

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne a problem pokusy nadużycia

Nadesłany: 08.04.15 | Zaakceptowany do druku: 22.06.15

Iwona Laskowska*

W większości krajów europejskich, poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego funkcjonują dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne o charakterze komercyjnym. Z rozwojem rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wiążą się potencjalne korzyści dla funkcjonowania zarówno systemu ochrony zdrowia, jak i samych pacjentów. Rynek ubezpieczeń zdrowotnych, szczególnie tych o charakterze dobrowolnym, nie jest jednak wolny od nieprawidłowości, ograniczających możliwości jego efektywnego funkcjonowania. Jeden z istotnych problemów stanowi pokusa nadużycia (moral hazard), pociągająca za sobą poważne skutki ekonomiczne.

W artykule poruszono problematykę pokusy nadużycia wywołanej posiadaniem ubezpieczenia zdrowotnego. Pierwszą część poświęcono omówieniu istoty zjawiska oraz wnioskowi wypływającym z badań dla krajów europejskich. Część druga dotyczy prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce.

Słowa kluczowe: prywatne ubezpieczenia zdrowotne, pokusa nadużycia.

Private health insurance and the problem of moral hazard

Submitted: 08.04.15 | Accepted: 22.06.15

In most European countries general health insurance systems are supplemented by voluntary health insurance purchased on a commercial basis. The expansion of the private health insurance market is potentially beneficial for the functioning of the health protection system and for the patients themselves. At the same time, however, particularly voluntary health insurance has certain weaknesses that may make it less effective than it could be. One of the major problems is moral hazard understood as a risk of excessive, unjustified use of medical services that bears serious economic consequences.

The article focuses on moral hazard related to health insurance. In the first part of the article, the nature of the problem is discussed, as well as conclusions for European countries arising from the available studies. The second part provides insights into private health insurance in Poland.

Keywords: private health insurance, moral hazard.

JEL: I13, I18.

* **Iwona Laskowska** – dr hab., Katedra Ekonometrii Przestrzennej, Uniwersytet Łódzki.

Adres do korespondencji: Uniwersytet Łódzki, Katedra Ekonometrii Przestrzennej; ul. Rewolucji 1905 r. 37, 90-214 Łódź; e-mail: ilaskow@uni.lodz.pl

1. Wprowadzenie

Jedną ze szczególnych cech ochrony zdrowia stanowi niepewność, co podkreślał już kilkadziesiąt lat temu w pionierskiej pracy z tego zakresu Kenneth Arrow (1963). Warunki niepewności dotyczą zarówno momentu wystąpienia choroby, jak i wysokości wydatków związanych z powrotem do zdrowia. Koszty leczenia niejednokrotnie przewyższają możliwości finansowe pacjentów. Wiążą się bowiem z koniecznością przeznaczenia na ten cel znacznej części dochodów, przy jednocześnie ograniczonej zdolności do pracy (Morris, Devlin i Parkin, 2011, s. 177).

Do pewnego stopnia konsekwencje niepewności można złagodzić poprzez ubezpieczenia zdrowotne, których istotą jest „rozkładanie finansowych skutków związanych z wystąpieniem zdarzenia polegającego na utracie zdrowia, w dwóch wymiarach: w czasie – ze względu na opłacaną składkę ubezpieczeniową i gromadzenie środków potrzebnych na finansowanie konsekwencji utraty lub pogorszenia stanu zdrowia, w wymiarze podmiotowym – pomiędzy poszczególne osoby objęte ubezpieczeniem” (Polska Izba Ubezpieczeń i Ernst&Young, 2013, s. 16). Na rynku ubezpieczeń zdrowotnych, w szczególności tych o charakterze dobrowolnym, pojawiają się jednak nieprawidłowości, ograniczające jego możliwości radzenia sobie z problemem niepewności. Ubezpieczenie zdrowotne może bowiem wpływać na zmianę bodźców ekonomicznych u konsumentów i producentów świadczeń. Jedną z podstawowych, wynikających stąd nieprawidłowości, obok tzw. selekcji negatywnej, jest pokusa nadużycia (Morris, Devlin i Parkin, 2011, s. 187 i nast.), mogąca pociągać za sobą niekorzystne skutki dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i jego uczestników. Zagadnienie pokusy nadużycia związanej z prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi stanowi treść niniejszego opracowania.

2. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w krajach europejskich

W większości krajów europejskich, poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w ramach którego osoby nim objęte mają prawo do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych, funkcjonują również dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne o charakterze komercyjnym (prywatne). Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w krajach Unii Europejskiej stanowią na ogół dodatkową, dobrowolną metodę finansowania ochrony zdrowia (wyjątkami są Holandia i Szwajcaria), a ich zasadniczą funkcją jest uzupełnienie systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych (Borda, 2012, s. 96). Na obszarze UE prywatne ubezpieczenia zdrowotne rozwijają się przede wszystkim jako uzupełnienie dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Ubezpieczenia te nie zastępują

zabezpieczenia podstawowego, lecz są do niego dodatkiem. Pozwalają lepiej sytuowanym grupom społecznym na zwiększenie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, szybszy dostęp do usług medycznych bądź wyższy komfort leczenia.

W poszczególnych krajach ubezpieczenia dodatkowe odgrywają różnicowaną rolę w stosunku do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a ich forma i zakres zależą od konstrukcji obowiązkowego, publicznego systemu finansowania i organizacji ochrony zdrowia. Najbardziej rozpowszechniony jest system ubezpieczeń komplementarnych (uzupełniających), których przeznaczeniem jest zagwarantowanie dostępu do świadczeń zdrowotnych wyłączonych co do rodzaju z ubezpieczenia powszechnego. Ten rodzaj ubezpieczeń pokrywa także współpłacenie obowiązujące w danym systemie. Drugą grupę ubezpieczeń stanowią ubezpieczenia suplementarne (równoległe, wzbogacające), zapewniające dostęp do świadczeń finansowanych w ramach systemu publicznego, jednak dzięki dodatkowej polisie są one wykonywane szybciej lub w bardziej komfortowych warunkach, a pacjent ma zagwarantowany wybór świadczeniodawców. Trzecia grupa obejmuje ubezpieczenia o charakterze substytucyjnym. W ich ramach oferowany jest ten sam zakres świadczeń co w systemie publicznym, lecz adresatami są tylko określone grupy społeczne, np. osiągający odpowiednio wysoki poziom dochodów, samozatrudniający się, przedstawiciele określonych zawodów (Grzebiuk, Kuriata i Felińczak, 2006, s. 68; Polska Izba Ubezpieczeń i Ernst&Young, 2013, s. 14–16).

Z rozwojem rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wiążą się potencjalne korzyści – zarówno dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, jak i samych pacjentów. Oznaczają one napływ dodatkowych środków pieniężnych do systemu ochrony, dzięki czemu możliwe jest odciążenie publicznej części systemu oraz zmiana struktury prywatnych wydatków o charakterze jednorazowym na wydatki o charakterze systemowym. Pacjentom natomiast umożliwiają łatwiejszy dostęp do świadczeń zdrowotnych (Borda, 2012, s. 96).

W krajach europejskich prywatne i dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne nie odgrywają znaczącej roli w finansowaniu opieki zdrowotnej, a ich rozwój nadal pozostaje w cieniu systemów publicznych. Istnieje jednak szereg przesłanek natury demograficznej i ekonomicznej pozwalających zakładać systematyczny rozwój prywatnych form finansowania ochrony zdrowia, w tym ubezpieczeń zdrowotnych. Obserwowane na świecie rosnące oczekiwania społeczeństw dotyczące utrzymania dobrego stanu zdrowia, wynikający ze starzenia się społeczeństw systematyczny wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne oraz związane z rozwojem technologii medycznych wyższe koszty realizacji świadczeń, w połączeniu z ograniczonością środków publicznych, rodzą konieczność zaangażowania prywatnych źródeł finansowania na większą niż dotychczas skalę. Można na tej podstawie oczekiwać wzrostu znaczenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

3. Pokusa nadużycia na rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

Pokusa nadużycia (hazard moralny) stanowi pochodną typowej dla rynków ubezpieczeń zdrowotnych asymetrii informacji towarzyszącej relacjom pomiędzy ubezpieczonym (pacjentem), ubezpieczycielem (płatnikiem) i świadczeniodawcą. Pacjenci muszą zdać się na osąd lekarzy dotyczący stosowanej terapii. Firmy ubezpieczeniowe nie posiadają doskonałej informacji dotyczącej zarówno stanu zdrowia pacjentów, jak i skutecznych metod leczenia.

