

Az egészségügy fiskalizációja: kérdőjelek és válaszok

Vitaindító az élől munkaterhek csökkenéséről és az egészségügy finanszírozásáról

(Bevezető) A bérekre eső elvonások – legyenek azok jövedelemadóik vagy járulékok – jelentős mértékben megdrágítják a munkaerőt. Ezek az elvonások – vagyis az adók – Magyarországon különösen magas, európai mércével mérve is. Ezen érezhetően enyhítettek ugyan a 2017. január elsejével bevezetett járulék- és a korábbi években végrehajtott személyijövedelemadó-csökkentések, de a magyar szint a csökkentésekkel együtt is magasnak számít az Unióban. Ugyanígy nem hoz ebben drasztikus változást a közelmúltban meghirdetett hatéves program sem – még ha a tervek szerint meg is valószínűsíthető a járulékterhek további, jelentős csökkenése. Az elvonások csökkentve is túlzottan nagy terheket rónak ugyanis mind a munkavállalóinkra, mind a hazai kis- és középvállalkozásokra. Egyedül a nagy transznacionális vállalkozások számára nem jelentenek megfizethetetlen terheket, mivel az alacsonyabb magyar bér miatt még így is előnyös itt megtermelni azokat a termékeket, amelyeket aztán a jóval magasabb bérekkel rendelkező országokban sokkal drágábban értékesíthetnek. Sajnálatos módon ez az út nem járható a hazai kkv-k számára, amelyek termékeiket többségükben nem exportra, hanem a hazai piacra szánják. A hazai munkaerő pedig úgy védekezik ez ellen a helyzet ellen, hogy a munkaerőpiaci liberalizálást kihasználva tömegesen elmegy dolgozni olyan országokba, ahol a nettó bérek jóval magasabbak, mint hazánkban.

Mi lehet az igazi megoldás az említett problémára? Tanulmányunk mellett érvel, hogy a bérekre terhelt magas elvonások ellen érdemi védőeszközként a társadalombiztosítás teljes vagy részleges fiskalizálása kínálkozik. A fiskalizálás azt jelenti, hogy a társadalombiztosítás szolgáltatásait – részben vagy egészében – nem a bérekre terhelt befizetésekből, hanem az adókból, azaz a központi költségvetésből fedezik. A tanulmányban ezt a kérdést igyekszünk körbejárni, figyelemmel a megvalósíthatóságra, s egyúttal elemezve a fiskalizáció lehetséges előnyeit és hátrányait is.

A továbbiakban a társadalombiztosítás nagy alrendszerén belül az egészségügy finanszírozására kívánunk különösképpen fókuszálni, mert ott a meglévő rendszer működése, jelen helyzete súlyos etikai, teljesítménybeli, hatékonysági és ellátási problémákkal terhelt, melyeken a fiskalizáció végrehajtásával párhuzamosan lehetne, illetve kellene változtatni. Sokan felvetik a fiskalizálással szemben, hogy az azért nem igazi megoldás, mert valahonnan mindenképpen fizetni kell az egészségügy kiadásait. Ezzel szemben mi azzal érvelünk, hogy sem közgazdaságilag, sem társadalmilag nem mindegy, hogy a bevételeket mire vagy kire terheljük. Azért sem mindegy, mert a bérekre terhelt elvonások több szempontból is sokkal kedvezőtlenebbek a gazdaság számára, mint az adórendszeren keresztül történő – s így más forrásra támaszkodó, „szétterített” – finanszírozási megoldások.

(A kivándorlás és az alacsony nettó munkabérek közti kapcsolat Magyarországon)
Ahogy a KSH Népeségtudományi Kutatóintézete írta: „Magyarországról a rendszerváltozás után távozott, és 2013 elején külföldön élő magyar állampolgárok 350 ezerre be-

csült száma a teljes hazai népesség mintegy 3,5%-át jelenti. A magyarországi születésű külföldön élő népesség aránya az ENSZ becslése szerint 5,1% volt 2013-ban.” Vagyis 2013-ban mintegy 350-510 ezer magyar születésű állampolgár élt és/vagy dolgozott – hosszabb vagy rövidebb ideig – külföldön.¹ A statisztikai számbavétel nehézségei miatt a valóságban ennél többen is dolgozhatnak változó rendszerességgel külföldön.²

Ugyanez a KSH-anyag azt is megállapította, hogy alapvetően több oka is volt, illetve van az egyre növekvő mértékű kivándorlásának, mégpedig:

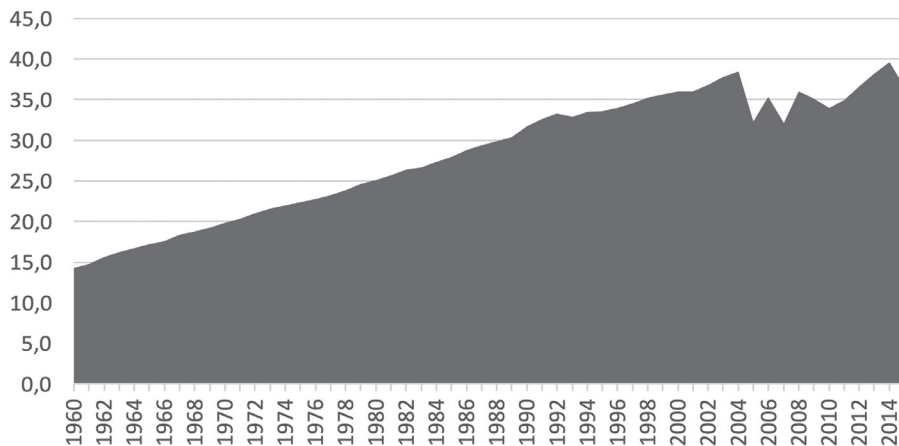
- egyfelől a gazdasági helyzet 2008 óta folyamatosan romlott Magyarországon,
- miközben egyre több EU-tagországban vált lehetővé a magyar munkavállalók számára a szabad munkavállalás,
- ugyanakkor egy sor nyugat-európai országban növekedett a munkaerőhiány is (főként olyan magasabban képzett szakmák esetében, mint az orvosok, szakápolók, illetve általában a szakmunkások (KSH, 2015).

A Magyarországról történő kivándorlás komoly problémája, hogy a kivándorlók nagy része magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik³, s alapvetően az átlagnál mozgékonyabb, vállalkozószellemű ember. Ezeknek az embereknek az elvesztése hosszabb távon a magyar gazdaságnak komoly érvágást jelent. A Népeségstudományi Kutatóintézet megállapításait továbbgondolva világossá válhat, hogy egy olyan negatív spirál látszik kialakulni, amelynek során:

- a magyar népesség magasabban képzett, mozgékonyabb, innovatívabb része gyorsuló ütemben vándorol ki külföldre, hogy a hazainál magasabb bérekért dolgozzon Nyugat-Európában,
- mindez a hazai innovációk visszaesését eredményezheti, illetve
- már ma is érezhető feszültségeket okoz a munkaerőpiacon,
- azon belül különösen aggasztó a helyzet a kivándorlás által igen súlyosan érintett egészségügyi ellátórendszerben, ahonnan tömegesen, illetve nagy arányban vándorolnak külföldre az orvosok és a szakszemélyzet⁴,
- az egészségügyi rendszer gondjai kihatnak a gazdaság egészére, mivel a fizikai és mentális gondokkal küzdő munkaerő teljesítménye elkerülhetetlenül romlik,
- ennek nyomán a magyar gazdaság teljesítménye folyamatosan csökken,
- a nem kielégítően teljesítő gazdaság és egészségügy következtében az emberek hangulata is romlik,
- mindezek együttesen hozzájárulnak a kivándorlás ütemének további növekedéséhez, és ekkor már a kevésbé innovatív, kevésbé vállalkozószellemű emberek is egyre inkább fontolgatják az ország elhagyását,
- s elkerülhetetlenül vezet hosszabb távon a társadalombiztosítási rendszer bevételeinek drasztikus csökkenéséhez – ami miatt nem nyílik lehetőség az egészségügyi rendszer eredményességének növelésére.

