



Praha 22.1.2004

**2**

### **Světové šetření o zdraví (4. díl)** **Ekonomický status domácností a výdaje na zdraví**

Jedním z hlavních úkolů Světového šetření o zdraví v celosvětovém kontextu je posoudit vztah mezi chudobou a zdravím. Mělo by poskytnout přehled o rozšíření chudoby a s ní související nerovnosti ve zdraví a v přístupu ke zdravotní péči. S těmito podklady by mělo být možné provést hlubší analýzu fungování celého zdravotnického systému a připravovat opatření na zmírňování nerovností ve zdravotní oblasti. Ekonomický status domácnosti, charakterizovatelný například chudobou, lze v tomto šetření zjišťovat pomocí údajů o výdajích domácnosti a údajů o vybavenosti domácnosti předměty dlouhodobé spotřeby (na jejichž základě je konstruován ukazatel stálého příjmu).

V této souvislosti jsou důležité i otázky týkající se toho, za jaké zdravotnické služby domácnosti platí, jak tyto platby ovlivňují finanční situaci domácností, a jestli a jaké domácnosti jsou ohroženy nepřiměřenými (nebo také katastrofickými) výdaji na zdraví. Výdaje na zdraví mohou chudobu nejen dále prohlubovat, ale mohou do ní i část domácností přímo uvrhnout. Ochrana obyvatel před nepřiměřenými výdaji je součástí jednoho z cílů zdravotnického systému, kterým je podle WHO zajištění spravedlivého financování zdravotnických služeb pro všechny lidi. V dřívějších analýzách byly nalezeny tři hlavní faktory hrající roli při zkoumání hrozby nepřiměřeného rizika spojeného se zdravotními výdaji: dostupnost zdravotnických služeb vyžadující platby, nízká platební schopnost obyvatel a nedostatek předplacených mechanismů, jimiž se myslí např. zdravotní pojištění. Jakou roli mohou uvedené faktory mít lze posoudit i na základě údajů obsažených v našem šetření.

V následujícím textu budou charakterizovány výdaje domácností a jejich struktura v podrobnějším členění na výdaje na zdraví. Budou charakterizovány rozdíly v celkových a zdravotních výdajích mezi různými skupinami domácností. Ve stručnosti bude popsána metodika zjišťování katastrofických výdajů na zdraví a na českých datech pak demonstrováno její použití.

Zjišťování údajů o výdajích domácností činilo větší potíže než u některých jiných témat, čehož dokladem je i vysoké procento odmítnutí nebo neuvedení požadovaných údajů. Neúplnost údajů se u jednotlivých položek pohybovala od 6 do 27 % (vysoká byla zejména u položek nesouvisejících se zdravím). Proto byly některé údaje dopočteny, tam kde to bylo možné ze znalosti vztahů mezi vybranými veličinami. Tímto způsobem byly získány kompletní údaje o výdajích za 85 % domácností. Ukazatele výdajů domácností byly porovnávány s údaji z výběrových šetření statistiky rodinných účtů za rok 2002, které provádí Český statistický úřad.

## Celkové výdaje a jejich složení

Dotazníkem se zjišťovaly údaje o celkových výdajích domácnosti za poslední 4 týdny a dále jejich členění na potraviny, bydlení, vzdělání, zdravotní péči, dobrovolné zdravotní pojištění a ostatní věci a služby.

