

Árva László – Mádi László

Az élőmunka terheinek csökkentése az egészségbiztosítási rendszer finanszírozásának átalakítása révén

Cutting Labour Costs Through the Transformation of Healthcare Financing



Összefoglalás

A magyar gazdaság versenyképességének egyik legnagyobb problémáját – az elmúlt évek jelentős kormányzati korrekciói ellenére – az élőmunka túladóztatása jelenti, mely probléma elsősorban a társadalombiztosítási járulékok túl magas elvonási szintjéből fakad. Ennek a következménye többek közt a képzett munkaerő kivándorlása, valamint a vállalkozások adóelkerülő magatartása is. A szerzők szerint ezen a gondon segíthetne az a fiskalizációnak nevezett technika, amelyet Nyugat-Európában több helyen is alkalmaznak, elsősorban az egészségügy finanszírozására. Ebben a modellben nem az élőmunkára terhelik az egészségügy finanszírozását, hanem az általános adóbevételekre terítik szét azt.

Journal of Economic Literature (JEL) kódok: H25, H30, H51, H72

Kulcsszavak: fiskalizáció, adóék, társadalombiztosítás, skandináv országok, egészségügy

DR. ÁRVA LÁSZLÓ, az École Supérieure des Sciences Commerciales d'Angers (ESSCA) budapesti tagozatának professzora (laszlo.d.arva@gmail.com), DR. MÁDI LÁSZLÓ fejlesztéspolitikai szakértő, Nemzetgazdasági Minisztérium, főiskolai tanár, Wekerle Sándor Üzleti Főiskola (drmadilaszlo@gmail.com).

Summary

In spite of the government's efforts to rectify it, one of the biggest concerns the Hungarian economy – in terms of competitiveness – is the excessive taxes levied on labour, primarily due to high levels of social security contributions. This results in, among others, the exodus of qualified labour and the tax aversion of businesses. In the authors' opinion, this problem could be solved by a technique called fiscalisation, applied at several places in Western Europe, primarily to finance healthcare. In this model, instead of funding healthcare from taxes on labour, these costs are dispersed over general taxes.

Journal of Economic Literature (JEL) codes: H25, H30, H51, H72

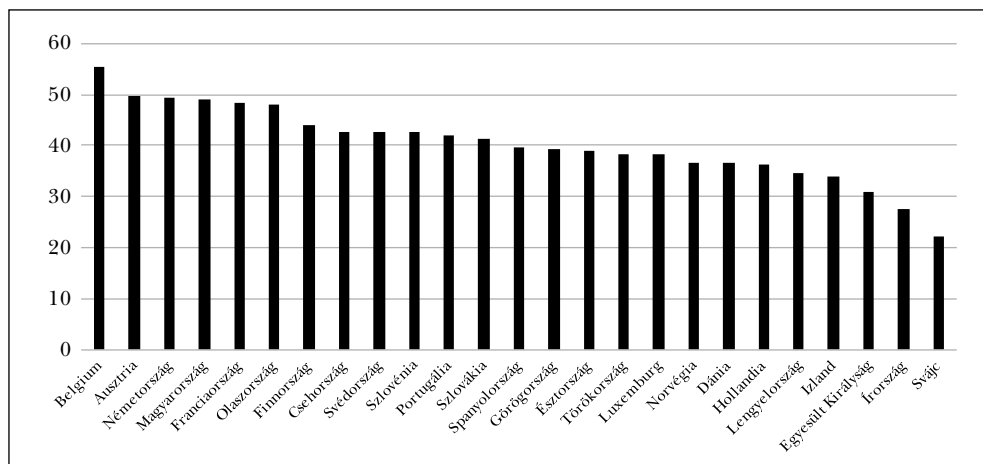
Keywords: fiscalisation, tax wedge, social security, scandinavian countries, health care system

A tanulmány szándékosan nem foglalkozik a nyugdíjrendszerrel, hanem csupán az egészségügyi, illetve a munkaügyi rendszerre koncentrálna. Egyrészt azért teszi ezt, mert Nyugat-Európában a társadalombiztosításban elsősorban itt alkalmazzák a fiskalizációt, másrészt pedig a nyugdíjrendszernek megvan a maga sokrétű problémahalmaza, amelyet sokkal nehezebb kezelni. A fiskalizációt az állami egészségügyi rendszer finanszírozására Nyugat-Európában többek közt Nagy-Britanniában, Svédországban és Finnországban használják, míg Franciaországban fiskalizáció alatt minden olyan technikát értenek, amikor valamilyen adóbevételből finanszírozzák a társadalombiztosítási ellátásokat.

Hazánkban az úgynevezett adóék – vagyis a bérekre eső közterhek (adók és járulékok) aránya a bruttó bérekhez képest – az egyik legmagasabb Európán belül, bár az elmúlt évtizedben mintegy 7 százalékponttal csökken (lásd Giday, kéziratban). Számos elemzés készült az élők munkát terhelő túlzottan magas elvonások káros hatásairól. 2015-ben az egyedülálló, átlagos jövedelmekkel rendelkező munkavállaló esetében az OECD statisztikái szerint Európában csak Belgiumban, Ausztriában és Németországban voltak arányaiban magasabbak a munkabérek terhelő közterhek, mint Magyarországon. A gyermekes családok esetében természetesen az adóék nem ilyen magas, mivel a családi pótlék kompenzálja azt.

