

Zawodność prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych – 1

29 listopada 2018

1. Wstęp

Chcąc wykazać wyższość gospodarki rynkowej nad rozwiązaniami interwencjonistycznymi, należy podejmować dyskusje nad tematami i rozwiązaniami z pozoru niemożliwymi do stworzenia i funkcjonowania w warunkach wolnej gospodarki. Niewątpliwie jednym z takich tematów jest rynkowy system ochrony zdrowia z prawdziwego zdarzenia. W dyskusji nad możliwościami jego wprowadzenia oraz funkcjonowania trzeba pamiętać o kilku istotnych kwestiach.

Po pierwsze, w przeciwieństwie do swojego publicznego odpowiednika, system ten nie ma jasno określonej, statycznej struktury. Nie jest to jednak jego wada, ale jak postaram się w niniejszej serii esejów wykazać, zaleta.

Po drugie, wiele dekad funkcjonowania systemów publicznych, w mniejszym lub większym stopniu, doprowadziło społeczeństwa do mylnego przekonania, że podstawą dla finansowania oraz efektywnego świadczenia usług zdrowotnych jest ubezpieczenie zdrowotne – publiczne lub quasi-rynkowe funkcjonujące w ramach systemów publicznych. Nie jest to prawdą. Ubezpieczenie, w tym ubezpieczenie zdrowotne, jest instytucją rynkową, która powstała (oraz może się dalej rozwijać) na zasadzie dobrowolnych wymian pomiędzy ludźmi bez udziału państwa. Tak zwane publiczne ubezpieczenia zdrowotne to nic innego zwykła redystrybucja dochodu dokonywana pod płaszczykiem dbania o zdrowie ludzi, a w efekcie rozszerzająca etatyzm. Nie należy także zapominać o innych rynkowych formach finansowania dostępu do usług zdrowotnych takich jak np. abonamenty medyczne, płatności bezpośrednie, medyczne konta

oszczędnościowe czy działalność charytatywna. Pomiedzy tymi poszczególnymi formami finansowania, a zwłaszcza pomiedzy ubezpieczeniem a płatnościami bezpośrednimi, na skutek suwerennych decyzji kupujących oraz sprzedających, tworzą się naturalne (rynkowe), dynamiczne relacje, które wydatnie pomagają ludziom w podejmowaniu decyzji odnośnie zakupu rzadkich dóbr i usług zdrowotnych. Nie wszystkie dobra i usługi można bowiem nabyć poprzez ubezpieczenie zdrowotne. Wynika to jednak nie tyle z wad rozwiązań rynkowych, które niepotrzebnie starają się naprawić systemy publiczne, ale ze specyficznego charakteru instytucji ubezpieczenia.

Po trzecie, prezentowane będą również wadliwe rozwiązania rządowe, ich skutki oraz proponowane rynkowe alternatywy. W tym przypadku, niezwykle istotne będzie zwracanie uwagi na możliwe (niekoniecznie pewne) skutki danych propozycji. Jak klarownie ujął to H. Hazlitt: „Rozważając jakiś program, nie powinniśmy się skupiać wyłącznie na tym, jakie długoterminowe skutki przyniesie on całemu społeczeństwu. Taki właśnie błąd często popełniali klasyczni ekonomiści. Jego wynikiem była pewna obojętność na los grup bezpośrednio poszkodowanych programami lub procesami, które okazywały się dobroczynne w skali ogólnej i w długim okresie.”[1]

Możliwego, tymczasowego dyskomfortu niektórych grup społecznych nie należy utożsamiać z wadami rynkowego systemu ochrony zdrowia tylko z wadami systemów publicznych. Rozwiązania rynkowe nie są idealne i automatyczne. Ich wprowadzenie wymaga czasu, społecznego poparcia i zrozumienia. Jest to tym trudniejsze, jeśli w czasie przechodzenia na system rynkowy pojawią się grupy niezadowolone bądź zaniepokojone swoim losem. W takiej sytuacji błędem byłoby zaniechanie lub spowalnianie potrzebnych zmian. Prawdą jest, że ludzie popełniają błędy, jednak racjonalnym rozwiązaniem jest wspieranie systemu, w którym podlegają one nieustannej marginalizacji (np. na skutek presji konkurencji), a w przypadku, kiedy już się pojawiają można je szybko

zidentyfikować (np. za pomocą rachunku zysków i strat). Rynek oferuje w tym zakresie lepsze rozwiązania niż publiczne systemy ochrony zdrowia.