Dle výsledků činily celkové výdaje jedné domácnosti za poslední měsíc v průměru 11 807 Kč, tj. 4 144 Kč na osobu. To je téměř dvakrát méně než uvádějí oficiální statistiky. Podhodnocení ekonomických údajů je u podobných šetření obvyklé a je připisováno jednak jejich záměrnému snižování, ale na druhé straně i opomenutí některých, někdy významných, položek výdajů (například různé splátky a dary). Oproti oficiálním statistikám zaujímaly dvakrát vyšší podíl výdaje na potraviny a výdaje na bydlení. Třikrát vyšší byl podíl výdajů na zdraví. Pokud porovnáme absolutní částky, tak celkové výdaje na osobu za potraviny byly v našem šetření mírně vyšší, výdaje za bydlení se téměř shodovaly a výdaje na zdraví byly asi 1,5 násobně vyšší. Největší deficit byl tedy u ostatních výdajů domácností, které nebyly přesněji specifikovány a bylo možné u nich čekat také nejvyšší podhodnocení. Pokud by se dopočetly celkové výdaje domácností na základě částek vydaných za potraviny a bydlení, tak by se odhadnuté údaje od oficiálních statistik příliš nelišily. Ze získaných údajů lze usoudit, že údaje bude vhodné použít spíše k relativním srovnáním v rámci tohoto datového souboru. Pokud by se ukazatele z tohoto šetření přímo porovnávaly s hodnotami nějakých vnějších veličin, mohlo by dojít ke zkreslením (například bychom museli říci, že v našem souboru bylo 28 % domácností, jejichž výdaje nedosahovaly ani částky životního minima).

Domácnosti lze dle výše jejich výdajů rozdělit do několika skupin. Při tom je vhodné brát v úvahu velikost domácnosti. Jelikož celkové výdaje domácnosti se nezvyšují proporcionálně s každou další osobou (neboť některé výdaje jsou nezávislé na velikosti domácnosti), bývá používán místo ukazatele výdajů na jednu osobu ukazatel výdajů na tzv. „spotřební jednotku“. Námi zvolená spotřební jednotka představuje jednočlennou domácnost, takže v této domácnosti budou výdaje na osobu rovny výdajům na spotřební jednotku. S každou další dospělou osobou v domácnosti se zvýší spotřební náročnost takové domácnosti o 0,7 spotřební jednotky a pro každé další dítě o 0,5 spotřební jednotky. Podle tohoto postupu můžeme například říci, že spotřební nároky čtyřčlenné rodiny s dvěma malými dětmi bude 2,7krát vyšší než spotřební náročnost jednočlenné domácnosti ( $1+0,7+2*0,5$ ). Z uvedeného výpočtu vyplývá, že výdaje na spotřební jednotku jsou vždy vyšší nebo rovny než výdaje na osobu a v našem souboru činily v průměru 5 318 Kč. Podle výše výdajů na spotřební jednotku byly domácnosti rozděleny do pěti stejně početných skupin, tzv. kvintilových skupin. Domácnosti v nejnižší (první) skupině měly třikrát nižší výdaje na spotřební jednotku než domácnosti v nejvyšší (páté) skupině. Domácnosti s nejnižšími výdaji byly větší a žily v nich častěji děti, osoba v čele domácnosti měla nižší vzdělání a domácnost žila častěji na vesnici.

Z hlediska struktury výdajů domácností nás nejvíce zajímaly výdaje na zdraví a jejich podíl v celkových výdajích domácností. Ten činil v průměru 4,7 %. Tento podíl byl vyšší zejména v domácnostech s osobou starší než 65 let a v domácnostech s osobou vyžadující dlouhodobou péči.

## Výdaje na zdraví a jejich složení

Od respondentů se zjišťovaly údaje o výdajích za zdravotnické služby v členění na lůžkovou a ambulantní péči, péči lidových léčitelů, výdaje u zubního lékaře, za léky a zdravotní pomůcky, diagnostické a laboratorní testy a ostatní zdravotnické produkty či služby. Dále se zjišťoval počet pobytů všech osob v domácnosti v lůžkovém zařízení za poslední rok a výdaje s těmito pobyty spojené. Nakonec měli respondenti uvést, jaké finanční zdroje použila jejich domácnost v uplynulém roce na výdaje za zdravotní péči.

