

núm. **41**

juliol 2016

**Per què la gent
adquireix una
assegurança de
salut privada quan
existeix una opció
pública?**

Pau Olivella



CREI 

Centre de Recerca
en Economia Internacional

El Centre de Recerca en Economia Internacional (CREI) és una institució de recerca constituïda com a consorci integrat per la Universitat Pompeu Fabra i la Generalitat de Catalunya. La seva seu és al campus de la Universitat Pompeu Fabra, a Barcelona.

L'objectiu del CREI és promoure la recerca en economia internacional i macroeconomia amb els estàndards acadèmics més alts.

Els Opuscles del Crei volen ser els instruments de difusió de la recerca del CREI en l'àmbit no acadèmic. Cada *Opuscle* recull, per a un públic general, les conclusions i observacions de treballs publicats, o en vies de publicació, a les revistes especialitzades. En el respecte a la llibertat intel·lectual, es fa constar que les opinions expressades en *Els Opuscles del CREI* són responsabilitat dels seus autors.

Versions en pdf d'aquest i tots els altres *Opuscles del CREI* es poden descarregar de:
www.crei.cat/opuscles.php

Consell editorial

Antonio Ciccone (editor)
Jordi Galí
Teresa Garcia-Milà
Jaume Ventura

Editat per: CREI
Universitat Pompeu Fabra
Ramon Trias Fargas, 25-27 08005 Barcelona
Tel. 93 542 28 26

© CREI, 2016
© d'aquesta edició: Pau Olivella

Traducció de l'anglès: Adrià Morron Salmeron
Disseny: Fons Gràfic
Impressió: Masanas Gràfiques
ISSN: 1137 - 7828
Dipòsit legal: DL B 17197-2016

Per què la gent adquireix una assegurança de salut privada quan existeix una opció pública?

Pau Olivella

1. Introducció

L'única certesa sobre la nostra salut futura és que és incerta. Per tant, no ens ha de sorprendre que existeixin mecanismes d'assegurança a la majoria d'economies desenvolupades. Ara bé, al món podem trobar una gran varietat de sistemes d'assegurança. Podem trobar institucions, règims reguladors i estructures de mercat molt diverses, fins i tot a països amb cultures i condicions econòmiques semblants. El denominador comú a tot arreu és garantir un mínim grau d'atenció sanitària a la població en general.

En un extrem, tenim l'anomenat sistema nacional de salut pur (SNS pur, en endavant), un terme que prové del Regne Unit però que, de fet, només es troba a Dinamarca, Noruega i Suècia.¹ En aquest sistema hi ha un únic proveïdor d'assistència sanitària² que es finança pràcticament en exclusiva a través de la recaptació impositiva. (Les despeses per compte propi per comprar la majoria de medicaments en són una excepció freqüent.) Així, s'implementa un accés igualitari a un gran ventall de serveis d'atenció sanitària per a tota la

població. A l'altre extrem, tenim el sistema d'assegurança mèdica privada pur (AMP pura, en endavant), en el qual cada individu escull entre els diversos plans sanitaris que ofereixen les asseguradores privades, el preu dels quals normalment s'anomena "prima". Les asseguradores privades competeixen per atraure clients oferint un menú més ampli de serveis i/o demanant una prima més baixa que els competidors. Aquest és el sistema que trobem als EUA, excepte per als més grans de 65 anys o per als que tenen una renda inferior a un llindar determinat. També és el sistema que trobem a Suïssa.

Entre aquests dos extrems, trobem els anomenats "sistemes d'assegurança nacional" o "d'assegurança mèdica obligatòria" (*statutory health insurance*), en els quals els individus escullen el pla sanitari que prefereixen però, en comptes de pagar-lo ells directament, contribueixen a un fons comú que es fa servir per pagar una prima a les asseguradores per cada un dels seus clients. Normalment, la contribució de cada individu només depèn dels seus ingressos, com succeeix amb l'impost sobre la renda. El pagament que l'asseguradora rep del fons comú s'anomena "prima capitativa". Aquest sistema el trobem a Holanda, als EUA per als individus més grans de 65 anys i a Espanya per als treballadors públics que han renunciat a l'SNS.

Aquesta classificació és molt simple i només es basa en les respostes a dues preguntes: (1) Poden els individus escollir el seu pla de salut? (2) Pugen els individus *directament* a l'asseguradora el seu pla de salut? En un SNS pur, la resposta a les dues qüestions és negativa, mentre que en un sistema d'AMP pur la resposta és positiva en ambdós casos. En el sistema d'assegurança mèdica obligatòria, la resposta a la primera pregunta és positiva i negativa a la segona. A l'apartat 9 repassarem molt breument aquest sistema mixt.³

Els dos sistemes extrems que hem descrit tenen els seus avantatges i inconvenients. Podem trobar una discussió general d'aquests avantatges i inconvenients del sistema d'AMP pur a Simon (2014). Aquí ens centrarem en aquells sistemes on l'AMP coexisteix amb un SNS. Ens centrarem en les implicacions de cada sistema sobre l'equitat vertical i l'equitat horitzontal quant a l'accés a l'assistència sanitària. També ens referirem a la viabilitat financera de l'SNS. L'equitat vertical fa referència a la igualtat d'accés als serveis d'assistència sanitària per a individus que hi contribueixen de la mateixa manera però que tenen necessitats sanitàries diferents. Implica l'existència de subsidis creuats, de manera que les persones amb un alt risc sanitari contribueixen menys al sistema que el seu cost futur esperat, mentre que per als individus amb un baix risc sanitari passa justament l'inrevés. L'equitat horitzontal és un concepte menys restrictiu. Fa referència a la igualtat d'accés als serveis sanitaris per a persones que hi contribueixen de la mateixa manera i que tenen les mateixes necessitats sanitàries. És evident que un SNS pur implementa els dos tipus d'equitat, mentre que l'equitat (si més no la vertical) es pot veure compromesa en països on una AMP coexisteix amb l'SNS. Per altra banda, la viabilitat financera de l'SNS queda en entredit quan l'AMP atrau els individus amb un menor cost d'assistència sanitària.

Al proper apartat, compararem els sistemes SNS pur i AMP pur. A l'apartat 3, descriurem tres maneres diferents de combinar l'SNS i l'AMP, on l'AMP pot ser substitutiu, duplicatiu o suplementari. Als apartats 4 i 5, repassarem els resultats teòrics de la literatura sobre els sistemes substitutiu i duplicatiu. A l'apartat 6, veurem les dificultats que existeixen per contrastar empíricament aquestes prediccions teòriques. Als apartats 7 i 8, repassarem tres estudis empírics: dos per al sistema duplicatiu (Regne Unit i Austràlia) i un per al sistema substitutiu (Alemanya). També discutirem si els resultats empírics

són compatibles amb les prediccions de la teoria. A l'apartat 9, examinarem breument el sistema d'assegurança mèdica obligatòria. Finalment, presentarem les conclusions a l'apartat 10.

2. El sistema nacional de salut pur vs. el sistema d'assegurança mèdica privada pur

Abans de comparar aquests dos sistemes, cal distingir dos casos: un en el qual els individus tenen informació privilegiada sobre els seus costos sanitaris futurs esperats (direm que “la informació és asimètrica”) i un altre en el qual els assegurats i els asseguradors tenen la mateixa informació (direm que “la informació és simètrica”).

2.1 Inconvenients d'un sistema d'AMP pur quan la informació és simètrica

El primer inconvenient d'un sistema d'AMP pur quan la informació és simètrica és que els individus amb pitjor salut poden acabar pagant una prima més alta per la mateixa assegurança. Per exemple, les asseguradores ofereixen a la gent gran els mateixos beneficis que als joves només si paguen una prima més alta. El mateix es pot dir si dos individus de la mateixa edat gaudeixen d'un estat de salut diferent per raons de les quals no són responsables i per això acaben pagant primes diferents. D'una manera més general, donat que la prima de l'assegurança depèn de l'estat de salut, els individus que estiguin classificats com a “pocs sans” s'enfrontaran a una prima més alta.

Un altre inconvenient d'un sistema d'AMP pur és que, donat que els individus escullen el seu pla d'assegurança, les persones amb un poder adquisitiu més baix compren assegurances que, encara que són barates, no són suficients per garantir un

tractament adequat per a determinades situacions mèdiques.

2.1.1 La regulació del sector de l'AMP

Per aquestes raons, les autoritats sanitàries regulen el mercat de l'AMP de dues maneres. Una és imposant l'anomenada “prima poblacional uniforme” (*community rating*), per la qual les asseguradores tenen prohibit establir la prima de cada persona segons determinades variables personals com l'edat, el sexe o les despeses sanitàries anteriors. Aquesta política esdevé més restrictiva com més variables s'exclouen en la determinació de les primes. Per exemple, a Austràlia les asseguradores estan obligades a fixar la mateixa prima per a tots els individus.

