



**Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti**



Evropská strategie v oblasti důchodů a zdravotní péče

Vojtěch Krebs

Jaroslava Durdisová

Jan Mertl

2010

O B S A H

	Str.
Úvod	3
1. Sociální výdaje v ČR a v zemích EU	7
1.1. K problematice sociálních výdajů	8
1.2. Charakteristika výdajů na sociální ochranu	10
1.3. Přístup k hodnocení sociálních výdajů v ČR	24
2. Strategie modernizace sociální ochrany	34
2.1. Mění se prostředí systémů sociální ochrany	34
2.2. Základní cíle modernizace sociální ochrany	37
3. Základní principy uspořádání systémů důchodového zabezpečení ve vyspělých zemích Evropy	43
3.1. Otevřená metoda koordinace a důchodové systémy v Evropě	45
3.2. Závěry pro Českou republiku ve sféře důchodového zabezpečení	48
4. Mezinárodní srovnání vybraných států, provádějících systémovou důchodovou reformu	52
4.1. Maďarsko	53
4.2. Polsko	56
4.3. Slovensko	58
4.4. Litva	60
4.5. Estonsko	62
4.6. Důchodová reforma v ČR	63
5. Zdravotní péče	69
5.1. Zdravotní pojištění v rámci financování zdravotnictví	69
5.2. Změny proporcí solidarity a ekvivalence z hlediska užítka pacienta	77
5.3. Mezinárodní komparace se zřetelem k solidaritě a ekvivalenci	79
5.4. Význam principu neziskovosti ve zdravotnictví	89

ÚVOD

Zásadní změny sociálního systému musí vycházet z toho, co je klíčové pro jejich uspořádání - a tím jsou nesporně i dva základní (a ve své podstatě naprosto se odlišující) principy: ekvivalence a solidarita. Půjde nejen o určitou změnu jejich nazírání, ale i (nebo zejména?) o změnu jejich pozice (váhy) v sociálním systému. Při zvažování možné míry zastoupení solidarity a ekvivalence v konkrétních sociálně politických opatřeních a nástrojích bude nutno respektovat zejména tyto skutečnosti:

- reformu nelze provádět jen s ohledem na české prostředí a klima, ale i s ohledem na mezinárodní kontext, zejména na EU, tedy prostor, s nímž jsme právě hodnotově v sociálních systémech spřízněni;
- sociální systém je značně heterogenní. Jeho prvky (složky) mají různé poslání a sledují rozličné cílové funkce a proto aplikace principu ekvivalence či solidarity, jejich interpretace a kombinace v nich se musí nutně lišit;
- platí také, že jakkoli je finanční udržitelnost sociálního systému důležitá a svým způsobem determinující, jeho společenská funkce ho posunuje za hranice pouhé ekonomické kalkulace a vede ho k respektu hodnot z hlediska jeho účelu podstatnějších (humanita, soucítění, ohleduplnost, sociální soudržnost a spravedlnost, rovnost apod.);
- samy pojmy ekvivalence resp. zejména solidarity podléhají ideologickým vlivům, v současné době zejména ideologii neoliberalizmu. Také jejich využití či zneužití pro prosazování politických ambicí a cílů není žádnou výjimkou.

Celospolečenská solidarita musí být pro budoucnost vnímána nejen jako vzájemné porozumění a pomoc, což doposud převažovalo a v současnosti stále převažuje, ale současně i jako odpovědnost, tj. jako akceptace nejen pozitivních, ale i případných negativních důsledků jejího uplatňování, včetně vnímání „ceny této sociální solidarity. Solidarita totiž není jen záležitostí těch, kdo ze solidárních fondů získávají, ale je zároveň i záležitostí těch, kdož do těchto fondů přispívají. Solidarita

proto nemá jednoznačně kladné znaménko: může být aktivující a motivující a vést tak k sociální harmonii ve společnosti, stejně jako nemotivující a směřovat k parazitizmu.

Co se bude a co se musí měnit to je především orientace, rozsah i způsoby a podmínky jejího naplňování. Solidarita, jak známo, je termín víceznačný a lze ji nahlížet z různých úhlů pohledu. Má-li v budoucnu dojít k omezení možných nežádoucích efektů solidarity a tedy i role státu jako přímého vykonatele sociálně politických aktivit, nutně poroste solidarita různých nestátních subjektů uskutečňující se převážně mimo jakýkoli oficiální státní nedistributivní (donucovací) mechanismus. Solidarita široké škály aktérů uskutečňující se na regionální, firemní, dobročinné, komerční aj. bázi, jakkoli je významná a v podstatě prostá potenciálních konfliktů spjatých s demotivací a destimulací pro fungování společnosti, je samozřejmě nedostačující k zabezpečení sociálních potřeb občanů v moderní době. Proto celospolečenská solidarita naplňovaná prostřednictvím redistribuční politiky státu nadále zůstane nesporně velice významným atributem sociální politiky. Může být ovšem jak významným stimulem sociálně ekonomického vývoje a nástrojem zabezpečení sociální soudržnosti společnosti, tak i jejich překážkou.

Cílem předložené učební pomůcky je ukázat, jaké se prosazují základní trendy v oblasti důchodových reforem a reforem zdravotní péče v zemích EU. Zahraniční zkušenosti jsou velmi významné při koncipování reforem i v České republice.

Konkrétní podoby v jednotlivých státech, v jejichž důchodových systémech je přítomen ve větším měřítku (povinný) fondový prvek, jsou značně rozdílné a je velmi obtížné provádět obecnější soudy. Mnohdy se jedná o země s relativně krátkou zkušeností a generalizující objektivnější hodnocení bude možno provést až v delším časovém horizontu tak, aby bylo možno posoudit nejen dobu akumulace finančních prostředků, ale i adekvátnost vyplácených dávek. Nicméně první roky zavádění a fungování ukazují na to, že jisté velmi opatrné závěry ze zkušeností jednotlivých

států lze vypočítat a že lze popsat jejich základní znaky vyplývající z prvních let fungování.¹

Základním předpokladem pro úspěšnost důchodové reformy zásadnějšího (systémového) typu je širší politický konsensus jdoucí napříč politickým spektrem. Pozitivním příkladem může v tomto ohledu být např. Švédsko, ale i Polsko. Ve Švédsku se jednalo o dialog na expertní i politické úrovni trvající bezmála dvacet let. V Polsku byl rozhodující zákon přijat drtivou většinou Sejmu a dodnes není nijak zásadně zpochybňován.

Téměř všechny státy musí provádět průběžné úpravy důchodového systému. Ukazuje se, že dynamika vývoje ve společnosti nevyhnutelně vede k nutnosti různé míry zásahů. Pokud se nejedná o destabilizující rozhodnutí měnící podstatu reformy, je možno na ně nahlížet pozitivně. Každopádně lze konstatovat, že je v zásadě možno směřovat k systému stabilnímu avšak nikoliv statickému.

Řešení transformačního deficitu spojeného s výpadkem části příjmů je problém velmi zásadní, nicméně ve většině států nebyl překvapivě nijak podrobně analyzován (snad s výjimkou švédských „buffer funds“). Spíše převládalo „nadšení a vůle“ realizovat zásadní změny. Financování transformačního dluhu je v současnosti řešeno různě, zpravidla se jedná o kombinaci několika opatření. Většina zemí zapojila své privatizační příjmy, ale rozsah a výše transformačního dluhu jde zpravidla nad možnosti sanace pouze z těchto příjmů a je nutno hledat jiné zdroje přesunem v rámci veřejných financí. Na Slovensku existuje částečně financování pomocí zvláštní pojistné sazby (což je vlastně opak slibovaného snížení daňové zátěže). Objevují se tendence a názory tento deficit prohlašovat za nikoliv součást státního dluhu, což je z pohledu členských států EU důležité zejména s ohledem na plnění tzv. Maastrichtských kritérií.

Společnou zkušeností je také masivní zapojení osob v novém systému. Participace v případě dobrovolné možnosti opustit státní systém byla vždy překvapující a původní odhady se ukázaly jako podhodnocené. Tento jev je spojen s

¹ Podrobněji viz.: Podkladový materiál pro rozhodnutí o zavedení možnosti opt-out ze základního důchodového pojištění, MPSV 2010

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

náladou společnosti zvláště v zemích střední a východní Evropy, která byla naladěna značně kriticky vůči dlouhotrvajícímu státnímu dirigismu a vítala možnost využít soukromé instituce. V některých případech se ukazuje, že toto „nadšení“ může zastínit objektivní posouzení individuální situace. Ochota ke změně je také velmi dobře využita a podporována soukromým sektorem, který dovede vynaložit nemalé finanční prostředky a velmi profesionálně provedenými marketingovými nástroji účinně maximalizovat profit.

Koncentrace na začátek systémových důchodových reforem směřujících k posílení kapitálového financování poněkud zastiňuje problematiku výsledné podoby a adekvátnosti dávek. Vzniká celá řada závažných otázek – podoba úmrtnostních (unisexových?) tabulek, institucionální kapacity operátorů, regulace a záruky při tvorbě anuit atd.¹

Důležitou skutečností je zabezpečení technicko-administrativní a legislativní přípravy. Polský případ dokazuje, že nedostatečná příprava nositele pojištění může ohrozit realizaci důchodové reformy hned v zárodku. Vzhledem k tomu, že různé aspekty důchodové reformy se dotýkají různých věkových skupin diferencovaně (povinnost, dobrovolnost, nutnost (ne)vratných rozhodnutí, povinné přechody do různých typů fondů apod.) je prozíravé analyzovat navrhované kroky z hlediska ústavnosti a diskriminace, aby nedocházelo k revizím na základě rozhodnutí Ústavního soudu.

Učební pomůcka je rozdělena do 5 základních kapitol. První kapitola se zabývá porovnáním sociálních výdajů v ČR a v zemích EU. Druhá kapitola charakterizuje strategii modernizace sociální ochrany v zemích EU. Třetí kapitola je věnována základním principům uspořádání důchodového zabezpečení ve vyspělých zemích Evropy. Mezinárodní srovnání vybraných zemí, provádějících důchodovou reformu je obsahem čtvrté kapitoly. Neméně významná je problematika zdravotní péče, která je zachycena v poslední, páté kapitole.

¹ Podrobněji viz.: Podkladový materiál pro rozhodnutí o zavedení možnosti opt-out ze základního důchodového pojištění, MPSV 2010

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

1. SOCIÁLNÍ VÝDAJE V ČR A V ZEMÍCH EU

Záměrem první kapitoly je určitou komparaci těchto fenoménů v sociálních systémech v ČR a zemích EU v posledních letech. Tento úkol je snadněji uchopitelný, jestliže komparace jsou prováděny v rámci jednotlivých – i když i tak poměrně velice složitých – prvků sociálních systémů. Pokud však chceme srovnávat sociální systémy jako celky a podat ze zvoleného úhlu pohledu (solidarita versus ekvivalence) jejich charakteristiku, pak je náš úkol mnohem a mnohem složitější a z pohledu náročnějšího posuzovatele takřka těžko řešitelný, protože nemáme dostatek indikátorů, kterými bychom mohli spletnost sociálních problémů postihnout souhrnně a jimi pak sociální systémy jako celky v zemích EU z daného pohledu charakterizovat. V tomto textu tedy nejde o komparaci solidarity a ekvivalence v sociálních systémech v pravém slova smyslu. Spíše jde o charakteristiku těchto systémů opírající se o sociální výdaje s cílem nabídnout čtenáři určitou představu o pozici českého sociálního systému mezi sociálními systémy zemí EU. Cílem je také upozornit na stále narůstající roli vzdělávacího sektoru jako prvku sociálního systému, který se stává v ČR (ale i v jiných zemích EU) alfa a omega dlouhodobé prosperity a který mimo to je nejvíce způsobilý k tomu, aby plnil roli celospolečenské prevence nepříznivých (a na veřejné finance náročných) sociálních problémů. Vzhledem k tomu, že tento sektor je dlouhodobě podfinancován, bude nutno zejména v jeho prospěch orientovat celospolečenské zdroje.

Sociální systémy patří k těm sférám společenského života, kde tradičně zásahy státu a rozsah celospolečenské solidarity jsou obrovské, i když míra solidarismu je v jeho jednotlivých prvcích odlišná. Zpravidla také jako celek spotřebovávají největší díl vládních výdajů. Ve větší míře je v nich uplatněn princip solidarity, méně princip ekvivalence. Můžeme říci, že evropský model společnosti je založen na vysokém stupni solidarity mezi občany a na relativně vyspělých systémech sociální ochrany a na principu univerzality přístupu k nim. Každá země EU je ale určitým specifikem, je výrazem stupně své vyspělosti a výrazem toho, jak je v dané zemi vnímána a chápána sociální politika, resp. jaké jsou v ní intervence státu, a jak je v ní

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

zakotvena osobní odpovědnost a spoléhání na druhé. Nic co bychom mohli nazvat společnou evropskou sociální politikou neexistuje. Země EU v sociální oblasti spojují víceméně společně sdílené, křesťanské hodnoty, ideje a principy (mezi nimiž je zdůrazňována zejména solidarita), na nichž je sociální politika jednotlivých zemí založena a které jsou obsahem základních programových dokumentů a smluv podepsaných členskými zeměmi EU. Znamená to, že pravomoc jednotlivých členských států přijímat v oblasti sociální politiky závazné právní akty je poměrně rozsáhlá a pravomoc EU poměrně omezená. Sociální politika a rozvoj sociálních systémů je tedy v podstatné míře v kompetenci národních vlád. Příčina tohoto statusu quo vychází z faktu, že sociální politika i sociální systémy musí reagovat na historické zvyklosti a tradice, ekonomickou sílu země, její kulturní a politické poměry, převažující ideologie, organizační uspořádání, finanční zdroje atd. Důsledkem toho je rozdílnost sociálních systémů, která samozřejmě komplikuje i komparace. Předností této rozdílnosti ale je, že pro vlády a ostatní sociální subjekty se pro jednotlivé země může stát zdrojem inspirací. Úspěšnější sociální systémy mohou být (a jsou) napodobovány, přejímány některé jejich prvky atd. Diverzita sociálních systémů tak nabízí možnost vyvarovat se zbytečných chyb a omylů.¹ Souhrnně lze rozdíly v sociálních systémech zemí EU postihnout pomocí sociálních výdajů.

1.1. K problematice sociálních výdajů

Problematika sociálních výdajů úzce souvisí s otázkami motivace, výkonnosti a efektivnosti a s rozšiřováním kvality života na jedné straně a se sociální ohleduplností, tj. i s vnímáním sociální spravedlnosti a celospolečenské solidarity, na straně druhé. (Často s sebou přináší problém restrikcí, nebo naopak plýtvání celospolečenskými zdroji v sociální oblasti). Řešení těchto otázek nelze považovat pouze za fiskální záležitost, neboť optimální výše a dynamika sociálních výdajů patří

¹ Diverzita mezi jednotlivými sociálními systémy nevylučuje jejich určité sbližování, založené nikoli na zásahu shora, ale spočívající na svobodné volbě jednotlivých zemí a vyplývající i z existence již zmíněných programových dokumentů a smluv. Zejména fakt, že ekonomické subjekty operují na jednotném evropském trhu trend ke sbližování zvyrazňuje.

mezi nejsložitější otázky teorie a praxe každé sociální a hospodářské politiky. Souvisí tedy se stěžejními sociálně politickými a ekonomickými problémy, a zejména pak s jejich vzájemnými vztahy a propojeností. Rozhodně neplatí zjednodušené paušální představy, že solidarismus a na něm do značné míry založené fungování sociálních systémů tlumí ekonomickou prosperitu, stejně jako neplatí opak, že ekonomická prosperita je spojena jen s výkonností opírající se o ekvivalenci. Obecně lze říci, že výše i dynamika sociálních výdajů by měla být optimální a to i z hlediska toho jak se na jejich financování podílejí solidarita a ekvivalence. Toto optimum v konečném důsledku znamená, že sociální výdaje musí být takové, aby podporovaly (a nikoli tlumily) dlouhodobý ekonomický i společenský vývoj.

Sám pojem „sociální výdaje“ není jednoznačný a může být různě vymezován. Proto je nutná určitá poznámka týkající se možnosti interpretace této kategorie.

Budeme-li sociální výdaje chápat ve smyslu výdajů na sociální systém, tj. ve smyslu širšího vymezení sociální politiky měly by vedle výdajů na sociální zabezpečení včetně výdajů na politiku zaměstnanosti zahrnovat i veřejné výdaje na rozvoj zdravotní péče, vzdělávání a bydlení. Sociální výdaje v tomto slova smyslu jsou spíše výdaji na sociální politiku v jejím širším vymezení, tzn., že souvisejí i s investicemi do lidského kapitálu. Jako takové by v tomto slova smyslu měly sociální výdaje soustavně růst, především právě díky dynamice výdajů na vzdělávání a zdravotní péči a žádoucímu rostoucímu podílu těchto výdajů na celkových sociálních výdajích. Růst těchto výdajů podporuje intelektuálně i fyzicky životní šance člověka a tvoří předpoklad dlouhodobé společenské prosperity každé země. Uvedené vymezení sociálních výdajů je však zatím neobvyklé (zvláště v ČR je často ještě přežívající tradicí rozumět jimi jen výdaje na sociální zabezpečení), což souvisí převážně se zúženým vnímáním sociální politiky. Širší vymezení sociálních výdajů je však nosnější, zvláště z hlediska budoucnosti, protože dává souhrnnější pohled na veřejné výdaje cílené společností k rozvoji člověka.

V EU jsme svědky určitého posunu směrem k širšímu chápání sociálních výdajů, které jsou zde vnímány a také statisticky sledovány jako výdaje na sociální ochranu. Ty zahrnují v podstatě výdaje na sociální zabezpečení (včetně politiky

zaměstnanosti) a výdaje na systém zdravotní péče. Se sociálními výdaji v tomto vymezení tj. jako s výdaji na sociální ochranu v textu převážně dále pracujeme a především jimi sociální systémy charakterizujeme. O výdajích na vzdělání se stručně zmiňujeme v závěru této stati, v níž uvažujeme o přístupu k hodnocení sociálních výdajů v ČR.

1.2. Charakteristika výdajů na sociální ochranu

Výdaje na sociální ochranu jsou za jednotlivé členské země EU uváděny podle metodiky ESSPROS (Evropský systém jednotných statistik sociální ochrany). V textu uvádíme jednak data za EU 25 (tedy mimo Bulharsko a Rumunsko), za něž jsou v námi sledovaném časovém horizontu data k dispozici a jednak data za EU 27, která jsou k dispozici pouze za rok 2005. V textu uvádíme především z důvodů přehlednosti většinou grafické zpracování dat. V komentářích si všímáme zejména dat za ty země, které jsou pro srovnání s ČR inspirativní, s tím, že úplná data za EU jsou uvedena v tabulkách v příloze. V tabulkách v příloze a tam, kde je to žádoucí odkazujeme i na vývoj v některých zemích mimo EU.

Vývoj výdajů na sociální ochranu

Vývoj výdajů na sociální ochranu v letech 2000-2005 v jednotlivých zemích je logickým pokračování jejich předchozího vývoje. Možno říci, že v rámci EU 25 průměrně výdaje na sociální ochranu vyjádřené jako % HDP oscilují kolem 27% HDP a v letech 2000 – 2005 se tato relace mírně zvýšila (o 8 desetin procentního bodu) z 26,6% na 27,4%, přičemž od roku 2003 zůstává již stabilní (27,4%). V rámci EU 27 dosáhl v roce 2005 podíl výdajů na sociální ochranu na HDP 27,2%. V tomto parametru existují mezi zeměmi samozřejmě výrazné rozdíly v celém sledovaném období, neboť v zemích s nejvyspělejšími systémy sociální ochrany je tato relace zhruba 2,5x vyšší ve srovnání se zeměmi, kde je tato relace nejnižší (viz příloha 1). Pro souhrnnou charakteristiku rozdílnosti podílu výše výdajů na sociální

ochranu na HDP lze systémy sociální ochrany v zemích EU 27 roce 2005 rozdělit do následujících 4 skupin:

První skupinu představují země s nadprůměrným podílem výdajů na sociální ochranu. Spadá sem 7 zemí (Švédsko, Francie, Dánsko, Belgie, Německo, Rakousko, Holandsko), v nichž se tato relace pohybuje mezi 32% (Švédsko) a 28,2% (Holandsko). Takto rozvinuté systémy se týkají zhruba 40% populace EU.

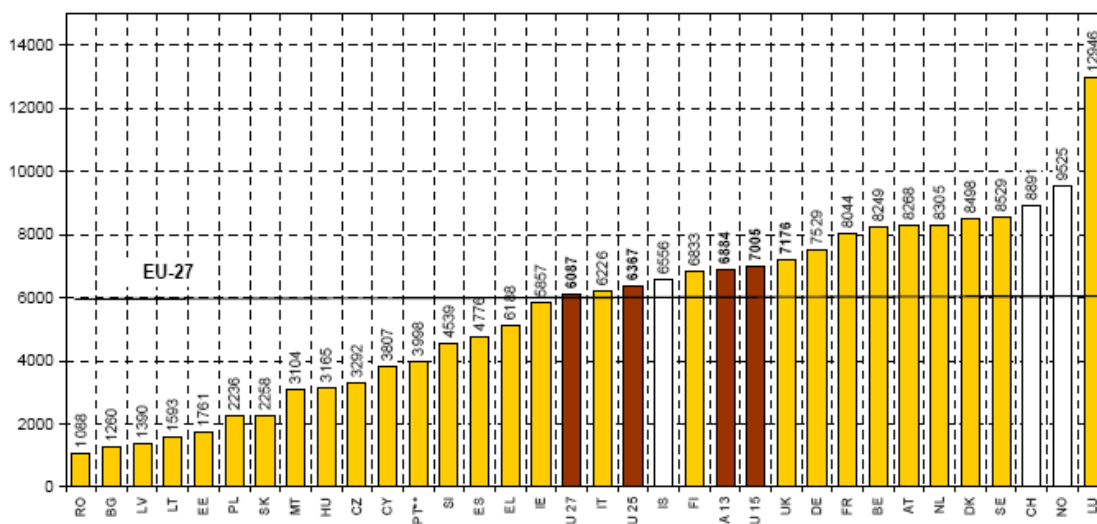
Druhou skupinu tvoří země mírně pod průměrem, které na sociální ochranu vynakládají 22,5% - 27,1%, kam spadá celkem 6 zemí (UK, Finsko, Itálie, Portugalsko, Řecko, Slovinsko). Tyto systémy pokrývají zhruba 30% obyvatel EU.

Třetí skupina zemí, kam spadá i ČR, vynakládá na sociální ochranu 22,3% - 17,4% . Spadá sem celkem 8 zemí (Lucembursko, Irsko, Kypr, ČR, Malta, Polsko, Španělsko, Maďarsko) a pokrývají zhruba 22% obyvatel EU.

Poslední skupinu představují země, které vynakládají na sociální ochranu méně než 17,4%. Patří sem 6 zemí (Slovensko, Bulharsko, Rumunsko, Lotyšsko, Litva, Estonsko) Tyto systémy pokrývají zhruba 8% obyvatel EU.

Přesvědčivější výpověď o existujících rozdílech ve výdajích na sociální ochranu mezi zeměmi EU 27 získáme, vyjádříme-li je v paritě kupní síly a v přepočtu na obyvatele. Toto vyjádření, které zohledňuje rozdíly v cenové hladině mezi jednotlivými zeměmi i četnost populací, umožňuje přesnější srovnání úrovně výdajů na sociální ochranu. Výdaje v PPS na obyvatele v roce 2005 uvádí následující graf:

Graf č. 1: Výdaje na sociální ochranu v PPS v přepočtu na hlavu v EU 27 v roce 2005





**Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti**



Poznámka: Lucembursko je mezi zeměmi EU určitým specifikem. Produkuje vysoce nadprůměrný HDP na 1 obyvatele v důsledku struktury svého hospodářství a poměrně nízkého počtu obyvatel. Svoji roli hraje také to, že poměrně značný podíl příspěvků do sociálního systému je placen lidmi žijícími mimo území. Promítnutí tohoto vlivu by znamenalo, že uvedený údaj v grafu by za Lucembursko činil přibližně 10.902 PPS.

Pramen: Eurostat - ESSPROS

V grafu velice plasticky vynikají rozdíly v úrovni vyspělosti systémů sociální ochrany (měřené výdaji). Ukazuje se, že v žebříčku EU 27 zaujímá ČR 18 místo v pořadí s hodnotou 3.292 PPS na obyvatele, což představuje zhruba polovinu (54%) průměrné hodnoty za EU 27. Mezi postkomunistickými zeměmi však ČR patří k těm, které na systém sociální ochrany vynakládají nejvíce. Graf také ukazuje, že mimo EU 27 se výdaje na sociální ochranu ve Švýcarsku, Norsku a na Islandu pohybují nad průměrem zemí EU 27, což jen potvrzuje pozici Evropy ve světovém měřítku jako regionu vyznačujícího se poměrně rozvinutými sociálními systémy.

Rozdílnost ve výdajích na sociální ochranu je poměrně značná a je ovlivněna mnoha rozmanitými faktory. Samozřejmě obecně platí, že bohatší státy si mohou dovolit rozsáhlejší a štedřejší systémy sociální ochrany: např. nejbohatší stát EU Lucembursko, jehož HDP v přepočtu na 1 obyvatele je cca 9,5x vyšší než v nejchudší Litvě vynakládá na systémy sociální ochrany nejvíce a naopak pobaltské země a Rumunsko a Bulharsko jako země chudé si mohou dovolit jen velice střední systémy sociální ochrany, přibližně desetinu toho co vynakládá Lucembursko či pětinu toho co vynakládají státy jako Švédsko, Dánsko, Holandsko, Rakousko. Dokládá to i následující porovnání výdajů na sociální ochranu s ukazateli ekonomické vyspělosti měřené pomocí HDP.



Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti



Tabulka č. 1: HDP a výdaje na sociální ochranu v PPS v přepočtu na 1 obyvatele v roce 2005 v relaci k průměrným hodnotám EU (Průměr EU 27 =100)

Země	HDP	Výdaje na SO	Země	HDP	Výdaje na SO
Lucembursko	265	212	Kypr	92	62
Irsko	147	96	Slovinsko	88	75
Nizozemsko	132	136	Malta	78	51
Rakousko	126	136	Maďarsko	64	52
Dánsko	126	140	ČR	76	54
Švédsko	123	140	Portugalsko	75	66
Belgie	120	136	Estonsko	62	29
UK	120	118	Slovensko	60	37
Finsko	115	112	Lotyšsko	53	26
Německo	115	124	Polsko	51	36
Francie	112	132	Rumunsko	35	18
Itálie	105	102	Bulharsko	35	21
Španělsko	103	78	Litva	27	23
Řecko	95	102			
Pramen: Eurostat					

Podíl výdajů na sociální ochranu v nejvyspělejších zemích EU je dlouhodobě poměrně vysoký. (V roce 1992 za tehdejších EU 15 představoval 27,7%, v roce 1996 28,4%, v roce 2000 klesl na 27% a od roku 2003 do roku 2005 zůstává na úrovni 27,8%) . Tuto okolnost je nutno posuzovat především s ohledem na historický vývoj. Pro sociální oblast totiž platí, že má nejen dlouhodobý dopad do budoucnosti, ale že i aktuální pozice je zpětně historií dlouhodobě determinována. Podíváme-li se do minulosti, pak dynamika výdajů na sociální ochranu i vyšší úroveň těchto výdajů ve vyspělých zemích EU ve srovnání např. s ČR je výsledkem dlouhodobého příznivého hospodářského, sociálního i politického vývoje v těchto zemích, který mimo jiné expanzi výdajů na sociální ochranu zprostředkovával bez výraznějších fiskálních deficitů. Podobné zázemí (např.v ekonomické výkonnosti nebo demokratických poměrech) pro vyšší úroveň sociální ochrany však ČR a ostatní postkomunistické země měly v minulosti jen velmi omezené. Tomu nutně

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

musí odpovídat i rozdíly ve stávajícím rozsahu i kvalitě sociální ochrany. V nejvyspělejších zemích EU však dochází v 90. letech ve výdajích na sociální ochranu k určitému obratu. Rostoucí nezaměstnanost, pokles daňových příjmů spolu s demografickými faktory spolupůsobily i na finanční nerovnováhu v sociální oblasti. V duchu v té době zde převládajícího a silnějšího neoliberálního myšlení se ukázalo, že jedinou nejen dlouhodobou, ale i střednědobou strategií je snaha nikoli posilovat zdroje sociálních rozpočtů, ale naopak úsilí o růst produktivity a výkonnosti ekonomiky a úsilí o úsporné vynakládání prostředků na sociální ochranu. Tato snaha v podstatě vyústila ve snížení dynamiky výdajů na sociální ochranu v letech 2000 – 2005 (viz příloha 2). Průměrná míra růstu výdajů na sociální ochranu v přepočtu na 1 obyvatele ve stálých cenách činila v těchto letech za EU 25 2,1% , za EU 15 1,9% a za EA 13 0,9% ¹. Čili, čím okruh zemí zahrnuje ty vyspělejší, tím je v jeho rámci nižší průměrné tempo růstu výdajů.

