

Centrum pro ekonomiku a politiku



# Osobní účty ve zdravotním a penzijním pojištění

Robert Holman

*cep*  
CENTRUM  

---

PRO EKONOMIKU A POLITIKU

Robert Holman: Osobní účty ve zdravotním a penzijním pojištění  
Vydal CEP - Centrum pro ekonomiku a politiku v Praze v říjnu 2002  
Sazba: Vladimír Vyskočil - KORŠACH  
Tisk: PB tisk Příbram  
ISBN 80-86547-14-0

# Obsah

Předmluva Václava Klause...	5
<b>1. Problémy zdravotního pojištění</b>	9
1.1 Zdravotní péče jako volný statek	9
1.2 Modely financování zdravotní péče	11
<b>2. Osobní zdravotní účty</b>	16
2.1 Utopené náklady	16
2.2 Singapurský systém sociální a zdravotní péče	17
2.3 Osobní zdravotní účty v USA	20
2.4 Systém osobních zdravotních účtů v Jihoafrické republice	22
2.5 Návrh modelu osobních zdravotních účtů	25
<b>3. Problémy důchodového pojištění v ČR</b>	35
3.1 Systém důchodového pojištění v České republice – jeho vznik a vývoj	35
3.2 Demografický vývoj a finanční rovnováha důchodového pojištění	41
3.3 Prognózy demografického vývoje a finanční rovnováhy důchodového pojištění	44
<b>4. Transformace průběžně financovaného   důchodového systému na systém penzijních fondů</b>	54
4.1 Mezigenerační solidarita nebo vlastní odpovědnost?	54
4.2 Zkušenosti Chile	55
4.3 Hlavní námitky vůči chilskému systému soukromých penzijních fondů	70
<b>5. Dvoupilířový systém dobrovolného   penzijního spoření a osobních penzijních účtů</b>	77
5.1 Penzijní spoření – povinné nebo dobrovolné?	77
5.2 Průběžně financované osobní penzijní účty	82
Závěrečná doporučení	83
Literatura	86

Autor děkuje Ing. Dagmar Brožové, CSc.  
a Ing. Jiřímu Schwarzovi, CSc.,  
za pomoc při zpracování materiálů této publikace.

# Předmluva

Centrum pro ekonomiku a politiku vydává další monografii jednoho z kmenových autorů CEPu prof. Roberta Holmana. Téma je mimořádně důležité a mimořádně akutní - problematika financování zdravotnictví a důchodového systému. Obě tyto sféry představují velký úkol pro celou naši zemi, protože v obou dochází k nerovnováze a k dlouhodobě neudržitelné situaci, před kterou už nadále nelze zavírat oči.

Autor sice vyslovuje velmi osobitý názor, i když na známém půdorysu. Jedná se o důsledně ekonomický (trvám na tom, že nikoli ekonomistní, jak bude leckdo namítat) pohled na zdravotnictví i důchody, jedná se o hledání rovnováhy, racionality a efektivnosti na základě analýzy lidského chování a jeho motivací (nikoli na základě přání, jak by se lidé měli chovat) a jedná se o přístup poučený zahraničními zkušenostmi.

Autor navrhuje vlastní, netradiční řešení v obou případech (str. 25-35 ve zdravotnictví, str. 77-83 u důchodů) a v obou případech vychází z myšlenky osobních účtů zdravotních i penzijních. Nejde ale výlučně o individualistický model, protože Robert Holman ho doplňuje zajímavým prvkem solidarity.

CEP je přesvědčen, že se jedná o významný příspěvek k diskusi, kterou v naší zemi stále postrádáme a kterou vláda nepovažuje za nutnou, protože naléhavost úkolu nechápe.

*Václav Klaus*

*11. 10. 2002*





# 1. Problémy zdravotního pojištění

---

## 1.1 Zdravotní péče jako volný statek

Zdravotní pojištění je poznamenáno stejnými problémy jako každé jiné pojištění. Platba pojistného je pro člověka „utopeným nákladem“, protože kdyby se rozhodl zdravotní služby nečerpat, nemůže pojistné ušetřit. V okamžiku čerpání jsou tudíž zdravotní služby pro pojištěnce již „volným statkem“. To má významný vliv na způsob čerpání zdravotních služeb ze strany pojištěnců-pacientů. Je-li zboží nebo služba volným statkem, má člověk tendenci spotřebovávat jej nadměrně. Protože mají lidé (v okamžiku čerpání zdravotní péče) zdravotní služby zadarmo a nepocitují její náklady, vyžadují mnozí z nich nadměrné nebo zbytečné zdravotní služby. Lékaři, oceňovaní za výkony, jsou podobně motivováni k nadměrnému poskytování zdravotních služeb.

V tom se skrývá ekonomická neefektivnost, protože společenské náklady na volný statek ve skutečnosti nejsou nulové. *Ekonomická neefektivnost* poskytování volného statku je v *nadměrnosti* jeho spotřeby i poskytování. Dochází tím k porušení optimální (efektivní) alokace vzácných ekonomických zdrojů, které jsou nadměrně alokovány do zdravotnictví na úkor jiných statků.

S tím souvisí *perverzní vývoj motivací ve zdravotnictví*. Protože lidé nemají motivace k úspornému čerpání zdravotní péče a lékaři nemají motivace k jejímu úspornému poskytování, získává zdravotnictví samovolnou tendenci k růstu výdajů a stává se příliš nákladným. Zdravotní pojištění pak trpí opakovanou tendencí k deficitům. Lékaři reagují požadavkem na další zvyšování *spoluúčasti pacientů*, tj. na to, aby si pacienti ještě vedle zdravotního pojištění hradili některé léky a služby „z vlastní peněženky“. Tyto dodatečné prostředky však nadále mizí v „černé díře“ neefektivního systému zdravotnictví a nepřinášejí efekty ani lékařům ani pacientům. Politikové se nemohou odhodlat k radikálnější reformě systému zdravotního pojištění, protože ji pokládají za rizikovou (jedná se přece o zdraví lidí), a tak vesměs navrhnou pouze kosmetické úpravy, které však nic podstatného neřeší. Extenze zdravotních výkonů a nadbytek řady zdravotnických kapacit (pravděpodobně i některých lékařských specialistů) se stává ve stále

větší míře také bariérou růstu platů samotných lékařů i ostatního zdravotnického personálu.

Nejde přitom jen o nadměrné čerpání zdravotních služeb. Ze stejných důvodů – tedy z důvodů bezplatnosti zdravotní péče v okamžiku jejího čerpání – chybí také dostatečně silné motivace lidí k celoživotní preventivní péči o své zdraví a vůbec motivace ke zdravému způsobu života.

Tendence k finančním deficitům ve zdravotním pojištění vede navíc k tomu, že se objevuje *nedostatkovost* některých zdravotních služeb. Obecně platí, že nedostatek vzniká tehdy, když je zboží nebo služba poskytována za regulovanou cenu, která je nižší než by byla cena tržní rovnováhy. Protože velká nákladnost zdravotnictví způsobuje, že vybrané zdravotní pojištění ani státní příspěvek do systému zdravotního pojištění nestačí k pokrytí všech nákladů, nejsou lékaři ani zdravotnická zařízení schopni uspokojit všechny požadavky pacientů. Vznikají tak nedostatky některých léků nebo dlouhé čekací lhůty na operace, což může závažným způsobem ohrozit zdraví lidí.

Přebytek poptávky nad nabídkou vede též k tomu, že klesá kvalita poskytovaných zdravotnických služeb a zhoršuje se chování lékařů a zdravotnického personálu k pacientům. Zdravotnictví se tím stále více přibližuje stavu, který existoval za socialismu. Tato „past“ je přímým důsledkem toho, že je poskytování zdravotní péče založeno na povinném a státem garantovaném a organizovaném pojištění.

Tyto ekonomické poznatky jsou zdravotnickou veřejností systematicky odmítány s poukazem na to, že užitek ze zdravotnických služeb se vztahuje ke zdraví a životům lidí, které mají nezměřitelnou hodnotu a které navíc nedokáží lidé-pacienti sami posoudit a ocenit. Tyto argumenty pak vedou k tomu, že je zdravotnictví systematicky vyjímáno z působení tržních zákonů a podřizováno státnímu paternalismu a státnímu plánování. Důsledkem tohoto přístupu je velmi vysoký podíl výdajů na zdravotnictví (vyjádřený jako procento z HDP). Trh zdravotnických služeb je natolik regulován, že dávno přestal být trhem a stal se de facto objektem státního plánování a státního financování. Ministerstvo zdravotnictví se opakovaně pokouší regulovat počty lůžek v nemocnicích a další kvantitativní parametry poskytované lékařské péče. Výsledky se však nedostavují.

Státem financovaná zdravotní péče vyvolává tendenci ke vzniku *duálního systému* zdravotní péče. Protože veřejná zdravotnická zařízení poskytují zdravotní služby v nedostatečné kvalitě a v nedostačujícím množství (v porovnání s poptávkou pacientů), vzniká nabídka soukromých zdravotnických zařízení, které nabízejí kvalitní služby – pochopitelně za značné poplatky. Člověk, který platí pojistné do povinného všeobecného zdravotního pojištění, má pak na výběr: buď málo nekvalitní péče zdarma nebo dostatečnou a kvalitní péči za peníze. Kdykoli se rozhodne pro druhou alternativu, platí vlastně za zdravotní péči dvakrát.

Zdokonalovat stávající systém financování zdravotnictví lze například agregováním zdravotnických výkonů do větších skupin, zvyšováním finanční spoluúčasti pacientů (poplatky za návštěvy u lékaře, za lůžka v nemocnicích, za recepty atd.), soustředěním výběru zdravotního pojistného či spojením zdravotního a nemocenského pojištění. Nedostatky stávajícího systému jsou však natolik závažné, že by bylo lepší přikročit k jeho skutečné a fundamentální reformě. Přitom by nemělo jít o pouhá dílčí a nesourodá opatření, nýbrž o skutečnou a systémovou změnu, která vnese do zdravotnictví nové a silné samoregulační mechanismy.

## 1.2 Modely financování zdravotní péče

Podstatou jakékoli reformy zdravotnictví musí být mechanismus tlaku na úsporné chování poskytovatelů zdravotní péče (lékařů a zdravotnických zařízení), protože jedině tak lze bránit nadměrné exenzi nabídky lékařské péče. Pomineme-li „socialistický model“, ve kterém byl tento tlak zajišťován ze strany státu, existuje jen několik málo základních modelů, ze kterých si můžeme vybrat. Prvním je švýcarský model, v němž tlak na úsporné chování poskytovatelů zdravotní péče přichází ze strany zdravotních pojišťoven a který je založen na konkurenci zdravotních pojišťoven. Druhým je britský model „gatekeeping“, v němž tento tlak přichází ze strany praktických lékařů a který je založen na tzv. kapitačních platbách. Třetím je model řízné zdravotní péče, rozšířený hlavně v USA. A čtvrtým modelem jsou osobní zdravotní účty, jejichž využití je nejvíce propracováno v Singapuru.

Švýcarský systém je propracovaný systém *zdravotního pojištění*. Je

založen na dvou základních podmínkách fungování: Za prvé je to existence několika velkých a silných zdravotních pojišťoven, které se chovají podle tržních principů a navzájem si konkurují. Pojišťovny soutěží o pacienty tím, že mají určitou volnost ve stanovení své sazby pojistného a mohou též nabízet nadstandardní péči. Konkurence motivuje pojišťovny k úsporným výdajům na zdravotní péči a tím i k tlaku na poskytovatele zdravotní péče (lékaře a zdravotnická zařízení) – na jejich úsporné chování v lékařské péči.

Konkurence pojišťoven ovšem přináší riziko, že pojišťovny budou usilovat o „atraktivní pojištěnce“, tj. o mladší věkové skupiny, a získávat je nabízením nadstandardní péče, zatímco o rizikové pojištěnce nebudou mít zájem. Proto švýcarský systém obsahuje druhou podmínku: propracovaný systém rozložení rizika, v němž jsou všichni pojištěnci rozděleni do rizikových skupin podle věku a pohlaví. Švýcarsko má osm skupin podle věku (čím starší skupina tím rizikovější) a v rámci prvních šesti mladších skupin jsou pojištěnci ještě rozděleni do podskupin podle pohlaví (muži jsou méně rizikováni). Výběr pojistného se pak uskutečňuje tak, že jeho část je vybírána centrálně a je následně přerozdělována mezi pojišťovny podle rizikovosti jejich pojištěnců. Za rizikovějšími pojištěnci jde více peněz, a proto pojišťovny do značné míry ztrácejí motivaci přetahovat si mladší a méně rizikové pojištěnce.

Druhou část pojistného si pak pojišťovny vybírají od svých pojištěnců samy, přičemž její výši mohou samy stanovit (tím si právě konkurují), případně mohou následně poskytovat bonifikace těm svým pojištěncům, kteří čerpají málo zdravotní péče. Tento systém je doplněn ještě finanční spoluúčastí pacienta (ve Švýcarsku dosahuje tato spoluúčást až 30 %), což představuje dodatečný tlak na úsporné čerpání zdravotní péče.

Švýcarský systém vytváří konkurenci mezi pojišťovnami a tím zkvalitňuje jejich fungování. Nevyžaduje velkou ingerenci státu do systému zdravotního pojištění a je samoregulován tržními motivacemi zdravotních pojišťoven. Není slučitelný se situací, jaká je u nás, kde Všeobecná zdravotní pojišťovna (již založená se záměrem, že bude veřejnoprávní pojišťovnou s dominantním postavením ve zdravotním pojištění) má 70 % pojištěnců. Zavedení švýcarského modelu u nás by předpokládalo rozdělit Všeobecnou zdravotní pojišťovnu na několik pojišťoven a jejich následnou privatizaci.

Britský systém představuje opuštění „výkonového“ odměňování lékařů a nahrazuje jej *kapitačními platbami*. Tlak na úsporné čerpání zdravotní péče zde nepřichází od zdravotních pojišťoven nýbrž od praktických lékařů. Praktičtí lékaři dostanou určitý finanční normativ – kapitační platbu – na každého svého pacienta, kterého mají ve své péči, a jsou tím motivováni k tomu, aby se k nim zaregistrovalo co nejvíce pacientů (nikoli k tomu, aby prováděli co nejvíce zdravotních výkonů). Praktický lékař pak funguje jako jakýsi „vrátný“ (gate keeper) ke specialistům, a to nejen tím, že dává svým pacientům doporučení ke specialistům, ale zejména tím, že za ně specialistovi platí – hradí jeho výkony z kapitační platby, tj. z platby, kterou dostal za svého pacienta. Proto má praktický lékař zájem omezovat svým pacientům zbytečná vyšetření u specialistů, neboť mu to „ukrajuje“ z kapitační platby.

Systém kapitace posiluje do určité míry roli pacienta tím, že zostřuje konkurenci mezi praktickými lékaři o pacienty. Svým způsobem je obdobou švýcarského modelu konkurujících si pojišťoven: zatímco ve Švýcarsku je vybrané pojistné přidělováno pojišťovnám podle získaných „hlav“, zde je rovnou přidělováno praktickým lékařům podle získaných „hlav“.

Kouzlo britského systému kapítací je (na rozdíl od švýcarského systému) v tom, že nevyžaduje více zdravotních pojišťoven. Pacienti jsou však „v rukou“ praktických lékařů, kteří plně rozhodují o jejich vyšetření u specialistů. Zkušenosti z Velké Británie ale nejsou nikterak pozitivní, pacienti nejsou s lékařskou péčí příliš spokojeni.

Další model představuje řízená zdravotní péče (viz Malý 1998). Ta je přitažlivá hlavně z hlediska hospodárnosti a úspornosti. V tomto systému je (na rozdíl od osobních zdravotních účtů) odpovědnost za regulaci nákladů na zdravotní péči přenesena jednoznačně na stranu *nabídky* – na poskytovatele zdravotní péče. Dochází zde v podstatě ke spojení plátce (pojišťovny) a poskytovatele zdravotní péče v jeden subjekt. Kolébkou řízené péče jsou USA, kde je řízená péče nabízena a uskutečňována institucemi zvanými *Health Maintenance Organizations (HMO)*. První formy řízené péče vznikly v USA již ve 40. letech, kdy velké lodářské společnosti hledaly způsob, jak pro své zaměstnance zajistit úsporný způsob zdravotní péče. Vytvořily dceřinou společnost, která zaměstnance pojišťovala a zároveň jim poskytovala zdravotní péči ve vlastních zdravotnických zařízeních. HMO se

pak v USA dále rozšiřovaly (zejména v Kalifornii a ve východních státech USA). V roce 1996 již v USA existovalo 550 HMO, které mají 65 milionů členů.

HMO poskytují svým členům na základě fixního periodického předplatného všeobecnou a komplexní zdravotní péči. Na rozdíl od klasického zdravotního pojištění, kde pacient platí za jednotlivé léčebné služby a volí si lékaře, řízená péče prakticky potlačuje možnost volby, neboť pojištěnec se dobrovolně svěřuje do péče lékařů a zdravotních zařízení, které jsou kontrahovány HMO nebo jsou přímo její součástí. HMO poskytující řízenou péči má buď vlastní léčebná zařízení nebo kontrahuje zdravotní péči se zdravotnickými zařízeními, a to tak, že jim platí pevnou částku za zdravotní péči o každou zaregistrovanou osobu. Finančně je tudíž HMO zainteresována na rozdílu mezi předplacenými příjmy od pojištěnců a náklady na poskytování komplexní zdravotní péče, k níž je smluvně zavázána. To ji motivuje jednak k hospodárnosti a k úspornému poskytování zdravotní péče a jednak k dlouhodobé a komplexní péči o své členy, protože dlouhodobě zdravý člověk je pro HMO finančním přínosem. To také posiluje snahu HMO a jejích členů o zdravotní prevenci. Řízená péče tohoto typu má tedy určité shodné rysy se systémem „gate keeping“ (je snaha poskytovat spíše primární než nákladnější specializovanou zdravotní péči). Ale na rozdíl od britského systému kapitací zde praktičtí lékaři nemají tendenci šetřit na pacientech, protože případné zanedbání specializované zdravotní péče by později vyvolalo vysoké náklady, které by dopadaly na celou HMO, tedy na celý kolektiv lékařů zaměstnaných v HMO.

Zkušenosti s řízenou péčí v USA nejsou jednoznačné. Existují argumenty ve prospěch této formy zdravotní péče i proti ní. Dosavadní studie ohledně zkušeností s řízenou péčí si dosti odporují. Ve prospěch řízené péče nepochybně hovoří argument úspornosti. Náklady HMO na zdravotní péči jsou nepochybně nižší než je tomu v případě „klasického“ systému zdravotního pojištění. Instituce poskytující řízenou péči je finančně zainteresována na tom, aby zdravotní péče byla úsporná, aby byla komplexní a provázaná s prevencí, aby léčebná zařízení neplýtvala a nevybavovala se zbytečným počtem drahých přístrojů atd. Díky této úspornosti také mohou HMO nabízet svým pojištěncům dobré finanční podmínky (nízké pojistné), což nepochybně přispělo k jejímu velkému rozšíření.

Neméně vážné argumenty však mluví v neprospěch systému řízené zdravotní péče. Poskytovatelé řízené péče nejsou zainteresováni na její kvalitě (tedy obdobný problém jako u britského systému „gate keeping“). Může docházet ke zhoršování zdravotní péče, jak dokládají některé studie. Hlavními zákazníky nejsou ani tak jednotlivci jako zaměstnavatelé, kterým přirozeně leží na srdci spíše nízké náklady než kvalita zdravotní péče. Lékaři se však k řízené péči zdaleka nestaví tak pozitivně. Podle průzkumu si téměř polovina amerických lékařů myslí, že řízená zdravotní péče vede ke zhoršení vztahů mezi lékařem a jeho pacienty. To je skutečně alarmující zjištění.

## 2. Osobní zdravotní účty

---

### 2.1 Utopené náklady

Ani v jednom z obou výše popsaných systémů není pacient opravdovým suverénem zdravotní péče. Ve švýcarském systému přebírají tuto roli zdravotní pojišťovny, v britském systému praktičtí lékaři a v systému řízené zdravotní péče je pacient plně podřízen instituci, která řízenou péčí zajišťuje.

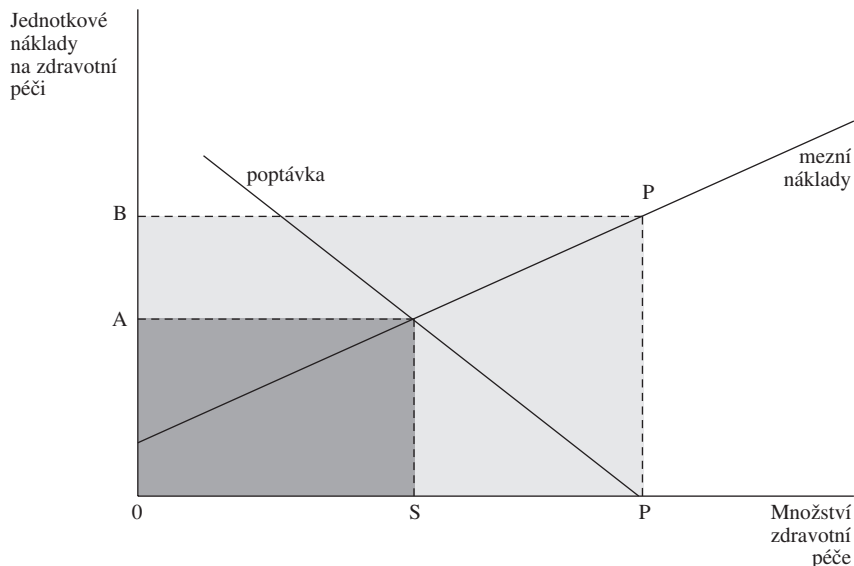
Existuje však ještě další systém – systém osobních zdravotních účtů – v němž pojištěnec – pacient vystupuje jako skutečný zákazník zdravotní péče. Osobní zdravotní účty fakticky představují nahrazení zdravotního *pojištění* zdravotním *spořením*. Principy spoření jsou přitom jiné než principy pojištění. Spoření totiž (na rozdíl od pojištění) nečiní ze zdravotnických služeb *volné statky* a tím uchovává ekonomické motivace k racionálnímu čerpání zdravotní péče. Náklad pacienta v okamžiku čerpání zdravotní péče již není *utopeným nákladem* nýbrž stává se *nákladem obětované příležitosti*.

Obrázek 2–1 ukazuje rozdíl mezi zdravotním pojištěním a zdravotním spořením (osobními zdravotními účty). Klesající křivka je poptávka po zdravotní péči a rostoucí křivka je křivka mezních nákladů na zdravotní péči (definovaných jako přírůstek nákladů na dodatečnou jednotku zdravotní péče). Předpokládejme, že je zdravotní péče financována z pojištění a že neexistuje žádná další finanční spoluúčast pacientů. Dále předpokládejme, že stát a zdravotní pojišťovny jsou schopny uhradit veškeré náklady poptávané zdravotní péče. V tom případě množství poptávané a poskytované zdravotní péče udává úsečka OP a celkové náklady na zdravotní péči jsou dány plochou obdélníka OBFP. Jestliže však zdravotní péče bude financována z osobních zdravotních účtů potenciálních pacientů, bude množství poptávané a poskytované zdravotní péče dáno úsečkou OS a celkové náklady na zdravotní péči budou dány plochou obdélníka OAES.

