

ΟΝΟΜΑ

ΣΠΥΡΟΣ ΜΑΝΙΑΤΗΣ

ΤΙΤΛΟΣ

Η ΑΣΥΜΜΕΤΡΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ & ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

Πειραιάς, Έτος 2008

ΟΝΟΜΑ

ΣΠΥΡΟΣ ΜΑΝΙΑΤΗΣ

ΤΙΤΛΟΣ

Η ΑΣΥΜΜΕΤΡΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ & ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Επόπτης :

Τίτλος Όνομα Δρ. Παπαγλίας Θεόδωρος

Μέλη:

Τίτλος Όνομα

**Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

Πειραιάς, Έτος 2008

SPYROS MANIATIS

Graduate Thesis Submitted for the Degree
"Master in Health Management"
University of Piraeus, Greece

ASYMMETRIC INFORMATION AND HEALTH INSURANCE

Supervisor

Dr. Papailias Theodoros

PIRAEUS 2008

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Εκφράζω τις ευχαριστίες μου τόσο στην οικογένεια μου όσο και στον επιβλέποντα καθηγητή μου για την υποστήριξη τους στην προσπάθεια μου να ολοκληρώσω το μεταπτυχιακό.

Σπύρος Μανιάτης

Αθήνα, 27/06/2008

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Περίληψη

Το ασφαλιστικό σύστημα υγείας αποτελεί μία από τις βασικότερες κατακτήσεις των κοινωνικών κινημάτων στις ανεπτυγμένες χώρες. Μία διαδικασία που ξεκίνησε στα τέλη του 19^{ου} αιώνα σε χώρες όπως η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και οι ΗΠΑ και της οποίας η εξέλιξη συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Η ανομοιομορφία στην παροχή ασφάλισης υγείας είναι κοινός τόπος. Για παράδειγμα είναι χαρακτηριστική η διαφορά μεταξύ ιδιωτικής και δημόσιας ασφάλισης μεταξύ των ΗΠΑ και των ευρωπαϊκών χωρών. Παρ' όλες τις διαφορές κάθε ασφαλιστικό σύστημα υγείας διακρίνεται από κάποια κοινά χαρακτηριστικά. Αυτά κυρίως έχουν να κάνουν με τον τρόπο που το ασφαλιστικό σύστημα αντιμετωπίζει το πρόβλημα της ασύμμετρης πληροφόρησης. Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να παρουσιάσει συνοπτικά το πρόβλημα της ασύμμετρης πληροφόρησης, να καταδείξει τις ιδιαίτερες συνέπειες του για την ασφαλιστική αγορά υγείας και να διακρίνει κάποιους τρόπους αντιμετώπισης του.

ABSTRACT

Health insurance is one of the basic achievements of the social movements in developed countries. This process started at the end of the 19th century in Germany, United Kingdom and the United States and its development continues until today. One basic characteristic of this process is the differences in the way health insurance is offered. For example there is a big difference between private and public health insurance between the US and the EU countries.

Nevertheless there are some common characteristics in the health insurance system among all these countries. These are focused mainly on the way that health insurance confronts the problem of asymmetric information. The basic scope of this essay is to describe the problem of asymmetric information, to present its consequences for the health insurance market and some ways of circumventing the problem.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	9
1. Μια Γενική Άποψη του Ασφαλιστικού Συστήματος Υγείας	11
1.1 Οι Βασικές Έννοιες.....	12
1.2 Οι Βασικές Λειτουργίες του Ασφαλιστικού Συστήματος Υγείας	16
1.3 Η Διάκριση σε Δημόσιο και Ιδιωτικό Ασφαλιστικό Σύστημα Υγείας	20
1.5 Τα Βασικά Προβλήματα του Συστήματος.....	27
2. Η Έννοια της Ασύμμετρης Πληροφόρησης	29
2.1 Η Ασύμμετρη Πληροφόρηση	30
2.2 Η σημασία της ασύμμετρης πληροφόρησης για την ασφαλιστική αγορά υγείας	31
2.3 Το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου.....	33
2.4 Το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής.....	36
3 Το Ασφαλιστικό Σύστημα Υγείας και οι Δύο Μορφές της Ασύμμετρης Πληροφόρησης	40
3. 1 Η ασφαλιστική αγορά υγείας και το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου.....	41
3.2 Η ασφαλιστική αγορά και το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής	44
4. Τρόποι Αντιμετώπισης του Προβλήματος	47
4.1 Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος του ηθικού κινδύνου	48
4.2 Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος της αντίθετης επιλογής	49
Συμπεράσματα	52
Βιβλιογραφία	53

Λίστα με σχήματα και Πίνακες

Σχήμα 1: Μια συνοπτική περίπτωση του Ασφαλιστικού Συμβολαίου.....	15
Σχήμα 2: Η Σχέση Ασφάλισης Υγείας και Χρησιμότητας του Ατόμου.....	17
Πίνακας 1: Η Κατανομή της Δημόσιας και Ιδιωτικής Ασφάλισης στις Χώρες του ΟΟΣΑ	23
Διάγραμμα 1: Συνολική Δαπάνη σε Υπηρεσίες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για το έτος 2000.....	25
Διάγραμμα 2: Κατανομή Δημόσιας και Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας για τις χώρες του ΟΟΣΑ.....	26

Εισαγωγή

Το ασφαλιστικό σύστημα υγείας αποτελεί μία από τις βασικότερες κατακτήσεις των κοινωνικών κινημάτων στις ανεπτυγμένες χώρες. Μία διαδικασία που ξεκίνησε στα τέλη του 19^{ου} αιώνα σε χώρες όπως η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και οι ΗΠΑ και της οποίας η εξέλιξη συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Η ανομοιομορφία στην παροχή ασφάλισης υγείας είναι κοινός τόπος. Για παράδειγμα είναι χαρακτηριστική η διαφορά μεταξύ ιδιωτικής και δημόσιας ασφάλισης μεταξύ των ΗΠΑ και των ευρωπαϊκών χωρών. Στις τελευταίες η δημόσια ασφάλιση καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος της ασφαλιστικής αγοράς υγείας ενώ από την άλλη στις ΗΠΑ το μεγαλύτερο μέρος της ασφαλιστικής κάλυψης αποδίδεται στον ιδιωτικό τομέα. Όπως θα αναλύσουμε παρακάτω η συγκεκριμένη διαφορά έχει να κάνει κυρίως με τον τρόπο που διεκδικήθηκαν τα συγκεκριμένα δικαιώματα ασφάλισης από τους εργαζόμενους στις δύο χώρες παρά σε μια κεντρικά δομημένη πολιτική ασφάλισης υγείας.

Παρ' όλες τις διαφορές κάθε ασφαλιστικό σύστημα υγείας διακρίνεται από κάποια κοινά χαρακτηριστικά. Αυτά κυρίως έχουν να κάνουν με τον τρόπο που το ασφαλιστικό σύστημα αντιμετωπίζει το πρόβλημα της ασύμμετρης πληροφόρησης. Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να παρουσιάσει συνοπτικά το πρόβλημα της ασύμμετρης πληροφόρησης, να καταδείξει τις ιδιαίτερες συνέπειες του για την ασφαλιστική αγορά υγείας και να διακρίνει κάποιους τρόπους αντιμετώπισης του.

Με αυτό τον τρόπο, στο πρώτο μέρος της εργασίας παρουσιάζεται μια γενική άποψη του ασφαλιστικού συστήματος υγείας. Ορίζεται η έννοια της ασφάλισης καθώς και τα βασικά στοιχεία ενός ασφαλιστικού συμβολαίου. Στη συνέχεια παρουσιάζεται η χρησιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος υγείας ενώ παρουσιάζονται και τα βασικά προβλήματα του συστήματος.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας ορίζεται η έννοια της ασύμμετρης πληροφόρησης και τονίζεται η σημασία της για την ασφαλιστική αγορά. Παράλληλα περιγράφονται οι δύο διαφορετικές μορφές με τις οποίες παρουσιάζεται η ασύμμετρη πληροφόρηση συνήθως, ο ηθικός κίνδυνος και αντίθετη επιλογή.

Στο τρίτο μέρος της εργασίας ερευνούμε τον τρόπο με τον οποίο οι δύο μορφές της ασύμμετρης πληροφόρησης εμφανίζονται στην ασφαλιστική αγορά υγείας ενώ στον τέταρτο μέρος δίνονται συνοπτικά οι τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

1. Μια Γενική Άποψη του Ασφαλιστικού Συστήματος Υγείας

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

1.1 Οι Βασικές Έννοιες

Η ασφάλιση υγείας είναι μια μορφή στοιχήματος – υπό την οικονομική έννοια – μεταξύ του ασφαλισμένου και του φορέα της ασφαλιστικής κάλυψης. Ο τελευταίος στοιχηματίζει ότι θα εξασφαλίσει περισσότερα έσοδα από ότι τα έξοδα που θα χρειαστεί να καλύψει στον ασφαλισμένο για παροχή υπηρεσιών υγείας. Τα έσοδα εξασφαλίζονται από το ασφάλιστρο υγείας που πληρώνει ο ασφαλισμένος σε μηνιαία ή ετήσια βάση.

Συνεπώς η ασφάλιση υγείας είναι ένα συμβόλαιο ανάμεσα στον ασφαλισμένο και στον φορέα της ασφαλιστικής κάλυψης στο οποίο αναγράφεται ότι ο τελευταίος θα καλύψει ένα ποσοστό (ή ακόμη και το σύνολο) των εξόδων για την αγορά υπηρεσιών υγείας στην περίπτωση που ο ασφαλισμένος χρειαστεί την παροχή τέτοιων υπηρεσιών. Ως υπηρεσίες υγείας εδώ ορίζονται:

- Η επίσκεψη σε γιατρό για πρόβλημα υγείας του ασφαλισμένου
- Η επίσκεψη σε νοσηλευτικό ίδρυμα και η νοσηλεία εκεί.
- Όποια άλλη μορφή υπηρεσίας σχετίζεται με τις δύο παραπάνω βασικές μορφές άμεσα ή έμμεσα.

Στις περισσότερες των περιπτώσεων μάλιστα η ασφάλιση υγείας περιλαμβάνει πέρα από τα παραπάνω και την κάλυψη των εξόδων που αφορούν μόνιμη αναπηρία του ασφαλισμένου και ότι συνεπάγεται από αυτή καθώς και χρόνιων προβλημάτων υγείας και των συνεπειών αυτών. Τέτοιες συνέπειες μπορεί να είναι τα χρόνια έξοδα για την παρακολούθηση των συγκεκριμένων προβλημάτων καθώς και η εξασφάλιση ενός ετήσιου εισοδήματος (σύνταξη αναπηρίας).

Τα βασικά στοιχεία ενός ασφαλιστικού συμβολαίου παρουσιάζονται συνοπτικά παρακάτω:

- Ασφάλιστρο

Ως ασφάλιστρο (premium) ορίζεται εκείνο το ποσό που είναι υποχρεωμένος ο ασφαλισμένος να πληρώνει σε μηνιαία ή ετήσια βάση για την εξασφάλιση της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας. Με άλλα λόγια κάθε μήνα ο ασφαλισμένος πρέπει να πληρώνει ένα συγκεκριμένο ποσό στον ασφαλιστικό φορέα ώστε αυτός να του εξασφαλίζει ότι για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα θα του εξασφαλίσει τα πιθανά έξοδα για παροχή υπηρεσιών υγείας. Προφανώς το ασφάλιστρο είναι το έσοδο του ασφαλιστικού φορέα.

- Υποχρεωτική Εισφορά

Ως Υποχρεωτική Εισφορά (deductible) ορίζεται εκείνο το ποσό που ο ασφαλισμένος πρέπει να καλύψει από τα δικά του εισοδήματα πριν αρχίσει να λειτουργεί το ασφαλιστικό πρόγραμμα στο οποίο είναι ενταγμένος. Για παράδειγμα ένας ασφαλισμένος θα πρέπει να καλύψει με δικά του χρήματα 100€ σε υπηρεσίες υγείας (π.χ. αγορά φαρμάκων, επίσκεψη σε γιατρούς, κτλ.) πριν αρχίσει το ασφαλιστικό πρόγραμμα να του καλύπτει έξοδα υγείας. Δηλαδή αν σε ένα χρόνο τα έξοδα υγείας είναι μόνο 100€ τότε ο ασφαλισμένος θα έχει πληρώσει το ασφάλιστρο για την ασφαλιστική κάλυψη στον φορέα που την παρέχει καθώς και τα 100€. Από την άλλη, ο φορέας θα εισπράξει το ασφάλιστρο και δε θα καταβάλλει τίποτα στον ασφαλισμένο.

- Υποχρεωτική Συνεισφορά στα Έξοδα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ως Σταθερό Ποσό

Ως υποχρεωτική συνεισφορά στα έξοδα παροχής υπηρεσιών υγείας ως σταθερό ποσό (co-payment) ορίζεται εκείνο το ποσό που ο κάθε ασφαλισμένος θα πρέπει να πληρώσει από το συνολικό κόστος κάθε υπηρεσίας υγείας. Το υπόλοιπο ποσό θα πρέπει να καταβληθεί από τον φορέα της ασφαλιστικής κάλυψης. Για παράδειγμα έχουμε έναν ασφαλισμένο ο οποίος έχει υποχρεωτική εισφορά 100€ ανά μήνα (όπως παραπάνω) και η υποχρεωτική συνεισφορά είναι 20€ ενώ τα έξοδα του για υπηρεσίες υγείας είναι 200€ σε ένα μήνα.. Ο συγκεκριμένος ασφαλισμένος θα πληρώσει το ασφάλιστρο, τα 100€ της υποχρεωτικής εισφοράς και τα 20€ της υποχρεωτικής συνεισφοράς. Από την άλλη πλευρά ο φορέας της ασφαλιστικής κάλυψης θα εισπράξει το ασφάλιστρο και θα πληρώσει τα υπόλοιπα έξοδα υπηρεσιών υγείας δηλαδή 80€.

- Υποχρεωτική Συνεισφορά στα Έξοδα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ως Ποσοστού των Συνολικών Εξόδων

Ως υποχρεωτική συνεισφορά στα έξοδα παροχής υπηρεσιών υγείας ως ποσοστού των συνολικών εξόδων (co-insurance) ορίζεται εκείνο το ποσοστό των συνολικών εξόδων για υπηρεσίες υγείας που ο κάθε ασφαλισμένος θα πρέπει να πληρώσει από το συνολικό κόστος κάθε υπηρεσίας υγείας. Το υπόλοιπο ποσοστό θα πρέπει να καταβληθεί από τον φορέα της ασφαλιστικής κάλυψης. Για παράδειγμα έχουμε έναν ασφαλισμένο ο οποίος έχει υποχρεωτική εισφορά 100€ (όπως παραπάνω) και η υποχρεωτική συνεισφορά είναι 10% ενώ τα έξοδα του για υπηρεσίες υγείας είναι 200€. Ο συγκεκριμένος ασφαλισμένος θα πληρώσει το ασφάλιστρο, τα 100€ της υποχρεωτικής εισφοράς και τα 10€ ($=100€ \cdot 10\%$) του υποχρεωτικού ποσοστού

συνεισφοράς. Από την άλλη πλευρά ο φορέας της ασφαλιστικής κάλυψης θα εισπράξει το ασφάλιστρο και θα πληρώσει τα υπόλοιπα έξοδα υπηρεσιών υγείας δηλαδή 90€.

