

Redistribuční efekty pojistného na veřejné zdravotní pojištění v České republice[#]

*Eva Gajdošová**

Úvod

Jednou z funkcí veřejných financí je funkce redistribuční, která má zmírnit nerovné rozdělení důchodů ve společnosti pomocí finančních prostředků od lidí bohatších k lidem chudším, a tím jim zajistit přiměřené příjmy. Má na to specifické nástroje, které jsou k redistribuci využívány, na straně výdajové transferové platby a na straně příjmové typy a konstrukci daní. Pojistné na veřejné zdravotní pojištění je specifickým veřejným příjmem, od definice daňového příjmu se odlišuje především svou účelovostí. V České republice je příjmem zdravotních pojišťoven, tzn., plyne mimo veřejné rozpočty a je tedy otázkou, zda se odlišuje i ve vztahu k přerozdělování.

Prvotní myšlenka příspěvku vznikla na základě článku autorů Honekampa a Possenriedeho (2008), kteří poukazují na různé způsoby financování zdravotnictví a jejich možné dopady na redistribuci např. mezi zdravými a nemocnými, chudými a bohatými. Diskutovány jsou způsoby financování zohledňující příjem jedince, využívání principu prospěchu a platební schopnosti. Při uplatňování principu prospěchu platí, že ten, který využívá statek více, by měl za něj také více zaplatit. Pokud by se tato zásada uplatňovala ve zdravotnictví, platil by jedinec dle svého prospěchu ze zdravotní péče, což by ale mohlo omezovat některé obyvatele v jejich přístupu ke zdravotní péči. Aplikace principu prospěchu by tedy vedla k nerovnému přístupu jedinců ke zdravotní péči. Druhým principem je princip platební schopnosti, zohledňující příjmy jedince, který říká, že zaplatit více by měl ten, jehož příjem je vyšší. Jediným vhodným principem z hlediska přerozdělování a rovného přístupu ke zdravotní péči pro všechny obyvatele je systém založený na principu platební schopnosti. Ostatní způsoby (např. paušální poplatky) jsou využívány jen doplňkově. Konkrétně dle Honekampa a Possenriedeho (2008) při financování zdravotní péče zohledňují příjem jedince, přímé a nepřímé daně a sociální pojištění. Ve zmíněném článku se o redistribučním efektu daní z příjmů a sociálního pojistného uvádí následující. Prostřednictvím daně z příjmů dochází k přerozdělování od zdravých k nemocným, u redistribuce mezi bohatými a chudými nelze ale jednoznačně určit, jakým směrem k přerozdělování dochází. Za regresivní se považují systémy, u kterých se při placení příspěvků využívá zastropování a umožňuje-li systém bohatším lidem pojistné neplatit. Zpravidla k regresivitě dochází v systémech, které využívají převážně systém zdravotního pojištění. Jiný dopad daně a pojistného na jedince je způsoben i odlišnou konstrukcí základu daně a vyměřovacího základu na pojistné¹. Do daňového základu nevstupují pouze příjmy z činnosti, ale také příjmy kapitálové (příjmy z kapitálového majetku, příjmy z pronájmu, ostatní příjmy), které pravděpodobně budou u bohatého vyšší než u chudého. Oproti tomu do vyměřovacího základu pojistného vstupují jen příjmy z činnosti²,

[#] Článek je zpracován jako jeden z výstupů výzkumného projektu *Veřejné finance ve vyspělých zemích* registrovaného u Interní grantové agentury Vysoké školy ekonomické v Praze pod evidenčním číslem F1/2/2013.

^{*} Bc. Eva Gajdošová – studentka navazujícího magisterského studia; Fakulta financí a účetnictví, Vysoká škola ekonomická v Praze, nám. W. Churchilla 4, 130 67 Praha 3; <xgaje00@gmail.com>.

¹ Práce neuzívá daňovou terminologii spojenou s rekodifikací soukromého práva v roce 2014.

² V České republice vstupují do vyměřovacího základu pojistného příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků (dílní základ daně: § 6 zákona č. 586/1992 Sb. o daních z příjmů) a příjmy z podnikání a jiné samostatné výdělečné činnosti (dílní základ daně: § 7 zákona č. 586/1992 Sb. o daních z příjmů). Pojistné platí i osoby, které nemají žádné příjmy z předchozích dvou dílních daňových základů jako tzv. osoby bez zdanitelných příjmů. Je totiž žádoucí, aby se každý jedinec na financování podílel, protože plnění ze zdravotního systému je poskytováno všem občanům České republiky.

takže chudí platí relativně větší podíl ze svého příjmu na pojistném. Způsoby odvíjející se od zdraví jedince jsou využívány pouze jako doplňkové. Samostatně jsou vyčleněny paušální poplatky, které nemají vztah ani k příjmu jedince ani k jeho zdraví. Ty jsou z hlediska přerozdělování nevhodným redistribučním nástrojem. Tyto paušální poplatky resp. paušální daně by byly pro některé skupiny obyvatel neúnosné. Poslední tvrzení je možné dokázat na vývoji veřejných výdajů na zdravotnictví, počtu pojištěnců a počtu státních pojištěnců v letech 2009 až 2012. Nelze totiž od státních pojištěnců vzhledem k jejich situaci očekávat, že by daný poplatek platili, a tak je nutné je odečíst od počtu pojištěnců. Z porovnání veřejných výdajů na 1 přispívající osobu a z nich vypočítaného vyměřovacího základu s průměrnou mzdou a jejím mediánem bylo tvrzení o paušálních poplatcích jako nevhodném redistribučním nástroji potvrzeno. Navíc nelze opomenout, že osoby mají i jiné odvodové povinnosti.