Ezek a magas közterhek hozzájárultak a nettó bérek alacsony szintjéhez Magyarországon, ami viszont ösztönzőleg hatott az elvándorlásra, az emigrációra. A KSH Népeségtudományi Kutatóintézete szerint 2013-ban a külföldön élő magyar állampolgárok száma 350 ezer volt, ami a teljes hazai népesség mintegy 3,5%-át jelenti. Ugyanakkor a magyarországi születésű külföldön élő népesség aránya az ENSZ becslése szerint 5,1% volt 2013-ban. Eszerint mintegy 350–510 ezer magyar születésű állampolgár élt és/vagy dolgozott – hosszabb vagy rövidebb ideig – külföldön. A statisztikai számbavétel nehézségei miatt azonban a valóságban ennél többen is dolgozhatnak változó rendszerességgel külföldön.¹

1. ábra: A bérek közterhei (adók és kötelező tb-befizetések), a munkabérek %-ában, az átlagjövedelem 100%-án, gyermektelen, egyedülálló személy esetében, 2015-ben



Forrás: OECD, 2017

Természetesen az élők munkáját terhelő magas elvonások csak egy – de nem elhanyagolható – oka a hazai nettó bérek viszonylagosan alacsony szintjének s az abból következő kivándorlásnak. Legalább ilyen fontos tényező a bruttó bérek alacsony szintje, ami a hazai munkaerő alacsony termelékenységéből, illetve a történelmi örökségből is következik. Ezen a problémán elsősorban minőségi képzéssel lehetne segíteni.² Ebben a cikkben azonban nem célunk ennek elemzése, ugyanis a bruttó bérekhez képest jelentősen elmaradó nettó bérek már önmagukban is jelentős mértékben hozzájárulnak a munkaerő elvándorlásához. Ezen túl a bruttó bérek emelését a munkaerő képzése révén csak viszonylag lassabban, többévi munkával lehet a képzés javítása révén orvosolni, a bérekre terhelt túl magas elvonások azonban – amint ezt látni fogjuk – viszonylag gyorsan orvosolhatók.

A Magyarországról történő kivándorlás további komoly problémája, hogy a kivándorlók nagy része magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik, s alapvetően az átlagnál mozgékonyabb, inkább vállalkozó szellemű ember. Ezeknek az embereknek az elvesztése hosszabb távon a magyar gazdaságnak komoly érvágást jelent, és a munka termelékenységének javulását erősen fékezheti, emellett fokozza a demográfiai gondjainkat is.

Napjainkban, amikor a munkabérekre terhelt nagyon magas elvonások miatt a magyar munkavállalók egyre nagyobb számban távoznak magasabb nettó bérek reményében Nyugat-Európába (s emiatt a költségvetési befizetések visszaesnek, vagy legalábbis nem nőnek a lehetséges mértékben), felmerül a kérdés, hogy hogyan is lehetne finanszírozni az egyre növekvő állami kiadásokat? Lehetne persze azt mondani, hogy költsön az állam kevesebbet felesleges dolgokra; de ez csak egy nem realizálható óhaj lenne, hiszen a közismert Wagner-törvény szerint az állami kiadások aránya a GDP-n belül folyamatosan növekszik az elmúlt évszázadok során. S ráadásul nincs is jele an-

nak, hogy ez a tendencia megforduljon. (Ennek az állításnak az igazolására lásd például Lamartina–Zaghini, 2010.)

HOGYAN, MILYEN JELLEGŰ FORRÁSOKBÓL LEHET FINANSZÍROZNI AZ ÁLLAM EGYRE NÖVEKVŐ IGÉNYEIT?

Alapvetően három nagy típusa lehet az állami kiadások finanszírozásának:

– Általános adóbevételeken keresztül, amikor minden gazdasági szereplőre (minden termelési tényezőre és tevékenységre), gazdasági szektorra vagy tevékenységre semlegesen vetnek ki adót – ezt nevezhetjük költségvetési (vagy fiskális) finanszírozásnak is.

– Diszkriminatív finanszírozásról, amikor a gazdasági tevékenységek, ágazatok, illetve a gazdasági szereplők csak egy meghatározott, korlátozott részére vet ki különadókat vagy illetékeket az állam.³ Ilyen volt például a magyar történelemben a „kulákadó” (a gazdag parasztokra egy adott politikai ideológia alapján kivetett különadó), vagy ilyen típusúak a jelenleg korlátozni kívánt nagy nemzetközi vállalatokra kivetett különadók, illetve a bizonyos importtermékekre szelektíven kivetett hazai gazdaságvédő adók is. De ilyen típusúnak minősíthető az egészségre káros tevékenységek vagy termékek visszaszorítását célzó chipsadó, illetve a dohánytermékekre és alkoholkészítményekre kivetett jövedéki adó is.

– Lehet akár közvetett módon, az állami tevékenységeket külföldről származó bevételek révén is finanszírozni, mint például a győztes háborúk után beszedett hadisarc, vagy olyan területfejlesztési támogatások, amelyeket például az EU juttat a szegényebb tagországoknak. Hazánkban az EU-támogatások bizonyos szempontból paradox módon – a vesztes hidegháborút követő – egy, a győztesek által önként fizetett hadisarcnak tekinthetők, amilyen a második világháborút követő Marshall-segély is volt.

