

Udržitelnost financování zdravotnictví

Exekutivní shrnutí

Tento dokument je odpověďí na žádost Svazu průmyslu a dopravy ČR a Konfederace zaměstnavatelských a podnikatelských svazů ČR, adresované premiérovi, **uložit Národní ekonomické radě vlády vytvoření návrhu opatření směřujících k ekonomické stabilizaci českého zdravotnictví a k zajištění jeho budoucí udržitelnosti a dostupnosti.**

Dokument obsahuje stručné zhodnocení očekávaného **dopadu stárnutí obyvatelstva a dalších faktorů na zvýšení potřeby zdravotních služeb** a na jejich financování cestou veřejného zdravotního pojištění. Lze konstatovat, že pokud nebudou přijata odpovídající opatření, tyto faktory povedou k vytvoření významného rozdílu mezi potřebami českého zdravotnictví a dostupným financováním.

Navýšení financování z veřejných zdrojů parametrickou úpravou nepovažujeme za vhodné. Odvody zaměstnavatelů a zaměstnanců již dnes patří v evropském kontextu k nejvyšším. Navýšení platby ze státního rozpočtu již ve významné míře proběhlo během pandemie. Další navyšování je v přímém rozporu se snahou o konsolidaci veřejných financí.

Doporučujeme proto **následující řešení:**

- **Navýšení investic do prevence,**
- **Zvýšení efektivity využití stávajících zdrojů**
- **Navýšení podílu soukromých zdrojů na financování zdravotnictví**
- **Nový model výběru veřejných zdrojů.**

Navýšení **smysluplných investic do prevence** má při započítání dopadů na produktivitu pracovní síly pozitivní ekonomickou návratnost.

Snaha o **zlepšení využití stávajících zdrojů** je třeba zaměřit na rozšíření **hodnocení nákladové efektivity** zdravotnických intervencí, včetně zahrnutí jejich **dopadů na náklady sociálního systému, restrukturalizaci nemocnic a podporu přesunu péče z pobytové do jednodenní, ambulantní a domácí oblasti, využití digitalizace a rozvoj nových zdravotnických a podpůrných profesí**, které převezmou část dnešní práce lékařů a sester. Zásadní jsou také změny na úrovni celého systému týkající se **lepšího využívání dat, omezení možnosti ministerstva zdravotnictví určovat výši úhrad zdravotním pojišťovnám** a zlepšení správy fakultních nemocnic a zdravotních pojišťoven cestou **vhodnějších právních forem** pro tyto organizace.

Navýšení přívodu soukromých peněz do zdravotnictví proběhne každopádně v důsledku snahy části obyvatelstva s vyššími příjmy zajistit si zdravotní péči odpovídající jejich očekáváním. Pro zdravotnictví to je příležitost získat tím dodatečné příjmy pro rozvoj kvality péče v celém systému. Je ale zcela zásadní, aby se tak stalo transparentním způsobem. Tomu odpovídá návrh na rozšíření možnosti výběru pacienta, kdy zdravotní

pojišťovna proplatí nejlevnější variantu dané služby s tím, že pacient se může dobrovolně rozhodnout připlatit si za dražší variantu s obdobným výsledkem.

Finálně doporučujeme zvážit převedení části odvodů na veřejné zdravotní pojištění z dnešního procenta hrubé mzdy na nominální částku, která by byla předmětem konkurence zdravotních pojišťoven v rámci veřejného zdravotního pojištění. Takové opatření by podpořilo motivaci občanů k prevenci, motivovalo pojišťovny k většímu důrazu na efektivitu a kvalitu a mohlo v budoucnosti posloužit i jako solidární a transparentní cesta pro přívod nových zdrojů.

Současná situace

Financování zdravotnictví v ČR je založeno na veřejném zdravotním pojištění, které dlouhodobě pokrývá přes 70 % jeho zdrojů. Zbývajících necelých 30 % se skládá zhruba napůl z dalších veřejných výdajů a z přímých plateb obyvatelstva. Ty jsou celkově na evropském průměru (14,3 % v ČR i v EU 27)¹, ale v ČR je téměř zanedbatelná složka soukromého pojištění. Celkově tak soukromé zdroje tvoří ve financování zdravotnictví menší roli než v EU (15 % v ČR, 18,7 % v EU).²

Příjmy veřejného zdravotního pojištění tvoří z více než dvou třetin odvody ekonomicky aktivního obyvatelstva, zbývající část potom platba ze státního rozpočtu, poskytovaná v zákonem definované automaticky valorizované výši za vyjmenované skupiny ekonomicky neaktivních účastníků veřejného zdravotního pojištění, zejména seniory, studenty, děti, nezaměstnané a další. Financování veřejného zdravotního pojištění je průběžné, tedy nedochází k vytváření žádných významných rezerv.

České zdravotnictví je dále specifické tím, že více zdravotní péče než v zahraničí je poskytováno v nemocnicích (46,5 % rozpočtu vs 36,4 % v EU27, přičemž zahrnuta je i ambulantní péče poskytovaná nemocnicemi), jejichž síť není optimálně řízena. Z hlediska stárnutí obyvatelstva má Česko jednu z nejhorších vstupních pozic z hlediska spoléhání na poskytování institucionální péče a špatného zdravotního stavu obyvatelstva – vysokou míru alkoholismu, nadváhy, kouření a jednu z nejnižších mér proočkovnosti staršího obyvatelstva proti respiračním nemocem.³

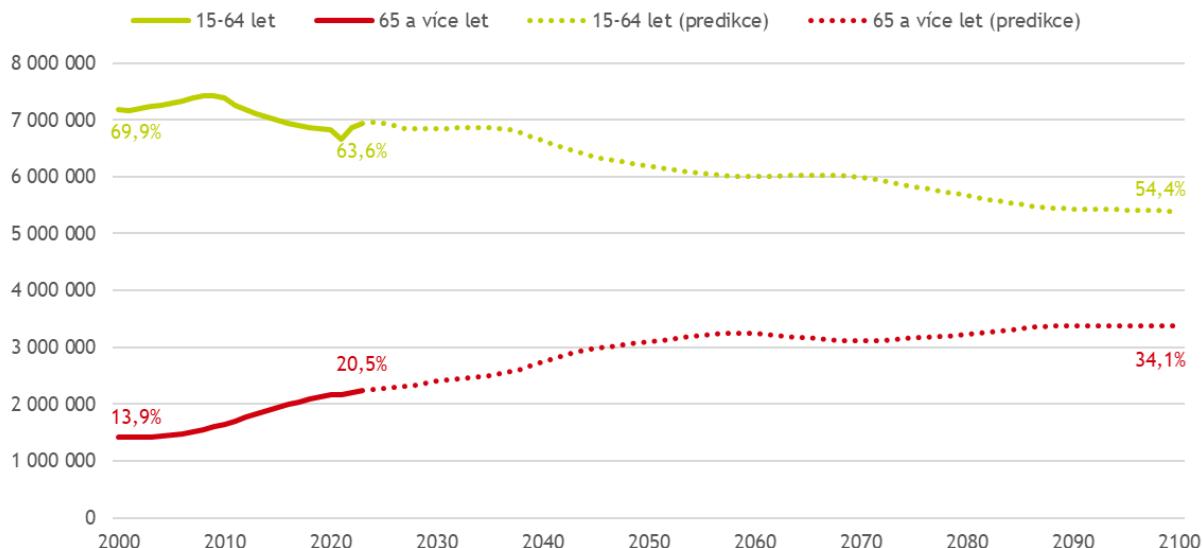
Z výše uvedených faktů jasně vyplývá citlivost současného způsobu financování a řízení zdravotnictví na stárnutí obyvatelstva, respektive na poměr ekonomicky aktivních a seniorních obyvatel. Pro ilustraci uvádíme vývoj podílu ekonomicky aktivních obyvatel a seniorů dle předpovědi ČSÚ pro léta 2000–2100.

