

Marcin Kawiński

Biuro Rzecznika Ubezpieczonych

MOŻLIWOŚCI STOSOWANIA UBEZPIECZENIA DO FINANSOWANIA SKUTKÓW RYZYKA CHOROBY

1. Wstęp

Celem tego opracowania jest wskazanie uwarunkowań i potencjalnych problemów związanych ze stosowaniem ubezpieczeń o cechach zarówno publicznych, jak i prywatnych¹ w powszechnym systemie ochrony zdrowia. Podstawowe problemy wynikają z ekonomicznych konsekwencji przyjętych rozstrzygnięć etycznych [18, s. 108]. Fundamentalne znaczenie ma tutaj przyjęta koncepcja równości, która może być definiowana na różne sposoby i dotyczyć różnych sfer [25, s. 7 i nast.]. Wynikają z tego utrudnienia w stosowaniu zasad ubezpieczeniowych, co może poważnie ograniczyć zasadność stosowania ubezpieczeń.

Zarządzanie ryzykiem choroby w kontekście finansowania jego skutków jest złożonym procesem. W ramach powszechnego systemu ochrony zdrowia mogą funkcjonować podmioty zarówno publiczne, jak i prywatne. Stosują one różne formy finansowania oraz posiadają odmienne możliwości oddziaływania na skutki ryzyka choroby, dlatego programy zarządzania ryzykiem mogą być wewnętrznie niejednolite.

Wiele systemów ochrony zdrowia funkcjonuje na świecie pod nazwą „ubezpieczenie”. Należy jednak zwrócić uwagę na błędne utożsamianie rozpraszania ryzyka (*pooling of risk*) z metodą ubezpieczenia [8]. Nazywanie ubezpieczeniami rozwiązań

¹ „Ubezpieczenie publiczne to urządzenie gospodarcze inicjowane i organizowane przez państwo, które kompensuje straty, finansując je z funduszy publicznych”. „Ubezpieczenia prywatne to urządzenia gospodarcze inicjowane i organizowane przez jednostki prywatne, które kompensują straty, finansując je z funduszy prywatnych.” Rozróżnienie na ubezpieczenia publiczne jest konstrukcją modelową, to znaczy, że w praktyce występują rozwiązania pośrednie [14].

o charakterze zaopatrzeniowym, finansowanych z podatków może prowadzić do licznych nieporozumień. Mniej kontrowersji budzi termin „społeczne ubezpieczenie zdrowotne” (*social health insurance*), aczkolwiek w zasadzie jedynym ubezpieczeniowym elementem w tym rozwiązaniu jest to, że świadczenie jest należne tylko dla tych, którzy opłacili składkę do wyodrębnionego funduszu [24, s. 4-8]².

2. „Ubezpieczalność” ryzyka choroby – kryteria oceny

W ubezpieczeniach ryzyko definiuje się jako zagrożenie zdarzeniem, którego wystąpienie może spowodować stratę w zasobach lub utratę spodziewanych korzyści [28, s. 75]. Jednym z podstawowych warunków zastosowania rozwiązań ubezpieczeniowych jest tzw. ubezpieczalność ryzyka (tj. możliwość i celowość zastosowania techniki ubezpieczeniowej)³. Ryzyko takie powinno być czyste, losowe, przewidywalne, mieć wymiar finansowy, realizacja ryzyka powinna zaś dotyczyć tylko niewielkiej części ubezpieczonych [21, s. 132-133; 17, s. 15-16; 23, s. 22-23]. Zakresy warunków określających ubezpieczalność podawane w literaturze przedmiotu są dość podobne, występują natomiast różnice w akcentowaniu poszczególnych warunków [30, s. 233]. Warto zauważyć, że cechy ubezpieczalności bardzo często są odnoszone nie do ryzyka, ale do zdarzenia losowego [21, s. 15-16; 30, s. 233].