Mezi zeměmi však v této dynamice výdajů existují rozdíly (viz příloha 2). Např. v Irsku činila ve sledovaných letech průměrná roční míra růstu výdajů na sociální ochranu v přepočtu na jednoho obyvatele ve stálých cenách 9,3%, kdežto v Německu jen 0,2% , (Španělsko 3,8% Finsko 3,4%, Belgie 3,4%, Švédsko 2,7%, UK 2,6%, Nizozemsko 2,3% UK 2,6%, Francie 1,8% Itálie 1,7%, Rakousko 1,4% atd.). Příklad Irska nepochybně souvisí s tím, že tradice irské sociální politiky je poměrně mladá. Stát zde byl v minulosti ve vynakládání výdajů na sociální ochranu poměrně skoupý (mnozí za tímto faktem vidí jednu z příčin rychlého ekonomického růstu, který nebyl bržděn vysokými sociálními výdaji). Ale tato strategie nyní doznává určité změny, což se zrcadlí i ve výši ročních měr růstu těchto výdajů (např. v roce 2002 činila oproti předchozímu roku 20,1%). Německo je pak příkladem země s dlouhodobou tradicí sociální politiky, spojené mimo jiné i s rozmachem sociálně tržního hospodářství. Dosahovaný vysoký sociální standart obyvatelstva ho spíše vede k úsilí o stabilizaci výdajů na sociální ochranu a proto i míry růstu těchto výdajů jsou zde nízké (a vůbec nejnižší v rámci EU 27 a v roce v roce 2004 a 2005 dosáhly

¹ Časová řada průměrného tempa růstu za EU 27 není k dispozici vzhledem k chybějícím datům za Bulharsko.

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

dokonce záporných hodnot). Tato snaha V Německu – stejně jako i v řadě dalších vyspělých zemí EU - stále trvá, vzdor tomu, že je zdrojem určitého politického napětí. Vezmeme-li v úvahu země EU s nejvyspělejšími systémy sociální ochrany jako jsou např. Belgie, Francie, Lucembursko, Itálie, Nizozemsko, Švédsko, Rakousko, Německo, pak přes jejich rozdílné průměrné míry růstu výdajů na sociální ochranu v letech 2000 – 2005 v přepočtu na 1 obyvatele je jim společné, že míra růstu zde má klesající tendenci. Méně čtené jsou pak mezi nimi země, kde míra růstu těchto výdajů roste (Finsko, Španělsko) a země, kde je více méně konstantní (Francie, UK).

Ve srovnání s uvedenými vyspělými zeměmi (s výjimkou již zmíněného Irska) jsou průměrné míry růstu výdajů na sociální ochranu v přepočtu na obyvatele ve stálých cenách v letech 200-2005 v postkomunistických zemích vyšší (v Maďarsku tato míra činila 8%, v ČR 4,2%, v Polsku 3,3%, v SR 1,3%). Pobaltské země pak dosáhly za léta 2000 -2005 ještě vyššího průměrného tempa růstu (Estonsko 7,7% , Lotyšsko 5,5%, Litva 4,9%). Růst výdajů na sociální ochranu v přepočtu na obyvatele v těchto zemích je opodstatněný a samozřejmě souvisí s deficitem celé sociální oblasti a s relativně nižším sociálním standardem obyvatelstva těchto zemí .

Pro ujasnění pozice ČR mezi vyspělými zeměmi EU třeba dodat, že výdaje na sociální ochranu a jejich dynamiku je v ČR nutno hodnotit s ohledem na následující skutečnosti. K budování systému sociální ochrany v ČR docházelo v době,¹ která byla výrazně odlišná od podmínek, v nichž své systémy vytvářely vyspělé země EU. Nešlo jen o odlišné zázemí spočívající v ekonomické síle a vyspělosti, o němž již byla zmínka, ale i o to, že se výrazně změnily podmínky v nichž byl a je systém v ČR vytvářen a dotvářen. Objevily se nové a do té doby často zcela neznámé nebo odsouvané sociální situace a problémy: např. riziko stárnutí populace, dochází ke změnám v rodinných strukturách, vznikla nová rizika jako je chudoba a sociální vyloučení a mění se postoje k nim, objevil se problém nezaměstnanosti a realita jejího trvalého výskytu, narůstají výdaje spojené

¹ Jde zejména o celá 90.léta, v jejichž průběhu ČR transformovala svůj téměř výlučně státní systém sociálního zabezpečení občanů a vytvořila (a dnes ještě stále dotváří) standardní systém sociální ochrany obdobný zemím EU.

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

s financováním systémů zdravotní péče, narůstají další sociální ohrožení spojená s migračními procesy, narkomanií, zločinností atd., které se v ČR staly tvrdou realitou. Je nesporné, že i na ně musel a musí náš sociální systém reagovat a řešit je souběžně s transformačními změnami a to při relativně omezených ekonomických zdrojích. Z tohoto zorného úhlu a s přihlédnutím k faktu, že v ČR nedošlo k žádnému významnějšímu odporu obyvatel k sociálním změnám lze soudit, že výdaje na sociální ochranu i jejich dynamika byly dosud nastaveny více méně na přijatelné úrovni.

Problematictější se jeví to, že dynamika výdajů na sociální ochranu v ČR v jednotlivých letech ukazuje na poměrně značnou rozkolísanost. Nepříznivě se jeví zejména nárůst tempa růstu těchto výdajů v posledním sledovaném roce (z 1% v roce 2004 na 3,9% v roce 2005). Vzhledem k tomu že ve sledovaném časovém horizontu nedošlo ani k žádným výrazným změnám ve struktuře českého sociálního systému, s nimiž by se daly kolísavé míry růstu spojovat, lze tento vývoj připisovat spíše ad hoc. přijímaným legislativním změnám v sociální oblasti a nedostatku koncepce.

Výdaje na sociální ochranu se v jednotlivých zemích EU neliší jen výší a dynamikou, ale i svoji vnitřní strukturou.

Struktura výdajů na systémy sociální ochrany podle jejich účelu

Nejen v celkových výdajích na sociální ochranu, ale také v jejich struktuře se zrcadlí ekonomická vyspělost zemí i značná různorodost sociálních systémů zemí EU, ovlivněná historickým vývojem, tradicemi, zvyklostmi, ideologií, etickými normami atd., jak jsme již naznačili výše. Velký tlak na výdaje, (který není nový, jehož jsme svědky již desítky let) je v současné době však všeobecně (v celé EU) zesilován vedle růstu nákladů na zdravotní péči i demografickými vlivy (stárnutí populace) a také vývojem nezaměstnanosti a růstem nákladů spojených s řešením problémů sociálního vyloučení¹. Svoji roli v posilování tlaku na sociální výdaje

¹Mimo úvahu ovšem zůstává tlak spojený s potřebou zdokonalování a rozšiřování vzdělávacích systémů. O tomto problému se zmiňujeme v závěru této statě.

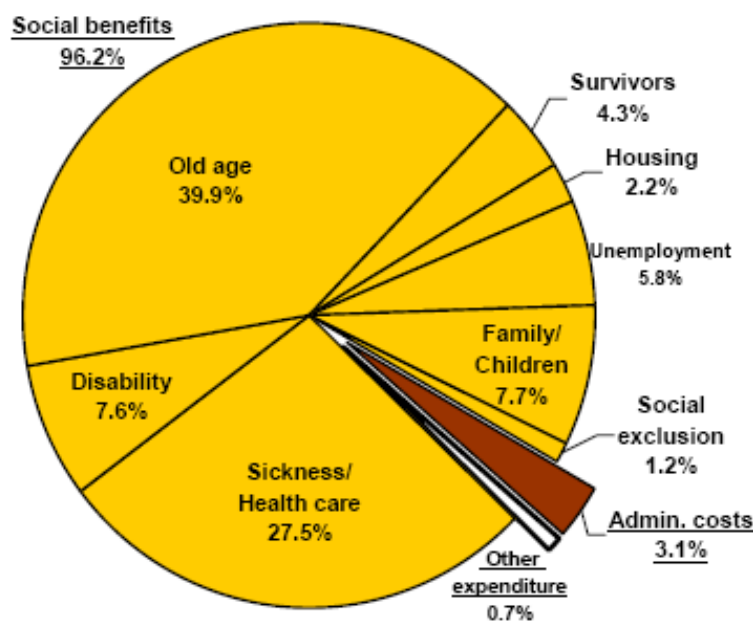
Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

vykonává i populismus a podbízení se veřejnosti různými sociálními výhodami a samozřejmě i odpor veřejnosti proti rozpočtovým škrtům sociálních výdajů. V důsledku všech těchto skutečností jsou sociální systémy a výdaje na ně v každé zemi velice specificky determinovány a strukturovány. Přesto, že všechny státy EU čelí výše zmíněným tlakům, intenzita nemusí být a také není všude stejná. Jednotlivé země také mají v sociální sféře odlišné preference v závislosti na tom jaká je jejich retrospektivní i aktuální sociální politika. Všechny tyto rozmanitosti se odrážejí ve struktuře sociálních výdajů, jimž se nyní věnujeme.

Výdaje na sociální ochranu jsou podle klasifikace ESSPROS v rámci zemí EU členěny podle šesti skupin: 1. starobní a pozůstalostní důchody, 2. zdravotní a nemocenská péče, 3. invalidita, 4. podpora rodiny a dětí, 5. nezaměstnanost, 6. bydlení a sociální vyloučení. Celkový přehled o struktuře výdajů na tyto účely uvádí následující graf.

Graf č. 2

Struktura výdajů na sociální ochranu v roce 2005 v EU 27



Pramen: Eurostat - ESSPROS

Informace z uvedeného grafu a tabulek č. 3 a 4 v příloze lze shrnout do následujících bodů:

a) ve všech zemích EU 27 je největší objem prostředků v r. 2005 vynakládán na důchody (starobní a pozůstalostní). EU v průměru vynakládá na tento účel 12% HDP, což představuje zhruba 46% všech výdajů na sociální dávky. Nejvíce na důchody vynakládá Itálie (15,5% HDP), což je více jak 60% všech výdajů a nejméně Irsko (4,5% HDP) což je jen o málo více než ¼ sociálních výdajů této země. Tak propastný rozdíl mezi těmito zeměmi je připisován zejména demografickému vývoji. Itálie patří k zemím, kde podíl obyvatelstva staršího než 60 let činí zhruba 25% (v průměru EU 27 pouze 21,8%). Naproti tomu Irsko je zemí s nejmladší populací v EU (v roce 2005 téměř 28% populace bylo mladší než 20let a pouze zhruba 15% bylo starších než 60 let). Svoji roli zde hrají i zažitá a dobré tradice spočívající na větší soběstačnosti a vzájemné solidaritě uvnitř rodin. ČR na důchody vynakládá zhruba 8% svého HDP, což představuje téměř 43% našich sociálních výdajů. Podobnou relaci k HDP má i Bulharsko, Španělsko, Kypr, Lucembursko, Slovensko. V Německu, Dánsku, Řecku, Francii, Holandsku, Rakousku, Polsku, UK, Slovinsku, Švédsku se tato relace pohybuje v pásmu mezi 10 – 13,5 % HDP. V baltických zemích a v Rumunsku je relace nejnižší a pohybuje se mezi 5 – 6% HDP a představuje zde více jak 2/5 celkových výdajů na dávky těchto zemí. Dynamika výdajů na důchody byla v EU ve sledovaných letech nižší (průměrná roční míra růstu činila 2%) než-li míra růstu celkových sociálních výdajů (průměrná roční míra 2,4%) a to především díky vyšší míře růstu výdajů na zdravotní a nemocenskou péči (průměrná roční míra 3,4%).

b) druhou největší a také nejrychleji rostoucí skupinou jsou výdaje na zdravotní a nemocenskou péči. Země EU v průměru vynakládají na tuto péči cca 7,5% HDP tj. téměř 29% svých výdajů na sociální ochranu. Výrazně nad tímto evropským

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

průměrem se pohybuje Irsko, které na tato účely vynakládá téměř 41% svých sociálních výdajů.¹ Vysoký je tento podíl také v ČR (35,3% všech výdajů) a v Rumunsku (36,2% všech výdajů), nejnižší pak v Polsku a Dánsku (zhruba 1/5 všech sociálních výdajů). Pokud jde o dynamiku, pak v EU průměrná roční míra růstu výdajů je zde ve srovnání s ostatními složkami vůbec nejvyšší (3,4%). ČR dosahuje nadprůměrné míry růstu (5,1%), a zajímavé je, že Slovensko má vůbec nejnižší a záporné tempo růstu mezi EU 25. (-2,1%)

c) třetí skupinu z hlediska velikosti výdajů představuje podpora rodin a dětí, na něž EU v průměru vynakládá 2,1% HDP, což je 8% všech výdajů na dávky. Nejštědřeji byly v roce 2005 dotovány rodiny v Lucembursku, v Irsku, v Dánsku, v Estonsku (více jak 12% všech výdajů), ale relativně vysoké jsou tyto výdaje i v Německu, na Kypru, Maltě, v Litvě, Rakousku a skandinávských zemích. Za těmito rozdíly stojí různé příčiny: např. v Lucembursku je to růst rodinných přídatků, v Irsku reformy mateřské dovolené. V ČR se výdaje na tento účel blíží evropskému průměru a představují 7,5% všech výdajů na sociální dávky, což představuje 1,4% HDP. Také dynamika těchto výdajů je v ČR umírněná (ve sledovaných letech v průměru 1,8%) a nižší než-li činí průměrná míra růstu v EU (2,2%), což je pozitivní signál, protože financování této kategorie výdajů je více méně jednoznačně založeno na celospolečenském solidarismu.

d) Výdaje na dávky v nezaměstnanosti v EU představují v průměru cca 1,6% HDP tj. 6,1% všech výdajů na dávky. Míra nezaměstnanosti a štědrost ovlivňuje rozdíly ve výši výdajů mezi zeměmi: nejvíce na tyto dávky vynakládá Belgie, Španělsko, Dánsko, Finsko a Švédsko a nejméně Lotyšsko, Estonsko, Bulharsko, Itálie, UK. Roční míra jejich růstu činila v EU v letech 2000-2005 1,5%, což je méně, než-li činila celková míra růstu výdajů na sociální dávky (2,4%).

e) Nejnižší výdaje v EU jsou ve skupině výdajů na bydlení a sociální vyloučení (0,9% HDP a 3,5% všech výdajů). Ale dynamika výdajů EU v této skupině je po

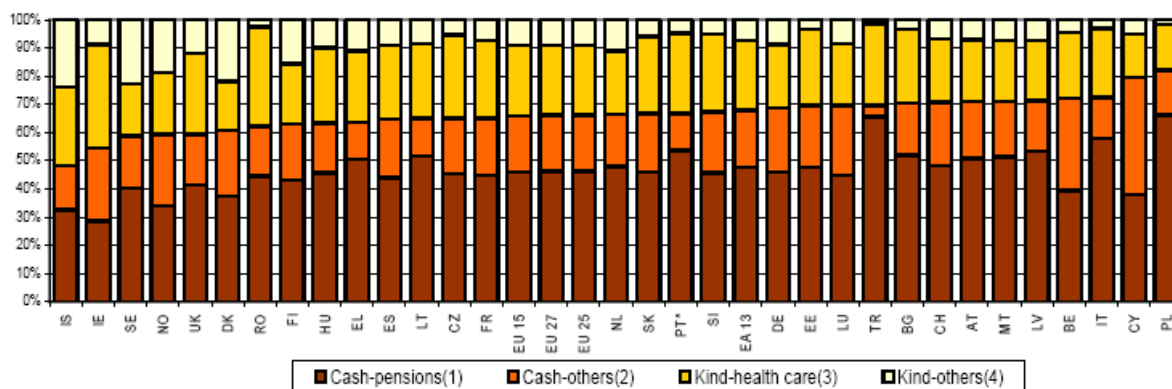
¹ Tento vysoký podíl na celkových výdajích je samozřejmě ovlivněn relativně nižším podílem výdajů, které jsou směřovány na výdaje důchodů. Viz výše
Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

zdravotní péči druhá nejvyšší (průměrná míra růstu 2,9%) a je ovlivněna zejména růstem výdajů spojených se sociálním vyloučením. I v tomto případě jde o výdaje financované především cestou solidarity.

Většina dávek, které jsou v EU poskytovány v rámci systémů sociální ochrany jsou dávky peněžní. Ty představovaly v roce 2005 v úhrnu za tyto země 66,2% všech poskytovaných dávek, což vyjádřeno v relaci k HDP činí 17,4%. Většinu z peněžních dávek představují výdaje na důchody (46,4% všech poskytovaných dávek). Věcné dávky, jejichž většinu tvoří dávky poskytované ve zdravotnictví, tvořily 33,8% všech poskytovaných dávek, tj. 8,9% HDP. Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi jsou patrné z následujícího grafu.

Graf č.3

Peněžní a věcné dávky poskytované systémy sociální ochrany v EU v roce 2005



Pramen: Eurostat - ESSPROS

Poznámka: (1) = penze starobní, invalidní(částečné i plné), předčasné, pozůstalostní
(2) = nemocenské dávky, podpora rodin, dávky v nezaměstnanosti, chudobě apod.
(3) = poskytovaná zdravotní péče včetně poskytovaných léků
(4) = poskytované sociální služby (asistenční, ubytování, poradenství , rekvalifikace, rehabilitace apod.

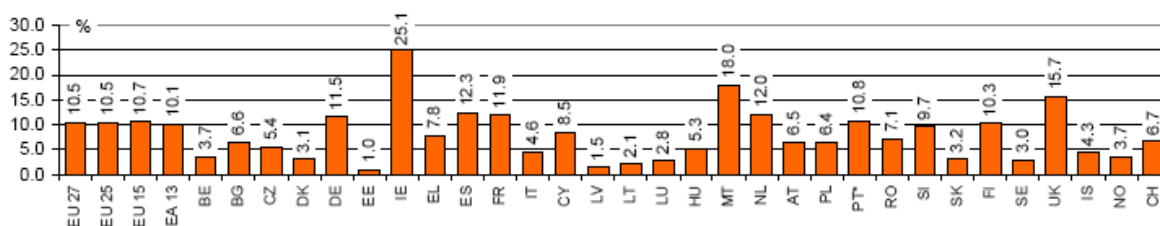
Většina dávek je poskytována plošně bez ohledu na příjmovou pozici beneficiantů. V roce 2005 tvořily testované dávky v EU 27 zhruba 1/10 všech dávek. Nejvyšší

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

podíl testovaných dávek vykazuje Irsko (25,1%), Malta (18,0%) UK (15,7%), a naopak nejnižší podíl mají pobaltské země (mezi 1 –2%) a také Švédsko, Dánsko, Belgie, Itálie. V ČR tvořily testované dávky 5,4% všech dávek. Přehled je uveden v následujícím grafu:

Graf č. 4

Testované dávky v EU jako % všech sociálních dávek v r. 2005



Pramen: Eurostat - ESSPROS

Financování systémů sociální ochrany

Zdroje pro financování systémů sociální ochrany v EU jsou v zásadě získávány prostřednictvím dvou základních cest: daněmi a příspěvky placenými v rámci pojištění. Financování v zásadě souvisí s charakterem a strukturou sociálních dávek (zejména s nastavením systému sociálního zabezpečení) a způsobem financování zdravotnictví. Pokud jde o zdroje získávané placením pojistného je důležité jak v něm jsou rozloženy příspěvky placené zaměstnavateli a zaměstnanci. Předimenzování kteréhokoli způsobu získávání příjmů pro financování sociální ochrany není pro dlouhodobý vývoj společnosti dobré : např. vysoké sazby pojistného placené zaměstnavateli tlumí motivační funkci mzdy a ovlivňují cenu práce a konkurenční pozici firem na trhu a nadměrná míra zdanění může mít pak, jak známo, ve svém důsledku rovněž demotivační a demoralizační efekty.



**Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti**



Ve sledovaném období byly hlavní zdroje příjmů v zemích EU určeny k financování sociální ochrany zastoupeny v celkových zdrojích následujícími relacemi:

- a) příspěvky placenými v rámci pojištění, které v roce 2005 tvořily 59% všech zdrojů, přičemž podíl zaměstnavatelů činil 38,2% a podíl zaměstnanců 20,8%
- b) daněmi, které v roce 2005 tvořily 37,6% všech zdrojů.
- c) ostatních zdroje tvořily 3,4% a jejich zastoupení ve financování sociální ochrany je méně významné méně významné .

Podíváme-li se na vývoj ve sledovaném období, pak ten proběhl směrem k relativnímu posílení daní a také směrem k mírnému relativnímu poklesu ostatních zdrojů. Za těmito průměrnými hodnotami jsou ovšem skryty rozdíly mezi jednotlivými zeměmi, které jsou patrné z následující tabulky:

Tabulka č. 2: Zdroje financování sociální ochrany v zemích EU jako % celkových zdrojů v roce 2000 a 2005

	General government contributions		Social contributions						Other receipts	
			Total		Employers		Protected persons (1)			
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
EU 27	:	37.6	:	59.0	:	38.3	:	20.8	:	3.4
EU 25	35.4	37.7	60.9	59.0	38.7	38.2	22.2	20.8	3.6	3.3
EU 15	35.6	37.9	60.9	58.9	38.7	38.2	22.2	20.7	3.5	3.2
EA 13	31.8	33.9	64.3	62.6	41.5	40.1	22.9	22.5	3.9	3.4
BE	25.3	24.7	72.1	73.4	49.9	51.4	22.3	22.0	2.5	1.9
BG	:	36.1	:	60.7	:	42.4	:	18.3	:	3.1
CZ	25.0	18.1	73.8	80.7	49.8	54.3	24.0	26.4	1.2	1.2
DK	63.9	63.2	29.4	28.8	9.1	10.3	20.3	18.5	6.7	8.0
DE	31.8	35.6	66.1	62.7	38.5	35.0	27.6	27.7	2.1	1.6
EE	20.6	20.4	79.2	79.5	79.2	79.0	:	0.4	0.2	0.1
IE	58.3	53.9	40.1	40.0	25.1	24.7	15.1	15.3	1.5	6.1
EL	29.2	30.7	60.8	58.4	38.2	35.5	22.6	22.9	10.0	11.0
ES	29.4	33.3	68.0	64.5	51.8	48.9	16.2	15.6	2.6	2.1
FR	30.3	30.6	65.9	65.6	46.0	44.7	19.9	20.9	3.8	3.8
IT	40.6	41.4	57.7	57.0	42.8	41.7	14.9	15.3	1.6	1.6
CY	45.0	53.7	37.3	34.7	20.5	19.7	16.8	15.0	17.7	11.6
LV	33.5	35.3	66.5	64.1	50.2	47.1	16.3	16.9	0.0	0.7
LT	38.9	39.6	59.6	59.9	53.7	53.8	5.9	6.0	1.5	0.5
LU	46.9	45.3	48.6	51.4	24.7	26.9	23.8	24.4	4.6	3.4
HU	31.6	34.8	59.7	57.9	47.0	42.0	12.8	15.9	8.7	7.3
MT	30.5	34.5	66.8	62.7	45.3	43.5	21.5	19.2	2.6	2.8
NL	14.4	19.9	67.5	67.9	29.4	33.4	38.1	34.4	18.1	12.3
AT	32.5	33.1	66.2	65.4	39.1	37.9	27.1	27.4	1.3	1.6
PL	32.5	39.2	55.3	50.4	30.5	28.0	24.8	22.3	12.2	10.4
PT*	39.1	42.2	53.0	47.5	35.6	31.7	17.4	15.7	7.9	10.0
RO	:	11.7	:	73.3	:	49.7	:	23.5	:	15.0
SI	31.5	31.7	66.3	67.4	27.0	27.4	39.3	40.0	2.2	0.8
SK	31.0	14.0	66.8	84.4	48.3	62.0	18.5	22.4	2.2	1.5
FI	42.9	43.7	50.0	50.2	38.0	38.8	12.0	11.4	7.0	6.1
SE	45.8	48.0	49.9	49.8	40.5	41.0	9.4	8.8	4.3	2.3
UK	46.4	50.5	52.4	47.9	29.9	32.4	22.5	15.5	1.2	1.6
IS	51.4	32.8	48.6	32.0	39.5	26.2	9.1	5.7	:	35.2
NO	60.5	55.8	38.4	44.1	24.4	29.5	14.0	14.6	1.1	0.1
CH	21.0	22.2	60.4	59.8	29.3	27.6	31.1	32.1	18.6	18.0

Pramen: Eurostat - ESSPROS

Z tabulky je zřejmé že o v roce 2005 se o daně ve velké míře opírá financování sociální ochrany především v Dánsku (63,2% všech zdrojů), v Irsku (53,9%), na Kypru (53,7%) a v UK (50,5%). Naopak k zemím, které financování sociální ochrany opírají ve velké míře o příspěvky pojištění patří Slovensko, ČR, Estonko, Belgie, kde podíl těchto zdrojů přesahuje 70% . Lze také říci, že v obou uvedených skupinách zemí se v letech 2000 –2005 jejich inklinace ke zdrojům financování nemění a je spíše posilována. Příčiny jsou samozřejmě dány historicky, tradicemi a národními specifiky a v postkomunistických zemích zejména pak transformačními změnami a znovuzavedením institutu pojištění. Země severní Evropy a UK se kloní více k tradici Beveridgeho a ostatní země jsou více ovlivněny Bismarkovým konceptem, založeným na myšlence povinného veřejného pojištění. Vývoj v některých zemích je určitým náznakem o zmírnění rozdílů mezi oběma koncepty: např. v zemích tradičně se opírajících o pojišťovací koncepty (Německo, Itálie, Rakousko,) roste význam daní jako zdroje financování sociální ochrany. K tématu solidarita versus ekvivalence lze na základě uvedených dat jednoznačně říci jen málo a to, že za posilováním vládních výdajů lze spatřovat růst solidarity a za růstem ostatních výdajů růst ekvivalence. Příjmy z pojištění (jako objemově nejvyšší zdroj financování sociální ochrany v EU) jsou však z pohledu solidarity a ekvivalence jak víme značně neurčité, protože tyto příjmy se tvoří na základě využívání obou principů.

