

Makrogazdaság, államháztartás, egészségügy

Csomós Dániel, Prof. Dr. Kovács Árpád, Varga Sándor,
Költségvetési Tanács

Összefoglalójukban a szerzők az egészségügynek az államháztartásban elfoglalt helyéről értekeznek, nemzetközi kitekintés, szakértői vélemények és a Költségvetési Tanács (KT) saját feldolgozású adatai alapján. Következtetésük szerint bár a jelenlegi államháztartási pálya folyamatos újragondolást igényel, alapvetően az egészségügy nem „törhet ki” a makrogazdaságot meghatározó tényezők szorításából. A megoldás az államadósság csökkentése.

In their review, authors analyse the position of healthcare in the state budget, according to international comparison, expert's opinion and the own data of the Fiscal Council of Hungary. Their conclusion is although the budget is under continuous update and needs readjustment, healthcare cannot achieve a different way than determined by macroeconomic constraints. The solution is the reduction of the national debt.

Bár írásunkban a költségvetéssel foglalkozó közgazdász nézőpontjából vázoljuk fel véleményünket, nem tudunk, és nem is akarunk elvonatkoztatni attól, hogy magunk is fogyasztói vagyunk a közellátásnak, a tágabban vett jóléti szolgáltatásoknak. Érdekeltek vagyunk abban, hogy hatékonyabb, minőségileg jobb, és nem utolsósorban a legújabb, gyógyítás-technológiai eredményeket nyújtó szolgáltatásban részesüljünk magunk is. Tudjuk, hogy ez a kettős „identitás” vitatható, a finanszírozási kérdések megítélésében önkéntelenül kompromisszum kereséséhez vezet, de mégsem tehetünk mást, vállalunk kell, mert nem hagyhatjuk figyelmen kívül a válsággal sújtott európai környezetet, a hazai makrogazdasági, államháztartási hátteret és az egészségügy-szakmai véleményeket sem. (A cikk épít az IME – META VII. Országos Egészségügyi Egészség-gazdaságtani Továbbképzés és Konferencián elhangzott Makrogazdasági helyzetkép: Az Egészségügy helyzete makrogazdasági nézőpontból címen elhangzott előadásra, amelynek anyagát e cikk szerzőhármasa készítette elő és Dr. Kovács Árpád prezentálta.)

EURÓPAI KITEKINTÉS

Mielőtt a magyar feltételeket, pozíciókat vázoljuk, nem kerülhetjük meg, hogy egy szerény európai kitekintést ne tegyünk, elsősorban az EU-10 országok helyzetét, válságkezelésének jellemzőit előtérbe helyezve. A 2008-ban kirobbant pénzügyi-gazdasági krízis európai folyamatairól szóló

közgazdasági szakirodalom többsége a válság előzményeire, általános és dél-európai tüneteire, illetve az Unió szintjén érvényesülő kiútkeresésre koncentrál. Kevés szó esik a közép-kelet európai országok költségvetési konszolidációs lépéseiről és a válságot követő – mondjuk így: nem egyedi lépésekben gondolkodó, konszolidált – időszak megmaradó gondjairól. Így a háttérben marad, hogy maga a finanszírozási válság is a társadalmi ellátások költségeinek emelkedése és az előteremthető pénz közti szakadék betemetésének, átívelésének (reménytelen) következménye. A pénzügyi válság európai modellválsággá történő átalakulása meghatározó módon, a reálgazdasági versenyképesség e területekre is visszagyűrűző hatásai miatt is ide vezethető vissza. Ugyanakkor leegyszerűsítő az a közismert feltételezés, hogy a gazdasági fejlődést a jóléti kiadások magas összege visszafogja. A tények – mint majd azt írásunk táblázatainak adatai, és jónéhány elismert szakember hivatkozott gondolatai bizonyítják – ellentmondanak ennek a téves felfogásnak [1].

Ha az EU-10-ek válságkezelésében meghatározó stabil jellemzőket, illetve a két szakasz között eltéréseket keressünk, akkor ezeket az alábbi területeken [2], nevezetesen

- az államháztartási kiadások mindkét szakaszban (2008-2012) érvényesülő csökkentésében (restrikciókban),
- a gazdaságra, elsősorban a munkaerőpiacra irányított, mindkét szakaszban érvényesülő intervenciókban (2008-2012),
- az adók, vámok és járulékok meghatározott területekre irányított, elsősorban az első szakaszra jellemző szelektív csökkentésében (2008-2010), majd a második szakaszra jellemző (2011-2012), fogyasztásra irányított szelektív növelésében,
- az egyedi bankmentő akciókban, az első szakaszban (2008-2010),
- az államháztartás működési szabályainak, intézményrendszerének, szerkezetének, általánosan az első szakaszban érvényesülő változtatásában (2008-2010) és
- a pénzügyi szektorra irányított, a válságkezelés második időszakára jellemző, különadókban (2011-2012) találjuk meg.

A válság 2008-2013-as időszakát tekintve a kiadások általános megkurtítása, a nagyobb tartalékképzés és az ennek kényszereként bekövetkező, differenciált szerkezeti átalakítás volt a leggyakrabban használt fiskális eszköz, de jellemző volt az új, ún. numerikus fiskális szabályok, keretek megalkotása, a költségvetési eljárás átalakításán belül a transzparencia növelése, a program és teljesítmény költségvetés alkalmazása, a fiskális fegyelem erősítése. A kö-

zéptávú pénzügyi tervezés terén mind a meglévő szabályok átalakítására, mind pedig új szabályozások bevezetésére került sor.

A fentiekben röviden összefoglaltakat tekintve valójában érdekes az, hogy mi nem szerepel benne. Ez pedig az államháztartás jóléti rendszereinek ügye, a tartalmi válasz a társadalom életét alapvetően befolyásoló kérdésekre. Ha ehhez még hozzátesszük, hogy az Európai Bizottság véleménye az, hogy a gondok oldásához kiegészítő fiskális ösztönzőkre, megszorításokra, újabb, erős fiskális szabályokra van szükség, levonható az a következtetés, hogy az államháztartás strukturális átalakítását mindaddig halogatják, amíg a régi szerkezet – igaz nagy kurtításokkal, technikai modernizációval, a fogyó hatékonysági tartalékok mobilizálásával – finanszírozható marad.

