

Magyar Tudomány

A Magyar Tudományos Akadémia folyóirata. Alapítva: 1840

KEZDŐLAP ARCHÍVUM IMPRESSZUM KERESÉS

» AZ EGÉSZSÉGÜGY FINANSZÍROZÁSI ALTERNATÍVÁI (ADÓK, JÁRULÉKOK, HÁZTARTÁSI JÖVEDELMEK) – NEMZETKÖZI ÉS HAZAI TAPASZTALATOK

Mihályi Péter

DSc, tanszékvezető egyetemi tanár, Budapesti Corvinus Egyetem • peter@mihalyi.com

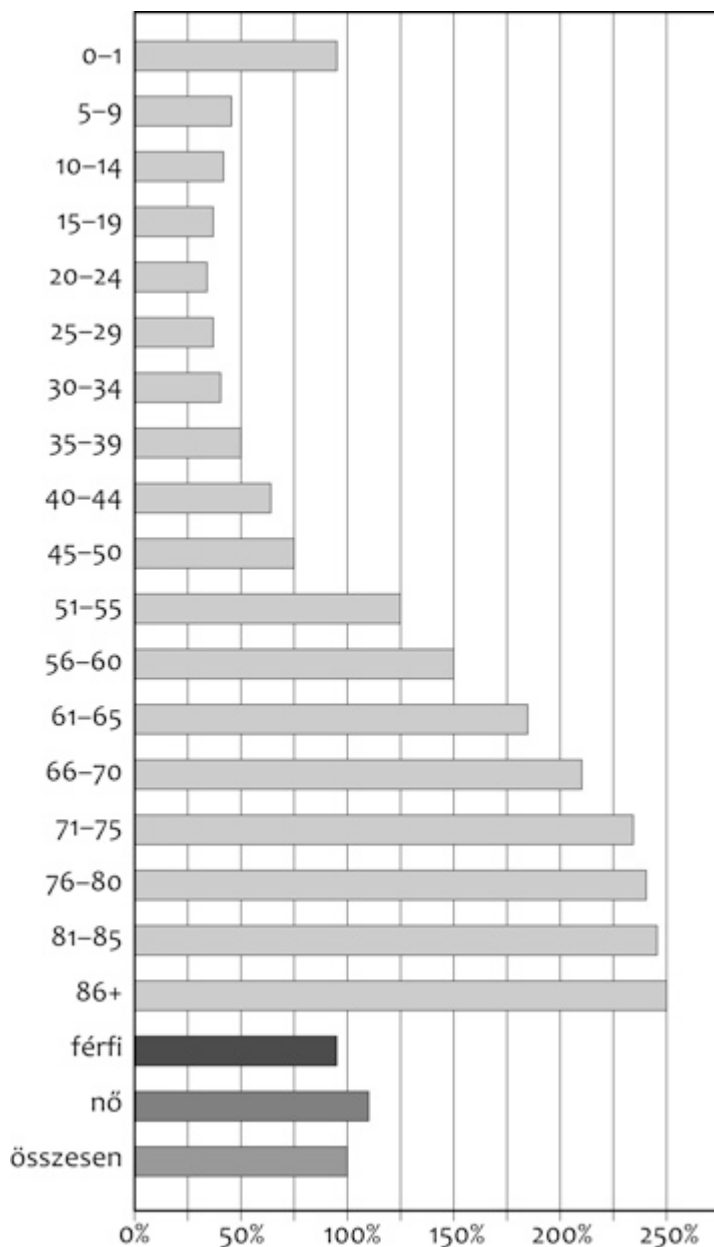
Előrebocsátom az előadás végkövetkeztetését. Nincs optimális egészségügyi finanszírozási rendszer, mindegyiknek számos ismert előnye és hátránya van. Minden ország közvéleménye a saját rendszere hátrányait tartja irracionálisnak, túrhetetlennek. Ez magyarázza, hogy a fejlett országok egyikében sem sikerült soha szakmai konszenzust építeni a paradigmaváltással járó egészségügyi reformok mögé. Bármilyen többségi támogatással felépített reformkoncepciónak lesz kisebb-nagyobb szakmai támogatást felvonultató, kompetens ellenzéke, amely jól hangzó ellenérveket tud felsorolni a tervezett reformkoncepcióval szemben.