1.3. Přístup k hodnocení sociálních výdajů v ČR

Výdaje na sociální ochranu jsou prakticky nejběžnějším způsobem jak integrálně postihnout a charakterizovat značně heterogenní sociální systémy. A řekněme hned, že způsobem ne příliš dokonalým a dostatečným pro to, abychom na tomto základě mohli např. usuzovat na optimální výši či strukturu těchto výdajů. Jak jsme již uvedli, výdaje na sociální ochranu jsou totiž v každé zemi výsledkem řady specifíků a závisí na četných a rozmanitých skutečnostech. Posoudit jejich optimální výši i to, jak jsou do jejich financování zapojeny principy solidarity a ekvivalence by vyžadovalo

provést v každé zemi hlubší analýzy nejen ekonomických a politických poměrů, ale i rozsáhlé sondy dalších společenských podmínek (historického vývoje, etické norem, kulturních a náboženských tradic a zvyklostí souvislostí se společenským okolím, atd.). To se vymyká našim možnostem a takové posouzení proto ponecháváme stranou. Chceme se však vyjádřit ke dvěma, dle našeho soudu důležitým skutečnostem spojeným s hodnocením sociálních výdajů v ČR:

Za prvé se chceme vrátit k tomu, co již bylo naznačeno na začátku této stati a upozornit, že výše uvedené výdaje na sociální ochranu jako charakteristika sociálních výdajů mají určitý handicap i z jiného hlediska : představují totiž jen jednu jejich část – i když velice významnou. Další složku sociálních výdajů by měly tvořit výdaje na vzdělání (na vzdělávací systém). Ty nemohou být opomenuty, zvláště v současné době, kdy role vzdělání v ekonomické sféře i mimo ni neobyčejně sílí, tak jak se postupně utváří model společnosti založené na znalostech. Ekonomická prosperita i kvalita života ve společnosti budou ve stále větší míře závislé, na sdílení a využívání informací, na schopnosti umět s nimi pracovat, vytvářet z nich znalosti, neboť právě ty se stávají rozhodujícím zdrojem růstu ekonomiky a kvality života občanů ve společnosti. Technický pokrok je ve stále větší míře zaměřený na intelektualizaci výrobků a služeb a produktivita práce a výkonnost ekonomik je resp. zejména bude hnána především kvalitativními, znalostními faktory. Tento trend je objektivní a nelze ho zastavit. Proto jedinec a jeho kvality jsou považovány za klíčový atribut společenského rozvoje a do centra pozornosti se dostávají vzdělávací systémy, potřeba je zdokonalovat a investovat do nich. Takovýto přístup umožňuje vidět, že některé sociální systémy (zejména vzdělávací, zdravotní ale i prvky některých tradičních systémů sociálního zabezpečení) a výdaje do nich jsou prakticky investicemi do rozvoje ekonomiky a společnosti. Investice do lidského kapitálu¹ podle řady studií potvrzují pozitivní korelaci s ekonomickým růstem a dokládají, že alokace investic do vzdělání i zdraví má mnohé pozitivní ekonomické i

¹ Encyklopedie Universum definuje lidský kapitál takto: „Lidský kapitál – výrobní potenciál, který má národní hospodářství k dispozici v podobě kvalifikace a výkonnosti výdělečně činných osob. Jeho rozvoj je závislý zejména na stavu školství a zdravotnictví dané země. Lze si ho představit jen fiktivně jako kapitál ohodnocený v penězích“. Encyklopedie Universum, str.436. svazek 5, Praha: Odeon, 2000. ISBN 80-207-1067-1

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

mimoekonomické přínosy¹ pro společnost i pro jedince. S odkazem na literaturu lze tento fakt pokládat za platnou hypotézu. Vzdělávací (stejně jako zdravotní systém) tedy představuje oblast, která významně stimuluje ekonomický a společenský vývoj a realokace investic v jeho prospěch se stává předpokladem budoucího blahobytu.² Z těchto důvodů by proto koncept sociálních výdajů neměl postrádat výdaje na vzdělání.

Rozšíření našich úvah o sociálních výdajích i o výdaje na vzdělávací systémy má tedy svou logiku a opodstatnění. Oba systémy (sociální ochrany a vzdělávací), nad to co bylo právě uvedeno, spojuje i to, že v obojích výdajích (tj. ve výše charakterizovaných výdajích na sociální ochranu i ve výdajích na vzdělání) jsou významně zastoupeny veřejné finanční zdroje, ale i to, že systémy sociální ochrany a vzdělávací systémy a výdaje na ně jsou spolu poměrně úzce v rámci celého sociálního systému vnitřně propojeny. Od vzdělání se totiž očekává, že pomůže řešit mimo jiné i řadu sociálních problémů (např. zmírnění nezaměstnanosti, chudoby, rodinných krizí a jejich negativních dopadů na výchovu dětí apod.) a že tedy může plnit roli společenské prevence negativních sociálních jevů a „šetřit“ tak prostředky v těch subsystémech sociální ochrany, které plní převážně pasivní roli. To samozřejmě bude vyžadovat neuvažovat o sociálních výdajích jen „an block“ ale i o jejich struktuře a v ní více preferovat investice do vzdělání a zdraví a zvažovat jakou měrou se tak má dít solidární či tržní cestou. Proto všechny úvahy o optimalizaci sociálních výdajů musí mít tyto souvislosti na zřeteli, respektovat je, pracovat s nimi a dbát, aby sociální systém jako celek nebyl ve své struktuře deformován, a tudíž aby nebyl i méně funkční a méně dostupný občanům a aby současně nebyl zbytečně nákladný. To samozřejmě představuje složité výzkumné zadání.

Za druhé se chceme vyjádřit k tomu, že často se lze setkat s jednostranným hodnocením sociálních výdajů, kdy tyto jsou považovány spíše za jakési

¹ Podrobněji viz: Mertl, Vychová: Úloha zdraví a vzdělání v ekonomickém rozvoji. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky č. 7/2007

² Na tomto místě se dále věnujeme jen některým souvislostem spojeným se vzdělávacími systémy resp. s ohledem na zaměření celé této stati především otázkám investic do vzdělání. Problémům zdraví a zdravotní péče je věnována samostatná kapitola.

„negativum“, neboť nadměrně zatěžují státní rozpočet, zapříčiňují deficitní financování, zvyšují cenu práce, omezují investování atd. To je samozřejmě z určitého zorného úhlu pohledu pravda, ale je nutno vidět, že za tímto názorem se skrývá více méně jen hledisko okamžitého, krátkodobého hodnocení sociálních výdajů. Je proto otázkou, zda logika takového uvažování je nosná i z hlediska perspektivního vývoje. Zda bude přijatelná i v budoucnu, kdy, jak jsme se již zmínili, rozhodující roli bude mít jedinec, jeho kvality a kvalifikace a tudíž i investice do vzdělání a zdraví. Tento objektivní fakt budoucnost nezvrátí, naopak jej spíše ještě zvýrazní. Chceme-li obstát ve světové konkurenci, bude asi nutno více investovat do vědy, do vzdělání a vůbec do lidského kapitálu a hospodářský růst neopírat tudíž o levnou práci, protože jsou to právě investice do lidí, které ve svém důsledku vedou k růstu výkonnosti ekonomiky a prosperity společnosti. Je třeba se zamyslet nad tím, zda stávající strategie zaměřená především na levnou práci (jednotkové náklady ČR ve srovnání v vyspělých zemích EU jsou asi poloviční) a nízké sociální výdaje (mezi EU 27 zaujímá ČR 18. místo) může vést v soudobých podmínkách k dlouhodobé prosperitě společnosti. Jsme toho názoru, že je nade vše pochybnost, že nechceme-li si uzavírat cestu k budoucnosti, sociální výdaje a v nich zejména výdaje na vzdělání, ale i na zdravotní péči by měly soustavně růst (a to tím spíše, že např. vzdělávací sektor je dlouhodobě podfinancován¹).

Jiná, s tím související otázka je, jak zdravotnictví a vzdělávací sektor financovat. Zda tento dynamický a lukrativní segment ekonomiky, (jakým zmíněná odvětví beze sporu jsou) a výdaje do něj realizovat ve větší míře solidární či tržní cestou. Solidární cesta jak známo vyžaduje nikoli nízké, ale spíše vysoké daně, tržní cesta pak sice nezvyšuje tlak na veřejné zdroje, ale je spojena s rizikem dostupnosti vzdělání i zdravotní péče pro nižší příjmové skupiny. Pohled na daňovou zátěž v zemích EU naznačuje, že mezi vyspělými a prosperujícími zeměmi jsou takové, kde daňové zatížení je v průměru nižší než-li v ČR (např. Belgie, UK, Lucembursko,

¹ ČR vynakládá na vzdělání necelých 5% HDP (4,9% v roce 2004), ale např. v Dánsku 7,5%, USA 7,4%, Švédsko 6,7%, Finsko, Francie a Belgie 6,1%, UK 6,0%. Ale i nám bližší Slovinsko (6,3%), Polsko (6,0%), Maďarsko (5,6%) vynakládají na vzdělání více prostředků než ČR.



**Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti**



Irsko), ale nemálo je i těch, kde je tato zátěž vyšší (Rakousko, Německo, Itálie, Švédsko. Otázkou je jakou cestou ČR dále půjde. Jisté je, že současná strategie podřizuje sociální výdaje i výdaje na vzdělání jen možnostem produkce HDP a nebere dostatečně v úvahu význam a roli vzdělání (ale i zdraví) jako zdroje jeho růstu. Setrvává v tlaku na snižování daní a při relativně nízkých sociálních výdajích (tj. výdajích na sociální ochranu i na vzdělání) neumožňuje ani zmírňovat diskrepanci v sociálním standardu obyvatel ČR a vyspělých zemí EU, ba naopak spíše nás od vyspělých zemí EU vzdaluje. Tuto strategii bude třeba přehodnotit a sociální výdaje posuzovat i z hlediska generování zdrojů rozvoje naší společnosti v perspektivě.

Metodologická poznámka a vysvětlivky ke grafům a tabulkám v textu a v příloze :

- 1) Data za Portugalsko v roce 2005 jsou uvedena za rok 2004
- 2) EU 15: Belgie (BE), Dánsko (DK), Německo (DE), Irsko (IE), Řecko (EL) Španělsko (ES), Francie (FR), Itálie (IT), Lucembursko (LU), Nizozemsko (NL), Rakousko (AT), Portugalsko (PT), Finsko (FI), Švédsko (SE), Spojené království (UK). EU 25: EU 15, Česká republika (CZ), Estonsko (EE), Kypr (CY) Litva (LV) Lotyšsko (LT), Maďarsko (HU), Malta (MT), Polsko (PL), Slovinsko (SI), Slovensko (SK). EU 27: EU 25, Rumunsko (RO), Bulharsko (BG).



**Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti**



Seznam použité literatury:

Dohnalová, M. 2006: Sociální ekonomika v europeizaci českého hospodářství. Praha. Studie národohospodářského ústavu Josefa Hlávky č. 9

Mertl, J. Vychová, H. 2007: Úloha vzdělání a zdraví v Ekonomické rozvoji. Praha. Studie národohospodářského ústavu Josefa Hlávky č.1

Newton, K. 1997: Social Capital and Democracy.

Petrášová, A. 2008: Social Protection in the European Union. Eurostat, Statistics Focus 46/2008

Stehr, N.1994: Knowledge Societies, London SAGE

Vintrová, R. 2006 Historické předpoklady a reálné perspektivy konvergence české ekonomiky k Evropské unii. Praha. Studie ústavu Josefa Hlávky č.7

Víšek P. 2004: Výzvy pro sociální politiku, Praha, Socioklub

Žižková, J. 1999: Sociální výdaje a jejich přiměřenost ekonomickému růstu. Praha Sociální politika č.6

Zdroje dat: webové stránky: Eurostat – structural indicators, Eurostat – ESSPROS, VÚPSV,
Education at Glance – OECD 2007



Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti



Přílohy

Příloha č.1

Výdaje na sociální ochranu v EU v letech 2000-2005 jako % HDP

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
EU 27	:	:	:	:	:	27.2
EU 25	26.6	26.8	27.1	27.4	27.3	27.4
EU 15	27.0	27.1	27.4	27.8	27.7	27.8
EA 13	26.8	26.9	27.4	27.8	27.8	27.8
BE	26.5	27.3	28.0	29.1	29.3	29.7
BG	:	:	:	:	:	16.1
CZ	19.5	19.5	20.2	20.2	19.3	19.1
DK	28.9	29.2	29.7	30.9	30.9	30.1
DE	29.3	29.4	30.0	30.3	29.6	29.4
EE	14.0	13.1	12.7	12.6	13.1	12.5
IE	14.1	15.0	17.3	17.8	18.2	18.2
EL	23.5	24.1	23.8	23.6	23.6	24.2
ES	20.3	20.0	20.3	20.4	20.6	20.8
FR	29.5	29.6	30.4	30.9	31.3	31.5
IT	24.7	24.9	25.3	25.8	26.0	26.4
CY	14.8	14.9	16.2	18.4	17.8	18.2
LV	15.3	14.3	13.9	13.8	12.9	12.4
LT	15.8	14.7	14.1	13.6	13.3	13.2
LU	19.6	20.9	21.6	22.2	22.3	21.9
HU	19.3	19.3	20.4	21.1	20.7	21.9
MT	16.5	17.4	17.5	17.9	18.4	18.3
NL	26.4	26.5	27.6	28.3	28.3	28.2
AT	28.1	28.4	29.0	29.3	29.0	28.8
PL	19.7	21.0	21.1	21.0	20.1	19.6
PT	21.7	22.7	23.7	24.1	24.7	:
RO	13.2	13.2	13.4	12.6	15.1	14.2
SI	24.6	24.8	24.8	24.1	23.7	23.4
SK	19.3	18.9	19.0	18.2	17.3	16.9
FI	25.1	24.9	25.6	26.5	26.6	26.7
SE	30.7	31.2	32.2	33.2	32.7	32.0
UK	26.9	27.3	26.2	26.2	26.3	26.8
IS	19.2	19.4	21.2	23.0	22.6	21.7
NO	24.4	25.4	26.0	27.2	25.9	23.9
CH	26.9	27.6	28.5	29.1	29.3	29.2

Pramen: Eurostat- ESSPROS

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102



**Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti**

Příloha č. 2

Průměrné roční míry růstu výdajů na sociální ochranu v přepočtu na 1 obyvatele ve stálých cenách v EU v letech 2000-2005

	2001 2000	2002 2001	2003 2002	2004 2003	2005 2004	Annual average of growth for 2000-2005
EU 27	:	:	:	:	:	:
EU 25	2.3	2.6	2.7	1.4	1.3	2.1
EU 15	2.2	2.4	2.4	1.4	1.3	1.9
EA 13	2.0	3.2	1.6	1.0	0.9	1.7
BE	3.2	4.3	4.4	3.1	2.1	3.4
BG	:	:	:	:	:	:
CZ	3.4	7.8	5.2	1.0	3.9	4.2
DK	1.7	2.4	4.5	2.3	1.3	2.4
DE	0.9	2.1	0.5	-1.7	-0.6	0.2
EE	0.3	6.0	10.4	13.5	8.9	7.7
IE	12.7	20.1	4.3	5.5	4.9	9.3
EL	8.6	2.6	4.5	5.1	5.4	5.2
ES	1.8	4.1	3.1	3.2	3.8	3.2
FR	1.8	4.4	2.2	2.7	1.8	2.6
IT	3.1	1.9	1.5	1.3	0.8	1.7
CY	4.9	8.1	14.7	0.0	3.3	6.1
LV	1.3	5.8	7.1	2.6	7.9	4.9
LT	-2.7	2.6	6.8	8.9	12.4	5.5
LU	6.0	8.1	7.3	3.6	2.3	5.4
HU	4.3	14.8	10.1	2.9	8.3	8.0
MT	2.6	4.1	3.3	2.0	2.0	2.8
NL	2.2	4.3	2.2	1.9	0.7	2.3
AT	1.5	2.4	1.6	0.6	0.8	1.4
PL	8.2	1.2	3.3	1.8	1.8	3.3
PT*	6.3	5.0	0.3	3.4	:	3.8
RO	6.7	9.2	6.5	31.3	2.8	10.9
SI	4.8	3.5	0.2	3.0	2.1	2.7
SK	0.7	5.8	-1.9	-1.2	3.1	1.3
FI	2.2	3.4	5.1	3.4	3.1	3.4
SE	2.5	4.7	4.6	1.4	0.4	2.7
UK	3.5	-1.1	3.7	3.8	3.3	2.6
IS	4.5	9.4	9.3	4.7	2.1	6.0
NO	5.3	0.2	5.1	2.7	1.0	2.8
CH	3.2	2.3	1.9	2.1	1.0	2.1

Pramen: Eurostat ESSPROS

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102



Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti

Příloha č.3

Struktura sociálních dávek v EU jako % všech dávek a jako % HDP v roce 2005

	Old-age and survivors		Sickness/ Health care		Disability		Family/children		Unemployment		Housing and social exclusion	
	% of TSB	% of GDP	% of TSB	% of GDP	% of TSB	% of GDP	% of TSB	% of GDP	% of TSB	% of GDP	% of TSB	% of GDP
EU 27	45.9	12.0	28.6	7.5	7.9	2.1	8.0	2.1	6.1	1.6	3.5	0.9
EU 25	45.9	12.1	28.6	7.5	7.9	2.1	8.0	2.1	6.1	1.6	3.5	0.9
EU 15	45.7	12.2	28.6	7.7	7.9	2.1	8.0	2.2	6.2	1.7	3.5	0.9
EA 13	46.3	12.3	28.6	7.6	7.1	1.9	8.2	2.2	6.9	1.8	2.8	0.8
BE	44.7	12.7	27.1	7.7	7.0	2.0	7.2	2.0	12.2	3.5	1.8	0.5
BG	51.1	7.9	29.0	4.5	8.4	1.3	6.8	1.1	1.9	0.3	2.7	0.4
CZ	42.6	7.9	35.3	6.5	7.8	1.4	7.5	1.4	3.6	0.7	3.1	0.6
DK	37.5	11.0	20.7	6.1	14.4	4.2	12.9	3.8	8.6	2.5	5.8	1.7
DE	43.5	12.4	27.3	7.8	7.7	2.2	11.2	3.2	7.3	2.1	2.9	0.8
EE	44.0	5.4	31.9	3.9	9.4	1.2	12.2	1.5	1.3	0.2	1.2	0.1
IE	26.6	4.5	40.9	6.9	5.3	0.9	14.6	2.5	7.5	1.3	5.1	0.9
EL	51.2	12.0	27.8	6.5	4.9	1.2	6.4	1.5	5.1	1.2	4.5	1.1
ES	41.4	8.4	31.6	6.4	7.3	1.5	5.6	1.1	12.4	2.5	1.7	0.4
FR	43.9	13.0	29.8	8.8	5.9	1.8	8.5	2.5	7.5	2.2	4.3	1.3
IT	60.7	15.5	26.7	6.8	5.9	1.5	4.4	1.1	2.0	0.5	0.3	0.1
CY	46.6	8.3	25.3	4.5	3.7	0.7	11.8	2.1	5.8	1.0	6.7	1.2
LV	48.4	5.7	26.0	3.1	9.1	1.1	11.0	1.3	3.9	0.5	1.6	0.2
LT	46.4	6.0	30.3	3.9	10.4	1.3	9.3	1.2	1.8	0.2	1.8	0.2
LU	36.6	7.9	25.7	5.5	13.1	2.8	16.9	3.6	5.0	1.1	2.8	0.6
HU	42.5	9.1	29.9	6.4	9.9	2.1	11.8	2.5	2.9	0.6	3.1	0.7
MT	52.4	9.5	26.3	4.8	6.7	1.2	4.7	0.9	7.4	1.3	2.5	0.4
NL	42.3	11.1	30.9	8.1	9.9	2.6	4.9	1.3	5.9	1.5	6.2	1.6
AT	48.6	13.5	25.5	7.1	8.0	2.2	10.7	3.0	5.8	1.6	1.4	0.4
PL	59.8	11.5	19.9	3.8	10.5	2.0	4.4	0.8	2.9	0.6	2.5	0.5
PT*	47.2	10.9	30.4	7.0	10.4	2.4	5.3	1.2	5.7	1.3	1.0	0.2
RO	41.3	5.7	36.2	5.0	7.0	1.0	10.2	1.4	3.2	0.4	2.1	0.3
SI	44.4	10.2	32.3	7.4	8.5	2.0	8.6	2.0	3.3	0.7	2.9	0.7
SK	42.5	7.0	29.5	4.8	9.2	1.5	11.3	1.9	4.3	0.7	3.2	0.5
FI	37.3	9.6	25.9	6.7	12.9	3.4	11.6	3.0	9.3	2.4	3.0	0.8
SE	40.5	12.5	24.3	7.5	15.4	4.8	9.8	3.0	6.2	1.9	3.8	1.2
UK	45.0	11.8	30.9	8.1	9.0	2.4	6.3	1.7	2.6	0.7	6.3	1.7
IS	31.2	6.7	34.8	7.4	15.1	3.2	13.9	3.0	1.8	0.4	3.2	0.7
NO	30.7	7.2	32.2	7.5	19.1	4.5	12.1	2.8	2.7	0.6	3.2	0.8
CH	48.3	13.1	26.5	7.2	12.7	3.4	4.8	1.3	4.4	1.2	3.4	0.9

Eurostat - ESSPROS



Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti

Příloha č. 4

Průměrná roční míra růstu sociálních dávek podle jejich účelů (ve stálých cenách)
v zemích EU v letech 2000-2005

	Old-age and survivors	Sickness/ Health care	Disability	Family / Children	Unemploy- ment	Housing and social exclusion	Total benefits
EU 27	:	:	:	:	:	:	:
EU 25	2.0	3.4	1.7	2.2	1.5	2.9	2.4
EU 15	1.9	3.4	1.7	2.2	1.6	2.8	2.3
EA 13	1.7	2.3	0.3	1.6	1.7	2.7	1.8
BE	4.4	6.5	-1.6	0.0	5.0	3.9	4.1
BG	:	:	:	:	:	:	:
CZ	3.8	5.1	4.2	1.8	4.8	2.5	4.1
DK	2.4	3.3	6.6	2.4	-1.4	1.8	2.7
DE	0.9	-0.3	0.1	1.2	-2.5	4.7	0.3
EE	6.7	7.3	15.2	7.8	8.1	-8.8	7.4
IE	12.1	10.7	10.9	12.5	5.4	8.7	10.7
EL	6.3	6.7	6.0	2.7	1.9	2.1	5.7
ES	3.1	6.2	2.9	7.7	6.2	9.0	4.7
FR	3.1	4.1	3.4	1.9	4.1	1.6	3.3
IT	1.5	3.6	2.1	5.4	6.2	8.5	2.4
CY	7.0	6.4	9.9	22.4	3.5	6.7	8.0
LV	0.5	13.5	0.6	5.7	4.4	6.7	3.9
LT	4.3	5.3	9.5	6.1	5.9	-7.8	4.9
LU	5.2	7.3	6.6	7.4	16.9	21.0	7.0
HU	8.3	9.2	8.4	5.3	0.7	3.3	7.7
MT	4.1	4.3	6.2	-6.3	7.5	4.1	3.8
NL	2.6	3.7	-0.9	4.2	5.5	0.8	2.7
AT	1.9	1.8	-0.6	1.9	5.4	7.9	1.9
PL	4.8	3.4	-2.6	0.6	-6.0	14.8	3.2
PT*	7.1	4.3	0.4	5.1	17.5	-3.8	5.6
RO	7.2	18.7	8.1	11.1	-7.0	56.3	10.7
SI	2.6	4.0	1.7	1.5	-2.4	15.4	2.9
SK	4.0	-2.1	5.2	6.1	-1.1	-12.0	1.3
FI	4.5	5.5	2.2	2.1	1.1	0.8	3.7
SE	3.3	0.5	6.6	3.9	0.0	-0.6	2.7
UK	1.8	7.5	2.5	1.5	0.2	3.1	3.4
IS	7.1	4.6	9.0	10.9	14.1	10.3	7.1
NO	3.5	2.1	6.6	2.4	2.9	3.1	3.4
CH	1.8	4.3	4.9	1.9	13.1	2.3	3.2

Pramen: Eurostat ESSPROS

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

2. STRATEGIE MODERNIZACE SOCIÁLNÍ OCHRANY

2.1. Měnící se prostředí systémů sociální ochrany

Rozsáhlé demografické, ekonomické a sociální změny, které se uskutečnily v průběhu posledních 20-25 let v Evropské unii, měly závažné důsledky pro systémy sociální ochrany a budou nadále tyto systémy ovlivňovat i v letech budoucích. Zvláštní význam mají v této souvislosti čtyři hlavní trendy: stárnutí populace ve všech členských státech, rostoucí účast žen na trhu práce a měnící se poměr v zastoupení obou pohlaví, přetrvávající dlouhodobá nezaměstnanost, zvláště mezi staršími pracovníky a trend směrem k předčasnému odchodu do důchodu a konečně růst počtu domácností v relaci k růstu populace charakterizovaný stoupajícím počtem lidí, kteří žijí sami a také domácností, jejichž žádný člen není zaměstnán.

Tyto trendy navíc probíhají v kontextu narůstající globalizace a stoupající rychlosti technického pokroku, což urychlilo nástup strukturálních změn ekonomiky, vystavilo podniky i zaměstnance většímu tlaku na přizpůsobení se měnícím se tržním podmínkám a novým metodám práce a snížilo schopnost vlády řídit hospodářský rozvoj. Zároveň tyto trendy zvýšily význam zabezpečení finanční stability a přispěly tudíž i k omezení rozsahu vládních výpůjček a přibrzdění růstu veřejných výdajů. Veřejná politika členských států je bezprostředně ovlivňována požadavkem na fiskální konsolidaci, formulovaným v Paktu stability a růstu i Základními směrnicemi pro hospodářskou politiku, které tvoří rámec pro reformu veřejné politiky v duchu obecných cílů, zejména pak podpory zaměstnanosti a tvorby pracovních míst. Tento vývoj koncentroval pozornost politiky na sociální ochranu, která reprezentuje významnou složku celkových výdajů.¹

- stárnutí populace

V letech 1960-2009 průměrná délka života ve státech Evropské unie vzrostla o více než 8 let u mužů a o 7 let u žen. Jedná se o velký úspěch druhé poloviny 20.

¹ Viz Zpráva o sociální ochraně v Evropě 1999, Komise evropských společností Brusel COM 2000, 163
Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

století. V důsledku prodloužení života a snížení porodnosti pod hranici reprodukce, ke kterému zřetelně dochází ve všech členských státech, bude ve 21. století výrazný fenomén demografické stárnutí. Zatímco v r. 2000 míra závislosti poproduktivních osob k produktivní (počet lidí ve věku 65 let a více dělený počtem lidí ve věku 15 – 64 let) činila necelých 27 %, základní projekce¹ počítá se jejím zvýšením na 35 % v r. 2020 a s více než 53 % v r. 2050. (Samozřejmě, že mezi jednotlivými státy EU existují značné difference.) Tento obvyklý ukazatel pro hodnocení důsledků demografických trendů je však mnohdy přeceňován. Stejně důležité je vzít do úvahy skutečnost, že značný podíl lidí v produktivním věku není ve skutečnosti v zaměstnání a nepodílí se proto na vytváření příjmů, z nichž mají být hrazeny penze těch, kdož jsou v důchodu. Místo toho se tato část populace, stejně jako lidé ve věku 65 a více let, spoléhá na podporu ze strany těch, kdož pracují. Každé hodnocení perspektivních potíží spojených s financováním sociálních transferů v budoucích letech musí rozlišovat mezi potenciální pracovní silou – tj. lidmi ve věku od 15 do 64 let – a lidmi ve skutečném pracovním poměru.

Úspěšnost ekonomik při realizaci transferů, jež budou nezbytné k zajištění důstojné životní úrovně lidem ve věku 65 a více let, závisí nakonec na úspěchu při zvyšování podílu lidí v produktivním věku, kteří jsou skutečně v pracovním poměru a tudíž na schopnosti těchto ekonomik vytvářet pracovní místa a garantovat prosperitu.

- účast žen na trhu práce

Jedním z hlavních rysů sociálních změn v Unii v posledních dvou dekadách byl růst relativního počtu žen usilujících o pracovní kariéru. V praxi platí, že ženy přispěly k téměř veškerému rozšíření počtu pracovních míst, ke kterému v tomto období ve všech členských státech docházelo.

Největší růst účasti zaznamenáváme u žen v plodném věku, nicméně mezi členskými státy přetrvávají v míře účasti této skupiny značné rozdíly, které se zčásti vysvětlují rozdíly v podmínkách pracovního trhu. Znamená to, že mnohé členské

¹ Viz Zpráva výboru pro sociální ochranu a udržitelnost důchodů, Brusel 2001

státy budou evidentně muset rozšířit dostupnost zařízení péče o dítě i mechanismy podpory na pomoc ženám, které pečují o invalidní nebo starší členy rodiny.

