik 2011”⁹⁸ Svájc, Luzern, 2011. május 25. ISSN 1424-5140 Web: www.unfallstatistik.ch állapot: 2011. szeptember 15.
- [75.] Központi Statisztikai Hivatal (KSH): „Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2007.” 2008., Budapest. 2007. HU ISSN 1585-8847
- [76.] Országos Munkaügyi és Munkavédelmi Főfelügyelőség: „A munka világának biztonságáért – beszámoló a 2009. év ellenőrzési eredményeiről”, 2010., Budapest, Web: http://ommf.gov.hu/letoltes.php?id_id=3043 állapot: 2011. szeptember 15.
- [77.] IMF – International Monetary Fund⁹⁹ weboldala: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2005/02/data/dbginim.cfm> állapot: 2011. szeptember 17.
- [78.] HR Portál: „Csökkent a munkabalesetek száma az EU-ban”. Internetes weboldal. Web: <http://www.hrportal.hu/hr/csokkent-a-munkabalesetek-szama-az-eu-ban-20070221.html> állapot: 2011. szeptember 18.
- [79.] Munkavédelmi oktatásról a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény.
- [80.] Egyesült Villamosenergia-ipari Dolgozók Szakszervezeti Szövetségének honlapja. Web: <http://www.vd.hu/vimfohitek/minden-amit-a-munkabalesetrol-tudni-kell-8613.html> állapot: 2012. március 29.
- [81.] Pénzügyi szemle online magazinja. Web: <http://www.penzugyiszemle.hu/tanulmanyok-eloadasok/rokkantsag-munkanelkuliseg-foglalkoztatasi> állapot: 2012. március 29.
- [82.] Dr. ARI Lajos, Dr. VARGA Imre: „Gondolatok a társadalombiztosítás esetleges átalakításához” Egészségügyi Gazdasági Szemle 2011/4. Webes hivatkozás a cikk anyagára: <http://www.weborvospro.hu/cikkek/velemenyt/gondolatokatarsadalombiztositasesetl-egesatalakitasahoz.html> állapot: 2012. április 9.
- [83.] M1 televízió Híradója, 2012. március 27. 13:42 Web: http://videotar.mtv.hu/Videok/2012/03/27/13/Meg_nehany_napig_lehet_jelentkezni_rokkantsagi_felulvizsgalatra.aspx állapot: 2012. április 5.
- [84.] Semmelweis Egyetem 2008. éves vezetői költségvetése. Web: http://gazdinfo.sote.hu/sap/docs/vezetoi_kolts%20%20A9gvetes_2008_semmelweis_egyetem.pdf állapot: 2012. április 5.
- [85.] Wikipédia (lexikon): „Lehetőségköltség” fogalma (használdozat-költség, opportunity cost) Web: <http://hu.wikipedia.org/wiki/K%C3%B6lts%C3%A9g> állapot: 2012. április 12.
- [86.] Széll Kálmán Terv. Web: www.polgariszemle.hu/app/data/szellkalmanterv.pdf állapot: 2012. április 12.

⁹⁶ Fordítás: Osztrák Társadalom és Gazdaság Múzeuma

⁹⁷ Fordítás: Biztosítva.

⁹⁸ Fordítás: Baleseti statisztika.

⁹⁹ Fordítás: Nemzetközi Valutaalap

- [87.] Országos Munkaügyi és Munkavédelmi Főfelügyelőség: „Tájékoztató a munkabalesetek 2006. évi alakulásáról”, Budapest, 2007. február. Web: http://www.ommf.gov.hu/letoltes.php?d_id=508 állapot: 2012. május 9.

9.1.2 Irodalomjegyzék betűrendben szerzők (források) szerint

9.1.2.1 Szerzők és műveik

- [82.] Dr. ARI Lajos, Dr. VARGA Imre: „Gondolatok a társadalombiztosítás esetleges átalakításához” Egészségügyi Gazdasági Szemle 2011/4. Webes hivatkozás a cikk anyagára:
<http://www.weborvospro.hu/cikkek/velemenygondolatokatarsadalombiztositasesetlegesatalakitashoz.html> állapot: 2012. április 9.
- [19.] AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt¹⁰⁰): „We care for your safety!¹⁰¹”. Bécs, Ausztria, 2002. Web: <http://www.auva.at/mediaDB/118748.PDF> állapot: 2008. március 6.
- [35.] AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt): We care for your safety! – AUVA, Bécs, Ausztria, 2006. 17 oldal.
- [37.] AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt): „Follow up costs (total) – Accidents at work 2004”¹⁰² – AUVA statisztikai irodájától e-mailen kapott adatsor.
- [45.] BB 2002 Kft. – „A munkaadók és munkavállalók jogai és kötelezettségei a munkahelyi balesetek elkerülése érdekében” – Információ a cég honlapján: <http://www.bb2002kft.hu/informacio.html> állapot: 2012. április 13.
- [47.] Dr. BÉNYI Mária – „egészségbarát munkahely” előadás, Országos Közegészségügyi Központ, Budapest, 2005. november 16. Előadás anyaga az interneten:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:K582hlqyFAUJ:www.emegy.hu/uploads/download/16864420714385d7994a87b.pps+Munkabaleset+Ausztria&cd=7&hl=hu&ct=clnk&gl=hu&client=firefox-a> állapot: 2008. május 3.
- [18.] BORBÁS Ilona – Dr. KINCSES Gyula: Egészségügyi rendszerek az Európai Unió régi tagállamaiban – Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, Budapest, 2007.
- [50.] Dunaújvárosi Főiskola: „Az Európai Unió országainak főbb statisztikai adatai”, internetes portál http://eu.dunaujvaros.com/mienkittater/europe_map.swf állapot: 2008. május 4.
- [56.] Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (ESKI): „Árinformáció az egészségügyi intézményekben 2009. IV. negyedév és 2009. év”. Internetes közzététel. Web: <http://www.eski.hu/new3/adatok/arinformacio/tablatatok/2009/Vezetoi.arinf.2009-4.pdf> állapot: 2010. július 26.
- [57.] Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (ESKI): „Oktatás és egészségügy a G7 országokban – jobb eredmények kevesebb kiadással” Internetes közzététel. Web: www.eski.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/g7_elemzes.doc állapot: 2010. júl. 26.

¹⁰⁰ Fordítás: Osztrák Általános Balesetbiztosítási Intézet

¹⁰¹ Fordítás: Törődünk biztonságával!

¹⁰² Fordítás: Az összköltségek nyomon követése – 2004. évi üzemi balesetek

- [80.] Egyesült Villamosenergia-ipari Dolgozók Szakszervezeti Szövetségének honlapja. Web: <http://www.vd.hu/vimfohirek/minden-amit-a-munkabalesetrol-tudni-kell-8613.html> állapot: 2012. március 29.
- [12.] ERŐS Csilla: „A nyugdíjfolyósító Igazgatóság által folyósított saját jogú baleseti ellátások” – szakdolgozat, 1.-7. oldal. Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Bp., 2003.
- [70.] Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet: „Egészségügyi ágazat árindex táblázata”. Honlapról. Web: <http://www.eski.hu/new3/adatok/arinformacio/tablazatok/2011/arinformacio-2011-1.xls> Állapot: 2011. szeptember 5.
- [1.] HABLICSEK László: „Effets de la migration international sur l'évolution de la population de Hongrie”¹⁰³ 8. oldal, 2006. Budapest. Internetes elérhetőség: http://www-aidelf.ined.fr/colloques/Budapest/Seance5/s5_hablicsek.pdf állapot: 2007. szept. 5.
- [17.] Maria M. HOFMARCHER – Herta M. RACK: „Austria – Health System Review”¹⁰⁴; WHO Regional Office for Europe¹⁰⁵ –, Koppenhága, Dánia, 2006.
- [44.] Fazekasné HORVÁTH Zsuzsanna: „Balesetek a vegyiparban, az előrejelzés lehetőségei”, Kutatómunka.. Web: http://dokutar.omikk.bme.hu/collections/mgi_fulltext/munkavedelem/2006/04/0405.pdf állapot:2012. április 1.
- [78.] HR Portál: „Csökkent a munkabalesetek száma az EU-ban”. Internetes weboldal. Web: <http://www.hrportal.hu/hr/csokkent-a-munkabalesetek-szama-az-eu-ban-20070221.html> állapot: 2011. szeptember 18.
- [77.] IMF – International Monetary Fund¹⁰⁶ weboldala: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2005/02/data/dbginim.cfm> állapot: 2011. szeptember 17.
- [11.] Dr. JUHÁSZ Ferenc és munkatársai: Balesetbiztosítási koncepció. Országos Egészségbiztosítási Pénztár, 2002. Budapest
- [55.] Dr. JUHÁSZ Ferenc: „Magyarországon jelenleg nincs balesetbiztosítás – elképzelések a balesetbiztosításról” – Főcze Lajos Munkavédelmi Képviselőként Alapítvány honlapja, 2003. június 20. Web: <http://www.mvkepviselo.hu/biztositas.html> állapot: 2010. július 26.
- [7.] KIS Róbert: „A magyar egészségügy finanszírozási modell hatása a szervezeti magatartásra és az államháztartásra”, szakdolgozat, Sopron, 2005. október 31.
- [43.] KLING Péter: „Munkavédelmi szabályok változása 2010”, „Vállalkozói negyed” online hírfórum és információs portál, <http://www.vallalkozoinegyed.hu/20100323/munkavedelmi-szabalyok-valtozasa-2010> állapot: 2008. március 12.
- [41.] KLOMFAR, Helmut: „Erfolgsbilanz der Prävention: Arbeitsunfälle seit 1993 um ein Drittel gesenkt – Spitzenposition in Europa”¹⁰⁷ SicherheitsMagazin, Bécs, 2004.

¹⁰³ Fordítás: A nemzetközi migráció hatásai a magyar népesség fejlődésére

¹⁰⁴ Fordítás: Ausztria – egészségügyi rendszer áttekintés

¹⁰⁵ Fordítás: WHO (Egészségügyi Világszervezet) Európai Regionális Irodája

¹⁰⁶ Fordítás: Nemzetközi Valutaalap

¹⁰⁷ Fordítás: „A prevenció eredménymérlege: egy harmadával csökkent a munkaképtelenség 1993 óta – Európa élvonalában”

7–8. szám, 7. oldal.

http://www.sicherheitsmagazin.at/servlet/BlobServer?blobcol=urldokument&blobheadername1=content-type&blobheadername2=content-disposition&blobheadervalue1=application%2Fpdf&blobheadervalue2=inline%3B+filename%3D%22Sicherheitsmagazin_07-08%252F2004.pdf%22&blobkey=id&root=X02&blobnocache=false&blobtable=Dokument&blobwhere=1169750552504 állapot: 2008. március 12.

- [3.] Központi Statisztikai Hivatal (KSH): „Egészségügyi statisztikai évkönyv 2005”, 2006. Budapest HU ISSN 1585-8847
- [26.] Központi Statisztikai Hivatal (KSH): „Egészségügyi statisztikai évkönyv 2006”, 2007. Budapest HU ISSN 1585-8847
- [33.] Központi Statisztikai Hivatal (KSH): „Magyar Statisztikai Évkönyv 2005”, 2006. Budapest HU ISSN 1215-7864
- [69.] Központi Statisztikai Hivatal honlapja, fogyasztói árindexek alakulása 1960-tól. Web: http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_qsf001.html Állapot: 2011. szeptember 5.
- [75.] Központi Statisztikai Hivatal (KSH): „Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2007.” 2008., Budapest. 2007. HU ISSN 1585-8847
- [72.] Központi Statisztikai Hivatal (KSH): „Magyar Statisztikai Évkönyv, 2010.” 2011., Budapest. HU ISSN 1215-7864
- [83.] M1 televízió Híradója, 2012. március 27. 13:42 Web: http://videotar.mtv.hu/Videok/2012/03/27/13/Meg_nehany_napig_lehet_jelentkezni_rokkantsagi_felulvizsgalatra.aspx állapot: 2012. április 5.
- [2.] Miniszterelnöki Hivatal: „Zöld Könyv” az egészségügyről, 17. oldal. Budapest, 2006. július. Internetes elérhetőség: <http://www.eum.hu/letoltes.php?id=924> állapot: 2007. szeptember 5.
- [52.] Műszaki Fórum honlapja: „Munkavédelem napja – naponta 60 munkabaleset történt tavaly” 2010. április 29. <http://www.muszakiforum.hu/?fejezet=5&cid=74206&wa=DASRSS1017> állapot: 2010. május 6.
- [51.] Nemzeti Gazdasági és Fejlesztési Minisztérium: „Információk Svájcra”, honlap. Web: <http://www.nfgm.gov.hu/data/cms1436592/svajc.pdf> állapot: 2008. május 4.
- [10.] Dr. OROSZ Éva: „Félúton vagy tévúton? - Egészségügyünk félmúltja és az egészség-politika alternatívái.” Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest, 2001.
- [25.] Országos Egészségbiztosítási Pénztár Keresőképtelenségi Monitor Rendszerből (KMR) és Adattárházból célzottan legyűjtött adatai
- [48.] Országos Munkaügyi és Munkavédelmi Főfelügyelőség: „Beszámoló a 2008. év I. negyedében elvégzett feladatairól”, Budapest, 2008. április. Web: www.ommf.gov.hu állapot: 2012. május 9.
- [49.] Országos Munkaügyi és Munkavédelmi Főfelügyelőség: „Tájékoztató a munkabalesetek 2005. évi alakulásáról”, Budapest, 2006. április. Web: www.ommf.gov.hu állapot: 2012. május 9.

- [68.] Országos Munkaügyi és Munkavédelmi Főfelügyelőség: „Tájékoztató a munkabalesetek 2010. évi alakulásáról”, Budapest, 2011. február. Web: http://www.ommf.gov.hu/letoltes.php?d_id=3995 állapot: 2012. május 9.
- [76.] Országos Munkaügyi és Munkavédelmi Főfelügyelőség: „A munka világának biztonságáért – beszámoló a 2009. év ellenőrzési eredményeiről”, 2010., Budapest, Web: http://ommf.gov.hu/letoltes.php?d_id=3043 állapot: 2011. szeptember 15.
- [87.] Országos Munkaügyi és Munkavédelmi Főfelügyelőség: „Tájékoztató a munkabalesetek 2006. évi alakulásáról”, Budapest, 2007. február. Web: http://www.ommf.gov.hu/letoltes.php?d_id=508 állapot: 2012. május 9.
- [13.] Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYF) internetes honlapja – Nemzetközi Ügyek/Európai Unió/Az EU/EGT tagállamok nyugdíjbiztosítása/Svájc. Internetes utolérhetőség: http://www.onyf.hu/index.php?doc_id=1852 állapot: 2008. január 28.
- [14.] Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYF) internetes honlapja – Nemzetközi Ügyek/Európai Unió/Az EU/EGT tagállamok nyugdíjbiztosítása/Ausztria. Internetes utolérhetőség: http://www.onyf.hu/index.php?doc_id=1824 állapot: 2008. január 28.
- [27.] Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság honlapján található statisztikai kimutatások; www.onyf.hu állapot: 2008. március 9.
- [28.] Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság által megadott célzattal legyűjtött adatok
- [64.] Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság Statisztikai Évkönyv 2006. Budapest, 2007. október 30. HU-ISSN 1417-7765
- [65.] Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság Statisztikai Évkönyv 2007. Budapest, 2008. november 7. HU-ISSN 1417-7765
- [66.] Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság Statisztikai Évkönyv 2008. Budapest, 2009. október 28. HU-ISSN 1417-7765
- [67.] Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság Statisztikai Évkönyv 2009. Budapest, 2010. november 17. HU-ISSN 1417-7765
- [71.] Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság 2010-es Évkönyve 2011. Budapest, 2011. március 19.
- [30.] Paul A. SAMUELSON – William D. NORDHAUS: Közgazdaságtan, 172-183. oldal, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1995.
- [46.] Patika Magazin – „A stressztől a balesetekig” cikk, 2005. október 4. <http://www.patikamagazin.hu/cikk/index/9431> állapot: 2008. április 15.
- [81.] Pénzügyi szemle online magazinja. Web: <http://www.penzugyiszemle.hu/tanulmanyok-eloadasok/rokkantsag-munkanelkuliseg-foglalkoztatasi> állapot: 2012. március 29.
- [34.] Pénzügyminisztérium honlapja: [http://www2.pm.gov.hu/web/home.nsf/portalarticles/9CE71763C9C1ECB1C125727C0048022C/\\$File/Fobb%20makrogazdasagi_jelzozsamok%20eves%20adatok.xls](http://www2.pm.gov.hu/web/home.nsf/portalarticles/9CE71763C9C1ECB1C125727C0048022C/$File/Fobb%20makrogazdasagi_jelzozsamok%20eves%20adatok.xls) állapot: 2008. március 9.

