

**MARTA BORDA**

## Zastosowanie medycznych kont oszczędnościowych w finansowaniu ochrony zdrowia

*W warunkach systematycznego wzrostu wydatków na ochronę zdrowia coraz większego znaczenia nabierają nowe rozwiązania w zakresie finansowania opieki zdrowotnej. Medyczne konta oszczędnościowe stanowią stosunkowo nową formę finansowania ochrony zdrowia, polegającą na gromadzeniu indywidualnych oszczędności na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych. Ze względu na brak wspólnoty ryzyka, pokrycie nadzwyczaj wysokich wydatków zdrowotnych powinno być zapewnione oddzielnie w ramach systemu publicznego (ubezpieczeniowego lub zaopatrzeniowego) lub poprzez prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Z teoretycznego punktu widzenia koncepcja medycznych kont oszczędnościowych sprzyja ograniczeniu hazardu moralnego występującego w systemach ubezpieczeń zdrowotnych, jak również daje możliwość sprostania przyszłym wyzwaniom związanym z tendencjami demograficznymi. W artykule przedstawiono koncepcję medycznych kont oszczędnościowych, a następnie zaprezentowano dotychczasowe doświadczenia wybranych krajów (USA i Singapur) w zastosowaniu tej metody finansowania świadczeń zdrowotnych. Ponadto zwrócono uwagę na możliwości funkcjonowania medycznych kont oszczędnościowych w systemach zdrowotnych krajów europejskich.*

### **Wprowadzenie**

Jednym z głównych problemów towarzyszących funkcjonowaniu współczesnych systemów ochrony zdrowia jest nadmierny wzrost kosztów sektora zdrowotnego związany w znacznym stopniu z nieodpłatnością za usługi medyczne w momencie ich konsumpcji. W zależności od polityki danego kraju wprowadza się rozwiązania mające na celu większą dyscyplinę kosztową po stronie świadczeniodawców lub – stosunkowo częściej – ograniczenie nadmiernego popytu na świadczenia zdrowotne po stronie uczestników systemu poprzez zwiększenie udziału prywatnych źródeł finansowania ochrony zdrowia.

Medyczne konta oszczędnościowe stanowią relatywnie rzadko stosowaną formę finansowania ochrony zdrowia, polegającą na gromadzeniu indywidualnych oszczędności na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych. Z teoretycznego punktu widzenia koncepcja ta służy przede wszystkim ograniczeniu hazardu moralnego, charakterystycznego dla prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, jak również umożliwia gromadzenie środków finansowych na przyszłe potrzeby zdrowotne społeczeństwa, co w obliczu obserwowanych zmian demograficznych ma ogromne znaczenie.

Chociaż problematyka dotycząca medycznych kont oszczędnościowych jest dość szeroko opisana w literaturze międzynarodowej<sup>1</sup>, w praktyce funkcjonują one zaledwie w kilku krajach na świecie, gdzie mają charakter obowiązkowy (Singapur, Chiny) lub stanowią dobrowolne uzupełnienie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (USA i RPA). W obliczu przeprowadzanych reform sektora zdrowotnego wiele krajów wykazuje zainteresowanie możliwościami zastosowania medycznych kont oszczędnościowych w finansowaniu ochrony zdrowia<sup>2</sup>. Z drugiej strony nie brak oczywiście negatywnych opinii na temat ewentualnych niekorzystnych skutków, jakie mogą wynikać z wprowadzenia tej formy finansowania świadczeń zdrowotnych<sup>3</sup>.

Celem niniejszego opracowania jest przybliżenie koncepcji medycznych kont oszczędnościowych, a następnie prezentacja dotychczasowych doświadczeń wybranych krajów (USA i Singapur) w zastosowaniu tej metody finansowania świadczeń zdrowotnych. W artykule zwrócono również uwagę na możliwości funkcjonowania medycznych kont oszczędnościowych w systemach zdrowotnych krajów europejskich.