HAZAI IMPULZUSOK

Nem tagadjuk, az egészségügy finanszírozása témában hallott előadások is írásra indítóak voltak. Néhány jellemző gondolatot érdemes kiemelnünk. Orosz Éva írja, hogy „A politikai és gazdasági elit körében szilárdan él az a tévhit, hogy sokat költünk közpénzekből egészségügyre. Sokszor hallhatjuk, olvashatjuk, hogy a magyar egészségügy finanszírozása nem fenntartható. Ez az állítás azonban többféleképpen is interpretálható. Vannak, akik ezen azt értik, hogy gazdasági fejlettségünkhöz képest túl sokat költünk egészségügyre. A tények ennek épp ellenkezőjét mutatják. Magyarországon – a domináns nemzetközi trendtől eltérően – az egészségügyi közkiadások éves átlagos növekedési üteme a rendszerváltás utáni időszak egészét tekintve alacsonyabb volt, mint a GDP növekedési üteme. Az egészségügyi közkiadások növekedési üteme az egyik legalacsonyabb az OECD országokban. Ugyancsak téves nézet, hogy az állam és a társadalombiztosítás túlzottan nagy szerepet vállal. A valóság az, hogy a közkiadások aránya az egyik legalacsonyabb az EU tagállamok között (és alacsonyabb az OECD átlagánál is). A magyar egészségügyi közkiadások 2010-ben az összes egészségügyi kiadás 64,8%-át tették ki (az OECD átlag 72,2%, az EU15 átlag pedig 76,5% volt” [1]. Banai Péter Benő, a Nemzetgazdasági Minisztérium (NGM) helyettes államtitkára kiemelte [3], hogy az Egészségbiztosítási Alap gyógyító-megelőző kiadásai a 2010. évi 791 milliárd forintról 2013-ra 887 milliárd forintra emelkednek. Hangsúlyozta, hogy az Európai Unió forrású egészségügyi célú fejlesztések a 2004-2006-os időszakban az összes uniós fejlesztés 3,9%-át, a 2007-2013-as időszakban pedig az 5,6%-át tették ki. Az előttünk álló hét éves időszakra nézve még csak kérdőjelet tudott felrajzolni, de nem mulasztotta el azt a korlátot jelezni, hogy az uniós források 60%-át gazdaságélénkítő beruházásokra kell majd fordítani. Ezután vitát váltott ki, hogy az egészségügy termelő ágazat-e, vagy sem. Az államtitkár gondként jelezte a járulékfizetők számának 1990. évi 5,2 millió főről 2012-re 3,9 millió főre történt csökkenését. Dr. Szócska Miklós, az Emberi Erőforrások Minisztériumának

államtitkára kimondta, hogy kevesebbet költünk közpénzből egészségügyre, mint amekkora gazdasági fejlettségünkből adódna [4]. Dr. Sinkó Eszter egészségügyi közgazdász az egészségügyi rendszer átalakításának negatívumaként hangsúlyozta, hogy „a kórházi önkormányzati tulajdon felszámolása éves szinten 70 milliárd forintnyi forrást vesz ki az intézmények zsebéből”. Tudniillik ennyivel támogatták évente a helyi önkormányzatok kórházait az Országos Egészségbiztosítási Pénztári finanszírozáson túl [5]. Velkey György pedig a kórházak újra felduzzadt, 115 milliárd forint adósságáról is szólva, kijelentette: „Összességében világosan látszik, hogy bomba ketyeg alattunk. A jelenleg rendelkezésre álló pénzből nem finanszírozható a kórházi rendszer. Már nincs a struktúrában annyi makroszintű tartalék, hogy némi átszervezéssel jelentős összeg legyen felszabadítható, és a racionalizálás a politikailag lehetséges mértékig megtörtént. Nincs számottevő intézményi szintű hatékonyság-tartalék sem, ezen az úton az elmúlt évtizedben végigmentünk. Nemzetközi összehasonlításban is világosan látszik, hogy hazánkban az egészségügyi kiadásokra fordított összeg – GDP arányosan és abszolút értékben még inkább – rendkívül alacsony” [6].

Az idézett megszólalások szakmai igazsága vitathatatlan. Jól jellemzik a honi útkeresést. Néhány gondolattal szeretnénk csak a kép árnyalásához hozzájárulni.

MAKROGAZDASÁGI, ÁLLAMHÁZTARTÁSI HÁTTÉR

Közismert, hogy a gazdaság teljesítménye és az államháztartás működtetése mindenkor kölcsönösen meghatározza egymást. Az évtizede adósságproblémákkal, társadalmi-gazdasági teljesítményhiánnyal küzdő országokban a 2008-ban kitört válság nélkül is törvényszerű lett volna a költségvetés egyensúlyának előbb-utóbb bekövetkező megbomlása. Az államháztartás (túl)költekezése nagymértékben növelte azoknak az országoknak, így Magyarországnak a sérülékenységet, amelyek reálgazdasági teljesítményüktől – szerkezetileg és kiterjedtségükben – elszakadó, társadalmilag messze indokolt szolgáltatásokat finanszíroztak. A krízis ezért sújtotta jobban a periférián elhelyezkedő kelet- és dél-európai államokat, mint az északiakat. Magyarország államháztartásának relatív túlköltekezése – az Európai Unió és a V3-ak átlagához mérten is – néhány évet leszámítva igen jelentős volt.