- [84.] Semmelweis Egyetem 2008. éves vezetői költségvetése. Web: http://gazdinfo.sote.hu/sap/docs/vezetoi_kolts%20A9gvetes_2008_semmelweis_egyetem.pdf állapot: 2012. április 5.
- [53.] Dr. STUBNYA Gusztáv: „A Semmelweis Egyetem konszolidációja innovatív menedzsment eszközökkel 2003-2009” – Doktori Tézis, SOTE Doktori Iskola, Budapest, 2010.
- [15.] SUVA (Caisse Nationale Suisse d’Assurance en cas d’Accidents¹⁰⁸) honlapja – Suva’s origins¹⁰⁹. Internetes elérhetőség: http://www.suva.ch/en/home_en/unternehmen/ueber_uns/geschichte.htm állapot: 2008. január 28.
- [16.] SUVA (Caisse Nationale Suisse d’Assurance en cas d’Accidents) honlapja – Accident insurance in Switzerland¹¹⁰. Internetes elérhetőség: http://www.suva.ch/en/home_en/unternehmen/accident_insurance_in_switzerland.htm állapot: 2008. január 28.
- [36.] SUVA (Caisse Nationale Suisse d’Assurance en cas d’Accidents): „Extrait du rapport de gestion 2006”¹¹¹ SUVA kiadás, Bern, Svájc, 2007., 3. oldal.
- [38.] SUVA (Caisse Nationale Suisse d’Assurance en cas d’Accidents): „Statistique des accidents LAA – 2007”¹¹² – SUVA kiadás, Bern, Svájc, 2008. 6. oldal.
- [74.] SUVA: „Unfallstatistik 2011”¹¹³ Svájc, Luzern, 2011. május 25. ISSN 1424-5140 Web: www.unfallstatistik.ch állapot: 2011. szeptember 15.
- [40.] SZABÓ Ildikó: „A munkahelyi baleset- és betegségbiztosítás helyzete Ausztriában” Kutatómunka, Budapest, 2003. http://www.omikk.bme.hu/collections/mgi_fulltext/munkavedelem/2005/07/0706.pdf állapot: 2008. március 12.
- [85.] Wikipédia (lexikon): „Lehetőségköltség” fogalma (használdozat-költség, opportunity cost) Web: <http://hu.wikipedia.org/wiki/K%20B6lts%20A9g> állapot: 2012. április 12.
- [54.] Wikipédia: „Magyarország”, interneten elérhető információk. Web: <http://hu.wikipedia.org/wiki/Magyarorsz%20A1g> állapot: 2010. július 26.
- [8.] Wirtschaftsmuseum¹¹⁴ Wien „Gut Versichert”¹¹⁵, 2005. ISBN 3-902353-32-5 Web: <http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/115829.PDF> állapot: 2007. november 21.
- [73.] Wirtschaftsmuseum Wien: „Gut Versichert” 2010. ISBN 3-902353-32-5 Web: http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/697830_Gut_versichert_ungarisch_2010.pdf állapot: 2011. szeptember 15.

¹⁰⁸ Fordítás: Svájci Nemzeti Balesetbiztosítási Alap

¹⁰⁹ Fordítás: A SUVA (Svájci Nemzeti Balesetbiztosítási Alap) kialakulása

¹¹⁰ Fordítás: Balesetbiztosítás Svájcban

¹¹¹ Fordítás: A 2006. évi vezetői beszámoló kivonata

¹¹² Fordítás: A balesetbiztosítási alaptörvény szerinti statisztikai beszámoló

¹¹³ Fordítás: Baleseti statisztika.

¹¹⁴ Fordítás: Osztrák Társadalom és Gazdaság Múzeuma

¹¹⁵ Fordítás: Bebiztosítva.

9.1.2.2 Törvények, jogszabályok, politikai anyagok

- [32.] 1992. évi LXXXIV törvény a társadalombiztosítás pénzügyi alapjairól és azok 1993. évi költségvetéséről
- [79.] Munkavédelmi oktatásról a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény.
- [9.] 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
- [31.] 1997. évi LXXXIII törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
- [29.] 2001. évi LXXV. törvény a Magyar Köztársaság 2000. évi költségvetésének végrehajtásáról.
- [21.] 2003. évi XCV. törvény a Magyar Köztársaság 2001. és 2002. évi költségvetésének 2002. évi végrehajtásáról.
- [22.] 2004. évi C. törvény a Magyar Köztársaság 2003. évi költségvetésének végrehajtásáról.
- [23.] 2005. évi CXVIII. törvény a Magyar Köztársaság 2004. évi költségvetéséről és az államháztartás 3 éves kereteiről szóló törvény végrehajtásáról
- [24.] 2006. évi XCIXV. törvény a Magyar Köztársaság 2005. évi költségvetésének végrehajtásáról.
- [58.] 2007. évi CXXVIII. törvény a Magyar Köztársaság 2006. évi költségvetésének végrehajtásáról.
- [59.] 2008. évi LXXVIII. törvény a Magyar Köztársaság 2007. évi költségvetésének végrehajtásáról.
- [60.] 2009. évi CXXIX. törvény a Magyar Köztársaság 2008. évi költségvetésének végrehajtásáról.
- [62.] 2009. évi CXXX. törvény a Magyar Köztársaság 2010. évi költségvetéséről.
- [61.] 2010. évi XCVIII. törvény a Magyar Köztársaság 2009. évi költségvetésének végrehajtásáról.
- [63.] 2010. évi CLXIX. törvény a Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetéséről.
- [5.] 4/2007. (I. 22.) Korm. rendelet egyes, az egészségügyet érintő kormányrendeleteknek a vizitdíj és a kórházi napidíj bevezetésével kapcsolatos módosításáról
- [39.] 5/2010. (III. 9.) SZMM rendelet a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról szóló 5/1993. (XII. 26.) MüM rendelet módosításáról
- [42.] Az Európai Parlament és a Tanács 1338/2008/EK rendelete (2008. december 16.) a népegészségre és munkahelyi egészségre és biztonságra vonatkozó közösségi – Az Európai Unió Hivatalos Lapja, 2008. december 31. 70. oldal. Web: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008AG0026:HU:HTML> állapot: 2012. április 1.
- [6.] Kormányprogram, 2006. Budapest. Web: <http://www.parlament.hu/irom38/00064/00064.pdf> állapot: 2007. november 21.
- [4.] Kormány előterjesztés az egészségügyi reformfolyamatokról, Budapest, 2005. november.

- [86.] Széll Kálmán Terv. Web: www.polgariszemle.hu/app/data/szellkalmanterv.pdf
állapot: 2012. április 12.[20.]T/762 sz. törvényjavaslat a Magyar Köztársaság 2001. és 2002. évi költségvetésének 2001. évi végrehajtásáról.

9.2 Táblázatok jegyzéke

- I. sz. táblázat: Az összes munkabaleset és a munkabalesetek kiemelt kategóriái szerint száma iparáganként Magyarországon, 2010. 184. oldal.
- II. sz. tábla: Munkabalesetek száma és aránya ipari ágazatonként. 185. oldal.
- III. sz. tábla: OMMF és OEP adatok eltérése a munkabalesetek éves számaiban. 32. oldal.
- IV. sz. táblázat: Munkabalesetek érdekében felmerült GYSE kiadások folyó áron. 52. oldal.
- V. sz. tábla: Életminőség 3 paraméterének érvényesülése egészseseknél és rokkantaknál. 108. oldal.
- VI. sz. tábla: Ny-Alap néhány kifizetési összege folyó áron. 58. oldal.
- VII. sz. táblázat: Munkabalesetek táppénzes napok szerinti megoszlása, 2010. 61. oldal.
- VIII. sz. táblázat: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat kiadásai „tárgyévi” szemléletben folyó áron, 2001-2005. 64. oldal.
- IX. sz. táblázat: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat kiadásai „tárgyévi” szemléletben folyó áron, 2006-2010. 66. oldal.
- X. sz. tábla: Munkabalesetek száma évenként. 70. oldal.
- XI. sz. tábla: Infláció és egészségügyi árindex-változás. 71. oldal.
- XII. sz. tábla: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat főbb kiadási tételeinek reálösszegei „tárgyévi” szemléletben, 2001-2005, 2010 bázisán. 72. oldal.
- XIII. sz. tábla: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat főbb kiadási tételeinek reálösszegei „tárgyévi” szemléletben, 2006-2010, 2010 bázisán. 72. oldal.
- XIV. sz. tábla: Átlagos munkabalesetre jutó reálkiadás „tárgyévi” szemléletben 2001-2005, 2010 bázisán. 73. oldal.
- XV. sz. tábla: Átlagos munkabalesetre jutó reálkiadás „tárgyévi” szemléletben 2006-2010, 2010 bázisán. 74. oldal.
- XVI. sz. tábla: Főbb kiadási tételek növekedés-intenzitása 2001-ről 2010-re. 74. oldal.
- XVII. sz. táblázat: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat kiadásai „új balesetek” szemléletben folyó áron, 2001-2005. 86. oldal.
- XVIII. sz. táblázat: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat kiadásai „új balesetek” szemléletben folyó áron, 2001-2005. 88. oldal.
- XIX. sz. tábla: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat főbb kiadási tételeinek reálösszegei „új balesetek” szemléletben 2001-2005, 2010 bázisán. 91. oldal.
- XX. sz. tábla: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat főbb kiadási tételeinek reálösszegei „új balesetek” szemléletben 2006-2010, 2010 bázisán. 91. oldal.
- XXI. sz. tábla: Átlagos munkabalesetre jutó reálkiadás „új balesetek” szemléletben 2001-2005, 2010 bázisán. 93. oldal.

- XXII. sz. tábla: Átlagos munkabalesetre jutó reálkiadás „új balesetek” szemléletben 2006-2010, 2010 bázisán. 93. oldal.
- XXIII. sz. tábla: ONYF-hez beérkezett új igények főbb ellátástípusokra 2006-2010. 94. oldal.
- XXIV. sz. tábla: GDP közgazdasági meghatározásának két lehetősége. 96. oldal.
- XXV. sz. tábla: Baleseti táppénz miatti kereset-, adó- és járulékkiesések folyó áron. 99. oldal.
- XXVI. sz. tábla: Baleseti rokkantság miatti kereset-, adó- és járulékkiesések folyó áron. 100. oldal.
- XXVII. sz. tábla: Baleseti halál miatti kereset-, adó- és járulékkiesések folyó áron. 101. oldal.
- XXVIII. sz. táblázat: Társadalom vásárlóerejének csökkenése személyi jövedelem kiesés miatt, folyó áron. 102. oldal.
- XXIX. sz. táblázat: Kormányzati kiadási potenciál csökkenése elmaradó adó- és járulék bevételek miatt, folyó áron. 103. oldal.
- XXX. sz. tábla: Munkabalesetek közvetett összegszerű használdozat-költsége folyó áron. 104. oldal.
- XXXI. sz. tábla: Munkabalesetek használdozat-költsége reálértéken. 105. oldal.
- XXXII. sz. tábla: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat nemzetgazdasági terhe folyó áron. 106. oldal.
- XXXIII. sz. tábla: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat nemzetgazdasági terhe 2010 bázisán. 107. oldal.
- XXXIV. sz. tábla: Ausztria, Svájc és Magyarország összehasonlításához alapul vett legfontosabb országot jellemző, gazdasági és munkabaleseti adatai. 109. oldal.

9.3 Ábrajegyzék

1. sz. ábra: társadalombiztosítási rendszer felépítése Ausztriában. 24. oldal.
2. sz. ábra: Betegállomány okaiként megjelenő foglalkozási ártalmak okozta betegségek. 26. oldal.
3. sz. ábra: SUVA és más svájci munkabaleset-biztosítók biztosítottainak létszáma. 28. oldal.
4. ábra: A „svájci sajt” modell a balesethez vezető okozati sorrend feltüntetésével. 181. oldal.
5. sz. ábra: OMMF és OEP adatok eltérése a munkabalesetek éves számaiban. 32. oldal.
6. sz. ábra: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat „tárgyévi” szemléletben vett társadalombiztosítási kiadásai. 69. oldal.
7. sz. ábra: Munkabalesetek száma évenként. 69. oldal.
8. sz. ábra: Munkaerőpiaci Alap megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási támogatásának összegének alakulása. 71. oldal.

9. sz. ábra: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat társadalombiztosítási reálkiadásai „tárgyévi” szemléletben, 2010 bázisán. 73. oldal.
10. sz. ábra: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat egészségügyi természetbeni ellátásainak reálkiadásai „tárgyévi” szemléletben, 2010 bázisán. 75. oldal.
11. sz. ábra: Egészségügyi természetbeni ellátások egy munkabaleseti esetre jutó reálkiadásai „tárgyévi” szemléletben, 2010 bázisán. 76. oldal.
12. sz. ábra: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat egészségügyi pénzbeli reálkiadásai „tárgyévi” szemléletben, 2010 bázisán. 77. oldal.
13. sz. ábra: Munkabaleset-biztosítási gyakorlat nyugdíjszerű ellátásainak reálkiadásai „tárgyévi” szemléletben, 2010 bázisán. 78. oldal.
14. sz. ábra: Rehabilitációs járadékban részesülők létszáma 2008-2010. 82. oldal.
15. sz. ábra: Munkaerőpiaci Alap megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási támogatása reálkiadásai, 2010 bázisán. 84. oldal.
16. sz. ábra: Magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat reálkiadásai „tárgyévi” szemléletben, 2010 bázisán. 85. oldal.
17. sz. ábra: Magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat reálkiadásai „új balesetek” szemléletben, 2010 bázisán. 92. oldal.
18. sz. ábra: Munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések használdozat-költsége reálértéken, 2010. év bázisán. 105. oldal.
19. sz. ábra: Közvetlen kiadás, használdozat-költség és teljes nemzetgazdasági teher alakulása 2010-es reálértéken. 107. oldal.

