

Fiskální udržitelnost a sociální/zdravotní politika

Jihlava

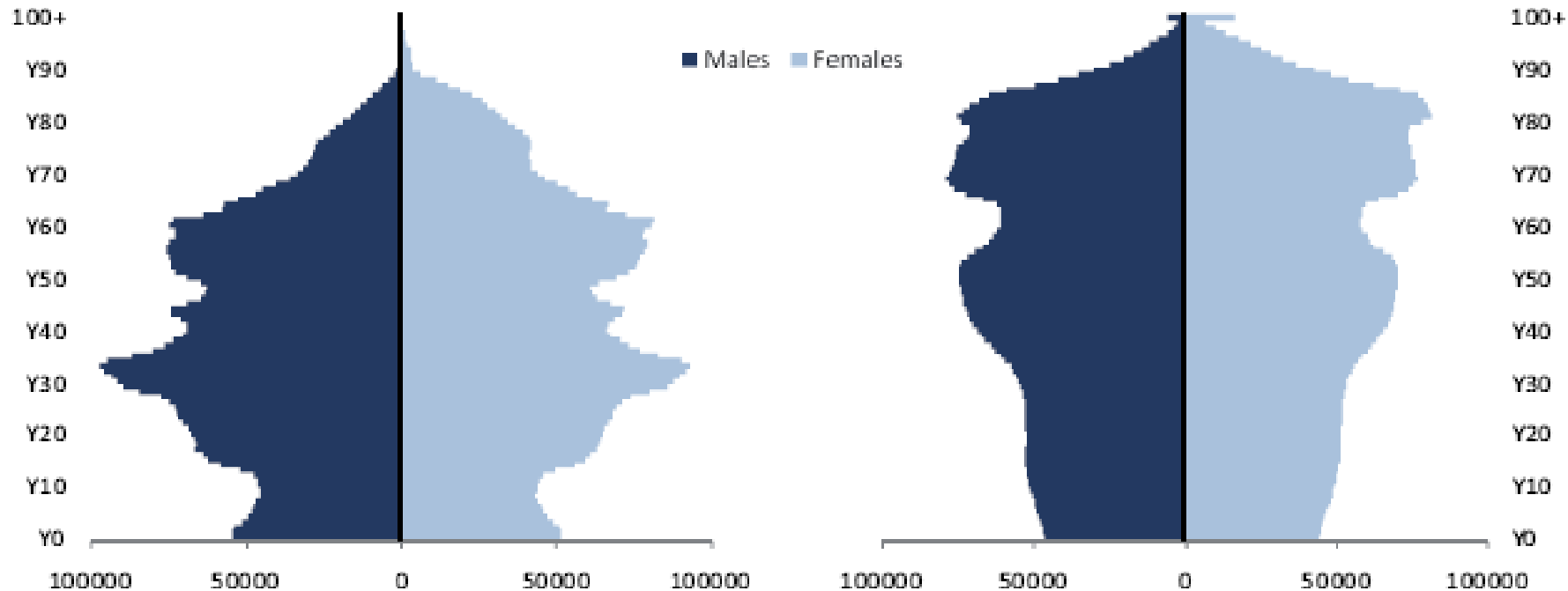
14.1.2010

Česká demografie je přímo strašná

2008

2060

Czech Republic



Fiskální důsledky také

- Rozsah rozpočtového ohrožení České republiky nejlépe ilustrují projekce dlouhodobě udržitelných parametrů rozpočtové politiky. Podle těchto aktualizovaných odhadů by bylo třeba okamžitě snížit výdaje a/nebo zvýšit daně nejméně o 5,3% HDP, aby se v horizontu 2060 nedostala ČR za hranici veřejného dluhu 60% HDP (S1). Pokud bychom pak chtěli vytvářet rozpočtové rezervy na schodky dosahované ještě po roce 2060, bylo by třeba okamžitě snížit výdaje a/nebo zvýšit daně zhruba o 7% HDP(S2), tedy v řádu přesahujícím 200 miliard Kč.
- Velkou roli v tom hraje demografie v budoucnu a strukturální deficity, které jsou v českých veřejných financích zabudovány.
- Fundamentální změna daňové struktury a významné škrty ve výdajích ještě bohužel neznamenají, že se fiskální konsolidace požadovaného rozsahu obejde bez růstu daňové kvóty, v současné postkrizové situaci jde však o její povolné zvyšování, aby nedošlo k ochromení stále ještě velmi křehkého oživení a celkovému nastavení daňové struktury tak, aby co nejméně brzdila ekonomický růst.
- Opatření budeme muset přijmout jak na příjmové, tak výdajové straně veřejných rozpočtů, včetně sociální oblasti a ve zdravotnictví.

Co s tím?

- Bohužel nebudeme schopni výrazněji snížit sociální a zdravotní daň, jakkoli je současné zdanění pracovní síly vysoké. Z hlediska poptávky po pracovní síle na začátku mzdové škály lze ovšem alespoň zvážit, zda jsme skutečně pochopili slevy na sociálním pojistném jako nástroj pro snížení daňového klínu. EU to doporučuje, OECD to doporučuje, John Maynard Keynes blahé paměti to doporučoval, a v Česku jsme to odmítli týdný poté, co jsme to zavedli. Tolik ke konzistenci ekonomického myšlení v ČR, zejména na levé části spektra.
