

**Marta Borda**

Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu

## **UBEZPIECZENIE JAKO METODA FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA**

### **1. Wstęp**

Użyteczność ubezpieczeń zdrowotnych polega na pokryciu finansowych skutków realizacji ryzyka choroby (utraty zdrowia), przy czym ryzyko to może być rozpatrywane w dwóch aspektach (por. [5, s. 203]):

- 1) uszczerbku na zdrowiu i związanych z tym kosztami usług medycznych,
- 2) przejściowej niemożności wykonywania pracy i związanego z tym braku wynagrodzenia lub dochodu w okresie choroby.

Ubezpieczenie zdrowotne rozumiane jako metoda finansowania ochrony zdrowia dotyczy pierwszego z wymienionych aspektów ryzyka choroby. Ubezpieczenie to ma na celu ochronę ubezpieczonych przed nieprzewidzianymi, często wysokimi wydatkami na opiekę medyczną, a także zapewnienie dostępu do świadczeń medycznych i profilaktycznych. Tym samym ubezpieczenie zdrowotne przyczynia się do osiągnięcia celu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, który można określić jako zaspokojenie potrzeb zdrowotnych jego uczestników.

Celem niniejszego opracowania jest charakterystyka ubezpieczeniowej metody finansowania świadczeń zdrowotnych, która znajduje zastosowanie zarówno w bazowej części współczesnych systemów ochrony zdrowia (obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne), jak również w formie dobrowolnych produktów ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze uzupełniającym, wzbogacającym lub rzadziej zastępującym publiczną opiekę zdrowotną.

## 2. Metoda ubezpieczeniowa w bazowej części systemu ochrony zdrowia

Ze względu na szczególną wartość zdrowia ludzkiego cechą wspólną współczesnych systemów ochrony zdrowia jest przyjęcie, w części bazowej systemu, zasady solidaryzmu i współodpowiedzialności wszystkich uczestników za finansowanie wydatków zdrowotnych z budżetu państwa (metoda zaopatrzeniowa) lub poprzez powszechne, obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne [2, s. 28]. Rozwiązania stosowane w bazowej części systemu ochrony zdrowia mają znaczenie pierwszorzędne, ponieważ przynależność do tej części powinna zapewniać wszystkim uczestnikom dostęp do tzw. koszyka gwarantowanych świadczeń medycznych, bez względu na sytuację materialną poszczególnych osób. Finansowanie bazowej (publicznej) części systemów ochrony zdrowia nabiera szczególnego znaczenia z powodu systematycznego wzrostu wydatków zdrowotnych, obserwowanego w wielu krajach, a także dominacji publicznych źródeł finansowania tych wydatków.

W tabeli 1 zaprezentowano podstawowe charakterystyki całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w wybranych krajach europejskich w latach 2000 i 2004.

Tabela 1. Wydatki na ochronę zdrowia w wybranych krajach europejskich

Kraj	Wydatki całkowite na ochronę zdrowia <i>per capita</i> (w USD, według PPP)			Udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB (w %)	
	2000	2004	dynamika (2000=100)	2000	2004
Austria	2170	2365	108,99	7,5	7,5
Belgia	2282	2922	128,05	8,5	9,3
Bułgaria	381	635	166,67	6,2	7,7
Chorwacja	829	897	108,20	9,3	7,9
Czechy	962	1333	138,56	6,6	7,2
Dania	2381	2838	119,19	8,4	9,0
Estonia	531	776	146,14	5,5	5,5
Finlandia	1716	2275	132,58	6,6	7,5
Francja	2469	3016	122,15	9,3	10,0
Grecja	1628	2106	129,36	9,9	9,8
Hiszpania	1529	1908	124,79	7,4	7,8
Irlandia	1800	2619	145,50	6,2	7,2
Litwa	557	816	146,50	6,5	6,5
Niemcy	2674	3052	114,14	10,6	10,9
Norwegia	3082	3862	125,31	8,5	9,9
Polska	587	810	137,99	5,7	6,4
Rumunia	386	566	146,63	5,4	5,7
Słowacja	597	829	138,86	5,5	5,8
Szwecja	2273	2875	126,48	8,4	9,5
Szwajcaria	3177	3954	124,46	10,4	11,6
Wielka Brytania	1840	2531	137,55	7,3	8,1
Włochy	2044	2424	118,59	8,1	8,7

Źródło: [7] oraz obliczenia własne na tej podstawie.