2.1.2 Esquivant la regulació de prima poblacional uniforme

Si la legislació no permet ajustar segons el risc (o usant variables que hi estiguin correlacionades), l'AMP pot esquivar aquesta legislació triant de manera estratègica la cobertura dels plans d'assegurances. Per exemple, les asseguradores poden oferir la mateixa prima a tothom però, alhora, restringir l'accés a alguns tractaments mitjançant les llistes d'espera i el copagament, denegant tractaments per patologies anteriors a la contractació de l'assegurança o exclouent alguns tractaments específics. Aquestes estratègies reduiran, o fins i tot eliminaran, la demanda d'assegurança per part dels individus amb més risc. Per aquest motiu, les autoritats sanitàries sovint també regulen la cobertura dels plans d'assegurances. Per exemple, es pot requerir que els contractes d'assegurança cobreixin una llista de tractaments prèviament especificada. Per exemple, abans que s'establís la reforma sanitària anomenada popularment “Obamacare” als Estats Units (oficialment la *Patient Protection and Affordable Care Act* de 2010), la majoria d'estats

dels EUA ja imposaven aquesta mena de requeriments legals a les assegurances sanitàries personals i adreçades a petits col·lectius. En general, ens referirem a aquest tipus de polítiques com a “legislació de cobertura mínima” (McFadden, Noton i Olivella, 2015).

Si combinem la regulació de prima poblacional uniforme i la legislació de cobertura mínima, tindrem persones que pagaran una prima que no cobreix el cost futur esperat dels tractaments que poden necessitar, com per exemple la gent gran. Això pot induir les asseguradores a mirar d'evitar aquests individus, un comportament que es coneix com a “selecció del risc a partir de variables observables”. Si les primes i la cobertura estan regulades, les asseguradores buscaran altres maneres d'evitar aquests individus. S'han documentat diversos mètodes de selecció del risc (Doiron, Jones i Savage, 2012). Per exemple, les asseguradores privades poden dirigir les ofertes a la gent jove. Una manera més subtil (i, per tant, més difícil de regular) d'evitar els individus amb risc de salut més alt és reduir la qualitat o l'accés als serveis que aquests individus solen demandar. Aquesta estratègia s'anomena “selecció a nivell de servei” (*service-level selection*, Ellis i McGuire, 2007).

Aquesta selecció a nivell de servei es pot implementar sense la necessitat d'ajustar la cobertura segons les característiques observables dels individus. Per exemple, sabent que la gent gran o les dones en edat fèrtil són més susceptibles de necessitar uns determinats serveis, les asseguradores poden distorsionar-ne la seva qualitat o accés. Aquestes estratègies de selecció del risc per part de les asseguradores són difícils de regular, perquè la qualitat i les condicions d'accés reals a un determinat servei són difícils de mesurar pel regulador.

2.2 Inconvenients d'un sistema d'AMP pur quan la informació és asimètrica

Comencem amb un exemple. Tenim dos homes de 35 anys, l'Hugo i en Lluís, que no han usat cap servei d'atenció sanitària en els darrers tres anys. Ara bé, és probable que l'Hugo (per algun motiu) necessiti algun servei d'assistència sanitària en els propers tres anys i ell n'és conscient. En canvi, al Lluís probablement no li caldrà i també ho sap. Suposem que les asseguradores no poden identificar quin dels dos té una probabilitat més alta de requerir assistència sanitària. Ara bé, les asseguradores tenen permís per oferir *el mateix* “menú de contractes” a l'Hugo i en Lluís. Aquest menú conté un “contracte de bronze”, que és barat però amb unes prestacions no gaire generoses, i un “contracte de platí”, que és car però generós. Si l'asseguradora dissenya el menú correctament, serà capaç de destriar els dos individus, és a dir, l'Hugo escollirà el contracte de platí i en Lluís el de bronze (també es diu que l'Hugo i en Lluís “s'autoseleccionaran” en escollir el contracte que els sembli més adequat). Resulta que l'existència d'aquests menús capaços de destriar entre individus és l'única predicció possible en un mercat d'AMP no regulat quan la informació és asimètrica (Rothschild i Stiglitz, 1976).⁴ Això és veritat per a qualsevol mercat d'assegurances: automòbils, incendis, rendes vitalícies, etc. També és veritat que l'existència d'aquest menú de contractes comporta un cert grau de distribució ineficient del risc: en Lluís estaria disposat a pagar una cobertura més generosa però no li és permès. La raó és que un petit augment de la cobertura i de la prima faria que el nou menú perdés la seva capacitat de destriar.⁵ Convé notar que l'existència d'un menú de contractes que destria els individus n'impedeix l'equitat vertical.

Per acabar, l'autoselecció d'alguns individus entre els diversos contractes s'anomena “selecció basada en factors no observables.” Per exemple,

si una asseguradora s'especialitza a oferir el contracte de bronze, aquesta autoselecció fa que l'asseguradora atregui una selecció favorable de la població.

2.3 Inconvenients d'un SNS pur

Analitzarem ara els inconvenients que presenta un SNS pur, en el qual tots els ciutadans gaudeixen d'un accés semblant al mateix conjunt de serveis d'atenció sanitària. Òbviament, la manca d'equitat deixa de ser un problema. Tanmateix, el sistema es pot caracteritzar per una anomenada “manca de flexibilitat”. Els individus poden tenir preferències diferents sobre la salut i voler escollir uns plans d'atenció sanitària i no uns altres, en comptes d'haver de gaudir del mateix conjunt de serveis per a tothom. Per exemple, algunes persones poden estar disposades a esperar més a canvi d'accedir a un tractament de millor qualitat.

Un altre element sovint associat als sistemes SNS és que els incentius per contenir els costos poden ser més febles que en els sistemes purament privats. Ara bé, això està més relacionat amb els costos i beneficis de la provisió *final* d'atenció sanitària que amb una distribució eficient del risc. En qualsevol cas, si una asseguradora privada signa un contracte per a l'atenció sanitària amb un hospital i aquest contracte és semblant al contracte que l'hospital ha signat amb l'SNS, el problema d'incentius per contenir els costos hauria de ser el mateix en ambdós casos. Una qüestió diferent és si l'SNS tendeix a subcontractar hospitals públics mentre que les asseguradores privades tendeixen a subcontractar hospitals privats. Per saber si aquest és el cas o no l'és, cal mirar les dades. De la mateixa manera, la pregunta de si els hospitals públics i privats es gestionen de maneres diferents també és una qüestió empírica. Intentar respondre aquestes preguntes ens faria desviar molt de l'objectiu d'aquest opuscle.

Cal remarcar que no hem distingit aquí entre els casos d'informació simètrica i asimètrica. Això és perquè un SNS pur comporta uns beneficis uniformes i una contribució obligatòria. És per tant irrellevant si l'autoritat sanitària té o no té informació sobre la vertadera tendència de cada individu a utilitzar l'atenció sanitària: aquesta informació senzillament no es fa servir.

3. Combinar l'SNS amb un sector d'assegurances privat

Hem vist que tant un SNS pur com un sistema d'AMP pur (fins i tot si es regula) tenen conseqüències no desitjables. Per tant, podria no ser una mala idea combinar ambdós sistemes.⁶ És a dir, pot ser recomanable de fer que l'SNS proporcioni l'atenció sanitària bàsica a la població en general, la qual cosa assegura un mínim grau d'equitat, i que el sector d'assegurances privades hi coexisteixi per tal de garantir un cert grau de flexibilitat.

Hi ha, com a mínim, tres maneres de fer-ho. La primera és exigir que el sistema d'AMP ofereixi el mateix conjunt de serveis que l'SNS i, alhora, fer que els individus paguin la totalitat dels impostos que els hi corresponen (una part dels quals es dedica a finançar l'SNS). Aquest és l'actual sistema a Espanya, Regne Unit i Austràlia, per exemple. Per ser coherents amb la literatura, ens referirem a aquest sistema com al “sistema d'AMP duplicatiu”. Els individus que decideixen contractar una AMP estan, de facto, doblement assegurats amb el mateix conjunt de serveis: mantenen l'accés als serveis de l'SNS, tot i que han contractat una AMP. Explicarem els possibles motius d'aquesta decisió a l'apartat 5.