Tab. 1: Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví v letech 2009-2012

	2009	2010	2011	2012
Veřejné výdaje (v mil. Kč)	244 754	243 281	242 410	246 917
Celkem pojištěnců	10 381 397	10 396 221	10 405 788	10 411 897
Státní pojištěnci	6 041 732	6 075 482	6 077 487	6 107 105
Osoby přispívající do systému	4 339 665	4 320 739	4 328 301	4 304 792
Veřejné výdaje na 1 přispívající osobu (v Kč)	56 399	56 305	56 006	57 359
VV na 1 osobu v měsíčním vyjádření (v Kč)	4 700	4 692	4 667	4 780
Vyměřovací základ pojistného (hrubá mzda) pro dosažení stejného odvodu měsíčně (v Kč)	34 814	34 756	34 571	35 407
Průměrná hrubá měsíční mzda (nominální) v Kč	23 344	23 864	24 455	25 112
Medián hrubých měsíčních mezd (v Kč)	22 229	21 453	21 782	22 239

Zdroj: vlastní na základě ÚZIS (2013b); VZP (2009-2012); ČSÚ (2009-2012).

V příspěvku je užíván pojem efektivní sazba pojistného $ER(h_i)$, který byl odvozen z pojmu efektivní daňová sazba (ETR), jež definuje Peková (2011, str. 393) jako:

$$ETR = \frac{TB}{Y}, \quad (1)$$

kde TB = daňové břemeno,
 Y = celkový příjem poplatníka.

$$ER(h_i) = \frac{HI}{Y}, \quad (2)$$

kde HI = pojistné,
 Y = celkový příjem poplatníka.

Hlavním cílem příspěvku je identifikovat redistribuční efekty pojistného na veřejné zdravotní pojištění v České republice. Pro splnění hlavního cíle byly určeny tyto dílčí cíle: 1) Vypočítat efektivní sazby pojistného v různých případech, 2) Analyzovat redistribuční efekt daní a sociálního pojistného na základě dat ze statistiky rodinných účtů ČSÚ.

V práci je využit výzkum popisný a vysvětlující. Z metod je využívána syntéza a komparace. Hlavní metodou při realizaci práce je analýza (rozklad na jednotlivé ukazatele), analýza především vztahová a kauzální. Výběr metod v poslední části je inspirován publikacemi, které se zabývají redistribucí daňovou a důchodovou – kniha Klazar (2011) a vědecký článek – Klazar, Slintáková (2004).

Zdrojem kvalitativních dat jsou vědecké články a knihy uvedené v příloženém seznamu literatury. Kvantitativní data jsou získána z internetových stránek Českého statistického úřadu (statistika rodinných účtů) a dalších zmíněných institucí. **Veškeré analýzy jsou provedeny pro rok 2011, jednak z důvodu existence maximálního vyměřovacího základu a také kvůli dostupnosti údajů o rozdělení příjmů mezi domácnostmi.** Analýza redistribuce mezi zdravými a nemocnými je těžko proveditelná v podmínkách České republiky, ČSÚ poskytuje data o pracovní neschopnosti, ale v rozdělení dle krajů, což je pro tuto práci nevhodné. V práci je analyzován redistribuční efekt v České republice mezi bohatými a chudými.

Výsledky analýzy

Pojistné a zaměstnanci

Ne každý příjem ze závislé činnosti podléhá sociálnímu pojištění. Mezi takové výjimky v oblasti pojistného na veřejné zdravotní pojištění patří dohoda o pracovní činnosti (DPČ) do 2500 Kč za měsíc a dohoda o provedení práce (DPP) od jednoho zaměstnavatele do částky 10 000 Kč (včetně) také za měsíc. Protože u většiny obyvatel jsou převažujícím zdrojem příjmy ze standardních pracovněprávních poměrů (zaměstnaneckých), bude právě jim věnována pozornost. Při určení pojistného zaměstnance je nejprve určen tzv. skutečný vyměřovací základ. Aplikace minimálního a maximálního vyměřovacího základu zaměstnance sehraje klíčovou roli při analýze redistribučního efektu pojistného.

Minimální vyměřovací základ

Za minimální vyměřovací základ pojistného na veřejné zdravotní pojištění je v České republice brána minimální mzda. Minimální základ je ještě snížen, jestliže je zaměstnanec například neschopen práce či čerpá řádnou dovolenou. Naopak, když si zaměstnanec vezme neplacené volno nebo má neomluvenou absenci v práci, je mzda poměrně navýšena o část minimálního vyměřovacího základu. Základ upravuje i v případech, kdy pracovně právní vztah netrvá celý měsíc.³ Pojistné musí být povinně odvedeno z kteréhokoliv příjmu vyjma DPP a DPČ splňujících zmíněná kritéria. U příjmů velmi nízkých může pak efektivní sazba pojistného dosahovat vysokých hodnot, což je patrné i z Tab. 2 a Obr. 1.

Tab. 2: Vliv minimálního vyměřovacího základu na efektivní sazbu pojistného

Hrubý příjem	Sazba	min. VZ	Pojistné	Efektivní sazba
1 000 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080 Kč	108,00 %
1 500 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080 Kč	72,00 %
2 000 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080 Kč	54,00 %
2 500 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080 Kč	43,20 %
3 000 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080 Kč	36,00 %
3 500 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080 Kč	30,86 %
4 000 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080 Kč	27,00 %
4 500 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080 Kč	24,00 %
5 000 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080 Kč	21,60 %
5 500 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080 Kč	19,64 %
6 000 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080 Kč	18,00 %

