

Határokon átívelő egészségügy – trendek és kihívások az Európai Unióban

August Österle előadása az egészség-gazdaságtani minikonferenciám

1. BEVEZETÉS

Az Európai Unión belül szabad a piac, a tőke áramlása, a munkahely és lakóhely megválasztása, de nem szabad az egészségügyi szolgáltatások áramlása. Kétségek merülhetnek fel bennünk ezek hallatán, hiszen számos példát láttunk már arra, hogy külföldi orvosok, hazánkban még nem elfogadott, vagy finanszírozási okok miatt be nem vezetett megoldásokkal kápráztatnak el minket.

A külföldön történő egészségügyi szolgáltatások igénybevétele korántsem olyan magától értetődő, mint ahogy az egyrészt – elméleti szinten – következne a négy szabadságelvből, másrészt, amit a gyakorlatban elképzelnénk az Unió polgáraként. Bár 2004-ben elkészült egy direktíva, amely szerint szükséges az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó mobilitás elősegítése az Európai Unión belül, mégis, csak 2009-ben tudott törvényi erőre emelkedni. Bár öt évet kellett várunk beiktatására, a tagországok ellenálló hozzáállása miatt mégsem hozta meg a várt eredményt. Más a szabályozás akkor, ha a külföldi kezelést egyénileg tervezi meg és fizeti ki valaki, és más, ha a társadalombiztosítóval szeretné megtéríteni az ellátást. Érhet minket váratlan baleset a nyaralásunk során, vagy hihetjük azt, hogy ami külföldön elfogadott eljárás, nálunk is az, nem is gondolva rá,

mekkora költséget vettünk a saját nyakunkba [Österle 2010].

Mindez a nem átlátható finanszírozási háttérre vezethető vissza. Bár egy „négy szabadságot hirdető közösség” tagjai vagyunk, ahol nincs akadálya a mozgásnak, mégis az egyes országok merőben különböző szerkezetű és finanszírozású egészségügyi rendszerei azok, ami miatt rendre megtorpanunk.

Mindezekről, valamint további megoldatlan problémákról, a határátkelések dimenzióiról, szemléletes példákról volt szó egyetemünkön, az egészség-gazdaságtani minikonferencián, az *August Österle* által tartott előadásban.

2. A HATÁRÁTKELÉS DIMENZIÓI

Az Európai Unió egyik célja a határok lebontása. Az első pillér alapkövét az ún. *négy szabadság* testesíti meg: a személyek, áruk, szolgáltatások és a tőke szabad áramlása [EUPortal 2011]. Ezek mindegyike elválaszthatatlan egymástól, egyfajta szintézist alkotva kapcsolódnak össze, viszont megvalósításuk valójában még nem teljes. Elméletben tehát szabad útja van a négy alapszabadságnak, ám mi a helyzet a gyakorlatban? Egészségügyi vonatkozásban a személyek szabad áramlása egyrészt a betegek mint használók, másrészt az orvosok mint ellátók

Az összefoglaló August Österle: *Health and Long-term Care Across Borders – Trends and Challenges in the European Union* címmel, az egészség-gazdaságtani minikonferencián, a Corvinus Egyetemen tartott előadásán alapul. A tanulmány a TÁMOP 4.2.1./B-09/1/KMR-2010-0005 számú támogatási szerződése alapján, „A tudásalapú gazdaság Magyarországon, az innovációs szemlélet erősödésének és a K+F teljesítmények növelésének feltételei” című kutatási alprojekt keretében készült.

célirányos, kifejezetten az adott külföldi ország egészségügyi rendszerét megcélzó mozgásában nyilvánul meg. A személyek szabad mozgása kapcsán nem mehetünk el szó nélkül azon tény mellett, hogy az egészségügyi dolgozók tagországok közötti migrációja mára a Közösség egyik akut problémájává fajult [Gulácsi 2007]. Hazánkban olyan hírekkel szembesülünk, amelyek a fiatal orvosok külföldre távozásáról, a betöltetlen gyakornoki helyekről, következésképp az ellátás esetleges bedőléséről számolnak be. Amióta a közép- és kelet-európai országok csatlakoztak az Európai Unióhoz, orvosok és kórházi ápolónők tömeges elvándorlása figyelhető meg Európa gazdagabb, nyugati felébe. Sőt, a kelet-európai orvoskaraván egyfajta láncreakciót indított be: a Bulgáriában vagy Csehországban megüresedő állásokat Fehéroroszországból, Ukrajnából, sőt Indiából érkező orvosok töltik be [Gulácsi 2010]. A trend globális voltát jelzi az Österle professzor által említett példa, miszerint a fülöp-szigeteki ápolónők kifejezetten arra specializálódnak, hogy az otthoniak megsegítésére külföldön vállalnak munkát. Az egészségügyi dolgozók migrációjához hasonlóan a betegek mozgása is egyre jellemzőbb, ám ennek hátterében más, pozitív motiváció húzódik: a piacok globális szinten való integrálódásának, ezáltal a gyors információáramlásnak köszönhetően egyre dinamikusabban bővül az egészségügyi szolgáltatás palettája – következésképp egyre több ember számára válik elérhetővé a külföldi kezelés alternatívája [Österle 2007].