9.4 Rövidítések jegyzéke

ÁFA – általános forgalmi adó

ÁNTSZ – Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat

AUVA – Osztrák Balesetbiztosítási Pénztár

BNO – Betegségek nemzetközi osztályozása

CT – számítógépes átvilágító képalkotó eljárás

E-Alap – Egészségbiztosítási Alap

EFI – esetfinanszírozott egészségügyi beavatkozások

EU – Európai Unió

EÜ – egészségügy, egészségügyi

FAII – Finnországi Balesetbiztosítók Szövetsége

GDP – bruttó hazai termék

GYEMSZI – Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

GYSE- gyógyászati segédeszköz

HBCS – homogén betegségi csoport

ILO – Nemzetközi Munkaügyi Szervezet
KMR – Keresőképzetlenségi Monitoring Rendszer (OEP informatikai rendszer)
KSH – Központi Statisztikai Hivatal
MM – Munkaügyi Minisztérium
MPA MSZFT – Munkaerőpiaci Alap megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási támogatása
MRI – mágnes rezonanciás képalkotó eljárás
MNB – Magyar Nemzeti Bank
NGM – Nemzetgazdasági Minisztérium
NRSZH – Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal
Ny-Alap – Nyugdíjbiztosítási Alap
OEP – Országos Egészségbiztosítási Pénztár
OMMF – Országos Munkaügyi és Munkavédelmi Főfelügyelőség
ONYF – Országos Nyugdíjfolyósítási Főigazgatóság
OORI – Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet
OOSZI – Országos Orvos Szakértői Intézet
SUVA – Svájci Balesetbiztosítási Pénztár
TAJ – társadalombiztosítási azonosító jel
TB – társadalombiztosítás, társadalombiztosítási
TQM – teljes minőségbiztosítási rendszer

9.5 Dolgozatban lehivatkozott kiegészítő információk

9.5.1 Munkabaleset-biztosítás múltja Európában és hazánkban

9.5.1.1 Európai előzmények

A munkabaleset-biztosítás története még a középkorban kezdődött az ún. „bányatársulásokkal” és más önkéntes szervezetekkel, vagyis a társadalombiztosítás a munkabaleset-biztosítás valamilyen formájával kezdődött. [11.]

Az első törvény által kötelezővé tett balesetbiztosítási rendszer 1884-ben Németországban alakult meg. Létrehozását az tette szükségessé, hogy az ipari forradalmat követően megnövekedett az üzemi, különösen a halálos üzemi balesetek száma, melyek következményeit sem a munkáltatók, sem pedig a munkavállalók nem voltak képesek már viselni. [11.] A munkavállaló számára létfontosságú volt a biztonság, hogy baleset, betegség esetén orvosi ellátást, s munkaképtelenség idejére jövedelmet kapjon. A munkáltatók viszont védelmet szerettek volna a bírósági felelősségre vonás, a kiszámíthatatlan és gyakran igen jelentős kártérítési terhek alól. A munkabaleset-biztosítás a munkavállaló számára garantáltan nyújtotta a biztonságot, a munkáltatótól pedig – járulékfizetés ellenében – átvállalta a kártérítés felelősségét. [11.]

A klasszikus munkabaleset-biztosítás funkciói, hatásai a következőkben foglalhatók össze. Az 1884-es német balesetbiztosítási törvény jogi és eljárási értelemben áttörést jelentett, melynek elvei számos vonatkozásban ma is érvényesek: [11.]

- a **kártalanítási igény érvényesítését függetleníti a vétkességtől**. A munkabaleset-biztosítási jog anélkül állapítja meg a munkáltató alapvető felelősségét, hogy kimondaná vétkességét.¹¹⁶
- az **egyéni felelősség-vállalást felváltja a biztosító kötelező helytállása**. Az egyéni felelősség gyakran csak hosszú peres úton érvényesíthető. A munkabaleset-biztosítás esetén a munkavállaló igényét viszont azonnal tudja érvényesíteni.
- intézményesíti, és **anyagi érdekeltségi alapra helyezi a megelőzés intézményét**.
- a munkabaleset-biztosítás **betölt** egy sajátos „**békefunkciót**” azáltal, hogy segít elkerülni a munkáltató és a munkavállaló közötti vitákat.

¹¹⁶ Jelen magyar gyakorlat hatósági szankcionálása, a „társadalombiztosítás megtérítési tevékenysége” pedig ezzel szemben éppen a vétkesség tényére épül. [11.]

9.5.1.2 A munkabaleset-biztosítás múltja hazánkban

Magyarországon a törvény által létrehozott balesetbiztosítás nemzetközi viszonylatban is korán, 1907-ben került bevezetésre.¹¹⁷ Ezt a törvényt terjesztette ki az 1927-es balesetbiztosítási törvény.¹¹⁸ E törvényekre jellemző volt, hogy a biztosítási védelmet nem terjesztette ki a mezőgazdaság területére.

A munkabaleset-biztosítás a II. világháború előtti időszakban a társadalombiztosítás egyik legjobban elismert területe volt. A biztosítónak kórházai voltak, melyek a nagy vállalatok által létrehozott kórházakkal (GANZ-MÁVAG, Csepeli Weisz Manfréd Művek, stb.) együtt az akkori viszonyok között színvonalas egészségügyi ellátást biztosítottak a dolgozók számára.

A második világháború után a társadalombiztosítási ellátások kiterjedtsége lényegesen növekedett, de az ellátások kiterjesztésével párhuzamosan a szociálpolitikai, biztosításpolitikai rendszerek működéséhez szükséges fejlesztést igénylő lépések nem történtek meg.

A biztosítási technikák lassan kiszorultak a társadalombiztosítás területéről. A kockázat-kezelés, felelősségviselés lassan eltűnt, feloldódott. A biztosítottak jogai bővültek, de ezeket majd minden esetben az állam nyújtotta, létrejöttüket nem előzte meg érdekütköztetés, konszenzuseresés és konszenzusteremtés. A munkáltatói – és ezzel együtt a munkavállalói – szerep a társadalombiztosításon belül elmosódott, eltűnt. A társadalombiztosításon, így **a munkabaleset-biztosításon belül is elmaradt a kiadások, kiadások, bevételek pontos számbavétele, kalkulációja, a gazdálkodás szempontjai háttérbe szorultak.**

1989 óta a társadalombiztosítás két ágának a létrehozásával a biztosítási rendszer lényegét érintő változások történtek. A munkabaleset-biztosítás alapvető viszonyait meghatározó feltételek viszont nem változtak, a helyzet több területen romlott. A kilencvenes évek elején kialakult helyzetben több reform lehetőség merült fel, és került bevezetésre, de elmondható, hogy ezek a baleseti ellátások körét, a munkabaleset-biztosítást nem érintették. A gazdaságban végbement változások a munkabaleset-biztosításhoz kapcsolódó, addig működő rendszereket is megszüntették. Ha nem részenként, hanem egyben működtetendő egészként tekintjük, akkor a balesetvédelem, az üzemegészségügy, a foglalkozás-egészségügy, de még a balesetbiztosítói ügyvitel területén is érzékelhető ez a jelenség hazánkban.

¹¹⁷ 1907. évi XIX. törvénycikk

¹¹⁸ 1927. évi XXI. törvénycikk

1998-tól kezdődően a társadalombiztosítást az egészség-és a nyugdíjbiztosításra választotta szét a kormány, mely a munkabaleset-biztosítást is érintette. Ennek megfelelően az egészségügyi ellátásokat az Egészségbiztosítási Alap terhére (továbbiakban: E-Alap) ma¹¹⁹ az Országos Egészségbiztosítási Pénztár szervezi, biztosítja, finanszírozza, ellenőrzi, míg a nyugellátásokat – a Nyugdíjbiztosítási Alap terhére (továbbiakban: Ny-Alap) terhére – az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság.

9.5.1.3 A magyar munkabaleset-biztosítás jogtörténete

A magyar társadalombiztosítási rendszer kialakulásának és fejlődésének vizsgálata során megállapítható, hogy jelentős késéssel követi a fejlett európai országokat. Magyarországon csak a bányászok önszegélyező egyesületeiből alakult bánya-társpénztárak nyújtottak támogatást az üzemi baleset következtében megsérült tagjaiknak a kötelező baleseti biztosítás bevezetését megelőzően.

1907. VII. 1-jén hatályba lépett az az ipari és kereskedelmi alkalmazottak betegség és baleset esetére való biztosításáról szóló 1907. évi XIX. Törvénycikk. E törvény elsőként valósította meg Magyarországon a kötelező baleseti biztosítást és az üzemi baleset esetére is kártalanítást biztosított az iparban és kereskedelemben alkalmazottaknak.

Az Országos Munkásbeteg-segélyező és Balesetbiztosító Pénztár kapta a végrehajtási feladatot. A Pénztár önkormányzatában munkavállalók is képviselőkhöz jutottak. A törvény hiányosságaként említhetjük, hogy személyi hatálya a legnagyobb baleseti veszélyt hordozó bányaüzemek alkalmazottaira nem terjedt ki, továbbá kívül maradtak a biztosítás körén a mezőgazdasági munkások és a háztartási alkalmazottak is. [12.] Mai szemmel nézve hiányossága továbbá még, hogy nem tartalmaz intézkedést az egyes foglalkozások különös veszélyeként jelentkező, ún. foglalkozási betegségek kártalanítása iránt.

A baleseti biztosítás bevezetését követő következő változást a Tanácsköztársaság forradalmi kormányzótanácsának 1919-ben kihirdetett rendelete jelentette. A Rendelet kiterjesztette a betegségi és baleseti biztosítást valamennyi munkásra, aki munkabér fejében dolgozott, továbbá a bányászokat és a háztartási alkalmazottakat is bevonta a biztosításba. A Tanácsköztársaság leverése után ezeket az intézkedéseket hatályon kívül helyezték, de a bányászok és a háztartási alkalmazottak baleseti biztosítását utóbb mégis megvalósították. 1928. I. 1-jén hatályba lépett a betegségi és a baleseti kötelező biztosításról szóló 1927. évi XXI. Törvény. Az új törvény a baleseti biztosítás területén lényeges változásokat nem hozott, csupán a szerteágazó joganyagot foglalta egységes

¹¹⁹ 2011. augusztus 30-án.

rendszerbe. Mégis új vonás, hogy sor került néhány (előbb három, majd tíz) foglalkozási betegség kártalanítására. [12.]

Jogkiterjesztések és a biztosítottak körének céltudatos bővítése jellemezte a munkabaleset-biztosítás 1945. utáni fejlődését. Bekerültek a kötelező baleseti biztosításba 1945. IX. 1-jétől a mezőgazdasági munkások, 1947. VIII. 1-jétől az ország összes házfelügyelője, 1949-től pedig biztosítottak lettek az egyidejűleg több munkáltató részére munkát végző személyek, illetve önkéntesen biztosíthatták magukat a kisipari szövetkezet tagjai is. A szövetkezeti tagok 1951-től kötelező jelleggel is bekerültek a rendszerbe. A a forint bevezetését követően baleseti járadék összege egységesen meghatározásra, majd ezt követően járadékrendszer bevezetésére került sor. A bevezetett járadékrendszerben a járadékokat osztályba sorolás alapján meghatározott összegben fizették a biztosítottak.

1951. XII. 31-ig lehet úgy tekinteni, hogy a kötelező baleseti biztosítás önálló járadékrendszerként élt. Az 1927. évi XXI. Törvény ugyanis eddig maradt érvényben. A munkabaleset-biztosítás különállása az „első” egységes társadalombiztosítási nyugdíjtörvény, az 1951. évi 30. számú törvényerejű rendelet életbelépésétől, 1952. I. 1-jétől szűnt meg. Ettől kezdve a mindenkori nyugdíjrendszerekbe járadékfizetés formájában épültek be a baleseti kártalanítás egységes elveken felépülő szabályai, így az egyéb nyugellátásokéval osztozott változásuk, fejlődésük üteme.. E rendelet hatálybalépésével az alkalmi hómunkások, cséplőgép mellett dolgozók, 1953-tól kezdve az egyetemi és főiskolai hallgatók, 1954-től pedig a munkaközösségi ügyvédek is baleseti jogosulttá váltak kártalanításra. A tipizált járadékok helyébe a rendelet munkabérrel arányos ellátásokat léptetett. Ennek megfelelően az pénzbeli ellátások a balesetet megelőző munkabérátlaghoz kerültek igazításra.

A „második” egységes nyugdíjtörvény az 1954. évi 28. számú törvényerejű rendelet volt, amely 1954. X. 1-jén lépett hatályba. A baleseti rokkantsági nyugdíjnál a törzsnyugdíj mértékét emelte, illetve bevezette, hogy a nyugdíjasként elszenvedett üzemi baleset esetén, ha a munkaképesség emiatt minimum 26 %-ban csökkent, a sérült megkaphatta (függetlenül attól, hogy a kettős ellátást a törvény általában nem ismerte el). 1957. júniusától jogot kaptak a baleseti kártalanításra a mezőgazdasági termelőszövetkezeti tagok, majd szeptembertől a munkásörök is. [12.]

A „harmadik”, úgynevezett „munkás-, alkalmazotti egységes nyugdíjtörvény” 1959. I. 1-jével lépett hatályba. Az új törvény felértékelte a szolgálati idő szerepét és ez alapján határozta meg a nyugdíjjogosultság mértékét. Mivel a baleseti ellátások szolgálati időtől függetlenül jártak, ennek nem baleseti, hanem inkább az egyéb nyugellátások tekintetében

volt jelentősége. Az új nyugdíjrendszer alapelvei természetesen a baleseti ellátásokra vonatkozóan is érvénysültek.

Az 1975. VII. 1-jén hatályba lépett 1975. évi II. törvény volt az az egységes törvényi szintű szabályozás, mely a II. világháború utáni időszakban elsőként fogta át a társadalombiztosítási gondoskodás egész rendszerét. Egységes szerkezetben és egységes elvek szerint egyetlen jogszabályrendszerbe foglalta össze a magyar társadalombiztosítás valamennyi ágazatát. Az új joganyagban a baleseti ellátás külön fejezetként szerepelt. A jogosultság alapja kizárólag a dolgozó üzemi balesete, illetve foglalkozási betegsége lett, mely emiatt ezt a területet megkülönböztette a többi társadalombiztosítási ellátástól, melyek igénybevételnek feltétele meghatározott előzetes biztosítási, illetve szolgálati idő maradt. A törvény 22 évig maradt hatályban.

Az új (háromszintű) nyugdíjrendszerre való áttéréőről szóló törvényeket 1997-ben az Országgyűlés fogadta el. A baleseti ellátó rendszer tekintetében ugyan már 1993-ban – a társadalombiztosítási ágazatok önállósodásával – megtörtént az ellátási nemenként történt megosztás a nyugdíj- és egészségbiztosítás között, de a gyökeres átalakítás 1998. I. 1-től történt meg. A baleseti járadék kikerült a sajátjogú nyugellátások közül, és a baleseti táppénz mellett a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. Törvény által biztosított pénzellátások közé került be. A baleseti rokkantsági nyugdíj és a baleseti hozzátartozói nyugellátások a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. Törvényben kerültek szabályozásra.

Ezt követően 2012-ig jelentősebb, rendszerszerű átalakításra nem került sor. Igazgatás-szervezési kérdések mentén és a jogosultságokban kisebb változások viszonylag sűrűn történtek, új ellátási formák is napvilágot láttak (pl.: a 2008-ban bevezetett rehabilitációs járadék), de ezek legfeljebb csak a rendszer kiigazításának tekinthetők.

A fontosabb jogszabályok lehatárolását és rövid tartalmi ismertetését szintén a mellékletek közt, a következő, 9.5.2-es fejezetben lehet olvasni.

9.5.2 Munkabaleset-biztosítás jogszabályi háttere Magyarországon

A magyar kodifikáció szintjén is megjelenő munkabaleset-biztosítás az alaptörvényből (Alkotmány – 1949. évi XX. törvény) kiindulva vezethető le. [12.] A Magyar Köztársaság alkotmánya 70/D §-ában foglaltak szerint:

„A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez, ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények, az orvosi ellátás biztosításával, valamint az épített és természetes környezet védelmével valósítja meg.”

