

4. Vertikálna a horizontálna spravodlivosť

6MEFZ1

Ekonomika a financovanie zdravotníctví

doc. Ing. Peter Pažitný, MSc., PhD.



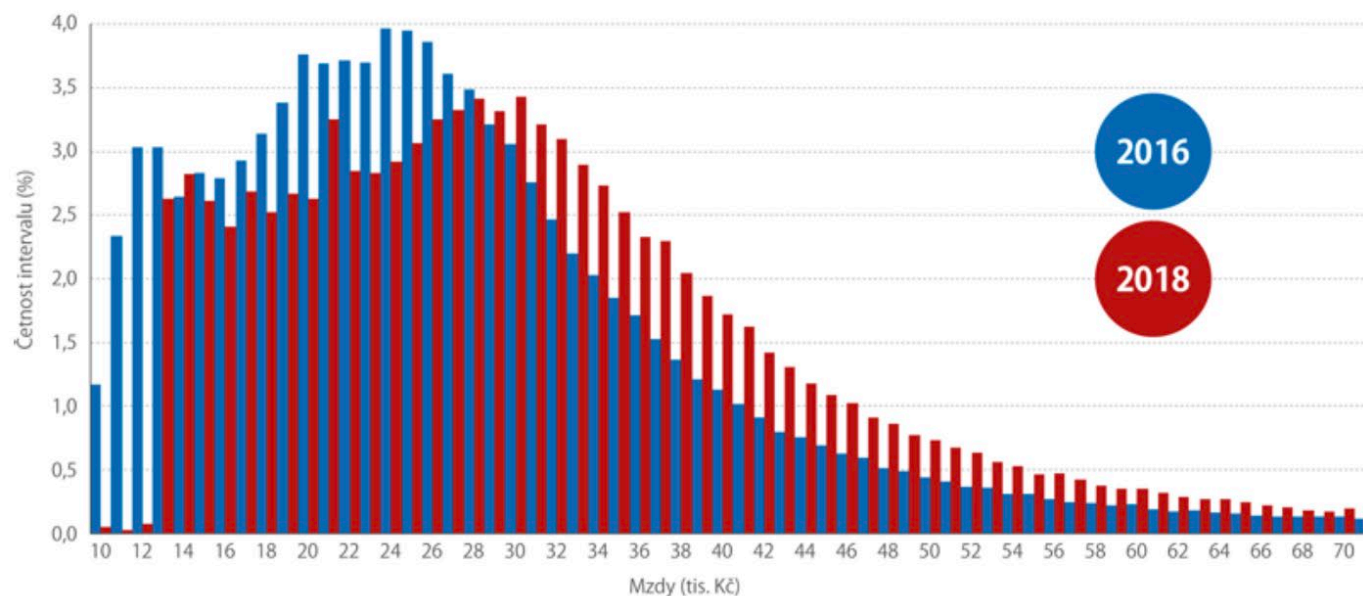
EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání

MŠMT
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Motto

„priemernú mzdu má iba 3,5% pracujúcich“

Mzdová rozdělení v letech 2016 a 2018 (% , četnost v pásmech po 1 000 Kč)



Zdroj: ČSÚ



Obsah

1. Finančná ochrana
2. Progresivita
3. Distribúcia bohatstva v SR (cez mzdové pásma)
4. Lorenzova krivka a krivka koncentrácie
5. Giniho koeficient
6. Kakwani index
7. Katastrofické výdaje



1. Finančná ochrana

- Finančná ochrana znamená:
 - Riziká, ktorým domácnosť čelí z pohľadu nákladov na zdravotnú starostlivosť sú distribuované primerane schopnosti platiť a nie rizikovosti choroby
- Čo je vnímané ako „nespravodlivé“:
 - Vysoké neočakávané náklady
 - Vysoko regresívne platby



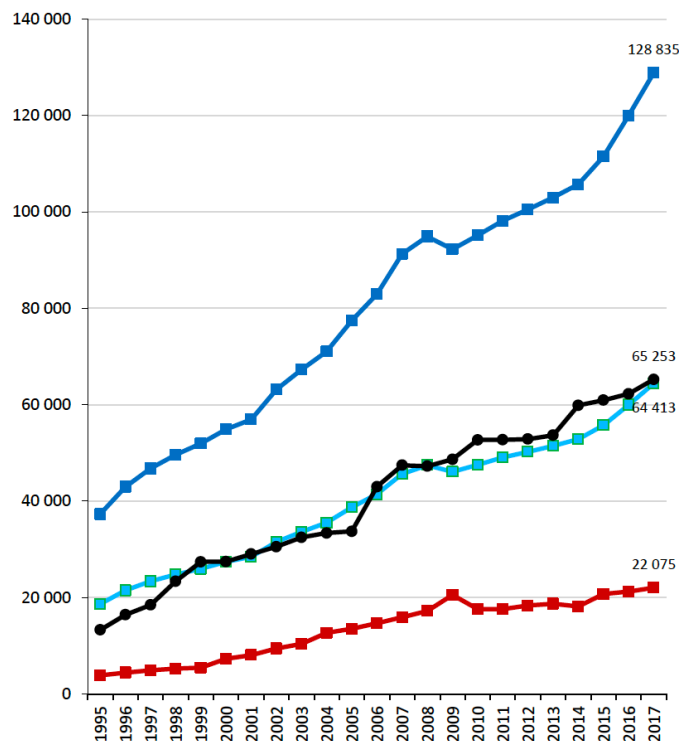
1. Vertikálna a horizontálna spravodlivosť

- Vertikálna spravodlivosť – zodpovedá distribúcií finančného bremena medzi bohatými a chudobnými.
- Horizontálna spravodlivosť – rovnaké zaobchádzanie s tými, ktorí sú na rovnakej príjmovej úrovni a to vrátane ľudí žijúcich v rozličných regiónoch.

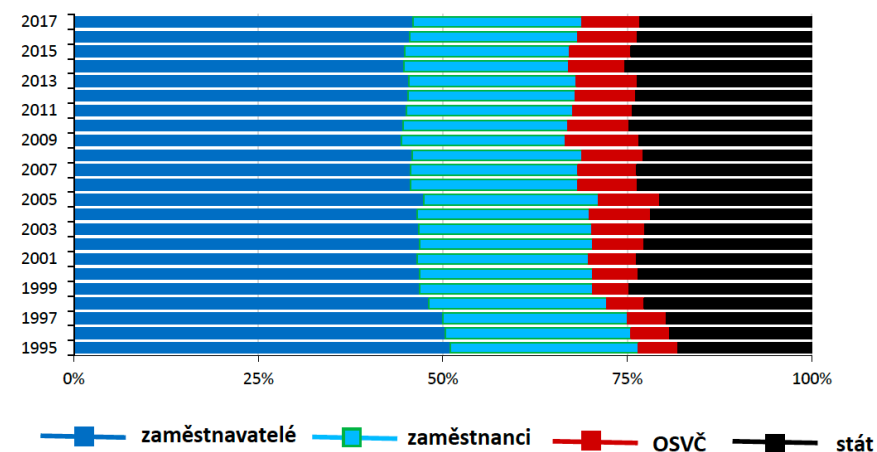


1. Celkový objem zdrojů nadekádá zátěžení jednotlivých příjmových skupin

Odvody do zdravotního pojištění
– vývoj od roku 1995



Odvody do zdravotního pojištění
– podíl dle plátců



I přes většinový podíl péče konzumovaný státními pojištěnci, tvoří s nimi související odvody státu do systému veřejného zdravotního pojištění pouze přibližně 23,2% celku.



2. Progresivita

SUPERHRUBÁ MZDA (SHM)			26 800	33 500	40 200	46 900	53 600
sociální pojištění - zaměstnavatel	25,0%	z HM	5 000	6 250	7 500	8 750	10 000
zdravotní pojištění - zaměstnavatel	9,0%	z HM	1 800	2 250	2 700	3 150	3 600
Hrubá mzda (HM)			20 000	25 000	30 000	35 000	40 000
sociální pojištění - zaměstnanec	6,5%	z HM	1 300	1 625	1 950	2 275	2 600
zdravotní pojištění - zaměstnanec	4,5%	z HM	900	1 125	1 350	1 575	1 800
daň	15,0%	zo SHM	4 020	5 025	6 030	7 035	8 040
ČISTÁ MZDA			13 780	17 225	20 670	24 115	27 560
Potraviny			6 000	7 000	8 000	9 000	9 500
Bývanie			7 000	8 600	10 650	12 000	14 000
Nadštandardné zdravotné služby			300	1 100	1 500	2 500	3 500
Poplatky za zdravotné služby			500	500	500	500	500



2. Čo je progresívne a čo regresívne?

ČISTÁ MZDA	13 780	17 225	20 670	24 115	27 560
Potraviny					
Bývanie					
Nadštandardné zdravotné služby					
Poplatky za zdravotné služby					
Spolu					

2. Čo je progresívne a čo regresívne?