Ellentmondások

Szemben az elterjedt közvélekedéssel, a fejlett, gazdag országokban – abban az országcsoportban, ahova Magyarország is tartozik – az egészségügyi kiadások nem tekinthetők gazdasági befektetésnek, sokkal inkább a fogyasztás részei.¹ Könnyen átgondolható, evolúciós okok miatt az egészségügyi kiadások a gyermekkorra és az inaktív életkorra koncentrálnak – főként az utóbbira. Az életpálya egészére számított egészségügyi kiadások 70–80%-a az élettartam utolsó két évére koncentrálnak. Ebből következik a finanszírozási rendszerek egyik alapvető ellentmondása – a generációs érdekellentét. Az aktív – dolgozó és kereső – korosztályok számára az orvoshoz fordulás szükségessége kis valószínűségű esemény. A fiatal és idős inaktívak számára viszont ez mindennapi realitás. Az 1. ábra ezt az összefüggést magyar adatokkal illusztrálja, de bármely fejlett ország esetében ugyanez a kép.

másutt az egészséges táplálkozás prom cél (Doetinchem, 2010; WHO, 2016). Eg az ilyen címen beszédett adóbevéte nagysága sehol nem jelentős. Magyar nem éri el a 30 Mrd Ft-ot. Az Egészségbi Alap 2000 Mrd Ft-os kasszájához képest aprópénznek sem nevezhető. Látni kell a hogy az efféle adók diszkriminatív szociálisan regresszívek. Sokszor vállalatokat sújtanak, amelyek csak az adózó terméket gyártják (például chips é sós sütemények gyártói). Még ennél is ko probléma, hogy az egészségre káros t megadóztatása – és ebbe most beleért dohányra és az alkoholra kivetett extra ad alapján véve a gazdagokat hozza relat helyzetbe (angolul: pro-rich). Ez a mag annak, hogy az USA-ban Obama elnök e cukros üdítők megadóztatásának. A Coca szegények itala, és arányaiban ők ; dohányzók többségét is.

5. Kötelező bérarányos járulék = b modell. Napjainkban leginkább a német é nyelvű EU-s államokban működtetik. Nag a bismarcki modellnek, hogy relatíve füg költségvetéstől, ezért a napi politikát rendszerben annyi bevétel keletkezik, ame egymással versengő biztosítók⁶ a munk és a munkavállalóktól begyűjtenek. Érdem tudni, hogy a bismarcki rendszer kényszerszolidaritásnak van – és kez fogva mindig is volt – felső határa. A legm jövedelműek számára ma a kilépés (op határa 4575 €/hó szinten van megállapítva aki ennél többet keres, annak nem államilag szabályozott biztosítást kötnie. akar, akkor nem köt semmilyen va magánbiztosítást. A bismarcki i Magyarországon 1992 után nem vált be



1. ábra • Az egy főre jutó természetbeni egészségbiztosítási ellátások korprofilja Magyarországon (teljes népesség átlaga = 100%) (forrás: MNB 2013)

Erre a generációs érdekellentétre az egyik, de mindenképpen csak részleges megoldás a család intézménye. Csakhogy, ahogyan bővülnek a medicina kínálta lehetőségek – kezdve a mesterséges megtermékenyítéstől a csípőprotézis beültetéséig –, úgy hárul a pénzügyi teherből egyre több a közösségi finanszírozásra. Nincs más megoldás, a szolidaritás erkölcsi parancsára hivatkozva ki kell kényszeríteni az aktív generáció tehervállalását.

A generációs érdekellentét jelentőségét nagyban növeli a generációs aránytalanság is (Kreiszné et al., 2015). Az idősök gyógyításának költségnövekedését nem követi az aktív kereső korosztályok létszám-bővülése. És nem csak a

magas tb-járulék (ideértve a nyugdíj-jövedelemeltitkolásra ösztönöz. E ellentmondás már a 90-es évek közepe ismert a szakemberek számára, de a kormánynak sem sikerült megszüntetnie a tb-terhek miatti ellenérdekeltséget.