Érdekes, hogy napjainkban a fejlett országok jelentős részében a társadalombiztosítási rendszer bevételei alapvetően diszkriminatív jellegűek, amelyeket nem költségvetésből, hanem csak és kizárólag az élők munkából szerzett jövedelmekre, vagyis a bérekre kivetett járulékból finanszíroznak. Ennek a gyakorlatnak a következtében azonban az élők munkája ezekben a fejlett országokban aránytalanul megdrágul.

Az ilyen jellegű finanszírozás alapvető oka nem logikai, hanem történeti. A mai értelemben vett társadalombiztosítás a 19. század utolsó évtizedei előtt ugyanis sehol sem létezett. Csak önkéntes magánbiztosítások álltak rendelkezésre egészségbiztosítási, illetve nyugdíjbiztosítási célokra, amelyekhez később „csatlakozott” a munkanélküliség esetére kötött foglalkoztatási biztosítás. Bismarck kancellár – aki szívesen vert másokat költségekbe az állam helyett – kitalálta, hogy oly módon lehetne a német munkásság lojalítását megvásárolni, hogy kötelezővé teszi a nyugdíjbiztosítást, annak díjait pedig részben a munkaadókra terhelik. Ezt követően egyre több országban vették át ezt a rendszert, majd a németekhez hasonlóan kötelezővé tették az egészségbiztosítást, illetve a második világháborút követően a munkanélküli-biztosítást is.

Történetileg a társadalombiztosítás (amint azt a magyar neve is mutatja) egy biztosítási – alapvetően öngondoskodó – rendszerből nőtt ki. Ezért a finanszírozásában még

ma is fontos szerepet kapnak a bérek arányában történő, biztosítási jellegű befizetések. Csak zárójelben jegyezzük meg, hogy a rendszert ugyan magyarul társadalombiztosításnak hívják, de angolul azt social securitynek, franciául pedig sécurité sociale-nak nevezik, amely kifejezések nem annyira biztosítást, hanem társadalmi biztonságot jelentenek. Az angol és a francia kifejezések tehát – nem véletlenül – nem szinonimái a magyar szóhasználatnak, hanem eltérnek attól. Ez azért is fontos, mert bár a társadalombiztosítás kezdetben eredendően biztosítási alapokon működött, később azonban sok országban egyre inkább megváltozott a jellege, finanszírozási módja, hiszen kötelező módon fizetendő, egyoldalúan a bérekre terhel, adószerűen beszedett elvonásokból fedezték azt.

Ma Magyarországon az évtizedes hagyományoknak megfelelően „kvázibiztosítási” rendszerben működik az egészségügyi ellátórendszer, a nyugdíjrendszer, valamint a munkaügyi ellátórendszer is. A jobb megértés érdekében először is vessünk egy pillantást a bérekre terhel elvonásokra hazánkban!

A bruttó bérből Magyarországon 2017-ben a munkavállalónál levonásra került:

- 15%-os személyi jövedelemadó,
 - 7%-os egészségbiztosítási járulék (4% természetbeni, valamint 3% pénzbeli járulék),
 - 10%-os nyugdíjbiztosítási járulék,
 - 1,5%-os munkaerőpiaci járulék,
- azaz összesen 33,5%.*

A munkáltatótól hazánkban levonásra kerül:

- a szociális hozzájárulási adó, ami 22% (2017. január 1-jétől) és a
- 1,5% szakképzési hozzájárulás.

A szociális hozzájárulási adóból részben a nyugdíjkasszát, részben pedig az egészségkasszát finanszírozzák (sajnos nem lehet megmondani, hogy pontosan milyen arányban, vagyis hogy mennyi jut ebből az egyes alrendszerekre), míg a szakképzési járulékot a szakképzés fenntartásán túl – a munkaerőpiaci járulékkal együtt – nagyrészt a szakképzési és a munkaügyi rendszer fenntartására fordítják.

Ez a rendszer nemcsak áttekinthetetlen és – valószínűleg feleslegesen – bonyolult, de a gazdaság normál működése szempontjából erősen torzít azzal, hogy egyoldalúan megdrágítja az élők munkáját (mesterségesen eltéríti egy erőforrás költségintjét).

A BÉREKRE TERHELT, TÚLZOTTAN MAGAS ELVONÁSOK KÖVETKEZMÉNYEI

Azáltal, hogy a bérekre terhel magas közterhek aránytalanul drágítják az élők munkáját, ez a versenyképességet is negatívan befolyásolja. De ezen túl további gazdasági és társadalmi károkat is okoznak a magas élők munkaterhek:

– *Ennek nyomán más erőforrások relatíve olcsók lesznek, s ezért ez a helyzet alacsonyabb foglalkoztatási szint kialakulását eredményezi.*

– *A munkaerőn kívüli egyéb erőforrások (elsősorban a tőke) relatív olcsósága az élők munkája gépesítéssel történő kiváltását ösztönzi, ami jelentős hosszú távú szociális problémákat okoz, mert a fiatalok nem tudnak megfelelő foglalkoztatást találni (ennek látszólag el-*

lentmondhat a jelenleg hazánkban és a környező országokban kialakult munkaerőhiány, de ennek a jelenségnek az alapvető oka az, hogy a munkavállalók jelentős tömegben elkezdtek kivándorolni a magasabb béreket fizető nyugat-európai országokba).