Bár összeurópai mértékkel mérve a kivándorlás Magyarországról nem tűnik katasztrofálisan nagyknak (és a kelet-európai országok közt sem kimagaslóan magas), mégis komoly munkaerőpiaci gondokat okoz, különösen néhány olyan szakmában, amelyeknél az anyanyelv használata nem elsőrendű, s amelyek esetében a magyar képzés nemzetközileg elismert.

Ilyen szakma például egyértelműen az orvosi hivatás, ahol az orvosok általában magas fokon beszélnek legalább egy idegen nyelvet, valamint a magyar orvosképzés nemzetközileg is elismert és magas színvonalú. Az orvosok elvándorlása azzal jár, hogy a hazai egészségügyi rendszer működése, illetve azon belül különösen egyes orvosi szakmák ellehetetlenülhetnek, mivel az illető terület minimális ellátásához szükséges orvosok sem állnak rendelkezésre.⁵



1. ábra: Tízezer lakosra jutó orvosok száma Magyarországon, 1960–2015

Forrás: KSH

A KSH adatai szerint 2004-ig mind az összes orvoslétszám, mind a tízezer főre jutó orvosok száma is folyamatosan növekedett ugyan, de 2004-et követően mindkét szám jelentősen elkezdett visszaesni, s arányuk azóta is folyamatosan hullámzik.

Mindennek többszörös kapcsolata is van a társadalombiztosítási rendszerrel. Bár egyes időszakokban a társadalombiztosítási rendszer – legalábbis annak egy része – átmenetileg akár jelentős többlettel is rendelkezhet. Hosszabb távon azonban az évtizedek óta a reprodukciónál lényegesen alacsonyabb átlagos gyermekszám és a növekvő ütemű elvándorlás miatt ez meg fog változni. Ezért fel kell készülni arra a helyzetre, amikor az egyre inkább előregedő, inaktív népesség nyugdíját, illetve növekvő orvosi igényeit fedező egészségügyi költségeket arányaiban és számszerűen is egyre kevesebb hazai aktív munkavállalónak kell megtermelnie. Ez egy igen valószínű, bár kétségtelenül negatív forgatókönyv.

A következőkben azt kívánjuk megvizsgálni, miként lehetne ezt az ellentmondást úgy feloldani, hogy a nyugdíjrendszer és az egészségügyi ellátórendszer hatékonysága nem-hogy ne csökkenjen, hanem inkább növekedjen – miközben a nettó bérek is emelkedhetnek, fékezve, vagy akár vissza is fordítva a munkaerő elvándorlását. A működőképes javaslat megfogalmazása előtt azonban egy kicsit el kell kanyarodni más irányokba is. Először meg kell vizsgálni, hogy hogyan alakultak az állam egyre növekvő feladatai, miből finanszírozták azokat az állami feladatokat az elmúlt időszakok során, valamint, hogy milyen alternatív megoldások kínálóznak.

Kiemelt szerepet kap ezen elemzés során a társadalombiztosítási rendszer, s azon belül is mindenekelőtt az egészségügyi rendszer elemzése – annál is inkább, mert az egészségügyi rendszer kapcsolódik legszorosabban a humán tőkén, az emberi munkaerőn keresztül az egész gazdaság működéséhez.

(Az állami elosztás folyamatos bővülése az elmúlt 100 év során) Amint az közzismert, az elmúlt 100 év során az összes fejlett országban folyamatosan növekedett a megtermelt GDP-n belül az állami újraelosztás aránya. Napjainkra ez az arány a 20. század elején jellemző 10-20%-ról lassan, de biztosan 50% körüli arányra kúszott.⁶

Az állami újraelosztás növekedése alapvetően a következő tényezőkkel függött össze:

- a korábban az egyházak és a családok által megoldott szociális feladatok állami átvétele, az állami szociális ellátórendszer kiadásainak növekedése;
- a közegészségügyi és járvány megelőző rendszer fejlődése, kiadásainak növekedése;
 - az ingyenes vagy kedvezményes áru, biztosítási alapú vagy államilag finanszírozott orvosi ellátás megjelenése és elterjedése;
 - a kötelező, szintén az állam által beszedett járulékokból finanszírozott nyugdíjrendszer megjelenése;
 - a közösségi közlekedési infrastruktúra szerepének növekedése, valamint fajlagos költségeinek emelkedése (utak, repülőterek stb.);
 - egyre költségesebb gazdaságfejlesztési feladatok felvállalása az államok által, ide értve a kutatás-fejlesztés egy jelentős részét is, illetve a fogyasztóvédelmi tevékenységet is;
 - az oktatási rendszer bővülése, a felsőfokú képzés tömegessé válása – amelyet nagy részben szintén az állam finanszíroz;
 - egyre drágább belső és külső védelmi és rendfenntartó feladatok;
 - bővülő és dráguló igazságügyi és a belső rendet biztosító rendszer;
 - a politikai ciklus „kiszolgálása” – azaz a választások előtt az államháztartási kiadások megnövekednek, s utána viszont nem csökkennek vissza rugalmasan.

Hozzá kell még azt tenni, hogy az állami újraelosztás növekedése miatt növekszik a korrupciós veszély is – ami további állami forrásokat igényel, s egyúttal szítja a társadalmi feszültségeket is.

(Az állami feladatok finanszírozásának módjai) Az állami feladatok finanszírozását történelmi okokból különböző forrásokból fedezik az egyes országok. A feladatok egy részét a költségvetésből (elsősorban a gazdaság szereplői közt többé-kevésbé szétterített adóbevételek, illetve illetékek révén), más részüket pedig a bérekre terhelt elvonásokból finanszírozzák. Természetesen további finanszírozási források is létezhetnek kivételesen. Ilyenek lehetnek például a nemzetközi transzferek (az EU-források vagy győztes háborúk után a külföldiekre kivetett hadisarc, avagy például a II. világháborút követő Marshall-segély stb.). Ezek a források általában ugyan nem jellemzőek, de néhány esetben – mint például hazánkban jelenleg az EU-transzferek esetében – igen fontos szerepet játszanak a gazdaság finanszírozásában.

A bérekre terhelt elvonások jelentős részben a társadalombiztosítási kiadások (vagyis a nyugdíjak, az egészségügyi szolgáltatások, a munkaügyi rendszer, valamint egyéb szociálpolitikai eszközök) finanszírozását biztosítják.