A túlköltekezés eredménye a megnövekedett adósságállomány. Magyarország ebben vetekszik az Európai Unió átlagával, miközben versenyképessége, gazdasági hatékonysága attól messze elmarad, ráadásul az adósságállomány finanszírozása jóval költségesebb. Ezt bizonyítja, hogy míg nálunk a legutóbbi hónapokban sem volt ritka az állampapírok után ígért 10%-os kamat, és a mára kialakult 5% körüli érték is magas, addig pl. Németország államadósság-kezelésével kapcsolatos kamatterhe 1-2% körüli.

Az államadósság magas költségvetési terhe – és nem a maastricht-i kritérium – miatt lényeges, hogy minél gyorsabban csökkenteni tudjuk az adósságállományt. Az NGM

számításai és növekedési, valamint inflációs feltételezései szerint 13 évre lenne szükség, hogy hazánkban az államadósság az Alaptörvényben előírt 50%-os limit alá kerüljön.

Az államháztartás finanszírozásában kialakult, tarthatatlan helyzet indokolta Magyarországon, hogy 2008-ban a költségvetési felelősségről törvény [7] szülessen, majd az Alaptörvény [8] előírásai közé is bekerült az államadósság növekedése megakadályozásának kritériumrendszere. Végül 2011 decemberében az ún. stabilitási törvény szabály- és intézményrendszere alakította ki azt a garanciális keretet, ami arra hivatott, hogy a terhek ne tegyék kétségessé azt a pályát, ami a gazdaság, az államháztartás fenntartható egyensúlyi állapotához vezethet el [9]. Ezt a munkát segíti, intézményi garanciát jelentve a Költségvetési Tanács (KT), aminek feladatait az Alaptörvény, valamint a Magyarország gazdasági stabilitásáról szóló törvény határozza meg. A KT az Országgyűlés törvényhozó tevékenységét támogató szerv, amely a központi költségvetés megalapozottságát vizsgálja. A központi költségvetésről szóló törvény elfogadásához a Költségvetési Tanács előzetes hozzájárulása szükséges az ún. államadósság-szabály betartása érdekében. Ezek szerint az Országgyűlés nem fogadhat el olyan központi költségvetésről szóló törvényt, amelynek eredményeképpen az államadósság meghaladná a teljes hazai össztermék felét; mindaddig, amíg az államadósság a teljes hazai össztermék felét meghaladja, az Országgyűlés csak olyan központi költségvetésről szóló törvényt fogadhat el, amely az államadósság a teljes hazai össztermékhez viszonyított arányának csökkentését tartalmazza, az Alaptörvény 36. cikk (4) és (5) bekezdésében foglaltak szerint. Mai feltételezések mellett tehát ezen államadósság-szabály betartásának ellenőrzése legalább 13 évig ad még munkát (egyéb tevékenysége mellett, amelyekre nem térünk ki) a Költségvetési Tanácsnak.

A KÖZKIDÁSOK NEMZETGAZDASÁGI SÚLYA

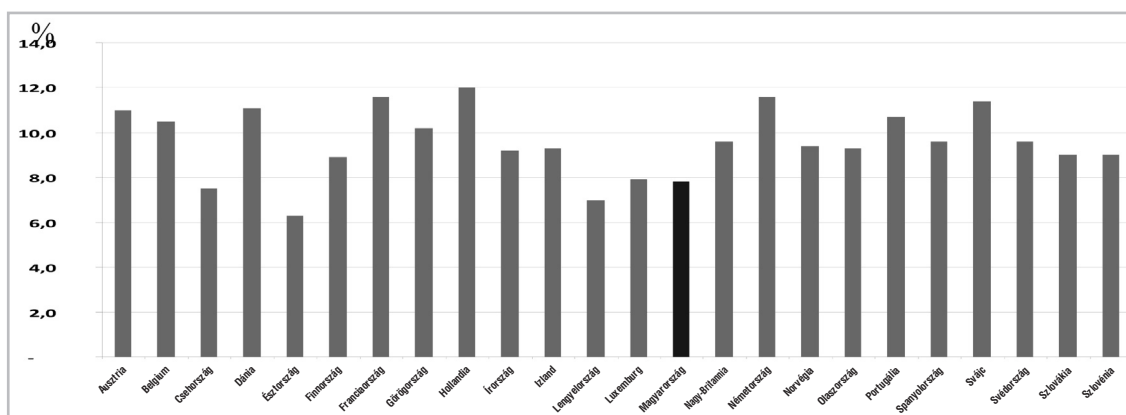
A nemzetgazdaság szereplői részéről Magyarországon – éppúgy, mint más országokban – folyamatos kritika

hangzik el amiatt, hogy a közkiadások a megtermelt jövedelmet elveszik a gazdasági fejlődéstől, különösen a vállalkozások innovációjától. Valóban, nem mindegy, hogy az államháztartás mekkora hányadát teszi ki az adott ország GDP-jének. A szociális piacgazdaságokban „elfogadott” érték 45% körüli, miközben tudjuk, hogy a gyors fejlődést elérő ázsiai kistigrisek országaiban ennél lényegesen alacsonyabb közkiadási szintet engedtek meg (itt most ennek az „árával” nem foglalkozunk). Magyarországon az államháztartás 50% feletti GDP aránya jóval meghaladja a környező országokban tapasztalható szintet is. Az érdemi gazdasági növekedés elodázhatatlan elindítása érdekében szükséges lenne az államháztartási folyó kiadásoknál megtakarítás elérésére a felhalmozás eddiginél erőteljesebb ösztönzése, a beruházási ráta emelése érdekében. Arról nem beszélve, hogy az államháztartás jövedelemcentralizációjának (adóelvonásának) mérséklése minden bizonnyal újra vonzóvá tenné hazánkat a külföldi befektetők előtt.

MAGYARORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSAI NEMZETKÖZI ÖSSZEHASONLÍTÁSBAN

Akik Magyarországot összes egészségügyi kiadásának GDP-hez viszonyított aránya alapján lemaradásunkról beszélnek, szívesen idézik az 1. (és más hasonló tartalmú) ábrákat.

