

Finansowanie usług medycznych w systemie całkowicie prywatnej opieki medycznej

Autorzy: **Stanisław Wójtowicz, Kamil Rozynek**

Niniejszy tekst jest częścią szerszego projektu: próby wyobrażenia sobie, jak funkcjonowałaby całkowicie prywatna opieka medyczna (CPOM). Projekt ten zakłada wycofanie się państwa z produkcji, finansowania oraz kontroli jakości usług i produktów medycznych. W systemie CPOM usługi medyczne produkowane byłyby w głównej mierze przez konkurujące ze sobą o względy klientów prywatne podmioty. Konsumenci kupowaliby usługi medyczne samodzielnie, bez pomocy ze strony państwa. Możliwość efektywnego funkcjonowania takiego systemu rodzi wiele wątpliwości. Jak opłacano by usługi medyczne? Czy rynek usług medycznych jest typowym rynkiem, czy charakteryzuje się jakimiś anomaliami, które mogłyby uniemożliwić jego efektywne funkcjonowanie w całkowicie prywatnej wersji? W jaki sposób zapewniano by jakość wobec braku kontroli ze strony państwa? Jak kształtowałyby się ceny usług medycznych? Czy przeciętną jednostkę byłoby na nie stać? W niniejszym tekście interesuje nas kwestia finansowania usług medycznych. Sugerujemy, że finansowanie to odbywałoby się za pomocą ubezpieczeń oraz opłat bezpośrednich. Pokazujemy, że odpowiednio zaprojektowane ubezpieczenia medyczne są w stanie rozwiązać jeden z najbardziej istotnych problemów CPOM — problem uprzednio istniejących chorób.

1. Opłaty bezpośrednie. Abonament

Jednorazowe opłaty płacone w zamian za wykonanie określonej usługi są najprostszą i najbardziej efektywną metodą finansowania usług medycznych. Opłaty bezpośrednie mogą być z powodzeniem stosowane w przypadku usług (lub produktów), które są relatywnie tanie i/lub da się oszacować, jaką ich ilość jednostka będzie potrzebowała w kolejnych etapach życia, co umożliwia odłożenie odpowiedniej puli pieniędzy. Za pomocą opłat bezpośrednich byłyby prawdopodobnie:

- wizyty u lekarza rodzinnego i specjalistów,

- leki służące do leczenia niegroźnych chorób (np. leki na grypę) i tanie leki/produkty medyczne stosowane w leczeniu chorób przewlekłych,
- mniej skomplikowane procedury diagnostyczne i procedury diagnostyczne niepowiązane z diagnozowaniem i monitorowaniem chorób przewlekłych (rutynowe badania krwi, badanie EKG, USG, RTG, rezonans magnetyczny przy urazie ortopedycznym itd.),
- niektóre zabiegi czy operacje, zwłaszcza u pacjentów zdrowych, nieobciążonych chorobami przewlekłymi (np. operacja przepukliny czy wyrostka robaczkowego),
- opieka dentystyczna itp.

Wydaje się, że nie jest uzasadnione ekonomicznie, by usługi te sprzedawane były w formie ubezpieczenia (Schansberg, 2014). Ubezpieczenia wiążą się z istotnymi kosztami zapośredniczenia (oprócz producenta usług medycznych zarobić musi również ubezpieczyciel) oraz kosztami administracyjnymi (proces określania prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia, ustalania odpowiedniej wysokości składki ubezpieczeniowej jest kosztowny). Co więcej, w przypadku usług opłacanych bezpośrednio pacjent może przeważnie wybierać z większego wachlarza usług, co wiąże się z niższymi kosztami. W interesie konsumenta jest więc, by jak najwięcej usług opłacać za pomocą opłat bezpośrednich. W tym momencie nie jesteśmy w stanie określić, jakie dokładnie procedury finansowane byłyby za pomocą opłat bezpośrednich, możemy jednak spekulować, że ich zakres byłby szeroki. Im bogatsze społeczeństwo i im relatywnie niższe ceny usług medycznych, tym większą ich część opłacano by w ten sposób.

