

# Zawodność prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (część 3)

Autor: **Łukasz Jasiński**

*Esej wchodzi w skład serii: W drodze do rynkowego systemu ochrony zdrowia*

## 1. Wstęp

W trzeciej i ostatniej części poświęconej tematyce zawodności prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych przeanalizowany zostanie problem niepełnego zasięgu ochrony ubezpieczeniowej. Do tej kwestii, w pierwszej kolejności, należy podejść z perspektywy działającego człowieka.

Jak wiadomo, ludzkie działanie ma miejsce w warunkach niepewności. Nikt nie wie, co może przynieść przyszłość — co nie oznacza, że nie można się do niej odpowiednio przygotować. Dotyczy to także chorób czy nieszczęśliwych wypadków, jakie mogą spotkać człowieka. Aby po części temu przeciwdziałać, powstała i rozwinęła się instytucja ubezpieczenia. Jednak sama niepewność dalej będzie występować. Człowiek mając do wyboru wiele rodzajów ubezpieczeń, musi podjąć decyzję między innymi co do zakresu czy ceny takiej usługi. Zakres jest o tyle istotny, że od niego zależy przed skutkami jakich niekorzystnych zdarzeń będzie chroniony ubezpieczony. Dylematy przed jakimi staje, polegają np. na tym, czy wybrać szerszy zakres ubezpieczenia z większą liczbą rzadszych chorób (wyższa składka) czy też pozostać przy ograniczonym zakresie obejmującym najczęściej występujące poważne schorzenia (niższa składka) lub ubezpieczyć się tylko i wyłącznie od następstw nieszczęśliwych wypadków (najniższa składka). Podstawowy problem polega na tym, że ani ubezpieczony, ani ubezpieczyciel nie posiada dostatecznej wiedzy na temat przyszłości. Również rozwój technologii i medycyny, widoczny na przestrzeni dekad czy ostatniego stulecia, nie jest procesem zakończonym. Ta niekompletność wiedzy oraz ograniczoność możliwości przewidywania przyszłości przez człowieka skutkuje właśnie potrzebą znalezienia odpowiednich środków zwiększających bezpieczeństwo jego bytu — w tym ubezpieczeń.

Co więcej, człowiek decydując się na konkretny wariant ubezpieczenia zdrowotnego, nie może z góry przewidzieć, czy podjął dobrą decyzję czy nie, gdyż odpowiedź na to pytanie zależy od jego subiektywnej oceny w przyszłości. Jeśli przydarzy mu się poważna choroba, od której się ubezpieczył, to może mówić o szczęściu i o podjęciu właściwej decyzji. Nawet gdyby dana choroba nie wystąpiła, jego decyzja dalej mogłaby być uznana przez niego za słuszną, gdyż on sam nie posiadał wówczas takiej wiedzy. Z pewnością dla niektórych ubezpieczanie się np. od relatywnie rzadko występującej choroby, jak białaczka, może być stratą pieniędzy, jednak w momencie podejmowania decyzji nie można z góry założyć, czy postępują oni słusznie lub nie, tak samo jak nie jest możliwe określenie z absolutnym przekonaniem czy zakres ubezpieczenia jest wystarczający (optymalny) dla osób już ubezpieczonych. Gdyby podążać tym tokiem rozumowania, należałoby przyjąć nierealne założenie, że w celu *optymalizacji* wyboru konsumenci powinni się oni ubezpieczać wyłącznie od tych chorób, które czekają na ich w przyszłości, gdyż w przeciwnym wypadku poniosą niepotrzebne koszty zbyt szerokiego zakresu ubezpieczenia.

## 2. Niepełny zasięg ochrony ubezpieczeniowej

Inaczej problem ten widzą S. Morris, N. Devlin, D. Parkin:

*Innym problemem, który pojawia się na rynku ubezpieczeń zdrowotnych, jest niepełny zasięg ochrony ubezpieczeniowej (incomplete coverage). Nawet gdy negatywna selekcja nie występuje, kupienie ubezpieczenia zdrowotnego dla przedstawicieli niektórych grup społecznych może okazać się trudne. Nie wykluczone, że osób osiągających niskie dochody nie będzie stać na zakup ubezpieczenia zdrowotnego, nawet gdyby płacili składkę sprawiedliwą; niepełny zasięg może też dotyczyć grup wysokiego ryzyka.*

*Przeanalizujemy ten ostatni przypadek: niepełny zasięg ochrony ubezpieczeniowej pojawia się, gdy prawdopodobieństwo choroby dąży do 1 (t. odszkodowanie od ubezpieczyciela jest pewne). (...) W ochronie zdrowia problem ten może pojawić się u osób z przewlekłymi lub wrodzonymi chorobami, takimi jak nowotwór, gdy osoby te próbują kupić ubezpieczenie zdrowotne po*

*zdiagnozowaniu choroby. Prywatne towarzystwa ubezpieczeniowe wykluczają zazwyczaj leczenie trwających już chorób, ponieważ prawdopodobieństwo wypłaty odszkodowania będzie zbyt wysokie. Szansa na wystąpienie niepełnego zasięgu ochrony ubezpieczeniowej jest spotęgowana w grupach o niskich dochodach i wysokim ryzyku, na przykład wśród osób starszych.<sup>1</sup>*