Situace zobrazená na obrázku 2–1 se zdá být příliš agregovaná a schematická (jak by mohla být zdravotní péče měřena ve stejných „jednotkách“?). Ukazujeme však pouze princip problému a jeho řešení. Obdobným obrázkem by bylo možné zobrazit a modelovat každou jednotlivou zdravotní péči (její poskytování, čerpání a náklady na



Obrázek 2-1



ni), ať už by se jednalo o předepsání léků proti bolestem hlavy nebo o operaci žlučníku.

Podívejme se nyní na zkušenosti tří zemí – Singapur, USA a Jihoafrické republiky – které mají systém zdravotního spoření nebo s ním experimentují.

## 2.2 Singapurský systém sociální a zdravotní péče

K pochopení systému zdravotní péče je třeba pochopit celý systém sociálního zabezpečení, který je v Singapuru velice centralizovaný a paternalistický a vůbec není založen na tržních principech. Počty lékařů jsou státem kontrolovány a limitovány, ceny zdravotnických služeb a léků jsou stanoveny státem a trhy ve zdravotnictví prakticky neexistují. Přesto v sobě singapurský systém obsahuje mechanismy, které silně motivují lidi k racionálnímu a úspornému chování a posilují jejich vědomí odpovědnosti za sebe sama.

Od získání nezávislosti vytvořila vládnoucí Strana lidové akce paternalistický až autoritativní systém vlády s centralizovaným a extenzivním programem sociální péče. Tento systém však (na rozdíl od většiny

ostatních vyspělých i rozvojových zemí) vyžaduje od lidí *povinné spoření* (nikoli pojištění) na financování jejich sociální a zdravotní péče. Jádrem singapurského systému sociálního zabezpečení je Ústřední fond péče, který vede občanům osobní účty. Lidé na tyto účty povinně spoří a z nich též hradí sociální a zdravotní služby. Postupem času získali majitelé účtu větší volnost v nakládání s prostředky svých účtů, z nichž mohou čerpat prostředky například na splácení hypoték nebo na vzdělání. V roce 1994 bylo v Singapuru 2,4 milionů těchto účtů a na nich celková suma představující 72 % hrubého domácího produktu.

Platby na účty mohou posílat jak zaměstnanci tak zaměstnavatelé (což se také děje), ale účty jsou ve vlastnictví zaměstnanců. Povinná platba na účet činí 40 % mzdy (20 % hradí zaměstnanec a 20 % jeho zaměstnavatel), maximálně však 6000 singapurských dolarů měsíčně (průměrná mzda je 30 000 dolarů). Tyto úspory (jak v okamžiku vzniku tak v okamžiku čerpání) nepodléhají zdanění. Účty jsou úročeny a úrok rovněž není zdaňován.

Celkový příspěvek je rozdělen na tři účty: *obyčejný účet*, *zdravotní účet* a *speciální účet*. Na *obyčejný účet* jde 30 % mzdy a lze z něho hradit bytové investice, náklady dětí na vysokou školu, některé druhy pojištění a příspěvky na penzijní účet rodičů. Na zdravotní účet jde 6–8 % mzdy (podle věku) a lze z něho hradit pobyty v nemocnicích a některé další druhy zdravotní péče. Na speciální účet jdou 4 % mzdy a tento slouží pro důchodový věk.

Tímto způsobem motivuje stát své občany k tomu, aby kupovali statky základní potřeby (jako je bydlení, zdraví nebo vzdělání) z vlastních účtů, zatímco v jiných zemích jsou tyto statky financovány z veřejných rozpočtů formou veřejných výdajů. Výsledek je zřejmý: tyto statky přestávají být pro občany Singapuru volnými či veřejnými statky a získávají charakter soukromých statků. To má zásadní význam, protože lidé o jejich spotřebě rozhodují na základě vlastní (i když omezené) spotřebitelské volby.

Další význam těchto osobních účtů tkví v tom, že platby na své účty nepokládají lidé za *daně* (jak tomu je v systémech veřejného pojištění) nýbrž za vlastní úspory. Osobní účty spravované státním Ústředním fondem péče tak vstupují do individuálního rozhodování o spotřebě a úsporách (což nelze říci o systémech veřejného pojištění).

Singapur zavedl osobní zdravotní účty v roce 1984. Tyto účty jsou

ve vlastnictví lidí a ti z nich mohou hradit mnoho druhů zdravotní péče včetně pobytu v nemocnicích. Lidé vědí, že zdravotní péči za ně neplatí nikdo třetí nýbrž že ji platí oni sami, a toto vědomí je motivuje k uvážlivému a úspornému chování.

Zdravotní péče je založena na povinném spoření na osobní zdravotní účty Medisave. Program Medisave byl založen v roce 1984. Platba na zdravotní účet činí 6 % mzdy do věku 35 let, 7 % mzdy do věku 45 let a 8 % mzdy ve věku nad 45 let. Přitom však platí maximální limity měsíčního příspěvku (350 resp. 420 singapurských dolarů). Dosáhne-li stav na účtu 16 000 dolarů (u důchodců 11 000 dolarů), jsou peníze nad tuto částku automaticky převáděny ze zdravotního účtu na obyčejný účet.

Ze zdravotního účtu lze především hradit pobyt v nemocnici (a to i soukromé) a některé další zdravotní služby. Existují však hranice. Pacient může z účtu hradit až 300 dolarů za den pobytu v nemocnici, až 50 dolarů za návštěvu praktického lékaře, až 5000 dolarů za chirurgický zákrok, až 150 dolarů denně (maximálně 3000 dolarů ročně) za psychiatrickou léčbu a také za porod dítěte (prenatální a postnatální péči však musí hradit „z peněženky“). Veškeré zbývající sumy již musí pacient hradit „z peněženky“. Protože většina ambulantních zdravotních zákroků není z účtů Medisave hrazena, velcí zaměstnavatelé obvyklé svým zaměstnancům na krytí nákladů přispívají.

K programu Medisave má Singapur ještě program Medishield. Ten vznikl později jako reakce na skutečnost, že z účtů Medisave nelze pokrýt všechnu zdravotní péči, přitom ale lidé s velmi nízkými příjmy nebyli schopni uhradit zbývající částky péče „z peněženky“. Týkalo se to hlavně případů nákladnější nebo dlouhodobé zdravotní péče. Medishield byl zahájen v roce 1990 jako program „katastrofického“ pojištění zejména pro hrazení dlouhodobých pobytů v nemocnici.

Roční platby na Medishield jsou automaticky odváděny z osobních účtů Medisave ve výši od 12 dolarů (lidé do 30 let) do 132 dolarů (při věku 66–70 let). Medishield hradí pobyt v nemocnici, pokud přesáhne 1,5-násobek průměrné délky hospitalizace.

Kromě účtů Medisave a programu Medishield má Singapur ještě program Medifund, který je určen na pomoc chudým lidem s velmi malými sumami na zdravotních účtech. Příspěvky na zdravotní péči z tohoto programu nejsou automatické, ale jsou přidělovány na principu „případ od případu“.

Většina zdravotní péče je v Singapuru hrazena ze zdravotního spoření, tj. ze zdravotních účtů. V roce 1992 pouze 19 % nákladů na zdravotní péči bylo hrazeno ze státních subvencí.

Výsledky singapurského systému jsou povzbuzující. Podíl celkových nákladů na zdravotnictví se pohybuje kolem 3 % HDP (v ČR tyto náklady přesahují 7 % HDP). Úroveň zdravotní péče je srovnatelná s Japonskem a USA. Platy lékařů jsou vysoké: mladí lékaři vydělávají v průměru pětkrát a starší lékaři šestkrát více než činí průměrná mzda (což jsou relace obvyklé v USA). Nutno ovšem říci, že relativně vysoké platy lékařů nejsou výsledkem systému zdravotních účtů nýbrž spíše výsledkem vládní kontroly počtu lékařů. Vláda striktně omezuje celkový počet lékařů, kontroluje podíl lékařů specialistů (zhruba na 40 %) a také množství i rozdělování nákladné technologie ve zdravotnických zařízeních. Vláda též podporuje růst privátních nemocnic, nikoli však jejich subvencováním nýbrž spíše omezováním růstu lůžek ve veřejných nemocnicích. Soukromé nemocnice poskytují kolem 30 % lůžek. Vládní financování veřejných nemocnic je založeno na „hvězdičkování“: nemocnice jsou rozděleny do pěti kategorií podle kvality a luxusu poskytované péče, přičemž nejvíce jsou subvencovány nemocnice nejnižší kategorie, zatímco nemocnice nejvyšší kategorie již nejsou subvencovány vůbec a součtežují se soukromými nemocnicemi.

Evropské systémy průběžně financovaného a státem garantovaného pojištění nevyvolávají v lidech žádný pocit odpovědnosti za své stáří. Mladí lidé vědí, že dnes platí na důchody starých lidí a až budou staří, jiní lidé budou muset platit na ně. Tato neosobní a státem vynucená solidarita ve skutečnosti ničí opravdovou mezigenerační solidaritu, kdy se mladí lidé starají o své rodiče, protože vědí, že se ti starali o ně.

Singapurský model sociálního zabezpečení především podporuje filosofii spoření. Míra úspor singapurských domácností dosahuje 46 %. Systém sociálního zabezpečení, založený na spoření, podporuje motivace lidí k předcházení zdravotním a jiným životním rizikům a vyvolává v nich pocit odpovědnosti za sebe sama – za své zdraví a stáří.

## 2.3 Osobní zdravotní účty v USA

V roce 1996 byl v USA „spuštěn“ pilotní projekt osobních zdravotních účtů (Medical Saving Accounts), když Kongres schválil nový zákon

o reformě zdravotního pojištění, a to navzdory odpůrcům, kteří se obávali, že zdravotní účty zničí zdravotní pojištění. Systém zdravotních účtů je však odlišný od singapurského modelu v celé řadě ohledů. Předně, zatímco v Singapuru jsou osobní zdravotní účty jádrem zdravotní péče, v USA představují (alespoň prozatím) pouze pilotní projekt – tedy jen malý okraj financování zdravotní péče, zatímco jádro zdravotní péče je stále založeno na zdravotním pojištění. Další rozdíl je v tom, že zatímco v Singapuru jsou osobní zdravotní účty součástí státního a centralizovaného systému sociálního zabezpečení, v USA jsou tyto účty inovací, kterou zdravotní pojišťovny na značně konkurenčním trhu nabízejí pojištěncům jakožto alternativu ke zdravotnímu pojištění.

Potíž je v tom, že Kongres podřídil osobní zdravotní účty značné regulaci, čímž od počátku podvázal jejich expanzi. V pozadí byla zřejmě obava zastánců zdravotního pojištění, že nový systém zdravotního spoření na osobní účty bude představovat příliš velkou konkurenci pro tradiční plány zdravotního pojištění. Osobní zdravotní účty (MSA) jsou vyhrazeny pouze pro lidi samostatně činné a pro zaměstnance malých firem do 50 zaměstnanců. Platby na účet musí dávat buď sám majitel účtu nebo jeho zaměstnavatel, ale ne oba dva (což je podmínka ztěžující pochopitelná, která navíc neplatí u tradičního zdravotního pojištění). Osobní zdravotní účty musejí být navíc kombinovány se zdravotním pojištěním. Zákon omezuje platbu na zdravotní účet 65 % z celkového (od daně osvobozeného) pojistného. Znamená to, že pokud člověk koupí zdravotní pojistku například za 2000 dolarů, může mu jít na osobní zdravotní účet jen 1300 dolarů a 700 dolarů má charakter tradičního pojistného. Z účtů lze hradit jen méně nákladné zdravotní služby, přičemž zákon stanovuje horní limity pro platby z účtů. Zbytek musí pacienti hradit „z peněženky“. Větší částky pak je nutné hradit z pojištění. Celkový počet osobních účtů byl omezen pilotním projektem na 750 000 (do roku 1998 jich vzniklo asi 150 000).

Tyto regulace a restrikce omezují osobní zdravotní účty jen na malý trh, který není zvláště pro velké zdravotní pojišťovny zajímavý. To zpomaluje jejich rozšiřování na úkor tradičního zdravotního pojištění. Přesto počet osobních zdravotních účtů stále roste. Je však jasné, že zákon o osobních zdravotních účtech bude vyžadovat novely směřem k větší deregulaci trhu zdravotně-pojistných plánů, mají-li se osobní zdravotní účty více rozšířit.

## 2.4 Systém osobních zdravotních účtů v Jihoafrické republice

Jihoafrický systém financování zdravotní péče extenzivně využívá osobní zdravotní účty. Nepodobá se příliš singapurskému modelu, kde jsou zdravotní účty součástí centralizovaného státního systému sociálního pojištění. V Jihoafrické republice jsou osobní zdravotní účty součástí konkurenčního trhu zdravotního pojištění, podobně jako v USA. Na rozdíl od USA však nepodléhají takové regulaci a restrikcím. Jihoafrická republika má dnes nejvolnější trh zdravotního pojištění na světě. Osobní zdravotní účty se objevily zcela spontánně jako výsledek tohoto volného trhu.

Jihoafrická republika zavedla osobní zdravotní účty do svého zdravotnictví v devadesátých letech za vlády presidenta Nelsona Mandely. V roce 1994 došlo k deregulaci trhu zdravotního pojištění, což umožnilo zdravotním pojišťovnám nabízet pojištěncům nový produkt – osobní zdravotní účty. Tyto účty začaly konkurovat tradičním zdravotně-pojištěným plánům zejména poté, co zákon umožnil, aby příspěvky zaměstnavatelů na osobní zdravotní účty svých zaměstnanců měly stejná daňová zvýhodnění jako příspěvky na ostatní typy zdravotního pojištění. Výsledky byly impozantní: během několika let se osobní zdravotní účty staly velice populární a došlo k jejich rychlému rozšíření. Ukázalo se, že deregulace trhu zdravotního pojištění otevírá cestu k velkému růstu popularity osobních zdravotních účtů u obyvatelstva.

Oproti americkému experimentu se zdravotními účty nebyl a není jihoafrický systém tolik regulován. Osobní zdravotní účty zde nemají povahu „pilotního projektu“ nýbrž konkurenčního produktu, který mohou zdravotní pojišťovny volně a bez omezení nabízet svým pojištěncům.

Jihoafrická republika má extenzivní sektor veřejného zdravotnictví, který pečuje o přibližně 80 % obyvatelstva. Bezplatnost zdravotní péče (v okamžiku jejího čerpání) vyvolává všechny problémy typické pro systém veřejného zdravotnictví. Docházelo k velkému růstu nákladů na zdravotnictví. Množství nabízené zdravotní péče nestačilo držet krok s rostoucí poptávkou po ní a objevovala se nedostatkovost péče ve stále větším počtu jejích segmentů. Objevoval se zejména vážný nedostatek lůžek ve veřejných nemocnicích. Kvalita zdravotní péče a zdravotnické technologie ve veřejném zdravotnictví začala povážlivě klesat, stejně tak jako platy zdravotnického personálu. Veřejné zdravotnictví podléhalo tlaku na expanzi všeobecné a méně nákladné primární a se-

kundární péče pro velkou část populace, na úkor dražší léčebné péče pro menší část populace, která léčbu opravdu potřebuje. Vláda byla dokonce nucena zavádět moratoria na některé transplantace.

Reakcí na tento stav veřejného zdravotnictví byl růst soukromého zdravotnictví, které dnes poskytuje péči asi 20 % obyvatelstva na bázi volného trhu zdravotního pojištění. Soukromý zdravotnický sektor začal nabízet prvotřídní zdravotní péči, která je srovnatelná s nejspělejšími zeměmi světa. 20 % obyvatelstva, využívajícího soukromou zdravotní péči, má přístup k 75 % lékařských specialistů. Zatímco výdaje ve veřejném zdravotnickém sektoru klesají, v soukromém zdravotnictví prudce rostou. Během posledního desetiletí se počet lidí, využívajících soukromé zdravotní pojištění, zvyšoval ročně o 2–3 %. Lidé, využívající služby soukromého zdravotnictví, si dnes kupují zdravotní pojištění na velice konkurenčním trhu, pro nějž byl charakteristický rychlý růst inovací ve zdravotním pojištění.

Předtím než došlo k jeho deregulaci, připomínal jihoafrický trh zdravotního pojištění situaci v USA a v Evropě: byl dominován byrokratickými neziskovými organizacemi, které se nechovaly jako opravdové tržní subjekty. Výše zdravotního pojistného byla regulována na stejné výši pro všechny a pojišťovny musely přijímat všechny zájemce o pojištění prakticky za stejných podmínek. Za těchto podmínek ztráceli zdraví lidé motivaci se pojišťovat. Příjmy zdravotních pojišťoven byly rovněž regulovány stanoveným procentem z objemu pojištění, což potlačovalo motivace pojišťoven ke snižování nákladů a k inovacím. Absence těchto motivací způsobila, že během osmdesátých let náklady zdravotních pojišťoven markantně vzrostly.

Deregulace trhu zdravotního pojištění v roce 1994 přinesla dramatické změny. Trh přestal být vyhrazen pouze neziskovým organizacím a otevřel se vstup na trh také subjektům podnikajícím pro zisk. Deregulace pojistných sazeb otevřela prostor pro konkurenci a konkurence podněcovala inovace. Došlo k ozdravení trhu: sazby zdravotního pojistného klesly, solventnost zdravotních pojišťoven se zvýšila. Rychle rostl počet lidí kupujících zdravotní plány soukromých pojišťoven.

Překvapivě se na jihoafrickém trhu vůbec neprosadily americké pojistné plány řízené péče. V roce 1997 vstoupila dravě na jihoafrický trh zdravotního pojištění americká United Healthcare, která ve spojení

s domácími zdravotními pojišťovnami a velkými zaměstnavateli nabízel plány řízené péče. Akce skončila neúspěchem a United Healthcare nakonec jihoafrický trh opustila.

Naopak jednou z nejúspěšnějších a nejvíce poptávaných inovací se staly osobní zdravotní účty. Dnes představují tyto účty polovinu jihoafrického trhu soukromého pojištění. Jihoafrický systém osobních zdravotních účtů se podobá americkému, ale jsou jisté rozdíly. V USA platí pro zdravotní účty jeden stejný limit čerpání pro všechny druhy zdravotní péče. V Jihoafrické republice může jednotlivec dát na svůj osobní zdravotní účet roční částku ekvivalentní 1100 americkým dolarům a tato je odečitatelná od daňového základu. Tuto částku však může čerpat na takové druhy zdravotní péče jako je návštěva u praktického lékaře, většina ambulantních ošetření a léky (pokud zdravotní péče přesáhne limit 1100 dolarů, musí zbytek hradit z pojištění). Avšak nemocniční ošetření (jako jsou zejména operace) a léky na chronická onemocnění (jako je například cukrovka, astma nebo vysoký tlak) nelze z účtů hradit vůbec.

Proč dochází k tomuto rozlišení zdravotní péče? V pozadí je myšlenka, že samostatné rozhodování pacienta ohledně zdravotní péče nepřichází v úvahu v takových případech jako je operace nebo léčba chronických onemocnění, a proto nemá smysl hradit tuto péči z jeho osobního zdravotního účtu. V ostatních případech má pacient prostor pro vlastní rozhodování a hrazení péče z jeho osobního účtu jej motivuje k racionálnímu a úspornému čerpání.

Lidé, kteří mají osobní zdravotní účty, k nim tedy musí mít ještě zdravotní pojištění na krytí zdravotních služeb, které nelze hradit z účtů. Dnes lidé v Jihoafrické republice hradí asi třetinu zdravotní péče z osobních zdravotních účtů a zbývající dvě třetiny z pojištění.

Pokud jde o nevyčerpané zůstatky na osobních zdravotních účtech, původně byly majitelům účtů propláceny jen tehdy, když zrušili pojistný plán. Nyní však mají majitelé účtů větší volnost v nakládání se zůstatky účtů. Koncem roku může majitel účtu požádat pojišťovnu o proplacení zůstatku na svém účtu, avšak třetina vyplaceného zůstatku pak podléhá zdanění.

Čerpání z účtu na hrazení zdravotní péče obsahuje též možnost přecerpat účet neboli půjčovat si. Majitel účtu může totiž čerpat částku



rovnající se jeho ročnímu příspěvku kdykoli v roce (tedy například v lednu), i když na účtu tato částka ještě není naspořena.

Zůstatky na účtech (stejně tak jako půjčky) jsou úročeny sazbou 7,5 %, odpovídající inflaci spotřebitelských cen.

Systém osobních zdravotních účtů je doplněn informační službou. Nejen že má každý majitel účtu k dispozici průběžnou informaci o stavu svého účtu na Internetu, ale především funguje bezplatná telefonická poradenská služba, která majiteli účtu na požádání poradí, zda je jeho zdravotní problém natolik závažný, aby vyžadoval návštěvu lékaře nebo nemocnice.

## 2.5 Návrh modelu osobních zdravotních účtů

Navrhovaný model osobních zdravotních účtů předpokládá, že by došlo k *úplnému* převedení dnešního systému solidárního zdravotního pojištění i nemocenského pojištění na systém osobních zdravotních účtů. Pojišťovny by pro *všechny* své pojištěnce zřídily osobní zdravotní účty, na které by jim ukládaly stanovenou část zdravotního a nemocenského pojistného. Princip spočívá v tom, že pojištěnec by se fakticky stal majitelem svého osobního zdravotního účtu a z něho by čerpal finance na úhradu své zdravotní péče. Pokud by stav svého osobního zdravotního účtu v daném období přečerpal, musel by přečerpání doplatit. Pokud by naopak v daném období stav svého účtu nevyčerpal, měl by nárok na vyplacení nevyčerpaného zůstatku v hotovosti, popř. by mu zdravotní pojišťovna tuto částku převáděla na zákonem stanovené účely. Zdravotní péče by tak pro člověka přestala být volným statkem a stala by se normálním statkem, za který musí platit. Tím by se u lidí vytvářely motivace k úspornému čerpání zdravotní péče a dlouhodobě také ke zdravému způsobu života.

K fungování tohoto modelu je třeba vyřešit jednak dispozici se zůstatky osobních zdravotních účtů a jednak zabudování *zdravotní solidarity*, a to jak *mezi* jednotlivými zdravotními (věkovými) skupinami lidí tak i „*uvnitř*“ každé takové skupiny. Z důvodu nezbytné solidarity ve zdravotní péči by zřejmě nebylo možné se obejít bez nějaké formy *solidárního fondu*.

*Solidarita mezi zdravotními skupinami* by byla do systému osobních zdravotních účtů zabudována *diferencovanými přiděly* peněz na účty

pojištěnců podle zdravotních skupin tak, aby pojištěnci ze zdravotně rizikovějších skupin (starší lidé) dostávali na zdravotní účty vyšší přiděly peněz. (Je také možné do určité míry diferencovat přiděly na účty podle výše placeného pojistného, neboť je spravedlivé, aby ti, kteří platí vyšší pojistné, měli na svém zdravotním účtu více prostředků pro čerpání zdravotní péče. A konečně by bylo také možné stanovit vyšší přiděly na zdravotní účty lidem trvale nebo dlouhodobě nemocným.)