– *A magas béreket terhelő elvonások ösztönzik a nem bejelentett vagy csak részlegesen bejelentett munkavégzést.* Ennek következtében a munkáltatók vagy egyáltalán nem jelentik be a munkavállalóikat, vagy csak részlegesen (jellemző módon, minimálbéren vagy részdíós foglalkoztatás formájában) teszik ezt meg, aminek következtében a teljes mértékben legális foglalkoztatottak terhei szükségképpen még magasabbak kell, hogy legyenek annak érdekében, hogy nullszaldós maradjon a társadalombiztosítási kassza.

– *A nyomott legális bérekkel foglalkoztatott munkavállalók hosszabb távon szociális problémákat generálnak,* hiszen nyugdíjba menetelük után nyilvánvalóan nem lesznek képesek a nyugdíjuktól elfogadható életszínvonalat fenntartani. Ez a helyzet pedig állandósult nyomást fog gyakorolni a döntéshozókra, hogy a legalacsonyabb nyugdíjakat az átlagos mértékűnél jobban emeljék, ami pedig a járulékkerhek további emelését kényszerítheti ki.

– *A fejlettebb országok felé irányuló „agyelszívás” (brain drain) nem állítható meg,* mivel képtelenség sokkal magasabb béreket fizetni az olyan félperiferiális országokban, mint Magyarország is, hiszen itthon a magas bérköltségek jelentős része elmegy a járulékok és az adók fizetésére.

– *A kkv-szektor különösen súlyosan érintik a magas elvonások.* Különösen igaz ez azon vállalkozások esetében, amelyek teljesen vagy nagyrészt legálisan foglalkoztatnak. Az érintett kkv-k esetében még az a relatív bérelőny, ami a multinacionális, több országban működő vállalkozások esetében előmozdíthatja a nyereséges működést, sem kompenzálja ezt. A több országban működő nemzetközi vállalkozások ugyanis a termékeiket és szolgáltatásaikat rendszerint a viszonylag alacsonyabb bérű keleti országokban (így például Magyarországon) állítják elő, a magasabb bérű, gazdagabb nyugati országokban pedig magasabb áron értékesítik azokat. Ez még úgy is megéri számukra, ha Magyarországon a magas elvonások miatt a bérköltségek magasabbak, de azok még így is jócskán elmaradnak a nyugati bérköltségektől.

EGY ALTERNATÍV MEGOLDÁS:

A TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS RÉSZLEGES FISKALIZÁCIÓJA

Tehát – amint láttuk – semmilyen közgazdasági logika nem kényszerít arra, hogy a társadalombiztosítás egészét a bérekre terhelt elvonásokból finanszírozzuk, sőt kijelenthető, hogy inkább közgazdasági és társadalmi károkat okoz ez a rendszer. A fejlett nyugati országokban elő is fordul, hogy a munkabérekre vetített járulékok helyett (legalább részlegesen) a költségvetés bevételeiből fedezik a társadalombiztosítási alrendszer egyes kiadásait, s ezt a megoldást (elsősorban francia nyelvterületen) „la fiscalisation”-nak, magyarul „fiskalizációnak” nevezik.⁴

A fiskalizáció példái között említhetők Nagy-Britannia vagy a skandináv országok költségvetésből finanszírozott egészségügyi rendszerei, valamint Franciaország, ahol szintén részleges fiskalizációra került sor. Gyakorlatilag azonban az is fiskalizációnak minősíthető, amikor a közelmúltban hazánkban a társadalombiztosítási rendszer de-

ficitjét folyamatosan a költségvetésből fedezték (Lentner, 2013). Ezt a fiskalizációt a kormány a Nemzetgazdasági Minisztérium előrejelzése szerint 2020-ig rendszerben is kívánja tartani. A társadalombiztosítási rendszer (a nyugdíjbiztosítási és az egészségbiztosítási alapok) támogatása a költségvetésből a Nemzetgazdasági Minisztérium (2016) előrejelzése szerint Magyarországon 2015-ben 560,0 milliárd forint volt, 2020-ban pedig várhatóan 1066,8 milliárd forint lesz. Vagyis napjainkban a társadalombiztosításon belül már ténylegesen jelentős fiskalizálás figyelhető meg. Ez a fajta fiskalizáció ugyanakkor a jövőben lehetővé teheti, hogy a nyugdíjbiztosítási alap és az egészségbiztosítási alap egyenlegei nullszaldósak legyenek, szemben a nyugdíjassza 2015-ös 4,6 milliárd forintnyi többletével és az egészségbiztosítási alap 30 milliárd forintnyi hiányával. (Az elmúlt években tapasztalt gyakorlat alapján igazából nincs is értelme a társadalombiztosítás egyes alapjainak hiányairól beszélni, hiszen azokat a költségvetés automatikusan feltölti.)

A társadalombiztosítás fiskalizálása azonban hazánkban nem kimondott és rendszer-szintű, hanem inkább véletlenszerű és – a költségvetés egészén belül – sokkal kevésbé áttekinthető, mint néhány nyugat-európai egészségügyi rendszer finanszírozási modellje.

