

MARIAN CHOJNACKI

SPÓŁECZNE NASTĘPSTWA KONKURENCJI W UBEZPIECZENIACH ZDROWOTNYCH. WYNIKI BADANIA PORÓWNAWCZEGO W RFN I USA

Pożytek z omówionych tutaj badań tak wąskiej dziedziny będzie większy, jeśli na zagadnienie spojrzysz przez pryzmat ogólniejszych procesów w zabezpieczeniach społecznych.

"Państwo socjalne drży w swoich posiadach (...). System zabezpieczeń społecznych przeszedł już dawno z etapu kłopotów budżetowych w fazę upadku świadczeń. W najbliższym czasie ludzie zwątpią całkowicie w skuteczność ich zabezpieczenia społecznego. Dla rencistów, młodzieży i rodzin wielodzietnych pojęcie państwa opiekuńczego jest już teraz całkowicie puste; w swoim zwątpieniu dołączają do nich wnet bezrobotni, przewlekłe chorzy i niepełnosprawni. Całkowite rozczarowanie ogarnie potem ludność pracującą w przemyśle, handlu oraz służbach publicznych. (...) w czym tkwią przyczyny tego narastającego kryzysu państwa opiekuńczego?

Otóż jest to przypadek samozniszczenia z powodu odwrócenia zasad, na których zostało zbudowane państwo. Nastąpiło mianowicie przeciążenie zobowiązań państwa przy jednoczesnym nadmiernym pobudzeniu oczekiwań społecznych. Rdzeniem tej patologii jest wyparcie wolności obywatelskich. Przez gwarantowane przez państwo zabezpieczenie socjalne, a z drugiej strony osłabienie odpowiedzialności obywateli za siebie za sprawą całościowej troski państwa o ich byt"¹.

Autorem tego tekstu nie jest bynajmniej krajowy autor o proweniencji socjalistycznej. Jest nim liberalny politolog z Konstancji, Horst Baier. W dalszym ciągu swojego artykułu uzasadnia on rozpad polityki społecznej naruszeniem zasad solidarności i pomocniczości.

Podobnie brzmi diagnoza sytuacji w polityce społecznej zamożnych krajów kapitalistycznych w Europie Zachodniej wystawiona przez polskiego polityka.

Oto J. Kuroń widzi zagrożenie różnych działań polityki społecznej w rozdawnictwie uprawianym przez państwo, co sprawia, że nie dochodzi do rozwoju aktywności społecznej obywateli². Centralizm i etatyzm państwowy "sprawdziły się" jako sposób uzależnienia obywateli i sprowadzenia ich do roli klientów, kiedy to za obietnicę bezpieczeństwa socjalnego rezygnują oni z trudnej wolności kształtowania ładu społecznego.

¹ H. Baier, *Klientele im Sozialstaat. Der Zugriff der politischen Klasse auf das Gesundheitswesen*, w: *Ethik und öffentliches Gesundheitswesen*. Springer-Verlag, Berlin-1 Heidelberg 1988, s. 79.

² J. Kuroń, *Utopia sprawiedliwości społecznej po upadku komunizmu*, w: *Gazeta Wyborcza* nr 37 z 1993 r.

Tak pojętemu uzależnieniu od nie sprawdzającego się w swoich obietnicach państwa opiekuńczego przeciwstawia się radykalnie odmienną wizję ładu, kiedy to państwo wycofuje się z funkcji regulatora i dopuszcza duży udział konkurencji w dziedzinie zabezpieczenia społecznego. Z czasem wiąże się z tym życzenie, aby przy mnogości spontanicznych akcji i inicjatyw wyrosł sprawny i oszczędny system.

Wśród obiektów krytyki, nasilającej się w latach 80-tych w Europie Zachodniej pod adresem systemów zabezpieczeń społecznych, znalazły się także ubezpieczenia zdrowotne. Pada tam główny zarzut, zrozumiały w zupełności dla polskiego obywatela, że maleje efektywność ubezpieczeń zdrowotnych mimo rosnących składek ubezpieczeniowych. Wołaniu o więcej konkurencji jako o środek zaradczy towarzyszy prowadzenie badań ekonomicznych oraz socjologicznych i epidemiologicznych. Poniżej przedstawię wyniki badania porównawczego, przeprowadzonego w połowie lat 80-tych w Nadrenii-Westfalii, RFN i w stanie Illinois w USA. Do przeprowadzenia wywiadów wylosowano w Niemczech 802 osoby a w USA 804 respondentów. W analizie wykorzystano też zastane dane statystyczne, przetworzone następnie przez badaczy.