Problem z tym stwierdzeniem występuje już podczas próby określenia pełnego lub niepełnego zasięgu ubezpieczenia. W gruncie rzeczy nawet osoby bardzo zamożne nie wykupują dla siebie wszystkich dostępnych na rynku ubezpieczeń zdrowotnych. Osoby najmniej zarabiające również stoją przed opisanymi na wstępie dylematami wyboru odpowiedniego zakresu ubezpieczenia. Ich problemy mogą być rozwiązane chociażby przez obniżkę podatków, zwiększenie ulg, czy działalność charytatywną polegającą np. na pokrywaniu przez darczyńców kosztów ubezpieczenia (indywidualnego lub grupowego). Ponadto, w wymianie rynkowej, płacona cena (składka) zawsze jest *sprawiedliwa*. Firmy ubezpieczeniowe nie stosują preferencyjnych warunków dla lepiej sytuowanych klientów, bo im to się zwyczajnie nie opłaca. Taka sama wysokość składki dla osoby bardzo zamożnej i bardzo biednej nie wynika z braku sprawiedliwości wobec tej drugiej, ale z faktu, że dla firmy ubezpieczeniowej te dwie osoby zaliczane są do tej samej grupy ryzyka.

Z kolei trudności w nabyciu ubezpieczenia przez osoby starsze nie wynikają z ułomności rynku ubezpieczeń zdrowotnych czy z chciwości ubezpieczycieli. Obejmowanie ochroną takich osób przeczy idei samego ubezpieczenia i ma bardzo niekorzystne skutki społeczno-ekonomiczne, o których była już mowa w [części pierwszej](#) poświęconej ubezpieczeniom zdrowotnym. Być może dla niektórych zabrzmiało to bardzo kontrowersyjnie, ale ubezpieczenia, wbrew dominującym poglądom, nie są przeznaczone dla osób już chorujących czy starszych i należy to szczególnie podkreślać, jeśli system rynkowy z prawdziwego zdarzenia ma kiedykolwiek powstać. W dzisiejszych czasach brak ubezpieczenia niepoprawnie utożsamiany jest brakiem dostępu do usług medycznych, a jego odmowa osobom potrzebującym o wysokim ryzyku wręcz jako coś niemoralnego. Tymczasem włączenie osób o wysokim ryzyku

---

<sup>1</sup> S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011, s. 194.

zdrowotnym do grupy osób o niższym ryzyku jest działaniem destrukcyjnym, gdyż powoduje wymuszoną redystrybucję dochodu, rosnące koszty i reglamentację, co w ostateczności prowadzi do załamania się systemu z *pełnym* zasięgiem ochrony ubezpieczeniowej. Mówiąc inaczej, niszczy, a nie buduje więzi społeczne. Zbyt rzadko i za mało zdecydowanie jest również podnoszona kwestia wpływu działania człowieka i jego odpowiedzialności za własne zdrowie.

Prawdą jest, że poważne choroby są wielkimi nieszczęściami dla samych chorych, jak i ich rodzin. I właśnie dlatego należy jeszcze bardziej podnosić kwestię różnych form finansowania dostępu do usług medycznych. Osoby relatywnie młode i zdrowe, które same nie będą ponosiły dużych wydatków związanych z ubezpieczeniem, będą mogły w większym stopniu pomóc osobom potrzebującym.

Tymczasem cytowani wyżej autorzy sugerują inne rozwiązanie:

*Zasięg ochrony ubezpieczeniowej można poprawić za pomocą polityki ograniczania kosztów leczenia. Jeśli obniżka kosztów zostanie przeniesiona na ubezpieczonych, to ubezpieczenia prawdopodobnie staną się bardziej dostępne. Innym rozwiązaniem jest wprowadzenie obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych i obliczanie składki nie na podstawie indywidualnego ryzyka, ale możliwości finansowych. Oznaczałoby to, że przedstawicielom grup o niskich dochodach i wysokim ryzyku łatwiej byłoby kupić ubezpieczenie zdrowotne. Takie rozwiązanie problemu niepełnego zasięgu ochrony ubezpieczeniowej jest ważnym argumentem za systemami ochrony zdrowia opartymi na podatkach oraz systemami ubezpieczeń społecznych.<sup>2</sup>*

Prawdą jest, że osobom o niskich dochodach i wysokim ryzyku zdrowotnym łatwiej byłoby nabyć ubezpieczenie zdrowotne. Teoretycznie i statystycznie każdy może zostać ubezpieczony. Jednak posiadanie takiego *ubezpieczenia* wcale nie jest równoznaczne z otrzymaniem dostępu do usług medycznych. Ponadto nawet zastosowanie nowych technologii nie przyczyni się do obniżki kosztów z uwagi na sztucznie pobudzany popyt czy istnienie zjawiska pokusy nadużycia. Ubezpieczeni ponoszący jedynie ułamek kosztów są oderwani

---

<sup>2</sup> S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011, s. 194-195.

od realnych cen obowiązujących na rynku i nie mają większych oporów do korzystania z, ich zdaniem, nieograniczonego *prawa do opieki zdrowotnej*. Z kolei na pytanie, jak wygląda polityka obniżki kosztów (czy raczej spowalniania tempa ich wzrostu) w systemach publicznych krajów rozwiniętych, czy to finansowanych z podatków czy ze składek, każdy może już odpowiedzieć sobie sam...