

Dr. Benna György

Társadalombiztosítás, vagy a biztosítatlan társadalom?

Az utóbbi években a magyar társadalombiztosítás (beleértve az elkülönült nyugdíj, ill., egészségbiztosítást) működésének „legnagyobb” eredménye, a fizetett járulék nagyságának növekedése és az azért kapott szolgáltatások (ellátások) mértékének csökkenése, az állami kormányzati szervek és az önkormányzatok közötti viták, ellentétek kiéleződésében testesül meg. A kialakult helyzetet – a különböző fórumokon leegyszerűsítve – egyfelől az állam teherbíró képességének a csökkenésével, beavatkozási törekvéseinek az erősödésében, másfelől az önkormányzatok irányításképtelenségével igyekeznek magyarázni. A megoldás is ennek megfelelően két irányban csúcsosodik ki. Az egyik szerint, új ellátási rendszereket kell kialakítani, a másik szerint csak a meglévőket kell megreformálni, kiigazítani.

Valójában a kialakult helyzet – melyek hovatovább a társadalombiztosítás működésének krónikus válságát körvonalazzák – ennél sokkal összetettebb évtizedekre visszanyúló okokra vezethető vissza.

Ha átnézzük a magyar társadalombiztosítás működésével kapcsolatba hozható információkat, statisztikai adatokat, azok összességében egyértelműen arra utalnak, hogy mozgásiránya az elmúlt évtizedek során igen csak eltért a tőle elvárható alapvető célkitűzések teljesülésétől:

- ☞ a kockázatközösségen alapuló tehermegosztás,
- ☞ az eredményes, megelőző embervédelem,
- ☞ az értékálló szolgáltatások (kártérítések) nyújtásának,
- ☞ a népesség mennyiségi és minőségi utánpótlásának az ösztönzésének a megvalósításától.

Hogy e megállapítás mennyire megalapozott, annak alátámasztásául néhány adat:

1. A közmegegyezésen alapuló tehermegosztás megvalósulása

A tehermegosztás lényegében a nyújtott szolgáltatások (ellátások) fedezetének (terheinek) megosztását jelenti. Közgazdasági fogalom, amely biztosításmatematikai eszközökkel valósítható meg.

Az optimális tehermegosztásnak két alapfeltétele van.

- a.) a biztosításba kötelezően bevontak létszámának az emelése
- b.) a szolgáltatások (káresetek) számának a csökkentése

Magyarországon a társadalombiztosításra saját jogon jogosultak létszáma a népesség létszámához viszonyítva az elmúlt 40 év alatt közel háromszorosára nőtt. 1950-ben 25,7%, 1960-ban 44,1%, 1970-ben 59,8%, 1990-ben 66,8%, 1994-ben 71,6%)

A biztosítási káresetek (ellátások) mennyisége viszont ugyancsak emelkedett. Egyik kiemelt jellemző információ ehhez a keresőképzetlenség – azon belül – a táppénz igénybevételére utaló adatok alakulása, a nyugdíjasok számának változása.

A táppénzes arányszám (a táppénzes állományban lévő dolgozók átlagos száma viszonyítva –100 főre számítva – az átlagos statisztikai létszámhoz.) az elmúlt 40 évben közel megduplázódott. (1950-ben 3,0%, 1970-ben 5,4%, 1990-ben 6,9%, 1994-ben 5,9%.)

A társadalombiztosítás által fizetett táppénzes napok száma ez alatt a 40 év alatt megnégyszereződött (17,2 mill. napról 73,9 mill. napra nőtt.)

Az egy jogosultra jutó táppénzes napok száma nem nagyon változott, miután az elmúlt évtizedek során a biztosításba bevontak száma

és a káresetek (keresőképtelenség napjai) az utóbbi pár évtől eltekintve lényegében azonos mértékben nőtt. 1950–1983 között a táppénzes napok átlagos száma 14,5 nap volt, 1950–1994 között tehát több mint 40 év átlagában csak 15,7 nap volt. (Tehát semmi sem indokolta azt a korábbi elképzelést, hogy a keresőképtelenség első 25 napját a munkaadó finanszírozza, vagy azt a döntést, hogy a 15. (betegszabadságon felüli) keresőképtelenségi napra jutó táppénz 1/3-át térítsék. Ha igaz a Világbank érvelése, hogy Nyugat-Európában átl. csak 18 napra tehető a táppénzes napok száma, akkor még jobban vitatható az e témában felhozott érvek megalapozottsága.)

A nyugdíjasok, járadékosok száma 1950–1994 között több, mint ötszörösére nőtt. (1950-ben 538,9 ezer fő, 1994-ben 2935 ezer fő) Arányuk a népesség százalékában 5,8%-ról 28,6%-ra nőtt, és az ezredfordulóra várhatóan megközelíti a 30%-ot. Végül még egy – a tehermegosztás alakulására utaló – adat, az aktív keresők és a nem aktív keresők aránya (100 aktív keresőre vetítve) 1949-ben 1,25; 1960-ban 1,09; 1980-ban 1,11; 1990-ben 1,16; 1994-ben 1,92 volt.