ČISTÁ MZDA	13 780	17 225	20 670	24 115	27 560
Potraviny	44%	41%	39%	37%	34%
Bývanie	51%	50%	52%	50%	51%
Nadštandardné zdravotné služby	2%	6%	7%	10%	13%
Poplatky za zdravotné služby	4%	3%	2%	2%	2%
Spolu	100%	100%	100%	100%	100%

Implantát za 3 000 Kč



Progresívne – s
rastúcim príjmom
platím % viac

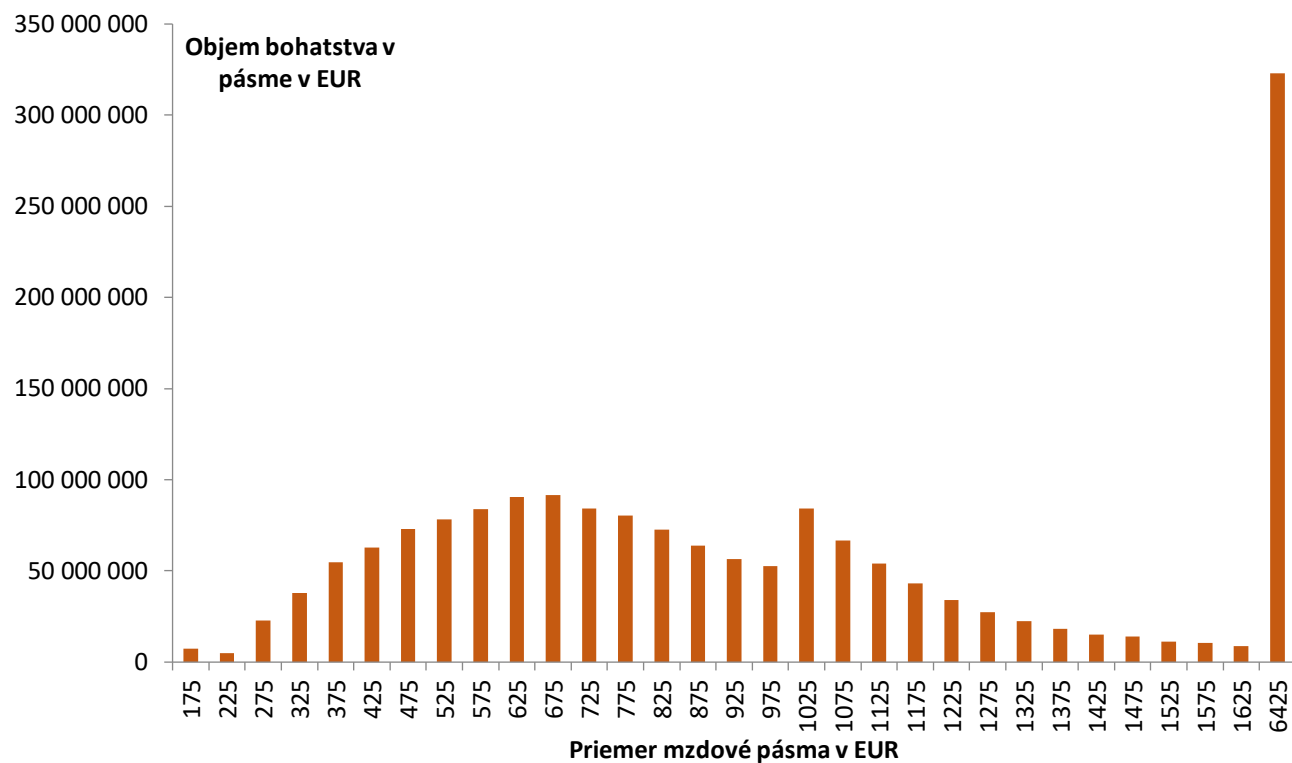
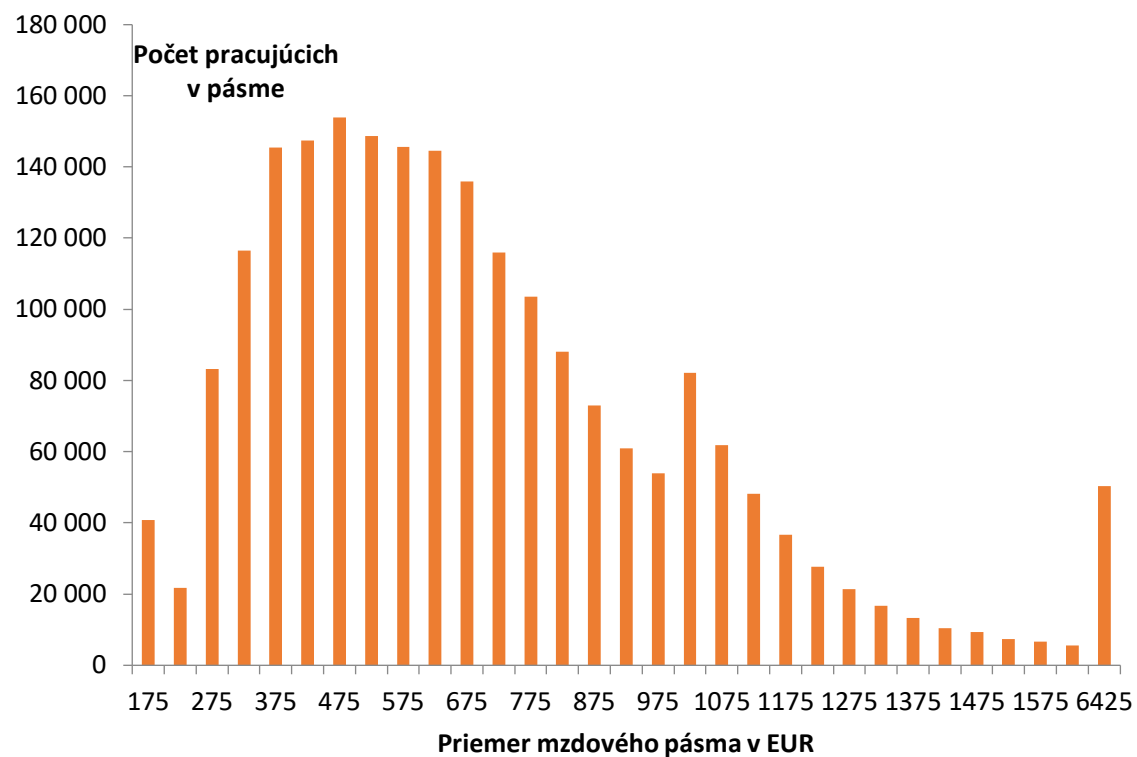
Regresívne – s klesajúcim
príjmom platím % viac