AHOL A FISKALIZÁCIÓNAK NINCS HELYE

Miközben az egészségbiztosítási rendszer fiskalizációja, illetve a költségvetésből történő finanszírozása nemcsak lehetséges, hanem egyenesen kívánatos is lenne (s később látni fogjuk, hogy számos európai országban van is példa erre), addig a nyugdíjak esetében ez a megoldás nem látszik megvalósíthatónak. Ugyanis az emberek általában ragaszkodnak ahhoz, hogy nyugdíjba vonulásuk után ne nagyon csökkenjenek a jövedelmeik az aktív éveikhez képest, s erre valamilyen garanciát is kapjanak. Ezt az elvárást pedig csak úgy lehet (ma legalábbis) eredményesen megoldani, ha a nyugdíjakat az egyéni nyugdíjszámlák alapján számolják ki. Bár hosszabb távon lehetséges az is, hogy a nyugdíjak fiskalizációja mellett kerüljön sor a nyugdíjak és az aktív évek során megkeresett jövedelmek arányosítására, az azonban valószínűleg társadalmilag sokkal nagyobb ellenállást válthatna ki, s ezért is sokkal nagyobb költségvetési erőforrásokat igényelne, mint az egészségügy fiskalizációja. Éppen ezért csak az egészségügy fiskalizációját szorgalmazzuk, a nyugdíjrendszert nem. Ugyanakkor úgy véljük, hogy az egészségügy fiskalizációja esetén nem marad logikus helye a rendszerben a szakképzési hozzájárulásnak és a munkaerőpiaci járuléknak sem, ezért ezeket az ellátásokat szintén a költségvetésből kellene finanszírozni. A következőkben fiskalizáció alatt mindig az egészségügy és a munkaügyi és szakképzési rendszer fiskalizációját értjük. Az ezen a területen meghozott döntés nemcsak a bérek közterheit csökkenthetné jelentős mértékben, de a jelenleg szükség-telenül bonyolult adózási és társadalombiztosítási rendszert is áttekinthetőbbé tenné.

MENNYIT JELENT A FISKALIZÁCIÓ A NETTÓ BÉREKET ILLETŐEN?

Mindenképpen meg kell vizsgálni, hogy a fiskalizáció nyomán mennyivel lehetne növelni a nettó béreket. A munkáltató által fizetett szociális hozzájárulási adó 2012. janu-

ár 1-jétől 2016. december 31-ig a bruttó bérek 27%-a volt, ez 2017. január 1-jétől már csak 22%. Úgy tekinthetjük, hogy a szociális hozzájárulás (vagy röviden szocho) körülbelül fele megy egészségbiztosításra, a másik fele pedig nyugdíjra. A tervezett fiskalizáció után a szociális hozzájárulást csak és kizárólag nyugdíjakra lehetne fordítani, és mivel jelenleg azt nagyrészt fele-fele arányban a nyugdíjrendszerre és az egészségügyi rendszerre fordítják, ezért a jelenlegi 22% automatikusan 13%-ra csökkenne. Ezen túl a szakképzési járulék 1,5%-os befizetése is eltűnne.

A bérekre eső elvonások ma és az egészségügy (és a munkaügy) fiskalizációja után (a bruttó bérek százalékában) jelentős különbséget mutatnak majd fel, amelyet az 1. táblázatban foglalunk össze:

1. táblázat: Az élők munkát terhelő elvonások ma és az egészségügyi illetve a munkaügyi kiadások fiskalizációja után (%)

	2017	A javasolt fiskalizáció után	Különbség (csökkenés) százalékpontban
Munkavállalókat terhelő befizetések (%)			
Szja	15	15	0
Pénzbeli eho	3	0	3
Természetbeni eho	4	0	4
Nyugdíjbiztosítási járulék	10	10	0
Munkaerőpiaci járulék	1,5	0	1,5
Összes munkavállalói befizetés	33,5	25	8,5
Munkaadókat terhelő befizetések (%)			
Szocho	22	13 ⁵	9
Szakképzési	1,5	0	1,5
Összes munkaadói befizetés	23,5	13	10,5
Összes béreket terhelő elvonások	57	38	19

Forrás: Saját számítás

Ezek szerint tehát a javasolt fiskalizáció, vagyis az egészségügyi és munkaerőpiaci kiadások költségvetésből történő fedezése nyomán a bruttó bérekre eső, egészségügyhöz kapcsolódó ellátások terhei 19 százalékponttal csökkenthetők lennének. Vagyis végül is a bérekre a mai 57%-os elvonások helyett csak 38%-os elvonások jutnának. Más számítások ennél kisebb mértékű járadékcsökkenést javasolnak, mert szerintük szükséges az egészségügyi rendszerben emelni a béreket is, de ezt a problémát meg lehetne oldani a költségvetésből történő finanszírozás révén is.

Több európai országban – mint például az Egyesült Királyságban vagy a skandináv országokban (Dániában, Svédországban, Finnországban, Norvégiában) – a társadalombiztosításnak nem része a közegészségügyi ellátás. Az Egyesült Királyságban 1948 óta a költségvetésből finanszírozott (National Health Service, NHS), míg a skandináv

országokban a központi kormányzat, valamint a megyei, illetve a helyi önkormányzatok (megosztott felelősségi rendszerben) közösen szervezik és irányítják az egészségbiztosítási rendszert. Mind az Egyesült Királyságban, mind Skandináviában alapvetően költségvetési finanszírozásban működik az egészségbiztosítás, miközben a szolgáltatók lehetnek közösségi vagy magánszolgáltatók is. Vizsgáljuk meg ezeket a modelleket kicsit alaposabban!