Az ábrából nyert információ szerint valóban jelentős a lemaradásunk a fejlett országokhoz képest. Megvizsgálva helyzetünket a környező országokhoz képest, külön is (ezen ország csoportba bevettük a hozzánk sok hasonlóságot mutató új EU-s Észtországot is). Az egy lakosra jutó egészségügyi kiadás ebben az ország csoportban együtt 1584 USD, míg nálunk 1601 USD. Az összes egészségügyi kiadás a GDP %-ában kifejezve átlagosan 7,4%, nálunk 7,8%. Ezek alapján nincs szégyenkezni valónk. Kétségtelen viszont, hogy az államháztartás egészségügyi kiadásainak GDP arányos – 5,1%-os – mértékét tekintve ezen ország csoport átlagától valamivel elmaradunk (1. táblázat).



1. ábra
Az összes egészségügyi kiadás a GDP százalékában egyes OECD országokban, 2010 Forrás: KSH/OECD Health Data 2010, *2009

Megnevezés	Népesség	Egy főre jutó eü. kiadás, USD*	Összes eü. kiadás a GDP %-ában	Államháztartás eü. kiadása az összes eü. kiadás %-ában	Összes eü. kiadás, millió USD	GDP, millió USD	Államháztartás eü. kiadása a GDP %-ában
Csehország	10 506 813	1884	7,5	83,8	19 795	263 931	6,3
Észtország	1 286 540	1294	6,3	78,9	1 665	26 425	5,0
Lengyelország	38 167 329	1389	7,0	71,7	53 014	757 349	5,0
Magyarország	10 014 324	1601	7,8	64,8	16 033	205 550	5,1
Szlovákia	5 424 925	2095	9,0	64,5	11 365	126 280	5,8

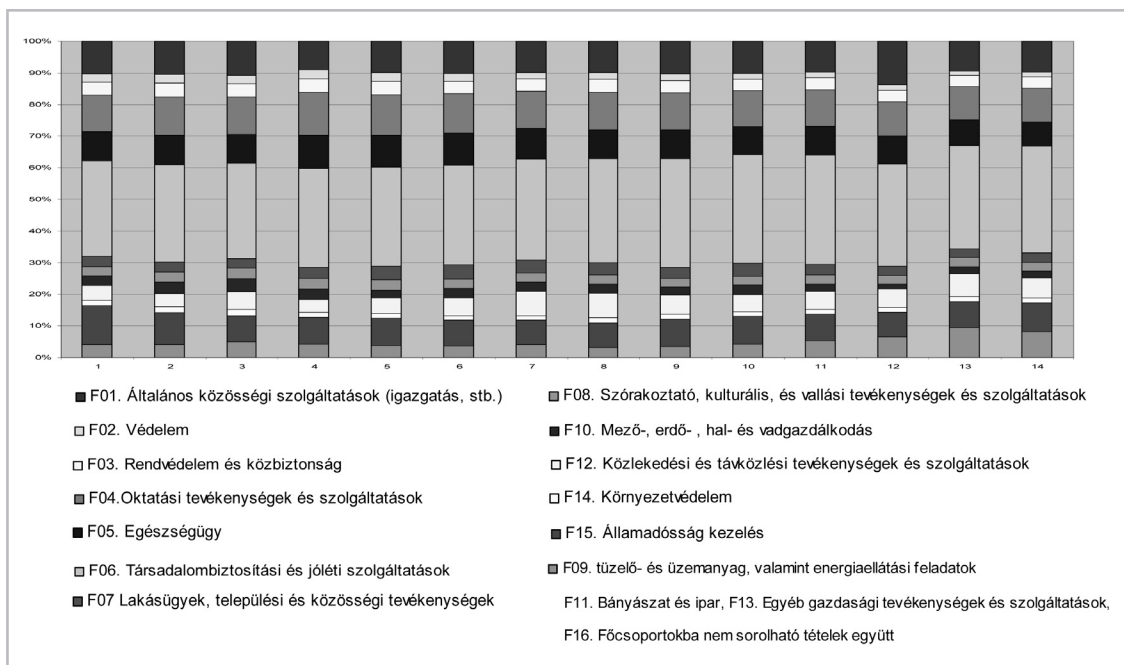
1. táblázat
 Egészségügyi kiadások Magyarországon, a szomszédos országokban, valamint Észtországban 2010-ben Forrás: OECD Health Data 2010; KT feldolgozás

Az államháztartás egészségügyi kiadásai Magyarországon az összes konszolidált kiadásnak az elmúlt 13 évben a 8-10%-át képviselték. Adódik a kérdés, sok ez vagy kevés, miközben tudjuk, nem lehet erre igennel vagy nemmel válaszolni. Rögtön ott van ugyanis, hogy a közpénzből vajon elegendő pénz jut-e az oktatásra, a környezetvédelemre, vagy éppen a már említett gazdaságfejlesztésre és így tovább. Anélkül, hogy ennek, vagyis a közkiadások ágazati megoszlásának mélyebb elemzésébe bocsátkoznánk, mindenképpen ide kívánczik – a fentebbiekben jelzettekre utalva –, hogy Magyarországon az államadósság-kezelés költségvetésre nehezedő terhe rendkívül nagy: 2000 és 2013 között az államháztartás 8-12%-át fordították e kiadásokra, döntően kamatterherre (2. ábra). Számszerűsítve, ha 2012-ben nem kellett volna 1200 milliárd forintot államadósság-kezelésre fordítani, akkor – ilyen irányú döntés esetén – az államháztartás egészségügyi kiadásait meg lehetett volna duplázni. Itt jegyezzük meg, hogy Magyarországnak