Całkowite wydatki na ochronę zdrowia obejmują wydatki ze źródeł publicznych na opiekę zdrowotną, a także prywatne wydatki, które można podzielić na: wydatki gotówkowe (bieżące, *out-of-pocket*) gospodarstw domowych na zakup usług medycznych, różnego rodzaju opłaty i dopłaty do świadczeń zawartych w pakiecie publicznym oraz wydatki gospodarstw domowych i przedsiębiorstw o charakterze „przedpłat” (*prepaid plans*), w tym: dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, abonymenty zdrowotne (por. [4, s. 76-77]). Wśród analizowanych krajów widoczne jest bardzo duże zróżnicowanie poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych. Zjawisko to wynika głównie z różnic dotyczących stopnia rozwoju gospodarczego poszczególnych krajów oraz polityki prowadzonej w zakresie ochrony zdrowia. Wzrost całkowitych wydatków na ochronę zdrowia jest zauważalny w odniesieniu do wszystkich państw objętych badaniem. Tendencja ta stała się w ostatnich latach problemem na skalę światową. Jako główne przyczyny wzrostu tych wydatków wymienić można: wzrost kosztów świadczeń medycznych, procesy demograficzne (starzenie się społeczeństw) pociągające za sobą zwiększoną konsumpcję usług medycznych, rozwój nowoczesnych technologii wykorzystywanych w medycynie, a także nieefektywne metody rozliczeń ze świadczeniodawcami. W grupie badanych krajów najwyższe wskaźniki dynamiki wydatków zdrowotnych odnotowały: Bułgaria (przyrost o 66,67% w roku 2004 w stosunku do roku 2000), Rumunia (46,63%), Litwa (46,5%) oraz Estonia (46,14%). Stosunkowo niski wzrost wydatków można zauważyć w przypadku Chorwacji (8,2%) i Austrii (8,99%). Udział wydatków na opiekę zdrowotną w PKB poszczególnych krajów na ogół stopniowo rośnie, co wskazuje na szybsze tempo wzrostu tych wydatków niż tempo wzrostu PKB, lub pozostaje na stabilnym poziomie. Zdecydowanie największym udziałem wydatków zdrowotnych w PKB charakteryzuje się Szwajcaria (w 2004 r. wskaźnik ten wyniósł aż 11,6%).

Jak już wcześniej wspomniano, głównym źródłem finansowania wydatków na ochronę zdrowia są środki publiczne (tab. 2).

W większości krajów środki te pokrywają ok. 70-90% wydatków na zdrowie, przy czym największe wskaźniki udziału tych środków w roku 2004 odnotowano w: Czechach (90,7%), Wielkiej Brytanii (85,9%), Szwecji (85,4%), Norwegii (83,8%) i Chorwacji (83%). Stosunkowo niski, nieprzekraczający 60%, udział środków publicznych w finansowaniu świadczeń zdrowotnych jest widoczny w przypadku: Grecji, Szwajcarii, Bułgarii i Rumunii. Towarzyszy temu zdecydowanie większe niż w pozostałych krajach zaangażowanie środków prywatnych, pochodzących z kieszeni pacjenta, w finansowanie ochrony zdrowia. Przykładowo, w Grecji w roku 2004 aż 46% całkowitych wydatków zdrowotnych stanowiły wydatki gotówkowe gospodarstw domowych.