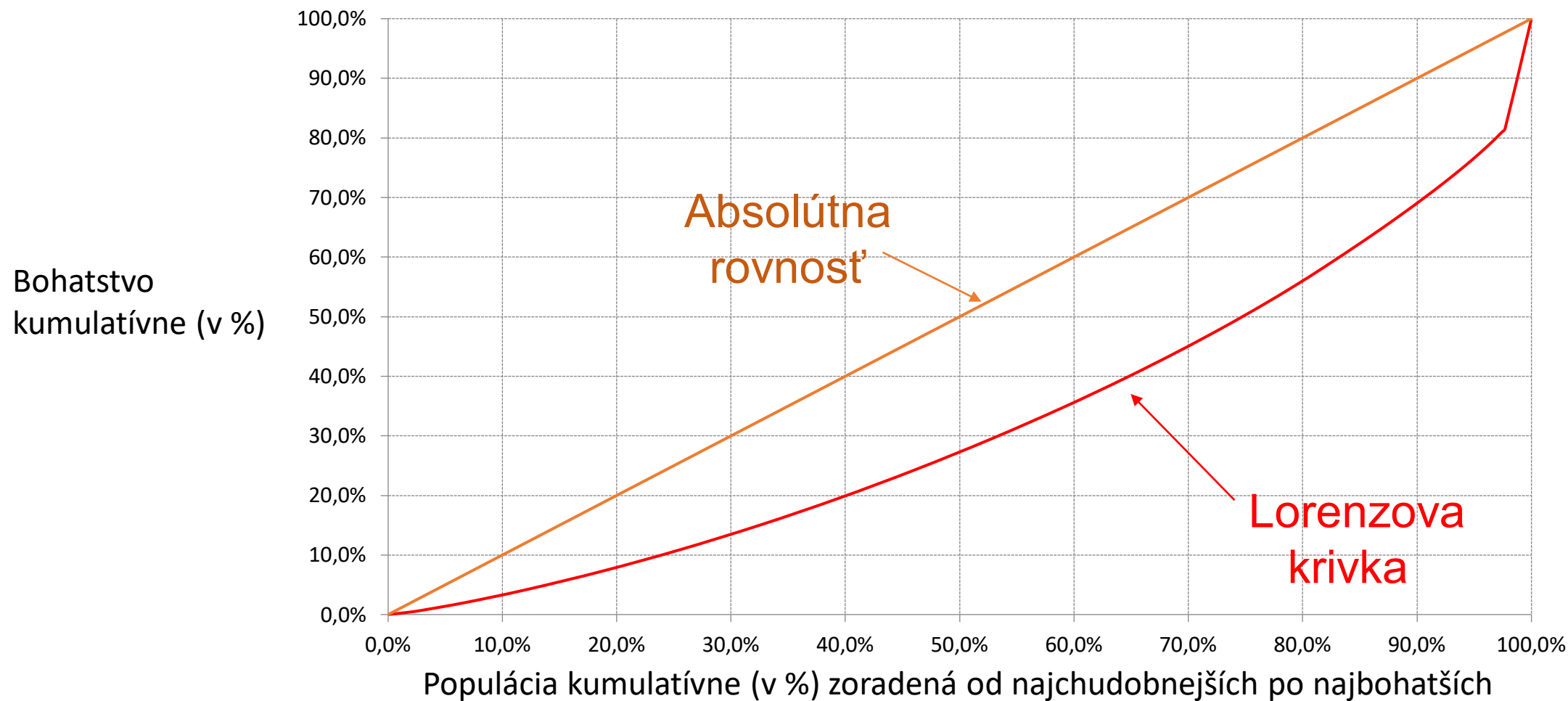
Regulační poplatek 90 Kč



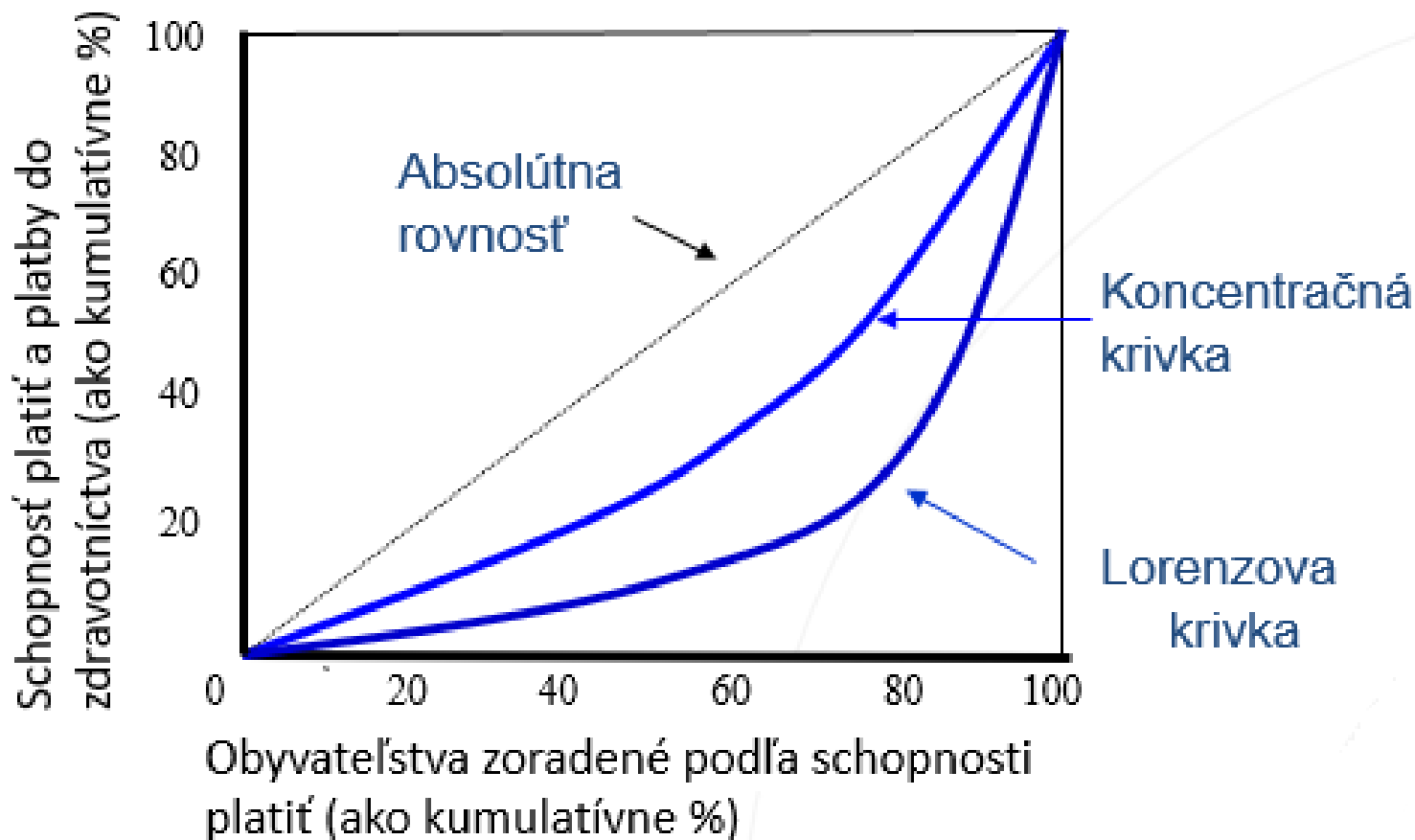
3. Distribúcia pracujúcich A BOHATSTVA v SR (cez mzdové pásma)



4. Lorenzova krivka pre SR



Lorenzova krivka (schopnost platit) Koncentrační krivka (platba)





5. Gini Koeficient

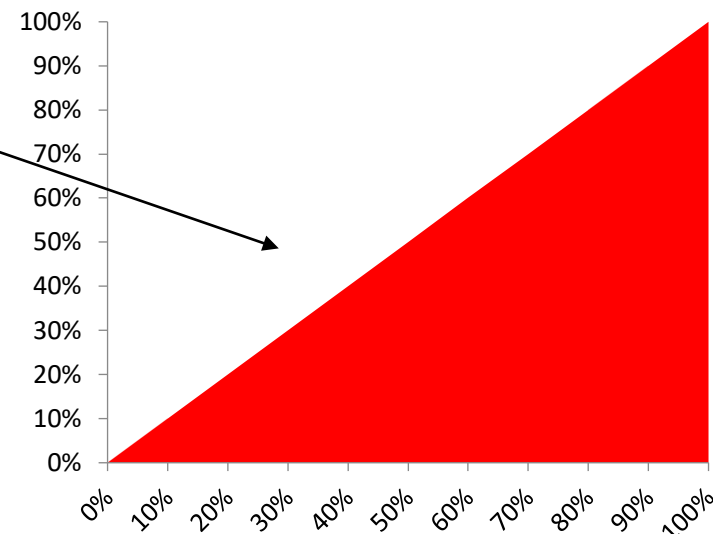
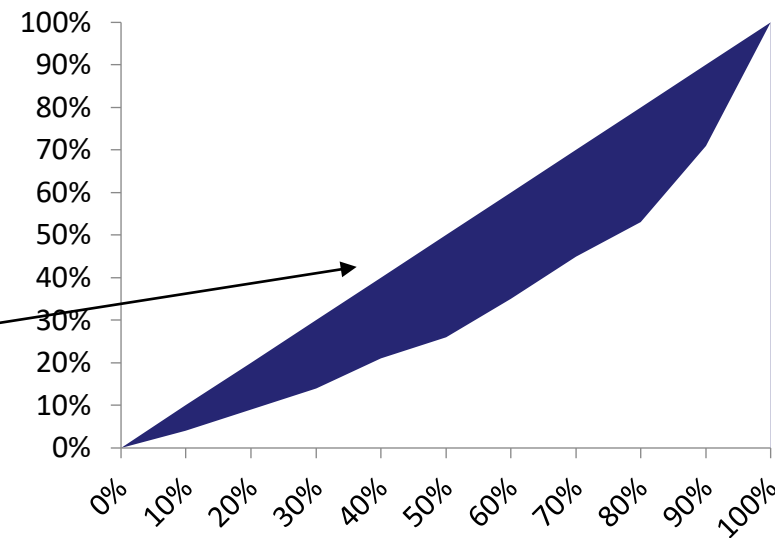


5. Gini koeficient

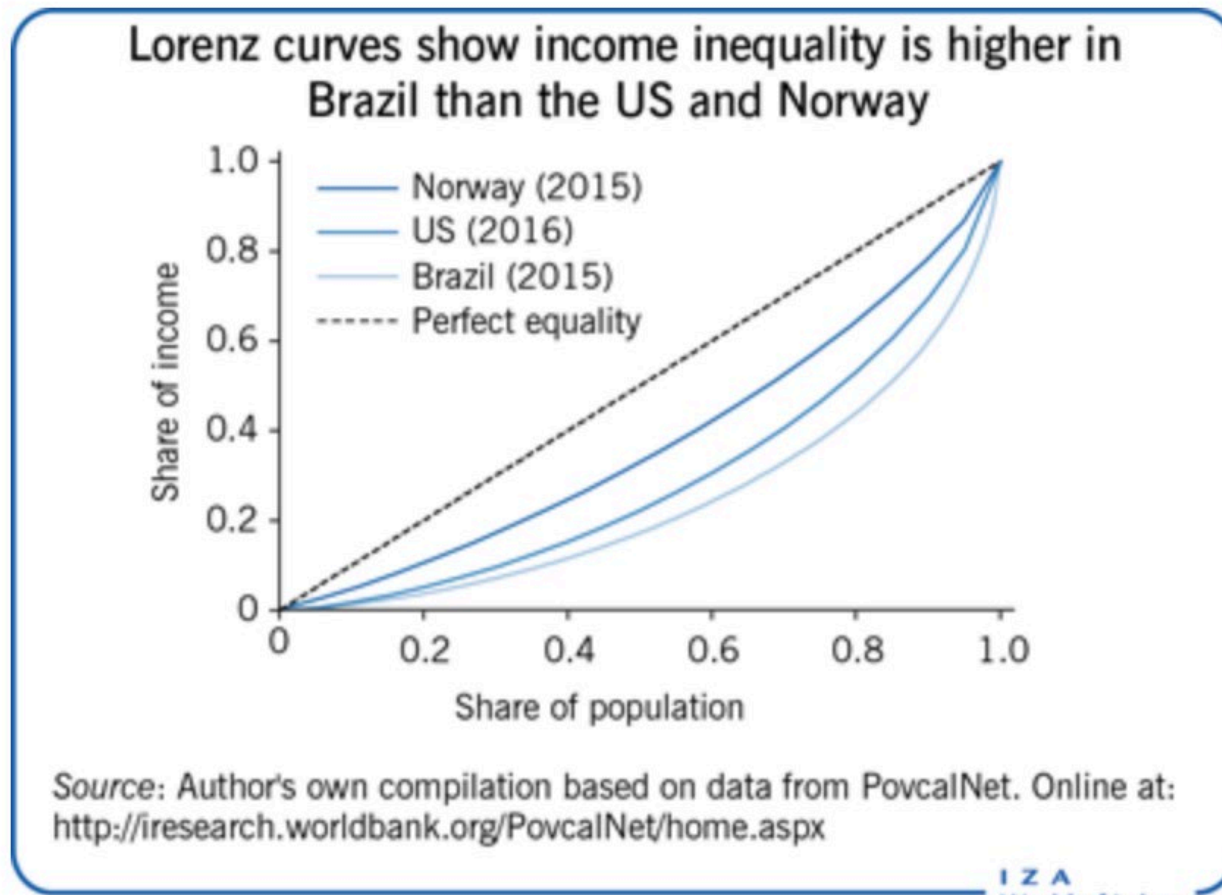
Gini koeficient =
$$\frac{\text{obsah plochy ohraničený krivkou
absolutnej rovnosti a Lorenzovou krivkou}}{\text{obsahom celej plochy pod krivkou
absolutnej rovnosti}}$$

GK je z intervalu 0 až 1, kde:

- 0 znamená absolutnu rovnosť
- 1 absolutnu nerovnosť



Gini koeficient vo svete



- Čím viac sa Lorenzova krivka prehýba a smeruje smerom „vpravo dole“, tým je nerovnosť príjmov vyššia
- Zároveň sa zväčšuje plocha medzi „perfektnou rovnosťou“ a Lorenzovou krivkou, takže sa zvyšuje aj Giniho koeficient
-