¹ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp310/default/table?lang=en

² https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_by_function,_provider_and_financing_scheme

³ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Influenza_statistics

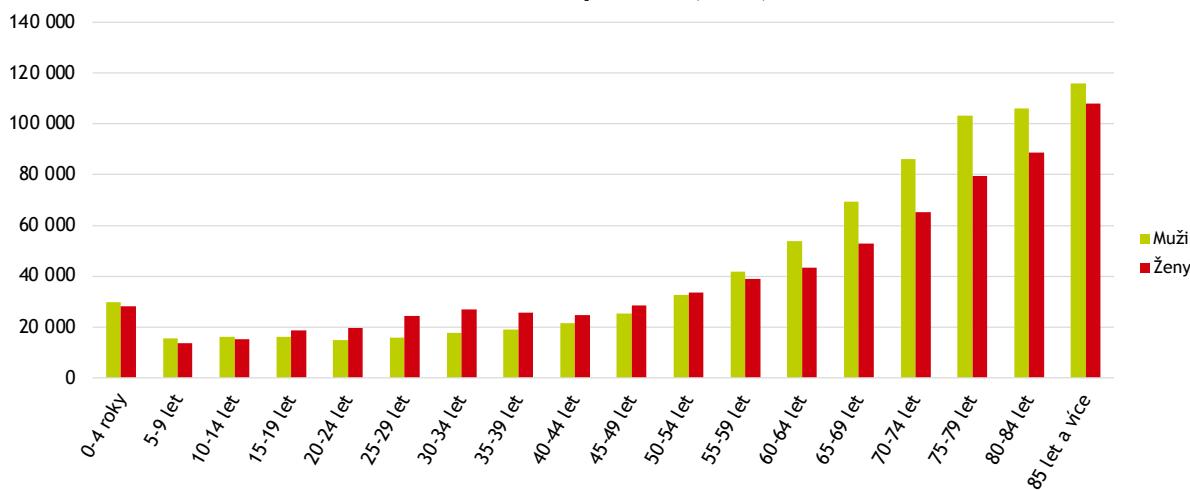
Počet obyvatel ve věkových skupinách 15-64 a 65 a více let



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ

Stárnutí obyvatelstva vede ke zvýšené spotřebě zdravotních služeb, a tedy i finančních zdrojů – viz náklady Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR na jednotlivé věkové skupiny.

Průměrné náklady na 1 pojistence VZP dle věku a pohlaví (2022)



Pokud bychom již v roce 2024 měli věkovou strukturu obyvatel, která je predikována pro rok 2045, byly by výdaje veřejného zdravotního pojištění vyšší o 53 miliard Kč.⁴

Na druhé straně stárnutí obyvatel a z něj vyplývající pokles podílu ekonomicky aktivního obyvatelstva povede ke zpomalení nárůstu příjmů veřejného zdravotního pojištění.

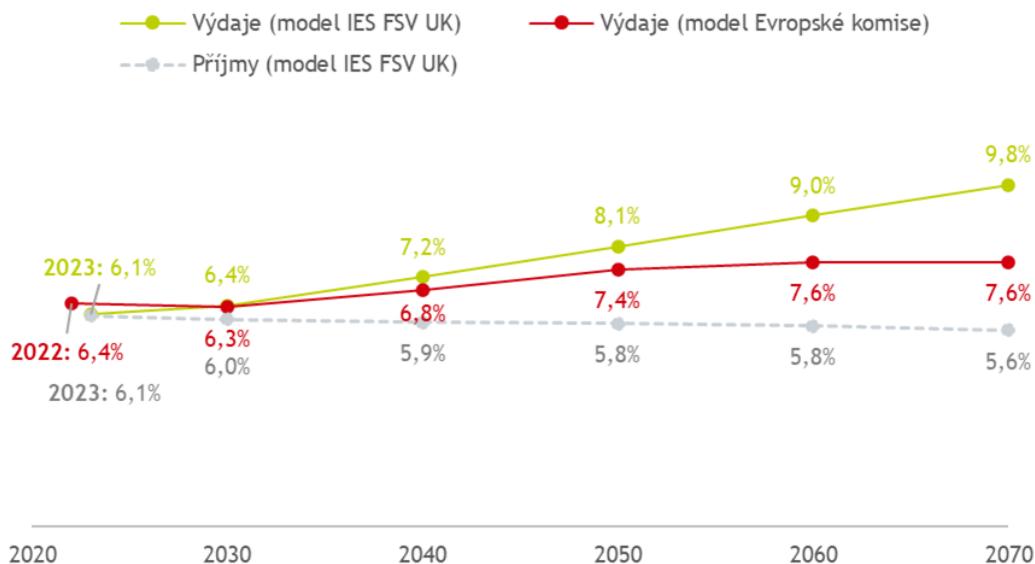
⁴ Vlastní analýza na základě dat VZP ČR a ČSÚ

Rozevírající se nůžky mezi příjmy a výdaji systému modeluje několik zdrojů – Evropská komise⁵, Národní rozpočtová rada⁶ a Institut ekonomických studií FSV UK⁷. Dopad stárnutí obyvatelstva je ve všech zmíněných modelech nepřekvapivě obdobný, vývoj produktivity pracovní síly a zdravotního stavu obyvatelstva je řešen použitím několika scénářů a také se zásadně neliší. Zdrojem hlavní odlišnosti mezi modely je odhad budoucího nárůstu výdajů na zdravotnictví nad rámec růstu HDP a nad rámec dopadu stárnutí obyvatelstva, tzv. „excess cost growth“. Rychlejší růst výdajů na zdravotnictví než růst HDP je jasným historickým faktem ve všech evropských zemích, otázkou je jeho budoucí vývoj.

