

LA REGULACIÓ DE L'ASSEGURANÇA VOLUNTÀRIA DE SALUT

Pere Ibern

Centre de Recerca en Economia i Salut,
Universitat Pompeu Fabra

Més enllà de l'assegurança de salut obligatòria finançada públicament, el paper de l'assegurança voluntària ha crescut en nombre d'usuaris. Els motius que cal cercar darrere d'aquesta cobertura duplicada són diversos, però en el fons mostren la incapacitat de l'assegurança obligatòria de satisfer les preferències i necessitats d'una quarta part de la població catalana. Ens trobem, per tant, davant d'una qüestió en què l'oferta de serveis públics no satisfà les demandes de part de la població, i el mercat privat, alhora, mira de resoldre-ho, però manté ineficiències. Aquest article mostra l'estat de situació i proposa algunes mesures regulatòries fonamentals i necessàries per millorar l'eficiència del mercat.

El context del mercat d'assegurances

L'any 2016 a Catalunya hi havia 2.057.393 ciutadans que disposaven d'assegurança de salut privada. Això representa un 27,4 % de la població catalana. I si tenim en compte els funcionaris adscrits a mutualitats de l'Estat i que escullen assegurança privada (151.076), aleshores l'assegurança voluntària representa el 25,3 % de la població (taula 1). L'Enquesta de Salut ofereix una dada lleugerament superior, del 26,6 % per al 2016 i del 28,0 % el 2018¹. I si ens referim al Baròmetre

Sanitari de 2017², trobem que la proporció és del 33,0 %. Cal tenir en compte que la proporció de població assegurada és molt més elevada en les zones urbanes. Per al cas de Barcelona, el 35,9 % de la població disposa d'assegurança voluntària segons l'enquesta de salut de 2016, el 83,8 % mitjançant contracte individual i el 16,2 % a través de l'empresa³.

El conjunt d'aquestes dades ens mostra que ens trobem davant d'una prestació rellevant per a una part de la població que està disposada a pagar, directament o a través de l'empresa, de manera duplicada en la mesura que hi ha obligatorietat d'assegurança pública. L'OCDE (Colombo, 2004) distingeix entre quatre tipus d'assegurança privada de salut: accés principal a l'assegurança, cobertura duplicada (quan l'assegurança privada ofereix cobertura per a serveis ja inclosos sota la protecció pública), complementària i suplementària. El tipus d'assegurança voluntària a Catalunya fonamentalment és la duplicada, la que davant les prestacions ja cobertes busca cobertura addicional per a les mateixes prestacions i que facilita l'accés davant de llistes d'espera excessives en el sector públic o aspectes diferencials en termes de qualitat i confort. Ara bé, cal tenir en compte que el comportament dels assegurats és divers respecte a la utilització de servei públic o privat. Malgrat estar assegurats voluntàriament, la utilització és tant pública com privada. Una enquesta recent mostra que els assegurats amb cobertura duplicada utilitzen en un 76 %

1 http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2018-resultats/resum-executiu-esca-2018.pdf.

2 https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/serveis_atencio_salut/valoracio_serveis_atencio_salut/barometre_sanitari/barometre_sanitari_catalunya_2a_onada_novembre_2017.pdf.

3 <https://www.aspb.cat/documents/resultats-de-lenquesta-de-salut-2016-17-resultats-detallats-taules/>.

Taula 1. Assegurança amb doble cobertura a Catalunya

	2012	2013	2014	2015	2016
Persones amb doble cobertura	1.842.121	1.821.179	1.872.096	1.918.787	1.906.317
Població amb doble cobertura %	24,3	24,1	24,9	25,6	25,3
Preu pòlissa assistència sanitària €	708	721	734	743	710
Preu pòlissa rescabament €	968	1052	1048	1094	1081

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Entitats d'assegurança sanitària lliure de Catalunya 2016.

tant l'assistència pública com la privada, en un 9 % només la privada i en un 12 %, la pública, el 3 % restant no la utilitzen (IDIS, 2018). I, per exemple, quan al Baròmetre Sanitari a Catalunya els pregunta on anirien en cas de malaltia greu, un 46,2 % de les persones enquestades que disposa d'una assegurança mèdica privada declara que aniria a un centre públic, mentre que un 29,6 % optaria per un de privat.