W ujęciu ogólnym pokusa nadużycia oznacza „dowolną zmianę zachowania będącą rezultatem warunków umowy (tutaj: decyzji o ubezpieczeniu)” (Folland, Goodman i Stano, 2011, s. 290). Pokusa nadużycia związana z ubezpieczeniami zdrowotnym definiowana bywa różnie. P. Zweifel i W. Manning (2000) określają tym terminem „zmianę w zachowaniach zdrowotnych i konsumpcji opieki zdrowotnej wywołaną faktem ubezpieczenia” (Suchecka, 2010, s. 254–257). Sh. Folland, A.C. Goodman i M. Stano definiują pokusę nadużycia jako wzrost konsumpcji usług, w sytuacji, gdy rozkładanie ryzyka prowadzi do zmniejszenia się kosztów marginalnych tych usług (Folland, Goodman i Stano, 2011, s. 290). Najbardziej ogólnie pokusa nadużycia w ochronie zdrowia oznacza nadmierne, nieuzasadnione medycznie korzystanie z usług medycznych. Zjawisko to obserwowane jest na wielu rynkach, na których dochodzi do rozdzielenia funkcji świadczeniobiorcy i płatnika.

Zagrożenie hazardem moralnym dotyczy wszelkich ubezpieczeniach zdrowotnych, a tym bardziej ubezpieczeń prywatnych (dobrowolnych). Wykupienie kosztownej polisy może stać się czynnikiem stymulującym nadmierną konsumpcję usług medycznych. Należy jednak pamiętać, że zjawisko to dotyczy określonej grupy świadczeń. W analizach ekonomicznych jako wskaźnik potencjalnej pokusy nadużycia proponuje się przyjmować elastyczność cenową popytu na świadczenia zdrowotne (Folland, Goodman i Stano, 2011, s. 290).

Pokusa nadużycia pociąga za sobą poważne skutki ekonomiczne. Nadmierne korzystanie ze świadczeń wymusza nadmierną ich produkcję (Włodarczyk, 2002). Prowadzi to do zakłócenia efektywnego działania rynku, czego konsekwencją jest nieoptymalne wykorzystanie zasobów ochrony zdrowia oraz generowanie nieuzasadnionych kosztów. Zbędne świadczenia pochłaniają bowiem środki, które mogłyby być przeznaczone na realizację innych celów zdrowotnych. W celu ograniczenia nieprawidłowości zakłady ubezpieczeń stosują mechanizmy ograniczające ryzyko (np. udział własny, limity świadczeń). Wobec powagi skutków podejmowane są próby badań empirycznych nad zjawiskiem pokusy nadużycia, dla których inspiracją stała się praca K. Arrowa z 1963 roku. W analizach empirycznych pojawia się szereg problemów: natury metodologicznej, związanych z dostępem do

odpowiednich danych statystycznych. Źródła danych, stanowiące podstawy analiz, powinny bowiem łączyć fakt posiadania ubezpieczenia z konsumpcją świadczeń, umożliwiać porównania populacji ubezpieczonych i nieubezpieczonych bądź obserwowanie w czasie tych samych osób przed i po zawarciu ubezpieczenia. Dodatkowych komplikacji przysparzają trudności związane z rozgraniczeniem pomiędzy hazardem moralnym a innymi efektami wiążącymi się z ubezpieczeniami zdrowotnymi, w szczególności selekcją negatywną. Nie ma też konsensusu w odniesieniu do rangi tych dwóch źródeł nieefektywności w systemach ochrony zdrowia poszczególnych krajów (Bajari i in., 2014).

Za jedno z najbardziej istotnych badań nad hazardem moralnym uznawany jest eksperyment RAND przeprowadzony w Stanach Zjednoczonych w latach 70. ubiegłego wieku, mający na celu zbadanie wpływu ubezpieczenia zdrowotnego na popyt na opiekę medyczną. Skala zaobserwowanych różnic była znacząca. Osoby w pełni ubezpieczone konsumowały około 40% więcej opieki medycznej niż pacjenci pokrywający koszty leczenia we własnym zakresie (Morris, Devlin i Parkin, 2011, s. 192).

Wyniki prowadzonych w ostatnich latach analiz dla krajów europejskich nie dostarczają tak jednoznacznych dowodów na istnienie pokusy nadużycia związanej z posiadaniem dodatkowych ubezpieczeń o charakterze dobrowolnym.