Az ismert egészségügyi reformok tükrében különösen forrónak tekintendő, Alkotmány 70/E §-a arról szól, hogy:

„A Magyar Köztársaság állampolgárainak joguk van a szociális biztonsághoz; öregség, betegség, rokkantság, özvegység, árvaság és önhibájukon kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén a megélhetésükhöz szükséges ellátásokra jogosultak. A Magyar Köztársaság az ellátáshoz való jogot a társadalombiztosítás útján és a szociális intézmények rendszerével valósítja meg.”

Az Alkotmányból is levezethető, egyének életminőségét garantáló munkabaleset-biztosítással a következő jogszabályok foglalkoznak:

- **1949. évi XX. Törvény az Alkotmányról** – alapvető emberi jogokat garantál, többek közt az egészséges élethez való jogot (e törvényből idézett sorokat ld.: fentebb).
- **1993. évi XCIII. Törvény a munkavédelemről** – a biztonságos munkahelyek megteremtését, a munkavégzés ennek megfelelő feltételeinek biztosítását, a munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések bejelentését és kivizsgálását tartalmazza. Végrehajtási rendelete az 5/1993. (XII. 26.) MüM rendelet. E rendelet veszélyességi fokozatokba sorolja az egyes szakmákat, előírja az adatszolgáltatási kötelezettséget, figyelembe veszi az Európai unió adatharmonizációs statisztikai törekvéseit.
- **27/1996. (VIII. 28.) NM rendelet a foglalkozási betegségek és fokozott expozíciós esetek bejelentéséről és kivizsgálásáról** (a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. Törvényhez kapcsolódóan).
- **1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről** – az igénybe vehető egészségügyi természetbeni szolgáltatások körét, az ellátások rendszerét, azok véghezvitelének személyi és tárgyi feltételeit, egyes szervek, intézmények felelősségét, feladatait. A

törvény ennek megfelelően külön röviden foglalkozik a munkaegészségüggyel (III. fejezet 5. cím) és a rehabilitációval (IV. fejezet 100. §.)

- **1997. évi LXXXIII. Törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól**¹²⁰ – az E-alap terhére finanszírozott egészségügyi természetbeni és pénzbeli ellátások igénybevehetőségének feltételeiről, a szolgáltatásnyújtás módjáról az igények érvényesítéséről, valamint a felelősségi szabályokról. E törvény végrehajtási rendelete a **217/1997. (XII. 1.) Korm.**¹²¹ **Rendelet**. A törvény VI. fejezete kitér a baleseti ellátásokra: a baleseti táppénzre és baleseti járadékra, de az E-alap terhére az Országos Nyugdíjfolyósító Főigazgatóság¹²² hatáskörébe tartozó, balesetek következtében nyugdíjszerű kifizetésként folyósított ellátásokat¹²³ a 1997. évi LXXXI. Törvény szabályozza.
- **1997. évi LXXXI. Törvény a társadalombiztosítási nyugellátásról** – a nyugdíjalap terhére kifizetendő pénzbeli ellátásokat, így a disszertáció szempontjából érdekes saját- és hozzátartozói jogon is járó baleseti rokkantsági nyugdíjat, az arra való jogosultságot szabályozza. Végrehajtási rendelete a 168/1997. (X. 6.) Korm. Rendelet.
- **1997. évi LXXX. Törvény**¹²⁴ **a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről** – a magán nyugellátásra, egészségügyi ellátásra, és a kutatómunka szempontjából fontos baleseti ellátásokra való jogosultságot is szabályozza. Végrehajtási rendelete a 195/1997. (XI. 5.) Korm. Rendelet.
- **75/1997. (VII. 18.) OGY**¹²⁵ **határozat a megváltozott munkaképességűek és rokkantak társadalombiztosítási és szociális ellátó rendszerének átalakításáról** – mely előremutatón tűzte ki célul az érintettek társadalmi újra-beilleszkedésének (re-integrációjának) hatásos elősegítését.
- **43/1999. (III. 3.) Korm. Rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól** – mely az egészségügyi ellátások iránti jogosultság dokumentációs oldalán keresztül

¹²⁰ A 3.1-es fejezet „kártérítési és felelősségi rendszere” ebben a jogszabályban kerül bemutatásra.

¹²¹ Korm. Rendelet = Kormányrendelet.

¹²² A társadalombiztosítási ellátások rendszerét 1997 végén az egészségügyi és a nyugdíjszerű ellátásokra külön választotta a kormányzat. Az előbbi felügyelő hatósága az OEP, míg az utóbbié az ONYF lett.

¹²³ Ilyen a baleseti rokkantsági nyugdíj saját és hozzátartozói jogon is.

¹²⁴ Ez a törvény, tekintettel arra, hogy a balesetek és az egészségügyi ellátások vonatkozásában vajmi kevés új információval rendelkezik, inkább csak összefoglalóan ismerteti a jogosultságot szabályozó joganyagokat (15.-16.§), része a jellemzően túlbonyolított magyar jogrendszernek.

¹²⁵ OGY rövidítés = Országgyűlés. Itt „OGY határozat = országgyűlési határozat.

mutatja be az munkabaleset, illetve foglalkozási megbetegedés, mint kiváltó okozat feltűntetését.

- **Az Európai Parlament és a Tanács¹²⁶ 1338/2008/EK Rendelete (2008. december 16.) a népegészségre és a munkahelyi egészségre és biztonságra vonatkozó közösségi statisztikáról.** *„A munkahelyi egészségvédelemre és biztonságra vonatkozó új közösségi stratégiáról (2002-2006) szóló, 2002. június 3-i tanácsi állásfoglalás felszólította a Bizottságot¹²⁷ és a tagállamokat, hogy erősítsék a munkabalesetekre és foglalkozási megbetegedésekre vonatkozó statisztikák harmonizációjára irányuló együttműködésüket. Tegyék ezt annak érdekében, hogy így olyan összehasonlítható adatok álljanak rendelkezésre, amelyekből az új közösségi stratégia alapján meghozott intézkedések hatásának és hatékonyságának objektív értékelése elvégezhető. Külön szakaszban hangsúlyozta, hogy figyelembe kell venni a női munkavállalók arányának növekedését a munkaerőpiacon, és meg kell felelni a munkahelyi egészséggel és biztonsággal kapcsolatos politikákban felmerülő speciális igényeiknek. Ezen kívül a munkahelyi egészségvédelemmel es biztonsággal kapcsolatos új közösségi stratégiáról (2007-2012) szóló, 2007. június 25-i állásfoglalásában a Tanács felszólította a Bizottságot, hogy működjön együtt a jogalkotó hatóságokkal a munkahelyi biztonság és egészség olyan megfelelő európai statisztikai rendszerének létrehozatalában, amely figyelembe veszi a különböző nemzeti rendszereket, ugyanakkor nem eredményez újabb adminisztratív terheket. Végezetül a foglalkozási betegségek európai jegyzékéről szóló, 2003. szeptember 19-i ajánlásában a Bizottság azt javasolta, hogy a tagállamok – a foglalkozási megbetegedésekre vonatkozó európai statisztikák harmonizációs rendszerével kapcsolatos munkával összhangban – fokozatosan tegyék összeegyeztethetővé a foglalkozási megbetegedésekre vonatkozó statisztikáikat az európai menetrenddel.” [42.]*
- **5/2010. (III. 9.) SZMM¹²⁸ rendelet a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról szóló 5/1993. (XII. 26.) MüM¹²⁹rendelet módosításáról.** Legfontosabb változásként teljesen megújul a munkabaleseti jegyzőkönyv és annak kitöltési útmutatója, ez az előírás azonban csak 2011. január elsejétől lép hatályba. A jogszabály finomít a munkavédelmi

¹²⁶ Tanács = Európai Tanács.

¹²⁷ Európai Bizottságot.

¹²⁸ SZMM = Szociális és Munkaügyi Minisztérium.

¹²⁹ MüM = Munkaügyi Minisztérium.

szabályozás egyes kérdésein, egyértelműen definiálja a súlyos munkabalesetek esetén jegyzőkönyvbe rögzítendő tényeket, kiküszöböli a munkáltatói felelősség alóli kibújás legjellemzőbb okait és ami a leglényegesebb: az Európai Parlament és Tanács 1338/2008/EK (2008. december 16.) rendelete szerinti statisztikai adatharmonizációnak érvényt szerez. „(3) *Ez a rendelet a népegészségre és a munkahelyi egészségre és biztonságra vonatkozó közösségi statisztikáról szóló Európai Parlament és Tanács 1338/2008/EK (2008. december 16.) rendeletének 2. cikk negyedik francia bekezdésével valamint IV. melléklete d) pontjával kapcsolatban a végrehajtáshoz szükséges rendelkezéseket állapít meg.*” [39.]

9.5.3 Munkáltatók legfontosabb kötelezettségei és jogai

Jelen – mellékletbe szánt – fejezet tömören, felsorolásszerűen mutatja be a munkaadók és munkavállalók részéről elvárható etikus és felelős teendőit a munkabalesetek elkerülése érdekében. A tömör felsorolást már a dolgozat nagy mérete miatt sem volt célszerű terjedelmesíteni, jobban kifejtteni. Ezért ebben a fejezetben szó szerinti idézetre támaszkodom, mert az idézett alkotások lényegre törően írnak a témáról. Itt is – csak úgy, mint korábban a 3.2.-es és 4.1.1-es fejezetek szövegrészénél már megjegyeztem (10-es, illetve 15-ös lábjegyzetek) – egy törvények által szabályozott helyzet érthetővé tételéről van szó, amivel számos internetes fórum foglalkozik. Ráadásul mindegyik fórum szinte szóról-szóra ugyanazt teszi közzé! Szövegrészre rákeresve a Google kereső programja legalább 20 honlapot megtalál, ahol a most idézett szövegrész szintén fellelhető. Valószínűsíthető módon mindnek eredeti forrása maga a jogszabályi kör illetve a hatósági ajánlások, de a sok fellelhető azonos tartalmú internetes forrás közül itt én a 45-ösként megjelölt „BB 2002 Kft. – „A munkaadók és munkavállalók jogai és kötelezettségei a munkabalesetek elkerülése érdekében” forrásra hivatkozom [45.]: *„Az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeinek megvalósítása – a munkavállaló ez irányú felelősségével összhangban – a munkáltató kötelessége. E kötelesség teljesítésével összefüggésben keletkező kiadásokat és egyéb terheket nem lehet a munkavállalóra hárítani. Az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés érdekében a munkáltató köteles figyelembe venni a következő általános követelményeket:*

- *veszélyek elkerülése;*
- *nem elkerülhető veszélyek értékelése;*
- *veszélyek keletkezési helyükön történő leküzdése;*

- *emberi tényező figyelembevétele a munkahely kialakításánál, a munkaeszközök és munkafolyamat megválasztásánál, különös tekintettel az egyhangú vagy kötött ütemű munkavégzés időtartamának mérséklése, illetve káros hatásának csökkentésére, a munkaidő beosztására;*
- *műszaki fejlődés eredményeinek alkalmazása;*
- *veszélyes helyettesítése veszélytelennel vagy kevésbé veszélyessel;*
- *egységes és átfogó megelőzési stratégia kialakításával, amely kiterjed a munkafolyamatra, a technológiára, a munkaszervezésre, a munkafeltételekre, a szociális kapcsolatokra és a munkakörnyezeti tényezők hatására;*
- *kollektív műszaki védelem elsőbbsége az egyéni védelemhez képest;*
- *munkavállalók megfelelő utasításokkal történő ellátása.*

A munkáltató továbbá tartozik:

- *szükséges utasításokat és tájékoztatást kellő időben a munkavállalónak megadni;*
- *rendszeresen meggyőződni arról, hogy a munkakörülmények megfelelnek-e a követelményeknek, a munkavállalók ismerik, illetve megtartják-e a rájuk vonatkozó rendelkezéseket;*
- *munkavégzés körülményeihez igazodó, illetve az azzal összefüggő veszélyek figyelembevételével megfelelő munkaeszközöket biztosítani a munkavállalók részére;*
- *új technológia bevezetése előtt kellő időben megtárgyalni a munkavállalókkal, ill. munkavédelmi képviselőikkel bevezetésük egészségre és biztonságra kiható következményeit;*
- *tudomására jutott rendellenességet, illetve a munka egészséget nem veszélyeztető és biztonságos végzéssel kapcsolatos bejelentést haladéktalanul kivizsgálni, a szükséges intézkedéseket megtenni, az érintetteket értesíteni, és közvetlen veszély esetén a munkavégzést leállítani;*
- *munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések esetén az Mvt. és a Vhr. rendelkezéseinek megfelelően eljárni;*
- *biztosítani a védőeszközök rendeltetésszerű használhatóságát, védőképességét, a ki-elégítő higiénés állapotát, szükséges tisztítását, karbantartását (javítását), pótlását;*
- *változó körülményekhez igazodva megtenni a szükséges intézkedéseket a munkakörülmények javítására.*

Az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés érdekében munkáltató köteles munkabiztonsági szaktevékenység, illetőleg foglalkozás-egészségügyi szolgálat igénybevételéről gondoskodni, valamint:

- a szükséges utasításokat és tájékoztatást kellő időben a munkavállalónak megadni;*
- rendszeresen meggyőződni arról, hogy a munkakörülmények megfelelnek-e a követelményeknek, a munkavállalók ismerik, illetve megtartják-e a rájuk vonatkozó rendelkezéseket;*
- a munkavégzés körülményeihez igazodó, illetve az azzal összefüggő veszélyek figyelembevételével megfelelő munkaeszközöket biztosítani a munkavállalók részére;*
- új technológia bevezetése előtt kellő időben megtárgyalni a munkavállalókkal, illetve munkavédelmi képviselőikkel bevezetésük egészségre és biztonságra kiható következményeit;*
- a tudomásra jutott rendellenességet, illetve a munka egészséget nem veszélyeztető és biztonságos végzéssel kapcsolatos bejelentést haladéktalanul kivizsgálni, a szükséges intézkedéseket megtenni, az érintetteket értesíteni, és közvetlen veszély esetén a munkavégzést leállítani;*
- a munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések esetén az Munka Törvénykönyve rendelkezéseinek megfelelően eljárni;*
- biztosítani a védőeszközök rendeltetésszerű használhatóságát, védőképességét, a kielégítő higiénés állapotát, szükséges tisztítását, karbantartását (javítását), pótlását;*
- a változó körülményekhez igazodva megtenni a szükséges intézkedéseket a munkakörülmények javítására.*

A munkáltatónak tájékoztatnia kell a munkavállalókat és a munkavédelmi képviselőt (bizottságot) arról, hogy az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzéssel kapcsolatos őt terhelő feladatokat ki látja el. A munkáltató köteles tájékoztatni a munkabiztonsági szaktevékenységet ellátó személyt, illetőleg a foglalkozás-egészségügyi szolgálatot, továbbá a munkavédelmi képviselőt (bizottságot) a kockázatértékelés és a munkavédelmi intézkedések tapasztalatairól a munkabalesetek és foglalkozási megbetegedések nyilvántartásáról és bejelentéséről, a felügyelet ellenőrzésének megállapításairól.

