

**A FISKALIZÁCIÓ GAZDASÁGI ÉS  
TÁRSADALMI HASZNA**

**ECONOMIC AND SOCIAL BENEFITS OF  
THE FISCALISATION**

**DR. ÁRVA LÁSZLÓ – DR. EPERJESI  
ZOLTÁN**

**Dr. habil. Árva László – Dr. Eperjesi Zoltán**

---

**SUMMARY**

In our current article we present the financing structure of the domestic social security and the negative consequences of the common public charges burdening the wages and salaries. Big emphasis is laid upon the review and analysis of the different European social security systems and models in the article. We also represent the social security systems of some countries of the European Union – like the United Kingdom, France, Netherlands, Germany and Sweden - emphasising the particularities and decisive characteristics of their social security systems. The utmost aim of the international outlook is to think over the best practises of the different systems and implement them in the domestic social security system.

*Keywords: Tax wedge, Social security, Fiscalisation, Health system in the UK and in the Scandinavian countries.*

## 1. BEVEZETÉS

Hazánkban az úgynevezett adóék, - vagyis a bérekre eső közterhek (adók és járulékok) aránya a bruttó bérekhez képest - az egyik legmagasabb Európán belül. 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 magasabbak a munkabéreket terhelő közterhek, mint Magyarországon. 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 Királyságban (30,0 % alatt), valamint Cipruson (a legfrissebb adatok 2007-esek) nehezedett az alacsony keresetűekre.” (EUROSTAT 2016.).

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

<b>Ország</b>
Belgium
Ausztria
Németország
Magyarország
Franciaország
Olaszország
Finnország
Csehország
Svédország
Szlovénia
Portugália
Szlovákia
Spanyolország
Görögország
Észtország
Törökország
Luxemburg
Norvégia
Dánia
Hollandia
OECD átlag
Lengyelország
Izland

Japán
USA
Kanada
Egyesült Királyság
Ausztrália
Írország
Svájc
Korea
Izrael
Mexikó
Új Zéland
Chile

Forrás: OECD (2016.), Compare your country. <http://www.compareyourcountry.org/taxing-wages?cr=oced&lg=en&page=2&charts=c1458834110813+c1458837337482+c1458837389838+c1458837421061&template=10>

Valószínűleg ezek a magas közterhek hozzájárultak a nettó bérek alacsony szintjéhez Magyarországon, ami viszont ösztönzőleg hatott az elvándorlásra. A KSH Népeségtudományi Kutatóintézete szerint 2013-ban a külföldön élő magyar állampolgárok háromszázötvenezer voltak, 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. E szerint 2013-ban mintegy 350-510 ezer magyar születésű állampolgár élt és dolgozott – hosszabb vagy rövidebb ideig - külföldön. A statisztikai számbavétel nehézségei miatt a valóságban ennél többen is dolgozhatnak változó rendszerességgel külföldön. Igen nehéz számba venni statisztikailag azokat a magyar állampolgárokat, akik a határ magyar oldaláról rendszeresen átjárnak dolgozni egy környező országba, és csak pár napot töltenek évente Magyarországon.

A Magyarországról történő kivándorlás komoly problémája, hogy a kivándorlók nagy része magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik, s alapvetően az átlagnál mozgékonyabb, vállalkozó szellemű ember. Ezeknek az embereknek az elvesztése hosszabb távon a magyar gazdaságnak komoly érvágást jelent.

Napjainkban, amikor - többek közt - a munkabérekre terhelt nagyon magas elvonások miatt a magyar munkavállalók egyre nagyobb mértékben távoznak magasabb nettó bérek reményében Nyugat-Európába, és 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, de valószínűleg ez csak egy felesleges és nem megvalósítható kérés lenne, hiszen a közismert Wagner-törvény szerint, - amely kimondja az állami kiadások folyamatos növekedését -, az állami kiadások aránya a GDP-n belül folyamatosan növekedett az elmúlt évszázadok során, és nincs jele annak sem, hogy ez a tendencia változna (ld.: napjaink tendenciáiról pl.: Lamartina and Zaghini, 2010.).

## **2. PÉNZÜGYI FORRÁSOK A NÖVEKVŐ ÁLLAMI SZEREPVÁLLALÁS SZOLGÁLATÁBAN**

Alapvetően három nagy típusa lehet az állami kiadások finanszírozásának:

- vagy általános adóbevételeken keresztül, amikor minden gazdasági szereplőre (minden termelési tényezőre és tevékenységre), gazdasági szektor és tevékenység semlegesen vetnek ki, nem diszkriminatív adókat az általános adózási rendszer keretei között, ezt nevezhetjük költségvetési (vagy fiskális) finanszírozásnak is,
- vagy ezzel szemben, nem általános, hanem inkább diszkriminatív finanszírozásról beszélhetünk, amikor a gazdasági tevékenységek, ágazatok, illetve a gazdasági szereplők csak egy meghatározott, korlátozott részére vet ki az állam külön adókat vagy illetékeket. Ez lehet például a „kulák-adó”, amikor a gazdag parasztokra egy adott politikai ideológia alapján külön adót vetnek ki (és még el is veszik a feleslegesnek ítélt terméket), vagy például a korlátozni kívánt nagy nemzetközi vállalatokra kivetett különadók, vagy például bizonyos importtermékekre szelektíven kivetett hazai gazdaságvédő adók, illetve az egészségre káros tevékenységek vagy termékek visszaszorítását célzó Chips-adó, illetve a dohánytermékekre és alkoholkészítményekre nagyrészt hasonló célból kivetett jövedéki adók,
- vagy lehet az állami tevékenységeket külföldről származó bevételek révén is finanszírozni, mint például a győztes háborúk után beszedett hadisarc, vagy olyan területfejlesztési támogatások révén, amelyeket például az EU juttat a szegényebb tagországoknak.

Érdekes, hogy napjainkban a fejlett országok jelentős részében a társadalombiztosítási rendszer bevételei alapvetően diszkriminatív jellegűek, amelyeket kizárólag az élők munkabevételeire, a bérekre vetnek ki, és semmilyen más gazdasági tényezőt nem terhelnek azzal. Ennek nyomán az élők munkarendje aránytalanul megdrágul.

