

Prywatne a publiczne ubezpieczenia zdrowotne

Autor: **Łukasz Jasiński**

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

1. Wstęp

Ubezpieczenie jest instytucją rynkową, to znaczy taką, która wyłoniła się w warunkach dobrowolnych wymian mających na celu zaspokajanie potrzeb podmiotów w nich uczestniczących. Prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych nie należy mylić z publicznym ubezpieczeniem zdrowotnym będącym elementem polityki społecznej państw. W istocie pomiędzy nimi jest bardzo wiele różnic, a można nawet stwierdzić, że drugi rodzaj ubezpieczeń jest zaprzeczeniem tych pierwszych. Najważniejsze z tych różnic zostaną przedstawione w tym krótkim eseju.

2. Główne różnice

Po pierwsze, towarzystwa ubezpieczeniowe stosują zaawansowaną kalkulację ekonomiczną wykorzystującą rachunek prawdopodobieństwa w celu szacowania ryzyka i ustalenia odpowiednich składek dla poszczególnych grup ryzyka. Osoby o niższym ryzyku zdrowotnym będą płaciły niższe składki, w przeciwieństwie do osób reprezentujących wyższe ryzyko zdrowotne itd. Również nie wszyscy mogą zostać ubezpieczeni. Różnicowanie składek, zakresu ubezpieczenia, wprowadzanie wykluczeń oraz ograniczeń ma na celu ponoszenie (przez ubezpieczycieli) kosztów w adekwatnej relacji do uzyskiwanych i inwestowanych składek. Współpraca pomiędzy działem aktuarialnym¹ oraz underwritingowym² pozwala na takie zarządzanie ryzykiem, które umożliwia osiągnięcie zysku.

Tymczasem w przypadku tzw. ubezpieczeń publicznych nie występuje kalkulacja, selekcja czy klasyfikacja ryzyka. Od wszystkich ubezpieczonych odprowadzana jest przymusowa składka nie powiązana z prawdziwym ryzykiem

¹ Zajmującym się kalkulacją ryzyka ubezpieczeniowego.

² Odpowiadającym za ocenę ryzyka ubezpieczeniowego np. poprzez analizę wniosków o objęcie ubezpieczeniem składanych przez potencjalnych klientów ubezpieczyciela.

ubezpieczeniowym. Może być ona jednolita lub uzależniona od dochodów. Publiczne instytucje odpowiedzialne za finansowanie dostępu do opieki zdrowotnej nie muszą obawiać się także odejścia ubezpieczonych. Sytuacja ta powoduje, że problem pokusy nadużycia jest o wiele bardziej widoczny w publicznych programach zdrowotnych, zwłaszcza jeśli władze, w celu ich utrzymania, często powołują się na tzw. prawo do opieki zdrowotnej obywateli.

Pokusa nadużycia (ang. *moral hazard*) to sytuacja, w której dana jednostka nie ponosi kosztów swoich działań mimo osiągania dodatkowych korzyści. W przypadku publicznego ubezpieczenia zdrowotnego jest to pobieranie od niej relatywnie niższej składki czy brak odmowy przystąpienia do ubezpieczenia. Dzięki temu jest ona w stanie uzyskać preferencyjne warunki, a dodatkowe koszty ponoszą pozostali ubezpieczeni, co prędzej czy później prowadzi do problemów z dostępnością usług medycznych.

Po drugie, w przypadku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych zazwyczaj nie wiadomo, kto konkretnie będzie potrzebował dostępu do usług medycznych. Towarzystwo ubezpieczeniowe jest w stanie ustalić, że np. spośród 1 000 000 ubezpieczonych 0,5% zachoruje na określoną chorobę, ale nie wiadomo konkretnie, jakie będą to osoby. Z kolei w ubezpieczeniach publicznych, oprócz takich przypadków, występuje już z góry znana, chorująca grupa osób. Nie występuje zatem rozkład ryzyka, tylko pewność.

Niektórzy uważają, że prywatne ubezpieczenia są dobre tylko dla osób młodych i zdrowych. Jednak w działalności ubezpieczeniowej tak naprawdę chodzi o odpowiednie oszacowanie ryzyka dla poszczególnych grup (klas). Dzięki temu możliwe jest ustalenie składki odpowiadającej niższemu lub wyższemu ryzyku zdrowotnemu. Oczywiście nie oznacza to, że ubezpieczyciele będą automatycznie przyjmować wszystkich chętnych do ubezpieczenia, ale nie należy także z góry przyjmować, że osoba o gorszym stanie zdrowia w ogóle nie może zostać ubezpieczona. Przyjmowanie wszystkich chętnych mogłoby bowiem doprowadzić do destabilizacji danego programu ubezpieczeniowego i do problemów z sfinansowaniem dostępu do świadczeń medycznych dla pozostałych. Między innymi dlatego dla ubezpieczycieli tak ważna jest ocena ryzyka.