Stejně důležitý jako růst účasti žen na trhu práce je i druh práce, který vykonávají. V celé EU se silně projevuje trend, a to u obou pohlaví, k práci na zkrácenou dobu a k dočasnému zaměstnání. Ženy, které představují hlavní potenciální zdroj budoucího růstu pracovní síly, mají tendenci dávat přednost pracím na zkrácenou dobu. Ovšem mnohá zaměstnání na zkrácenou dobu jsou prakticky vyloučena jak z povinnosti platit příspěvky na sociální pojištění, tak z nároku na dávky. Vývoj v tomto směru má proto závažné důsledky jak pro financování systémů sociální ochrany, tak pro dostupnost příjmové podpory.

Před systémy sociální ochrany stojí tedy úkoly lépe reagovat na komplexnost a rozmanitost vztahů mezi pohlavími. Většina systémů je stále primárně založena na modelu muže živitele rodiny, který ale neodpovídá novým realitám: rostoucí účasti žen na trhu práce, kterou je třeba dále podporovat, rozmanitějším podobám péče o dítě a rodinu, vyžadujícím odpovídající podporu, závislosti stále většího počtu domácností na výdělku žen, větší rozmanitosti v typu a struktuře pracovních míst pro muže a ženy.

-vysoký počet předčasných důchodů a přetrvávání dlouhodobé nezaměstnanosti

Vývoj zaměstnanosti v Unii od poloviny 70. let vedl jednak k trvale vysoké míře nezaměstnanosti a dále k nízké míře účasti starších lidí na trhu práce. To vytváří vážné problémy jak pro systémy sociální ochrany tak pro politiku trhu práce.¹

Cílem většiny států EU je tak zvyšovat míru zaměstnanosti starších pracovníků, přičemž dosažení 50 % míry zaměstnanosti je jedním z klíčových předpokladů pro úspěšné naplnění Lisabonské strategie² (v r. 2004 dosáhla míra zaměstnanosti starších pracovníků v EU – 25 pouze 41 %).

¹ K této problematice např. Krebs V., Pavel J., Vítek L.: Podpora zapojení starších osob do pracovního procesu – evropské zkušenosti a postupy, FSS MU Brno 2006.

² Dne 3.3.2010 zveřejnila Evropská komise své Sdělení „Evropa 2020 – Strategie pro inteligentní, udržitelný a začleňující růst.“ Sdělení se stalo výchozím dokumentem pro stanovení dlouhodobé hospodářské strategie EU s výhledem do r. 2020. Tato tzv. „Strategie Evropa 2020“ nahradí Lisabonskou strategii, jejíž časový horizont vyprší letošním rokem 2010. Komise navrhla 5 základních či hlavních cílů Strategie, jež mají být splněny do roku 2020; jedním z nich je zvýšení míry zaměstnanosti populace ve věku 20-64 let minimálně na 75 %.
Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

Zastavení trendu odchodů do předčasného důchodu u mužů a zvýšení počtu starších žen, které budou výdělečně činné, musí proto být významným aspektem každé politiky usilující o zmírnění tlaků, které působí na systémy sociální ochrany.

Značný počet starých lidí je navíc dlouhodobě nezaměstnán, což je stav, který je často předstupněm k předčasnému důchodu. Vysoká míra dlouhodobé nezaměstnanosti je závažným zdrojem tlak vyvíjeného na systémy sociální ochrany v Unii, i na sociální vylučování. Je ale jasné, že povaha tohoto problému se v různých částech Unie liší, což zpětně znamená, že se musí lišit i vhodná protipatření.

- mění se struktura domácností a růst těch, v nichž žádný člen není v zaměstnání

V EU se stále zvyšuje počet domácností, a to přes malý populační růst; přitom ještě vyšším tempem narůstá počet osaměle žijících lidí ve věku do 65 let, z nichž je pak neúměrný podíl mimo pracovní poměr. Pokles průměrné velikosti domácností přináší zvyšující se poptávku po sociálních službách, protože je stále obtížnější zajistit potřebnou péči a podporu uvnitř takové rodiny samotné.

Tyto hlavní trendy vedly k rychlému růstu sociálních výdajů, které dosáhly v r. 2005 v EU cca 27 % ve vztahu k HDP. Je zřejmé, že problémy musí členské země řešit a hledat přitom rovnováhu mezi vyjadřovanými požadavky občanů na pokračující vysokou úroveň sociální ochrany a možnostmi zdrojů pro její provozování.

2.2. Základní cíle modernizace sociální ochrany

Nová iniciativa ve sféře sociální politiky Evropské unie v průběhu 90 let bere v úvahu měnící se ekonomické prostředí a potřebu celkové koordinace a spolupráce v této oblasti. Vzniká řada dokumentů, v nichž se dosáhlo konsensu mezi členskými zeměmi a institucemi Evropské unie v tom, že se systémy sociální ochrany musí modernizovat, aby mohly i nadále hrát svoji tradiční roli. Evropská komise navrhla

proto v červenci 1999 vytvořit „Společnou strategii modernizace sociální ochrany“¹, která je založena na čtyřech klíčových cílech:

- zajistit, aby se vyplatilo pracovat a poskytovat zaručený příjem

Charakteristiky současného trhu práce se velmi liší od těch, které existovaly v době, kdy evropské členské země budovaly své systémy sociálního zabezpečení. Vysoká celková nezaměstnanost, vysoký podíl mladých, žen a dlouhodobě nezaměstnaných, slabý podíl účasti mezi „starší“ generací, přerušení profesní dráhy a nedobrovolné přerušení ekonomické aktivity; změny modelu domácnosti, objevení se nového pracovního uspořádání jako práce na částečný úvazek a smlouvy na dobu určitou, vysoká rychlost technologického pokroku vyžadujícího trvalou aktualizaci kvalifikace, - to vše vyžaduje více než jednoduché poskytování tradičních forem „zabezpečení“ jako garance náhrady výdělku. Přizpůsobení těmto změnám vyžaduje nalezení nové rovnováhy mezi bezpečností a pružností a rovněž mezi právy a povinnostmi. Systémy musí nyní pracovníkům a těm, kdo hledají práci nabízet aktivní pomoc, zejména podporování zaměstnatelnosti a adaptability a musí vytvářet silné stimuly pro práci a pro to, aby se pracovat vyplatilo.

- Systémy daní a dávek musí být navrženy tak, aby se vyplatilo jít pracovat. Kromě toho zaměstnavatelé a podnikatelé by neměli být odrazováni při vytváření pracovních míst a pracovních příležitostí. Sociální zabezpečení a sociální péče společnosti závisí na ekonomickém výkonu a na vysoké účasti na trhu práce. Sociální zabezpečení proto nikdy nesmí omezovat ekonomický život vytvářením překážek pro práci, vzdělávání, školení, mobilitu, vytváření pracovních míst nebo podnikatelskou činnost.
- Systémy sociálního zabezpečení musí reagovat a být v souladu s objevováním nového pracovního uspořádání jako je smlouva na dobu určitou, na částečný pracovní úvazek, zvyšující se důležitost samostatného podnikání.
- Lidé musí mít důvěru, že se mohou spolehnout na podporu zaručeného příjmu jestliže musí přijímat problémy měnícího se světa práce. Systémy sociálního

¹ Viz A. Concerted Strategy for Modernising Social Protection (COM 1999, 347)

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

zabezpečení mohou poskytovat nezbytné překlenovací příjmy a aktivní pomoc, která při dočasné mezeře mezi pracovními příležitostmi zabrání sklouznout do dlouhodobé nezaměstnanosti.

- Sociální zabezpečení má přispívat ke sladění práce a rodinného života: podpora rodiny a možnosti sladění práce a rodinného života není pouze otázkou stejných příležitostí pro ženy a muže, ale z hlediska demografických změn také ekonomickou nutností.
- Financování sociálního zabezpečení, podle národních pravidel a praxe, musí brát v úvahu potřebu zajišťovat pro systémy zdroje, které jsou adekvátní pro dosažení jejich cílů, potřebu vyloučit negativní dopad na zaměstnanost vyplývající z nadměrných nákladů a daní z pracovní činnosti a potřebu rozpočtové disciplíny.

- zajistit zaručené důchody a udržitelné důchodové systémy

Základním cílem musí být zajistit lidem bezpečně finančně zajištěné a odpovídající důchody. To znamená, že důchodové systémy musí být udržitelné a musí důchodcům garantovat „slušnou“ náhradu příjmu. To může zahrnovat hledání vhodné rovnováhy mezi fondovými systémy a systémy průběžnými. Kromě materiálního zajištění starší generace je důležité zajistit jejich pokračující účast v životě společnosti a „přidat k dožitým rokům život“. Tohoto cíle lze dosáhnout pouze tehdy, je-li připravován v mladších letech a podporován správnými stimuly v rámci schématu dávek a důchodového schématu, které zvýhodňují pokračování účasti v práci a podporují systémy celoživotního vzdělávání a preventivní zdravotní péče.

- Potřeba předvídat dopad demografického stárnutí na systémy sociálního zabezpečení vyžaduje koherentní kombinace politik mezi politikou trhu práce a důchodovou politikou, dalšími odvětvími systémů sociálního zabezpečení (zejména systémů zdravotní péče a dlouhodobé péče) a politikou stejných příležitostí.

- Návrh a reforma důchodových systémů by měla odrazovat od předčasného odchodu z trhu práce, podporovat flexibilitu v přístupech k odchodu do důchodu a podporovat aktivní účast starších lidí na životě společnosti.
- Cílem podporování aktivního stárnutí není omezit se na politiku pro starší generace; je to přímé ovlivňování politiky pro pracující generaci.
- Obzvláštní pozornost musí být věnována problému chudoby u starších žen, vyplývající z jejich nízké účasti na zaměstnání v kombinaci se změnami ve struktuře domácnosti.

- podporovat sociální integraci

Sociální ochrana musí hrát klíčovou roli, ve spojení s ostatními politickými nástroji, v boji proti sociální diskriminaci a podpoře sociální integrace. Systémy sociálního zabezpečení musí zaručovat zejména minimální příjmy, přístup k ubytování a zdravotním službám a měly by usnadnit nejširší možnou účast na životě společnosti. Pro ty, kteří jsou schopni účastnit se na trhu práce by měla jejich integraci do něj aktivně podpořit příslušná opatření.

- Zajištění efektivní záchranné sítě, sestávající z minimálních příjmů a doprovodných opatření, se zřetelem na účinný boj s chudobou a diskriminací jednotlivců a rodin.
- Zaměřit se na prevenci, podporování spíše aktivních než na pasivních opatření a poskytování podnětů a půdy pro re-integraci do trhu práce a společnosti.
- Přispívat ke komplexnímu a integrovanému přístupu pro boj se sociální diskriminací s využitím všech odpovídajících politik.

- zajistit vysokou kvalitu a udržitelnost zdravotní péče

Každý by měl být v postavení, aby mohl využívat systémů podpory zdravotní péče, léčení v nemoci a poskytování péče a rehabilitace těm, kdo ji potřebují. Evropské zdravotní systémy k tomu značně přispěly, což je zřejmé z faktu, že zdraví populace ve Společenství je lepší než kdykoliv předtím. Požadavky na zdravotní systémy však stoupají a tento vzestup bude tím větší, čím větší bude procento

starších lidí v Evropě. Inovace v lékařské technologii mohou přinést velké výhody, ale rovněž zvyšující se náklady.

Tomuto tlaku lze odlehčit prevencí zdravotních problémů dříve než vzniknou, zejména podporou zdravějšího životního stylu.

- Přispívat ke zlepšování účinnosti a efektivnosti zdravotních systémů tak, aby dosahovaly svých cíl v rámci dostupných zdrojů. S tímto cílem zajistit, aby lékařské znalosti a technologie byly používány nejúčinnějším možným způsobem a posílit kooperaci mezi členskými zeměmi při hodnocení politiky a technik.
- Zajišťovat přístup k vysoce kvalitním zdravotním službám pro všechny a redukovat nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči.
- Posilovat podporu dlouhodobé péče o starší nemocné lidi, mezi jiným zajišťováním příslušných pečovatelských zařízení a revizí pokrytí sociálního zabezpečení péče a pečovatelů.
- Soustředit se na prevenci nemocí a ochranu zdraví jako na nejlepší cestu pro vypořádání se s problémy zdravotní péče, snižováním nákladů a podporou zdravějšího života.

Země, které vstoupily do EU, (a tedy i Česká republika) přijaly celý rozsah *acquis* (závazků) a obsah všech dohod, příslibů a opatření, které členské státy společně uzavřely, učinily a přijaly a které dále společně rozvíjejí¹. Ve vztahu k sociální ochraně to znamená převzetí jak závazných směrnic a nařízení, platných k okamžiku přijetí, tak společných principů nebo hodnot, které členské státy uznávají a prosazují při úkolu zajistit, že jejich systémy budou nasměrovány k řešení vznikajících

¹ Mnohdy se jedná o velmi podrobně formulované požadavky, např.

Úroveň starobního důchodu se posuzuje podle úmluvy MOP č. 128, kterou ČR ratifikovala. Podle této úmluvy by úroveň starobního důchodu pracovníka (soustružníka kovů) po 30 letech pojištění měla činit 45 % jeho mzdy po zdanění.

Úroveň invalidního důchodu a důchodu pozůstalé rodiny se posuzuje podle úmluvy MOP č. 102, kterou ČR pro tyto dávky ratifikovala. Podle této úmluvy

- a) Příjem rodiny invalidního důchodce se dvěma dětmi a závislou manželkou musí dosahovat nejméně 40 % čistého příjmu této rodiny před vznikem invalidity za podmínky, že invalidní důchodce dosáhl 15 let pojištění.
- b) Příjem pozůstalé rodiny se dvěma dětmi musí dosahovat nejméně 40 % čistého příjmu této rodiny před vznikem invalidity za podmínky, že invalidní důchodce dosáhl 15 let pojištění.

problémů a k využití nových příležitostí. Základem toho všeho je přesvědčení, že správně navržené a reagující systémy sociální ochrany musí hrát zásadní roli při podpoře hospodářské politiky a zvyšování výkonnosti ekonomiky. Je důležité nezapomenout na skutečnost, že členské státy mohou sdílet společnou představu o smyslu sociální ochrany a obecném způsobu, jak by se měla vyvíjet, ale že mají naprostou svobodu rozhodovat samostatně o konkrétních změnách, které budou provádět a o nových opatřeních, která budou zavádět.

Z porovnání sociální politiky v České republice a vyspělých zemích Evropské unie vyplývají tyto základní poznatky:

- a) ve většině nejdůležitějších oblastí sociální ochrany lidí je Česká republika ze systémového hlediska srovnatelná se systémem vyspělých zemí EU a sleduje obdobné trendy.
- b) Česká republika značně zaostává za vyspělými zeměmi EU, zejména ve dvou důležitých oblastech. Jsou to:
 - oblast bytové politiky, která je zatím spíše souhrnem jednotlivých opatření na straně nabídky a poptávky po bytech než uceleným strategicky orientovaným systémem
 - oblast školství, zejména pokud jde o vysokoškolské studium. Ponecháme-li stranou otázky pojetí a struktury vzdělávání, pak hlavním problémem je nedostatek finančních zdrojů, které jsou zejména určeny pro rozvoj vysokých škol. Jde o základní strategickou slabinu, která pokud nebude urychleně řešena, povede k podstatnému zaostávání našeho sociálně ekonomického systému v příštích letech za vyspělou Evropou.

Závěrem je vhodné upozornit na skutečnost, že sociální systém Evropské unie a jeho jednotlivých zemí je vnitřně provázaný systém kultivovaný po řadu desítek let, zatímco v České republice se takový systém teprve postupně formuje.

3. ZÁKLADNÍ PRINCIPY USPOŘÁDÁNÍ SYSTÉMŮ DŮCHODOVÉHO ZABEZPEČENÍ VE VYSPĚLÝCH ZEMÍCH EVROPY

Téměř ve všech zemích západní Evropy v současné době probíhá nějakým způsobem důchodová reforma. Samozřejmě, že pod heslem „důchodová reforma“ se skrývá velmi pestrá škála změn či korekcí s různou intenzitou, rozdílnou hloubkou změn, zaměřením lišící se stát od státu. Velice často se jedná o proces dlouhodobějšího charakteru, který nemá vždy za cíl radikální či revoluční změny v důchodových systémech, ale spíše korekce současného stavu.

Hlavními faktory jsou prudké demografické změny (zejména pokles fertility, mortality apod.). Zaměření reformy je rovněž ovlivněno sociálními hodnotami (reakcí na nadměrnou roli státu a důrazem na vyšší míru individuální odpovědnosti), ale i úvahami o nákladech systému - nadějí, že fondové financování umožní vyšší penze nebo nižší příspěvky. Cílem reformy je současné splnění dvou základních kritérií

- poskytnout adekvátní sociální ochranu občanů ve stáří
- stimulace nebo alespoň nebránění ekonomickému růstu.

Při obecném pohledu představují všechny používané systémy důchodového zabezpečení v EU i ostatních ekonomicky rozvinutých zemích určitou speciální variantu tzv. třípilířového systému.¹

- a) Prvním pilířem se rozumí státem garantovaná penze. První pilíř je založený na mezigenerační solidaritě a je financovaný průběžným způsobem. Podstatou průběžného financování je princip, kdy příspěvky pojištěnců z řad ekonomicky aktivního obyvatelstva (resp. pojištěnců a jejich zaměstnavatelů) vybrané v běžném roce, jsou ten samý rok vyplaceny občanům pobírajícím důchodové dávky. Průběžně financovaný systém je méně ovlivnitelný některými makroekonomickými parametry (inflace) a je značně citlivý na demografický vývoj.

¹ Podrobněji k této problematice např. viz Brdek M., Jírová H., Krebs V.: Trendy v evropské sociální politice, Aspi Publishing 2002

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

- b) Za druhý pilíř jsou podle terminologie ustálené v zemích EU považovány aktivity zaměstnavatelských subjektů, směřující k poskytování starobních důchodů. Tento systém může být variabilně financován, účast v něm může být povinná nebo dobrovolná ze strany zaměstnance i zaměstnavatele. Za druhý pilíř důchodového pojištění se však i považuje systém financovaný zásadně kapitálově (fondově), vyžadující povinnou účast a soukromou správu finančních prostředků. Tento přístup je uplatněn zejména v některých nových zemích EU (Maďarsko, Polsko, Slovensko). Oba typy druhého pilíře mohou vykazovat odlišnosti, ale v praxi může dojít zároveň k jejich vzájemnému propojení či splnutí.
- c) Za třetí pilíř se považují soukromé aktivity občanů (komerční životní pojištění, spoření atd.).

Přístup každé země je svým způsobem unikátní a klade různě velký důraz na odlišné parametry systému podle tradic a ekonomických možností. Zvýšené náklady důchodových systémů lze ošetřit v rámci prvního pilíře (státního, veřejného), nebo lze tyto náklady přenést na druhý eventuálně třetí pilíř. Jedná se o co nejlepší alokaci nákladů systému, tak aby zůstal funkční, maximálně efektivní a minimálně rizikový. Z makroekonomického hlediska se však nelze nákladům nijak vyhnout. Při hlubokých transformačních změnách v důchodovém systému je nutné velmi pečlivě zvažovat velikost transformačních nákladů a porovnávat je s eventualitou pouhé úpravy parametrů v již existujícím systému.

Nezanedbatelnou otázkou jsou také provozní náklady z vybraného pojistného pro klienty různých (tržních, státních, neziskových) systémů a nesmírná rozmanitost a složitost daňových soustav jednotlivých států, případně regionů.

Pokud bychom shrnuli veškeré popisované trendy a faktory uspořádání důchodových systémů, můžeme je charakterizovat takto:¹

- Státní garance systému: je nebo není zavedena.

¹ K této problematice např. Slavík J., Rutarová R.: Příspěvek do diskuse o reformě penzijního systému, Politická ekonomie č. 3/2005

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

- Osobní rozsah systému: všichni výdělečně činní, všechny osoby s trvalým pobytem nebo jen určité skupiny – jednotnost systému je nutná pro dosažení jeho finanční rovnováhy.
- Účast osob: povinná nebo dobrovolná kolektivní nebo dobrovolná individuální.
- Financování: průběžné nebo kapitálově rezervní nebo smíšené.
- Vztah příspěvků a dávek: dávkově definovaný nebo příspěvkově definovaný. V dávkově definovaném systému se již od okamžiku vstupu účastníka systém zavazuje, že při splnění určitých podmínek bude zahájena výplata dávky určité výše za předpokladu, že budou pravidelně placeny stanovené příspěvky. V příspěvkově definovaném systému účastník platí příspěvky a výše dávky je stanovena při splnění podmínek nároku na dávku podle výše celkových zaplacených příspěvků.
- Dávková konstrukce: jednosložková nebo dvousložková. Při jednosložkové konstrukci je důchod buď jednotný nebo je závislý na pojistném popř. s určitými prvky solidarity a se stanoveným minimálním důchodem. Při dvousložkové konstrukci se důchod skládá z pevné jednotné částky a z částky závislé na výdělku a době pojištění.
- Solidarita: mezigenerační, v rámci jedné generace příjmová (nízko a vysoko příjmové skupiny), aktivních a neaktivních.
- Daňová úprava: zdaňování či daňové úlevy pro příspěvky, výnosy z investic nebo vyplácené dávky.
- Správa systému: státní, veřejná, soukromá.

3.1. Otevřená metoda koordinace a důchodové systémy v Evropě

Důchodový systém a v zásadě celá oblast sociálního zabezpečení patří v EU mezi tzv. komunitární politiku. To znamená, že zásadní rozhodnutí týkající se současného stavu i budoucího vývoje důchodového systému jsou plně v kompetenci jednotlivých národních států a EU nijak „nepřikazuje“ členským ani kandidátským

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

zemím jakou podobu sociálního zabezpečení si mají zvolit, její doporučení mají nezávazný charakter. To však neznamená, že by problém stárnutí populace s jeho veškerými sociálními i ekonomickými souvislostmi byl v EU přehlížen. Naopak, diskusím probíhajícím po celá devadesátá léta se na začátku 21. století dostalo i hmatatelnější podoby.

Problémem stárnutí populace a jeho dopady na udržitelnost důchodových systémů se EU intenzívně zabývá od zasedání Evropské rady v Lisabonu v roce 2000. Význam modernizace důchodových systémů je zdůrazněn zejména zasedáním Evropské rady ve Stockholmu v březnu 2001, kde byly položeny základy pro zavedení tzv. otevřené metody koordinace (OMC) v oblasti důchodů. Otevřená metoda koordinace byla skutečně zahájena v prosinci 2001 přijetím jedenácti společných cílů ve třech základních oblastech:

a) Přiměřenost důchodů

Členské státy by měly zajistit takovou kapacitu penzijních systémů, která umožní splnit jejich sociální cíle. Za tím účelem a s ohledem na své specifické národní podmínky by měly:

1. zabezpečit, aby starší lidé nebyli ohroženi chudobou a mohli se těšit z důstojné životní úrovně; aby se podíleli na ekonomické prosperitě své země a aby se mohli přiměřeně účastnit aktivním způsobem na veřejném společenském a kulturním životě;
2. zajistit všem jednotlivcům dostupnost vhodných penzijních systémů, veřejných anebo soukromých, které jim dovolí nabýt nároku na důchod, jenž jim umožní zachovat si v přiměřeném rozsahu svou životní úroveň po odchodu do důchodu;
3. podporovat solidaritu uvnitř a mezi generacemi.

b) Finanční udržitelnost penzijních systémů

Členské státy by měly zvolit mnohostrannou strategii pro položení penzijního systému na finančně solidní základy, včetně vhodné kombinace politik k:

1. dosažení vysoké úrovně zaměstnanosti prostřednictvím, když to bude nutné, komplexních reforem trhu práce, jak to předpokládá Evropská strategie zaměstnanosti
2. záruce, že spolu s politikou trhu práce a hospodářskou politikou budou všechny příslušné obory sociální ochrany, zejména pak penzijní systémy, poskytovat účinné podněty pro zapojení starších pracovníků; že pracovníci nebudou podněcováni k dřívějšímu odchodu do důchodu a že nebudou penalizováni, jestliže zůstanou na trhu práce i po dosažení standardního důchodového věku; a že penzijní systémy usnadní možnost postupného odchodu do důchodu;
3. reformě penzijních systémů prováděných vhodnými způsoby, kdy bude brán ohled na základní cíl, zachování udržitelnosti veřejných financí. Udržitelnost penzijních systémů bude muset být také podložena solidní fiskální politikou, když to bude nezbytné včetně snížení zadluženosti. Strategie přijaté ke splnění tohoto cíle, mohou rovněž zahrnovat zakládání vyhrazených penzijních rezervních fondů;
4. záruce, že podmínky penzijních systémů a jejich reformy zachovají správnou rovnováhu mezi ekonomicky aktivně činnou populací a důchodci v tom smyslu, že na tu první skupinu nenaloží nadměrné břemeno a té druhé zachovají přiměřené důchody;
5. záruce, a to prostřednictvím vhodného regulačního rámce a správného řízení, že soukromé a veřejně financované penzijní plány budou schopny poskytovat důchody s potřebnou hospodárností, přístupností, přenosností a jistotou.

c) Modernizace penzijních systémů v odezvě na měnící se potřeby ekonomiky, společnosti a jednotlivců:

1. zaručit, že penzijní systémy budou odpovídat požadavkům na pružnost a jistotu na trhu práce; že bez újmy na sladění daňových systémů členských států, nebude mobilita pracovní síly uvnitř členských států a přes hranice, ani

- nestandardní formy zaměstnání penalizovat nároky lidí na důchod a že penzijní systémy nebudou odrazovat od samostatné výdělečné činnosti;
2. přehodnocovat podmínky penzijních systémů s cílem zaručit naplňování principu stejného zacházení s ženami a muži, při zohlednění povinností daných právy EU;
 3. učinit penzijní systémy transparentnější a přizpůsobitelné měnícím se podmínkám, aby jim tak občané mohli nadále důvěřovat. Vypracovat spolehlivé a snadno pochopitelné informace o dlouhodobých výhlídkách penzijních systémů, jmenovitě pokud se týká pravděpodobného vývoje ve výši dávek a příspěvků. Podporovat co možná nejširší konsensus v oblasti důchodové politiky a penzijních reforem. Zlepšit metodické základy pro účinné monitorování reforem penzijního systému a důchodové politiky.

Základní myšlenkou OMC je hledání společných (obecných) cílů a formulace problémů v oblasti důchodového zabezpečení. Jednotlivé metody a způsoby řešení se mohou již v různých státech lišit. Důraz je kladen na vzájemnou komunikaci, mezinárodní výměnu zkušeností a hledání společných srovnatelných indikátorů v sociální sféře. Výhodou této metody je podněcování dialogu, sdílení zkušeností a v neposlední řadě přístup k řešení problémů „zdola“, nikoliv primárně formou direktiv a závazných nařízení.

3.2. Závěry pro Českou republiku ve sféře důchodového zabezpečení

Mezinárodní komparace důchodových systémů v zemích EU umožňuje učinit následující závěry:

Mezinárodní srovnání penzijních systémů je do značné míry problematické, protože ty jsou ovlivněny i historickými tradicemi a dalšími společenskými faktory. Důsledkem toho je velká rozmanitost jednotlivých systémů. Evropská Unie neusiluje o jednotný systém důchodového zabezpečení. Nejvyspělejší země pak provádějí

změny svých důchodových soustav velmi obezřetně, razantní změny provádí spíše nové země EU.

Rizika budoucích demografických změn se snaží vyspělé státy řešit diverzifikací systému důchodového zabezpečení. Ve sledovaných zemích se setkáváme s určitou variantou tzv. třípilířového systému. První pilíř je založený na mezigenerační solidaritě a je financován průběžným způsobem. Za druhý pilíř je většinou považováno buď zaměstnavatelské pojištění, nebo povinné fondové financování, za třetí pilíř se považují soukromé aktivity občanů. Úloha prvního a druhého pilíře se v jednotlivých zemích značně odlišuje (např. podíl II. pilíře se pohybuje od 5 % v Itálii, ke 40 % v Holandsku), ale vidíme zvyšující se význam tohoto II. pilíře.