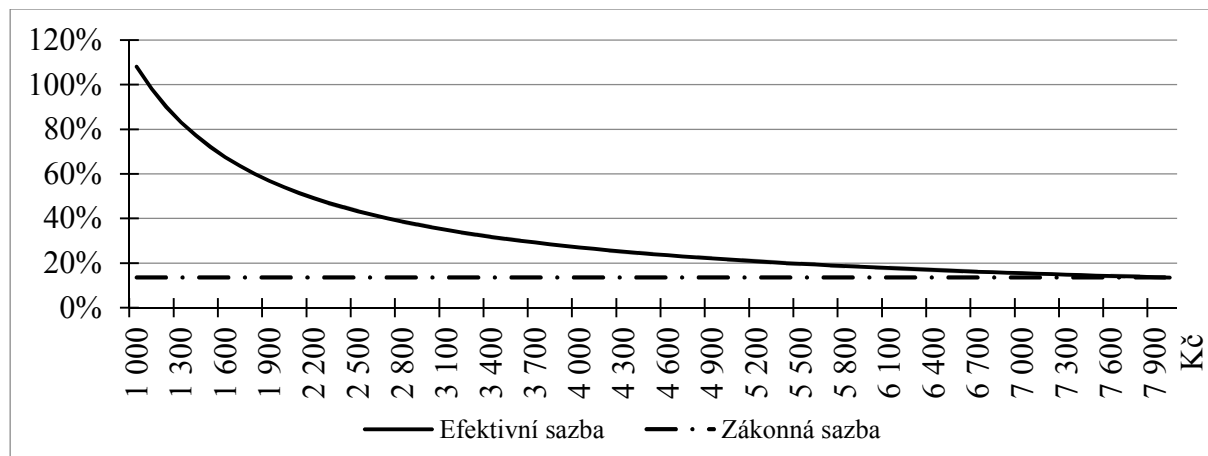
³ Minimální vyměřovací základ se neuplatňuje u všech pojištěnců – zaměstnanců např. u státních pojištěnců (další případy viz § 3 odst. 8 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejném zdravotním pojištění).

Hrubý příjem	Sazba	min. VZ	Pojistné	Efektivní sazba
6 500 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080 Kč	16,62 %
7 000 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080 Kč	15,43 %
7 500 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080 Kč	14,40 %
8 000 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080 Kč	13,50 %

Zdroj: vlastní výpočty.

Z Obr. 1 a z Tab. 2 vyplývá, že efektivní sazba pojistného vlivem existence minimálního vyměřovacího základu mnohonásobně převyšuje sazbu zákonnou. Osoby si nepomohou, ani kdyby uskutečňovaly své výdělečné aktivity přes dohody o provedení práce nebo dohody o pracovní činnosti, protože by pojistné musely odvést z vyměřovacího základu pro osoby bez zdanitelných příjmů (tj. z minimální mzdy). Povinnost odvádět pojistné z minimálního vyměřovacího základu může mít vliv u nízko příjmových skupin obyvatel na jejich ochotu pracovat. Je ale nutné zmínit, že takto nízké příjmy jsou spíše hypotetické.

Obr. 1: Vliv minimálního vyměřovacího základu na efektivní sazbu pojistného



Zdroj: vlastní na základě rozšířených údajů z Tab. 2.

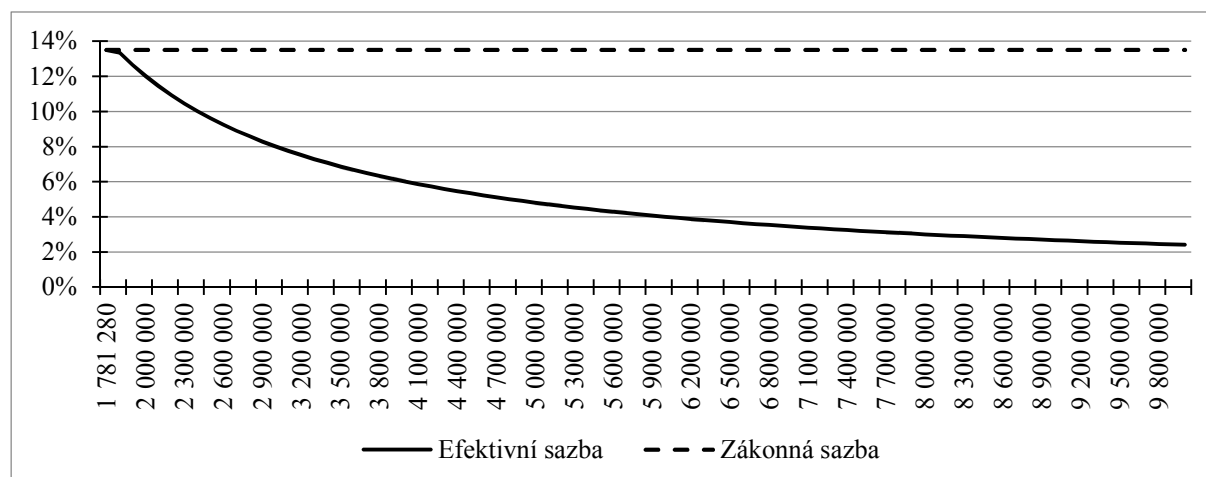
Minimální vyměřovací základ je jednou z příčin regresivního dopadu pojistného na veřejné zdravotní pojištění v České republice.

Maximální vyměřovací základ

Maximální vyměřovací základ zohledňuje fakt, že jedinec do systému přispěl dostatečně, a tak se na financování nemusí již více podílet. V roce 2011 byl stanoven na roční bázi jako 72 násobek průměrné mzdy, tj. 1 781 280 Kč.⁴ Jeho vliv na efektivní sazbu pojistného je znázorněn v Obr. 2.

⁴ Od roku 2013 do roku 2015 byl dočasně zrušen.

Obr. 2: Vliv maximálního vyměřovacího základu na efektivní sazbu pojistného



Zdroj: vlastní výpočty.

Z Tab. 3, ve které jsou uvedeny různé vysoké příjmy, je patrný vliv maximálního a minimálního vyměřovacího základu na efektivní sazbu pojistného.

Tab. 3: Vybrané hodnoty příjmů a efektivní sazby pojistného

Hrubý příjem	Sazba	VZ	Pojistné	Efektivní sazba
3 000 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080,0 Kč	36,00 %
5 000 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080,0 Kč	21,60 %
6 000 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080,0 Kč	18,00 %
8 000 Kč	13,5 %	8 000 Kč	1 080,0 Kč	13,50 %
1 781 280 Kč	13,5 %	1 781 280 Kč	240 472,8 Kč	13,50 %
2 000 000 Kč	13,5 %	1 781 280 Kč	240 472,8 Kč	12,02 %
2 400 000 Kč	13,5 %	1 781 280 Kč	240 472,8 Kč	10,02 %
2 800 000 Kč	13,5 %	1 781 280 Kč	240 472,8 Kč	8,59 %
3 000 000 Kč	13,5 %	1 781 280 Kč	240 472,8 Kč	8,02 %

Zdroj: vlastní výpočty

Z provedené analýzy vyplývá, že v roce 2011 působilo v České republice pojistné na veřejné zdravotní pojištění regresivně, tím byla hypotéza autorů Honekamp, Possenriede potvrzena.