Bolhaar, Lindeboom i van der Klaauw (2008) w przeprowadzonych dla Irlandii badaniach dotyczących hazardu moralnego związanego z ubezpieczeniami suplementarnymi, nie stwierdzili znaczącego wpływu posiadania dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego na zwiększenie konsumpcji świadczeń (z wykorzystaniem danych panelowych nie potwierdzona została hipoteza istnienia pokusy nadużycia).

Van Dijk i in. (2013) – na podstawie badań dla Holandii – zaobserwowali wzrost konsumpcji świadczeń, który pojawił się po zniesieniu współpłacenia. Zjawisko to dotyczyło tylko starszych pacjentów, wśród młodszych grup wiekowych efekt hazardu moralnego był niewielki.

Z badań D. Fabbri i C. Monfardini (2011) dla Włoch wynika, że posiadane dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne:

- zwiększa popyt na wizyty w placówkach prywatnych (efekt pokusy nadużycia);

jednocześnie:

- redukuje popyt na wizyty w placówkach finansowanych ze środków publicznych;
- ułatwia redystrybucję świadczeń w kierunku osób o niższym statusie ekonomicznym.

Analizy dla Francji (Franc, Perronin i Pierre, 2014) pozwoliły na wysnuć następujących wniosków:

- posiadanie dodatkowego powoduje istotny wzrost wykorzystania ambulatoryjnych porad lekarskich; efekt ten maleje z upływem czasu;

- hazard moralny jest wynikiem tzw. popytu tłumionego, nie ma charakteru trwałego i nie powoduje zasadniczych zmian we wzorcu konsumpcji świadczeń.

W interpretacji i analizie dotychczasowych wyników badań dotyczących hazardu moralnego wywołanego posiadaniem prywatnego, dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego wskazana jest ostrożność, wynikająca z niepowtarzalnego charakteru każdego systemu ochrony zdrowia, różnego otoczenia instytucjonalnego, a także zróżnicowanej oferty ubezpieczeniowej w poszczególnych krajach.

4. Sytuacja w Polsce

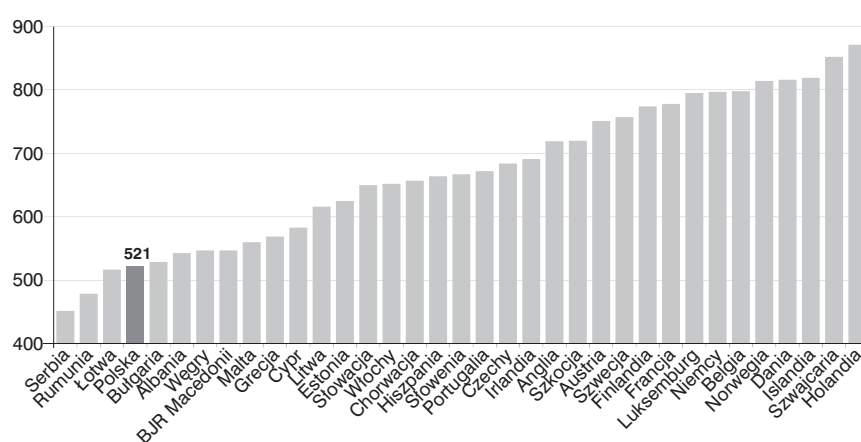
Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne o charakterze komercyjnym nabywane w Polsce mają charakter suplementarny w stosunku do systemu publicznego. Występują w formie abonamentów medycznych oferowanych pracownikom przez zakłady pracy oraz polis zdrowotnych proponowanych przez firmy ubezpieczeniowe. Ubezpieczenie prywatne stanowi uzupełnienie do ubezpieczenia powszechnego, zawierającego zdecydowanie większy zakres świadczeń, lecz o ograniczonej dostępności.

Wciąż relatywnie mało osób ma uprawnienia do świadczeń w ramach prywatnych ubezpieczeń, choć ich liczba systematycznie wzrasta. Według badań Głównego Urzędu Statystycznego w 2013 r. 6,0% Polaków posiadało uprawnienia do świadczeń w ramach prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Kategoria ta obejmuje „ubezpieczenia zdrowotne, które mogą być wykupywane przez pracodawcę zwykle w formie tzw. abonamentu lub indywidualnie przez każdą osobę np. w ramach ubezpieczenia na życie czy w ramach indywidualnie wykupionego abonamentu” i badaniach GUS określana jest terminem „dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne” – DDZ (GUS, 2014, s. 25). 47,3% ubezpieczeń zostało opłaconych przez klientów indywidualnych. Pracodawcy wykupili ubezpieczenia dla 23,7% osób, w pozostałych przypadkach pracodawcy częściowo dofinansowali ubezpieczenia (GUS, 2014, s. 69).