Az ilyen jellegű finanszírozás alapvető oka nem logikai, hanem történeti. Társadalombiztosítás a 19. század utolsó évtizedei előtt sehol sem létezett, csak magán biztosítások álltak rendelkezésre egészségbiztosítási, illetve nyugdíjbiztosítási célokra. Bismarck kancellár, aki szívesen vert másokat költségekbe az állam helyett, kitalálta, hogy oly módon lehetne a német munkásság lojalitását megvásárolni, hogy kötelezővé teszi a nyugdíjbiztosítást, és annak díjait részben a munkaadókra is terheli. Ezt követően egyre több országban vették át ezt a rendszert, majd hasonlóan kötelezővé tették az egészségbiztosítást, illetve a II. 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 security-nek, franciául pedig sécurité sociale-nak nevezik (amely kifejezésekben nem annyira biztosítást jelentenek, hanem társadalmi biztonságot). Az angol és a francia kifejezések tehát – nem véletlenül – nem szinonimái a magyar szóhasználatnak, hanem eltérnek attól. Ez azért fontos, mert bár a társadalombiztosítás kezdetben eredendően biztosítási alapokon működött, később aztán sok országban egyre inkább megváltozott a jellege, finanszírozási módja, és kötelező, egyoldalúan a bérekre terhelt, adó módjára beszedett elvonásokból fedezték azt.

Ma Magyarországon az évtizedes hagyományoknak megfelelően „kvázi biztosítási” rendszerben működik az egészségügyi ellátó rendszer, a nyugdíjrendszer, valamint a munkaügyi ellátó rendszer. 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, valamint 3 % pénzbeli járulék),
- 10 %-os nyugdíjbiztosítási járulék,
- 1,5 %-os munkaerő piaci 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 nem csak áttekinthetetlen és – valószínűleg feleslegesen – bonyolult, de erősen torzít gazdaságilag azzal, hogy egyoldalúan megdrágítja az élők munkát.

## **2.1. A BÉREKRE TERHELT TÚLZOTTAN MAGAS ELVONÁSOK KÖVETKEZMÉNYEI**

Azáltal, hogy a bérekre terhelt magas közterhek aránytalanul drágítják az élők munkát, ez a versenyképességet is negatívan befolyásolja. De ezen túl további gazdasági és társadalmi károkat is okoznak a magas élők munka terhek:

- **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) viszonylagos olcsósága** az élők munka gépesítéssel történő kiváltását ösztönzi, ami jelentős hosszú távú szociális problémákat okoz, mert a fiatalok nem tudnak megfelelő foglalkozást találni (ennek látszólag ellentmondhat a jelenleg hazánkban kialakult munkaerőhiány, de ennek 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 adózott, nem, vagy csak részlegesen bejelentet munkavégzést**, amelynek során a munkáltatók vagy nem jelentik be a munkavállalókat, vagy csak részlegesen 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 a nyugdíjba menetelük után nyilvánvalóan nem lesznek képesek nyugdíjukból 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 járulékterhek további emelését kényszerítheti ki (ld.: pl.: Poteraj, J., 2008.),
- **a fejlettebb országok felé irányuló „agyelszívás” (brain drain) nem állítható meg**, mivel képtelenség sokkal magasabb béreket fizetni az olyan periféria jellegű 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 azon vállalkozások esetében, amelyek teljesen vagy nagyrészt legálisan foglalkoztatják a munkaerőt.** A kkv-k esetében még az a relatív bérelőny sem kompenzálja ezt, ami a multinacionális, több országban működő vállalkozások esetében előmozdíthatja a nyereséges működést. A több országban működő nemzetközi vállalkozások ugyanis a termékeiket és szolgáltatásaikat a viszonylag alacsonyabb bérű keleti országokban, így például Magyarországon állítják elő, és a magasabb bérű, gazdagabb nyugati országokban magasabb áron értékesítik. Ez még akkor is megéri számukra, ha Magyarországon a magas elvonások miatt a bérköltségek magasabbak, de azok még mindig elmaradnak a nyugati bérköltségektől.

## **2.2. 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, amint láttuk, 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, és ezt a megoldást (elsősorban francia nyelvterületen) „la fiscalisation”-nak, magyarul „fiskalizáció”-nak nevezik. Magyarul ezt talán az eléggé sután hangzó „költségvetésítésnek” nevezhetnénk, de éppen a sutaság miatt jobb lehet a „fiskalizáció” kifejezést használni.

A fiskalizáció példái között említhető Nagy-Britannia vagy a skandináv országok költségvetésből finanszírozott egészségügyi rendszerei, valamint Franciaország, ahol szintén részleges fiskalizációra került sor. A nemzetközi példákról később részletesen fogunk beszélni. De gyakorlatilag az is fiskalizáció volt, amikor a közelmúltban, hazánkban a társadalombiztosítási rendszer deficitjét folyamatosan a költségvetésből fedezték, és ezt a fiskalizációt a kormány a Nemzetgazdasági Minisztérium előrejelzése szerint (Nemzetgazdasági Minisztérium, 2016.) 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, és 2020-ban pedig várhatóan 1 066,8 milliárd forint lesz. Vagyis napjainkban a társadalombiztosításon belül már ténylegesen jelentős (egyébként meglehetősen véletlenszerű) 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 (de éppen a folyamatos költségvetési támogatások miatt nincs is értelme a társadalombiztosítás egyes alapok hiányairól beszélni, hiszen azokat a költségvetés úgymint automatikusan feltölti).

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

### **2.3. AHOL A FISKALIZÁCIÓNAK NINCS HELYE**

Miközben az egészségbiztosítási rendszer fiskalizációja, vagy a költségvetésből történő finanszírozása nem csak lehetséges, hanem egyenesen kívánatos is lenne, és 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 a nyugdíjba vonulásuk után ne nagyon csökkenjenek a jövedelmeik az aktív éveikhez képest. 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 mégis társadalmilag sokkal nagyobb ellenállást válthatna ki, és sokkal nagyobb költségvetési erőforrásokat igényelne, mint az egészségügy fiskalizációja. Éppen ezért csak az egészségügy fiskalizációját szorgalmazzuk, a nyugdíjrendszerét nem.

#### 2.4. MENNYIT JELENT A FISKALIZÁCIÓ A NETTÓ BÉREKET ILLETŐEN?

Mindenképpen ki kell mutatni, hogy a fiskalizáció nyomán mennyivel lehetne növelni a nettó béreket.

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 %**. Úgy tekinthetjük, hogy a szociális hozzájárulás (vagy röviden szocho) körülbelül fele megy egészségbiztosításra, a másik fele pedig nyugdíjra. Ezen túl a szakképzési járulék további 1,5 %.