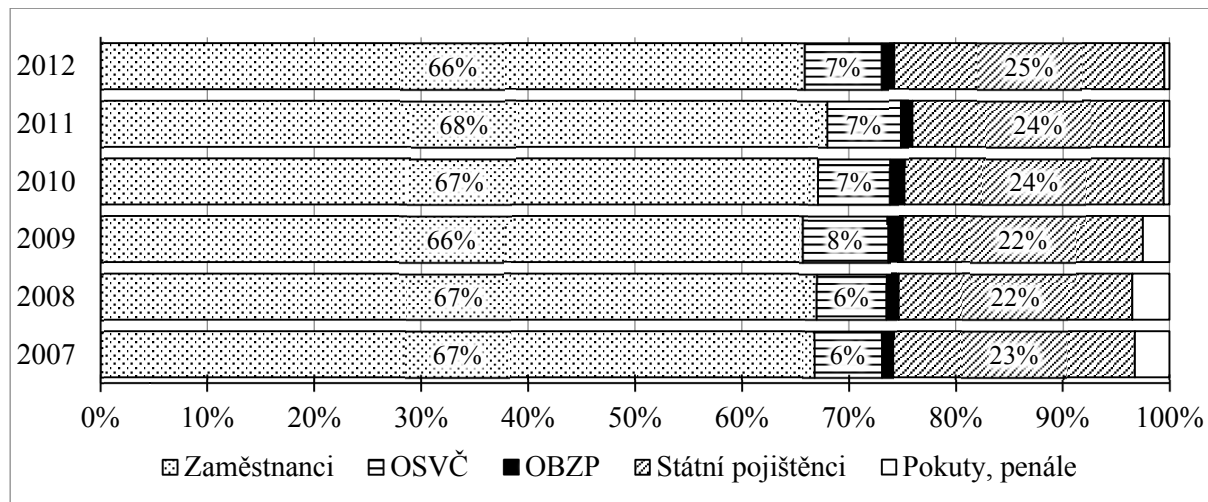
Pojistné a osoby samostatně výdělečně činné

Vyměřovací základ osob samostatně výdělečně činných se stanoví jako 50 % dílčího základu daně z příjmů fyzických osob (§ 7 zákona č. 586/1992 Sb. o daních z příjmů – příjmy z podnikání a jiné samostatné výdělečné činnosti). Tento vyměřovací základ se považuje za tzv. vypočtený a při určení pojistného musí být opět porovnán s minimálním vyměřovacím základem pro OSVČ. V roce 2011 byl minimální vyměřovací základ stanoven jako polovina ze součinu průměrné mzdy pro rozhodné období vynásobený počtem měsíců, v měsíčním vyjádření 12 370 Kč, je tak vyšší než u zaměstnanců. Maximální vyměřovací základ platí stejný jako u zaměstnanců.

Následující graf dokazuje dlouhodobou nerovnoměrnost v rozložení předepsaného pojistného v letech 2007 až 2012 ve skupinách pojištěnců. Platby za státní pojištěnce (nejpočetnější skupina) tvoří pouze čtvrtinu celkových příjmů. Malé zastoupení osob

samostatně výdělečně činných (pouze 7 %) může být způsobeno jednak existencí sazby pro stanovení vyměřovacího základu a jednak nastavením poměrně vysokých paušálních výdajů pro podnikatele. Další skupinou s dlouhodobě nízkým zastoupením na placení pojistného (cca 1 %) jsou tzv. osoby bez zdanitelných příjmů.

Obr. 3: Struktura příjmů zdravotních pojišťoven z pojistného v letech 2007 až 2012



Zdroj: ÚZIS (2013a).

Ostatní pojištěnci

Mezi pojištěnce veřejného zdravotního pojištění patří také **osoby bez zdanitelných příjmů**, u nich se za vyměřovací základ považuje minimální mzda. Poslední skupinou jsou tzv. **státní pojištěnci** (viz § 7 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění). Celkem bylo v České republice dle Ročenky VZP ČR za rok 2011 (VZP, 2006-2012), 6 077 487 státních pojištěnců k 1. 12. 2011, největší zastoupení měli příjemci důchodů 47 %, nezaopatřené děti necelých 40 % a nezaměstnaní evidovaní na úřadu práce – 7,8 %.

Zajímavým faktem o systému zdravotního pojištění je velký počet státních pojištěnců, kteří do systému sami nepřispívají, ale mají velké nároky na výdajovou stranu systému. Pojistné za ně je odvozeno z nižšího základu než u jiných pojištěnců (viz Tab. 4).

Tab. 4: Vývoj vyměřovacího základu a pojistného za státní pojištěnce

Období	Vyměřovací základ	Pojistné	Období	Vyměřovací základ	Pojistné
1.1.1993–31.12.1993	1 694 Kč	229 Kč	1.1.2005–31.12.2005	3 556 Kč	481 Kč
1.1.1994–31.12.1995	1 430 Kč	194 Kč	1.1.2006–31.12.2006	3 798 Kč	513 Kč
1.1.1996–30.6.1996	1 625 Kč	220 Kč	1.2.2006–31.3.2006	4 144 Kč	560 Kč
1.7.1996–31.12.1997	2 000 Kč	270 Kč	1.4.2006–31.12.2006	4 709 Kč	636 Kč
1.1.1998–30.6.1998	2 120 Kč	287 Kč	1.1.2007–31.12.2007	5 035 Kč	680 Kč
1.7.1998–30.6.2001	2 900 Kč	392 Kč	1.1.2008–31.12.2009	5 013 Kč	677 Kč
1.7.2001–31.12.2002	3 250 Kč	439 Kč	1.1.2010–31.10.2013	5 355 Kč	723 Kč
1.1.2003–31.12.2003	3 458 Kč	467 Kč	od 31.10.2013	5 829 Kč	787 Kč
1.1.2004–31.12.2004	3 520 Kč	476 Kč	od 1.1.2015 (plán)	6 300 Kč	845 Kč

Zdroj: VZP (2013), MZ ČR (2014).