Wzrostowi, choć powolnemu, zainteresowania tą formą ubezpieczeń sprzyja obecna sytuacja w ochronie zdrowia. Ogólna ocena systemu ochrony zdrowia według Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia przedstawia się bardzo niekorzystnie (rysunek 1). W roku 2013 Polska znalazła się w grupie krajów, w których pacjenci byli najmniej usatysfakcjonowani działaniem systemu ochrony zdrowia i w odniesieniu do lat ubiegłych stan ten nie uległ poprawie.

Szereg aspektów funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce przyczynia się do negatywnej jego oceny, a nade wszystko dotyczy to jakości i dostępności świadczeń oraz wysokiego udziału wydatków prywatnych (ok. 30%) w ogóle wydatków na ochronę zdrowia. Znaczne obciążenie budżetów gospodarstw domowych związane z zakupem leków i usług w sektorze prywatnym, ograniczone możliwości realizacji potrzeb zdrowotnych w ramach publicznego sys-

temu ochrony zdrowia¹ oraz nie zawsze zadowalająca pacjenta jakość usług, stwarzają podstawy rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Brak satysfakcji z obowiązującego systemu ochrony zdrowia tylko do pewnego stopnia może wpływać na zainteresowanie dobrowolnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi. Skłonność do ubezpieczania się poza systemem publicznym uwarunkowana jest siłą nabywczą społeczeństwa, zaufaniem do prywatnych firm ubezpieczeniowych, atrakcyjnością ofert polis prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego (Sobczak, 2007, s. 147).



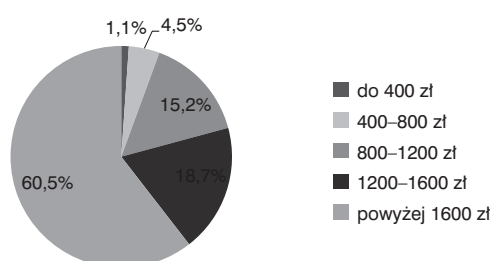
Rysunek 1. Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia w 2013 r. (liczba punktów). Źródło: Arne Björnberg, *Health Consumer Powerhouse, Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia. Raport 2013*, s. 28.

Jak wskazują badania GUS, uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ posiadają w ogromnej części osoby oceniające swoje zdrowie jako dobre i bardzo dobre, które są w stanie ponieść dodatkowe koszty związane z zagwarantowaniem sobie dobrej opieki medycznej na wypadek choroby. 60,5% osób mających uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ należy do grupy o najwyższych dochodach (rysunek 2).

Wśród zainteresowanych wykupieniem dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych zdecydowaną większość stanowią osoby skłonne zapłacić najniższą składkę – do 100 zł miesięcznie (Czapiński i Panek, 2013, s. 116). Wskazuje to wyraźnie, że jeden z najważniejszych czynników przyczyniających się do wciąż marginalnej roli dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce i hamujących ich dalszy rozwój stanowi mała siła nabywcza społeczeństwa.

Możliwości analizy hazardu moralnego wywołanego posiadaniem prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego dla warunków polskich są wyraźnie ograniczone. Częściowo trudności te wynikają z faktu objęcia tego ubezpie-

zeniami tylko niewielkiej część społeczeństwa, a częściowo z braku dostępu do kompleksowych danych. Ogólnodostępne dane GUS, dotyczące wykorzystania świadczeń medycznych o różnym charakterze przez osoby posiadające uprawnienie do świadczeń w ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i osoby bez takich uprawnień, pozwalają na pośrednią ocenę zjawiska pokusy nadużycia. W zestawieniu przedstawionym poniżej ograniczono się do porad w placówkach ambulatoryjnych; pobyty w zakładach stacjonarnych finansowane w ramach DZZ należą do rzadkości.



Rysunek 2. Osoby uprawnione do świadczeń w ramach DZZ według poziomu dochodu na osobę. Źródło: opracowanie własne na podstawie Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r., GUS, Warszawa 2014.