Munkavállalók legfontosabb kötelezettségei és jogai. A munkavállaló csak a biztonságos munkavégzésre alkalmas állapotban, az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munka végzésére vonatkozó szabályok megtartásával végezhet munkát. Így különösen köteles:

- rendelkezésére bocsátott munkaeszköz biztonságos állapotáról a tőle elvárható módon meggyőződni, azt rendeltetésének megfelelően és a munkáltató utasítása szerint használni, a számára meghatározott karbantartási feladatokat elvégezni;*
- egyéni védőeszközt rendeltetésének megfelelően használni és a tőle elvárható tisztításáról gondoskodni;*
- munkavégzéshez egészséget és a testi épséget nem veszélyeztető ruházatot viselni;*
- munkaterületén a fegyelmet, a rendet és a tisztaságot megtartani;*
- munkája biztonságos elvégzéséhez szükséges ismereteket elsajátítani és azokat a munkavégzés során alkalmazni;*
- részére előírt orvosi –pályaalkalmassági – vizsgálaton részt venni;*
- veszélyt jelentő rendellenességeket, üzemzavart tőle elvárhatóan megszüntetni, vagy erre intézkedést kérni a felettesétől;*
- balesetet, sérülést, rosszulletet azonnal jelenteni;*
- munkavállaló önkényesen nem kapcsolhatja ki, nem távolíthatja el és nem alakíthatja át a biztonsági berendezéseket.*

A munkavállaló jogosult megkövetelni a munkáltatójától:

- egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés feltételeit, a veszélyes tevékenységhez a munkavédelemre vonatkozó szabályokban előírt védőintézkedések megvalósítását;*
- egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzéshez szükséges ismereteket rendelkezésére bocsátását, a betanuláshoz való lehetőség biztosítását;*
- munkavégzéshez munkavédelmi szempontból szükséges felszerelések, munka- és védőeszközök, az előírt védőital, valamint tisztálkodó szerek és tisztálkodási lehetőség biztosítását;*
- a munkavállalót nem érheti hátrány az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeinek megvalósítása érdekében történő fellépéséért, illetve a munkáltató vélt mulasztás miatt jóhiszeműen tett bejelentéséért. E védelem megilleti a munkabiztonsági szaktevékenységet, illetőleg az Mvt. 57-58.§-ban előírt feladatokat ellátó munkavállalókat is;*

- *munkavállaló jogosult megtagadni a munkavégzést, ha azzal életét, egészségét vagy testi épségét közvetlenül és súlyosan veszélyeztetné. Ha a munkáltató utasításának teljesítésével másokat veszélyeztetne közvetlenül és súlyosan, a teljesítését meg kell tagadnia. Ilyen veszélyeztetésnek minősül különösen a szükséges védőberendezések, az egyéni védőeszközök működésképtelensége, illetve hiánya.” [45.]*

Az ideális munkavállaló Dr. Bényi Mária – „egészségbarát munkahely” című előadásából ismerhető meg legösszefoglaltabban [47.]:

- *„Józan, felnőtt ember óvja a testi épségét,*
- *Tart a baleset életre szóló hatásától (rokkantságtól),*
- *Tudja, hogy rövid – és hosszú távon is anyagi hátrányt jelent neki, és az egész családjának egy munkahelyi baleset,*
- *Nem kockáztatja a munkahelyét.*

Ezzel szemben a munkavállaló a mai magyar valóságban:

- *Elvállalja feketén is munkát,*
- *Biztosítás nélkül is dolgozik,*
- *Munkavédelmi ismeretek nélkül dolgozik,*
- *Alkalmassági vizsgálat nélkül dolgozik,*
- *Nem biztonságos gépeken is dolgozik,*
- *Munkavédelmi eszköz nélkül is dolgozik,*
- *Elvállal bármennyi órát egyhuzamban, csak hogy legyen munkája,*
- *Nem őrzi meg a ”józsánságát”,*
- *Esetenként szükségtelenül kockázat – nem használ munkavédelmi eszközt, ha biztosítják számára, akkor sem.*
- *A fáradtság miatt többet hibázik, különösen fizikailag megterhelő munkakörökben.*

Ezek alapján az ideális munkaadó:

- *Biztosítja az előírásnak megfelelő baleset-mentes körülményeket. A munkakörnyezet nem zsúfolt, jól megvilágított, nem zajos, nem poros, nincsenek a légtérben káros vegyi anyagok, a munkagépek biztonságosak, stb.*
- *A dolgozókat a szakképzettségüknek megfelelő munkakörben dolgoztatja. Munkavédelmi oktatást biztosít.*
- *Védőeszközökkel ellátja– azok viselését megköveteli.*
- *Biztosítja az alkalmassági vizsgálatokat.*

- *Nem tűri el a munkahelyi alkoholfogyasztást.*
- *Egyéb, az egészségi állapotot javító programokat indít. (Stressz kezelés, egyéb önismereti tréningek, stb.)*

A munkáltatónak gazdasági és büntetőjogi érdeke is, hogy ne legyen baleset. A dolgozó ne essen ki a munkából – ne csökkenjen a termelés. Ne kelljen táppénzt fizetni, ne keljen baleseti járadékot fizetni. Ne kelljen a balesettel magára vonnia a hatóságok figyelmét, rontania hírnevét. Nyugaton a balesetmentesség javítja a versenyképességet – ez is minőségi kritérium. Ezen kívül: baleset esetén gondoskodni kell a dolgozó pótlásáról, a munka-átszervezésekkel járhat, stb. Mégis számos helyen tapasztalható az ellenőrzésekből a védőeszközök hiánya, az alkalmassági vizsgálatok megszervezésének elmulasztása, és amikor a baleset beállt, a munkavállalóval történő kétoldalú megállapodás megkötése, így a baleseti esemény hatóságok előli eltitkolása.” [47.]

„Legújabb fejlemény, hogy még a kutatómunka végleges befejezését megelőzően megjelent a szociális és munkaügyi miniszter 5/2010. (III. 9.) SZMM rendelete a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról szóló 5/1993. (XII. 26.) MüM rendelet módosításáról. A jogszabály alapján – legfontosabb változásként – teljesen megújul a munkabaleseti jegyzőkönyv és annak kitöltési útmutatója, ez az előírás azonban csak 2011. január elsejétől lépett hatályba. Korábban a munkabaleseti nyilvántartást minden, egyes szervezeti egységnél külön-külön, illetve a székhelyen összesítve is vezetni kellett. Ahol időszakosan és rövid ideig történik a munkavégzés (különösen a kizárólag irattárolásra, műszeres vagy egyéb ellenőrzésre szolgáló egységnél, telephelyen), ott mostantól nem kötelező munkabaleseti nyilvántartást vezetni. További változás, hogy súlyos munkabaleset esetén a munkáltatónak haladéktalanul meg kell győződnie arról, hogy adott munkahelyen ki a tényleges munkairányító. Ha ez nem állapítható meg, akkor annak kell azonnal bejelentenie az OMMF-nek a súlyos munkabalesetet, akinek területén a munkavégzés folyt.

A rendelet előírja, hogy súlyos munkabaleset esetén a munkáltató a munkavédelmi felügyelőség megérkezéséig köteles a baleseti helyszínt a mentés után balesetkori állapotában megőrizni, vagy, ha ez további súlyos veszélyhelyzetet idézne elő, illetve jelentős anyagi kárral járna, akkor fényképekkel, videofelvétellel vagy más alkalmas módon kell dokumentálni a balesetkori állapotot. Ez egyébként teljesen ésszerű követelmény, a legtöbb jogszerű magatartást tanúsító munkáltató eddig is így járt el.

Ha a baleset munkaerő-kölcsönzés, kirendelés során következett be, a baleset kivizsgálását követően a jegyzőkönyvet a kölcsönbeadó, kirendelő munkáltatónak is meg kell küldeni. A hónap utolsó napjain történt balesetek esetén sokszor okozott nehézséget, hogy a jegyzőkönyvet a következő hónap nyolcadik napjáig kell beküldeni. A nyolc napból legalább két nap hétvége, ráadásul – ha a sérült kórházban van – meghallgatása is nehézkes. A rendelet módosítása révén súlyos munkabaleset esetén a határidő indokolt esetben harminc nappal meghosszabbítható. További változás, hogy súlyos munkabalesetek esetén már nem csak a munkabaleseti jegyzőkönyvet kell beküldeni, másolatban mellékelni kell a munkáltatói balesetvizsgálat teljes dokumentációját:

- *meghallgatási jegyzőkönyveket,*
- *szakmai képzettséget igazoló dokumentumot,*
- *kezelési jogosultságot igazoló dokumentumot,*
- *egészségügyi alkalmasságot igazoló dokumentumot,*
- *üzembe helyezést dokumentáló iratot,*
- *időszakos biztonsági felülvizsgálatot dokumentáló iratot,*
- *kockázatértékelést dokumentáló iratot,*
- *fényképfelvételeket, videofelvételeket,*
- *belső szabályzatok vonatkozó részeit.*

*A rendeletben pontosításra került a veszélyes munkaeszközök jegyzéke is.*¹³⁰ [43.]

9.5.4 Munkabaleset-biztosítás Németországban, Finnországban és Svédországban

9.5.4.1 Munkabaleset-biztosítás Németországban

A munkabaleset-biztosítás a világon elsőként 1884-ben Németországban kezdte meg működését. Célja valamennyi rendelkezésre álló eszközzel csökkenteni a munkabalesetek és a foglalkozási megbetegedések számát, illetve azok következményeit.

A német munkabaleset-biztosítást 35 szakmai szövetség alkotja. A balesetbiztosítók közjogi társaságok, munkájukat a munkáltatók és a munkaadók képviselőiből álló biztosítási tanácsok irányítják. [11.]

¹³⁰ A fogalmazásbeli változásokon kívül a legfontosabb újdonság, hogy két berendezéscsoportot külön is nevesítettek (hordozható patronos rögzítő- és egyéb összekapcsoló gép, személyszállításra használt folyamatos szállítóberendezések).

Az ipar területén működő biztosítók nem szorulnak állami támogatásra, míg a mezőgazdasági biztosítók esetében szükséges az állami támogatás, a közszolgálati biztosítók esetében pedig az állam a teherviselő. Működésük 4 fő területe:

- prevenció, ami munkavédelmi ellenőrzést, tanácsadást, oktatást, kutatások finanszírozását, foglalkozás-egészségügyi, munkavédelmi szolgáltatások nyújtását is magában foglalja,
- egészségügyi ellátás finanszírozása,
- rehabilitációs ellátások: a gyógyító és a rehabilitációs ellátások magas színvonalú biztosítása céljából saját kórházakat, rehabilitációs intézményeket hoznak létre és működtetnek, finanszírozzák a foglalkozási rehabilitációs feladatok egy részét,
- kompenzációs ellátások: melyek lehetnek átmeneti jellegűek (táppénz, rehabilitációs járadék) és tartósak (nyugdíj).

A német munkabaleset-biztosítás alapelvei:

- biztosítás, mint a munkáltató szavatossági kötelemeinek átvállalása,
- munkaadó felelős a munkavállaló egészségéért és biztonságáért a munkahelyen, szavatossággal tartozik a munkavállaló egészségét károsító valamennyi következményéért. A munkabaleset-biztosítás biztosítási díj (járulék) fizetés ellenében átvállalja ezt a szavatossági (jótállási) kötelezettséget, hozzájárul a munkaadók anyagi (és jogi) biztonságának a megteremtéséhez.
- megelőzés, a rehabilitáció, a kártalanítás közös szervezeti eljárás keretében való megvalósítása,
- megelőzésre ösztönző anyagi érdekeltségi mechanizmusokat tartalmazó járulék-rendszer, a következményeket enyhítő, kiküszöbölő rehabilitáció összhangban, zárt rendszer keretében történő megvalósítása hozzájárul a rendelkezésre álló eszközök hatékonyabb felhasználásához, hosszabb távon a járulékterhek csökkentéséhez,
- munkabaleset-biztosítás „önállósága”,
- mivel a munkabaleset-biztosítás a társadalombiztosítás más területeihez viszonyítva számos sajátossággal bír, e sajátosságok érvényesülése, a biztosító eredményes működése érdekében a munkabaleset-biztosításnak teljes önállóságot biztosítanak.

A német munkabaleset-biztosítás működésének is tudható be, hogy az 1960. és az 1990-es évek közötti időszakban a tagvállalatok a foglalkoztatottak száma csaknem 60%-ot emelkedett. Részből a taglétszám emelkedés is okozta, hogy a munkabaleset-biztosítási befizetések aránya a szociális járulékok között 1/3-al csökkent, holott ugyanezen

időszakban a többi társadalombiztosítási ágazatban 48%-kal nőtt a járulék nagysága. A munkabalesetek száma 60%-kal, a baleset miatt leszázalékoltak aránya csaknem 63%-kal, a halálos balesetek száma 70%-kal csökkent. További jellemző tendenciák:

- csökken a pénzügyi kompenzációs ellátások aránya,
- növekszik a prevenciók intézkedések kiadása,
- emelkedik a rehabilitációra fordított összegek aránya.

9.5.4.2 Munkabaleset-biztosítás Finnországban

A skandináv országok köztudottan fejlett szociális és egészségügyi ellátórendszerrel rendelkeznek. Az egészségmegőrzés terén különösen megragadóak Finnország eredményei az elmúlt évtizedekben. Finnország egészségvédelmi tevékenységét hazánkban is példaképpen emlegetik, azt azonban nem veszik figyelembe, hogy ezekben az eredményekben komoly szerepe van a munkabaleset-biztosítás prevenciók és rehabilitációk tevékenységének. [11.]

Finnországban munkabaleset-biztosítási tevékenységet 14 „üzleti” balesetbiztosító társaság végez. Mezőgazdasági jellegű eseményekkel a Mezőgazdasági Társadalombiztosító Intézet foglalkozik. A Balesetbiztosítási Intézetek Szövetsége (FAII) az összes olyan szervezet koordinációs központja, amelyek munkabaleset-biztosítási tevékenységet végeznek. Minden egyes biztosító társaság, amely munkabaleset-biztosítással foglalkozik Finnországban, valamint a Mezőgazdasági Társadalombiztosító Intézet és a finn Pénzügyminisztérium az FAII tagja. A FAII legfontosabb feladata a biztosítótársaságok által nyújtott kártérítések standardosítása és az irányadó törvények alkalmazása során a joggyakorlatok fejlesztése. A Szociális és Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium felügyeli a biztosító intézetek és társaságok tevékenységét. 1991. január 1-jén a finn Alkotmányt megváltoztatták, így a biztosító társaságok tevékenységét a közigazgatás részének tekintik, amennyiben a kötelező biztosítás végrehajtásáról van szó. A munkabaleset-biztosításról szóló törvény alapján az önálló tevékenységet folytatóknak lehetőségük van arra, hogy a hasonló kockázatokat önkéntes alapon fedezzék. Szolgáltatások:

- orvosi kezelés megtérítése,
- táppénz,
- baleseti nyugdíj,

- egészségkárosodásért fizetett járadék¹³¹,
- rehabilitációs intézkedések¹³²,
- hozzátartozói nyugellátások.

A biztosítási díjak, melyet teljes egészében a munkaadó fizet, úgy állapítják meg, mind a biztosított fél kockázatainak fedezésére, mind az arányos igazgatási kiadások fedezésére elegendő legyen. A munkabaleset-biztosítás hosszú távon se nem veszteséges, se nem nyereséges. A balesetbiztosításról szóló törvény értelmében a biztosító társaságoknak elegendő pénzügyi eszközzel kell rendelkezniük, hogy a balesetkből, vagy a keletkező károkból származó igényeket ki tudják elégíteni.

1985 óta Finnországban az összes halálos munkabalesetet egy olyan rendszerrel vizsgálják, amelyet munkabalesetek vizsgálatára hoztak létre. Ezt a vizsgálati rendszert az összes munkapiaci szervezet egységesen átvette. A vizsgálatokat az FAII koordinálja. A cél azoknak a tényezőknek a meghatározása, amelyek rendszerint a munkabaleseteket okozzák, s a hasonló balesetek megelőzésére módszerek kidolgozása. A halálos munkabalesetekről készült vizsgálatok eredményeit gyakran használják fel arra, hogy a munkabalesetek megelőzését megtervezzék.