A SKANDINÁV EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZER

A 9,4 millió fős lakossággal rendelkező Svédország a világ leginkább idősödő társadalmi közé tartozik. A lakosság tizenhét százalékának életkora meghaladja a 65 évet. Svédország 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 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 fekvőbeteg-ellátást, a sürgősségi ellátást, a gyógyszerfelírást, a mentálhigiénés kezeléseket, a rehabilitációs szolgáltatásokat, a megelőzési szolgáltatásokat, a betegszállítást, valamint a gyermek- és fiatalok fogorvosi ellátását. 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–Glenngård–Merkur, 2012). A megyei és önkormányzati hivatalok felelnek a területükön lévő egészségügyi intézményekért, az általuk nyújtott szolgáltatásokért, amelyeket az állami szintű hatóság felügyel.

Nagyon hasonló rendszer működik Finnországban is, azzal a különbséggel, hogy bár ott is a központi költségvetésből fedezik az egészségügyi ellátórendszer működtetését, de az teljesen decentralizáltan, az egyes önkormányzatok keretében valósul meg. Ennek a rendszernek az előnye az, hogy a helyi igényekhez jobban tud alkalmazkodni (Vuorenkoski–Mladovsky–Mossialos, 2008).

Európában az egészségügy fiskalizációjának egyik legtisztább példája Dánia, ahol az egészségügyi ellátást döntő részben az állam központi költségvetéséből fedezik (GYEMSI, 2014). Dániában 2011-ben az állami kiadások aránya az összes egészség-

ügyi 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 GYEMSZI anyaga az OECD- adatok alapján. A magánkiadások alapvetően a fogorvosi ellátásra, valamint a kiegészítő egészségbiztosításra, illetve magán-balesetbiztosításra fordított kiadásokat jelentik. A dán egészségügy finanszírozásában – hasonlóan a finn rendszerhez – nagy szerep jut a helyi önkormányzatoknak, amelyek 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 és 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).

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

EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER AZ EGYESÜLT KIRÁLYSÁGBAN

Az Egyesült Királyságban található – még 1948 után létrehozott –, a központi költségvetésből finanszírozott állami egészségbiztosítási rendszer hatékonyan és jól működik. Az Egészségügyi Világszervezet, a WHO által készített egészségügyi rendszerek rangsorában az ország nem áll rossz helyen: 2000-ben a 190 országot felölelő rangsorban a 18. helyen volt található (míg a tisztán magánbiztosítási rendszert alkalmazó Egyesült Államoknak csak a 37. hely jutott, Magyarország pedig a 66. helyen állt). Hasonlóan kedvező helyen áll a rangsorban a 27. helyezett Svédország. Finnország a 31., Dánia pedig a 34. helyen, tehát az Egyesült Államokat jóval megelőzve állt az összesített rangsorban (Boyle, 2011; WHO, 2000).

MENNYIBE KERÜLNE A FISKALIZÁCIÓ A MAGYAR KÖLTSÉGVETÉSNEK?

Napjainkban az egészségügyi rendszer finanszírozása alapvetően „kétlábú”: elsősorban a munkabérekre terhelt elvonások révén, de részben a költségvetésből is történik. A közvetlenül a minisztérium (EMMI) alá sorolt intézmények 578 milliárd forintos kiadásai a központi költségvetésben szerepelnek. 2017 során az összesen 2069 milliárd forintból gazdálkodó egészségügyi alpból úgynevezett természetbeni ellátásokra (vagyis majdnem mindenre, ami nem táppénz) 1091 milliárd forintot, ezen túl gyógszerre, gyó-

gyászati eszközökre 381 milliárd forintot költenek. Az egészségügyi járuléknak ugyanis két része van: egyfelől a természetbeni, másfelől a pénzbeli rész, amelyet külön járulék formájában szednek be, természetesen a munkabérekre vetítve. Az elsőért jár maga az orvosi ellátás: a gyógyítás, műtét stb. (ezt nevezik természetbeninek), a másodikért pedig a táppénz (azért pénzbeli, mert konkrétan pénzt kapunk érte). De ez sem ilyen egyszerű, mivel a táppénzt a betegállomány kezdeti időszakában egy ideig a munkaadó finanszírozza, s csak egy bizonyos idő elteltével fizeti az egészségbiztosítási kassa.

Az egészségügyi rendszer bevételeit a fiskalizálást követően a központi költségvetésnek kellene kiváltania úgy, ahogy az Nyugat- és Észak-Európa több országában sikeresen működik. Ez praktikus azt jelenti, hogy a 2017-es évben 967 helyett 1926 milliárd forintot kellett volna a költségvetésből az egészségügyre fordítani, de mivel nyilvánvalóan szükség lenne az orvosok elvándorlásának megfékezése érdekében további béremelésekre is, ehhez adódnának még hozzá az orvosi béremelés további kiadásai, ami legfeljebb pár tízmilliárd forintnak látszik.

Végző soron tehát mintegy 1000 milliárd forint többletforrásra lenne szükség a költségvetésben a fiskalizációhoz. Az ezermilliárd forint az éves GDP-hez viszonyítva csupán 2,6%-ot tesz ki, mely összeg a megfelelő politikai döntést követően néhány éves ütemezésben előteremthető.