#### 2. táblázat: A bérekre eső elvonások ma és az egészségügy fiskalizációja után (a bruttó bérek %-ában)

	2017	Fiskalizáció után
<b>Munkavállaló fizeti</b>		
SZJA	15	15
pénzbeli eho	3	0
természetbeli eho	4	0
munkaerőpiaci járulék	1,5	0
<b>Összes munkavállalói levonás</b>	<b>33,5</b>	<b>15</b>
<b>Munkáltató fizeti</b>		
Szocho	22	22
Szakképzési	1,5	1,5
<b>Összes munkaadói járulékok</b>	<b>23,5</b>	<b>23,5</b>
<b>Összes levonás</b>	<b>57</b>	<b>38,5</b>

Saját szerkesztés

Ezek szerint tehát a javasolt fiskalizáció, vagyis az egészségügyi kiadások költségvetésből történő fedezése nyomán a bruttó bérekre eső, egészségügyhez kapcsolódó ellátások terhei 18,5 százalékponttal csökkenthetők lennének. Vagyis végül is a bérekre a mai 57 %-os elvonások helyett csak 38,5 %-os elvonások jutnának.

Más számítások ennél kisebb mértékű járulécsökkentést javasolnak, nevezetesen Giday András szerint csak mintegy 11 százalékpontos csökkentés lehetséges, mert szükséges az egészségügyi rendszerben emelni a béreket is.

Több európai országban - mint például az Egyesült Királyságban vagy a skandináv országokban (Svédországban, Finnországban<sup>1</sup>, 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. Mindkét országban alapvetően költségvetési finanszírozásban működik az egészségbiztosítás - miközben a szolgáltatók lehetnek közösségi- vagy magánszolgáltatók is.

### **3. AZ EURÓPAI JÓLÉTI SZOCIÁLIS RENDSZEREK ISMERTETÉSE**

A különböző európai jóléti szociális rendszerek nagyon jelentős különbségeket mutatnak fel az egymással történő összehasonlításban. A különbségeket leginkább az egyes országok eltérő történelmi, politikai, gazdasági, kulturális gyökereivel és egyéb jellegzetességeivel lehet magyarázni.

A jóléti szociális modelleket öt csoportra bonthatjuk ismertetőjegyeik alapján:

- kontinentális (Bismarck-i),
- angolszász,
- északi,
- mediterrán (dél-európai),
- kelet-közép európai.

---

<sup>1</sup> A skandináv országok, illetve az angolok egészségügyi rendszerére vonatkozóan lásd mindezt részletesebben a WHO „Health in Transition” kiadványának ország-elemzéseiben.

Függetlenül az egyes modellek különböző jellemzőitől, mindegyik modell legfőbb célja, hogy megvédje az állampolgárokat a munkanélküliséggel, szülői gondviseléssel, orvosi ellátással, időskori ellátással, lakhatással, valamint a szociális kirekesztéssel összefüggő kockázatoktól. Az egyes uniós tagállamoknak kötelessége megszervezni és finanszírozni a saját szociális és egészségügyi ellátórendszerét, míg az Európai Uniónak a különböző országok között ingázók védelme, valamint a szegénység és a szociális kirekesztődés ellen kell fellépni. Tanulmányozva az egyes uniós tagállamok jóléti kiadásait, egyértelműen megállapítható a tagállamok közötti szignifikáns életszínvonalbeli különbség.

Az egyes európai szociális rendszerekről összefoglalóan elmondható, hogy mindegyik tartalmazza az alábbiakban felsorolt meghatározó ismérveket:

- a szociális védelemre helyezett kiemelkedő hangsúly,
- utólagos kedvezmények különböző veszélyhelyzetek esetén,
- a passzív transzferek jelentős szerepe a foglalkoztatottság nélküli időszakokban (nyugdíjak, munkanélküli segély, gyes, táppénzellátás, részbeni, vagy teljes leszázalékolás),
- helyi szociális biztonsági hálózatok a szegénység és a szociális lecsúszás ellen,
- a nemek közötti esélyegyenlőség biztosítása,
- a szociális védelmen túli oktatás és tréning (Ferrera, 2013.).

**3. táblázat: Az EU tagállamok egy főre eső éves szociális kiadásai**

Megnevezés	2011 (EUR)
<b>EU átlag (28 tagállam)</b>	<b>7 279,45</b>
Ausztria	10 608,79
Belgium	10 146,25
<b>Bulgária</b>	<b>927,43</b>
Ciprus	4 782,80
Csehország	3 025,44
<b>Dánia</b>	<b>14 785,09</b>
Egyesült Királyság	7 641,28
Észtország	1 962,82
Finnország	10 522,02
Franciaország	10 331,72
Görögország	5 662,80
Hollandia	11 578,16
Horvátország	2 137,78
Írország	10 516,59
Lengyelország	1 847,61

Lettország	1 039,27
Litvánia	1 742,18
<b>Luxemburg</b>	<b>18 136,02</b>
<b>Magyarország</b>	<b>2 281,16</b>
Málta	3 009,68
Németország	9 389,88
Olaszország	7 900,12
Portugália	4 298,59
Románia	1 061,87
Spanyolország	5 842,41
Svédország	12 070,93
Szlovákia	2 327,62
Szlovénia	4 409,55

Forrás: Eurostat 2013.

Az Eurostat 2011. évi adatai alapján a huszonnyolc tagú EU egy főre vetített éves szociális kiadásai 7.279,45 EUR összeget tettek ki. A mezőnyt Luxemburg vezeti 18.136 EUR egy főre eső összeggel, amelyet Dánia követ 14.785 EUR-ot kitevő éves kiadással (2. sz. táblázat). Csehországot leszámítva a kelet-közép európai országok egy főre vetített szociális kiadásai nem érik el a 2.500 EUR-t. A táblázat számait vizsgálva könnyen megállapítható az egyes uniós tagállamok életszínvonal, és szociális ellátásbeli drasztikus különbözőségei.

### 3.1. AZ ÉSZAKI MODELL

Az észak-európai országokra leginkább jellemző északi modell legfőbb sajátossága az egyenlőségre törekvés (Popova, Kozhevnikova, 2013.). Ebben a modellben a társadalom minden tagja jogosult a szociális juttatásokra. Ennek a modellnek a legfőbb ismertetőjegyei az univerzális jelleg, a szociális befektetéseket is magában foglaló aktív munkaerő piaci politika, a széleskörű női foglalkoztatottság, a nemek közötti egyenlőség, valamint a szegénységben élők alacsony szintje. Ez a modell a szabad piacgazdaság és a jóléti állam ötvözte, amelyben az állam kiemelkedő szerepet játszik a polgárok gazdasági és szociális jólétének biztosítása és fenntartása szempontjából (Sanandaji, 2012.). Az északi modellre különösen jellemző a szolidaritás, a szociális kohézió, valamint az esélyegyenlőség mellett történő aktív és hatékony kiállás. Az észak-európai országok egészségügyi ellátása szintén nagyon hasonlít egymásra. Az egészségügyi ellátás csaknem egésze állami fenntartású, amelyet az adóbevételekből fedeznek.