Porównanie Niemiec i USA miało szczególny walor dla interpretacji wyników ze względu na odmiennie zasady pozyskiwania klienteli przez kasy chorych w tych państwach. W ten oto sposób podobieństwa ustalone przez badaczy mogłyby wskazywać na analogiczne procesy sprawcze zachodzące w odmiennych warunkach ustrojowych. Prezentacja wyników zostanie poprzedzona opisem pewnych faktów historycznych, co jest pomocne w rozumieniu intencji badaczy i interpretacji wyników badań.

W przeciwieństwie do USA, gdzie ustawodawstwo społeczne rozwijało się jeszcze w latach 60-tych bieżącego stulecia, w Niemczech proces tworzenia polityki społecznej odbył się znacznie wcześniej, bo na przełomie stuleci. Zręby pod system zabezpieczenia społecznego położono w ciągu trzech dekad. I tak prawo o ubezpieczeniu chorobowym robotników powstało tam w 1883 r., prawo o ubezpieczeniach wypadkowych w 1884 r. Ubezpieczenia rentowe na wypadek inwalidztwa i starości ustanowiono w 1889 r. Uporządkowanie prawa zawartego w poszczególnych aktach nastąpiło przez uchwalenie w 1911 r. prawa dla całej Rzeszy pod nazwą *Reichsversicherungsordnung (RVO)*. Znajduje ono do dziś swoje odbicie w aktualnym kodeksie prawa socjalnego (*Sozialgesetzbuch - SGB*). Urzędnicy niemieccy otrzymali swoje prawo o ubezpieczeniach w 1913 r. Ważne regulacje dotyczące chłopskich ubezpieczeń społecznych zapadły w znacznej mierze po II wojnie światowej. Trzeba tu podkreślić powszechność ubezpieczeń chorobowych oraz kompleksowy ich charakter. Co do ubezpieczeń emerytalnych, oddzielne ubezpieczalnie tworzone były dla robotników, górników, rolników, marynarzy, pracowników umysłowych i funkcjonariuszy państwowych³.

Wracając do niemieckich ubezpieczalni typu kasy chorych, widać wyraźnie pogrupowanie ubezpieczonych. Wśród zawodów samodzielnych (*Selbstständige*) najliczniejsza grupa należy do kas realizujących ustawowe ubezpieczenie cho-

³ Zob. S. Golinowska, *Ubezpieczenia zdrowotne w Niemczech*, w: *Polityka Społeczna* nr 4 z 1992 r., s. 2. J. Spinnarke, *Soziale Sicherheit*. Decker Müller, Heidelberg 1991, s. 14 - 19.

robowe (GKV), mianowicie 49,7%, a tylko 26,7% ubezpiecza się prywatnie. Urzędnicy państwowi preferują ubezpieczenia prywatne (73,7%), zaś tylko 16,5% spośród nich udaje się do ustawowych ubezpieczalni typu *GKV* (*Gesetzliche Krankenversicherung*). Wśród pracowników umysłowych 59,7% ubezpiecza się w kasach zastępczych (alternatywnych - *EK*), które w porównaniu z kasami typu *RVO* gwarantują szerszy zakres świadczeń i nieco wyższy poziom obsługi podczas pobytu w szpitalu, jak również większą ilość bezpłatnych lekarstw i środków pomocniczych. Robotnicy ubezpieczają się głównie w ustawowych ubezpieczalniach społecznych (93,7%), zaś tylko 6,2% w kasach zastępczych i zaledwie 0,1% w kasach prywatnych⁴. Liczby te świadczą o tym, że struktura członkowska ubezpieczeń zdrowotnych stanowi odbicie ogólnospołecznego zróżnicowania według zawodu i poziomu dochodów.

Wiadomo, że po przekroczeniu pewnego pułapu dochodu można się ubezpieczyć w dowolnej, a więc także prywatnej kasie chorych. Można zatem przypuszczać, że "klasowy" a może raczej "stanowy" charakter ubezpieczalni nie sprowadza się wyłącznie do możliwości finansowych klientów. Działa tu zapewne także zespół czynników kulturowych, które powstrzymują np. robotników osiągających duże dochody od uprawnionego dochodem przejścia do kas, w których bywalcami są urzędnicy państwowi lub ludzie wolnych zawodów. Tak więc progę tego nie przekracza się wyłącznie za pomocą wystarczającego poziomu dochodów.