Analizując „ubezpieczalność” ryzyka choroby, należy zauważyć, że powszechne systemy ochrony zdrowia podlegają specjalnemu reżimowi. Dlatego rozwiązania stosowane w praktyce mogą znacznie się różnić od podejścia modelowego, sam termin „ubezpieczenie” ma zaś czasami znaczenie czysto umowne [24, s. 5]. Ubezpieczenie jest urzeczywistnieniem idei solidaryzmu, jednak w przypadku ryzyka choroby zakres redystrybucji pionowej lub ubezpieczenia pośredniego może budzić wątpliwości co do adekwatności stosowania tej nazwy. Nie jest to bynajmniej jedynie kwestia semantyczna bez większego znaczenia dla praktyki. Ryzyko choroby jest wyjątkowe w kontekście potrzeb i oczekiwań społecznych, choć nie należy zapominać, że stosowanie zasad ubezpieczeniowych wynika z akceptacji konsekwencji wynikających z ich implementacji⁴. Wykorzystując podejście modelowe,

² Tym bardziej może dziwić fakt zaliczenia przez S. Golinowską brytyjskiego systemu *National Health Service* do społecznych ubezpieczeń zdrowotnych [11, s. 275].

³ Słusznie T. Szumlicz zauważa, że należy odróżniać ryzyko ubezpieczalne od szerszego pojęcia ryzyka ubezpieczeniowego [28, s. 74]. Zakład ubezpieczeń może bowiem objąć ochroną ubezpieczeniową również ryzyko nieubezpieczalne, rezygnując z wykorzystania mechanizmu wspólnoty ryzyka na rzecz innych rozwiązań (np. wykorzystanie istniejących na rynku finansowym instrumentów pochodnych).

⁴ Na przykład nazwa „społeczne ubezpieczenie zdrowotne” ma bardziej uzasadnienie ideologiczne aniżeli ekonomiczne [23, s. 4-8]. Czysta metoda ubezpieczeniowa mogłaby się okazać zbyt restrykcyjna, natomiast metoda zaopatrzeniowa bez ograniczeń w dostępie – zbyt łagodna z punktu widzenia hazardu moralnego.

posługując się cechami poszczególnych aspektów ryzyka choroby, można wskazać większą lub mniejszą zasadność użycia metody ubezpieczenia.

Ryzyko powinno być czyste. Ryzyko czyste może spowodować stratę bądź może nie przynosić żadnych korzyści majątkowych [15, s. 25; 17, s. 15]. Oznacza to, że zdarzenie takie może wystąpić i potencjalnie spowodować stratę lub też nie wystąpić i nie spowodować straty. Ryzyko czyste uważane jest za „ubezpieczalne”, w odróżnieniu od ryzyka spekulatywnego [29, s. 5-6], którego ubezpieczenie może narażać wiele trudności [15, s. 26].

Ryzyko choroby jest ryzykiem czystym, którego realizacja może przynieść stratę w zasobach w wyniku czasowej niemożności świadczenia pracy oraz konieczność ponoszenia kosztów działań naprawczych.

Ryzyko powinno być losowe. Losowość ryzyka oznacza, że ubezpieczony nie ma wpływu na realizację ryzyka [23, s. 22], a więc nie wiadomo, kto poniesie stratę w wyniku realizacji ryzyka. Brak losowości występuje, gdy przyszły ubezpieczony dysponuje wysoce uprawdopodobnioną informacją o wystąpieniu straty przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub też przyczyni się w sposób świadomy do zaistnienia straty [27, s. 29]. Brak losowości ryzyka jest prawie zawsze równoznaczny z występowaniem hazardu moralnego oraz utrudnia stosowanie prawa wielkich liczb [30, s. 237-238].

Losowość oznacza również, że realizacja ryzyka nie powoduje zwiększenia prawdopodobieństwa wystąpienia kolejnego takiego zdarzenia. Korelacja ryzyka utrudnia stosowanie metody ubezpieczenia [13, s. 132] i może być uzależniona od wielu czynników społecznych, ekonomicznych oraz fizycznych. Częściowa korelacja, zwłaszcza w przypadku ryzyka o charakterze społeczno-ekonomicznym, jest czasami trudna do uniknięcia.

Zasadniczo ryzyko choroby można uznać za losowe, aczkolwiek istnieją cechy (pola) silnie determinujące występowanie zjawiska choroby. Dotyczy to zwłaszcza chorób wieku dziecięcego oraz starczego. Ponadto odrębny problem stanowi zgłaszanie zapotrzebowania na sfinansowanie fikcyjnych skutków wystąpienia ryzyka choroby imputowanych przez ubezpieczonych i usługodawców w związku z istnieniem ochrony ubezpieczeniowej.

