

POJĘCIE POKUSY NADUŻYCIA W OPIECE ZDROWOTNEJ

Joanna Mucha
Katolicki Uniwersytet Lubelski

WSTĘP

Wyobraźmy sobie absurdalną sytuację: w dniu dzisiejszym rząd wprowadza powszechną i obowiązkową „składkę szewską”. Składki pobierane są od wszystkich ubezpieczonych i poprzez publicznego płatnika z jej środków finansowane są wszystkie usługi szewskie realizowane w naszym kraju. W jaki sposób tego typu rozwiązanie wpłynęłoby na konsumpcję usług szewskich?

Można z dużym prawdopodobieństwem założyć, że liczba świadczonych usług szewskich wzrosłaby wyraźnie: naprawialibyśmy niewielkie uszkodzenia obuwia, żądając przy tym zastosowania najlepszych materiałów niezależnie od jakości oddawanych butów, decydowalibyśmy się na lifting nawet starego czy nieładnego obuwia, choć być może nie bylibyśmy nawet pewni, czy kiedykolwiek je założymy; co więcej, prawdopodobnie przestalibyśmy dbać o nasze buty.

Ten dość kuriozalny przykład pozwala na pierwsze przybliżenie pojęcia „pokusy nadużycia”, w polskiej literaturze najczęściej określanego jako hazard moralny¹. W opiece zdrowotnej pokusa nadużycia

(hazard moralny) jest jednym z istotnych problemów, z którym borykają się badaj wszystkie systemy zdrowotne w naszym kręgu cywilizacyjnym.

W największym uproszczeniu zjawisko to polega na tym, że pacjent, który nie płaci za świadczenie zdrowotne bezpośrednio w chwili korzystania z niego (lub pokrywa tylko część jego kosztów), ma tendencję do korzystania z większej liczby świadczeń niż jest to konieczne, domaga się świadczeń wyższej niż uzasadniona jakości, a w dodatku – ma mniejszą motywację do dbania o własne zdrowie.

W polskiej literaturze, a także w debacie publicznej, pojęcie pokusy nadużycia (hazardu moralnego) jest niemal zupełnie nieznanne. Celem niniejszego artykułu jest wypełnienie tej luki.

POJĘCIE POKUSY NADUŻYCIA (HAZARDU MORALNEGO)

Pojęcie pokusy nadużycia (hazardu moralnego) omówione jest w teorii ekonomii, a w szczególności w ubezpieczeniowej teorii ryzyka. Pojęcie hazardu identyfikowane jest z kompleksem wszelkich warunków i okoliczności, bezpośrednio wpływających na

drugą fazę niebezpieczeństwa, tzn. na akt jego realizacji. Z uwagi na różnorodność tych warunków i okoliczności wyróżnia się trzy podstawowe kategorie hazardu; pisze na ten temat T. Michalski (Michalski 2003, s. 21 i nast.).

W literaturze znaleźć można wiele definicji pokusy nadużycia (hazardu moralnego) dla obszaru opieki zdrowotnej. P. Zweifel i W.G. Manning podają następującą definicję: *Różnica w zachowaniach zdrowotnych i konsumpcji opieki zdrowotnej wywołana faktem ubezpieczenia się nazywana jest pokusą nadużycia (hazardem moralnym)*. (Zweifel, Manning 2000; tłum. wł.)

Ciekawa jest również definicja podana przez Sh. Folland, A.C. Goodmana i M. Stano: *Pokusą nadużycia (hazard moralny) oznacza sytuację, w której następuje wzrost konsumpcji usług, kiedy rozkładanie ryzyka prowadzi do zmniejszenia się kosztów marginalnych tych usług. Bardziej ogólnie, pokusa nadużycia (hazard moralny) odnosi się do każdego zachowania, które wynika z decyzji dotyczącej ubezpieczenia się. Nieskuteczne chronienie się przed chorobą, ze względu na fakt posiadania ubezpieczenia zdrowotnego, jest inną formą pokusy nadużycia (hazardu moralnego)*. (Folland i in. 2004, s. 153; tłum. wł.)

Uznaje się, że cechy podmiotu, od których zależy poziom pokusy nadużycia, są wrodzone², niezależne od faktu ubezpieczenia się.