Největší část zdravotní péče čerpají starší lidé (převážně lidé v důchodovém věku), jejichž osobní zdravotní účty by pak byly permanentně přečerpávané, zatímco mladší lidé by své zdravotní účty nevyčerpávali na zdravotní péči. Solidaritu lze do systému osobních zdravotních účtů snadno zabudovat tím, že přiděly peněz na osobní zdravotní účty by nebyly pro všechny stejné, nýbrž byly by odstupňovány podle *zdravotních skupin* obyvatel. Prakticky by to znamenalo, že pojištěnci by museli být rozděleni do více zdravotních skupin podle věku a pohlaví (věkových skupin by mělo být 6 až 8). Pojišťovny by pak vybrané pojistné *přerозdělili* mezi své pojištěnce *podle zdravotních skupin* (v zákonem stanovených relacích). Lidé z mladších zdravotních skupin by pak na své osobní zdravotní účty dostávali menší každoroční přiděly peněz než lidé ze starších zdravotních skupin. Sedmdesátiletá babička může na svůj zdravotní účet dostávat třeba šestkrát více peněz než dvacetiletý mladík. Tím bude do systému osobních zdravotních účtů zabudovaná solidarita *mezi zdravotními skupinami* a bude do značné míry řešen problém nerovnoměrného čerpání (nedočerpávání resp. přečerpávání) zdravotních účtů.

Následující příklady ukazují, jak by systém osobních zdravotních účtů fungoval v ideálním případě, kdy by pojištěnec z dané zdravotní skupiny vyčerpával na svou zdravotní péči zhruba tolik, kolik na účet dostává. Dejme tomu, že jde o pětadvacetiletého muže, který patří do zdravotní skupiny 20–30 let. Předpokládejme, že průměrné finanční čerpání zdravotní péče člověka v této věkové skupině je 5000 korun ročně. Dále předpokládejme, že by byl stanoven *povinný minimální zůstatek* osobního zdravotního účtu, a to na 10000 korun. Sledujme změny stavu osobního zdravotního účtu typického reprezentanta této zdravotní skupiny (ukazuje to obrázek 2–2), který každoročně dostává na svůj osobní zdravotní účet 5000 korun a *v průměru* (během delšího období) tuto částku také na zdravotní péči vyčerpává.

Na začátku prvního roku dostane na účet 5000 korun a v tomto

roce vyčerpá na zdravotní péči dejme tomu za 1000 korun. Zůstatek jeho zdravotního účtu na konci prvního roku je tedy 4000 korun.

Na začátku druhého roku dostane tento pojištěnec na svůj zdravotní účet opět přidělenou částku 5000 korun, takže má na účtu 9000 korun (zůstatek z konce prvního roku plus přiděl na začátku druhého roku). Předpokládejme, že v průběhu tohoto druhého roku vyčerpá na zdravotní péči zase jen 1000 korun. Pak má na konci roku na zdravotním účtu již 8000 korun.

Na začátku třetího roku dostane pojištěnec na účet opět 5000 korun, má tedy na něm již 13000 korun. Během tohoto roku je úplně zdravý, nevyčerpá na zdravotní péči nic, takže má na konci roku na svém zdravotním účtu 13000 korun. Tento zůstatek již o 3000 přesahuje povinný minimální zůstatek zdravotního účtu (10000 korun). Těchto 3000 korun by již byly k jeho dispozici.

Mohou pak být různé varianty, jak by majitel zdravotního účtu mohl s takovým zůstatkem naložit. Nejliberálnější variantou je možnost, že mu pojišťovna vyplatí peníze v hotovosti. Další variantou je podmíněná dispozice s těmito penězi na stanovené účely: například na nadstandardní zdravotní péči, na splácení hypotéky na bydlení nebo na financování vzdělání. A konečně další variantou by mohl být automatický převod takového zůstatku na pojištěncův *osobní penzijní účet*, pokud by existoval systém osobních penzijních účtů spravovaných státem. V dalších úvahách budeme pro jednoduchost předpokládat, že jsou kladné zůstatky na zdravotním účtu vypláceny pojištěnci v hotovosti.

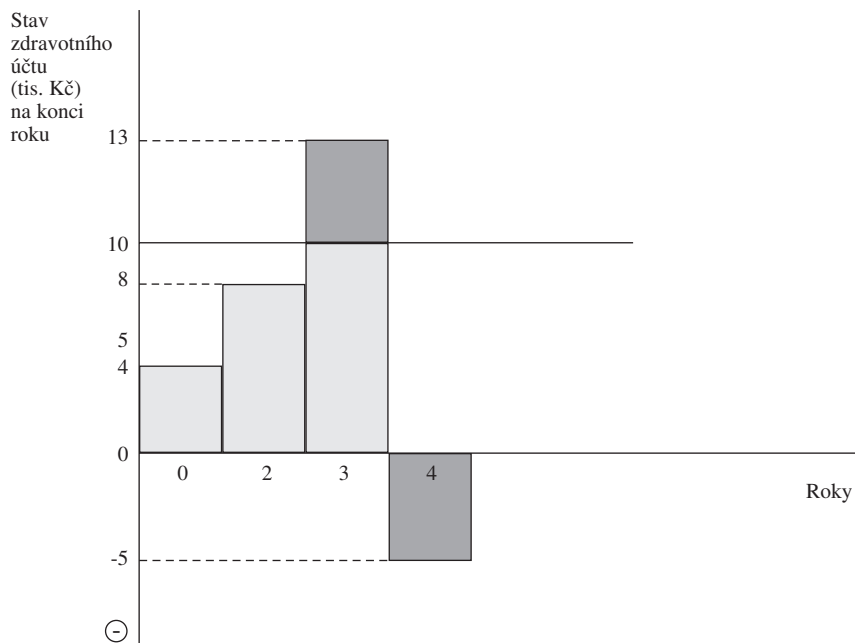
Pokračujme dále: na začátku čtvrtého roku dostane náš pojištěnec na svůj zdravotní účet opět přiděl 5000 korun, má tedy na účtu 15000 korun. V tomto roce však není příliš zdravý a tak vyčerpá zdravotní péči za 20 000 korun. Na konci roku tedy jeho účet vykazuje záporný zůstatek -5000 korun. Tuto částku bude muset pojišťovně uhradit.

Obrázek 2-2 (na následující straně) ukazuje zóny, kde již dochází k zúčtování peněz mezi pojištěncem a pojišťovnou – jakmile zůstatek účtu *na konci roku* přesáhne povinný minimální zůstatek nebo jakmile se účet dostane do záporných čísel.

Obrázek 2-3 (na následující straně) ukazuje vývoj osobního zdravotního účtu pojištěnce ze starší zdravotní skupiny 60–70 let. Předpokládejme, že průměrné čerpání zdravotní péče v této skupině pojištěnců je 30 000 korun ročně. Pak náš pojištěnec bude dostávat

Obrázek 2-2

Vývoj stavu osobního zdravotního účtu 25letého muže  
(stavy ke konci roku)



na svůj zdravotní účet každý rok částku 30 000 korun. Předpokládejme dále, že povinný minimální zůstatek zdravotního účtu by pro tuto zdravotní skupinu byl stanoven na 40 000 korun.

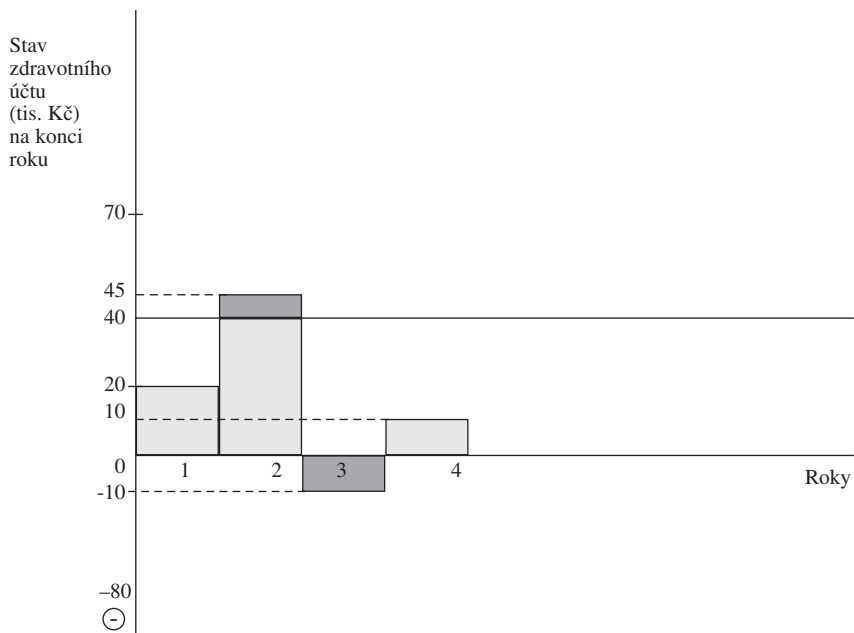
Na začátku prvního roku dostane tedy tento pojištěnec na svůj zdravotní účet 30 000 korun. Dejme tomu, že v prvním roce vyčerpá jen 10000 korun, takže ke konci roku bude mít na účtu 20 000 korun.

Na začátku druhého roku dostane opět přiděl 30 000 korun a bude mít tedy na účtu 50 000 korun. Během druhého roku vyčerpá na zdravotní péči dejme tomu 5 000 korun, takže na konci druhého roku bude mít zůstatek 45 000 korun. Z nich 40 000 musí zůstat na účtu a 5000 korun dostane od pojišťovny proplaceno.

Na začátku třetího roku dostane tento pojištěnec opět na svůj zdravotní účet přiděl 30 000 korun. Má nyní na účtu 70 000 korun. V daném roce však závažně onemocní a vyčerpá zdravotní péči v hodnotě

Obrázek 2-3

Vývoj stavu osobního zdravotního účtu důchodce  
(stavy ke konci roku)



80 000 korun. V tom případě bude mít na konci tohoto roku na účtu záporný zůstatek 10 000 korun, které bude muset pojišťovně uhradit.

Na začátku čtvrtého roku dostane náš pojištěnec opět na svůj účet přiděl 30 000 korun. V tomto roce vyčerpá jen 20 000 korun, takže ke konci roku bude mít na zdravotním účtu 10000 korun. Ty ovšem musí ponechat na účtu.

Pouhá zdravotní solidarita mezi jednotlivými zdravotními skupinami by však zřejmě pro naši zdravotnickou veřejnost i pro naši politickou scénu nebyla dostatečná. Závažným argumentem proti navrhovanému systému osobních zdravotních účtů nepochybně bude, že člověk může náhle a nepředvídatelně onemocnět závažnou nemocí, vyžadující buď nákladnou operaci nebo nákladnou dlouhodobou léčbu, a na takovou zdravotní péči mu prostředky z jeho osobního zdravotního účtu zdaleka nemusí stačit (ať už patří do kterékoli zdra-

votní skupiny). Těmto námitkám lze čelit tím, že bude do navrhovaného systému osobních zdravotních účtů zabudován další druh solidarity, a sice *solidární fond* zdravotního pojištění: celková částka pojistného by se rozdělila na dvě části, z nichž jedna by šla na *osobní zdravotní účty* pojištěnců (přerozdělena podle zdravotních skupin) a druhá by šla do *solidárního fondu*.

Solidární fond je možné pojmout dvojím způsobem. První pojetí je takové, že se úkony zdravotní péče rozdělí do dvou skupin: *běžná zdravotní péče* jako je zejména ambulantní péče, léky, standardní nemocniční péče apod. by byla hrazena z osobních zdravotních účtů (z nich by byly také vypláceny nemocenské dávky) a *mimořádná zdravotní péče* jako jsou zejména nákladné operace nebo nákladná léčba chronických onemocnění by byla hrazena ze solidárního fondu. (Tzv. nadstandardní zdravotní péče, jak je definována dnes, by byla pochopitelně i nadále hrazena z vlastních prostředků pacienta). Problémem tohoto řešení je nutnost rozdělovat zdravotní péči na dvě skupiny (běžnou a mimořádnou), což se může ukázat jako mimořádně obtížný úkol i pro zdravotnickou profesi. Některá onemocnění například mohou vypadat nebo mohou v počátečním stádiu skutečně být „běžná“ a později se mohou ukázat jako „mimořádně závažná“, takže by pak vznikala nutnost převádět hrazení péče z jednoho systému (osobních zdravotních účtů) do druhého (solidárního). Nicméně se domníváme, že v principu nepředstavuje rozdělení zdravotní péče na tyto dvě skupiny nepřekonatelný problém.

Je ale také možné pojmout solidární fond tak, že by sloužil jako „záložní“ finanční balík pro hrazení *jakékoli* zdravotní péče pojištěnce, pokud již pojištěnec vyčerpal zůstatek na svém zdravotním účtu a navíc zaplatil stanovenou částku ze svého. V tom případě by se zdravotní péče nemusela rozdělovat na „běžnou“ a „mimořádnou“.

Ukažme si toto druhé řešení solidárního fondu opět na příkladu (ilustruje jej obrázek 2-4). Pojištěnec ve věku 45 let dostává na svůj osobní zdravotní účet každoroční příděl 15 000 korun. Předpokládejme, že povinný minimální zůstatek osobního zdravotního účtu pojištěnce z této zdravotní skupiny (ke konci roku) by byl 20 000 korun. Dále předpokládejme, že je stanovena maximální hranice částky, kterou musí pojištěnec doplatit, přečerpá-li svůj zdravotní účet, a sice 10 000 korun. Tím je do systému zabudována solidarita. Pokračujme v příkladu: dejme tomu, že v prvním roce vyčerpá tento pojištěnec

zdravotní péči v hodnotě 5000 korun, takže má na konci roku na svém zdravotním účtu zůstatek 10 000 korun.

Na začátku druhého roku dostane tento pojištěnec opět přiděl 15 000 korun, má tedy na účtu 25 000 korun. Během druhého roku čerpá zdravotní péči pouze v hodnotě 2000 korun, takže má na konci druhého roku na svém zdravotním účtu 23 000 korun. Z nich musí ponechat na účtu 20 000 korun a 3000 korun mu bude pojišťovnou proplaceno.

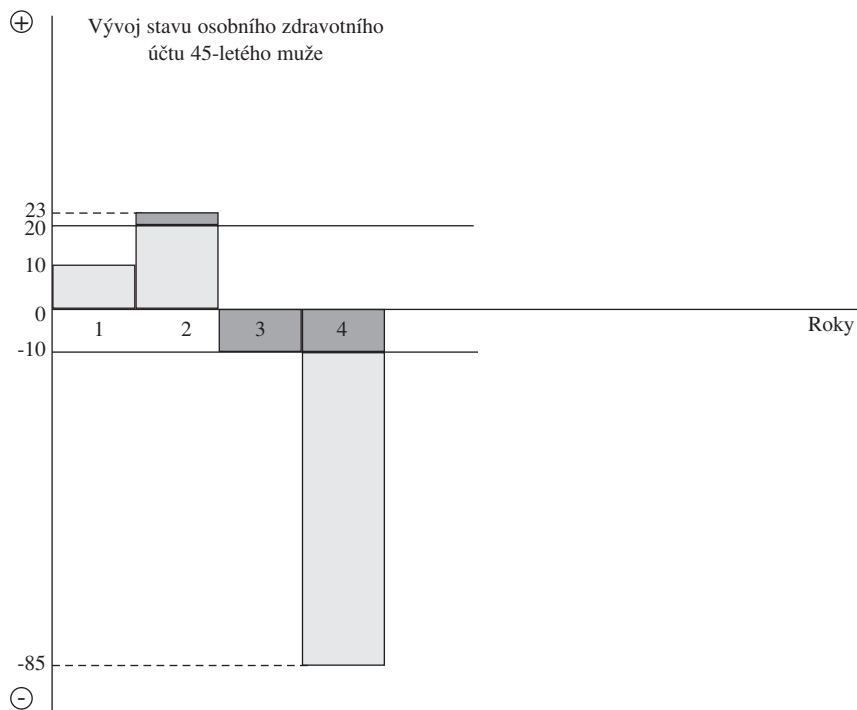
Na začátku třetího roku dostane opět na účet přiděl 15 000 korun, má na něm tedy 35 000 korun (20 000 + 15 000). Během tohoto roku však čerpá zdravotní péči za 45 000 korun, takže na konci roku má na účtu záporný zůstatek -10 000 korun. Tyto peníze bude muset pojišťovně uhradit.

Na začátku čtvrtého roku dostane na zdravotní účet přiděl 15 000 korun. Během tohoto roku však jde na nákladnou operaci a vyčerpá ze svého zdravotního účtu 100 000 korun. Na konci roku má tedy na účtu záporný zůstatek 85 000 korun. Z nich 10 000 pojišťovně uhradí sám a zbývajících 75 000 korun bude uhrazeno ze solidárního fondu.

Obrázek 2-4 ukazuje zóny, kdy dochází ke konci roku k zúčtování peněz mezi pojištěncem a pojišťovnou. Horní (kladná) zóna představuje oblast, kdy pojišťovna vyplácí pojištěnci částky, které nevyčerpal na zdravotní péči. Přitom musí být zachována stanovená minimální hodnota zůstatku zdravotního účtu. Dolní (záporná) zóna je oblast, kde pojištěnec naopak doplácí pojišťovně částky, o které svůj zdravotní účet přečerpal. Avšak částky pod stanovenou „linií“ už doplácet nemusí – jsou vyplaceny ze solidárního fondu. Povšimněte si přitom, že v tomto pojetí solidárního fondu nedochází k dělení zdravotní péče na dvě skupiny (na péči „běžnou“ a „mimořádnou“). Pojištěnec se podílí na financování i mimořádné zdravotní péče (jako je například nákladná operace), avšak je omezenou částkou.

Výhodou tohoto pojetí solidárního fondu je (jak už bylo řečeno), že odpadá nutnost rozdělovat úkony zdravotní péče na „běžné“ a „mimořádné“. Pacient se bude určitou částkou podílet na úhradě *jakékoli* zdravotní péče, protože jde konec konců o *jeho* zdraví a solidarita ostatních lidí s jeho zdravotními potížemi by neměla být neomezená.

**Vývoj stavu osobního zdravotního účtu 45letého muže**  
**Obrázek 2-4**



Navrhovaný model osobních zdravotních účtů má nepochybně své problémy. Je to v podstatě centralizovaný systém, ve kterém jsou všichni pojištěnci (a jejich osobní zdravotní účty) navzájem propojeni vzájemnými pouty solidarity, která přelévá peníze mezi jejich osobními účty a provazuje také tyto účty se solidárním fondem. Jistě by se také objevil problém finanční rovnováhy systému a trvalo by nějakou dobu, než by se podařilo nastavit parametry systému tak, aby systém příliš nevybočoval z fundamentální rovnováhy. Výhodou tohoto modelu je zejména to, že vytváří žádoucí motivace u pacientů (tedy na straně poptávky) k úspornému čerpání zdravotní péče, a přitom zachovává určitou míru solidarity jak mezi zdravotními (věkovými) skupinami tak i „uvnitř“ zdravotní skupiny pojištěnců. Tato míra solidarity je přitom flexibilně nastavitelná prostřednictvím zabudovaných parametrů, kterými jsou zejména relace přidělu na účty u jednotlivých



zdravotních skupin a relace mezi solidárním fondem a částkou rozdělovanou na osobní zdravotní účty. Tyto parametry systému by byly pochopitelně předmětem *politického rozhodování* (což někdo může považovat za výhodu a jiný za nevýhodu.)

Změna „klasického“ solidárního systému zdravotního pojištění (tak jak u nás existuje) v naznačený systém osobních zdravotních účtů by byla nepochybně dosti radikální reformou zdravotního pojištění. Je otázkou, zda by se u nás našla dostatečná politická vůle k tak hluboké změně zdravotního pojištění. Mnoho by jistě záleželo na postoji odborné lékařské veřejnosti, která se dosud staví velmi zdrženlivě, neli otevřeně odmítavě, k samotné myšlence, že by pacient mohl rozhodovat o druhu a rozsahu lékařské péče. Lékaři jsou (v dnešním zdravotním systému) těmi, kdo poměrně autoritativně rozhodují o lékařské péči a jejich pacienti více méně pasivně akceptují jejich doporučení. Kdyby však byl pacient finančně zainteresován na čerpání lékařské péče, mohly by se jejich role do jisté míry obrátit. Pacient by se dostal do postavení lékařova zákazníka, který musí za jeho zdravotní služby platit a proto se zajímá o to, zda mu lékař nepředepisuje příliš mnoho lékařské péče či péči příliš nákladnou. Lékař má pochopitelně tendenci tvrdit, že pacient „nic neví“ a že on, lékař, má jakožto odborník za svého pacienta odpovědnost. Ekonomie zná i odborný termín popisující takové situace – *informační asymetrie*. Ta nepochybně v medicíně existuje (lze však říci, že existuje téměř všude, neboť prodávající vždy zná lépe než kupující výrobek či službu, kterou prodává). Ale v dnešním systému zdravotního pojištění a jeho financování je to právě informační asymetrie, která je lékaři zneužitelná (i když těžko říci, do jaké míry je skutečně zneužívána). Lékaři mají právě v dnešním systému motivaci vnucovat pacientům příliš mnoho a příliš nákladné zdravotní péče, protože jsou na tom finančně zainteresováni. Systém osobních zdravotních účtů tuto zainteresovanost lékařů nepotlačuje (lékaři by i nadále byli odměňováni za množství výkonů), ale staví proti ní neméně silnou finanční zainteresovanost pacienta v opačném směru. Bude-li mít pacient pocit, že jeho lékař příliš „ždímá jeho peněženku“, může se poradit s jiným lékařem, případně lékaře změnit. Konkurence mezi lékaři bude tím silnější, čím aktivnější roli bude pacient v systému zdravotní péče hrát. A kvalita lékařské péče a odpovědnost lékařů bude tím silnější, čím silnější bude mezi nimi konkurence. Lékaři mají tendenci říkat, že takové

principy lidských vztahů jako je konkurence či finanční zainteresovanost do zdravotní péče nepatří, že medicína nemůže podléhat zákonům trhu. Jenže medicína nevyhnutelně má svá finanční omezení. A není pochyb o tom, že ve stávajícím systému existují nezanedbatelné perverzní finanční motivace právě na straně nabídky zdravotních služeb. Osobní zdravotní účty nevnese do zdravotního pojištění a do medicíny „tržní chování“ – to tam již dávno je. Jenže dnes působí tržní motivace pouze na straně nabídky (u lékařů), zatímco poptávka (pacienti) je pasivní. Osobní zdravotní účty by poptávkovou stranu systému aktivovaly a učinily by z ní určitou (i když možná ne plně rovnocennou) protiváhu zájmů na straně nabídky.

## 3. Problémy důchodového pojištění v ČR

---

### 3.1 Systém důchodového pojištění v České republice – jeho vznik a vývoj

Povinné veřejnoprávní a průběžně financované důchodové pojištění má u nás dlouhou tradici. Bylo zde zavedeno již v letech 1888 – 1889, kdy byly české země ještě součástí Rakouska-Uherska (Taafeho reforma), pod vlivem obdobného systému penzijního pojištění, který byl poprvé zaveden kancléřem Otto von Bismarckem v Německu. Vznik tohoto typu důchodového pojištění byl zřejmě reakcí na růst třídy průmyslového dělnictva. Příjmy dělníků v průběhu devatenáctého století byly do značné míry závislé na průběhu průmyslových cyklů (střídání období vysoké a nízké nezaměstnanosti, růstu a poklesu mezd) a nebyly dost vysoké ani dost stabilní na to, aby dělníci byli schopni tvořit odpovídající finanční zabezpečení na stáří na bázi dobrovolnosti a vlastní zodpovědnosti. Ke zrodu Bismarckova systému důchodového zabezpečení však bezesporu přispěla v Německu silná ideologie etatismu, která byla nakloněna představě o silné a nezastupitelné roli a odpovědnosti státu za své občany.

Tradice povinného a průběžně financovaného důchodového pojištění se postupně rozšířila po celé Evropě a stala se v tomto směru tradicí vpravdě evropskou. Nutno mít neustále na zřeteli, že základní idea, na které tento typ důchodového pojištění spočívá, je myšlenka, že člověk sám nemá dost odpovědnosti k tomu, aby se dobrovolně zabezpečoval na stáří, a že tuto odpovědnost musí za něj převzít stát.