## 1. Istota medycznych kont oszczędnościowych

Medyczne konto oszczędnościowe (*medical savings account – MSA*) można określić jako indywidualne konto oszczędnościowe, w ramach którego z regularnie dokonywanych wpłat oraz dochodów z inwestycji wpłaconych środków finansowych tworzony jest fundusz z przeznaczeniem na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych w momencie ich konsumpcji. Innymi słowy, jest to rozwiązanie umożliwiające pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oparte na finansowaniu kapitałowym. W zależności od roli, jaką MSAs mają pełnić w systemie finansowania ochrony zdrowia określone są szczegółowe zasady funkcjonowania tego typu kont, w tym przede wszystkim: wysokość i sposób dokonywania wpłat na konto, możliwości wypłat na cele medyczne i „niemedyczne”, a także sposób naliczania odsetek. Należy też zaznaczyć, że wartość oszczędności gromadzonych w ramach medycznych kont oszczędnościowych zależy z jednej strony od czynników

1. Por. np.: Hsiao W. C., *Medical savings accounts: lessons from Singapore*, „Health Affairs” 1995, nr 7(4), s. 260–266; Ham C., *Learning from the Tigers: stakeholder health care*, „Lancet” 1996, nr 347, s. 951–953; Scheffler R., Yu W., *Medical savings accounts – a worthy experiment*, „European Journal of Public Health” 1998, nr 8, s. 274–278.
2. Zob. np. Henke K.-D., Borchardt K., *Capital funding versus pay-as-you-go in health care financing reconsidered*, CESifo DICE Report, „Journal for Institutional Comparisons”, 2003, nr 1 (3), s. 3–8; za: Schreyögg J., *Demographic Development and Moral Hazard: Health Insurance with Medical Savings Accounts*, „The Geneva Papers on Risk and Insurance”, nr 4 (29), 2004, s. 689.
3. Szerzej w: Hanvoravongchai P., *Medical savings accounts: lessons learned from limited international experience*, Discussion Paper nr 3, WHO, Geneva 2002, s. 6.

makroekonomicznych, takich jak: stopa zatrudnienia, wskaźnik inflacji czy tempo wzrostu płac, a z drugiej strony – ze względu na składnik inwestycyjny – od sytuacji na rynkach finansowych. Wrażliwość MSAs na sytuację na rynkach finansowych i ogólną koniunkturę gospodarczą wiąże się z ryzykiem spadku wartości zainwestowanego kapitału, co z kolei może – zwłaszcza w razie kryzysu gospodarczego – znacznie ograniczyć możliwości finansowania świadczeń zdrowotnych ze zgromadzonych na koncie oszczędności. Zastosowanie MSA jako instrumentu finansowania ochrony zdrowia nie rozwiązuje również problemu zabezpieczenia zdrowotnego biedniejszych grup społeczeństwa.

Medyczne konta oszczędnościowe mogą być wykorzystywane jako uzupełnienie istniejących systemów finansowania ochrony zdrowia. Do głównych przyczyn zastosowania tego rozwiązania należy zaliczyć<sup>4</sup>:

- problemy związane z funkcjonowaniem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (w tym: hazard moralny, negatywna selekcja, wysokie koszty administracyjne),
- potrzebę mobilizacji oszczędności na pokrycie wysokich kosztów ochrony zdrowia w przyszłości,
- pozyskanie dodatkowych źródeł finansowania systemu ochrony zdrowia,
- potrzebę większej kontroli kosztów udzielanych świadczeń medycznych.