W odróżnieniu od Niemiec, amerykański system ubezpieczeń chorobowych jest mniej skomplikowany w sensie braku tak ukształtowanych historycznie odniesień do struktury zawodowej. Pragmatyka jego tworzenia przez różne ustawy wynikała zapewne z nośnego mitu zaradności osobistej. Kto nie może sobie pozwolić na zawarcie atrakcyjnego ubezpieczenia zdrowotnego, ten może liczyć na dobrodziejstwo rządowych programów pomocy. Ubezpieczenia zdrowotne nie mają charakteru powszechnego i podlegają jurysdykcji władz stanowych. Ogólnopaństwowe ubezpieczenia zdrowotne realizowane są w ramach federalnych programów pomocy społecznej. Wprowadzone w 1966 r. ubezpieczenia zdrowotne *MediCare* są elementem systemu emerytalnego. Natomiast program pomocy medycznej *MediCaid* działa w ramach pomocy publicznej⁵.

Dostępne mi dane odnoszą się do wylosowanej grupy respondentów i opisują rodzaj zawiązanego ubezpieczenia w zależności od osiągniętego poziomu dochodów. Podział grupy na cztery części oparty był na zastosowaniu "*Standard International Occupational Prestige Scale*" Treimana. Kwartył I grupował osoby o najniższych dochodach, kwalifikujących się do korzystania z pomocy społecznej. Osoby z kwartyłu II miały dochód nieco poniżej średniej w grupie. Powyżej tej średniej znalazły się osoby przynależne do kwartka III. Osoby w kwartylu IV osiągnęły najwyższy dochód, odpowiadający ochodowi na szczycie skali utworzonej na podstawie rozkładu dochodów w próbie ogólnonarodowej.

⁴ Statistisches Bundesamt, Fachserie 13. Sozialleistungen, Reihe 1. Cyt. za: Th. Abel, J. Wysong *Schichtungsstruktur und Wettbewerb im System der Gesetzlichen Krankenversicherung*, w: Zeitschrift für Sozialreform 35 1989 Heft 11/12, s. 699.

⁵ T. Pręciszewski, *Polityka społeczna Stanów Zjednoczonych*, w: *Polityka społeczna w rozwiniętych krajach kapitalistycznych*, pod red. K. Podoski, PWN, Warszawa 1985, s. 440 - 443.

Wśród zbadanych respondentów 12,1% należy do najniższej grupy dochodowej (I). Spośród nich 25,5% nie ma żadnego ubezpieczenia zdrowotnego, zaś 30,1% ubezpieczonych jest w ubezpieczalniach państwowych, tj. *MediCare* i *MediCaid*. Wśród najlepiej zarabiających (IV) tylko 4,7% znalazło się w państwowych kasach chorych, natomiast 77,2 zapisało się do ubezpieczalni prywatnych. Z danych opisujących całą grupę wynika, że ubożsi respondenci nadreprezentowani są w kategorii "brak ubezpieczenia" lub "ubezpieczenia państwowe". Natomiast osoby o wyższym dochodzie nadreprezentowane są w ubezpieczalniach prywatnych. Wśród osób o najwyższych dochodach (IV) z ubezpieczenia zdrowotnego zrezygnowało 1,2%, gdyż nawet w przypadku choroby poradzą sobie one bez świadczeń kasy chorych. Autorzy badań potwierdzają tym samym, że wpływ dochodów na rodzaj obranej ubezpieczalni jest w USA znacznie większy niż w RFN⁶.

Po tym wprowadzeniu łatwo uznać sensowność poniższych hipotez badawczych. Ich autorzy chcą uchwycić podobieństwo pewnego zjawiska w odmiennych warunkach gospodarczych i odrębnych systemach zabezpieczenia społecznego.