Model IES FSV UK počítá ve svém základním scénáři do budoucna i nadále s historickou hodnotou „excess cost growth“ ve výši 1,2 % ročně, založeném na analýze MF ČR, zatímco model EK přidává excess cost growth nad rámec dopadu stárnutí obyvatelstva pouze ve svém rizikovém scénáři. Model NRR počítá s tím, že náklady na zdravotnictví na osobu daného věku se mění proporcionálně k HDP na obyvatele. Navíc vychází z podílu zdravotnictví na HDP před pandemií, dnešní celkové výdaje na zdravotnictví jsou ale téměř o jeden procentní bod HDP vyšší.

Velikost rezultujícího rozdílu mezi očekávanými příjmy a výdaji veřejného zdravotního pojištění v modelech IES⁸ a EK ukazuje následující obrázek.

Veřejné příjmy a výdaje na zdravotní péči jako podíl HDP



⁵ 2024 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070). Directorate-General for Economic and Financial Affairs, European Commission. Institutional Paper 279. April 2024. Brussels. PDF. 358pp. doi:10.2765/022983 (online)

⁶ Zpráva NRR o dlouhodobé udržitelnosti veřejných financí 2024. Úřad Národní rozpočtové rady. Září 2024. URL: <https://www.rozpoctovarada.cz/publikace/zprava-nrr-o-dlouhodobe-udrzhitelnosti-verejných-financi-2024/>

⁷ Šlegerová L a kol. (2024) Model příjmů a výdajů veřejného zdravotního pojištění ČR do roku 2070. Aktualizace modelu IES FSV UK z roku 2019

⁸ Model IES UK pracuje pouze s výdaji systému veřejného zdravotního pojištění, zatímco model EK s celkovými veřejnými výdaji na zdravotnictví – proto rozdíl ve výchozím podílu na HDP

Vzhledem k tomu, že jak model EK, tak NRR předpokládají oproti minulosti významnou změnu v rychlosti nárůstu výdajů na zdravotnictví oproti růstu HDP, lze s určitým zjednodušením říci, že model IES FSV UK nám ilustruje vývoj situace, pokud nedojde ke změně v současném způsobu financování zdravotnictví a k významnému zvýšení efektivity využití prostředků plynoucích do zdravotnictví.

Pro dokreslení situace je třeba uvést, že finanční prostředky nejsou jediným úzkým místem budoucího zajištění zdravotních služeb. Je jím i otázka dostatečného množství personálu – lékařů, sester a dalších, která je krátkodobě až střednědobě do značné míry nezávislá na finančních zdrojích, zejména z důvodu dlouhé prodlevy mezi navýšením počtu studentů a jejich uplatněním v praxi pro většinu zdravotnických profesí. Změna regulatorního přístupu k pracovní migraci, vč. nostrifikace vzdělání a praxe by byla vítanou, ale pouze částečnou pomocí, zejména vzhledem k poptávce ze strany dalších rozvinutých zemí.

Možnosti řešení

Významné omezení dnešního rozsahu, dostupnosti a kvality péče hrazené z veřejného zdravotního pojistění považujeme nejen za politicky vysoce kontroverzní⁹, ale i nežádoucí jak z etického, tak i ekonomického pohledu díky významnému dopadu zdravotního stavu obyvatelstva na participaci na pracovním trhu a na produktivitu práce.

Reálně jsou proto k dispozici následující možnosti řešení vznikajícího rozdílu mezi očekávanými výdaji a příjmy:

- A. Snížení budoucí potřeby zdravotních služeb cestou zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, zejména vyššími investicemi do prevence,
- B. Zvýšení efektivity využití stávajících zdrojů,
- C. Navýšení soukromých zdrojů,
- D. Parametrické navýšení současného způsobu výběru veřejných zdrojů,
- E. Nový model výběru veřejných zdrojů, odolnější proti dopadům stárnutí obyvatelstva.

Analýza senzitivity výše popsaných modelů budoucích příjmů a výdajů veřejného zdravotního pojistění jasně ukazuje, že k zajištění dlouhodobé udržitelnosti financování zdravotnictví bude nezbytné zvolit kombinaci výše uvedených opatření.

⁹ ČR si již prošla pokusem o plošné zvýšení spoluúčasti obyvatelstva (regulační poplatky), jehož politické a společenské dopady jsou všeobecně známé

A. Zlepšení zdravotního stavu obyvatel ČR

Zlepšení zdravotního stavu vede nejen k úsporám ve zdravotnictví, ale také v sociální oblasti, ke zvýšení výběru daní a odvodů na zdravotní a sociální pojištění a také k vyššímu růstu HDP. Jak ukazuje například rozsáhlá analýza poradenské společnosti McKinsey&Co. „Investing in Health“ investice do zdraví mají dlouhodobou pozitivní ekonomickou návratnost. Dle této studie většina potenciálu leží v oblasti prevence, a to jak prevence primární, tedy podpory zdravějšího životního stylu, tak prevence sekundární (preventivní prohlídky a screeningové programy) a terciární (zamezení rozvoje komplikací u chronicky nemocných).

Primární prevence nemůže být pouze zodpovědností sektoru zdravotnictví. Naprosto zásadní je role školství (zvyšování zdravotní gramotnosti), zaměstnavatelů, daňové a regulační politiky státu (viz předchozí návrhy NERV týkající se zdanění alkoholu a slazených nápojů, nebo implementace politik harm reduction u závislostí) a zohlednění potřeby vyšší míry pohybu při infrastrukturních investicích a v dotační politice státu a samospráv.

V oblasti samotného zdravotnického systému je třeba:

- Zlepšit postavení prevence v rámci alokace existujících prostředků a systematicky měřit stávající stav a dopady existujících a nových iniciativ,
- Zajistit větší aktivitu zdravotních pojišťoven v motivaci jejich klientů ke všem nákladově efektivním formám prevence,
- Zvýšit finanční motivaci poskytovatelů zdravotních služeb k prevenci, konkrétně vyšší závislost kapitačních plateb praktických lékařů na účasti pacientů na preventivních prohlídkách a screeningu¹⁰,
- Převést nemocenské pojištění ze správy systému sociálního zabezpečení pod zdravotní pojišťovny, aby nesly jeden z největších nákladů zanedbané prevence,
- Podpořit dostupnost (včetně úhradové) a akceptovatelnost očkování pro rizikové skupiny, zejména starší spoluobčany a chronický nemocné pacienty,
- Podpořit další konkrétní změny, například širší roli zdravotníků nelékařů ve vzdělávání pacientů a koordinaci péče a rozšíření tzv. krátkých intervencí lékařů¹¹ směřujících ke zlepšení životního stylu pacientů.

B. Zvýšení efektivity využití stávajících zdrojů

Ke zvýšení efektivity využití stávajících zdrojů mohou vést opatření ve třech následujících oblastech.