Ryzyko powinno być przewidywalne. Przewidywalność ryzyka społecznego jest zagadnieniem dość problematycznym. Wymaga to zarówno precyzyjnych informacji na temat m.in.: przyczyn, czasu, miejsca i wielkości ryzyka (zdarzenia losowego) objętego ochroną ubezpieczeniową, jak również spełnienia wymogów prawa wielkich liczb dotyczących wielkości i cech wspólnoty ryzyka. Istotną cechą jest masowość ryzyka, co pozwala na precyzyjne określenie ryzyka oraz efektywne rozłożenie jego skutków (tj. dotyczy dużej części populacji) [17, s. 16; 30, s. 234-237]. O ile ryzyko o podłożu fizycznym, dzięki stałym mechanizmom jego realizacji oraz wieloletnim obserwacjom, można z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć, o tyle występowanie ryzyka o charakterze społeczno-ekonomicznym jest uzależnione od sytuacji gospodarczej (którą trudno przewidzieć), zmieniają-

cych się wzorców i postaw społecznych oraz odbioru społecznego prowadzonych działań [15, s. 24, 27; 7, s. 575-576]. Cechą, która ułatwia przewidywalność, jest homogeniczność ryzyka [21, s. 132]. Wskazuje się, że zbyt duża heterogeniczność ryzyka utrudnia jego precyzyjne oszacowanie [30, s. 236-237].

Przewidywalność ryzyka choroby należy rozpatrywać w trzech obszarach. Pierwszy jest związany z epidemiologią, czyli faktyczną zachorowalnością członków wspólnoty ryzyka. Pomijając zjawiska epidemii lub pandemii, można uznać, że zjawisko to może być stosunkowo dobrze rozpoznane i monitorowane. Należy jednak zwrócić uwagę, że w systemach opieki zdrowotnej zmiany w zachorowalności mogą wynikać z zakresu finansowania, tzn. z dwóch jednostek chorobowych o podobnych objawach częściej będzie rejestrowana ta o wyższej stawce refundacji.

Drugi obszar związany jest z postępowaniem medycyny oraz efektywnością systemu ochrony zdrowia. Postęp w medycynie przyczynia się znacznie do wzrostu kosztów, który wynika z objęcia leczeniem nowych jednostek chorobowych oraz zwiększenia skuteczności i kosztowności stosowanych metod leczenia. Problem ten jest szczególnie istotny przy długoterminowym planowaniu kosztów opieki medycznej. Ponadto w systemach opieki zdrowotnej występuje efekt Baumola, który polega na tym, że w niektórych gałęziach gospodarki (m.in. w służbie zdrowia) koszty rosną mimo niezmiennącej się produktywności [3, s. XV-XVIII].

Trzeci obszar dotyczy popytu na świadczenia medyczne zgłaszane przez ubezpieczonych. Popyt ten (poza zjawiskiem zachorowalności) może wynikać z zachowań zarówno pacjentów, jak i lekarzy (problem hazardu moralnego) [19, s. 64-66].

Ryzyko powinno mieć wymiar finansowy. Zgodnie z wcześniej podaną definicją ryzyka, może ono prowadzić do straty finansowej. Nie oznacza to bynajmniej, że straty mogą mieć tylko charakter materialny. Straty o charakterze niematerialnym powinny być jednak wycenione w sposób pozwalający na określenie ich wymiaru finansowego [15, s. 23].

Ryzyko choroby ma charakter finansowy, tzn. jego realizacja pociąga za sobą konieczność ponoszenia kosztów.

Realizacja ryzyka powinna dotyczyć tylko niewielkiej części ubezpieczonych. Warunek ten jest szczególnie ważny w celu zapewnienia finansowej wypłacalności ubezpieczeń [17, s. 15] oraz ich użyteczności dla ubezpieczonych [22, s. 23]. Dosyć trudno jest jednoznacznie wyznaczyć granicę możliwości stosowania ubezpieczenia, gdy duża część ubezpieczonych jest objęta wypadkiem ubezpieczeniowym. Jest to uzależnione od długości trwania umowy ubezpieczenia oraz indywidualnych preferencji ubezpieczonych, którzy mają odmienny poziom awersji do różnych typów ryzyka [21, s. 123].