Koncepcja medycznych kont oszczędnościowych pojawiła się w latach 70. ubiegłego stulecia w USA w odpowiedzi na problemy związane z funkcjonowaniem rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, w tym przede wszystkim: hazard moralny po stronie pacjentów i świadczeniodawców, a także negatywna selekcja, problemy płatnika oraz wysokie koszty administracyjne<sup>5</sup>. Hazard moralny jest zjawiskiem nieodłącznie towarzyszącym funkcjonowaniu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Świadomość osób ubezpieczonych co do dostępności bezpłatnej w momencie korzystania opieki zdrowotnej może skutkować zmniejszoną dbałością o stan zdrowia, a także częstszym niż jest to konieczne korzystaniem z usług medycznych, co generuje dodatkowe koszty dla ubezpieczyciela (w rezultacie powoduje też wzrost składek ubezpieczeniowych). Zjawisko hazardu moralnego może występować również po stronie świadczeniodawców zachęcających pacjentów do skorzystania z dodatkowych, nie zawsze uzasadnionych stanem zdrowia, usług zdrowotnych finansowanych z ubezpieczenia. W efekcie działania takie mają negatywny wpływ na alokację ograniczonych zasobów w sektorze ochrony zdrowia i powodują nadmierny wzrost kosztów. Oczywiście najprostszym sposobem na ograniczenie hazardu moralnego jest wprowadzenie partycypacji pacjentów w kosztach udzielanych świadczeń medycznych. Funkcjonowanie medycznych kont oszczędnościowych bazuje właśnie na logice współpłacenia<sup>6</sup>. Posiadacze MSAs nie są już tak skłonni do korzystania ze świadczeń zdrowotnych i wydawania na nie własnych oszczędności, jak ma to miejsce w przypadku ubezpieczeń zdrowotnych. W koncepcji

4. *Ibidem*, s. 6 i n.

5. HamC., *op. cit.*; za: Maynard A., Dixon A., *Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience*, [w:] „Funding health care: options for Europe”, red. Mossialos E. i in., Open University Press, Buckingham 2002, s. 121.

6. Pauly M. V., Goodman J. C., *Tax credits for health insurance and medical savings accounts*, „Health Affairs” 2004, nr 14 (1), s. 126–139; za: Thomson S., Mossialos E., *Medical savings accounts; can they improve health system performance in Europe?*, „Euro Observer” 2008, vol. 10, nr 4, s. 1.

medycznych kont oszczędnościowych, w porównaniu do prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, jak również do publicznie (ubezpieczeniowo lub zaopatrzeniowo) finansowanych systemów zdrowotnych, następuje „przejście” od zbiorowej do indywidualnej odpowiedzialności w obszarze zarządzania i finansowania ochrony zdrowia. Zasada solidarności ustępuje tu miejsca zasadzie indywidualnej przezorności i odpowiedzialności finansowej. W rozwiązaniu tym nie występuje redystrybucja środków finansowych od osób bogatych, o dobrym stanie zdrowia, do osób biednych czy chorych. Mała popularność rozwiązań typu MSA na kontynencie europejskim, gdzie zabezpieczenie zdrowotne funkcjonuje głównie w oparciu o zasadę odpowiedzialności zbiorowej, wynika w znacznym stopniu z liberalnej koncepcji MSAs podkreślającej odpowiedzialność jednostki oraz jej rolę w kształtowaniu popytu na różne formy finansowania świadczeń zdrowotnych.

Należy podkreślić, że w przypadku medycznych kont oszczędnościowych środki finansowe gromadzone są na indywidualnych kontach poszczególnych uczestników, zatem nie występuje tu charakterystyczna dla metody ubezpieczeniowej repartycja finansowego ciężaru realizacji ryzyka na wspólnotę ubezpieczonych. MSAs nie chronią więc przed ryzykiem niespodziewanie wysokich wydatków medycznych (pokrycie wydatków jest ograniczone w zależności od stanu konta). Pokrycie nadzwyczaj wysokich wydatków zdrowotnych może być zapewnione w ramach istniejącego systemu publicznego lub poprzez prywatne ubezpieczenie zdrowotne. W praktyce MSAs są zwykle powiązane z prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi zapewniającymi pokrycie poważniejszych wydatków zdrowotnych, często charakteryzującymi się wysokim udziałem własnym (*high-deductible catastrophic health insurance*).

Kolejną, istotną cechą medycznych kont oszczędnościowych jest to, że umożliwiają one dystrybucję środków finansowych w czasie trwania życia danej osoby z okresu aktywności zawodowej, w którym na ogół wydatki zdrowotne są stosunkowo niższe, a możliwości gromadzenia oszczędności – większe na okres starości, w którym zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne na ogół wzrasta, a możliwości osiągnięcia dochodu czy gromadzenia oszczędności są zwykle ograniczone. Mając na uwadze aktualne trendy demograficzne i związane z nimi starzenie się społeczeństw oraz koncentrację wydatków zdrowotnych, zwłaszcza długookresowych, w starszych grupach wiekowych ludności, MSAs mogą stanowić dobre rozwiązanie służące finansowaniu świadczeń zdrowotnych dla osób starszych, tym bardziej, że poprzez zastosowanie finansowania kapitałowego, nie są wrażliwe na zmiany struktury demograficznej ludności.