Az északi egészségügyi modellre jellemző az általános háziorvosi rendszer, amely szükség esetén szakorvoshoz küldi a beteget.

Dániában a háziorvosi és kórházi ellátás például teljesen ingyenes. Norvégiában és Svédországban felső korláttal szabályozva van a háziorvosi konzultációk száma, amely nem vonatkozik a gyermekekre. Az északi modell országai támogatják a szabadkereskedelmet, a stabil gazdaságot, a mindenkire kiterjedő jóléti államot, amely védelmezi az egyén autonómiáját, a szociális mobilitást és az emberi jogokat. Az észak-európai államoknak sikerült elérniük, hogy a jólét igazságossággal és egyenlőséggel párosuljon.

Az északi szociális modell erősségei:

- széles körben a legjobb szociális modellként ismerik el,
- a legmagasabb életminőségi, jóléti és egyenlőségi indexszel rendelkező modell,
- politikai célkitűzés a szociális kohézió erősítése,
- kitűnő egészségügyi ellátás egyenlőségen és szolidaritáson alapuló ideológia alapján,
- szociális biztonság és szociális inklúzió mindenki számára,
- erős szociális ellátórendszer.

Ennek a rendszernek a gyengesége leginkább az, hogy a kevésbé gazdag országokban nem implementálható.

### **3.2. AZ ANGOLSZÁSZ MODELLEL**

Az angolszász modell legfőképp az Egyesült Királyságra és Írországra jellemző. A rendszer jellemzője, hogy az állami szociális rendszer a valóban rászoruló szegény embereket látja el, míg a szociális alapok a tagok befizetéseiből tevődnek össze. A modellt a piacokhoz való viszonya miatt liberálisnak is nevezik. A modell legfőbb ismertetőjegye, hogy a szociális segély nyújtása a legszükségesebb esetekben történik. A szociális alapok nagyobb hányadát a dolgozókra fordítják, és lényegesen kisebb hányad jut a nyugdíjasoknak. Különösen hátrányosan érinti ez a modell azokat az embereket, akik nem tudnak felmutatni munkáltatói igazolást, vagy pedig beteg családtagjukat ápolták. Az angolszász világban magasabb a foglalkoztatás szintje az uniós átlaghoz viszonyítva. A munkavállalók érdekképviselője gyenge, a jelentős mértékű jövedelembeli különbségek elfogadottak. A brit és az ír egészségügyi rendszer állami, amely fenntartását az adóbevételek biztosítják.

Az angolszász rendszer erősségei:

- általános ellátási standardok,
- költséghatékony működés,
- univerzális ellátás,
- pozitív hatással van a közfoglalkoztatásra,
- kevésbé érzékeny a munkaerő-piaci nyomásra,
- világos kormányzati útmutatások az egészségügyi és szociális ellátásra vonatkozóan.

Ennek a modellnek a legfőbb gyengeségei, hogy elsődlegesen a dolgozó népségre koncentrál, és elhanyagolja a nyugdíjas korosztályt. Az ellátórendszer folyamatos pénzügyi nehézségekkel küzd, és hosszú várakozási idővel kell számolni.

### **3.3. KONTINENTÁLIS MODELL**

A kontinentális jóléti szociális modell Ausztriában, Franciaországban, Németországban, Belgiumban és Luxemburgban működik. A kontinentális, azaz a bismarcki modell feltételezi az adott személy munkaerő-piaci jelenlétét, és a dolgozó szociális jellegű befizetéseit (Popova, Kozhevnikova, 2013.). Ez a modell félúton van az északi és az angolszász modell között. A modell legfőbb jellemzői a szociális biztonság, a munkavállalók védelme, valamint az erőteljes iparági szabályozás. A munkaerőpiac meglehetősen merev, és nehezen alkalmazkodik a globalizáció kihívásaihoz. Ebben a modellben a kormányok általános mértékű munkanélküliségi segélyt nyújtanak. A bőséges jóléti kiadások következtében csökken a szegénység, és általánosan biztosított a magas fokú egészségügyi ellátás. A szakszervezetek jelentős érdekérvényesítő képességgel rendelkeznek ebben a rendszerben, gondoljunk csak a kollektív szerződések megtárgyalására. Az egészségügyi ellátás finanszírozása állami és magán biztosítótársaságoknak fizetett kötelező biztosítások révén történik. Ebben a modellben az egészségügy finanszírozása részben általános adóztatással történik. Belgiumban például az állami támogatás mértéke jelentős, míg Németország esetében a források csak 21 %-a származik adóbevételekből (OECD, 2013.).

A kontinentális modell előnyei:

- magas színvonalú egészségügy,
- jelentős mértékű állami támogatás,
- a befizetések növekedésének mértékével nőnek a juttatások,
- a kedvezményezettek fenn tudják tartani jövedelemszintjüket.

A kontinentális modell gyengeségei közé tartozik, hogy növeli a munka költségeit, és bünteti a nem konvencionális területeken dolgozókat és a részmunkaidős foglalkoztatottakat. A biztosítási rendszerből kieső egyének csekély ellátásban részesülnek.

### **3.4. A DÉLI (MEDITERRÁN) MODELL**

A déli modellt leginkább Olaszország, Spanyolország, Portugália, Görögország és Törökország alkalmazza. A modell lényege, hogy a család támogatja a szociális ellátásból kieső családtagokat (Popova, Kozhevnikova, 2013.). Ez a rendszer egyáltalán nem hatékony a szegénység visszaszorításában. A déli modell esetében jellemző a szegmentáció, azaz a különböző státusszal és jogokkal rendelkező társadalmi csoportok egymás mellett élése a jellemző. Tekintettel a jelentős taglétszámmal bíró szakszervezetekre, a jövedelmekben mutatkozó nagyfokú eltérések nem jellemzők. A déli társadalmakban komoly szerepe van az „informális ellátórendszereknek”, így a családnak, barátoknak, önkéntes szociális munkásoknak az idősök gondozásában.

A déli modell erősségei:

- általános állami nyugdíjak, és lehetőség előnyugdíjazásra,
- aktív személy- és generációközi kommunikáció és támogatás a családtagoknak köszönhetően,
- a nyugdíjasok különböző közszolgáltatásokat ingyenesen tudnak igénybe venni,
- állami egészségügyi ellátás.

