

# Fiskalizáció - mint egyfajta megoldás a versenyképesség gondjaira és a robotizáció nyomán várható bevételkiesésekre - Pénzügyi Szemle folyóirat

2017. november 10. 22:52

## Fiskalizáció - mint egyfajta megoldás a versenyképesség gondjaira és a robotizáció nyomán várható bevételkiesésekre

Banyár József a Pénzügyi Szemle legutóbbi számában megfogalmazta kifogásait a társadalombiztosítás fiskalizációjával kapcsolatban írt cikkünk javaslataival kapcsolatban ([Mádi László - Árva László: A társadalombiztosítás finanszírozási reformja, Avagy hogyan üthetnénk több legyet egy csapással?](#) Pénzügyi Szemle, 2016/3.) Recenziójának címe természetesen költői: [Valóban a fiskalizáció oldaná meg a nyugdíjrendszer problémát?](#) - melyre a válasz az, hogy NEM.

*Árva László - Mádi László*

Igazság szerint nincs is a problémának megoldása, csupán rész megoldása, illetve minden "megoldásnak" vannak pozitív és negatív következményei - ezt mindannyian tudjuk. Természetesen a kifogásai megfontolandóak, azonban még sincs véleményeink között hatalmas különbség. Különösen akkor nincs, ha figyelembe vesszük, hogy a Valóság 2017/6 számában ugyanezen témában közölt (a korábbi véleményünket már pontosító, továbbgondoló), s a szerző által is idézett cikkünkben (Árva László, Giday András, Mádi László: Az egészségügy fiskalizációja: kérdőjelek és válaszok. Valóság, 2017) már mi is hajlottunk arra, hogy a társadalombiztosítás fiskalizációjának javaslatát - a nemzetközi tapasztalatok, illetve politikai megfontolások alapján - csak az egészségügyi ellátórendszerre szűkítsük le, míg a nyugdíjrendszer esetében hagyjuk meg a munkabérekre terhelt elvonásokat. Ugyanakkor az elmúlt időkből egyre több olyan megfontolás merült fel, amelyek (bár csak hosszabb távon és részlegesen) a nyugdíjrendszer esetében is indokoltá tehetnék a fiskalizációt - vagyis a rendszer általános költségvetési bevételekből való finanszírozását. Rövidtávon azonban kétségtelen, hogy a nyugdíjrendszer forrás-struktúrájának átalakítása olyan gondokat okozhatna, amelyeket valószínűleg nem érdemes vállalni.

Csak zárójelben jegyeznénk meg, hogy hazánkban a fiskalizáció mind a nyugdíj, mind az egészségbiztosítás esetében gyakorlatilag megvalósulóban van, illetve korábban is jelen volt: ugyanis a kormányzat rendszeresen kipótolta a költségvetésből a társadalombiztosítás hiányait. Kétségtelen azonban, hogy a fiskalizáció eltérő módon és mértékben valósult meg az egészségügyben és a nyugdíjak területén. Következésképpen, jól megtervezett módon kivitelezve azonban a mai meglehetősen bonyolult és átláthatatlan rendszer sokkal átláthatóbbá, akár egyszerűbbé is válhatna.

A másik jelentős probléma (az első, hogy a társadalombiztosítás teljes egészére vagy csupán az egészségügyre koncentráljunk a reform végig vitelében) az legalább ilyen fontos. A nyugdíj- vagy egészségügyi szakértők ugyanis szinte kizárólag az ellátások oldaláról közelítenek, azzal foglalkoznak. Eközben közgazdaságilag, s a társadalmi-gazdasági folyamatok szempontjából az is nagyon fontos - s általában elhanyagolt - probléma, hogy a források megteremtésével kit hogyan terhelek, illetve mit drágít meg a központi elvonásokkal, s mit nem. Az írásunk erről az oldalról közelít. Ráadásul - mivel a politikusok gondolkodását az újválasztásuk alakítja, motiválja leginkább, ezért az ellátások szintjének a biztosítása véleményünk szerint nem a források pontos

kiválasztásától függ elsősorban, hanem a politikai szándéktól, illetve a status quo által definiált eddigi szinttől.