Należy wspomnieć, że w literaturze przedmiotu (por. m.in. [2; 3; 6]) opisywane są tradycyjne modele (wzorce) systemów ochrony zdrowia<sup>1</sup>, niemniej jednak roz-

---

<sup>1</sup> Należą do nich: model ubezpieczeniowy Bismarcka, model narodowej służby zdrowia Beveridge'a, model rezydualny (wolnorynkowy) i model zaopatrzeniowy Siemaszki.

wiązania te nie występują w praktyce w czystej postaci. W rzeczywistości współczesne systemy ochrony zdrowia funkcjonują najczęściej jako systemy mieszane z dominacją ubezpieczeniowej (składki na ubezpieczenie powszechne) lub zaopatrzeniowej (podatki ogólne) metody finansowania.

Tabela 2. Wybrane źródła finansowania wydatków na ochronę zdrowia

Kraj	Udział środków publicznych w finansowaniu ochrony zdrowia (w %)		Udział środków prywatnych typu <i>out-of-pocket</i> w finansowaniu ochrony zdrowia (w %)	
	2000	2004	2000	2004
Austria	68,1	67,6	20,4	19,2
Belgia	69,3	70,9	24,6	21,5
Bułgaria	59,2	55,8	40,4	43,5
Chorwacja	86,8	83,0	13,2	17,0
Czechy	91,4	90,7	8,6	8,6
Dania	82,4	82,6	16,0	16,1
Estonia	77,5	76,0	19,9	21,3
Finlandia	75,1	76,8	20,4	19,0
Francja	75,8	76,5	10,5	10,1
Grecja	52,6	51,7	44,9	46,0
Hiszpania	71,6	71,9	23,6	23,3
Irlandia	73,9	78,5	13,6	13,6
Litwa	69,7	75,4	26,1	24,2
Niemcy	78,6	78,1	10,6	10,5
Norwegia	82,5	83,8	16,7	15,5
Polska	70,0	70,0	30,0	26,2
Rumunia	65,5	59,6	31,7	36,3
Słowacja	89,4	88	10,6	12,0
Szwecja	84,9	85,4	13,8	13,4
Szwajcaria	55,6	58,4	32,9	31,9
Wielka Brytania	80,9	85,9	10,5	10,8
Włochy	73,5	76,4	22,8	19,6

Źródło: [7].

Ubezpieczeniowa metoda finansowania ochrony zdrowia wywodzi się z modelu Bismarcka, zwanego również modelem publicznych ubezpieczeń zdrowotnych. W podejściu tym finansowanie usług medycznych oparte jest na najczęściej obowiązkowych składkach ubezpieczeniowych płaconych przez pracowników i pracodawców. Funduszami powstałymi ze zgromadzonych składek zarządzają niezależne od państwa instytucje ubezpieczeniowe typu kasy chorych, które pełnią rolę płatnika świadczeń medycznych. Państwo koordynuje organizację systemu poprzez tworzenie odpowiednich regulacji prawnych. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na istotne różnice występujące przy zastosowaniu metody ubezpieczeniowej w bazowej części systemu ochrony zdrowia (ubezpieczenie społeczne) oraz w formie dobrowolnych produktów ubezpieczeń zdrowotnych (ubezpieczenie gospodarcze). Chociaż w obu przypadkach istotą ubezpieczenia jest repartycja finansowego cięż-

żaru realizacji ryzyka na wspólnotę ubezpieczonych, to sposób tego finansowania jest różny. W bazowej części systemu ochrony zdrowia funkcjonowanie funduszu ubezpieczeniowego jest zgodne z zasadą solidarności społecznej, polegającą na rozłożeniu ryzyka choroby na wszystkie osoby ubezpieczone, bez względu na indywidualne uwarunkowania. Wysokość składki obliczana jest od dochodu, a nie, jak ma to miejsce w przypadku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, na podstawie oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W efekcie ludzie bogaci, a nie bardziej narażeni na ryzyko, w większym stopniu niż osoby biedne tworzą zasoby funduszu ubezpieczeniowego. Ze względu na bieżący sposób finansowania świadczeń, przyjęty na ogół w społecznym ubezpieczeniu zdrowotnym, oraz wzrost wydatków zdrowotnych z wiekiem część składek płaconych przez osoby młodsze przeznaczona jest na pokrycie kosztów leczenia osób starszych. Ponadto w społecznym ubezpieczeniu zdrowotnym występują odstępstwa od zasady opłacania adekwatnej składki często usprawiedliwane odwoływaniem się do solidaryzmu społecznego [5, s. 210]. Można więc stwierdzić, że metoda ubezpieczeniowa stosowana w bazowej części systemu to ubezpieczenie *sensu largo*, natomiast w dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych – ubezpieczenie *sensu stricto*.