Dins les assegurances voluntàries n'hi ha de tres tipus: les pòlisses d'assistència sanitària, les pòlisses de rescabament i les pòlisses mixtes o combinades. Les d'assistència sanitària són aquelles en què existeix una relació contractual entre asseguradora i metge/hospital, i en la qual l'assegurat disposa d'atenció sanitària, mitjançant un quadre mèdic, on apareixen inscrits tots els professionals i serveis mèdics als quals es pot accedir. Les de rescabament són aquelles en què el client no té cap restricció per escollir professionals o serveis mèdics, ja que és ell qui n'assumeix el cost, i l'asseguradora s'ocupa de reemborsar-l'hi totalment o parcial. Les mixtes són aquelles que tenen un quadre mèdic recomanat i també l'opció de la lliure elecció de professionals. El cost de la cobertura anual és força diferent; mentre que les de rescabament es troben, de mitjana, a l'entorn dels 1.081 €, les d'assistència sanitària se situaven en els 710 € el 2016, un preu similar al de 2012 (708 €). La pòlissa d'assistència sanitària resulta ser la més habitual (93,3 % dels assegurats). Les primes de l'assegurança sanitària voluntària es veuen afectades per la regulació fiscal favorable en la contractació col·lectiva, fet que no succeeix en la contractació individual. El límit de desgravació fiscal marca el llindar de referència en la rivalitat en preu entre companyies. Aquest fet, alhora, trasllada pressió cap als proveïdors, que es veuen afectats pel poder de negociació de les asseguradores. I, com a resposta, els proveïdors tendeixen a concentrar-se per fer front a aquesta dinàmica. Aquest és un dels factors que defineixen la competència actual.

Ens trobem en un mercat regulat on hi ha unes 46 empreses que ofereixen serveis a Catalunya. Es tracta d'un mercat amb un nivell de concentració elevat, on les tres primeres companyies acumulen el 54,3 % del mercat o les cinc primeres companyies, el 70,6 %. La tendència a la concentració ha seguit creixent els darrers anys, si bé amb menys intensitat. Hi ha dos tipus d'entitats, les mercantils i les mútues de previsió social. Actualment, l'afiliació a les mútues de previsió social és del 3,3 % del total d'assegurats, mentre que les entitats predominants són les mercantils, amb un 96,7 %. Per operar requereixen de la llicència corresponent, i les entitats mercantils es troben sota la supervisió de la Direcció General d'Assegurances i Fons de Pensions estatal. La Generalitat té competència exclusiva sobre les mútues (Llei 10/2003, de 13 de juny, sobre mutualitats de previsió social). Les dues regulacions clau són la relativa al contracte d'assegurança (Llei 50/1980, de 8 d'octubre, de contracte d'assegurança) i la de supervisió (Llei 20/2015, de 14 de juliol, d'ordenació, supervisió i solvència de les entitats asseguradores i reasseguradores).

La decisió de cobertura asseguradora

L'assegurança protegeix els consumidors del risc financer i serveix com a intermediari clau per a l'accés dels consumidors als proveïdors de serveis. Els consumidors disposen d'un ventall d'opcions d'assegurança per triar i així satisfer les seves expectatives. Si els consumidors estan ben informats, tenir un nombre ampli d'opcions facilita l'ajust entre oferta i demanda, genera una major competència amb preus més baixos i obliga les companyies a millorar aspectes dels seus productes, com ara xarxes de proveïdors.

Ara bé, acostuma a ser difícil per als consumidors avaluar moltes característiques de les pòlisses d'assegurança, i alhora agregar-les per fer-ne una comparació (Kunreuther, 2013). Hi ha moltes evidències empíriques que mostren que els consumidors

tenen dificultats per prendre decisions en els mercats d'assegurances, tant en la decisió de què escollir com en la continuïtat de la pòlissa, on la inèrcia té un paper clau i els consumidors se situen en una opció predeterminada si no reben cap novetat. En determinats casos, acaben escollint opcions que des d'un punt de vista racional els representen una pèrdua de diners.