### **A fiskalizáció elsődlegesen az egészségügyi ellátórendszerben volna megvalósítható - és ezt külföldi tapasztalatok is alátámasztják**

Azt gondoljuk (s ebben a vitázó partnerünk sem fogalmazott meg kritikát), hogy a fiskalizációnak, vagyis a rendszer általános költségvetési bevételekből történő finanszírozásának elsősorban az egészségügy területén lenne helye. Természetesen minden megoldást lehet jól vagy kevésbé jól alkalmazni, s Banyár Józsefnek igaza van akkor, amikor az Egyesült Királyság egészségügyi rendszerének közel sem tökéletes működésére hívta fel a figyelmet. Az Egyesült Királyságban az egészségügyi rendszer valóban nem működik tökéletesen. (Mint ahogy vélhetően semelyik sem.) Különösen igaz ez, ha a kórházi várólistákat tekintjük - de ez egyáltalán nem biztos, hogy a finanszírozás módjának az eredménye. Vannak ugyanis országok, ahol szinte minden megoldás jól működik, s vannak, ahol semmi. Szerintem az Egyesült Királyság inkább az utóbbi csoportba tartozik a hetvenes évek közepe óta, míg Németország és a skandináv országok talán inkább az első csoportba sorolhatók. Az egészségügyi fiskalizáció esetében tehát nem is annyira az Egyesült Királyság, hanem inkább Svédország, Finnország vagy Dánia lehetne a példa. Ezen országokban pedig az egészségügyi ellátórendszer kiválóan működik.

### **Az egészségügyi rendszer működése néhány skandináv országban**

A WHO elemzései (lásd például: Health Systems in Transition - HiT -- kiadványok) alapján jó képet kaphatunk az egyes országok egészségügyi rendszereiről, illetve az azokban alkalmazott finanszírozási rendszerekről. Ezeket az információkat a helyi kormányzati szervek kiadványai is kiegészítik. A következőkben a WHO kiadványok, illetve az egyes országok megfelelő kormányzati szervei által készített elemzésekre támaszkodva mutatjuk be röviden ezen országok egészségügyi rendszereit.

Svédország a világ leginkább idősödő társadalmi közé tartozik. A lakosság tizennyolc százalékának életkora meghaladja a 65 évet (Ruth Robertson, 2014). Az ország nagyon jelentős összegeket fordít jóléti kiadásokra. A svéd GDP 9,5%-át kitevő állami egészségügyi kiadások az OECD átlagának felelnek meg. Az országra decentralizált kormányzás jellemző, a döntéshozatali folyamatok jelentős része ugyanis megyei, illetve önkormányzati szinten történik. A hosszú távú kezelésre fordított állami kiadások Hollandiát követve itt a legmagasabbak.

A svéd egészségbiztosítási rendszer egyetemleges ellátást biztosít minden állampolgár, valamint menekült gyermek számára. Az államilag fenntartott rendszer lefedi a háziorvosi ellátást, a járó- és fekvő beteg ellátást, a sürgősségi ellátást, a gyógyszerfelírást, a mentálhigiénás kezeléseket, a rehabilitációs szolgáltatásokat, a megelőzési szolgáltatásokat, a betegszállítást, valamint a gyermek- és fiatalok fogorvosi ellátást. A betegeknek hozzájárulást kell fizetni az egyes orvos-, illetve kórházlátogatások alkalmával. Éves korlátok vannak arra vonatkozóan, hogy az egyes páciensek mekkora összeget fizethetnek ki orvoslátogatásra és gyógyszerre, s ha ezt a limitet elérik, akkor további fizetési kötelezettségük nem keletkezik, hanem ezeket a költségeket a kormányzat átvállalja. A húsz év alatti lakosoknak pedig nem kell díjat fizetni a különböző orvoslátogatások és a fogorvosi ellátás alkalmával. A lakosság kevesebb, mint öt százaléka rendelkezik magán egészségügyi biztosítással - amely esetenként gyorsabb ellátást biztosít a betegek számára.

A svéd egészségügyi ellátás 82%-át az állam finanszírozza nemzeti, megyei, valamint önkormányzati szinten. Az ezen felüli részt a lakosság fizeti. Az állami finanszírozás forrásai elsődlegesen a jövedelemadók, amelyeket kiegészítenek az egyéb nemzeti szintű adók és a közvetett adóforrások (Anell, A., Glengard, A.H., Merkur S. Sweden: Health system review. Health Systems in Transition, 2012, 14(5):1-159.). A megyei és önkormányzati hivatalok felelnek a területükön lévő egészségügyi intézményekért, az általuk nyújtott szolgáltatásokért, amelyeket az állami szintű hatóság felügyel.

Finnországban is nagyon hasonló rendszer működik, azzal a különbséggel, hogy - bár ott is a központi költségvetésből fedezik az egészségügyi ellátórendszer

működtetését, de annak működtetése teljesen decentralizáltan, az egyes önkormányzatok keretében valósul meg. Ennek a rendszernek az előnye az, hogy a helyi igényekhez jobban tud alkalmazkodni. (Lásd erről: Vuorenkoski L, Mladovsky P and Mossialos E. Finland: Health system review. Health Systems in Transition. 2008; 10(4): 1-168.)