6. Egyénre szabott biztosítási díj = önkéntes magánbiztosítás. Ebben a rendszerben alapvető probléma az, hogy az önkéntes magánbiztosítások – mivel nincs semmilyen állami támogatás – sok munkaadó és munkaadó számára alapesetben is túl drágák lehetnek.⁷ Ráadásul korábbi kórképek miatt (pre-existing medical conditions) kockázatosnak tűnő jelentkezőket a biztosításoktól elutasítani. Ebben a munkaadó külön kérdés, hogy mi történik a nem dolgozókkal (például nyugdíjasok, eltartott családtagok) fizetés utánuk. Ha viszont van benne adóelőny formájában állami támogatás – így például a magyar önkéntes egészségpénztáraké – akkor az pro-rich megoldás. A nyereségű működő nagyvállalatoknak ugyanis így kell fizetni, mint adózott és tb-járulékos munkabér formájában.⁸

7. Adózott jövedelem (out-of-pocket payment). A legjelentősebb „zsebből fizetett” tételek világon orvosi/kórházi co-payment, a járóbeteg-ellátás, a gyógyszerterhelés, a magánorvosok (ezen belül Magyarországon a hálapénz) efféle tételek aránya a nemzetgazdaság folyó egészségügyi kiadásán belül mindig is jelentős: az OECD-országok átlagában az Egyesült Államokban 12%, Magyarországon viszont 28%. Ez a gyógyszerkiadások aránya miatt van így. Egyértelmű – és szerintem aggodalomra okot adó tendencia hazánkban makroszinten a magánfinanszírozás aránya 1990 óta gyorsabban nő, mint a közkiadások. Persze, ha ez nem így lenne, nem is lenne finanszírozható a rendszer.

Mint a fenti összehasonlításból is látszik, nemcsak nehezíti a paradigmaváltás finanszírozási reformok beindítását, hanem az alaprendszereknek egyidejűleg vannak előnyei és hátrányai, de az is, hogy minden országban kevert rendszerek működnek. Amikor egy-egy országban mégis paradigmaváltás történik (és véleményem szerint erre szükség lenne Magyarországon is), mindig a döntéshozó elit milyen mértékben hisz a piacgazdaságban és a versenyben milyen arányú szerepet tart kívánatosnak a központi kormányzat részéről. Ez

születések és halálozások aránya számít: fontos változója a rendszernek, hogy a munkaképes korban lévő korosztály mekkora hányada dolgozik és keres. Megint szembemelve a közvélekedéssel, hangsúlyozni kell, hogy a fejlett országokban ez az arány nem a lakosság egészségi állapotán múlik, hanem sokkal inkább a társadalmi és jogszabályi környezeten – például a nyugdíjba vonulás és a rokkantsági szabályok paraméterein. Nézzük a 40–60 éves férfiakat! Japánban közel 75%-uk aktívan dolgozik és keres. Franciaországban és Belgiumban a dolgozók aránya kevesebb, mint 25%. Magyar adat csak az 55–64-es korosztályról van: a férfiak foglalkoztatási aránya 47% csupán.² Az egészségügy finanszírozása szempontjából jelentős, súlyosbító probléma a fiatalok tömeges munkanélkülisége. Ez a szám nálunk közel van a 20%-hoz. Ami önmagában sok, de kétségtelenül jóval kisebb, mint a megfelelő spanyol és görög adat (50%).

A fejlett világ nagyobb és gazdagabb részében a generációs aránytalanságot részben ellensúlyozza a bevándorlás. Kelet-Európában, az egykori szocialista országokban ellentmondásos a helyzet. Ha visszamegyünk 1981-ig – addig az évig, amikor Magyarországon megkezdődött a népességszám abszolút csökkenése, és ezt tekintjük az összehasonlítás bázisidőpontjának –, akkor azt mondhatjuk, hogy csak nyolc országban nőtt a népesség az elmúlt harmincöt év során, mindenütt másutt, összesen tizenegy országban csökkent. Egyes országokban – így például Lettországon (23%) és Magyarországon (8%) igen jelentős volt a fogyás. Ezzel szemben Nyugat-Európa mind a húsz országában – kivétel nélkül – nőtt a népesség; Írországon 44%-kal, Norvégiában 28%-kal (TED, 2016). Ez minőségileg más helyzet.