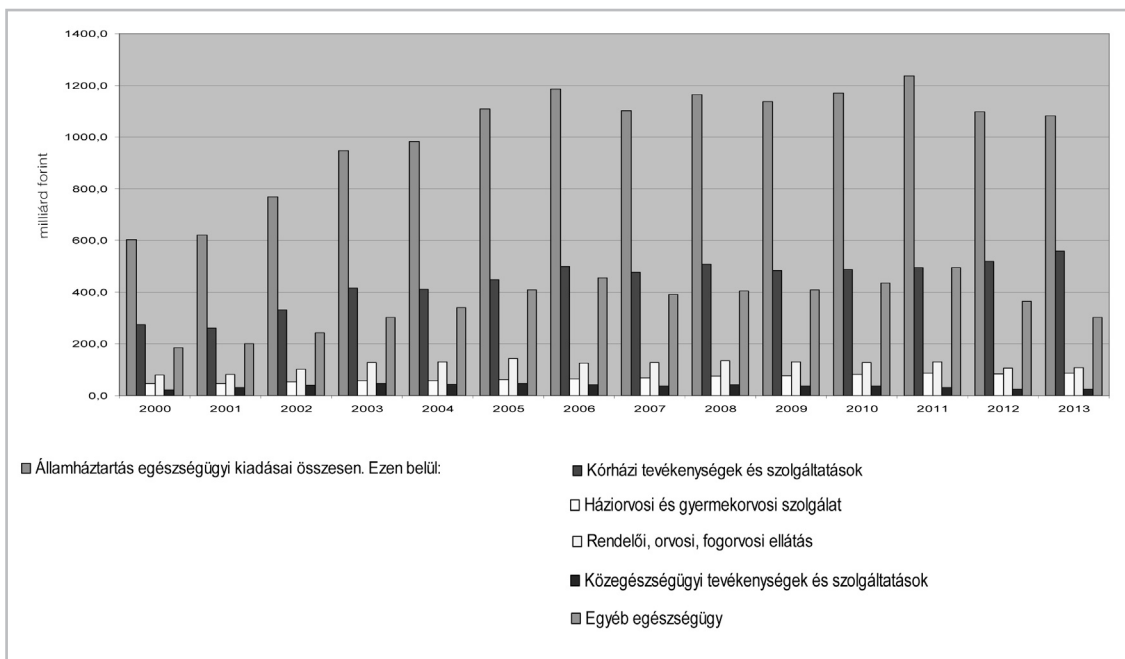
az elmúlt másfél évtizedben az évente államadósság-kezelésre (kamatra) költött kiadásokon felül 2250-4600 milliárd forintot kellett fordítania az államadósság törlesztésére. E kötelezettség nem képezi részét az államháztartás „rendes” kiadásainak. „Sor alatti tételként” szerepel, forrását részben a költségvetés megtakarításaiból, részben újabb állampapír kibocsátásokból teremtik elő.

Az inflációval korrigált egészségügyi kiadások a 2000. évi 604 milliárd forintról 2013-ra 1081 milliárd forintra (80%-kal) nőttek. Szembetűnő ezen belül a kórházi tevékenységek és szolgáltatások térnyerése: a 45%-os kezdeti részesedés az időszak végére 52%-ra emelkedett. Eközben a hozzánk, emberekhez legközelebb álló, a mindennapjainkat közvetlenebbül érintő háziorvosi- és gyermekorvosi szolgáltatásainak az egyébként 2000-ben sem magas, 8%-os súlyaránya nem változott (3. ábra).

Arról csak utalás szintjén tudunk szólni, hogy az is fontos volna, ha az emberek úton-útfélen jól kiépített, biztonságos



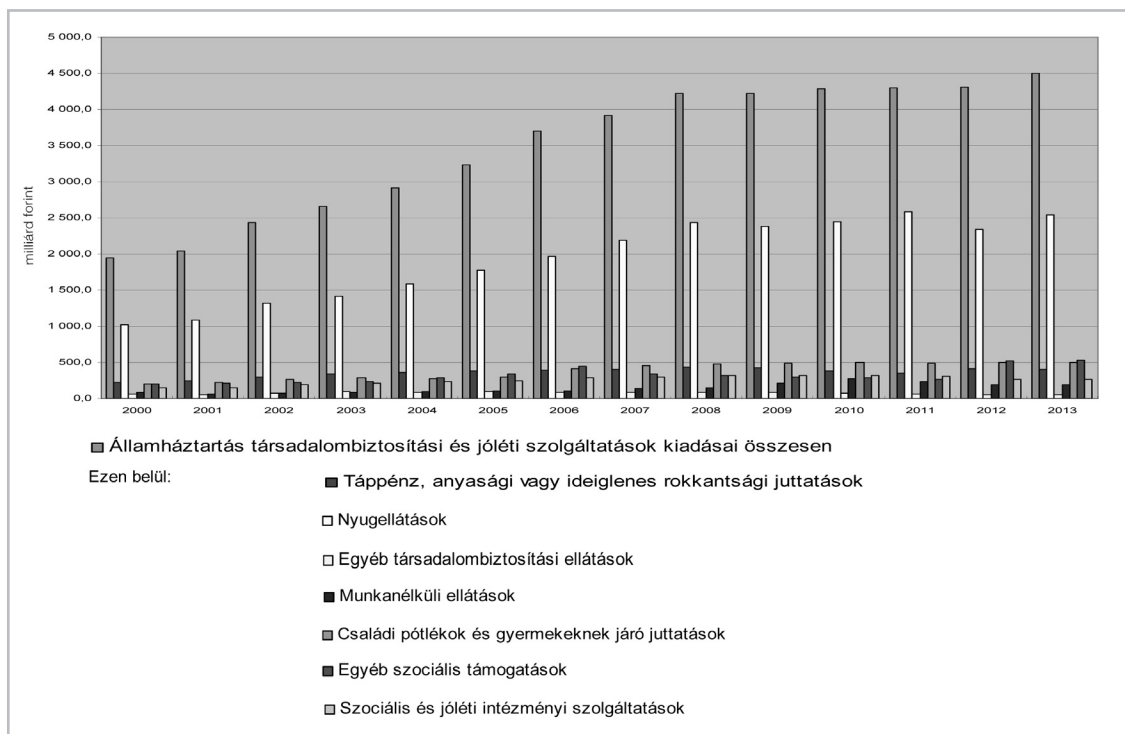
2. ábra
 Az államháztartás konszolidált funkcionális kiadásainak megoszlása 2000-2013 között (%) Forrás: NGM, KT feldolgozás