Una segona alternativa és fer que les asseguradores privades ofereixin el mateix conjunt de

serveis que l'SNS, però permetre que els individus que decideixen contractar una AMP deixin de contribuir a l'SNS i en puguin sortir. Aquest és l'actual sistema a Alemanya i Xile, per exemple.⁷ Ens referirem a aquest sistema com al “sistema d'AMP amb autoexclusió” (també anomenat “AMP substitutiu”).⁸

La tercera possibilitat és que el sistema d'AMP cobreixi (i) els serveis que no proveeix el sector públic o (ii) els copagaments que exigeix el sector públic, com a França. Com a exemples del primer cas, tenim alguns tipus d'assistència dental o tractaments estètics, rehabilitacions o la possibilitat de gaudir de més comoditats (per exemple, tenir una habitació individual). Aquestes assegurances normalment s'anomenen “AMP suplementàries” i no les estudiarem en aquest opuscle.

Quan coexisteixen els sistemes d'AMP i SNS, la principal qüestió és qui decideix contractar l'AMP. Com hem dit a la introducció, això ens interessa per dos motius: l'equitat i el cost financer de l'SNS. Començarem per analitzar aquestes qüestions al sistema d'AMP amb autoexclusió, on són més punyents.

4. La teoria dels sistemes substitutius (o amb la possibilitat d'autoexclusió)

Com hem fet als anteriors apartats, distingirem entre els casos d'informació simètrica i asimètrica. Una característica important del sistema d'AMP substitutiu és que els individus que es queden a l'SNS seran els únics que hi contribuiran. A més a més, dins de l'SNS, els individus hi contribueixen segons la seva renda i no segons els costos futurs de la seva atenció sanitària. Per tant, existeix un grau de subsidiació creuada més elevat dins de

l'SNS que dins de l'AMP. D'aquesta manera, les persones amb riscos alts i que decideixen quedar-se dins del sistema hi contribueixen menys que els seus costos futurs esperats.

4.1 Informació simètrica i fixació de primes lliure

Suposem que les asseguradores privades poden fixar les primes segons un ampli conjunt de característiques personals observables. Si un individu té unes característiques que li comporten una prima baixa, s'enfronta a dues opcions: (i) una cobertura generosa i barata en el sistema privat o (ii) contribuir a l'SNS on les persones amb poc risc paguen un subsidi a les que tenen més risc. És bastant obvi que aquesta persona escollirà autoexcloure's de l'SNS. Per tant, la nostra predicció és que el sistema d'AMP rebrà una selecció favorable d'individus.

4.2 Informació asimètrica i fixació de primes lliure

Tornem a l'exemple de l'Hugo i en Lluís. Cal recordar que la prima no pot dependre de la seva propensió a fer servir l'atenció sanitària perquè aquesta propensió no es pot observar. Per tant, les asseguradores privades hauran d'oferir un menú de contractes per destriar els individus. Ara en Lluís té tres (en comptes de dues) alternatives: (i) acceptar un contracte de platí generós però car al sector privat, (ii) acceptar un contracte de bronze menys generós però més barat també al sector privat o (iii) no comprar cap assegurança privada (i acontentar-se amb els serveis que ofereix l'SNS). Donat que és poc probable que necessiti atenció sanitària, el Lluís descartarà la primera opció. Ara bé, la decisió entre la segona i la tercera opció no és trivial. D'una banda, en ambdós casos ha de fer un pagament *ex ante*: una contribució segons la seva renda, a la tercera opció, i una prima, a la

segona. D'altra banda, les dues alternatives comporten beneficis semblants. És difícil predir quina opció escollirà en Lluís. Considerem ara el cas de l'Hugo, que té les mateixes tres alternatives. Descartarà la segona opció ja que el menú de contractes està dissenyat per evitar que agafi el contracte de bronze. Per tant, només comparà la més cara i més generosa cobertura de l'AMP (el contracte de platí de la primera opció) amb la cobertura menys generosa (però subsidiada) de l'SNS. De nou, es fa difícil de dir quina és la seva millor opció. Per tant, la teoria ara no ens ofereix una predicció clara. A l'apartat 5, veurem com aquestes dificultats de la teoria desapareixen en un sistema AMP duplicatiu.

Hi ha altres obstacles a l'hora de predir les decisions en aquest marc. En primer lloc, la disminució òptima en la cobertura i la prima en el contracte de bronze (per tal d'evitar atraure els individus amb risc elevat) depèn en quina mesura difereix el risc entre els individus. Com veurem més endavant, sovint és difícil estimar el risc vertader. En segon lloc, la presència de poder de mercat al sector de les assegurances privades també pot ser important: com menys competitiu sigui el sector, més grans seran els subsidis creuats que comportarà la prima del sector d'AMP (Jack, 2006; Olivella i Vera-Hernández, 2007).

Totes aquestes dificultats es poden superar parcialment amb l'ús de dades, una discussió que abordarem a l'apartat 6.

4.3 La regulació de prima poblacional uniforme en sistemes d'autoexclusió

Resulta que no hi ha estudis teòrics sobre l'impacte de la regulació de prima poblacional uniforme en els sistemes d'autoexclusió, tot i que també és veritat que aquest esquema no existeix al món real. Tots els països que permeten l'autoexclusió de

l'SNS també permeten que les asseguradores privades escullin lliurement la seva política de preus. El motiu pot ser que mantenir una prima poblacional uniforme en un sector d'AMP substituiria senzillament reproduiria els subsidis creuats que ja es produeixen en el si de l'SNS. Un altre motiu podria ser que la regulació de prima poblacional uniforme al sector privat generaria forts incentius per a una selecció del risc perjudicial per a l'SNS. Si aquesta selecció es limités per llei, les asseguradores continuarien intentant evitar les persones malaltes mitjançant plans d'assegurança amb una oferta de prestacions molt limitada. En aquest cas, la flexibilitat de l'AMP quedaria molt restringida.

5. La teoria dels sistemes duplicatius

La primera pregunta que cal fer és per què algú que ja ha contribuït a finançar l'SNS voldria tornar a pagar pels mateixos serveis però ara proveïts per l'AMP. Hi ha diverses raons possibles, però la més evident és que la persona creu que els serveis proporcionats per l'AMP (o, si més no, alguns d'ells) són de millor qualitat que els de l'SNS. Cal entendre el terme "qualitat" en el seu sentit més ampli. La qualitat pot incloure, per exemple, menys temps d'espera (Jofre-Bonet, 2000) o accés directe a un especialista (és a dir, sense la necessitat de passar abans pel centre d'assistència primària). Altres aspectes de la qualitat, real o percebuda, són disposar de millors serveis hotelers als hospitals de l'AMP (habitacions individuals, o que un familiar es pugui quedar a dormir, etc.). En alguns casos, els individus poden considerar que el tractament proporcionat per l'AMP és de millor qualitat *clínica*.⁹ Donat que els individus han de contribuir al finançament de l'SNS independentment de si el fan servir o no, l'única raó per contractar una AMP és per obtenir millor qualitat en alguna dimensió,

un accés més ràpid o millors serveis auxiliars. Cal observar que si la qualitat de la cobertura fos igual o millor a l'SNS en totes les dimensions, aleshores el sector privat esdevindria inviable. La mera existència d'un sector privat actiu ofereix evidència directa que la cobertura del sector públic ha de ser (com a mínim per a alguns individus) d'inferior qualitat. Sobre qui són els individus que contracten l'AMP, Olivella i Vera-Hernández (2013) ens mostren que la resposta depèn de si la informació és simètrica o asimètrica.

5.1 Informació simètrica i fixació de primes lliure

Si la informació és simètrica i l'avaluació és lliure, els individus amb una menor tendència a usar els serveis d'atenció sanitària rebran una cobertura generosa i pagaran una prima menor al sector AMP. La raó és que les asseguradores no necessiten oferir un menú de contractes per destriar els seus clients. Per tant, aquests individus són els que contractaran l'AMP, a causa de la menor qualitat dels serveis proporcionats per l'SNS. De nou, cal recordar que la "qualitat" no s'ha d'entendre només com a qualitat mèdica, sinó que inclou molts altres aspectes, com l'absència de temps d'espera o millors serveis hotelers en cas d'hospitalització. Així, hauríem d'observar que l'AMP obté una selecció favorable d'individus.