Mniej istotną metodą opłacania usług medycznych byłby abonament medyczny. W przypadku abonamentu konsument płaci dostawcy usług medycznych określoną kwotę pieniędzy, otrzymując w zamian dany pakiet procedur, które może wykorzystać w opłaconym okresie: obejmowałby on np. wizyty u lekarza rodzinnego, wizyty u specjalistów, podstawowe badania itd. Abonament, mimo że przypomina ubezpieczenie, bliższy jest w swym charakterze opłatom bezpośrednim: zamiast płacić oddzielnie za pojedynczą procedurę, płacimy większą kwotę pieniędzy, która uprawnia nas do korzystania (jeśli wystąpi taka potrzeba) z określonej puli procedur w danym okresie. Zaletą abonamentu może być możliwość zaoferowania niektórych procedur w niższych

cenach (sprzedawca abonamentu będzie mógł skuteczniej negocjować ceny z dostawcami/podwykonawcami), zwiększenie finansowej płynności jednostki zdrowia, jak również zniwelowanie u klientów międzyokresowych fluktuacji wydatków związanych z chorowaniem (zamiast płacić więcej w okresie choroby, płacimy płaską stawkę przez cały rok).

2. Ubezpieczenie medyczne. Problem istniejących uprzednio chorób

O ile opłaty bezpośrednie oraz abonament są dobrą metodą finansowania relatywnie tanich usług medycznych, nie nadają się do finansowania leczenia poważniejszych chorób, których koszty leczenia są w wielu przypadkach zbyt duże, by jednostki mogły je pokryć ze swoich oszczędności. Rozwiązaniem tego problemu jest ubezpieczenie medyczne: jeśli w jakiejś grupie tylko część jednostek zapadnie na chorobę, której leczenie będzie bardzo kosztowne, dla wszystkich jednostek z tej grupy, które nie chcą ryzykować, że znajdą się w sytuacji bez środków na leczenie, racjonalnym jest złożyć się do wspólnej puli, z której opłacane będzie leczenie tych (spośród składających się), którzy zachorują. W zamian za określoną opłatę ubezpieczyciel zobowiązywałby się pokrywać koszty leczenia wymienionych w umowie chorób, na które pacjent zapadłby w okresie ubezpieczenia. Ubezpieczenie takie określać będziemy mianem podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego (PUZ). Zauważmy, że w przypadku tego typu ubezpieczeń, wysokość składek ubezpieczeniowych nie jest równa dla wszystkich, ale zależy od przewidywanych wydatków medycznych w okresie ubezpieczeniowym.

Co jednak stałoby się, gdyby ktoś zachorował na chorobę zwiększającą ryzyko wydatków zdrowotnych w przyszłości? Zgodnie z umową ubezpieczyciel pokrywałby bieżące koszty leczenia. Gdyby jednak osoba ta chciała wykupić kolejne ubezpieczenie, wysokość składki ubezpieczeniowej mogłaby radykalnie wzrosnąć — wzrosłoby bowiem prawdopodobieństwo skorzystania w najbliższym okresie z kosztownych usług medycznych. Wyobraźmy sobie, że u mężczyzny, który wykupił PUZ, po około pół roku trwania umowy wykryto nowotwór. Zgodnie z umową ubezpieczyciel pokryłby koszty leczenia (operacji, radioterapii, chemioterapii, rehabilitacji), jednak w momencie, w którym okres ubezpieczeniowy by minął i mężczyzna chciałby wykupić nowe PUZ, proponowana przez ubezpieczyciela wysokość składki wzrosła wielokrotnie, gdyż

zachorowanie na nowotwór radykalnie zwiększa prawdopodobieństwo skorzystania w najbliższym okresie z kosztownych usług medycznych: po pierwsze, choroba może nawrócić, po drugie, radykalne leczenie nowotworu mogła nadwyrężyć zdrowia pacjenta, tak że będzie on bardziej podatny na kolejne choroby. Problem ten określa się mianem problemu istniejących uprzednio chorób (ang. *pre-existing conditions*).