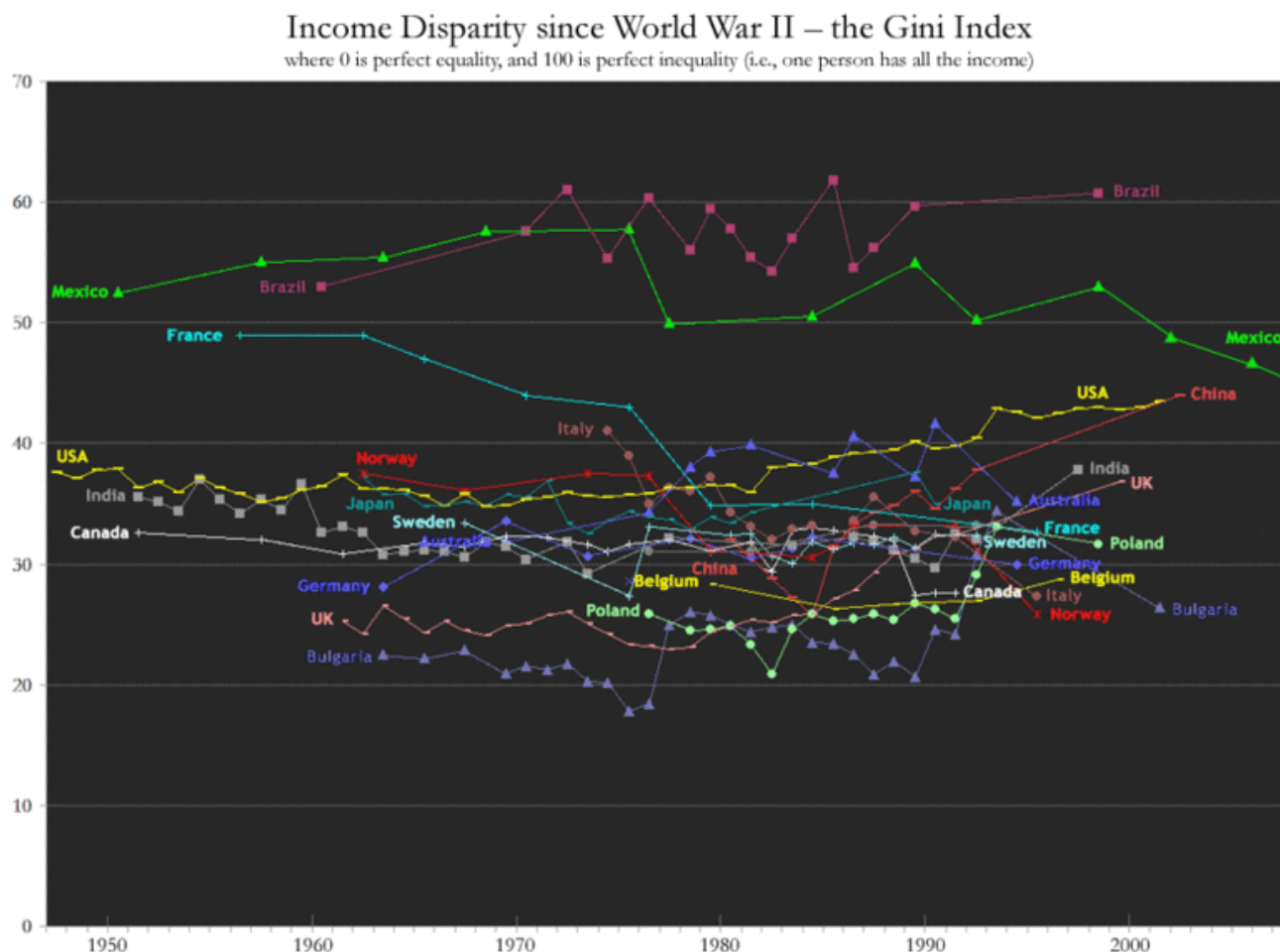


Gini koeficient vo svete

Vysoká miera
nerovnosti příjmov
(GK sa blíži k 1)



Nízka miera
nerovnosti příjmov
(GK sa blíži k 0)



Gini koeficient vo svete

- Vysoká miera nerovnosti príjmov:
 - Južná Afrika (0,620)
 - India (0,495)
 - Brazília (0,47)
- Nízka miera nerovnosti príjmov:
 - Belgicko (0,268)
 - Nórsko (0,272)

Figure 2. Summary statistics for income inequality: Gini, interdecile ratios, and share ratios

Country	Gini	Interdecile ratios			Share ratios	
		90–10	90–50	50–10	80–20	90–40 (Palma ratio)
Belgium (2015)	0.268	3.4	1.7	2.0	4.0	0.93
Brazil (2013)	0.470	8.7	2.9	3.0	12.5	2.71
Germany (2015)	0.293	3.7	1.8	2.0	4.5	1.06
India (2011)	0.495	9.4	3.2	2.9	13.4	3.09
Norway (2015)	0.272	3.1	1.7	1.9	4.1	0.96
Russian Federation (2011)	0.376	5.9	2.5	2.4	7.1	1.59
South Africa (2015)	0.620	25.6	5.3	4.8	37.6	7.00
UK (2016)	0.351	4.2	2.0	2.1	6.0	1.45
US (2016)	0.391	6.3	2.3	2.7	8.5	1.77

Note: A perfectly equal economy would have a Gini coefficient of 0, decile and share ratios equal to 1, and a Palma ratio of 0.25.

Source: OECD data, "Income inequality." Online at: <https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm>

6. Kakwani index

Kakwani index = Index koncentrácie – Giniho coeficient



Kakwani index	Progresivita kanála financovania
pozitívny (+)	progresívny
0	proporcionálny
negatívny (-)	regresívny

Kakwani index v SR

(dáta za rok 2005)

1. Určíme Kakwani index (index koncentrácie – gini koeficient) pre každý kanál financovania zvlášť
2. následne pre celý systém financovania vypočítame ako vážený priemer, kde váhou je podiel kanála na celkovom financovaní.

	priame dane	nepriame dane	verejné zdravotné poistenie	priame platby
Index koncentrácie	0,74	0,19	0,52	0,12
Giniho koeficient	0,35	0,35	0,35	0,35
Kakwani index	+ 0,39	- 0,16	+ 0,17	- 0,23
Váha kanála na celkovom financovaní	9%	21%	50%	20%
KI = 0,040 =	+ 0,035	- 0,034	+ 0,085	- 0,046



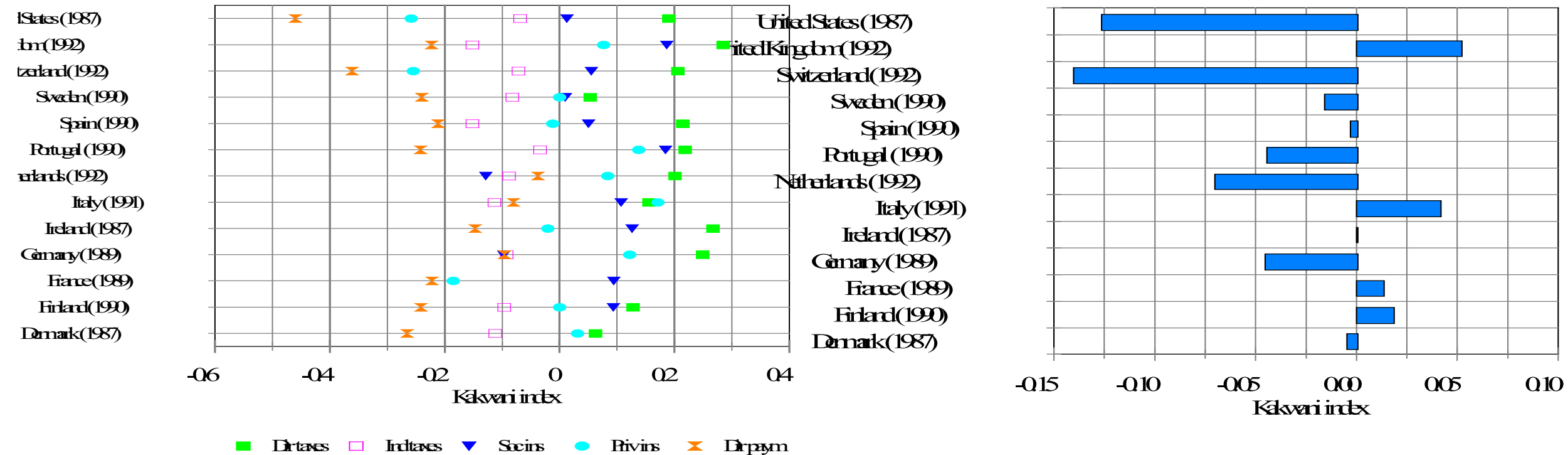
Kakwani index

Kanál financovania	Progresivita	Kakwani index – medzinárodné dôkazy	Kakwani index Slovensko (2001 – 2005)
Priame dane	progresívne	+0,1 to +0,3	+0,23 to +0,40
Nepriame dane	regresívne	-0,2 to 0,0	-0,16 to -0,12
Verejné zdravotné poistenie	progresívne	0,0 to +0,2	+0,13 to +0,17
Priame platby	regresívne	-0,3 to -0,1	-0,25 to -0,16
Total		-0,14 to + 0,05	+ 0,03 to +0,07

Zdroj: HiT Slovakia, 2011, Wagstaff, van Doorslaer, 1999



Kakwani index vo svete



Zdroj: Wagstaff, van Doorslaer, 1999



7. Katastrofické náklady

Samotný Kakwani index nám nedáva dostatočnú odpoveď na to, či predsa nie sú v spoločnosti ohrozené skupiny obyvateľstva – preto sa sleduje aj vystavenie domácností tzv. katastrofickým nákladom

Čo sú katastrofické náklady?