5.2 Informació asimètrica i fixació de primes lliure

Quan la informació és asimètrica, els individus tenen informació privilegiada sobre la probabilitat que necessitin (o demandin) atenció sanitària. Donat que les asseguradores privades no disposen d'aquesta informació, es veuen obligades a destriar els clients amb un menú de contractes. De nou, l'Hugo i en Lluís tenen tres opcions: (i) acceptar un contracte de platí al sector privat, generós però

car, (ii) acceptar un contracte de bronze al sector privat, no tan generós però més barat, o (iii) no tenir assegurança privada i utilitzar l'accés gratuït a l'SNS, ja que és obligatori contribuir a l'SNS. Donat que sabem que el sector privat és actiu, cal que o bé en Lluís o bé l'Hugo hagin contractat l'AMP. Donades les seves respectives propensions a usar els serveis d'atenció sanitària, ha de ser l'Hugo qui adquireixi l'AMP duplicatiu. Per tant, la teoria ens dóna una predicció clara: l'AMP rep una selecció adversa d'individus quan la informació és asimètrica. És interessant que aquesta és exactament la predicció contrària a la que teníem quan la informació era simètrica.

5.3 La regulació de prima poblacional uniforme en un sistema d'AMP duplicatiu

A Austràlia, l'atenció sanitària es proporciona a través d'un SNS que coexisteix amb un sistema d'AMP duplicatiu. A més a més, la fixació de preus segons el risc al sector d'AMP està severament restringida. Això implica que tant la selecció basada en factors observables com la selecció basada en factors no observables només es poden implementar oferint prestacions sanitàries diferents. Si també es prohibeix la diferència en les prestacions, per exemple a través d'una legislació de cobertura mínima i amb forta supervisió de la qualitat i l'accés a tots els serveis, pot resultar sorprenent que existeixi un sector AMP viable. Els subsidis creuats ja es produeixen a l'SNS i, a més a més, els individus contribueixen a finançar-lo independentment de si contracten una AMP o no.

Com hem argumentat abans, la mera existència d'un sector AMP actiu implica directament que la qualitat i l'accés a l'AMP ha de ser superior. Per aquest motiu, la prima de l'AMP hauria de ser bastant elevada. Així, la predicció és que només els individus amb el pitjor estat de salut contractaran una AMP. Això és precisament el que troben

Doiron [et al.] (2008) al seu estudi empíric del cas australià (ho veurem a l'apartat 7.2).

Cal observar que es pot entendre la coexistència de l'SNS i l'AMP com un menú de contractes. El primer ofereix prestacions menys generoses (per exemple, les llistes d'espera poden ser llargues per a alguns procediments) sense cap prima addicional. El segon ofereix millors prestacions (sense llistes d'espera) a una prima elevada. Si en Lluís i l'Hugo visquessin a Austràlia, l'Hugo seria el que contractaria l'AMP.

6. AMP duplicativa i AMP substitutiva: dificultats comunes per esbrinar el signe de la selecció de riscos

Hi ha dues dificultats fonamentals a l'hora d'analitzar la selecció de riscos, dificultats que són comunes als sistemes duplicatiu i d'autoexclusió. La primera és que, fins i tot usant abundants bases de dades i aplicant tècniques empíriques punteres, és difícil predir els costos futurs (o "el risc vertader") de cada persona. La segona és que també és difícil predir si un individu decidirà contractar una AMP, perquè aquesta decisió pot dependre de variables que no són observables. A continuació analitzem aquestes dificultats.

6.1 Dificultats per estimar els costos sanitaris futurs

Una de les principals dificultats per analitzar els mercats d'assegurances és que algunes de les raons per contractar una AMP provoquen efectes oposats sobre els costos futurs. Per exemple, si un individu creu que la seva salut és pitjor del que realment és, possiblement demanarà més serveis

sanitaris. Ara bé, aquesta demanda pot no ésser satisfeta perquè la derivació cap a l'especialista mèdic depèn del seu estat de salut vertader. Per tant, fins i tot si uns factors poden, en principi, augmentar la tendència a contractar una AMP, és possible que no impliquin uns costos més alts per al sector de l'AMP. De manera semblant, considerem el cas d'un individu que es preocupa molt per la seva salut. Segurament s'inclinarà més a contractar una AMP. Alhora, precisament per la seva preocupació envers la seva pròpia salut, és possible que estigui més sa que la mitjana. Aquí és on l'observació més directa de l'ús dels serveis sanitaris (com l'hospitalització o el nombre de visites al metge) és útil, tot i que no resol totalment el problema. Ara veurem el perquè.

És possible que els individus que ja han contractat una AMP gaudeixin d'un millor accés als serveis sanitaris. Per tant, és possible que n'acabin fent un ús més intens. Per exemple, si les visites a l'especialista no requereixen la derivació prèvia des de l'assistència primària, observarem més visites a l'especialista mèdic. Es diu que aquestes situacions presenten "risc moral *ex post*". Així, observar més visites dels individus amb AMP, comparat amb els que no en tenen, fa que sobreestimem la presència de selecció adversa: és l'anomenat "bi-aix de risc moral".

Una altra possibilitat que va en la mateixa direcció és que un accés més fàcil als serveis sanitaris pot induir els individus a tenir hàbits de vida menys sans. Es diu que aquestes situacions presenten "risc moral *ex ante*". Aquest segon tipus de risc moral afecta la probabilitat de *necessitar* serveis sanitaris.

Per exemple, la freqüència de visites al metge probablement reflecteix tant el risc moral *ex ante* com l'*ex post*. Hi ha alguns serveis sanitaris que són menys susceptibles al risc moral *ex post*. Per exem-

ple, l'hospitalització normalment la prescriu un metge i no hauria de dependre de les demandes del pacient. Ara bé, hospitalitzacions més freqüents poden reflectir que els individus tenen uns hàbits de vida menys saludables i, per tant, poden ser una font de biaix causada pel risc moral *ex ante*.

6.2 Com distingir entre la selecció adversa i el risc moral

Una manera directa de distingir entre la selecció adversa i el risc moral és observar l'ús que un individu fa dels serveis sanitaris abans i després de contractar una AMP. Quan aquesta contractació es produeix per raons exògenes, desapareix l'efecte de la selecció adversa. Tanmateix, aquesta mena d'observació sovint no és factible perquè no és habitual que les persones passin de no tenir una assegurança privada a tenir-ne (i viceversa). I, quan això succeeix, sovint és per una decisió personal que probablement comporta un efecte d'autoselecció.

Una altra estratègia és evitar comparar individus amb diferent accés als serveis sanitaris. Per exemple, podem comparar persones que han decidit contractar una AMP amb aquelles que han obtingut l'AMP com complement al salari (l'anomenada AMP "proveïda per l'empresari"). Si suposem que l'AMP proveïda per l'empresari i l'AMP contractada personalment permeten el mateix accés als serveis sanitaris (el mateix temps d'espera, la mateixa distància des de casa, els mateixos copagaments, etc.), les diferències en l'ús dels serveis sanitaris ens proporcionen un indicador de les diferències en el risc subjacent que no està subjecte al biaix del risc moral.

Una estratègia més directa per esquivar el biaix del risc moral és intentar esbrinar el vertader risc sanitari de cada individu mitjançant informació correlacionada amb el seu estat de salut. Per

exemple, podríem observar si un individu és capaç de pujar les escales, fer la bugada o caminar durant una hora sense fer servir bastó.

Una altra estratègia és aprofitar dades d'enquestes on les persones avaluen el seu propi estat de salut. El problema d'aquesta estratègia és que aquestes enquestes proporcionen valoracions subjectives que poden estar inherentment esbiaixades. A més a més, l'autoavaluació de l'estat de salut pot dependre de característiques de la personalitat que poden estar negativament o positivament correlacionades amb els costos futurs i, alhora, afectar la decisió de contractar una AMP. Més endavant, quan analitzem els resultats del cas australià, ho discutirem amb més detall.

6.3 Variables que ningú no pot observar

Les decisions de cada individu depenen d'un conjunt de factors molt difícils d'observar per l'investigador. En són bons exemples l'opinió personal sobre el sector públic, la importància que es dona a la qualitat dels serveis no estrictament mèdics, els errors de percepció sobre la pròpia salut, la tolerància al risc i les preferències sobre la pròpia salut, per esmentar-ne uns quants. Aquests factors poden determinar tant la decisió de contractar una AMP com la probabilitat d'utilitzar-ne els serveis en un futur.¹⁰

7. Sistemes AMP duplicatius: Regne Unit vs. Austràlia

7.1 El Regne Unit i el paper de l'AMP proveït per l'empresari

Olivella i Vera-Hernández (2013) apliquen dues de les estratègies esmentades per investigar si al Regne Unit l'AMP atrau els individus amb un risc

més alt. La primera estratègia fa servir, com a grup de control, els individus que gaudeixen d'una AMP com a complement salarial. La segona estratègia consisteix a aprofitar enquestes d'autoavaluació de l'estat de salut. Amb la primera estratègia, Olivella i Vera-Hernández comparen l'ús dels serveis (hospitalització i visites a l'assistència primària) d'aquelles persones que van decidir contractar una AMP pel seu compte amb el d'aquelles persones que van obtenir-la com un complement al salari. Els autors troben que els que escullen contractar l'AMP tenen una probabilitat de ser hospitalitzats més elevada que els que la gaudeixen com a complement al salari, la qual cosa és consistent amb l'existència de selecció adversa. Concretament, els que escullen contractar una AMP tenen una probabilitat 2,9 punts percentuals superior d'ésser hospitalitzats. Aquesta diferència és important perquè només un 4,9% dels individus de la mostra havien estat hospitalitzats durant el període de referència.