Po rozpadu Rakouska-Uherska nový československý stát převzal tento typ důchodového zabezpečení. Po roce 1989 došlo k reformě důchodového pojištění ve směru jeho zjednodušení a zrovnoprávnění všech skupin občanů. V průběhu devadesátých let bylo veřejnoprávní důchodové pojištění doplněno dalším „pilířem“: dobrovolným penzijním připojištěním se státním příspěvkem. Nicméně veřejnoprávní důchodové pojištění u nás stále zůstává základem penzijního systému.

Tyto průběžně financované důchodové systémy v sobě ztělesňují

jeden důležitý princip, který je obvykle označován pojmem *mezigenerační solidarita*: důchody dnešních důchodců jsou hrazeny z příspěvků dnešního ekonomicky aktivního obyvatelstva. Mezigenerační solidarita tohoto druhu spolehlivě a bez problémů funguje do té doby, dokud je podíl důchodců a ekonomicky aktivního obyvatelstva (tj. plátců pojistného) stálý. Jakmile se však „demografická křivka“ začne měnit, vyvolává mezigenerační solidarita vážné problémy. Když obyvatelstvo „mládně“, tj. když podíl důchodců k počtu plátců pojistného klesá, vzniká tendence k relativnímu růstu důchodů (v poměru k čistým mzdám) neboli dochází k nadměrnému uplatňování mezigenerační solidarity. Když naopak obyvatelstvo „stárne“ a tedy podíl důchodců k počtu plátců pojistného roste, objevuje se tendence k relativnímu poklesu důchodů (v poměru k čistým mzdám) neboli dochází k nedostatečnému uplatňování mezigenerační solidarity. V době, kdy kancléř von Bismarck zaváděl průběžně financovaný penzijní systém, byl v Prusku *průměrný věk dožití* 45 let. Bismarckovi se jistě ani nešlo o tom, že jednou bude *průměrný věk odchodu do důchodu* přesahovat 60 let.

V kapitálových (fondově financovaných) důchodových systémech taková mezigenerační solidarita neexistuje a neexistují ani problémy s ní spojené v dobách, kdy dochází ke změnám demografické struktury obyvatelstva.

Obhájci veřejnoprávního průběžně financovaného důchodového pojištění často zdůrazňují, že jednou z jeho výhod je jistota – vyplácení důchodů je garantováno státem. Jenže jakmile se tento důchodový systém vychýlí z finanční rovnováhy (zejména jako důsledek „stárnutí“ obyvatelstva), dochází obvykle ze strany samotného státu k tlaku na snižování důchodů (přinejmenším relativnímu ve vztahu k vývoji čistých mezd). V takových obdobích poskytují veřejnoprávní průběžně financované důchodové systémy fakticky menší jistotu stabilních důchodů než systémy fondové, kde výše důchodů závisí na minulých příspěvcích samotného důchodce a na finanční výnosnosti fondu, do kterého důchodce své úspory vkládal. Je ovšem pravda, že kapitálové důchodové systémy rovněž neposkytují stoprocentní jistotu, neboť výše důchodů i jejich samotné vyplácení závisí na tržních výnosech konkrétního fondu. Absolutní jistotu tedy nemá důchodce v žádném důchodovém systému.

Po roce 1989 se u nás ukázala nutnost reformovat dosavadní systém

důchodového zabezpečení. Socialistický systém důchodového zabezpečení trpěl totiž mnoha nedostatky, které nebylo možné v nově se utvářejících ekonomických a politických poměrech převzít. Byl především nejednotný, neboť v sobě obsahoval různé preference pro některé skupiny občanů. Na podnikatele (osoby samostatně výdělečně činné) pochopitelně nepamatoval vůbec. Navíc v sobě obsahoval řešení různých sociálních situací, které neměli s důchody nic společného. Systém byl plně integrován do státního rozpočtu tím, že příspěvky na důchodové zabezpečení nebyly odděleny od samotné daňové soustavy, byly integrální součástí daní. Úroveň důchodů nemohla reagovat na příspěvky občanů do důchodového systému. Důchody byly vypočítávány pouze na základě příjmů za posledních deset let před vznikem nároku na odchod do důchodu (z nich se vybíralo příjmově „nejlepších“ pět let). Důchodový systém pochopitelně nebyl vůbec připraven na problémy, které budou vznikat v důsledku zhoršující se věkové struktury obyvatelstva. Neexistoval žádný prostor pro samostatné rozhodování člověka ohledně věku odchodu do důchodu.

Od roku 1990 prošel systém důchodového zabezpečení řadou úprav, které měly vyhovět deklarované snaze restrukturalizovat systém tak, aby se v budoucnu nezvyšovalo zatížení ekonomicky aktivních, aby se nezvyšoval podíl sociálních výdajů na hrubém domácím produktu a aby existovala těsnější vazba vyplácených důchodů na vývoj cen a mezd.

Byly zrušeny osobní důchody, jejichž výše byla stanovována na základě politického rozhodnutí, byly zrušeny preference v důchodovém systému vyplývající z vykonávání práce v zaměstnáních obzvláště namáhavých a rizikových a byla odstraněna diskriminace osob samostatně výdělečně činných.

Bylo zavedeno důchodové pojištění v rámci sociálního pojištění, jako zvláštní platba mimo daňový systém, příjmy z pojistného však zůstaly nadále příjmem státního rozpočtu a ze státního rozpočtu jsou nadále hrazeny pojistné platby.

Důchody jsou průběžně valorizovány s cílem zmírnit důsledky inflace a odstranit rozdíly mezi důchody přiznanými v různých obdobích.

Byla zavedena nová hmotně právní úprava důchodového pojištění

(1996), která přinesla koncept dvousložkové konstrukce důchodu: základní výměra pevnou částkou a procentní výměra podle doby pojištění a vyměřovacího základu, mj. počítá se zvyšováním věkové hranice pro odchod do důchodu.

Byl zaveden zvláštní účet důchodového pojištění v rámci státního rozpočtu. Na něm jsou vedeny prostředky vzniklé jako rozdíl mezi příjmy z důchodového pojištění a výdaji na platby důchodového pojištění.

K záměru vytvořit penzijní systém odpovídající potřebám tržní ekonomiky: podněcující každého člověka k převzetí odpovědnosti a starosti o svoji sociální situaci ve stáří a k jeho sociální nezávislosti na státu byl učiněn první krok v roce 1994, kdy byl založen systém penzijního připojištění se státním příspěvkem, realizovaný prostřednictvím soukromých penzijních fondů. Systém penzijního připojištění je koncipováno na principu *občanském, individualistickém*, spočívá důsledně na vztahu penzijní fond – občan. Připojištění vzniká dobrovolně, z vlastního rozhodnutí občana na základě konkurenčních nabídek penzijních fondů a za přímé podpory státu. Dává tak možnost, aby se lidé mohli podle své individuální situace aktivně podílet na zabezpečení své budoucnosti ve stáří formou dlouhodobého spoření. Je založené na kapitalizaci úspor, kdy část prostředků se využívá ke zhodnocujícím operacím, které navyšují zdroje pro budoucí vyplácení. Zvyšuje se tak míra jejich výnosu při širokých možnostech rozprostření rizika. Na obdobných principech vznikají také zaměstnanecké systémy důchodového připojištění.

Zdůrazněme principiálně odlišný charakter obou u nás existujících systémů důchodového pojištění: zatímco jeho základní pilíř – veřejnoprávní povinné důchodové pojištění – je *průběžně financovaným* systémem, jeho doplňkový pilíř – dobrovolné penzijní připojištění – je *systém fondový*, založený na kapitalizaci úspor.

Výdaje na důchody od roku 1990 rostly: a to přibližně stejným tempem do roku 1994, výraznější byl nárůst v roce 1995 a tato míra nárůstu pak trvala až do roku 1998. Rok 1999 žádný výraznější meziroční nárůst nepřinesl. Podíl výdajů na důchody na hrubém domácím produktu se také postupně zvyšoval. Zatímco v roce 1990 představoval něco málo přes 7 %, v roce 1999 byl tento podíl již 9,4 %.

**Tabulka 3.1:**  
**Podíl výdajů na důchodové pojištění na hrubém domácím produktu**

Rok	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Výdaje na důchody (mld. Kč)	76,5	88,2	109,8	127,6	150,2	166,1	177,9
Podíl (%)	7,5	7,5	8,0	8,1	9,0	9,2	9,7

*Pramen: MPSV*

Musíme mít na zřeteli, že tento ukazatel je silně ovlivněn vývojem demografické struktury obyvatelstva. Je přirozené, že když se zvyšuje podíl důchodců na celkovém obyvatelstvu, výdaje na důchody se zvyšují absolutně i relativně (podíl na HDP).

V mezinárodním srovnání se hodnota našeho podílu ukazuje jako nízká (viz tabulka), je však třeba vzít v úvahu, že na rozdíl od většiny ostatních zemí se důchody nezdaňují a důchodci neplatí nemocenské a zdravotní pojištění. Podíl průměrného starobního důchodu vůči průměrné hrubé mzdě se pohybuje v posledních letech mezi 46 % až 48 %, je tedy výše průměrného starobního důchodu stále pod 50 % hranicí průměrné hrubé mzdy zaměstnance. Od roku 1993, kdy bylo důchodové pojištění zavedeno, až do roku 1996 bylo vybrané pojistné na důchody vyšší než výdaje na ně, v roce 1997 se tento poměr obrátil.

Jedním z nejdůležitějších indikátorů vývoje důchodů je podíl průměrného důchodu k průměrné mzdě, zejména k *čisté mzdě*. Tabulka 3.2 ukazuje, že podíl důchodu k čisté mzdě se v průběhu devadesátých let snížil z cca 65 % na cca 57 %.

Průměrná mzda zahrnuje i státní vyrovnávací příspěvek v letech kdy náležel všem. Průměrná čistá mzda je průměrná hrubá mzda snížená o odpovídající pojistné zdravotního a sociálního pojištění a snížená o daň z příjmu. Průměrný důchod je měsíční průměr sólo vyplácených starobních důchodů v roce.

Jak ukazuje tabulka, reálná hodnota průměrného starobního důchodu se v průběhu devadesátých let zvýšila o 21 % oproti roku 1993, což je jistě zvýšení nezanedbatelné.

**Tabulka 3.2:**  
**Vývoj podílu průměrného starobního důchodu k průměrné mzdě**

Rok	Průměrný	Průměrná mzda (Kč)		Relace ke mzdě (v %)	
	důchod (Kč)	hrubá	čistá	hrubé	čisté
1988	1 496	3 095	2 451	48,3	61,0
1989	1 598	3 170	2 504	50,4	63,8
1990	1 731	3 356	2 656	51,6	65,2
1991	2 176	3 792	3 092	55,3	70,4
1992	2 413	4 644	3 563	52,0	67,7
1993	2 734	5 817	4 551	47,0	60,1
1994	3 059	6 896	5 351	44,4	57,2
1995	3 578	8 172	6 318	43,8	56,6
1996	4 213	9 676	7 520	43,5	56,0
1997	4 840	10 696	8 308	45,3	58,3
1998	5 367	11 693	9 090	45,9	59,0
1999	5 724	12 655	9 842	45,2	58,2
2000	5 962	13 452	10 414	44,3	57,2

*Pramen: MPSV*

**Tabulka 3.3:**  
**Reálná hodnota průměrného vypláceného starobního důchodu  
a průměrné hrubé mzdy**

Rok	Starobní důchod		Hrubá mzda	
	1989 = 100 %	1993 = 100 %	1989 = 100 %	1993 = 100 %
1989	100,0		100	
1990	98,4		96,6	
1991	81,6		72,2	
1992	79,8		76,8	
1993	75,6	100,0	79,6	100,0
1994	76,3	100,9	85,8	107,8
1995	80,9	106,9	93,1	117,0
1996	87,0	115,1	101,3	127,4
1997	91,0	120,3	104,2	130,9
1998	88,9	117,6	103,3	129,8
1999	92,4	122,1	108,1	135,9
2000	92,1	121,7	110,5	138,8

*Pramen: MPSV, (mzda v roce 2000 odhad)*



**Tabulka 3.4:**  
**Základní informace o důchodovém pojištění v roce 2000**

<b>Počet všech důchodců (prosinec 2000)</b>	2 568 tis.
<b>Výdaje na důchody v roce 2000</b>	181 mld Kč
<b>Počet důchodců s důchodem starobním (prosinec 2000)</b>	1 907 tis.
<b>z toho: předčasné – s trvale kráceným</b>	156 tis.
<b>předčasné – s dočasně kráceným</b>	19 tis.
<b>Průměrná výše starobního důchodu (prosinec 2000)</b>	6 296 Kč
<b>z toho: starodůchodců</b>	6 228 Kč
<b>novodůchodců</b>	6 447 Kč
<b>Reálná hodnota starobního důchodu vypláceného v roce 2000</b>	
<b>Rok 1998 = 100 %</b>	99,4 %
<b>Rok 1989 = 100 %</b>	92,1 %
<b>Rok 1993 = 100 %</b>	121,7 %
<b>Relace průměrného starobního důchodu vypláceného v roce 2000 k průměrné mzdě: hrubé</b>	44,3 %
<b>čisté</b>	57,2 %

*Pramen: MPSV*

### 3.2 Demografický vývoj a finanční rovnováha důchodového pojištění

Průběžně financovaný (pay-as-you-go) systém důchodového pojištění funguje dobře, pokud není jeho finanční stabilita ohrožena dlouhodobými změnami v demografickém vývoji. Dokud je podíl důchodců na počtech ekonomicky aktivního obyvatelstva (plátců pojistného) přibližně stabilní, je i systém průběžně financovaného důchodového pojištění vnitřně finančně stabilní. Když ale obyvatelstvo „stárne“ v tom smyslu, že se podíl důchodců na ekonomicky aktivním obyvatelstvu zvyšuje, dostává se celý systém průběžně financovaného důchodového pojištění nevyhnutelně do fundamentální finanční nerovnováhy – do schodku – a společnost stojí před nutností zvýšit příspěvky na důchodové pojištění. To je však politicky citlivý a nepopulární krok, kterému se politikové a vlády pochopitelně brání. Důchodové systémy se pak dostávají do stále větší finanční nerovnováhy, až se nakonec začíná mluvit o hrozbě jejich „bankrotu“ (nejedná se však o bankrot ve skutečném slova smyslu).

Je tedy zřejmé, že průběžně financované systémy důchodového pojištění jsou citlivé na demografický vývoj. Stárnutí obyvatelstva je však případem téměř všech dnešních hospodářsky vyspělejších

zemí. Česká republika se v tomto ohledu řadí mezi země, jejichž obyvatelstvo dlouhodobě „stárne“. Nebýt toho, diskuse o reformách důchodového pojištění by pravděpodobně ani nebyly na pořadu dne. Pro tyto diskuse je přitom charakteristické, že se téměř bez výjimky točí kolem problému *finanční nerovnováhy* důchodových systémů, ačkoli finanční nerovnováha zajisté není jedinou nevýhodou průběžně financovaných důchodových systémů (jak si ještě ukážeme).

Od roku 1993 do roku 1996 byl důchodový systém v přebytku – příjmy převyšovaly jeho výdaje. Příčinou byl jednak hospodářský růst a s ním související rychlý růst mezd, a jednak velmi nízká míra nezaměstnanosti, pohybující se kolem 3 %. Tento příznivý vývoj vedl vládu k tomu, že prosadila snížení příspěvku na důchodové pojištění z 27,2 % na 26 %.

Od roku 1997 však již výdaje důchodového pojištění převyšují jeho příjmy a systém se dostává do schodku. Příčinou je zpomalení hospodářského růstu a sním související zpomalení růstu mezd, růst míry nezaměstnanosti až k hodnotám kolem 8 % a také zhoršující se věková struktura obyvatelstva, která zvyšuje podíl důchodců na počtu plátců důchodového pojistného. Tabulka 3.5 ukazuje demografický vývoj v devadesátých letech. Tabulka 3.6 ukazuje vývoj podílu důchodců a počtů plátců pojistného, který v průběhu devadesátých let plynule narůstal až na 55,7 %.

**Tabulka 3.5.**  
**Demografický vývoj**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Počet obyvatel (v tis. osob)</b>	10333	10321	10309	10299	10290	10278
<b>Věková skupina 0–14 let</b>	1948	1893	1843	1795	1752	1707
<b>Věková skupina 15–59 let</b>	6526	6571	6609	6647	6674	6698
<b>Věková skupina 60 a více let</b>	1859	1857	1857	1857	1864	1873
<b>Střední délka života muži</b>	69,5	69,9	70,3	70,6	71,0	71,3
<b>Střední délka života ženy</b>	76,6	76,9	77,3	77,5	77,7	77,9

*Pramen: ČSÚ*

**Tabulka 3.6:**  
**Podíl počtu důchodců a počtu pojištěných osob**

Rok	Počet pojištěných osob (tis. osob)	Počet důchodců (tis. osob)	Podíl (%)
1993	5 052	2 521	49,9
1994	5 290	2 519	47,6
1995	5 134	2 523	49,1
1996	5 186	2 498	48,2
1997	4 944	2 507	50,7
1998	4 925	2 545	51,7
1999	4 728	2 573	54,4
2000	4 661	2 594	55,7

*Pramen: MPSV*

Tabulka 3.7 ukazuje vývoj příjmů a výdajů důchodového pojištění v devadesátých letech. Schodek důchodového účtu se plynule a poměrně značně zhoršuje.

**Tabulka 3.7**  
**Příjmy a výdaje sociálního pojištění (kap. 313) (mld Kč)**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Příjmy celkem<sup>1)</sup></b>	93,7	114,9	133,5	148,0	163,0	174,2	180,2	190,3
<b>z toho:</b>								
<b>Nemocenské pojištění</b>	13,7	17,0	19,6	21,0	23,4	24,7	25,5	26,9
<b>Důchodové pojištění</b>	80,0	97,9	113,9	127,0	139,6	149,5	154,7	163,4
<b>Výdaje celkem</b>	87,4	102,8	126,5	149,2	168,5	183,4	195,6	212,7
<b>z toho:</b>								
<b>Nemocenské pojištění<sup>2)</sup></b>	12,0	16,2	18,0	20,4	20,4	18,5	19,3	27,2
<b>Důchodové pojištění<sup>3)</sup></b>	73,6	84,2	105,8	125,6	145,1	161,8	173,0	182,2
<b>Provozní výdaje</b>	1,8	2,4	2,7	3,2	3,0	3,1	3,3	3,3
<b>Příjmy – Výdaje: celkem</b>	6,3	12,1	7,0	-1,2	-5,5	-9,2	-15,4	-22,4
<b>z toho:</b>								
<b>Nemocenské pojištění<sup>4)</sup></b>	1,7	0,8	1,6	0,6	3,0	6,2	6,2	-0,3
<b>Důchodové pojištění<sup>4)</sup></b>	6,4	13,7	8,1	1,4	-5,5	-12,3	-18,3	-18,8

1) Bez pokut, penále a přírážek k pojistnému

2) Výdaje jsou počítány pouze za 4 dávky vyplácené z nemocenského pojištění od roku 1996

3) Včetně zálohy poskytnuté v roce předchozím a bez zálohy poskytnuté na rok následující

4) Bez provozních výdajů

*Pramen: MPSV*

### 3.3 Prognózy demografického vývoje a finanční rovnováhy důchodového pojištění

Podívejme se nyní, jaké jsou projekce demografického vývoje v České republice, které budou mít dopad na důchodový systém. Tabulka 3.8 ukazuje prognózu vývoje fundamentálních demografických veličin, které ovlivní podíl důchodců na počtech ekonomicky aktivního obyvatelstva. Tabulka 3.9 ukazuje pravděpodobný vývoj věkové struktury obyvatelstva u nás do roku 2030. A tabulka 3.10 slouží jako mezinárodní srovnání podílu důchodců.

**Tabulka 3.8:**  
**Hlavní předpoklady demografické projekce**

	1995	2000	2010	2020	2030
<b>Úhrnná plodnost</b>	1,28	1,14	1,32	1,44	1,50
<b>Naděje dožití mužů (let)</b>	69,9	71,5	73,7	74,5	75,2
<b>Naděje dožití žen (let)</b>	76,9	78,4	80,5	81,0	81,5
<b>Aktivní migrační saldo (tis. osob)</b>	10,0	9,5	11,3	13,2	15,0

*Pramen: MPSV*

**Tabulka 3.9**  
**Vývoj věkové struktury obyvatelstva (stav ke konci roku)**

	1995	2000	2010	2020	2030
<b>Počet obyvatel (tis. osob)</b>	10 321	10 268	10 244	10 098	9 691
<b>Věková struktura (v %)</b>					
<b>Muži:</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>0–19</b>	28,0	24,1	20,3	19,3	18,2
<b>20–54</b>	52,4	54,5	52,0	49,4	45,6
<b>55–64</b>	9,2	10,5	14,4	12,6	15,1
<b>65 –</b>	10,4	10,9	13,3	18,7	21,2
<b>Ženy:</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>0–19</b>	25,2	21,7	18,3	17,4	16,4
<b>20–54</b>	48,8	50,6	47,9	45,7	42,0
<b>55–64</b>	9,9	11,1	14,9	12,5	14,8
<b>65 –</b>	16,0	16,6	18,9	24,4	26,9

*Pramen: MPSV, Demografická projekce ČSÚ*

**Tabulka 3.10:**  
**Mezinárodní srovnání vývoje podílu počtu osob starších než 65 let a počtu osob ve věku 15–64 let (%)**

Země	2010	2030
Česká republika	23,0	37,9
Východní Evropa	19,4	31,0
Severní Evropa	25,5	38,2
Jižní Evropa	27,4	41,6
Západní Evropa	26,9	41,6
Francie	25,3	38,7
Německo	29,6	43,3
Itálie	31,4	49,1
Španělsko	27,0	42,3
Velká Británie	25,9	38,3

*Pramen: United nations, World Population Prospects 1950–2050 (1998 Revision).  
 ČR – demografická projekce ČSÚ*

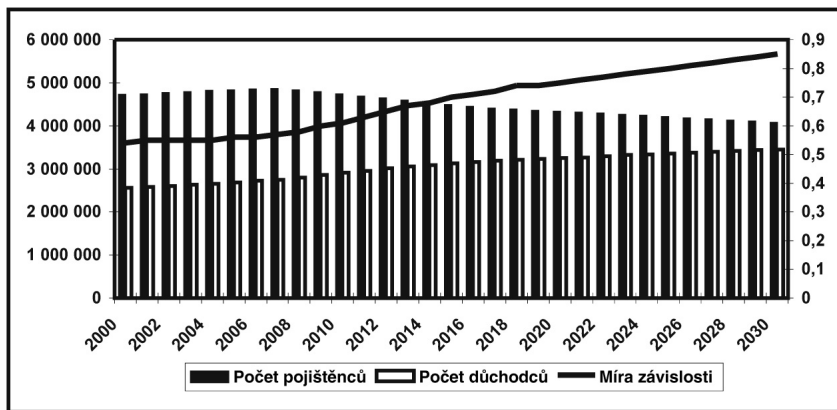
Rozhodující pro dlouhodobý vývoj finanční rovnováhy průběžně financovaného důchodového systému je ukazatel *míry závislosti*, definovaný jako podíl počtu důchodců a plátců pojistného. Jak ukazují grafy, bude se ukazatel míry závislosti v příštích desetiletích (jednak v důsledku zvyšování průměrné délky života a jednak v důsledku klesající natality) permanentně zvyšovat (Graf 1 a Graf 2). Není přítomné ani odhadnutelné, jaký vliv bude mít migrace, u které se dají předpokládat dosti výrazné změny (jak u imigrace cizinců do ČR, tak u emigrace českých občanů zejména do zahraničí).