A fejlett országokban a hagyományos, korcsoportok közti elosztást megvalósító, felosztó-kirovó nyugdíjrendszerben már hosszabb ideje a társadalombiztosítási rendszer súlyosbodó válságát figyelhetjük meg (lásd például: World Bank 1994). Ennek alapvető oka az, hogy a felosztó-kirovó rendszer adottságainak megfelelően a társadalom előregedése miatt egyre kevesebb dolgozó fiatalnak kellene finanszíroznia az arányaiban egyre gyarapodó időskorúak öregségnyugdíj-ellátását, illetve a nyugdíjasok (fajlagosan is) egyre drágább egészségügyi kezelését. Számos javaslat készült már eddig is ennek a problémának a kezelésére. Felmerült, hogy olyan megoldást kellene alkalmazni, amelyben a korábbi befizetések elkülönült számlán kamatoznak (s a nyugdíjba vonulás során ezt a számlát veszi elő a nyugdíjas és azt használja a nyugdíja forrásaként). Stagnáló gazdaságokban azonban nehéz olyan döntéseket hozni és portfóliókat találni, amelyek

hosszú távon biztosítják a nyugdíj-megtakarítások értékállóságát. A nyugdíjrendszer esetében ezért a felvetett összes többi megoldási javaslat is gyakorlatilag hasonló értékállósági problémákat vet fel.

Az egészségügyi ellátórendszer szintén finanszírozási gondokkal küzd, ugyanis (ahogy arra már utaltunk az előzőekben) a mindinkább korosodó lakosság egészségügyi ellátása is egyre több pénzt igényel.⁷ Hazánkban – ahol a bérekre terhelt járulékokból befolyó bevétel a foglalkoztatottak és a nyugdíjban részesülők arányának kedvezőtlen irányú mozgása mellett még a kivándorlás miatt is egyre kevésbé fedezik a kiadásokat – ezek a problémák fokozottan léteznek.

(Miért fedezik a társadalombiztosítási rendszert sok országban, így Magyarországon is az élők munkájára terhelt elvonásokból?) Tény és való, hogy a társadalombiztosítási rendszert nemcsak hazánkban, hanem sok más országban is az élők munkájára terhelt elvonásokból (kötelező, részben a munkaadók, részben a munkavállalók által fizetendő járulékokból) fedezik. A külső szemlélődőnek az a benyomása támadhat, mintha a társadalombiztosítást valamiért kötelező lenne az élők munkájára terhelt elvonásokból finanszírozni. Az ilyen típusú megoldásra azonban nincs semmilyen komoly közgazdaságtudományi érv. E módszer mai, igen gyakori alkalmazásának alapvetően történeti okai vannak. A társadalombiztosítás eredetileg ugyanis magánbiztosítók által működtetett rendszer volt, amelyet aztán Németországban és Nagy-Britanniában az állam kötelező jellegűvé tett – mind a munkaadók, mind a munkavállalók számára.

A társadalombiztosítás magyar neve maga is félrevezető e tekintetben, angolul azt ugyanis SOCIAL SECURITY-nek, franciául SECURITÉ SOCIALE-nak vagy PROTECTION SOCIALE-nak nevezik. Vagyis az „igazi” nevük inkább TÁRSADALMI BIZTONSÁGI vagy TÁRSADALMI VÉDELMI RENDSZER, s nem pedig társadalombiztosítás.

Ez praktikusán azt is jelenti egyúttal, hogy számos országban csak az erősen beidegződött hagyomány miatt került sor a társadalombiztosítás bérekre terhelt elvonásokból történő finanszírozására.

(Az élők munkájára terhelt hagyományos társadalombiztosítási finanszírozás gazdasági hátrányai és előnyei)

A hátrányok

Számos elemzés készült az élők munkáját terhelő túlzottan magas elvonások káros hatásairól. Ezek a hatások Magyarországon különösen erősen hatnak, hiszen a bérekre eső összes adó- és járulékteher (vagyis az úgynevezett adóék) hazánkban kiemelkedően magasnak minősül európai viszonylatban is. Az egyedülálló, átlagos jövedelmekkel rendelkező munkavállaló esetében az OECD statisztikái szerint Európában csak Belgiumban, Ausztriában és Németországban magasabbak a munkabérekre terhelt közterhek.⁸

Mivel hazánkban egykulcsos személyi jövedelemadót alkalmazunk, ezért az alacsony keresetűekre nehezedő elvonások nálunk különösen magasak. Így nem meglepő, hogy az EUROSTAT adó- és társadalombiztosítási terhekre vonatkozó elemzése megállapította: „Az alacsony keresetűekre nehezedő adóteher 2013-ban Belgiumban, Magyarországon, Franciaországban, Németországban, Olaszországban, Ausztriában, Romániában, Lettországon és Svédországban volt a legmagasabb (mindegyik tagállamban 40,0% felett). A legkisebb adóteher pedig Máltán, Írországon és az Egyesült Királyságon (30,0% alatt), valamint Cipruson (a legfrissebb adatok 2007-esek) nehezedett az alacsony keresetűekre.” EUROSTAT (2016).

Ugyancsak fontos, hogy az élők munkát terhelő magas elvonások rombolják az üzleti morált és az adózási fegyelmet is, tartósítják a szürkegazdaság magas arányát, valamint (ahogy azt már jeleztük) a nettó bérek alacsony tartásával hozzájárulnak a képzett munkaerő elvándorlásához is.

Az előnyök

Ugyanakkor a társadalombiztosítás hagyományos finanszírozásának vannak előnyei is. Így például a nyugdíjrendszer esetében egy általános, mindenki által normálisnak tartott, elfogadható követelés, hogy a nyugdíjba vonulás után alapvetően hasonló jövedelmeket kapjon az egyén, mint amennyit aktív évei során keresett. Ezért a nyugdíjak finanszírozásának ez a rendszere – ahol a bérekre vetített járulékokból fizetik a nyugdíjakat – jó megoldásnak látszik. Az öregségi nyugdíjrendszerek számos problémától szenvednek⁹, ezért a megoldások alapvetően arra irányulnak, hogy pótlólagos forrásokat találjanak a nyugdíjrendszer számára, illetve, hogy biztosítsák a nyugdíjcélú megtakarítások értékállóságát. Ez természetesen nem könnyű feladat napjaink hosszabb távon is stagnáló európai gazdaságaiban, csökkenő népességszám mellett.

(A béreket terhelő elvonások rendszere napjainkban Magyarországon) Ma Magyarországon az évtizedes hagyományoknak megfelelően „kvázi biztosítási” rendszerben működik az egészségügyi ellátórendszer, a nyugdíjrendszer, valamint a munkaügyi ellátórendszer. A jobb megértés érdekében először is vessünk egy pillantást a bérekre terhelt elvonásokra hazánkban!

A bruttó bérből 2017-ben a munkavállalónál levonásra kerül:

- 15%-os személyi jövedelemadó,
- 7%-os egészségbiztosítási járulék (4% természetbeni + 3% pénzbeli járulék),
- 10%-os nyugdíjbiztosítási járulék,
- 1,5%-os munkaerőpiaci járulék.