A második, illetve harmadik szabadságjogra, a termékek és szolgáltatások szabad áramlására példa az interneten történő egyre népszerűbb gyógyszervásárlás, illetve az internetalapú szolgáltatások terjedése.

A negyedik szabadságelv, a tőke áramlása pedig a határokon átívelő tőkebefektetésekben nyilvánul meg. Az egyes európai országokban eltérő a verseny mértéke az egészségügyi rendszert illetően – jellemző trend, hogy a magánszektor erősödésével fokozódik a verseny. Mára egyre többet hallunk olyan nemzetközi cégekről, amelyek befektetési célpontja a kórházszektor vagy az ápolási otthonok [Österle–Gulácsi 2007].

August Österle a négy szabadságot nagyon szemléletesen egészítette ki egy további, az eddigiektől merőben különböző aspektussal. Az egészségügyi rendszer kapcsán az országok egymástól való tanulására, tapasztalatcseréjére, az ún. „policy diffúzióra” hívta fel a figyelmet. (Mindez azonban nem hangzik túl egyszerűnek és ideálisnak?)

3. SZABAD SZOLGÁLTATÁSÁRAMLÁS – AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN IS?

Az Európai Unióban szabad a személyek, az áruk, a szolgáltatások és a tőke áramlása. Azonban vannak kivételek – az egyik ilyen kivétel az egészségügyi szolgáltatás

A határátkelés előbbi dimenziói közül a személyek szabad mozgását megfogalmazó szabadságjog mentén világított rá vendégünk a gyakorlatban jelen lévő hézagokra. Milyen indíttatásból vesznek igénybe a betegek külföldön egészségügyi szolgáltatásokat? Igen különböző okok állhatnak a külföldön történő kezelés hátterében [Péntek et al. 2008]. „Sok külföldi személy, brit, amerikai, osztrák is rendszeresen Magyarországon vesz igénybe fogorvosi szakellátást. Ki fizet ezért? Az osztrák adófizetők? Az osztrák Egészségbiztosítási Alap? Vagy a magánbiztosító?” Sokakban jogosan merülnek fel hasonló kérdések hasonló esetekben, hiszen az egészségügyi ellátás

(tag)országok közötti finanszírozása korántsem transzparens/átlátható. Tehát a betegmigráció egyik fajtája a tudatos, kifejezetten külföldön tervezett igénybevétele az egészségügyi szolgáltatásnak. Az egészségügyi és szociális ellátásra vonatkozó, határokon átnyúló megállapodások lehetővé teszik, hogy egy adott országban meglévő speciális kezelés, például, elérhető legyen a határ másik oldaláról érkező beteg számára. Az 1. táblázat a különböző országokból Magyarországra irányuló fogorvoskereslet számadatait mutatja.

1. táblázat: Külföldi páciensek Magyarországra irányuló fogorvoskereslete

Származási ország	Budapest	Nyugat-Magyarország	Összesen
Ausztria	4 365	66 094	70 459
Svájc	2 946	6 804	9 750
Németország	2 968	4 866	7 834
Egyesült Királyság	5 063	129	5 193
Románia	2 826	27	2 854
Egyesült Államok	1 320	212	1 532
Olaszország	447	573	1 021

Forrás: Österle, Balazs és Delgado [2009.]

Szomszédos országgént Ausztriából érkezik a legtöbb páciens. Figyelemre méltó, hogy több ország esetében nyugati megyéink fogorvosai lényegesen több pácienset fogadnak, mint budapesti kollégáik.

A egészségügyi intézményt célirányosan igénybevevők esetében sem mindig egyértelmű a finanszírozás mikéntje, főleg, ha nem ismerik pontosan a jogszabályi hátteret. Ezen csoportnál azonban sokkal kényesebb azok esete, akik külföldön előre nem láthatóan részesülnek egészségügyi ellátásban. Érezzük a különbséget: egy külföldön elszenvedett baleset finanszírozási háttere még homályosabb, mint amikor épp azért utazunk külföldre, hogy egészségügyi szolgál-

tatást vegyünk igénybe. Ki fizeti ilyenkor az ellátásunk költségét? Ez a kérdés globális, és nem csupán Európára szorítókozó kétségeket közvetít. A tényállás kínos volta ott jelentkezik, hogy az Európai Unió intézményrendszerének léte/fennállása ellenére az előbbi eset megoldása a tagországok esetében korántsem egyértelműbb, mint más, az integráción kívül álló országok között.

4. „SZABADSÁGOK EURÓPÁJA VERSUS NEMZETEK EGÉSZSÉGÜGYE”

Rávilágítva az Európai Unió törvényhozási kísérleteire, illetve visszautalva az előbbieken foglaltakra, az a konklúzió rajzolódik ki, miszerint a 2004-ben megfogalmazott, azonban törvényi erőre csak 2009-ben emelkedő jogszabály csekély mértékű segítség a mobilitás előmozdításában. Az EU-kártya mára ugyan minden uniós állampolgár számára elérhetővé vált, igénybevétele ideiglenes érvényességéből adódóan azonban főként a külföldre utazó diákokra, idénymunkásokra, ideiglenesen átutazókra szorítózzik.