9.5.4.3 Munkabaleset-biztosítás Svédországban

A munkabaleset-biztosítás Svédországban a legrégebbi biztosítási forma (1901). A 80-as években a tág határt biztosító szabályozás miatt a kártérítettek és a járadékosok száma nagyon megnőtt. Az 1993-ban újraszabályozás következtében számuk esett. 2002. július 1-jén az ismételt szabályozás keretében ismét tágították a jogosulti kört. A kötelező biztosítás körébe tartozik minden gazdaságilag aktív személy – foglalkoztatottak, foglalkoztatók, önfoglalkoztatók, foglalkoztatott családtagok, valamint a hivatásos katonák, védelmi szervezetek alkalmazottjai, a rehabilitációs és büntető intézetekben fogvatartottak, gondozottak. [11.]

¹³¹ Célja, hogy megfelelő kártérítést nyújtsanak az olyan egészségkárosodásért, amelyet testi sérülés, vagy betegség okozott.

¹³² A rehabilitáció költségét teljes egészében megtérítik.

9.5.5 Balesetek lélektana, kiváltó okok, kockázati tényezők

9.5.5.1 Balesetek lélektana, kiváltó okok

Kétségtelen tény, hogy a munkabalesetek meghatározó részét az oda nem figyelés és a hanyagság, a biztonsági előírások be nem tartása okozza. Csakhogy természetesen annak is van indoka, amiért ez a kockázatonövelő emberi magatartás bekövetkezik.

A tömegtermelés elterjedésével egyidejűleg eluralkodott a specializáció. Már az 1920-as évek „Hawthorne-i Kísérletek” néven elhíresült humán erőforrással foglalkozó pszichológiai kísérletek is kimutatták, hogy a hosszan tartó monoton munkavégzés egy gyors betanulási és professzionálissá válási időszakot követően elfásultságot, oda nem figyelést és egyre romló munkateljesítmény mellett romló munkaerőköltsöt is eredményez. A monotonitást éppen ezért apróbb változtatgatásokkal, és a munkaerőre történő személyes odafigyeléssel igyekeztek megoldani annak idején a szakemberek.

Napjaink legjelentősebb munkateljesítményre és emberi pszichózisra ható fenyegetése ma már nem feltétlenül a monotonitás, hanem a teljesítménykényszerrel együtt járó stressz. A stresszről úgy is szólhatnánk, mint korunk legalattomosabb „gyilkosa”, ami természetesen feltételezi, hogy stressz nemcsak a munkahelyen, hanem minden kényszerhelyzetet, nyomást tartalmazó helyzetben keletkezik. A létbizonytalanság, gazdasági recesszió korszakában ez a jelenség különösen nagy erővel tör felszínre. Vékony a határ a foglalkozási megbetegedések és az „általában” stressz okozta megbetegedések közt, mivel legtöbb feszültség munkahelyünkön, vagy munkánkkal kapcsolatban keletkezik. Ezt a feszült állapotot viszi haza csaknem mindenki, ahol aztán a folyamat folytatódhat, hiszen ingerült idegállapotban nem megfelelően reagálunk le eseményeket. A stressz munkabalesetekkel kapcsolatos összefüggéséről a Patika Magazin 2008-ban így ír, mi sem szemlélteti jobban: [46.]

„Világszerte egyre több vállalkozó érzi úgy, hogy munkája során stresszel kell megküzdenie. A feszültség okozta idegesség, ha elfojtják, betegséget okozhat, ha pedig lefelé gyűrűzik, az alkalmazottakat, munkásokat feszültté teheti, figyelmetlenné, akaratlanul is balesetet okozva.¹³³ [...] Németországban átlagosan minden 18. percben történik valahol valamilyen munkahelyi, üzemi baleset: minden 80. percben súlyos, minden 2,5 órában halálos kimenetelű. Az utóbbi időben több súlyos munkabaleset történt, ezek közül is kiemelkedőnek számítanak a kínai és dél-afrikai bányaszerencsétlenségek, amelyek sok

¹³³ A Grant Thornton International tanácsadó cég 24 országban 6300 kis- és középvállalat körében tavaly végzett és az idén közzétett felmérése kimutatta: Oroszországban a vállalkozók 48, Japánban 44, Franciaországban 31 százaléka érezte úgy, hogy munkája előző évhez képest nagyobb stresszre ad okot. [46.]

száz halálos áldozatot követeltek.¹³⁴ A munkahelyi balesetek bekövetkeztekor nyomban felvetődik a felelősség, s a balesetet szenvedők kártalanításának kérdése. Az Egyesült Államokban ügyvédek szakosodtak az ilyen ügyek intézésére.¹³⁵ [...] Németországban jogász bevonását tanácsolják ilyen esetekben a felelősség megállapítására, arra, vajon a baleset a munkavédelmi szabályok megsértésével munkavégzés közben, munkaidőben, a munkahely területén történt-e, s ha igen, kinek a hibájából. Mindenesetre, ha az üzemi balesetet szenvedő ártatlan is, kártalanítása néha hosszabb időt – esetenként évet, éveket – vehet igénybe.” [46.]

2012. március 30-án reggel a stressz okozta megbetegedésekkel, mint globális jelenséggel a Kossuth Rádió reggeli hírműsora is foglalkozott. Itt elhangzott az a tény, hogy a versenyző, vagy nagy felelősséggel járó szakmákban és beosztásokban az alkalmazó vállalat nem szerződéses módon, de lelkileg a munkavállaló teljes idejével rendelkezik, beleértve a szabadidőt is. Az „e-mail” és a mobiltelefon korszakában az alkalmazottak munkahelyükről kilépve otthonaikban, családjukkal töltött idejükben is elérhetők, sőt „elérhetőnek kell lenniük”. Ennek megfelelően a munkaalkoholizmus kényszeredetten is kialakul, és pszichózisa abban nyilvánul meg, hogy az érintett szakember képtelen kikapcsolódni, lazítani, így az idegi feszültség feloldása nem történik meg. Ilyen követelmény mellett sem gyermeket nevelni, sem családban élni, sem kikapcsoló szabadidős tevékenységet szervezni nem lehet, hiszen a munkavállaló gondolataiban állandóan a munka, a munkahely, a munkahelyi felelősség és ezek nyomása dolgozik, vagyis lélekben képtelen elszakadni munkájától. A műsorban elhangzott az is, mely szerint ma már nem ritka a „felsővezetőből lett jogatanár” jelenség, mivel egyre többen látják meg a stresszben a karrier és az élet zsákutcáját. A rádió híre szerint a Deutsche Telekom – elsőként a német nagyvállalatok közül – elrendelte, hogy alkalmazottai hétvégén ne legyenek kötelesek e-mailt nézni és megválaszolni. A Deutsche Telekom ezen intézkedése nem oldja meg a jelenséget, hiszen pl. nem szól a munkaidő utáni időszakról, a pénteken be nem fejezett irodai munkáról, a kiküldetésekről, a mobiltelefonos elérhetőségről, stb, ellenben rendkívül fajsúlyos lépés abban a folyamatban, mely a jelenség létezésének „hivatalos” elismerését jelenti. Ezzel a konkrét információval alá kívántam támasztani a munkabalesetek stresszből kifolyó okát, valamint érzékeltetni, hogy jelen korunk

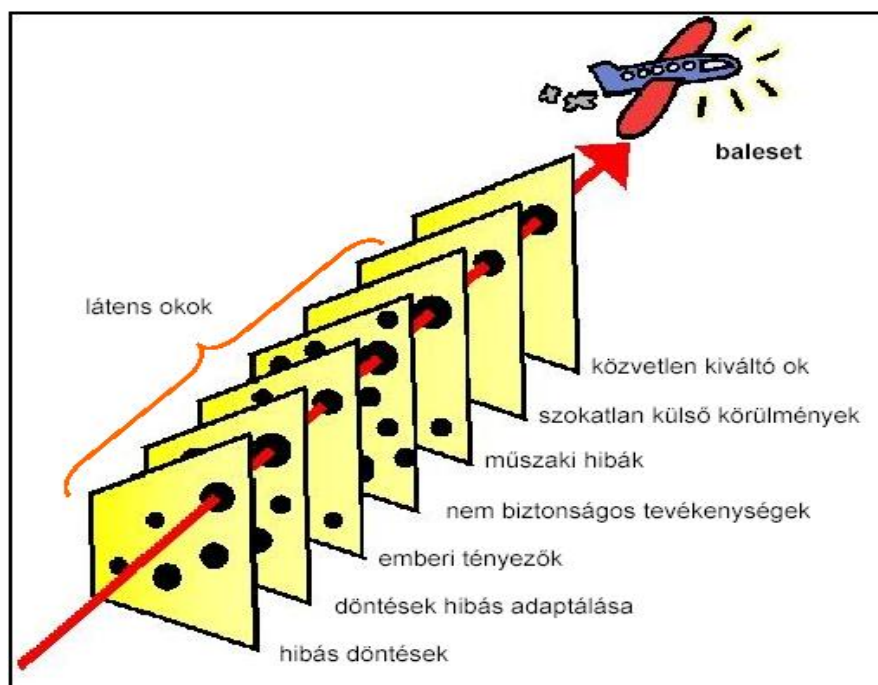
¹³⁴ Európában pedig még ma is emlékezetes a Csernobilban 1986-ban történt súlyos baleset, amikor is felrobbant a 4. számú atomreaktor, 32 dolgozó azonnali halálát okozva.

¹³⁵ A foglalkoztatottak biztonságáért és egészségéért felelős hatóság, az „Occupational Safety and Health Administration” (Foglalkozásbiztonsági- és Egészségügyi Hatóság) a minap 27 ezer dolláros bírsággal sújtott egy buffalói vállalkozót, amiért az nem gondoskodott egyik vízszelölője épségéről. A munkás mély árokban dolgozott, amelyet nem védett szádfal. Az árok beomlott, s az illető életét veszítette.

baleseteiért az „oda nem figyelés”, a munkabiztonsági feltételrendszer ki nem alakításán és be nem tartásán túl legnagyobb mértékben az emberi pszichózisban lejátszódó jelenségeket tartom felelősnek.

A munkahelyi biztonsági teljesítmény sikertényezői korábban, más szóval a biztonság fokozására alkalmazott első komoly erőfeszítések a műszaki rendszerek integrálásának elemzésén és fenntartásán alapultak. A korszerű biztonságkutatás azonban kimutatta, hogy az emberi, műszaki és szervezeti tényezők együttesen határozzák meg a cég teljesítményét, nemcsak a minőség, a kiadások és a teljesítmény, de a biztonság tekintetében is. A szervezeti tényező fontossága és szemantikai meghatározása az egyes kutatóknál különböző, de megegyezés van abban, hogy az magába foglalja a szervezet felépítését és kultúráját. Fazekasné Horváth Zsuzsanna tanulmányából idézve [44.]: „*A hibás emberi döntésektől a nem biztonságos tevékenységeken át a műszaki hibáig számos probléma rakódhat egymásra anélkül, hogy baleset következne be. A biztonsági küszöbökön való áthatolás a már évekkorábban létező biztonsági „lyukakkal” (tökéletlenségekkel és hibákkal) magyarázható, a baleset pedig látszólag az „utolsó csepp”, a közvetlen kiváltó ok miatt következik be.*” [44.] Ezt szemléletesen az 4. sz. ábra mutatja.

4. ábra: A „svájci sajt” modell a balesethez vezető okozati sorrend feltüntetésével



Forrás: Fazekasné HORVÁTH Zsuzsanna: „Balesetek a vegyiparban, az előrejelzés lehetőségei” [44.]

9.5.5.2 Iparági kockázati jellemzők

A baleseteket kiváltó okok csak terjedelmileg megítélve is önálló kutatómunkát sejtetnek, amennyiben valaki ténylegesen és részletesen elemezve azokat mögéjük néz. Ellenben az okok további latolgatása inkább a kockázatelemzés, munkaszervezés vagy pszichológia tudományát gazdagítaná egy újabb tudományos munkával, így további terjedelmet a téma ebben a kutatómunkában nem kap. Fontos azonban a legveszélyeztetettebb iparágakra vetni egy gyors áttekintést, hiszen a munkabalesetek kockázata iparáganként eltérő. Amikor kockázatarányos teherviselésről lesz szó, ennek ismerete, megértése rendkívül fontos.

A most bemutatásra kerülő 2 adathalmaz abban közös, hogy mindkettő munkabalesetek számára vonatkozó mennyiségi adatokat tartalmaz. A táblázatok jól megjelölik azokat az iparágakat, ahol nagy gyakorisággal fordultak elő, és/vagy súlyos munkabalesetek, emiatt a hatóságok is elsősorban ezekre összpontosítják munkavédelmi ellenőrzéseiket. A hatóságok emellett a foglalkozási megbetegedések, fokozott expozíciók¹³⁶ leggyakoribb előfordulási helyeire koncentrálnak, valamint oda, ahol a technológia fokozott veszélye miatt nagy munkavállalói létszám, vagy a tágabb környezet is veszélyeztetett.

Az átlagember információi alapján „veszélyes” iparág például az gépipar, feldolgozóipar, építőipar vagy a mezőgazdaság. Ehhez képest a számok okoznak némi meglepetést, már ami az iparágak valóságban tapasztalható veszélyességi sorrendjét illeti. Az I. sz. táblázat adatai az OMMF 2010. évi munkabalesetekről szóló összefoglalójából kerültek kimásolásra. [76.] A táblázatból kiderül, hogy munkabalesetek szempontjából a gépipar, a feldolgozóipar, és meglepő módon a harmadik helyen – megelőzve az építőipart – a kereskedelem a legkockázatosabb iparágak. Ez a tábla azonban nem a fajlagos mutatókat tartalmazza, tehát nem az „adott iparágban dolgozó adott mennyiségű munkavállalóra eső” balesetek számát mutatja be, így a „fajlagos” veszélyesség nehezen összehasonlítható egyes iparágak között. Az tény, hogy az OMMF tábla gyakorlatban használhatóbb, hiszen a tényleges balesetek száma látszik belőle, ami nem csupán „statisztikai szám”. Az I. sz. tábla szerinti iparági veszélyességi sorrend 2010-ben a következők szerint alakult: gépipar, feldolgozóipar, kereskedelem, szállítás és raktározás és postai tevékenység, igazgatás és oktatás (!), egészségügyi és szociális tevékenység.

A fajlagos adatokat a KSH táblája tartalmazza, mely emiatt szintén igazán beszédes. A tábla más szempontból, 10.000 teljes állású alkalmazottra jutó baleseti statisztikákat

¹³⁶ Expozíció szakkifejezés jelentése: betegségeknek való kockázati kitétel.

mutatja be. A II. sz. táblázat 2006-ra és 2007-re vonatkozóan¹³⁷ tartalmaz csupán adatokat – a disszertáció 2012-es befejezésekor ez volt a legfrissebb hivatalos hozzáférhető statisztikai kiadvány – így az OMMF tábla frissebb, 2010-es adataival a nyers iparági mennyiségi adatok sem összehasonlíthatók.¹³⁸ A II. sz. tábla fajlagos adatai alapján, 2007-re más „veszélyességi” sorrendet állít fel, mint az I. sz. tábla abszolút iparágakra vonatkozó adataiból ez összeállítható (ld.: fentebb). Ez szerint (II. sz. tábla utolsó oszlopa) a sorrend: bányászat, feldolgozóipar, szállítás, raktározás és postai tevékenység az első 3 helyen, utána mezőgazdaság, kereskedelem és építőipar. Hogy a két tábla közti adattartalom használhatósága közti különbséget érthetővé tegyem, figyelemre méltó a bányászatban 2006 és 2007 közt beállt baleseti esetszám csökkenés, mely azóta is tendencia. Azóta a bányászat „még előkelőbb” helyre került, tekintettel arra, hogy a mai magyar gazdaságot figyelembe iparági mércével tekintve szinte teljesen le is épült, 2011. I. félévében mindössze 12 bejelentett bányai munkabalesetről tud a hatóság. Az iparágak baleseti jellemzőit bemutató következő, 9.5.5.2. fejezetben a hatósági ellenőrzésekről készült OMMF beszámolók tartalmára támaszkodom. [48.] [76.]