Versengő válaszok az ellentmondásokra

Mint a fentiekben bemutattuk, a fejlett ipari demokráciákban az egészségügy finanszírozása mindenütt valamiféle kényszermechanizmusra kell hogy épüljön. Csak így lehet elérni, hogy megbetegedés, baleset és az öregkori egészségromlás akut eseteiben az ország minden állampolgára számára – valamilyen előre meghatározott ellátási körben – közvetlenül hozzáférhető legyen az orvosi segítség, függetlenül attól, hogy a szolgáltatás igénybevételének pillanatában a beteg tud-e, hajlandó-e fizetni (Gottret – Schieber, 2006;

értékválasztás kérdése. (Részletesebb: Mihályi [2006, 2007, 2008b])

Kulcsszavak: *egészségügyi reform, finans. modellek, adók és járulékok*

IRODALOM

- Doetinchem, Ole (2010): Hypothecation of Tax Re Health. World Health Report (2010) Backgrou No. 51. WHO • **WEBCÍM**
- Gottret, Pablo – Schieber, George (2006): Health Revisited. Washington DC: The World Bank • **WEBCÍM**
- Kreiszné Hudák Emese – Varga Péter – Várpali (2015): A demográfiai változások makrogazdasági Magyarországon európai uniós összehasonlításban. Hitelezési Szemle. 14, 2, 88–127. • **WEBCÍM**
- Magyar Nemzeti Bank (MNB) (2013): Ele államháztartásról 2013. február Kivetítés a köl egyenleg és az államadósság alakulásáról (20 Budapest: MNB • **WEBCÍM**
- Mihályi Péter (2003a): Bevezetés az egészségügyi közgazdaságtanába. Veszprém: Veszprémi Kiadó
- Mihályi Péter (2003b): A regionális megközelítés magyar egészségügy reformjának szemléletéről. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 41, 1–2, 15–2
- Mihályi Péter (2006): Egészségügy: A halogatott (Válogatott tanulmányok), (PEM Tanulmány Budapest: Professzorok az Európai Magyar Alapítvány
- Mihályi Péter (2007): Az egészségbiztosítás reformjának fogalmi keretei. Esély. 5, 3–33. • **WEBCÍM**
- Mihályi Péter (2008a): A 21. század egészségügyi alapproblémái – Amerikai egészségügy magyar szemléletéről. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 46, 5, • **WEBCÍM**
- Mihályi Péter (2008b): Mivé lett az egészségügyi reform? Elemző. 4, 1, 101–124.
- OECD Health Statistics (2016): • **WEBCÍM**
- Saltman, Richard B. – Bankauskaite, Vaida – Karsten (eds.) (2007): Decentralization in Health Systems (European Observatory on Health Systems and Series) Maidenhead: McGraw Hill–Open University • **WEBCÍM**
- Shakarishvili, George (ed.) (2005): Decentralization of Health Care. OSI: Local Government and Public Administration Initiative • **WEBCÍM**
- TED (2016): The Conference Board. 2016. The Conference Board Total Economy Database™ • **WEBCÍM**
- Thomson, Sarah – Foubister, Thomas – Mossialos (2009): Financing Health Care in the European Union (European Observatory on Health Systems and Series). WHO • **WEBCÍM**
- WHO (2016): Putting Taxes into the Diet Equally. Bulletin. 94, 4, • **WEBCÍM**

LÁBJEGYZETEK

1 Más volt a helyzet száz-százötven évvel ezelőtt,

Thomson et al., 2009).

1. A központi költségvetésnek fizetett adók. Ez a kommunista-szociáldemokrata ideológiára épülő Szemaskó- és Beveridge-modell. Az egészségügy integrált része a központi tervezdálkodásnak, az állami költségvetésnek. Nincs semmiféle relatív elkülönültsége az ágazatnak. De jure és de facto ez a helyzet ma Magyarországon.³ Megítélése alapvetően attól függ, hogy ki mit gondol a tervezdásról. Ahol a közvélemény bízik az államban, ott ennek a rendszernek magas a társadalmi elfogadottsága (például Anglia).

2. A helyi költségvetésnek fizetett adók. Ahol jelentős az országon belüli területi decentralizáció, ott nagyok a regionális eltérések. Például Spanyolországban az egyes régiókban eltérő mértékű adókat szednek, ezért az egy főre jutó források országon belüli különbsége jelentős. Magyarországon a területi autonómiákra épülő tradíció (a vármegyei rendszer) a 20. század elejére olyan mértékben meggyengült, hogy a későbbi évtizedekben újra és újra megkísérelt régiós egészségügyi modellek mind hamvukba holtak (Mihályi, 2003b; Shakarishvili, 2005; Saltman et al., 2007).