Většina zemí EU má, z převážně historických důvodů, státem provozované a průběžně financované důchodové systémy. Vývoj znamená částečné oslabování pozice PAYG a zavádění fondových, soukromě provozovaných penzijních pilířů. Fondové systémy mohou fungovat jak na povinné, tak i na dobrovolné bázi, kdy dochází k svobodnému rozhodování jednotlivců. Stát má zejména úlohu tvůrce pravidel hry a zajišťování jejich efektivního vymáhání, v počátečních fázích reformy je vhodné podpořit celou akci otevřenou vysvětlovací kampaní.

Při přechodu na fondový systém pojištění existuje riziko tzv. over-selling, kdy agenti fondů „prodají“ toto spoření na penze i lidem, pro které je to evidentně nevýhodné. Z průběžného systému tak odchází mnohem více lidí, než se předpokládalo a tím se problémy v jeho financování prohlubují (tato situace nastala např. v Polsku). To však není chybou systému jako takového, nýbrž důsledkem nedostatečné informační politiky. Těmto praktikám se může dařit především v situaci, kdy neexistují jasné a poměrně jednoduché návody umožňující každému jedinci si zjistit výhodnost fondových úspor. Zde úloha vlády musí být dvojího charakteru: jak preventivní (např. informační kampaň), tak restriktivní (např. soudními procesy s agenty a jejich fondy).

Vedle korekcí průběžného dávkově definovaného systému lze na stále se zhoršující demografické poměry reagovat přechodem k průběžnému příspěvkově

definovanému systému (NDC – Notional defined contributions). Každý účastník má svůj účet, na který se mu připisují odvedené příspěvky a jejich zhodnocení. Úspory na účtech jsou ovšem pouze hypotetické, protože vybrané příspěvky jsou fakticky použity na výplatu současných důchodů (proto se někdy hovoří o systému fiktivních či virtuálních účtů). Tento způsob výpočtu důchodu vede sice k výraznému posílení principu ekvivalence, ale základní problém deficitu průběžného systému není schopen řešit.

Česká republika se v r. 1996 stala jednou z prvních zemí střední a východní Evropy, která realizovala dílčí reformu důchodového systému (odstranění preferencí, zavedení pojistného a dvousložková konstrukce důchodu, valorizace důchodu, založení dobrovolného penzijního připojištění apod.).

Český penzijní systém však stojí před potřebou závažných změn. Nelze systematicky a dlouhodobě zvyšovat princip zásluhovosti (tzn. snižovat nadměrnou redistribuci v systému) a současně nezvyšovat míru zdanění (příspěvkovou sazbu) nebo nesnižovat výši důchodů. Systém je doposud téměř plně jednopilířový (ze systému důchodového připojištění se zatím nevyplácejí prakticky žádné doživotní penze).

Budeme-li skutečně chtít redistribuci omezit, a posílit tak princip zásluhovosti, nezbude, než změnit alespoň částečně i způsob financování celého systému. Nový systém by měl umožnit občanům moci se svobodně a dobrovolně rozhodnout, jaký systém penzijního zabezpečení si pro sebe zvolí. Dnes tuto možnost drtivá část ekonomicky aktivních osob nemá (zaměstnanci) a zbytek (OSVČ) může, a také toho využívá, pouze minimalizovat svou účast v povinném státním systému. Toto rozhodování o částečném vystoupení ze státního penzijního pilíře by mělo být dobrovolné, a nastavení parametrů důležitých pro rozhodování o vystoupení ze státního pilíře by mělo vést k tomu, že toto vystoupení nebude pro nízkopříjmové kategorie dostatečně atraktivní.

Je zřejmé, že návrhy, směřující pouze k úpravám parametrů současného systému jsou z dlouhodobého hlediska pouze pasivním přizpůsobovacím procesem,



**Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti**



který je neudržitelný. Vytvoření významného plně funkčního II. pilíře důchodového pojištění je zásadní úkol.

4. MEZINÁRODNÍ SROVNÁNÍ VYBRANÝCH STÁTŮ, PROVÁDĚJÍCÍCH SYSTÉMOVOU DŮCHODOVOU REFORMU¹

Současné typy sociálního zabezpečení ve stáří se v Evropě konstituovaly zejména po druhé světové válce v období růstu ekonomik, obnovy hospodářství a příznivého demografického vývoje (např. celoevropský poválečný baby boom). Reakcí na dvě světové války, světovou hospodářskou krizi třicátých let a s tím spojenou inflaci masově znehodnocující úspory celé populace bylo zavedení průběžných (pay-as-you-go) systémů, ve kterých ekonomicky aktivní část obyvatelstva přispívá na ekonomicky pasivní část obyvatelstva. V sedmdesátých a osmdesátých letech se však situace mění především důsledkem nezaměstnanosti a snižováním porodnosti (např. masové rozšíření moderní antikoncepce). Začíná vznikat finanční napětí ve (štědrých – welfare) sociálních systémech.

Důchodová reforma jako celoevropské či dokonce celosvětové téma pramení současné době samozřejmě z celospolečenských změn na konci dvacátého století. Hlavními tématy jsou prudké demografické změny ve struktuře populace, migrace, globalizace, přesun pracovní síly do terciální sféry služeb, rozmach informačních technologií atd. Rámcem diskusí o důchodové reformě je i současné teoretická kritika welfare státu a jeho téměř všech sociálních systémů objevujících se v odborné literatuře a poukazující na přílišnou štedrost a nedostatečnou motivaci občanů k větší aktivitě v sociální oblasti (požadavek workfare místo welfare). V průběhu devadesátých let se velmi silně diskutují možnosti změn důchodových systémů a velké množství států je nuceno přistoupit ke korekcím a reformám různého rozsahu. V poslední době se dokonce může zdát, že heslo „důchodová reforma“ se stává téměř módním pojmem. U postkomunistických států je situace navíc zkomplikována deformacemi vývoje v průběhu čtyřiceti let absence demokracie.

Mezinárodní srovnání důchodových systémů je do značné míry problematické, protože podoba jednotlivých systémů není založena pouze na exaktních datech a

¹ Podrobněji viz.: Podkladový materiál pro rozhodnutí o zavedení možnosti opt-out ze základního důchodového pojištění, MPSV 2010
Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

číslech, ale je ovlivněna historickými konsekvencemi, tradicemi a chováním lidí, umístěním v regionu, vývojem, ekonomickým postavením a dalšími rozmanitými společenskými faktory. Důsledkem je velká rozmanitost podob a přístupů k problematice zabezpečení člověka ve stáří. i ve členských státech (jednotné) Evropské unie nejsou důchodové systémy zdaleka jednotné či podobné a státy je mohou provozovat dle vlastního uvážení, v souladu s mezinárodním právem a úmluvami. Důchodový systém je tedy jeden z prvků společnosti a nelze ho popisovat bez uvědomění si jeho komplexnosti a interakce mezi ním a společností jako celku. Nelze rovněž opominout, že pohled do jednotlivých zemí je určitým statickým zachycením momentálního stavu v dané zemi, který má svou dynamiku a neustálý vývoj.

Téměř ve všech zemích západní Evropy v současné době probíhá nějakým způsobem důchodová reforma, nebo alespoň debata o ní. Samozřejmě, že pod heslem „důchodová reforma“ se skrývá velmi pestrá škála změn či korekcí s různou intenzitou, rozdílnou hloubkou změn, zaměřením atd. lišící se stát od státu. Velice často se jedná o proces dlouhodobějšího charakteru, který nemá za cíl radikální či revoluční změny v důchodových systémech, ale spíše korekce současného stavu. A i v zemích, kde důchodovou reformu lze označit za radikální, mnohdy probíhala diskuse řadu let.

4.1. Maďarsko

První snahy o větší korekce důchodového systému v Maďarsku (založen v roce 1926-1929) lze vysledovat na konci 80. let (Ministerstvo financí). V 90. letech – po velkých celospolečenských změnách a vzniku problémů s nepříznivým vlivem na důchodový systém (demografické ukazatele, nezaměstnanost, pokles počtu plátců pojistného atd.) - ukázaly projekce poměrně rychlý růst deficitu po roce 2000.

Penzijní reforma probíhala pod vedením Ministerstva financí za spolupráce Ministerstva sociálních věcí a rodiny. Nejprve byly zavedeny dobrovolné penzijní fondy. Pokud jde o základní systém, počítalo se s dodatečným přísunem kapitálu a úpravami věkových hranic k zachování finanční rovnováhy. V roce 1991 vznikla

představa oddělení zdravotního pojištění (včetně nemocenského pojištění) a důchodového pojištění a zavedení jejich správy bipartitními samosprávami s tím, že penzijní fondy budou mít jen doplňkový charakter. To bylo schváleno parlamentem, ale Ministerstvo financí již tehdy požadovalo zavedení soukromých penzijních fondů v základním povinném systému. V roce 1993 vznikly dva samostatné fondy zdravotního a důchodového pojištění a dvě samosprávy na bipartitním základě. V tomto roce rovněž vznikly dobrovolné penzijní fondy podporované daňovými úlevami. Jejich počet z původních téměř tří stovek vlivem koncentrace trhu klesá.

V roce 1995 nastoupil nový ministr financí (Péter Medgyessy), který přesvědčil poslance maďarského parlamentu o potřebě korekce započaté důchodové reformy a převedení části povinného důchodového pojištění do soukromých fondů a o zrušení samospráv. (První úvahy hovořily dokonce o úplném nahrazení průběžného systému.) Vláda v roce 1996 rozhodla o vypracování důchodové reformy v tomto duchu a pověřila Ministerstvo sociálních věcí a rodiny a Ministerstvo financí její přípravou. Ty vytvořily společnou komisi pro důchodovou reformu s většinovým zastoupením Ministerstva financí a s vládním zmocněncem, který tuto komisi řídil. Komise zřídila dvě koordinační rady, jednu jako odbornou, řídící, a druhou pro technickou koordinaci; v nich působili i nezávislí experti. Všechny jednání se mohli účastnit experti Světové banky.

Fondový pilíř byl zaveden jako povinný pro osoby nově vstupující na trh práce. Ekonomicky aktivní osoby měly 20 měsíců (od ledna 1998 do srpna 1999) na to, aby se rozhodly, zda zůstanou pouze v průběžně financovaném schématu, nebo se zapojí do nového schématu smíšeného, přitom pro dobrovolné zapojení do fondového pilíře nebyl (s ohledem na otázku ústavnosti takového opatření) stanoven žádný věkový limit. Pro účast ve fondovém schématu se v tomto období rozhodlo zhruba 50 % pracovní síly (1,9 mil. osob), což vysoce překračovalo původní odhady. Počet účastníků rostl i v dalším období a koncem roku 2007 dosáhl 2,8 mil. osob. Vysoká dobrovolná účast v novém fondovém schématu je spojována s nedůvěrou v původní důchodové schéma, s možností dědění naakumulovaných prostředků, ale i s agresivní reklamní kampaní penzijních fondů. Účastníci fondového schématu mají

nárok pouze na 75 % důchodu ze schématu průběžného, což znamená, že zejména pro starší účastníky by mohla účast v novém schématu nevýhodná. Z těchto, ale i z rozpočtových důvodů, byl účastníkům několikrát dočasně umožněn návrat do průběžného schématu.

Nejen úprava volby účasti ve fondovém schématu, ale i výše příspěvkových sazeb odváděných do tohoto schématu, procházely v Maďarsku vlivem politického cyklu častými změnami. V roce 2007 činila celková příspěvková sazba na důchodové pojištění v druhém pilíři 8 %. Systém výběru pojistného byl, na rozdíl od většiny států s povinným fondovým pilířem, zaveden jako decentralizovaný, příspěvky odváděl zaměstnavatel přímo do daného fondu. Tento způsob se ukázal být příliš nákladným a od roku 2007 jsou příspěvky vybírány centralizovaně Maďarskou finanční a daňovou správou. Změna způsobu výběru pojistného působí obtíže při výběru pojistného.

Penzijní fondy (otevřené nebo uzavřené) jsou zakládány jako neziskové společnosti a jsou spravovány finančními společnostmi. Koncem roku 2007 působilo na trhu 20 penzijních fondů, s tím, že jeden nový fond započal svoji činnost v tomto roce. Koncentrace na trhu je poměrně vysoká, 80 % aktiv spadá pod 5 největších penzijních fondů. Oligopolistická struktura trhu vede k nízké konkurenci a malému tlaku na snižování nákladů a růst výnosů. S cílem redukovat náklady byly pro roky 2007 a 2008 sníženy limity pro správní poplatky (na 0,9 % resp. 0,8 % aktiv).

Portfolio penzijních fondů je spíše konzervativní, k nejvýznamnějším položkám patří dluhopisy (61,4 % na konci roku 2007), akcie (15,5 %) a investiční jednotky (17,3 %). Od konce roku 2007 mohou penzijní fondy nabízet účastníkům výběr z různých investičních strategií. Do konce roku 2007 zavedl tuto možnost jeden penzijní fond, nicméně od ledna 2008 přešlo k tomuto novému systému již 47 % sektoru povinných penzijních fondů.

Čisté reálné výnosy penzijních fondů dosáhly v období 1998–2006 v průměru 3 % ročně. Zhoršené investiční prostředí v roce 2007 (vývoj cen domácích dluhopisů a situace na trhu) vedlo ve srovnání s rokem 2006 k poklesu výkonnosti penzijních

fondů. Průměrná míra výnosu v sektoru činila v roce 2007 5,83 %, v reálném vyjádření -1,5%.

Důchodový věk v povinném fondovém pilíři je stejný jako ve státním pilíři: 62 let pro muže i ženy. Důchody z povinného fondového pilíře by měly být vypláceny od roku 2013 ve formě čtyř typů anuit.

4.2. Polsko

Polské důchodové pojištění stojí na podobných bismarckovských základech jako je tomu ve většině evropských zemích a vzniklo na přelomu dvacátých a třicátých let (1927 až 1933). Větší zásah do poválečného důchodového systému byl proveden v době hluboko před celospolečenskými změnami, konkrétně v roce 1982, ale bohužel jeho výsledkem bylo prohloubení problémů, které vyústily do situace, že potřeba důchodové reformy byla v Polsku akutní. Ve starém důchodovém systému existují rozsáhlé preference různých profesních skupin, systém není jednotný pro všechny skupiny obyvatel. Finanční neudržitelnost byla zapříčiněna např. značným počtem invalidních důchodů, velkorysostí důchodů některých skupin obyvatelstva, systémem valorizace, neexistencí platby příspěvku zaměstnance apod. Náklady na důchodový systém tak dosahovaly téměř 16% HDP a příspěvková sazba odváděná pouze zaměstnavatelem 45%.

V první polovině devadesátých let se v Polsku vedla o změnách v důchodovém systému odborná i politická diskuse, ale bez většího hmatatelného úspěchu. Řešení se našlo v roce 1996, kdy byl na přípravu reformy na polském Ministerstvu práce a sociálních věcí zřízen nevelký úsek (relativně malý odborný tým) pro důchodovou reformu v čele s vládní zmocněnkyní ve funkci náměstkyně ministra. Tento úsek připravoval reformu vlastními silami a silami externími, zejména za pomoci prostředků Světové banky.

Polsko schválilo důchodovou reformu v roce 1998. Schéma NDC i fondové schéma jsou povinné pro osoby narozené v roce 1969 a mladší. Osoby narozené v letech 1949–1968 (tj. v době zavádění reformy ve věku 31–50 let) měly možnost se

do konce roku 1999 rozhodnout pro účast ve smíšeném systému nebo pouze v prvním NDC pilíři.

Počet účastníků druhého pilíře překročil původní odhady. Do fondů se do konce roku 1999 dobrovolně zapojilo 60 % osob ve věku 31–50 let (9,7 miliónu osob) oproti předpokládaným 50 %). V prvním čtvrtletí roku 2008 již bylo ve fondech registrováno 13,5 mil. účastníků. Obecně platí, že účastníci druhého pilíře již nemají možnost vyvázat se zpět do pilíře prvního. Tato možnost byla dána pouze osobám, které měly v průběžném schématu nárok na předčasný důchod (a nebyly správně informovány) a nebo tento nárok získaly v rámci dodatečných reforem (po protestech byla pro některé pracovní kategorie možnost odejít do předčasného důchodu prodloužena do konce roku 2007). Do fondu podle výběru pojištěné osoby je investováno 7,3 procentních bodů pojistného.

Otevřené penzijní fondy jsou spravovány správcovskými společnostmi. Správcovská společnost může spravovat dva fondy - jeden s riskantnějšími investicemi a druhý s konzervativnějšími investičními záměry (do roku 2004 mohla penzijní společnost spravovat pouze jeden fond). V současné době působí na trhu 15 otevřených penzijních fondů.

Výnosnost polských penzijních fondů je ovlivněna poměrně velkým podílem investic v akciích (32 % portfolia k 31. 3. 2008, v dluhopisech bylo ke stejnému datu investováno 63 % portfolia). Investiční výsledky penzijních fondů byly vzhledem k relativně nízké inflaci v posledních letech velmi dobré, průměrná míra výnosu za období od 31.3. 2003 do 31. 3. 2006 dosahovala 53,5 %, za období od 31.3. 2005 až 31.3. 2008 31,5 % (při požadované minimální výnosové míře 26,7 resp. 15,7 % a inflaci 5,6 resp. 7,1 %).

S cílem redukovat náklady fondů byly novelou z roku 2003 sníženy poplatky z příspěvků klientů a manažerské poplatky.

Jedním z problematických bodů polské důchodové reformy je prozatím chybějící zákon o anuitách, které by měly být vypláceny již od roku 2009. Rada ministrů letos v červnu schválila návrh zákona, který by měl umožnit vyplácení anuit

z fondů doživotních kapitálových penzí. V současné době finišuje legislativní schvalování zákona.

4.3. Slovensko

Na Slovensku byl na rozdíl od ČR dlouho platný zákon 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení. Tento zákon ještě z doby „předlistopadové“ samozřejmě během devadesátých let přestal pro svou statickост vyhovovat a postupně komplikoval situaci slovenského důchodového systému. Nová právní úprava přijatá v květnu 2002 nikdy nevstoupila v platnost a po volbách v září 2002 bylo přistoupeno k radikálnějším strukturálním změnám. (Nejen v oblasti důchodového zabezpečení, ale i v ostatních sociálních systémech, zdravotnictví, daňovém systému apod.) Vývoj důchodové reformy v SR byl a je svou rychlostí velmi ojedinělý a místy obtížně sledovatelný. Během roku 2003 došlo v rekordním čase cca pěti měsíců k vypracování koncepce reformy důchodového zabezpečení a následnému vzniku návrhu zákona, který byl přijat a od ledna 2004 zákon 461/2003 Z.z. o sociálním poistení (tzv. I. pilíř) nabyl účinnosti. Od jeho přijetí však došlo již k celé řadě novelizací, reforma je tedy do jisté míry průběžně upravována. Celá reforma důchodového systému vycházela ze základního předpokladu, že možnost stability „starého“ průběžně financovaného důchodového systému je v budoucnu nereálná a řešením je částečná privatizace důchodového systému, která zajistí nejen vyšší stabilitu systému, ale v konečném důsledku bude i „spravedlivější“. Tento předpoklad se stal stěžejní a nezpochybnitelnou filosofií reformních prací.

Rozsahem privatizace průběžně financovaného schématu je slovenská důchodová reforma nejradikálnější v Evropě. Do průběžně financovaného i fondového pilíře je odváděno shodně 9 % vyměřovacího základu. Velkým problémem slovenské důchodové reformy jsou v důsledku velké míry vyvázání z průběžného pilíře transformační náklady, které nejsou dostatečně kryty.

Účast ve fondovém pilíři byla povinná pro osoby, které nebyly před 1. 1. 2005 důchodově pojištěné. Důchodově pojištěné osoby měly možnost se dobrovolně rozhodnout pro účast v tomto pilíři do 30. 6. 2006. Pro účast nebyl stanoven žádný

věkový limit. Současná slovenská vláda připravila legislativní opatření, kterým bylo umožněno otevření druhého pilíře v prvním pololetí roku 2008. Toto opatření mělo podle slovenského Ministerstva práce, sociálních věcí a rodiny zejména umožnit návrat do průběžně financovaného schématu osobám, pro které je účast v druhém pilíři nevýhodná, a mělo také dočasně snížit deficity prvního pilíře.

Počet účastníků druhého pilíře ke konci roku 2007 činil 1 558 650 osob. Podle údajů slovenské Sociální pojišťovny dosáhl počet účastníků, kteří od začátku roku do 27. 6. 2008 vystoupily z druhého pilíře 76 587 osob (tj. cca 5 % účastníků), 12 968 osob naopak ve stejném období do druhého pilíře vstoupilo.

V současné době působí na trhu 6 správcovských společností, z nichž každá spravuje tři typy fondů – růstový, vyvážený a konzervativní, které se liší svými investičními strategiemi. Téměř dvě třetiny všech prostředků v systému byly ke konci roku 2007 uloženy v růstových fondech, 30,4 % ve vyvážených fondech a pouze 4,1% v konzervativních fondech. Od zavedení fondového pilíře docházelo k masivním přestupům účastníků mezi správcovskými společnostmi (do poloviny roku 2006 přestoupilo cca 10 % účastníků), proto byly přijaty právní úpravy, které prodlužují období, po kterém účastník může přestoupit do jiné správcovské společnosti, na dva roky a zavádí opatření proti neodůvodněným a spekulativním přestupům mezi správcovskými společnostmi.

V roce 2007 se agregátní skladba portfolia důchodových fondů posunula směrem k potenciálně výnosnějším a zároveň volatilnějším aktivům. Portfolio druhého pilíře bylo ke konci roku 2007 tvořeno z 30,5 % prostředky na běžných nebo termínovaných účtech, ze 49,6 % dluhopisy (nárůst o 11 p.b. oproti roku 2006), z 15 % akciemi (oproti 10 % v roce 2006), poslední významnou položku tvořily forwardové měnové kontrakty. Změna portfolia byla mimo jiné ovlivněna i vývojem na akciových trzích vzhledem k hypoteční krizi v USA (podíl akcií činil k 30. 6. 2007 18,3 %, v druhém pololetí mírně poklesl).

Změny ve struktuře investic i vývoj na trzích ovlivnily výkonnost penzijních fondů v roce 2007 i na počátku roku 2008. K 31. 12. 2007 se výkonnosti vyvážených fondů nacházely v pásmu 2-4,3 %, u růstových fondů od 2,1-4,3 %. Výkonnost

konzervativních fondů se pohybovala v rozmezí 3,7-4,5 %, přičemž ve všech 6 fondech byla vyšší než v roce 2006. Ekonomická krize v roce 2008 a 2009 přinesla však podstatné zhoršení výkonnosti všech typů fondů.

Důchod z fondového pilíře bude moci být vyplácen ve formě programového výběru s doživotním důchodem (vyplácí důchodová správcovská společnost a životní pojišťovna) nebo ve formě doživotního důchodu (vyplácí životní pojišťovna). Podmínkou čerpání důchodu z druhého pilíře je pobírání důchodu z prvního pilíře, čili dosažení důchodového věku. Navíc doba spoření na osobním důchodovém účtu musí být nejméně 10 let, legislativní úpravou pak tato doba byla od začátku roku 2008 prodloužena na 15 let. Důchody z druhého pilíře se tedy začnou vyplácet nejdříve v roce 2019 (před legislativní úpravou 2014). Tato změna však byla napadena opozicí u Ústavního soudu SR. Po nástupu vlády premiéra Fica byla tato reforma pod velmi ostrou kritikou. Bylo přistoupeno např. k diferencovaným valorizacím podle příjmu důchodců a bylo umožněno vystoupení z II. pilíře. Této možnosti však využilo velmi málo spořitelů (pouze cca 30 tisíc), i když podle některých propočtů pro cca 25 % účastníků je zapojení do II. pilíře nevýhodné.

4.4. Litva

Litevský důchodový systém je složen ze dvou pilířů. První je státní průběžný dávkově definovaný systém. Ten byl reformován v roce 1995 kdy do něj byly zabudovány a posíleny pojistné principy. Zvýšil se počet let nutných pro vznik nároku na důchod (30 let pro „full pension“, minimální doba je 15 let), zrušila se možnost odchodu do předčasného důchodu s určitou výjimkou u dlouhodobě nezaměstnaných, bylo přistoupeno k růstu důchodového věku – nyní 62,5 let pro muže a 60 let pro ženy, byla zavedena motivace pro osoby pokračující v ekonomické aktivitě i po vzniku nároku na důchod. Důchod ze základního systému se skládá ze dvou částí. První část je závislá na době pojištění a je téměř jednotná (flat rate), druhá část zohledňuje kromě doby pojištění i individuální mzdovou historii a

průměrnou mzdu. Pojistná sazba je hrazena zaměstnavatelem – 23,5 % mzdy a zaměstnancem – 2,5 % mzdy.

Přibližně od roku 2000 začala probíhat debata na vládní úrovni o možnosti zavést „třípilířový systém“ ovlivněná i faktem, že Litva byla poslední z baltských států bez fondového pilíře. Finální práce při přípravě systému byly provedeny v rekordním čase, zákon byl přijat v červenci 2003 a do konce roku bylo nutné se institucionálně připravit na změnu včetně přidělení licencí.

Druhý pilíř byl spuštěn v roce 2004. Na základě nevratného dobrovolného rozhodnutí se může každý člověk platící pojistné rozhodnout část pojistné sazby platit mimo základní systém přičemž jeho budoucí starobní důchod ze základního systému bude adekvátně snížen. Výše pojistné sazby se postupně zvyšovala z 2,5 % v roce 2004 až na 5,5 % v roce 2007. V současnosti je v systému zapojeno asi 56 % oprávněných osob (cca 880.000) a toto číslo přesáhlo i ty neoptimističtější oficiální odhady (v roce 2005 bylo zapojeno asi 48 %). Na trhu působí 13 licensovaných společností („management companies“ a životní pojišťovny) nabízejících 26 penzijních fondů v II. pilíři a 9 ve III. pilíři lišících se podle investičních strategií. Na konci roku 2007 spravovalo 7 „management companies“ a 2 životní pojišťovny celkem 1,69 miliard LTL (v roce 2005 0,4 miliard LTL) z nichž 14 % bylo ve správě životních pojišťoven. Výběr prostředků je povolen pouze v podobě anuity, jen v případě, že by dávka byla velmi nízká (nižší než polovina základní výměry důchodu z I. pilíře) lze se rozhodnout pro jednorázový výběr nebo programový výběr z fondu. V případě přerušení placení do fondu (nezaměstnanost, invalidita apod.) zůstávají finanční prostředky ve fondu a jsou zhodnocovány. Nárok vzniká až dosažením důchodového věku.

Rovněž od roku 2004 existuje možnost dobrovolné účasti v penzijních fondech a také životních pojišťovnách s možností daňového zvýhodnění.

Vzhledem k relativně velkému hospodářskému růstu jsou transformační náklady hrazeny ze státního rozpočtu. A i v souvislosti se zvyšující se zaměstnaností vykazuje státní Fond sociálního pojištění v současnosti přebytky. Jeden z efektů

reformy by mělo být i potlačení šedé ekonomiky, protože podle odhadů je část mzdy u asi 30 % zaměstnanců vyplácena bez jakéhokoliv zdanění.

4.5. Estonsko

Hlavní změny v estonském důchodovém systému proběhly v letech 1998 a 2002. Část základního systému je financována průběžně a část fondově. Existuje „národní“ penze jejímž úkolem je garantovat minimální příjem pro ty, kdo nejsou zahrnuti v systému důchodových dávek odvozených ze zaměstnanosti a není placena z pojistného (jde o jakousi obdobu životního minima pro seniory). Průběžně financovaná část důchodového systému je financována příspěvkovou sazbou 20 % - v případě účasti ve fondovém pilíři 16 %. Důchodový věk mužů je 63 let a od roku 2016 by měl tento věk platit i pro ženy. Existuje možnost odejít do předčasného starobního důchodu tři roky před dosažením statutárního důchodového věku v případě doby pojištění minimálně let. V tomto případě dochází k redukci důchodu o 0,4 % za každý měsíc. Naopak důchod je navyšován o 0,9 % při pokračování v pracovní aktivitě.