Na celkových finančních prostředcích plynoucích do zdravotnictví se dle oficiálních statistik podílejí domácnosti necelými 10 % formou přímých plateb. Tyto platby se týkají především nákupu léků a zdravotních pomůcek. V našem souboru uskutečnily výdaje spojené se zdravím téměř 3/4 domácností. V průměru domácnosti zaplatily za zdravotní péči 550 Kč. Více utratily domácnosti, které měly vyšší i ostatní výdaje a domácnosti s více staršími osobami a tudíž častěji i ty, kde někdo z domácnosti vyžadoval dlouhodobou péči nebo byl v posledním roce hospitalizován. 1 000 Kč nebo více vydala na zdraví každá sedmá domácnost.

Jak je patrné z tabulky, téměř 2/3 domácností platily za poslední měsíc za léky a téměř 10 % domácností platilo za zdravotní pomůcky nebo u zubního lékaře. Průměrná domácnost vydávala za léky téměř polovinu výdajů na zdraví, za zdravotní pomůcky i u zubního lékaře kolem jedné pětiny výdajů na zdraví. Pokud chceme zjistit, za jakou péči se platí nejvyšší částky, musíme vyloučit domácnosti, které za určitou péči žádné peníze neplatily. Potom můžeme říci, že domácnosti platící za zdraví vydávaly nejvyšší částky u zubaře a za zdravotní pomůcky. Domácnosti se staršími osobami a s osobou vyžadující dlouhodobou péči měly vyšší výdaje na léky a zdravotní pomůcky. Domácnosti s nejvyššími výdaji měly vyšší výdaje za zubaře a zdravotní pomůcky. V jedné čtvrtině domácností byl někdo během posledního roku hospitalizován. Z nich 8 % mělo v souvislosti s těmito hospitalizacemi nějaké výdaje a to v průměru 1 000 Kč (nevíme však, za jaké služby tito lidé platili).

#### Složení výdajů domácností na zdraví

Druh péče	Domácnosti	Výdaje na	Výdaje na	Průměrně
	platící za péči	1 domácnost	1 osobu	placená částka
	%	Kč	Kč	Kč
Lůžková péče	0,8	7	2	883
Ambulantní péče	0,4	1	0	183
Lidový léčitel	1,0	5	2	506
Zubní péče	9,3	115	41	1 244
Léky	64,2	250	88	389
Zdravotní pomůcky	8,5	123	43	1 446
Zdravotní testy	0,3	1	0	250
Ostatní péče	6,0	48	17	801
<b>Celkem</b>	<b>71,1</b>	<b>550</b>	<b>193</b>	<b>773</b>

#### Výdaje na zdraví a jejich dopad na ekonomickou situaci domácnosti

V této části se zaměříme na určení hranice chudoby z údajů o výdajích domácnosti a dále o určování domácností, které jsou do chudoby uvrženy kvůli svým výdajům na zdraví a domácností ohrožených katastrofickými výdaji na zdraví. Výsledky výpočtů za Českou republiku zřejmě nepřinesou žádná závažná zjištění, neboť ekonomické rozdíly mezi domácnostmi nejsou příliš veliké a systém zdravotnictví je financován převážně z veřejného zdravotního pojištění. I tak bude možné identifikovat skupiny domácností, které jsou přinejmenším citlivé na různé druhy zdravotních výdajů a mohly by tak být při změnách parametrů financování zdravotnictví ekonomicky ohroženy.

Metodiky zjišťování chudoby vychází z určení *hranice chudoby (poverty line)*, jako výdajů za potraviny na jednotku spotřeby v průměrné domácnosti (to je domácnost, ve které je podíl těchto výdajů na celkových výdajích mediánem v celém souboru). Pro náš soubor byla vypočtena hranice chudoby 3 100 Kč. Pro každou domácnost se poté vypočte