Solidarita systému veřejného zdravotního pojištění

Obsahem přílohy je tabulka, ve které jsou spočítány celkové náklady zdravotních pojišťoven na obyvatele v předproduktivním, produktivním a poproduktivním⁵ věku. Z tabulky jednoznačně vyplývá, že mezi obyvatelstvem v produktivním věku a obyvatelstvem v „neproduktivním“ věku funguje v České republice solidarita. Pojistné za státní pojištění tvořilo v roce 2011 24 % celkových příjmů zdravotních pojišťoven a výdaje (při zohlednění skupin obyvatel v předproduktivním věku – nezaopatřené děti a lidé v poproduktivním věku – starobní důchodci) představovaly téměř 50 %.

Tab. 5 znázorňuje u dvou nejpočetnějších skupin státních pojištěnců výdaje a příjmy systému v roce 2011. Z Tab. 5 je zřejmé, že nejvyšší rozdíl mezi tím, co do systému vložil stát a vypočítanými náklady je u starobních důchodů, kde záporný rozdíl činil dokonce více než 70 mld. Kč. Vypočítávání příjmů a výdajů spojených s ostatními druhy pojištěnců systému je nemožné z důvodu nedostupných potřebných informací. Například u osob samostatně výdělečně činných jsou dostupná, ale neaktuální data o jejich věkové struktuře, ale není zveřejňováno členění dle pohlaví, které by bylo potřeba ke korektnímu výpočtu nákladů.

Tab. 5: Příjmy a výdaje systému na vybrané skupiny státních pojištěnců v roce 2011

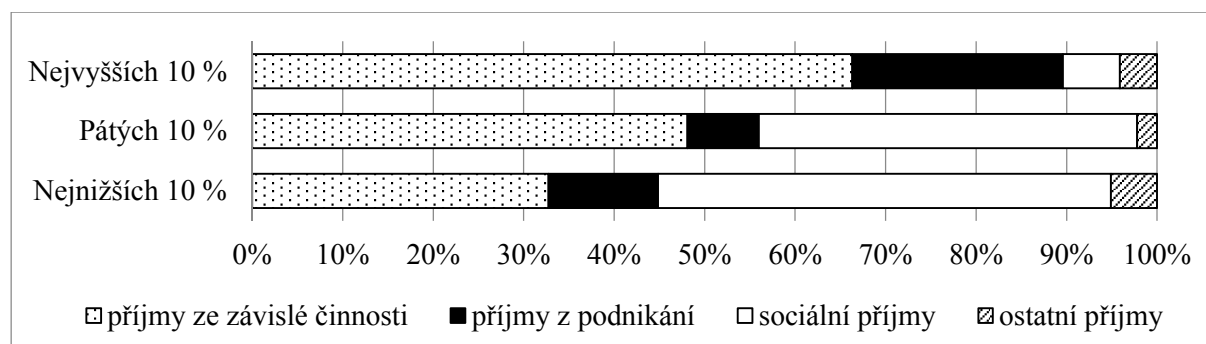
	Příjmy do systému			Výdaje za skupinu (v Kč)	Rozdíl	
	Počet	Roční pojistné (v Kč)	Pojistné za skupinu (v Kč)		Celkem (v Kč)	Na jednoho člena skupiny (v Kč)
0-14 let	1 542 934	8 676	13 386 495 384	19 142 312 879	-5 755 817 495	3 730
65 +	1 703 553	8 676	14 780 025 828	85 310 944 748	-70 530 918 920	41 402

Zdroj: VZP (2006-2012) a Příloha 1.

Rozdělení příjmů ve společnosti

Prerозdělování ve společnosti může být zapříčiněno i odlišnostmi ve struktuře příjmů bohatých a chudých, různé druhy příjmů jedinců jsou totiž jinak zatíženy daněmi a pojistným.

Obr. 4: Struktura hrubých příjmů domácností v roce 2011



Zdroj: vlastní na základě dat ze statistiky rodinných účtů, ČSÚ (2014).

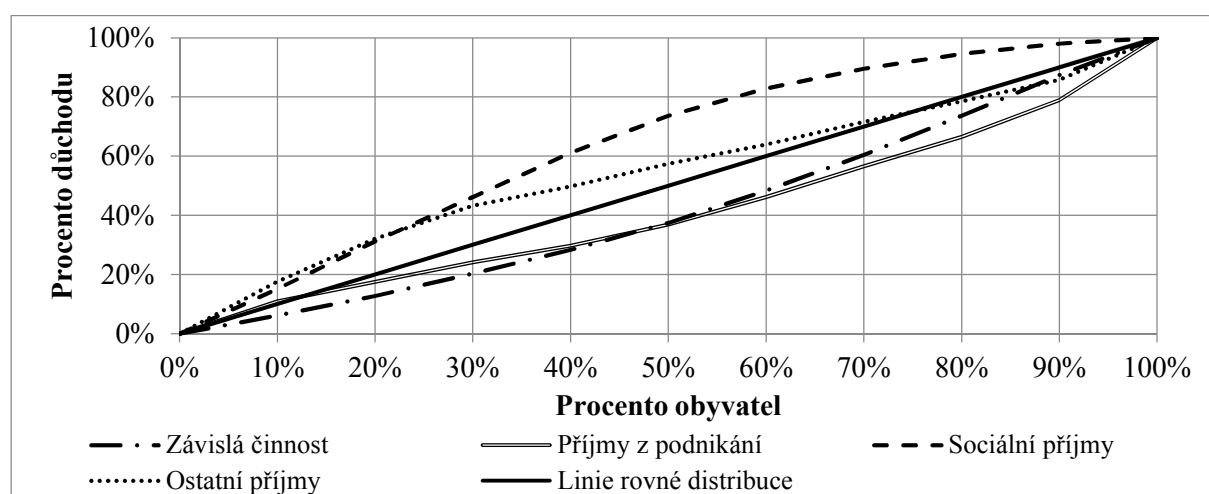
Poznámka: nejvyšších 10 % představuje domácnosti s nejvyššími čistými peněžními příjmy, pátých 10 % domácnosti s průměrnými peněžními příjmy a nejnižších 10 % domácnosti s nejnižšími čistými peněžními příjmy.