A KSH elemzése szerint ez az arányváltozás 1990 óta az egy főre jutó ellátás-kötelezettség növekedésével közel 30%-os nettó jövedelemcsökkenés idézett elő. Forrás: Demográfiai füzetek 1994/2 16. sz.)

A közmegegyezés elvei a jelenlegi jogi keretek között a parlament törvényhozási munkája során kellene, hogy megvalósuljanak miután a létező önkormányzatok képviseleti tevékenysége még nem teljesedett ki olyan mértékben, ahogy az egy, a biztosítási alapon való működés során kívánatos lenne. E helyzetből adódóan az, hogy az állam a közmegegyezés elveit az utóbbi években egyoldalúan – élve a pénzügyi diktatúra eszközeivel – folyamatosan figyelmen kívül hagyja.

Elég csak a közelmúlt intézkedéseit említeni, pl. :

- ☛ a nyugdíjkorhatár alapvetően pénzügyi indítékú emelése, annak ellenére, hogy az érdekeltek közel 90%-a ma még elutasítja

- ☞ a nyugdíj megállapításoknál alkalmazott különböző korlátozó elemek (pl. : a nyugdíj alapjául szolgáló kereset degresszív beszámítása, a munkában töltött évek növekedésénél fokozatosan csökkenő %-os pótlékkulcs) alkalmazásának a bevezetése. (1995. jan. 31-én egy átlag havi 26.000 Ft nettó körüli keresettel rendelkező férfi munkavállaló, ha nyugdíjba ment, a törvényileg meghatározott nyugdíj megállapítás alapján 42 évi szolgálat után közel 15. 000 Ft induló nyugdíjat kapott.)
- ☞ a nyugdíjemelések módszerének a kialakítása (Az elmúlt 5 év alatt a nyugdíj reálértéke átlagosan közel 20%-kal csökkent)
- ☞ egészségügyi ellátás terén az ellátások, támogatások szűkítése.

2. Az eredményes embervédelem megteremtésének a helyzete.

Közismert, hogy hazánkban az utóbbi 15–20 év során a lakosság egészségi állapota rohamosan romlott. A közzétett statisztikai adatok szerint 1992-ben hazánk az 1000 lakosra jutó halálozási arányát tekintve a világ 24 országát figyelembe véve az előkelő első helyet foglalta el. A halálozási okok közül ugyancsak az első helyen áll a rosszindulatú, daganatos megbetegedésben elhaltaknál és a második helyre szorult (miután Bulgária megelőzte) a keringési rendszer betegségek következtében elhunytak terén. Vezet viszont az öngyilkosságok, önsértésekben elhunytaknál. A születéskor várható átlagos életkort tekintve a magyar férfiak (64,5 évvel) Indiával és a Dél-Afrikai Köztársasággal a sereghajtók, míg a nők várható életkorának alapján (73,8 év) Romániával képezik a világ vizsgált 24 országa közül a statisztikai sorrend utolsó helyezését.

3. Az értékálló szolgáltatások.

A társadalombiztosítási kiadások fedezetét a járulékfizetők (a munkaadók és munkavállalók) biztosítják. A fedezet biztosításnak két alap típusa ismert:

a./ a felosztó – kirovó finanszírozási módszer, amelynek lényege az, hogy a folyó kiadások fedezetét járulék formájában felosztják és ki-
róják a járulékfizetők között. Általában rövidtávú átmeneti társada-
lombiztosítási ellátások finanszírozásánál alkalmazták. *A felosztó – ki-
rovó alapú ellátást a szakirodalom nem tekinti egyértelműen biztosí-
tásnak.*

b./ A várományfedezeti, ill. annak egy változata a tőkefedezeti
rendszer, amikor is a biztosítók már a kezdetén a biztosítottak összes-
ségére figyelembe veszik a jövőben előreláthatóan keletkező kötele-
zettségeket.

Hazánkban 1950 eleje óta a felosztó– kirovó rendszert alkalmazzák.
E finanszírozási rendszer alapján az állampolgárok joggal feltételezik,
hogy ha ma ők fizetik meg mások „káresetének” az ellenértékét (a táp-
pénzt, az egészségügyi ellátást, a nyugdíjakat, stb.) akkor, majd ha a
jövőben ők szorulnak rá az ellátásra, akkor másoktól ugyanabban az
értékben kapják vissza az ellátás fedezetét. Lényegében ez egy sajátos
hitelnyújtás, amelyet a biztosított joggal értékálló mértékben követel-
het vissza. (Azzal, hogy e sajátos hitel visszafizetésére esetleg évek,
évtizedek után kerül sor, és hogy közmegegyezés alapján ellátás for-
májában kapják azt vissza a biztosítottak, megerősíti azt a felfogást,
hogy a társadalombiztosítási ellátáshoz való jog *vásároltjog*.)