Funkcjonowanie medycznych kont oszczędnościowych powoduje wzrost świadomości społeczeństwa odnośnie rzeczywistych kosztów świadczeń zdrowotnych, ponieważ to pacjent bezpośrednio decyduje o pokryciu kosztu określonego świadczenia zdrowotnego z własnych oszczędności. W związku z powyższym, MSAs mogą stymulować konkurencję pomiędzy świadczeniodawcami medycznymi, wpływając na wzrost dyscypliny w obszarze kosztów, jak również na wzrost jakości udzielanych świadczeń.

W następnej części artykułu przedstawione zostaną zasady funkcjonowania medycznych kont oszczędnościowych w Singapurze, gdzie stanowią one obowiązkowy składnik systemu finansowania ochrony zdrowia, a także w USA, gdzie funkcjonują jako uzupełnienie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

## 2. Program *Medisave* w Singapurze

Analizując funkcjonowanie medycznych kont oszczędnościowych w Singapurze należy niewątpliwie zwrócić uwagę na specyficzne społeczno-ekonomiczne uwarunkowania tego niewielkiego kraju, w tym: bardzo dynamiczny wzrost gospodarczy w ciągu ostatnich kilku dekad, a także nadzwyczaj wysoką stopę oszczędności (ponad 40 proc. dochodu jest przeznaczane na oszczędności)<sup>7</sup>, co sprawia że doświadczenia singapurskie powinny być bardzo ostrożnie oceniane w kontekście możliwości wprowadzenia MSAs w innych krajach.

Medyczne konta oszczędnościowe zostały po raz pierwszy wprowadzone w Singapurze w 1984 roku jako część gruntownej reformy systemu ochrony zdrowia w tym kraju. Reforma podyktowana koniecznością ograniczenia publicznych wydatków zdrowotnych obejmowała m.in. wprowadzenie wysokich dopłat ze strony pacjentów, zwłaszcza dotyczących leczenia szpitalnego oraz ograniczenie finansowania publicznego do zabezpieczenia osób o niskich dochodach. W rezultacie, poprzez wzrost udziału finansowania prywatnego, przewidywano ograniczenie popytu na nieuzasadnione świadczenia zdrowotne, a także zwiększenie konkurencji między dostawcami usług medycznych. W tym samym czasie zreformowano sektor publicznych szpitali przekształcając je w przedsiębiorstwa, co wiązało się z wyodrębnieniem 4 kategorii oddziałów szpitalnych i odpowiadających im poziomów współpłacenia (wynoszących od 20 do 100 proc. kosztów)<sup>8</sup>.

*Medisave* – czyli program obowiązkowych, indywidualnych, medycznych kont oszczędnościowych został wyodrębniony organizacyjnie jako część *Central Provident Fund (CPF)* – funkcjonującego od 1955 roku systemu obowiązkowych oszczędności m.in. na cele emerytalne. Uczestnictwo w *Medisave* jest obowiązkowe dla aktywnych zawodowo rezydentów Singapuru, co daje około 80 proc. ludności, niemniej jednak znaczna grupa zagranicznych imigrantów (około 1 mln osób) i część osób pracujących na własny rachunek wciąż pozostaje poza programem. Wpłaty na *Medisave*, podobnie jak i cały CPF są dokonywane regularnie i finansowane częściowo przez pracodawcę i pracownika, przy czym wysokość wpłaty przekazywanej na medyczne konto oszczędnościowe oraz proporcje jej finansowania zmieniają się w zależności od wieku pracownika (Tabela 1). Obowiązują limity dotyczące maksymalnej rocznej wpłaty na MSA (nie więcej niż 37000 SGD) oraz minimalnego stanu środków na koncie, jakie powinien zgromadzić każdy uczestnik programu do osiągnięcia 55 roku życia (od 1 lipca 2009 roku jest to kwota 32000 SGD)<sup>9</sup>. Wpłaty, wypłaty oraz odsetki powiększające stan konta zwolnione są z opodatkowania. Środki gromadzone na MSAs mogą być przeznaczone wyłącznie na pokrycie różnorodnych kosztów związanych z leczeniem w szpitalu posiadającym akceptację ministerstwa zdrowia (w tym m.in.: kosztów pobytu, opieki lekarskiej, operacji chirurgicznych, badań, lekarstw, usług rehabilitacyjnych)<sup>10</sup>, jak również niektórych wydatków leczenia ambulatoryjnego.