- Strukturální reformy sociálního systému
 - Provázání podpor v nezaměstnanosti na veřejně prospěšné práce nebo veřejnou službu, případně na účast v rekvalifikačních kurzech
 - Zrušení automatické indexace dávek
 - Analýza interakce souběhu dávek/daní a jejich dopadu na motivaci k účasti na ekonomických aktivitách (je řada stále řada kombinací, kde přechod z podpory na formální trh práce je zatížen velmi vysokým marginálním zdaněním příjmu)
 - Je velkou českou chybou, že nejsme schopni integrovat zvažování vazby mezi daňovou politikou a politikou sociálních dávek tak, aby nevedla k nežádoucím distorzím a negativním vedlejším efektům.
 - Testování dávek na příjmovou a majetkovou situaci žadatele

Ach ty penze

Český politický diskurs v této oblasti byl světovou finanční krizí, jejímž důsledkem byl obrovský úbytek tržní hodnoty aktiv spravovaných penzijními fondy v mnoha zemích, velmi vážně narušen a budí ve společnosti pnutí.

Pokud se ovšem nepodaří nalézt v této oblasti minimální politický konsensus, tedy například v tom, že:

- další parametrické úpravy průběžného solidárního pilíře jsou nezbytné a budou muset zahrnovat mj. další řešení náhradních dob, přechod na indexaci podle indexu životních nákladů domácností seniorů, prodlužování odchodu do důchodu podle očekávané délky dožití jednotlivých kohort na bázi formule, tedy víceméně na bázi autopilotu (viz Skandinávie);
- Bez druhého, plně zásluhového fondového pilíře se neobejdeme, ale opt-out je až moc měkký, lze navrhnout automatické zařazení do druhého pilíře, a opt-out z druhého pilíře do prvního, nikoli z prvního do druhého
- Druhý pilíř může mít i „public option“ (veřejně spravovaný a státem garantovaný fond jako Central Provident Fund v Singapuru, investující do vládních cenných papírů),

pak si Česká republika do budoucna zadělává na dlouhodobou relativní chudobu seniorů.

Je dobře, že bude reaktivována Bezděkova komise a znovu si jednotlivé varianty spočteme.