3. Normatív adók elengedése, szelektív adókedvezmények. A legfontosabb példa az Egyesült Államok, ahol a II. világháború idején megengedték, hogy a munkaadó által kötött betegbiztosítás árát a vállalatok a költségek között számolják el, vagyis ez a ráfordítás adómentes, ezért közkiadásnak számít (Mihályi, 2008a). Kevésbé ismert, hogy emiatt az USA-ban a közkiadások aránya az egészségügyben igen magas (48%). Nagyvállalatoknak és az ott dolgozóknak ez a rendszer nagyon megéri; a kisvállalatoknak nem, ezért a KKV-szektorban (kis- és középvállalkozások) dolgozók jelentős részének nincs biztosítása. Magyarországon a magánorvosi praxis és a hálapénz elterjedtsége túlnyomórészt a megtűrt adócsalás következménye.⁴ Külön kérdés, hogy indokolt-e a 27%-os áfa alóli általános mentesség a szektor túlnyomó részében,⁵ valamint a gyógyszerek, gyógynövények, tápszerek, egyes gyógyászati segédeszközök stb. 5%-os áfája. Végül soron az ily módon elengedett adók a szolgáltatók jövedelmét gyarapítják.

4. Megpántlikázott adók: a bevételt az egészségügyi ágazat kapja. Tudomásom szerint Magyarország az egyetlen ország, ahol a népegészségügyi adókból (található angol elnevezéssel: sin tax) befolyó adóbevétel közvetlenül a gyógyítás finanszírozására megy.

helyzet ma a fejlődő országokban. A 19. század bismarcki betegbiztosítás bevezetésekor is a munkaidejének csak a felét tette ki a gyógyítás, véve azt ellenőrizték, hogy az otthon maradt nem táppénzcsaló-e. A 20. század második felé – olcsón vagy drágán –, gyógyíthatóvá váltak a reménytelen, halálos betegségek, illetve sérülések, amelyek többsége csecsemő- vagy i jelentkezik. A szegény, fejlődő országokban, modern infrastruktúra, ott a víz- és csato kiépítése, a szemétszállítás megszervezése, a oktatási intézmények, a népegészségügyi kiépítése stb. okkal tekinthető az egészségügy befektetésnek (is) (Mihályi, 2003a). <

2 Értelmeszerűen megvizsgálandó az is, hogy a fiatal felnőttek milyen arányban dolgoznak, arányban tanulnak a felsőoktatásban. Magyaro nappali tagozatos egyetemi és főiskolai diákok 200 ezer fő, ezt kell összehasonlítani a 15 korosztály 4,0 milliós létszámával (a külföldön de közmunkások nélkül). Látjuk, hogy ez nem jelei (< 5%). <

3 A 2011-ben elfogadott Alaptörvényben már nem : társadalombiztosítás intézménye, 2017. jan megszűnt az OEP (Országos Egészségbiztosítá is. <

4 2013 óta többször is felmerült egy-egy pillanatra állam – a gyógyszerárakhoz hasonlóar egészségügyi magánszolgáltatókat is bekény: Nemzeti Adó- és Vámhivatalhoz bekötc pénztárgépek főszabálya alá, de azután ez a ti gyorsan lekerült a napirendről. Formálisan eni egyik oka, hogy e tevékenységek többsé adómentes körbe tartozik, melyekre az értelmében sem számla-, sem nyugtaadási köt nem vonatkozik, így a NAV szerint a pénztárgéphasználat előírása nem értelmezhető

5 Tudomásom szerint egyetlen kivétel magánintézmények által végzett kozmetikai seb elvben meg kell fizetni a 27%-os ÁFÁ-t. <