Generalnie należy uznać, że ten warunek jest spełniony, jeżeli ubezpieczenie nie ma konstrukcji kohortowej. Nawet oferując szeroki zakres ubezpieczenia, można zapewnić dostateczne rozłożenie/rozproszenie ryzyka.

3. Problemy wynikające z użycia ubezpieczenia

Jednym z podstawowych problemów ubezpieczenia na wypadek choroby jest utrzymanie zasady ekwiwalentności przy jednoczesnej realizacji fundamentalnej koncepcji solidaryzmu społecznego i zapewnieniu adekwatności ochrony ubezpieczeniowej. Kluczową cechą powszechnych systemów ochrony zdrowia jest zapewnienie uniwersalnej ochrony [18, s. 99-100], która powinna m.in.:

- zapewnić szeroki dostęp do świadczeń medycznych,
- być finansowo dostępną,
- zapewnić dostęp do świadczeń osobom, których nie stać na opłacenie składki,
- być zgodna z zasadami solidaryzmu społecznego.

Szeroki dostęp do świadczeń – ze względu na możliwość nadużyć – ograniczany jest poprzez lekarza pierwszego kontaktu, który kieruje pacjentów do lekarzy specjalistów lub na dalsze badania. Innymi sposobami racjonowania jest ograniczenie liczby refundowanych zabiegów, prowadzące do powstania listy oczekujących na świadczenia, lub wprowadzenie współpłacenia za wybrane świadczenia lub usługi [10, s. 43].

Dostępność finansowa zakłada, że składka nie obciąża znacznie budżetu gospodarstwa domowego, dlatego preferowana jest procentowa składka od dochodu (*per income*), nie zaś jednakowa dla wszystkich (*per capita*) [6, s. 27]. Składka od dochodu może być ograniczona przez określenie maksymalnej podstawy wymiaru, co zmniejsza zjawisko powstawania nieakceptowanych społecznie różnic w wysokości składki [6, s. 25].

Stworzenie siatki bezpieczeństwa (*safety net*) jest bardzo istotne, rodzi jednak pytanie, do jakiego poziomu powinna sięgać. Określenie granicy jest bardzo trudne i stanowi jedno z zagadnień, które wymaga konsensu społecznego. W przypadku metody ubezpieczeniowej najbardziej kontrowersyjne jest zapewnianie świadczeń osobom, które w ogóle nie opłaciły składki, tj. bliskim ubezpieczonego (tzw. ubezpieczenie pośrednie) [28, s. 211], oraz osobom, które nie posiadają żadnych lub oficjalnych przychodów. Ponośzony jest tutaj argument solidaryzmu społecznego, zakładający wyrównanie nierówności zdrowotnych, dochodowych oraz wiekowych bez względu na możliwości sfinansowania składki [22, s. 6; 29, s. 99-101]. Solidaryzm społeczny stanowi fundament współczesnych tzw. społecznych ubezpieczeń zdrowotnych (*social health insurance*) postrzeganych jako instytucje *stricto* społeczne [24, s. 5-6]. Należy jednak zauważyć, że solidaryzm społeczny nie zawsze kojarzony jest z redystrybucją. Wprowadzenie prywatnego współpłacenia w publicznych systemach ochrony zdrowia może być uznane za utrwalanie zasady solidaryzmu społecznego w związku z podjęciem działań ograniczających wysokość potrzebnej pomocy oraz upowszechnianie zasady subsydiarności [10, s. 55].

Relacje występujące między podmiotami systemu ubezpieczeń zdrowotnych uznawane są za akademicki przykład występowania zjawiska asymetrii informacji [2, s. 941-973; 16, s. 333-335]. Asymetria informacji dotyczy jednak w tym przy-

padku nie tylko relacji pomiędzy ubezpieczonym i zakładem ubezpieczeń, ale również relacji pomiędzy ubezpieczonym, zakładem ubezpieczeń a usługodawcą. Zjawisko asymetrii może prowadzić do powstania antyselekcji oraz hazardu moralnego.

Zjawisko antyselekcji występuje szczególnie w ubezpieczeniach dobrowolnych. Osoby, które przewidują, że ich stan zdrowia jest gorszy od przeciętnego – a tym samym ryzyko choroby jest wyższe – będą bardziej skłonne do zawarcia umowy ubezpieczenia. Z kolei osoby zdrowsze mogą uważać składkę za wygórowaną i nie będą się decydować na takie ubezpieczenie.