En general, les implicacions d'aquests problemes són de dos tipus: els consumidors estan pitjor a causa de pòlisses desajustades a la seva necessitat, i els preus i els productes de l'assegurança no milloren en la mesura que ho farien en mercats competitius amb consumidors sense fricció i sense prejudicis.

Les dificultats d'elecció condueixen a errors quan són fruit de la inèrcia, i poden explicar-se pels següents factors (Chandra, 2019):

1. **Costos de canviar:** per als consumidors esdevé costós canviar d'asseguradora. Més enllà de l'accés a prestacions equivalents, necessiten garantir que el quadre mèdic nou els dona accés a aquells proveïdors en què confien. Si no és així, hauran d'assumir-ne el cost de canviar.
2. **Costos de buscar:** per als consumidors esdevé costós buscar la informació de l'oferta disponible d'assegurances, representa temps i esforç.
3. **Desatenció:** els consumidors poden ser descuidats. Poden decidir racionalment no participar en el procés de cerca perquè aquesta és massa costosa respecte als beneficis previstos. O poden menystenir racionalment els beneficis potencials de les pòlisses.
4. **Biaix de l'opció actual:** els consumidors poden pensar que buscaran noves opcions i escolliran abans del termini de finalització de la pòlissa, però després, quan arriba el moment, no estan disposats o no inverteixen el temps i l'esforç a fer-ho.

Més enllà de la inèrcia, que acaba resultant en errors de decisió per al consumidor, el mercat d'assegurances de salut es caracteritza per la presència de selecció adversa, el consumidor té més informació prèvia sobre la seva salut que l'asseguradora i pot utilitzar-la a favor seu. La combinació de la inèrcia en les decisions i la selecció adversa representa un repte per al regulador per tal de garantir la competència en aquest mercat i, alhora, l'accés i el benestar dels consumidors.

Els elements clau per a una regulació específica

El motiu fonamental per regular l'assegurança voluntària de salut es troba en l'objectiu de garantir la competència en el mercat i afavorir la creació de valor (millor salut de les persones). En concret hi ha dues qüestions que cal tenir en compte: la **solvència financera**, pròpia de les companyies asseguradores, i alhora la **protecció del consumidor i, per tant, de la qualitat de servei**, on hi ha qüestions específiques per les quals s'ha de vetllar en l'àmbit de la salut (Brunner, 2012).

Pel que fa a la **solvència financera**, l'Estat ha d'establir marcs que facilitin que les decisions de les companyies asseguradores no posin en risc la capacitat de fer front a la sinistralitat. Aquesta és una qüestió elemental de gestió del risc. Amb aquesta finalitat, la majoria de països prenen mesures que inclouen requeriments mínims de capital, llicències, supervisió i control de solvència, etc. A fi de minimitzar aquests riscos, es compta amb la regulació prudencial. Aquesta no serà objectiu d'aquest article, ja que es correspon amb la regulació general d'assegurances i hi ha un marc europeu que ho regula (Solvència II) (Fuenzalida-Puelma, 2013).

Pel que fa a la **protecció del consumidor** hi ha tres elements fonamentals que s'han de tenir en compte. En primer lloc, els problemes d'informació. Aquests són de dos tipus: abans i després del contracte. Abans del contracte, l'usuari coneix millor les seves condicions de salut que l'asseguradora i pot utilitzar aquesta informació a favor seu (selecció adversa). Aquest fet pot motivar estratègies de selecció de risc per part de l'asseguradora per tal de contrarestar l'impacte. Ara bé, tot depèn de si es tracta de contractació individual o col·lectiva a través d'empresa, i de si ens trobem en un context on hi ha assegurança obligatòria o no. En la contractació individual es concreta amb l'examen de salut i la determinació de preexistències, mentre que en la contractació col·lectiva no acostuma a haver-n'hi. Per altra banda, en un context d'assegurança voluntària duplicada, la selecció adversa està atenuada. A més a més, convé tenir en compte els canvis que s'estan produint sobre l'accés a informació genètica i com això té impacte en el risc que es cobreix. Des de la vessant de protecció del consumidor caldrà vetllar per evitar discriminació i alhora comportament oportunista.