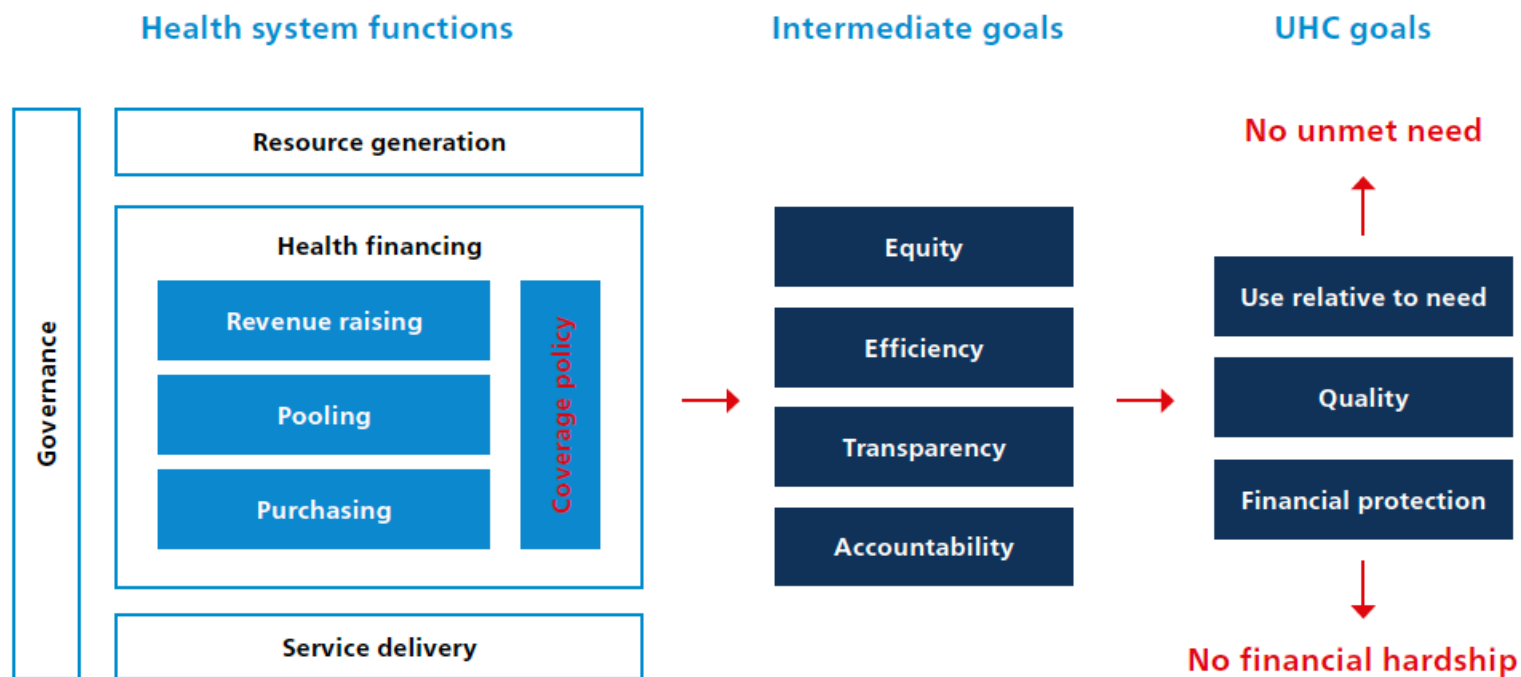
- Feldstein = aby rodiny nedávali na zdravotníctvo viac ako 10% ročných príjmov
- Akademická literatúra = 5 až 20% ročných príjmov
- WHO = 40 % z tzv. disponibilného príjmu
(príjem po odrátaní daní a nákladov na živobytie – potraviny, energie, bývanie)

7. Katastrofické výdaje

Fig. 1. Goals for the health system and universal health coverage

Note: UHC: universal health coverage.

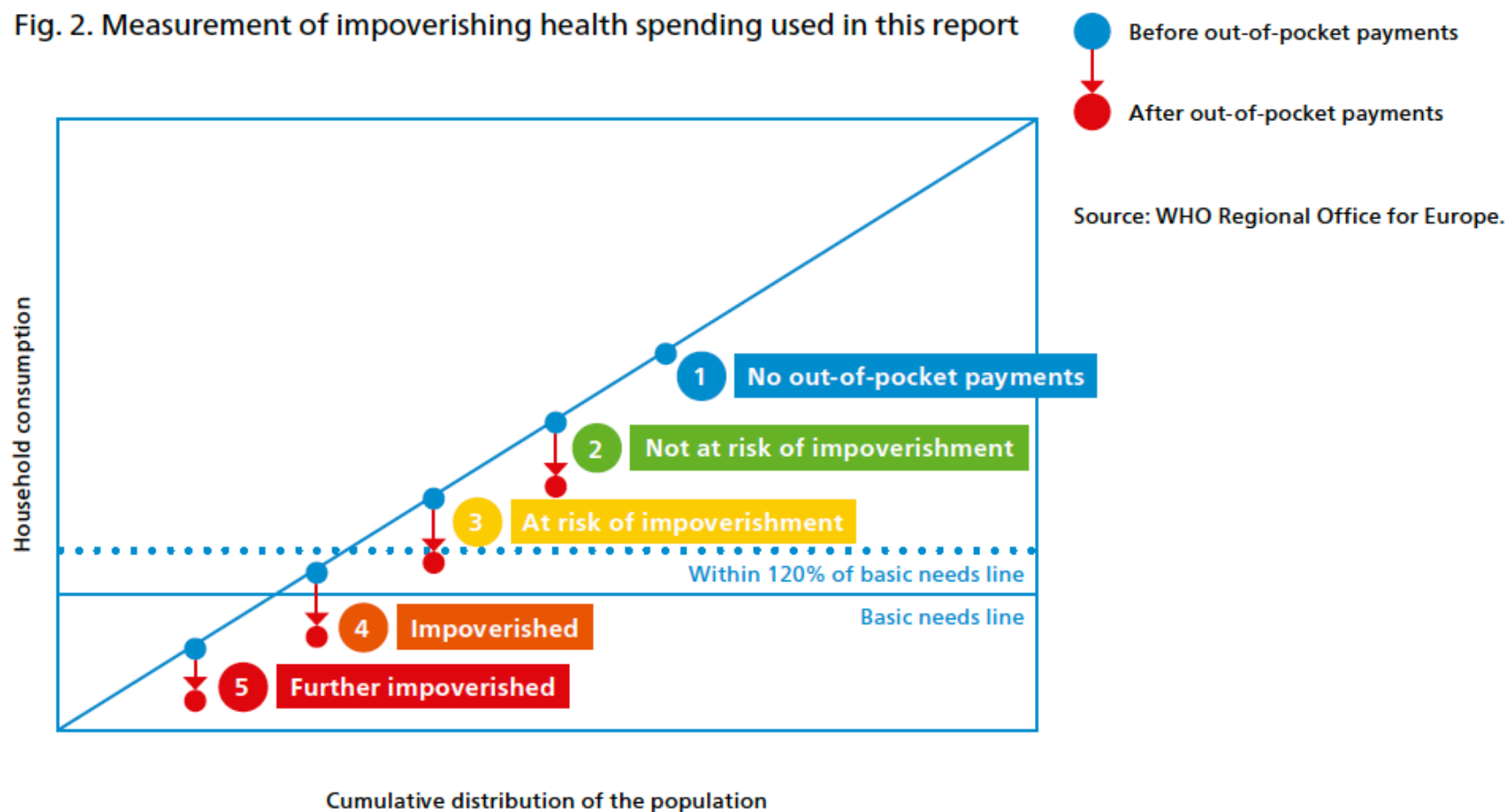
Source: adapted from Kutzin et al. (2017).



Ochrana pred katastrofickými výdavkami je jedným z hlavných cieľov zdravotného systému