Dánia jelenti Európában az egészségügy fiskalizációjának egyik legtisztább példáját, ahol a teljes egészségügyi ellátás döntő részben az állam központi költségvetéséből lett fedezve (lásd: Dánia 2014, illetve 2016.). Dániában 2011-ben az állami kiadások aránya az összes egészségügyi kiadáson belül 85,3 százalékot tett ki, a magánkiadások aránya az összes egészségügyi kiadáson belül 14,7 százalék, az out-of-pocket magánkiadások aránya az összes kiadás 12,8 százaléka - állapította meg a Gyemsi anyaga az OECD adatok alapján. A magánkiadásokat alapvetően a fogorvosi ellátásra, valamint a kiegészítő egészségbiztosításra, illetve magán balesetbiztosításra fordított kiadások jelentik.

A dán egészségügy finanszírozásában - hasonlóan a finnországi rendszerhez - nagy szerep jut a helyi önkormányzatoknak, akik a központi költségvetésből megkapják a forrásokat, amelyeket aztán a helyi igényeknek megfelelően költenek el.

Dániában a központi adóbevétel egészségügyre szánt részének 95 százalékát a régiók és a helyhatóságok kapják 82-18 százalékos megoszlásban. A régiók egészségügyi ellátásra fordítandó finanszírozása négy forrásból történik:

- a központi kormánytól kapott költségvetés (a régiók bevételeinek 79 százaléka 2011-ben),
- a központi költségvetésből folyósított, tevékenység-alapú finanszírozás (a régiók bevételeinek három százaléka),
- a régió minden önkormányzata által az önkormányzat lakossága arányában fizetett hozzájárulás (a régiók bevételeinek hét százaléka),
- tevékenység-alapú finanszírozás a régió minden önkormányzata részéről (a régiók bevételeinek 11 százaléka) (WHO HiT, 2012)".

Dániában végső soron a GDP 10,8 % volt 2014-ben a Világban statisztikák szerint World Bank, 2017).

A skandináv egészségügyi rendszerről sok mindent el lehet mondani, de azt nem, hogy nem hatékony.

Nem könnyű mérni egy egészségügyi ellátórendszer hatékonyságát, mert a mérésben sok esetben szubjektív elemek is szerepet kapnak. Éppen ezért illusztrációképpen csak három mutatót tekintenénk: egyrészt a születéskori várható élettartamot; másrészt a férfiak 65 év felett egészségben eltöltött évek számát (bár ez az utóbbi mutató is tartalmaz egy sor szubjektív elemet); valamint az egészségügyi kiadások arányát a GDP-n belül (ez utóbbi nyilván nem eredmény, hanem inkább input indikátor, de az nyilvánvaló, hogy egy adott országban a ráfordítások és az eredmények - még ha nem is túl szoros - de mindenképpen létező összefüggésben állnak).

**A magyar, a finn, a svéd és az angol egészségügyi rendszer összehasonlító adatai in 2014**

	Születéskori várható élettartam, férfiak és nők együttesen	Egészségben eltöltött évek száma 65 év felett, férfiak	Az összes egészségügyi kiadások aránya a GDP-n belül (%)
Dánia	80,8	11	10,8
Finnország	81,6	9,3	9,7
Svédország	82,2	15,7	11,9
Egyesült Királyság	81,0	10,2	9,1
Magyarország	75,7	5,9	7,4

Forrás: Eurostat, illetve World Bank adatbázisok

Az adatokból látható, hogy Dániában, Finnországban, Svédországban de még az Egyesült Királyságban is kedvezőbbek a legfontosabb egészségügyi (eredmény) indikátorok, mint hazánkban, és hogy hazánkban jóval kevesebbet jut az összes egészségügyi kiadásra, mint a vizsgált országokban.

**Fiskalizáció a nyugdíjbiztosítás területén**

A legfontosabb azonosság Banyár József bírálata és a mi jelenlegi véleményünk szerint, hogy (ahogy azt mi is írtuk a Valóságban megjelent cikkünkben) a FISKALIZÁCIÓT, szemben az egészségügyi rendszerrel, nem lenne szabad azonnal a nyugdíjrendszer területén is megvalósítani - mert az emberek azt kívánják, hogy ne nagyon csökkenjen az aktív éveik során élvezett jövedelmeikhez képest a nyugdíjuk sem. Ezt pedig a legegyszerűbben úgy lehet biztosítani, ha a nyugdíjkasszákat a bérekre vetített elvonásokból töltik fel...