- Εξαιρέσεις από την Ασφαλιστική Κάλυψη

Υπάρχουν περιπτώσεις εξόδων υπηρεσιών υγείας που δεν καλύπτονται από ασφαλιστικούς φορείς. Τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να είναι για παράδειγμα:

Οι αισθητικές επεμβάσεις (πλαστική χειρουργική για καθαρά καλλωπιστικούς λόγους και όχι για να καλύψει προβλήματα που δημιουργήθηκαν από ατύχημα (π.χ. έγκαυμα)).

Τα έξοδα από χρόνια προβλήματα υγείας που ήταν γνωστά όταν ο ασφαλισμένος υπέγραφε το συμβόλαιο ασφάλισης υγείας.

- Το Ύψος της Ασφαλιστικής Κάλυψης

Ως ύψος ασφαλιστικής κάλυψης (Coverage Limit) ορίζεται το μέγιστο χρηματικό ποσό που είναι υποχρεωμένος να πληρώσει ο ασφαλιστικός φορέας για την κάλυψη των υπηρεσιών υγείας του ασφαλισμένου. Το μέγιστο ποσό ορίζεται είτε για κάθε υπηρεσία υγείας (π.χ. μόνο 100€ για επίσκεψη σε οφθαλμίατρο), είτε σε μηνιαία / ετήσια βάση (π.χ. μόνο 100€ το μήνα / έτος για επίσκεψη σε οφθαλμίατρο).

- Το Ύψος της Υποχρεωτικής Συνεισφοράς

Ως ύψος της υποχρεωτικής εισφοράς (out-of-pocket maximum) ορίζεται το μέγιστο χρηματικό ποσό που ο ασφαλισμένος θα πρέπει να πληρώσει πριν ενεργοποιηθεί το ασφαλιστικό του συμβόλαιο. Στο προηγούμενο παράδειγμα μας η υποχρεωτική εισφορά μας ήταν 100€ ανά μήνα. Ένας εναλλακτικός ορισμός της μέγιστης υποχρεωτικής εισφοράς θα ήταν αυτή αν οριστεί με βάση το είδος της δαπάνης υπηρεσιών υγείας (π.χ. 100€ σε οφθαλμίατρο, 200€ σε ορθοπεδικό κτλ.)

- Η Οικογενειακή Ασφαλιστική Κάλυψη

Εδώ καθορίζεται αν το ασφαλιστικό συμβόλαιο περιλαμβάνει ή όχι άλλα μέλη της οικογένειας του ασφαλισμένου. Συνηθισμένο για παράδειγμα είναι τα ασφαλιστικά συμβόλαια να καλύπτουν και τα ανήλικα τέκνα του ασφαλισμένου.

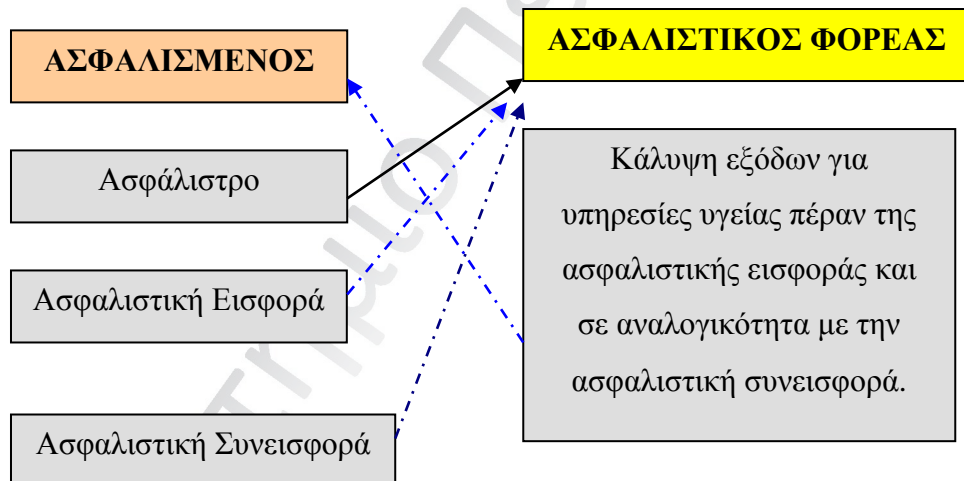
- Η Παροχή Υπηρεσιών Υγείας από το Δίκτυο Ιατρών – Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων που Ορίζει ο Ασφαλιστικός Φορέας

Εδώ καθορίζεται ποιος θα καλύπτει τις υπηρεσίες υγείας που χρειάζεται σε κάθε περίπτωση ο ασφαλισμένος. Για παράδειγμα, κάποιοι ασφαλιστικοί φορείς καλύπτουν έξοδα υπηρεσιών υγείας που έχουν πραγματοποιηθεί είτε εντός του δικτύου νοσηλευτικών ιδρυμάτων που διαθέτει ο ασφαλιστικός φορέας είτε των

συμβεβλημένων με αυτών νοσηλευτικών ιδρυμάτων και ιατρών. Κάτι τέτοιο γίνεται για να ελέγχονται καλύτερα οι δαπάνες υγείας των ασφαλισμένων αλλά και για να έχει μεγαλύτερα έσοδα ο ασφαλιστικός φορέας από το δίκτυο υπηρεσιών που παρέχει.

Το Σχήμα 1 παρακάτω παρουσιάζει μια συνοπτική περιγραφή του ασφαλιστικού συμβολαίου. Παρατηρείστε ότι τα βέλη με την διακεκομμένη γραμμή συνεπάγονται μεταβίβαση από τον ασφαλισμένο προς τον ασφαλιστικό φορέα ή από τον ασφαλιστικό φορέα προς τον ασφαλισμένο μόνο στην περίπτωση που ο τελευταίος καταναλώσει υπηρεσίες υγείας (π.χ. ασθένεια).

Σχήμα 1: Μια συνοπτική περίπτωση του Ασφαλιστικού Συμβολαίου



1.2 Οι Βασικές Λειτουργίες του Ασφαλιστικού Συστήματος Υγείας

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση των βασικών εννοιών που μόλις περιγράψαμε θα προχωρήσουμε σε μία σύντομη περιγραφή της χρησιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος υγείας.

Το Σχήμα 2¹ παρακάτω δίνει μια σύντομη περιγραφή του τρόπου με τον οποίο η ασφάλιση υγείας μπορεί να επηρεάσει τη χρησιμότητα ενός ατόμου. Υπενθυμίζουμε εδώ ότι ως χρησιμότητα στην μικροοικονομική ανάλυση ορίζεται η απόλαυση που νιώθει ένα άτομο από την κατανάλωση ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας (ή συνδυασμού αγαθών ή / και υπηρεσιών).

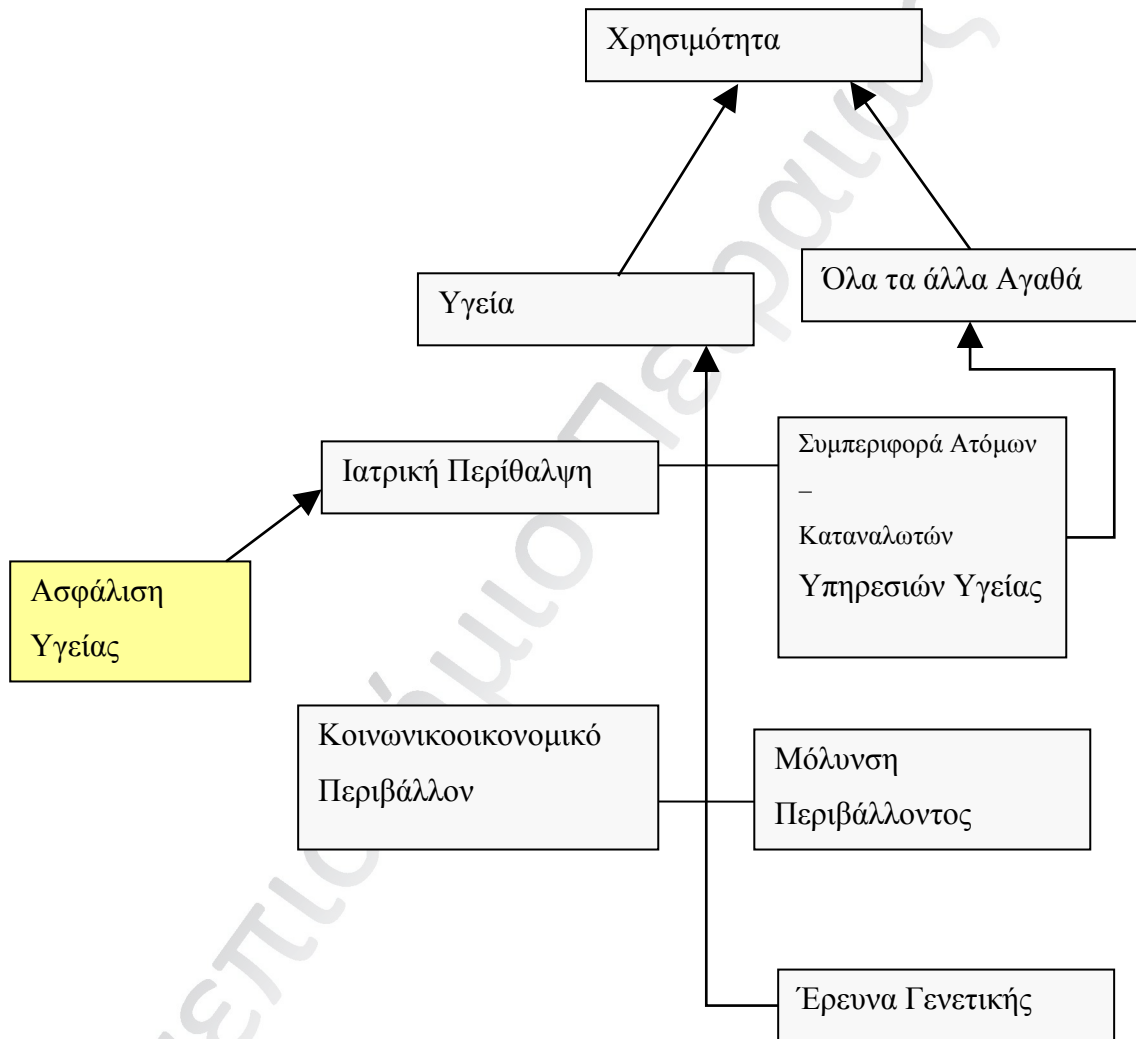
Η χρησιμότητα τώρα εξαρτάται άμεσα από την υγεία του ατόμου καθώς και από την κατανάλωση άλλων αγαθών ή/και υπηρεσιών. Η υγεία τώρα εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Πρώτα από όλα έχουμε τη συμπεριφορά των ατόμων – καταναλωτών υπηρεσιών υγείας. Όπως θα δούμε παρακάτω, συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς – όπως π.χ. το κάπνισμα, η υπερκατανάλωση αλκοόλ, η παχυσαρκία – μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία του ατόμου αλλά και να επηρεάσουν άμεσα και έμμεσα τόσο τη δική του ασφαλιστική κάλυψη υγείας αλλά και των άλλων ανεξάρτητα από τη συμπεριφορά τους.

Παράλληλα το περιβάλλον επηρεάζει την υγεία του ατόμου. Ποιο παλιά η επίδραση του περιβάλλοντος ήταν εντονότερη αφού σχετιζόταν άμεσα με τις συνθήκες στέγασης, με την εύρεση τροφής κτλ.

Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι ένας ακόμη τρόπος με τον οποίο επηρεάζεται η υγεία ενός ατόμου. Σχετίζεται άμεσα με την ασφάλιση υγείας αφού αυτή της εξασφαλίζει χρηματοδότηση. Τέλος παρατηρείστε πως η γενετική έρευνα αλλά και γενικότερα οποιασδήποτε μορφή παρόμοιας ιατρικής έρευνας επηρεάζει την υγεία.

¹ Το συγκεκριμένο σχήμα προέρχεται από την ανάλυση του Cutler (2002).

Σχήμα 2: Η Σχέση Ασφάλισης Υγείας και Χρησιμότητας του Ατόμου



Παρακάτω θα προσπαθήσουμε με βάση τις βασικές έννοιες να περιγράψουμε τις βασικές λειτουργίες του ασφαλιστικού συστήματος υγείας. Ας υποθέσουμε ότι έχουμε ένα άτομο που δεν πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια και δεν πρόκειται να κάνει επεμβάσεις για αισθητικούς σκοπούς και δεν έχει άλλα μέλη – οικογένεια που θα καλυφθούν από το ίδιο συμβόλαιο². Αν συμβολίσουμε με THC τις συνολικές δαπάνες για αγορά υπηρεσιών υγείας του ασφαλισμένου, με P το ασφαλιστρο, με D την υποχρεωτική εισφορά και με CP την υποχρεωτική συνεισφορά τότε ένα άτομο θα αγοράσει ένα ασφαλιστικό συμβόλαιο μόνο όταν οι συνολικές του δαπάνες για αγορά υπηρεσιών υγείας θα υπερβαίνει (ή θα είναι ίσες) το άθροισμα του ασφαλιστρο (P), της υποχρεωτικής εισφοράς (D) και της υποχρεωτικής συνεισφοράς (CP), δηλαδή όταν:

$$THC \geq P + D + CP$$

Στην αντίθετη περίπτωση, όταν οι συνολικές δαπάνες για αγορά υπηρεσιών υγείας είναι μικρότερες από το άθροισμα του ασφαλιστρο, της υποχρεωτικής εισφοράς και της υποχρεωτικής συνεισφοράς, δηλαδή όταν:

$$THC < P + D + CP$$

το άτομο δε θα αγοράσει ασφαλιστικό συμβόλαιο υγείας.

Το κρίσιμο σημείο στην ανάλυση είναι ο προσδιορισμός της συνολικής δαπάνης για υπηρεσίες υγείας. Αν κάποιος ήξερε από την αρχή ποιες θα είναι αυτές κατά τη διάρκεια της ζωής του τότε θα αγόραζε ασφαλιστική κάλυψη ή όχι.