Több ok miatt is azt véljük, hogy a fiskalizáció költségvetési oldalról megvalósítható. Egyrészt a szakértők széleskörűen osztott véleménye szerint még van fehéredési tartalék a gazdaságban, ami növelheti az adóbevételeket, másfelől a deficitmutató tekintetében elért kedvező helyzetnek köszönhetően, az EU-val az utóbbi évekbeninél valamivel magasabb hiány is elfogadtatható,⁶ harmadrészt a következő években várható gazdasági növekedés az államháztartás relatív pozícióját jelentősen javítja.

Véleményünk szerint költségvetési oldalról a fiskalizáció – ha nem is egy év alatt – megvalósítható. Ezért arra kellene törekedni, hogy rövid határidőn belül döntés születessen az egészségügy fiskalizációjáról, az egészségügyet teljes egészében a költségvetésből fedezzük, s annak forrását ne terheljük az élők munkájára.

MIBEN SEGÍTHET A FISKALIZÁCIÓ?

A fiskalizáció nemcsak egy egyszerű költségvetési rendbetétel (pusztán könyvelői, esztétikai célú pénzügyi megoldás, amelynek nyomán pusztán egy kicsit áttekinthetőbb lesz a költségvetés), hanem nagyon fontos reálgazdasági hatásai is vannak. Ezek a hatások a következők:

– A béreket megdrágító járulékok csökkentése, a nettó bérek növelése és a többletfoglalkoztatás együttes hatására növekedhet az összes vásárlóerő, ami ösztönzőleg hathat a kereslet bővítésén keresztül a gazdasági növekedésre is.

– Emellett fontos kiemelni, hogy a fiskalizáció a nettó bérek emelkedése révén fékezheti a munkavállalási célú kivándorlást.

– Továbbá vélhetően csökkenhet a szürkén foglalkoztatottak száma és aránya is a gazdaságban, ami az adóbevételek növekedését eredményezheti, tehát végző soron egy költségvetési kiadáscsomag révén növekedhetnek az adóbevételek is.

– Emellett a fiskalizáció hosszabb távon emelheti a kezdő nyugdíjak összegét is azoknál, akiket eddig részben „szürkén” foglalkoztattak, s a járulékcsökkenés hatásként kifehéredhet a fizetésük a nyugdíjba vonulásukat megelőző időszakban.

Mindezen túl a fiskalizáció révén létrejövő áttekinthetőbb költségvetés és egészségügyi rendszer következtében, az egészségügyön belül számos reformot végre lehetne hajtani, amelynek során emelni lehetne az orvosok és az egészségügyi személyzet béreit, valamint el lehetne érni, hogy a magasabb bérekért hálapénzmentes, teljesítményelvű, normatív működési helyzet alakuljon ki az egészségügyben.

A FISKALIZÁCIÓ ÉS AZ ÉLŐMUNKÁRA TERHELT ELVONÁSOK ELOLVADÁSA A ROBOTIZÁCIÓ KÖVETKEZTÉBEN

Azonban nemcsak a korábban említett okok miatt lenne elkerülhetetlenül szükséges a fiskalizáció, hanem a robotizáció gazdasági következményei miatt is. Napjaink egyik legfontosabb gazdasági fejleménye a robotizáció térnyerése és a mesterséges intelligencia (AI) alkalmazásának egyre nagyobb körű használata. Ennek egyik legfontosabb következménye az lehet, hogy a munkaerő iránti kereslet csökken, hiszen a magasabb szakértelmet nem igénylő munkák könnyen kiválthatók lesznek a robotok alkalmazásával.

Nyilvánvaló, hogy ha azok a dolgozók, akiknek nincs munkája, nem fizetnek sem személyi jövedelemadót, sem társadalombiztosítási hozzájárulásokat, akkor a társadalombiztosítási rendszer összeomlása elkerülhetetlennek látszik. A munkabérekre terhelet elvonások helyett a költségvetés egészéből finanszírozott egészségügyi rendszer, illetve társadalombiztosítás ugyanakkor hosszabb távon a robotizálás mellett is fenntartható lehet.

JEGYZETEK

- ¹ Statisztikailag igen nehéz számba venni azokat a magyar állampolgárokat, akik a határ magyar oldaláról rendszeresen átjárnak dolgozni egy környező országba, illetve vannak olyanok is, akik több-kevesebb rendszerességgel – hetente vagy havonta pár napot – külföldön dolgoznak.
- ² A probléma kezelésében egy gazdaságdiplomáciai eszköz is létezik: olyan külföldi beruházóknak vagy befektetéseknek járna csak támogatás, melyek nagyobb hozzáadott értéket előállító munkafolyamatokat telepítenek Magyarországra, ily módon képzettebb s magasabb bérszínvonalú tevékenységek szaporodnának az állami pénzek odaítélése révén.
- ³ Olyan eset is lehetséges, hogy adózni ugyan minden szereplőnek kell, de a befizetett adót úgy állapítják meg, hogy az nem hat normatív módon mindenkire, hanem vannak, akiket sokkal jobban terhel.
- ⁴ Mivel a fiskalizációt nagyrészt a skandináv országokban alkalmazzák az egészségügy finanszírozására, ezért ezt a módszert nevezhetjük skandinávizációnak is.
- ⁵ A tervek szerint a kormány a hatéves program végére ezt tervezi.
- ⁶ 2020-ra az államháztartási deficit GDP-arányos értéke a Gazdasági Minisztérium előrejelzése szerint 2,4%-ról 1,2%-ra csökken.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Anell, Anders – Glengård, Anna – Merkur, Sherry (2012): Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 14, No. 5, 1–159.
- Árva László – Giday András – Mádi László (2017): Az egészségügy fiskalizációja: kérdőjelek és válaszok. Vita-indító az élők munkaterhek csökkenéséről és az egészségügy finanszírozásáról. *Valóság*, 60. évf., 6. sz., 28–43.