Després del contracte, l'usuari pot tenir dificultats per conèixer i comprendre les condicions del contracte. Hi pot haver incertesa sobre si un servei està o no cobert i amb quines

“La regulació hauria d’evitar que la relació entre un lloc de treball i el contracte d’assegurança de salut representés una limitació addicional a la flexibilitat en el mercat de treball”

condicions, perquè només quan apareix determinada malaltia hom s’adona de les prestacions necessàries.

En la mesura que el contracte d’assegurança esdevé un servei de subscripció i, per tant, un contracte a llarg termini, cal tutelar els problemes d’accés fruit de determinades decisions ocasionals de les asseguradores (augment de preus i canvis de cobertures). Cal trobar mecanismes que protegeixin el consumidor en el temps.

Un altre element que s’ha tenir en compte per protegir el consumidor és que cal maximitzar la proporció de la prima dedicada a despeses assistencials i a una assistència sanitària de qualitat. Els costos comercials i administratius no haurien de ser una part excessiva en el cost de les primes. Actualment, el conjunt del sector es troba en un 80 % de sinistralitat, 12 % de despeses i 8 % de resultat tècnic⁴. En el cas nord-americà, la llei *Affordable Care Act* assenyalava precisament que la ràtio de despeses en prestacions assistencials acceptable és del 80 %.

Els **preus** per a la contractació col·lectiva i per a la contractació individual acostumen a ser força diferents en l’actualitat. El diferencial pot ser notable a favor de la contractació col·lectiva. La contractació individual pot arribar a un preu un 40 % superior. L’argument que justifica la diferència es troba en els menors costos comercials de la contractació col·lectiva, ja que cal tenir present que la sinistralitat és sempre individual i, per tant, serà equivalent i independent de la contractació. La regulació de preus esdevé una qüestió controvertida i, d’aquesta manera, requeriria una anàlisi detallada. En qualsevol cas, si el diferencial entre contractació individual i col·lectiva és tan gran, cal pensar que hi ha subsidiació creuada i

el regulador hauria de valorar si cal protegir el consumidor individual. Per exemple, hi ha altres entorns on això s’ha fet efectiu. En el cas dels plans de jubilació s’ha establert una limitació de preus per llei, on les comissions no poden superar per exemple l’1,5 % en el cas màxim (fons de renda variable).

La regulació hauria d’evitar que la relació entre un lloc de treball i el contracte d’assegurança de salut representés una limitació addicional a la flexibilitat en el mercat de treball (qüestió que es coneix com *job-lock*). La resposta a aquesta qüestió en alguns països passa per la portabilitat del contracte.

Per tal de consultar la informació de preus, els consumidors en el moment de l’elecció utilitzen, cada vegada més, **comparadors a través d’internet**. En la mesura que convé mostrar informació equivalent, cal establir un marc on la informació no estigui esbiaixada i on els incentius siguin transparents.

L’exercici de la capacitat d’elecció requereix l’accés a informació comparable. Més enllà del desenvolupament genèric de productes per part de les asseguradores, l’existència d’un conjunt certificat de prestacions per part de l’autoritat reguladora en facilitaria la comparació.

La **renovació garantida del contracte** anual d’assegurança, juntament amb unes certes condicions restrictives sobre l’actualització de les primes, podria contribuir a reduir els problemes de selecció de riscos. Els guanys assolits amb el criteri de renovació garantida poden quedar minvats en el cas que certes persones puguin experimentar un elevat increment de la seva prima en funció del seu risc (Patel, 2003). Per tant, la renovació garantida ha d’acompanyar-se amb un increment màxim de la prima corresponent al risc de tota la població assegurada.

El producte certificat d’assegurança voluntària

En un mercat on hi ha dificultats d’informació notables i alhora s’afegeixen biaixos en la decisió que han estat prou contrastats per l’economia del comportament, la posició del regulador ha de ser proactiva. Ha d’esforçar-se a dissenyar un mercat on es minimitzin les pèrdues per als consumidors que comporten tot el conjunt de desajustos esmentats.