¹³⁷ A disszertáció készítésekor a legfrissebb egészségügyi statisztikai évkönyv a 2007. évről állt rendelkezésre.

¹³⁸ A két tábla adatai a vonatkozó időszaok eltérésén túl legfőképpen azért sem összehasonlíthatók, hiszen az iparágak meghatározása (besorolása) jelenleg más-más módszertani elvek mentén történik.

I. sz. táblázat: Az összes munkabaleset és a munkabalesetek kiemelt kategóriái szerint száma iparáganként Magyarországon, 2010.- (darab)

Nemzetgazdasági ág	Összes munkabaleset			Halálos			Súlyos csonkolásos			Egyéb súlyos			Súlyos összesen		
	össz.	férfi	nő	össz.	férfi	nő	össz.	férfi	nő	össz.	férfi	nő	össz.	férfi	nő
Mezőgazdaság	814	644	170	12	12	0	2	2	0	7	6	1	21	20	1
Feldolgozóipar	3386	2282	1104	11	9	2	16	13	3	5	4	1	32	26	6
Gépipar	3540	2767	773	5	5	0	13	12	1	1	1	0	19	18	1
Építőipar	1053	1009	44	25	25	0	0	0	0	14	14	0	39	39	0
Kereskedelem	2553	1329	1224	6	6	0	1	0	1	5	5	0	12	11	1
Bányászat	12	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Szálláshely, vendéglátás	519	228	291	1	1	0	1	0	1	0	0	0	2	1	1
Szállítás, raktározás, posta távközlés	2492	1920	572	19	19	0	3	3	0	3	3	0	25	25	0
Egészségügyi, szociális ellátás	1330	438	892	2	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1	1
Pénzügyi tevékenység	148	48	100	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0
Igazgatás, oktatás	1948	724	1224	2	2	0	1	1	0	2	1	1	5	4	1
Nyomozás, biztonsági tevékenység	126	102	24	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0
Háztartások	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egyéb ágazatok	2025	1412	613	11	8	3	0	0	0	2	2	0	13	10	3
Összesen	19948	12915	7033	95	89	6	38	32	6	40	37	3	173	158	15

Forrás: Országos Munkavédelmi és Munkaügyi Főfelügyelőség (OMMF) [76.]; web: http://www.ommf.gov.hu/index.html?akt_menu=223

II. sz. tábla: Munkabalesetek száma és aránya ipari ágazatonként, 2006 és 2007.¹³⁹ (darab)

Ágazat	Balesetek száma összesen	Ebből: halálos	Tízezer alkalmazottra jutó baleset	Balesetek száma összesen	Ebből: halálos	Tízezer alkalmazottra jutó baleset
	2006			2007		
Mezőgazdaság, erdőgazdálkodás, halászat	1 064	16	87,0	907	14	73,8
Bányászat	367	2	251,7	241	1	166,1
Feldolgozóipar	9 153	17	112,9	8 841	18	107,2
Villamosenergia-, gőz-, vízellátás	374	2	56,0	260	2	41,1
Építőipar	1 445	35	56,9	1 298	45	49,7
Kereskedelem, javítás	2 859	9	61,4	2 618	4	55,1
Szálláshely-szolgáltatás, vendéglátás	509	2	37,6	476	1	35,3
Szállítás, raktározás, posta, távközlés	2 685	14	97,9	2 417	18	87,4
Pénzügyi közvetítés	93	–	13,0	107	1	14,9
Ingatlanügyletek, gazdasági szolgáltatás	841	8	39,8	840	7	38,5
Közigazgatás, védelem, kötelező társadalombiztosítás	632	6	21,2	526	4	18,5
Oktatás	831	4	26,2	813	–	26,3
Egészségügyi, szociális ellátás	1 385	5	54,2	1 183	2	47,7
Egyéb közösségi, személyi szolgáltatás	798	5	60,3	625	2	47,5
Területen kívüli szervezetek	2	–	34,2	2	–	16,3
Összesen	23 038	125	67,2	21 154	119	61,5

Forrás: KSH: egészségügyi statisztikai évkönyv, 2007. [75.]

Feldolgozóipar:

„Számát és 10.000 munkavállalóra vetített arányát tekintve is a legtöbb munkabaleset a feldolgozóiparban történik. A feldolgozóipari ágazatban tartott ellenőrzések alkalmával – minden egyes alágazatban – jelentős baleseti veszélyforrást jelentett a kézi- és gépi anyagmozgatás. A feldolgozott adatok szerint az összes bekövetkezett munkabaleset 40 %-a

¹³⁹ Figyelem! Az ipari ágazatok KSH szerinti besorolása eltér az OMMF által használt iparági bontástól. Ami miatt 2 adatforrást kellett használnom azért volt, mert az OMMF adatok ugyan frissebbek, de nem található köztük 10.000 munkavállalóra vonatkozó kimutatás. Tehát az I. és II. sz. tábla sem módszertanilag, sem a felhasznált (kimutatott) évek adatai tekintetében sem összevethető! Csak önmagukban értelmezhetők.

ebben az ágazatban történt. [...]Az ellenőrzések alkalmával feltárt jellemző hiányosságok: a személyi feltételek hiánya, az alkalmazott segédeszközök, továbbá az anyagmozgató gépek műszaki alkalmatlansága, vagy hiányossága.” [48.]

„Az élelmiszeripar területén a létesítmények állapota, a technológiai vonalak jól kiépítettek. A technológiában működtetett gépekkel, berendezésekkel már több volt a probléma. Az ellenőrzések alkalmával tapasztalt jellemző hiányosságok a gépek burkolatainak hiánya, továbbá a védőeszköz használatának elmulasztása.” [48.]

A fafeldolgozó-, és bútorigarban a jobb, korszerűbb gépek, berendezések megjelenésével csökkent a balesetveszély, de a porok rákkeltő hatása még így is jelentős. Előforduló hiányosságok voltak: a szerszám védőburkolatok szabványtól eltérő kialakítása, hiányos volta vagy teljes hiánya, a reteszelések, vészleállítási lehetőség hiánya, védőburkolat nélküli villamos berendezések előfordulása. Az alapvető biztonsági berendezéseket igyekeztek biztosítani. A fafeldolgozó iparban az időszakos munkaköri alkalmassági vizsgálatok elvégzésének nem megfelelő a gyakorisága, illetve a szükséges zaj- és pormérések elmaradása jelentették a tapasztalható hiányosságokat. [48.]

Fémszerkezet gyártás és , fém megmunkálás területén a legtöbb munkabiztonsági intézkedés a gépek állapota miatt történik, de több esetben előfordult az egyéni védőeszközök hiánya is. A vasiparban jellemző hiányosság, hogy a munkáltatók nem tételezik fel, hogy a tevékenységük során a munkavállalókat a megengedettnél nagyobb zajártalom érheti, és ennek következtében zajmérést sem végeztenek. Kritikus egészségkárosító tevékenység a hegesztés, ahol a technológiából adódóan káros gázok-gőzök szabadultak fel. A hegesztő munkahelyeknél mind gyakrabban alkalmaztak helyi elszívó berendezéseket, megfelelő használatuk azonban nem mindenütt volt biztosított. [48.]

„Munkaegészségügyi szempontból kockázati tényezőként jelent meg a felületkezelés során alkalmazott festékek, bevonó anyagok okozta légszennyezés, emiatt pl. az oldószerekkel kapcsolatban nem megfelelően megválasztott egyéni védőeszköz miatt is történt intézkedés. Előfordult, hogy a munkáltató az új veszélyes anyag és új technológia bevezetésekor a munkavállalók egészségét és biztonságát veszélyeztető kockázatok minőségi, illetve mennyiségi értékelését nem végezte el, illetőleg a munkavállalók az oldószeres festési

technológiából adódó új kémiai kóroki tényezőkre tekintettel, előzetes munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálaton nem vettek részt.”¹⁴⁰ [48.]

„A számok mellett a hatósági ellenőrzési tapasztalatok azt igazolják, hogy az ágazat folyamatos ellenőrzése indokolt, mivel a jogsértések valamennyi típusa magas arányban képviseli magát. Még mindig előfordult, hogy a foglalkoztató az élelmiszerbiztonsági szabályok betartására hivatkozva próbálja az ellenőrzést kivédeni.” [48.]

„A magas mutatók egyik fő oka, hogy a feldolgozóiparban dolgozik a legtöbb munkavállaló, de sajnos a gazdasági válság - a csoportos létszámcsökkentések révén – leginkább a feldolgozóipar munkavállalóit sújtotta.” [76.]

Mezőgazdaság:

Ez az ágazat 4. vagy 5. helyen áll a „veszélyességi” listákon a 10.000 munkavállalóra eső munkabalesetek számának tekintetében. Nem is meglepő, hiszen a munkavállalók számarány és a mezőgazdaság gépesítettsége bőven alátámasztja. „Az ágazat munkavédelmi helyzetére általánosságban elmondható, hogy a jelentősebb, a 100 vagy több főt foglalkoztató munkáltatók megerősödtek, jelentős összegeket fordítanak gépparkjaik folyamatos fejlesztésére, új, korszerű erő- és munkagépeket szereznek be, korszerűsítik állattenyésztésüket.” [48.]

„A mezőgazdasági tevékenységet végző munkahelyeken gyakori, hogy a (rosszul értelmezett) termelékenység, gazdaságossági szempont előtérbe helyezésével háttérbe szorul a karbantartás, és a munkavédelmi szempontok betartása. Gyakran a biztonságos módszerek helyett a kényszer szülte megoldásokkal teszik működőképessé a berendezéseket, illetve javítják azokat. Jellemző az ágazatra a kockázatértékelés hiánya. A feldolgozott adatok szerint a bekövetkezett halálos munkabalesetek száma a második legmagasabb az ágazatok között.

Az egri borvidéken a korábbi ellenőrzések eredményeként kiszabott büntetéseknek jelentős hatása volt a jogkövető magatartás kialakulásában, ugyanis a szüreti ellenőrzésekkor többfelé tapasztalták, hogy az alkalmi munkavállalókat jogszabályi előírásnak megfelelően foglalkoztatták. Az Észak–alföldi régió arról számolt be, hogy kezd visszaszorulni a régióban azon esetek száma, ahol a munkáltató haszonbérleti jogviszonynak kívánja beállítani a munkajogviszonyt.” [76.]

¹⁴⁰ Például: elmaradt a toluollal dolgozók időszakos alkalmassági vizsgálata.

Kereskedelem és vendéglátás:

„Az ágazat területén súlyos veszélyeztetésre utaló hiányosságok nem voltak tapasztalhatók. A használt gépek többnyire megfelelő állapotúak. Említést érdemelnek az áruházláncok, amelyeknél veszélyforrást jelentett az a kialakult gyakorlat, hogy a nyitva tartás alatt végzik az árufeltöltést, jellemzően különböző targoncák igénybevételével, amelyek használata fokozott veszélyt jelent a vásárlókra is. Jellemző a zsúfolt anyagtarolás, a magasban elhelyezett, megbontott egységrakatok tárolásából adódóan a tárgyak leesésének a veszélye nagy, a targoncák hangjelző berendezéseinek üzemképtelensége veszélyt okozhat.” [48.]

„A kis létszámot foglalkoztató kereskedelmi egységeknél szabálytalanságot – elsősorban a hűsvéti árukészlet feltöltése miatt – a közlekedési utak eltorlaszolása, rakodóhelyként való használata terén találtunk. Jellemző volt a villamos kezelőhelyek eltorlaszolása, az egyéni védőeszköz juttatási rend meghatározásának hiánya.” [48.]

„A logisztika területén főként az anyagmozgató berendezések, gépek jelentettek kockázati tényezőt. Tapasztalataink szerint azonban többnyire igyekeztek ezeket a gépeket megfelelő állapotban tartani. [...] A kereskedelmi és a vendéglátóipari egységek területén a hiányosságok többségét a tároló állványok rögzítésének hiányai, a deformálódott és elhasználódott állványelemek valamint az állványok előtti zsúfolt tárolások jelentették. Tapasztalatok szerint a kockázatértékelésről szóló dokumentációk sablonosak, gyakorlatilag munkabiztonsági szaktevékenységet végző szakemberek egyedül készítik, munkaegészségügyi szaktevékenységet végző nem vesz részt a veszélyek meghatározásában, mivel erre a munkáltató sem tart erre igényt, csak ellenjegyzéssel tesz eleget a munkavédelmi törvényben megfogalmazott ilyen irányú kötelezettségének.” [48.]

„Változatlanul gyakori az előzetes munkaköri alkalmassági vizsgálatok hiánya, és sokszor hiányzott az időszakos orvosi vizsgálat is. Az orvosi vizsgálatok rendjét a munkáltatók jelentős része nem szabályozta. A kockázatértékelések során a veszélyes anyagokkal kapcsolatos kockázatokat többnyire nem mérték fel és a kockázatértékelések évenkénti felülvizsgálatát is elmulasztották. A kereskedelemben a kóroki tényezők közül a fizikai munka (kézi anyagmozgatás) által okozott túlterhelés a jellemző, ami több esetben kényszer testhelyezettel párosul. [...] A munkavállalók többsége együttműködik a felügyelőkkel ebben az ágazatban, mivel a telepített munkahely révén a helyszínt nem tudják elhagyni. Továbbra is jellemző az ágazatra a munkaidő-nyilvántartás teljes hiánya a munkaidős jogsértések

leplezésekor, gyakori az utólag meghamisított nyilvántartás bemutatása. Nem ritka hogy az ágazatban napi 16 -18 órát dolgozik a munkavállaló. A felügyelők ezen a területen törekednek a folyamatos forgalom biztosítására, ezáltal annak kizárására, hogy a munkáltató valamilyen kárigényt próbáljon érvényesíteni a hatósággal szemben, ezzel viszont az ellenőrzések ideje megnyúlik, csökken a hatékonysága.” [76.]

Építőipar:

„Ami miatt az építőipar Európa szerte a munkavédelmi hatóságok fókuszában van, az a feketén alkalmazott munkavállalók kiemelkedően nagy száma. Magyarországon ebben az ágazatban termelik ki a feketén foglalkoztatottak legnagyobb részét. Az ágazatra jellemző, hogy gyakran és nagy számban foglalkoztatnak dolgozókat akik munkavédelmi oktatásban nem vesznek részt. Mindezek következtében nem ismerik fel a meglévő veszélyhelyzeteket, a biztonsági követelményeket felelőtlenül figyelmen kívül hagyják.” [48.]

„A munkavédelmi bírságok jelentős többsége ebben az ágazatban került kiszabásra, a fent felsorolt fokozottan balesetveszélyes munkáltatói mulasztások következtében. Általános tapasztalat, hogy a tetőszerkezeti munkáknál sem kollektív, sem egyéni védőfelszerelést nem alkalmaznak, szinte sohasem jelölte ki a munkáltató a rögzítési (kikötési) pontokat a védőeszköz kötélezete számára.” [48.]

9.5.6 A magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat hiányosságai

A 7. és a 8.1-es fejezetben leírt megállapítások jól érzékeltetik a magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat ellentmondásosságát. Hol tart a szervezettségben, és milyen hiányokkal küzd, hogyan szerveződik tehát összefoglalóan a magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat? Ebben a fejezetben összefoglalom a dolgozat leglényegesebb, a munkabaleset-biztosítási gyakorlattal kapcsolatos megállapításait, valamint további olyan tényeket, melyek a gyakorlat eredményességét közvetlenül befolyásolják.