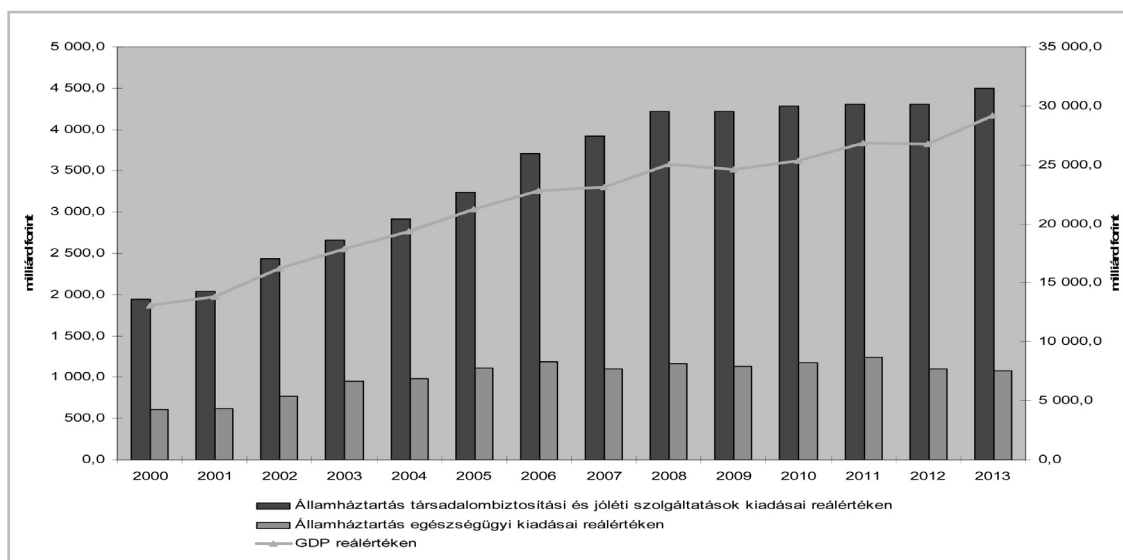
3. ábra
Az államháztartás főbb egészségügyi kiadásai (reálértéken) 2000-2013 között
Forrás: NGM, KT számítás

gos kerékpárutakba, olcsó, tiszta uszodákba és más mozgáslehetőséget adó (sport)létesítményekbe botlanának, ki-kerülhetetlenné téve számukra a rendszeres testedzést. Ez szolgálná ugyanis igazán – persze sokszor itt is orvosi felügyelet mellett – a betegségmegelőzést, az emberek testi

és szellemi frissességének megőrzését. Tapasztalni lehet az elmozdulást: a versenysportot szolgáló létesítmények mellett sorra megjelennek tömegsportot szolgálók is. Üdvözlendő, hogy ezek nemcsak a fiatalok, hanem a korosab-
bak hasznos szabadidő eltöltését is szolgálják (gondolunk itt



4. ábra
Az államháztartás társadalombiztosítási és jóléti szolgáltatások kiadásai (reálértéken) 2000-2013 között. Forrás: NGM, KT feldolgozás



5. ábra
Az államháztartás egészségügyi, valamint társadalombiztosítási és jóléti kiadásai (reálértéken) és a GDP volumen 2000-2013 között. Forrás: NGM, KT feldolgozás

például a köztereken elhelyezett különböző torna- {fitness} eszközökre). Mindez az emberi életkor kitolódása miatt is fontos. Hazánkban ugyanúgy, mint Európa fejlett országaiban, a lakosság előregedése jellemző: A korfa-előrejelzés szerint a nők várható élettartama 50 év alatt 2060-ra 78,4 évről 87,4 évre, míg a férfiaknál ugyanez 70,4 évről 81,9 évre emelkedik. Nem mindegy, milyen egészségi állapotban tesszük meg az egyre hosszabb utat. Az idősödő társadalom közterhei nemcsak az egészségügyi kiadásokban jelennek meg, hanem még inkább az államháztartás társadalombiztosítási és jóléti szolgáltatások kiadásában. Ez már tapasztalható az elmúlt 13 év adataiban is, hiszen reálértéken 2000-ben 1924 milliárd forintot fordítottak a célokra, amely 2013-ban 4502 milliárd forint lett, 132%-kal emelkedve (vagyis jóval erőteljesebben, mint az egészségügyi kiadások). Az e kiadások körébe tartozó nyugellátásoknál a bővülés még markánsabb, 150%-os: 1021 milliárd forintról 2546 milliárd forintra ugrott (4. ábra).

Az előzőekből következően az elmúlt közel másfél évtizedben a GDP (inflációval korrigált) pályáját az államháztartás társadalombiztosítási és jóléti szolgáltatások együttes kiadásai tudták követni, míg az egészségügyi összes kiadások nem (5. ábra).

ÖSSZEGZÉS HELYETT

Minden közkiadás, így az egészségügy esetén is valójában nem az a kérdés, mekkora az ellátás terjedelme, milyen a minősége, hanem az hogy képes-e azt a gazdaság teljesítményéből, vagyis saját forrásokból fenntarthatóan finanszírozni az adott ország. Mint jól ismert, Magyarország is abba a körbe tartozott, ahol nem kevés külső forrás bevonására volt szükség az államháztartás kiadásainak finanszírozására. Több mint fél évtizedig – sikertelenül – egyszerre kíséreltük meg a „jólét fordulatra” építő forгатatókönyvet, valamint a gazdasági „fözlárkózást” szolgáló fejlődési scená-

riót. Ez vezetett oda, hogy hazánk tőketörlesztés nélküli államháztartási adósságszolgálatára – csökkenő kockázati felárak, állampapír-piaci hozamok, 2-3%-ra emelkedő, fenntartható növekedés mellett is – még vagy egy évtizedig mintegy másfél-kétszerese lesz a hasonló örökségű országok terheinek. Hosszú ideig kell tehát együtt élnünk azzal, hogy belátható távlatban fennmarad ez a kötelezettség, és összességében azonos marad az egészségügyre fordítható kiadások éves nagyságrendjével.