A munkáltató által fizetett szociális hozzájárulási adó 2012. január 1-től 2016. december 31-ig a bruttó bérek 27%-a volt, ez 2017. január 1-től már csak 22%. Ezen túl a szakképzési járulék további 1,5%. A szociális hozzájárulási adóból részben a nyugdíjkasszát, részben pedig az egészségkasszát finanszírozzák (sajnos nem lehet pontosan megmondani, hogy milyen arányban, vagyis, hogy mennyi jut ebből az egyes alrendszerekre), míg a szakképzési járulék a szakképzés fenntartásán túl – a munkaerőpiaci járulékkal együtt – nagyrészt a munkaügyi rendszer fenntartására van fordítva.

Ez a rendszer első látásra igen bonyolultnak látszik, sőt, a második látásra is az... Ráadásul – mivel nem minden esetben világos, hogy az egyes járulékelemekből pontosan mit is kívánnak finanszírozni – így nem is látszik egyértelműen, hogy egyes elemek módosítása milyen változásokat eredményez a rendszer egészében, illetve annak részleteiben.

(Egy alternatív megoldás: az egészségügyi alrendszernek – teljes vagy részleges módon – az adórendszerből történő finanszírozása, a fiskalizáció) Amint azt már jeleztük, a társadalombiztosítás finanszírozására vonatkozóan nincsen semmilyen olyan kötelező közgazdaságtudományi alapelv, amely előírná annak forrásait. A fejlett országokban előfordul, hogy a munkabérekre vetített járulékok helyett (legalább részlegesen) a költségvetés bevételei fedezik a társadalombiztosítási alrendszer egyes kiadásait, és ezt a megoldást (elsősorban francia nyelvterületen) „la fiscalisation”-nak, „fiskalizációnak” nevezik.

A fiskalizációra több nyugat-európai országban vannak példák.¹⁰ Említhető Nagy-Britannia vagy a skandináv országok költségvetésből finanszírozott egészségügyi rendszerei, valamint Franciaország, ahol szintén részleges fiskalizációra került sor.¹¹ De gyakorlatilag az is fiskalizáció volt, amikor a közelmúltban hazánkban a társadalombiztosítási rendszer deficitjét rendre a költségvetésből fedezték. Sőt a fiskalizációt a kormány 2020-ig rendszerben is kívánja tartani a Nemzetgazdasági Minisztérium előrejelzése szerint (Nemzetgazdasági Minisztérium, 2016).

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, 2016-ben 487,8 milliárd, 2017-ben 871,8 milliárd, 2018-ban 966,2 milliárd, 2019-ben 932,7 milliárd, 2020-ban pedig várhatóan 1066,8 milliárd forint lesz. Vagyis ezekben az években már ténylegesen jelentős fiskalizálás figyelhető meg. Ez a fiskalizáció teszi lehetővé ugyanakkor, hogy a nyugdíjbiztosítási alap és az egészségbiztosítási alap egyenlegei az elkövetkező években nullszaldósak legyenek, szemben a nyugdíjkassza 2015-ös 4,6 milliárd forintnyi többletével és az egészségbiztosítási alap 30 milliárd forintnyi hiányával. A társadalombiztosítás fiskalizálása azonban hazánkban meglehetősen véletlenszerű és nem igazán áttekinthető – legalábbis néhány nyugat-európai egészségügyi rendszer finanszírozási megoldásával összehasonlítva.

Bár a magyar nyugdíjrendszer sincs megnyugtató helyzetben, de mégis inkább az egészségügyi rendszerrel fogunk foglalkozni a következőkben, ugyanis

- első lépésben egyszerűbb a könnyen elkülöníthető – amúgy is a szolidaritás elvén alapuló – egészségügyi rendszer rendbetétele, mint a bonyolultabb nyugdíjrendszer megreformálása;
- az egészségügyi rendszer hatékony működése közvetlenül hat a gazdaság eredményességére, mivel az egészséges és jó fizikai és mentális állapotban levő munkaerő produktívabb is lesz;
- mindenkinek az az érdeke, hogy az egészségügyi rendszer hatékonyan működjön, ugyanis csak így lehet elkerülni jelentősebb közegészségügyi veszélyhelyzetek kialakulását;
- ezen túl a nemzetközi példák is inkább az egészségügy fiskalizálására állnak rendelkezésre, míg a nyugdíjrendszerek esetében sokkal kevesebb nemzetközi „best practice” (jó gyakorlat) található a fiskalizációra.

Nyilvánvaló ugyanakkor, hogy az egészségügyi rendszer fiskalizációja nem jelenti azt, hogy az egész rendszer állami fenntartásba kerülne. Elképzelhető például, hogy az egészségügyi rendszerben – akárcsak az oktatás terén – nem minden szolgáltatást államilag fenntartott és igazgatott szervezetek végzik, hanem azokat lehet (megfelelően ellenőrzött és akkreditált) magánszolgáltatókkal (magánkórházakkal, orvosokkal, orvosi laboratóriumokkal és diagnosztikai központokkal) is végeztetni, miközben a finanszírozás állami feladat marad.

(A magyar egészségügyi rendszer helyzete és problémái, és az orvosi bérek rendezésének szükségessége) Az egészségügyi rendszer ma hazánkban számos problémával küzd, nem teljesskörűen és vázlatosan:

- az alulfizetett orvosok és egészségügyi szakszemélyzet ijesztően gyors ütemben hagyja el az országot, súlyos szakemberhiányt okozva ezzel;
- a kórházak gyógyító színvonala nem kielégítő, sokszor a betegeket indokolatlanul küldöztetik az intézmények között, sok a várakozási idő, a digitalizált betegnyil-

vántartás még gyerekcipőben jár, s ezért a kezelés nem kórtörténetre szabott, s sokszor nem adekvát, illetve nem mindig a megfelelő szakemberek végzik el;

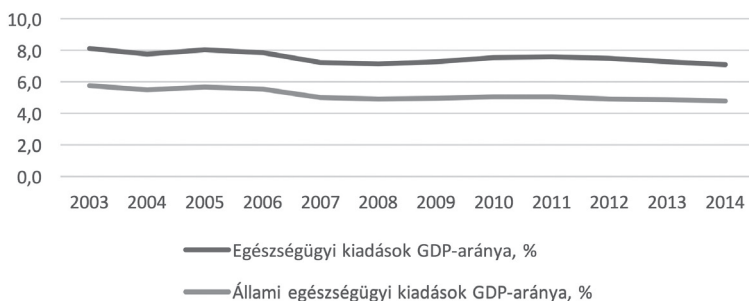
- a kórházi orvosi karrierutak nem működnek teljesítményalapúan és átláthatóan, a megörökölt főorvosi feudálisztikus rendszer jelen körülmények között nem ösztönzi sem a szakmai ismeretek megfelelő átadását, sem pedig a tudásalapú pozíciószerezést, illetve karrierutak bejárását a fiatalabb kollegák számára, a szakmai továbbképzés színvonala és rendszeressége pedig nem megfelelő;

- A digitalizáció hiánya, illetve nem megfelelő szintje¹² miatt egyrészt sok az indokolatlan többletmunka, másrészt az adminisztráció elveszi a szakképzett orvosok idejét, s jelentős többletköltségeket generál, miközben várakozási listák, illetve hiányok keletkeznek az orvosi kompetenciát igénylő tevékenységek elvégzésénél;

- nem transzparens és megfelelő a gyógyszerek és gyógy módok kiválasztása, mert a gyógyszer- és gyógyászati termékeket gyártó magáncégek érdekei esetenként felülírják a szakmai szempontokat;

- egyes kórházak folyamatosan hiányt termelnek, amit a költségvetésnek kell rendszeresen kipótolnia – egyszerre van jelen a hiány és a pazarlás, miközben a korrupció, illetve a kapcsolati tőkék domináns megjelenése korlátozza a szakmai szempontok érvényesülését a betegek ellátásánál;

- a hiányok rendezése és az ellátás zavartalanságát biztosító lépések kikényszerítése a politikai érzékenység miatt rendre megtörténik, mely gyakorlat konzerválja a nem normatív alapon és nem a valós teljesítmények mentén működő rendszer tovább élését, megmaradását.