Intuicyjnie nasuwającym się rozwiązaniem tego problemu mogłoby być długoterminowe ubezpieczenie medyczne. Klient podpisywałby umowę, w której ubezpieczyciel zobowiązywałby się pokrywać jego wydatki medyczne przez całe życie, on zaś zobowiązywałby się do płacenia składki, która ustalana byłaby przez podzielenie jego spodziewanych wydatków medycznych przez całe życie przez spodziewaną liczbę lat (lub miesięcy) życia. Tym sposobem klient nie musiałby obawiać się poważnej choroby, ponieważ ubezpieczyciel nie mógłby podnieść ustalonej wcześniej składki ubezpieczeniowej. Rozwiązanie to jest jednakże problematyczne, gdyż działająca w tak długiej perspektywie czasowej firma ubezpieczeniowa miałaby problem zarówno z określeniem średnich przewidywanych wydatków na leczenie, jak i z ustaleniem z góry przysługujących pacjentom koszyków świadczeń. Na oba te elementy — średnie wydatki na leczenie i możliwe do zaoferowania koszyki usług — wpływa bowiem duża liczba dynamicznie zmieniających się czynników takich jak: rozwój wiedzy medycznej, rozwój technologii, zmiany w metodach zarządzania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i wreszcie wszelkiego rodzaju zmiany w prawnogospodarczo-społecznym środowisku, wewnątrz którego działają strony rynkowej wymiany.

Rozwiązaniem tego problemu może być seria krótkoterminowych kontraktów, zaprojektowanych w ten sposób, by po zakończeniu jednego kontraktu istniały symetryczne zachęty dla ubezpieczyciela i ubezpieczającego się, by podpisać kolejny kontrakt, niezależnie od tego, co wydarzy się w okresie trwania wcześniejszego kontraktu. Takie rozwiązania przedstawili w 1995 roku Pauly, Kunreuther i Hirth, opisując model ubezpieczenia z gwarancją odnawialności (Pauly, Kunreuther, Hirth, 1995), oraz Cochrane, który zaproponował model ubezpieczenia od zmiany statusu zdrowotnego (Cochrane, 1995).

3. Ubezpieczenie zdrowotne z gwarancją odnawialności

W przypadku ubezpieczenia zdrowotnego z gwarancją odnawialności (UZGO) podstawowa składka ubezpieczeniowa powiększona byłaby o dodatkową opłatę, która gwarantowałaby pacjentowi, że jeśli zachoruje w danym okresie ubezpieczeniowym, będzie mógł w przyszłości wykupić – u tego samego ubezpieczyciela – kolejne ubezpieczenie w cenie, jaką zapłaca osoby, które nie zachorowały. Klienci płaciliby więc nie tylko za leczenie chorób, na które mogą zachorować w danym okresie ubezpieczeniowym, ale również nadpłaciliby (ang. *front loading*) pewną sumę pieniędzy, by zabezpieczyć się przed ryzykiem zwiększenia ich przyszłych składek ubezpieczeniowych w wyniku zachorowania. Nadpłaty wykorzystywane byłyby do pokrycia kosztów długoterminowego (wykraczającego poza okres PUZ) leczenia osób, które zachorowały w danym okresie ubezpieczeniowym. W ten sposób podczas grupowania tych osób w jednej puli z osobami zdrowymi, te ostatnie nie musiałyby już ponosić dodatkowych kosztów leczenia osób chorych i nie miałyby zachęt ekonomicznych do opuszczenia takiej puli.