Pel que fa a la segona estratègia, Olivella i Vera-Hernández estimen l'impacte de l'estat de salut sobre la probabilitat de contractar una AMP. Per estimar l'estat de salut, fan servir informació sobre el nombre de problemes mèdics que un individu ha reconegut patir. Sorprenentment, no troben diferències estadísticament significatives en els problemes mèdics reconeguts entre els que van decidir contractar l'AMP i els que la van obtenir com a complement salarial. Una possible explicació és que les asseguradores del Regne Unit fixen les primes en funció de variables que són capaces de predir l'estat de salut. Haver de pagar una prima més alta hauria descoratjat els individus amb pitjor salut d'adquirir una AMP. Una explicació més directa seria que les asseguradores del Regne Unit fossin capaces d'excloure les dolències preexistents del contracte d'assegurança. Cal observar que ambdues explicacions indiquen que l'asimetria informativa no és tan greu pel que fa a aquestes variables.

Olivella i Vera-Hernández també tenen informació sobre si els individus consideraven la seva salut com un factor molt important. La resposta a aquesta pregunta està relacionada directament amb les actituds envers la salut i indirectament amb les actituds envers el tractament mèdic. Per exemple, les persones que donen més importància a la seva salut tenen una menor probabilitat d'adoptar una estratègia "d'esperar a veure què passa" quan comencen a notar alguns símptomes. Curiosament, Olivella i Vera-Hernández troben que els individus que van contractar una AMP tenen més probabilitats d'indicar que la seva salut és un factor molt important que aquells que la van rebre com a complement salarial.

En resum, les estimacions d'Olivella i Vera-Hernández són coherents amb la idea que la selecció adversa prové de la informació asimètrica sobre les preferències envers la salut, en comptes de la informació asimètrica sobre el vertader estat de salut. És poc probable que les asseguradores siguin capaces de fer que els seus contractes depenguin d'aquestes preferències.

Els resultats d'Olivella i Vera-Hernández plantegen un interrogant que haurà d'analitzar la investigació futura. Hem vist que les persones amb una forta preferència per la seva salut tenen més probabilitats de ser hospitalitzades. Això ens fa pensar que aquests individus, de mitjana, generaran un costós més alts pel sistema sanitari en el futur. Ara bé, possiblement aquests mateixos individus, de mitjana, cuiden més la seva salut. En aquest cas, els individus que es preocupen més per la seva salut generaran uns menors costos *en cas de* necessitar ser hospitalitzats. Per tant, cal veure si aquest darrer efecte és prou important com per compensar la seva més alta probabilitat de ser hospitalitzats.

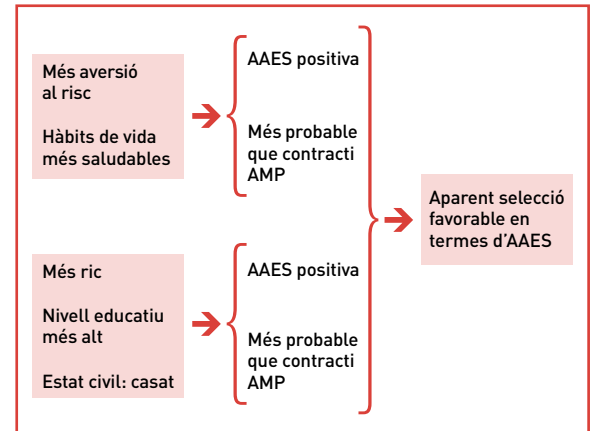
7.2 Austràlia, tornem al paper de l'autoavaluació de la salut

El sistema sanitari d'Austràlia permet una identificació directa de les fonts de selecció adversa i de selecció favorable envers l'AMP. El sector de l'AMP és gran i la llei imposa a l'AMP una regulació de prima poblacional uniforme estricta. Com hem dit abans, en principi això podria provocar una nivell de selecció adversa envers l'AMP més alt si les asseguradores no estableixen una selecció a nivell de servei.

Doiron [et al.] (2008) fan servir dues mesures de risc per estimar el signe de la selecció envers l'AMP en el sistema australià: l'autoavaluació de l'estat de salut i l'existència de malalties cròniques. Tot i que, a primer cop d'ull, els resultats que obtenen semblen ser els oposats als d'Olivella i Vera-Hernández (2013) pel Regne Unit, en realitat no ho són.

El primer exercici que fan Doiron [et al.] consisteix a relacionar la probabilitat de contractar una AMP amb l'autoavaluació de l'estat de salut. Si no es tenen en compte altres variables, aquest exercici indica que els individus que s'autoavaluen amb un millor estat de salut són, de fet, els més propensos a contractar una AMP. Això indicaria la presència d'una selecció favorable envers l'AMP. En segon lloc, Doiron [et al.] mostren que aquesta evidència perd significació a mesura que s'inclouen altres variables explicatives a l'anàlisi. El Gràfic 1 ens pot ajudar a entendre el que està passant. Els autors troben que hi ha un conjunt de variables que expliquen tant una autoavaluació positiva de l'estat de salut com una més gran propensió a contractar una AMP. Les hem agrupat en dos grans grups. A la primera categoria, hi tenim les variables que poden ajudar a predir uns costos futurs baixos d'assistència sanitària: l'aversion al risc, una preferència per la salut, hàbits de vida saludables (per exemple, no

Gràfic 1. Autoavaluació de l'estat de salut (AAES) i selecció envers l'assegurança mèdica privada (AMP)



fumar). A la segona categoria, hi ha les variables que semblen estar menys relacionades amb els costos futurs: riquesa, educació i estat civil. Totes aquestes variables tenen en comú el fet que són capaces de predir una autoavaluació positiva de l'estat de salut i una alta probabilitat de contractar una AMP. D'aquesta manera, ometre-les de l'anàlisi empírica pot provocar una correlació positiva espúria entre l'autoavaluació de la salut i l'AMP. En qualsevol cas, caldria trobar evidència que les variables de la segona categoria són realment capaces de predir uns menors costos futurs abans de poder concloure que hi ha una selecció favorable envers l'AMP. Tanmateix, a la literatura no hi ha evidència empírica clara que això sigui cert (i Doiron [et al.] tampoc realitzen aquest exercici).

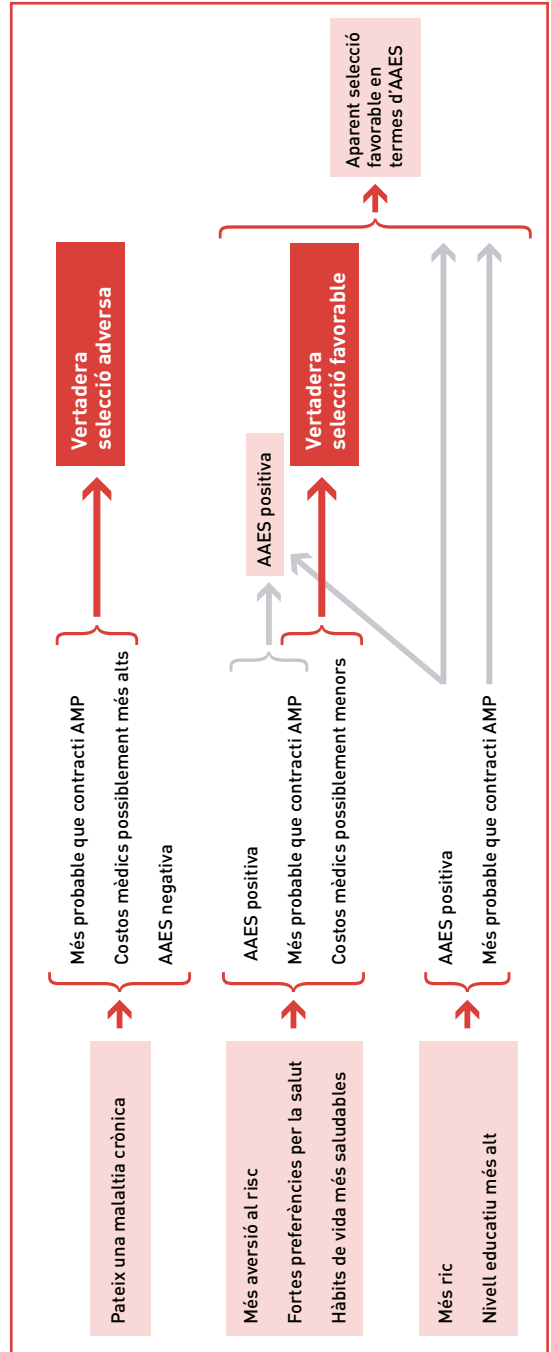
Un altre exercici que duen a terme Doiron [et al.] consisteix a incloure les variables que estan més òbviament correlacionades amb els costos futurs, com la prevalença de malalties cròniques. A causa de la regulació de prima poblacional uniforme, les asseguradores privades no poden fixar