En un context de lliure mercat convé assenyalar que oferta i demanda sorgeixen de decisions autònomes de consumidors i empreses. Actualment, les decisions de contractació col·lectiva s’afavoreixen fiscalment, mentre que les individu-

4 https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1099983.

als, no, i, per tant, la fiscalitat distorsiona aquestes decisions autònomes alhora que discrimina entre consumidors. En lloc d'eliminar aquesta discriminació i promoure un tractament equivalent, el que caldria seria una reflexió en profunditat sobre la regulació d'aquest mercat tenint en compte el que s'ha fet en d'altres, com ara els plans de pensions.

Barr i Diamond (2010), per exemple, consideren, per als plans de pensions, que cal mantenir les opcions d'elecció senzilles (donar només opcions limitades és una característica de disseny fonamentada i beneficiosa), i que cal assolir costos administratius baixos desvinculant les funcions d'administració (per exemple, la gestió de les inscripcions, que hauria de ser centralitzada) de la gestió. Consideren que cal simplificar l'elecció i promoure una opció per defecte.

És precisament aquesta opció per defecte o pòlissa d'assegurança voluntària certificada la que permetria impulsar una competència més satisfactòria. Per assolir-ho caldria considerar les prestacions i la cobertura, els preus, l'accés a la informació i el context de desgravació fiscal.

Convé assenyalar que, més enllà del mercat relatiu al producte certificat que donaria lloc a desgravació fiscal, poden haver-hi altres productes asseguradors no certificats que no disposarien d'aquest tractament fiscal favorable.

En relació amb les prestacions del producte certificat, hi hauria un llistat de prestacions essencials homogeni a totes les pòlisses, així com de períodes de carència equivalents. Una de les fórmules utilitzades amb més freqüència en la selecció de risc és l'establiment d'un període de carència i d'exclusions relacionades amb condicions preexistents. Els criteris de període de carència i exclusions haurien de ser els mateixos per a totes les asseguradores en el cas del producte certificat.

El producte certificat seria d'accés mitjançant quadre mèdic i, per tant, no es produiria pagament directe als proveïdors per part dels pacients; hi hauria contracte entre asseguradora i proveïdor. Caldria una estratègia compartida per a l'establiment de sistemes de pagament homogenis entre les asseguradores i els proveïdors que reduiria els costos administratius i promouria els incentius a la coordinació assistencial.

El preu de la pòlissa es configura a partir de dues parts: la despesa sanitària i la d'administració. La despesa sanitària s'hauria

de situar, per exemple, en el 80 % de la prima anual. En la mesura que una companyia vulgui continuar oferint el producte certificat, cal que satisfaci aquesta ràtio, altrament i en una revisió al cap de tres anys, per exemple, pot ser exclosa de la certificació. En la mesura que la despesa sanitària és individual i que cal evitar subsidiació creuada entre consumidors, les ofertes sobre el preu del producte certificat no serien possibles.

La decisió sobre elecció del producte certificat es produiria en el marc d'una plataforma d'informació comparable, on hi hauria preus, prestacions, quadre mèdic i condicions de les diverses opcions. Per tal de poder fer l'acurada supervisió del producte bàsic, la plataforma seria supervisada per l'autoritat reguladora.

La informació sanitària generada seria objecte d'especial atenció en aquest producte i seria propietat del pacient. La integració de dades en la carpeta individual del pacient hauria de fer possible agregar informació provinent de la cobertura pública i de la privada (per exemple, en l'app La Meva Salut). I, alhora, d'aquesta manera s'optimitzaria un accés eficient a la informació per part dels decisors clínics.

Per tal d'incrementar els incentius de les asseguradores a oferir aquest producte certificat i als consumidors a adquirir-lo, s'establiria **desgravació fiscal**, que sempre s'atorgaria amb caràcter individual amb un percentatge i un topall màxim en valor absolut, operant de manera individual sempre a través de l'IRPF.

En termes regulatoris, caldria obrir una nova sub branca asseguradora dins les assegurances de salut que permetés fer un seguiment específic i diferenciat de l'assistència sanitària i el rescabament de despeses. Sols així seria possible contrastar algun dels elements clau esbossats anteriorment.