Az ideiglenes tartózkodási célú állampolgárokat szembeállítva az életpályájuk során tartósan más országban letelepedő, munkát vállalókkal, az mondható el, hogy az előbbi csoportba tartozók ellátását a kibocsátó ország egészségbiztosítója finanszírozza, míg utóbbiak egészségbiztosítása átvált a célország finanszírozási protokolljára. A kettő közötti diszrepancia kulcsa tehát a rövid és hosszú táv közti váltás [Gulácsi-Boncz-Kovács 2004].

Az előre nem tervezett egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozóan, továbbá bizonyos országokban ún. kétoldalú megállapodás szerint történik a finanszírozás (pl. Ausztria és Törökország).

A kifejezetten egészségügyi célú migráció esetében legérzékletesebb differencia a „központilag tervezett” külföldi kezeltetés, illetve az egyének által tervezett kezeltetésben mutatkozik meg. Az előbbi menetnek kulcslépése az S2 nyomtatvány kitöltése – ez szolgál a biztosítókhoz való kérvény benyújtásának eszközéül. Az elfogadtatáshoz azonban szinte nélkülözhetetlen, hogy a kezelés olcsóbb legyen – de legalábbis nyomós indokok támasszák alá szükségességét –, mint a rezidens országban [Gulácsi-Boncz-Drummond 2004].

Az egyéni kezelés tervezésének kiszolgálására pedig jellemző trend a logisztikai cégek létesülése. A visszatérítés esélye azonban ebben a formában csekélyebb.

5. EGYEDI ESETEK MEGÍTÉLÉSE AZ EURÓPAI BÍRÓSÁG GYAKORLATÁBAN

A 2009-es jogszabályok megalkotása ellenére a gyakorlat számos vitás, ellentmondásos esetet szült. A visszatérítésből elutasítottak az Európai Bírósághoz fordultak segítségért. Jellemző, hogy a döntés meghozatalakor a mobilitás és a territorialitás egymásnak feszülő érvrendszere szerepelt fő szempontként. Tipikus példaként szolgál a Kohll/ Decker-ügy (1998), amelynek során a külföldön igénybevett egészségügyi szolgáltatás árát visszatérítették, a mobilitás elősegítését ítélve fontosabbnak. Fontos azonban kiemelni ez ügy kapcsán, hogy a visszatérítést csupán addig a határig engedélyezték, amennyit a hazai biztosítók is finanszíroztak volna – elutasítva ezáltal azt a szándékot, hogy a szolgáltatásokból bárki is profitra tegyen szert.

A Geraets-Smits-ügy (2006) esetében ugyanakkor a felterjesztést visszautasították. A magyarázat releváns, mégis

ellentmondhat az előbb elmondottaknak. Az egészségügyi kiadások mértéke az egyes országok esetében némileg eltér, de jelentős szeletet hasít ki minden tagország büdzséjéből. Egy országspecifikus egészségügyi rendszer hosszú és szövevényes tervezés eredménye, nem piaci verseny alakította forma, tehát elsődleges legyen a saját ország szolgáltatásainak igénybevétele. Ugyanakkor bizonyos betegségek előfordulási gyakorisága, súlyosság szerinti megoszlása, költségterhe is jelentősen különbözik országonként, az egészségügyi ellátás irányelveit tartalmazó szakmai protokollok eltéréseit mutatnak, ami szintén nehezíti az EU-szintű harmonizációs törekvéseket. Egyelőre utópiának tűnik egy egységes jogharmonizáció kialakítása az Európai Unión belül, ami az egészségügyi szolgáltatások terén is olyan szintű liberalizációt hozna magával, hogy az államoknak igen nehézé válna, szinte spekuláció szintűre redukálna a tervezése az adott „iparágon” belül [Öesterle-Gulácsi-Pechová 2007]. Ráadásul ez az intézkedés valószínűleg jóval kiterjedtebb infrastruktúrát eredményezne, mint ami szükséges.

Relevanciáját tekintve a Watts-ügyet (2006) is érdemes kiemelni. Angliában több éves várólistával szembesült egy csípőprotézisre váró nő. Mivel nem volt megfelelő az ellátás színvonala, külföldön végeztette el a műtétet, a megtérített költséget azonban vissza kellett fizetni a hazai régiós biztosítónak.