Το κρίσιμο ερώτημα όμως στο σημείο αυτό είναι τι συμβαίνει στην περίπτωση του φορέα παροχής της ασφαλιστικής κάλυψης. Ας υποθέσουμε πάλι ότι έχουμε έναν ασφαλιστικό φορέα που δεν έχει δικό του δίκτυο παροχής υπηρεσιών υγείας και το ασφαλιστικό συμβόλαιο που προσφέρει περιλαμβάνει μέγιστο ποσό υποχρεωτικής

² Απλοποιούμε έτσι την ανάλυση μας χωρίς να χάνεται η ουσία του προβλήματος. Κάποιος θα μπορούσε να μην χρησιμοποιήσει τις συγκεκριμένες υποθέσεις αλλά θα έκανε την περαιτέρω ανάλυση πολύπλοκη χωρίς να προσθέσει κάτι στην ουσία του προβλήματος.

εισφοράς αλλά δεν προβλέπει μέγιστο ποσό ασφαλιστικής συνεισφοράς από μέρους του³. Το έσοδο του ασφαλιστικού φορέα είναι το ασφάλιστρο P και το έξοδο του καθορίζεται από το ποσό των χρημάτων που θα πληρώσει για την κάλυψη των υπηρεσιών υγείας του ασφαλισμένου.

Συνεπώς συμφέρει τον ασφαλιστικό φορέα να προσφέρει ένα ασφαλιστικό συμβόλαιο μόνο όταν:

$$P > CP$$

Με άλλα λόγια, ο ασφαλιστικός φορέας θα προσφέρει το συμβόλαιο μόνο όταν έχει κέρδη από αυτό, δηλαδή όταν:

$$\Pi = P - CP > 0$$

όπου Π η σχέση που δίνει τα κέρδη ή τις ζημιές του ασφαλιστικού φορέα.

Ας υποθέσουμε τώρα ότι έχουμε μόνο ένα άτομο υποψήφιο προς ασφάλιση και μια ασφαλιστική εταιρεία. Σύμφωνα με τα παραπάνω το άτομο θα αγοράσει το ασφαλιστικό συμβόλαιο όταν και μόνο όταν:

$$THC \geq P + D + CP$$

Ο ασφαλιστικός φορέας θα προσφέρει το συμβόλαιο μόνο και μόνο όταν:

$$P > CP$$

Προφανώς όμως κανένα άτομο δε θα ήταν διατεθειμένο να πληρώσει ασφάλιστρο υψηλότερο από στην ασφαλιστική συνεισφορά του ασφαλιστικού φορέα συνεπώς η ασφαλιστική αγορά υγείας με ένα μόνο άτομο (προς ασφάλιση) και μια ασφαλιστική εταιρεία δεν είναι δυνατόν να υπάρξει.

Όταν όμως αυξηθεί ο αριθμός των ατόμων που ενδιαφέρονται για αγορά συμβολαίων ασφάλισης υγείας τότε τα αποτελέσματα αλλάζουν. Πλέον μπορεί να οριστεί ασφαλιστική αγορά υγείας.

Τώρα, το σύνολο των ατόμων για να αγοράσει ασφαλιστική κάλυψη υγείας θα πρέπει να ικανοποιεί την παρακάτω σχέση:

³ Και οι δύο υποθέσεις έγιναν για να απλουστευθεί η ανάλυση χωρίς να χάνεται η ουσία του προβλήματος.

$$THC^{total} \geq P^{total} + D^{total} + CP^{total} \quad (1)$$

Η μόνη διαφορά με την προηγούμενη ανάλυση τώρα είναι ότι τα μεγέθη της προηγούμενης σχέσης είναι συνολικά (περιλαμβάνουν το σύνολο της δαπάνης των ατόμων που επιθυμούν να ασφαλιστούν).

Αντίστοιχα για τον ασφαλιστικό φορέα η σχέση που θα του επιτρέψει να διαθέσει το ασφαλιστικό συμβόλαιο στην αγορά είναι:

$$P^{total} > CP^{total} \quad (2)$$

Η σχέση αυτή διαφέρει από την παραπάνω (την περίπτωση του ενός υποψήφιου ασφαλισμένου). Η διαφορά έγκειται στο ότι ο ασφαλιστικός φορέας αναμένει ότι τα έσοδα από το ασφάλιστρο (P^{total}) θα είναι υψηλότερα από τις δαπάνες για ασφαλιστικές εισφορές (CP^{total}) επειδή όλοι οι ασφαλισμένοι δεν έχουν την ίδια πιθανότητα να ασθενήσουν μέσα την χρονική περίοδο που καλύπτει το ασφάλιστρο. Συνεπώς θα έχει μεγαλύτερα έσοδα από έξοδα και συνεπώς η σχέση (2) θα ικανοποιείται.

Μέχρι αυτό το σημείο δεν έχουμε διευκρινίσει τον λόγο ύπαρξης της υποχρεωτικής εισφοράς αλλά και της υποχρεωτικής συνεισφοράς του ασφαλισμένου. Η χρησιμότητα των δύο συστατικών του ασφαλιστικού συμβολαίου θα γίνει κατανοητή στη συνέχεια της ανάλυσης όταν η έννοια της ασύμμετρης πληροφόρησης θα εισέλθει στην ανάλυση.

1.3 Η Διάκριση σε Δημόσιο και Ιδιωτικό Ασφαλιστικό Σύστημα Υγείας

Μέχρι αυτό το σημείο δεν έχει γίνει καμιά αναφορά στη μορφή του ασφαλιστικού φορέα. Σύμφωνα με ανάλυση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization) (2006) η χρηματοδότηση του ασφαλιστικού συστήματος υγείας μπορεί να γίνει με έναν από τους παρακάτω τρόπους:

- Παροχή ευρείας κοινωνικής ασφάλισης υγείας μέσω φορολογίας

- Ιδιωτική ασφάλιση υγείας
- Άμεση πληρωμή των δαπανών για υπηρεσίες υγείας από τον ασφαλισμένο
- Δημιουργία ενώσεων (π.χ. Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών, ΟΑΕΕ⁴) που καλύπτουν τα έξοδα για υπηρεσίες υγείας

Παρατηρήστε ότι η διαφορά βρίσκεται μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Η διαφορά αυτή δεν εστιάζεται τόσο στην αποτελεσματικότητα των δύο μορφών ασφάλισης αφού η Glied (2008) χρησιμοποιώντας στοιχεία για το κόστος των δαπανών υγείας και το καθεστώς παροχής ασφαλιστικής κάλυψης (δημόσιο, ιδιωτικό ή μίγμα των δύο) για τις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD) έδειξε ότι το είδος του ασφαλιστικού συστήματος έχει περιορισμένη σχέση με την αποτελεσματικότητα του κόστους για δαπάνες υγείας.

Ο Πίνακας 1 παρακάτω δίνει μια συνοπτική παρουσίαση του καταμερισμού της χρηματοδότησης μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης για τις χώρες του ΟΟΣΑ. Τα στοιχεία προέρχονται από τη στατιστική βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ (OECD Statistics 2000) καθώς και από την ανάλυση των Docteur & Oxley (2003). Ένα γενικό συμπέρασμα που προκύπτει από τα συγκεκριμένα στοιχεία είναι ότι σε γενικές γραμμές η δημόσια ασφάλιση υπερτερεί της ιδιωτικής ενώ δεν ισχύει το ίδιο για τις ΗΠΑ.

Το Διάγραμμα 1 δίνει τις δαπάνες για υπηρεσίες υγείας για το έτος 2000 ως ποσοστό του ΑΕΠ. Τα στοιχεία προέρχονται από την ανάλυση των Docteur & Oxley (2003). Η τελευταία στήλη δίνει τις δαπάνες των ΗΠΑ ως ποσοστού του συνολικού τους ΑΕΠ για το έτος 2000. Παρατηρείστε ότι είναι υψηλότερες από εκείνες των υπόλοιπων χωρών.

Όπως φαίνεται και από το Διάγραμμα 2 που ακολουθεί η σχέση ιδιωτικής – δημόσιας ασφάλισης στις ΗΠΑ γέρνει εις βάρος της δεύτερης συγκρινόμενη με τις αντίστοιχες σχέσεις των ευρωπαϊκών χωρών αλλά και του Καναδά. Αυτή η διαφορά οφείλετε

⁴ Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στο δικτυακό χώρο: www.oaee.gr.

κυρίως σε παράγοντες που έχουν να κάνουν με τον τρόπο που αποκτήθηκαν τα συγκεκριμένα δικαιώματα ασφάλισης.

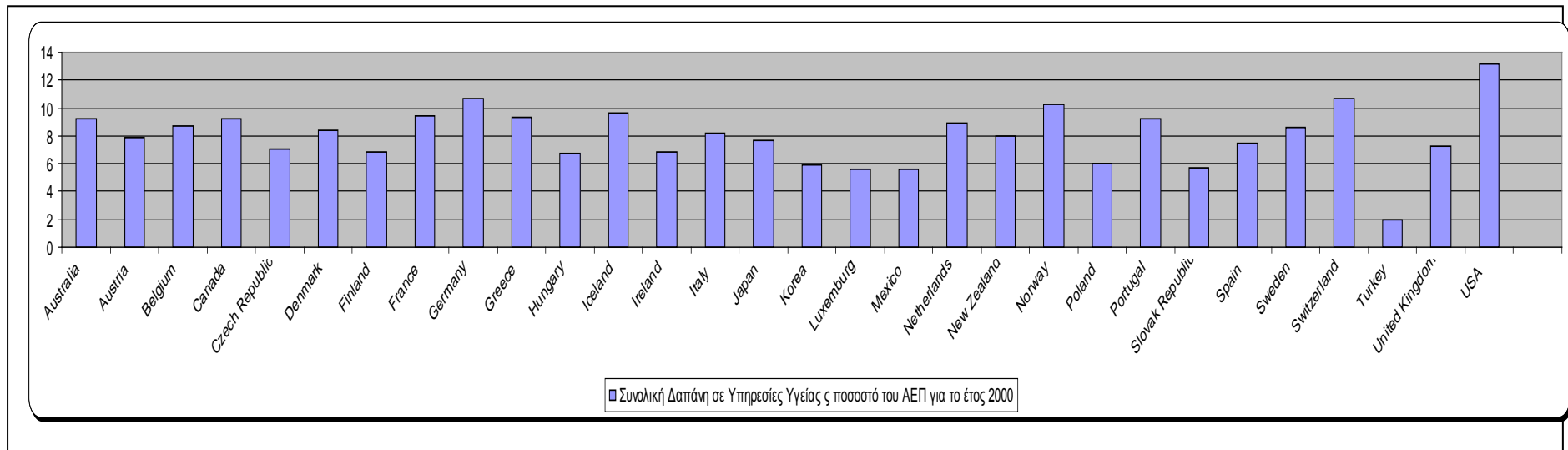
Σύμφωνα με τον Gladwell (2005) η σημερινή άσχημη κατάσταση του συστήματος υγείας των ΗΠΑ⁵ οφείλεται στον τρόπο με τον οποίο εξασφαλίστηκαν τα συγκεκριμένα δικαιώματα κατά τη διάρκεια του 19^{ου} και 20^{ου} αιώνα. Ποιο συγκεκριμένα, τα συνδικάτα των εργαζομένων στην Ευρώπη στις αρχές του 20^{ου} αιώνα κατάφεραν να εξασφαλίσουν την καθολική ασφάλιση υγείας χρησιμοποιώντας το πολιτικό σύστημα για να το επιτύχουν. Από την άλλη πλευρά, τα εργατικά συνδικάτα στις ΗΠΑ κατά την ίδια περίοδο εξασφάλισαν ασφάλιση υγείας μετά από χρόνιες και επίπονες διαπραγματεύσεις για τα μέλη τους. Δεν υπήρχε άμεση εμπλοκή του κράτους και συνεπώς κάθε συνδικάτο εξασφάλισε ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη υγείας για τα μέλη του. Από τότε έως σήμερα η κατάσταση αυτή συνεχίστηκε χωρίς σημαντικές διαφοροποιήσεις τόσο για τις ευρωπαϊκές χώρες όσο και για τις ΗΠΑ.

⁵ America's health care mess στο πρωτότυπο άρθρο του M. Gladwell στο περιοδικό The New Yorker.

Πίνακας 1: Η Κατανομή Χρηματοδότησης μεταξύ Δημόσιας και Ιδιωτικής Ασφάλισης στις Χώρες του ΟΟΣΑ

Δημόσια & Ιδιωτική Ασφάλιση (Χώρες ΟΟΣΑ, έτος 2000)		
	Συνολική Δημόσια Ασφάλιση	Συνολική Ιδιωτική Ασφάλιση
Australia	68.90	31.20
Austria	69.40	30.60
Belgium	72.10	27.90
Canada	70.90	29.10
Czech Republic	91.40	8.60
Denmark	82.50	17.50
Finland	75.10	24.90
France	75.80	24.10
Germany	75.00	24.90
Greece	56.10	43.90
Hungary	75.50	24.50
Iceland	83.70	16.30
Ireland	73.30	26.70
Italy	73.40	26.60
Japan	78.30	21.60
Korea	44.40	55.60
Luxemburg	87.80	10.50
Mexico	47.90	52.10
Netherlands	63.40	36.60
New Zealand	78.00	22.10
Norway	85.20	14.80
Poland	70.00	30.00
Portugal	68.50	31.50
Slovak Republic	89.40	10.60
Spain	71.70	28.30
Sweden	85.00	15.00
Switzerland	55.60	44.40
Turkey	71.90	28.10
United Kingdom	80.90	19.10
United States	44.20	55.90
OECD average	72.18	27.77