Mimo stosunkowo dobrej oceny dostępu do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej odsetek osób korzystających z porad POZ w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych systematycznie wzrasta. W 2013 r. wyniósł on 2,1%. Relatywnie często ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej finansowanych przez DZZ korzystały osoby w wieku 25–44 lata – 5,6% wszystkich korzystających z porad w tej grupie wieku. Z tego źródła było finansowanych także prawie 5% wizyt dzieci w wieku 1–6 lat. Świadczenia ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w przypadku 4,3% pacjentów sfinansowane były w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych (GUS, 2014, s. 44–45).

Pośród uprawnionych do świadczeń DZZ w ramach ubezpieczenia ambulatoryjnego 35,1% skorzystało z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej (finansowanych zarówno przez NFZ, jak i poza NFZ). W grupie osób uprawnionych do świadczeń DZZ w ramach abonamentu ambulatoryjnego osoby korzystające z tego rodzaju porad stanowiły 49,5%. Wśród ogółu badanych Polaków korzystający z porad specjalistycznych stanowili 36,6% (GUS, 2014, s. 124). 11,2% uprawnionych do świadczeń DDZ w ramach ubezpieczenia ambulatoryjnego i 22,2% uprawnionych do tego rodzaju świadczeń skorzystało z trzech lub więcej porad. W całej badanej populacji osoby korzystające z takiej liczby porad stanowiły 10,7%.

W grupie osób uprawnionych do dodatkowych świadczeń w ramach ubezpieczenia ambulatoryjnego 34,4% skorzystało z porad lekarskich w specjali-

stycznej opiece zdrowotnej (finansowanych zarówno przez NFZ, jak i poza NFZ). Pośród uprawnionych do świadczeń DZZ w ramach abonamentu ambulatoryjnego osoby korzystające z tego rodzaju porad stanowiły 44%. Wśród ogółu badanych korzystający z porad specjalistycznych stanowili 20,2% (GUS, 2014, s. 124–126). 5,5% uprawnionych do świadczeń DDZ w ramach ubezpieczenia ambulatoryjnego i 16,3% uprawnionych do tego rodzaju świadczeń w ramach abonamentu ambulatoryjnego skorzystało z trzech lub więcej porad lekarskich specjalistycznych. W całej badanej populacji osoby korzystające z takiej liczby porad stanowiły 3,9%.

Interesujących wniosków dostarcza analiza wykorzystania usług medycznych w powiązaniu ze stanem zdrowia – jedną z najważniejszych determinant konsumpcji świadczeń medycznych. Ponad połowę osób mających uprawnienia do świadczeń w ramach DDZ stanowiły osoby w wieku 25–44 lat (na ogół relatywnie rzadziej niż inne grupy korzystające z leczenia). Przeważająca większość uprawnionych do świadczeń w ramach DZZ nie ma poważnych problemów zdrowotnych, nie choruje przewlekłe, nie jest niepełnosprawna (GUS, 2014, s. 68).

Przytoczone dane wskazują na częstsze korzystanie z porad lekarskich (szczególnie specjalistycznych) przez osoby mające dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne, zwłaszcza w ramach abonamentu ambulatoryjnego. W interpretacji i analizie dotychczasowych wyników badań dotyczących hazardu moralnego wywołanego posiadaniem prywatnego należy jednak zachować dużą ostrożność. Na podstawie dostępnych danych można ocenić wyłącznie wykorzystanie usług medycznych, nie jest natomiast możliwa ocena, czy jest ono nadmierne, medycznie nieuzasadnione. Wyższa konsumpcja wśród osób objętych dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi w odniesieniu do osób bez takich ubezpieczeń może być spowodowana niezaspokojonym popytem na świadczenia medyczne w drugiej grupie.