2. ábra: Egészségügyi kiadások Magyarországon a GDP százalékában, 2003–2015

Forrás: KSH, 2016¹³

Az egészségügyi kiadásokon belül – az ábra adatai szerint – az állami finanszírozás folyamatosan csökkent 2000 óta. Egy friss elemzés szerint: „Magyarország az Európai Egészségügyi Fogyasztói Index rangsorában a tavalyihoz képest három helyet hátrébb csúszva a 30. helyen áll, így pedig már a sereghajtó Görögország is megelőzte hazánkat. A magyarnál rosszabb egészségüggyel már csak Lengyelország, Albánia, Bulgária, Montenegró és Románia rendelkezik.”¹⁴ Talán nem meglepő, hogy ennek nyomán az összes (mérhető) egészségügyi kiadás is folyamatosan csökkent ezen időszak alatt. A válság idején a lakosságnak ráadásul még kevesebb pénz is állt rendelkezésre, hogy költ-

sön az egészségére.¹⁵ Természetesen a lakossági egészségügyi kiadások jelentős részét kitevő hálapénzt a statisztika nem képes megbízható pontossággal mérni. Ezek az adatok – a System of Health Accounts¹⁶ nemzetközi módszertana szerint – nem tartalmazták az egészségügyi beruházásokra fordított kiadásokat sem, amelyeket hazánkban (legalábbis az állami egészségügyi rendszer esetében) szintén a költségvetésből fedeznek.

Az orvosi és a szakszemélyzet elvándorlása azonban szorosan összefügg az igen alacsony egészségügyi bérekkel. 2015 során az egészségügyi szakdolgozók átlagbérére mindössze havi bruttó 219 ezer forint volt. Sőt, az orvosok sem kerestek képzettségük arányában sokkal többet: átlagkeresetük havi bruttó 508 ezer forintot tett ki.¹⁷ Természetesen ezt a jelentős bérelmaradást az orvosok egy részénél csökkentheti a paraszolvencia, az orvosi „hálapénz”, de nyilvánvaló ugyanakkor az is, hogy a hálapénz nem érhető el minden orvos számára egyenlő mértékben.¹⁸

Ugyanakkor Nyugat-Európában az orvosok a hazai bérek közel öt-tízszeresét is elérhetik. Ezért sem meglepő, hogy nagy számban hagyják el a hazai orvosok az országot. Ez azért is könnyebb az egészségügyben, mivel az orvosi szakma általában nem igényel haladó szintű idegennyelvtudást. Ráadásul az orvosok itthon is részben angol, illetve latin eredetű szavakkal dolgoznak, s a szakirodalom is jórészt angolul hozzáférhető.

Fontos aláhúzni, hogy 2011 óta kinyílt az EU munkaerőpiaca, amire a magyar kormányzat az egészségügyben késedelmesen reagált. Bár 2016 második felében jelentős béremelésre került sor, de az orvosok esetében a kivándorlás intenzitása arra enged következtetni, hogy csak ennél jóval nagyobb lépéstől várható érdemi hatás.¹⁹ Bár nem tudunk olyan felmérésről, hogy hol van az a szint, amikor már csak kis hányaduk számára lenne vonzó a kinti munkavállalás, ezért az itthoni keresetek tekintetében lehet egy fogódzót találni. A hipotézisünk szerint ez az egyetemet végzettek átlagos kereseti szintjét meghaladó lehetne.

Indokolt lenne ezért az orvosok bérét havi 200 ezer Ft-tal a legrövidebb időn belül megemlíni (a 200 ezer Ft-ba beleszámítottuk a kormány által ígért 100 ezer Ft-os béremelést a 2017-es évben).

Az emelés indokálul három okot is lehet említeni.

- Egyrészt gyermekkori emlékekből mindenki felidézheti, hogy nem a buta vagy tehetségtelen fiatalok voltak azok, akik felvételt nyertek az orvosi egyetemre.
- Másrészt az orvosi munkával járó felelősséghez (a versenyszektorban) legfeljebb csak egyes műszakiak felelőssége hasonlítható.
- Harmadrészt az orvosi egyetem elvégzése időben hosszabb – ha pedig a szakorvoshoz szükséges gyakorlatot és vizsgákat, a rezidensképzést is nézzük, akkor még inkább. Arról nem is beszélve, hogy az orvosi egyetemre járó magyar fiatalok között is gyakori az egyetemi tandíj fizetése – s ugyanakkor az orvosin más egyetemhez képest a díjak is magasabbak.

A 36 ezer orvos keresetének havi 200 ezer Ft-tal megemelése éves szinten mintegy 48 Mrd Ft bruttó kiadást jelentene.

Érdeemes szót ejteni arról, hogy az orvosi bérek emelése révén megvalósuló jobb egészségügyi ellátás vajon kinek is segítene a leginkább. Az triviális, hogy a betegek helyzete kortól függően nem egyformán javulna. Az ellátás igénybe vételének életkor szerinti megoszlását jól lehet érzékelni az MNB adataiból, amiből nyilvánvaló, hogy az idősek nagyobb arányban veszik igénybe az egészségügyi ellátást, de az egészen fiatal népesség esetében szintén elég jelentős az egészségügyi rendszer igénybevétele.

1. táblázat. Az egészségügyi kiadások életkor szerinti megoszlása

Életkor	Egy főre jutó természetbeni egészségügyi kiadás ²⁰
0–4	115
5–34	85
35–50	155
51–65	185
66–	285

Forrás: MNB (2012)

(Az egészségügy fiskalizációja: Hogyan lehet megoldani?) Eddig többek közt arról szölkünk, hogy a bérekre terhelt túl magas közterhek milyen károkat okoznak, illetve, hogy a hazai orvosbéreket jelentősen meg kellene emelni. Ez a két kijelentés látszólag ellentétben lehet egymással, de úgy gondoljuk, hogy egy átgondolt és értelmesen végrehajtott fiskalizáció révén eredményeket érhetünk el.

A következőkben azt fogjuk vizsgálni, hogy mennyibe kerülne a költségvetésnek a fiskalizáció és az orvosok béremelése együttesen, illetve, hogy honnan lehetne a forrásokat előteremteni.