- Botos Katalin (2015): Terhes örökség. Rendszerváltozás egy pénzügypolitikus szemével. *Pénzügyi Szemle*, 60. évf., 4. sz., 493–502.
- Boyle, Seán (2011): United Kingdom (England). Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 13, No. 1, 1–486.
- Eurostat (2016): *Bérek és munkaerőköltségek*. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Wages_and_labour_costs/hu.
- Ferretti, Raymond (2012): *Les finances de la securite sociale*. Article publié sur le site du CNFPT Wiki Territorial, <http://ferretti.imingo.net/LES%20FINANCES%20DE%20LA%20SS.pdf>.
- Giday, András (kéziratban): Munkajövedelem utáni elvonások a visegrádi térségben.
- Giday András (2011): Gyermekfedeztető nyugdíjbeiktatása. *Polgári Szemle*, 7. évf., 4. sz.
- GYEMSZI (2014): *Tájékoztató országtanulmány Dánia egészségügyéről*. Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, 2014. november.
- Johnsen, Jan Roth (2006): *Health Systems in Transition. Norway*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, Vol. 8, No. 1.
- Krugman, Paul (2016): Is Vast Inequality Necessary? *The New York Times*, January 15, www.nytimes.com/2016/01/15/opinion/is-vast-inequality-necessary.html.
- Lamartina, Serena – Zaghini, Andrea (2010): Increasing Public Expenditures: Wagner's Law in OECD Countries. *German Economic Review*, Vol. 12, No. 2, 149–164., <https://doi.org/10.1111/j.1468-0475.2010.00517.x>.
- Lentner Csaba (2013): *Közpénzügyek és államháztartástan*. Nemzeti Közszolgálati és Tankönyv Kiadó Zrt., Budapest.
- Lentner Csaba (2017): Scientific Taxonomy of Hungarian Public Finances After 2010. *Civic Review*, Vol. 13, Special Issue, 21–38., <https://doi.org/10.24307/psz.2017.0303>.
- Mádi László – Árva László (2016): A társadalombiztosítás finanszírozási reformja. Avagy hogyan üthetnénk több legyet egy csapással? *Pénzügyi Szemle*, 61. évf., 3. sz.
- Minenna, Marcello (2015): The Incurable Japanese Syndrome and Europe. *Social Europe*, 13 December, www.socialeurope.eu/2015/12/the-incurable-japanese-syndrome-and-europe/.
- OECD (2015a): *OECD Economic Outlook*. November 2014, No. 96, http://dx.doi.org/10.1787/eco_outlook-v2014-2-en.
- OECD (2015b): *Pensions at a Glance 2015. OECD and G20 Indicators*. OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2015-en.
- OECD (2015c): *Health at a Glance 2015. OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.
- OECD (2016): *Compare your country*. www.compareyourcountry.org/taxing-wages?cr=oeecd&lg=en&page=2&charts=c1458834110813+c1458837337482+c1458837389838+c1458837421061&template=10.
- Portfolio.hu (2014): A románok bezzeg csökkentik a tb-járulékot. *Portfolio.hu*, www.portfolio.hu/gazdasag/a_romanok_bezzeg_csokkentik_a_tb-jarulekot.200317.html.
- Portfolio.hu (2016): Lázár: eddig nem sikerült javítani a versenyképességünket. *Portfolio.hu*, február 8., www.portfolio.hu/gazdasag/lazar_eddig_nem_sikerult_javitani_a_versenykepessegunket.4.226757.html.
- Sági, Judit – Tatay, Tibor – Lentner, Csaba – Neumanné Virág, Ildikó (2017): Certain Effects of Family and Home Setup Tax Benefits and Subsidies. *Public Finance Quarterly*, 62. évf., 2. sz., 171–187.
- Vuorenkoski, Lauri – Mladovsky, Philipa – Mossialos, Elias (2008): Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 10, No. 4.
- Williamson, John (1993): Democracy and the “Washington Consensus”. *World Development*, Vol. 21, No. 8, 1329–1336., [https://doi.org/10.1016/0305-750X\(93\)90046-C](https://doi.org/10.1016/0305-750X(93)90046-C).
- WHO (2000): *World Health Organization's Ranking of the World's Health Systems*.
- WHO (2015): *World Health Statistics, 2013, 2014, 2015*.
- The World Bank (1994): *Averting the Old Age Crisis. Policies to Protect the Old and Promote Growth*. Oxford University Press, <https://doi.org/10.1596/0-8213-2970-7>.
- The World Bank (2017): Health expenditure (Egészségügyi statisztikák). <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>.