¹⁰ Viz již dřívější doporučení členů zdravotního NERV. <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/domaci-zivot-v-cesku-komentar-jak-podporit-prevenci-a-nezruinovat-zdravotnictvi-262903>

¹¹ Pro bližší údaje odkazujeme například na publikaci „Prevence – praktický návod na zlepšení zdravotního stavu a podporu ekonomického růstu“ -

https://www.advanceinstitute.cz/uploads/1731404065_Advance_prevence.pdf

Rozšíření a zlepšení hodnocení nákladové efektivity zdravotnických postupů

Dnes systematicky hodnotíme pouze nákladovou efektivitu nových léčivých přípravků a připravuje se hodnocení zdravotnických prostředků a nepovinných očkovacích látek. Toto hodnocení je třeba rozšířit na všechny zdravotnické intervence a **změnit jeho metodiku**. Dnes jsou započítávány pouze náklady a úspory v rámci systému veřejného zdravotního pojištění, celospolečenským zájmem ale je reflektovat i úspory v sociálním systému. Tato změna je technicky realizovatelná díky pokračujícímu propojení dat resortu zdravotnictví a dat MPSV.

Restrukturalizace sítě poskytovatelů a nové modely poskytování zdravotních služeb

- Podpora postupného přesunu služeb z pobytové do jednodenní, stacionární, ambulantní a domácí formy péče;
- Restrukturalizace nemocnic a zlepšení jejich spolupráce v rámci regionálních nemocničních sítí;
- Zajištění lepší návaznosti a propojení zdravotních a sociálních služeb;
- Distanční poskytování zdravotních služeb (telemedicína) a další nástroje digitalizace;
- Rozvoj nových zdravotnických a podpůrných profesí, které přeberou méně kvalifikované úkony od lékařů a sester.

Toto vše vyžaduje podporu ze strany inovativních platebních mechanismů a systematického sběru, analýzy a využívání dat.

Zlepšení správy celého systému

Jde zejména o následující opatření:

- Omezení možnosti Ministerstva zdravotnictví ČR určit výši celkových úhrad zdravotních pojišťoven cestou tzv. úhradové vyhlášky na úroveň očekávaných ročních příjmů systému veřejného zdravotního pojištění. V roce 2024 toto opatření bylo určeno vládním usnesením, je ho ale třeba ukotvit do zákona o veřejném zdravotním pojištění,
- Zlepšení správy („corporate governance“) zdravotních pojišťoven cestou změny jejich právní formy a depolitizace jejich řízení, zejména VZP ČR,
- Zrušení právní formy příspěvkových organizací a převedení správy dnešních (ministerstvem zdravotnictví) přímo řízených organizací (zejména fakultních nemocnic) na samosprávné jednotky řízené správní radou sestávající ze zástupců státu, univerzit a územních celků,

- Lepší práce s daty, zejm. poměrovými ukazateli o hospodaření, výkonnosti nebo využití kapacit, které budou indikovat příležitosti pro zlepšení hospodaření jednotlivých zdravotnických zařízení.

C. Navýšení soukromých zdrojů a změna jejich struktury

Česká republika má v rámci EU nadprůměrný podíl veřejných zdrojů na financování zdravotnictví. Soukromé zdroje jsou zaměřené zejména na léky, zdravotnické prostředky a stomatologii.

Navýšení a restrukturalizace soukromých zdrojů se tedy nabízí jako parciální řešení. **Je třeba zdůraznit, že není otázkou volby, zda do zdravotnictví pustit více soukromých zdrojů – ty se v něm objeví, jakmile movitější skupiny obyvatel nebudou spokojené s dostupností, kvalitou a možností výběru, které jim dopřívá veřejný systém, což se děje již dnes. Otázkou je „pouze“ to, jakou cestou budou soukromé peníze přicházet.** Při absenci vhodné právní úpravy se tak bude dít netransparentně až nelegálně, a proto s negativními dopady na celý systém, včetně zhoršení dostupnosti péče pro méně privilegované skupiny obyvatel. V krajním scénáři by tak mohlo dojít až ke vzniku dvourychlostního, odděleného systému privátních zařízení pro movitou klientelu, a veřejných zařízení pro zbytek populace.¹² I v méně radikálním scénáři Česká republika může promarnit šanci lépe využít soukromé zdroje pro omezení rizik veřejného systému (posílení prevence, lepší řízení, posílení některých kapacit).

Naopak, legální a transparentní přívod soukromých zdrojů, pokud zvýší příjmy celého systému a neomezí „ceteris paribus“ výdaje veřejného systému, bude impulzem pro zvýšení nabídky služeb a jejich dostupnosti. Jako nejschůdnější cesta se jeví založit takové navýšení na již dnes diskutované (a v některých případech, zejména u léků na předpis dlouhodobě uplatňované) možnosti volby pacienta, tedy v případě existence více léčebných postupů vedoucích ke srovnatelným výsledkům, plné úhrady z veřejného zdravotního pojištění pouze pro celkově nejlevnější variantu. Tato výše úhrady by ale byla pojišťovnou zaplacena i při rozhodnutí pacienta pro variantu dražší. Pacient, který se rozhodne pro jinou než plně hrazenou variantu, by tedy doplatil jen rozdíl mezi úhradou ze strany veřejného zdravotního pojištění a cenou.

Podmínkou takového benefitu je dostatečně široká a jasná zákonná definice plně hrazených variant – aby postupem času nedošlo ke zhoršení kvality péče pro lidi, kteří si doplatky nemohou dovolit. Další podmínkou je samozřejmě zajištění dostupnosti plně hrazené varianty pro všechny, včetně tvrdých sankcí pro poskytovatele, kteří by tento princip porušovali. Pacient musí mít vždy zajištěnu plně hrazenou variantu a pouze na základě vlastního uvážení se případně zcela dobrovolně rozhodnout pro variantu s doplatkem.

Vedle rozšíření možnosti volby pro pacienty a zajištění transparentního příslunu soukromých zdrojů by takový přístup také vedl k rychlejšímu ověření a rozšíření skutečně inovativních metod léčby, a tudíž k jejich zlevnění a možnosti dřívějšího zařazení do plné

¹² To může posílit nežádoucí scénář „optimalizace“ plateb ekonomicky movitějších do veřejného systému zdravotního pojištění kombinovaných s přímými platbami v soukromých zařízeních; tento scénář by výrazně finančně destabilizoval celé české zdravotnictví.