A rendszer gyengeségének tekinthető a családtagoktól való nagyfokú függés, nem kielégítő mértékű közösségi szolgáltatások, ami különösen igaz a vidéki régiókban és a kis városokban.

### 3.5. A KÖZÉP-KELET EURÓPAI MODELL

Az a feltételezés, hogy a közép-kelet európai országok szociális modellje nagyfokú átalakuláson ment volna át a 90-es évek politikai rendszerváltását követően, tévesnek bizonyult. Külön ki kell emelni, hogy a közép-kelet európai országok jóléti, egészségügyi és szociális intézményrendszere nagyon hasonló és a mai napig nagyon jelentős mértékben magukon viselik a korábbi szocialista rendszer ismertetőjegyeit. A poszt-szocialista jóléti rendszerek egyáltalán nem hasonlítanak az előzőekben ismertetett négy különböző szociális modellhez. A térség országai a 90-es évek közepén szociálpolitikai reformokat hajtottak végre, amelyeket leginkább az alábbi pontokban lehet összefoglalni:

- Az állami szerepvállalás jelentős mértékben visszaszorult a jóléti szektorban. Számos egészségügyi termék és szolgáltatás támogatását megszüntették, és bizonyos területeken megjelent a privatizáció.
- Intézményrendszerében pluralizált jóléti rendszer bevezetése: A társadalombiztosítási alapot leválasztották az állami költségvetésről. A nyugdíjalapokat különválasztották az egészségbiztosítási alaptól. A társadalombiztosítási ellátást néhány független intézmény végzi (Senkogu, 2002.).

A közép-kelet európai országok társadalombiztosítási rendszerei hozzájárulás-fizetésen és foglalkoztatottságon alapszanak.

A közép-kelet európai modell erősségei:

- jelentős hangsúlyt helyeznek a redisztribúcióra a szegénység megelőzése érdekében,
- hagyományosan erős családi támogatottság,
- fejlett, diszkriminációmentes törvény- és stratégiaalkotás az idősek és rokkantak érdekeinek védelmében.

A rendszer gyengeségei közé tartozik az állandó költségvetési deficit, amely negatívan hat a szociális kiadásokra. További jelentős gyengeségnek számítanak az alacsony nyugdíjak, a kiterjedt szegénység, az idősek körében tapasztalható anyagi nélkülözés, valamint a legalapvetőbb szükségletek hiánya. Az egészségügyi és szociális rendszerek felülvizsgálata, monitoringozása elégtelen, amely számos szempontból hátráltatja a hatékonyságnövelést (Kluzer, Redecker, & Centeno, 2010.).



**4. táblázat: Egészségbiztosítási rendszerek összehasonlítása különböző európai országok esetében**

Megnevezés	Egyesült Királyság	Franciaország	Hollandia	Németország	Svédország
Lakosság (mill fő)	61,3	63,2	16,7	81,1	9,4
65 év feletti lakosság (%)	16	17	15	21	18
várható élettartam (év)	81,1	82,2	81,3	80,8	81,9
egészségügyi kiadások (GDP %)	9,4	11,6	11,9	11,3	9,5
állami ellátás típusa	Nemzeti Egészségügyi Szolgálat	Állami Egészségbiztosító	magán egészségbiztosítók	Állami Egészségbiztosító	Nemzeti Egészségbiztosító
univerzális jelleg	igen	igen	igen	igen	igen
finanszírozás fő forrása	általános adózás (magában foglalja a foglalkoztatás alapú TB* hozzájárulásokat is)	munkáltatói/munkavállalói járulékok (SZJA)	munkáltatói/munkavállalói járulékok (SZJA), egyéb adóbevételek	munkáltatói/munkavállalói járulékok (SZJA)	általános adózás
magánbiztosítások szerepe	A munkavállalók 11%-a rendelkezik vele	a munkavállalók 90%-a rendelkezik vele költségmegosztás és alternatív szolgáltatások miatt	legfőbb biztosítók az alapellátás területén, a dolgozók 90%-a rendelkezik kiegészítő biztosítással is	a dolgozók 10%-a választja az állami egészségbiztosítót, további 20% pedig költségmegosztás és egyéb szolgáltatások miatt	a dolgozók kevesebb, mint 5%-át érinti

Forrás: OECD country statistical profiles: <http://status.oecd.org>

**3.6. AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS FINANSZÍROZÁSA FRANCIAORSZÁGBAN, NÉMETORSZÁGBAN, SVÉDORSZÁGBAN ÉS HOLLANDIÁBAN**

A következőkben néhány európai ország egészségbiztosítási rendszerét mutatjuk be, így a francia, a német, a svéd, valamint a holland egészségbiztosítási rendszert.

### **3.6.1. A FRANCIA EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZER**

Franciaország univerzális egészségbiztosítási rendszerrel rendelkezik, amelynek az ország valamennyi polgára tagja. A nyújtott szolgáltatások magukban foglalják a kórházi fekvő- és járóbeteg ellátást, a szülésetet, a rehabilitációs szolgáltatásokat, a speciális egészségügyi ellátást, a fogorvosi ellátást, a diagnosztikai szolgáltatásokat, a gyógyszerfelírást, és a betegszállítást is. A magánszemélyeknek saját forrásból kell biztosítaniuk a különböző egészségügyi szolgáltatások bizonyos részét. A betegeknek szintén saját forásaikból kell kiegészíteni a különbséget az olyan egészségügyi szolgáltatások esetén, amelyek összege meghaladja az állami egészségbiztosító tarifáit. Fekvőbeteg ellátás területén a betegeknek a költségek 20 %-át kell önerőből kifizetniük. A fogászati ellátás és orvoslátogatások esetén a költségek 30 %-át kell a betegeknek fedezni. A lakosság nagy része rendelkezik magán egészségbiztosítással is az államilag csak részben finanszírozott egészségügyi szolgáltatások miatt.

A francia egészségbiztosítási rendszer finanszírozásának 43 %-át a bérjellegű járulékok, 33 %-át pedig a jövedelemadó, míg a fennmaradó részt az egyéb adófajták, így a dohány- és alkoholdermékekre kivetett jövedéki adók teszik ki (Durand-Zaleski, 2013.). Három meghatározó egészségbiztosító társaság biztosítja a lakosság több mint 90 %-át. A biztosítottak besorolása foglalkozás alapján történik, így nincs verseny az egyes társaságok között, viszont a biztosítási díjak és a kifizetések mértéke társaságonként változik. A magánbiztosítók piacra lépése egyre gyakoribb, teljes körű és kiegészítő egészségbiztosító szolgáltatásokat nyújtanak a tagok számára. Franciaországban az egészségügyi kiadások háromnegyede továbbra is állami finanszírozású (Durand-Zaleski, 2013.).