TYPY POKUSY NADUŻYCIA W OPIECE ZDROWOTNEJ

O pokusie nadużycia (hazardzie moralnym) w opiece zdrowotnej K. Tarchalski pisze: *Każdy z nas nie zawaha się odwiedzić lekarza przy najmniejszej dolegliwości, o ile konsultacja taka jest bezpłatna z jego punktu widzenia (to znaczy całkowity koszt usługi pokrywa przymusowe ubezpieczenie). Teoria mikroekonomii wykazuje, że w takiej sytuacji liczba wizyt u lekarza przekracza liczbę optymalną ze społecznego punktu widzenia, a społeczeństwo ponosi straty zwane stratami bezowocnymi (ang. Deadweight losses...)*. (Tarchalski 1999, s. 84)

W opiece zdrowotnej pokusa nadużycia (hazard moralny) oznacza nadmierne, nieuzasadnione medycznie korzystanie z usług medycznych. W szerszym znaczeniu o pokusie nadużycia w opiece zdrowotnej mówi się w sytuacji doprowadzania własnym działaniem lub zaniechaniem do pogorszenia stanu zdrowia.

W jeszcze szerszym znaczeniu za przejaw pokusy nadużycia w opiece zdrowotnej można uznać niewystarczającą dbałość o zdrowie w przekonaniu, że nie jest ona konieczna w sytuacji stosunkowo niedrogiego lub bezpłatnego przeciwdziałania skutkom zaniechań³. Można również mówić o pokusie nadużycia lekarzy (to zagadnienie zostanie omówione dalej).

We wszystkich tych sytuacjach zaobserwować można analogie między pokusą nadużycia (hazardem moralnym) w innych rodzajach ubezpieczeń, kiedy to uważa się, że *firmy ubezpieczeniowe posiadają niewyczerpany zasób rezerw anonimowych środków finansowych, które są wystarczające dla pokrycia każdej straty* (Michalski 2003, s. 23).

W opiece zdrowotnej „niewyczerpanym zasobem” są środki finansowe instytucji płatnika w systemie, ale także „niewyczerpany zasób” można interpretować jako bazę infrastrukturalną i osobową systemu opieki zdrowotnej.

W zależności od tego, z którą sytuacją mamy do czynienia, mówimy o pokusie nadużycia *ex ante*,

ex post oraz o statycznym i dynamicznym charakterze tego zjawiska.

Pokusą nadużycia *ex ante* dotyczy sytuacji wcześniejszej niż zachorowanie (lub ogólniej – wystąpienie potrzeby zdrowotnej). Dokładniej chodzi o sytuację, w której osoba ubezpieczona nie podejmuje wysiłku mającego na celu ochronę zdrowia, lub chronienie się przed wystąpieniem potrzeby zdrowotnej ze względu na fakt ubezpieczenia, które działa demobilizująco.

Pokusą nadużycia *ex ante* zależy w największym stopniu od kosztu alternatywnego dla wysiłków związanych z zapobieganiem i profilaktyką, które w wielu wypadkach jest w przybliżeniu proporcjonalne do płacy.

Jednakże efekt związany z pokusą nadużycia może zostać zneutralizowany faktem unikania ryzyka, co sprawia, że związek między ubezpieczeniem zdrowotnym a zasiłkiem chorobowym może być niejasny (Zweifel, Manning 2000, s. 418).

Z pokusą nadużycia *ex post* mamy do czynienia wtedy, gdy zachorowanie (wystąpienie potrzeby zdrowotnej) już nastąpiło. Ubezpieczenie pokrywa wtedy całość (lub część) wydatków zdrowotnych, co skłania pacjenta do konsumowania większej liczby świadczeń zdrowotnych niż konieczne. Koszt marginalny konsumpcji, dzięki ubezpieczeniu się, spada, co powoduje wzrost konsumpcji (jednocześnie fakt pokrywania przez ubezpieczyciela strat wynikających z tego, że pacjent nie pracuje, zmniejsza koszt alternatywny czasu, który jest poświęcany na korzystanie ze świadczeń zdrowotnych, co również powoduje większą skłonność do konsumpcji świadczeń zdrowotnych).