7. Maynard A., Dixon A., *op. cit.*, s. 122.

8. Asher M., Ramesh M., Maresso A., *Medical savings accounts in Singapore*, „Euro Observer” 2008, vol. 10, nr 4, s. 9.

9. <http://www.cpf.gov.sg>.

10. Istnieją maksymalne limity odnośnie kwoty wydatkowanej dziennie i na pojedynczą usługę medyczną.

Tabela 1. Struktura wpłat do Central Provident Fund<sup>11</sup>

Wiek pracownika [lata]	Wpłata do CPF jako część wynagrodzenia [w %]			Podział wpłaty na poszczególne konta [w %]		
	pracodawca	pracownik	razem	konto zwykłe	konto specjalne (emerytura)	konto Medisave (ochrona zdrowia)
Do 35	14,5	20,0	34,5	66,67	14,49	18,84
35-45	14,5	20,0	34,5	60,88	17,39	21,73
45-50	14,5	20,0	34,5	55,09	20,28	24,63
50-55	10,5	18,0	28,5	45,62	24,56	29,82
55-60	7,5	12,5	20,0	57,5	0,00	42,5
60-65	5,0	7,5	12,5	28,0	0,00	72,0
Ponad 65	5,0	5,0	10,0	10,0	0,00	90,0

Źródło: Central Provident Fund, <http://www.cpf.gov.sg>.

Możliwe jest przy tym pokrycie wydatków zdrowotnych dotyczących bezpośrednio posiadacza konta, jak i członków jego rodziny (współmałżonek, dzieci, rodzice, dziadkowie). W razie śmierci uczestnika *Medisave* kapitał zgromadzony na jego koncie wchodzi w skład dziedziczonego majątku<sup>12</sup>.

Ze względu na brak rozłożenia ryzyka i tym samym ograniczoną możliwość pokrywania wydatków zdrowotnych, *Medisave* został uzupełniony o dwa dobrowolne programy o charakterze ubezpieczeniowym. Posiadacze MSAs mają możliwość wykupienia dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego zapewniającego dodatkową ochronę na wypadek poważnych chorób i wydatków szpitalnych (*Medishield*). Ubezpieczenie to jest stosunkowo tanie, ale charakteryzuje się jednocześnie ograniczonym zakresem ochrony z wyłączeniem chociażby uprzednio występujących chorób, leczenia wad wrodzonych, świadczeń związanych z porodem, chirurgii kosmetycznej czy leczenia chorób psychicznych. Składka jest zróżnicowana ze względu na wiek oraz płeć i jest potrącana z medycznego konta oszczędnościowego danego uczestnika. W 2005 roku około 54 proc. posiadaczy MSAs było objętych tym dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Ponadto uczestnicy *Medisave* mogą również przystąpić do programu *Eldershield*, który jest formą dobrowolnego ubezpieczenia zapewniającego pokrycie kosztów długoterminowej opieki pielęgnacyjnej na wypadek niedołęzności starczej. W 2006 roku aż 86 proc. posiadaczy MSAs należało do programu *Eldershield*. Dodatkowo, opieka zdrowotna dla osób najbardziej potrzebujących jest finansowana przez państwo w ramach programu *Medifund*<sup>13</sup>.