### **3.6.2. A NÉMET EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZER**

A német állami egészségbiztosítási rendszer biztosít minden olyan német állampolgárt, akiknek a havi fizetése nem éri el a 4.330,- EUR-t 2013-as áron számolva (Blümel, 2013.). Azok az alkalmazottak, vállalkozók, akik többet keresnek ennél az összegnél, választhatnak az állami és a magán egészségbiztosítási pénztárak között. A magán egészségbiztosítási pénztárak szélesebb körű szolgáltatásokat nyújtanak az államinál. Minden nyugdíjas német állampolgárnak kötelező az egészségbiztosítási tagság. Az állami rendszer tartalmazza a különböző betegség megelőzési, a fekvő-, járóbeteg szolgáltatásokat, a pszichiátriai, fogászati és fizioterápiás ellátásokat, a gyógyszerfelírásokat, valamint táppénzzel járó feladatokat.

A német egészségbiztosítási rendszert a munkavállalók és munkaadók kötelezően előírt befizetései tartják fenn. A munkavállalóknak havi bruttó fizetésük 8,2 %-át kell befizetniük az állami egészségbiztosítási pénztárba, amelyet a munkaadói befizetések további 7,3 %-kal egészítenek ki munkavállalóként. A hosszú távú munkanélküliek esetében az állam vállalja át a befizetéseket. A lakosság 86 %-a az állami egészségbiztosítási pénztár tagja, míg a lakosság fennmaradó 14 %-a a magán egészségügyi pénztárakat választja (Blümel, 2013.).

### **3.6.3. A SVÉD EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZER**

A 9,4 millió fős lakossággal rendelkező Svédország a világ leginkább idősödő társadalmi közé tartozik. A lakosság tizennyolc százalékának életkora meghaladja a 65 évet (Ruth Robertson, 2014.). 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 (Glennard, 2013.). Az államilag fenntartott rendszer lefedi a háziorvosi ellátást, a járó- és fekvő beteg ellátást, a sürgősségi ellátást, a gyógyszerfelírást, a mentálhigiéniai kezeléseket, a rehabilitációs szolgáltatásokat, a megelőzési szolgáltatásokat, a betegszállítást, valamint a gyermek- és fiatakorú fogorvosi ellátást. A betegeknek hozzájárulást kell fizetni az egyes orvos-, illetve kórházlátogatások alkalmával. Éves korlátok vannak arra vonatkozóan, hogy az egyes páciensek mekkora összeget fizethetnek ki orvoslátogatásra és gyógyszerre. Orvoslátogatás esetén ez az összeg 100 GBP-t, míg gyógyszerfelírások esetén 200 GBP-t tehet ki. A költségek megosztása helyi szinten történik, és megyénként változik. A 2013-as díjakat alapul véve egy orvoslátogatás átlagosan 10-20 GBP-re, míg a kórházi látogatások összege 20-30 GBP-re rúgott (Glennard, 2013.). A húsz év alatti lakosoknak nem kell díjat fizetni a különböző orvoslátogatások és a fogorvosi ellátás alkalmával. A lakosság kevesebb, mint öt százaléka rendelkezik magán egészségügyi biztosítással, amely 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 (Glennard, 2013.).

A megyei és önkormányzati hivatalok felelnek a területükön lévő egészségügyi intézményekért, és az általuk nyújtott szolgáltatásokért, amelyeket az állami szintű hatóság felügyel.

#### **3.6.4. A HOLLAND EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZER**

A 16,7 millió főt számláló Hollandiában 81 év a születéskor várható élettartam. A holland lakosság esetében szintén egy öregedő társadalomról beszélünk. Az egészségügyi kiadások 2011-ben a GDP 11,9 %-át tették ki, így Hollandia az Amerikai Egyesült Államok után a második helyen végzett az OECD tagállamok között. A hosszú távú egészségügyi és szociális kiadásokat is tartalmazó mutató (3,7 %) tekintetében Hollandia viszont az első helyen végzett 2011-ben az OECD országok között (Ruth Robertson, 2014.).

A hollandok kötelező egészségbiztosításukat 2006-tól különböző nonprofit egészségbiztosítási pénztárnál intézhetik. Az egészségügyi ellátás mértéke jóformán teljes körű. A kormány határozza meg az egészségügyi szolgáltatások körét, amelyeket a biztosítóknak minden feltétel között biztosítani kell. Ezek a szolgáltatások többek között magukban foglalják a járó- és fekvőbeteg ellátását, a gyógyszerfelírást, a terhesgondozást, a 18 év alatti fogorvosi ellátást, a mentálhigiénés ellátást. A betegségmegelőzést nem tartalmazzák az általános egészségbiztosítási csomagok, viszont ezeket a kormány finanszírozza más adóbevételeken keresztül (Schafer et al, 2010.). Az egészségbiztosítási hozzájárulás mértékét a területi elv alapján határozzák meg az egészségügyi állapottól függetlenül. A gyermekek egészségügyi ellátását teljes mértékben az állam fizeti, ebben az esetben egyáltalán nem érvényesül a költségek megosztása. Az emberek döntő többsége, megközelítőleg 90 %-a kiegészítő egészségbiztosítást is köt a költségmegosztás fedezése, valamint az állami finanszírozás alá nem eső egészségügyi ellátások (pl.: felnőtt fogorvosi ellátás) érdekében.

A törvényes holland magán egészségbiztosítási rendszert a területi elven alapuló, megközelítőleg 1.000 GBP összegű nominális biztosítási díjból, valamint a jövedelemalapú, havi munkaadói befizetésekből finanszírozzák (Westert, Wammes, 2013.). A kormány külön állami pénzalapot hozott létre az illegális bevándorlók és menedékkérők egészségügyi ellátására.

#### **4. MENNYIBE KERÜLNE A FISKALIZÁCIÓ A MAGYAR KÖLTSÉGVETÉSNEK?**

Napjainkban az egészségügyi rendszer finanszírozása alapvetően „kétlábú”, azaz elsősorban a munkabérekre terhelt elvonások révén, de részben a költségvetésből is történik. A közvetlenül a minisztérium (EMMI) alá sorolt intézmények 578 milliárd forint kiadásai a központi költségvetésben szerepelnek. 2017 során a tervek szerint az összesen 2069 milliárd forintból gazdálkodó Egészségügyi Alapból úgynevezett természetbeni ellátásokra (vagyis majdnem mindenre, ami nem táppénz) 1091 milliárd forintot, ezen túl gyógyszerre, gyógyászati eszközökre pedig 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 kassza.