Pokusą nadużycia może również dotyczyć zachowania lekarzy, którzy – działając jako agenci pacjenta – ze względu na fakt ubezpieczenia nakłaniają pacjenta do konsumowania większej liczby świadczeń niż jest to konieczne. Ten typ hazardu moralnego oddziałuje na lekarzy tym mocniej, im większe mają oni motywacje do udzielania większej liczby świadczeń zdrowotnych, np. przy systemie płatności *fee-for-service*.

Drugi podział to podział na dynamiczny i statyczny charakter zjawiska hazardu moralnego. O statycznym charakterze mówimy wtedy, kiedy technologie medyczne uznajemy jako stałe. W tej sytuacji przejawem pokusy nadużycia (hazardu moralnego) jest wymaganie przez pacjenta większej liczby świadczeń, niż potrzebna.

Dynamiczny charakter dotyczy sytuacji, kiedy pacjent wymaga udzielenia mu świadczeń z zakresu nowoczesnej i drogiej technologii medycznej również wtedy, gdy nie wynika to z rzeczywistych potrzeb procesu diagnostycznego i terapeutycznego tego pacjenta, a jedynie z faktu pokrywania zwiększonych wydatków przez ubezpieczyciela.

Jeśli pojęcie hazardu moralnego będziemy rozumieć szeroko, to może on w opiece zdrowotnej przyjmować – i w polskim systemie przyjmuje – inną jeszcze postać. Można mianowicie mówić o hazardzie moralnym w stosunku do wykorzystania infrastruktury rzeczowej. Nieodpowiednie, niedbałe, zbyt intensywne korzystanie z infrastruktury publicznej przez lekarzy w ramach „przedłużenia praktyki prywatnej” – związane z niekompletnym prawem własności lub z niewłaściwym korzystaniem z niego w polskim systemie – to również przejawy pokusy nadużycia. Rozmycie odpowiedzialności sprawia, że lekarz niewłaściwie korzystający z infrastruktury rzeczowej jest przekonany, że w razie jej nadmiernej eksploatacji, uszkodzenia czy

zniszczenia zostanie ona odtworzona przez płatnika z sektora publicznego (por. Tarchalski 1999, s. 33).

PRZYCZYNY POKUSY NADUŻYCIA (HAZARDU MORALNEGO)

Jak wcześniej zostało powiedziane, przyczyny hazardu moralnego mają niefizyczny, ale osobowościowy, wrodzony charakter. K. Tarchalski pisze o przyczynach hazardu moralnego w sposób następujący: *Najogólniej rzecz biorąc, przestanką zaistnienia hazardu moralnego jest brak odpowiedzialności jednej ze stron stosunku społecznego. Brak lub niedostatek odpowiedzialności z kolei może wynikać z podobnych, choć niejednakowych przyczyn* (Tarchalski 1999).

W opiece zdrowotnej ów brak odpowiedzialności związany jest z rozmyciem związku między płatnością i świadczeniem oraz anonimowością środków w systemie. Forma płatności sprawia, że opieka medyczna jest postrzegana jako dobro publiczne, z typowym dla tych dóbr problemem *gapowicza (free-rider)*.

K. Tarchalski pisze (Tarchalski 1999, s. 136), że problem ten nasila się w gospodarkach socjalistycznych i pozostaje w gospodarkach postsocjalistycznych ze względu na miękkie budżetowanie jednostek świadczących opiekę zdrowotną i na rozmycie odpowiedzialności.

Autor pisze również: *Większość definicji hazardu moralnego kładzie nacisk na ukrytą akcję (tj. złą wiarę) sprzeczną z domniemanymi oczekiwaniami kontrahenta. W tym rozumieniu każda sytuacja, w której jeden z partnerów gry lub umowy korzysta ze swobody zmiany oczekiwań wynikających z kontraktu ex post, implikuje hazard moralny⁴. Hazard moralny zmniejsza lub całkowicie likwiduje przewidywalność działań celowych. Streszczając, problem hazardu moralnego polega na świadomej rezygnacji lub rozmyciu odpowiedzialności za własne zobowiązania lub czyny, z reguły, przy zachowaniu przeciwnych pozorów* (Tarchalski 1999).

W przytoczonym fragmencie pojawia się zagadnienie konsekwencji występowania hazardu moralnego. Poniżej jest ono przedstawione dokładnie.