les primes segons l'existència d'aquestes malalties. Per tant, la teoria prediu que hi haurà selecció adversa envers l'AMP en termes d'aquestes variables. La predicció encara tindria més sentit si les asseguradores d' Austràlia estiguessin intensament controlades per tal d'evitar mètodes de selecció alternatius al mecanisme de primes, com la selecció a nivell de servei que hem esmentat abans. En qualsevol cas, un cop els autors inclouen aquestes condicions preexistents com a variables explicatives, troben que hi ha selecció adversa envers l'AMP (tot i que no estudien la correlació entre costos i la presència de malalties cròniques).

Al Gràfic 2, ampliem el Gràfic 1 per explicar els diversos efectes (i per il·lustrar les complexitats que existeixen a la literatura sobre assegurances). Hem afegit les malalties cròniques al conjunt de variables que determinen la probabilitat de contractar una AMP. Les malalties cròniques estan inversament relacionades amb una autoavaluació positiva de l'estat de salut, com és lògic. També hem afegit una valoració (basada en la literatura empírica) de quines implicacions té cada variable sobre la predicció dels costos futurs de l'assistència sanitària. Aquestes valoracions no estan demostrades empíricament a Doiron [et al.], i per tant les hem inclòs precedides del terme "possiblement". Això ens ajuda a il·lustrar millor els conceptes de selecció favorable i adversa.¹¹

En resum, els resultats de Doiron [et al.] estableixen que (i) les dades són coherents amb la presència de selecció adversa envers l'AMP en termes de malalties cròniques, mentre que (ii) les dades són coherents amb la presència de selecció favorable envers l'AMP basada en hàbits de vida saludables.

Gràfic 2. Autoavaluació de l'estat de salut (AAES), malalties cròniques i selecció envers l'assegurança mèdica privada (AMP)



8. El sistema d'AMP amb autoexclusió: el cas d'Alemanya

El cas alemany no encaixa perfectament amb la descripció d'un sistema d'AMP substitutiu. L'alternativa pública no és com la d'Espanya o del Regne Unit, sinó que consisteix en una sistema d'assegurança sanitària pública obligatòria, la qual cosa significa que la cobertura pública la proveeix una sèrie d'asseguradores anomenades "fons de malaltia". Ara bé, hi ha diverses raons que fan que el sector públic actuï *de facto* com un SNS. En primer lloc, els fons de malaltia són organitzacions sense ànim de lucre. En segon lloc, el sistema públic es finança mitjançant impostos relacionats amb la renda (com a l'SNS). En tercer lloc, l'oferta de serveis està molt regulada, de manera que és poc probable que els fons de malaltia ajustin la generositat de la cobertura per competir entre ells. Per tant, tot i que l'individu escull el proveïdor de la seva assegurança mèdica (si tria no sortir del sistema públic), hi ha poques diferències entre els plans de salut que s'ofereixen en aquest sector. En canvi, al sector privat se li permet fixar les primes lliurement segons el risc. A més a més, l'avaluació del risc es basa en diversos indicadors que estan molt correlacionats amb els costos sanitaris futurs: alçada i pes, la prevalença de malalties cròniques, tractaments ambulatoris i farmacèutics en els darrers tres anys, grau de discapacitat, etc. Les asseguradores privades també gaudeixen de flexibilitat a l'hora d'ajustar la generositat de la cobertura: poden oferir diversos conjunts de serveis pagant una prima diferent. D'aquesta manera, s'ofereix un menú de contractes a individus que tenen les mateixes característiques. També és important esmentar que a Alemanya només poden autoexcloure's lliurement del sistema els individus amb una renda prou alta. Per tant, en aquest país, la renda és una font de selecció directa i exògena. Com hem dit abans, la qüestió de si aquesta selecció és

favorable o adversa envers el sector privat depèn de si la renda està correlacionada negativament o positiva amb els costos sanitaris futurs.

Panthofer (2015) empra l'hospitalització per mesurar el risc. Com hem dit abans, aquesta mesura no és un indicador esbiaixat dels costos futurs esperats si l'hospitalització és independent de les condicions d'accés; és a dir, si no es produeix una sobrehospitalització per motius de risc moral. L'autor troba que hi ha evidència clara que la probabilitat de no autoexcloure's (és a dir, la probabilitat de tenir una cobertura pública) i la probabilitat d'hospitalització són més altes per a individus amb (i) malalties cròniques, (ii) un historial de visites prèvies al metge i (iii) major edat. Per tant, sembla que es produeix una selecció favorable en termes d'aquestes variables envers el sector privat. Això és coherent amb les prediccions de la teoria en un escenari d'informació simètrica (vegeu el subapartat 4.1). L'evidència no és tan clara a l'hora de parlar de selecció favorable en termes de l'historial d'hospitalitzacions prèvies, l'estat civil, la presència d'una discapacitat i del fet de ser dona en edat fèrtil. D'altra banda, l'autor troba indicis de selecció favorable envers el sector públic en termes de la presència de fills i dels treballadors autònoms: tant tenir més fills com ser un treballador autònom fa que l'individu tingui una menor probabilitat d'autoexcloure's del sistema públic i a l'hora redueix la probabilitat d'hospitalització, la qual cosa és contrària a les prediccions teòriques.

Panthofer també troba indicis de selecció basada en variables no observables. Com hem dit abans, aquest tipus de selecció s'aconsegueix mitjançant l'oferta d'un menú de contractes que fa que els individus s'autoassignin segons les seves característiques no observables. Cal recordar que la teoria no ens oferia una predicció clara en aquesta situació (vegeu el subapartat 4.2). A partir d'una tècnica proposada per Chiappori i Salanié

(2002), Panthofer troba que, de tota la selecció favorable envers l'AMP, una tercera part es produeix per una selecció del risc basada en variables observables i dues terceres parts provenen de la selecció adversa basada en variables no observables.

Panthofer també fa servir un mètode proposat per Finkelstein i Poterba (2014) per estimar la selecció basada en variables no observables. La idea és que hi ha variables que l'investigador és capaç d'observar, però que les asseguradores no fan servir per fixar les primes. Aquestes variables s'anomenen "variables no utilitzades" i, a Alemanya, inclouen l'aversiò al risc i l'autoavaluació de l'estat de salut. Curiosament, Panthofer troba que la selecció basada en aquestes dues variables té el signe oposat. És a dir, que els individus més tolerants al risc tendeixen a autoexcloure's del sistema públic i, alhora, són hospitalitzats més sovint (es produeix una selecció adversa envers l'AMP). En canvi, els individus que afirmen tenir un millor estat de salut tenen més probabilitats d'autoexcloure's del sistema públic i, alhora, són hospitalitzats menys sovint (es produeix una selecció favorable envers l'AMP). Això implica, directament, que hi ha d'haver altres variables no observables (o que no s'utilitzen) tant per part de l'investigador com per part de les asseguradores.

Per acabar, Panthofer també estima l'impacte de la renda sobre la propensió a contractar una AMP. La renda és una altra variable no utilitzada, donat que la legislació alemanya no permet que les asseguradores la facin servir per fixar les primes. L'autor troba que la renda no prediu l'hospitalització, la qual cosa ens suggereix que la renda no és una font ni de selecció adversa ni de selecció favorable.