⁵ Předproduktivní věk 0 až 14 let, produktivní 15 až 64 let, poproduktivní 65 a více let.

Obr. 4 dokazuje odlišnou strukturu příjmů, zatímco u nízko příjmových skupin domácností převládají sociální příjmy a příjmy ze závislé činnosti, u nejbohatších domácností jsou to příjmy ze závislé činnosti, významnou roli hrají i příjmy z podnikání. Z daňového hlediska např. u příjmů ze závislé činnosti není žádná možnost uplatnění souvisejících výdajů, naopak u příjmů z podnikání je možnost využití paušálních výdajů, jejichž nastavení bývá často diskutovaným tématem.

Na základě dat ze statistiky rodinných účtů ČSÚ byla sestavena Lorenzova křivka rozdělení různých druhů hrubých peněžních příjmů mezi domácnostmi. Z průběhu jednotlivých křivek je možné vyvodit obdobné závěry. Specifický průběh (nad linií rovné distribuce) má křivka příjmů sociálních, což je ale z podstaty těchto příjmů očekávané – větší procento obdrží chudší rodiny. Naopak „standardní“ průběh, (větší procento důchodu drží bohatí), má křivka příjmů ze závislé činnosti.

Obr. 5: Lorenzova křivka rozdělení hrubých peněžních příjmů mezi domácnostmi v roce 2011



Zdroj: vlastní na základě dat ze statistiky rodinných účtů, ČSÚ (2014).

Analýza redistribučního efektu daní a pojistného

Z předchozí analýzy vyplývá, že pojistné na veřejné zdravotní pojištění působilo ve sledovaném období regresivně. V této části je zkoumán redistribuční efekt daní a sociálního pojistného na základě dat ze statistiky rodinných účtů ČSÚ. Pro zjištění redistribučního efektu byly spočítány vybrané ukazatele rovnosti důchodů ve společnosti (Gini koeficient, Index efektivní progresivity) a zkonstruována Lorenzova křivka domácností. Všechny ukazatele jsou zjištěny pro příjmy hrubé (příjmy hrubé + sociální příjmy, příjmy (hrubé + sociální) – zdravotní a sociální pojištění a pro příjmy čisté)⁶.

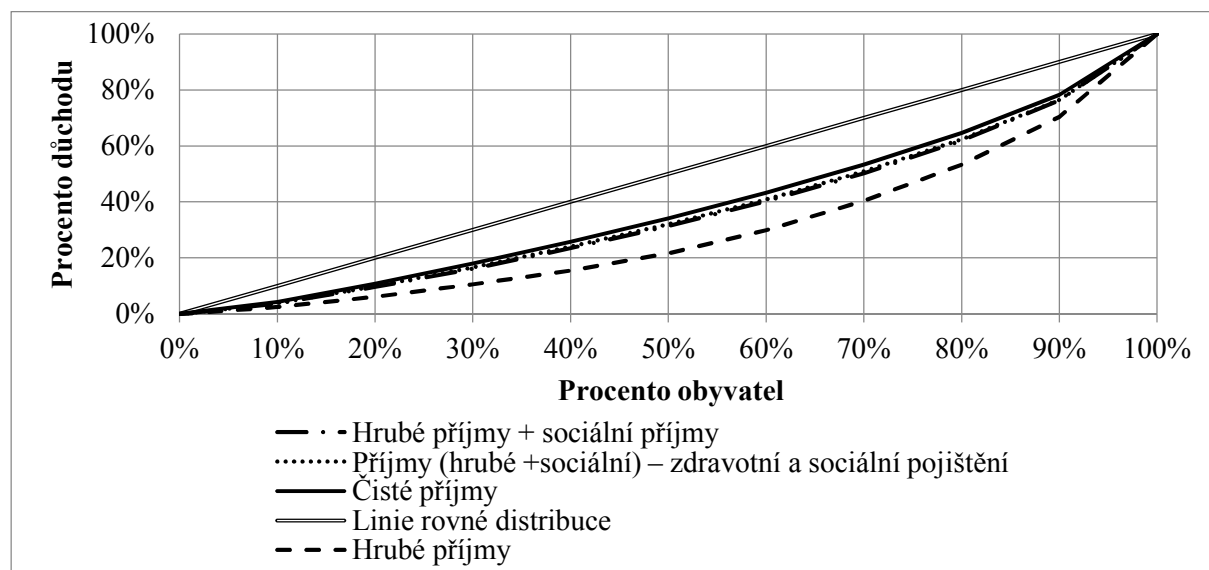
Lorenzovy křivky domácností

Analýzu Lorenzových křivek zahájíme tou nejvzdálenější od linie rovné distribuce, od křivky hrubých příjmů. Nejvíce progresivní dopad mají sociální příjmy. Malý vliv má na progresivitu zdravotní pojištění a sociální zabezpečení (vzhledem k předchozím zjištěním o regresivitě pojistného na veřejné zdravotní pojištění, lze ale konstatovat, že dopad pojistného

⁶ *Hrubé příjmy* = příjmy zahrnující příjmy ze závislé činnosti, příjmy z podnikání, ostatní příjmy; *hrubé + sociální příjmy* = předchozí kategorie po připočítání sociálních příjmů (důchody, dávky státní sociální podpory); *příjmy (hrubé + sociální) – zdravotní a sociální pojištění* = předchozí kategorie po odečtení zdravotního a sociálního pojištění; *příjmy čisté* = předchozí kategorie po odečtení daně z příjmů fyzických osob a přičtení případného bonusu u daňového zvýhodnění na děti.

na sociální zabezpečení je značně progresivní), větší vliv má zdanění, to může být u fyzických osob spojeno s existencí slev na dani.