Problémánk szempontjából talán Peerbooms esete a legaggályosabb. Peerbooms egy 2001-ben kómába esett férfi. Családja egy speciális kezelésben kívánta részesíteni, amit Hollandiában csak a 25 éven aluliaknak fizetnek a betegpénztárak. Peerbooms azonban ennél idősebb korú volt. Hozzátartozói tehát Ausztriába helyeztették át, ahol megkapta a terápiát,

valamint fel is épült betegségéből. Ekkor benyújtotta a számlát betegpénztárának, ám a holland egészségügy nem ismerte el ezt hivatalos gyógmódnak, a visszatérítést tehát elutasították. Az Európai Bírósághoz fordultak, ami a következő megállapítást tette. Egy ország ugyan kizárhat szolgáltatásokat, de soha nem önkényes módon. Csakis abban az esetben, ha a nemzetközi irodalom nem bizonyítja, hogy az hatásos lenne. Mivel azonban a bíróság ítéleteinek a belső ellátásra nincs közvetlen hatása, a visszatérítést ezek után is elutasították [Gulácsi-Boncz-Drummond 2004].

2008-ban beterveztettek egy direktívát, miszerint ezeket az eseteket az Európai Bíróság fogadja el precedens értékű ítéletnek, vagyis a továbbiakban példaként szolgáljanak az esetek megítélésében. Ez egyfajta egységes útmutatást adott volna a határon átnyúló betegellátást illetően. Az egészségügyi miniszterek azonban 2009-ben elutasították a javaslatot [Orlewska-Gulácsi 2009].

Így jelenleg sincs előrehaladás a problémát illetően. Hangsúlyozandó, hogy az előbbi példák egyedi esetek. Általános következtetések levonására ugyan nem alkalmasak, mégis némileg tükrözik az esetek és szabályozások diverzifikált voltát, következésképp a döntések útvesztőjét.

6. KONKLÚZIÓ

Nem újszerű az a felismerés, hogy az egészségügy az EU belső logikája szerint egy nagy piac. Az országok szintjén jelentkező kihívások ellenben annyira megterhelik a gazdaságot, hogy kitörési pontnak a meglévő kapacitások optimális kihasználását tekintik. Ez alatt az egészségügy „szolgáltatáselvűsége” értendő. Tehát egy unión belüli rendszer

létrehozása a cél, amely az alapvető jogoknak megfelelően, a szolgáltatások olyan mértékű igénybevételét takarja, ami a személyek és a munkaerő szabad mozgásának megfelelően biztosítja a szükségletek kielégítését [Baráth 2006]. Mindez nyitott, nemzetközi együttműködésre alkalmas, a betegmobilitáshoz kapcsolódó szolgáltatásokat takarva, a határon átnyúló verseny lehetőségét megteremtve épülhessen ki.

A probléma gyökere abban rejlik, hogy ugyan nincs korlátja a mozgásnak Európában, ugyanakkor egy nemzetileg megszervezett, országspecifikus egészségügyi rendszer működik minden tagországban [Érsek et al. 2010]. Ezért azonban nem tehető felelőssé az éppen aktuális gazdaságpolitika, hiszen az egészségügyi rendszer milyensége nem csupán egy négy évig terjedő ciklus függvénye – azt az adott ország történelme nagymértékben determinálja. Egy egészségügyi rendszer olyan közeg, ami magán viseli, és csak nehezen növi ki országa gazdasági-társadalmi adottságait. A klasszikus nyugat – kelet-közép tipológiában mindez leképeződik [Gulácsi-Hajdú 2010]). Ugyanakkor a változtatás korántsem lehetetlen – a struktúra átalakításához azonban hosszadalmas, következetes munkára és szemléletváltásra van szükség. Mindezen túl az egységes Európa és a nemzeti egészségügyi rendszer ellentmondását egy a korábbiaknál radikálisabb közösségi szintű szerződés oldhatná fel. Azonban az egészségpolitikai integráció, avagy integrálódó egészségpolitika a jelek szerint egyelőre föderalista álmom marad.

BALOGH ORSOLYA-HEVÉR NOÉMI

IRODALOM

- Baráth L. (2006): Határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások megvalósíthatóságának jelentőségéről, Egészségünk az Eurorégióban Szakkonferencia, Szeged.
- Érsek K., Kovács T., Wimo A., Kárpáti K., Brodszky V., Péntek M., Jönsson L., Gustavsson A., McDaid D., Kenigsberg PA., Valtonen H., Gulácsi L. (2010): Costs of dementia in Hungary, *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 14(8): 633–9.
- EUPortal (2011): Általános EU-tanfolyam <http://www.eutanfolyam.hu/index.php?sid=&mod=altalanos&l=13> (Letöltve: 2011-04-02).
- Gulácsi L., Boncz I., Drummond M. (2004): Issues for countries considering introducing the 'fourth hurdle'; The case of Hungary, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 20(3): 337–341.
- Gulácsi L., Boncz I., Kovács A. (2004): The impacts of the EU enlargement on the Hungarian Health care system, *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 82(5): 281–284.
- Gulácsi L., Hajdú O. (2010): Prioritization preferences among general practitioners in Hungary, *East European Politics and Societies*.
- Gulácsi L. (2007): The time for cost-effectiveness in the new European Union member states, The development and role of health economics and technology assessment in the mirror of the Hungarian experience, *European Journal of Health Economics*, 8(2): 83–88.
- Gulácsi L. (2010): Az egészség-gazdaságtani elemzések szerepe az egészségpolitika és a finanszírozási döntések szempontjából, *Egészség-Akadémia*, 1: 119–29.
- Orlewska E., Gulácsi L. (2009): Budget-Impact Analyses: A Critical Review of Published Studies, *Pharmacoeconomics*, 27(10): 807–27.
- Österle A. (2010): Health and Long-term Care Across Borders: Trends and Challenges in the European Union című előadása.
- Österle A., Gulácsi L. (2007): Das Gesundheitssystem in Ungarn: Entwicklungen, Herausforderungen und Reformen, *Soziale Sicherheit*, 418–429.
- Österle A., Gulácsi L., Pechová M. (2007): Gesundheitssystementwicklung in den MOE-Ländern: Zwischen sozialen Rechen und Marktallokation, *Kurswechsel*, 2: 18–27.
- Österle A., Balázs P., Delgado J. (2009): Travelling for teeth: characteristics and perspectives of dental care tourism in Hungary. *British Dental Journal* 206: 425–428
- Péntek M., Horváth C., Boncz I., Falusi Zs., Toth E., Sebestyén A., Majer I., Brodszky V., Gulácsi L. (2008): Epidemiology of osteoporosis related fractures in Hungary from the nationwide health insurance database 1999–2003, *Osteoporosis International*, 19(2); 243–249.