9. Un apunt sobre l'assegurança mèdica obligatòria

Cal recordar que, en un sistema d'assegurança mèdica obligatòria, les asseguradores mèdiques privades competeixen entre elles per atraure clients. Ara bé, no competeixen fixant primes més baixes sinó proporcionant serveis més generosos que les seves rivals. Els individus no paguen la prima directament, sinó que contribueixen a un fons comú en funció de la seva renda (igual que amb l'impost sobre la renda) i les asseguradores reben una prima capítativa per cada client. Crucialment, aquesta prima capítativa s'ajusta de manera que cobreixi el cost futur esperat de cada individu. Per fer aquest ajustament, s'empren les tècniques estadístiques més avançades. En un món ideal, aquest sistema mata tres pardals d'un sol tret. En primer lloc, l'eficiència queda assegurada perquè, per tal d'atraure els clients, les asseguradores han de subcontractar els serveis més eficients (cal recordar que la prima capítativa es paga *ex ante*, és a dir, independentment dels costos realment generats per cada individu). En segon lloc, les asseguradores no tenen incentius a desfer-se dels individus amb un risc de salut més alt perquè el fons comú paga una prima capítativa més alta quan aquests individus s'hi inscriuen. En tercer lloc, la flexibilitat del sistema està garantida perquè les diverses asseguradores (o els diversos contractes d'una mateixa asseguradora) competeixen per individus amb necessitats mèdiques o preferències diferents. Com hem esmentat a la introducció, aquest és el sistema a Holanda i en una part del programa Medicare dels EUA.

Tot i que aquest article no ha tractat aquests sistemes, és important remarcar que alguns estudis teòrics (parcialment corroborats per estudis empírics) ens suggereixen que s'hi produeix una selecció a nivell de servei. Fins i tot amb un sistema de

tarifes fixes ben ajustat, hi continuaran havent diferències dins de cada grup d'individus. Per exemple, fins i tot si la prima capítativa s'ajusta segons l'edat, hi ha individus joves amb costos sanitaris futurs superiors a la mitjana a causa de malalties mentals. Per tant, és profitós per les asseguradores rebaixar la qualitat dels tractaments de salut mental per allunyar els individus amb aquestes condicions. Això deixaria de ser un inconvenient en dues circumstàncies: (i) els individus desconeixen la presència del seu problema de salut mental, i per tant no reaccionen enfront a la menor qualitat d'aquest servei (es diu que existeix una manca de "predictibilitat"); o (ii) l'augment dels costos sanitaris futurs provocats per la presència dels problemes de salut mental és negligible (es diu que existeix una manca de "predictivitat").¹² En canvi, si tant la predictibilitat com la predictivitat són importants en els tractaments de salut mental, aleshores la teoria ens diu que aquests serveis són susceptibles de ser distorsionats envers una menor qualitat. L'avaluació de la importància de la predictibilitat i la predictivitat per a cada servei d'atenció mèdica és, de nou, una qüestió empírica.¹³

10. Conclusions

Hem vist que, per entendre per què hi ha persones que contracten una assegurança sanitària privada quan tenen a la seva disposició un sistema de salut públic, cal considerar tres factors. En primer lloc, segueix finançant el servei públic una persona que contracta una AMP? En segon lloc, poden les asseguradores fixar les primes en funció de les característiques personals? I, en tercer lloc, tenen el client i l'asseguradora la mateixa informació sobre els costos sanitaris futurs del client?

Les prediccions de la teoria són clares respecte a si són les persones amb un més alt o més baix cost sanitari esperat les que haurien de contractar una AMP, excepte en el cas que la informació sigui asimètrica i l'individu deixi de finançar el servei públic si escull sortir-ne. Els estudis empírics que contrasten les prediccions teòriques s'enfronten a diverses dificultats. Alguns dels conceptes teòrics són difícils de traslladar a les dades. Per exemple, és difícil construir una mesura no esbiaixada dels costos sanitaris futurs. Malgrat això, els resultats dels estudis empírics recolzen algunes de les prediccions teòriques i, quan la teoria no ha estat capaç de fer prediccions precises, els estudis empírics ens han proporcionat algunes respostes.

L'objectiu d'aquest article no és ni proporcionar arguments a favor o en contra de cada sistema d'organització de l'assegurança mèdica dual ni explicar per què cada país ha adoptat un sistema o un altre.¹⁴ Més aviat, cal entendre'l com una anàlisi de la direcció de la selecció de riscos a cada sistema. En aquest sentit, es pot dir que aquest opuscle posa l'èmfasi en el "curt termini".

Notes

(1) En aquests països, les assegurances mèdiques privades són un sector que, o bé només s'encarrega de serveis molt específics que no proporciona l'SNS, o bé és molt residual (cobreix a menys d'un 1% de la població). Vegeu Mossialos [et al.] (2015).

(2) Concretament, un únic comprador subcontracta els serveis d'atenció sanitària amb els proveïdors privats i públics (metges, laboratoris, hospitals, etc.).

(3) La combinació possible de respostes restants no s'observa mai. Seria estrany que les persones fossin assignades a plans de salut amb primes diferents i que, alhora, estiguessin obligades a pagar-les de la seva butxaca.

(4) Vegeu l'article de Glazer i McGuire (2000) sobre la relació entre l'existència dels menús de contractes i la selecció a nivell de servei.

(5) Hi ha mecanismes reguladors que poden corregir parcialment aquesta ineficiència. Vegeu, per exemple, Crocker i Snow (1985) o Encinosa (2001), però en la majoria dels casos es manté el menú de contractes.

(6) La literatura proposa altres raons que aconsellen mantenir un sector d'AMP que coexisteixi amb l'SNS: millorar la provisió d'atenció sanitària i alleujar el cost financer al qual s'enfronta l'SNS. Hi ha altres qüestions importants, però són rellevants sobretot a llarg termini i ens allunyarien de la nostra discussió. A més a més, no hi ha gaire evidència que aquests altres objectius s'abagin assolit. Vegeu Goulao i Perelman (2014) per un panorama extensiu sobre la matèria.

(7) A Alemanya, només poden autoexcloure's de l'SNS aquells individus amb una renda superior a un cert llindar. Més endavant discutirem aquest cas amb detall. A Xile, en canvi, tots els treballadors autònoms poden autoexcloure's de l'SNS independentment de la seva renda (de la Mata [et al.], 2016).

(8) Un cas intermedi és aquell en el qual l'individu que adquireix una AMP continua contribuint a l'SNS, però obté un descompte en els impostos que ha de pagar, de manera que se'l compensa parcialment per la prima de l'assegurança privada. L'accés als serveis de salut també pot ser mixt. Per exemple, la persona s'opera en un hospital de l'SNS, però l'AMP paga perquè pugui tenir una habitació individual.

(9) En el cas de l'Estat Espanyol i pel que fa a les intervencions més importants, sembla que passa justament el contrari. Vegeu Ministeri Espanyol de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (2015).

(10) Vegeu Costa-Font i Jofre-Bonet (2006).

(11) Cal observar que l'edat no apareix al Gràfic 2. Això pot ser sorprenent, però la realitat és que Doiron [et al.] no troben una correlació clara entre l'edat i la probabilitat de contractar una AMP.

(12) N. del T.: Traducció lliure dels mots "predictability" i "predictiveness", proposats per Glazer i McGuire (2007).

(13) Ellis i McGuire (2007) estimen la predictibilitat i la predictivitat per a diversos serveis relacionats amb el programa Medicare dels EUA. Troben que tant les visites a domicili com els tractaments pal·liatius són serveis que en teoria patirien una manca de provisió, mentre que hi hauria una sobreprovisió de tractaments oftalmològics i de ressonàncies magnètiques, a causa de l'interès a atraure individus amb un menor cost sanitari total.

(14) Alguns investigadors han emprat les eines de l'economia política per analitzar aquesta qüestió (Goulao i Perelman, 2014).