Do państw europejskich, w których finansowanie systemu ochrony zdrowia (w części bazowej) od dawna odbywa się na podstawie metody ubezpieczeniowej, należą: Niemcy, Austria, Belgia, Holandia, Francja, Szwajcaria. W ostatnich kilkunastu latach obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne zostały również wprowadzone w krajach Europy Środkowej i Wschodniej (Estonia, Czechy, Słowacja, Polska, Litwa, Bułgaria, Rumunia, Węgry), w których w związku z transformacją ustrojową przyjęto rozwiązania ubezpieczeniowe w zakresie finansowania publicznej ochrony zdrowia. Warto zaznaczyć, że w przypadku krajów o systemie ubezpieczeniowym powszechnie stosowane są oficjalne dopłaty ze strony pacjentów do określonych usług medycznych (np. usług dentystycznych) i lekarstw, a poza tym niektóre świadczenia medyczne nie podlegają w ogóle refundacji.

Z kolei do państw, w których funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia bazuje na metodzie zaopatrzeniowej, można zaliczyć: Wielką Brytanię, Danię, Finlandię, Szwecję, Norwegię, Irlandię, Portugalię, Grecję, Hiszpanię, Włochy. Przy zastosowaniu metody zaopatrzeniowej wszyscy obywatele uprawnieni są do korzystania z powszechnie dostępnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z podatków zasilających budżet państwa. W krajach tych, reprezentujących często model państwa opiekuńczego, pojawiają się obawy związane ze wzrastającym zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne ze względu na ich powszechną dostępność i nieodpłatność w momencie korzystania, co prowadzi do zbyt szybkiego wzrostu kosztów opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W większości krajów wymienionych w tej grupie stosowane są dopłaty ze strony pacjenta, często w zryczałtowanej wysokości.

### 3. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne

Rozwiązania przyjęte w publicznej części systemu ochrony zdrowia determinują możliwości funkcjonowania dobrowolnych, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. W praktyce prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą występować jako (por. [1, s. 68; 6, s. 390-393; 5, s. 213]):

- ubezpieczenia substytucyjne (alternatywne, zastępcze) – w sytuacji, gdy możliwa jest rezygnacja z uczestnictwa w bazowej części systemu, pod warunkiem wykupienia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego zapewniającego co najmniej taki sam standard zabezpieczenia; rozwiązanie to dostępne jest np. w Niemczech i Holandii i zależy od spełnienia dodatkowych kryteriów dotyczących poziomu dochodu, charakteru zatrudnienia lub rodzaju wykonywanego zawodu,

- ubezpieczenia komplementarne (uzupełniające) – których celem jest „wypełnienie luk” w niepełnym zakresie ochrony zapewnianej w ramach bazowej części systemu, tzn. pokrycie kosztów świadczeń w całości lub częściowo wyłączonych z refundacji w ramach publicznego pakietu świadczeń zdrowotnych,

- ubezpieczenia suplementarne (wzbogacające, dodatkowe lub duplikujące) – które zapewniają wyższy standard świadczonych usług medycznych niż ten gwarantowany w ramach bazowej części systemu, a także szybki dostęp do świadczeń, w których występują okresy wyczekiwania (np. operacje chirurgiczne); niemniej jednak w tym przypadku mamy do czynienia niejako z podwójnym finansowaniem świadczeń medycznych (składka obowiązkowa lub podatki w ramach bazowej części systemu oraz składka na dobrowolne prywatne ubezpieczenie zdrowotne).