Jeśli w trakcie okresu ubezpieczeniowego klient nie zachorowałby na żadną poważną chorobę, mógłby albo pozostać u obecnego ubezpieczyciela, albo ubezpieczyć się w innej firmie, jeśli zaoferowałaby mu ona korzystniejszą umowę. Jeśli jednak zachorowałby, byłby „zmuszony” pozostać u pierwotnego ubezpieczyciela, tylko bowiem on gwarantowałaby mu odnawialność polisy ubezpieczeniowej po stawkach, które płacą osoby z grupy niskiego ryzyka. Oczywiście, jeśli z biegiem czasu zdrowie tej osoby polepszyłoby się, mogłaby ona rozważyć zmianę ubezpieczyciela. Brak możliwości zmiany ubezpieczyciela w przypadku UZGO może stwarzać ryzyko, że firma ubezpieczeniowa będzie źle traktować klientów, którzy będą „skazani na jej usługi”. Jednak firma, która źle traktowałaby takich klientów, nie tylko narażona byłaby z ich strony na pozew o niedopełnienie zasad umowy (obowiązek zapewnienia takich samych koszyków świadczeń w takich samych cenach osobom chorym i zdrowym), ale odstraszałaby również obecnych i potencjalnych klientów niskiego ryzyka.

Gwarancja odnawialności nie oznacza stałej składki przez całe życie. Wysokość składki na UZGO byłaby określana przez średnie oczekiwane wydatki zdrowotne w danym okresie ubezpieczeniowym oraz dodatkową kwotę, którą uzyskamy po przemnożeniu prawdopodobieństwa przejścia do grupy wysokiego ryzyka w danym okresie ubezpieczeniowym przez wszystkie przyszłe

„nadmiarowe” dopłaty w stosunku do składek zdrowotnych płaconych w przyszłości przez zdrowe osoby.

Przedstawiony powyżej model nie ma charakteru czysto teoretycznej spekulacji. Rynek prywatnych ubezpieczeń w Stanach Zjednoczonych w dużym stopniu wykorzystuje model UZGO. Jak wskazują Kunreuther i Pauly, 80% ubezpieczeń sprzedawanych w USA zawierało gwarancję odnawialności zanim zaczęło to być wymagane prawem (Kunreuther, Pauly, 2005).

4. Ubezpieczenie od zmiany statusu zdrowotnego

W modelu zaproponowanym przez Cochrane’a klient wykupuje dwa niezależne od siebie ubezpieczenia: podstawowe ubezpieczenie zdrowotne (PUZ) oraz ubezpieczenie od zmiany statusu zdrowotnego (UZS). Funkcją UZS jest zabezpieczenie klienta przed ponadstandardowym wzrostem składek medycznych w wyniku zachorowania w trakcie trwania PUZ. Jeśli klient zachorowałby na chorobę, w wyniku której musiałby w kolejnych latach płacić wyższe składki (od tych, które płaciłby, gdyby nie zachorował), ubezpieczyciel szacowałby przyszłe koszty leczenia i wpłacałby na specjalne konto klienta (służące wyłącznie do rozliczeń tego typu) różnicę między przewidywanymi składkami a składkami, które klient płaciłby, gdyby nie zachorował. Gdyby klient chciałby wykupić PUZ na kolejny okres ubezpieczeniowy w innej firmie, zgromadzone na koncie środki pozwalałyby mu wykupić PUZ w niskiej cenie, nawet gdyby w wyniku choroby wysokość składki wzrastałaby kilku- czy kilkunastokrotnie. Dla konkurujących ze sobą na rynku ubezpieczycieli osoba, która zachorowała na poważną chorobę, nie byłaby złym ryzykiem, którego należy za wszelką cenę unikać, ale — ze względu na zgromadzone na jej koncie pieniądze — potencjalnym cennym klientem.

Jednym z narzędzi, którym mogliby się posługiwać ubezpieczyciele, aby ułatwić sobie szacowanie przyszłych kosztów leczenia, byłyby kategorie zdrowotne przypisywane pacjentowi na podstawie jego aktualnego stanu zdrowia, uzupełniane o inne zmienne np. wiek czy informacje o udziale w programach profilaktycznych. Przykładowo, zdrowa osoba znajdowałaby się w kategorii 1 (w skali od 1 do 10), w efekcie zachorowania na poważną chorobę mogłaby przejść np. do kategorii 3, w efekcie czego ubezpieczyciel zabezpieczałby na jej koncie środki konieczne do opłacania przewidywanych składek dla osób z 3 kategorii zdrowotnej.