úhrady z veřejného zdravotního pojištění. **Dlouhodobě by tedy z takové změny měli prospěch všichni účastníci veřejného zdravotního pojištění, nejen ti, kteří se dobrovolně rozhodnou pro varianty služeb, které nejsou plně hrazené.** Navíc doplatek jen ve výši rozdílu mezi hrazeným a nehrazeným zákonem (oproti dnešní situaci platit 100 % nákladů nehrazeného výkonu) **může zvýšit dostupnost inovativní péče středně příjmovým skupinám.**

Úhrada doplatků v rámci možnosti volby by nemusela být hrazena jen přímými platbami ze strany pacientů, ale pravděpodobně by vedla k rozvoji dobrovolného komerčního zdravotního připojištění, jehož současný podíl na financování zdravotnictví v ČR je významně nižší než průměr EU (0,7 % vs 4,4 % dle Eurostatu).

D. Parametrické navýšení veřejných zdrojů

Parametrické navýšení přívodu veřejných zdrojů je možné následujícími cestami:

- Navýšení procenta odvodů na veřejné zdravotní pojištění,
- Uzavření výjimek ve zdravotním pojištění (OSVČ, DPP),
- Příslunem jiných finančních zdrojů (například alokací výběru spotřebních daní),
- Dalším navýšením platby státu za ekonomicky neaktivní pojištěnce.

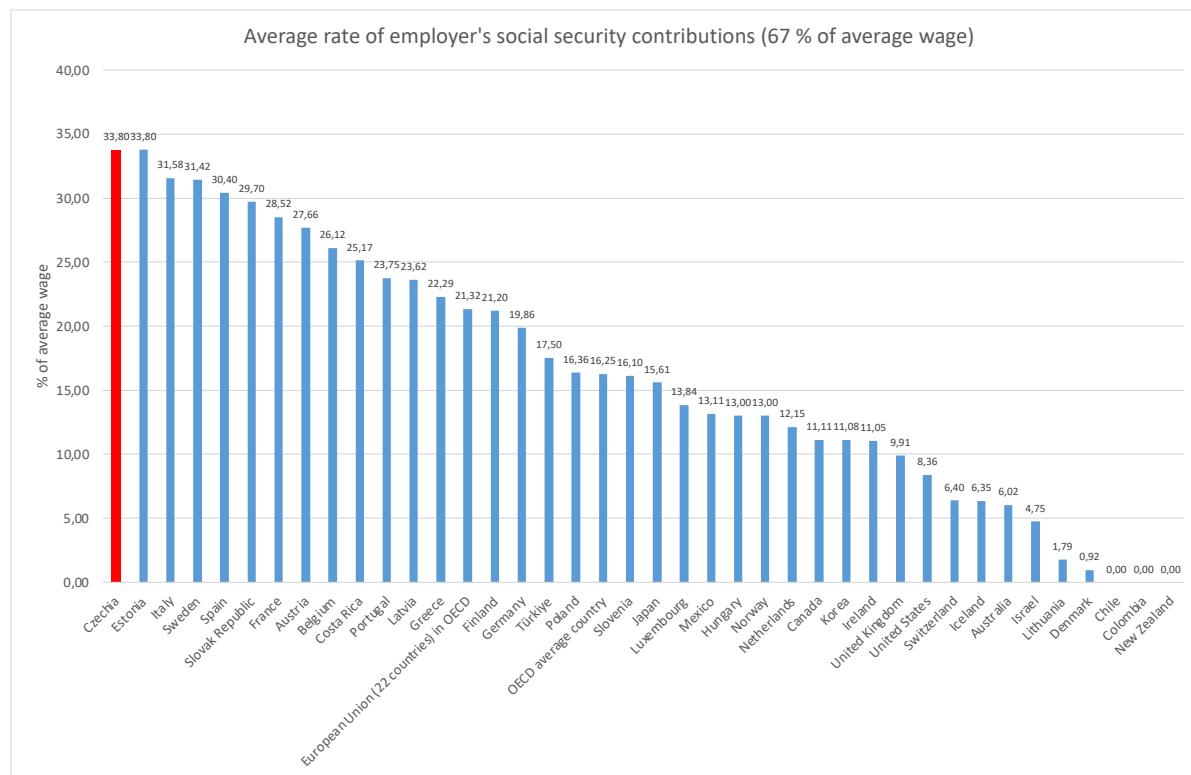
Navýšení procenta odvodů zdravotního pojištění by mohlo vážně ohrozit konkurenčeschopnost české ekonomiky.

Zdanění práce a zdanění firem patří mezi typy zatížení s největším negativním dopadem na hospodářský růst. Již dnes přitom Česká republika vybírá proti srovnatelným zemím větší část daňového mixu ve zdanění práce (cca 53,7 % proti 51 % v podobných zemích), tedy o cca 140 miliard více v danění příjmů a firemních zisků a 300 miliard méně v danění spotřeby, majetku a dalších.¹³

Konkrétně složka povinného pojistného placeného zaměstnavateli patří mezi nejvyšší ve vyspělém světě. Protože na pojistné nejsou aplikovány daňové slevy, nejvíce zatěžuje nižší a nižší střední příjmové skupiny. Na prvním grafu je modelový příklad zaměstnance, který pobírá dvě třetiny průměrné mzdy v dané zemi a nečerpá daňové úlevy na děti. Česká republika je spolu s Estonskem zemí s nejvyšším zdaněním. Nadprůměrné je zatížení odvody i u průměrné mzdy.

Zdanění práce povinným pojistným pojištěním placeným zaměstnavatelem, 67% průměrné mzdy

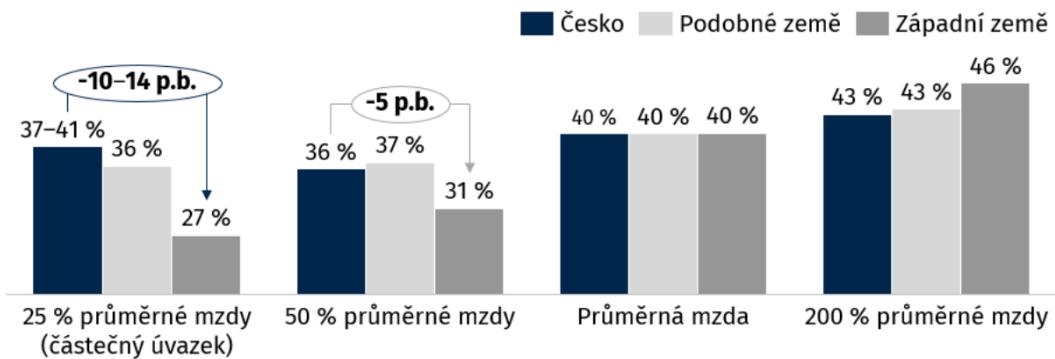
¹³ https://www.oecd.org/en/publications/revenue-statistics-2024_c87a3da5-en/full-report/component-5.html#title-7d55f17f38



Zdroj: OECD

Vysoké zatížení zaměstnanců zdravotními a sociálními odvody je částečně kompenzováno relativně nízkou daní z příjmů fyzických osob (DPFO). Celkový systém nízké DPFO se slevami a vysokých odvodů bez slev však vede k velmi vysokému zatížení zaměstnanců s podprůměrnými příjmy, na částečných úvazcích a pracujících jen po část roku (návrat z rodičovské, nemocenské, nezaměstnanosti). Viz další graf. Navýšení odvodů na veřejné zdravotní pojištění by tento efekt s negativními dopady na trh práce a kupní sílu chudších zaměstnanců dále posílilo.