Systémová změna důchodového systému v Estonsku proběhla v roce 2002. Byl zaveden fondový pilíř. Povinná účast je stanovena pro osoby narozené v roce 1983 a mladší. Osoby narozené v letech 1942 až 1982 se mohly rozhodnout pro účast dobrovolně. Různé věkové skupiny narozené v určených intervalech (např. 1942-1951, 1952-1956, 1957-1961) mají určeny lhůtu do které se musí rozhodnout, zda se připojí k novému systému. V případě, že ano, tak nelze toto rozhodnutí revidovat. Do roku 2005 bylo asi 75 % pracovníků účastno v novém systému. Příspěvková sazba je placená zaměstnavatelem (2 %) a další 4 % navíc platí stát. Invalidní a pozůstalostní důchody nejsou zahrnuty do těchto schémat.

První důchodové dávky by měl nový systém vyplácet v roce 2009, nicméně v roce 2006/7 ještě nebyla vyřešena výsledná podoba dávek/anuit. Mělo by se jednat o stálé či progresivní anuity. Základní podmínky nároku jsou: dosažení důchodového

věku, pobírání státního důchodu, účast v kapitálovém pilíři nejméně pět let. Existuje šest licencovaných operátorů nabízejících celkem 18 různých fondů. Základní jmění společnosti musí činit minimálně 45 milionů estonských korun. Jsou stanovena pravidla pro investování – např. zákaz investic do derivátů, různé limity apod. Kontrolním orgánem vykonávajícím dohled je agentura estonské centrální banky s autonomní pravomocí a samostatným rozpočtem.

Součástí estonského důchodového systému je rovněž dobrovolný doplňkový systém (tzv. III. pilíř) nabízející spoření v důchodových fondech a životních pojišťovnách. Pravidelné celoživotní platby jsou v tomto případě osvobozeny od daně z příjmu.

4.6. Důchodová reforma v ČR

Nezbytnost důchodové reformy v ČR dnes již nikdo nezpochybňuje. Názory odborníků a politických stran (neboť důchodová reforma je vysoce politická záležitost) na její provedení jsou však diametrálně odlišné. S určitou mírou zjednodušení lze říci, že někteří chápou reformu jako

a) parametrické změny

- pouhým nastavením parametrů na straně příjmů systému (např. zavedení plateb za náhradní doby, zvýšení sazeb pojistného, zapojení dalších zdrojů např. z privatizace) a výdajů systému (např. zpřísnění podmínek pro výplatu důchodů, omezení valorizace důchodů pouze na vývoj životních nákladů, zvyšování věku odchodu do důchodu) lze zabezpečit fungování důchodového systému i v dalších letech;

b) zavedení systému NDC

- vedle korekcí současného průběžného dávkově definovaného systému lze na stále se zhoršující demografické poměry a ekonomické možnosti v důchodovém pojištění reagovat i v ČR přechodem k průběžnému příspěvkově definovanému

systému (NDC- National defined contributions).¹

Přechod od současného systému k systému NDC vyžaduje dořešení některých problémů, zejména:

- Významným způsobem zdokonalit systém osobních záznamů pojištěnců. Každému pojištěnci bude založen osobní záznam, na který mu bude zaznamenáváno zaplacené pojistné na důchodové pojištění. Při odchodu do starobního důchodu se z prostředků na individuálním účtu pojištěnce vypočte doživotní důchod.
- Zápočet některých náhradních dob: lze řešit tak, že na osobní záznam budou připisovány též prostředky odpovídající náhradním dobám pojištění, jejichž rozsah však bude nutné přehodnotit.
- Zabránit zneužívání systému příliš časným odchodem do důchodu: to lze stanovením nejnižšího důchodového věku (např. 55 let pro muže i ženy), kdy může pojištěnec požádat o přiznání starobního důchodu, pokud na jeho individuálním účtu bude dostatek prostředků k vyměření zákonem stanoveného minimálního důchodu.
- Nárok na minimální důchod by vznikl až při dosažení vyššího věku, např. 65 let a za podmínky zaplacení pojistného za 15 let.
- Jedním ze základních problémů modelu NDC je zajištění nízkopříjmových skupin. Pokud by se zavedla absolutní ekvivalence, vznikne skupina², která by se úrovní důchodů dostala pod životní minimum. To je ale politický a sociální problém, který se musí řešit. Buď jim sociální úřady vyměří nějakou dávku sociální pomoci, nebo se s ohledem na ně přizpůsobí systém. Je zde možnost stanovit jakýsi koeficient indexace „osobního záznamu“, který by hrál významnou roli při určení konečné výše dávky. Tento faktor může být významnější než skutečná výše zaplaceného pojistného. Pokud by se tak příliš zvýšila míra solidarity, nic by se

¹ Tento přechod se uskutečnil již v řadě evropských zemí. Viz např. program reformy důchodového zabezpečení ve Švédsku, Polsku a Lotyšsku.

² Ve svém příspěvku „Penze mají být spravedlivější. HN 39/1999 odhaduje J. Rusnok, že to může být až 40 % všech zaměstnanců

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

nezměnilo oproti současnému stavu.

- NDC se vztahuje pouze na starobní důchody. Na zbývající dvě sociální situace invaliditu a úmrtí nelze systém NDC aplikovat. Výdaje na zajištění těchto rizik je proto nutné zajistit na dosavadním dávkově definovaném principu.

a) provedení systémových změn

- tyto změny spočívají zejména v možnosti vyvázání buď plně nebo částečně (opt-out) z průběžného pilíře a vstup do nově zřízeného pilíře kapitálového¹. V březnu 2004 dosáhli předsedové politických stran zastoupených v Poslanecké sněmovně Parlamentu dohody v otázce procesu přípravy důchodové reformy a ustavení Týmu expertů pro přípravu důchodové reformy (jehož členy jmenovaly politické strany zastoupené v Poslanecké sněmovně Parlamentu) a Výkonného týmu koordinátora, který začal pracovat od 1. října 2004. Činnost Výkonného týmu byla ukončena v červnu 2005 předložením „Závěrečné zprávy“ obsahující analýzu srovnání návrhů různých variant důchodové reformy předložených politickými stranami (podrobnější informace lze získat na adrese www.reformaduchodu.cz).²

V lednu 2010 vznikl Poradní expertní sbor jako společná iniciativa ministra financí a ministra práce a sociálních věcí. Jeho cílem bylo navázat na činnost tzv. Bezděkovy komise z let 2004-2005 v oblasti reformy důchodového systému v ČR, cesty v reformě důchodového systému pro budoucí vládu.

Mezi základní doporučení této komise patří zejména:

¹ Tuto reformu zvolilo např. již Maďarsko, Polsko i Slovensko. V důsledku finanční krize ztratily v r. 2008 penzijní fondy v zemích OECD 23 % hodnoty svých investic a důvěra v soukromé penzijní pojištění klesla na historicky nejnižší úroveň. Proto se někteří představitelé přimlouvali k návratu od diverzifikovaných důchodových systémů zpět k výhradně státním důchodům vypláceným podle aktuálního množství prostředků. Například na Slovensku mohou pracující, kteří spadají pod nově definované příspěvkové plány, přejít zpět do veřejného systému. Odvolávání těžce prosazených reform však není tou nejlepší cestou. Finanční a ekonomická krize způsobily odsun pozornosti od demografických problémů, které však nezmizely a jejich řešení je i nadále urgentní (podrobněji viz Důchodové systémy v zemích OECD, OECD Multilingual Summaries 2009).

² Navrhované varianty politických stran se diametrálně odlišovaly. Zatímco ČSSD navrhovala zavedení systému NDC a podporu dobrovolných doplňkových systémů, ODS navrhovala rovný důchod a dobrovolný doplňkový systém, KSČM se zaměřila pouze na parametrickou reformu současného systému. Návrhy KDU-ČSL a US-DEU sočivaly v možnostech dobrovolného částečného vyvázání z průběžného pilíře (opt-out).

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

- snížení odvodů na sociální pojištění ze současných 28 % na 23 %,
- zavedení jednotné sazby DPH ve výši 19 % (dnes jsou sazby 10 % a 20 %),
- snížení stropu pro placení sociálního pojištění z dnešního šestinásobku průměrné mzdy na trojnásobek,
- pozdější odchod do důchodu (do r. 2035 by se měl dostat na 68 let pro muže i ženy),
- valorizovat důchody jen podle vývoje inflace,
- zrušení vdovských a vdoveckých důchodů.

Podstata problému však není v technice řešení důchodové reformy (role základního a doplňkového systému, role průběžného a fondového systému, omezení náhradních dob, zpřísnění poskytování předčasných důchodů apod.), ale především v politicky nejasném sociálním cíli, k jehož dosažení má důchodová soustava v České republice směřovat, a ve vymezení metod a prostředků, které je společnost schopna a ochotna na penzijní systém vyčlenit. Není totiž problémem navrhnout jakékoliv technicky proveditelné řešení, ale musí jít o řešení, které společnost (občané) přijme a nebude vyvolávat vážné poruchy jak v sociální sféře, tak v ekonomice.

Nezbytnou podmínkou pro jakoukoliv důchodovou reformu je nalezení konsensu mezi nejširším spektrem politické reprezentace. Bez této shody nelze prakticky podstatné změny prosadit. Programové prohlášení vlády v r. 2007 obsahovalo mj. i záměr provést důchodovou reformu ve 3 etapách, z nichž se realizovala pouze 1. etapa.

Seznam použité literatury

ADAMI, R. – GOUGH, O.: Pension Reforms and Saving for Retirement. Comparing the United Kingdom and Italy: *Policy Studies* 29 (2008), č. 2, s. 119-135.

ATTANASIO, O. – ROHWEDDER, S.: Pension Wealth and Household Saving. Evidence from Pension Reforms in the U.K.: *American Economic Review* 93 (2003), s. 1499-1521.

BLAKE, D. – TURNER, J.: Individual Accounts for Social Security Reforms. Lessons from the United Kingdom: *Benefits Quarterly* 23 (2007), č. 3, s. 56-62.

BLAKE, D.: The UK Pension System. Key Issues: *Pensions. An International Journal* 8 (2003), č. 4, s. 330-375.

BENARTZI, S. – THALER, R.: Naive Diversification Strategies in Defined Contribution Plans: *American Economic Review* 91 (2001), s. 79-99.

BÖRSCH-SUPAN, A. – SCHNABEL, R.: Social Security and Declining Labor-Force Participation in Germany: *American Economic Review* 88 (1998), č. 2, s. 173-179.

DISNEY, R. – EMMERSON, C.: Public Pension Reform in the United Kingdom. What Effect on the Financial Well-Being of Current and Future Pensioners: *Fiscal Studies* 26 (2005), č. 1, s. 55-82.

DISNEY, R.: Declining Public Pensions in an Era of Demographic Ageing. Will Private Provision Fill the Gap? *European Economic Review* 44 (2000), s. 957-973.

ENGSTRÖM, S. – WESTENBERG, A.: Which Individuals Make Active Investment Decisions in the New Swedish Pension System? *Journal of Pension Economics & Finance* 2 (2003), s. 225-245.

FENGGE, R. – WERDING, M.: Ageing and Tax Implied in Public Pension Schemes. Simulation for Selected OECD Countries: *Fiscal Studies* 25 (2004), č. 2, s. 159-201.

HEGELICH, S.: Moving from "Defined Benefit" to "Undefined". The Interests in the Enhancement of Supplementary Provision for Old Age in Germany: *German Policy Studies* 3 (2006), č. 3, s. 535-586.

HONEKAMP, I.: PAYG in an Ageing Society. The Case of Sweden versus Germany: *Pensions. An International Journal* 12 (2007), č. 3, s. 138-154.



**Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti**



HORNGREN, L.: Pension Reform. The Swedish Case: *Journal of Pension Management* 7 (2001), č. 2, s. 131-139.

KILIÁNOVA, S. – MELICHERČIK, I. – ŠEVCOVIČ, D.: Dynamic Accumulation Model for the Second Pillar of the Slovak Pension System: *Finance a úvěr/Czech Journal of Economics and Finance* 56 (2006), s. 506-521.

KREBS, V. a kol.: *Sociální politika*: Praha, ASPI 2007.

LAMPING, W. – RÜB, F. W.: Experimental Law-Making and the Politics of German Pension: *German Policy Studies* 3 (2006), č. 3, s. 446-492.

LINDBOM, A. – GREEN-PEDERSEN, Ch.: Politics within Paths. Trajectories of Danish and Swedish Earnings-Related Pensions: *Journal of European Social Policy* 16 (2006), č. 3, s. 245-258.

LOUŽEK, M.: Pension System Reform in Central and Eastern Europe: *Post-Communist Economies* 20 (2008), č. 1, s. 119-131.

MILES, D. – IBEN, A.: The Reform of Pension Systems. Winners and Losers across Generations in the United Kingdom and Germany: *Economica* 67 (2000), č. 266, s. 203-229.

POLLNEROVÁ, Š.: Srovnávací analýza systémů NDC: Praha, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí 2005.

REIL-HELD, A. – BÖRSCH-SUPAN, A.: How Much Is Transfer and How Much Is Insurance in a Pay-as-you-go System? The German Case: *Scandinavian Journal of Economics* 103 (2001), č. 3, s. 505-524.

RIEVAJOVÁ, E. – PONGRÁ CZOVÁ, E.: *Duchodkový systém SR v kontexte vývoja v krajinách EÚ*: Bratislava, Ekonomická univerzita Bratislava 2008.

SCHLUDI, M.: Politics of Pension Reform. The French Case in a Comparative Perspective: *French Politics* 1 (2003), č. 2, s. 199-224.

SINN, H.-W.: The Threat to the German Welfare State: *Atlantic Economic Journal* 28 (2000), č. 3, s. 279-295.

SUNDÉN, A.: The Swedish Experience with Pension Reform: *Oxford Review of Economic Policy* 22 (2006), č. 1, s. 133-148.

WEITZENBLUM, T. – HENIN, P. Y.: Welfare Effects of Alternative Pensions Reforms. Assessing the Transition Costs for French Socio-Occupational Groups: *Journal of Pension Economics & Finance* 4 (2005), č. 3, s. 249-272.

5. ZDRAVOTNÍ PÉČE

Tato kapitola učební pomůcky by se měla zabývat principem solidarity a ekvivalence ve světle empirických poznatků z ČR a provést mezinárodní komparaci klíčových parametrů zdravotnických systémů ukazujících proporce solidarity a ekvivalence. Snahy o posílení ekvivalence spočívají obvykle ve zvýšení podílů soukromých výdajů a tudíž i možnosti tvorby zisku ve zdravotnictví. Z toho vyplývá analýza podstaty a smyslu existence neziskových organizací v oblasti zdravotnických služeb a průzkum možností brždění růstu nákladů a racionalizace cenotvorby ve zdravotnictví ve vztahu k potřebnému objemu a kvalitě zdravotní péče, která je za tyto ceny získávána.

5.1. Zdravotní pojištění v rámci financování zdravotnictví

Na základě provedených analýz lze také lépe formulovat význam a specifika zdravotního pojištění. Obecně je pojištění způsob rozložení rizika mezi ty, kteří je chtějí sdílet (a mají na to peníze). Tak vzniká soukromé pojištění, kde je pojišťovna agentem, který zprostředkovává interakci mezi jednotlivými lidmi sdílejícími příslušný typ rizika. Se soukromým pojištěním je spojena zásada ekvivalence, kde platí, že pojistné má odpovídat přebíranému riziku. Pojistné je dobrovolně nakoupeno na trhu a je založeno na sdílení rizika mezi pojištěnci v rámci jedné pojišťovny. Plnění tak odpovídá konkrétním smluvním podmínkám mezi pojišťovnou a pojištěncem a přímo závisí na výši placeného pojistného.¹ Ekvivalence v (soukromém) zdravotním pojištění tedy neznamena princip „co zaplatím, to dostanu“, ale princip „platím tolik, kolik odpovídá mému riziku v poměru k požadovanému plnění“.

Soukromé pojištění zdravotních rizik má však celou řadu vlastností, které jej činí pro praxi zdravotní politiky nevhodným jakožto univerzální řešení. Jsou jimi zejména

- Selektce rizik vedoucí k nepojistitelnosti, nepojištěnosti a podpojištěnosti občanů.

¹ (Vostatek, 1996)

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

- Pokud není aplikován neziskový princip ve smyslu alokace zisku „dovnitř“ pojišťovny, snaha o dosahování zisku s cílem jeho alokace mimo pojišťovnu může potlačit smysl zdravotního pojištění.
- Podstatná pro pojišťovnu je primárně bonita pojistného kmene, nikoli zdravotní stav pojištěnců z medicínského pohledu.
- Administrativní nákladnost a závislost na ekonomické aktivitě občana.
- Tendence bonitnějších pojištěnců zbavit se „pobyty ve stejné skupině“ s méně bonitními – může teoreticky vést až k likvidaci celého pojistného trhu

Praxe navíc ukázala, že soukromé pojištění je výběrové a sociálně selektivní, což v praxi činí problémy u těch rizik, která jsou univerzální a do značné míry nevyhnutelná u všech občanů a zakládají tak vazbu na princip solidarity.

Solidarita neboli sounáležitost, vzájemná podpora, souvisí právě s rozdělováním prostředků, zdrojů, ale i životních podmínek jedinců a sociálních skupin (především rodin) v duchu sociální spravedlnosti. Člověk je totiž bytost společenská a do jisté míry tedy i závislá na ostatních, se kterými žije v kolektivu. Je tedy v jeho zájmu, aby toto soužití bylo harmonické, plné lidského porozumění, soudržnosti, ale také odpovědnosti. T. G. Masaryk k tomu dodává:

„Solidarita je etickým příkazem, neboť člověk je dlužníkem společnosti, a zříká-li se svých práv, privilegií, ve shodě s ideou solidarity, je to jen splácení dluhu za prospěch, který skýtá společnost jednotlivci, rovněž jako dluh generacím minulým, jejichž statky nakoupené pílí jsou mu k dispozici, a povinností všech lidí je solidárně pracovat na rozhojnění tohoto bohatství.“¹

V souvislosti s principem solidarity již více než 150 let existuje také sociální pojištění, které ve své klasické podobě má pouze jednu odlišnost od pojištění soukromého – donutíme legislativně k pojištění všechny občany nebo celou sociální skupinu, čím se riziko rozkládá i mezi ty občany, kteří by se dobrovolně nepojistili. Tím se řeší jak problém solidarity, tak v případě zdravotního pojištění i otázky adverzní selekce a negativního výběru. Tak historicky byly pojištěny skupiny s podobným rozložením nebo charakterem rizika – například zaměstnanci určitého odvětví (viz německé nemocenské pojištění do devadesátých let 20. století).

¹ (Krebs, 2005).

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

V současné době však je tento profesní charakter sociálních pojištění oslaben – hlavní příčinou je globalizace, zpružnění pracovních trhů a další faktory vedoucí k tomu, že vazba jednotlivce ke svému zaměstnavateli je většinou velmi slabá či spíše časově nejistá. Tudíž se sociální pojištění posouvá stále více do občanského principu – tedy pojištění každého občana. U klasického sociálního pojištění s peněžním plněním je pak rozloženo riziko v rámci celé společnosti. Navíc v praxi dochází k oslabování principů pojistné matematiky a plnění z těchto pojištění je spíše prováděno na základě každoroční vyrovnanosti či nevyrovnanosti příslušného fondu (příkladem je třeba české důchodové či nemocenské pojištění). Do tohoto vyplácení pak zasahují stále častěji i politické tlaky, což může být z hlediska smyslu takového pojištění i kontraproduktivní (přestože lidé pojištění povinně platí, tak se jim z roku na rok může výrazně snížit nebo změnit podmínky plnění, které v případě pojistné události dostanou).

Zdravotní pojištění je pojištění v případě nemoci, což je stav nouze a utrpení. U zdravotního pojištění je riziko obrovské a těžko definovatelné. V praxi v případě soukromého pojištění určitým horním limitem plnění, ve veřejném pojištění pak – i když je to nepopulární – třeba omezením přístupu k určitým léčebným metodám podle věku pacienta, čekacími lhůtami apod.

Pojem krytí rizika spotřeby zdravotní péče v případě nemoci je však poměrně úzký. Širší pojem zdravotní politiky je péče o zdraví a je otázka, jestli celý obsah tohoto pojmu spadá do principu pojištění rizika nemoci. Existuje řada důvodů se domnívat, že tomu tak není a že pojem péče o zdraví je výrazně komplexnější. Jedná se o statky, které mají pozitivní externality, jak celostátně, tak i pro jednotlivce. Velmi významný je také vliv způsobu financování zdravotnictví na charakter systému zdravotnictví samotného. To lze dobře ilustrovat na segmentu praktických lékařů v USA – působením tržního systému nabídky a poptávky prakticky nevznikal segment primární péče, existuje zde vysoká spotřeba urgentní medicíny a lékařů specialistů, což výrazně zvyšuje náklady. Některé pojišťovny podporují jejich existenci, protože jsou si vědomy pozitivních nákladových efektů, takže tento segment medicíny v posledních cca 20 letech v USA roste. Je ale na pojišťovně, zda

tuto stimulaci bude provádět, tudíž se to netýká nepojištěných osob a pojišťovna také, pokud chce v tomto směru uspět, musí péči praktického lékaře „zabalit“ lidem do pojistky, protože jinak by při uzavírání pojistek klienti často tuto pravidelnou péči ze svých hrazených rizik vyloučili.

Specifika veřejného či „sociálního“ zdravotního pojištění ve srovnání s běžným sociálním pojištěním tak spočívají zejména v

- nepeněžním plnění a krytí rizik na principu financování potřeby a spotřeby zdravotní péče, což je v čase proměnlivý a vysoce individuální (lišící se člověk od člověka) fenomén,
- významu fondů zdravotního pojištění pro zdravotní politiku, tj. nikoli pouze pro jednotlivce a úhradu „jeho“ léčby, ale i pro prevenci, charakter systému zdravotní péče, rozvoj zdravotnictví,
- řízení nákladů na zdravotnictví prostřednictvím fondů zdravotního pojištění a úhradových mechanismů.

V souvislosti s druhým bodem vzniká samozřejmě otázka, zda extenze zdravotního pojištění i na širší otázky zdravotní politiky je systémově správná. Nabízí se totiž otázka, zda by právě výdaje, které nesouvisí s léčbou jednotlivce, neměl hradit stát ze všeobecných daní. To se týká jak prevence, tak ale i třeba investic do veřejných zdravotnických zařízení (zejména tedy nemocnic).

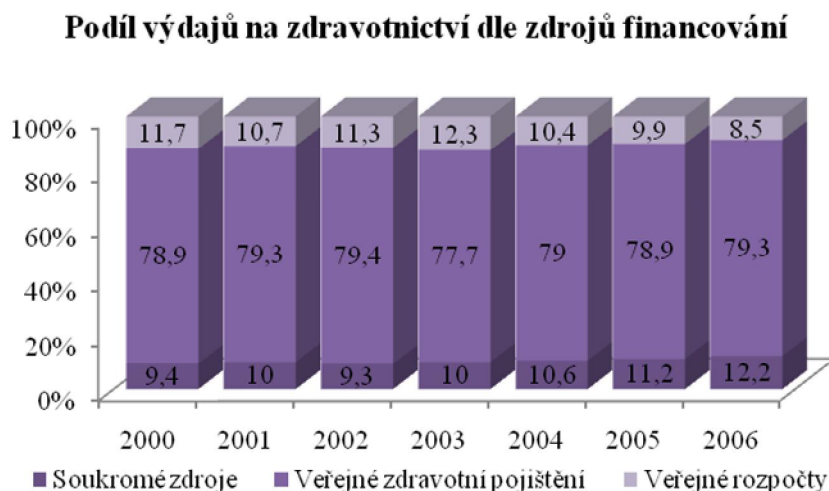
Výčet možností financování zdravotní péče a jejich podíl na financování českého zdravotnictví ukazují následující tabulka a obrázek.

Tabulka 1 Možnosti financování zdravotní péče v kontextu spoluúčasti pacientů

Alokátor	Zdroj, z něhož se financuje	Charakter financování
Stát, státní rozpočet	Daně	Veřejné, povinné
Veřejné zdravotní pojišťovny	Pojistné na veřejné zdravotní pojištění	
Pacienti – spoluúčast dle zákona	Soukromé zdroje	Soukromé, netržní (poplatek, doplatek), fakultativní
Pacienti – mimo rámec veřejného zdravotního pojištění	Soukromé zdroje	Soukromé, tržní, fakultativní

Zdroj: vlastní zpracování

Obrázek 1 Vývoj výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování



Zdroj: ÚZIS: Ekonomické informace ve zdravotnictví, 2006, [cit. 25. 7. 2008], dostupné na http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=ekonomické%20informace®ion=100&kind=1&mn_u_id=5300

Třetí a čtvrtý řádek tabulky, tedy spoluúčast pacientů, má duální charakter. Za prvé to může být skutečně regulační poplatek s cílem omezit zneužívání či nadužívání zdravotní péče. Za druhé to může být způsob, jak navýšit financování zdravotnických zařízení ze soukromých zdrojů (byť v netržní, regulované výši). Souhrnně tedy jde o

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

rozpor mezi spoluúčasti jako regulativem vstupu do systému se silným sociálním akcentem a spoluúčastí jako soukromým výdajem, za který získávám určitý dodatečný ekvivalent. Tento rozpor v poplatcích dobře chápou i české politické strany, které jsou aktéry jejich zavádění.

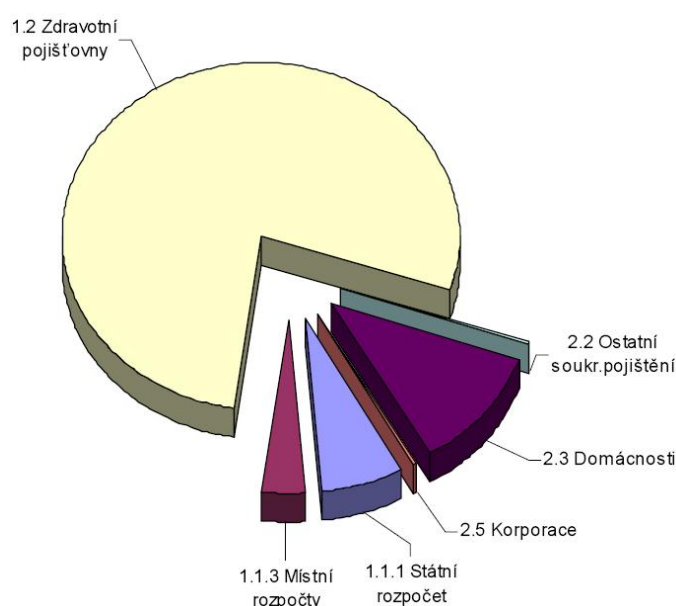
„Ve spoluúčasti pacienta spatřujeme nástroj spoluodpovědnosti za užívání zdravotní péče, a nikoli především nástroj pro získávání finančních prostředků. Jako možné oblasti spoluúčasti vidíme např. poplatky za návštěvu u lékaře, zřízení manipulačního poplatku za výdej léků na recept a hospitalizační poplatek. Zasadíme se o to, aby výše spoluúčasti byla nastavena v takovém rozmezí, kdy již funguje, ale nikomu neškodí, a aby ji nehradili sociálně potřební občané.