Podívejme se nyní, zda a za jakých podmínek by bylo možné (při zhoršujícím se demografickém vývoji) zachovat finanční rovnováhu průběžně financovaného důchodového pojištění. Pro dlouhodobý vývoj takovéto finanční rovnováhy není rozhodující pouze demografický vývoj, ale několik dalších základních ukazatelů. Konec konců finanční rovnováhy lze *vždy* dosáhnout prostřednictvím úpravy *příspěvkové sazby (cost rate)*, potřebné pro úhradu výdajů na důchody a pro krytí administrativních výdajů spojených s důchodovým pojištěním. Tato příspěvková sazba je vlastně procentní sazba důchodového pojištění a v současné době činí 26 % příjmu.

Příspěvková sazba závisí na následujících faktorech:

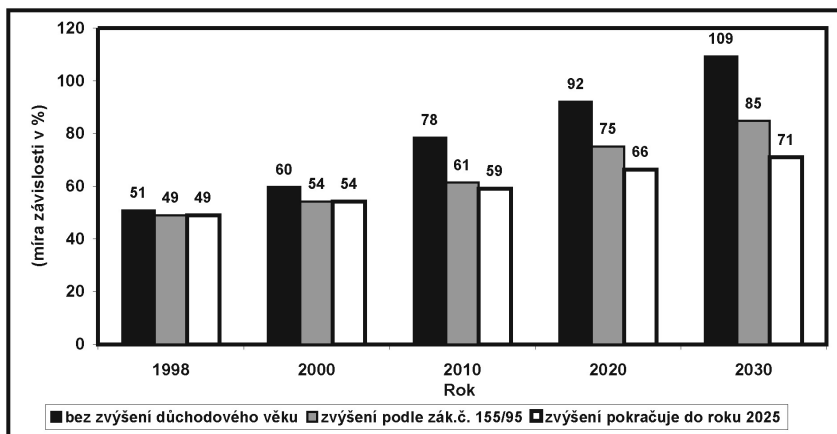
## Graf 1 Počet důchodců, počet pojištěnců a míra závislosti

(důchodový věk se zvyšuje podle zákona č.155/1995 Sb.)



Graf převzat z MPSV

## Graf 2 Vývoj míry závislosti v systému



Graf převzat z MPSV

1. Na *míře závislosti* systému důchodového pojištění, tj. na poměru počtu důchodců k počtu plátců pojistného
2. Na *poměru průměrného důchodu k průměrné mzdě*
3. Na *úspěšnosti výběru pojistného* (poměru skutečně vybraného a předepsaného pojistného)

4. Na výši *administrativních výdajů* (vyjádřených v procentech příjmů z pojistného),

Finanční rovnováha důchodového systému je zajištěna tehdy, jestliže platí:

$$\text{Příspěvková sazba} = \text{míra závislosti systému} \\ \text{x relace důchodu k výdělků} / (\text{úspěšnost výběru pojistného} \\ \text{x (1 - administrativní výdaje)})$$

Tyto parametry jsou ovlivněny exogenními demografickými a ekonomickými faktory, na které nemá politické rozhodování přímý vliv a které lze jen s velmi nedokonalou přesností dlouhodobě prognózovat. Tabulka 3.11 (na následující straně) udává prognózu vstupních parametrů podle MPSV.

Pro účely prognózování výše uvedených parametrů, ovlivňujících výši příspěvkové sazby, nutné pro udržení důchodového systému v rovnováze, sestavilo ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) tři scénáře dlouhodobého vývoje (což neznamená, že takových scénářů by nemohlo být mnohem více).

#### **Scénář 1:**

- Důchodový věk se bude zvyšovat podle platné právní úpravy.
- Důchody se budou zvyšovat tak, aby byla zachována relace důchodu ke mzdě na současné úrovni, tzn. na úrovni 45 %. V důsledku generační směny lze toho zhruba dosáhnout valorizací důchodů plně podle cen a o 3/4 růstu reálné mzdy.

#### **Scénář 2:**

- Důchodový věk se bude zvyšovat podle platné právní úpravy.
- Důchody se budou zvyšovat podle cen, tzn. reálná hodnota důchodu jen mírně poroste v důsledku mezigenerační směny<sup>1</sup>.

#### **Scénář 3:**

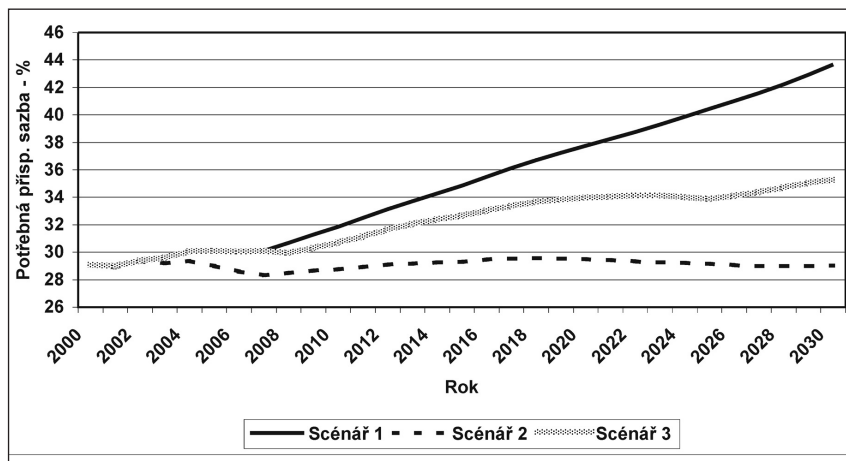
- Důchodový věk se bude zvyšovat na 65 let pro muže i ženy do roku 2025.
- Důchody se budou zvyšovat tak, aby byla zachována relace důchodu ke mzdě, tzn. na úrovni 45 %. V důsledku generační směny<sup>1</sup> lze toho zhruba dosáhnout valorizací důchodů plně podle cen a o 3/4 růstu reálné mzdy.

**Tabulka 3.11:**

ROK	Meziroční růst		Nezaměstnanost	Cílová relace důchod mzda	Stanovená příspěvková sazba <sup>2)</sup>	Úspěšnost výběru pojistného (podíl předepsaného a vybraného pojistného v %)	Administrativní výdaje (% příjmů z pojistného)
	HDP reálně	Mzdy reálně					
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)		
2000	2,7	0,9	8,8	44,3	26,0	99,5	1,62
2001	3,0	2,1	8,4	44,3	26,0	97,3	1,81
2002	3,2	1,3	8,2	44,3	26,0	97,0	3,00
2003	3,5	1,8	7,9	44,3	26,0	97,0	3,00
2004	3,7	3,8	8,8	44,3	26,0	97,0	3,00
2005	4,0	3,8	8,6	44,3	26,0	97,0	3,00
2006	4,0	3,8	8,4	44,3	26,0	97,0	3,00
2007	4,0	3,8	8,2	44,3	26,0	97,0	3,00
2008	4,0	3,8	8,0	44,3	26,0	97,0	3,00
2009	4,0	3,8	7,8	44,3	26,0	97,0	3,00
2010	4,0	3,8	7,6	44,3	26,0	97,0	3,00
2011	3,0	3,4	7,4	44,3	26,0	97,0	3,00
2012	3,0	3,4	7,2	44,3	26,0	97,0	3,00
2013	3,0	3,4	7,0	44,3	26,0	97,0	3,00
2014	3,0	3,4	6,8	44,3	26,0	97,0	3,00
2015	3,0	3,4	6,5	44,3	26,0	97,0	3,00
2016	3,0	3,4	6,5	44,3	26,0	97,0	3,00
2017	3,0	3,4	6,5	44,3	26,0	97,0	3,00
2018	3,0	3,4	6,5	44,3	26,0	97,0	3,00
2019	3,0	3,4	6,5	44,3	26,0	97,0	3,00
2020	1,3	1,9	6,5	44,3	26,0	97,0	3,00
2021	1,3	1,9	6,5	44,3	26,0	97,0	3,00
2022	1,3	1,9	6,5	44,3	26,0	97,0	3,00
2023	1,3	1,9	6,5	44,3	26,0	97,0	3,00
2024	1,3	1,9	6,5	44,3	26,0	97,0	3,00
2025	1,3	1,9	6,5	44,3	26,0	97,0	3,00
2026	1,3	1,9	6,5	44,3	26,0	97,0	3,00
2027	1,3	1,9	6,5	44,3	26,0	97,0	3,00
2028	1,3	1,9	6,5	44,3	26,0	97,0	3,00
2029	1,3	1,9	6,5	44,3	26,0	97,0	3,00
2030	1,3	1,9	6,5	44,3	26,0	97,0	3,00
<b>Průměrný roční vývoj v období 2000–2030 (%):</b>							
<b>Reálný HDP</b>					2,6		
<b>Reálné mzdy</b>					2,7		
<b>Reálného objemu vyměřovacích základů pojistného</b>					2,3		



**Graf 3 Vývoj příspěvkové sazby potřebné na krytí výdajů při různých scénářích vývoje**



Graf převzat z MPSV

Graf 3 ukazuje, jaký by musel být vývoj příspěvkové sazby potřebné pro udržení systému důchodového pojištění ve finanční rovnováze.

Graf ukazuje, že při respektování scénáře 1 (zvyšování důchodového věku podle platné právní úpravy a zachování poměru důchodu k hrubé mzdě na úrovni 45 %) by se příspěvková sazba musela do roku 2030 zvýšit z dnešních 26 % na 44 %.

Při respektování scénáře 2 (zvyšování důchodového věku podle platné právní úpravy a valorizace důchodů pouze podle indexu cen) by příspěvková sazba mohla zůstat zhruba na dnešní úrovni (vzrostla by jen asi na 29 %). Ovšem relace průměrného důchodu k průměrné hrubé mzdě by se podstatně snížila – z dnešních 45 % na cca 29 %.

Při respektování scénáře 3 (zvyšování důchodového věku do roku 2025 na 65 let pro muže i ženy) by byla finanční rovnováha důchodového systému zajištěna příspěvkovou sazbou 35 %.

Tabulka 3.12 ukazuje vývoj příspěvkové sazby a relace důchod / mzda podle prvního scénáře. Tabulka 3.13 pak ukazuje tento vývoj podle třetího scénáře.

**Tabulka 3.12:**  
**Věková hranice se zvyšuje podle zákona 155/1995 Sb.**

ROK	Výdaje	Potřebná příspěv- ková sazba	Rozdíl mezi příjmy a výdaji		Relace důchod/ mzda	Počet důchodců/ počet pojištěnců
	(% HDP)	(%) <sup>x)</sup>	(%HDP)	(%) <sup>x)</sup>	(%)	(%)
2000	9,7	29,1	-1,0	3,1	44,3	54,4
2001	9,7	29,6	-1,2	3,6	44,3	54,7
2002	9,7	30,2	-1,4	4,2	44,3	54,9
2003	9,7	30,4	-1,4	4,4	44,3	55,4
2004	9,9	30,9	-1,6	4,9	44,3	56,3
2005	10,0	30,9	-1,6	4,9	44,3	56,4
2006	10,0	30,9	-1,6	4,9	44,3	56,3
2007	10,0	30,9	-1,6	4,9	44,3	56,4
2008	10,2	31,5	-1,8	5,5	44,3	57,5
2009	10,4	32,1	-2,0	6,1	44,3	58,7
2010	10,5	32,7	-2,2	6,7	44,3	59,8
2011	10,8	33,4	-2,4	7,4	44,3	61,0
2012	11,0	34,0	-2,6	8,0	44,3	62,2
2013	11,2	34,6	-2,8	8,6	44,3	63,3
2014	11,4	35,2	-3,0	9,2	44,3	64,4
2015	11,6	35,8	-3,2	9,8	44,3	65,4
2016	11,7	36,5	-3,4	10,5	44,3	66,6
2017	11,9	37,1	-3,6	11,1	44,3	67,8
2018	12,0	37,7	-3,7	11,7	44,3	68,8
2019	12,2	38,3	-3,9	12,3	44,3	69,8
2020	12,3	38,8	-4,1	12,8	44,3	70,7
2021	12,5	39,3	-4,2	13,3	44,3	71,6
2022	12,6	39,8	-4,4	13,8	44,3	72,5
2023	12,7	40,4	-4,5	14,4	44,3	73,5
2024	12,9	41,0	-4,7	15,0	44,3	74,6
2025	13,1	41,6	-4,9	15,6	44,3	75,6
2026	13,2	42,1	-5,1	16,1	44,3	76,6
2027	13,4	42,7	-5,2	16,7	44,3	77,6
2028	13,5	43,4	-5,4	17,4	44,3	78,8
2029	13,7	44,1	-5,6	18,1	44,3	80,0
2030	13,8	44,9	-5,8	18,9	44,3	81,3

x) V procentech objemu vyměřovacích základů pro pojistné.

**Tabulka 3.13:**  
**Věková hranice se zvyšuje do roku 2025 na 65 let pro muže i ženy**

ROK	Výdaje	Potřebná příspěv- ková sazba	Rozdíl mezi příjmy a výdaji		Relace důchod/ mzda	Počet důchodců/ počet pojištěnců
	(% HDP)		(%) <sup>x)</sup>	(% HDP)		
2000	9,7	29,1	-1,0	3,1	44,3	54,4
2001	9,7	29,6	-1,2	3,6	44,3	54,7
2002	9,7	30,2	-1,4	4,2	44,3	54,9
2003	9,7	30,4	-1,4	4,4	44,3	55,4
2004	9,9	30,9	-1,6	4,9	44,3	56,3
2005	10,0	30,9	-1,6	4,9	44,3	56,4
2006	10,0	30,9	-1,6	4,9	44,3	56,3
2007	10,0	30,9	-1,6	4,9	44,3	56,4
2008	10,1	30,7	-1,6	4,7	44,3	56,2
2009	10,2	31,1	-1,7	5,1	44,3	56,9
2010	10,3	31,6	-1,8	5,6	44,3	57,7
2011	10,4	32,0	-2,0	6,0	44,3	58,5
2012	10,6	32,5	-2,1	6,5	44,3	59,4
2013	10,7	32,9	-2,3	6,9	44,3	60,2
2014	10,8	33,3	-2,4	7,3	44,3	60,7
2015	10,9	33,5	-2,4	7,5	44,3	61,2
2016	11,0	33,9	-2,6	7,9	44,3	61,9
2017	11,1	34,3	-2,7	8,3	44,3	62,6
2018	11,2	34,6	-2,8	8,6	44,3	63,2
2019	11,3	34,9	-2,9	8,9	44,3	63,6
2020	11,3	35,0	-2,9	9,0	44,3	63,9
2021	11,4	35,2	-3,0	9,2	44,3	64,2
2022	11,5	35,4	-3,1	9,4	44,3	64,5
2023	11,6	35,5	-3,1	9,5	44,3	64,7
2024	11,7	35,5	-3,1	9,5	44,3	64,7
2025	11,7	35,5	-3,1	9,5	44,3	64,6
2026	11,8	35,8	-3,2	9,8	44,3	65,2
2027	12,0	36,2	-3,4	10,2	44,3	65,9
2028	12,1	36,7	-3,5	10,7	44,3	66,8
2029	12,3	37,2	-3,7	11,2	44,3	67,7
2030	12,4	37,6	-3,8	11,6	44,3	68,4

x) V procentech objemu vyměřovacích základů pro pojistné.

Je-li možné důvěřovat prognózám ohledně budoucího vývoje HDP, reálných mezd a demografických parametrů, pak tyto scénáře mohou sloužit jako prognóza cílové příspěvkové sazby, která by zajišťovala finanční rovnováhu našeho průběžně financovaného důchodového pojištění, a to i přes dlouhodobě se zhoršující demografickou strukturu. Problémem obou scénářů je politická „průchodnost“ zvyšování příspěvkové sazby na 45 % resp. 35 % (při zvýšení důchodového věku na 65 let).

Jak naznačují výše uvedené prognostické scénáře, problémem průběžně financovaných důchodových systémů v období „stárnutí“ obyvatelstva ve skutečnosti není finanční rovnováha jako taková, ale *politická průchodnost* zvyšování příspěvkové sazby resp. zvyšování věku odchodu do důchodu.

Je to právě obava z politicky nepopulárních kroků v rámci veřejnoprávního důchodového systému, která v zemích se zhoršující se demografickou strukturou obyvatelstva dala podnět k diskusím o reformách těchto důchodových systémů. Je přitom charakteristické, že dokud se demografická struktura obyvatelstva nezhoršovala, diskuse na téma reformy veřejnoprávních důchodových systémů nebyly v politických kruzích „na pořadu dne“, protože politikové nestáli před nutností činit nepopulární rozhodnutí o zvyšování věku odchodu do důchodu nebo o zvyšování pojistného na důchodové zabezpečení.

Přístup k reformě důchodového systému je v principu dvojitý. První přístup požaduje zachování veřejnoprávního a průběžně financovaného systému a chce pouze dílčí úpravy stávajícího systému (tedy v podstatě jeho „kosmetickou reformu“). Takový přístup zastává i vláda sociální demokracie u nás. Dále navrhuje větší podporu pro „kolektivní“ penzijní připojištění na bázi zaměstnaneckých penzijních fondů. Tyto fondy by ovšem měly v představovat jen doplněk k „základnímu pilíři“, kterým by i nadále mělo zůstat veřejnoprávní průběžně financované důchodové pojištění. Tímto směrem se zatím vydává Švédsko.

Druhý přístup požaduje radikálnější reformu důchodového systému – postupný odklon od průběžně financovaného důchodového pojištění k fondově financovanému penzijnímu pojištění (popřípadě k nějaké formě penzijního spoření), které by se nakonec mělo stát „hlavním pilířem“ důchodového systému. Tyto typy reformy podporuje

Světová banka. V Chile a v některých dalších zemích Latinské Ameriky již došlo k úplnému nebo částečnému přechodu od průběžně financovaných státních důchodových systémů k soukromým penzijním fondům. K částečné transformaci tohoto typu dochází v Polsku, v Maďarsku a v některých zemích bývalého Sovětského svazu. Ve Švýcarsku již delší dobu fungují povinné penzijní fondy.

Základním rozdílem mezi veřejnoprávními průběžně financovanými důchodovými systémy na jedné straně a soukromými fondovými systémy důchodového pojištění na straně druhé tedy není to, že by jedny trpěly vnitřně chronickou finanční nerovnováhou a potácely se na okraji finančního kolapsu či bankrotu, zatímco ty druhé jsou vnitřně finančně stabilní. Základní rozdíl mezi oběma typy důchodových systémů je v tom, kdo rozhoduje o základních parametrech, tj. o výši důchodů a o důchodovém věku. Průběžně financované veřejnoprávní důchodové systémy činí jak z výše důchodů tak i z věku odchodu do důchodu politickou záležitost. Jsou to témata, o která se vedou politické spory a která figurují ve volebních programech politických stran. Na rozdíl od toho ve fondově financovaných soukromých důchodových systémech je jak výše důchodu tak i věk odchodu do důchodu záležitostmi nikoli politické volby nýbrž soukromé volby občanů – pojištěnců samotných.

## 4. Transformace průběžně financovaného důchodového systému na systém penzijních fondů

---

### 4.1 Mezigenerační solidarita nebo vlastní odpovědnost?

Odpůrci *průběžně financovaných důchodových systémů*, kteří požadují jejich transformaci na *systémy penzijních fondů*, používají dva hlavní argumenty. Prvním argumentem je, že průběžně financované důchodové systémy spějí k fundamentální finanční nerovnováze v době, kdy dochází k nepříznivému vývoji demografické struktury obyvatelstva (obyvatelstvo „stárne“). Mluví se o „časované fiskální bombě“, a blížícím se neodvratným bankrotu průběžně financovaných důchodových systémů. Již jsme naznačili, že tento argument není příliš silný a lze jej spíše změnit v argument problematické politické průchodnosti zvyšování příspěvkových sazeb pojistného – pojistné v průběžně financovaném důchodovém systému totiž plátcí pojistného logicky vnímají jako daň (ekonomicky vzato se skutečně jedná o daň).

Druhý argument, používaný ve prospěch privatizace či transformace veřejnoprávního průběžně financovaného důchodového systému v systém na bázi soukromých penzijních fondů, je mnohem hlubší a zásadnější. Člověk, spořící na stáří na svůj vlastní účet, rozhoduje sám o sobě, rozděluje svůj celoživotní důchod mezi léta mládí a léta stáří, jeho úspory jsou investovány prostřednictvím finančních trhů a důchodový systém se tím v rozhodující (i když ne v plné) míře vymaňuje z politického rozhodování. Veřejná (politická) volba je nahrazena soukromou (tržní) volbou. Podle našeho mínění je toto tím zásadním argumentem, který hovoří ve prospěch transformace veřejnoprávních průběžně financovaných důchodových systémů na soukromé penzijní fondy.

Průběžně financované veřejnoprávní či státní důchodové systémy jsou založeny na zásadně nesprávné myšlence ohledně lidského chování. Ničí základní vazby mezi úsilím člověka a jeho odměnou a potlačují pocit odpovědnosti člověka za své stáří a za sebe sama vůbec. Do značné míry ničí přirozené mezigenerační vazby mezi lidmi v ro-

dině, protože potlačují u dětí a vnuků pocit odpovědnosti za hmotné zabezpečení svých rodičů a prarodičů ve stáří. Mladá generace si osvojuje pocit, že odpovědnost za jejich rodiče a prarodiče má stát – vždyť ti celý život přispívali do státního důchodového systému, tak at se o ně ve stáří stát postará, mají na to *nárok*. Podobně smýšlí generace lidí důchodového věku. Proč by se měli obracet o solidární podporu ke svým vlastním dětem a vnukům, když se o ně má postarat stát – mají na to přece *nárok*. „Stát“ jsou v tomto případě všichni ekonomicky aktivní obyvatelé státu, platící důchodové pojištění, kteří jsou tímto způsobem „solidární“ s celou generací důchodců. Tomu se říká *mezigenerační solidarita*. Tato *anonymní mezigenerační solidarita* (solidarita neznámých lidí s neznámými lidmi) pak do velké míry nahrazuje (lépe řečeno potlačuje) *přirozenou solidaritu* v rámci rodiny. Ačkoli jsou tyto věci zřejmé, známé a málokdo by je popíral, obhájci státních průběžně financovaných důchodových systémů je většinou odbývají poukazem na to, že mezigenerační solidarita, ztělesněná průběžně financovaných důchodovým systémem, „doplňuje“ přirozenou solidaritu v rámci rodiny, a odmítají vidět, že ji ve skutečnosti do velké míry potlačuje. Jinak řečeno, obhájci průběžně financovaných důchodových systémů jsou přesvědčeni, že mezigenerační solidarita v rámci společnosti a přirozená solidarita v rámci rodiny se doplňují (nikoli navzájem potlačují), že základem vyspělé a humánní společnosti je mezigenerační solidarita ztělesněná v průběžně financovaném důchodovém systému a že fondově pojaté důchodové systémy jsou pouze vhodným *doplňkem*, zatímco státem garantovaný průběžně financovaný důchodový systém je *základem*. Právě s tímto pohledem na svět bychom chtěli vést zásadní polemiku.