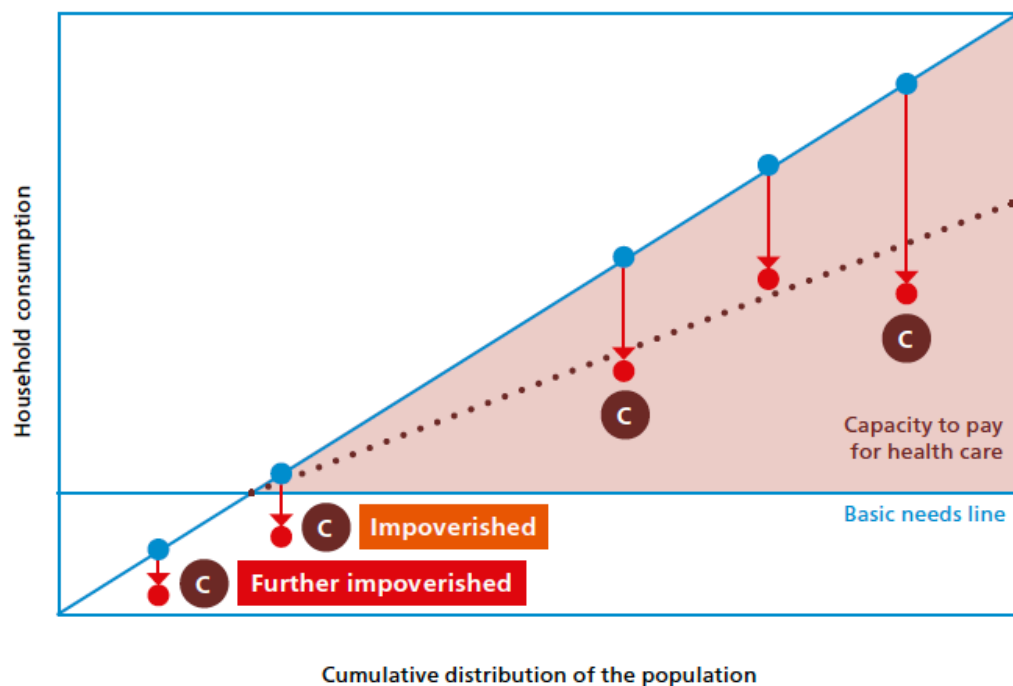
7. Katastrofické výdaje

Fig. 2. Measurement of impoverishing health spending used in this report



7. Katastrofické výdaje

Fig. 3. Measurement of catastrophic health spending used in this report



● Before out-of-pocket payments

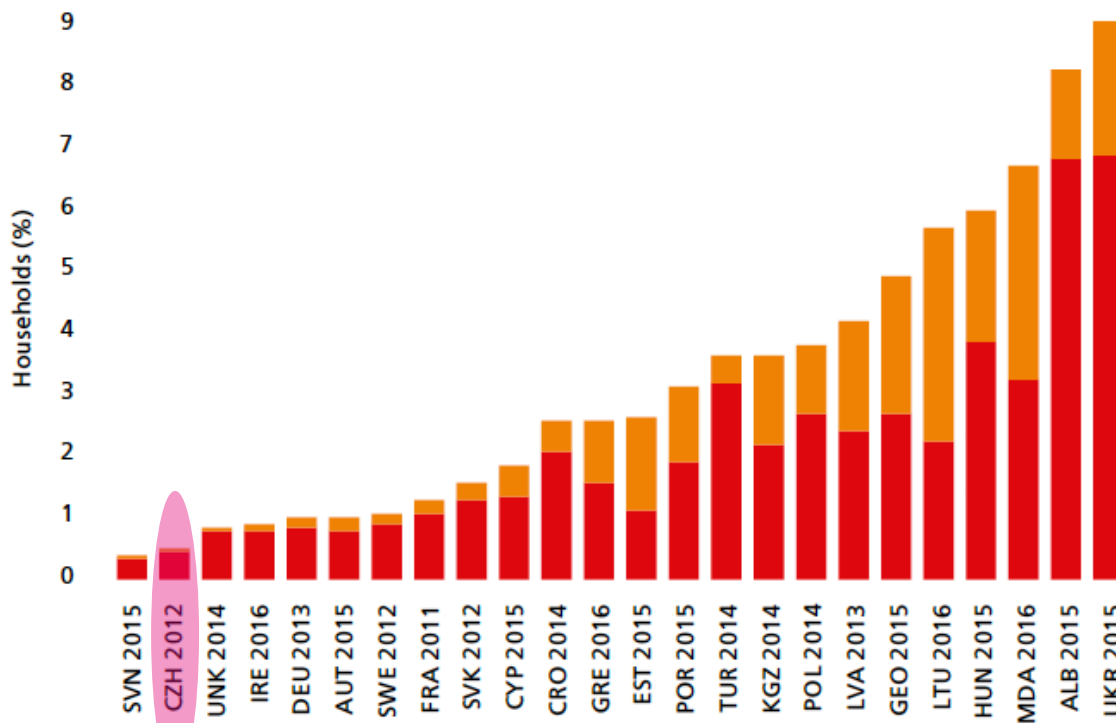
● After out-of-pocket payments

● Catastrophic health spending

Source: WHO Regional Office for Europe.

7. Katastrofické výdaje

Fig. 4. Share of households with impoverishing health spending, latest year available



- Further impoverished
- Impoverished

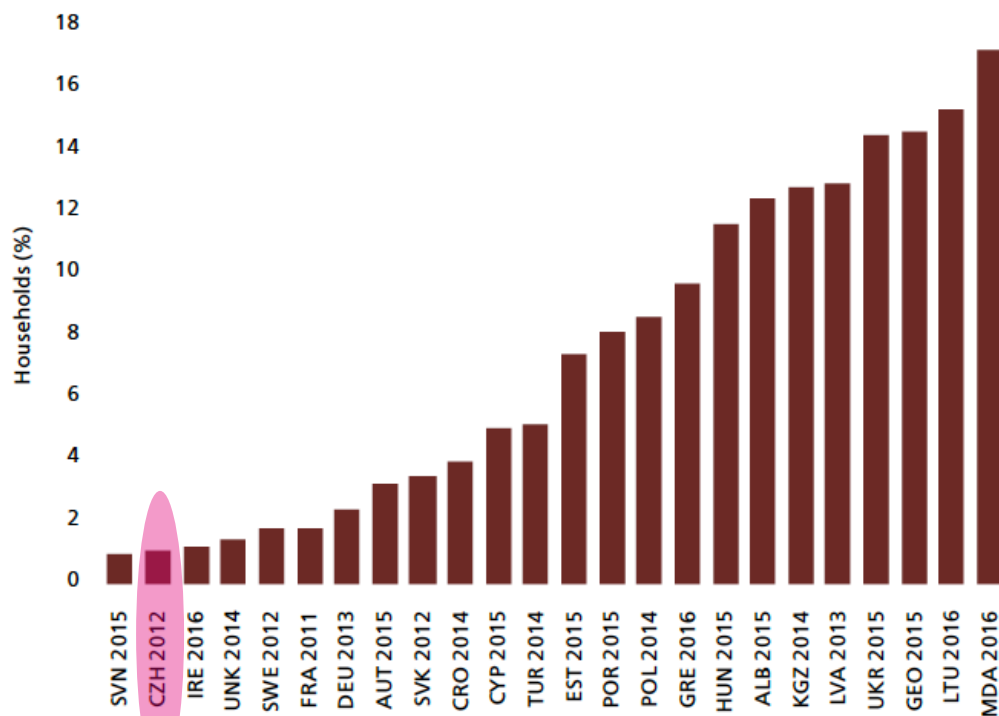
Notes: a household is impoverished if its total consumption is below the poverty line after out-of-pocket payments – that is, it is no longer able to afford to meet basic needs. A household is further impoverished if its total consumption is below the poverty line – it is already unable to meet basic needs – and it incurs out-of-pocket payments.

Source: WHO Regional Office for Europe.



7. Katastrofické výdaje

Fig. 5. Share of households with catastrophic health spending, latest year available



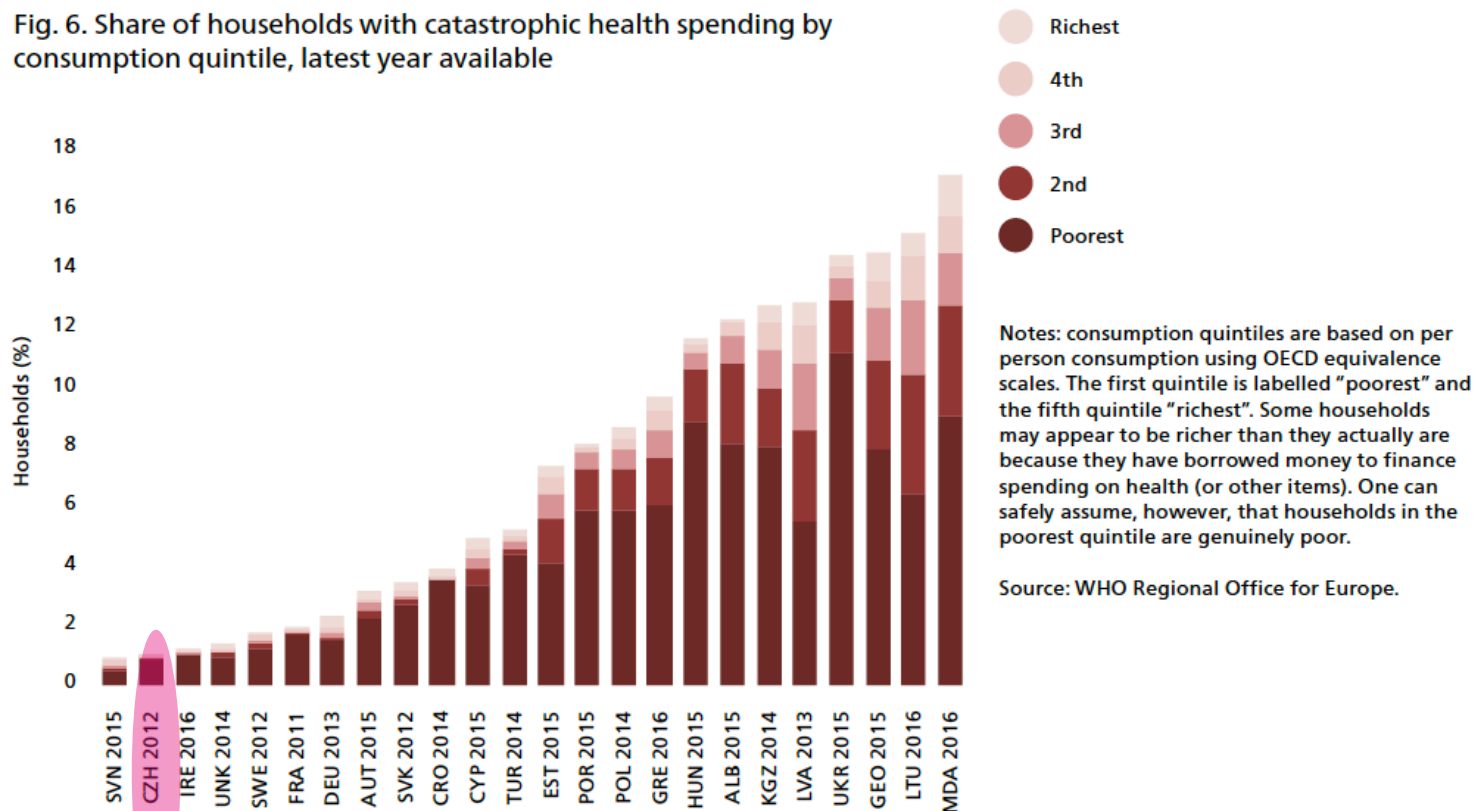
Notes: the results for Kyrgyzstan are not directly comparable to the other countries in the study. Due to evidence of borrowing to finance out-of-pocket payments in Kyrgyzstan, households were ranked based on consumption net of out-of-pocket payments to calculate the basic needs line and to identify quintiles. Using the method applied to the other countries, the catastrophic incidence in Kyrgyzstan would be 2–3 percentage points higher than shown in this figure.

Source: WHO Regional Office for Europe.