Napjainkban az egészségügy finanszírozása nagyon bonyolult, s több forrásból is történik. Ez a bonyolult finanszírozási megoldás azonban nem véletlen. Egyrészt történeti okai vannak, másrészt a bonyolultság miatt nem lehet áttekinteni, hogy ténylegesen mennyi pénzt is kap az egészségügy egy adott év során, aminek politikai előnyei is vannak.

A fiskalizálás, vagyis az egészségügyi rendszer tisztán a költségvetésből történő finanszírozása két szempontból is üdvös lenne,

- egyrészt a bérekre terhelt elvonások csökkentése miatt emelkednének a nettó munkabérek, s ez a GDP növelésére is hatna,
- másrészt a munkaerő külföldre vándorlása csökkenhetne, illetve a hazai vállalkozások versenyképessége is növekedne,
- valamint áttekinthetőbbé, világosabbá válna az egészségügy finanszírozása is.

Napjainkban az egészségügyi rendszer finanszírozása részben a költségvetésből, részben a munkabérekre terhelt elvonásokból történik. (Úgy is mondhatjuk, hogy az egészségügyet szolgáló finanszírozás ma kétféle.) A közvetlenül a minisztérium (Emmi) alá sorolt intézmények 578 Mrd Ft kiadásai a központi költségvetésben szerepelnek. A 2069 Mrd Ft-ból gazdálkodó Egészségügyi alapból természetbeni ellátásokra 1091, gyógyszerre, gyógyászati eszközökre pedig 381 Mrd Ft-ot költenek (2017-es terv-adatok). Mit is jelent pontosan a „természetbeni ellátás”? Az egészségügyi járuléknak két része van: természetbeni és pénzbeli. Az elsőért jár maga az orvosi ellátás: a gyógyítás, műtét stb. (ezt nevezik természetbeninek), a másodikért pedig a táppénz, ezért pénzbeli, mert konkrétan pénzt kapunk érte. De ez sem ilyen egyszerű, mivel a táppénzt egy ideig a munkaadó finanszírozza, s csak egy bizonyos idő elteltével fizeti az egészségbiztosítási kassza.

Az egészségügyi rendszer összes bevétele – függetlenül a forrásoktól – 2017-ben összesen 2674 milliárd forint lesz. Ebből a költségvetés ad 967 Mrd Ft-ot.

Az egészségügyi rendszer eddigi külső bevételeinek nagyobbik részét a fiskalizálást követően a költségvetésnek kellene kiváltania. Ez praktikusán azt jelenti, hogy a 2017-

es évben 967 helyett 1926 milliárd forintot kellene a költségvetésből az egészségügyre fordítani.²¹ És ehhez adódna még hozzá az orvosi béremelés 48 Mrd Ft-ja.

A kérdés az, hogy ez mennyiben lenne reális alternatíva? Lehetséges lenne-e közel 1000 milliárd forintot „összeszedni” a költségvetésben? És ha igen, akkor miként lenne ez lehetséges? Az ezer Mrd Ft az éves GDP-hez viszonyítva 2,6%-ot tesz ki.

Egy ilyen cél ambiciózus, de 7-10 év alatt elérhető. Még akkor is, ha a hasonló célt (a dolgozók itthon tartását) megcélzó béremelési-járadékcsoökkentési program sikerei esetén (illetve azt követően) lehet erőteljesebben koncentrálni a fiskalizálásra. Három ok támasztja alá a megvalósíthatóságot:

- még van fehéredési tartalék a gazdaságban, ami emelheti az adóbevételeket;
- a deficitmutató tekintetében elért kedvező helyzetnek köszönhetően az EU-val az utóbbi évekbelinél valamivel magasabb hiány is elfogadható²²;
- a következő 3 évben várható magasabb (3% feletti) gazdasági növekedés az államháztartás pozícióját jelentősen javítja;

2021-től pedig évi 2%-os növekedés elérése évi 120-150 Mrd Ft többletforrást hoz államháztartásnak (a kiadások reálértékének szinten tartása esetén).

Mindezekből arra következtethetünk, hogy a fiskalizáció a várható gazdasági helyzet mellett megoldható, s azt meg is kellene oldani. Nyilvánvalóan a teljes egészségügyi fiskalizáció nem vezethető be egyik napról a másikra, az egészségügyi rendszer egészére. Viszont arra kellene törekedni, hogy záros határidőn (vagyis legfeljebb pár éven) belül sor kerüljön az egészségügy teljes fiskalizációjára, vagyis arra, hogy az egészségügyet teljes egészében a költségvetésből fedezzük, s ne terheljünk semmit az élőlomunkára.

Természetesen további kutatásokat igényel az is, hogy milyen forrásokkal lehetne segíteni az egészségügy fiskalizációját. (A legkézenfekvőbb lépés az egészségtelen termékekre kivetett speciális adók [chips-adó], illetve a dohányjövedék vagy a benzin fogyasztói adójának emelése lenne. De mivel ezek a speciális termékadók, emelésük sok egyéb hatással is járna, azért azokat külön-külön vizsgálni kell.)

(Miben segíthet a magyar gazdaságnak a járadékcsoökkentés és a részleges fiskalizáció?)

Bár a fiskalizációval szemben okkal fel lehetne vetni, hogy nem tökéletes megoldás, hiszen valahonnan mégiscsak finanszírozni kell az egészségügy kiadásait. Ez a vélemény azonban nem veszi azt figyelembe, hogy a forrás kiválasztása alapvető közgazdasági következményekkel jár. Több problémára is orvosságot ad a szisztematikusan és átgondoltan végrehajtott finanszírozási forráscsere. Ezek a következők:

- Már említettük, hogy a béreket megdrágító járadékok csökkentése fékezheti a munkavállalási célú kivándorlást, hiszen a munkáltatói tehercsokkenés jó eséllyel és már középtávon emeli a munkavállalók nettó bérét.

- A járadékcsoökkentéshez kapcsolódó orvos béremelés nyomán egyfelől lelassul az orvosok elvándorlása, illetve sor kerülhet a már korábban elvándorolt orvosok visszatérésére is. Ez már önmagában is képes lenne az egészségügyi rendszer hatékonyságát növelni, mivel számos esetben csak azért nem használnak milliós értékű gépeket, mert nincsen hozzá szakorvos személyzet.²³

- Másrésztől a vásárlóerő növekedése (amely a nettó bérek növeléséből és a többlet-foglalkoztatásból is adódik) ösztönzőleg hathat a kereslet bővítésén keresztül a gazdasági növekedésre.

- Vélhetően csökken a szürkén foglalkoztatottak száma és aránya is, ami a versenyképesség javulását és az adóbevételek növekedését eredményezheti.