Table 5: Summary of financing arrangements

	Dominant source	Taxes earmarked	SHI contributions covers dependants	Ceiling on SHI contributions	Pensions subject to SHI contributions	Role of private insurance	Ceiling on OOP
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Austria	SHI + T	NO	YES	YES	YES	S/C	NO
Belgium	SHI	SOME	YES	NO	NO1	S/C	YES
Bulgaria	OOP + SHI*	NO	NO1	YES	NO1	S	NO
Cyprus	OOP + T	NO	na	na	na	S/C	NO
Czech Republic	SHI*	NO	NO1	YES	NO1	S	YES
Denmark	T	SOME	na	na	na	S/C	YES
Estonia	SHI	NO	NO2	NO	NO2	S/C	YES
Finland	T	NO	na	na	na	S	YES
France	SHI	SOME	YES	NO	YES	S/C	YES
Germany	SHI	NO	YES	YES	YES	PS/S/C	YES
Greece	OOP	SOME	YES	YES	NO1	S	NO
Hungary	SHI*	NO	NO1	NO	NO1	S	NO
Ireland	T	SOME	na	na	na	S/C	YES
Italy	T	YES	na	na	na	S/C	NO
Latvia	T	NO	na	na	na	S/C	YES
Lithuania	SHI*	NO	NO1	NO	NO1	S	NO
Luxembourg	SHI*	NO	YES	YES	YES	S/C	NO
Malta	T	NO	na	na	na	S	NO
Netherlands	SHI	NO	NO1	YES	YES	S	SOME**
Poland	SHI	NO	YES	NO	YES	S	NO
Portugal	T	NO	na	na	na	S/C	NO
Romania	SHI	SOME	NO2	NO	YES	S/C	NO
Slovakia	SHI*	NO	NO1	YES	NO1	C	NO
Slovenia	SHI	NO	YES	NO	YES	C	NO
Spain	T	NO	na	na	na	S	NO
Sweden	T	NO	na	na	na	S	YES
Switzerland	SHI + OOP	NO	NO	na***	YES***	S	SOME**
United Kingdom	T	NO	na	na	na	PD/S/C	NO

Note: Column (1) list all sources with more than 30% of TEH (most important first). Columns (3) and (5) NO1 denotes payments made by state and NO2 means coverage without making contributions. T – general taxation, SHI – social health insurance, OOP – out-of-pocket payments, S – supplementary VHI, C – complementary VHI, PD – primary duplicate VHI, PS – primary substitutive VHI, * – considerable payments into SHI coming from state (general taxation), ** – yes for cost sharing, no for direct payments, *** – fixed premiums.

Source: Based on the country profiles in the appendix.

Zdravotnictví v EU- fakta (I.)

- Téměř všude existují spoluúčasti, ovšem různě konstruované:
 - Minimální spoluúčast (Švýcarsko, Holandsko)
 - Procentní spoluúčast nebo poplatek za výkon, často i kombinovaný systém (zejména tam, kde existuje komplementární připojištění)
 - Léky bývají často zatíženy diferencovanými doplátky podle seznamů
 - Běžné jsou prvky pokladenského systému (ex post refundace, nelze doporučit kvůli nákladům na správu)
- Mnohde jsou zvláštní režimy pro OSVČ, které mají zamezit černému pasažérství (pytel žita v Polsku u zemědělců, paušál, kombinovaný paušál, samostatné živnostenské pojišťovny apod.)
- Dostupnost se zajišťuje přes výjimky ze zatížení spoluúčastí anebo stropy na platby z vlastní kapsy, často diferencované podle příjmu
- Je běžné, že důchodci platí zdravotní pojistné v redukované výši
- Existují modely separátních pojistek pro dlouhodobou péči (např. Holandsko, Německo)

Zdravotnictví v EU- fakta (II.)