Nadstandardní péčí rozumíme vyšší komfort v nemocnicích a v ústavních zařízeních dlouhodobé a následné péče, možnost volby ošetřujících či operujících lékařů, časové přizpůsobení vyšetřovacího a léčebného programu, možnost nákladnějších než základních zdravotních pomůcek a zdravotnického materiálu, dopravy sanitním vozem v neakutním případě apod. Nadstandardní péče bude hrazena přímo, či z komerčního připojištění.“(KDU–ČSL, 2008)

V České republice je situace následující. Z veřejného pojištění je hrazena veškerá zákonem garantovaná zdravotní péče, která představuje drtivou většinu celkově poskytnuté péče. Pacient se spoluúčastní jen v některých případech. Přibližně 10 % výdajů na zdravotnictví připadá na veřejné rozpočty, z nichž je pak financována například ošetrovatelská péče v sociálních zařízeních a výdaje na vědu a výzkum související se zdravotnictvím či se vzděláním zdravotnických pracovníků, preventivní programy, činnost hygienických stanic, ale také provoz institucí státní (zdravotní) správy. Třetím zdrojem financování zdravotní péče jsou přímé výdaje domácností (asi 11 % veškerých zdravotnických výdajů), které si mohou koupit například některé volně prodejné léky, popř. na některé léky musí doplácet, nebo nadstandardní služby zejména u stomatologů. Dále se podílejí na financování svých lázeňských pobytů, na nadstandardně vybavených pokojích v nemocnicích a jsou nuceni si platit i některá potvrzení od praktických lékařů. Vedle toho existují ještě i vedlejší zdroje financování, jež však mají prozatím zanedbatelný význam a v souhrnu

tvoří odhadem 2 - 3 % z celkových výdajů na zdravotnictví. Jsou jimi cestovní zdravotní připojištění, zdroje podniků, které mohou hradit část závodně-preventivní péče samy a neziskové organizace (Červený kříž apod.).¹

Obrázek 2 Výdaje na zdravotnictví dle zdrojů financování



Zdroj: [http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/0F003829A5/\\$File/330608j2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/0F003829A5/$File/330608j2.pdf)

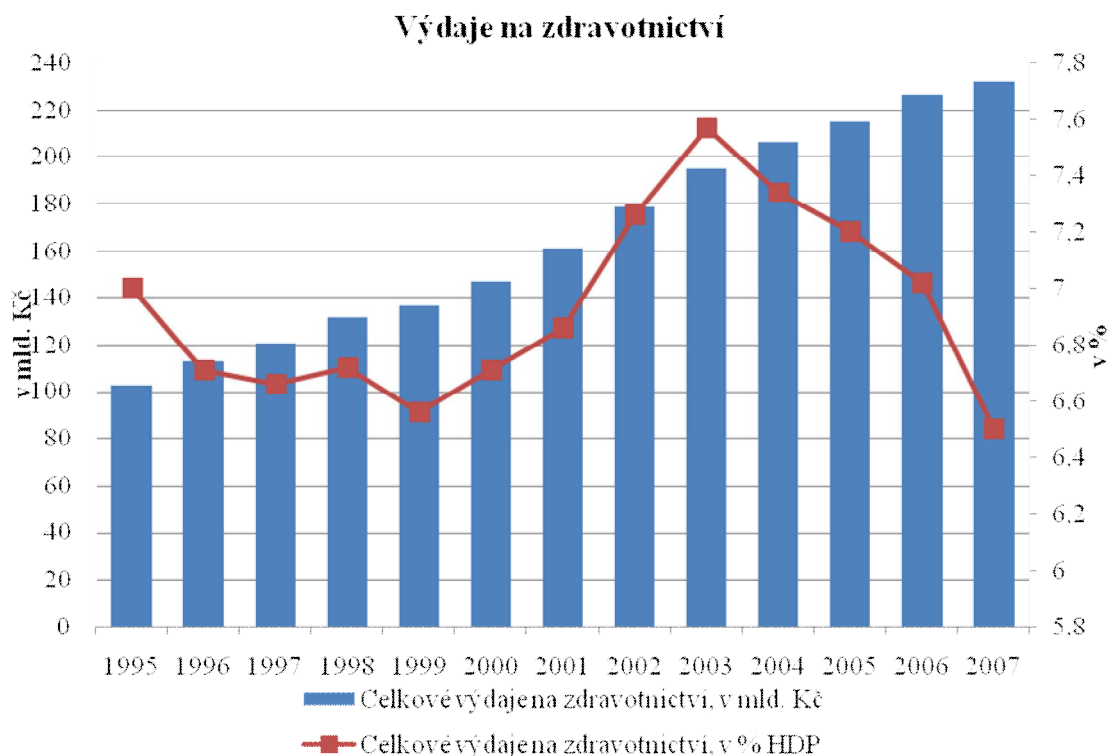
K vyjádření přiměřenosti zdrojů vynaložených na zdravotnictví slouží ukazatel poměru výdajů na zdravotnictví k HDP. V ČR byl poměr mezi výdaji na zdravotnictví a HDP v běžných cenách mezi 6,7 – 7,6 %, v letech 2000 – 2003, do roku 2006 pak postupně klesl opět pod hranici 7 %.²

¹ [http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/0F0038299F/\\$File/330608u.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/0F0038299F/$File/330608u.pdf)

² [http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/0F003829A5/\\$File/330608j2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/0F003829A5/$File/330608j2.pdf)

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

Obrázek 3 Vývoj podílu výdajů na zdravotnictví v % HDP



Zdroj: ÚZIS: Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky, 2006, [cit. 25. 9. 2008], přístup z internetu: http://www.uzis.cz/info.php?article=8&mnu_id=5200, MF: Výsledky hospodaření zdravotních pojišťoven, [cit. 25. 9. 2008], přístup z internetu: http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/SZU2007_F.pdf.pdf.

Na celkových výdajích na zdravotnictví, které činily v roce 232 miliard Kč v roce 2007, se podílely veřejné výdaje částkou dosahující 200 miliard Kč, zbylou část tvořily soukromé výdaje. Z veřejných výdajů stěžejní část pokrývají výdaje z veřejného zdravotního pojištění cca 180 miliard Kč, zbylých 20 miliard Kč připadá na výdaje ze státního rozpočtu a z místních rozpočtů, tedy z vybraných daní. Meziroční přírůstky výdajů na zdravotnictví mají od roku 2002 klesající tendenci stejně jako přírůstky výdajů ze zdravotního pojištění. Mezi roky 2006 a 2007 došlo k nárůstu výdajů systému zdravotního pojištění pouze o 3,1 %. V roce 2007 činily výdaje na zdravotní pojištění 185 miliard Kč. V minulých letech se přírůstky výdajů pohybovaly v hodnotách mnohem vyšších, např. mezi roky 2001 a 2002 došlo

k nárůstu až o 11 %. Přírůstky výdajů z veřejných rozpočtů jsou v posledních letech záporné.¹

Jak vyplývá z výše uvedených údajů, systém veřejného zdravotního pojištění je vysoce solidární a neekvivalentní ve smyslu jak vysoké platí pojištěnec pojistné ve vztahu ke svému riziku a jaké plnění z něj dostává. Tento fakt je principiálně v souladu se smyslem tohoto pojištění a jeho specifiky, přesto se lze prozkoumat přístupy, které analyzují možnosti změny toho stavu ve prospěch pacienta a jeho individuálního užitku.

5.2. Změny proporcí solidarity a ekvivalence z hlediska užitku pacienta

Zabývejme se nejprve možnostmi uvolnění určitého objemu solidárních prostředků ze stávajícího systému veřejného zdravotního pojištění. Ukážeme tak problémy této cesty a odvodíme obecné schéma solidarity a ekvivalence v tomto systému z pohledu individuálního užitku pojištěnce.

Připustíme-li pohyb standardu směrem dolů, mohlo by teoreticky dojít ke snížení sazby zdravotního pojištění a tím pádem i standardu. Tím pojištěnec ušetří na povinných platbách a mohou, při nezměněné úrovni mezd, vzniknout ekonomicky aktivní populaci volné finanční prostředky. Je samozřejmě otázka, zda budou utraceny za zdravotní péči v budoucnu. Pokud budou „někde“ deponovány, záleží na tom, kdo bude rozhodovat o jejich utrácení. Pokud se bude jednat pouze o pacientovy „úspory“, pak by to měl být v souladu s obecnými principy pouze pacient sám. Pokud budou prostředky použity k financování nadstandardu a bude s nimi disponovat pacient, pak to posílí roli pacienta za předpokladu regulovaných cen nadstandardní péče.

Tímto způsobem je však omezen přístup k nadstandardní péči nízkopříjmovým sociálním skupinám a státním pojištěncům.

Zdravotní účty, které takto vzniknou, ale nemají nic společného se zdravotní pojišťovnou ani zdravotním pojištěním, protože pojišťovna nebude rozhodovat o

¹MF: Výsledky hospodaření zdravotních pojišťoven, citace 7. 8. 2008, přístup z internetu: http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/SZU2007_F.pdf.pdf.

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

jejich alokaci, a tudíž ani nemusí být uloženy pod její kontrolou. Jednalo by se o jakousi formu tvorby individuálních kapitálových rezerv, použitelných podle vlastního uvážení na spotřebu zdravotní péče. Tržní selhání při takovéto alokaci, opakovaně prokázané v ekonomické teorii (Arrow, 1963, Grossman, 1972) lze kompenzovat již uvedeným úředním ceníkem takovéto nadstandardní péče, ať už bude obsahovat konkrétní ceny, nebo pouze horní limity úhrad za daný nadstandard.

Druhá možnost je naplňování individuálních účtů zčásti solidárně, a zčásti na základě individuálních – ekvivalentních příspěvků pojistného. Byla by tedy zachována sazba pojistného, ale určitá část pojistného by virtuálně tvořila individuální účet a zmenšila by se solidarita. Čerpání by pak bylo podmíněno souhlasem pojišťovny (protože pojištěnec dostal i solidární příspěvek – nejedná se „jen o jeho peníze“). Problém tohoto systému je morální hazard při čerpání z účtu a „objektivní“ nedostatek prostředků u určitých sociálních skupin. Je také otázka, jak by byla řešena otázka čerpání z tohoto účtu v případě nákladných, tento účet „vyluxujících“ diagnóz, či problém deficitu na takovém účtu. V kontextu nestability kapitálových trhů je významná také otázka rizikovosti takových účtů. Konečně je nejasná také alokační role pojišťovny, kdy dochází v tomto případě ke střetu alokačního práva pojištěnce a vyjádření pojišťovny. To může způsobit potíže při systematickém financování zdravotní péče, které je založeno na principu „velkých čísel“ a dostupnosti zdravotní péče v daném místě.

Z tohoto stručného přehledu je zřejmé, že účelnější je spíše oddělit veřejnou a soukromou část financování zdravotnictví, než vytvářet systém individuálních účtů, které při analýze souvislostí zdravotní politiky trpí řadou praktických problémů týkajících se jejich použití.

Dosažitelná, nikoli plná ekvivalence ve zdravotnictví¹ spočívá v tom, umožnit každému občanovi spotřebu zdravotní péče podle objektivních potřeb a v souladu s individuálními preferencemi. To předpokládá transparentní možnost dokoupit (za

¹ Plná ekvivalence by znamenala rezignaci na princip solidarity a v konečném důsledku ztrátu smyslu existence zdravotnictví pro většinu populace. Vzhledem k tomu, že medicína je obecně populační věda, pak i zabrzdění rozvoje řady oblastí medicíny, které jsou závislé na tom, aby se mohla zabývat každým (resp. dostatečným počtem osob v populaci), kdo trpí určitou nemocí.

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

regulované ceny) nadstandardní péči a nebo se na tento nadstandard pojistit. Filozoficky je toto pojetí ekvivalence v zásadě v souladu s charakterem medicíny, neboť zdravotní péče je statek spotřebováváný na základě její zjištěné potřeby, ale v praxi může existovat celá řada variant takové péče (např. brýle versus laserová operace).

Jinak řečeno, maximum toho, co se doposud v oblasti ekvivalence v rovině koncepční předpokládá, je schopnost zdravotnictví uspokojit standardní i nadstandardní potřeby pacientů. Standard ale není jasně definován a současně je trvale předmětem tlaků zájmových skupin. Ani legislativa plánovaná v současné době ministerstvem zdravotnictví podle doposud známých návrhů definici standardu neobsahuje, což je předmětem kritiky.

Tento princip z hlediska pacienta ukazuje následující obrázek. Vzhledem k povinné účasti ve veřejném zdravotním pojištění je jeho užitek (ve smyslu krytých rizik, nikoli ve smyslu skutečně čerpané péče) vzhledem k nákladům na toto pojištění (N1) konstantní až do výše těchto nákladů. Zavedená spoluúčast navíc (N2) ve stávající podobě mu z individuálního pohledu dodatečný užitek nepřináší, jen zvyšuje jeho náklady a teoreticky racionalizuje fungování systému, což ovšem z hlediska pacientova užitku není příliš významné. Nad úroveň standardu pak pacient musí vynaložit dodatečné soukromé zdroje, kde se mu zvyšuje užitek proporcionálně s jejich nárůstem (pokud neuvažujeme selhání trhu ve smyslu spotřeby zbytečné zdravotní péče indukované nabídkou). Pokud vynakládá dodatečné soukromé zdroje formou přímých plateb, pak ekvivalence těchto zdrojů skutečně spočívá v principu „co zaplatím, to dostanu“¹.

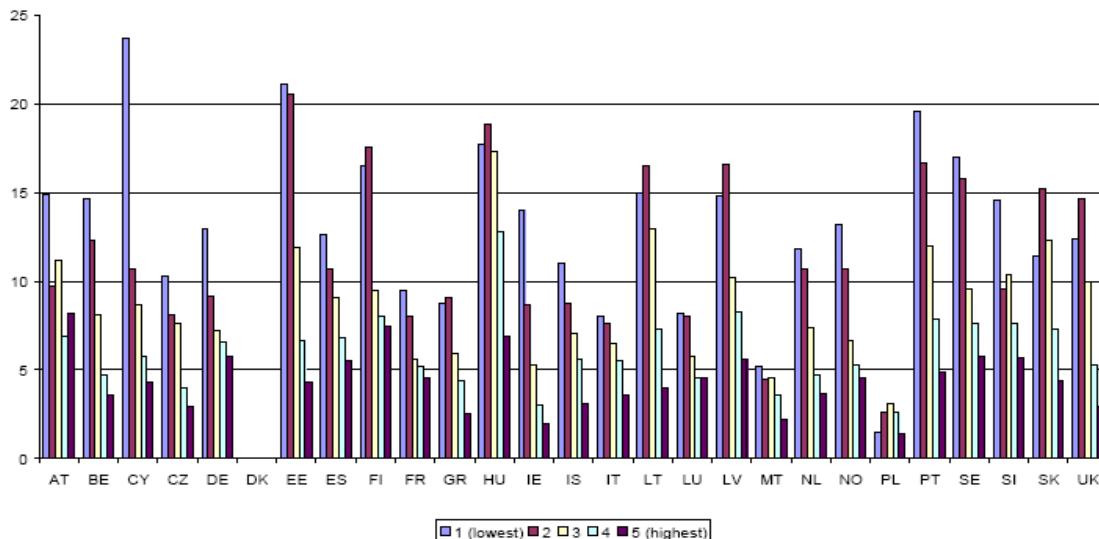
5.3. Mezinárodní komparace se zřetelem k solidaritě a ekvivalenci

Na úrovni Evropské unie jsou statisticky sledovány nerovnosti ve zdraví napříč jednotlivými příjmovými kategoriemi. Následující graf ukazuje podíl lidí se silným omezením aktivity díky zdravotním problémům podle jednotlivých příjmových kvintilů

¹ Na rozdíl od případu, kdyby se člověk na dodatečné výdaje připojil – tam by pak ekvivalence byla stejná jako u soukromého pojištění. Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

(1 – nejnižší příjmy, 5 – nejvyšší příjmy). Je z něj patrné, že omezení aktivity je spojeno s nízkým příjmem (jakkoli kauzální závislost je pravděpodobně oboustranná). To zároveň znamená, že tito nemocní mají omezenou schopnost výdělečné činnosti a tudíž i ekvivalentního soukromého financování potřebné zdravotní péče.

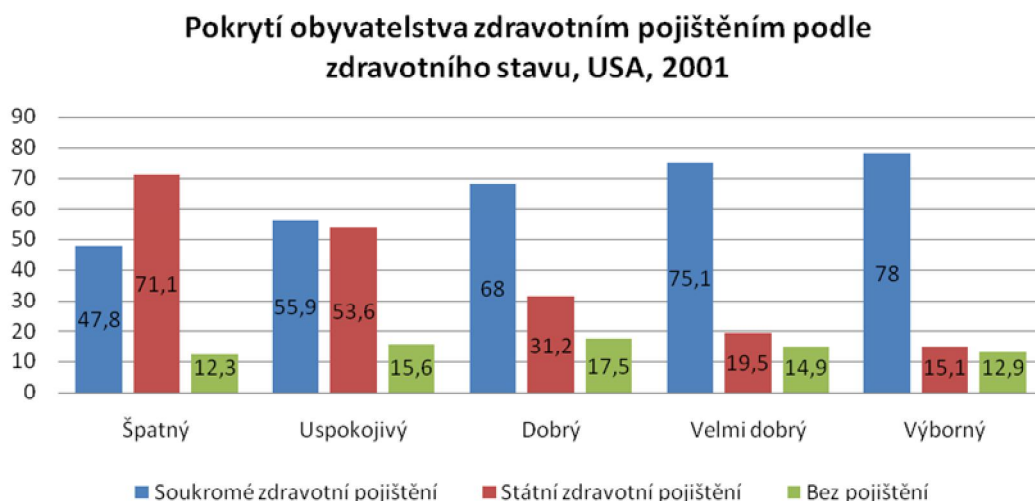
Obrázek 4 Podíl občanů se silným omezením aktivity z důvodu změny zdravotního stavu



Source: Eurostat, EU-SILC 2005

V tržním systému lze také analyzovat zdravotní stav pojištěnců jednotlivých pojistných systémů s různou měrou solidarity a ekvivalence (soukromého, státního a nepojištěných osob). Výsledky vidíme na následujícím grafu.

Obrázek 5 Proporce státního (veřejného) a soukromého zdravotního pojištění v USA

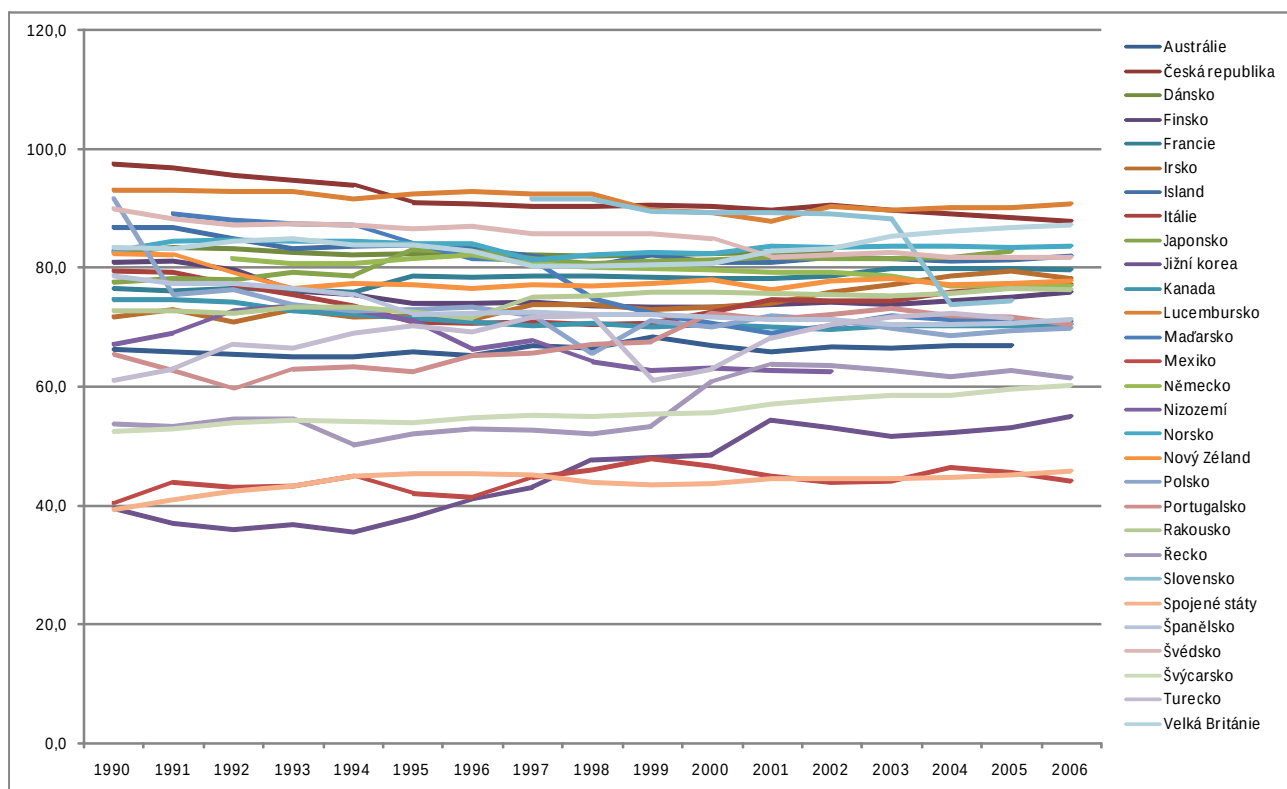


Zdroj dat: U.S. Census Bureau, Survey of income and Program participation, 2001-2002

Čím horší je zdravotní stav příslušného občana, tím méně má soukromé pojištění a tím více spadá do státních programů, pokud splňuje kritéria pro účast v nich. Soukromě se pojistit se může, ale nenastává to, protože soukromé pojištění více či méně zohledňuje riziko. V rámci toho se zjišťují a zohledňují tzv. pre-existing conditions (skutečnosti známé před uzavřením pojistky, které mohou být použity pro stanovení jejích individuálních parametrů). Soukromé pojištění má navíc typicky finanční limit plnění. Po jeho vyčerpání je v případě potřeby další léčby pacient odkázán na přímé platby a nebo právě na krytí tohoto rizika v rámci státních pojistných programů.

Významná je rovněž proporce veřejných a soukromých výdajů na zdravotní péči, a to jak v určitém roce, tak především její vývoj za delší období. To ukazuje v širokém spektru zemí následující graf.

Obrázek 6 Vývoj podílu veřejných výdajů na zdravotnictví v zemích OECD, 1990-2006



Zdroj: (OECD, 2008). Pozn. Pro některé státy nejsou dostupná srovnatelná data za celé období, proto jejich křivka nedosahuje až do roku 2006.

Výše uvedený graf ukazuje vývoj podílu veřejných výdajů na zdravotnictví ve vyspělých zemích v letech 1990–2006. Je z něj vidět, že dochází ke konvergenci podílu veřejných (a tudíž i soukromých, které tvoří dopočet do sta procent) výdajů v rámci vyspělých zemí. Zatímco v roce 1990 byl podíl veřejných výdajů široce rozprostřen od 40 do cca 97 procent, pak v roce 2006 již šlo o užší interval cca 44 – 90 procent, tj. cca 10 procentních bodů snížení rozdílu. Navíc i v případech jednotlivých zemí lze sledovat trendy vypovídající o poklesu podílu veřejných výdajů u zemí s výchozím vysokým podílem, a nárůstu podílu veřejných výdajů u zemí s výchozím nízkým podílem těchto výdajů.

Rozložení financování ve vybraných zemích ukazuje následující tabulka.



**Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti**



Tabulka 2 Komparace systému zdravotního pojištění v evropských zemích

Země ¹	Veřejné zdravotní pojištění ²	Soukromé zdravotní pojištění	Spoluúčast pacienta ³			
			návštěva lékaře	platba za léky	den v nemocnici	dentální péče
ČR	povinné	dobrovolné doplňkové	1,25 EUR	1,25 EUR	2,5 EUR	
Německo	povinné do výše příjmu 4012 EUR měsíčně	možnost uzavřít nad hranici příjmu 4012 EUR měsíčně	10 EUR za čtvrtletí	5 - 10 EUR	10 EUR	10 EUR za čtvrtletí
Rakousko	povinné	dobrovolné doplňkové	3,63 EUR	4,6 EUR	10 EUR	
Francie	povinné nad hranici příjmu 556 EUR měsíčně	dobrovolné ale velice rozšířené (krytí vysoké spoluúčasti)	30% nákladů + 1 EUR	35- 65 % z ceny léku	20% nákladů nebo 15 EUR	
Velká Británie	povinné nad hranici příjmu 434 EUR měsíčně	doplňkové zejména pro vysokopříjmové		8,4 EUR		19,56 EUR
Slovensko	povinné	doplňkové zejména pro dentální péči	0,66 EUR	0,66 EUR	1,65 EUR	0,66 EUR
Švédsko	povinné	dobrovolné doplňkové (krytí spoluúčasti)	9,4 - 28,3 EUR	100% z ceny léku do 95 EUR	8,44 EUR	
Finsko	povinné pojištění + daně	dobrovolné doplňkové, týká se převážně jen úrazů	11 - 22 EUR		26 EUR	35 EUR

¹ Data ČR, SR, Švédska a Velké Británie pro transparentnější porovnatelnost přepočítána na EUR kurzem ČNB k 30.6.2008

² Údaje z roku 2003

³ Data dostupná na http://www.praktikcz.eu/spoluucast_v_EU.html

Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

Zdroj: <http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/podnikatelske-prostredi/systemy-zdravotniho-pojisteni-ve/1000520/13637/>, http://www.praktikcz.eu/spoluucast_v_EU.html

Z tabulky je zřejmé, že zdravotnictví je ve všech výše sledovaných zemích financováno převážně z fondů veřejného zdravotního pojištění. Systémy zdravotnictví se však již poněkud odlišují v úloze soukromého zdravotního pojištění, které funguje většinou na dobrovolné a doplňkové bázi. I zde však existuje výjimka, kterou je Německo, kde soukromé zdravotní pojištění uzavírají podle údaje z roku 2008 dobrovolně osoby s měsíčním příjmem nad 4 012 EUR.¹ Tyto osoby si mohou uzavřít soukromé zdravotní pojištění, které má proto v systému německého zdravotnictví významnou úlohu. Tím se nicméně vyvazují také z plnění ve veřejném systému, čímž vzniká problém jejich návratu zpět v případě, že jejich soukromá pojistka z nějakého důvodu (insolvence, úpadek pojišťovny, výrazné zhoršení zdravotního stavu) přestane dostatečně krýt jejich zdravotní rizika. Tento problém se obecně týká každé země, která provozuje paralelně systém veřejného a soukromého pojištění. Existuje zde totiž značný morální hazard ve smyslu pobídek pro „pobyt“ v soukromém systému, pokud je člověk relativně zdrav a péči nespotřebovává, a „návrat“ do veřejného systému v situaci, kdy již jeho rizika jsou vyšší, případně jeho finanční zdroje vyschnou. Takto by mohly být uzavírány i parametry soukromých pojistek, aby se snížilo placené pojistné. Z tohoto důvodu se lze domnívat, že možnost návratu do veřejného systému by měla být silně omezena. Jako možné řešení se jeví (podle našich znalostí dosud nikde neaplikovaný) systém, že návrat do systému veřejného by nebyl povolen vůbec. V případě nepříznivé sociální situace (sociální potřebnost) či jiných vážných důvodů znemožňujících fungování soukromé pojistky by sjednané pojistné za příslušného občana hradil stát. Tak by krytí rizik i plnění z pojistky i nadále zůstalo v rámci této pojistky a nezatížilo by systém veřejného pojištění, kam občan neplatil. Je však nutné zároveň velmi zvažovat okruh osob, kterých by se tato výjimka týkala. Při větším počtu těchto osob by pak stát plnil roli sponzora soukromého pojištění, což má jak dopad fiskální, tak i principiální.

¹ http://managerweb.ihned.cz/c4-10115720-23385920-T00000_d-systemy-zdravotniho-pojisteni
Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102

Významnou úlohu má soukromé pojištění také ve Francii, kde je poměrně značně rozšířené, protože slouží ke krytí vysoké spoluúčasti pacientů. Ve Francii tato spoluúčast vzniká rozdílem mezi cenou zdravotní péče a (nižší) úhradou od pojišťovny. V ostatních sledovaných zemích je úloha soukromého zdravotního pojištění víceméně dílčí a doplňková. Z pohledu solidarity je zřejmé, že všechny systémy tento princip více či méně respektují, prakticky ve všech zemích jsou definovány skupiny pojištěnců, kteří jsou osvobozeni ze systému povinného zdravotního pojištění ohledně plateb pojistného. Jedná se většinou o nezaopatřené děti a důchodce.