Graf 1: Průměrná daňová sazba pro čtyři příklady zaměstnanců v Česku a zahraničí



Poznámka: Zaplacena DPFO a pojistné z celkového nákladu práce | Modeloví zaměstnanci bez dětí (či jiných slev, kromě na poplatníka), odpočtu a dávek | Rozpětí pro Česko u 25 % je dán možností uplatnit 5 % slevu na pojistném při částečných úvazcích pro vybrané skupiny | Podobné země: Polsko, Slovensko, Slovinsko, Maďarsko | Západní země: Německo, Rakousko, Velká Británie, USA, Francie, Švédsko, Dánsko.

Zdroj: 25 %: Vlastní výpočty z veřejných zdrojů; 50–200 %: PM: OECD II, 2023.

Zdroj: <https://www.paqresearch.cz/post/chytrejsi-daneni-zamestnancu/>

V oblasti čistě zdravotního pojištění Česká republika patří do skupiny zemí s nejvyšším povinným zdravotním pojištěním, spolu s Chorvatskem, Německem, Slovenskem. Navíc je Česká republika uváděna mezi zeměmi, které povinnými zdravotními odvody asymetricky zatěžují spíše zaměstnavatele. **Pokud vezmemme v potaz celkovou zátěž povinného pojistného, zátěž části zdravotního pojištění a asymetrickou zátěž zaměstnavatelů, je možné konstatovat, že prostor pro zvyšování povinného zdravotního pojištění bez následků na trhu práce (nákladová konkurenceschopnost) je velmi omezený.**

Omezení výpadků zdravotních odvodů na straně OSVČ a podlimitních dohod o provedení práce je žádoucí, ale s omezeným dopadem.

Česko patří mezi země s nejštědřeji nastavenými výdajovými paušály a paušální daní u vysokopříjmových kancelářských OSVČ. Na druhé straně existují relativně vysoká minima zdravotních odvodů (50 % průměrné mzdy), které zvyšují odvody nízkopříjmovým OSVČ.

Zhruba až okolo 60 miliard ročně (přes 5 miliard měsíčně) je zaměstnancům vyplaceno přes necelý milion tzv. podlimitních dohod, z kterých se neodvádí zdravotní pojištění. Ty jsou ale částečně důsledkem vysokého zatížení nízkopříjmové práce, či je využívají státní pojištěnci (důchodci, studenti apod.) Oprava těchto nerovností je nutná z hlediska neutrality danění a pracovního trhu. Do systému veřejného zdravotního pojištění ale mohou přinést jen jednotky miliard korun ročně, a proto nejsou celkovým řešením.

Alokace části posílených spotřebních daní

Jen realistické zvýšení a harmonizace spotřebních daní na alkoholické nápoje (omezení výjimky u tichého vína, valorizace spotřební daně u piva), zavedení spotřební daně na slazené nápoje a omezení některých výpadků spotřebních daní (viz NERV 2021) může rozpočtu přinést celkově 10 až 15 miliard Kč, a to i se zohledněním poklesu spotřeby.

Část těchto peněz lze alokovat na podporu prevence. Opět se ovšem jedná o sice žádoucí, ale jen dílčí přínos, ne zásadní řešení budoucnosti výdajů na zdravotnictví, kde jde o řádově vyšší částky.

Zvýšení plateb za státní pojištěnce

Představuje při existujícím rozpočtovém omezení vyšší podíl státních výdajů do zdravotnictví na úkor jiných veřejných statků, nebo tlak na zvyšování zadlužení. Zejména během pandemie COVID-19 došlo k významnému navýšení plateb za státní pojištěnce,

na kterých se projevil tzv. efekt západky.¹⁴ Eurostat¹⁵ uvádí Českou republiku spolu s Lotyšskem, Rumunskem, Litvou, Maltou a Kyprem ve skupině zemí, jejichž nominální výdaje na zdravotnictví se mezi lety 2014 a 2022 zdvojnásobily a rostou rychle i vzhledem k HDP.

Postup prostřednictvím zvyšování plateb za státní pojištěnce v České republice narází na demografický výhled, a je neslučitelný se snahou o konsolidaci veřejných financí. Musel by být podmíněn výraznou redukcí jiných transferů - např. omezením financování obcí z rozpočtového určení daní na úroveň roku 2015-2020 nebo omezením transferů jako (vdovské) důchody, rodičovské příspěvky či výsluhy.

E. Nový a více motivující způsob výběru veřejných zdrojů

Posledním možným řešením, které v sobě kombinuje zvýšení efektivity s možností transparentního přívodu nových zdrojů, je částečná změna současného způsobu výběru odvodů na veřejné zdravotní pojištění.

Toto řešení je inspirováno příkladem Holandska (jednoho ze tří dlouhodobě nejlépe hodnocených evropských zdravotnických systémů) a spočívá v převedení části dnešních procentních odvodů na veřejné zdravotní pojištění na nominální částku (od toho název nominální nebo dvousložkové pojistné), jejíž výše může být za stanovených podmínek určena zdravotní pojistovnou a mimo jiné sloužit i jako motivace k prevenci. K tomuto převedení se nabízí například část odvodů placených zaměstnanci (nyní jedna třetina odvodů, tedy 4,5 % z hrubé mzdy).

Částka nominálního pojistného by byla (za legislativou určených mantinelů) stanovena na rok dopředu každou zdravotní pojistovnou. Mohla by se tedy mezi jednotlivými pojistovnami lišit, což by vedlo k **zásadnímu oživení konkurence zdravotních pojistoven a jejímu nasměrování na zvýšení efektivity zdravotních služeb**, včetně prevence. Legislativně nastavené mantinely by určovaly možný rozsah výchozí a pro všechny klienty dané pojistovny shodné sazby. Rozsah povinně hrazené péče určený zákonem by stejně jako dnes zůstal stejný pro všechny pojistovny a všechny jejich klienty, aby soutěž mezi pojistovnami neprobíhala na úkor omezování hrazené péče a bylo zcela jasné dle čeho lze sazbu individualizovat (jen motivace k prevenci, nikoliv zdravotní charakteristiky pojištěnce).