Obr. 6: Lorenzovy křivky domácností České republiky 2011



Zdroj: vlastní na základě dat ze statistiky rodinných účtů, ČSÚ (2014).

Gini koeficient

Gini koeficient⁷ je dalším užívaným ukazatelem rovnosti důchodů, i z Gini koeficientu (viz Tab. 6) je patrný stejný vývoj popsáný u Lorenzovy křivky, tzn. z rozdílů Gini koeficientů je zřejmé, že největší vliv na redistribuci v České republice měly sociální příjmy a zdanění. O zdravotním a sociálním pojištění můžeme opět říci, že společně působí progresivně na rozdělení příjmů mezi domácnostmi.

Tab. 6: Vývoj Gini koeficientu

2011	Gini koeficient	Rozdíl
Hrubé příjmy	0,398476506	–
Hrubé příjmy + sociální příjmy	0,272917652	0,125559
Příjmy (hrubé + sociální) – zdravotní a sociální pojištění	0,265101532	0,007816
Čisté příjmy	0,23518204	0,029919

Zdroj: vlastní na základě dat ze statistiky rodinných účtů, ČSÚ (2014).

Index efektivní progresivity

Tento ukazatel využívá Gini koeficient, a to v případě měření redistribučního efektu zdanění dle následujícího vztahu definovaném v článku Klazar, Slintáková (2004, str. 29):

$$EP(tax) = \frac{1 - G_{y-tax}}{1 - G_y} \quad (3)$$

kde G_{y-tax} = Gini koeficient pro rozdělení příjmů po zdanění,
 G_y = Gini koeficient pro rozdělení příjmů před zdaněním.

⁷ Gini koeficient – porovnává plochu mezi linií rovné redistribuce a reálnou Lorenzovou křivkou, nabývá hodnot od 0 do 1, hodnoty 0 v případě absolutní rovnosti, hodnoty 1 v případě absolutní nerovnosti ve společnosti.

Obdobně lze postupovat při měření redistribučního efektu i u jiných zkoumaných položek. Jestliže je index roven jedné nemá daná položka vliv na redistribuci, pokud je vyšší než jedna, pak je vliv progresivní, v případě nižší hodnoty než jedna je naopak regresivní.

Tab. 7: Hodnoty indexu efektivní progresivity

Index efektivní progresivity celého systému			1,27
1-G _{y-tax}	Čisté příjmy	0,76481796	Hodnota vyšší než 1; progresivní dopad na rozdělení důchodů
1-G _y	Hrubé příjmy	0,601523494	
EPtax – Index efektivní progresivity daní			1,040712416
1-G _{y-tax}	Čisté příjmy	0,76481796	Hodnota vyšší než 1; progresivní dopad na rozdělení důchodů
1-G _y	Příjmy (hrubé + sociální) – zdravotní a sociální pojištění	0,734898468	
Index efektivní progresivity sociálních příjmů			1,208735
1-G _y	Hrubé příjmy	0,601523494	Hodnota vyšší než 1; progresivní dopad na rozdělení důchodů
1-G _{y+TR}	Hrubé příjmy + sociální příjmy	0,727082348	
Index efektivní progresivity zdravotního a sociálního pojištění			1,01075
1-G _{y-pojistné}	Příjmy (hrubé + sociální) – zdravotní a sociální pojištění	0,734898468	Hodnota vyšší než 1; progresivní dopad na rozdělení důchodů
1-G _y	Příjmy (hrubé + sociální)	0,727082348	

Zdroj: vlastní na základě dat ze statistiky rodinných účtů, ČSÚ (2014).

Hodnoty všech indexů potvrzují očekávané výsledky analýzy Lorenzových křivek i Gini koeficientu, protože všechny tři použité metody vychází ze stejných dat a navíc se jedná o metody vzájemně provázané.

Závěr

Příspěvek se zabývá redistribučními efekty pojistného na veřejné zdravotní pojištění v České republice. Na základě analýzy vlivu existence minimálního a maximálního vyměřovacího základu u zaměstnanců na efektivní sazbu pojistného bylo zjištěno, že v roce 2011 pojistné na veřejné zdravotní pojištění působilo regresivně.

V textu bylo potvrzeno, že v České republice dlouhodobě existuje výrazná nerovnoměrnost v předepsaném pojistném mezi skupinami pojištěnců, u nichž jsou značné rozdíly v nákladovosti poskytované péče. Největší rozdíl mezi příjmy a výdaji systému je u starobních důchodců – cca 70 miliard Kč.

Analýza redistribučního efektu daní, pojistného a sociálních příjmů, které jsou klíčovými nástroji redistribuce v České republice, neprokázala, že ač mělo pojistné na veřejné zdravotní pojištění regresivní dopad, jeho „negativní“ dopad na rozdělení důchodů se neprojevil z důvodu „kladného“ působení pojistného na sociální pojištění. Největší vliv na distribuci žádaným směrem pak měly ve sledovaném období sociální příjmy a daně.

Celkově lze konstatovat, že pojistné na veřejné zdravotní pojištění nelze v České republice považovat za nástroj redistribuce požadovaným směrem, jeho vliv na tuto oblast je velmi malý. Jeho prostřednictvím jsou sledovány jiné cíle, a tak není nutné se obávat efektu možného zpětného zavedení maximálního vyměřovacího základu po roce 2015.