I po czwarte, rynkowy system ochrony zdrowia jest integralną częścią gospodarki rynkowej. Nie stanowi on odrębnego systemu gospodarczego odseparowanego od reszty gospodarki. Im bardziej wolna od rządowych interwencji jest gospodarka, tym lepiej dostrzegalne są również pozytywne efekty na nieskrępowanych rynkach dóbr i usług zdrowotnych.

Są to niektóre kwestie, jakie będę poruszał podczas tworzenia kolejnych esejów z nowej serii: W drodze do rynkowego systemu ochrony zdrowia. Warto o nich wspomnieć na samym początku dla lepszego zrozumienia prezentowanych treści oraz konstruktywnej dyskusji. Eseje nie będą miały sformalizowanego charakteru opracowań naukowych. Będą krótkimi (maksymalnie 5 stron[2]) oraz bardziej luźniejszymi dywagacjami na tematy związane z rynkowymi alternatywami dla rozwiązań publicznych w tym zakresie.

2. Negatywna selekcja jako przykład zawodności rynku ubezpieczeń zdrowotnych?

W obszernej literaturze poświęconej problematyce ochrony zdrowia część treści poświęcane jest tzw. zawodnościom rynku, w tym zawodnościom rynku ubezpieczeń zdrowotnych. Do jednej z tych ostatnich zalicza się negatywną selekcję (adverse selection). W tej części niniejszego eseju ustosunkuję się do niektórych z tych zarzutów. Będę powoływał się na argumenty, jakie zostały przytoczone w książce pt. *Ekonomia w ochronie zdrowia* autorstwa S. Morrisa, N. Devlin oraz D. Parkina.

W pierwszej kolejności należy po krótkce zdefiniować, czym jest negatywna selekcja. Określić ją można jako niekorzystną, z

punktu widzenia ubezpieczyciela sytuację, w której ochroną ubezpieczeniową zostają objęte osoby, które z uwagi na swój stan zdrowia nie powinny być w ogóle dopuszczone do ubezpieczenia lub zostały one ubezpieczone na zbyt korzystnych warunkach (np. bez zwyżki składki). Ubezpieczyciele, posługując się odpowiednią kalkulacją ryzyka, starają się tworzyć różne grupy ryzyka, w których prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia (np. choroby lub wypadku) wśród poszczególnych ich członków jest takie samo lub zbliżone[3][4]. Podstawowym warunkiem utrzymania takich grup i w efekcie efektywnego finansowania ubezpieczonym dostępu do usług zdrowotnych jest rzetelna kalkulacja ryzyka. Jest ona możliwa jedynie w przypadku przekazania prawdziwych informacji na temat swojego stanu zdrowia przez osoby ubiegające się o objęcie ochroną ubezpieczeniową. Na tym etapie może jednak dojść do celowego zatajenia kluczowych informacji przez potencjalnych ubezpieczonych. Dlatego ubezpieczyciele stosują różnego rodzaju narzędzia mające za zadanie ograniczyć ryzyko powstania tej asymetrii informacji. Zaliczyć do nich można np. ankiety medyczne, zlecenie dodatkowych badań przed podpisaniem umowy ubezpieczenia czy możliwość wglądu do dokumentacji medycznej pochodzącej od podmiotów, w których potencjalny ubezpieczony w przeszłości korzystał z usług medycznych. Ubezpieczyciele stosują także wyłączenia części ryzyk z ochrony ubezpieczeniowej. Jednak wg S. Morrisa, N. Devlin oraz D. Parkina: „Podejściu temu towarzyszą dwa problemy. Po pierwsze, koszt uzyskania odpowiednich informacji bywa wysoki, a zatem wywołuje wzrost składek ubezpieczeniowych za pośrednictwem współczynnika obciążenia i może spowodować, że ubezpieczenie zdrowotne nie będzie dalej przystępne ani atrakcyjne. Po drugie, taki system składek może zachęcić ubezpieczycieli do wybierania najlepszych klientów i oferowania ubezpieczenia tylko osobom z grupy niskiego ryzyka. Może to oznaczać, że osoby obarczone wysokim ryzykiem nie dadzą rady w ogóle uzyskać ubezpieczenia zdrowotnego.”[5]