její *existenční minimum výdajů (subsistence spending)* jako součin hranice chudoby a ekvivalentu spotřebních nároků domácnosti, odrážejícího velikost domácnosti. Za chudou domácnost je považována taková, jejíž celkové výdaje nepokrývají existenční minimum. V našem souboru to byla necelá 4 % domácností. Domácnost uvržená do chudoby nebo také *zbídačená domácnost (impoverished household)* je definována jako domácnost, která není chudá, ale stává se chudou po zaplacení svých výdajů na zdraví. V našem souboru se takové domácnosti téměř nevyskytovaly. Dále lze definovat *platební schopnost domácnosti (household's capacity to pay)* jako „faktický příjem domácnosti“, tj. příjem po odečtení existenčního minima nebo v případě, že toto minimum je vyšší než výdaje domácnosti za potraviny, pak odečtením výdajů za potraviny (takových domácností bylo v našem souboru 60 %). V našem souboru představovala v průměru platební schopnost 2/3 celkových výdajů a podíl zdravotních výdajů na platební schopnosti činil necelých 8 %. Za domácnost ohroženou katastrofickými výdaji je označena taková, jejíž podíl výdajů na zdraví na platební schopnosti je vyšší nebo roven 40 %. Takovýchto domácností byla v našem souboru nalezena 3 %. Tyto domácnosti měly vysoké výdaje na zdraví i v poměru k celkovým výdajům a při placení čerpaly více z ostatních finančních zdrojů než jen z běžného příjmu.

Hlubší statistickou analýzu chudých nebo zdravotními výdaji ohrožených domácností nešlo kvůli jejich nízkému počtu v našem souboru provést. Výsledky pouze ukazují na potenciální skupiny domácností, které jsou citlivější na zdravotní výdaje a mohou být v souvislosti s nimi ohroženější. Jednak to mohou být domácnosti, ve kterých existují vyšší zdravotní rizika, tedy domácnosti se staršími osobami, s osobami vyžadujícími dlouhodobou péči a domácnostmi s osobami, které byly léčeny v nemocnici. Dále se takovými zdají být domácnosti s nejnižšími výdaji (tedy i nejnižšími příjmy), u kterých znamenají jakékoliv další výdaje značnou zátěž, ale na druhé straně také domácnosti s nejvyššími výdaji (což nemusí nutně znamenat nejvyššími příjmy), neboť u nich byly zdravotní výdaje vysoké nejen absolutně ale i vzhledem k jejich celkovým výdajům.

### Skupiny domácností a výdaje na zdraví

Skupina domácností	Celkové výdaje domácnosti na jednu osobu	Výdaje domácnosti na zdraví	Podíl výdajů na zdraví na celkových výdajích	Podíl domácností platících za péči
	Kč	Kč	%	%
<b>Domácnost patří mezi 20 % domácností s nejvyššími výdaji na jednotku spotřeby:</b>				
ano	7 878	1 225	6,5	78,0
ne	3 402	383	3,8	69,0
<b>V domácnosti žije alespoň jedna osoba ve věku 65 let nebo více:</b>				
ano	4 123	605	6,3	83,0
ne	4 155	526	4,1	66,0
<b>V domácnosti byl někdo během posledního roku hospitalizován:</b>				
ano	3 881	774	6,3	82,0
ne	4 275	469	4,0	67,0
<b>Domácnost byla vystavena katastrofickým výdajům na zdraví:</b>				
ano	4 977	4 559	35,5	100,0
ne	4 117	426	3,6	70,0
<b>Všechny domácnosti</b>	<b>4 144</b>	<b>550</b>	<b>4,7</b>	<b>71,1</b>

Výsledky provedené analýzy potvrzují, že rozdíly v ekonomické situaci domácností nejsou příliš velké a současný zdravotnický systém celkem dobře ochraňuje občany před nepřiměřenými výdaji na zdraví. Reálná situace může být nepatrně horší, neboť lze předpokládat, že se do našeho výběru nedostaly častěji právě domácnosti problematické z hlediska ekonomického postavení a výdajů na zdraví. Závěrem lze snad jen říci, že při jakémkoliv zásahu do fungování sociálního systému je vždy nutné přihlídnout i k důsledkům z toho vyplývajících pro ohrožené skupiny obyvatelstva, bez ohledu na relativní velikost těchto skupin v celé populaci.

Vypracoval: Ing. Jakub Hrkal