Sajnos azonban - figyelembe véve a jelenlegi technológiai és gazdasági tendenciákat -, nem biztos, hogy ez a hozzáállás sokáig tartható lesz. Nem csak a lakosság elöregedése, illetve a fiatalok kivándorlása miatt fogyhat el a nyugdíjrendszer bevételi oldala, hanem a robotizáció miatti foglalkoztatás csökkenés következtében is. Ma már egyre valószínűbb ugyanis, hogy a nyugdíjak az aktív évek jövedelmeihez képest erősen csökkenni fognak a robotizáció terjedésével - hacsak az aktív évek jövedelmei nem fognak ennél még jobban csökkenni a robotizáció nyomán: amire jelentős esély van.

A munkajövedelmek csökkenő arányát a megtermelt új értéken belül már hosszabb ideje többen bizonyítják és elemzik. Most elég csak utalni az e téren talán legnagyobb port felvert könyvre, Piketty francia közgazdász (sok tekintetben vitatható, és ténylegesen is vitatott) munkájára, ahol a szerző már korábban felhívta a figyelmet a munkajövedelmek csökkenő részarányára a tőkejövedelmekkel szemben (Piketty, Th.: Le Capital au XXIe siècle. Éditions du Seuil, 2013.). A könyvnek az egyik legfontosabb tanulsága, hogy egy társadalombiztosítási rendszert egyoldalúan, csak a munkajövedelmekre terhelve nem lehetséges hosszabb távon fenntartani. Ebben az esetben mindenképpen alternatív finanszírozási módokat kell kialakítani, amihez azonban - és ebben Banyár Józsefnek teljesen igaza van - mindehhez gyökeresen új nyugdíjrendszer filozófiára is szükség lesz.

**Lesz-e elég pénz az egészségügyi rendszer fiskalizációjára?**

Másik jogos megjegyzés, hogy valóban nem fog több forrás rendelkezésre állni akkor, ha a szétterítjük az egészségügy finanszírozását az adóbevételekre. Időközben erre nézve is készítettünk számításokat, amelyek a következő eredményt adják:

Több ok miatt is azt véljük, hogy a fiskalizáció költségvetési oldalról megvalósítható. Egyrészt a szakérők széleskörűen osztott véleményei szerint még van féhéredési tartalék a gazdaságban, ami növelheti az adóbevételeket. Másfelől a deficitmutató tekintetében elért kedvező helyzetünknek köszönhetően az EU-val az utóbbi években tapasztaltnál valamivel magasabb hiány is elfogadtatható, harmadrészt a következő 3 évben várható gazdasági növekedés az államháztartás relatív pozícióját is jelentősen javítja. Ezen túl van szerintünk néhány olyan lehetséges adóbevételi forrás a gazdaságban, amelyek révén a hiányzó bevételek fedezhetők lennének. Ezek egy része politikailag nem lenne problémamentes (például: a személyi jövedelemadó vagy a szintén progresszív vagyonaadó), illetve adótechnikailag nem könnyen megvalósíthatóak (mint például a robotadó). Van arra is példa, hogy a hazai értékrendszer és hagyományok alapos megváltoztatást igényelnének (mint például a korrupció radikális csökkentése), míg más esetekben a változások semmi különösebb gondot nem okoznának.

Összefoglalásképpen: melyek azok a jelentős politikai veszélyeket nem hordozó, adótechnikailag sem túl bonyolult, és az értékrendszer átalakítását sem igénylő megoldások, amelyek révén a fiskalizáció forrásai megteremthetők?

Véleményünk szerint ezek a következők:

- gazdaság további fehéritése révén további bevételnövekedés (kb. 250-300 milliárd forint).

Mivel ez a politikailag a legkevésbé érzékeny pont, kezdjük ezzel. Az online számlázás további elterjesztése révén mintegy 90-150 milliárd forint bevételnövekedésre számíthat a költségvetés, valamint a bérekre terhelt elvonások csökkentése révén további 100-150 milliárd forint plusz bevétel számolható.

- A nagyvállalatok (leginkább a kis hozzáadott értékű munkatevékenységekre nyújtott) adókedvezményeinek visszavonása (kb. 250-300 milliárd forint).

Számos - általunk is elfogadott - vélemény szerint ma hazánkban (elsősorban a külföldi tulajdonban lévő) nagyvállalatok túl vannak támogatva akkor, amikor hazánkba hozzák a sok esetben alulképzett munkaerőt igénylőt, nem jelentős hozzáadott értéket adó gyáraikat. E támogatások legalábbis részlegesen megszüntethetők, illetve csökkenthetők lennének.