Pokud jde o výši spoluúčasti v jednotlivých zemích, nejlépe jsou na tom na první pohled občané Slovenska a České republiky, kde jsou poplatky za léky, návštěvu lékaře či pobyt v nemocnici v porovnání s ostatními zeměmi téměř zanedbatelné. Nesmíme však zapomenout, že průměrné platy v těchto zemích a tedy i kupní síla obyvatel dosahují několikanásobné úrovně průměrného platu v České republice či na Slovensku. Zavedení regulačních poplatků v České republice a předtím i na Slovensku je empirickou ilustrací faktu, že systémy zdravotnictví v jednotlivých zemích vzájemně konvergují. Z pohledu ekvivalence a solidarity jsou regulační poplatky spíše neutrální, protože jejich podíl na celkových rozpočtech zdravotnických systémů je malý. Mohou však významně ovlivnit dostupnost péče u určitých sociálních skupin a mohou také odradit od spotřeby zdravotní péče (Evropská komise, 2008).

Důležité poznatky můžeme zjistit také z databáze MISSOC, která obsahuje v rámci komparace sociálních systémů evropských zemí také komparaci základních parametrů systémů zdravotní péče (MISSOC, 2008). Z této komparace lze vytěžit následující poznatky.

Evropské zdravotnické systémy jsou postaveny na dvou odlišných principech. Principu veřejného zdravotního pojištění a principu státem financovaného zdravotnictví. V kontextu dříve uvedené tabulky 1 to znamená odlišnou úlohu jednotlivých pilířů financování. Pokud se jedná o systém veřejného zdravotního pojištění, pak je financován na principu povinného odvodu z výrobního faktoru práce.

To je i případ České republiky, kde jsou povinně účastny všechny osoby s trvalým pobytem na území ČR a zaměstnanci firem se sídlem na území ČR.

Státem financované zdravotnické systémy jsou financovány převážně ze všeobecných daní. V tomto případě účast v nich vyplývá z titulu státního občanství a navázání financování na výrobní faktor práce zde není tak zřetelné.

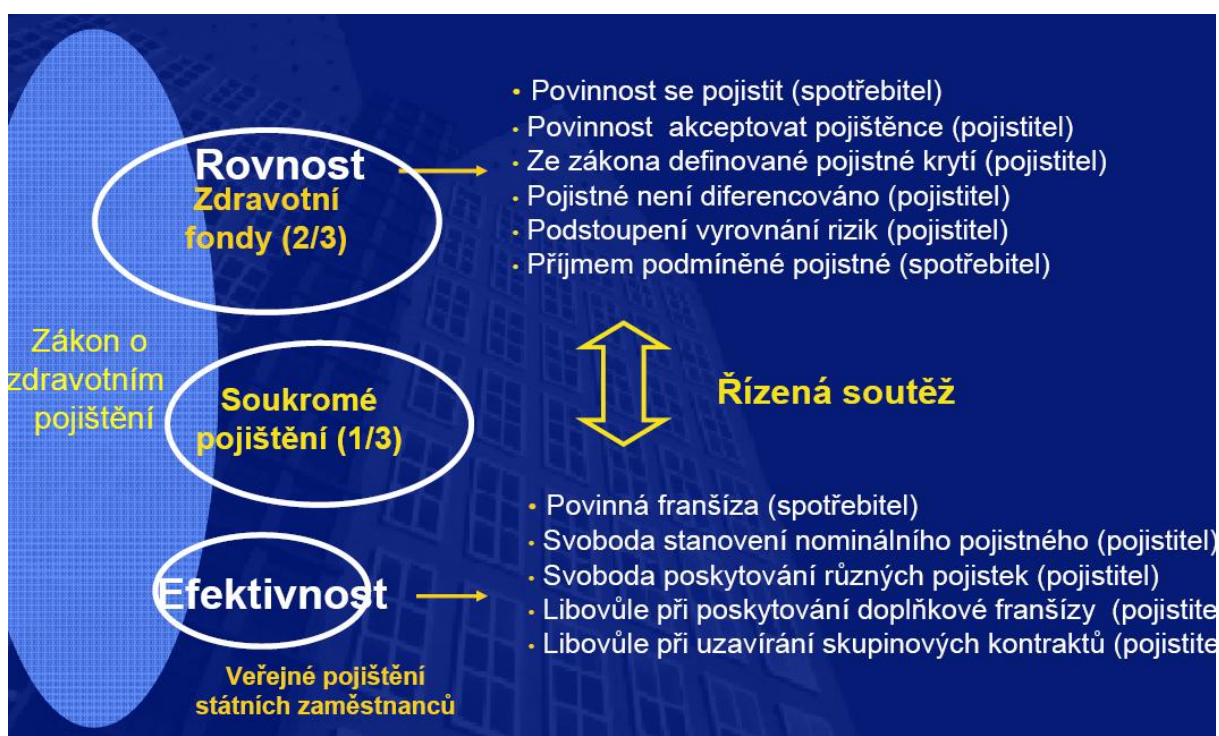
Z hlediska svobodné volby lékaře všechny země umožňují svobodnou volbu praktického lékaře, který má smlouvu s pacientovou pojišťovnou. Parametr svobodné volby lékaře obecně zvyšuje náklady systému, proto vstup do „dalších pater systému“ je ve většině případů regulován. Buď systémem gate-keepingu, nebo tak, že v případě omezení svobodné volby v „dalších patrech“ získává klient od své pojišťovny slevu na pojistném (princip řízené péče – managed care). Vzniká tak samozřejmě otázka charakteru těchto omezení, která na jedné straně mohou přispívat k zvýšení efektivity systému a racionality celého léčebného procesu, ale na straně druhé sebou přinášejí vysoké riziko zneužití, omezení svobody rozhodování lékařů i pacientů a snížení dostupnosti zdravotní péče pod hlavičkou optimalizace nákladové efektivity. Tam, kde je svobodná volba lékaře dostupná pouze za cenu vyšší sazby pojištění nebo spoluúčasti (např. Švýcarsko), se z ní může stát „luxusní“ statek, který je dostupný jen některým pojištěncům.

V některých zemích, jako je Švýcarsko nebo Nizozemí a které jsou založeny na principu konkurence pojišťoven, je povolena diferenciace jimi nabízeného „produktu“. Např. ve Švýcarsku mohou pojišťovny nabízet sníženou sazbu pojištění za cenu vyšší spoluúčasti. V tomto případě jsou však jednotlivé možnosti taxativně vymezeny – tj. jsou regulovány jednotlivé varianty i „strop“, kam až lze ve spoluúčasti za cenu snížení sazby pojištění zajít.

Nizozemí může sloužit také jako příklad fungování zdravotnictví na bázi řízené konkurence zdravotních pojišťoven, kde je vyšší míra ekvivalence v podobě individualizovaného kontraktu pojištěnce a zdravotní pojišťovny. Vzniká tak možnost uzavírání zdravotních pojistek „na míru“, které kryjí pomocí solidárního přerozdělení definovaná zdravotní rizika, a současně na bázi dodatečných soukromých zdrojů umožňují individualizaci parametrů pojistky směrem k pojištěnci. Ekonomická

racionalita takového systému je jistě diskutabilní, její praktickou realizaci v podobě známé z Nizozemí ukazuje následující schéma.

Obrázek 7 Zdravotní pojištění v Nizozemí

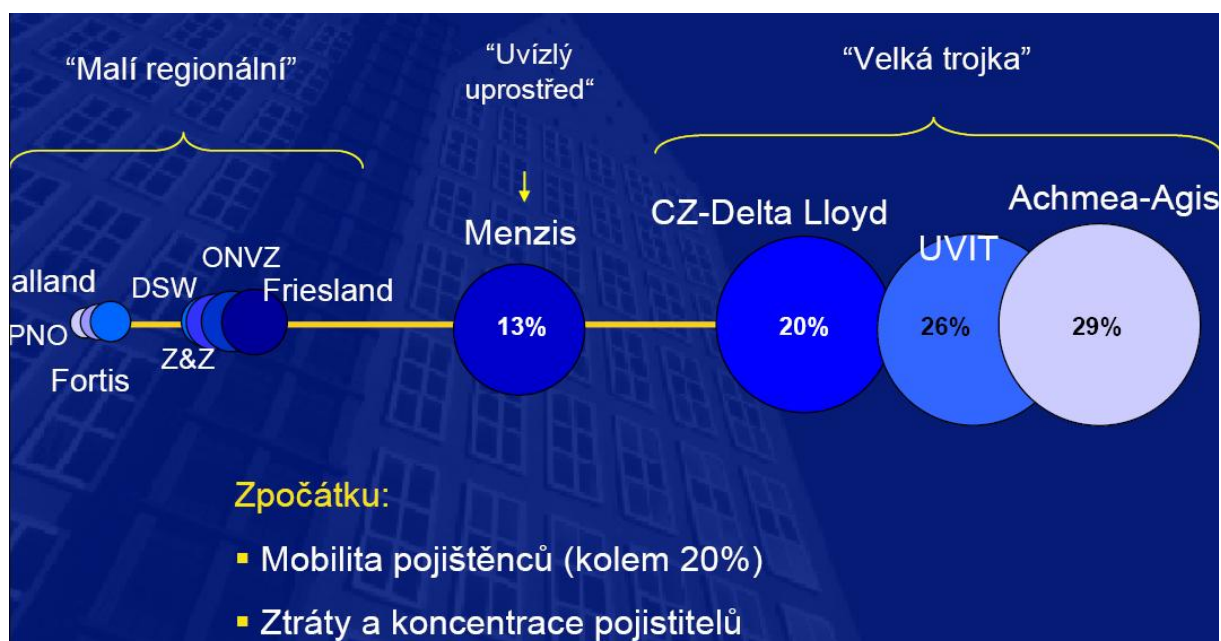


Zdroj: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2008
http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Dutch_Health_Care_Reform_CZ.pdf

Výše uvedené schéma je realizováno za situace, kdy na zdravotnictví je vynakládáno cca 10 procent HDP. To znamená, že veřejné zdravotní fondy alokují cca 7% HDP (2/3) a soukromé pojištění cca 3% HDP (1/3). V komparaci např. s Českou republikou (kde v současné době jsou celkové výdaje na zdravotnictví kolem 7 % HDP) to znamená, že soukromé pojištění představuje dodatečné zdroje do systému nad rámec veřejného a podíl „veřejné části“ tak i přes existenci konkurence zůstává poměrně vysoký, neboť je nezbytný z hlediska zachování funkčnosti a dlouhodobé stability systému.

Zajímavá je také analýza tržní struktury, která na podkladě těchto změn v Nizozemí vznikla. Na následujícím grafu vidíme, že se jedná o oligopolní tržní strukturu s konkurenčním lemem malých pojišťoven, jejichž konkurenční pozice vyplývá z jejich regionálního charakteru. Z tohoto vývoje je tedy možné usuzovat, jak bude tržní struktura v zemích podobné velikosti a institucionálního nastavení vypadat. Míra konkurenčnosti mezi několika velkými firmami, které si trh „rozdělí“, nebude příliš silná a bude se projevovat spíše optickými a marketingovými výhodami než reálným snížením nákladů. Nabízí se paralela například s českým trhem mobilních operátorů, kde všichni realizují každoročně vysoce kladný hospodářský výsledek.

Obrázek 8 Tržní struktura ve zdravotním pojištění v Nizozemí



Zdroj: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2008
http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Dutch_Health_Care_Reform_CZ.pdf

5.4. Význam principu neziskovosti ve zdravotnictví

Problém zisku vstoupil do zdravotnictví jeho (úplnou či částečnou) privatizací. Zisk je ve zdravotnictví je problém proto, že jej lze v praxi poměrně jednoduše generovat bez toho, aby se zlepšoval zdravotní stav obyvatelstva. Mechanismy k tomu vedoucí byly v literatuře mnohokrát popsány jako tržní selhání ve zdravotnictví a níže uvádíme nejvýznamnější z nich.

- zdravotnické a sociální služby – statek se specifickými ekonomickými vlastnostmi Arrow odvodil, že přirozeným vyústěním tržní situace ve zdravotnictví je vznik neziskových poskytovatelů zdravotní péče (Arrow, 1963).
- běžný poptávkový koncept je zde doplněn o koncept potřeby těchto služeb (např. absence spotřebitelského rozhodnutí, efektivní poptávka versus skutečná potřeba, časové hledisko). Zdravotní péče je také tzv. statek důvěry (Akerlof, 1970, Arrow, 1972)
- diferenciací příjmů versus diferenciací potřeb, vazba řešení na veřejné financování
- problém objektivizace a testování potřeb v situaci veřejného financování – úloha pro orgány veřejné správy a veřejný výzkum
- indukce poptávky nabídkou
- existence informační asymetrie

Nelze tedy, jak vyplývá z ekonomické teorie, zdravotní péči prohlásit za tržní obchodovatelný statek, protože ztratí (v praxi) svá specifika, která jí činí užitečnou a pro pacienta prospěšnou.

Současné návrhy Ministerstva zdravotnictví (MZ ČR, 2008) jsou de facto privatizací zdravotního pojištění, kdy stát ztrácí demokratickou kontrolu nad alokací prostředků povinně vybíraných od obyvatelstva. Případná privatizace pojištění má ale i další nevýhody. Tržním řešením v oblasti zdravotnictví je aproximace zdravotních rizik pomocí soukromého pojištění. To bylo historicky uplatněno např. v USA, ale i tam dospěl vývoj k regulaci jeho pravidel státem, řízení nákladů na zdravotní péči a snahy o využití úspor z rozsahu.

Asi nejvýznamnější je zde problém neziskovosti zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven, proto ho podrobíme další analýze. Obecně neziskovost nevylučuje možnost tvorby zisku – kladného hospodářského výsledku, který však, je-li vytvořen, musí zůstat či jinak řešeno být reinvestován v organizaci v souvislosti

s předmětem její činnosti. Tím, že neziskové organizace jako každá výrobní jednotka hospodaří v rámci omezených zdrojů, musí respektovat ekonomickou realitu a pravidla skutečného nebo fiktivního trhu. Neziskovost může fungovat i jako mechanismus zabráňující zneužití finančních zdrojů organizace k jiným účelům než je realizace univerzální služby či předmětu veřejné zakázky. Ve zdravotnictví to znamená jediné – neziskovost je garancí, že prostředky získané od občanů „na zdravotnictví“ ve zdravotnictví také zůstanou. To je elementární jistota a předpoklad efektivnosti financování zdravotnictví z veřejných zdrojů.

Zvláštní pozornost si zaslouží majetek neziskových organizací. V případě úpadku nebo rušení nemocnice musí tento majetek přejít na zřizovatele, případně stát. Jediná výjimka platí tehdy, pokud je majetek výsledkem investiční aktivity neziskové organizace a byl financován ze soukromých zdrojů (úvěr, reinvestice zisku).

Zisk ve zdravotnictví tedy skutečně není sprosté slovo a dobrý hospodářský výsledek je za podmínky nezměněné kvality a rozsahu poskytované zdravotní péče pozitivní okolností, která umožňuje další rozvoj konkrétního zdravotnického zařízení. Co je však nutno legislativně ošetřit je, aby tyto prostředky z případného zisku šly skutečně do zdravotnictví a ne do jiných odvětví. Kromě morálního problému to generuje také tlak na to, aby se zdravotní pojišťovny v soukromém vlastnictví nechovaly tak, že se budou snažit získat z pojištění co nejvíc, ale utrácet co nejméně za cenu snížení kvality nebo rozsahu poskytované zdravotnické péče. Tato pobídka generuje velký morální hazard, kterému manažeři nedokáží odolat a konkurence mezi pojišťovnami nebo nemocnicemi ho (jak vyplývá z empirických zkušeností) neřeší. Ukazuje to i příklad amerických nemocnic, kde v průměru převažuje nezisková forma (r. 2005 – 22,5 % státní, 59,9 % soukromé neziskové, 17,6 % soukromé ziskové).

V této souvislosti je třeba podotknout, že privatizace výnosů zdravotního pojištění, vybíraného formou parafiskálního příjmu veřejných rozpočtů, je i v rozporu s obecnými principy veřejných financí. Principem veřejného zdravotního pojištění není kalkulace a individualizace rizik, ale sdílení souhrnného zdravotního rizika populace a jeho krytí efektivní alokací.

Jakkoli lze dokazovat význam a zajišťovat efektivnost veřejného sektoru i čistě ekonomickými nástroji (Bénard, 1990), smysl jeho existence v ekonomice je výrazně širší. Především umožňuje spotřebu statků a služeb na principu práv občana tam, kde se na tomto stavu společnost demokraticky shodne. V případě zdravotnictví, kde je právo na zdraví definováno v Listině základní práv a svobod, to lze považovat za vhodný nástroj.

Veřejné a soukromé zdravotní pojištění se zásadně liší v oblasti výběru pojistného a získávání klientů. Veřejné pojištění je získává na (obvykle povinném) principu občanském, soukromé pojištění na principu dobrovolné tržní poptávky. Ale v oblasti alokace je veřejná a soukromá pojišťovna od té doby, co byly zavedeny principy managed care v tržním systému (70. léta 20.stol., USA) velmi podobným subjektem – snaží se pro své portfolio pojištěnců nasmlouvat a uhradit co nejefektivněji potřebnou zdravotní péči. I soukromá pojišťovna je tedy „alokátorem“ v podobě třetí strany, pokud není uplatněna praxe, že pojišťovna hradí cenu účtovanou lékařem a uhrazenou pacientovi individuálně až ex post. Tak tomu ale většinou v případě tzv. managed care nebývá – soukromé pojišťovny tyto metody začaly používat právě za účelem kontroly a snížení nákladů. Ve zdravotnictví tak klasický tradeoff alokátora veřejných prostředků, kde je vždy otazník co se týče efektivnosti, není tak snadno substituovatelný ve prospěch individuální alokace, protože i příp. soukromé pojištění je alokováno třetí stranou – tedy pojišťovnou. Z toho vyplývá, že privatizace pojištění je pouze privatizací výnosů jako extra odměnou za quasiefektivní alokaci prostředků veřejného pojištění prostřednictvím quasitruhu a pojištěnci nedává žádnou reálnou výhodu, pokud ovšem nebude připuštěna diferenciací dle zdravotního rizika, což je ale nežádoucí z pohledu etického (výhody pro méně rizikové pojištěnce by znamenaly faktickou exkluzi více rizikových).

Závěr

Soukromé pojištění se považuje za ekvivalentní, pokud sazba pojistného odpovídá riziku klienta. Ve veřejném zdravotním pojištění to neplatí a navíc se riziko ani nezjišťuje (občanský princip). Zdravotní pojištění má navíc oproti běžnému sociálnímu pojištění rizik řadu specifik. Mezi nejvýznamnější patří řízení výdajů na zdravotnictví prostřednictvím fondů zdravotního pojištění, nepeněžní plnění na základě objektivizované potřeby zdravotní péče a významu fondů zdravotního pojištění pro zdravotní politiku státu jako celek.

Dosažitelná, nikoli plná ekvivalence ve zdravotnictví spočívá v tom, umožnit každému občanovi spotřebu zdravotní péče podle objektivních potřeb a v souladu s individuálními preferencemi. To předpokládá transparentní možnost dokoupit (za regulované ceny) nadstandardní péči a nebo se na tento nadstandard pojistit. Současně je nezbytné trvale monitorovat standard zdravotní péče i přes všechny obtíže s jeho definicí a vymezením v praxi. Filozoficky je toto pojetí ekvivalence v zásadě v souladu s charakterem medicíny a rychlým rozvojem zejména zdravotnické techniky.

Identifikovali jsme dva druhy finanční spoluúčasti pacienta. První, tj. regulační poplatky zavedené v ČR od roku 2008, přímo nezvyšují užitek ze spotřeby zdravotní péče, pouze individuálně regulují její spotřebu. Ekvivalenci nenastolují a zhorší pozici sociálně slabých skupin obyvatelstva. I přes stanovisko Ústavního soudu o jejich souladu s ústavním pořádkem ČR je tak jejich pozice ve zdravotnictví diskutabilní. Samostatnou výzkumnou pozornost by zasloužil poplatek za recept, který se od ostatních regulačních poplatků metodologicky liší.

Druhá, tj. spoluúčast mimo rámec veřejného zdravotního pojištění, posiluje pozici pacienta a ekvivalenci. Jedná se tedy o dodatečné přímé platby za zdravotní péči mimo rámec zdravotního pojištění. V ČR doposud postrádá cenovou regulaci, což jí činí náchylnou k tržnímu selhání při směně. Zvýšení užitku předpokládá důsledné provázání této spoluúčasti se standardem (řešení formou doplatku ke standardu).

Mezinárodní komparace ukazuje na příkladu SRN možnosti vystoupení ze systému veřejného pojištění a uzavření plně ekvivalentního soukromého pojištění. Je však nutno zachovat obezřetnost. Existuje zde totiž značný morální hazard ve smyslu pobídek pro „pobyt“ v soukromém systému, pokud je člověk relativně zdravý a péči nespotřebovává, a „návrat“ do veřejného systému v situaci, kdy již jeho rizika jsou vyšší, případně jeho finanční zdroje vyschnou. Takto by mohly být uzavírány i parametry soukromých pojistek, aby se snížilo placené pojistné. Z tohoto důvodu se lze domnívat, že možnost návratu do veřejného systému by měla být silně omezena. Jako možné řešení se jeví (podle našich znalostí dosud nikde neaplikovaný) systém, že návrat do systému veřejného by nebyl povolen vůbec. V případě nepříznivé sociální situace (sociální potřebnost) či jiných vážných důvodů znemožňujících fungování soukromé pojistky by sjednané pojistné za příslušného občana hradil stát. Tak by krytí rizik i plnění z pojistky i nadále zůstalo v rámci této pojistky a nezatížilo by systém veřejného pojištění, kam občan neplatil. Je však nutné zároveň velmi zvažovat okruh osob, kterých by se tato výjimka týkala. Při větším počtu těchto osob by pak stát plnil roli sponzora soukromého pojištění, což má jak dopad fiskální, tak i principiální.

Jak vyplývá z mezinárodní komparace, pravděpodobným výsledkem regulované konkurence mezi zdravotními pojišťovnami, pokud bude připuštěna, bude oligopolní tržní struktura se spíše menším počtem firem (pojišťoven) a konkurenčním lemem, který bude regionálně specifický. Přitom relativní podíl „solidární“ části systému na HDP je např. v Nizozemí shodný s celkovými výdaji na zdravotnictví v ČR (7 %). „Ekvivalentní“ či „konkurenční“ část systému je v Nizozemí financována dodatečnými cca 3 % HDP.

V letech 1990–2006 nastala konvergence systémů z hlediska podílu veřejných a soukromých výdajů, veřejné výdaje se pohybují kolem 75-80 procent výdajů na zdravotnictví a rozptyl hodnot ve sledovaném období za sledované země klesl. Mezinárodní komparace tedy ukazuje, že není příliš účelné uvažovat o extrémech z hlediska praxe nastavení solidarity a ekvivalence ve zdravotnictví – to zůstává vyhrazeno teoretickým modelům.

V souvislosti s pluralizací aktérů ve zdravotnictví a rostoucím podílem soukromých zdrojů vynakládaných bez veřejné kontroly nabývá na významu princip neziskovosti. Neziskovost nevylučuje možnost tvorby zisku – kladného hospodářského výsledku, který však, je-li vytvořen, musí zůstat či jinak řešeno být reinvestován v organizaci v souvislosti s předmětem její činnosti. Tím, že neziskové organizace jako každá výrobní jednotka hospodaří v rámci omezených zdrojů, musí respektovat ekonomickou realitu a pravidla skutečného nebo fiktivního trhu. Neziskovost může fungovat i jako mechanismus zabraňující zneužití finančních zdrojů organizace k jiným účelům než je realizace univerzální služby či předmětu veřejné zakázky. Ve zdravotnictví to znamená jediné – neziskovost je garancí, že prostředky získané od občanů „na zdravotnictví“ ve zdravotnictví také zůstanou. To je elementární jistota a předpoklad efektivnosti financování zdravotnictví z veřejných zdrojů.

Zvláštní pozornost si zaslouží majetek neziskových organizací. V případě úpadku nebo rušení nemocnice musí tento majetek přejít na zřizovatele, případně stát. Jediná výjimka platí tehdy, pokud je majetek prokazatelným výsledkem investiční aktivity neziskové organizace a byl financován ze soukromých zdrojů (úvěr, reinvestice zisku).

V souvislosti s rozsahem solidarity vzniká otázka mezinárodních nároků migrantů v solidárním systému. Solidarita není a nemůže být bezbřehá. Existují zkušenosti ohledně horšího zdravotního stavu migrantů, navíc často přicházejí ze zemí s horší úrovní zdravotní péče. Vstup migrantů do veřejného solidárního systému je třeba řešit konkrétními pravidly. Tyto otázky je účelné řešit na principu subsidiarity na úrovni celé Evropské unie.

Růst nákladů ve zdravotnictví lze tlumit několika základními technikami. Některé ovšem předpokládají eticky obtížnou diskusi o tom, co bude uznáno jako nemoc a co všechno bude hrazeno v rámci standardu. Lze uplatnit princip regulovaných nákladových cen, respektive úhrad ze zdravotního pojištění, podobně jako je tomu u léků nebo stomatologické péče již dnes. Cesty zefektivnění systému pomocí konkurence pojišťoven a motivace regulovaným ziskem jsou teoreticky

možné, ale administrativně a kontrolně poměrně náročné. Významným principem je také často opomíjený fakt, že zdravý člověk (téměř) nic nestojí a tedy že jedna z cest tlumení růstu nákladů je všestranná podpora zdraví v celé jeho kritériální funkci, včetně efektivní léčby již nemocných pacientů.

Seznam použité literatury

- AKERLOF, G.A. The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *Quarterly Journal of Economics* 84(3): 488-500. 1970.
- ARROW, K.J. Gifts and Exchanges. *Philosophy and Public Affairs* 1:343-62, 1972
- ARROW, K.J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 53:5, prosinec 1963, str. 941-973.
- BÉNARD, J. Veřejná ekonomika I. Praha : EÚ ČSAV, 1990.
- CULLIS, J. A JONES, P. *Public Finance and Public Choice*. London : McGraw Hill, 1992.
- CULYER, A. J., NEWHOUSE, P. (eds). *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier, 2000
- CULYER, A.J., MAYNARD, A. (eds). *Being reasonable about the economics of health*. Cheltenham: Edward edgar publishing, 1997
- Evropská komise. *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion*. Brusel: Evropská komise. [cit. 28.9.2008]
<http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/sec_2008_91_en.pdf>
- HAMERNÍKOVÁ, B., MAAYTOVÁ, A. a kol. *Veřejné finance*. Praha: ASPI 2007
- HAŠKOVCOVÁ, E. *Lékařská etika*. 3. vydání. Praha : Galén, 2002.
- HÁVA, P. a kol. *Analytická, hodnotová a koncepční východiska zdravotní politiky I*. Sborník IZPE 1/2002, Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2002.
- KDU-ČSL, volební program, 2008.
(<http://www.kdu.cz/default.asp?page=510&IDCI=15122&IDR=10372>)
- KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: ASPI, 2007.
- Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2008
http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Dutch_Health_Care_Reform_CZ.pdf
- MERTL, J. Ekonomické aspekty zdravotnictví v moderní společnosti. Disertační práce. Praha : VŠE 2007
- MERTL, J., VYCHOVÁ, H. *Úloha vzdělání a zdraví v ekonomickém rozvoji*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2007
- MISSOC. Mutual Information System on Social Protection, 2008
http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_en.htm
- Název projektu: Kvalitní vzdělání je efektivní investice do lidského kapitálu – cesta k uplatnění absolventů VŠE na trhu práce; CZ.2.17/3.1.00/32102



**Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti**



MZ ČR. Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008. Praha : Ministerstvo zdravotnictví, 2007.

OECD Health data 2008. Paris: OECD, 2008.

POTŮČEK, M. a kol. *Veřejná politika*. Praha: FSV UK, 2006.

Ústavní soud. Text nálezu ve věci Pl. ÚS 1/08 - návrh na zrušení zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů, oblast zdravotnictví.

<http://www.concourt.cz/scripts/detail.php?id=588>. Brno. 2008

VOSTATEK, J.: *Sociální a soukromé pojištění*. Praha: CODEX, 1996.

Zdravotnictví České republiky ve statistických údajích 2006. Praha: ÚZIS, 2007