Kiemelem dolgozatom bevezető szakaszából – szinte szó szerint idézem – hogy: „*mind a természetbeni, mind a pénzbeli egészségügyi ellátásokat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár finanszírozza az Egészségbiztosítási Alap terhére. Tekintettel a biztosító jótállási kötelezettségére, minden munkabaleset kivizsgálásra kerül. Amennyiben a balesetek esetén megállapítható a munkáltató felelőssége, úgy a dolgozó baleseti ellátásával kapcsolatos*

*minden kiadás megtérítésére kötelezi az OEP a munkaadót. A munkabaleset-biztosítás számára az E-Alapon belül elkülönült alszámla, vagy forrás nem áll rendelkezésre, mint ahogyan a biztosító szervezeti és működési felépítése sem definiálja külön ezt a szakterületet. Hazánkban az egyén valódi, széles körben elterjedt választási lehetősége sem a pénzügyi ellátások, sem az orvosi ellátások közt nem áll fenn. A választás hiánya, az egyedi baleseti esetkezelés (esetmenedzsment) hiánya, valamint a lakosság rendkívül alulinformáltsága a baleseti eseményekkel kapcsolatban olyan attitűdöket honosított meg, mely szerint egy baleset következményeként a tartós pénzügyi ellátások folyósítását elérni reménytelibb és egyben jobban vágyott, mint a testi-lelki felépülést, a minél teljesebb minőségű életet. Az attitűd kialakulásához az elmúlt évtizedek társadalom szocializációs folyamatai is nagyban hozzájárultak, továbbá sokat rontott rajta az egészségügy színvonaláról, a teljes felépülés lehetőségéről alkotott lakossági kép, valamint a rendszerváltás óta bizonytalanná vált megélhetéssel szemben a **fix állami jövedelmek előnyben részesítése**. Noha kezdeményezések már történtek e területen,¹⁴¹ és tapasztalható is előremozdulás, a munkabaleset-biztosítási koncepciók továbbra sem jutottak érvényre és Magyarországon az egészségpolitikusok eleddig nem látták meg a munkabaleset-biztosítás elkülönült kezelésében rejlő lehetőségeket.”*

A magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlatban jóformán **hiányzik a megelőzés és a speciális rehabilitáció**. A munkabaleset-biztosítási funkciók megoszlanak a különböző szervezetek között, nem minden esetben kapcsolódnak az adatszolgáltatáshoz, a töredezett, olykor szabályozatlan ügymenethez. Az intézményi és **a főhatósági feladatok** minden irányban **koordinálatlanok**, mivel **a munkabaleset-biztosításnak jelenleg nincs felelős „gazdája”**.

A rendszerváltást követően a megváltozott társadalombiztosítási viszonyok nem eredményeztek változást a munkabaleset-biztosítás terén, sőt a korábban egységes ügyviteli rendszerek felbomlottak. Mindezek eredményeképpen a kockázatokat hordozó munkahelyeken nincs pozitív hatása a munkabaleset-biztosítási ellátások szabályainak, előírásainak. **A biztosítónak nincs érdemi kapcsolata a műszaki és az egészségügyi prevencióval**. Más szóval a hazai társadalombiztosításban baleseti ellátások és **nem valódi biztosítási mechanizmusok működnek**. A helyzet **ellátásszervezési-szakmai jellemzésére** az alábbi megállapítások szolgálhatnak: [11.]

¹⁴¹ Lásd: többször hivatkozott Széll Kálmán Terv [86.]

1. Nagy részben az események eltitkolása és a jelentési rendszer hiányosságai miatt **nem rendelkezünk megbízható információkkal** az üzeminek elismert balesetek súlyosságáról, tényleges számáról és epidemiológiájáról,
2. Az egészségbiztosítási járulék nagysága – mely deklaráltan magában foglalja a baleseti kiadások fedezetét is – nem függ a tényleges munkahelyi kockázat mértékétől, így az egészségbiztosításba beépült munkabaleset-biztosítási gyakorlat **nem foglal magába semmiféle kockázati elemet**. Az egészségbiztosítás egyéb, megelőző szolgáltatási tevékenységet nem folytat. A rendszer nincs ösztönző hatással a megelőzésre. A rehabilitáció, és általában a kiadások a szükségletek befolyásolása általi racionalizálása a gyakorlatban háttérbe szorul.
3. **A társadalombiztosítás jelenlegi gyakorlatában túlsúlyban vannak a pénzbeli, ún. „kompenzációs” ellátások**. Ezek az államháztartás költségvetési rendszerében hatékonyságot okoznak részben az elavult minősítési szabályok, elavult kategória rendszerek, részben a szociális és munkaerő piaci problémák kezelésének ebben a formában történő „bebetonozódása” révén. A jelentkező hatékonyság abban áll, hogy az érvényben lévő kompenzációs mechanizmus jelentős kiadási forrásokat von el a társadalmi integrációt biztosító rehabilitációtól és más előre mutató tevékenységektől. A hatékonyság felszámolására és a preventív valamint rehabilitációs gyógyellátási szolgáltatásokra a jövőben kiemelkedő hangsúlyt kell fektetni.
4. Magyarországon is elmondható, hogy a **foglalkozás-egészségügyi ellátás lényegében kialakult**, és szakmai, valamint tudományos szempontból a fejlett ipari országok színvonalát nemcsak eléri, de bizonyos elemeiben meg is haladja.. Mivel a foglalkozás-egészségügyi hálózat azonban a munkáltatóktól függ, hiszen egzisztenciális értelemben a munkáltatók finanszírozzák a hálózatban résztvevő szolgáltatókkal kötött szerződések alapján, így a gyakorlat nem tudja érvényre juttatni szakmai kompetenciáját, vagyis nem képes a kívánt mértékben szolgálni a megelőzés érdekeit. A foglalkozás-egészségügy számára a jövőben olyan finanszírozási és kötelmi viszonyokat szükséges megteremteni, melyek a ráfordításoknak és a szakmai küldetésének megfelelő szerep betöltéséhez egyaránt megoldást tudnak jelenteni.
5. A munkáltató felelősségére alapozott **megtérítési igényekkel** alapvető problémák jelentkeznek. Egyrészt az alapjaiban is **kétséges gyakorlat** miatt még a megítélt

megtérítési összegek sem biztosítják a munkával összefüggő egészségkárosodások ellátási kiadásainak fedezetét, másrészt a munkáltatók részéről ellenérdekeltség jelentkezik a baleseti események bevallására. A kétszatornás társadalombiztosítási és kártérítési rendszer terheit minden oldalról a munkáltató viseli, mely éppen ezért érthető módon az elégedetlenség forrása. Ezen elégedetlenség nagy része jogi úton keres érvényesíthetőséget a munkáltatók részéről, így nem kevés többlet feladatot ad az amúgy is túlterhelt igazságszolgáltatásnak.

6. **Hatósági szabályozásra, ellenőrzésre és szankcionálásra épülő munkabalesetek és foglalkozási betegségek megelőzési rendszere alacsony jogkövetési morált eredményez.** Nagy számú ellenőrizendő egység szembesül az ellenőrző kapacitás szűkösségével, ami miatt a rendszer ösztönzői nem tudják számottevően javítani a munkavédelem helyzetét.
7. Gazdasági értelemben és erkölcsileg is nagyon fontos, hogy a munkabalesetet szenvedett vagy foglalkozásában megbetegedett munkavállaló a leg adekvátabb, vagyis a lehető leggyorsabb és a legeredményesebb gyógykezelésben részesüljön. Az **egészségügyi ellátás általánosan is meglévő problémái, a gyógykezelés indokolatlan elhúzódnása, elvárhatóhoz képesti eredménytelensége** a lakosság járulékfizetői számára többletterhekkel, illetve többletvesztésekkel járnak. Ezek legfőbb megnyilvánulásai a túl sok kifizetett (igénybe vett) táppénz, az igen magas, olykor indokolatlan rokkantsági nyugdíj kiadások, az állampolgárok, termelő szervezetek kieső jövedelme, valamint az állam számára az adó- és járulékbévételek elmaradása. Ezért az ellátás és jogosultság-kezelési oldal hatékonyságának érvényesítése elodázhatatlan kihívások a munkabaleset-biztosítási rendszer megteremtési folyamatában.
8. A rendszerváltás után számos tekintetben gyökeresen átalakult a gazdasági struktúra. Többszörösére nőtt a munkáltatók száma, mialatt lényegesen csökkent a munkavállalóké. A számában megnövekedő munkáltatók túlnyomó többsége 10 főnél kevesebb munkavállalót foglalkoztató mikro vállalkozás lett. A strukturális változásba illeszkedően a nagy kockázatú iparágak jelentősége lényegesen csökkent, így a vegyipar, kohászat, bányászat és a fémipar bizonyos ágai visszaszorultak súlyukat tekintve. A változás részeként, illetve következményeként a kockázatok jellegében is

eltolódás mutatkozott. Az informatika fejlődésével, a TQM¹⁴² minőségbiztosítási rendszer bevezetésével új, **elsősorban pszichés és ergonómiai jellegű kockázatok jelentek meg**. Mindezek a változások a mai napig nem elég hangsúlyosak a munkavédelmi tevékenységben.

9. **Az egészségügyi és társadalombiztosítási munkáltatói terhek jelentősek.** Fizetik az egészségbiztosítási járulékot, az egészségügyi hozzájárulást, a betegszabadságot, a táppénz harmadát, fenntartják a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatást. Mindezen terheket azért lehet felvállaltatni a munkaadókkal, mert a hatékony üzletmenet megvalósításának elsőszámú feltétele, így a munkaadóknak is legfőbb érdeke hogy egységes, fizikailag, szellemileg jó állapotban lévő, állandó munkaerő álljon rendelkezésükre. A sok kiadás és munkaadó oldali óvintézkedés ellenére a munkaadók nem érzik magukat biztonságban a munkavállalók egészsége szempontjából. Idézek Dr. Juhász Ferenc és munkatársai által elkészített, többször hivatkozott [11]-es forrásból: *„Az emberek a munkahelyen sem vigyáznak az egészségükre. Egy-egy aktuális termelési feladat elvégzését gyakran lehetetlenné teszik a betegállományok. A beteg dolgozó munkába való visszatérését a munkáltató nem tudja betervezni, mert a gyógyulás, a keresőképtelenség időtartamában nincs szabályszerűség, megfelelő szabályozás. Számos esetben vád is éri a munkaadót, hogy nem ügyel a biztonságra, vagy az ellátások megtérítése okán még perbe is keveredik a biztosítóval. A munkaadók számára az önálló balesetbiztosítás befizetések átláthatóságának, követhető megtérülésének eszköze lehet.”*

A fentieket összegezve megállapítható, hogy a munkahelyi egészségkárosodásoknak a hazai társadalombiztosítás általi kezelése korszerűtlen. A társadalombiztosítás nem tölti be szerepét – nem valósítja meg a kockázat-arányos teherviselést, nem szolgálja a megelőzést, nem biztosítja a színvonalas egészségügyi ellátást, nem támogatja a rehabilitációt. Holott ez a különböző országokban működő munkabaleset-biztosítási rendszereknek alapvető feladata. Mindezek alapján parancsoló szükségszerűség a munkabaleset-biztosítás átfogó reformjának a megvalósítása.

¹⁴² Total Quality Management – teljes minőségirányítás.

10 KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ajánlom munkámat néhai Dr. Gidai Erzsébet professzor asszony emlékére, aki elindított a tudományos szakmai érdeklődés és kutatás útján, és biztatása, odaadó segítsége nélkül sosem készült volna el ez a mű.

K ö s z ö n e t n y i l v á n í t á s

Gyakorló közgazdászként, egészségügyi menedzserként, felelős vállalati vezetőként hihetetlen utazásnak éltem meg a kutatómunka létrejöttének folyamatát. Visszagondolva is úgy látom, hogy jelen értekezés létrejötté csak széles körű szakmai összefogással valósulhatott meg mindazok között, akik segítették olykor nem mindennapi nehézségekbe ütköző munkámat.

Ezúton szeretnék köszönetet mondani odaadó szakmai támogatásáért Prof. Dr. Gidai Erzsébetnek, tudományos mentoromnak, Prof. Dr. Dézsy József konzulensemnek, témavezetőmnek, barátomnak és tanáromnak és Dr. Soltész Katalinnak a munkabalesetek elismert szakértőjének, aki végig mellettem volt, hitt bennem, támogatott, és akinek hathatós segítsége nélkül ez a kutatómunka talán el sem készült volna, ebben a formában biztosan nem.

Köszönettel tartozom Dr. Kiss József és Dr. Barát Gábor főigazgató uraknak, hogy lehetővé tették számomra az Országos Egészségbiztosítási Pénztár és az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság üzemi balesetekkel kapcsolatos adatainak megismerését és feldolgozását. Köszönöm ezen intézetek vezetőinek és munkatársainak, Dr. Szépvölgyi Editnek, Flamichné Kárpáti Györgyinek, Nagy Ildikónak, Dr. Móricz Ferencnek, Fernbach Lászlónak és munkatársaiknak lelkiismeretes segítségét ahhoz, hogy az alap információk és adatok a lehető legpontosabban, leggyorsabban és legerőteljebben rendelkezésemre álljanak. Köszönöm segítségét a Semmelweis Egyetem munkatársainak, Györke Károlynak, Mikola Évának és Batta Zsókanak a számítások tovább feldolgozásában és a szöveges tartalmak előállításában. Külön köszönöm segítségét és inspirációját Dr. Juhász Ferencnek, aki a kezdő lökést megadta ahhoz, hogy megtanuljam „balesetbiztosítóiul” látni a kutatás témakörét.

Kis Róbert

Érd, 2012. április 16.

11 JOGI NYILATKOZAT

NYILATKOZAT

Alulírott **KIS RÓBERT** jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy „a magyar munkabaleset-biztosítási gyakorlat ráfordításai és közgazdasági hatékonysága nemzetközi viszonylatban” című **PhD értekezésem**

Önálló munkám, az értekezés készítése során betartottam *a szerzői jogról szóló 1999. évi LXXVI. tv.* szabályait, valamint a Széchenyi István Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola által előírt, a doktori értekezés készítésére vonatkozó szabályokat, különösen a hivatkozások és idézések tekintetében.¹⁴³

Kijelentem továbbá, hogy az értekezés készítése során az önálló kutatómunka kitétel tekintetében a programvezetőt illetve a témavezetőt nem tévesztettem meg.

Jelen nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem, hogy amennyiben bizonyítható, hogy az értekezést nem magam készítettem, vagy az értekezéssel kapcsolatban szerzői jogsértés ténye merül fel, a Nyugat-magyarországi Egyetem megtagadja az értekezés befogadását.

Az értekezés befogadásának megtagadása nem érinti a szerzői jogsértés miatti egyéb (polgári jogi, szabálysértési jogi, büntetőjogi) jogkövetkezményeket.

Sopron, 2012. május 09.

.....
doktorjelölt

¹⁴³ 1999. Évi LXXVI. Tv. 34. § (1) a mű részletét – az átvevő mű jellege és célja által indokolt terjedelemben és az eredetihez híven – a forrás, valamint az ott megjelölt szerző megnevezésével bárki idézheti. 36. § (1) nyilvánosan tartott előadások és más hasonló művek részletei, valamint politikai beszédek tájékoztatás céljára – a cél által indokolt terjedelemben – szabadon felhasználhatók. Ilyen felhasználás esetén a forrást – a szerző nevével együtt – fel kell tüntetni, hacsak ez lehetetlennek nem bizonyul.