Az alacsony hozzáadott értékű összeszerelő tevékenységek egyébként is folyamatosan szorulnak vissza a robotizáció nyomán. Természetesen a támogatások visszavonása, illetve csökkentése is differenciáltan történhetne. A nagyvállalatoknak adott támogatás visszavonása mintegy 250 - 300 milliárd Ft bevételkiesést pótolna, tehát ennyivel lehetne többel gazdálkodni a költségvetésnek.

- Ezen túl megtakarításokat lehet elérni a költségvetés kiadásai közt is (ez akár több százmilliárd forintot is hozhat a konyhára).

Ha kevesebb felesleges dologra kívánjuk felhasználni a költségvetés forrásait, akkor több juthat az egészségügyre is. Természetesen igen nehéz eldönteni, mi a felesleges a költségvetés kiadásai közt. (Amit a kormány elengedhetetlennek tart, azt az ellenzék rendszerint kifogásolja - ami nem is meglepő, hiszen ez a dolga.)

Végső soron tehát úgy látjuk az egészségügy fiskalizációjának a fedezetét már ma is meg lehetne találni az általános költségvetésen belül. A felsorolt változtatások már önmagukban közel 1000 milliárd forint bevételnövekedést eredményezhetnek. Ehhez természetesen további bevételnövekedések és megtakarítások találhatók, amelyek ma még politikailag lehetetlennek látszanak, de amelyek holnap már talán természetesek lesznek. S különben is az átállás - mint ahogy a tanulmányunkban is írjuk - több év alatt, fokozatosan tudna csak megvalósulni.

## Nem ad-e a fiskalizáció túl nagy teret a politikai befolyásnak?

A kérdés implicite azt sugallja, hogy a politikai befolyás káros és azt el kellene minden áron kerülni. Sajnos ez a vélemény elfeledi azt, hogy bármit is teszünk, a politikai befolyás mindenképpen jelen van - ha másutt nem, akkor azon mechanizmusokban, amelyek révén a politikai befolyást ki akartuk volna szűrni.

Ugyanakkor azt kell gondolnunk, hogy a mai demokráciákban a politikai befolyás nem az ördögtől való, tehát inkább azon kellene gondolkodni, hogy a politikai befolyást miként lehetne megvédeni partikuláris részérdekek dominanciájától, illetve hogyan tudunk olyan szabályozó- illetve adórendszert alkotni és működtetni, mely egyszerre tesz eleget a hagyományainknak, gazdasági fejlettségünknek és a kor kihívásainak is.

### Felhasznált irodalom:

1. Banyár József (2017): Valóban a fiskalizáció oldaná meg a nyugdíjrendszer problémáit? Pénzügyi Szemle, 2017. szeptember 28. (letöltve 2017. október 13.) [/penzugyi-szemle-folyoirat-aktualis-szam/valoban-a-fiskalizacio-oldana-meg-a-nyugdijrendszer-problemaid.](#)
2. Árva László, Giday András, Mádi László (2017): Az egészségügy fiskalizációja: kérdőjelek és válaszok: Vitaindító az élők munkaterhek csökkenéséről és az egészségügy finanszírozásáról. in: Valóság. 2017. június.
3. Mádi László - Árva László, (2016): A társadalombiztosítás finanszírozási reformja: Avagy hogyan üthetnénk több legyet egy csapással? Pénzügyi Szemle, 2016/3
4. Mádi László - Árva László, (2016): The Financing Reform of Social Security. How to Kill Many Birds with One Stone? In: Pénzügyi Szemle, 2016/3
5. Dánia (2016): Healthcare in Denmark. Ministry of Health. letöltve 2017. szeptember 29. [http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx](http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx)
6. Dánia (2014): [http://www.irf.gyemszi.hu/HolOrszag/csatolt/20141202\\_dania\\_2014.pdf](http://www.irf.gyemszi.hu/HolOrszag/csatolt/20141202_dania_2014.pdf), illetve WHO HiT, 2012.
7. EUROSTAT adatok
8. Finnország: Vuorenkoski L, Mladovsky P and Mossialos E. Finland: Health system review. Health Systems in Transition. 2008; 10(4): 1-168.
9. Svédország: Anell, A., Glennard, A.H., Merkur S. Sweden: Health system review. Health Systems in Transition, 2012, 14(5):1-159.
10. Norvégia: Johnsen JR. Health Systems in Transition: Norway. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
11. United Kingdom: Seán Boyle: United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition, 2011; 13(1):1-486.
12. WHO (2015): World Health Statistics, 2013, 2014, 2015.

## 13. World Bank adatok.