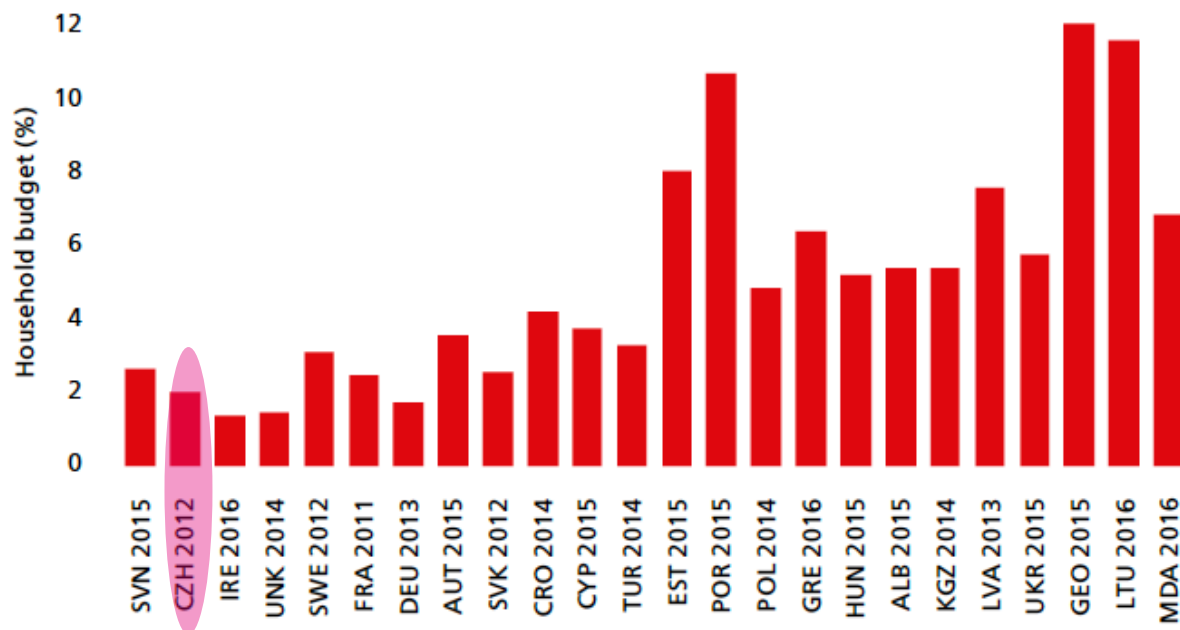
7. Katastrofické výdaje

Fig. 6. Share of households with catastrophic health spending by consumption quintile, latest year available



7. Katastrofické výdaje

Fig. 11. Average share of the household budget spent out of pocket among further impoverished households, latest year available

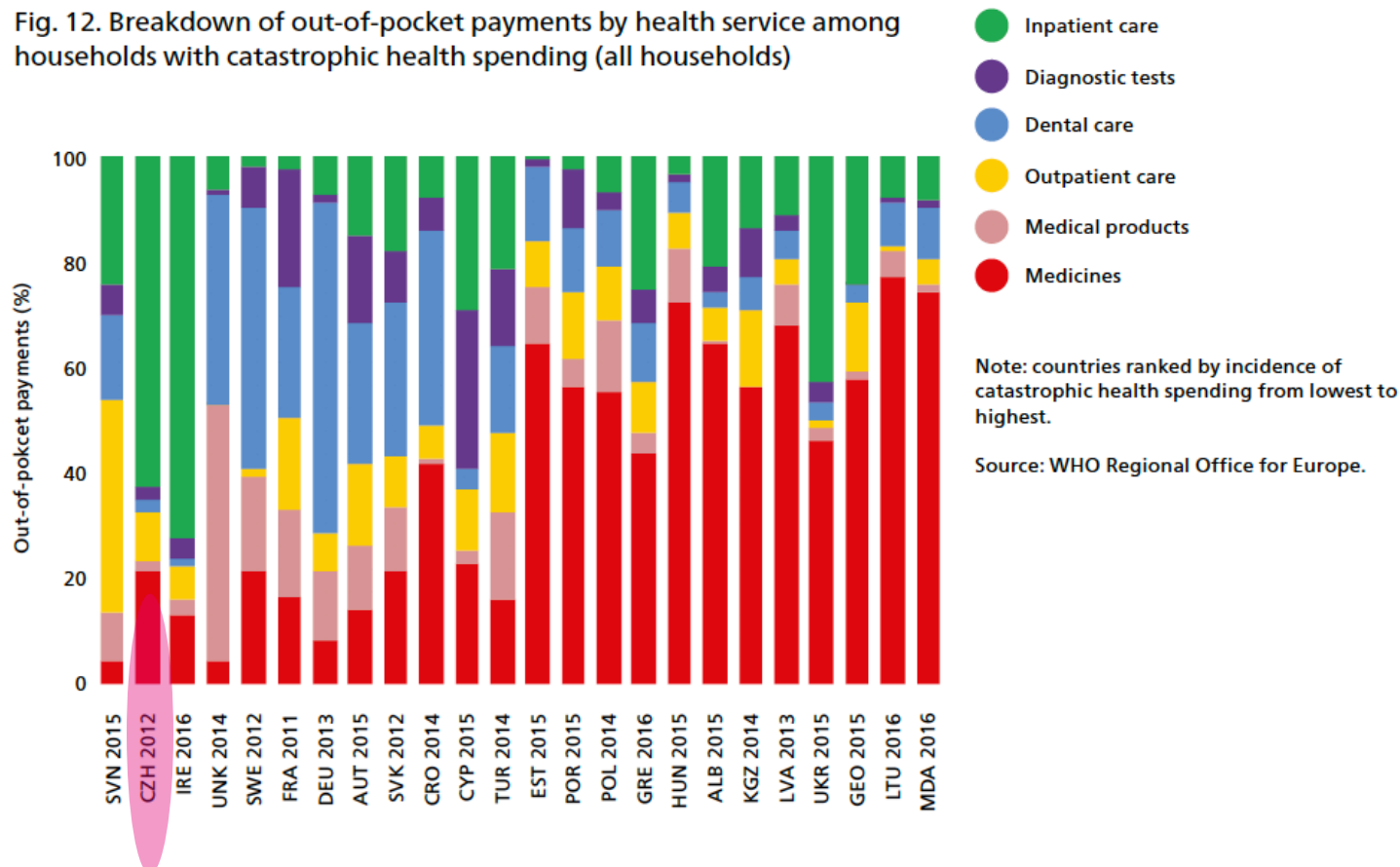


Notes: a household is further impoverished if it is already unable to meet basic needs and incurs out-of-pocket payments. Countries ranked by the incidence of catastrophic health spending from lowest to highest.

Source: WHO Regional Office for Europe.

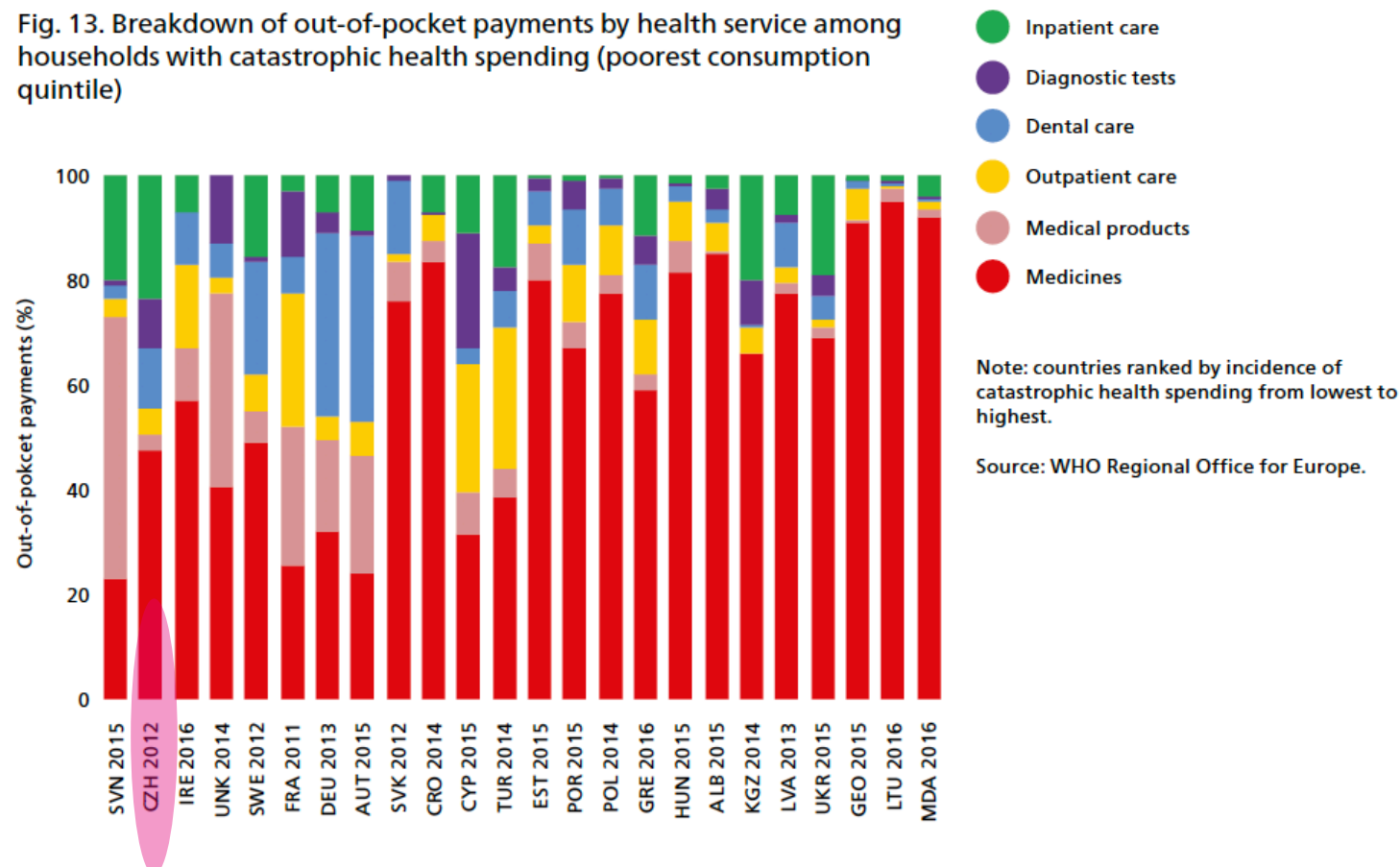
7. Katastrofické výdaje

Fig. 12. Breakdown of out-of-pocket payments by health service among households with catastrophic health spending (all households)



7. Katastrofické výdaje

Fig. 13. Breakdown of out-of-pocket payments by health service among households with catastrophic health spending (poorest consumption quintile)





7. Katastrofické výdaje

Fig. 18. Incidence of catastrophic health spending and out-of-pocket payments as a share of current spending on health, latest year available

Notes: R^2 : coefficient of determination. Data on out-of-pocket payments are for the same year as data on catastrophic incidence. The association between catastrophic incidence and the out-of-pocket payment share excluding out-of-pocket payments for long-term care is almost identical ($R^2 = 0.70$).