Zgodnie z wcześniejszym kontraktem pieniądze na tym koncie mogłyby służyć tylko i wyłącznie na potrzeby ubezpieczeń, nie byłoby możliwości wydania ich na bieżące potrzeby. Według Cochrane'a musiałyby tak być z trzech powodów: (1) duże kwoty przelewane na zwykłe konto stwarzałyby zachętę do oszustw (np. przedstawienia fałszywej diagnozy i ucieczki z dużą kwotą pieniędzy), (2) ludzie, którzy otrzymaliby jednorazowo na konto duże kwoty, mogliby wydać je szybko na coś innego i stracić możliwość wykupienia kolejnego ubezpieczenia, co byłoby niekorzystne dla ubezpieczyciela, (3) ubezpieczyciele chcieliby, aby środki na indywidualnym koncie były zabezpieczone na wypadek, gdyby stan zdrowia klienta uległ poprawie. Gdyby klient odzyskał zdrowie (a tym samym przewidywane koszty leczenia uległyby istotnemu zmniejszeniu), środki będące na indywidualnym koncie ubezpieczeniowym wędrowałyby w odwrotnym kierunku, tj. wracałyby na konto firmy ubezpieczeniowej. W takiej sytuacji klient nie miałby już środków na koncie, ale mógłby bez większych problemów znaleźć innego ubezpieczyciela, gdyż ponownie znalazłby się w kategorii niskiego ryzyka zdrowotnego.

5. Jak zmieniałaby się wysokość składek w ciągu życia

Wspomniane wcześniej UZGO konceptualnie stanowi połączenie PUZ oraz UZS, różnica polega na tym, że w pierwszym przypadku klient w razie zmiany statusu zdrowotnego otrzymuje kontraktowe zobowiązanie do zapewnienia określonego produktu ubezpieczeniowego, w drugim zaś pewną kwotę pieniędzy na specjalne konto. Nie będzie błędem założenie, że łączna wysokość UZGO w pewnym przybliżeniu oddaje łączną wysokość PUZ + UZS.

Wysokość składki na PUZ powoli rosłaby wraz z wiekiem. Prawdopodobieństwo, że młoda osoba zachoruje na chorobę wymagającą kosztownego leczenia jest niewielkie i systematycznie zwiększa się z biegiem lat. Podobnie wyglądałaby sytuacja w przypadku UZS. Na wysokość UZS wpływają dwa czynniki: prawdopodobieństwo przejścia w danym roku do wyższej kategorii zdrowotnej (P) oraz przewidywane zwiększenie kosztów składki (ZKS) ubezpieczeniowej do końca życia w wyniku przejścia do wyższej kategorii zdrowotnej. P będzie bardzo niskie w młodości i będzie systematycznie rosło wraz z wiekiem. Równocześnie, jeśli młoda osoba zachoruje na poważną chorobę, będzie na nią średnio chorować (generując koszty) dłużej niż osoba starsza. ZKS