Az egészségügyi rendszer bevételeinek nagyobbik részét a fiskalizálást követően a költségvetésnek kellene kiváltania, úgy ahogy az Nyugat és Észak Európa több országában sikeresen működik. Ez praktikusán azt jelenti, hogy a 2017-es évben 967 helyett 1926 milliárd forintot kellene 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 tíz milliárd forintnak látszik.

Végső soron tehát közel 1000 milliárd forint többletforrásra lenne szükség a költségvetésben a fiskalizációhoz. Az ezer milliárd forint az éves GDP-hez viszonyítva csupán 2,6 %-ot tesz ki, tehát véleményünk szerint pár év alatt feltehetően könnyedén össze lehetne szedni azt az összeget.

Több ok miatt is azt véljük, hogy a fiskalizáció költségvetési oldalról megvalósítható. Egyrészt a szakértők széleskörűen osztott véleményei szerint még van fehéredési tartalék a gazdaságban, ami növelheti az adóbevételeket, másfelől a deficitmutató tekintetében elért kedvező helyzetnek köszönhetően az EU-val az utóbbi évekbelineél valamivel magasabb hiány is elfogadtatható<sup>2</sup>, harmadrészt a következő 3 évben várható gazdasági növekedés az államháztartás relatív pozícióját jelentősen javítja.

Tehát látható, hogy költségvetési oldalról a fiskalizáció megvalósítható, még ha azt nem is lenne tanácsos egyik napról a másikra meglépni, hanem pár évre el kellene azt húzni. Mindenesetre arra kellene törekedni, hogy záros határidőn belül döntés szülessen az egészségügy fiskalizációjáról, hogy az egészségügyet teljes egészében a költségvetésből fedezzük, s ne terheljünk semmit az élők munkára.

### **MIBEN SEGÍTHET A FISKALIZÁCIÓ?**

A fiskalizáció nem csak egy egyszerű költségvetési rendbetétel, valamilyen pusztán könyvelői esztétikai célú pénzügyi megoldás, amelynek nyomán pusztán egy kicsit áttekinthetőbb lesz a költségvetés, hanem nagyon fontos reálgazdasági hatásai is várhatók annak.

Ezek a hatások a következők:

A béreket megdrágító járulékok csökkentése a nettó bérek növeléséből és a többlet-foglalkoztatásból együttes hatására növekedhet az összes vásárlóerő, ami ösztönzőleg hathat a kereslet bővítésén keresztül a gazdasági növekedésre is. E mellett 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 végsősoron egy költségvetési kiadáscsomag révén növekedhetnek az adóbevételek is. E mellett a fiskalizáció hosszabb távon emelheti a kezdő nyugdíjak összegét is azoknál, akik eddig részben szürkén voltak foglalkoztatva, s a járulékcsonkítás hatásaként pedig kifehéredhet a fizetésük a nyugdíjba vonulásukat megelőző időszakban.

---

<sup>2</sup> 2020-ra az államháztartási deficit GDP arányos értéke a Gazdasági Minisztérium előrejelzése szerint 2,4 %-ról 1,2 %-ra csökken.

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.

**IRODALOMJEGYZÉK**

1. Árva, L., Giday, A., Mádi, L. (2017.): Az egészségügy fiskalizációja: kérdőjelek és válaszok. Vitaindító az élők munkaterhek csökkenéséről és az egészségügy finanszírozásáról. Kéziratban.
2. Augusztinovics, M., Gál R., Iván-Matits Á., Máté L., Simonovits A., Stahl J. (2002.): A magyar nyugdíjrendszer az 1998-as reform előtt és után. Közgazdasági Szemle, XLIX. évf. 473-517. o.
3. Augusztinovics, M. (2005.): Népeség, foglalkoztatottság, nyugdíj. Közgazdasági Szemle, LII. évf., 2005. május (429–447. o.).
4. Blümel, M. (2013.): 'The German health care system 2013' in Thomson S, Osborn R, Squires D and Jun Mi (eds), International profiles of health care systems, 2013. New York: The Commonwealth Fund. [www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2013/Nov/International-Profiles-of-Health-Care-Systems.aspx](http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2013/Nov/International-Profiles-of-Health-Care-Systems.aspx) accessed on 17 March 2014.
5. Botos, K., Botos, J. (2012.): Gyermekvállalás és nyugdíjrendszer: a reform 10 alaptétele. Pénzügyi Szemle, 2012. október 8.
6. Botos, K. (2015.): Terhes örökség - Rendszerváltozás egy pénzügypolitikus szemével. Pénzügyi Szemle, 2015/4. 493-502. o.
7. Durand-Zaleski I. (2013.): 'The French health care system 2013' in Thomson S, Osborn R, Squires D and Jun Mi (eds), International profiles of health care systems, 2013. New York: The Commonwealth Fund. [www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2013/Nov/International-Profiles-of-Health-Care-Systems.aspx](http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2013/Nov/International-Profiles-of-Health-Care-Systems.aspx) accessed on 17 March 2014.
8. EUROSTAT (2013.): GDP per capita in PPS, Index (EU28 = 100). retrieved July 8, 2014.
9. EUROSTAT (2016.): [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Wages\\_and\\_labour\\_costs/hu](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Wages_and_labour_costs/hu)
10. Ferrera, M. (2013.): <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId> 6th EU-India Joint Seminar on Employment and social policy
11. Ferretti, R., (2012.): Article publié sur le site du CNFPT Wiki Territorial, <http://ferretti.ilingo.net/LES%20FINANCES%20DE%20LA%20SS.pdf>
12. Giday, A. (2015.): Gyermekfedezetű nyugdíjbeiktatása. Polgári Szemle, 2011. szeptember.