5. Wnioski

Przyszłość demograficzna Polski wymuszać będzie potrzebę ponoszenia większych nakładów na utrzymanie w dobrym stanie zdrowia starzejącego się społeczeństwa. Jak wynika z prognoz Komisji Europejskiej (2012), wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia spowodowany czynnikiem demograficznym będzie należeć do najwyższych wśród krajów Unii Europejskiej. Ograniczoność środków publicznych rodzi potrzebę dodatkowego finansowania ochrony zdrowia ze źródeł prywatnych, co stwarza podstawy do szerszego rozwoju rynku ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze komercyjnym. Problematyka prywatnych (dobrowolnych) ubezpieczeń jest bardzo złożona. Szeroko dyskutowane są korzyści i zagrożenia wynikające z upowszechnienia tej formy finansowania ochrony zdrowia. Osiągnięcie korzyści wymaga odpowiedniej regulacji rynku ubezpieczeń zdrowotnych w celu przeciwdziałania skutkom asymetrii informacji, w tym hazardu moralnego. Wyniki badań

dla krajów EU (szczególnie z ostatnich lat) nie potwierdzają jednoznacznie tej tezy. Dodatkowe ubezpieczenia nie zawsze wiążą się z pokusą nadużycia. W warunkach polskich należy jednak liczyć się z efektem tzw. popytu tłumionego – początkowego wzrostu konsumpcji medycznej wynikającego z niezaspokojonych potrzeb. Dla zminimalizowania konsekwencji hazardu moralnego niezbędna jest odpowiednia konstrukcja systemu ubezpieczeń prywatnych.

Przypis

- ¹ W okresie objętym badaniem 35% gospodarstw domowych korzystało z usług medycznych, a 40% gospodarstw domowych z usług stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ.

Bibliografia

- Arrow, K.J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53: 941–973, <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-214850-7.50028-0>.
- Bajari, P., Dalton, Ch., Hong, H. i Khwaja, A. (2014). Moral hazard, adverse selection, and health expenditures: A semiparametric analysis. *The RAND Journal of Economics*, 45(4), 747–763, <http://dx.doi.org/10.1111/1756-2171.12069>.
- Bjornberg, A. (2013). Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia. *Health Consumer Powerhouse AB*.
- Bolhaar, J., Lindeboom, M. i van der Klaauw, B. (2012). A dynamic analysis of the demand for health insurance and health care. *European Economic Review*, 56(4), 669–690, <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroecorev.2012.03.002>.
- Borda, M. (2011). Wybrane aspekty funkcjonowania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach europejskich. *Rozprawy Ubezpieczeniowe*, 11(2/2011).
- Czapiński, J. i Panek, T. (2013). Warunki życia gospodarstw domowych. Opieka zdrowotna. Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków [Special issue]. *Contemporary Economics*, 7, <http://dx.doi.org/10.5709/ce.1897-9254.103>.
- Franc, C., Perronnin, M. i Pierre, A. (2014). Supplemental Health Insurance and Healthcare Consumption: A Dynamic Approach to Moral Hazard, *IRDES Working Papers DT58*.
- Fabbri, D. i Monfardini, Ch. (2011). Opt out or top up? Voluntary healthcare insurance and the public vs. private substitution. *Health, Econometrics and Data Group, WP 11/28*, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.192360>.
- Folland, S., Goodman, A.C. i Stano, M. (2011). *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Główny Urząd Statystyczny (2014). *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.* Warszawa.
- Grzebiuk, J., Kuriata, E. i Felińczak A., (2006), Rola dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach Unii Europejskiej i na świecie. W: B. Samoliński (red.), *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Komisja Europejska (2012). The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010–2060). *European Economy*, 2.
- Morris, S., Devlin, N. i Parkin, D. (2011). *Ekonomia w ochronie zdrowia*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Polska Izba Ubezpieczeń, Ernst&Young (2013). *Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje*

- dla Polski. Warszawa. Pozyskano z: <http://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/raport%20EY%20DUZ%202013%20www.pdf> (20.03.2015).
- Suchecka, J. (2010). *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Kraków: Wolters Kluwer Polska.
- Włodarczyk, C. (2002). Ubezpieczenia zdrowotne: twarze moralnego hazardu. *Gazeta Ubezpieczeniowa*, 23 kwietnia. Pozyskano z: http://www.gu.com.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=8494&catid=127 (20.03.2015).
- van Dijk, C.E., van den Berg, B., Verheij, R.A., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P.P. i de Bakker D.H. (2013). Moral hazard and supplier-induced demand: empirical evidence in general practice, *Health Economics*, 22(3), 340–352, <http://dx.doi.org/10.1002/hec.2801>.
- Zweifel, P. i Manning, W.G. (2000). Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care. W: A.J. Culyer i J.P. Newhouse (red.), *Handbook of Health Economics*, Vol. 1A, Amsterdam, Elsevier Science B.V.