Helyzetértékelő gondolatok a magyar gazdaságról

A Dr. Gáspár Pál Közgazdaságtudományi Emlékalapítvány és a Budapesti Corvinus Egyetem Gazdaságpolitika Tanszéke által rendezett konferencia

A Dr. Gáspár Pál Közgazdaságtudományi Emlékalapítvány és a Budapesti Corvinus Egyetem Gazdaságpolitika Tanszéke 2010. november 26-án konferenciát rendezett „Helyzetértékelő gondolatok a magyar gazdaságról” címmel. Az eseményt *Bod Péter Ákos*, a Gazdaságpolitika Tanszék vezetője és *Sass Magdolna*, az alapítvány kuratóriumának elnöke nyitotta meg.

A konferencia célja – *Gáspár Pál* munkásságának szellemében – a magyar gazdaság helyzetének feltérképezése, illetve a jelen állapotra vonatkozó potenciális megoldási javaslatok keresése volt. A megnyitót követően *Oblath Gábor* (a Költségvetési Tanács akkori tagja), *Mellár Tamás* (egyetemi tanár, PTE) és *Palócz Éva* (vezérigazgató, Kopint-Tárki) tartott előadást. A kávészünet utáni ke-rekasztal-beszélgetésben *Barcza György* (vezető elemző, K&H Bank), *Gulácsi Gábor* (vezérigazgató, Richter Gedeon), és *Raskó György* (társelnök, Magyar Kül-gazdasági Szövetség), valamint a Gazdaságpolitika Tanszék részéről *Bod Péter Ákos* és *Madár István* vett részt.

Az első előadást *Oblath Gábor* tartotta „Az euróövezethez való csatlakozás hazai feltételeinek újragondolása” címmel. Ennek írásos változatát a folyóirat e számának 79–90. oldalain közöljük.

A konferencia második előadója *Mellár Tamás* volt, aki *egy új gazdaságpolitikai irány választásának fontosságáról* beszélt. Előadását azzal kezdte, hogy a magyar gazdaság az elmúlt két évtizedben nem teljesített túl jól: az ország legfontosabb mutatói igen rosszak (el-

akadt reálkonvergencia, alacsony foglalkoztatottság, magas eladósodottság, a potenciális kibocsátás csökkenő üteme). Viszont jelenleg mind a világgazdasági környezet (a válság után minden ország változási kényszer alatt áll, s az angolszász gazdasági uralom megtörni látszik), mind pedig a magyar belpolitikai helyzet (a kormány erős politikai felhatalmazottsága) lehetőséget teremt egy új gazdaságpolitika alkalmazására. A kérdés az, hogy van-e megfelelő ilyen irányzat, illetve, hogy lehet-e hozzá konszenzust teremteni.

Mellár felsorolt négy lehetséges gazdaságpolitikai alternatívát, azonban véleménye szerint sem a *kereslet-visszafogó* (először egyensúlyt kell teremteni, ez szükséges a későbbi növekedéshez), sem a *keynesi típusú gazdaságösztönző*, sem pedig a *kínálati* gazdaságpolitika (gazdaság-élénkítés adócsökkentés révén) nem járható út Magyarország számára. A kereslet-visszafogó politika restriktív ciklusokkal jár, a keynesi gazdaságpolitika életképességét az elmélet is megkérdőjelezi (a racionális gazdasági szereplők alkalmazkodnak a kormányzati intézkedésekhez) – ennek ellenére a válságban sok ország (az angolszász országok is) az utóbbi politikát folytatta. A keynesi irányzat alkalmazására azonban Magyarországon nincs lehetőség, mert rossz a gazdaság struktúrája, már így is nagy a hiányunk, romlana a külkereskedelmi mérleg és emelkedne az infláció. A kínálati gazdaságpolitika hatásosságát mind az elmélet, mind a gyakorlat megcáfolta már, ennek ellenére makacsul tartja ma-

gát, és úgy tűnik, hogy az Orbán-kormány is emellett tette le a voksát.