KONSEKWENCJE WYSTĘPOWANIA POKUSY NADUŻYCIA

Należy zwrócić uwagę na to, jak wysokie szkody wywołuje pokusa nadużycia.

Po pierwsze są to szkody dla firm ubezpieczeniowych – w opiece zdrowotnej dla instytucji płatnika (są to tzw. szkody bezpośrednie).

Można stwierdzić, że pokusa nadużycia wywołuje negatywne efekty zewnętrzne, polegające na tym, że ubezpieczyciel, nie będąc w stanie odróżnić osób poddających się moralnemu hazardowi od tych, którzy są wobec niego odporni, jest zmuszony podnieść składkę płaconą przez wszystkich ubezpieczonych.

Tak więc pokusa nadużycia oznacza szkody dla samych osób ubezpieczonych, spowodowane koniecznością płacenia wyższej stawki ubezpieczeniowej (szkody pośrednie).

Po trzecie wreszcie, pokusa nadużycia wywołuje szkody, które ubezpieczeni sami sobie wyrządzają; być może to właśnie ten typ szkód jest najbardziej istotny.

W opiece zdrowotnej skutkiem pokusy nadużycia jest wykorzystanie środków nie w tych miejscach, gdzie przynosiłyby one największą korzyść zdrowotną. Ogranicza to dostępność do usług zdrowotnych dla tych ubezpieczonych, którzy najbardziej ich potrzebują. W skrócie można powiedzieć, że skutkiem

pokusy nadużycia w opiece zdrowotnej jest niewłaściwa alokacja świadczeń zdrowotnych.

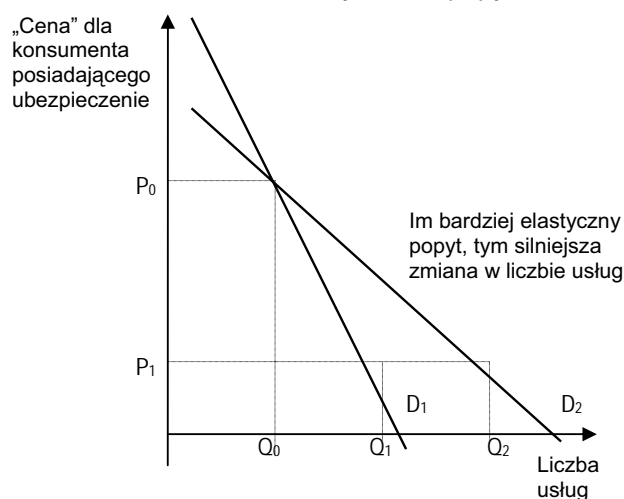
Sytuacja ta wpływa na konieczność wyznaczenia składki zdrowotnej na poziomie wyższym niż optymalny. T. Getzen pisze: *Zmiana zachowań sprawia, że wydatki na zdrowie wśród osób ubezpieczonych są większe od tych, które można przewidzieć na podstawie danych o populacji nieubezpieczonej (...)*. (Getzen 1999, s. 94). Jest to zjawisko, które można zilustrować, posługując się krzywą popytu; dla spadku ceny usługi (część ceny pokrywa ubezpieczenie) konsumpcja usług rośnie.

Można w tym miejscu zadać pytanie, czy możliwa jest nadmierna konsumpcja usług medycznych tylko ze względu na ich niską lub zerową cenę? T. Getzen (1999) odpowiada, że zależy to od rodzaju usługi medycznej. Istnieją takie usługi medyczne, z których nawet przy zerowej cenie nie będziemy korzystali ze względu na to, że nie są nam w żaden sposób potrzebne (np. wycięcie guza, którego nie mamy), lub ze względu na to, że wiążą się one z innymi kosztami, np. bólem lub koniecznością poświęcenia czasu.