A valóság ezzel szemben az, hogy az 1950–ben meghitelezett, *min-
den* 1 Ft járulék napjainkban csak közel 0,03 Ft hitel visszafizetését
(szolgáltatás, ellátás igénybe vételét) teszi csak lehetővé. A különbö-
zetet döntően a mai járulékfizetők állják, joggal feltételezve, hogy „ha
ma ők fizetik meg... „ De, hogy mikor lesz ebből értékálló szolgálta-
tás, ki tudja?

4.) A népesség mennyiségi és minőségi pótlásának az alakulása
nagy mértékben függ attól, hogy milyen mértékű, színvonalú az egész-
ségügyi ellátás, mennyire eredményesek az egészségmegőrzés érdeké-
ben kifejtett intézkedések, továbbá, hogy megfelelőek–e a megelőző

ellátások és – nem utolsó sorban, – hogy az egész szociális ellátási rendszer, azon belül a társadalombiztosítás, mennyire eredményesen ösztönzi a családépítést.

Statisztikai adatok alapján Magyarországon 1950-ben az 1000 lakosra jutó természetes szaporulat + 9,5, 1994-ben a fogyás –3,1.

A népesség számának tényleges, ill. várható alakulása azt mutatja, hogy 1949–1990 között az ország lakossága 12,7%-kal nőtt, majd 1990-től 1,25%-kal csökkent 1995-ig, és az előszámítások szerint 2010-ig a csökkenés mértéke, továbbiakban megközelíti a 6 %-ot.

Joggal tehető fel a kérdés, hogy milyen okokra vezethető vissza e helyzet kialakulása.

A hazai társadalombiztosítás működésére vonatkozó különböző statisztikai adatokra, munkaanyagokra támaszkodva megítélésem szerint első helyre maga – mint válság előidéző ok – a finanszírozási rendszer kívánkozik.

Hazánkban a társadalombiztosítási ellátások finanszírozása – mint említettem – az ún. felosztó–kirovó finanszírozási módszerben történik.

E finanszírozási rendszer működtetése feltételezi, hogy a pénz vásárló ereje, valamint a nyújtott szolgáltatások (ellátások) szintje (értéke) állandó.

Hogy e feltételek nem teljesültek az elmúlt évtizedekben, annak oka többek között az, hogy ez a típusú ellátási rendszer érzékenyen reagál az inflációra, a foglalkoztatottság alakulására, a demográfiai változásokra, nem alkalmas a tartalékképzésre. Az 1950-es évek elejéig Magyarországon a betegbiztosítás alapvetően tőkefedezeti alapon, a nyugdíjbiztosítás pedig várományfedezeti alapon működött.

E finanszírozási rendszerek előnyei közé tartozik, hogy:

- ☞ állandó, hosszabb távon számba vehető leterheltséggel működik,
- ☞ lehetőséget ad fejlesztési – hitelezési (befektetési) tevékenységre,
- ☞ a befektetett tőkehozadéka fedezetet nyújt a szolgáltatások (ellátások) reálértékének megőrzésére (tartalékképzésre).

*Hátránya a várományi fedezeti rendszernek, hogy egy finanszírozási rendszer váltásnál bevezetése hosszabb távon (kb. 15–20 év) átmenetileg a szociális terhek növekedését idézi elő. E tehernövekedés a rendszer beérése során fokozatosan mérséklődik. 1952-ben az akkori, a mai társadalombiztosítás jogelődintézményének minősülő biztosítokat (OTI, MABI, ODBA, stb.) a SZOT közvetlen irányítása alá vonták össze. Az addigi finanszírozási rendszer helyett a felosztó–kirovó rendszert vezették be, és fenntartása mellett – egyes területeken még ma is – kitaranak annak ellenére, hogy működtetésének gazdasági, demográfiai feltételei már csak részben vannak meg. A következmény pedig a *tárgyiasult infláció romboló hatása*.*

A társadalombiztosítás kiadásai – a közzétett statisztikák, költségvetések figyelembe vételével –1950–1994 között közel 400-szorosára növekedtek. (2272 mill. Ft-ról 836. 000 mill. Ft-ra).

Az egy aktív (1985-ig alkalmazott) biztosítottra jutó kiadás 1994-ben több, mint 200. 000 Ft volt. (az 1950-évinek 175-szerese) A saját jogon jogosultak egy főre jutó kiadásai az elmúlt 4 évtized alatt több, mint 110-szeresére nőttek.

Az egy aktív (alkalmazotti) biztosítottra jutó kiadás, az éves átlagkereset százalékában, az 1950-évi 14,4%-a volt, 1994-ben már meghaladta az 50%-ot.