będzie się więc obniżać wraz z wiekiem. Uprasząc nieco, można powiedzieć, że wzrost P będzie równoważył spadek ZKS i na odwrót, wyplaszczając krzywą wzrostu UZS . Wartość ZKS może wydawać się bardzo duża dla młodej osoby. Należy jednak pamiętać o czynnikach ograniczających tę kwotę. Średni czas utrzymywania się nadzwyczajnie dużych kosztów leczenia to 4 lata, potem wydatki znacznie się obniżają (Eichner, McClellan, Wise, 1998). Wynika to z dwóch czynników: (1) Ludzie, którzy przeszli do kategorii wysokiego ryzyka, zazwyczaj żyją o wiele krócej niż ludzie, którzy znajdują się w kategorii niskiego ryzyka. Zdarzają się przypadki osób, które żyją bardzo długo z jakąś generującą ogromne wydatki zdrowotną chorobą, jednak nie jest to sytuacja statystycznie typowa. (2) Statystycznie leczenie poważnych chorób jest najdroższe w okresie ich rozpoznania i tuż po, a z biegiem czasu tanieje. Dla większości chorób wydatki obniżają się z czasem, choroba wykryta w ciągu ostatnich 5 lat generuje wyższe koszty niż choroba wykryta dawniej niż 5 lat (wyjątkami są podwyższone wartości lipidów, nadciśnienie i niewydolność serca) (Herring, Pauly, 2006). Kilka powodów może składać się na ten obraz. Wiele chorób w początkowej fazie wymaga rozległej diagnostyki, hospitalizacji, kosztownego leczenia operacyjnego, by następnie — jeśli choroba została opanowana — być dużo mniejszym nakładem środków kontrolowane. W przypadku niektórych schorzeń po pewnym czasie wyczerpują się możliwości terapeutyczne. Czasem choroba wchodzi w stadium remisji. Wydaje się, że osoba, która w bardzo młodym wieku zachorowała na bardzo poważną chorobę wymagającą bezustannego drogiego leczenia i która równocześnie żyje bardzo długo, jest statystycznym wyjątkiem.

Sumując dynamikę zmiany składek na PUZ i UZS , można powiedzieć, że całkowita składka ubezpieczeniowa będzie stopniowo, ale nie drastycznie, rosła wraz z wiekiem. Przewidywania te potwierdzają analizy Pauly'ego i Herringa, którzy badali dynamikę zmian składek ubezpieczeniowych w przypadku funkcjonujących w USA ubezpieczeń z gwarantowaną odnawialnością (Herring, Pauly, 2006).

6. Inne typy ubezpieczenia: ubezpieczenie kwotowe i prenatalne

Na rynku pojawiłyby się z pewnością również inne typy ubezpieczenia. Ubezpieczenie kwotowe, wykupywane równoległe z $UZGO$ lub UZS , gwarantowałoby, że w przypadku zachorowania na poważną chorobę pacjent

otrzymywałyby dodatkową sumę pieniędzy, która pomagałaby mu przejść finansowo trudny okres.

Innym typem ubezpieczenia medycznego mogłoby być ubezpieczenie prenatalne. Pozwalałoby ono zagwarantować opiekę medyczną dla nowo narodzonego dziecka, gdyby urodziło się ono z poważną chorobą lub było trwale upośledzone. Rodzice mogliby wykupywać takie ubezpieczenie w momencie zajścia kobiety w ciążę. Gdyby dziecko rodziło się chore, ubezpieczyciel byłby zobowiązany płacić za jego leczenie lub przelewałby na specjalne konto odpowiednią sumę pieniędzy, za pomocą których rodzice mogliby to leczenie opłacać. Pojawia się tu potencjalny problem polegający na tym, że ubezpieczyciele mogliby żądać wykonania badań genetycznych płodu i następnie odmawiać ubezpieczenia w przypadku płodów obarczonych wadami, co praktycznie zmuszałoby rodziców do dokonania aborcji. Problem ten mógłby być rozwiązany przez wykupywanie ubezpieczenia przed poczęciem dziecka (ubezpieczenie prekonceptyjne).

Ponieważ prawdopodobieństwo pojawienia się różnych chorób u dziecka jest w części zależne od genów rodziców, ubezpieczyciel mógłby proponować rodzicom wykonanie testów genetycznych i różnicować stawkę ubezpieczenia w zależności od prawdopodobieństwa wystąpienia poważnych wrodzonych chorób. W efekcie istniałaby silna presja ekonomiczna, by pary, które ze względów genetycznych mają dużą szansę na spłodzenie dziecka obciążonego dużym ryzykiem zachorowania, unikały macierzyństwa (i decydowały się np. na adopcję).