A kormányzatoknak nemcsak a gazdasági válság, hanem a társadalmi és jóléti gondok kezelésére is meg kell találniuk a megfelelő eszközöket. Ugyanis – ha valami csoda folytán – erre lehetőség is lenne, önmagában még a források pazarló növelése sem oldhatná meg a problémákat. A leggazdagabb államok forrásteremtésével sem lehetséges versenyre kelni a gyógyítás-technika újabb és újabb szédítő vívmányaival és persze működtetésük forrásigényével. Az egészségügyi rendszerek modernizációjában rejlő tartalékok jelentősek, hatékonyságuk növelése mind nemzeti, mind uniós szinten elkerülhetetlen. Ezen túl azonban a kialakult helyzet számos köz- és magánfinanszírozást érintő, a politikai és a közgondolkodásban meggyökeresedett dogma meghaladását követeli, köztük a magán- és a közfinanszírozás, a jóléti rendszer és a gazdasági fejlődés közötti összefüggések újraértelmezését.

Alapvető koncepcionális kérdés az állami feladatok újragondolása, hiszen a költségvetési megtakarításoknak is fenntarthatóknak, tartós hatásúknak kell lenniük. A kedvező változások feltétele, hogy teret nyer: az egészségügyi ráfordítások hosszú távú befektetések a gazdasági-társadalmi fejlődésbe, és ugyanakkor társadalmi szemléletváltás, konszenzuskeresés indul meg abban, mi várható el az egészségügyi rendszertől a távlatilag is biztosítható, itthon előteremtett, saját munkánkából származó források figyelembevételével.

Életünk hívószava a közjó, és nem csak Bourdieu gazdaságra vonatkozó szociológiai megközelítése óta. A közjó nem azonos a gazdasági teljesítményeket figyelmen kívül hagyó adakozással, a külső forrásokra alapozott, jövőt feléltető jóléti modellekkel. Ha sikerül az adott külső és belső feltételek között a legnagyobb társadalmi-gazdasági hozzáadatot biztosító megoldást megtalálni, fenntartani, ezt a „dinamikus egyensúlyt” tekinthetjük a közjó érvényesülésének. Ez pedig az egészségügyben – és máshol is a közkiadásokban – csak tendenciájában, a hosszabb és rövidebb távú célok harmóniáját biztosító, megfelelő stratégiát követő, rugalmas, széles társadalmi támogatást élvező cselekvéssel lehetséges.

vető, rugalmas, széles társadalmi támogatást élvező cselekvéssel lehetséges.

Nyilvánvaló, hogy nem lehet társadalmi ellátások „hogyan tovább” kérdését a különböző területekre nézve egymástól elszakítva feltenni. Abban is biztosak lehetünk, hogy a válságot követően is nagy áldozatokat kíván az államháztartás stabilitásának a fenntartása, feltételezve a közszolgáltatások szerkezetét érintő reformok társadalmi támogatást élvező, következetes végrehajtását is. Ennek hiányában nincs esély a gyorsabb fejlődésre.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Orosz Éva (2013): Az egészségügyi rendszerek kihívásai a gazdasági válság időszakában, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2013. április
- [2] Kovács Árpád (2013): Crisis Management Similarities and Differences in the Newly Accessed Central and Eastern European Countries, in – The Aftermath of the Global Crisis in the European Union, [Edited by Beata Farkas] Cambridge Scholars Publishing, 2013, ISBN (13) 978-1-4438-4620-2
- [3] Banai Péter Benő (2013): Az egészségügyi rendszer fejlesztésének forrás oldali lehetőségei, ELTE TáTK-AstraZeneca 15. Egészség-gazdaságtani Szimpózium, előadás, 2013. május 31.
- [4] Szócska Miklós (2013): Fővédnöki előadás, ELTE TáTK-AstraZeneca 15. Egészség-gazdaságtani Szimpózium, előadás, 2013. május 31.
- [5] Sinkó Eszter (2013): Az ellátórendszer átalakításának hatása az ellátáshoz való hozzáférése: az elmúlt két év tapasztalatai és tanulságai, ELTE TáTK- AstraZeneca 15. Egészség-gazdaságtani Szimpózium, előadás, 2013. május 31.
- [6] Velkey György (2013): Bomba ketyeg alattunk..., IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, XII. évfolyam 3. szám, 2013. április
- [7] 2008. évi LXXV. törvény a takarékos állami gazdálkodásról és a költségvetési felelősségről
- [8] Magyarország Alaptörvényének 44. cikke
- [9] 2011. évi CXCV. törvény Magyarország gazdasági stabilitásáról

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Csomós Dániel közgazdász. A Debreceni Egyetem Közgazdaság- és Gazdaságtudományi karán közgazdász diplomát, a michigani Grand Valley

State University képzésén nemzetközi kapcsolatok, a krakói Közgazdaságtudományi Egyetemen nemzetközi gazdasági kapcsolatok végzettséget szerzett, jelenleg a Költségvetési Tanács Titkárságának munkatársa.