6 Németországban jelenleg 116 betegse (Krankenkasse) között lehet választani. <

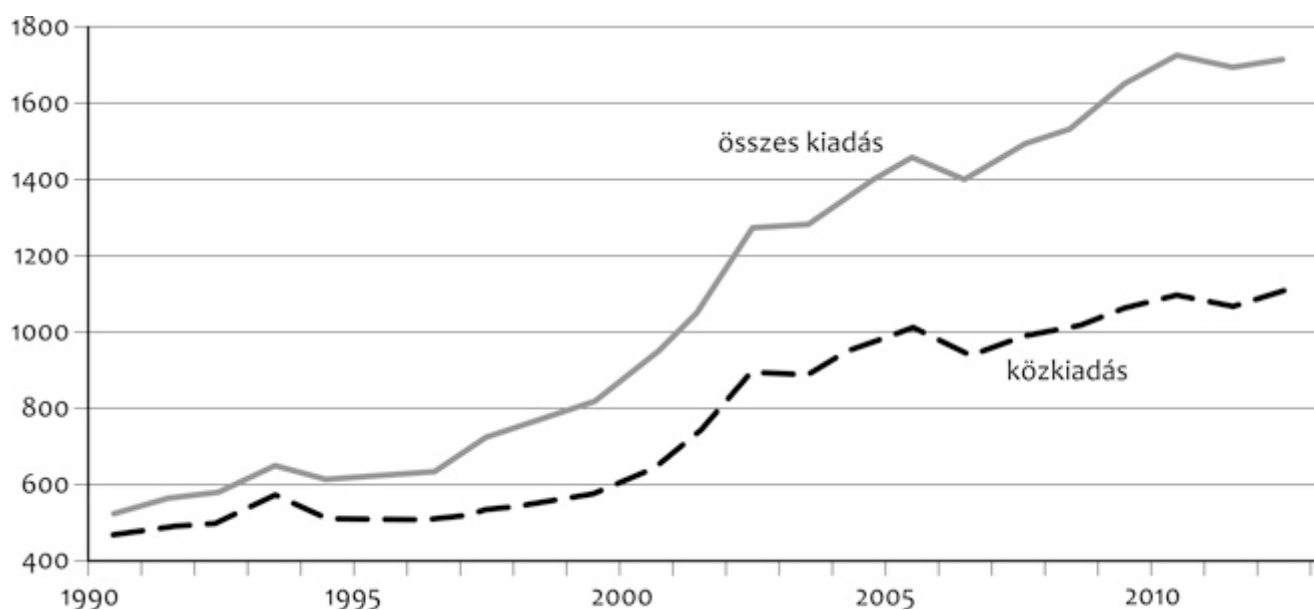
7 Ez az állítás nem vonatkozik az USA-ra, ahol fentebb bemutatott 3. megoldás kapcsán leírtuk : egészségbiztosítók rendszere közvetett módon állami adókedvezményekre épült. <

8 Az egészségpénztárak taglétszáma meghaladja a főt, ám a tagok szolgáltatásokat igény hozzátartozóival együtt közel hárommillió embei nem jelentéktelen mértékű adókedvezményhez nincs statisztika, vélelmezhető, hogy a legszegényebb, alsó 3–4 decilisébe tartozó polg csak nagyon keveseknek van módjuk a belépjenek egy önkéntes egészségpénztárba. <

Mindenütt

		nemzetközi példa	kit terhel a fizetési kötelezettség	elterjed Magyarországon
<i>általános adók befizetése</i>				
1	központi költségvetésnek	egykori szocialista országok + Anglia, Skócia, Wales stb	minden gazdasági szereplőt, háztartásokat	általános: előtt és :
2	helyi költségvetésnek	Kanada, Ausztrália		nincs
3	normatív adók elengedése	USA	diszkriminatív módon a többi adófizetőt	<i>de jure</i> minimális <i>de facto</i>
4	megpántlikázott adók (<i>sin tax</i>)	Ausztrália (1987)	fogyasztókat és/vagy termelőket	NETA* ()
<i>költségvetéstől független betegbiztosítóknak fizetett</i>				
5	bérrányos járulék	bismarcki modell (EU)	munkaadókat és munkavállalókat	az Alaptörvény eltörölte minimális
6	egyévre szabott biztosítási díj	USA		
7	adózott jövedelem (<i>out-of-pocket payment</i>)	mindenütt	háztartásokat	jelentős

1. táblázat • A finanszírozás alapformái – * népegészségügyi termékadó (forrás: saját szerkesztés)



2. ábra • Az 1 főre jutó egészségügyi kiadások megoszlása Magyarországon, vásárlóerő paritás dollárban (folyó kiadások, beruházások nélkül) (forrás: OECD Health Statistics, 2016)