## 4.2 Zkušenosti Chile

Sledujme nyní hlavní argumenty obhájců fondových systémů a ukažme si výhody (a nevýhody) těchto systémů na příkladu Chile, která jako jediné provedla zásadní a úplnou reformu průběžně financovaného státního důchodového systému na systém soukromých penzijních fondů. Zastánci soukromých penzijních fondů hovoří o této události obvykle jako o *privatizaci sociálního zabezpečení*.

V roce 1924 Chile, jako první země na západní polokouli, zavedla státní důchodový systém – Servicio de Seguro Social (službu sociál-

ního zabezpečení). Tento průběžně financovaný důchodový systém byl až do roku 1981 základem důchodového zabezpečení pro většinu Chileňů. Důchodový systém, jak se dalo očekávat, nevykazoval finanční deficit, dokud se demografická situace země nezačala zhoršovat. Podíl počtu pojištěnců k počtu důchodců se postupně snižoval z 10,8 % v roce 1960 na 4,4 % v roce 1970 a na 2,2 % v roce 1980. Již v roce 1970 dosáhl implicitní dluh důchodového systému 100 % hrubého domácího produktu a vláda byla nucena zvýšit příspěvkovou pojistnou sazbu z 16 % na 26 %. V roce 1978 vláda zvýšila věk odchodu do důchodu pro muže na 65 let a pro ženy na 60 let.

V listopadu roku 1980 schválila chilská vláda zákon o ustavení systému penzijních fondů. Tento zákon byl počátkem dalekosáhlé reformy chilského důchodového systému, která nehradila průběžně financovaný a státem spravovaný systém důchodového zabezpečení systémem soukromých penzijních fondů a povinnou účastí pojištěnců. Architektem reformy byl tehdejší ministr práce a sociálních věcí *José Pinera*.

Podstatou nového důchodového systému v Chile je povinné penzijní spoření do některého ze soukromých penzijních fondů. Penzijní spoření je dnes povinné pro zaměstnance, kteří začali pracovat po roce 1983, a dobrovolné pro osoby samostatně výdělečně činné. Zaměstnanci, kteří vstoupili do pracovního poměru před rokem 1983, měli možnost volby: zůstat ve starém průběžně financovaném státním důchodovém systému nebo přestoupit do některého ze soukromých penzijních fondů.

Zaměstnanci jsou povinni ukládat minimálně 10 % mzdy, nepřesahující 22 300 USD ročně. Tento povinný základ pro stanovení deseti-procentního minimálního vkladu na penzijní účet nebyl za posledních dvacet let valorizován, takže *povinný* příspěvek pojištěnce do penzijního fondu od té doby (vzhledem k podstatnému nárůstu reálných mezd) *reálně* již značně poklesl. Povinné příspěvky na penzijní účet jakož i úroky z nich jsou daňově odečitatelné. Zaměstnanec může dobrovolně navíc ukládat dalších 10 % z výše uvedeného mzdového základu, které jsou rovněž daňově odečitatelné. Navíc zaměstnavatelé mohou také posílet příspěvky na penzijní účty svých zaměstnanců a tyto jsou pro zaměstnavatele daňově odečitatelné. Osoby samostatně výdělečně činné (na rozdíl od zaměstnanců) mohou spořit na penzijní účty dobrovolně.



Pojištěnec si může vybrat soukromý penzijní fond, do kterého chce ukládat své příspěvky. Tyto fondy jsou spravovány soukromými společnostmi – správci penzijních fondů (administradoras de fondos de pensiones, AFP). Tyto společnosti jsou podřízeny poměrně silné regulaci státu. Zejména jsou povinny diversifikovat svá portfolia způsobem, které snižuje riziko jejich úpadku na minimum. Nad činností těchto společností a jejich penzijních fondů dohlíží vládní orgán – Dohled nad AFP. Vstup na trh soukromého penzijního pojištění je otevřený, a to dokonce i pro zahraniční investory. Vláda neomezuje počet AFP, pouze je reguluje zákonnými omezeními. Správci penzijních fondů investují do cenných papírů – akcií a obligací, přičemž musí dodržovat zákonné limity jak na procentní poměr akcií ve svém portfoliu tak i na procentní podíly cenných papírů jednotlivých firem. K této otázce se ještě vrátíme.

Správce penzijních fondů (AFP) a penzijní fond jsou oddělené právnické osoby, což v praxi znamená, že zkrachuje-li správce fondu, fondy a jejich aktiva tím nejsou dotčeny. Tím jsou pojištěnci chráněni před znehodnocením svých penzijních úspor.

Správce penzijních fondů si může za své služby účtovat měsíční fixní poplatek (ten se dnes pohybuje v rozmezí od nuly do 2,11 USD) a variabilní poplatek vyjádřený procentem zaměstnancova zdanitelného důchodu (ten se dnes pohybuje v rozmezí od 2,49 % do 2,95 %).

Pojištěnec může vybrat fond a může také své penzijní úspory převést do jiného fondu, pokud se k tomu rozhodne. Díky tomu je mezi společnostmi, spravujícími penzijní účty, silná konkurence, která je nutí poskytovat co nejkvalitnější služby za co nejnižší poplatky. Majitel penzijního účtu dostává penzijní knížku a každý měsíc je průběžně informován o stavu a pohybu svého účtu. Účet je pochopitelně jeho majetkem. Věk odchodu do důchodu přestává být politickým problémem, protože každý majitel penzijního účtu sám rozhoduje o okamžiku, kdy chce do důchodu odejít a začít čerpat své penzijní úspory. Tím je dán prostor pro uplatnění individuální volby a individuálních preferencí, jaký nemůže nikdy existovat ve státních průběžně financovaných důchodových systémech.

Zákon stanovuje minimální výši důchodu. Pojištěnec, který přispíval na svůj účet minimálně 20 let a který během důchodového věku účet vyčerpal, dostává od státu minimální důchod, který je fakticky

sociální dávkou. Avšak ten, kdo nespořil 20 let, dostává sociální důchod značně nižší.

Povinný příspěvek odváděný na penzijní účet je, jak bylo řečeno, 10 % mzdy. Při 4 % reálném čistém výnosu (úroku) a při odchodu do důchodu v 65 letech činí výše důchodu člověka, který spořil celý život, 70 % jeho průměrné mzdy. Průměrný čistý výnos penzijních fondů však dnes již přesahuje 11 %, takže důchody jsou podstatně vyšší.

Zákonný věk odchodu do důchodu je v Chile stále 65 let u mužů a 60 let u žen. Avšak po přechodu na systém povinného penzijního spoření má tento „zákonný“ důchodový věk jiný význam než v průběžně financovaném důchodovém systému. Předně, člověk může pokračovat v zaměstnání i po překročení tohoto věku (pak již nemusí povinně spořit) a přitom normálně pobírá důchod ze svého naakumulovaného penzijního vkladu, aniž by se mu jeho důchod jakkoli „krátil“. Na druhé straně, člověk může odejít do důchodu kdykoli před dosažením 65 let (resp. 60 let u žen), jakmile splnil dvě podmínky: má na svém penzijním účtu naspořenou „rozumnou“ částku, která je definována jako 50 % průměrné mzdy za posledních 10 let, a částka na jeho účtu je vyšší než 110 % zákonného minimálního důchodu. Ovšem ten, kdo nenaspořil na svém penzijním účtu dostatečný obnos a bude odkázán na státní minimální důchod, nemůže odejít do důchodu (nemá nárok na minimální důchod) před dosažením zákonného důchodového věku.

Po odchodu do důchodu si majitel penzijního účtu může vybrat mezi několika možnostmi, jak naložit se svým penzijním účtem:

1. Může si za něj koupit doživotní anuitu od některé soukromé životní pojišťovny, což mu zajistí konstantní doživotní důchod valorizovaný podle inflace (plus dávky pro jeho pozůstalé, kteří jsou na něm existenčně závislí).
2. Může svůj penzijní vklad ponechat u svého správce fondu a dostávat plánované výplaty, jejichž výše je omezena věkem dožití pojištěnce a na něm existenčně závislých osob. V případě, že po jeho smrti není ještě jeho penzijní účet vyčerpán, stává se zůstatek penzijního účtu předmětem dědictví.
3. Může obě výše uvedené možnosti kombinovat.

Ve všech třech výše uvedených případech čerpání penzijního účtu platí, že pokud má pojištěnec na svém penzijním účtu v době odchodu do důchodu vyšší částku, než jaká odpovídá 120 % zákonného minimálního důchodu a 70 % poslední mzdy, může tento přebytek účtu vyzvednout jako jednorázovou částku.

Je jasné, že v tomto důchodovém systému neexistuje žádný „demografický problém“, charakteristický pro průběžně financované důchodové systémy. Důchody starších generací nejsou vypláceny z příspěvků mladších generací. Neexistuje zde žádná mezigenerační solidarita – a tudíž ani žádný mezigenerační problém vyplývající z měnění se poměru mezi počty důchodců a počty platících pojištěnců.

Je důležité zdůraznit individualistický a tržní charakter chilského penzijního systému. Správci penzijních fondů nejsou zaměstnavatelé, nejde tedy o žádné kolektivní penzijní fondy. Společnosti spravující penzijní fondy investují peněžní prostředky na finančních trzích do obchodovatelných cenných papírů, takže penzijní vklady mají každodenní tržní hodnotu vytvářenou finančními trhy. Jsou tudíž snadno přenositelné – když se majitel penzijního účtu rozhodne převést jej do jiného penzijního fondu, odnáší si známou tržní hodnotu svého vkladu. To je v zaměstnaneckých penzijních fondech mnohem obtížněji dosažitelné. Zaměstnanecké kolektivní penzijní fondy do značné míry „připoutávají“ zaměstnance k zaměstnavateli právě obtížnějším přenosem penzijního vkladu jinam. Trhy práce jsou pak méně flexibilní. Jako jedna z výhod chilského modelu soukromých penzijních fondů se uvádí právě flexibilita pracovních trhů.

Jedním z velkých problémů, kvůli kterému se mnoho zemí obává zavést důchodový systém na bázi osobních penzijních účtů, je transformace průběžně financovaného důchodového systému na fondový systém. Jakmile totiž začnou mladí lidé ukládat své penzijní úspory na své penzijní účty, vzniká problém, z čeho vyplácet důchody lidí, kteří jsou nebo brzy budou v důchodovém věku. Obava z velkého nárůstu státního dluhu je velká. Zastánci fondového důchodového systému sice tvrdí, že transformace pouze převede „implicitní dluh“ průběžně financovaného systému (dluh, který v tomto systému v budoucnu vznikne v důsledku zhoršující se demografické struktury) „explicitní dluh“. Jenže tento argument není příliš pádný. Jednak (jak jsme ukázali) průběžně financovaný důchodový systém nemusí nutně trpět žádným „implicitním dluhem“ (pokud je stát schopen odpovídajícím

způsobem zvyšovat příspěvkovou sazbu do systému), a jednak – implicitní (neviditelný) dluh je mnohem méně politicky i ekonomicky nebezpečný než explicitní dluh.

Podívejme se ale na zkušenosti Chile, která se s problémem transformace musela vypořádat. Chilská vláda stanovila pro transformaci průběžně financovaného systému na fondový systém následující pravidla.

1. Vláda zaručila lidem, kteří dostávali již důchody z průběžně financovaného systému, že tyto jejich důchody nebudou penzijní reformou vůbec dotčeny.
2. Každý zaměstnanec dostal na výběr, zda chce zůstat ve „starém“ průběžně financovaném důchodovém systému, nebo zda chce přejít do nového systému penzijních fondů. Účast pojištěnců, kteří již v minulosti začali přispívat do průběžně financovaného státního důchodového systému, v nově zakládaných soukromých penzijních fondech byla tedy dobrovolná. Ti, kteří se rozhodli opustit starý důchodový systém, dostali „uznávací dluhopis“, který potvrzoval hodnotu jejich dosavadních příspěvků do průběžně financovaného systému (a dokonce tuto hodnotu indexoval 4%-tní úrokovou mírou). Tento dluhopis mohl pojištěnec, který se rozhodl opustit průběžně financovaný systém, převést do soukromého penzijního fondu a získal tak okamžitě příslušnou částku na svůj osobní penzijní účet.
3. Všichni mladí lidé, kteří dosud nebyli v průběžně financovaném důchodovém systému a teprve vstupovali do zaměstnání, museli již vstoupit do nového systému a vybrat si některý ze soukromých penzijních fondů.
4. Hrubé mzdy byly předefinovány a přepočítány tak, že do nich byla zahrnuta větší část dosavadních částek pojistného, které platili za své zaměstnance zaměstnavatelé. Menší část těchto zaměstnavatelských příspěvků se změnila v *tranzitorní daň*, pomocí které vláda financovala náklady na přechod od průběžně financovaného k fondovému důchodovému systému. Tato daň se postupně snižovala až na nulu (s tím, jak se postupně snižovaly tranzitorní náklady vlády) a tím také klesly náklady zaměstnavatelů na pracovní sílu. Tímto způsobem konečně zanikla iluze, že do penzijního systému přispívají zaměstnanec i zaměst-

navatel. Ekonomicky vzato přispívá *pouze zaměstnanec*, protože agregátní nabídka práce je vysoce neelastická. Když zaměstnavatelů v průběžně financovaném důchodovém systému platí část pojistného za své zaměstnance, dochází tím k umělému zvýšení ceny práce, což má nepříznivé ekonomické dopady na efektivnost alokace práce a kapitálu.

K financování krátkodobých fiskálních nákladů, které vznikly v souvislosti s touto penzijní reformou (jedná se o problém výplat starých důchodů), používala chilská vláda několik zdrojů a metod:

1. Výnosy z privatizace státních podniků. Vláda rozhodla privatizovat důchodový systém ještě před privatizací státních podniků, což se ukázalo být velice moudré. Kdyby vláda nejprve privatizovala (jak k tomu došlo u nás a vlastně ve všech bývalých socialistických zemích, které uskutečňovaly masivní privatizaci), velmi pravděpodobně by utratila větší část výnosů z privatizace na jiné účely a na financování penzijní reformy by jí mnoho nezbylo. Takto byla pod tlakem financovat vznikající náklady penzijní reformy, takže velká část výnosů z privatizace šla právě na tento účel.
2. Již zmíněnou tranzitorní daň zaměstnavatelů. Povinné penzijní příspěvky zaměstnanců do nového systému soukromých fondů jsou totiž menší než celkové pojistné (zaměstnanců plus zaměstnavatelů), které museli platit v průběžně financovaném důchodovém systému. Rozdíl představovala právě tranzitorní daň, která byla použita ke krytí části rozpočtových nákladů spojených s reformou.
3. Zhruba 40 % rozpočtových nákladů bylo pokryto z emisí vládních dluhopisů (se 4 % úrokovou mírou). Vláda tyto dluhopisy prodávala převážně právě nově vznikajícím soukromým společnostem – správcům penzijních fondů. Vládní dluhopisy se tak staly (na počátku penzijní reformy) hlavní součástí portfolií těchto penzijních fondů.
4. Nutnost financovat transformaci důchodového systému představovala silný tlak na vládu, aby omezila zbytečné a nadměrné vládní výdaje v jiných oblastech veřejného sektoru.
5. Chile začala prožívat období dlouhodobého silného hospodář-

ského růstu. Zatímco dříve dosahovala země v dlouhém období růstu kolem 3 %, po hospodářských reformách prožívá růst v průměru 6,5 % ročně (během posledních cca 15 let). Část tohoto hospodářského růstu lze nepochybně připsat na vrub právě penzijní reformě. Hospodářský růst pochopitelně pomáhal překonávat rozpočtové výdaje spojené s transformací důchodového systému.

Již v prvním roce důchodové reformy přestoupila čtvrtina zaměstnanců ze starého průběžně financovaného důchodového systému do nového systému soukromých penzijních fondů. Dnes má již 95 % chilských zaměstnanců osobní penzijní účty v některém ze soukromých penzijních fondů. Účast osob samostatně výdělečně činných je nízká. Lze to však do značné míry vysvětlit tím, že tito lidé nechtějí příliš zveřejňovat své příjmy, a také tím, že jde o bohatší lidi, kteří mají lepší přístup k různým jiným finančním instrumentům a mohou si sami zvolit mezi různými kombinacemi rizik a výnosů (penzijní fondy jim takové možnosti nedávají, neboť jsou příliš regulované).

Na osobních penzijních účtech je dnes v Chile suma ekvivalentní 34 miliardám amerických dolarů a cca 42 % HDP. To je v rozvojové zemi se 14 miliony obyvatel ohromná suma vytvořeného domácího kapitálu. Jedná se přitom o dlouhodobý investiční kapitál, který jednak podporuje silný hospodářský růst země a jednak napomohl vytvoření a zdokonalení finančních institucí, které byly dříve v zemi nedokonale rozvinuté. Kapitálový trh se stal díky penzijním fondům větší, efektivnější a během následujících let se neustále a rychle zvětšoval. Dnes má Chile největší a nejlepší kapitálový trh v zemích Latinské Ameriky. Následující tabulky ukazují, jak rostl systém penzijních fondů od roku 1981 do roku 1999.

Růst kapitálového trhu podporoval vznik nových finančních instrumentů. Dalším vedlejším avšak velice důležitým důsledkem vzniku velkého finančního trhu byl vznik doprovodnému domácímu trhu oceňování rizik (risk-rating).

V Chile je dnes asi 15 velkých společností – správců penzijních fondů, které tvoří poměrně různorodou skupinu. Některé z nich jsou dceřinými společnostmi velkých bank nebo pojišťoven. Některé jsou svázány s odborovými svazy a jsou částečně vlastněny a řízeny za-

**Tabulka 4.1:**  
**Aktiva penzijních fondů, 1981–1999**

Rok	Aktiva penzijních fondů fondů na HDP (%)	Roční růst (%)	Podíl aktiv penzijních (mld USD)
1981	306		0,84
1982	971	217	3,29
1983	1757	81	5,86
1984	2324	32	7,73
1985	3201	38	10,03
1986	4184	31	12,67
1987	5130	23	14,20
1988	6280	22	14,97
1989	7743	23	17,65
1990	10255	32	24,21
1991	14503	41	31,37
1992	16160	11	30,56
1993	20770	29	37,02
1994	25067	21	40,99
1995	26646	6	38,76
1996	28236	6	39,45
1997	30863	9	40,60
1998	31146	4	42,00
1999	34193	10	NA

*Pramen: Rodríguez 1999*

měšťnanci. Některé jsou ve spoluvlastnictví zahraničního kapitálu. Několik z těchto velkých společností mají vlastní akcie obchodovatelné na chilské burze. Koncentrace v tomto odvětví je značná: tři největší společnosti-správci penzijních fondů obhospodařují 70 % všech penzijních účtů v zemi a 62 % celkových aktiv (rok 1998).

Impozantní jsou důsledky nového důchodového systému v Chile na výši důchodů. *Reálné* výnosy penzijních fondů daleko předčily vládou očekávaná 4 % a dosahují v průměru 11,3 %. Starobní penze jsou značně vyšší než jaké byly v průběžně financovaném důchodovém systému. Průměrný účastník penzijního spoření dostává důchod ve výši 78 % (!) svého průměrného výdělků za posledních deset let svého výdělečně činného života. Jak jsme se již zmínili, pojištěnec si po odchodu do důchodu může ze svého penzijního účtu vybrat částku, která

**Tabulka 4.2:**  
**Počet penzí vyplácených z penzijních fondů, 1982–1997**

Rok	Starobní	Předčasné starobní	Plné invalidní	Částečné invalidní	Vdovské	Sírotčí	Ostatní	Celkem
1982			791		1108	2566		4465
1983	393		2272		2521	5821	164	11 171
1984	1730		4058		4340	9665	292	20 085
1985	2647		729		5872	11 768	410	26 426
1986	4835		7979		7740	14 539	572	35 665
1987	7980		10 620		9797	16 847	671	45 915
1988	11 819	772	12 786		11 506	18 669	814	56 366
1989	17 129	2824	14 388		14 245	19 798	1051	69 435
1990	23 876	5790	15 777		17 214	23 079	1325	87 061
1991	30 141	15 673	15 479		20 472	29 414	1621	112 800
1992	35 763	26 054	15 404	32	22 810	29 262	1805	131 130
1993	43 089	37 521	15 189	107	25 848	31 450	2122	155 326
1994	51 440	53 355	15 265	800	29 965	34 616	2544	187 985
1995	55 591	69 537	16 760	1216	32 279	36 107	2863	214 353
1996	61 374	80 576	17 864	1441	35 516	38 468	3252	238 491
1997	67 405	94 116	18 917	1626	38 792	41 097	3648	265 601

*Pramen: Rodríguez 1999*

přesahuje sumu nutnou k vyplácení důchodu ve výši 70 % jeho výdělků. Kdyby se tyto jednorázově vybírané částky připočetly k vypláceným průměrným důchodům, pak by výše průměrného důchodu v Chile dosáhla téměř 84 % průměrné mzdy. Po patnácti letech fungování fondového penzijního systému jsou starobní důchody v Chile o 50 % až 100 % vyšší než jaké byly v průběžně financovaném důchodovém systému.

Zajímavým důsledkem fondového penzijního systému je, že penzijní systém byl „odpolitizován“. Dnes politické strany v Chile nemohou získávat voliče na sliby, že zvýší důchody. Důchody se staly záležitostí soukromotržních rozhodování a přestaly být zdrojem politické manipulace a demagogie, jak to vidíme v zemích, kde existují průběžně financované státní důchodové systémy. To znamená přenesení značné části moci z rukou politiků do rukou soukromých rozhodování lidí, tedy zvýšení osobní svobody. Vláda si ale může také oddechnout, protože důchodový systém přestává pro ni být noční mů-



rou. Rostoucí deficity průběžně financovaných důchodových systémů staví vládu před politicky nepopulární nutnost zvyšovat daně (protože pojištění v průběžně financovaném důchodovém systému vnímají zaměstnanci i jejich zaměstnavatelé fakticky jako daň).

Kromě toho zaměstnanci mají dnes v Chile mnohem silnější vztah k prosperitě soukromého sektoru jako takového, neboť soukromý sektor je fakticky zdrojem jejich výnosů na penzijních účtech. Člověk, který uplatňuje „třídní pohled“ na společnost, by musel říci, že tím dochází k otupení „třídních rozporů“. Dělníkům penzijní účet je jeho *aktivem*, které mu přináší výnos. Pro většinu chilských dělníků jsou jejich penzijní účty *jedíným* aktivem, které stojí za řeč – žádný jiný majetek možná nemají. Dnes však i zcela nemajetní dělníci mají silný „vlastnický vztah“ (prostřednictvím svých penzijních účtů) k penzijním fondům. Tím se vytváří ve společnosti silný a provázaný systém vlastnických práv. Prakticky to ale znamená, že dělníci by dnes sotva dali ve volbách podporu politickým stranám, které by prosazovaly politický program ve svých důsledcích snižující výnosnost soukromých firem – vždyť cenné papíry soukromých firem představují portfolia penzijních fondů a snížení výnosnosti soukromého kapitálu by se tímto způsobem nemohlo nepromítnout v konečném důsledku do snížení starobních penzí! Dělníci sledují, co se děje na burze, protože pohyby akciových indexů mají bezprostřední vztah k výši jejich budoucích důchodů a tedy k tomu, jak budou prožívat své stáří. Dělníci mají zcela nový pocit, že jsou vlastníci části národního hospodářství, a to nikoli prostřednictvím vlády ani prostřednictvím odborů ale prostřednictvím svých vlastních penzijních účtů. To je zcela nový společensko-ekonomický fenomén, který v zemích s průběžně financovanými důchodovými systémy pochopitelně neexistuje.