Sources: WHO Regional Office for Europe; WHO (2019a).





7. Katastrofické výdaje

Fig. 20. Relationship between public spending on health as a share of GDP and out-of-pocket payments, WHO European Region, 2016

Notes: R^2 : coefficient of determination. Public: compulsory health financing schemes. Public spending on health as a share of GDP is a product of the size of the government budget relative to GDP and the priority given to the health sector when allocating the government budget. The figure excludes Monaco and Montenegro.

Source: WHO (2019a).

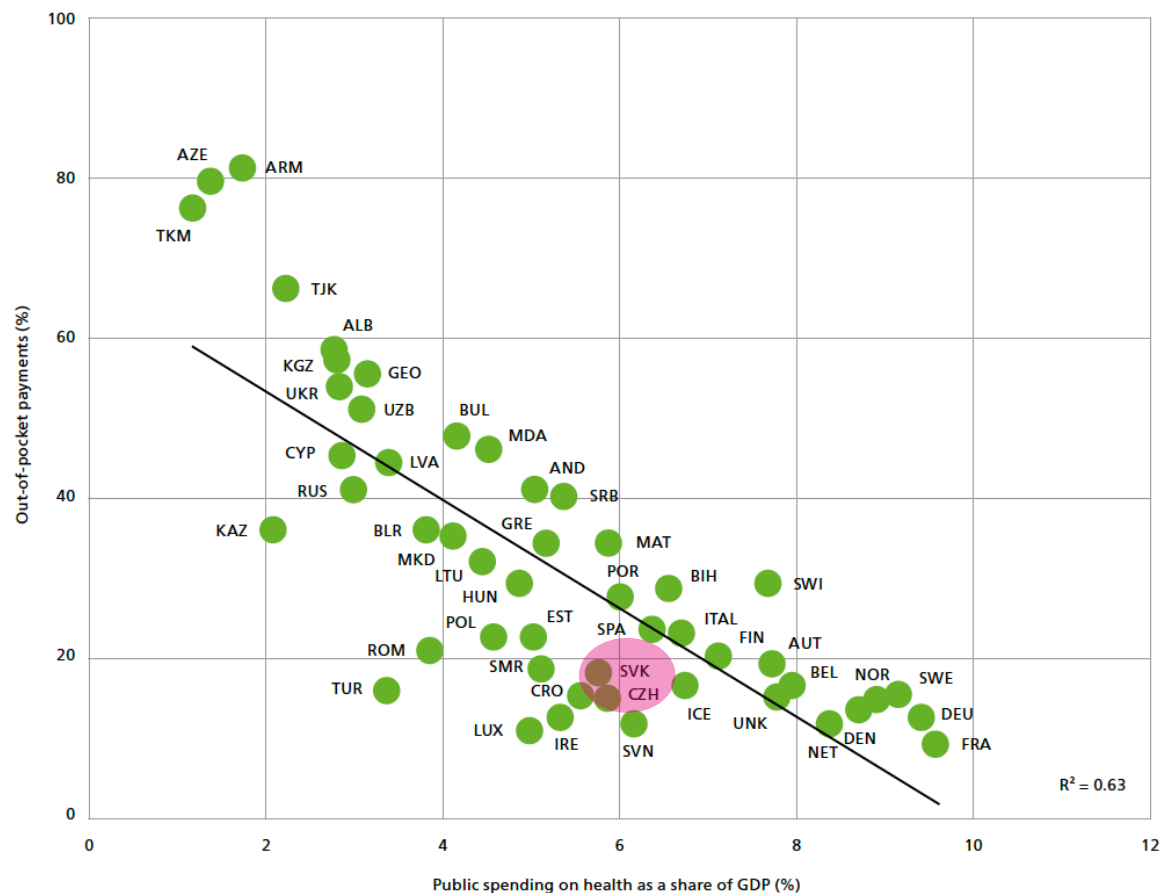
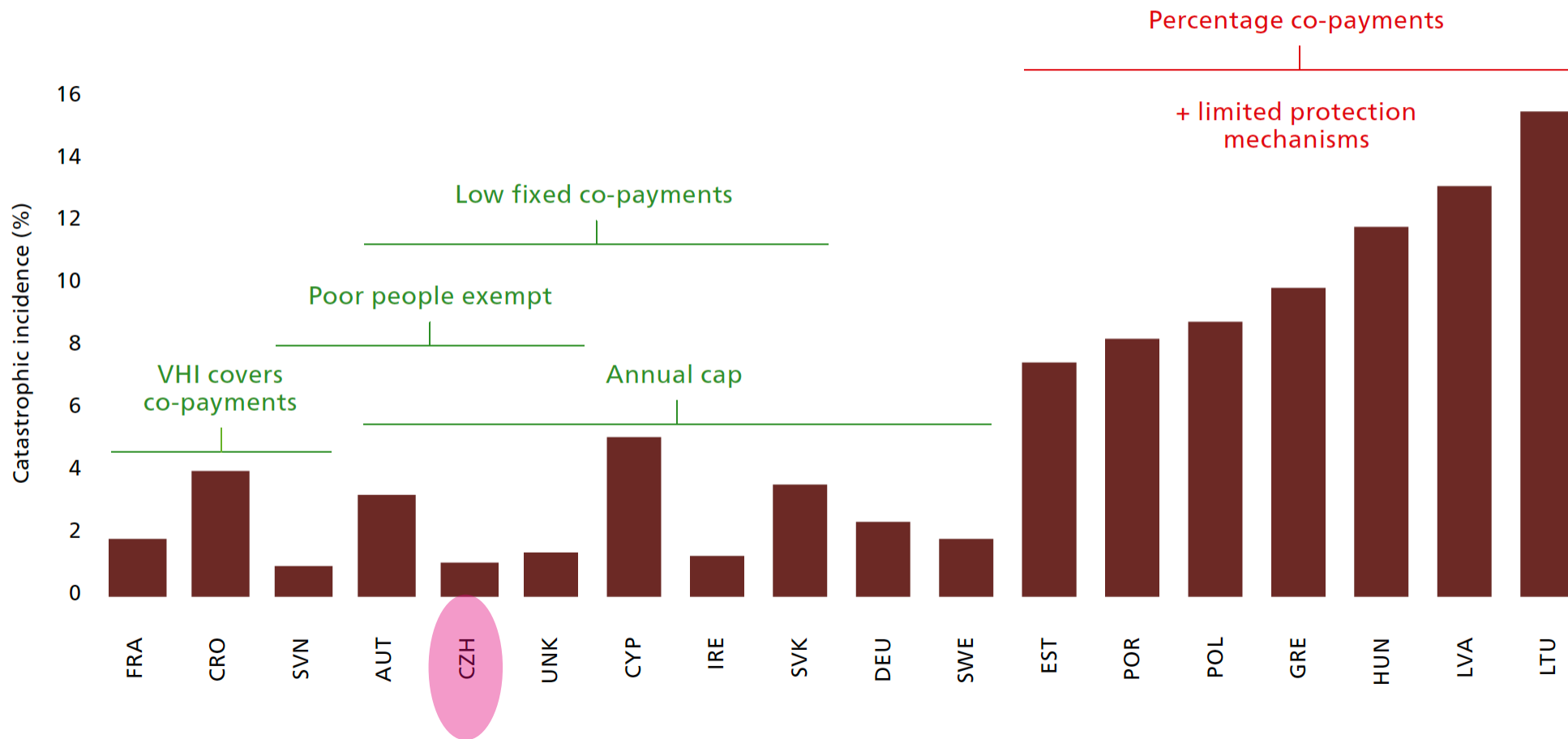


Fig. 35. Catastrophic incidence and the design of co-payments for outpatient medicines in high-income countries

Source: WHO Regional Office for Europe.





Shrnutí

- **Finančná ochrana** chráni pred rizikami, ktorým domácnosť čelí z pohľadu nákladov na zdravotnú starostlivosť, chráni pred katastrofickými nákladmi na zdravotníctvo.
- **Vertikálna spravodlivosť** je zodpovedá distribúcií finančného bremena medzi bohatými a chudobnými. **Horizontálna spravodlivosť** predstavuje rovnaké zaobchádzanie s tými, ktorí sú na rovnakej príjmovej úrovni a to vrátane ľudí žijúcich v rozličných regiónoch.
- Rozlišujeme **regresívne** (s klesajúcim príjmom platím % viac) a **progresívne** (s rastúcim príjmom platím % viac) platby do zdravotníctva.
- **Lorenzova krivka** ukazuje schopnosť platiť.
- **Gini koeficient** ukazuje rovnosť/nerovnosť príjmov.
- Za pomoci **Kakwani indexu** identifikujeme progresívne a regresívne platby.



Zdroje

- The World Health Report, WHO, 2000
- Hsiao, W. et al: Getting Health Reform Right, Oxford University Press, 2004
- Hsiao W. & Heller P.S.: What Should Macroeconomist Know about Health Care Policy?, International Monetary Fund, 2007
- Wagstaff A., Dorslaer E.: Equity in Health Care Finance and Delivery
- Krutilová, V.: COST SHARING OF PATIENTS FOR HEALTH CARE – FORMS, EXTENT, IMPACTS , 2013
- Kandilaki D (in press). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Czechia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016
- Sarah Thomson, Jonathan Cylus, Tamás Evetovits: Can people afford to pay for health care? WHO, 2019

Ďakujem veľmi pekne za pozornosť