A kiadásokon belül a táppénzkiadások aránya ugyan mérséklődött az összes kiadáshoz viszonyítva 11%-ról 5%-ra, de a társadalombizto-

sítás által fizetett táppénz kiadások mértéke 1950–1994 között 141-szeresére nőttek.

A nyugdíjakra és a nyugdíjszerű járadékokra felmerült kiadások – az elmúlt több. mint 4 évtized alatt – közel 500 szorosára nőttek. (927 mill Ft-ról 442. 200 mill. Ft-ra.) A nyugdíjak reálértéke – mint már említettem – az utóbbi 4 évben 20%-kal csökkent. (Forrás: a Társadalombiztosítás fejlődése számokban. 1950–1985, a Nyugdíjbiztosítási Önkormányzat tájékoztatója 1995)

A meglódult infláció hatásának ellensúlyozására az elmúlt évtizedekben két irányban történtek elmozdulások.

Egyfelől folyamatosan emelték a társadalombiztosítási járulékok mértékét. *A folyamatos járulékemelések azonban nem hozták meg a kívánt eredményt*, vagyis a növekvő inflációtól terhelt kiadások fedezetének megteremtését. (Ebben közre játszott az is, hogy a járulék mértékéül szolgáló keresetek – a központi bérszabályozás, majd ennek mai „demokratikus” változata alapján – évtizedek óta messze elmaradtak a munkaerő valós piaci értékétől. Az alacsony vetítési alap pedig eleve csökkent mértékű járulékbevételt eredményez és így nem képes követni a társadalombiztosítási kiadások nagyobb arányú növekedését.)

Másfelől az állam a kiadások és a bevételek közötti egyensúly fenntartásához esetenként különböző nagyságrendű költségvetési támogatással segítette a társadalombiztosítást. 1964-ben a kiadások több mint 40%-át, 1975-ben 43%-át, 1980-ban 29%-át, 1984-ben 1%-át fedezte a felmerült kiadásoknak. (Forrás: Társadalombiztosítás fejlődése számokban 1950–1985 Népszava kiadó 1987.)

Ugyanakkor, – ha képződött – többletbevételét más nem kifejezetten társadalombiztosítási célú kiadásokra csoportosították át. Erre utalnak a TB 1980-as években készült költségvetési beszámolók adatai, valamint az az intézkedés, melynek eredményeképpen 1989-ben, valamint több, mint 13 milliárd Ft értékű lakáskötvény vásárlási kötele-

zetséget írtak elő a társadalombiztosítás számára. Így tartalékot nem képezhetett.

Az inflációs eredetű fedezeti hiányt csak tovább növelte 1990-től a társadalombiztosítás kintlevőségeinek dinamikus emelkedése, melyek nagysága napjainkban már meghaladta a 200 milliárd Ft-ot, a két ágazat idei várható kiadásainak több, *mint* 20%-át. (Jelentős ez a hiány akkor is, ha a tartozásokból közvetve az ellátás fedezetét előidéző járulékhány – leszámítva a felszámított késedelmi pótlékokat, rendbírságot mintegy 40%-os arányt képvisel az összes tartozásokból.)

A felosztó-kírovó rendszer másik érzékeny oldala a lakosság demográfiai összetételének (arányának) változása.

Magyarországon az aktív keresők aránya, a népesség számához viszonyítva (%-ban)

1949-ben 44,4% volt, 1970-ben megközelítette az 50%-ot, míg 1994-ben már csak a 36%-ot, s ez az arány az előrejelzések alapján várhatóan tovább csökken. (Forrás: TB fejlődése számokban 1950–1985, KSH./.

A foglalkoztatottság – az aktív keresők és az aktív korú lakosság számához viszonyítva – az elmúlt években jelentősen csökkent. (1970-ben 91%, 1994-ben közel 65%) A kieső munkaerő – nem kizárva a megélhetési problémáktól való menekülés szándékát is jelentős hányada vándorolt át a társadalombiztosítás által finanszírozott nyugdíjas (rokkantnyugdíjas, korengedményes nyugdíjas) állományba. A nyugdíjbiztosítási önkormányzat felmérése szerint 1994-ben a nyugdíjban lévők száma – beleértve a rokkantnyugdíjasokat is – 26%-kal haladta meg a nyugdíjas korú népesség számát. (Forrás: Nyugdíjbiztosítási Önkormányzat Tájékoztatója 1985. aug.)

A népesség számának alakulására, összetételére vonatkozó adatok, előrejelzések szerint az *ezredforduló körül hazánkban* a nyugdíjasok száma közel azonos lesz az aktív keresőkével, és előre láthatóan az *or-*

szág lakossága egyharmadát kitevő aktív keresőknek kell a kétharmadot „eltartani”.