7. Czy ludzi byłoby stać na opiekę medyczną w systemie CPOM?

Pokazaliśmy, w jaki sposób usługi medyczne mogłyby być finansowane na wolnym rynku. Czy jednostki byłoby jednak stać na opłacenie tych usług? Pytanie to zdaje się zasadne, gdyż koszty opieki medycznej wydają się bezustannie rosnąć, media zaś raz po raz informują o astronomicznych wycenach poszczególnych procedur w systemach posiadających elementy rynkowe (USA). Nie ma tu miejsca, by odpowiedzieć wyczerpująco na to pytanie, zasugerujemy jedynie, jak odpowiedź ta mogłaby wyglądać. W naszym przekonaniu przeciętne produktywne jednostki nie miałyby problemu z zakupem usług medycznych, gdyż ich koszty byłyby w przypadku CPOM radykalnie niższe niż w systemie państwowym. Wynikałoby to z 3 czynników:

1. Urynkowanie produkcji opieki medycznej oznaczałoby odejście od nieefektywnego systemu centralnego planowania na rzecz systemu opartego na konkurencji, który umożliwiłby wykorzystanie systemu cen jako narzędzia koordynacji. Konkurencja między producentami stworzyłaby odpowiednie zachęty ekonomiczne do zwiększania jakości, obniżania cen i wprowadzania innowacji, system cen z kolei umożliwiłby racjonalną alokację zasobów w oparciu o kalkulację ekonomiczną. Konkurencję wygrywaliby producenci, którzy potrafiliby zoptymalizować proces produkcji, zminimalizować nieefektywności i biurokrację, najlepiej wykorzystywać zasoby i stworzyć najlepsze produkty/usługi.
2. Jeżeli CPOM zostałaaby wprowadzona równoległe z innymi reformami wolnorynkowymi (wycofaniem państwa z kontroli nad gospodarką oraz radykalnym obniżeniem podatków), możemy liczyć, że gospodarka rozwijałaby się lepiej, w związku z czym ludzie byłiby zamożniejsi i mieliby więcej środków na opiekę medyczną.
3. CPOM całkowicie zmieniłaby strukturę zachęt ekonomicznych do dbania o zdrowie. Ponieważ koszty opieki medycznej byłyby zinternalizowane, istniałyby doskonałe zachęty ekonomiczne do dbania o zdrowie: zdrowo żyjące osoby płaciłyby istotnie niższe składki ubezpieczeniowe niż osoby żyjące niezdrowo (mające nadwagę, nadużywające szkodliwych substancji, nie stosujące się do zaleceń lekarskich itd.). Ta presja ekonomiczna działałaby nawet na osoby z wysoką preferencją czasową, gdyż koszty niezdrowego życia objawiałyby się nie za 10-20 lat, ale natychmiast, w postaci zwiększonej składki ubezpieczeniowej. Co więcej, ponieważ ubezpieczyciele byłiby zainteresowani tym, by ich pacjenci nie chorowali (z punktu widzenia ubezpieczyciela optymalna sytuacja polega na pobieraniu składek bez konieczności płacenia za leczenie), kładłoby silny nacisk na profilaktykę (taniej zapobiegać, niż leczyć).

Wszystko to każe wierzyć, że produktywne osoby byłoby stać na wykupienie ubezpieczenia zdrowotnego i uiszczanie raz na jakiś czas bezpośrednich opłat na wydatki medyczne. Osobami, które nie byłyby w wystarczający sposób produktywne, by opłacić usługi medyczne, zająć musiałyby się rodzina, lokalna społeczność, kościoły lub instytucje charytatywne. Pewną rolę pełniliby tu również lekarze świadczący usługi *pro bono*. Ponieważ system

wolnorynkowy stwarzałyby właściwe zachęty ekonomiczne do bycia produktywnym i silne „zniechęty” ekonomiczne do bycia nieproduktywnym, możemy domniemywać, że liczba takich wymagających pomocy nieproduktywnych osób byłaby niewielka i obejmowałaby przede wszystkim osoby, które są ze względów zdrowotnych trwale niezdolne do pracy (np. osoby upośledzone fizycznie lub umysłowo).