Literatura:

- [1] ČSÚ (2014): *Domácnosti podle decilového rozdělení čistých peněžních příjmů na modif. spotřební jednotku OECD.* [online], Praha, Český statistický úřad, c2014, [cit. 17. 3. 2014], <[http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/8F001AC35E/\\$File/3012133a.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/8F001AC35E/$File/3012133a.pdf)>.
- [2] ČSÚ (2009-2012): *Statistické ročenky České republiky.* [online], Praha, Český statistický úřad, c2014, [cit. 17. 3. 2014], <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/statisticke_rocenky_ceske_republiky>.
- [3] Honekamp, I. – Possenriede, D. (2008): *Redistributive Effects in Public Health Care Financing.* European Journal of Health Economics, 2008, roč. 9, č. 4, s. 405-416.
- [4] Klazar, S. (2011): *Redistribuční dopady zdanění a důchodového systému a jejich reform.* Praha, Wolters Kluwer, 2011.
- [5] Klazar, S. – Slintáková, B. (2004): *Vliv daní a sociálních transferů na rozdělení příjmů v České republice.* Acta Oeconomica Pragensia, 2004, roč. 12, č. 7, s. 26-41.
- [6] MZ ČR (2014): *Vláda schválila zvýšení plateb za státní pojištění.* [online], Praha, Ministerstvo zdravotnictví České republiky, c2014, [cit. 1. 4. 2014], <http://www.mzcr.cz/dokumenty/vlada-schvalila-zvyseni-plateb-za-statni-pojistence_8879_1.html>.
- [7] Peková, J. (2011): *Veřejné finance: teorie a praxe v ČR.* Praha, Wolters Kluwer, 2011.
- [8] ÚZIS (2013a): *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2012.* [online], Praha, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, c2014, [cit. 17. 3. 2014], <www.uzis.cz/system/files/ekin2012.pdf>.
- [9] ÚZIS (2013b): *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2012.* [online], Praha, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, c2013, [cit. 17. 3. 2014], <<http://www.uzis.cz/system/files/zdroccz2012.pdf>>.
- [10] ÚZIS (2013c): *Zdravotnická ročenka ČR 2012.* [online], Praha, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, c2013, [cit. 17. 3. 2014], <<http://www.uzis.cz/system/files/zdroccz2012.pdf>>.
- [11] VZP (2006-2012). *VZP ČR Ročenky.* [online]. Praha, Všeobecná zdravotní pojišťovna, c2006-2012, [cit. 17. 3. 2014], <<http://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/rocenky>>.
- [12] VZP (2013): *Státní platba za pojištění se zvyšuje na 787 korun.* [online], Praha, Všeobecná zdravotní pojišťovna, c2006-2012, [cit. 17. 3. 2014], <<http://www.vzp.cz/platci/aktuality/statni-platba-za-pojistence-se-zvysuje-na-787-korun>>.

Příloha 1: Celkové náklady na pojištěnce dle věkových skupin v roce 2011

Věková skupina	Celkový počet		Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na 1 pojištěnce podle věku a pohlaví v roce 2011 (v Kč)		Celkový počet pojištěnců x náklady na 1 pojištěnce v dané skupině (v Kč)		Celkem za vybranou věkovou skupinu (v Kč)
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	
0 – 4 roky	300 231	286 401	17 598	15 443	5 283 465 138	4 422 890 643	19 142 312 879
5 – 9 let	256 641	242 624	10 496	8 800	2 693 703 936	2 135 091 200	
10 – 14 let	234 922	222 115	10 306	9 842	2 421 106 132	2 186 055 830	
15 – 19 let	278 193	263 615	9 241	11 279	2 570 781 513	2 973 313 585	120 957 721 782
20 – 24 let	337 935	320 179	7 755	10 782	2 620 685 925	3 452 169 978	
25 – 29 let	357 188	336 205	9 049	13 978	3 232 194 212	4 699 473 490	
30 – 34 let	423 797	395 821	9 612	15 357	4 073 536 764	6 078 623 097	
35 – 39 let	463 708	435 722	10 620	14 715	4 924 578 960	6 411 649 230	
40 – 44 let	365 414	344 785	12 645	15 276	4 620 660 030	5 266 935 660	
45 – 49 let	358 966	342 478	15 314	18 072	5 497 205 324	6 189 262 416	
50 – 54 let	326 419	320 138	20 694	21 888	6 754 914 786	7 007 180 544	
55 – 59 let	366 817	378 466	28 326	25 188	10 390 458 342	9 532 801 608	
60 – 64 let	354 586	388 869	37 182	29 514	13 184 216 652	11 477 079 666	
65 – 69 let	270 909	323 741	46 945	37 454	12 717 823 005	12 125 395 414	85 310 944 748
70 – 74 let	173 371	229 792	54 735	43 829	9 489 461 685	10 071 553 568	
75 – 79 let	120 935	187 035	61 813	51 229	7 475 355 155	9 581 616 015	
80 – 84 let	81 980	153 532	63 923	55 175	5 240 407 540	8 471 128 100	
85 let a více	45 117	117 141	66 213	61 045	2 987 331 921	7 150 872 345	
Celkem					106 177 887 020	119 233 092 389	225 410 979 409

Zdroj: Vlastní zpracování na základě ÚZIS (2013c), VZP (2006-2012).

Redistribuční efekty pojistného na veřejné zdravotní pojištění v České republice

Eva Gajdošová

ABSTRAKT

Příspěvek vychází z vědeckého článku, ve kterém autoři testují hypotézu, že když je systém zdravotního pojištění zastropován a pojistné je využíváno jako převažující zdroj financování zdravotnictví, tak působí regresivně. Toto tvrzení příspěvek ověřuje na pojistném na veřejné zdravotní pojištění v České republice v roce 2011. Uvedená otázka je dnes v České republice velmi aktuální z důvodu možného zpětného zavedení maximálního vyměřovacího základu a jeho možných dopadů na redistribuci. Práce se dále věnuje i dalším pojištěncům – osobám samostatně výdělečně činným, osobám bez zdanitelných příjmů a státním pojištěncům. V poslední části je analyzován redistribuční efekt daní a sociálního pojistného.

Klíčová slova: Veřejné zdravotní pojištění; Redistribuce; Vyměřovací základ.

Redistributive Effects of Public Health Insurance in the Czech Republic

ABSTRACT

The paper is based on a scientific article in which the authors tested the hypothesis that when the system of health insurance has ceiling and is used as the main source of financing health care, so it has regressive effect on redistribution. This statement is verified on public health insurance in the Czech Republic in 2011. This question is very current today in the Czech Republic due to a possible re-introduction of a maximum assessment base and its potential impact on redistribution. The thesis also discusses other insured persons – self-employed persons, persons without taxable income and state insured persons. In the last part is analyzed the redistributive effect of taxes and social insurance.

Key words: Public health insurance; Redistribution; Assessment base.

JEL classification: H23.