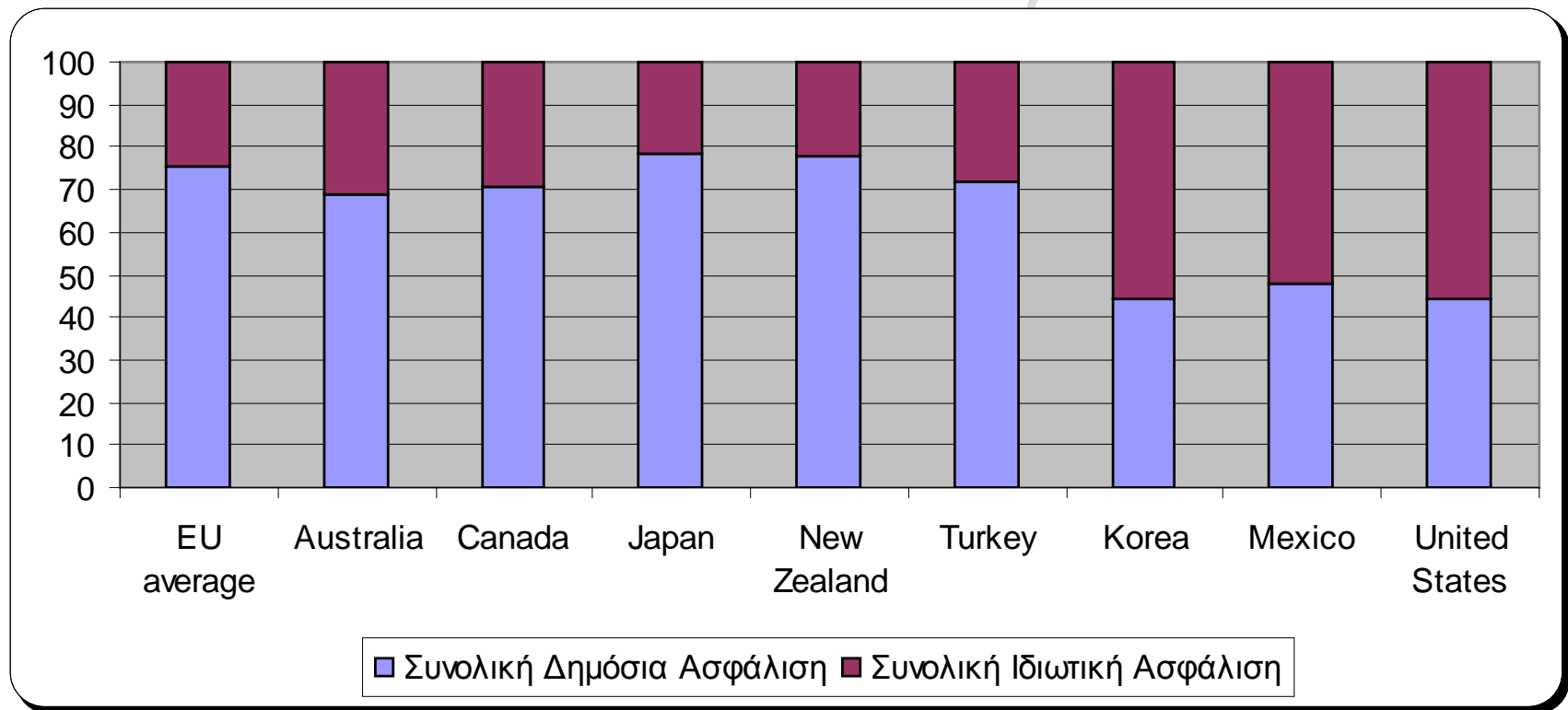
Πανεπιστήμιο Πειραιώς



Διάγραμμα 1: Συνολική Δαπάνη σε Υπηρεσίες Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για το έτος 2000

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Διάγραμμα 2: Κατανομή Δημόσιας και Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας για τις χώρες του ΟΟΣΑ



1.5 Τα Βασικά Προβλήματα του Συστήματος

Συνοπτικά εδώ θα αναφέρουμε πως η παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών υγείας έχει δυο εγγενή προβλήματα. Και τα δύο σχετίζονται με την πληροφόρηση που έχει ο ασφαλιστικός φορέας για το άτομο που θα ασφαλίσει. Μέχρι στιγμής στην ανάλυση μας υποθέσαμε ότι για υπάρξει αγορά ασφάλισης υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να ικανοποιούνται οι σχέσεις (1) και (2) παραπάνω. Τα κέρδη του ασφαλιστικού φορέα (ή αλλιώς η ύπαρξη του) εξασφαλίζεται από τη θετική διαφορά μεταξύ ασφαλίστρου και υποχρεωτικής συνεισφοράς. Η διαφορά αυτή εξασφαλίζεται από το γεγονός ότι όλοι οι ασφαλισμένοι δεν έχουν την ίδια πιθανότητα να χρειαστούν υπηρεσίες υγείας. Όσο μάλιστα αυξάνεται ο αριθμός των ασφαλισμένων τόσο αυτή η πιθανότητα τείνει να κατανέμεται κανονικά (Normal Distribution).

Μέχρι στιγμής όμως δεν έχουμε κάνει καμία υπόθεση σχετικά με την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας των υποψήφιων προς ασφάλιση που έχουν τόσο οι τελευταίοι όσο και ο ασφαλιστικός φορέας στην αγορά. Για την ακρίβεια θεωρούμε ότι και τα δύο μέρη έχουν την ίδια πληροφόρηση. Στην πραγματικότητα όμως αυτό δεν συμβαίνει πάντα. Συνήθως οι υποψήφιοι προς ασφάλιση έχουν μεγαλύτερη πληροφόρηση για την υγεία τους από ότι ο ασφαλιστικός φορέας. Συνεπώς μπορούν να αποκρύψουν την πραγματική κατάσταση της υγείας τους.

Για παράδειγμα, γνωρίζουν ότι έχουν ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας αλλά δεν το αποκαλύπτουν στην ασφαλιστική εταιρεία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο ασφαλιστικός φορέας πιθανόν να καταβάλλει περισσότερα χρήματα σε κάλυψη εξόδων από για υπηρεσίες εξόδων υγείας βάζοντας σε κίνδυνο όχι μόνο την ίδια του την ύπαρξη αλλά και (κυρίως) την κάλυψη των εξόδων για υπηρεσίες υγείας των ατόμων που δεν έχουν αποκρύψει την πραγματική κατάσταση της υγείας τους.

Ο ασφαλιστικός φορέας από την άλλη γνωρίζει αυτό το πρόβλημα. Η βέλτιστη στρατηγική του θα ήταν να μπορέσει να ξεχωρίσει τα άτομα που αποκρύπτουν την πραγματική κατάσταση της υγείας τους και να τους χρεώσει διαφορετικό ασφάλιστρο.

Σε όρους της προηγούμενης ανάλυσης μας αν υποθέσουμε ότι ο συνολικός πληθυσμός των ασφαλισμένων είναι q και αυτοί που αποκρύπτουν την πραγματική κατάσταση της υγείας τους είναι h . Τότε ο ασφαλιστικός φορέας, σύμφωνα με την

παραπάνω ανάλυση θα πρέπει να χρεώνει στους $q - h$ υποψήφιους προς ασφάλιση που δεν αποκρύπτουν την πραγματική κατάσταση της υγείας τους:

$$P_{q-h}^{total} > CP_{q-h}^{total} \quad (3)$$

Από την άλλη πλευρά στους h υποψήφιους προς ασφάλιση ο ασφαλιστικός φορέας θα πρέπει να χρεώνει:

$$P_h^{total} > CP_h^{total} \quad (4)$$

Σε αυτή την περίπτωση φυσικά θα πρέπει να ισχύει $\left\{ \begin{array}{l} P_h^{total} > P_{q-h}^{total} \\ CP_h^{total} > CP_{q-h}^{total} \end{array} \right.$ αφού οι h

υποψήφιοι είναι ποιο «επικίνδυνοι» για την ασφαλιστική εταιρεία και συνεπώς πρέπει να πληρώσουν μεγαλύτερο ασφάλιστρο.

Τα πράγματα όμως θα ήταν πολύ εύκολα αν τα παραπάνω μπορούσαν να ισχύσουν. Οι ασφαλιστικοί φορείς όμως δεν έχουν κάποιο άμεσο τρόπο για να διακρίνουν ποια άτομα αποκάλυπτουν την πραγματική κατάσταση της υγείας τους και ποια όχι. Είναι αναγκασμένες να λειτουργήσουν σε ένα περιβάλλον ασύμμετρης πληροφόρησης.

2. Η Έννοια της Ασύμμετρης Πληροφόρησης

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

2.1 Η Ασύμμετρη Πληροφόρηση

Η ασύμμετρη πληροφόρηση αναφέρεται σε εκείνη την κατάσταση όπου ο πωλητής και ο αγοραστής ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας δεν έχουν την ίδια πληροφόρηση για κάποιες από τις συνθήκες που επηρεάζουν το αγαθό ή την υπηρεσία, την τιμή του και τις μετέπειτα σχέσεις του πωλητή με τον αγοραστή Katz & Rosen (1998)⁶. Παράλληλα, υπάρχει και η περίπτωση κάποιο από τα συναλλασσόμενα μέρη να μην τηρήσει τη συμφωνία μετά την αγορά της υπηρεσίας φέρνοντας σε δύσκολη οικονομική θέση το άλλο συμβαλλόμενο μέρος.

Σε γενικές γραμμές η ασυμμετρία πληροφόρησης μπορεί να διακριθεί στις παρακάτω βασικές μορφές:

- Ο Ηθικός Κίνδυνος (moral hazard)

Εδώ ο ένας συμβαλλόμενος δεν αποκρύπτει πληροφόρηση από τον άλλο πριν από την σύναψη της συμφωνίας αλλά μετά από τη σύναψη. Αφού υπογραφεί ένα συμβόλαιο τότε κάποιο από τα δύο συμβαλλόμενα μέρη έχει το κίνητρο να μην τηρήσει την δικιά του πλευρά του συμβολαίου. Χρησιμοποιώντας ένα παράδειγμα⁷ από την ασφαλιστική αγορά και πάλι ας υποθέσουμε ότι κάποιος αγοράζει μια ασφάλεια υγείας. Εδώ ο υποψήφιος ασφαλισμένος παρουσιάζει την πραγματική κατάσταση της υγείας του στον ασφαλιστικό φορέα. Μετά την σύναψη της συμφωνίας όμως

⁶ Στην περίπτωση πώλησης ενός αγαθού η σχέση του πωλητή με τον αγοραστή είναι στιγμιαία. Δηλαδή παύει να υπάρχει μετά την μεταβίβαση του συγκεκριμένου αγαθού. Από την άλλη, στην περίπτωση μιας υπηρεσίας η σχέση πωλητή και αγοραστή είναι διαρκείς και συνεχίζει να υπάρχει για όσο διάστημα υπάρχει η συγκεκριμένη υπηρεσία.

⁷ Το παράδειγμα είναι κλασσικό στην ανάλυση της ασύμμετρης πληροφόρησης. Για πρώτη φορά παρουσιάστηκε από τον Arrow (1963) ενώ στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε και από τους Rothschild & Stiglitz (1976) στο περίφημο άρθρο τους για την ασύμμετρη πληροφόρηση το οποίο τιμήθηκε με Nobel Prize το 2001.

υπογραφή του συμβολαίου αυξάνει την κατανάλωση αλκοόλ ή δεν μεριμνά για την υγεία του όπως πριν την υπογραφή του⁸.

- Η Αντίθετη Επιλογή (adverse selection)

Εδώ ο συμβαλλόμενος που έχει την μικρότερη πληροφόρηση συμφωνεί για μια συναλλαγή με ένα άτομο που έχει καλύτερη πληροφόρηση. Ακολουθώντας την ανάλυση του ασφαλιστικού συστήματος υγείας, ένα συνηθισμένο παράδειγμα αντίθετης επιλογής αποτελεί η σύναψη ενός ασφαλιστικού συμβολαίου όπου ο ασφαλιστικός φορέας δεν έχει καλή πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας του υποψήφιου προς ασφάλιση. Ο τελευταίος μπορεί χρησιμοποιώντας ψευδείς ιατρικές εξετάσεις κτλ. να βεβαιώσει την ασφαλιστική εταιρεία ότι είναι υγιείς ενώ ισχύει το αντίθετο.

2.2 Η σημασία της ασύμμετρης πληροφόρησης για την ασφαλιστική αγορά υγείας

Το κρίσιμο ερώτημα που προκύπτει εδώ είναι γιατί η ασύμμετρη πληροφόρηση είναι τόσο σημαντική για την ανάλυση του ασφαλιστικού συστήματος υγείας. Η απάντηση είναι σχετικά απλή. Μπορεί να οδηγήσει στην κατάρρευση του συνόλου της ασφαλιστικής αγοράς. Η απόκρυψη πραγματικών στοιχείων για την κατάσταση της υγείας των ασφαλισμένων μπορεί να οδηγήσει τους ασφαλιστικούς φορείς σε υπερβολική αύξηση των τιμών των ασφαλιστρών σε σημείο που κανείς να μην επιθυμεί να αγοράσει ασφαλιστικά συμβόλαια.

Για την καλύτερη κατανόηση της συγκεκριμένης περίπτωσης θα παρουσιάσουμε παρακάτω το υπόδειγμα της αγοράς μεταχειρισμένων αυτοκινήτων του G. Akerlof

⁸ Παρακάτω ο συγκεκριμένος τύπος ηθικού κινδύνου θα οριστεί ως εκ των προτέρων ηθικός κίνδυνος (ex ante moral hazard).

(1970)⁹. Ο τελευταίος χρησιμοποιεί την αγορά των μεταχειρισμένων αυτοκινήτων ως παράδειγμα μιας αγοράς με αβεβαιότητα ως προς την ποιότητα του αυτοκινήτου. Ας υποθέσουμε ότι σε μια τέτοια αγορά υπάρχουν καλά μεταχειρισμένα αυτοκίνητα και μεταχειρισμένα αυτοκίνητα σε κακή κατάσταση (lemons¹⁰). Ο υποψήφιος αγοραστής δεν γνωρίζει την ποιότητα του αυτοκινήτου πριν την αγορά και δεν διαθέτει τρόπο για να την διαπιστώσει. Μπορεί όμως να μαντέψει ποια είναι η μέση ποιότητα στην αγορά και συνεπώς είναι διατεθειμένος να πληρώσει μόνο την τιμή που αντιστοιχεί στη συγκεκριμένη μέση ποιότητα.

Με αυτό τον τρόπο, ο πωλητής που διαθέτει ένα καλό μεταχειρισμένο αυτοκίνητο θα περιμένει τιμή υψηλότερη από αυτή που αντιστοιχεί σε ένα αυτοκίνητο μέσης ποιότητας. Συνεπώς θα φύγει από την αγορά αφού κανένας δε θα του εξασφαλίσει τη συγκεκριμένη τιμή. Καθώς το αυτοκίνητο καλής ποιότητας θα φύγει από την αγορά θα μειωθεί η μέση ποιότητα και συνεπώς θα μειωθεί και η αντίστοιχη τιμή.

Στη συνέχεια, ο πωλητής με το αυτοκίνητο με την αμέσως καλύτερη ποιότητα θα φύγει από την αγορά για τους ίδιους ακριβώς λόγους με την προηγούμενη περίπτωση. Η διαδικασία αυτή θα σταματήσει μόνο στο σημείο όπου τα αυτοκίνητα που θα μείνουν στην αγορά θα είναι αυτά με τη χαμηλότερη ποιότητα και τα οποία κανείς δε θα θέλει να αγοράσει¹¹.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιων αγορών είναι μπορεί να είναι:

- η αγορά για τα μεταχειρισμένα αυτοκίνητα

Η διαφορετική ποιότητα οδηγεί στην κατάρρευση της αγοράς αφού μόνο τα αυτοκίνητα με την χειρότερη ποιότητα καταλήγουν να διατίθενται και κανένας δεν

⁹ Ο G. Akerlof, ο J. Stiglitz, και ο M. Spence για την εργασία τους στην ασύμμετρη πληροφόρηση τιμήθηκαν με το Nobel των Οικονομικών το 2001.