Odnośnie pierwszej uwagi, konsument dokonuje aktu zakupu

danego dobra lub usługi na podstawie własnego osądu. Jeśli uzna, że brak ubezpieczenia zdrowotnego wiąże się dla niego ze zbyt dużym ryzykiem z chęcią zapłaci odpowiednią cenę (składkę). Pozyskiwanie oraz analiza informacji na temat zdrowia potencjalnego ubezpieczonego (w celu ustalenia odpowiedniej składki) niewątpliwie wiążą się z pewnymi kosztami, są one jednak komplementarnym czynnikiem (procesem), dzięki któremu w ogóle możliwe jest powstanie usługi zwanej ubezpieczeniem zdrowotnym. Konkurujący pomiędzy sobą ubezpieczyciele dążą do obniżenia zarówno kosztów czysto ubezpieczeniowych (np. poprzez poprawę jakości oceny ryzyka), jak i innych kosztów (np. kosztów pozyskiwania informacji). Jest to jednak sytuacja spotykana w każdej innej branży. Sklepy wielkopowierzchniowe oprócz ponoszenia oczywistych kosztów zakupu towarów, energii, wynagrodzeń pracowników itp. ponoszą dodatkowo nakłady np. na reklamę, parkingi dla klientów, ochronę czy wózki zakupowe. Koszty nie determinują cen, tak jak ceny nie są miarą wartości. Wydatnie pomagają jednak nam w podejmowaniu decyzji w świecie ograniczonej ilości dóbr i usług. Zyski konsumentów pochodzące z zakupu określonych dóbr i usług są tym mniejsze, im większymi regulacjami objęte są poszczególne branże.

Druga uwaga to przysłowiowe stawianie wozu przed koniem. Na pierwszy rzut oka wydaje się, że chciwi ubezpieczyciele piętrzą przeszkody przed schorowanymi ludźmi żądając bardzo wysokich składek i ograniczając im zakres ubezpieczenia lub nawet go odmawiając. Kierując się żądzą zysku, zgadzają się oni na ubezpieczenie jedynie osób młodych i zdrowych, dzięki czemu nie muszą się martwić znacznymi kosztami. Jest to jak najbardziej mylne wyobrażenie.

W warunkach nieskrępowanej gospodarki rynkowej władza należy do konsumenta. To wyłącznie od jego decyzji zależy sukces poszczególnych przedsiębiorców angażujących poszczególne czynniki produkcji, zarówno tych dużych jak i małych. Rdzeniem działalności ubezpieczeniowej jest odpowiednia kalkulacja

ryzyka. Ubezpieczyciele tworzą określone grupy ryzyka – jednak to konsument ostatecznie decyduje, czy dołączy do danego programu ubezpieczeniowego. Aby zwiększyć swoje szanse, ubezpieczyciele starają się zaoferować mu jak najbardziej dogodne warunki. O wiele łatwiej jest ubezpieczyć grupę osób młodych i zdrowych, gdzie prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (a więc i konsumpcji usług zdrowotnych) jest relatywnie niskie, co ma również swoje odzwierciedlenie w składce. Jeśli do takiej grupy (z różnych przyczyn) włączy się np. osoby już chorujące, to wówczas (w ich przypadku) nie występuje już ryzyko ubezpieczeniowe, ale pewność, co do konsumpcji takich usług. Koszty zaczynają rosnać i ubezpieczyciele, w celu zachowania odpowiednich proporcji pomiędzy przychodami a kosztami, zmuszeni są podwyższyć składki. Rodzi to jednak kolejne problemy. Wyższe składki powodują, że część z ubezpieczonych najmniej lub w ogóle nie korzystających z ubezpieczenia zdrowotnego z niego zrezygnuje lub zmieni zakres ubezpieczenia na niższy. Im niższe jest ich ryzyko zdrowotne tym łatwiej będzie im podjąć taką decyzję. Odejście części ubezpieczonych powoduje spadek wpływów ze składek i ubezpieczyciele, w celu wyrównania tego ubytku będą zmuszeni do ponownego podwyższenia części składek, co ponownie zniechęci część ubezpieczonych do dalszego kontynuowania ubezpieczenia. Na końcu tego procesu ubezpieczone pozostaną jedynie osoby najbardziej zdeterminowane jednak problemem będzie to, że w zasadzie każda z nich w większym lub mniejszym stopniu na bieżąco korzysta z ubezpieczenia i brakuje coraz bardziej znacznych środków (na skutek rezygnacji kolejnych ubezpieczonych) na kontynuowanie danego programu ubezpieczeniowego. Zjawisko opisane powyżej to tzw. spirala śmierci. Jest ono charakterystyczne dla ubezpieczeń zdrowotnych. W warunkach rynkowych może wystąpić na skutek niskiej jakości oceny ryzyka stosowanej przez ubezpieczycieli i/lub na skutek nieuczciwego zatajania informacji przez osoby wnioskujące o ubezpieczenie. Trzecim źródłem spirali śmierci mogą być państwowe interwencje zabraniające ubezpieczycielom określonych działań w zakresie oceny ryzyka, ale o tym będzie

mowa, kiedy indziej.