Mellár Tamás javaslata ennek megfelelően a Magyarországon jelenleg marginalizált, fejlődés-gazdaságtan által támogatott *modernizációs gazdaságpolitika* lenne. Ennek hátulütője, hogy nincs egységes recept a felzárkózásra, minden ország maga kell, hogy megtalálja a saját útját. A modernizációs gazdaságpolitika alkalmazására igazán a rendszerváltást követően lett volna meg minden lehetőség, azonban ezzel együtt is nem késő ebbe az irányba mozdulni.

Az Orbán-kormány eddigi gazdaságpolitikájáról az előadó azt állapította meg, hogy úgy tűnik, az adócsökkentéstől várják a „csodákat”, a tervezett strukturális reformokról nem sokat tudni. Arra figyelmeztet, hogy az adócsökkentés önmagában nem élénkíti a gazdaságot, nem javítja a versenyképességet. A kieső adóbevételek mintegy kétharmada a felső jövedelmi tizednél realizálódik, ami növelheti a keresletet, de nagy valószínűséggel elsősorban az importtermékek iránt, ez viszont nem hozza meg a kívánt keynesi hatást. A válságadók kivételése után ismét kiéleződhetnek az egyensúlyi problémák, az emiatt szükségessé váló intézkedések lemorzsolhatják a kormány társadalmi támogatottságát is.

Néhány fontos reform eddig teljesen elmaradt. Az egyik a duális gazdaság felszámolása: a különadók bevezetése csak tüneti kezelés, az igazi megoldás a magyar vállalatok versenyképesebbé tétele lenne, nem pedig a külföldi cégek extra-profitjának lefölözése. Ehhez viszont az intézményrendszer átalakítása lenne szükséges.

A második a vidék fejlesztése. Közismert a területi egyenlőtlenségek problémája: munkahelyet teremteni csak vidéken lehet – az itteni munkanélküliek nagy része nem mobil és alacsony képzettségű,

így a számukra megfelelő ágazatokat (pl. fenntartható mezőgazdaság) kell erősíteni, valamint speciális programokkal kell foglalkoztatásukat megoldani.

Mellár Tamás harmadik reformjavaslata a *gazdasági szerkezet modernizációja* lenne: eddig ugyanis a gépipari export vitte előre a gazdaságot, ez viszont egy *kvázimodern* struktúráról árulkodik. Az ipar csak a mezőgazdasághoz képest fejlett, ahol ráadásul a külföldi tulajdonú vállalatok dominálnak – ehelyett ki kell alakítani egy nemzetközileg is versenyképes húzóágazatot.

Negyedikként a *nyugdíjreform* említhető: a második pillér megszüntetése ugyanis önmagában nem reform. A visszalépés lehetőségének megnyitása jó döntés, de a nagy tömegek visszavezetésére az első pillér vonzóbbá tételével kellett volna módot találni a megvalósult intézkedések helyett. Szükség volna az első pillér átalakítására, például egy névleges egyéni számlás rendszer és egy alapnyugdíj kombinációjára. Emellett még nagyon fontos az *egészségügyi és államigazgatási reform* is.

A kormány eddigi intézkedéseivel kapcsolatban a következőkre figyelmeztetett az előadó. Egyfajta lehetetlen hármasként *három cél* lebeg egyszerre a kormányzat szeméi előtt: az *államháztartási egyensúly*, az *adócsökkentés* és a *jóléti kiadások védelme*. Ezek csak egyéb források (bankadó, válságadók, magánnyugdíjpénztári megtakarítások) ideiglenes vagy tartós bevonásával hozhatók összhangba. A célok többé-kevésbé indokolhatók, azonban a kormánynak tudnia kellene, hogy a cél nem szentesíti az eszközt: a gazdaságilag nem elég hatékony és jogilag követhetetlen módszerek alkalmazása hosszabb távon a gazdaságra is kihat. Mellár Tamás véleménye szerint egy kivételes törvénykezési szakaszt kellett volna deklarálni – a jelenlegi gyakorlat hosszú

távon még komoly problémákat hordozhat magában. Zárszóként kifejtette, hogy az ország előtt álló gazdasági problémák megoldhatók, azonban féltő, hogy nekünk ez most sem fog sikerülni – ahhoz másfajta szellemi elitre és más társadalmi hozzáállásra volna szükség.

A konferencia utolsó előadója, Palócz Éva „A magyar gazdaság kilátásai kelet-európai összehasonlításban” témában fogalmazta meg véleményét. Előadásában két dologra helyezte a hangsúlyt: a *fiskális politikára* és az *exportösztönzésre*. A szigorú költségvetési politika pártján áll (ha úgy tetszik, állami kereslet-visszafogó gazdaságpolitika pártján, ami természetesen együtt jár egy versenypiaci keresletnövekedés lehetőségével), a fiskális fegyelem ugyanis a gazdasági növekedés egyik kitüntetett feltétele. A növekedés húzóereje továbbra is elsősorban az export, a belföldi kereslet élénkítése rövid távon ugyan hatásos lehet, de hosszú távon kártékony, hiszen az egyensúlyi problémák kiéleződésével járhat.