A hazai társadalombiztosítás intézményrendszerének legnagyobb jogelődjeinél, az OTI-nál, ill. a MABI-nál a kötelező biztosítás 1950-ig tőkefedezeti alapon működött. A tőkefedezet az éves „kárösszeg” 7%-ból képződött. A nyugdíjbiztosítás évi utólagos 4%-os kamatláb alkalmazásával alapvetően várományfedezeti elven működött. E finanszírozási formák – ellentétben a felosztó–kirovó fedezeti módszerrel *alkalmasak tartalékképzésre*.

Ezeknél az intézményeknél a betegbiztosítási ágazat tartalékai az 1940-es évek elején mai folyó áron számítva közel 5,5 milliárd Ft-ra a nyugdíjbiztosítási ágazat tartalékai közel 150 mill. Ft-ra tehetők. (Forrás: Biztosítási alapismeretek Transinnov R. 1988.) A képződött tartalékot megelőzésre, kárenyhítésre, infrastrukturális beruházásokra (kórház, egészségház, szülőotthonok létesítés, lakásépítés) és nem utolsósorban az ellátások értékállóságának megtartására, az esetleges költségvetési hiányok fedezetére fordították.

A képződött és befektetett tartalékok tették lehetővé, hogy az OTI – a telekkönyvi bejegyzések alapján – 1944-ig vidéken közel 50 rendelőintézetrel, Budapesten az Uzsoki utcai kórházzal, a Magdolna baloldali kórházzal, a Vass János munkáskórházzal (közismertebben a volt Rákospalotai központi orosz kórház) több fővárosi rendelőintézetrel, továbbá 200 bérházzal, két lakóteleppel és Gödöllőn gazdasággal rendelkezett. A MABI tulajdonában volt – többek között – a Péterfy Sándor utcai kórház, a Városmajor utcai Budai kórház, több balatoni üdülő, a fővárosban 31 bérház. Az 1944-évi számadásokból kiindulva az OTI-nak a bérházak és egyéb ingatlanok bérbeadásából, valamint a befektetett vagyon hozadékából 1995-évi szinten, Ft-ra átszámítva valamivel több, mint 3,5 milliárd Ft haszna származott volna egy év alatt. Úgy vélem, ha e hozadéknak csak a felével számolnánk az elmúlt, közel 50 év alatt, mint képződött tartalékkal, akkor e tartalék az elmúlt 5 év során keletkezett összes társadalombiztosítási hiányt – ami

nem azonos a kintlevőséggel – bőven fedezte volna. (A nemzetközi összehasonlításban a társadalombiztosítási szolgáltatás nyújtásával foglalkozó intézmények az ellátások közel 2–4%-át fedezik saját gazdálkodásuk, befektetésük eredményeiből.)

1950-ben, ill. 1964-ben állami intézkedéssel az ingatlanvagyon jelentős részét a SZOT kezelésébe adták. 1984-ben államosították és végül mint állami tulajdont adták 1991–92-ben önkormányzati tulajdonba.

1990-től a kormány felé a társadalombiztosítás vagyonának, vagy legalább is annak egy jelentős része visszajuttatásának érdekében, de a törekvések sajnos nem jártak komolyabb eredménnyel. *A volt járulékfizetők (biztosítottak) kárpótlása „magasabb érdekekre” való hivatkozással mind a mai napig elmaradt.* A Nyugdíjbiztosító és az Egészségbiztosító Pénztár így a mai napig sem rendelkezik a működéséhez elengedhetetlenül szükséges mértékű vagyonnal (tartalékkal/).

A kialakult helyzet okai között szólni kell néhány szót a társadalombiztosítás szervezetről. A felosztó–kirovó rendszer működtetése eleve feltételezi az elosztó típusú gazdálkodás megvalósítását. Ezt pedig csak a költségvetési gazdálkodáson keresztül a költségvetési intézményrendszerrel lehet megvalósítani.

A felosztó–kirovó rendszer hazai bevetésekor a társadalombiztosítás területén a költségvetési gazdálkodási forma és az annak megfelelő intézményrendszer került a SZOT közvetlen irányítása alatt megvalósításra.

Az így kialakult irányítási rendszerben azonban már a 1970-es évek elejére felszínre kerültek azok az ellentmondások, melyek a szakszervezetek mozgalmi tevékenységéből adódó sajátos funkcióból és az államigazgatási szervek – ettől jelentősen eltérő szakmai nézeteiből keletkeztek. E felismerés alapján hozott 1971-ben határozatot az MSZMP Központi Bizottsága, – többek között a társadalombiztosítás

állami irányítása alá vonásáról. A szükséges átszervezés azonban – a felmerült elvi-, politikai, valamint államszervezési viták következtében – csak 1984-ben került végrehajtásra. (1984 elejére a lakosság egésze bekerült a kötelező biztosítás körébe, és világossá vált, hogy a szakszervezeti mozgalom nem alkalmas a lakosság valamennyi rétegének érdekvédelmét ellátni. E felismerés hatására került sor végső soron a „társadalombiztosítás” államosítására. A szervezeti, irányítási változtatásokhoz megfelelő alapot az 1975 évi 2. sz. törvény a társadalombiztosításról nyújtotta, mely alapelvei kimondják és még napjainkban is tartalmazzák, hogy „A társadalombiztosítás állami feladat, az állam a társadalombiztosítás fejlesztéséről a nemzetgazdaság fejlődésével összhangban tervszerűen gondoskodik”.