Bibliografia

- Costa-Font, J. i M. Jofre-Bonet, (2006), "Are private health insurance subscribers unsatisfied with the Spanish National Health system?," *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 31, 650-68.
- Crocker, K.J. i A. Snow, (1985), "The efficiency of competitive equilibrium and redistribution in insurance markets with asymmetric information," *Journal of Public Economics*, 26, 207-219.
- Chiappori, P.-A. i B. Salanié, (2000), "Testing for asymmetric information in insurance markets," *Journal of Political Economy*, 108, 56-78.
- Doiron, D., G. Jones i E. Savage, (2008), "Healthy, wealthy, and insured? The role of self-assessed health in the demand for private health insurance," *Health Economics*, 17, 317-34.
- Ellis, R. P. i T.G. McGuire, (2007), "Predictability and predictiveness in health care spending," *Journal of Health Economics*, 26, 25-48.
- Encinosa, W.E., (2001), "A comment on Bedeck and Podczech's adverse selection and regulation in health insurance markets," *Journal of Health Economics*, 20, 667-673.
- Ettner, S.L., (1997), "Adverse selection and the purchase of Medigap insurance by the elderly," *Journal of Health Economics*, 16, 543-562.
- Finkelstein, A. i J. Poterba, (2014), "Testing for asymmetric information using "unused observables" in insurance markets: evidence from the U.K. annuity market," *Journal of Risk and Insurance*, 81, 709-734.
- Glazer, J. i T.G. McGuire, (2000), "Optimal risk adjustment in markets with adverse selection: An application to managed care," *The American Economic Review*, 90, 1055-1071.
- Goulao, C. i J. Perelman, (2014), "Interactions between public and private providers" a *The Encyclopedia of Health Economics*, Vol. 2, Ed. Tony Culyer, Elsevier, San Diego, 72-82.
- Jack, W., (2006), "Optimal risk adjustment with adverse selection and spatial competition," *Journal of Health Economics*, 25, 908-926.
- Jofre-Bonet, M., (2000), "Public health care and private insurance demand: the waiting time as a link," *Health Care Management Science*, 3, 51-71.
- Kill, A., (2012), "What characterises the privately insured in universal health care systems? A review of the empirical evidence," *Health Policy*, 106, 60-75.
- de la Mata, D., M.P. Machado, P. Olivella i M.N. Valdés, (2016), "Asymmetric Information with multiple risks: the case of the Chilean private health insurance market", *mimeo* Universidad Carlos III de Madrid.
- McFadden, D., C. Noton i P. Olivella, (2015), "Minimum coverage regulation in insurance markets," *SERIEs*, 6, 247-278.
- Mossialos, E., M. Wenzl, R. Osborn i C. Anderson, (2015), *International Profiles of Health Care Systems 2014*, The Commonwealth Fund.
- Olivella, P. i M. Vera-Hernández, (2007), "Competition among differentiated health plans under adverse selection," *Journal of Health Economics*, 26, 233-250.
- Olivella, P. i M. Vera-Hernández, (2013), "Testing for asymmetric information in private health insurance," *Economic Journal*, 123, 96-130.
- Panthofer S., (2015), "Risk selection under public health insurance with opt out," Document de treball 15/15, Health, Econometrics and Data Group, University of York.
- Rothschild, M. i J. Stiglitz, (1976), "Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information," *Quarterly Journal of Economics*, 90, 629-649.
- Simon, K., (2014), "Private insurance system concerns," a *The Encyclopedia of Health Economics*, Vol. 2, Ed. Tony Culyer, Elsevier, San Diego, 163-167.
- Ministeri Espanyol de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, (2015), "Informes, Estudios e Investigación 2015," <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/infnsns2012.pdf> últim accés el 18 de març de 2016.

Títols publicats

- 1. Una reflexió sobre l'atur a Espanya**
Ramon Marimon (juny 97)
 - 2. Reduir l'atur: a qualsevol preu?**
Fabrizio Zilibotti (desembre 97)
 - 3. Impostos sobre el capital i el treball, activitat macroeconòmica i redistribució**
Albert Marcat (novembre 98)
 - 4. El prestador de darrera instància en l'entorn financer actual**
Xavier Freixas (novembre 99)
 - 5. Per què creix el sector públic? El paper del desenvolupament econòmic, el comerç i la democràcia**
Carles Boix (novembre 99)
 - 6. Gerontocràcia i Seguretat Social**
Xavier Sala-i-Martin (juliol 2000)
 - 7. La viabilitat política de la reforma del mercat laboral**
Gilles Saint-Paul (desembre 2000)
 - 8. Contribueixen les polítiques de la Unió Europea a estimular el creixement i a reduir les desigualtats regionals?**
Fabio Canova (maig 2001)
 - 9. Efectes d'aglomeració a Europa i als EUA**
Antonio Ciccone (setembre 2001)
 - 10. Polarització econòmica a la conca mediterrània**
Joan Esteban (maig 2002)
 - 11. Com inverteixen la seva riquesa les economies domèstiques?**
Miquel Faig (octubre 2002)
 - 12. Efectes macroeconòmics i distributius de la Seguretat Social**
Luisa Fuster (abril 2003)
 - 13. Educar la intuïció: Un repte pel segle XXI**
Robin M. Hogarth (setembre 2003)
 - 14. Els controls de capital a l'Europa de la postguerra**
Hans-Joachim Voth (abril 2004)
 - 15. La fiscalitat dels intermediaris financers**
Ramon Caminal (setembre 2004)
 - 16. Preparats per prendre riscos? Evidència experimental sobre l'aversió i l'atracció al risc**
Antoni Bosch-Domènech / Joaquim Silvestre i Benach (novembre 2005)
 - 17. Xarxes socials i mercat laboral**
Antoni Calvo-Armengol (gener 2006)
 - 18. Els efectes de la protecció laboral a Europa i als Estats Units**
Adriana D. Kugler (febrer 2007)
 - 19. Creixement urbà desordenat: Causes i conseqüències**
Diego Puga (gener 2008)
 - 20. El creixement a llarg termini a l'Europa Occidental, 1830-2000: fets i problemes**
Albert Carreras i Xavier Tafunell (juny 2008)
 - 21. Com superar la fallida de coordinació en empreses i organitzacions: evidència experimental**
Jordi Brandts (març 2009)
 - 22. L'assignació ineficient del talent**
José V. Rodríguez Mora (maig 2009)
 - 23. Complementarietats en les estratègies d'innovació i el vincle amb la ciència**
Bruno Cassiman (setembre 2009)
 - 24. Mecanismes senzills per resoldre conflictes d'interès i compartir els guanys**
David Pérez-Castrillo (novembre 2009)
 - 25. Transferència de les innovacions universitàries**
Inés Macho-Stadler (gener 2010)
 - 26. Costos i conflictes d'acomiadament, i el funcionament del mercat de treball**
Maia Güell (juny 2010)
 - 27. Desigualtat i progressivitat fiscal**
Juan Carlos Conesa (octubre 2010)
 - 28. Economia de la felicitat**
Ada Ferrer-i-Carbonell (maig 2011)
 - 29. Triar escola a Espanya: teoria i evidència**
Caterina Calsamiglia (setembre 2011)
 - 30. La responsabilitat social corporativa i el benestar social. Com promoure estratègies empresarials socialment responsables**
Juan-José Ganuza (març 2012)
 - 31. L'efectivitat de l'ajuda internacional: de la perspectiva macroeconòmica a l'avaluació experimental**
José G. Montalvo / Marta Reynal-Querol (juny 2012)
 - 32. Política fiscal a la Unió Monetària Europea**
Evi Pappa (setembre 2012)
 - 33. L'efecte de les imperfeccions en el mercat de capital en les decisions empresarials i les fluctuacions econòmiques**
Andrea Caggese (novembre 2012)
 - 34. Globalització, tecnologia i desigualtat**
Gino Gancia (abril 2013)
 - 35. Cicles de crèdit i risc sistèmic**
José-Luis Peydró (desembre 2013)
 - 36. L'impacte de la immigració en el mercat de treball**
Albrecht Glitz (juny 2014)
 - 37. Previsions probabilístiques en economia i polítiques públiques**
Barbara Rossi (setembre 2014)
 - 38. Mercats laborals locals**
Jan Eeckhout (desembre 2014)
 - 39. Globalització i fluctuacions agregades: el paper del comerç internacional i les grans empreses**
Julian di Giovanni (febrer 2015)
 - 40. Conseqüències socials de la llei del divorci**
Libertad González (juny 2015)
 - 41. Per què la gent adquireix una assegurança de salut privada quan existeix una opció pública?**
Pau Olivella (juliol 2016)
-



Pau Olivella

Pau Olivella és professor titular de la Universitat Autònoma de Barcelona i professor afiliat de la Barcelona GSE. És investigador de MOVE (Mercats, Organitzacions i Vots en Economia) i director del CODE (Centre per a l'Estudi de les Organitzacions i les Decisions en Economia). És doctor en economia per Northwestern University (1989). La seva recerca se centra en l'organització industrial i en l'economia de la informació i el seu interès principal recau en el mercat de les assegurances de salut i en els incentius dels proveïdors de serveis sanitaris. Ha publicat les seves investigacions en l'*Economic Journal*, el *Geneva Risk and Insurance Review*, i en el *Journal of Health Economics*, entre altres revistes. És editor associat del *Journal of Health Economics* i va ser un dels coeditors de la *Encyclopedia of Health Economics* de l'editorial Elsevier (2014).



Centre de Recerca
en Economia Internacional



Ramon Trias Fargas, 25-27 - 08005 Barcelona
Tel: 93 542 13 88 - Fax: 93 542 28 26
E-mail: crei@crei.cat
<http://www.crei.cat>



Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona



Generalitat
de Catalunya