(http://nobelprize.org/nobel_prizes/economics/laureates/2001/) .

¹⁰ Η αντιστοιχία στα ελληνικά για τον όρο lemons του Akerlof είναι «πατάτα».

¹¹ Για μια ποιο μαθηματικοποιημένη και συνεπώς ποιο επίσημη (formal) παρουσίαση της αγοράς των μεταχειρισμένων αυτοκινήτων ο αναγνώστης μπορεί να αναφερθεί είτε στην πρωτότυπη εργασία του Akerlof (1970) είτε σε κάποιο εγχειρίδιο μικροοικονομικής ανάλυσης.

είναι διατεθειμένος να τα αγοράσει. Το συγκεκριμένο υπόδειγμα θα παρουσιαστεί αναλυτικά παρακάτω.

- η αγορά πιστώσεων ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου οι υποψήφιοι για δανεισμό έχουν σημαντικό κίνδυνο

Στην συγκεκριμένη περίπτωση οι υποψήφιοι για δανεισμό έχουν πολύ μεγάλο κίνδυνο. Η τράπεζα ξέρει κάθε φορά πως αυτοί που έρχονται σε αυτή είναι αυτοί που δεν έχουν κανένα άλλο τρόπο να χρηματοδοτήσουν τα επενδυτικά τους σχέδια επειδή είτε η πιθανότητα απόδοσης είναι πολύ μικρή είτε δεν έχουν ενέχυρο.

- η ασφαλιστική αγορά υγείας για τα άτομα που βρίσκονται στην τρίτη ηλικία

Χαρακτηριστικό παράδειγμα από τα οικονομικά της υγείας είναι η μη προσφορά ασφαλιστικών συμβολαίων για άτομα τα οποία βρίσκονται ήδη στην τρίτη ηλικία. Αυτό συμβαίνει γιατί οι ασφαλιστικές εταιρείες γνωρίζουν πως τα άτομα αυτά φέρουν μεγάλο κίνδυνο. Γι' αυτό ζητούν πολύ μεγάλο ασφάλιστρο. Το τελευταίο διώχνει τα άτομα που έχουν σχετικά καλή υγεία από την αγορά και αφήνει μόνο τα άτομα που δεν έχουν. Σε αυτά οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν είναι διατεθειμένες να προσφέρουν συμβόλαια. Γι' αυτό το λόγο συνήθως τέτοια ασφαλιστικά προγράμματα προσφέρονται μόνο από το κράτος.

2.3 Το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου

Παραπάνω ορίσαμε τον ηθικό κίνδυνο ως το κίνητρο που έχει το ένα μέρος μίας συναλλαγής να προβεί σε πράξης τις οποίες δε θα έκανε αν δεν είχε συμφωνήσει στη συναλλαγή και οι οποίες βάζουν σε κίνδυνο το άλλο μέρος της συναλλαγής. Για παράδειγμα, ένας ασφαλισμένος που αυξάνει την κατανάλωση αλκοόλ μετά την υπογραφή του ασφαλιστικού συμβολαίου θέτει σε κίνδυνο τόσο την υγεία του όσο και την ασφαλιστική εταιρεία που τον καλύπτει. Η αύξηση αυτή του κινδύνου δεν συμπεριλαμβάνεται στην τιμή του συμβολαίου του.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα συμπεριφοράς ηθικού κινδύνου είναι:

- Άτομα που έχουν ασφαλίσει τα σπίτια τους έναντι κλοπής και δεν κλειδώνουν τις εξωτερικές πόρτες ή αφήνουν παράθυρα ανοικτά μετά την υπογραφή του συμβολαίου.
- Οδηγοί αυτοκινήτων που οδηγούν απρόσεκτα επειδή γνωρίζουν ότι τι αυτοκίνητο τους είναι ασφαλισμένο.

- Άτομα που δεν προστατεύουν την υγεία τους επειδή έχουν ήδη ασφάλιση υγείας.

Το κρίσιμο ερώτημα που προκύπτει εδώ είναι γιατί ο ηθικός κίνδυνος είναι πραγματικό πρόβλημα. Αυτό είναι αποτέλεσμα του κόστους που πρέπει να υποστούν τα άτομα π.χ. για να διατηρήσουν την υγεία τους σε καλή κατάσταση. Πριν από την ύπαρξη του ασφαλιστικού συμβολαίου γνώριζαν ότι θα έπρεπε να υποστούν το κόστος της διατήρησης της υγείας σε καλή κατάσταση γιατί δεν είχε άλλη εναλλακτική. Από τη στιγμή όμως που θα υπογράψει το συμβόλαιο γνωρίζει πλέον ότι ο ασφαλιστικός φορέας θα αναλάβει όλο το κόστος στην περίπτωση επιβάρυνσης της υγείας του. Γι' αυτό το λόγο, θεωρεί περιττό να υποστεί όποια επιπλέον κόστη για τη διατήρηση της υγείας του σταθερής.

Για να αναλύσουμε τον ηθικό κίνδυνο ας ξεκινήσουμε με την περίπτωση της πλήρους πληροφόρησης. Έστω ότι έχουμε έναν ασφαλιστικό φορέα που γνωρίζει ότι ο υποψήφιος ασφαλισμένος μετά την υπογραφή του συμβολαίου και στην περίπτωση που ασθενήσει θα υπερκαταναλώσει υπηρεσίες υγείας αυξάνοντας υπερβολικά το κόστος για την ασφαλιστική εταιρεία¹². Η άριστη στρατηγική του φορέα θα ήταν σε αυτή την περίπτωση να του χρεώσει ένα ασφάλιστρο που θα περιλαμβάνει και τον ηθικό κίνδυνο.

Ως συνήθως όμως τα πράγματα είναι διαφορετικά στην περίπτωση της ασύμμετρης πληροφόρησης. Ο ασφαλιστικός φορέας δεν μπορεί από την αρχή να γνωρίζει αν ο ασφαλισμένος θα υπερκαταναλώσει υπηρεσίες υγείας στην περίπτωση που τελικά θα ασθενήσει. Είναι αναγκαίο όμως να βρει μια λύση στο συγκεκριμένο πρόβλημα αφού τίθεται σε κίνδυνο η οικονομική του επιβίωση αν εισέλθει στην αγορά ή ακόμη και η ύπαρξη της αγοράς αν τελικά αποφασίσει να μην εισέλθει (ακολουθώντας την ανάλυση του Akerlof (1970)).

¹² Παρακάτω θα ορίσουμε τη συγκεκριμένη μορφή ηθικού κινδύνου ως εκ των υστέρων ηθικό κίνδυνο (ex-post moral hazard).

Ο ασφαλιστικός φορέας τώρα μπορεί να μειώσει το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου με την χρήση μιας στρατηγικής που σαν σκοπό έχει να περιορίσει την πιθανότητα το άτομο να συμπεριφερθεί διαφορετικά από ότι ορίζει το ασφαλιστικό συμβόλαιο.

Μια τέτοια στρατηγική αυτή σχετίζεται με την συμμετοχή του ασφαλισμένου στο ασφάλιστρο. Παραπάνω όταν παρουσιάσαμε συνοπτικά το ασφαλιστικό συμβόλαιο (Σχέσεις (1) και (2)) αναφερθήκαμε στην υποχρεωτική εισφορά (deductible) και στην υποχρεωτική συνεισφορά. (co-payment). Και τα δύο στοιχεία του ασφαλιστικού συμβολαίου σαν βασικό σκοπό έχουν τον περιορισμό του ηθικού κινδύνου. Η υποχρεωτική συνεισφορά αναγκάζει τον ασφαλισμένο να επανεκτιμήσει τη θέση του όσον αφορά την ανάληψη επιπλέον κινδύνων από αυτούς που ορίζει το ασφαλιστικό του συμβόλαιο. Αυτό συμβαίνει γιατί πολύ απλά θα πληρώσει ο ίδιος τα πρώτα έξοδα που θα έχουν σαν συνέπεια οι «επικίνδυνες» αποφάσεις του.

Ένα εύκολο νοητικό πείραμα μπορεί να δείξει πως λειτουργεί σε αυτή την περίπτωση η υποχρεωτική εισφορά. Ας υποθέσουμε αρχικά πως η υποχρεωτική εισφορά ήταν μηδενική. Τότε ο ασφαλισμένος – στην περίπτωση που θα ασθενήσει – θα μπορούσε να καταναλώσει όσες υπηρεσίες υγείας θα ήθελε π.χ. επιλέγοντας το καλύτερο νοσοκομείο – όχι μόνο με βάση την ιατρική περίθαλψη αλλά και με βάση το περιβάλλον που προσφέρει, το κοινωνικό status που προσδίδει η νοσηλεία σε αυτό (π.χ. το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών σε σύγκριση με το Κρατικό Νίκαιας) κτλ. Ένα εναλλακτικό σενάριο υπερκατανάλωσης υπηρεσιών υγείας θα ήταν οι συνεχείς επισκέψεις σε γιατρούς και η πραγματοποίηση δαπανηρών ιατρικών εξετάσεων με την παραμικρή αδιαθεσία. Και στις δύο περιπτώσεις ο ασφαλισμένος δεν ενδιαφέρεται αφού αυτός μόνο το ασφάλιστρο πληρώνει. Όλο το επιπλέον κόστος μεταφέρεται στην ασφαλιστική εταιρεία.

Ας υποθέσουμε τώρα ότι η υποχρεωτική εισφορά αυξάνεται. Τότε ο ασφαλισμένος γνωρίζοντας ότι θα πρέπει ο ίδιος να πληρώσει μέρος των δαπανών για υπηρεσίες υγείας θα μειώσει τις συνεχείς επισκέψεις υγείας. Στην ακραία περίπτωση όπου η υποχρεωτική εισφορά θα ήταν ίση με το πραγματικό κόστος των επισκέψεων του το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου θα εξαφανιζόταν. Ο ασφαλισμένος θα κατανάλωνε όσες υπηρεσίες υγείας πραγματικά χρειαζόταν. Η τελευταία περίπτωση όμως δεν είναι εφικτή την πράξη αφού καταρρίπτει την έννοια της ασφάλισης υγείας. Συνεπώς η υποχρεωτική εισφορά είναι θετική για να μειωθεί το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου αλλά μικρότερη από το συνολικό ύψος των δαπανών υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου παραμένει.

Η υποχρεωτική συνεισφορά τώρα έρχεται να συμβάλλει ακόμη στη μείωση του προβλήματος του ηθικού κινδύνου. Και εδώ ένα παράδειγμα είναι χρήσιμο. Ας υποθέσουμε ότι έχουμε τον ασφαλισμένο του προηγούμενου παραδείγματος. Έχει πραγματοποιήσει δαπάνες για υπηρεσίες υγείας μεγαλύτερες από την υποχρεωτική εισφορά του. Αρχικά ας υποθέσουμε ότι η ασφαλιστική συνεισφορά είναι μηδενική. Τότε γνωρίζοντας ότι ο ασφαλιστικός φορέας θα του καλύψει το σύνολο των δαπανών πέρα από την υποχρεωτική συνεισφορά θα υπερκαταναλώσει υπηρεσίες υγείας. Ας υποθέσουμε, όπως και προηγουμένως, ότι η υποχρεωτική συνεισφορά αυξάνεται. Τότε ο ασφαλισμένος γνωρίζοντας ότι θα πρέπει να συνεισφέρει και ο ίδιος θα μειώσει τις δαπάνες σε υπηρεσίες υγείας. Στην ακραία περίπτωση που η υποχρεωτική συνεισφορά θα ήταν ίση με το ύψος των δαπανών σε υπηρεσίες υγείας (πέραν τις υποχρεωτικής εισφοράς) ο ασφαλισμένος θα μείωνε τις δαπάνες για υπηρεσίες υγείας σε αυτές που θα μπορούσε να αντέξει το εισόδημα του. Και αυτή η περίπτωση όμως είναι ακραία αφού έρχεται και πάλι σε αντίθεση με την ίδια την έννοια της ασφάλισης υγείας.

Παρατηρείστε ότι τόσο στην περίπτωση της υποχρεωτικής εισφοράς όσο και στην περίπτωση της υποχρεωτικής συνεισφοράς μόνο η ακραία περίπτωση της καταβολής του συνόλου των δαπανών λύνει το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου. Οτιδήποτε λιγότερο απλά το μειώνει.

2.4 Το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής

Για την ανάλυση της αντίθετης επιλογής θα αναφερθούμε στην εργασία των Rothschild & Stiglitz (1976)¹³. Σύμφωνα με αυτή την εργασία τώρα, ας υποθέσουμε ότι υπάρχουν δύο κατηγορίες υποψηφίων προς ασφάλιση υγείας. Η πρώτη κατηγορία ενέχει κίνδυνο για τον ασφαλιστικό φορέα εξαιτίας κάποιας συμπεριφοράς της ή

¹³Για περισσότερη πληροφόρηση σχετικά με την ύπαρξη του προβλήματος της αντίθετης επιλογής ο αναγνώστης δεν έχει παρά να αναφερθεί στους Crocker & Snow (2006).

κάποιας συνήθειας της. Για παράδειγμα, ας υποθέσουμε ότι η πρώτη κατηγορία υποψήφιων ασφαλισμένων περιλαμβάνει καπνιστές. Οι καπνιστές εξαιτίας της συγκεκριμένης συνήθειας έχουν περισσότερο κίνδυνο για την ασφαλιστική εταιρεία αφού είναι πιο πιθανόν να εμφανίσουν προβλήματα υγείας στο μέλλον. Η δεύτερη κατηγορία υποψηφίων περιλαμβάνει τους μη καπνιστές. Προφανώς, ο ασφαλιστικός φορέας επιθυμεί να έχει ασφαλισμένους μη καπνιστές αφού είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν προβλήματα υγείας στο μέλλον.

Πρώτα θα εξετάσουμε τι θα συμβεί στην περίπτωση πλήρους πληροφόρησης. Ο ασφαλιστικός φορέας μπορεί να διακρίνει μεταξύ των δύο κατηγοριών υποψηφίων προς ασφάλιση και επομένως χρεώνει σε κάθε κατηγορία το ασφάλιστρο που της αναλογεί. Δηλαδή, η πρώτη κατηγορία θα πληρώσει υψηλότερο ασφάλιστρο από την δεύτερη κατηγορία. Κάθε κατηγορία πληρώνει το ασφάλιστρο που της αναλογεί. Πρόκειται ουσιαστικά για την περίπτωση εφαρμογής των σχέσεων (3) και (4) παραπάνω.