E törvény megfogalmazása lényegében megerősítette azt a szemléletet, amely a társadalombiztosítást a mai napig sem tekinti valós biztosításnak.

E szemlélet jegyében jöttek létre – a társadalombiztosítás igazgatási szervezeteinek az irányítására – a mai önkormányzatok, az előzőkből adódóan lényegében valós hatáskör és jogkör nélkül. Megalakításuk formái, összetételük, tagozódásuk továbbra is sok azonosságot mutat a 90-es évek elején megszüntetett Országos Társadalombiztosítási Tanács és azok regionális szervei, a Megyei Társadalombiztosítási Tanácsok működése, szerepe között.

A társadalombiztosítás irányításában az önkormányzatok működésének feltételei szoros kapcsolatban vannak a finanszírozási rendszerével. Nyilvánvalóan más irányítási „beleszólási” szükségességet kíván a várományfedezeti alapon, és mást a felosztó-kirovó alapon történő finanszírozás. (A jelenlegi hazai társadalombiztosítási intézmények korábbi jogelődjeinél pl.: az OTI-nál és a MABI-nál működtek önkormányzatok, de tevékenységük egy biztosítási alapon működő gazdálkodó szervezetre irányult. Munkájuk eredményességét a felhalmozott vagyoni tartalék nagysága jól reprezentálja.

Az állami költségvetéshez kötődő felosztó–kirovó finanszírozású társadalombiztosítási önkormányzatok esetében, nincs meg a lehetséges valós jogkörök és hatáskörök hiányában arra, hogy az önkormányzat gazdájává váljon a rendelkezésre álló pénzügyi források felhasználásra vonatkozó döntéseknek, ill. azok előkészítésének. Ezért a társadalombiztosítás irányítása ma is egyfelől az állam pénzügyi indítású, radikális, másfelől az önkormányzatok – nem kis részben – mozgalmi alapokra támaszkodó törekvései ütközésének keresztútjába került.

Az 1988-évi XXI-es törvény a Társadalombiztosítási Alapokról a TB szervezetet „egy sajátos pénzintézeti tevékenységet folytató” intézménnyé kívánta átalakítani. Sajnálatos módon ez a módosítás a mai napig sem történt meg.

Az 1991-ben elfogadott LXXXIV törvény az önkormányzatok irányításáról lényegében bebetonozta azt az állapotot, ami – mint azt korábban említettem – már a 70-es években szükségszerűen felvetette a társadalombiztosítás irányítása változtatásának igényét. Éppen ezért érthetetlen, hogy az utóbbi egy évtized során számtalan kezdeményezés született a társadalombiztosítás – ezen belül a nyugellátás, az egészségügyi ellátásreformjára, lényegében számottevő eredmény nélkül.

Ezek körül csak néhányat emelek ki:

- ☞ 1985 októberében az akkori PB hozott határozatot a nyugdíjrendszer korszerűsítésére, kimondta, hogy „önfinanszírozó jellegű. . . . , biztosítási elvet jobban érvényesítő, és gazdálkodási rendszerré kell átalakítani.”
- ☞ 1986 márciusában az OTF, a OT és az MSZMP GPO által készített munkaanyagban került először meghirdetésre a háromelemes (alapnyugdíj, munkaviszonyon alapuló nyugdíj, és az egyéni kiegészítő-biztosításra épülő) nyugdíjrendszer alternatívája.

☞ 1987. július 2-án a KB adott ki egy állásfoglalást a nyugdíjrendszer változtatásának szükségességéről. A végrehajtását előkészítő munkaanyag többek között az alábbiakat tartalmazza: „a társadalom-biztosítási rendszert a biztosítás kockázatkezelési elve alapján. . . . annak fokozatos megvalósításával indokolt korszerűsíteni. A társadalombiztosítás jelenlegi jövedelemelosztó újra elosztó „passzív” rendszerét a gazdasági folyamatokba is szervesen illeszkedő biztosítási elvet fokozatosan érvényesítő pályára indokolt terelni.” A társadalombiztosítást önálló gazdasági jogosítványokkal kell felruházni és tőkeként működtethető tartalékalapot kell biztosítani. *Ez az anyag – 1987-ben – már a várományfedezeti alapon működő biztosítási formát favorizálja.*