Prof. Dr. Kovács Árpád mérnök, közgazdász. A Budapesti Műszaki Egyetem (1971) elvégzését követően előbb tervező-mérnökként, majd a közlekedési tárca, illetve a kormányzati ellenőrzés munkatársaként, később főosztályvezetőjeként dolgozott. 1989-ben az USA Számvevőszékénél fél éves képzésre kapott lehetőséget. 1990-től az újra életre

totta 1997 végén az Országgyűlés az Állami Számvevőszék elnökévé. 2004-2007 között a Számvevőszékek Világszervezete Kormányzó Tanácsának elnöki pozícióját is betöltötte. 2010-től 2012-ig ismét a vagyonkezeléshez kötődik munkája. 2012-ben a Költségvetési Tanács elnökévé nevezték ki. Egyetemi, műszaki doktorrá 1979-ben avatták. Gazdaságtudományi területen 2001-ben PhD fokozatot szerzett, majd 2003-ban habilitált. 2009-től a Szegedi Tudományegyetem professzora. Számos gazdaságtudományi könyv szerzője, fejezetírója, szerkesztője. Mintegy kétszázötven cikket közölték a honi és külföldi gazdasági szakfolyóiratok. 2008-tól a Magyar Közgazdasági Társaság elnöke.

hívott Állami Számvevőszék főcsoportfőnöke, majd szakigazgatója, 1996-ban az Állami Privatizációs és Vagyonkezelő Rt. igazgatóságának elnökévé nevezték ki. E funkciójából válasz-



Varga Sándor közgazdász. A Közgazdasági Egyetemet 1976-ban végezte el, közgazdasági doktor 1988-ban lett. Közel negyven éve a pénzügyekben dolgozik, a közigazgatás legkülönbözőbb területein és beosztásokban. (Borsod-

Abaúj-Zemplén megyei Tanács – főelőadó –, Pénzügyminisztérium – főmunkatárstól fősztályvezetőségig –, Állami Számvevőszék – igazgatóhelyettes.) Jelenleg a Költségvetési Tanács elnökének tanácsadója. Több évtizede vesz részt a közigazgatási szakemberek képzésében. Számos, elsősorban önkormányzati témájú cikk, könyv (társ)szerzője.

Több milliárd forintos kiesés a patika szektorban a forgalmazható termékek folyamatos szűkülése miatt

A HGYSZ javaslatot tett a patikák versenyhátrányának ledolgozására

A hazai gyógyszertárak működtetése és fenntartása évről évre egyre nehezebb. Az elmúlt években nemcsak a vaklécik okoztak jelentős árréstömeg kiesést – ami havi szinten 400-450 ezer forintot jelent patikánként –, de a gyógyszertárak forgalmát komoly mértékben rontotta az is, hogy az elmúlt évtizedben folyamatosan szűkült a patikában forgalmazható termékek köre.

Mivel a jelenlegi környezetben a gyógyszertárak működtetése nem fenntartható, olyan megoldásra van szükség, amely hosszú távon biztosítani tudja a patikapiac versenyképes működését és ezzel együtt a biztonságos gyógyszerellátást. A Hálózati Gyógyszertárak Szövetsége (HGYSZ) úgy látja, hogy ezt a célt olyan termékek forgalmazásának engedélyezésével lehet hatékonyan elérni, amelyek árrése nincs szabályozva, de szorosan kapcsolódnak az egészségmegőrzéshez és higiéniához.

Dr. Zlinszky János, a HGYSZ alelnöke a következőket mondta: „Az OTC termékek patikán kívüli forgalmazása éves szinten körülbelül 300 millió forint árrés tömeg kiesést okoz az ágazatnak; a speciális étrendekhez szükséges élelmiszerek, mint például a hipoallergén, glutén- és laktózmentes élelmiszerek évente több milliárd forint bevételt jelentenek a hipermarketeknek és drogériáknak, miközben ezek az egészségmegőrzéshez szorosan kapcsolódó termékek a patikákban, ahol a szaktudás is rendelkezésre áll, nem forgalmazhatók. A HGYSZ úgy véli, hogy a gyógyszertárakban elérhető termékek körének megfelelő meghatározása, a marketingszabályok egységesítése és egyértelművé tétele, valamint az egészségmegőréssel kapcsolatos termékek gyógyszertáron kívüli forgalmazásának szigorítása kedvező körülményeket teremtene egy fenntartható gyógyszertár piac megalapozásához, mindezt jelentős állami beavatkozás nélkül.”

A Hálózati Gyógyszertárak Szövetségének javaslatai:

- A HGYSZ azt javasolja, hogy a gyógyszertárakban minden olyan termék árusítható legyen, amely az egészségmegőréssel, higiéniával és egészségápolással összefüggésbe hozható.
- Az egyéb, egészségmegőréssel kapcsolatos termékek árusításának szigorítása szükséges a gyógyszertáron kívüli forgalmazás esetében, a gyógyszerési felügyelet és tanácsadás biztosításának hiányában.
- Az állam és a gyógyszerési szakmai szervezetek szervezésében állami támogatással kampány indítása a gyógyszerési szakma mellett, ösztönözve így a lakosságot, hogy az egészségmegőréssel kapcsolatos termékeket a gyógyszertárakból szerezzék be.
- Állatgyógyászati termékek árusítása ne engedélyköteles, hanem bejelentés-köteles tevékenység legyen. Jelenleg forgalmazhatóak az állatgyógyászati termékek gyógyszertárakban, de az adminisztratív terhek és az engedélyeztetési eljárás nehézségei miatt sokan nem élnek a lehetőséggel.
- OTC termékeket csak gyógyszertárakban, gyógyszerési tanácsadás biztosítása mellett lehessen forgalmazni.
- A marketingszabályok egyértelműsítése a gyógyszer-gazdaságossági törvényben, mivel a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény nem határozza meg egyértelműen a gyógyszertárakban alkalmazható marketingtevékenységeket, azonban a szabályok be nem tartása szigorú szankciókat vonhat maga után. A gyógyszertárak többsége ezért nem indít akciókat és nem vezet be kedvezményeket.
- A drogériákat és hipermarketeket nem köti hasonlóan szigorú rendelkezés marketingtevékenységekkel kapcsolatban. A HGYSZ ezért azt javasolja, hogy gyógyszertárak is nyújthassanak olyan kedvezményeket, akciókat, amelyeket a hasonló termékeket forgalmazó üzletek.