Při existenci dostatečného systému kompenzace rizika (přerozdělení vybraného pojistného), je pro zdravotní pojistovnu vysoce obtížné až nemožné vytvořit si konkurenční výhodu výběrem pojištěnců. Dnešní způsob kompenzace rizika v ČR je z tohoto hlediska dostačující, s jedinou výjimkou, kterou je bydliště pojištěnce. Průměrné náklady na pojištěnce v jednotlivých regionech se totiž zásadně liší v důsledku různé dostupnosti zdravotních služeb, která je vyšší ve větších městech, zejména těch s přítomností fakultní nemocnice. Kompenzace tohoto faktoru je ale technicky velmi jednoduchá – navrhujeme částečné (například 50 %) zohlednění existujících rozdílů. Tím

¹⁴ Ratchett effect. Zvýšený veřejný výdaj adresát výdaje absorbuje a zabuduje do svého očekávání, takže neexistuje prostor pro následné snížení výdaje na původní úroveň.

¹⁵ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_-_overview

dojde k dostatečnému vyrovnání podmínek mezi zdravotními pojišťovnami a zároveň nebudou stávající rozdíly v dostupnosti péče zafixovány.

Při funkčním systému kompenzace rizika je pro zdravotní pojišťovny jedinou cestou k získání konkurenční výhody lepší řízení pohybu pacienta zdravotnickým systémem (cestou smluv s poskytovateli zdravotních služeb), promyšlené investice do prevence a zlepšení proklientské orientace. Dnešní úroveň konkurence je ale z důvodu stejných odvodů a žádných nebo jen minimálních rozdílů v nabídce jednotlivých pojišťoven velmi omezená. Zavedení přímé cenové konkurence s dobře nastavenou regulací by vedlo k mnohem většímu zájmu pojištěnců o změnu zdravotní pojišťovny. Za zásadní také považujeme, že pojišťovny mohou výši nominálního pojistného ovlivňovat chování svých klientů – například bonifikovat je za absolvování preventivní prohlídky či změnu životního stylu, a tak významně podpořit prevenci.

Z hlediska dlouhodobého financování celého systému je zavedení nominálního pojistného i **otevřením nové zcela transparentní cesty přívodu zdrojů cestou případného budoucího nárůstu nominálního pojistného, jehož rychlosť snižuje konkurenco pojišťoven a případný zásah regulátora.** Díky zlepšení efektivity zdravotnictví cestou konkurence pojišťoven nemusí být tato cesta vůbec použita, jak ostatně ukazuje holandský příklad. Každopádně ale státní rozpočet a odvody zaměstnavatelů nezůstávají jedinými cíli navýšení v případě objektivní potřeby navýšení zdrojů.

Existuje řada cest k zavedení dvousložkového pojistného, vybrané uvádíme zde:

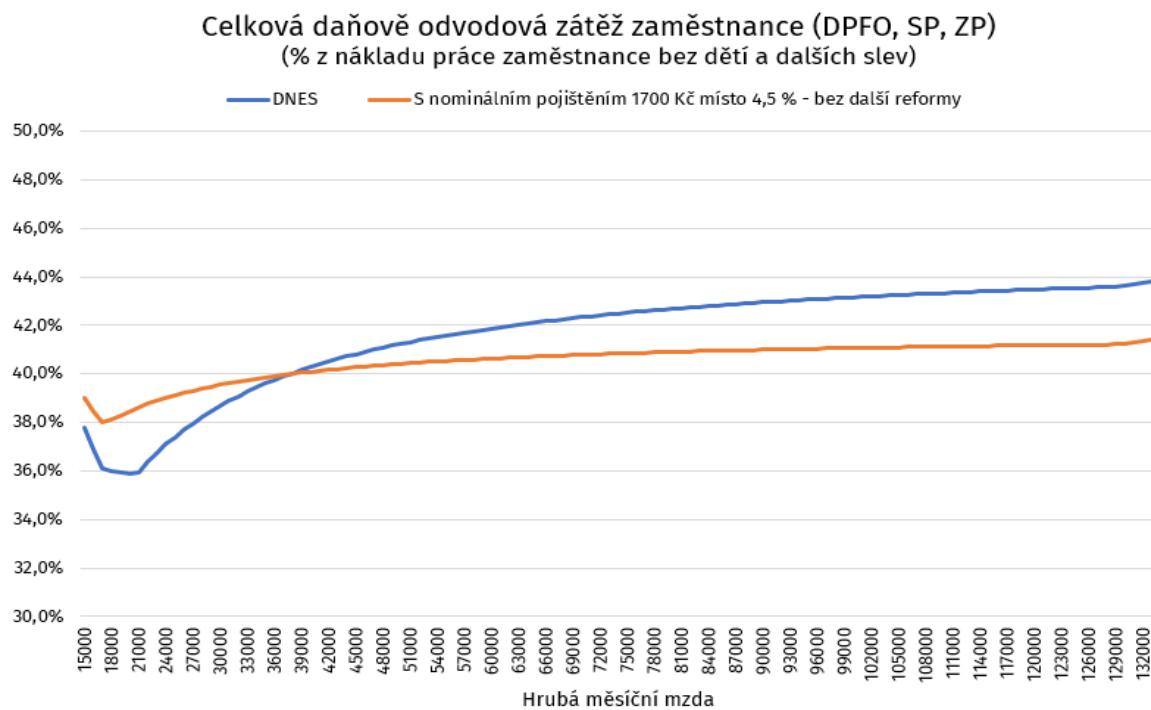
Možnost 1: Převod pojistného placeného zaměstnanci do nominální částky

Převedení odvodu ve výši 4,5 % z hrubé mzdy při zachování rozpočtové neutrality představuje v případě průměrné mzdy v roce 2023 cca 1700 Kč měsíčně¹⁶.

Toto řešení má zásadní výhodu ve vysoce transparentním a pro pojištěnce dobře uchopitelném rozdílu v nominálním pojistném mezi jednotlivými pojišťovnami. Zavedení nominální složky by ale bylo silně degresivní a bez dalších změn dopadlo na již dnes nadstandardně zatížení nízkopříjmové zaměstnance. Člověk s minimální mzdou by tak platil na odvodech o 750 Kč měsíčně více než dnes a člověk s 3násobkem průměrné mzdy o 4 tisíce Kč méně. To by bylo likvidační opatření pro nízkopříjmové pracující a představovalo další z degresivních změn daňového mixu v ČR.