A magyar GDP növekedésének üteme a visegrádi országokéhoz képest már 2008 előtt is alacsony volt, a válság ráadásul nagyon súlyosan is érintette hazánkat, az ezt követő helyreállításban pedig az egyik leggyengébb teljesítményt nyújtja Magyarország. Az ország túl sokat költ lehetőségeihez képest, a visegrádi országok közül a magyar elsődleges kiadások GDP-aránya a legnagyobb. Ezzel összefüggésben Magyarország az egyetlen az EU államai közül, amelyik nem tudta növelni az elsődleges kiadásait 2009-ben. Az országnak vissza kellene térnie arra a költségvetési pályára, ahol Lengyelország, Csehország is van, ez 4–5 százalékos kiadáscsökkentést jelentene a GDP arányában. Ráadásul az államadóság-szolgálat jelentős terheket ró az országra, Magyarország kamatfelára ugyanis uniós összehasonlításban meglehető-

sen nagy, és csak a kamatfizetés a GDP 4,5–5 százalékára rúg.

A gazdasági növekedés és a fiskális politika kapcsolatát elég nehéz pontosan meghatározni. Az viszont mindenképp elmondható, hogy azok az országok tudtak gyors növekedést elérni, akik a kiadásukat alacsonyan tudták tartani. Ebben természetesen az is szerepet játszik, hogy a kiszámítható költségvetési politika a legtöbbször általánosabban is kiszámíthatóbb gazdaságpolitikával jár együtt.

Palócz Éva előadásának második részében bemutatott egy nemrég készült Kopint-Tárki-kutatást, amit a magyar vállalatokról készítettek. A kutatás keretében a vizsgált vállalatokat öt csoportba osztották aszerint, hogy 2003 és 2007 között milyen mértékű növekedést értek el. A kutatás eredményei alapján a vizsgált vállalatok fele zsugorodott vagy stagnált, fele pedig növekedett, ami arra hívja fel a figyelmet, hogy a vállalati szektor folyamatosan átalakulóban van, így azt nem szabad egységes egészként kezelni. A gyorsan fejlődő vállalatoknál az export bővülésének sokkal nagyobb a szerepe a nettó árbevétel növekedésében, mint a belföldi értékesítésnek, míg a lassabban (vagy egyáltalán nem) növekvő vállalatoknál nagyjából ugyanakkora a kettő szerepe. Aki az exportot erőteljesen tudta bővíteni, a belföldi értékesítésben is eredményes volt, minden vállalati kategóriában az export volt a növekedés húzóereje. Ezek az eredmények általánosan igazak minden vállalati méret és minden ágazat esetében.

Előadása végén Palócz Éva még egyszer hangsúlyozta, hogy a növekedés kulcsfeltétele a fiskális fegyelem helyreállítása és az export előtérbe helyezése lehet. Ez utóbbinál az állam részéről nem feltétlenül vagy nem pusztán pénzügyi segítséget tart szükségesnek, hanem pél-

dául egy *kereskedőházi koncepció* támogatását. Ezt azzal indokolja, hogy a magyar cégek jelentős tapasztalathiánnyal küzdenek, sokszor nem találnak maguknak megfelelő piacot, elegendő jogi, gazdasági ismereteik sincsenek, illetve marketingképességük is korlátozott.

Az előadásokat követően *kerekasztal-beszélgetésre* került sor, „Érvénytelenítette-e a válság az exportvezérelt gazdaságpolitikát?” címmel. A beszélgetés moderátora, Bod Péter Ákos azzal a felvetéssel indított, hogy a gazdasági válság láthatóan súlyosabban érintette azokat az országokat, amelyek nagyon nyitottnak bizonyultak (mind külkereskedelmi, mind pénzügyi értelemben). Felmerül tehát a kérdés, hogy mindez okot ad-e az exportorientált, jelentős részben külföldi tőkére épülő nyitott gazdaság modelljének újragondolására, vagy továbbra is ez a járható út Magyarország számára.

A válaszadók egyetértettek abban, hogy *az export megkerülhetetlen fontosságú*, a hazai gazdasági növekedés elengedhetetlen motorja. A kereskedelmi nyitottság jelentőségét jól mutatja, hogy az elmúlt évtizedekben a világon egyetlen zárt gazdaságnak sem sikerült tartós és komoly felzárkózást elérni. Ez tehát egy szükséges előfeltétel, ami természetesen önmagában nem garancia a sikerre. *Madár István* emellett kiemelte azt is, hogy a közeljövő magyar gazdaságpolitikájának egyik fő feladata a foglalkoztatottság bővítése. A rendelkezésre álló és jelenleg nem dolgozó munkaerő azonban döntően nem igazán mobil és viszonylag képzetlen, ami azt vonja maga után, hogy foglalkoztatásukra kevésbé van lehetőség az exportképes ágazatokban. Vagyis ahhoz, hogy a gazdaság felszívja ezt a munkaerőt, a döntően hazai piacra termelő szektorok versenyképességének javítására is szükség van, az exportorientáció fenntartása mellett.