Velmi důležitým společenským důsledkem nového penzijního systému v Chile je nově vzniklý silný pocit odpovědnosti za své vlastní stáří. Vědí, že se vyplatí investovat do svého zdraví a vzdělání, protože budou-li v mladším věku málo vydělávat, budou mít tenčí vklady na svých penzijních účtech a v důsledku toho budou mít ve stáří nižší důchod. Ti, kdo málo vydělávají, nejsou již „solidárně“ kompenzováni těmi, kdo vydělávají více, tak jak je to obvyklé ve státních a průběžně financovaných důchodových systémech. Kdo nenaspoří dost velkou sumu na svůj penzijní účet, dostává od státu pouze minimální důchod mající charakter sociální dávky. Chilští občané jsou si

vědomi, že budou mít ve stáří právě tolik peněz, kolik si jich v mládí naspoří. Chilská zkušenost potvrzuje, že obnovení silné vazby mezi vlastním úsilím a vyšší hmotného zabezpečení ve stáří mění chování lidí ve prospěch větší spořivosti – v Chile došlo ke zvýšení míry úspor z 10 % v roce 1970 na 25 % v roce 1999 (!).

Role státu v systému soukromých penzijních fondů je omezená, ale důležitá. Lze ji shrnout v následujících bodech:

1. Vláda uděluje autorizace správcům penzijních fondů.
2. Vláda vykonává dohled nad činností správců penzijních fondů. Dohlíží zejména na dodržování jejich kapitálové přiměřenosti a ukazatelů likvidity.
3. Vláda stanoví obecná investiční pravidla pro správce penzijních fondů a dohlíží, aby je správci penzijních fondů při svém investování respektovaly.
4. Vláda poskytuje zákonem stanovený minimální důchod těm, kteří z různých důvodů nebyli schopni naspořit dostatečnou částku na svém penzijním účtu. Obdobně poskytuje vláda minimální důchod osobám finančně závislým (vdovám, sirotkům) v případě, kdy po úmrtí majitele penzijního účtu není již na účtu dost peněz na výplaty důchodů těmto osobám.
5. Vláda garantuje penzijní vklady. Aby snížila morální hazard, který z této garance může vyplývat, stanoví zároveň centrální banka správcům penzijních fondů jistá procentní omezení na investice do jednotlivých typů cenných papírů. Až do roku 1985 nesměly penzijní fondy vůbec investovat do akcií korporací. Teprve od roku 1990 mohou chilské penzijní fondy nakupovat zahraniční cenné papíry a obyčejné akcie korporací. Na druhé straně ale chilská vláda (na rozdíl třeba od mexické vlády) nikdy nenutila fondy investovat do vládních obligací. Následující tabulka ukazuje některá investiční omezení chilských penzijních fondů.

Kromě toho vláda stanoví další pravidla, týkající se výnosů správců penzijních fondů. Správce penzijních fondů musí každý rok zajistit, aby výnos jeho penzijních fondů dosahoval alespoň nižšího z následujících dvou spodních limitů: buď průměrného reálného výnosu všech fondů za posledních 12 měsíců minus dva procentní body, nebo poloviny průměrného výnosu všech penzijních fondů za po-

**Tabulka 4.3:****Státem stanovená procentní omezení správcům chilských penzijních fondů (v procentech z celkové hodnoty aktiv fondu)**

<b>Finanční aktiva</b>	<b>Omezení stanovená centrální bankou Chile (%)</b>
Vládní obligace	50
Termínované vklady	50
Cenné papíry garantované finančními institucemi	50
Dluhopisy finančních institucí	50
Veřejně obchodovatelné akcie korporací	37
Převoditelné dluhopisy	10
Akcie nemovitostních společností	–
Akcie nemovitostních investičních fondů	–
Komerční cenné papíry	10
Zahraniční finanční instrumenty	20
Hedgingové finanční instrumenty	20
Ostatní obchodovatelné finanční instrumenty	1

*Pramen: Rodríguez 1999*

sledních 12 měsíců. Pokud výnosy daného fondu přesahují nižší z uvedených dvou limitů, může být přesahující částka dána do rezervy, z níž lze čerpat v případech, kdy výnosnost fondu „spadne“ pod uvedené hranice.

Tabulka shrnuje základní charakteristiky chilského systému soukromých penzijních fondů.

Ačkoli je průměrná míra výnosu penzijních fondů poměrně vysoká, je také dosti volatilní, jak ukazuje následující tabulka. Mezi roky 1981 a 1999 se průměrná reálná míra výnosu penzijních fondů pohybovala mezi maximem 28,8 % a minimem – 2,5 %.

„Chilský experiment“ vyvolal nejen vlnu zájmu v ekonomických a politických kruzích o tuto penzijní reformu, ale od té doby Chile následovaly další země v zavádění podobné penzijní reformy. K transformaci důchodového systému více méně po vzoru Chile došlo v Mexiku, Bolívii, Salvadoru, Peru, Kolumbii, Argentině a Uruguayi. Mexiko – země s dlouhou a silnou tradicí státního paternalismu – transformovalo svůj státní průběžně financovaný důchodový systém na systém soukromých penzijních fondů v roce 1997. Mexický za-

**Tabulka 4.4:**  
**Základní charakteristiky chilského systému soukromých penzijních fondů**

<b>Povinné / dobrovolné penzijní spoření</b>	<b>Povinné</b>
Paralelní veřejný důchodový systém	Ne
Příspěvková sazba (% ze mzdy)	10 %
Možnost dobrovolných příspěvků	Ano
Příspěvky vlády	Ne
Možnost dodatečného penzijního spoření	Ano
Invalidní a pozůstalostní penze	Ano
Předčasný odchod do důchodu	Ano
Kolik fondů spravuje jeden správce	1
Investiční limity	Ano
Garantovaný minimální výnos	Ano
Zákonná rezerva fondů	Ano
Počet správců fondů	8 (r.1999)
Počet přispěvatelů do penzijních fondů	2 619 616 (r.1998)
Reálná průměrná míra výnosu fondů	11 % (za léta 1981–1998)

<b>Rok</b>	<b>Míra výnosu (%)</b>
1981	12,6
1982	28,8
1983	21,3
1984	3,5
1985	13,4
1986	12,3
1987	5,4
1988	6,4
1989	6,9
1990	15,5
1991	29,7
1992	3,1
1993	16,2
1994	18,2
1995	– 2,5
1996	3,5
1997	4,7
1998	– 1,1
1999	9,7
Průměr	11,3

**Tabulka 4.5:**  
**Reálná roční míra výnosu chilských penzijních fondů**

*Pramen: Rodríguez 1999*

městnanec přispívá na svůj osobní penzijní účet 11,5 % své mzdy, ale další příspěvek na penzijní účet ve výši 2 % průměrné mzdy dostává ještě i od státu. To je problematickým rysem mexické reformy, protože existence tohoto státního příspěvku neumožňuje úplné vymaňování penzijního systému ze sféry politické manipulace.

Hlavním omezením mexické reformy důchodového systému je však skutečnost, že zaměstnanci veřejného sektoru museli zůstat ve státním průběžném systému, takže spoření na soukromé penzijní účty je vlastně „výsadou“ jen části (i když větší části) mexických zaměstnanců. Dalším problematickým rysem mexického systému je to, že soukromé penzijní fondy jsou nuceny držet až 65 % svých aktiv v podobě vládních dluhopisů a jejich portfolia jsou podřízeny dalším přísným regulačním omezením (včetně například zákazu investovat do zahraničních cenných papírů). Kromě toho existuje v Mexiku státní Agentura pro sociální zabezpečení, která má vlastní penzijní fond a konkuruje tak soukromým penzijním fondům.

K částečným důchodovým reformám došlo v dalších zemích Latinské Ameriky. V Peru od roku 1993 existují soukromé penzijní fondy, na které zaměstnanci ukládají povinně 10 % své mzdy (stát jim nepřispívá). Ale vedle soukromých penzijních fondů stále existuje státní průběžně financovaný důchodový systém, a to i pro mladé lidi nově vstupující do zaměstnání. Oba systémy důchodového pojištění si tedy vlastně konkurují.

Kolumbie provedla částečnou reformu důchodového pojištění v roce 1994 a její systém je obdobný jako v Peru: zaměstnanci povinně spoří na své penzijní účty u některého ze soukromých penzijních fondů 10 %–11 % své mzdy. Ale státní průběžně financovaný penzijní systém zůstal zachován a zaměstnanci mohou mezi oběma systémy volně přecházet.

Argentina zavedla systém soukromých penzijních fondů s povinným penzijním spořením rovněž v roce 1994. I zde existují oba důchodové systémy – soukromé penzijní fondy a státní průběžně financovaný systém – vedle sebe. Zaměstnanci musí přispívat 16 % své mzdy do průběžně financovaného státního systému, který představuje „základní pilíř“ důchodového systému a z něhož dostávají „základní důchod“, a navíc spoří 11 % mzdy na svůj penzijní účet u některého soukromého penzijního fondu.

K reformě penzijních systému došlo a dochází v mnoha dalších zemích světa. Austrálie měla státní důchodový systém průběžně financovaný z daní. Ten začala v roce 1992 postupně nahrazovat zaměstnaneckým systémem penzijních účtů – zaměstnavatelé mají povinnost zřídit pro své zaměstnance penzijní účty a přispívat jim na ně částkou 9 % jejich mzdy. Tento systém penzijních účtů je nyní v Austrálii považován za „primární zdroj“ důchodů.

K důchodové reformě, která by nahradila průběžně financovaný důchodový systém fondovým systémem, se odhodlává i Rusko (některé post-sovětské republiky jako třeba Kazachstán již v důchodové reformě tohoto typu pokročily mnohem dále). V roce 1997 tehdejší Ruský vicepremiér Boris Němcov navštívil Chile, aby se seznámil s tamním systémem soukromých penzijních fondů. V roce 2000 oznámil prezident Vladimír Putin, že plán ekonomických reforem v Rusku bude zahrnovat také privatizaci penzijního systému.

#### **4.3 Hlavní námitky vůči chilskému systému soukromých penzijních fondů**

Hlavní nedostatky chilského systému soukromých penzijních fondů lze shrnout do následujících bodů:

1. Investice penzijních fondů jsou natolik regulované, že tento segment kapitálového trhu ztrácí schopnost pružně a efektivně alokovat kapitál.
2. Transformační náklady státního rozpočtu na přechod od průběžně financovaného důchodového systému k soukromým penzijním fondům jsou vysoké.

Na druhé straně chilská zkušenost ukazuje, že nejsou opodstatněné obavy z vysokých administrativních nákladů tohoto důchodového systému (ve srovnání s průběžně financovaným důchodovým systémem). Právě naopak – ukazuje se, že administrativní náklady systému soukromých penzijních fondů jsou v Chile zhruba o 40 % nižší než jaké byly administrativní náklady bývalého státního průběžně financovaného důchodového systému – nemluvě o tom, že penzijní fondy poskytují majitelům penzijních účtů mnohem kvalitnější služby.

Podívejme se ale nejprve na prvně jmenovaný problém chilského

systému soukromých penzijních fondů: jsou jím omezené investiční možnosti správců investičních fondů. Jak jsme již uvedli, stát fakticky garantuje penzijní vklady, takže bankrot penzijních fondů není možný (i kdyby zbankrotovala společnost spravující penzijní fondy). Státní garance by však mohla vést k morálnímu hazardu investičních společností – správců penzijních fondů, které by mohly mít tendenci investovat prostředky penzijních fondů do nadměrně rizikových aktiv. Z tohoto důvodu nezbyvá státu nežli podřídit investice správců penzijních fondů silné státní regulaci. Penzijní fondy jsou omezeny v rozhodování o svých investicích jednak tím, že jim stát stanoví procentní limity na jednotlivé druhy cenných papírů, které mohou mít ve svých portfoliích, a jednak tím, že penzijní fondy musí dodržet jistou minimální míru výnosu (jak již bylo dříve uvedeno). Díky této regulaci jsou však finanční portfolia penzijních fondů dlouhodobě nepružná. Mezi správci penzijních fondů fakticky existuje malá konkurence (konkurují si hlavně kvalitou služeb), protože stát jednak reguluje výši poplatků za jejich služby pojištěncům a jednak reguluje strukturu jejich portfolií. Regulace portfolií vede k tomu, že se penzijní fondy příliš neliší v míře výnosu – portfolia penzijních fondů jsou totiž velice podobná, jak to dokumentuje následující tabulka.

Tabulka především ukazuje poměrně malou varianci mezi penzijními fondy, což dokazuje, že struktura jejich portfolií cenných papírů se skutečně příliš neliší. To, že stát nutí penzijní fondy preferovat investice do některých druhů cenných papírů před jinými, může fakticky vést k neefektivní alokaci kapitálu.

Chilská vláda si tento problém uvědomuje, o čemž svědčí to, že již v roce 1997 předložila kongresu zákon, který zmírňuje některá investiční omezení – jmenovitě mění podmínky minimální míry výnosu, který by již neměl být kalkulován za posledních 12 měsíců ale 36 měsíců. Tím by penzijní fondy získaly větší volnost v investování a mohly by majitelům penzijních účtů nabízet portfolia s odlišným mixem rizika a výnosu.

Druhým vážným problémem jsou vysoké náklady na transformaci důchodového systému. Je pravda, že ekonomické náklady na přechod od průběžně financovaného důchodového systému k systému soukromých penzijních fondů jsou nulové. „Náklady“ na penzijní reformu jsou ve skutečnosti pouze převedením „implicitního dluhu“ státu v „explicitní dluh“. Tuto skutečnost zdůrazňuje mnoho ekonomů

**Tabulka 4.6:**  
**Diverzifikace investičních portfolií správců investičních fondů**  
**(AFP) v roce 1998 (v procentech z celkového portfolia aktiv)**

AFP	Akcie	Vládní obligace	Obligace korporací	Zahraniční obligace	Obligace celkem	Ostatní
Aporta Fomenta	12,89	38,90	41,58	1,35	81,83	5,25
Cuprum	15,40	44,88	31,25	5,50	81,63	2,89
Habitat	14,91	43,87	34,46	4,48	82,81	1,74
Magister	17,03	33,54	41,97	1,56	77,07	5,52
Planvital	15,61	40,26	36,28	4,46	81,00	3,07
Protección	14,68	34,18	42,34	5,97	82,49	2,81
Provida	14,72	38,31	36,62	6,82	81,75	3,37
Santa María	14,73	39,81	36,01	6,12	81,94	3,29
Summa Bansander	14,68	43,29	33,03	6,00	82,32	2,98
Střední hodnota	14,90	40,96	35,44	5,63	82,03	2,88
Variance	1,18	16,05	16,38	3,96	2,95	1,45

*Pramen: Rodríguez 1999*

– mezi nimi také Milton Friedman (Friedman 1999). Transformace penzijního systému ve skutečnosti nevyžaduje nic jiného než to, aby byly nároky a závazky účastníků průběžně financovaného důchodového systému přepočítány na explicitní finanční závazek (státu) a tento závazek byl vložen na pojištěncův penzijní účet u některého ze soukromých penzijních fondů. Dejme tomu, že by se jednalo o čtyřicetiletého člověka, který 20 let již přispíval do průběžného důchodového systému a dalších dvacet let (do dosažení svého důchodového věku) by tam měl ještě přispívat. Tento pojištěnec by v okamžiku startu penzijní reformy jednoduše obdržel od státu vládní dluhopis v hodnotě, rovnající se rozdílu mezi *přítomnou hodnotou jeho budoucích důchodových nároků* (které by měl ze starého průběžně financovaného systému dostávat po odchodu do důchodu) a *přítomnou hodnotou jeho budoucích pojistných příspěvků* (které by měl ještě do starého průběžně financovaného systému 20 let platit). K tomu také v Chile v podstatě došlo (i když přechod z průběžně financovaného důchodového systému do některého ze soukromých penzijních fondů byl pro každého pojištěnce dobrovolný).



Jestliže tedy neexistují žádné ekonomické náklady spojené s tímto druhem penzijní reformy – o jakých nákladech hovoří její kritikové? To, čemu říkají „náklady penzijní reformy“, je ve skutečnosti pouze již zmiňovaná přeměna *implicitních závazků* průběžně financovaného důchodového systému vůči pojištěncům – budoucím důchodcům v *explicitní (viditelný a vládou potvrzený) dluh státu*, mající (například) podobu vládních dluhopisů. Taková přeměna implicitního dluhu průběžně financovaného systému v explicitní dluh státu však vůbec není politicky jednoduchou záležitostí. Představuje rychlý a velký nárůst státního dluhu, který se posléze dlouhodobě snižuje až na nulu s tím, jak do důchodového věku postupně přichází stále více lidí, kteří již pobírají důchody ze svých penzijních účtů. Následující tabulka ukazuje, jak se vyvíjel státní dluh v Chile v důsledku penzijní reformy.

Tabulka především ukazuje poměrně malou varianci mezi penzijními fondy, což dokazuje, že struktura jejich portfolií cenných papírů se skutečně příliš neliší. To, že stát nutí penzijní fondy preferovat investice do některých druhů cenných papírů před jinými, může fakticky vést k neefektivní alokaci kapitálu.

Jak z tabulky vidíte, fiskální náklady penzijní reformy v Chile kulminovaly v pátém a šestém roce po zahájení reformy, a pak se v průběhu dalších deseti let jen velmi zvolna snižovaly. Avšak ještě v roce 1996, patnáct let po zahájení přechodu z průběžně financovaného důchodového systému na systém penzijních fondů, činily fiskální náklady spojené s důchody 3,29 % HDP. Zde si musíme znovu připomenout, že Chile financovala část dluhu vzniklého v důsledku penzijní reformy výnosy z privatizace státních podniků a jednak země v osmdesátých a devadesátých letech prožívala období dlouhého a silného růstu (který přispíval ke snížení těchto rozpočtových nákladů). Kromě toho se chilské vládě dařilo snižovat jiné druhy výdajů státního rozpočtu. V důsledku souběhu těchto příznivých faktorů nebyl vzniklý rozpočtový dluh pro zemi takovým problémem, jakým by zřejmě byl u nás.

Stoupenci chilského modelu penzijní reformy nás mohou utěšovat tvrzením, že penzijní reforma pouze mění „implicitní dluh“ důchodového systému v „explicitní dluh“ státu. Jenže „implicitní dluh“ průběžně financovaného systému je možné snižovat či eliminovat zvyšováním příspěvkové sazby pojistného, zatímco explicitní dluh státu je možné eliminovat pouze zvýšením daní. Ačkoli z hlediska economic-

**Tabulka 4.7:**  
**Rozpočtové náklady penzijní reformy v Chile, 1981–1996 (% z HDP)**

Rok	Uznávací obligace	Důchody, na něž vznikl nárok před reformou	Celkové rozpočtové náklady
1981	0	1,45	1,45
1982	0,09	1,85	1,93
1983	0,17	2,36	2,52
1984	0,22	3,22	3,43
1985	0,24	4,22	4,46
1986	0,33	3,94	4,27
1987	0,41	3,32	3,74
1988	0,42	3,40	3,82
1989	0,41	2,55	2,96
1990	0,50	3,23	3,73
1991	0,44	3,30	3,75
1992	0,49	3,10	3,59
1993	0,60	3,07	3,68
1994	0,65	2,97	3,63
1995	0,67	2,77	3,44
1996	0,69	2,60	3,29

*Pramen: Rodríguez 1999*

kého není mezi oběma způsoby rozdíl (konec konců platby pojistného jsou v průběžně financovaném důchodovém systému také daněmi a lidé je tak vnímají), z hlediska politického je to problém. Plátcí důchodového pojištění spíše pochopí a akceptují zvýšení příspěvkové sazby do důchodového systému (jehož jsou součástí a na kterém jsou závislé jejich vlastní budoucí důchody), než daňoví poplatníci, kterým vláda říká, že je zvýšení jejich daní nutné pro umoření dluhu vzniklého penzijní reformou.

Ještě jeden problém je spojen se systémem osobních penzijních účtů, a sice morální hazard plynoucí ze státem zaručeného minimálního důchodu. Jestliže stát vyplácí lidem minimální důchod i v případě, že na svůj penzijní účet nic nespoří nebo spoří velmi málo (protože nepracují nebo málo vydělávají), mohou být někteří lidé v pokušení rezignovat na penzijní spoření a spoléhat na státní důchod. Tento druh morálního hazardu lze však do značné míry zmírnit zabudová-

ním další dodatečné podmínky, a sice vázat vyplácení státního minimálního důchodu na stanovený minimální počet let, po které pojištěnec musí na svůj penzijní účet spořit. Je ovšem také možné stanovit státní minimální důchod na velmi nízké úrovni – v zásadě na úrovni životního minima. V Chile činí minimální státem garantovaný důchod 25 % průměrné mzdy (v USA je to 30 %).

Oba tyto druhy opatření je možné kombinovat tak, že státní minimální důchod na úrovni životního minima by dostávali lidé, kteří nesplnili podmínku minimálního počtu roků spoření, a tento minimální důchod by se postupně zvyšoval ve vazbě na zvyšující se počet let pojištěnecova přispívání na penzijní účet.

Ačkoli byla penzijní reforma v Chile revoluční změnou důchodového systému jako takového, ve skutečnosti byla opatrná, neboť její architekti do ní zabudovali mnoho regulačních prvků. Nutno mít na paměti, že v roce 1980 byla Chile zemí s velmi nerozvinutými finančními trhy a finančními instrumenty a v zemi bylo málo finančních manažerů s dostatečnými zkušenostmi pro řízení velkých penzijních fondů a jejich portfolií. Dnes se již některé regulační prvky ukazují být zbytečné a Chile stojí před úkolem další reformy svého systému penzijních fondů. Žádoucí by bylo zrušit nebo zmírnit přinejmenším tyto regulace:

1. Zrušit regulace poplatků, které správci penzijních fondů mohou účtovat za své služby, a umožnit tak větší cenovou konkurenci mezi nimi.
2. Zrušit povinnost penzijních fondů garantovat minimální míru výnosu.
3. Liberalizovat investiční pravidla, pokud jde o možnosti investování do různých typů cenných papírů.
4. Umožnit správcům penzijních fondů zakládat a řídit více než jen jeden penzijní fond.

Tato liberalizační opatření by umožnila správcům penzijních fondů větší volnost v investování a mohly by pak svým účastníkům nabízet širší paletu kombinací výnosu a rizika. Lidé by kupříkladu mohli (pochopitelně podle svého výběru) v mládí spořit do *růstových* penzijních fondů s vyšší mírou výnosu i rizika a v pokročilejším věku s příbližujícími se roky důchodu by mohli převádět úspory do *konzervativních* fondů s nižší mírou výnosu a rizika.

Někteří liberální ekonomové doporučují ještě dalekosáhlejší reformu chilského systému, jako je přeměna povinného spoření v dobrovolné spoření nebo zrušení státem garantovaného minimálního důchodu. Ani mezi liberálními ekonomy však není shoda ohledně takových opatření. Americký ekonom Martin Feldstein například obhajuje povinné spoření a argumentuje tím, že někteří lidé nejsou dost zodpovědní ve vztahu ke svému stáří, dobrovolně by nespořili a ve stáří by zůstali „státu na krku“ a pobírali minimální státní důchod. Jiný americký ekonom Milton Friedman je pro zrušení povinnosti spořit a říká, že „nutit lidi k minimálního povinnému příspěvku (na penzijní spoření) nedává větší smysl než nutit je k povinnému minimálnímu výdaji na bydlení nebo na dopravu“ (Friedman 1999). Podle Friedmana je tento státní paternalismus v důchodovém zabezpečení jednak nespravedlivý, protože nutí lidi disponovat svými příjmy podle přání státu, a jednak neefektivní. Lidé mají odlišné preference i odlišné vlastní investiční možnosti, a to by měl stát respektovat. Někteří lidé například tuší, že se nedožijí vysokého věku, a tak by raději utratili větší část důchodu v mladším věku. Jiní lidé se naopak připravují na dlouhé a aktivní stáří a budou rádi spořit i dobrovolně. Někteří lidé by zas raději investovali své příjmy do jiných příležitostí než do penzijních fondů – například do svého zdraví, do bydlení nebo do vzdělání svých dětí, o nichž vědí, že se o ně ve stáří budou starat. Je mnoho možností, jak investovat do stáří, a penzijní spoření je jen jednou z nich.