- Hosszabb távon pedig emeli a kezdő nyugdíjak összegét emeli azoknál, akik részben szürkén voltak foglalkoztatva, s a járuléksökkentés hatásaként pedig kifehéredik a fizetésük a nyugdíjba vonulásukat megelőző időszakban.
- Nem mellékesen a hazai kisvállalkozásainkat növekedésre²⁴ és munkaerő-felvételekre, illetve a képzetesebb²⁵ munkavállalók alkalmazására ösztönözheti, hiszen a kis méret „megőrzésére” az eddigi egyik – talán a legerősebb – motiváció a szürkegazdaságban való versenyelőny kihasználása volt.
- Továbbá – közvetett módon ugyan – a legálisabb és erősebb vállalkozások a jövőben várhatóan erősíthetik a hazai szakmai szervezetek szervezetségét, súlyát, szakmai potenciálját.
- Az egészségügyben részben visszaszorulhatna a hálapénz amiatt, hogy javulna az orvosok legális jövedelmi helyzete.
- Az egészségügyön belül számos reformot végre lehetne hajtani azért, hogy a magasabb bérért legálisabb, teljesítményelvűbb, normatívabb működési helyzet alakuljon ki, s javítani lehetne a torzulásokat (nem muszáj egyforma béremelést adni minden egészségügyben dolgozónak), s segíteni az orvosi karrierutak megfelelő működését.
- Es végül – de nem utolsósorban – alá kell húzni, hogy a fiskalizáció első lépéseire már ma is rendelkezésre állnak a források a költségvetésben. Tehát ezt a folyamatot oly módon lehet elkezdeni, hogy rövid távon további adókat nem, vagy csak kis mértékben kellene emelni.

A tanulmányunkban összefoglaltuk és elemeztük azt a helyzetet és azokat az okokat, melyek a mai Magyarországon véleményünk szerint egyértelműen indokolják az egészségügy területén végrehajtandó fiskalizáció szükségességét. Nem foglalkoztunk azzal, hogy nyilvánvalóan létezik az egészségügy biztosítási oldalról történő megközelítése is, s ennek van elméleti és gyakorlati megalapozottsága. Ám ma – amikor az állampolgári jogú alapjövedelem, illetve alapnyugdíj napi aktuális téma a tudományban és a közéletben is – meggyőződésünk, hogy a nem járulékokból, hanem költségvetésből való fedezettség mellett is biztosítható mind a prevenció, mind pedig a költségtakarékos és adekvát ellátás megoldása. Azért is, mert a poszt szocialista időszakban, napjainkban (nemcsak hazánkban, de a hasonló múltú környező országokban is) ezek az elvek – a prevenció, a költségtakarékosság és az adekvát kezelés biztosítása – nem érvényesültek megfelelően az egészségügyben. Mindezek miatt itt és most nem szükségszerű, hogy az egészségügyet biztosítási alapon működtessük.

Azzal azonban tisztában vagyunk, hogy a fiskalizáció indokoltságának, ütemeztettségének, konkrét lépéseinek kimunkálásához további kutatásokra van szükség. Ezért ez a tanulmány vitaindító szándékkal született.

IRODALOMJEGYZÉK

- Árva L. – Mádi L. (2016): A társadalombiztosítás finanszírozási reformja. Avagy hogyan üthetnénk több legyet egy csapással? *Pénzügyi Szemle*, 2016/3. 389–406.
- Elemzés az államháztartásról, 2012. május, MNB. <https://www.mnb.hu/letoltes/elemzes-az-allamhaztartasrol-201205.pdf>
- EUROSTAT adatok
- EUROSTAT (2016): http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Wages_and_labour_costs/hu
- EUROSTAT, WHO (2011): System of Health Accounts. Módszertan.

- Giday András – Szegő Szilvia: A társadalombiztosítás megújításának keretei Magyarországon. *Polgári Szemle*, 2016. 4–6. szám.
- Workania (2016): <http://www.fizetesek.hu/>, készítette: workania.hu
- IMF Datamapper (2015): <http://www.imf.org/external/datamapper/index.php>
- KSH (2015): Monostori Judit – Óri Péter – Spéder Zsolt (szerk.): Demográfiai portré 2015.
- KSH (2015): Magyarország, 2015. <http://magyaridok.hu/belfold/vegre-merseklodik-az-egeszsegugyi-migracio-1455811/>
- A Magyar Orvos Kamara (2016): Hírlevél. <http://www.mok.hu/hirek.aspx?nid=81742&cid=450>
- Makrogazdasági és költségvetési előrejelzés, 2016–2020, Nemzetgazdasági Minisztérium, 2016. december [web:] goo.gl/3koXvQ
- Maddison, A. (2007): *Contours of the World Economy, 1-2030 AD*. Oxford University Press.
- Krugman, Paul: Is Vast Inequality Necessary? [web:] <http://www.nytimes.com/2016/01/15/opinion/is-vast-inequality-necessary.html>
- Navarro, M., Zucman, G. (2016): Quel avenir pour le financement de la protection sociale? In: La Découverte | « Regards croisés sur l'économie » 2007/1 n° 1 | pages
- Nemzetgazdasági Minisztérium (2016): Makrogazdasági és költségvetési előrejelzés 2020.
- OECD (2007): Perspectives de l'emploi de l'OCDE. OCDE 2007, ISBN 978-92-64-03305-4
- OECD (2015): Economic Outlook Volume 2014 (No. 96). Továbbá OECD Database.
- OECD (2015b): Pensions at a Glance. 2015.
- OECD (2015c): Health at a Glance, 2015.
- OEP (2015): Az Egészségbiztosítási Alap 2015. évi költségvetésének pénzforgalmi teljesítése.
- Pellet, R. (2012): Fiscalité sociale: les contradictions des syndicats des salariés. *Droit Social*, 2012, Juin, No. 6.
- Portfolio.hu (2014): http://www.portfolio.hu/gazdasag/a_romanok_bezzeg_csokkentek_a_tb-jarulekot.200317.html
- Rodrick, D. (1998): Why do more open economies have larger governments? *Journal of Political Economy*, 106: 5. 997–1032.
- Tanzi, V., Schuknecht, L. (2000): *Public Spending in the 20th Century*. Oxford University Press.
- WHO (2015): World Health Statistics, 2013, 2014, 2015.
- WHO (2000): World Health Organization's Ranking of the World's Health Systems, 2000.
- World Bank (1994): *Averting the Old Age Crisis. Policies to Protect the Old and Promote Growth*. Published by Oxford University Press.
- http://index.hu/belfold/2017/02/07/orvosiany_surgossegi_betegellatas_orvosi_kamara_eger_istvan/goo.gl/NkFVl3
- http://tenytar.blog.hu/2017/02/10/ramaty_allapotban_a_magyar_egeszsegugy_europai_felmeres_is_figyelmeztet

ÁBRÁK ÉS TÁBLÁZATOK ALAPADATAI

1. ábra. Tízezer lakosra jutó orvosok száma Magyarországon, 1960–2015

Év	Dolgozó orvosok száma	Tízezer lakosra jutó dolgozó orvos
1960	14 295	14,3
1961	14 822	14,7
1962	15 724	15,6
1963	16 364	16,2
1964	16 978	16,7
1965	17 528	17,2
1966	17 948	17,6

Év	Dolgozó orvosok száma	Tízezer lakosra jutó dolgozó orvos
1967	18 777	18,3
1968	19 290	18,8
1969	19 902	19,3
1970	20 491	19,8
1971	21 066	20,3
1972	21 843	21,0
1973	22 510	21,6
1974	23 095	22,0
1975	23 588	22,3
1976	24 123	22,7
1977	24 793	23,3
1978	25 444	23,8
1979	26 311	24,6
1980	26 898	25,1
1981	27 449	25,7
1982	28 098	26,3
1983	28 358	26,7
1984	29 010	27,4
1985	29 524	28,0
1986	30 245	28,8
1987	30 794	29,4
1988	31 160	29,9
1989	31 537	30,4
1990	32 883	31,7
1991	33 859	32,6
1992	34 546	33,3
1993	34 093	32,9
1994	34 622	33,5
1995	34 634	33,6
1996	35 026	34,0
1997	35 477	34,5