W warunkach rynkowych, ubezpieczyciele zazwyczaj szybko orientują się, że popełnili błąd i podejmują określone działania w celu jego naprawienia. W najgorszym wypadku ich miejsce zajmują konkurenci lepiej radzący sobie z oceną ryzyka. Odpowiednia selekcja i klasyfikacja ryzyka ubezpieczeniowego, różnicowanie składek i warunków ubezpieczenia dla poszczególnych grup ryzyka jest w gruncie rzeczy dowodem na zależność ubezpieczycieli od swoich klientów. W sensie ekonomicznym, to nie ubezpieczyciel dokonuje wykluczeń, ograniczeń itp. W istocie są one dziełem jego klientów, którzy akceptują jedynie określne warunki umowy. Nie godzą się na podwyżkę składek w celu taniego finansowania dostępu do usług medycznych ubezpieczonym o wyższym ryzyku zdrowotnym. Ubezpieczyciel tworząc określne grupy ryzyka i warunki ubezpieczenia pełni de facto rolę pełnomocnika swoich klientów. Część osób stykając się z odmową przyjęcia do ubezpieczenia postrzega ubezpieczyciela jako winowajcę tego stanu rzeczy chociaż w istocie za tą decyzją stoi ktoś inny. Nie należy przy tym także utożsamiać ubezpieczenia z nieograniczonymi możliwościami konsumowania dóbr i usług medycznych. Im dane ryzyka są rzadsze tym lepiej nadają się do włączenia w zakres ubezpieczenia i odwrotnie.

Nie jest to żadna przesada. Ubezpieczyciele podejmując decyzje o włączeniu pewnej (nawet nielicznej) grupy osób do ubezpieczenia mogą sporo ryzykować. Aby lepiej to zobrazować, można podać konkretny przykład z jednej z niemieckich kas chorych pełniących akurat funkcję quasi-ubezpieczeniową: „Zmienianie kas chorych przez ubezpieczonych spowodowane podniesieniem składki jest dla tych instytucji bardzo niekorzystne, bo odchodzą, zwykle osoby młode, więcej wpłacające niż korzystające ze świadczeń kasy chorych. Po tym, jak pod koniec 2009 r. DAK, jedna z największych ustawowych kas chorych, mająca 4,8 mln członków, ogłosiła wprowadzenie dodatkowej opłaty w wysokości ośmiu euro miesięcznie, w ciągu

jednego kwartału opuściło ją 141 tys. ubezpieczonych. I mimo że było to zaledwie 2,9% członków kasy, to było to dość bolesne, bo odeszły głównie osoby młode i zdrowe. [...] Ciężkie koszty administracyjnych w kasach chorych wydaje się mieć drugorzędne znaczenie – w kłopotach są lub będą wkrótce także takie, które dobrze gospodarują otrzymanymi pieniędzmi. Przykładem takiej kasy, która pomimo szeregu działań jej kierownictwa (skrupulatne sprawdzanie rachunków ze szpitali i służb zajmujących się opieką nad przewlekle chorymi, wyszukiwanie lekarzy, którzy najczęściej wystawiali zwolnienia) jest zagrożona bankructwem to kasa chorych City BKK. Powodem jej kłopotów jest to, że duża część spośród 170 tysięcy klientów tej kasy chorych to osoby starsze (ponad połowa ma ponad 60 lat), częściej chorujące. 16% jej członków cierpi na więcej niż jedno schorzenie, podczas gdy średnia w Niemczech wynosi 7%. Koszty generowane przez takich klientów są wyższe od przeciętnych. Znany jest przypadek, gdy koszt kuracji dwóch osób chorych na hemofilię przekroczył sumę wpłat 30 tysięcy członków jednej z kas chorych. Nic dziwnego, że w takiej sytuacji instytucje te wpadają w finansowe tarapaty.”[6]

Jest to problem, z którym musi zmierzyć się każda instytucja ubezpieczeniowa. Jedną z istotniejszych kwestii jest to, czy dane problemy ma rozwiązywać rynek czy państwo. S. Morris, N. Devlin oraz D. Parkin rekomendują ten drugi wariant: „Alternatywnym rozwiązaniem jest wprowadzenie obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Problem negatywnej selekcji pojawia się, ponieważ osoby z grupy niskiego ryzyka opuszczają rynek. Po wprowadzeniu obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych opuszczenie rynku będzie niemożliwe i negatywna selekcja nie wystąpi. Takie podejście jest zazwyczaj stosowane w publicznych ubezpieczeniach zdrowotnych, omówionych w dalszej części niniejszego rozdziału. Może być ono niesprawiedliwe dla osób obciążonym niskim ryzykiem, które faktycznie dotują opłaty ubezpieczeniowe osób z wyższym ryzykiem.”[7]