¹⁶ Na základě dat zdravotních pojišťoven a ČSÚ

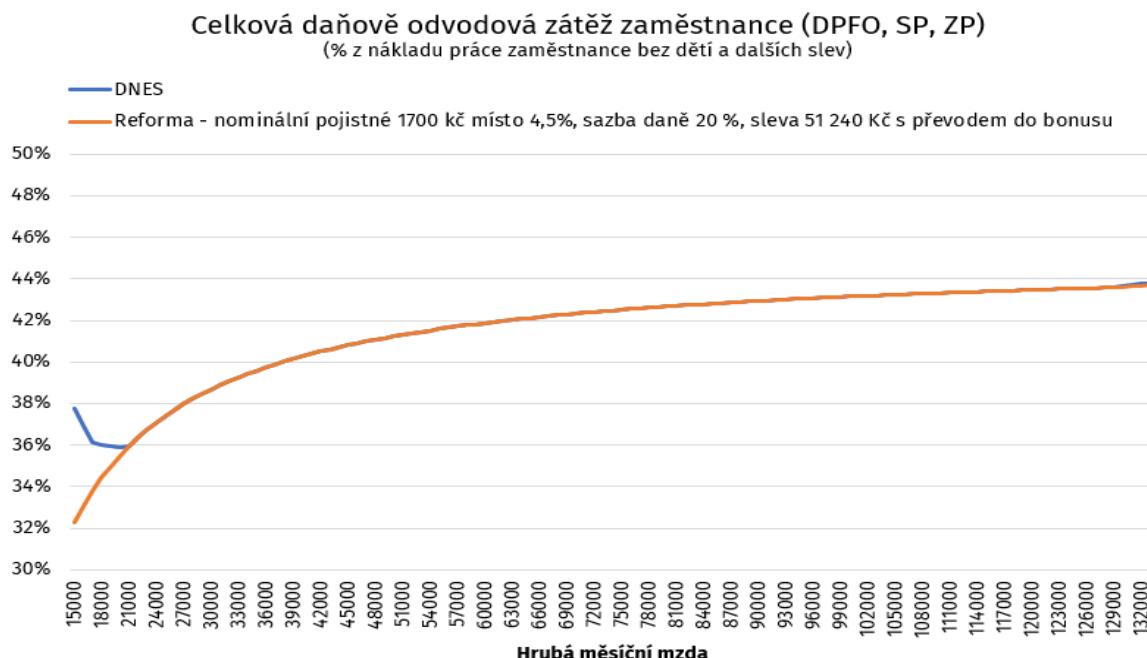
Změna zatížení zaměstnanců (HPP) při zavedení nominálního pojistného 1700 Kč místo 4,5 % ZP. Bez dalších reforem:



Takové zavedení nominální složky pojistného by tedy muselo být doprovázeno výraznou reformou daně z příjmu fyzických osob (DPFO), která sníží zatížení nízkopříjmových skupin, ale nepovede k výraznému výpadku příjmů DPFO.

Pokud bychom nominální pojistné (1700 Kč místo 4,5 % hrubé mzdy) doplnili zvýšením základní sazby DPFO z 15 na 19,5 % a zvýšením slevy na poplatníka z 30 800 kč na 51 240 Kč s možností vyčerpání této slevy (převod do bonusu ve výši zaplacенного nominálního pojistného,) dojde ke kompenzacii. Pro drtivou většinu zaměstnanců (od 22 tisíc kč) by byla změna neutrální. 4,5 % odvodu ZP je totiž převedeno do DPFO a sleva na poplatníka je navýšena o 1700 Kč měsíčně, což kompenzuje nominální pojistné.

Změna zatížení zaměstnanců (HPP) při zavedení nominálního pojistného 1700 Kč místo 4,5 % ZP. Při kompenzační úpravě daně z příjmu:



Zaměstnancům s příjmy do 22 tisíc (minimální mzda či částečný úvazek) by se tato změna dokonce vyplatila kvůli možnosti vyčerpat daňovou slevu na poplatníka v daňovém bonusu. Navíc by tento prvek redukoval rozdíl mezi prací na pracovní poměr a jinými formami práce, méně či případně vůbec nezatíženými odvody pojistného.

Zavedení nominálního pojistného bez zásadní změny DPFO není možné. Pokud by nebyla politická reprezentace ochotna k designu a větší reformě DPFO, lze udělat dopadově jednodušší ale z hlediska cílového stavu neoptimální změnu:

Možnost 2: Převod části pojistného do druhé složky při zachování procentního odvodu

Příkladem takového kroku je možnost určení výše dnešního odvodu zaměstnance zdravotní pojišťovnou při zachování charakteru odvodu jako procenta z hrubé mzdy.

Toto řešení má výhodu v tom, že nezvyšuje daňové odvodové zatížení nízkopříjmových a nevyžaduje velké kompenzační změny v DPFO. Je ale komunikačně složitější – motivace ze strany zdravotních pojišťoven by musela být komunikována jako nominální sleva z druhé složky pojistného („slevíme vám ...Kč za účast na prevenci“). U nízkopříjmových by byl také redukován rozsah této slevy (4,5 % z minimální mzdy činí cca 900 Kč).

Z hlediska motivace pojištěnců, a tedy i konkurence pojišťoven jde tedy o suboptimální variantu. Proto uvádíme ještě třetí možnost:

Možnost 3: Ponechání současných procentních odvodů a přidání nominálního odvodu

Přidaný nominální odvod může být významně nižší než v prvním scénáři, například 50 % dnešních odvodů placených průměrným zaměstnancem, tedy cca 900 Kč. Dopad na ekonomicky aktivní občany bude redukován zvýšením slevy na poplatníka. Saldo ve veřejných rozpočtech (snížení výběru DPFO) pak bude státnímu rozpočtu kompenzováno snížením či změnou systému plateb za státní pojištěnce.

Tato varianta naplňuje všechny účely zavedení nominálního pojistného (motivace pojištěnce, zvýšení konkurence a otevření možnosti přívodu dalších prostředků do zdravotnictví), přičemž se jedná o změnu menšího rozsahu, než je varianta 1.

Vzhledem ke komplexnosti změny i přes výše uvedenou kompenzací navrhujeme **postupné zavádění nového uspořádání**, konkrétně povinnost pro mladší věkové skupiny (například pod 40 let věku), možnost výběru pro „střed“ (například 40-55) a „dožití“ v současném systému pro starší věkové skupiny.

V budoucnu doporučujeme nominální pojistné uplatnit i na příjemce starobního důchodu, kteří budou nominální pojistné platit již před svým odchodem do důchodu. V tomto případě je kompenzace jednoduchá – stát nebude za tyto důchodce odvádět platbu za státní pojištěnce (respektive její adekvátní část), ale přidá ji k důchodu. Alternativně může stát tuto platbu zasílat zdravotní pojišťovně daného důchodce s tím, že případný rozdíl oproti výši nominálního pojistného příslušné zdravotní pojišťovny uhradí klient přímo pojišťovně.

Finálně doplňujeme, že zavedení nominálních odvodů na veřejné zdravotní pojištění ze strany zaměstnanců je plně slučitelné jak s případným zavedením jednotného inkasního místa, tak s výše navrženým navýšením přívodu soukromých zdrojů do zdravotnictví. Dlouhodobou koexistencí nominálního pojistného a možnosti komerčního připojištění se vyznačuje (mimo jiné) právě zmíněný holandský příklad.