Po trzecie, towarzystwa ubezpieczeniowe, oprócz finansowania ubezpieczonym dostępu do szeregu usług medycznych, część pozyskanych od nich składek inwestują. Dzięki temu na rynku zwiększa się podaż możliwych do wykorzystania

oszczędności, co ułatwia przedsiębiorstwom pozyskiwanie kapitału niezbędnego dla tworzenia bardziej wydajniejszej produkcji. Tymczasem tzw. składki na ubezpieczenia publiczne są od razu konsumowane przez ubezpieczonych. Rynek ubezpieczeń przyczynia się zatem do wzrostu podaży oszczędności oraz ich odpowiedniej alokacji w gospodarce, zaś ubezpieczenia publiczne to nic innego jak redystrybucja dochodów. Przymusowy transfer środków pomiędzy poszczególnymi grupami ubezpieczonych nie jest źródłem inwestycji i nie prowadzi do wzrostu wydajności produkcji.

Po czwarte, dzięki ograniczeniom zawartym w umowie ubezpieczenia możliwa jest bardziej racjonalna konsumpcja usług medycznych. Dotyczą one m.in. okresu czy zakresu takiego ubezpieczenia. Również nie wszystkie zdarzenia są ubezpieczalne ze względu na brak możliwości wyceny ryzyka. Może to wynikać np. z braku dostatecznej liczby danych czy wiedzy medycznej. Przykładowo, brak dostatecznej ilości informacji i wiedzy o rozwoju danej choroby uniemożliwia dostateczne oszacowanie kosztów jej leczenia, co przekłada się także na istotne trudności w oszacowaniu wysokości składki ubezpieczeniowej. Nie wiadomo bowiem, czy jest ona adekwatna do danego ryzyka czy też zbyt niska.

Warto także zaznaczyć, że racjonalnej konsumpcji takich usług nie należy utożsamiać z ich racjonowaniem, które jest charakterystyczne dla programów publicznych. Racjonalność w konsumpcji oznacza, że konsument przed podjęciem decyzji o zakupie ubezpieczenia analizuje jego ograniczenia, cenę itd. Porównuje on także konkurencyjne oferty innych ubezpieczycieli lub alternatywne rozwiązania jak np. ceny abonamentów medycznych czy koszt usług medycznych nabywanych bezpośrednio. Także ubezpieczycielom zależy na świadomych klientach odpowiednio rozumiejących zarówno zalety, jak i ograniczeniach ich produktów. Przyczynia się to bowiem do rozwoju odpowiednich postaw konsumenckich. Brak takich ograniczeń skutkowałoby bardzo szybkim wzrostem popytu na świadczenia medyczne dostępne dzięki ubezpieczeniom prywatnym, co skutkowałoby różnymi formami ich racjonowania przez ubezpieczycieli chcących np. uniknąć wzrostu wysokości składek (cen).

Dodatkowo, oprócz ubezpieczenia, na rynku, jeśli nie jest poddany silnym regulacjom, występuje wiele innych, alternatywnych form finansowania dostępu do usług medycznych oraz instytucji je oferujących (np. sieci medyczne, instytucje charytatywne czy płatności bezpośrednie). Dlatego też brak

ubezpieczenia nie oznacza jednocześnie całkowitego braku możliwości ze skorzystania z usług medycznych. Ubezpieczenie publiczne, czy też szerzej rozwiązania państwowe (nierynkowe) nie dają osobie potrzebującej usług medycznych wyboru pomiędzy konkurującymi dostawcami publicznymi. Jej sytuacja pogarsza się, jeśli nie może ona odpowiednio skorzystać z tych usług w ramach ubezpieczenia publicznego. Dla takich osób realną alternatywę stanowią wówczas jedynie ubezpieczenia prywatne lub inne prywatne instytucje oferujące usługi medyczne.

Po piąte, prywatna wycena ryzyka w ubezpieczeniach rynkowych przekłada się na większą motywację w dbaniu o zdrowie. Potencjalny ubezpieczony może zostać zachęcony do zmniejszenia wagi czy rzucenia palenia perspektywą opłacania niższych składek. Podobnie osoby zdrowo się odżywiające mogą uzyskać lepsze warunki ubezpieczenia, co jednocześnie może być zachętą dla pozostałych do zmiany diety itp. Także ubezpieczyciele mogą stosować szereg zachęt skierowanych do swoich klientów oferując im np. obniżenie składki, jeśli ci uzyskają odpowiednią ilość punktów w ankiecie medycznej.

Tymczasem, w ubezpieczeniach publicznych motywacja do dbania o własne zdrowie jest osłabiona właśnie ze względu na brak wyceny ryzyka ubezpieczeniowego. Z założenia wszyscy mają mieć równy dostęp do opieki zdrowotnej i brak zdrowego stylu życia nie może ich wykluczać czy ograniczać.