Pozostają jeszcze dwie problematyczne grupy: osoby, które nie chciałyby się ubezpieczyć (hazardziści zdrowia), oraz dzieci nieubezpieczone przez rodziców. Pierwsza grupa nie wydaje się tak bardzo problematyczna, ostatecznie bowiem osoby, które mogły się ubezpieczyć, ale nie zrobiły tego, stawiając tym samym swoje zdrowie na szali, same zdecydowały o swoim losie, trudno więc mówić, że dzieje im się z czyjejs strony krzywda. Większy problem stanowiłyby nieubezpieczone przez swoich rodziców dzieci (w ich przypadku trudno mówić bowiem o świadomym wyborze). Gdyby fundacje charytatywne pomagały takim dzieciom, stworzyłoby to dla części rodziców zniechęcę ekonomiczną do ubezpieczenia dzieci (po co ubezpieczać dziecko, skoro, jeśli zachoruje, zdobędziemy pomoc ze strony fundacji charytatywnej). Oczywiście, większość rodziców wolałaby nie ryzykować tego, że ich dziecko w przypadku choroby zdane na łaskę — niechętnych takim przypadkom — fundacji charytatywnych. Dodatkowo, rodzice, którzy nie ubezpieczaliby swego dziecka, ryzykowaliby utratę praw do opieki nad dzieckiem (do czego przesłanką byłby fakt, że nie chcieli oni — mimo że mieli możliwości — zapewnić mu odpowiedniej opieki). Te dwa zjawiska (i w mniejszym stopniu niezbyt efektywna strategia, jaką jest ostracyzm społeczny) ograniczyłyby w istotny sposób zakres zjawiska hazardu zdrowiem dzieci, nie ma jednak pewności, że pozwoliłyby ono je całkowicie wyeliminować.

8. Zakończenie

W systemie CPOM usługi medyczne finansowano by na dwa sposoby. Za pomocą opłat bezpośrednich (lub abonamentów) płacono by za wizyty u lekarza, podstawowe badania oraz relatywnie tanie zabiegi i operacje. Poważniejsze operacje, leczenie chorób przewlekłych i długotrwałą rehabilitację finansowano by za pomocą ubezpieczeń medycznych. By zabezpieczyć się przed problemem uprzednio istniejących chorób, klienci kupowaliby ubezpieczenie z gwarancją

odnawialności lub wykupywaliby — oprócz podstawowego ubezpieczenia medycznego — ubezpieczenie od zmiany statusu zdrowotnego. Dostępne byłyby również inne formy ubezpieczeń. Ponieważ CPOM — ze względu na istnienie konkurencji między producentami oraz możliwość korzystania z systemu cen — działałaby dużo efektywniej od systemu opartego na centralnym planowaniu, ceny usług medycznych byłyby na tyle niskie, że produktywne jednostki nie miałyby problemu z ich opłacaniem.

Podobny artykuł pojawi się na blogu dr. S. Wójtowicza.

Stanisław Wójtowicz

(stanwojtow@gmail.com, stanislawwojtowicz.pl)

Kamil Rozynek

(rozynek.kamil@gmail.com)

Bibliografia:

Cochrane J. (1995) Time-consistent health insurance, „The Journal of Political Economy” 1995, vol. 103, no. 3.

Eichner M., McClellan M., Wise D. (1998) Insurance or self-insurance? Variation, persistence, and individual health accounts [w:] Wise D. (red.), *Inquiries in the Economics of Aging*, Chicago (IL).

Herring B., Pauly M. (2006) Incentive-Compatible Guaranteed Renewable Health Insurance Premiums, „Journal of Health Economics”, vol. 25.

Kunreuther H., Pauly M. (2005) Insurance Decision-Making and Market Behavior, „Foundation and Trends in Microeconomics”, vol. 1, no. 2.

Pauly M., Kunreuther M., Hirth R. (1995) Guaranteed renewability in insurance, „Journal of Risk and Uncertainty”, vol. 10.

Schansberg E. (2014) The Economics of Health Care and Health Insurance, „The Independent Review” vol. 18, no. 3.