Το κρίσιμο ερώτημα που προκύπτει εδώ είναι τι θα συμβεί στην περίπτωση ύπαρξης ασύμμετρης πληροφόρησης στην αγορά. Οι Rothschild & Stiglitz (1976) διακρίνουν δύο είδη ισορροπίας. Στο πρώτο οι δύο κατηγορίες αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο από την ασφαλιστική εταιρεία (pooling equilibrium). Στο δεύτερο είδος ισορροπίας, η ασφαλιστική ισορροπία προσπαθεί να διακρίνει μεταξύ των δύο κατηγοριών ασφαλισμένων (separating equilibrium).

Ξεκινώντας με το πρώτο είδος ισορροπίας υποθέτουμε ότι η επιχείρηση δεν μπορεί να διακρίνει μεταξύ των δύο κατηγοριών υποψηφίων ασφαλισμένων. Το μόνο που μπορεί να κάνει είναι να υπολογίσει τον μέσο κίνδυνο των δύο κατηγοριών και να ορίσει τις τιμές της ανάλογα. Η ανάλυση σε αυτό το σημείο ταιριάζει με την ανάλυση του Akerlof (1970). Αποδεικνύετε, ότι ο ασφαλιστικός φορέας θα ορίσει μόνο μία τιμή για το ασφάλιστρο στην αγορά. Αν συγκρίνουμε την ενιαία τιμή του ασφαλιστρού με τις δύο τιμές της πλήρους πληροφόρησης θα παρατηρήσουμε ότι η πρώτη βρίσκεται κάπου μεταξύ των δύο τελευταίων. Με άλλα λόγια, οι ασφαλισμένοι της πρώτης κατηγορίας θα πληρώσουν λιγότερο από ότι αν η ασφαλιστική μπορούσε να διακρίνει σε ποια κατηγορία κινδύνου ανήκουν. Αντίστοιχα, οι ασφαλισμένοι της δεύτερης κατηγορίας θα πληρώσουν περισσότερο.

Η διαδικασία δεν σταματά σε αυτό το σημείο. Όπως και στην αγορά των μεταχειρισμένων αυτοκινήτων έτσι και εδώ οι ασφαλισμένοι της δεύτερης κατηγορίας δε θα επιλέξουν να πληρώσουν τη συγκεκριμένη τιμή και θα

αποχωρήσουν από την αγορά. Ο ασφαλιστικός φορέας στη συνέχεια θα καταλήξει να έχει ως πελάτες αυτούς που σε καμία περίπτωση δε θα επιθυμούσε να έχει. Θα του απομείνουν μόνο οι υποψήφιοι ασφαλισμένοι του πρώτης κατηγορίας που έχουν πάρα πολύ υψηλό κίνδυνο. Η κερδοφορία του αλλά και η ίδια η βιωσιμότητα του θα τεθεί σε κίνδυνο αφού θα γνωρίζει ότι οι πελάτες του θα είναι αυξημένου κινδύνου και ότι τα χρήματα που θα έχει ως έσοδα από τα ασφάλιστρα θα πρέπει να τα επιστρέφει ως ασφαλιστικές αποζημιώσεις ενώ πάντα θα υπάρχει και ο κίνδυνος να μην έχει τα χρήματα για τις αποζημιώσεις¹⁴.

Το αποτέλεσμα είναι ότι κάτω από την πολιτική ενιαίας τιμής στην αγορά (pooling equilibrium) και με την ύπαρξη ασύμμετρης πληροφόρησης ο ασφαλιστικός φορέας θα προτιμήσει να μην εισέλθει στην αγορά. Αυτό θα το κάνει γιατί γνωρίζει ότι οι υποψήφιοι ασφαλισμένοι θα είναι αυτοί με τον υψηλότερο κίνδυνο στην αγορά. Με άλλα λόγια, παρουσιάζεται και εδώ το φαινόμενο της κατάρρευσης της αγοράς που πρώτος περιέγραψε ο Akerlof (1970).

Με δεδομένο ότι δεν υπάρχει ισορροπία στην περίπτωση της ενιαίας τιμής παρακάτω θα εξετάσουμε τι θα συμβεί στην περίπτωση όπου η επιχείρηση θα χρεώσει δύο διαφορετικές τιμές για κάθε κατηγορία ασφαλισμένων. Αν ξεκινήσουμε και πάλι από την περίπτωση της πλήρους πληροφόρησης. Προφανώς ο ασφαλιστικός φορέας δε θα θέσει ποτέ τις δύο τιμές της πλήρους πληροφόρησης σε περίπτωση που δεν μπορεί αν διακρίνει μεταξύ των δύο κατηγοριών ασφαλισμένων. Σε κάθε περίπτωση αν κάνει κάτι τέτοιο όλοι στην αγορά θα επιλέξουν την χαμηλότερη τιμή της δεύτερης

¹⁴ Οι ασφαλιστικές εταιρείες όπως και οι τράπεζες λειτουργούν ακολουθώντας κανόνες όπως οι Νόμοι των Μεγάλων Αριθμών. Με άλλα λόγια ποτέ δεν έχουν αρκετά κεφάλαια για να αποζημιώσουν όλους τους πελάτες τους. Έχουν τα κεφάλαια εκείνα για να ικανοποιήσουν τον συνηθισμένο αριθμό πελατών που εμφανίζεται καθημερινά. Συνεπώς η αύξηση του κινδύνου συνεπάγεται για την ασφαλιστική εταιρεία και την αύξηση των αποζημιώσεων που θα πληρώνει. Οι αποζημιώσεις αυτές όμως δεν υπάρχουν άμεσα διαθέσιμες καθώς ο ασφαλιστικός φορέας συνήθως επενδύει τα κεφάλαια των ασφαλισμένων για να αποκομίσει κέρδος για την ίδια αλλά και για να συγκεντρώσει κεφάλαια που θα τις επιτρέπουν να πληρώνει αποζημιώσεις στο μέλλον.

κατηγορίας και ο ασφαλιστικός φορέας θα αναλάβει πολύ περισσότερο κίνδυνο από αυτόν που επιθυμεί. Το κρίσιμο ερώτημα σε αυτό το σημείο τώρα είναι πώς θα θέσει τις διαφορετικές τιμές ο ασφαλιστικός φορέας. Μία πιθανή λύση είναι να θέσει την τιμή της πλήρους πληροφόρησης για την πρώτη κατηγορία υποψήφιων ασφαλισμένων και να θέσει την τιμή της πλήρους πληροφόρησης για τη δεύτερη κατηγορία αλλά ταυτόχρονα να περιορίσει την ποσότητα της ασφάλισης που η δεύτερη κατηγορία μπορεί να αγοράσει. Με άλλα λόγια, η επικίνδυνη κατηγορία ασφαλισμένων αγοράζει όσο το δυνατόν περισσότερη ασφάλιση μπορεί στην τιμή που αντικατοπτρίζει τον κίνδυνο της για την πρώτη κατηγορία ενώ η δεύτερη κατηγορία αγοράζει λιγότερη ασφάλιση από αυτήν που θα ήθελε να αγοράσει. Στην περίπτωση που η δεύτερη κατηγορία αποφασίσει να μην αγοράσει ασφάλιση τότε οδηγούμαστε στο ίδιο αποτέλεσμα με την περίπτωση της ενιαίας τιμής.

Το γενικό συμπέρασμα σε αυτή την περίπτωση είναι ότι υπό συνθήκες ασύμμετρης πληροφόρησης δεν είναι δυνατόν να υπάρξει μια ενιαία τιμή στην αγορά ενώ με την ύπαρξη δύο διαφορετικών τιμών η κατηγορία με τον υψηλό κίνδυνο ασφαλιζετε πλήρως ενώ η κατηγορία με τον χαμηλό κίνδυνο ασφαλιζεται μόνο μερικώς – σε σχέση με την ασφάλιση που θα αγόραζε υπό συνθήκες πλήρους απασχόλησης.

3 Το Ασφαλιστικό Σύστημα Υγείας και οι Δύο Μορφές της Ασύμμετρης Πληροφόρησης

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

3. 1 Η ασφαλιστική αγορά υγείας και το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου

Ως ηθικό κίνδυνο μέχρι αυτή τη στιγμή ορίσαμε εκείνο το είδος της συμπεριφοράς του ασφαλισμένου που επιβαρύνει τον ασφαλιστικό φορέα αφού ο ασφαλισμένος πλέον δεν επιβαρύνεται με το πλήρες κόστος της ασφάλισης του.

Σύμφωνα με τους Dhaval & Kaestner (2006) μπορούμε να διακρίνουμε δύο μορφές ηθικού κινδύνου στην ασφαλιστική αγορά υγείας.

Συνοπτικά αυτές οι μορφές είναι:

- Ο εκ των προτέρων ηθικός κίνδυνος (ex-ante moral hazard)
- Ο εκ των υστέρων ηθικός κίνδυνος (ex-post moral hazard)

Η περίπτωση του εκ των προτέρων ηθικού κινδύνου η αγορά ασφάλειας υγείας έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να μην παίρνει τα κατάλληλα μέτρα για να προστατέψει την υγεία του ή και ακόμη να ακολουθεί πρακτικές που να οδηγούν στη χειροτέρευση της υγείας του όπως π.χ. το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ κτλ. Σύμφωνα με τους Dhaval & Kaestner (2006) αλλά και τους Cutler & Zeckhauser (2000), Kenkel (2000) και Zweifel & Manning (2000) παρόλο που η σημασία του εκ των προτέρων ηθικού κινδύνου ως θεωρητικού ενδεχομένου είναι αδιαμφισβήτητη στην πράξη οι συνέπειες του είναι πάρα πολύ μικρές.

Κάτι τέτοιο οφείλεται στη διαφορά ανάμεσα στα οικονομικά οφέλη του ατόμου από το συμβόλαιο του με την ασφαλιστική εταιρεία και στη σύγκριση του με την ίδια του τη ζωή. Με άλλα λόγια κάποιος ασφαλισμένος είναι πιθανόν να αποκρύψει κάποια χαρακτηριστικά του ή κάποιες πιθανές παθήσεις του για να εξασφαλίσει κάποια επιπλέον χρήματα (εις βάρος του ασφαλιστικού φορέα). Από την άλλη όμως δε θα βάλλει ποτέ σε κίνδυνο την ίδια του τη ζωή μόνο και μόνο επειδή εξασφάλισε ένα ασφαλιστικό συμβόλαιο υγείας με χαμηλό ασφάλιστρο.

Σημαντικά σε αυτή την περίπτωση είναι τα αποτελέσματα του πειράματος RAND (Rand Health Insurance Experiment (RHIE)). Το συγκεκριμένο πείραμα ασχολήθηκε κυρίως με την μελέτη του κόστους, της χρήσης και των αποτελεσμάτων των υπηρεσιών υγείας για τις ΗΠΑ. Ένα από τα βασικά πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η χρήση τυχαίου δείγματος σε αντίθεση με

προηγούμενες προσπάθειες οι οποίες βασίστηκαν κυρίως σε συγκεκριμένα πληθυσμιακά δείγματα με ορισμένα και γνωστά εκ των προτέρων χαρακτηριστικά.

Το 1971 μια ομάδα από οικονομολόγους και στατιστικούς¹⁵ προσπάθησε να δώσει απάντηση στο ερώτημα αν η δωρεάν ασφάλιση υγείας οδηγεί σε καλύτερη υγεία από ότι τα ασφαλιστικά προγράμματα υγείας στα οποία ο ασθενής πρέπει να πληρώσει μέρος του συνολικού κόστους. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο ερώτημα έχουμε ουσιαστικά μια μελέτη που εξετάζει το αν η δωρεάν ασφάλιση υγείας (κρατική ασφάλιση) είναι προτιμότερη από την ιδιωτική ασφάλιση. Επειδή όμως περιλαμβάνει στο σκεπτικό της την ανάληψη μέρους του κόστους από τον ασφαλισμένο θεωρείται ότι αποτελεί και μια έμμεση μελέτη του προβλήματος του ηθικού κινδύνου. Αυτό συμβαίνει γιατί έμμεσα εξετάζεται το τι θα συμβεί στην περίπτωση όπου ο ασφαλισμένος αναλαμβάνει πλήρως την ασφαλιστική του κάλυψη σε σχέση με το τι θα συμβεί στην περίπτωση που δεν θα αναλάβει το κόστος της ασφαλιστικής του κάλυψης (δωρεάν ασφαλιστική κάλυψη)¹⁶.

Το πρωτότυπο σημείο της συγκεκριμένης μελέτης είναι ή ίδρυση μιας πραγματικής ασφαλιστικής εταιρείας με κεφάλαια που χορηγήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ. Η εταιρεία επέλεξε 5809 άτομα τυχαία και τους ασφάλισε χρησιμοποιώντας ασφαλιστικά προγράμματα που είτε ήταν δωρεάν για τους ασφαλισμένους είτε απαιτούσαν μια συμμετοχή τους κατά 25% ή 50% ή 95% στο κόστος του ασφάλιστρου. Η μέγιστη ετήσια δόση που μπορούσε να πληρώσει κάθε άτομο ήταν 1000€

Η μελέτη διάρκεσε από το 1974 έως το 1982. Το βασικό της αποτέλεσμα ήταν ότι τα άτομα που πλήρωναν υψηλότερη συμμετοχή στο ασφάλιστρο καταλάβαιναν λιγότερες υπηρεσίες υγείας από ότι τα άτομα με τις χαμηλότερες συμμετοχές. Το συγκεκριμένο

¹⁵ Με ποιο διακεκριμένους τον οικονομολόγο J. Newhouse και τον στατιστικό C. Morris.

¹⁶ Υπενθυμίζουμε εδώ ότι σύμφωνα με τους με τους Katz & Rosen (1998) η πιθανότητα εμφάνισης του ηθικού κινδύνου εξαλείφεται όταν και μόνο όταν ο ασφαλισμένος θα αναλάβει το 100% τις ασφάλισης του.

αποτέλεσμα είναι παρόμοιο¹⁷ με τα αποτελέσματα της θεωρητικής ανάλυση που παρουσιάστηκε παραπάνω. Η συμμετοχή στο ασφάλιστρο μειώνει το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου. Μάλιστα η μείωση του κόστους υγείας όσο αυξανόταν το ασφάλιστρο ήταν ομοιόμορφη όσον αφορά τα ήδη υπηρεσιών υγείας. Με άλλα λόγια, τα συγκεκριμένα άτομα δεν περιόρισαν τις δαπάνες σε υπηρεσίες υγείας που δεν χρειάζονταν άμεσα. Η επαλήθευση ενός τέτοιου φαινομένου θα έδειχνε απλά ότι η συγκεκριμένη ομάδα ασφαλισμένων απλά μειώνει τις μη απαραίτητες υπηρεσίες υγείας για να πληρώσει το αυξημένο ασφάλιστρο. Το αποτέλεσμα όμως έδειχνε ότι τα άτομα μειώναν όλες τις δαπάνες υγείας γεγονός που δείχνει ότι το υψηλότερο κόστος ασφάλιστρου έκανε τα άτομα πιο προσεκτικά ως προς την κατάσταση της υγείας τους.