W większości krajów europejskich dominują prywatne ubezpieczenia zdrowotne o charakterze komplementarnym i dodatkowym, niemniej jednak odsetek ludności korzystających z tego rodzaju usług ubezpieczeniowych jest zróżnicowany (tab. 3). Co ciekawe, w krajach tych rozwój dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych na ogół nie jest silnie wspierany przez przywileje podatkowe, ponieważ, jak pokazują wyniki przeprowadzonych badań, istnieje niewielki wpływ zachęt podatkowych na korzystanie z tego typu ubezpieczeń [6, s. 390]. Jedynie w Portugalii i Irlandii stosowane są silne instrumenty fiskalne wspierające rynek ubezpieczeń zdrowotnych.

Popularność prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wynika też w znacznym stopniu z tradycji obejmowania różnych grup zawodowych tymi ubezpieczeniami. Przykładowo w Hiszpanii istotny udział w rynku mają ubezpieczenia zdrowotne skierowane do pracowników sektora publicznego (urzędników, wojskowych, pracowników wymiaru sprawiedliwości), prowadzone przez powołane specjalnie w tym celu towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Ubezpieczenia zdrowotne oparte na zasadzie wzajemności od wielu lat odgrywają ważną rolę we francuskim i w belgijskim systemie ochrony zdrowia (szerzej w [3]).

W Polsce dobrowolne, prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą być oferowane zarówno przez zakłady ubezpieczeń na życie (ubezpieczenia zdrowotne uzupełniające umowę ubezpieczenia na życie), jak i zakłady ubezpieczeń działu II (samo-

dzielne produkty ubezpieczeniowe). W tabeli 4 przedstawiono udział ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych odpowiednio w ubezpieczeniach działu I i działu II, mierzony wielkością składki przypisanej brutto.

Tabela 3. Odsetek ludności posiadającej prywatne ubezpieczenie zdrowotne w wybranych krajach europejskich w 2000 r.

Kraj	Ludność posiadająca prywatne ubezpieczenie zdrowotne (w %)	Charakter prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych
Austria	0,1 31,8	substytucyjne uzupełniające, dodatkowe
Belgia	57,5	substytucyjne, uzupełniające, dodatkowe
Francja	92	uzupełniające, dodatkowe
Grecja	10	duplikujące, dodatkowe
Irlandia	43,8	duplikujące, uzupełniające, dodatkowe
Niemcy	9,1 9,1	substytucyjne uzupełniające, dodatkowe
Polska	nieokreślona	dodatkowe
Portugalia	nieokreślona	dodatkowe
Szwecja	nieokreślona	uzupełniające, dodatkowe
Wielka Brytania	10	duplikujące, dodatkowe
Włochy	15,6	duplikujące, uzupełniające, dodatkowe

Źródło: [4, s. 78-79].

Tabela 4. Udział ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych w składce przypisanej brutto odpowiednio działu I lub działu II w latach 1999-2005

Rodzaj ubezpieczenia	Udział w składce przypisanej brutto odpowiednio działu I lub II (w%)						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ubezpieczeń na życie (grupa 5 działu I)	15,20	16,06	16,82	17,96	18,30	18,08	16,54
Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe (grupy 1 i 2 działu II)	5,13	5,27	5,46	5,79	5,80	5,50	5,70

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych dostępnych w [8].