Prawdą jest, że w takim przypadku osoby o niższym ryzyku dotują te o wyższym ryzyku. Zrozumiałe jest też to, że nie jest to dla nich korzystna sytuacja. Skoro podczas robienia zwykłych zakupów nie płacimy za produkty podrzucone do naszego koszyka przez nieznanomych kupujących, to dlaczego w przypadku usług zdrowotnych miałyby być inaczej? Nie ma to żadnego związku z etyką. Zgadzam się co do faktu, że ludziom trzeba pomagać. Uważam jednak, że tylko do mnie należy wybór środków, za pomocą których pomoc ta ma się odbywać. Przymusowe działania w tym zakresie nie mają nic wspólnego z pomocą i etyką – rodzą jedynie jeszcze więcej problemów.

Jeśli zaś chodzi o obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne, to ich wprowadzenie spowoduje nie rozwiązanie problemów, ale ich eskalację przy jednoczesnym ukryciu prawdziwego źródła spirali śmierci. Rosnące ceny składek oraz opuszczanie rynku przez kolejnych ubezpieczonych nie są problemem samym w sobie a odzwierciedleniem prawdziwego problemu. Dzięki nim łatwo zauważyć, że coś jest nie tak. Objęcie całego społeczeństwa powszechnym (obowiązkowym) ubezpieczeniem zdrowotnym powiększa jedynie tragedię wspólnego pastwiska do skali całego kraju, a nie jedynie danego programu ubezpieczeniowego. Nie jest to rozwiązanie racjonalne, a dodatkowo rodzi wiele innych problemów, które zostaną omówione w następnym eseju.

Spirale śmierci mogą mieć różne formy, zachodzić w krótszych lub nawet bardzo długich odstępach czasowych[8]. Zjawiska tego nie należy utożsamiać jednak jedynie z rynkiem ubezpieczeń zdrowotnych, ale przede wszystkim z publicznymi systemami ochrony zdrowia. Problem nie polega na tym, że negatywna selekcja pojawia się wtedy, gdy osoby o niskim ryzyku zdrowotnym opuszczają rynek, więc trzeba im tego zabronić – to nie jest jej przyczyna, ale skutek. Osoby te odchodzą, ponieważ nie akceptują warunków ubezpieczenia. Prawdziwym problemem jest to, że w tak utworzonej powszechnej grupie ryzyka nie występują rynkowe bodźce do racjonalnej konsumpcji rzadkich dóbr i usług zdrowotnych. Efektem są niedobory,

piętrzące się kolejki, wydłużający się czas oczekiwania na potrzebne zabiegi, łapówki czy ucieczka części ubezpieczonych do rynkowych alternatyw – to są jedne z konsekwencji[9] funkcjonowania systemów publicznych i spirali śmierci w nich występujących. W takich uwarunkowaniach każdy próbuje maksymalizować swoje korzyści kosztem innych. Granica pomiędzy niskimi a wysokimi ryzykami zostaje zatarta.

Autorstwo: Łukasz Jasiński

Źródło: Mises.pl

Przypisy

[1] H. Hazlitt, *Ekonomia w jednej lekcji*, Instytut Ludwiga von Misesa, Warszawa 2012, s. 5.

[2] Ten esej może być tutaj wyjątkiem ze względu na wstęp.

[3] Ubezpieczyciele mogą ustalać także jednakowe składki dla wszystkich ubezpieczonych, co często ma miejsce w ubezpieczeniach grupowych (zawieranych przez pracodawcę), które często stanowią pozapłacowe świadczenia pracownicze.

[4] Trudno oczekiwać, żeby osoby młode i relatywnie zdrowe były w jednej grupie ryzyka z osobami starszymi od dawna chorującymi na choroby przewlekłe.

[5] S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011, s. 189-190.

[6] Biuro Analiz i Dokumentacji Kancelarii Senatu, *Finansowanie niemieckiego systemu opieki zdrowotnej*, Warszawa 2010, s. 9-11, <http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/106/plik/ot-594.pdf> (dostęp: 18.11.2018).

[7] S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011, s. 190.

[8] Więcej na ten temat zob.: H. E. French, M. P. Smith, Anatomy of a Slow-Motion Health Insurance Death Spiral, „North American Actuarial Journal” 2015, nr. 19 (1), 60-72.

[9] Lub mówiąc inaczej, pewnego rodzaju substytutu dla możliwości rezygnacji z obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych coraz większej części ubezpieczonych.