Autorzy badania porównawczego, Th. Abel i J. Wysong, postawili następujące hipotezy. 1° Występuje istotny wpływ statusu społecznego (czyli miejsca w społeczeństwie wyznaczonego przez dochód i przynależność zawodową) na stan zdrowia. Stan zdrowia mierzono w tym badaniu za pomocą trzech wskaźników: subiektywnej samooceny zdrowia, ilości zaburzeń somatycznych poprzedzających badanie oraz ilości zaburzeń psychosomatycznych. Dwa ostatnie wskaźniki odnosiły się do zaburzeń zdrowia w okresie 12 miesięcy przed badaniem. 2° Oczekiwano, że zachodzi nieprzypadkowy, ponadprzeciętny związek między typem ubezpieczenia zdrowotnego a statusem zdrowotnym badanych. 3° Spodziewano się także, że w sytuacji konkurencji między kasami chorych nastąpi nierówny podział tzw. ryzyka ubezpieczeniowego na poszczególne kasy

Hipotezy zweryfikowano na podstawie wyników badań uzyskanych w toku wywiadów z respondentami w USA i RFN. Obydwie grupy badanych podzielono na podgrupy I, II, III, IV, wyróżnione ze względu na poziom dochodów a wspomniane już powyżej.

Poczynione przypuszczenia (hipotezy) potwierdziły się w znacznej mierze. Ad. 1° W obu krajach badani o najniższym statusie ekonomicznym wykazywali w stosunku do reszty badanych największe zaburzenia stanu zdrowia. Ad. 2° Tutaj zadziałał istotnie tylko jeden z trzech wskaźników statusu zdrowotnego, mianowicie samoocena zdrowia. Okazało się, że osoby uważające się za chorowite były częściej niż jednostki cieszące się dobrym zdrowiem ubezpieczone w ustawowych kasach chorych (RFN), albo (jak w USA) w ogóle nie były ubezpieczone bądź znalazły się w ubezpieczalniach państwowych przewidzianych jako programy federalne dla uboższych grup ludności. Ad. 3° Tutaj zastosowano bardziej skomplikowane miary statystyczne i podzielono badanych na dwie grupy, mianowicie o wysokim i średnim

⁶ Th. Abel, J. Wysong, *Sozialer Status, gesundheitliches Risiko und Krankenversicherung: Eine vergleichende Analyse der BRD und den USA*, w: *Sozial - und Präventivmedizin* 36 1991, s. 169.

ryzyku ubezpieczeniowym. Badani zaliczali się do jednej z tych grup w zależności od tego, czy osiągalni na wszystkich trzech skalach zdrowia naraz pewne ponadprzeciętne graniczne wartości obciążenia symptomami chorobowymi. Uzyskane wyniki były nader wyraziste.

W przypadku badanych z RFN okazało się, że prawdopodobieństwo trafienia do grupy o podwyższonym ryzyku chorobowym (opisanym na trzech skalach) jest zróżnicowane w zależności od przynależności do pewnego typu kasy chorych. I tak osoby objęte ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym typu *RVO* (cechujące się niewygórowanym poziomem zapewnianych usług i sporymi składkami ubezpieczeniowymi) mają największe prawdopodobieństwo trafienia do grup o najwyższym ryzyku chorobowym (o najwyższych wskaźnikach obciążenia zdrowia). W USA ten podział na grupy ryzyka chorobowego w kontekście przynależności do rodzaju ubezpieczalni jest jeszcze wyrazistszy⁷.

Najkrócej mówiąc, w obu państwach zadziały mechanizmy natury ekonomicznej i społecznej, które prowadzą wręcz do segregacji ludzi. Wyodrębniła się warstwa ludzi uboższych, mniej zdrowych a przy tym gorzej ubezpieczonych, którym z kolei można przeciwstawić grupy osób zamożniejszych, cieszących się lepszym zdrowiem i ubezpieczonych w kasach, które zapewniają nie tylko wyższy poziom świadczeń na wypadek choroby, ale też lepiej starają się o profilaktykę i rehabilitację swoich klientów⁸.

Jest znamienne, że przechwytywanie atrakcyjnych ryzyk ubezpieczeniowych (czyli zdrowych i zamożnych klientów), co należy do współzawodnictwa między kasami chorych, ma podobne skutki w społeczeństwach o różnych systemach zabezpieczenia społecznego i odmiennych sposobach naboru klienteli.

Wynika stąd ostrzeżenie dla reformatorów, którzy celem obniżenia kosztów ubezpieczeń chorobowych chcieliby ograniczyć regulacyjne działania państwa, wprowadzając zarazem wolną konkurencję między ubezpieczalniąmi. Głósów takich nie brak w kręgach liberalnych w RFN. Byłby to krok ignorujący rzeczywiste przyczyny segregacji ryzyk ubezpieczeniowych. Na dodatek całkowite zdanie się na wolną konkurencję na rynku usług ubezpieczeniowych spowodowałoby zapewne odpłynięcie korzystnych ryzyk z kas Ustawowego ubezpieczenia (dotowanych przez państwo) do kas prywatnych. W kasach zapewniających realizację ubezpieczenia ustawowego zgromadziłyby

się ponadprzeciętne ilości niekorzystnych bo kosztownych ryzyk, co oznaczałoby w rezultacie dodatkowe obciążenie budżetu państwa.