Barcza György ehhez azt tette hozzá, hogy – noha a külkereskedelmi nyitottságra szükség van – a pénzügyi nyitottság sokkal veszélyesebb. Ez gyakorlatilag a külföldi hitelforrások elérhetőségét, vagyis a külső eladósodottságot jelenti, ami viszont veszélyeztetheti a tartós növekedést. Erre az egyes országok általában saját válságaik árán jöttek rá (lásd Délkelet-Ázsia, Latin-Amerika, Oroszország), talán Kína az egyetlen gazdaság, amelyiknek nem volt szüksége erre. A *stabil külső pénzügyi egyensúly* a növekedés fontos feltétele, Magyarországon is ebbe az irányba mutató lépésként értékelhető pl. a devizaalapú jelzáloghitelzés betiltása.

Az exportösztönzés fontosságát hangsúlyozta Raskó György, aki szerint ennek legfontosabb eszköze a Palócz Éva által is említett ún. kereskedőház-modell lehet. Meg kell keresni azokat a magyar vállalkozásokat, amelyek valóban képesek külföldön értékesíthető termékek előállítására, összefogni őket, és olyan marketing- és külpiaci ismeretekhez, valamint tőkepiaci kapcsolatokhoz juttatni, ami elősegíti a vállalatok fejlődését. Ez ráadásul az EU szabályozásával is kompatibilis, hiszen nem pénzbeli támogatásról van szó, az állam alapvetően koordinációs szerepet játszik. Az ITDH két évvel ezelőtt 800 ezer kis- és középvállalat közül kiválasztott 1600-at, amely megfelelő növekedési potenciállal, innovációkkal és exportképességgel rendelkezik. Első körben ez az 1600 vállalat lehetne a kereskedőház ügyfélköre. Raskó György véleménye szerint az innovatív kkv-kat folyamatosan – előbb nagyvállalattá, majd regionális jelentőségű vállalattá – kell fejleszteni. Ennek jelenleg leginkább talán a humán erőforrásokhoz kötődő akadálya lehet, ezért ezen kell minél inkább javítani.

A hazai és exportpiac viszonyához érdekes adalékot tett hozzá Gulácsi Gábor

is, aki elmondta, hogy noha a Richter árbevételének csak 12 százaléka származik a hazai értékesítésből, ennek ellenére kulcsfontosságú a magyar piac. Ez tekinthető ugyanis a kivitel bázisának: először mindig Magyarországon jönnek ki az új termékekkel, és csak utána vezetik be azokat az exportpiacokra. Ez más exportorientált nagyvállalatoknál is így van, ami nagy jelentőséget ad a hazai keresletnek.

A beszélgetés vége felé a 2010-ben bevezetett *ágazati különadók* lehetséges makrohatalásai is szóba kerültek. Madár István kifejtette, hogy eleinte ezek a különadók ideiglenesnek tűntek, ami nem lett volna érdemi hatással a vállalatok hosszú távú magatartására. Azonban kiderült, hogy ezeket az adókat legalább részben tartósan szánják, és ennek már egyértelműen beruházásvisszafogó hatása van (főleg a válságadó három szektorában: az energetikában, a telekommunikációban és a kiskereskedelemben). Ráadásul ezek indirekt adókként viselkednek (beépülnek az árakba), hiszen az adóelmélet egyik alapigazsága, hogy „amelyik adó áthárítható, azt át is fogják hárítani”. Ez persze jórészt kinyomozhatatlan, hiszen abban a formában is

megnyilvánulhat, hogy például egy költségcsökkenésre kisebb árcsökkenéssel reagálnak a vállalatok. A különadók tehát lassítják a gazdaságot.

Barcza György kiemelte, hogy mivel a bankadó mérlegfőösszegre van kivetve, ezért nem nagyon lehet elkerülni, a bankok kénytelenek elszenvedni azt. A bankadó előnye lehet, hogy felgyorsítja a cégek költséghatékonyságának javítását, amiben eddig is volt egy hosszú távú fejlődési trend. Azt viszont veszélyesnek tartja, hogy a szektor adóterhelése meglehetősen magas, mert ez már ellenőrző lehet (a válság előtt az ágazat profitja 500 milliárd forint volt, ennek 40 százaléka a bankadó, sőt a válság miatt jelenleg végtelen az adó/profit arány, mert a szektor egésze veszteséges). A bankok csökkenteni próbálják mérlegfőösszegüket, ami azt eredményezheti, hogy a gyengébb, kockázatosabb hitelezésből gyorsabban vonulnak ki, mint azt eleve tervezték. A bankadónak a szektor szerkezetére is hatása van, ez akár pozitív is lehet, növelheti a versenyt a pénzintézetek között.

BRÓZ KATALIN–NÉMETH ANDRÁS OLIVÉR