13. Glennard, A. (2013.): 'The Swedish health care system 2013' in Thomson S, Osborn R, Squires D and Jun Mi (eds), International profiles of health care systems, 2013. New York: The Commonwealth Fund. [www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2013/Nov/International-Profiles-of-Health-Care-Systems.aspx](http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2013/Nov/International-Profiles-of-Health-Care-Systems.aspx) accessed on 17 March 2014.
14. IBRD (1994.): Averting the old age crisis. Published for the World Bank by Oxford University Press.
15. Hujo, K. and Rulli, M. (2014.): The Political Economy of Pension Re-Reform in Chile and Argentina. United Nations Institute for Human Development. Research Paper, 2014. 1. April.
16. IMF Datamapper (2015.): <http://www.imf.org/external/datamapper/index.php>
17. Kluzer, Redecker, & Centeno, (2010.): Long-term Care Challenges in an Ageing Society: The Role of ICT and Migrants: Results from a study in England, Germany, Italy and Spain. Luxembourg.
18. Krugmann (2016.): Is Vast Inequality Necessary?  
in: <http://www.nytimes.com/2016/01/15/opinion/is-vast-inequality-necessary.html>
19. Lamartinaa, Serena and Zaghini, Andrea (2010.): Increasing Public Expenditures, Wagner Law in OECD Countries. German Economic Review, 2010. 12(2): 149–164.
20. Dr. Mádi László – Dr. Árva László (2016.): A társadalombiztosítás finanszírozási reformja, avagy hogyan üthetnénk több legyet egy csapással? Pénzügyi Szemle, 2016/3.
21. Matolcsy, Gy. (2015.): Egyensúly és növekedés. Konszolidáció és stabilizáció Magyarországon 2010-2014. Kairosz Kiadó.
22. Minenna, M. (2016.): The Incurable Japanese Syndrome and Europe. in: Social Europe. 13. December 2015. <https://www.socialeurope.eu/2015/12/the-incurable-japanese-syndrome-and-europe/>
23. OECD (2010.): country statistical profiles: <http://stats.oecd.org> 2011-re vonatkozó adatok
24. OECD (2015.): Economic Outlook Volume 2014. (No. 96). és OECD Database
25. OECD (2015.b): Pensions at a Glance. 2015.
26. OECD (2015.c): Health at a Glance, 2015.
27. OECD (2016.): Compare your country. <http://www.compareyourcountry.org/taxing-wages?cr=oced&lg=en&page=0&visited=1>

28. OECD (2016) Compare your country. <http://www.compareyourcountry.org/taxing-wages?cr=oeed&lg=en&page=2&charts=c1458834110813+c1458837337482+c1458837389838+c1458837421061&template=10>
29. Piketty (2015.): A tőke a 21. században. Kossuth Könyvkiadó.
30. Popova, Y & Kozhevnikova, M (2013.): Interdependence of HDI and budget redistribution within the Scandinavian and Continental Social Models 18(3), 652-575
31. Poteraj, J. (2008.): Pension systems in 27 EU Countries. The Association of Polish Scientists of Lithuania. Munich Personal RePEc Archive.
32. Portfolio.hu (2014.): [http://www.portfolio.hu/gazdasag/a\\_romanok\\_bezzeg\\_csokkentik\\_a\\_tbjarulekot.200317.html](http://www.portfolio.hu/gazdasag/a_romanok_bezzeg_csokkentik_a_tbjarulekot.200317.html)
33. Portfolio.hu (2016.): [http://www.portfolio.hu/gazdasag/lazar\\_eddig\\_nem\\_sikerult\\_javitani\\_a\\_versenykepessegunket.4.226757.html](http://www.portfolio.hu/gazdasag/lazar_eddig_nem_sikerult_javitani_a_versenykepessegunket.4.226757.html), 2016. február 8. - 09:25.
34. Reich, Robert (2011.): The Flat-Tax Fraud and the Necessity of a Truly Progressive Tax. (<http://robertreich.org/post/11753807617>).
35. Ruth Robertson, Sarah Gregory, Joni Jabbal (2014.): The social care and health systems of nine countries, Commission on the Future of Health and Social Care in England, The King's Fund, 11-13 Cavendish Square, London W1G 0AN, [www.kingsfund.org.uk](http://www.kingsfund.org.uk)
36. Sanandaji, N. (2012.): The surprising ingredients of Swedish success – free markets and social cohesion – IEA Discussion Paper No. 41. Retrieved May 05, 2014, from Institute of Economic Affairs: <http://www.iea.org.uk/sites/default/files/publications/files/Sweden%20Paper.pdf>
37. Schafer et al, (2010.): The Netherlands: health system review. Health systems in transition, vol. 12, no 1. London: The European Observatory on Health Systems and Policies. [www.euro.who.int/ data/assets/pdf file/0008/85391/E93667.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/85391/E93667.pdf) (accessed on 24 February 2014)
38. Senkogu, M. (2002.): Hokkaido University Retrieved May 16., 2014 from Emerging Eastern European Welfare States – A Variant of the „European” Welfare Model? [http://src-h.slav.hokudai.ac.jp/coe21/publish/no2\\_ses/3-2\\_Senkoku.pdf](http://src-h.slav.hokudai.ac.jp/coe21/publish/no2_ses/3-2_Senkoku.pdf)
39. Simonovits, A. (2002.): Nyugdíjrendszerek: tények és modellek, Budapest, Typotext, 2002.

40. Stiglitz, J.E, -- J. Furman, (1998.): Economic consequences of income inequality. – Proceedings of a Symposium Sponsored by the Federal Reserve Bank of Kansas City. 1998.
41. Stiglitz, J.E. (1998.): More Instruments and Broader Goals: Moving Toward the Post-Washington Consensus. Lecture held at the 1998 WIDER Annual Lecture Helsinki, Finland. January 7, 1998.
42. Szegő, Sz. (2011.): Gyermekefedeztető juttatást a nyugdíjakban. Miért és hogyan? Pénzügyi Szemle LVI évf. 2011. 4. sz. 429-446 old.

### WHO Health in Transition

**Finnország:** Vuorenkoski L, Mladovsky P and Mossialos E. Finland: Health system review. Health Systems in Transition. 2008; 10(4): 1–168.

**Svédország:** Anell, A., Glenngård, A.H., Merkur S. Sweden: Health system review. Health Systems in Transition, 2012, 14(5):1–159.

**Norvégia:** Johnsen JR. Health Systems in Transition: Norway. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.

**United Kingdom:** Seán Boyle: United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition, 2011; 13(1):1–486.

Westert, G., Wammes, J. (2013.): 'The Dutch health care system 2013' in Thomson S, Osborn R, Squires D and Jun Mi (eds), International profiles of health care systems, 2013. New York: The Commonwealth Fund. [www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2013/Nov/International-Profiles-of-Health-Care-Systems.aspx](http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2013/Nov/International-Profiles-of-Health-Care-Systems.aspx) accessed on 17 March 2014

WHO (2015.): World Health Statistics, 2013, 2014, 2015.

WHO (2000.): World Health Organization's Ranking of the World's Health Systems, 2000.

Williamson, J. (1993.): Democracy and the "Washington consensus". Institute for International Economics, Washington, DC, USA. Published by Elsevier Ltd.

World Bank (1994.): Averting the Old Age Crisis. Policies to Protect the Old and Promote Growth. Published by Oxford University Press.