☞ 1991 márciusában a Népjóléti Minisztérium előterjesztésében tárgyalja a nyugdíjrendszer változtatásának szükségességét, a megoldások hatását. Az előterjesztés többek között bemutatja, hogy „a szolidaritást a méltányossági elvet nagyobb arányban érvényesítő, univerzális rendszerek GDP-hez mért forrásigénye a legnagyobb, és hogy e rendszerek finanszírozása gazdasági recesszió idején csak komoly visszalépésekkel együtt biztosítható, napjainkban e jóléti modell válsága tapasztalható. Az előterjesztés szerint azonban „továbbra is a felosztó-kirovó modell fenntartásának van realitása”. Számol viszont a nyugdíjkorhatár emelésének a hatásával. (szükségességével)

Sajnos e törekvések – nem kis munka és anyagi áldozat ellenére – legjobb esetben is megrekedtek a tanulmánykészítés, ill. azok megtárgyalásának szintjén.

Kérdés, hogy *Hogyan tovább?*

A tennivalókat a legegyszerűbben az optimális tehermegosztásnál említettekből kiindulva lehetne körvonalazni, vagyis

- ☞ növelni a járulékfizetők számát, ill. a járulék mértékét, vagy
- ☞ csökkenteni az ellátásokat

De a válasz nem ilyen egyszerű.

Az első megoldásnak határt szab egyfelől a járulékfizetők (az aktív keresők) számának ismert folyamatos csökkenése, másfelől a jövedelmek további terhelhetőségének a beszűkülése, a megélhetési gondok növekedése.

A második megoldásnak, vagyis az ellátások csökkentésének vagyunk ma tanúi mind az egészségügy, mind a nyugdíjbiztosítás területén.

Ez a megoldás átmenetileg hozhat ugyan eredményt, de ez a megoldás nem szünteti meg, csak elhalasztja a felosztó– kirovó rendszerre ható tényezők hatásának az érvényesülését. Az ezekből adódó problémák pedig pár év múlva újratermelődnek. És akkor újra jön a kiigazítás? (Lásd az 1970-es évek állami beavatkozásának szükségességét).

Előre lépni csatlakozva a hasonló véleményen lévőkhez csak egy alaposan átgondolt, kimunkált, megfelelő kifizetési időt biztosító *komplex államháztartási, egészségügyi és nyugdíjbiztosítási reform megvalósításával lehet.* (A rész megoldások csak tüneti kezelést jelentenek.)

Ennek keretében:

- ☛ Fokozatosan szét kell választani az állam és a biztosítók szerepét a társadalombiztosítás jellegű ellátások, juttatások terén. Az állam a jövőben nem mint finanszírozó, hanem mint az ellátások egyik vásárlója kellene, hogy részt vegyen a társadalombiztosítás működtetésében. (Az állami garancia nem a biztosítók bevételeit meghaladó kiadásoknak, vagy annak egy részének az átvállalására, hanem az ezen felül önhibájukon kívül ellátásuk „megvásárlására” nem képesek alapszükségleteinek, ill. – amennyiben megvalósításra kerül, úgy – az állampolgári jogon járó – nyugdíj, szociális támogatottságú ellátások megvásárlásá-

ra, másfelől a biztosítók zavarmentes működése, gazdasági fel-tételeinek megalapozására kellene, hogy kiterjedjen.)

- ☞ Egyértelműen meg kell határozni, s hosszabb távon (kiszámítható módon) rögzíteni, hogy milyen tartalmú és mértékű társadalombiztosítási szolgáltatást kap a biztosított és, hogy annak mi az ára, vagyis, hogy kit (a munkaadót, vagy a munkavállalót) milyen mértékű járulékfizetés terhel. (Az egészségbiztosítási ellátások igénybevételénél indokolt lenne valamennyi szolgáltatásra kiterjeszteni a számlaadási kötelezettséget, s ennek alapján – előzetes megállapodás alapján lehetővé tenni a szolgáltatások elszámoltathatóságát, megoszthatóságát a térítési díjnak, a biztosító és a biztosított között, megteremtve ezzel a lehetőséget az egészségügyi ellátásokat végző intézmények önfenntartó gazdálkodására.)
- ☞ Célszerű lenne a társadalombiztosítási ellátásokat (egészségügyi és nyugdíj) finanszírozó költségvetési gazdálkodási alapon működő intézményeket a továbbiakban sajátos önálló pénzügyi tevékenységet folytató intézményekké átalakítani. /pl.: befektetési, hitelezési jogosultsággal, a hozadék rögzített arányú felhasználásának előírásával.)
- ☞ A felosztó–kivétel rendszer működési zavarait előidéző, befolyásoló egyes tényezők (infláció, demográfiai változások hatása, tartalékképzés hiánya) alakulása terén előre láthatólag kedvező irányú változásra nem nagyon lehet a közeljövőben számítani. Minden olyan „reform” elképzelés, amely teljes körűen e finanszírozási rendszer folyamatos fenntartásával számol újra fogja termelni mint korábban arra már utaltam – azokat a problémákat, konfliktusokat, amelyek napjainkra kialakultak.