Po szóste, w warunkach rynkowych istnieją mechanizmy przyczyniające się do redukcji kosztów i zwiększenia jakości usług medycznych, co w przypadku ubezpieczenia publicznego nie musi być aż tak pewne a często prowadzi do wzrostu kosztów/wydatków i spadku jakości usług jednocześnie.

Ubezpieczyciele dążą do jak najlepszej wyceny ryzyka dzięki czemu mogą zaproponować wysokość składki jak najlepiej odpowiadającą ryzyku reprezentowanemu przez potencjalnego ubezpieczonego. Istotna jest także jakość świadczeń medycznych, co skłania ubezpieczycieli do poszukiwania odpowiednich dostawców takich usług lub tworzenia własnych sieci. Procesy konkurencyjne efektywnie utrzymują koszty na niskim poziomie, jednocześnie zapewniając zakładane zyski. Z kolei, w przypadku ubezpieczenia publicznego procesy konkurencji zastępowane są przymusowymi składkami oraz szeregiem regulacji warunkującym zasady funkcjonowania publicznego systemu opieki zdrowotnej.

3. Podsumowanie

Powyższe różnice pokazują, że tzw. ubezpieczenia publiczne (państwowe) funkcjonują na skrajnie innych zasadach niż ubezpieczenia prywatne i pomiędzy nimi, poza nazwą, nie występują w zasadzie żadne cechy wspólne. Pierwszy rodzaj ubezpieczeń jest nierozzerwalnie związany z interwencjonizmem. Drugi rodzaj jest efektem działania oddolnych procesów rynkowych. Ze względu na powyższe różnice nie jest możliwe połączenie tych dwóch rodzajów ubezpieczeń. Głównie różnice zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1: Głównie różnice pomiędzy prywatnym a publicznym (państwowym) ubezpieczeniem zdrowotnym

Lp.	Różnice	Krótki opis
1.	Wykorzystanie zaawansowanej kalkulacji ekonomicznej	Ubezpieczyciele koncentrują się na odpowiedniej ocenie ryzyka, bazując na rachunku prawdopodobieństwa zaś w przypadku ubezpieczeń publicznych takie działania nie mają miejsca.
2.	Ryzyko ubezpieczeniowe	W ubezpieczeniach prywatnych nie jest wiadome, który z ubezpieczonych może potrzebować pomocy, zaś w publicznych jest to z góry do przewidzenia.
3.	Inwestycje	Ubezpieczyciele część składek inwestują dzięki czemu pośrednio przyczyniają się do rozwoju gospodarczego. Z kolei składki z ubezpieczeń są elementem przymusowej redystrybucji dochodów.
4.	Ograniczenia umów	Prywatne ubezpieczenia zawierają wbudowane ograniczenia umożliwiające bardziej racjonalne korzystanie ze świadczeń medycznych. Tymczasem ubezpieczenia publiczne przynajmniej „na papierze” takowych ograniczeń nie posiadają, co często kończy się racjonowaniem świadczeń.
5.	Motywacja do dbania o zdrowie	Zasady funkcjonowania ubezpieczeń prywatnych umożliwiają kształtowanie się odpowiednich postaw prozdrowotnych, co daje ubezpieczonym możliwości obniżenia składek. Takie korzyści w przypadku ubezpieczeń publicznych nie mają miejsca.
6.	Tendencja do obniżania kosztów i poprawy jakości.	Procesy konkurencji prowadzą do sukcesywnego obniżania kosztów przy jednoczesnej poprawie jakości. Wszystko jest bowiem podporządkowane konsumentowi. W systemie publicznym głównym decydem jest państwo i jego agendy.

Źródło: Opracowanie własne.

Każde kolejne interwencje na rynku ubezpieczeń zdrowotnych coraz bardziej przybliżają je do pełnienia funkcji redystrybucyjnej w zakresie finansowania dostępu do usług medycznych. Tzw. publiczne (państwowe) ubezpieczenia zdrowotne będące elementem polityki państwa nie są ubezpieczeniami w prawdziwym tego słowa znaczeniu. Nigdy nimi nie były i nigdy nimi nie będą. Ubezpieczenie, tak jak pieniądź, jest instytucją rynkową i tylko w warunkach rynkowych może należycie pełnić swoją funkcję.

Niektóre kraje są świadome problemów swoich systemów (np. Holandia czy Szwajcaria) i decydują się na zwiększanie roli podmiotów prywatnych. W tym wypadku nie prowadzi to do utworzenia niezależnych rynków, ale skutkuje zaangażowaniem podmiotów prywatnych w sztywne ramy systemów publicznych. Jednym z krajów, gdzie na rynku prywatnych ubezpieczeń występuje względna swoboda jest Polska, ale temat ten zostanie odpowiednio rozwinięty w następnym eseju.