Év	Dolgozó orvosok száma	Tízezer lakosra jutó dolgozó orvos
1998	36 143	35,2
1999	36 386	35,6
2000	37 000	36,2
2001	37 200	36,4
2002	37 295	36,8
2003	38 241	37,8
2004	38 877	38,5
2005	32 563	32,3
2006	35 572	35,3
2007	32 202	32,1
2008	36 088	36,0
2009	35 196	35,1
2010	33 943	34,0
2011	34 736	34,9
2012	36 250	36,6
2013	37 711	38,2
2014	38 994	39,6
2015	35 854	36,5

Forrás: KSH

2. ábra. Az egészségügyi kiadások alakulása a GDP százalékában Magyarországon

2.4.1. Egészségügyi kiadások alakulása (2003–)												
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Egészségügyi kiadások GDP-aránya, %	8,1	7,8	8,0	7,8	7,3	7,1	7,3	7,6	7,6	7,5	7,3	7,1
Államiegészségügyi kiadások GDP-aránya, %	5,7	5,5	5,7	5,6	5,0	4,9	5,0	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8

Forrás: KSH, STADAT. http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fec001.html

JEGYZETEK

- 1 Az igazsághoz azonban az is hozzátartozik, hogy a külföldön dolgozók arányát tekintve Magyarország egyáltalán nincs rossz helyzetben – még a környező országokat nézve sem.
- 2 A Nyugat-Dunántúlon több tízezer ember ingázik a szomszédos Ausztriába, s sokan vannak olyanok is, akik több-kevesebb rendszerességgel dolgoznak külföldön úgy, hogy itthon sem adják fel munkahelyüket, státuszukat. Sajnos a statisztikák nagyon közelítőlegesen képesek csak leírni ezt a helyzetet.
- 3 „A tükröstatistikák adatai szerint 2014 elején a hivatalosan Európában élő mintegy 330 ezres magyar populáció a hazai átlagnál fiatalabb és képzetesebb volt.” Lásd KSH (2015), 15. oldal.
- 4 Lásd erről bővebben: http://index.hu/belfold/2017/02/07/orvoshiany_surgossegi_betegellatas_orvosi_kamara_eger_istvan/
- 5 Erre vonatkozóan lásd a Magyar Orvosi Kamara közleményeit, például: <http://www.mok.hu/hirek.aspx?nid=81742&cid=450>
- 6 Számos elemzés készült erre vonatkozóan, lásd többek közt például: Rodrick (1998), illetve Tanzi, V., Schuknecht, L. (2000), vagy Maddison, A. (2007).
- 7 Fontos megemlíteni, hogy az ellátandó időskori létszám abszolút értékben és arányaiban is nő, de emellett azzal is számolnunk kell, hogy ezeknek az embereknek az ellátási igényei is nőnek, miközben az orvosi kezelések gépi és gyógyszerkínálati lehetőségei is folyamatosan bővülnek, fejlődnek.
- 8 Ezt a statisztikát némileg módosítja a 2017-tel elkezdődő járulékreform, amely több év alatt érzékelhetően csökkenti a kiugróan magas adóék-szintünket. Ám a közvetlen régiókban még a többéves program szisztematikus végigvitele esetén is (s itt meg kell jegyezni, hogy a rendszerváltás óta eltelt két és fél évtized nem arról ismerszik meg, hogy ciklusokon átívelő programok zökkenő nélkül ki tudtak volna teljesedni...) a magyar adat még mindig magasnak számít majd.
- 9 Erre vonatkozóan lásd például: Árva-Mádi 2016.
- 10 Lásd például: OECD, 2007.
- 11 A nyugat-európai országokban megvalósított részleges fiskalizációkra vonatkozóan lásd Árva-Mádi: i. m.
- 12 Bővebben lásd: goo.gl/NkFV13
- 13 https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fec001.html (letöltés 2017-03-09)
- 14 Lásd: http://tenytar.blog.hu/2017/02/10/ramaty_allapotban_a_magyar_egeszsegugy_europai_felmeres_is_figyelmetztet
- 15 Miközben köztudomású, hogy Magyarországon kiemelkedően magas a lakossági teherviselés az egészségügy területén, így a gazdasági válság a lakossági igénybevételnél is hat.
- 16 Lásd: EUROSTAT, 2011.
- 17 <http://www.enkk.hu/hmr/index.php/ber-es-letszamstatistika>
- 18 A hálapénz redistributív szerepe ugyanakkor szakmai igazágtalanságot is szül. A hálapénz nagysága és gyakorisága ugyanis általában nem a valós teljesítményeken alapszik: nem csak egy-egy orvosszakmán belül, de a különböző orvosi beavatkozások között sem arányosan oszlik el.
- 19 A legfrissebb statisztika fordulatot sejtet, ám egy adatból igazi trendre még nem lehet következtetni. Erről bővebben: <http://magyaridok.hu/belfold/vegre-merseklodik-az-egeszsegugy-migracio-1455811/>
- 20 A természetbeni egészségügyi kiadás eléggé bizarr elnevezése gyakorlatilag az orvosi beavatkozások költségeit jelentik, a gyógyszerek nélkül (azért természetbeni, mert a pénzbeni kiadások a táppénzt jelentik).
- 21 A lakosság, a munkaadók (táppénz), valamint a gyógyszergyártói és forgalmazói befizetések a maihoz hasonló szintjét feltételezve.
- 22 2020-ra az államháztartási deficit GDP-arányos értéke a Gazdasági Minisztérium előrejelzése szerint 2,4%-ról 1,2 %-ra csökken.
- 23 Így például nagyon lényeges diagnosztikai eszközök sok esetben kihatálatlanok az orvoshiány miatt.
- 24 Nem feledhetjük, hogy komoly kockázata is van ennek a lépésnek: azok a vállalkozások, melyek nem képesek hatékonyságnöveléssel és/vagy munkafolyamatok racionalizálásával javítani a helyzetükön (illetve nem zsebbe pótolták ki a minimálbért, hanem ténylegesen csak a minimálbért tudták/tudják biztosítani az alkalmazottaiknak), azok nehéz helyzetbe kerülnek. Ennek kivedésére segíthet egy időlegesen pályázható állami segélyalap, mely használata időt biztosít az átszervezések kidolgozására és végrehajtására. Ám mindezek mellett is lesznek vesztesek – akiknek a megjelenése azonban egy versenyelűbb, legálisabban működő, s mindezek által pedig egy fejlettebb gazdaság-szerkezetet és működési modellt feltételezve kikerülhetetlennek látszik.
- 25 Az automatizáció elkerülhetetlen, s már középtávon jelentős súllyal való megjelenése egyébként is arra kell ösztönözzön bennünket, hogy segítsük azon munkavállalóink képzettségbeli és motivációs állapotának javítását, akiknek a közeljövőben akár tömegesen is megszűnhet az állása, pozíciója az automatizáció erősebb hullámának megjelenésével.