Pokusa nadużycia może jednak dotyczyć również usług wiążących się z wysokimi kosztami niepieniężnymi. T. Getzen pisze: *Załóżmy, że sześćdziesięcioletni wuj Al zachorował na zapalenie wątroby. Najprawdopodobniej czeka go śmierć bez względu na to, co uczynimy, ale jest szansa, że przeszczep wątroby pozwoli mu przeżyć kilka dodatkowych miesięcy, a może nawet lat. Koszt operacji wynosi 100 000 dolarów plus 5 000 dolarów miesięcznie na leki i opiekę pooperacyjną. Jeżeli chory albo jego rodzina miałby zdecydować się na operację wydając pieniądze z własnej kieszeni, doszłoby zapewne do wniosku, że nie warto płacić tak wysokiej ceny za zabieg, który daje tak małe szanse powodzenia. A jednak, gdy rachunki pozostawia się ubezpieczeniom albo gdy Medicare rozkłada koszty na wszystkich podatników, rodzina może zmienić zdanie i próbować szczęścia nawet przy małym prawdopodobieństwie sukcesu* (Getzen 2000, s. 94–95).

Jednakże jest grupa usług, dla których zachowania z zakresu hazardu moralnego są bardzo prawdopodobne. Do grupy tej należą te usługi, które charakteryzują się wysoką elastycznością cenową popytu. Stopień wzrostu kosztów ponoszonych ze względu na hazard moralny rośnie wraz ze wzrostem cenowej elastyczności popytu.

Wykres 1. Konsekwencje moralnego hazardu w zależności od elastyczności popytu



Źródło: (Getzen 2000, s. 95).

Jak widać na wykresie 1, zmiana ceny z P_0 do P_1 powoduje znacznie większą zmianę konsumpcji usług ($Q_0 - Q_2$) w przypadku, gdy krzywa popytu jest bardziej elastyczna niż gdy jest mniej elastyczna ($Q_0 - Q_1$).

SPOSOBY NEUTRALIZOWANIA SKUTKÓW POKUSY NADUŻYCIA

K. Tarchalski pisze (1999, s. 47), że istnieją dwa sposoby przewyciężenia pokusy nadużycia. Pierwszym jest „uwewnętrznianie obowiązków moralnych”, które ma przebiegać poprzez rozwój kapitału moralnego jednostek. Dopiero kolejnym krokiem mogą być sankcje prawne.

W teorii ubezpieczeń dla ograniczenia zasięgu pokusy nadużycia stosuje się działania organizacyjne i prawne (Michalski 2003, s. 23–24), w tym między innymi:

a) rozwiązania prawne:

- sankcje za zawinione spowodowanie wypadku,
- regres ubezpieczeniowy do odpowiedzialnego cywilnie sprawcy szkody,

– rozwiązanie umowy ubezpieczenia;

b) rozwiązania techniczno-organizacyjne:

- odmowa zawarcia umowy,
- ograniczenie wysokości świadczenia ubezpieczeniowego,
- stosowanie udziału własnego ubezpieczonego.

W opiece zdrowotnej większość spośród tych środków nie może być zastosowana. Wprowadzenie sankcji za zawinione spowodowanie zachorowania lub inną podobną sytuacją byłoby w praktyce bardzo trudne.

Regres ubezpieczeniowy przysługuje instytucji płatnika w niektórych systemach, ale przed hazardem moralnym w opiece zdrowotnej chroni w niewielkim stopniu.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia i odmowa zawarcia umowy w systemie ubezpieczenia obowiązkowego jest niemożliwa do przeprowadzenia, jak również ograniczenie wysokości świadczenia ubezpieczeniowego – nie można przeprowadzić bowiem połowy operacji usunięcia nowotworu płuc palacza. Można, co prawda, wyobrazić sobie ograniczenie dostępu do niektórych usług (np. rehabilitacji), tyle że takie ograniczenie ani nie miałoby efektu „wychowawczego”, ani nie byłoby podejściem właściwym z punktu widzenia zasady solidaryzmu społecznego, a jako takie zapewne nie spotkałoby się z aprobatą społeczną.

Stosowanie udziału własnego ubezpieczonego – czyli różnego rodzaju dopłat – jest w praktyce jedynym sposobem ograniczania pokusy nadużycia w opiece zdrowotnej.

ZAKOŃCZENIE

Mimo dokonania drobiazgowego przeglądu literatury, autorka nie znalazła żadnych prób szacowania finansowych skutków występowania pokusy nadużycia (hazardu moralnego) w opiece zdrowotnej.