Dostosowanie przez zakład ubezpieczeń składek do zjawiska antyselekcji może prowadzić do zmniejszenia skuteczności i efektywności. Z jednej strony osoby o niższym ryzyku ponoszą realne straty spowodowane tym, że składka jest naliczana od przeciętnego ryzyka. Z drugiej strony osoby o wyższym ryzyku nabywają ochronę, której może nigdy by nie zakupiły po przystępnej cenie [9, s. 193]. W konsekwencji ceny ubezpieczenia rosną, ponieważ we wspólnocie ryzyka pozostają osoby z ryzykiem wyższym niż przeciętne.

Badania przeprowadzone na rynku amerykańskim potwierdzają występowanie tego zjawiska w praktyce [5, s. 13-33]. Należy jednak zastrzec, że o użyteczności ubezpieczenia decyduje nie tylko cena, ale i stopień awersji do ryzyka. Antyselekcji można przeciwdziałać, wprowadzając w pełni zindywidualizowany *underwriting* lub ubezpieczenia grupowe, które osłabiają ten efekt poprzez ograniczony wybór o cechach wyboru Hobsona [9, s. 194]. Można się spotkać z opinią, że wprowadzenie obowiązkowych społecznych ubezpieczeń zdrowotnych, zapewniających częściową ochronę ubezpieczeniową, spełnia warunek optymalizacji w sensie Pareto, ponieważ tzw. złe rodzaje ryzyka odnoszą korzyść związaną z niższą składką, natomiast tzw. dobre rodzaje ryzyka mogą racjonalizować swoją całościową ochronę (publiczną i prywatną) [20].

Sytuacje hazardu moralnego występującego u pacjentów można podzielić na brak dbałości o zdrowie (hazard moralny *ex ante*) oraz nieuzasadnione medycznie korzystanie ze świadczeń (hazard moralny *ex post*). Hazard moralny stanowi poważne zagrożenie dla wypłacalności zakładu ubezpieczeń. Szczególnie w publicznych ubezpieczeniach na wypadek choroby trudno jest wprowadzić sumę ubezpieczenia ograniczającą roszczenia ubezpieczonego. Z kolei określenie konkretnej sumy ubezpieczenia może spowodować, że ubezpieczenie nie będzie obejmować najbardziej kosztownych świadczeń, wymagają ponoszenia przez gospodarstwo domowe wydatków, które mają dla nich charakter katastrofalny⁵. W związku z tym w ubezpieczeniach stosuje się różne formy ograniczania dostępu do wysokospecjalistycznych (kosztownych) świadczeń medycznych. Koszty współpłacenia w ramach systemu publicznego można ubezpieczyć, korzystając z prywatnego ubezpie-

⁵ Światowa Organizacja Zdrowia za katastrofalne dla finansów gospodarstw domowych przyjmuje takie wydatki, których wysokość wynosi 40% przychodów pomniejszonych o wydatki na żywność. Zakłada się, że udział wydatków na żywność jest medianą dla wszystkich gospodarstw domowych [6, s. 26]. Zob. również: [31, s. 533-542].

czenia, co zmniejsza skuteczność tego rozwiązania. W sytuacji braku dbałości o zdrowie można wprowadzić pełną odpłatność za wykonaną operację w przypadku kontynuowania niezdrowego stylu życia.

Można też wskazać czynniki zmniejszające skalę zjawiska hazardu moralnego w razie nieuzasadnionego medycznie korzystania ze świadczeń lub niepotrzebnego narażania życia i zdrowia. Są to koszty: związane z dojazdem, nieobecnością w pracy oraz bólem i niedogodnościami wynikającymi z przeprowadzeniem usługi medycznej [1, s. 91].

Hazard moralny w systemie ochrony zdrowia dotyczy również usługodawcy, który ze względu na asymetrię informacji może sugerować lub rekomendować zbędne lub zbyt drogie świadczenia medyczne. Należy również zwrócić uwagę na stosunkowo dużą autonomię lekarzy w ordynowaniu świadczeń medycznych. Poza tym można udowodnić, że w tym przypadku podaż kształtuje popyt. Badania empiryczne wskazują, że geograficzna koncentracja lekarzy jest skorelowana z korzystaniem z systemu ochrony zdrowia [1, s. 92]. Zachowaniom takim sprzyja system wynagradzania za liczbę i rodzaj wykonanych procedur medycznych.