Jak wynika z danych zawartych w tab. 4, rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce jest wciąż stosunkowo słabo rozwinięty. Ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe uzupełniające produkty ubezpieczeń na życie cieszą się o wiele większym zainteresowaniem niż ubezpieczenia tego typu oferowane przez firmy ubezpieczeniowe działu II, co w znacznym stopniu wynika z łatwiejszego dostępu do klienta (przy okazji zakupu ubezpieczenia na życie), a także z większej aktywności zakładów ubezpieczeń na życie w tym segmencie rynku. Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe należące do działu II stanowią zaledwie 5-6% portfela pozostałych ubezpieczeń osobowych i majątkowych. Warto dodać, że w obu przypadkach firmy ubezpieczeniowe coraz częściej konstruują produkty adresowane do

klientów grupowych. Dalszy rozwoju rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce jest uzależniony m.in. od (por. [4, s. 81-83]):

- wzrostu poziomu dochodów ludności,
- dalszego przebiegu reformy systemu publicznej ochrony zdrowia, w tym określenia koszyka gwarantowanych świadczeń medycznych,
- wzrostu świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa oraz upowszechnienia nawyku ubezpieczenia się od różnych rodzajów ryzyka zdrowotnego we własnym zakresie (poza systemem publicznym),
- poszerzenia oferty firm ubezpieczeniowych w zakresie produktów ubezpieczeń zdrowotnych zapewniających świadczenia w formie rzeczowej, w czym obecnie dominują na polskim rynku firmy abonamentowe.

#### 4. Podsumowanie

Niezależnie od metody finansowania ochrony zdrowia przyjętej w bazowej części systemu zabezpieczenia zdrowotnego zawsze pozostaje pewna część świadczeń zdrowotnych współfinansowanych lub finansowanych w całości ze środków prywatnych uczestników systemu. Tym samym przyjęta polityka państwa w zakresie finansowania ochrony zdrowia wyznacza możliwości rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, których celem może być uzupełnienie, wzbogacenie lub rzadziej zastąpienie bazowej części systemu. W Polsce, na obecnym etapie reformy publicznej opieki zdrowotnej, szans na dalszy rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych należy poszukiwać przede wszystkim w obszarze usług medycznych współfinansowanych przez pacjenta oraz usług o utrudnionym dostępie (okresy wyczekiwania). W praktyce najważniejszymi barierami hamującymi wzrost zainteresowania produktami ubezpieczeń zdrowotnych są: wysokość składki, ograniczenie dostępności usług medycznych do listy konkretnych świadczeniodawców współpracujących z zakładem ubezpieczeń, a także niejednoznaczne i często niezrozumiałe dla klienta sformułowanie zakresu ochrony ubezpieczeniowej.

#### Literatura

- [1] Grzebieluch J., Kuriata E., Felińczak A., *Rola dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach Unii Europejskiej i na świecie*, [w:] *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*, red. B. Samoliński, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2006.
- [2] Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2004.
- [3] Rutkowska M., *Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Społeczne aspekty funkcjonowania w ubezpieczeniach zdrowotnych*, PWN, Warszawa 2006.



- [4] Sobczak A., *Uwarunkowania rozwoju dobrowolnych/prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce na tle doświadczeń krajów Unii Europejskiej*, [w:] *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*, red. B. Samoliński, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2006.
- [5] Szumlicz T., *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*. Oficyna Wydawnicza „Branta”, Bydgoszcz-Warszawa 2005.
- [6] *Ubezpieczenia w Unii Europejskiej*, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2003.
- [7] WHO European Health for All Database (HFA-DB), <http://data.euro.who.int>.
- [8] [www.knf.gov.pl](http://www.knf.gov.pl).

## **INSURANCE AS A METHOD OF HEALTH CARE FINANCING**

### **Summary**

Health insurance is considered to be one of the most popular methods of health care financing used in the contemporary health care systems. It allows to transfer sickness risk (an aspect of sickness risk resulting in medical expenses) from the individual to the group in return for paying the insurance premium. The paper deals with problems concerning health insurance used in the basic part of health care systems (usually obligatory health insurance) and in the form of voluntary health insurance products supplementing or improving (seldom substituting) the public health care services. It is important to underline the specific differences between these two kinds of health insurance, noticeable particularly in the method of distribution of the financial loss resulted from risk as well as in the calculation of the insurance premium and the way of its paying.