## 5. Dvoupilířový systém dobrovolného penzijního spoření a osobních penzijních účtů

---

### 5.1 Penzijní spoření – povinné nebo dobrovolné?

Průběžně financovaný důchodový systém se dostává do problémů hlavně kvůli „stárnutí obyvatelstva“. Nebýt tohoto problému, většina politiků a ekonomů by se zřejmě problémem penzijní reformy vůbec nezabývala. Přitom veřejnoprávní důchodový systém obsahuje daleko závažnější a principiálnější nedostatky (již jsme se o nich zmínili) než je finanční nerovnováha, do které se dostává v důsledku nepříznivého demografického vývoje. Ti, kdo obhajují přechod k systému soukromých penzijních fondů, však argumentují způsobem, jako kdyby penzijní fondy řešily i problém reálného ekonomického břemene, které na obyvatelstvo dopadá v důsledku „stárnutí“. To ovšem není pravda, je zde vytvářen mýtus.

Stárnutí obyvatelstva neznamená nic jiného než že stále méně ekonomicky aktivních lidí tvoří hodnoty, o které se dělí se stále větším počtem ekonomicky neaktivních lidí – důchodců. Lapidárně řečeno: stále méně lidí „živí“ stále více důchodců. Stárnutí obyvatelstva tak nevyhnutelně vede k růstu *ekonomického břemene*, dopadajícího různou měrou na všechny obyvatele (ekonomicky aktivní i důchodce). Toto břemeno vzniká objektivně a nevyhnutelně a je zcela nezávislé na podobě důchodového systému. Nelze jej odstranit ani zmenšit žádnou reformou penzijního systému. Toto si lidé málo uvědomují a vkládají do důchodových reforem naděje, které nejsou splnitelné. Představa, že přechod od průběžně financovaného důchodového systému k penzijním fondům dokáže toto břemeno zmenšit, je mystifikací.

Stejně tak nesprávná je představa (vědomě či nevědomě vytvářená obhájci soukromých penzijních fondů), že převedení důchodového systému z průběžného financování na penzijní fondy zvětší zásobu kapitálu v zemi. Reforma důchodového systému není sama o sobě schopna zvětšit zásobu kapitálu. Nepochopení této věci vyplývá z příliš zjednodušeného pohledu na kapitálové penzijní fondy: lidé budou

spořit na stáří u penzijních fondů, penzijní fondy budou jejich úspory investovat a tím budou vytvářet kapitál. Ano, jenže paralelně stát bude nucen vyplácet důchody lidem odcházejícím do důchodu (kteří ještě nenaspóřili u penzijních fondů nic nebo málo na získávání důchodů), bude si na to muset vypůjčit (protože ekonomicky aktivní lidé nyní budou spořit do penzijních fondů), a sice buď u bank nebo u penzijních fondů (prodejem vládních dluhopisů). Tímto způsobem kapitál, spořený jedněmi do penzijních fondů, bude muset být zapůjčen státu na vyplácení důchodů jiných lidí. „Průběžné financování“ je zde tedy konec konců zachováno – žádný dodatečný kapitál nevzniká. Pouze se mění struktura kapitálového trhu – část tohoto trhu, dříve „obsazenou“ bankami, nyní získají penzijní fondy. Pokud budou banky a penzijní fondy investovat do vládních obligací (aby stát mohl vyplácet důchody, na které vznikl nárok v rámci „starého“ průběžně financovaného důchodového systému), nevznikne žádný *dodatečný* kapitál, použitelný pro investování do produktivních investičních projektů.

Obhájci penzijních fondů s povinným spořením vesměs tvrdí, že přechod od průběžně financovaného systému ke spoření do penzijních fondů zvýší míru úspor obyvatelstva. Pro tuto domněnku však neexistují dostatečné důkazy. Ekonomická teorie říká, že účinek zvýšení úrokové míry na míru spoření není jednoznačný (u některých jednotlivců převládne důchodový efekt, u jiných substituční efekt, takže výsledný makroekonomický efekt není jistý). A skutečnost, že dojde k nahrazení *povinného* odvodu pojistného *povinným* spořením na penzijní účet, také nedává jednoznačnou odpověď, zda to povede ke zvýšení míry úspor. Je pravda, že v Chile po uskutečnění penzijní reformy došlo k viditelnému zvýšení míry úspor obyvatelstva. Ale není zcela jasné, zda to lze připsat penzijní reformě nebo spíše dlouhotrvajícímu ekonomickému růstu, který v Chile nastal v důsledku dalších hospodářských změn a reforem.

Na tomto místě si znovu připomeňme rizika penzijní reformy chilského typu. Povinné spoření do penzijních fondů vyžaduje, aby stát garantoval vyplácení důchodů z penzijních fondů (penzijní fondy nemohou v důsledku svého případného špatného investování zkrachovat). Implicitní či explicitní státní garance by nutně vyvolala morální hazard penzijních společností, které by přestaly realisticky oceňovat rizika, a došlo by k neefektivní alokaci kapitálu. Aby tomu stát za-

bránil je nucen regulovat chování správců penzijních fondů i strukturu portfolií penzijních fondů. Vzhledem k této regulaci však ztrácí tento segment kapitálového trhu (penzijní fondy) schopnost efektivně alokovat kapitál. Kapitálový trh se stává nepružný a nereaguje na probíhající změny ve výnosech a rizicích investičních příležitostí.

Dalším problémem penzijní reformy chilského typu je nárůst státního dluhu. I přesto, že Chile využilo některé příznivé možnosti pro financování reformy penzijního systému (privatizace státních podniků, dlouhotrvající hospodářský růst aj.), které by nemohla využít Česká republika (alespoň ne v takové míře jako Chile), zvýšily se náklady chilského státního rozpočtu, vyvolané penzijní reformou, během prvních čtyř let na úroveň přesahující 3 % HDP, a ani za 15 let od začátku penzijní reformy (do roku 1996) neklesly tyto náklady pod 3 % HDP (!). Kdyby se v České republice v důsledku penzijní reformy *zvýšil* rozpočtový deficit o 3 % HDP a toto *zvýšení* by přetrvávalo 15 let, mělo by to pravděpodobně nepříznivý vliv na celkovou makroekonomickou situaci v zemi a na znejistění a odrazení zahraničních investic. Je proto otázkou, nakolik je u nás penzijní reforma chilského typu únosná z hlediska těchto rozpočtových nákladů a rizik s nimi spojených.

Vraťme se ale ještě k problému *ekonomického břemene*, které vzniká v důsledku „stárnutí“ obyvatelstva. Toto břemeno dopadne na obyvatelstvo tak jako tak – ať už to bude zvýšením příspěvkové sazby pojistného, snížením reálné či relativní (v poměru ke mzdám) výše důchodů, zvýšením daní, inflačním znehodnocováním reálných mezd nebo ještě nějakými jinými způsoby. Není vyhnoutí. Jelikož toto břemeno nelze eliminovat reformou důchodového systému a dopadne na obyvatelstvo v nějaké podobě tak jako tak, vzniká pouze otázka, jakým způsobem jej nechat dopadnout a jak jej rozložit mezi jednotlivce (ekonomicky aktivní i důchodce), aby to pro ně bylo únosné a přijatelné. Penzijní reforma chilského typu není, jak se pokusíme ukázat, jediný způsob, jak řešit narůstající finanční nerovnováhu průběžně financovaného důchodového systému. Není to ani jediný způsob, jak eliminovat nepřiměřenou solidaritu zabudovanou ve stávajícím průběžně financovaném důchodovém systému.

Hlavní nevýhodu chilské penzijní reformy, směřující k plnému nahrazení státního průběžně financovaného systému soukromými penzijními fondy, je to, že by spoření na penzijní účty zůstalo *povinné*.

Je to logické. Když totiž dojde k náhlému a úplnému opuštění průběžně financovaného důchodového systému, sotva si dokážeme představit, že by lidé měli dostávat jediný svůj důchod z *dobrovolného* penzijního spoření. Stát by tak jako tak musel garantovat minimální důchod těm, kteří by nespořili. A stejně tak by státu vznikal dluh z nutnosti vyplácet starší lidi pobírající ještě důchod z průběžného systému.

Porovnejme povinné a dobrovolné penzijní spoření. Když lidé spoří na stáří – má je stát nutit, aby si *povinně* spořili určité částky? Nebo je má nechat, aby si o výši svého penzijního spoření rozhodovali sami? Vláda obvykle zdůvodňuje *povinné* penzijní spoření tím, že někteří lidé na stáří nemyslí a nic by si dobrovolně nenaspořili. A nakonec – není to jedno, jestli si lidé na stáří spoří povinně nebo dobrovolně? Není to jedno. Jen člověk sám nejlépe odhadne všechny své možnosti a příležitosti. Penzijní spoření není jediná možnost finančního zajištění na stáří. Někdo má nemovitost, do které může investovat a kterou může ve stáří pronajmout. Jiný vychoval hodně dětí, které mu budou ve stáří pomáhat. Člověk může mít různé investiční příležitosti, do kterých by mohl dnes vkládat peníze a které by mohly být zdrojem jeho příjmů ve stáří. Někdo má podnikatelské vlohy a chtěl by založit firmu, která by byla zdrojem jeho budoucích příjmů. Jenže mu k tomu chybějí peníze, protože je musí povinně ukládat na penzijní spoření. Někdo má talentované dítě a chtěl by investovat mnoho peněz do jeho sportovní nebo umělecké dráhy. Ale stát jej nutí, aby peníze místo toho spořil na stáří. Je proto zřejmé, že dobrovolné penzijní spoření je pro člověka lepší než povinné spoření, protože pak člověk může lépe uspokojit své individuální preference.

Z těchto důvodů se domníváme, že alternativou penzijní reformy chilského typu by mohla být penzijní reforma, která by zahájila postupný a dlouhotrvající proces (trvajícím řádově desetiletí) postupného „odumírání“ státního průběžně financovaného systému, přičemž jím uvolňované místo by bylo spontánně zaplňováno *soukromým dobrovolným penzijním pojištěním* – soukromými penzijními fondy, které by nepožívaly státní garance a nebyly by (nadměrně) regulovány.

Jak toho dosáhnout? Řešení je poměrně jednoduché. Stačí valorizovat důchody plynoucí z průběžně financovaného systému nikoli podle



růstu mezd ale *pouze podle cen*. Podle odhadu ministerstva práce a sociálních věcí (jak již bylo dříve uvedeno) valorizace důchodů *podle cen* udrží průběžně financovaný důchodový systém v základní finanční rovnováze do roku 2030, aniž by bylo nutné zvyšovat dnešní příspěvkovou sazbu důchodového pojištění (26 % z hrubé mzdy). A to i přesto, že bude docházet ke „stárnutí“ obyvatelstva – podíl důchodců k počtu ekonomicky aktivních osob se zvýší z dnešních 54,4 % na 81,3 % v roce 2030 (viz tabulka č.4.13). Reálná hodnota důchodů tím zůstane zachována – průměrný starobní důchod zůstane zhruba na úrovni dnešních 6880 Kč (v dnešní kupní síle koruny). Ovšem relace důchodů ke mzdám se pochopitelně sníží. Podle propočtů MPSV porostou-li reálné mzdy do roku 2030 průměrným ročním tempem 2,7 % (což je konzervativní odhad), relace průměrného důchodu k průměrné čisté mzdě poklesne (při valorizaci důchodů pouze podle cen) z dnešních 57,2 % na pouhých cca. 25 % v roce 2030. Jinak řečeno, v roce 2030 (nebo možná ještě dříve) bude již náš veřejnoprávní průběžně financovaný systém poskytovat jen minimální důchod zhruba na úrovni kolem životního minima (neboť životní minimum bude pravděpodobně valorizováno více než jen podle cen).

Pokud by vláda přijala rozhodnutí valorizovat důchody dlouhodobě pouze podle cen, musela by zároveň instruovat ekonomicky aktivní občany, aby se pojišťovali na penzi u soukromých penzijních fondů, chtěli-li si zachovat stávající relaci důchodu ke mzdě. Stát by nadále garantoval pouze zachování reálné (průměrné) výše důchodu, ale nikoli již zachování stávající relace důchodů ke mzdám. Lze očekávat, že by lidé (i když v různé míře) reagovali na tuto změnu důchodové politiky zvýšením dobrovolného důchodového spoření u soukromých penzijních fondů. A to zvláště pokud by stát zachoval stávající státní příspěvek k penzijnímu připojištění. Pokud by někdo dobrovolně na penzi nespořil, mohl by již za nějakých 20–30 let počítat s tím, že bude z průběžně financovaného důchodového systému dostávat pouze minimální důchod na úrovni životního minima. Tímto způsobem by náš důchodový systém plynule přešel do podoby, kdy by se jeho základním pilířem stalo *dobrovolné* penzijní spoření u soukromých penzijních fondů, zatímco státní průběžně financovaný důchodový systém by byl pouze pilířem podpůrným, poskytujícím minimální důchody. Tato penzijní reforma vy se obešla bez zvýšení defi-

citů státního rozpočtu i bez regulací typických (a nezbytných) pro soukromé fondy s *povinným* penzijním spořením.

Jaká sazba pojistného udrží průběžně financovaný důchodový systém v základní finanční rovnováze? Vydeme ze vztahu:

$$\text{příspěvková sazba} = \text{míra závislosti systému} \times \text{relace} \\ \text{důchodu k výdělku} / (\text{úspěšnost výběru pojistného} \\ \times (1 - \text{administrativní výdaje}))$$

kde míra závislosti systému je podíl důchodců k počtu plátců pojistného. Úspěšnost výběru pojistného odhaduje MPSV na 97 %. Administrativní náklady odhaduje MPSV na 3 % z pojistného (proč MPSV odhaduje tak vysoké administrativní náklady, skoro dvakrát vyšší než dnes, není zcela jasné – zřejmě jako důsledek vzniku sociální pojišťovny).

MPSV odhaduje v roce 2030 míru závislosti systému na 81,3 %. Porostou-li reálné mzdy o 2,7 % ročně, pak při valorizaci důchodů pouze podle cen bude v roce 2030 relace důchodu k výdělku cca. 25 %. Dosazením do výše uvedeného vzorce dostáváme příspěvkovou sazbu pojistného cca 22 % (dnešní sazba je 26 %). Tato sazba důchodového pojistného by tedy zajistila základní finanční rovnováhu průběžně financovaného důchodového systému, a to i při očekávaném „nepříznivém“ demografickém vývoji.

## 5.2 Průběžně financované osobní penzijní účty

Průběžně financovaný důchodový systém, který by výhledově (v horizontu 20–30 let) poskytoval základní (minimální) důchod, nemusí nutně zůstat v té podobě, jakou má dnes – tedy v podobě společného „pytle“, do kterého člověk solidárně přispívá a z kterého bude jednou pobírat důchod ve výši, nemající prakticky žádný těsný vztah k výši jeho příspěvků. Průběžně financovaný důchodový systém může mít podobu osobních penzijních účtů, na které si lidé povinně „ukládají“ část důchodového pojistného a ze kterých ve stáří dostanou ve formě svých důchodů právě takovou částku, jakou si na svůj účet naspořili.

Penzijní spoření na osobní penzijní účty nevyžaduje nutně přechod na fondový systém. Je slučitelné s průběžným financováním. Vyža-

duje pouze to, aby stát (sociální pojišťovna) zřídil každému plátcí pojistného osobní penzijní účet, na který mu bude ukládat stanovenou část jeho penzijního pojištění. Jednalo by se o *průběžně financované* penzijní účty. Spoření na tyto účty a jejich čerpání by bylo účetní záležitostí. Příspěvky pojištěnců, „ukládané“ na jejich osobní penzijní účty, by nebyly investovány, nýbrž byly by používány k průběžnému financování důchodů dnešních důchodců (tak jak je tomu dnes). Rozdíl by byl pouze v tom, že dnešní „solidární penzijní pytel“ by se změnil v systém osobních penzijních účtů pojištěnců.

Proč to vlastně dělat? Není dnešní podoba průběžně financovaného důchodového systému nakonec jednodušší? To možná je, jenže v dnešním průběžně financovaném systému, kde je důchod pojištěnce jen velmi volně vázán na výši jeho příspěvků do systému, se logicky všichni plátcí pojistného dívají na pojistné jako na *daň*. Ekonomicky vzato to tak skutečně je. Kdyby důchodový systém získal podobu osobních penzijních účtů, lidé by se na pojistné přestali dívat jako na daň a začali by jej považovat za své vlastní úspory. Jestliže váš důchod závisí bezprostředně na tom, kolik pojistného zaplatíte na svůj vlastní penzijní účet, a jestliže máte jistotu, že váš důchod bude určen právě tou částkou, kterou jste na svůj penzijní účet naspořili, nebudete přece považovat tyto platby pojistného za „daň“. Na tom nic nemění fakt, že nejde o kapitálové spoření v pravém slova smyslu, ale pouze o závazek státu vyplatit vám naspořenou částku po odchodu do důchodu. Transformace průběžně financovaného „společného důchodového pytle“ v průběžně financované osobní penzijní účty by se tak fakticky rovnala snížení daní. Ekonomické účinky snížení daní na motivace strany nabídky jsou v ekonomické literatuře dostatečně známy: snížení daní z příjmu zvyšuje motivace lidí k práci a k podnikání – tedy k výdělečným činnostem obecně. Není pochyb o tom, že transformace dnešního parafiskálu – důchodového pojistného – na částky penzijního spoření by v dlouhém období přispělo k hospodářskému růstu. Průběžně financované osobní penzijní účty vyžadují nalezení odpovídající sazby pojistného, kterou by lidé museli povinně ukládat na své penzijní účty.

## Závěrečná doporučení

---

Je nezbytné zvýši odpovědnost člověka za své stáří. K tomuto účelu by nejspíše přispěla penzijní reforma, která by založila důchodový systém na dvou pilířích: na *státním průběžně financovaném* systému s *povinným* pojištěním a na *soukromém kapitálově financovaném* systému s *dobrovolným* pojištěním.

Je dále žádoucí postupně zvyšovat podíl soukromého pojištění tak, aby se stalo *hlavním pilířem* důchodového systému. Státní pojištění by mělo poskytovat jen *základní důchod* zhruba v dnešní reálné výši.

Dále je žádoucí posílit vazbu mezi výší příspěvků a výší důchodu převedením státního průběžně financovaného důchodového pojištění na systém *osobních penzijních účtů*.

Reforma současného veřejnoprávního průběžně financovaného důchodového systému by mohla proběhnout uskutečněním následujících kroků:

1. Důchody z veřejnoprávního důchodového systému valorizovat pouze *podle cen*. Tím bude zafixován průměrný důchod ve výši cca 7000 Kč měsíčně (v dnešní kupní síle koruny).
2. Zafixováním reálné hodnoty důchodu bude klesat relace tohoto důchodu ke mzdě. Proto doporučit lidem, aby se pojišťovali na stáří i u soukromých penzijních fondů.
3. Sociální pojišťovna zřídí každému pojištěnci *průběžně financovaný osobní penzijní účet*. Propočítá a na jeho účet mu ihned vloží částku, kterou až dosud přispěl do důchodového systému.
4. Ponechat stávající sazbu povinného důchodového pojištění, avšak pouze z části hrubé mzdy, která nepřesahuje určený limit (například 30 000 Kč). Z toho nejméně polovinu ukládat pojištěncům na osobní penzijní účty. Zbývající část používat k průběžnému financování důchodů a též k dorovnávání velmi nízkých důchodů na úroveň minimálního důchodu (životního minima).
5. Důchod ze státního systému bude pojištěnci vyplácen z částky, která byla naspořena na jeho osobním penzijním účtu. Pokud částka nestačí na minimální důchod, bude mu doplácena státem.

6. Pojištěnec může začít čerpat důchod z osobního penzijního účtu, jakmile má na něm částku, která mu dostačuje na výplaty alespoň minimálního důchodu do průměrného věku dožití.
7. Kdo čerpá důchod z osobního penzijního účtu, může být nadále výdělečně činný, aniž by se mu důchod krátil.
8. Zemře-li majitel penzijního účtu dříve, než je účet vyčerpán, budou ze zůstatku účtu vypláceny pozůstalostní důchody osobám, které byly na pojištění závislé (vdovské popř. sirotčí důchody).
9. Zachovat dosavadní státní příspěvek na individuální penzijní připojištění.

# Literatura

---

- Cabrnoch Milan: Financování zdravotnictví, Centrum pro ekonomiku a politiku č. 9, 2001,
- Feldstein Martin: Fiskální politika, tvorba kapitálu a kapitalismus (Fiscal Policies, Capital Formation and Capitalism), přednáška na počest J. A. Schumpetera na kongresu Evropské ekonomické asociace v Maastrichtu v září 1994, přetištěno v Politické ekonomii č. 4, 1995
- Friedman Milton: Speaking the Truth about Social Security Reform, Briefing Papers, CATO Institute, April 1999
- Holman Robert: Tři možné modely, Ekonom 9, 1997
- Koncepce dalšího pokračování důchodové reformy, materiál Ministerstva práce a sociálních věcí 2001
- Mácha, M., Papeš, Z., Kroupa, A.: Sociální a zdravotní zabezpečení v České republice.
- Malý Ivan: Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví, Masarykova univerzita v Brně, 1998
- Massaro, Thomas A., Yu-Ning Wong: Medical Saving Accounts: The Singapore Experience, National Center for Policy Analysis, Dallas
- Matisonn Shaun: Medical Saving Accounts in South Africa, National Center for Policy Analysis, Dallas
- Pinera José: A World of Worker-Capitalists – The Global Pension Revolution, Paper at Mont Pélerin Society General Meeting Chile, November 12.–17. 2000
- Pinera José: Empowering Workers: The Privatization of Social Security in Chile, CATO's Letter, CATO Institute 1996
- Rodríguez Jacobo L.: Chile's Private Pension System at 18: Its Current State and Future Challenges, The CATO Project on Social Security Privatization, July 1999
- Scandlen, Greg: Medical Saving Accounts, Obstacles to Their Growth and Ways to Improve Them, National Center for Policy Analysis, Dallas



CEP je českým institutem pro ekonomická a politická studia založeným na podzim roku 1998 jako občanské sdružení.

Cílem CEPu je šíření idejí svobodné společnosti a tržního hospodářství a podpora myšlenek velkých osobností liberálního myšlení.

V čele CEPu stojí správní rada, kterou tvoří  
Václav Klaus, Jiří Weigl a Karel Steigerwald.

Centrum pro ekonomiku a politiku je subjektem nezávislým na politických stranách a nehodlá být od politických stran přímo či nepřímo podporováno.

Kontakt:

**Centrum pro ekonomiku a politiku**

Politických vězňů 10

110 00 Praha 1

tel. a fax: 222 192 406

e-mail: [cep@iol.cz](mailto:cep@iol.cz)

[www.cepin.cz](http://www.cepin.cz)

č. účtu: 19-2304260257/0100

IČO: 68402091