Innym ważnym problemem jest selekcja polegająca na ubezpieczaniu tylko tzw. dobrych rodzajów ryzyka (*cream skinning*), co może skutkować ograniczeniem dostępu do świadczeń medycznych osób najbardziej potrzebujących oraz przerzuceniem kosztów na inny podmiot systemu opieki zdrowotnej. Jest to zjawisko występujące zwłaszcza wówczas, gdy prywatne zakłady ubezpieczeń rywalizują o klienta z podmiotami publicznymi w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Ograniczenie dostępu w tym kontekście jest równoznaczne z zanegowaniem zasady solidaryzmu społecznego.

Selekcja może również dotyczyć zakresu świadczeń. Zakład ubezpieczeń wybiera jedynie te rodzaje ryzyka, które zapewniają mu wysoką stopę zwrotu. Zjawisko selekcji jest szczególnie niebezpieczne, gdy ryzyko choroby rośnie wraz z wiekiem, ponieważ wówczas osoby starsze mogą pozostać bez odpowiedniej ochrony ubezpieczeniowej.

4. Podsumowanie

W teoretycznych opisach publicznych systemów ochrony zdrowia odchodzi się od wyróżniania metod finansowania (tj. metody ubezpieczeniowej, zaopatrzeniowej i opiekuńczej). Coraz częściej natomiast mówi się o rozproszeniu ryzyka (redystrybucji od osób obarczonych niskim ryzykiem do osób obarczonych wysokim ryzykiem lub od osób bogatych do osób biednych) i przedpłaceniu (wcześniejszym zgromadzeniu funduszy) pozwalającemu uniezależnić wydatki od bieżących wpłat [12, s. 27]. Połączenie rozproszenia ryzyka z przedpłaceniem stwarza warunki konieczne do powstania ubezpieczenia. Nie są to jednak warunki wystarczające i wydaje się, że w powszechnych systemach ochrony zdrowia ryzyko choroby nale-

ży uznać za „trudnoubezpieczalne” lub „nieubezpieczalne” w zależności od stopnia zastosowania zasad ubezpieczeniowych.

Ubezpieczenie w powszechnym systemie ochrony zdrowia ze względu na cechę ekwiwalentności może odgrywać rolę uzupełniającą. Wskazane problemy w zastosowaniu metody ubezpieczania dotyczą w szczególności ubezpieczeń publicznych. Pewne zasady ubezpieczeniowe można wykorzystać, nie wprowadzając ubezpieczeń, tzn. stosując rozwiązania o cechach ubezpieczenia, ale niebędące ubezpieczeniem. W ograniczonym zakresie można wykorzystać ubezpieczenia prywatne, np. do finansowania współpłacenia za świadczenia medyczne.

Literatura

- [1] Appleby J., *Financing Health Care in the 1990s*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia 1992.
- [2] Arrow K. J., *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, „The American Economic Review” 1963 nr 5, vol. 53.
- [3] Baumol W.J., Bowen W.G., *Performing Arts: The Economic Dillema*, The Twentieth Century Fund, New York 1966, [za:] W.J. Baumol, *Microtheory. Applications and Origins*, Harvester Wheatsheaf, New York 1986.
- [4] Bernstein P.L., *Przeciw bogom – niezwykle dzieje ryzyka*, WIG-Press, Warszawa 1997.
- [5] Browne M.J., *Evidence of Adverse Selection in the Individual Health Insurance Market*, „The Journal of Risk and Insurance Market” 1992 nr 1, vol. 59.
- [6] Carrin G., James Ch., *Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period*, Health Financing Policy Issue Paper, World Health Organization, Geneva 2004.
- [7] Cichon M., Schulz W., Meerendonk A. van de i in., *Financing Social Protection*, International Labour Office/International Social Security Association, Geneva 2004.
- [8] Davis K., *National Insurance: Benefits, Costs, and Consequences*, The Brookings Institution, Washington 1975.
- [9] Folland S., Goodman A.C., Stano M., *The Economics of Health and Health Care*, International edition, Pearson Education International, 2004.
- [10] Golinowska S., Kozierekiewicz A., Sowada Ch., *Pożądanee kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem i racjonalizacją*, Centrum Analiz Ekonomiczno-Społecznych, Warszawa 2004.
- [11] Golinowska S., *Problemy i koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce a potrzebne zmiany i reformy*, [w:] *Nowe dylematy polityki społecznej*, red. S. Golinowska, M. Boni, Raport Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych nr 65, Warszawa 2006.