Ένα ακόμη βασικό συμπέρασμα της μελέτης όμως σχετίζεται άμεσα με των εκ των προτέρων ηθικό κίνδυνο. Σύμφωνα με τους Dhaval & Kaestner (2006) η ιδιωτική ασφάλιση υγείας δεν είχε κάποια ουσιαστική επίδραση σε συνήθειες επιβλαβής για την υγεία όπως το κάπνισμα και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Δεν είχε ουσιαστική επίδραση ακόμη και σε συνήθειες που οδηγούν σε καλύτερο επίπεδο υγείας όπως η καθημερινή άσκηση. Παρόμοια αποτελέσματα έδωσαν και εμπειρικές μελέτες από τους Courbage & Coulon (2004) και τους Klick & Stratman (2004).

Πέρα από τον εκ των προτέρων ηθικό κίνδυνο υπάρχει όμως και ο εκ των υστέρων ηθικός κίνδυνος (ex post moral hazard). Σε αυτή την περίπτωση ένας ασφαλισμένος αφού ασθενήσει τείνει να καταναλώνει πολύ περισσότερες υπηρεσίες υγείας από ότι αυτές που χρειάζεται. Χαρακτηριστικό παράδειγμα εδώ είναι οι περιπτώσεις ασφαλισμένων που ενώ θα μπορούσαν να πραγματοποιήσουν μια αναγκαία εγχείρηση σε ένα δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα αποφασίζουν να την

¹⁷ Βέβαια η βασική διαφορά με το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου είναι ότι η ασφάλιση στο θεωρητικό υπόδειγμα προσφερόταν με κόστος στους ασφαλισμένους ενώ στο Πείραμα RAND προσφερόταν εντελώς (!!!) δωρεάν. Κατά την άποψη μας τα αποτελέσματα του Πειράματος είναι απλά πιο έντονα από ότι το πρόβλημα του ηθικού κινδύνου που παρουσιάστηκε παραπάνω.

πραγματοποιήσουν σε ιδιωτικές κλινικές μόνο και μόνο γιατί τα τελευταία προσφέρουν καλύτερες συνθήκες φιλοξενίας. Βέβαια πάντα με την κάλυψη του ασφαλιστικού φορέα¹⁸.

Αυτό το είδος του ηθικού κινδύνου χαρακτηρίζεται ως εκ των υστέρων ηθικός κίνδυνος μόνο και μόνο για να τονιστεί ότι εμφανίζεται μόνο και μόνο όταν το ασφαλιστικό συμβόλαιο θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί. Όταν υπάρχει ανάγκη φροντίδας υγείας για τον ασφαλισμένο (Jacob & Lundin (2001))¹⁹.

3.2 Η ασφαλιστική αγορά και το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής

Σε γενικές γραμμές η εμπειρική έρευνα που σχετίζεται με την έννοια της ασύμμετρης πληροφόρησης είναι περιορισμένη και τα αποτελέσματα της δεν οδηγούν σε ακριβή συμπεράσματα. Ξεκινώντας από τον Phelps (1976) παρατηρούμε ότι δεν βρήκε καμία σχέση μεταξύ της αναμενόμενης ασθένειας των ασφαλισμένων και της επιλογής ασφαλιστικής κάλυψης. Η ύπαρξη σχέσης σε αυτή την περίπτωση θα μεταφραζόταν άμεσα στο ότι τα άτομα επιλέγουν ασφαλιστική κάλυψη με βάση την αναμενόμενη κατάσταση της υγείας τους. Κάτι τέτοιο θα ταίριαζε απόλυτα με την ανάλυση των Rothschild & Stiglitz (1976).

Οι Wolfe & Goddeeris (1991) κατασκεύασαν μια σχέση για την χρήση υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιώντας ένα δείγμα ατόμων με ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών στις ΗΠΑ. Η συγκεκριμένη κατηγορία ατόμων είναι ασφαλισμένη στις ΗΠΑ από το

¹⁸ Άλλο ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα σε αυτό το σημείο είναι η επιλογή από τα νέα ζευγάρια ενός ιδιωτικού μαιευτηρίου και όχι αντίστοιχου δημόσιου μόνο και μόνο για τις επιπλέον ξενοδοχειακές υπηρεσίες που προσφέρει το ιδιωτικό μαιευτήριο. Πάντα βέβαια με την κάλυψη του ασφαλιστικού φορέα.

¹⁹ Σύμφωνα με τους Jacob & Lundin (2001) το συγκεκριμένο πρόβλημα έχει μελετηθεί εκτενώς και εμπειρικά. Δεν κατέστη όμως δυνατή η απευθείας μελέτη των άρθρων των Feldstein (1973) και Feldman & Dowd (1991).

Εθνικό Πρόγραμμα Υγείας Medicare²⁰. Οι Wolfe & Goddeeris (1991) εξέτασαν τις αγορές συμπληρωματικής ασφαλιστικής κάλυψης υγείας από τα άτομα της συγκεκριμένης κατηγορίας. Σύμφωνα με τη θεωρία της αντίθετης επιλογής τα άτομα αυτά θα πρέπει να άνηκαν σε κατηγορίες υψηλού κινδύνου²¹. Τα αποτελέσματα της οικονομετρικής τους ανάλυσης είναι θετικά όσον αφορά την ύπαρξη του προβλήματος της αντίθετης επιλογής αλλά ταυτόχρονα δεν είναι οικονομικά σημαντικά. Με άλλα λόγια, ενώ εντοπίζεται το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής στο δείγμα τελικά αποδεικνύετε ότι η σημασία του δεν είναι μεγάλη.

Οι Marquis & Phelps (1987) εξετάζουν την ύπαρξη του προβλήματος της αντίθετης επιλογής με την οικονομετρική ανάλυση των απαντήσεων που έδωσε ένα δείγμα των ατόμων άνω των 65 ετών στις ΗΠΑ. Το ερωτηματολόγιο βασιζόταν στην ερώτηση αν τα συγκεκριμένα άτομα θα αγόραζαν συμπληρωματική ασφάλιση πέρα από αυτή της Medicare. Με άλλα λόγια η ανάλυση ήταν παρόμοια με την αντίστοιχη των Wolfe & Goddeeris (1991). Παρ' όλο μάλιστα που προηγήθηκε τις τελευταίας εδώ αναφέρετε μετά από αυτή επειδή βασίστηκε σε ερωτηματολόγιο με υποθετική ερώτηση και όχι σε πραγματικά στοιχεία όπως η ανάλυση των Wolfe & Goddeeris (1991), Έτσι και αλλιώς το αποτέλεσμα τους ήταν παρόμοιο. Βρήκαν στοιχεία που υποστηρίζουν την ύπαρξη του προβλήματος της αντίθετης επιλογής.

Αντίστοιχα, ο Browne (1992) εξετάζει την ύπαρξη του προβλήματος της αντίθετης επιλογής συγκρίνοντας ένα δείγμα από την Κρατική Έκθεση για τις Δαπάνες σε Υπηρεσίες Υγείας (National Medical Care Expenditure Survey) των ΗΠΑ για την περίοδο 1977-1978 με ένα δείγμα ατόμων που έχει κάνει ομαδική ασφάλιση υγείας

²⁰ Για περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με το Medicare ο ενδιαφερόμενος αναγνώστης δεν έχει παρά να αναφερθεί στην επίσημη ιστοσελίδα του προγράμματος: www.medicare.gov

²¹ Το δείγμα των Wolfe & Goddeeris (1991) ήταν έτσι κατασκευασμένο ώστε περιελάμβανε στοιχεία που μπορούσαν να οδηγήσουν στο συμπέρασμα αν το άτομο υπό εξέταση ήταν και υψηλού κινδύνου για την ασφαλιστική εταιρεία. Για παράδειγμα, αν το άτομο άνω των 65 ετών αγόραζε ασφάλιση επιπλέον της Medicare και ήταν επιπλέον και καπνιστής τότε προφανώς άνηκε στην κατηγορία υψηλού κινδύνου για την ασφαλιστική εταιρεία.

για την ίδια περίοδο. Σημειώνουμε εδώ ότι για λόγους που θα εξηγηθούν παρακάτω η ομαδική ασφάλιση αποτελεί ένα τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος της αντίθετης επιλογής. Για να υπάρχει το πρόβλημα της αντίθετης πληροφόρησης θα πρέπει το δείγμα από την Έκθεση – που αναμένετε να έχει περισσότερους κινδύνους – να αγοράζει μεγαλύτερη ασφαλιστική κάλυψη. Και σε αυτή την περίπτωση τα αποτελέσματα είναι υπέρ της ύπαρξης της αντίθετης επιλογής.

Τέλος, ποιο πρόσφατα οι Cardon & Hendel (2001) κατασκευάζοντας ένα υπόδειγμα που δείχνει την επίδραση της ασύμμετρης πληροφόρησης και χρησιμοποιώντας ένα δείγμα από την Κρατική Έκθεση για τις Δαπάνες σε Υπηρεσίες Υγείας των ΗΠΑ δεν βρήκαν στοιχεία που να υποστηρίζουν το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής. Όλες οι προηγούμενες μελέτες στηρίχθηκαν σε μικρά κομμάτια του πληθυσμού και όχι σε μια γενική έκθεση> Το βασικό τους συμπέρασμα σχετικά με την ύπαρξη του προβλήματος της αντίθετης επιλογής στην ασφάλιση υγείας²² είναι ότι δεν υπάρχει πρόβλημα ή ότι τουλάχιστον το πρόβλημα δεν είναι οικονομικά σημαντικό²³.

²² Το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής υπάρχει σε άλλες ασφαλιστικές αγορές. Για παράδειγμα, παρόλο που οι Chiappori & Salanie (2000b) δεν βρίσκουν στοιχεία που να υποστηρίζουν το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής στην γαλλική ασφαλιστική αγορά αυτοκινήτου, ο Dahlby (1983) βρίσκει αντίστοιχα στοιχεία για την ανάλογη αγορά στις ΗΠΑ. Ταυτόχρονα, ο Beliveau (1981) βρίσκει στοιχεία που υποστηρίζουν την ύπαρξη του προβλήματος της αντίθετης επιλογής στην αγορά των ασφαλίσεων ζωής.

²³ Ο αναγνώστης που ενδιαφέρετε για περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής στο χώρο της ασφάλισης υγείας μπορεί να αναφερθεί στις επισκοπήσεις της βιβλιογραφίας του προβλήματος της αντίθετης επιλογής των Morrisey (1982) και Pauly (1986).

4. Τρόποι Αντιμετώπισης του Προβλήματος

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

4.1 Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος του ηθικού κινδύνου

Μέχρι στιγμής διαπιστώσαμε ότι εξαιτίας του προβλήματος του ηθικού κινδύνου, η ασφάλιση υγείας μπορεί να οδηγήσει είτε στη μείωση της πρόληψης (ex-ante moral hazard) είτε στην υπερκατανάλωση υπηρεσιών υγείας στην περίπτωση που ο ασφαλισμένος τελικά ασθενήσει (ex-post moral hazard). Το κρίσιμο ερώτημα που προκύπτει εδώ είναι τι μπορούμε να κάνουμε για να αντιμετωπιστούν τα παραπάνω προβλήματα. Δυστυχώς δεν μπορεί να δοθεί μια συνοπτική απάντηση στο συγκεκριμένο πρόβλημα.

Σύμφωνα με τον Cutler (2002) σε κάθε χώρα οι κυβερνήσεις προσπαθούν να επηρεάσουν την διαδικασία και τις μεθόδους ασφάλισης υγείας του πληθυσμού. Αυτό συμβαίνει για πολλούς και διάφορους λόγους. Κάποιοι από αυτούς συνοψίζονται στην αύξηση της ευημερίας, στη βελτίωση της παραγωγικότητας και της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας, στην γενικότερη ανάπτυξη της κοινωνίας²⁴. Το σίγουρο πάντως είναι ότι οποιαδήποτε λύση θα ισορροπεί μεταξύ των πλεονεκτημάτων της ασφάλισης υγείας και των πιθανών κινδύνων που συνεπάγεται η ύπαρξη ηθικού κινδύνου.

Βασικά η χρήση υποχρεωτικών εισφορών και υποχρεωτικών συνεισφορών απλά μειώνει το πρόβλημα και δεν προσφέρει ουσιαστική λύση του. Από την άλλη, η μόνη λύση – η κάλυψη των δαπανών για ασφαλιστική κάλυψη υγείας από τον ίδιο τον εργαζόμενο έρχεται σε αντίφαση με την ίδια την έννοια της ασφάλισης (Shmanske (1996)).

²⁴ Οι Cawley & Simon (2003) και Deaton (2004) παρουσιάζουν τις επιδράσεις που μπορεί να έχει το καλύτερο επίπεδο υγείας όχι μόνο σε επίπεδο μιας χώρας αλλά και σε ένα παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον όπως το σημερινό.

Μια πιθανή λύση θα ήταν το κράτος να προσφέρει ασφάλιση υγείας (π.χ. μέσω των ασφαλιστικών οργανισμών) αλλά στη συνέχεια να προσπαθήσει αν δυσχεράνει την πρόσβαση των καταναλωτών σε αυτές τις υπηρεσίες υγείας (Katz & Rosen (1998), Shmanske (1996)). Σύμφωνα με αυτή την άποψη η δυσχέρεια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας θα αναγκάσει μόνο αυτούς που τις χρειάζονται πραγματικά να τις καταναλώσουν²⁵. Βέβαια, η δυσχέρεια πρόσβαση θα έχει ως αποτέλεσμα να επιβαρυνθούν και αυτοί που έχουν πραγματικά ανάγκη τις υπηρεσίες υγείας. Κάτι τέτοιο δεν είναι δυνατόν να αποτραπεί βεβαίως. Αποτελεί μια αναποτελεσματικότητα που εμφανίζεται εξαιτίας της ασύμμετρης πληροφόρησης.

Τα αποτελέσματα όμως της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας δεν περιορίζονται μόνο στο αρνητικό πεδίο. Μπορεί από την μία πλευρά ο ηθικός κίνδυνος να παραμονεύει από την άλλη όμως ο τρόπος χρηματοδότησης του ασφαλιστικού συστήματος υγείας είναι πιθανόν να οδηγήσει σε θετικά αποτελέσματα μέσω των φόρων (π.χ. τα κεφάλαια που συγκεντρώνονται από τους φόρους έχουν οφέλη τόσο γι' αυτούς που τους πληρώνουν (π.χ. φορολογικά οφέλη) όσο και γι' αυτούς που τα εισπράττουν (π.χ. χρηματοδότηση έρευνας από τα χρήματα που δεν χρειάζονται άμεσα για την κάλυψη ασφαλιστικών αναγκών. Γι' αυτό είναι πιθανόν οι αρνητικές επιδράσεις του προβλήματος του ηθικού κινδύνου να αντισταθμίζονται από τις θετικές επιδράσεις της ασφάλισης υγείας (Cutler (2002)).