Comentaris finals

La regulació de les assegurances de salut s'ha d'integrar en un context específic de la regulació de les assegurances en termes generals. Les singularitats d'aquest mercat obliguen a considerar diversos aspectes concrets relatius a la protecció dels consumidors, més enllà de la regulació prudencial i financera convencional. **L'autoritat reguladora és la responsable de dur a terme efectivament l'activitat de supervisió, inspecció i sanció** a fi que es garanteixi la competència en el mercat, la protecció dels consumidors i de la qualitat de servei. Les **entitats** que presten serveis d'assegurança de salut han

de **disposar de llicència** per operar d'acord amb els criteris establerts per la regulació financera convencional.

La singularitat de les decisions d'elecció d'assegurança de salut requereix atendre detalls específics. Per això, la creació d'un **producte** certificat amb prestacions homogènies esdevé clau. Aquest seria un producte certificat per l'autoritat reguladora i es comercialitzaria a través d'una plataforma que en facilités la comparació. En aquest context el contracte d'assegurança ha de ser de **base individual** i donaria l'opció a desgravació fiscal en l'IRPF.

L'assoliment d'un mercat més eficient en les assegurances voluntàries de salut obliga també a tenir en compte el mercat de la provisió de serveis. La capacitat d'elecció de proveïdor disminueix per al consumidor final quan hi ha una concentració excessiva. En aquest sentit, la concentració recent al mercat ha estat objecte d'anàlisi en relació amb el seu impacte en els preus per part de l'Autoritat catalana de la competència⁵. Malgrat els informes, la concentració ja s'ha produït i és especialment rellevant a la ciutat de Barcelona.

L'assegurança voluntària a Catalunya cobreix un volum de població notable, possiblement és l'assegurança duplicada amb més implantació a Europa (Sagan i Thomson, 2016). Atesa la seva importància, el regulador té l'opció de considerar el conjunt de desajustos del mercat mostrats en aquest article i actuar, o, per altra banda, deixar-ho de banda i que el seu impacte augmenti en el temps. Per ara, sabem que ha optat per la segona opció. Essent un bé tan valorat individualment com la salut, convindria poder donar una resposta satisfactòria a la ciutadania. ■

Referències

- Barr, N.; Diamond, P.; Engel, E.** (2010). "Reforming Pensions: Lessons from Economic Theory and Some Policy Directions [with Comment]". *Economia*, 11(1), 1-23.
- Brunner, G.; Gottret, P.; Hansl, B.; Kalavakonda, V.; Nagpal, S.; Tapay, N.** (2012). *Private voluntary health insurance: Consumer protection and prudential regulation*. The World Bank.
- Colombo, F.; N. Tapay.** (2004). *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Health Working Paper No. 15. Paris: OECD.
- Chandra, A.; Handel, B.; Schwartzstein, J.** (2019). "Behavioral economics and health-care Markets". A: Bernheim, B. D., DellaVigna, S. i Laibson, D. *Handbook of Behavioral Economics-Foundations and Applications 2*. Elsevier.
- Fuenzalida-Puelma, H.; Gottret, P.; Nagpal, E.; Tapay, N.** (2013), "Regulatory and supervisory challenges", capítol dins *Scaling up affordable health Insurance*, A.S. Preker, M.E. Lindner, D. Chernichovsky i O.P. Schellekens (ed.); World Bank, 2013.
- IDIS (2018)**. *Barómetro de la sanidad privada 2017*. Madrid.
- Kunreuther, H.C.; Pauly, M.V.; McMorro, S.** (2013). *Insurance and behavioral economics: Improving decisions in the most misunderstood industry*. Cambridge University Press.
- Patel, V.; Pauly, M.V.** (2002). "Guaranteed Renewability And The Problem Of Risk Variation In Individual Health Insurance Markets". *Health Affairs*, 21(Suppl1), W280-W289.
- Sagan, A.; Thomson, S.** (2016). *Voluntary Health Insurance in Europe: Role and Regulation: Health Policy Series* (No. 43). World Health Organization.

5 http://acco.gencat.cat/ca/detall/noticia/20190520_estudi_hospitals_2.