- [12] Gottret P., Schieber G., *Health Financing Revisited. A Practitioner's Guide*, World Bank, Washington 2006.
- [13] Harrington S.E., Danzon P.M., *The Economics of Liability Insurance*, [w:] *Handbook of Insurance*, red. G. Dione, Kluwer Academic Publisher, Boston-Dordrecht-London 2000.
- [14] Kawiński, M., *Ubezpieczenie publiczne i prywatne – próba definicji*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2007 nr 2.
- [15] Kowalewski E., *Wprowadzenie do teorii ryzyka ubezpieczeniowego*, [w:] *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, t. 2, red. A. Wąsiewicz, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 1994.
- [16] Leach J., *A Course in Public Economics*, Cambridge University Press, Cambridge 2004.
- [17] Łazowski J., *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, LEX Wydawnictwo Prawnicze, Sopot 1998.
- [18] Mooney G., *Economics, Medicine and Health Care*, Pearson Education Limited, Essex 2003.
- [19] Mossialos E., Thomson S.M.S., *Voluntary Health Insurance in the European Union: A Critical Assessment*, „International Journal of Health Services” 2002 nr 1, vol. 32.
- [20] Newhouse J.P., *Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production versus Selection*, „Journal of Economic Literature” 1996, vol. 34, issue 3, [za:] P. Zweifel, *The Purpose and Limit of Social Health Insurance*, Working Paper no. 0509, Socioeconomic Institute, University of Zurich, Zurich 2005.
- [21] Outreville J.F., *Theory and Practice of Insurance*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht-Boston-London 1998.
- [22] Preser A.S., Baeza C., Jakab M. i in., *Resource Allocation and Purchasing (RAP): Arrangements That Benefits the Poor and Excluded Groups*, World Bank, Washington 2000, [za:] P.C. Smith, S.N. Witter, *Risk Pooling in Health Care Finance*, report prepared for World Bank Workshop „Resource Allocation and Purchasing in Health: Value for Money, Reaching the Poor”, Washington, 14-15 May 2001.
- [23] Rejda G.E., *Principles of Risk Management and Insurance*, Addison Wesley Longman, 2001.
- [24] Saltman R.B., *Social Health Insurance in Perspective: The Challenge of Sustaining Stability*, [w:] *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, red. R.B. Saltman, R. Busse, J. Figueras, Open University Press, Maidenhead 2004.
- [25] Sen A., *Nierówności. Dalsze rozważania*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2000.
- [26] *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, red. R.B. Saltman, R. Busse, J. Figueras, Open University Press, Maidenhead 2004.

- [27] Sułkowska W., *Ubezpieczenia. Zagadnienia podstawowe*, Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Krakowie, Kraków 2001.
- [28] Szumlicz T., *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2005.
- [29] WHO, *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization, Geneva 2000.
- [30] Williams C.A., Head G.L., Horn R.C. i in., *Principles of Risk Management and Insurance*, v. 1, American Institute for Property and Liability Underwriters, Malvern 1981.
- [31] Xu K., Klavus J., Kawabata K. i in., *Household Health System Contributions and Capacity to Pay: Definitional, Empirical and Technical Challenges*, Chapter 39, [w:] *Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism*, red. C.J.L. Murray, D.B. Evans, World Health Organization, Geneva 2003.

POSSIBILITIES OF USING INSURANCE IN FINANCING RESULTS OF SICKNESS RISK

Summary

The aim of this paper is to point out conditions and potential problems when using insurance method to finance results of sickness risk. The requirements based on the concept of insurability were confronted with citizens' expectations in case of sickness risk. The analysis of potential problems was made in the context of general and selective coverage. That allows coming to a conclusion that a universal coverage is merely possible when using insurance method and that much more promising is the usage of insurance to assure selective coverage.