Dva základní modely financování

- Z daní- všechny formy NZS, ve Skandinávii silná decentralizace a zdrojová závislost na DPFO, přičemž municipality a regiony mají možnost samostatně stanovit sazbu DPFO
- Sociální/zdravotní pojištění:

Většinou % z příjmu, často separátní režim pro OSVČ (víme proč)

Nominální pojistné (komunitní sazba- Švýcarsko) nebo kombinace zdravotní daně a nominální pojistky (Holandsko)- v obou variantách je nutno pamatovat na dostupnost pro chudé (nárok na subvenci, testování na % disponibilního příjmu domácností)

Závěry ke zkušenostem z EU

- Spoluúčast je ekonomicky nezbytná
- Výjimky jsou možné, ale lepší (i když administrativně nákladnější) jsou diferencované stropy na výdaje z vlastní kapsy, testované na příjem
- Připojištění by nemělo krýt spoluúčast, neboť pak neguje regulační efekt na poptávku
- Investice do zdravotnictví by měly být plánovány z důvodu požadavku na efektivnost a v zájmu rovnoměrné lokalizace nových technologií v rámci státu (geografická dostupnost)
- Vícezdrojové financování je velmi běžné, a hitem bude zdanění rizikového životního stylu prostřednictvím spotřebních daní nejen u tabáku a alkoholu, ale i cukru a živočišných tuků (průkopník stát New York, v Evropě Dánsko)

Co se zdravotnictvím v ČR (I.)

- Veřejné výdaje na zdravotnictví jako % HDP v České republice odpovídají ekonomické úrovni země, a nejsou daleko od průměru OECD.
- Udržení a zlepšení úrovně zdravotní péče v ČR nebude výhradně z veřejných zdrojů dosažitelné. Levnější zdravotnictví mít již nikdy nebudeme, ale výrazně dražší z hlediska veřejných výdajů, natož pak financovaného z rostoucího zdanění práce, si nebudeme moci dovolit.
- Současný pluralitní model veřejnoprávních zdravotních pojišťoven má ekonomický smysl tehdy, pokud připustí reálnou cenovou konkurenci, neboť pluralita bez soutěže při minimální diferenciaci „pojistného produktu“ a navazujících služeb de facto postrádá opodstatnění.
- Řešením je zavést dvousložkové pojistné podle současného holandského modelu (případně švýcarskou komunitní sazbu) a zároveň podstatně sofistikovanější klíč pro přerozdělování vybraného pojistného. Jedno bez druhého nebude fungovat, soutěž nebude dobrým sluhou, ale velmi zlým pánem.
- V časech demografického stárnutí musí být akcentace preventivních opatření, především pokud jde o předcházení vzniku civilizačních chronických onemocnění, a výchova ke zdravému životnímu stylu včetně stravování vysokou prioritou, tomu však bude nutné přizpůsobit celý zdravotní systém včetně jeho organizace, elektronizace, úhrad a zdrojů financování.

Co se zdravotnictvím v ČR (II.)

- Dlouhodobě je zcela finančně neúnosné ignorovat skutečnost, že stále významnější část výdajů na zdravotní péči kauzálně souvisí s životním stylem jednotlivce, s jeho individuálními preferencemi a (ne)zodpovědností. Neexistuje jediný morální argument pro nezatížení rizikového chování jednotlivce ekonomickými sankcemi prostřednictvím zavedení spotřebních daní na substance či potraviny, jež jsou jasnou kauzální příčinou rostoucích výdajů na zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Vícezdrojové financování zdravotnictví s využitím spotřebních daní jako rostoucího zdroje je podstatně přijatelnější alternativou než financovat následky prokazatelného nezodpovědného chování jednotlivců ze „solidárního“ zvýšeného zdanění pracovní síly se všemi negativními dopady na trh práce.
- Nasazení výpočetní techniky do celého sektoru zdravotnictví (eHealth, telemedicína) musí přinést podstatné zvýšení role pacienta v systému, transparency, pokud jde o nákup i efektivnost a medicínskou účinnost zdravotní péče, včetně zjevného zneužívání preskripce léků.
- Současné úhradové mechanismy nepodporují ani kvalitu, ani transparentnost, ani spravedlnost mezi jednotlivými poskytovateli či odbornostmi. Prospektivní úhradové systémy, elektronické soutěže na zajištění poptávky po elektivní péči a další inovace mohou nejen zlepšit kvalitu, ale i efektivitu a s jejich zavedením není třeba otálet.