Powód nieprzeprowadzania takich szacunków jest dość oczywisty: zjawiska z zakresu pokusy nadużycia (hazardu moralnego) często trudno byłoby odróżnić od zwiększonej dbałości o zdrowie, rzeczywistego odczuwania większych potrzeb zdrowotnych, czy choćby hipochondrii. Panuje jednak powszechna zgoda co do

dwóch kwestii: w systemach zdrowotnych, w których pacjent przynajmniej częściowo zwolniony jest z bezpośrednich płatności pokusa nadużycia (hazard moralny) występuje; skutkiem jego występowania są finansowe (i nie tylko) szkody dla systemu zdrowotnego.

Poza finansowym wymiarem strat podkreślenia wymagają inne konsekwencje zaistnienia tego zjawiska, czyli zmiany w alokacji świadczeń zdrowotnych. Osoby nadużywające korzystania z opieki zdrowotnej powodują zmniejszenie dostępu do niej tych osób, których potrzeby zdrowotne są bardziej istotne. Na obszarze opieki zdrowotnej (w systemie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego) jedynym sposobem neutralizowania skutków pokusy nadużycia jest stosowanie współpłacenia pacjenta (dopłat do usług zdrowotnych). Argument ten powinien zostać wprowadzony do rozważań, związanych z reformą systemu opieki zdrowotnej w Polsce, jako że – jak dotąd – na rzecz wprowadzenia współpłacenia podnoszone są jedynie argumenty finansalne – a jest to jedynie jednostronna perspektywa.

Równocześnie nie można zapominać o tym, że dopłaty do świadczeń zdrowotnych mogą tworzyć bariery korzystania z nich dla osób niezamożnych⁵. Konieczne jest zatem przeprowadzenie dokładnych analiz i wyznaczenie takiego poziomu dopłaty, który ograniczy występowanie zachowań z zakresu pokusy nadużycia (hazardu moralnego), ale nie będzie stanowił istotnej bariery dostępu do świadczeń zdrowotnych.

¹ Które jest kalkowym tłumaczeniem angielskiego odpowiednika *moral hazard*.

² W przekonaniu autorki, jak również K. Tarchalskiego, mogą one również być wyuczone, na co wskazywać może wyższy poziom hazardu moralnego w krajach postkomunistycznych (Tarchalski 1999).

³ Przykładem niech będzie brak nawyku przeprowadzania badań okresowych w polskim społeczeństwie.

⁴ *Problem hazardu moralnego jest często zastępowany w literaturze ekonomicznej mniej dramatycznym określeniem: problemu niezgodności w czasie, który polega na powołaniu do życia lub kreacji pewnych oczekiwań żywionych przez kontrahentów, partnerów lub publiczność, aby wycofać się z ich realizacji w dogodnym czasie (przyp. oryg.).*

⁵ Występowanie wysokich barier dostępu do świadczeń zdrowotnych jest również kosztowne dla systemu zdrowotnego. Pacjent – ze względu na tego typu bariery – rozpoczyna leczenie później, co zwykle wiąże się z większymi kosztami leczenia, a nawet z kosztami związanymi z trwałymi stratami w stanie zdrowia pacjenta.

LITERATURA

- Folland Sh., Goodman A.C., Stano M. (2004), *The Economics of Health and Health Care*, Person Prentice Hall.
- Getzen T.E. (2000), *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Michalski T. (2003), *Ryzyko w działalności człowieka, w: Podstawy ubezpieczeń tom I – mechanizmy i funkcje*. Podręcznik pod red. J. Monkiewiczza, Warszawa: Poltext.
- Tarchalski K. (1999), *Hazard moralny jako problem w gospodarce. Protekcja gospodarki czy protekcja kultury*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Zweifel P., Manning W.G. (2000), *Moral hazard and consumer incentives in health care*, w: Culyer A.J., Newhouse J.P. (2000), *Handbook of Health Economics*, New York, Oxford: Shannon, Singapore, Tokyo: Elsevier Amsterdam, Lausanne.

SUMMARY

The following article will deal with the issue of moral hazard in the health care system. In the case of the lack of immediate payment (or incomplete payment) for health service provided, patients tend to abuse the benefit system demanding extra services which exceed the necessary level in terms of quality. Also, it is a common fact that they neglect to foster individual health responsibilities. The author presents different types of abuse in this sphere, roots and consequences of this phenomenon and ways of neutralizing the problem.