Jelenleg ismertté vált nyugdíj reform elképzelések közül a Pénzügy Minisztérium és a Népjóléti Minisztérium svéd intézmény típusra utaló reformelképzelései azok, amelyek úgy tűnik, – az előzőekben leírtak alapján – hogy jobban közelednek a realitásokhoz egy piaci gazdaság feltételrendszeréhez. Annak ellenére, hogy még számtalan – a rendszer működésével kapcsolatos – felvethető kérdésre ma még nem

ad teljes körű választ.) Ennek keretében célszerű lenne az *egészség-biztosítást már a közeljövőben* (pl.: az ezredfordulótól) *alapvetően tőkefedezeti alapon működtetni*, a nyugdíjbiztosítást pedig egy olyan új kettő+ egy elemű rendszerre átalakítani, amely

- ☞ az államilag finanszírozott alapnyugdíjból,
- ☞ a kötelező járulékfizetésre épülő ún. munkanyugdíjból és az öngondoskodásra épülő kiegészítő járulékból tevődik össze és a rendszer második és harmadik eleme a *várományfedezeti alapon működne*. Az *állampolgári alapnyugdíjat* 2000-től indokolt lenne már bevezetni. (Mebontva az ettől az időtől megállapításra kerülő nyugdíjakat.) Javasolt mértéke a jogosult 40 negyedév bruttó SZJA alapja 2 %-nak az 1/12-ed része. Maximuma: a mindenkori minimálbér törvényben rögzített hányada. /Előzetes számítások alapján 50, 60, vagy 100%-a.) Ugyancsak indokolt lenne törvényben rögzíteni minimális összegét is.

A munkanyugdíj – minden SZJA alap után – kötelező, visszatérő díjas, egyéni járulékfizetésen alapulna. (Biztosításmatematikai alapon számolva.) Alapját ugyancsak indokolt lenne törvényi úton maximálni. A teljes öregségi nyugdíjhoz szükséges szolgálati időt a jelenlegi 20 évről – finanszírozási okok miatt – min. 30 évben kellene meghatározni.

- ☞ Úgy az alapnyugdíjak, mint a munkanyugdíjak évenkénti emelésénél realisabbnak tűnik a fogyasztói árindex alkalmazása, mint a termelés emelkedés függvényeként funkcionáló bér (nettó kereset) index.
- ☞ Az öfenntartó biztosítók kiegyensúlyozott működésének egyik feltétele a megfelelő tartalékképzés. Ennek megalapozása érdekében szükséges újra napirendre tűzni a társadalombiztosítási intézmények vagyongjuttatását (kárpótlását) saját önálló vagyonghasznosító tevékenységének kialakítását.
- ☞ A fedezeti rendszerváltás forrásigényének a biztosításához esetleg számba lehetne venni – megelőző számítások alapján – azt a megoldást, hogy a kifizetett bérek bruttosításra kerülnek a mun-

kaadói TB járulékkal és az így keletkezett többlet SZJA – kivéve az egészségbiztosítási járulék vonzatát – nyújtana fedezetet a szükséges többletkiadásokhoz. Ha ez a forrás nem elégséges, akkor kellene a nyugdíjkorhatár felemelésének lehetőségét számba venni, vagy a szolgáltatások, ellátások újbóli meghatározásából adódó többletbevételt (halasztott járulékcsökkenés)

- ☞ erősíteni kellene a kötelező társadalombiztosítás elveinek fenntartása mellett a foglalkozási kategóriák szerinti biztosítók kialakításának a lehetőségét, az önkéntes biztosító pénztárak mellett – azonos feltételek mellett – az üzleti biztosítási szerepének a növelését, a társadalombiztosítási ellátásokban.

Befejezésül, külön kihangsúlyozom, hogy *a társadalombiztosítás reformját önmagában az államháztartás és az egészségügy párhuzamos reformja nélkül nem lehet végrehajtani. E feladatok megoldása csak komplex cselekvési programra épülhet.* Ugyanakkor nem lehet kihagyni a reform kimunkálásából magukat az érintetteket, az állampolgárokat, a biztosítottakat. Legalább olyan fontos, mint maga a reform koncepció, ha nem a legfontosabb, hogy e téren társadalmi konszenzus megteremtődjön, éppen ezért folyamatosan lehetőséget kell biztosítani a *politikai demagógiától mentes* társadalmi vitáknak vélemény-nyilvánításnak. Ennek mellőzése eleve kudarcra ítéli a társadalombiztosítás megújításának lehetőségét.