Wyniki badań innych autorów wykazały, że ubezpieczalnie zastępcze i prywatne skupiają kilkakrotnie mniej osób niepełnosprawnych, przewlekle chorych i bezrobotnych niż ustawowe ubezpieczalnie społeczne. Nawet jeśli te ostatnie nie mają charakteru ubezpieczeń obowiązkowych, to w rzeczywistości przyciągają, niczym ostatnia i tańsza deska ratunku, uboższe i zaniedbane grupy społeczne⁹.

⁷ Tamże, s. 172.

⁸ J. Wysong, Th. Abel, *Universal Health Insurance and High-risk Groups in West Germany: Implications for U.S. Health Policy*, w: *The Milbank Quarterly* 68 1990 No 4, s. 542 i 548 - 551.

⁹ Na podobny kierunek selekcji w dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych w USA wskazuje C. Włodarczyk HMO — *Amerykańska organizacja opieki zdrowotnej*, w: *Polityka Społeczna* 1992, nr 4, s. 9.

Pojawiają się propozycje rozwiązania tego problemu segregacji klientów (ryzyk ubezpieczeniowych) za pomocą międzykasowych systemów wyrównawczych. Są też głosy opowiadające się za ustawowym czyli przymusowym rozłożeniem ciężaru poszczególnych grup ryzyka na istniejące ubezpieczalnie. Firmy te musiałyby przejąć, proporcjonalnie do swojego udziału na rynku, część obciążenia od ubezpieczalni mających nadmiar klientów upośledzonych zdrowotnie, społecznie i ekonomicznie.

Klimat politycznej dyskusji nie sprzyja obecnie dyskursowi publicznemu nad polityką społeczną w Polsce, w tym nad przebudową systemu zabezpieczenia społecznego. W wyniku jednostronnej komunikacji docierają do społeczeństwa dane stanowiące zaledwie zarys projektów. Można tylko mieć nadzieję, że pomysły na zmiany poprzedzone są badaniami ekonomicznymi, socjologicznymi i epidemiologicznymi oraz ekspertyzami prawnymi. Ten stan rzeczy jest zdumiewający, zważywszy iż istnieją pozytywne przesłanki zmian systemowych w tym zakresie. Mam tu na myśli: a) świadomość doniosłości zabezpieczenia społecznego, b) istnienie zaplecza naukowo-badawczego, czyli fachowców poinformowanych o stanie rzeczy i wiedzących jak nie powinno być, c) widoczne wyczerpanie się możliwości starego systemu zabezpieczeń, d) znajomość zalet i wad cudzych rozwiązań. Z punktu widzenia obywatela i laika w dziedzinie ubezpieczenia zdrowotnego można mieć wrażenie, że większość działań polityki społecznej, w tym zdrowie publiczne i ubezpieczenia zdrowotne oraz oświata, pozostają w cieniu spraw gospodarczych. Z drugiej strony wiadomo, że w krajach Unii Europejskiej do stowarzyszenia z którymi aspiruje energicznie część polskiej klasy politycznej, problemy polityki społecznej liczą się nie mniej niż problemy gospodarcze. Zdrowie i oświata, oprócz bycia dobrem poszczególnych osób, są niezbędnymi przesłankami adaptacji społeczeństwa w zmieniających się warunkach bytowania.

SOCIAL CONSEQUENCES OF COMPETITION IN HEALTH INSURANCE

S u m m a r y

Different versions of market economy entail stratification of the insured population corresponding to differences in the socio-economic status. Despite the different economic and welfare systems in the U.S. and Germany, common features were found with regard to the segregation of insured and uninsured respondents in both countries. Firstly, economic inequality causes an unequal access to certain insurance standards. Consequently, however, it is an unequal access to medical care that brings about health handicaps for those unable to obtain better services.

The existence of a social group of less healthy, poor and inadequately insured is going to be a challenge for the social policy also in our country. A specific problem is the distribution of health risks of an insurance company's clients among various subjects. A more general problem is the state's role in defining the balance between the subsidiarity principle and the welfare obligations in a market economy.