4.2 Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος της αντίθετης επιλογής

Οι τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος της αντίθετης επιλογής σε γενικές γραμμές είναι περιορισμένοι. Θα παρουσιάσουμε δύο βασικές μεθόδους αντιμετώπισης του προβλήματος ενώ θα δείξουμε και μια πρακτική της καθημερινής

²⁵ Με άλλα λόγια, οι ουρές στα υποκαταστήματα του ΙΚΑ μπορεί να είναι – μερικώς τουλάχιστον – ηθελημένες αφού θα αναγκάσουν αυτούς που δεν έχουν πραγματικά ανάγκη να εγκαταλείψουν την προσπάθεια.

επιχειρηματικής πρακτικής που φαίνεται ότι μειώνει το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής.

Ο πρώτος τρόπος αφορά τη διαδικασία εκείνη που οδηγεί τα άτομα με την καλύτερη πληροφόρηση να αποκαλύψουν την ομάδα κινδύνου στην οποία βρίσκονται. Η συγκεκριμένη μέθοδος (signaling) βασίζεται στην έρευνα του Spence (1973). Με βάση τη συγκεκριμένη διαδικασία η πλευρά που δεν έχει την κατάλληλη πληροφόρηση υποχρεώνει την πλευρά με την περισσότερη πληροφόρηση να αναλάβει ένα κόστος. Η ανάληψη ή όχι του συγκεκριμένου κόστους από τα μέλη της ομάδας με την περισσότερη πληροφόρηση θα δείξει στην μη πληροφορημένη πλευρά το επίπεδο κινδύνου που είναι διατεθειμένη να αναλάβει κάθε ομάδα.

Για να δούμε τη συγκεκριμένη πρακτική πιο αναλυτικά ας υποθέσουμε ότι έχουμε μια ομάδα υποψήφιων ασφαλισμένων που έχουν διαφορετικό επίπεδο κινδύνου τον οποίο ο ασφαλιστικός φορέας δεν μπορεί να γνωρίζει εκ των προτέρων. Προφανώς αντιμετωπίζει το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής. Μια προσπάθεια αντιμετώπισης του συγκεκριμένου προβλήματος είναι να υποχρεώσει τους υποψήφιους προς ασφάλιση να περάσουν από μια διαδικασία που θα έχει κάποιο κόστος και η οποία θα αποτελεί ένδειξη της κατηγορίας κινδύνου στην οποία ανήκουν. Για παράδειγμα το κόστος αυτό μπορεί να είναι κάποια ιατρική ή παρόμοια εξέταση. Η συγκεκριμένη εξέταση δεν είναι απαραίτητο να δείχνει με απόλυτη βεβαιότητα σε ποια κατηγορία κινδύνου ανήκει ο ασφαλισμένος. Απλά πρέπει να συνεπάγεται ένα έμμεσο κόστος που θα αυξάνεται ανάλογα με την κατηγορία κινδύνου που ανήκει ο υποψήφιος προς ασφάλιση. Με άλλα λόγια, η εξέταση θα πρέπει να είναι αρκετά ακριβή ώστε να αναγκάζει τελικά τους υποψήφιους προς ασφάλιση με υψηλό κίνδυνο να μην το αναλάβουν γιατί τα οφέλη που αναμένετε ότι θα έχουν από την ασφάλιση θα είναι χαμηλότερα από το κόστος της εξέτασης. Η ακρίβεια της εξέτασης δεν ορίζεται μόνο σε χρηματικούς όρους αλλά και σε όρους χρόνου αναμονής κτλ.

Η εργασία των Doherty & Posey (1998) προσδιορίζει ποια είναι η άριστη τιμή για μια διαγνωστική εξέταση (Checkup) που θα επιτρέψει τη λύση ή τουλάχιστον τον περιορισμό του προβλήματος της ασύμμετρης πληροφόρησης. Αντίστοιχα, οι Strohmenger & Wambach (2000) προτείνουν ως λύση του προβλήματος της αντίθετης επιλογής τα γενετικά τεστ.

Η δεύτερη μέθοδος αντιμετώπισης έχει να κάνει με την επιλογή ασφαλιστικών συμβολαίων από πλευράς των υποψήφιων ασφαλισμένων που θα αποκαλύπτουν την κατηγορία στην οποία ανήκουν. Η συγκεκριμένη διαδικασία (screening)

περιγράφηκε παραπάνω στην (μοναδική) ισορροπία του υποδείγματος Rothschild & Stiglitz (1976). Δε θα αναφερθούμε αναλυτικά στη συγκεκριμένη διαδικασία εδώ απλά θα επισημάνουμε πως σύμφωνα με αυτή τη διαδικασία ο ασφαλισμένος υψηλού κινδύνου αγοράζει όση ασφάλιση μπορεί – μπορεί ακόμη και να φτάσει και στο επίπεδο της πλήρους πληροφόρησης – ενώ ο ασφαλισμένος χαμηλού κινδύνου αγοράζει ασφάλιση χαμηλότερη από εκείνη που θα αγόραζε σε συνθήκες πλήρους πληροφόρησης. Επισημαίνουμε επίσης ότι οι τιμές στις οποίες τους προσφέρονται τα συμβόλαια είναι διαφορετικές και από αυτές μπορεί ο ασφαλιστικός φορέας να διακρίνει σε ποια ομάδα κινδύνου ανήκουν οι υποψήφιοι προς ασφάλιση.

Μια άλλη μέθοδος αντιμετώπισης του προβλήματος της αντίθετης επιλογής είναι σύμφωνα με τους Katz & Rosen (1998) είναι τα ομαδικά προγράμματα ασφάλισης. Για παράδειγμα πολλοί εργαζόμενοι ασφαλιζονται από τους εργοδότες τους. Η συγκεκριμένη πρακτική λειτουργεί αναλύεται παρακάτω, Μια τυπική ασφαλιστική εταιρεία προσφέρει στον εργοδότη – επιχείρηση ασφάλιστρα για το σύνολο των εργαζομένων. Τα ασφάλιστρα είναι πολύ χαμηλότερα από τα αντίστοιχα που θα πλήρωνε κάθε ασφαλισμένος αν ασφαλιζόταν από μόνος του. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τη συγκεκριμένη μείωση της τιμής. Κάποιο μέρος από την μείωση του κόστους οφείλετε στο χαμηλότερο κόστος διαχείρισης από την ασφαλιστική εταιρεία αφού αυτή μεταχειρίζεται το ομαδικό συμβόλαιο ως ένα.

Ο βασικός λόγος μείωσης της τιμής όμως οφείλετε στη μείωση της επίδρασης του κινδύνου της αντίθετης επιλογής. Η υποχρεωτική υπαγωγή του συνόλου των εργαζομένων της επιχείρησης δεν επιτρέπει σε αυτούς με χαμηλό κίνδυνο να μην ασφαλιστούν και να αφήσουν μόνο αυτούς με υψηλό κίνδυνο στο ασφαλιστικό πρόγραμμα. Συνεπώς, το πρόβλημα της αντίθετης επιλογής δεν εμφανίζεται²⁶.

²⁶ Υπενθυμίζουμε εδώ ότι στην έρευνα του Browne (1992) που προαναφέρθηκε χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα ομαδικής ασφάλισης επειδή αναμενόταν ότι η εμφάνιση του προβλήματος της αντίθετης επιλογής είναι μικρότερη από ένα δείγμα που προέρχεται από το γενικό πληθυσμό.

Συμπεράσματα

Μετά την συνοπτική παρουσίαση του ασφαλιστικού συστήματος καθώς και των προβλημάτων που προκαλεί σε αυτό η ασύμμετρη πληροφόρηση μπορούμε να επικεντρώσουμε την προσοχή μας στα βασικά συμπεράσματα της μελέτης. Το πρώτο από αυτά είναι ότι τόσο ο ηθικός κίνδυνος όσο και η αντίθετη επιλογή είναι δύο προβλήματα που δεν έχουν άμεση λύση. Αυτό συμβαίνει γιατί τα αίτια τους βρίσκονται στη συμπεριφορά του υποψήφιου προς ασφάλιση. Η τελευταία μπορεί να αλλάξει μόνο αν αυτός επιβαρυνθεί με το συνολικό κόστος της ασφάλισης του. Κάτι τέτοιο όμως δε θα μπορούσε να συμβεί αφού θα ερχόταν σε πλήρη αντίθεση με την έννοια της ασφάλισης. Η χρήση του ασφαλιστικού συμβολαίου για τη μείωση των προβλημάτων που προκαλεί η ασύμμετρη πληροφόρηση – μέσω της συμμετοχής του ασφαλισμένου στο κόστος της ασφάλισης του – αποτελεί μόνο μια μερική λύση στο πρόβλημα της ασύμμετρης πληροφόρησης.

Το δεύτερο βασικό συμπέρασμα σχετίζεται με τις δύο μορφές του ηθικού κινδύνου. Η σημασία του εκ των προτέρων ηθικού κινδύνου συνήθως θεωρείτε περιθωριακή. Αυτό οφείλεται στο ότι η χρησιμότητα που χάνουν τα άτομα που παραμελούν την υγεία τους αφού υπογράψουν το ασφαλιστήριο υγείας είναι τεράστια. Στην ουσία ανταλλάσσουν χρήματα με την ίδια τους τη ζωή. Σε όσες περιπτώσεις παρατηρείται κάτι τέτοιο αυτό οφείλεται σε συνήθειες που δεν έχουν να κάνουν με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο και τον ηθικό κίνδυνο αλλά με γενικότερα προβλήματα όπως π.χ. το κάπνισμα και η παχυσαρκία.

Τέλος δεν πρέπει αν παραβλέπεται η σημασία του προβλήματος της αντίθετης επιλογής. Η παρουσία ατόμων με διαφορετικά επίπεδα υγείας σε μια αγορά μπορεί να οδηγήσει τον ασφαλιστικό φορέα σε μη είσοδο στην αγορά. Κάτι τέτοιο έχει σημαντικές επιπτώσεις για το σύνολο των ασφαλισμένων και όχι μόνο για αυτούς με τα σοβαρά προβλήματα υγείας.

Βιβλιογραφία

- **Akerlof, G. A., (1970), The Market for “Lemons”: Qualitative Uncertainty and the Market Mechanism, Quarterly Journal of Economics, Vol. 84, pp. 488-500**
- **Arrow, J. K., (1963), Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, American Economic Review, 53, pp. 941-973**
- **Beliveau, B., (1981), Two Aspects of Market Signaling. Ph.D Thesis, Yale University**
- **Browne, J. M., (1992), Evidence of Adverse Selection in the Individual Health Insurance Market, The Journal of Risk and Insurance, Vol. 59, No. 1, pp.13-33**
- **Cutler, M.D., (2002), Health Care and the Public Sector, National Bureau of Economic Research, Working Paper 8802, Cambridge MA**
- **Cutler, D. M. and R. J. Zeckhauser, (2000), “The Anatomy of Health Insurance” In:A. Culyer and J. Newhouse, eds., Handbook of Health Economics, Volume 1A(Amsterdam: Elsevier)**
- **Cardon, H. J., Hendel, I., (2001), Asymmetric Information in Health Insurance: Evidence from the National Medical Expenditure Survey, The RAND Journal of Economics, 32, 3, pp. 408-427**
- **Chiappori, P. A., Salanie, B., (2000b), Testing for Assymmetric Information in Insurance Markets, Journal of Political Economy, Vol.108, pp. 56-78**
- **Courbage, C. and A. Coulon. 2004. “Prevention and Private Health Insurance in the U.K”. Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practise, 29(4): 719-727.**

- Crocker, K. J., Snow, A., (1986), *The Journal of Political Economy*, Vol. 94, No. 2, pp. 321-344.
- Deaton, A., (2004), *Health in an Age of Globalization*, National Bureau of Economic Research, Working Paper 10669, Cambridge MA
- Dhaval, D., Kastner, R., (2006), *Health Insurance and ex ante Moral Hazard: Evidence from Medicare*, National Bureau of Economic Research, Working Paper 12764, Cambridge MA
- Docteur, E. and H. Oxley (2003), "Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience", *OECD Health, Working Papers*, No. 9, OECD Publishing.
- Doherty, A. N., Posey, L. L., (1998), *On the Value of a Check up: Adverse Selection, Moral Hazard and the Value of Information*, *The Journal of Risk and Insurance*, 65, 2, pp. 189-211
- Gladwell, M., (2005), *The Moral Hazard Myth – The bad idea behind our failed health-care system*, *The New Yorker*
- Katz, L. M., Rosen, S. H. (1998), *Microeconomics*, (3rd Ed.), McGraw-Hill, pp.553-593
- Kenkel, D. S. 2000. "Prevention", in A. J. Culyer and J. P. Newhouse, (eds.) *Handbook of Health Economics*, North Holland.
- Klick, J. and T. Stratmann. 2004. "Diabetes Treatments and Moral Hazard" . FSU College of Law, Law and Economics Paper No. 05-21 Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=766825>.
- Marquis, M. S., Phelps, C. E., (1987), *Price Elasticity and Adverse Selection in the Demand for Supplementary Health Insurance*, *Economic Inquiry*, 25, pp. 299-313
- Morrissey, M., (1992), *Price Sensitivity in Health Care: Implications of Health Care Policy*, Washington, DC: The National Federation Of Independent Business Foundation
- *OECD Health Data 2006*, OECD, June2006
- *OECD Health Data 2000*, OECD, June2000
- Pauly, M. V., (1986), *Taxation, Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy*, *Journal of Economic Literature*, 24, pp.629-675

- Phelps, C., (1976), **The Demand for Reimbursement Insurance**, In R.N. Rossett, ed., **The Role of Health Insurance in Health Services Sector**. National Bureau of Economic Research (NBER), New York
- Rothschild, M., Stiglitz, J. E., (1976), **Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information**, *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 90, pp. 630-639
- Shmanske, S., (1996), **Information Asymmetries in Health Services: The Market Can Cope**, *The Independent Review*, I, 2, pp. 191-200
- Spence, A. M., (1973), **Job Market Signaling**, *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 87, pp. 355-374
- Strolmenger, R., Wambach, A., (2000), **Adverse Selection and Categorical Discrimination in the Health Insurance Markets: The Effects of Genetic Tests**, *Journal of Health Economics*, Vol.19, pp. 197-218
- Wolfe, J. R., Goddeeris, J. H., (1991), **Adverse Selection, Moral Hazard and Wealth Effects in the Medigap Insurance Market**, *Journal of Health Economics*, 10, pp. 433-459
- Zweifel, P. and G. Manning. 2000. **“Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care.”** In A. J. Culyer and J. P. Newhouse, (eds.) **Handbook of Health Economics**, North-Holland.