Po ponad 20 latach od zapoczątkowania reformy systemu zdrowotnego w Singapurze istotnie zmieniła się struktura źródeł finansowania ochrony zdrowia. Udział wydatków publicznych w całkowitych wydatkach zdrowotnych obniżył się z 75 proc.

11. Dane w Tabeli 1 dotyczą: pracowników sektora prywatnego, nieposiadających uprawnień do emerytury pracowników rządowych, pracowników organów statutowych oraz szkół współfinansowanych, a także stałych rezydentów Singapuru począwszy od 3 roku.

12. Folland S., Goodman A. C., Stano M., *The Economics of Health and Health Care*, 5th edition, Pearson Education, Upper Saddle River, New Jersey 2007, s. 426.

13. Szerzej w: Asher M., Ramesh M., Maresso A., *op. cit.*, s. 11.

w 1980 roku do około 36 proc. w 2003 roku. Pomimo wprowadzenia obowiązkowych MSAs i uzupełniających je prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, łącznie z obu tych źródeł finansowanych jest mniej niż 10 proc. wydatków zdrowotnych, a ponad 60 proc. wydatków na ochronę zdrowia (przede wszystkim w ramach leczenia ambulatoryjnego) pokrywane jest z bieżących dochodów gospodarstw domowych. Tym samym znaczenie medycznych kont oszczędnościowych jako metody finansowania ochrony zdrowia jest wciąż niewielkie. Wyniki dotychczasowych badań wskazują na wzrost efektywności działania szpitali, a także większą satysfakcję pacjentów z jakości udzielanych świadczeń medycznych. Do tej pory nie ma jednak wniosków stwierdzających jednoznaczny wpływ MSAs na redukcję kosztów świadczeń zdrowotnych.

### 3. Zdrowotne konta oszczędnościowe w USA

W USA ochrona zdrowia jest finansowana ze źródeł prywatnych i publicznych, z przewagą tych pierwszych, zwłaszcza w formie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. W przeciwieństwie do większości krajów europejskich, gdzie finansowanie ochrony zdrowia bazuje na obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym lub środkach z budżetu państwa, w USA rola państwa w finansowaniu ochrony zdrowia jest znacznie ograniczona. W ramach finansowania publicznego funkcjonują jedynie programy federalne i stanowe zapewniające opiekę zdrowotną osobom starszym (65 lat i więcej) i niepełnosprawnym (*Medicare*), a także skierowane do osób o stosunkowo niskich dochodach (*Medicaid*). Większość osób aktywnych zawodowo korzysta z programów grupowych ubezpieczeń zdrowotnych organizowanych przez pracodawców (w 2007 roku było to 61 proc. osób poniżej 65 roku życia), 6 proc. populacji objęte jest ubezpieczeniami indywidualnymi i aż 17 proc. mieszkańców w ogóle nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego<sup>14</sup>. Chociaż dyskusja na temat medycznych kont oszczędnościowych została zapoczątkowana w tym kraju już w latach 70-tych XX wieku, pierwsze tego typu rozwiązania wprowadzono w 1996 roku na podstawie *the Health Insurance Portability and Availability Act*.

Główną przesłanką do wprowadzenia MSAs było przeciwdziałanie problemom hazardu moralnego i negatywnej selekcji, towarzyszącym prywatnym ubezpieczeniom zdrowotnym, poprzez „przesunięcie” na pacjenta decyzji o wyborze określonej usługi medycznej i pokryciu jej rzeczywistego kosztu ze środków zgromadzonych na indywidualnym koncie. Zwolennicy MSAs przewidywali, że rozwiązanie to zmniejszy popyt na nieuzasadnione z medycznego punktu widzenia świadczenia zdrowotne, w konsekwencji wpłynie na bardziej efektywne wykorzystanie ograniczonych zasobów i redukcję nadmiernych kosztów w sektorze ochrony zdrowia, a także zwiększy zainteresowanie społeczeństwa (zwłaszcza osób nieubezpieczonych) prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi.

Wprowadzony w 1996 roku program miał charakter pilotażowy i dotyczył wyłącznie osób prowadzących własną działalność gospodarczą oraz małych przedsiębiorstw

---

14. Glied S., *Health savings accounts in the United States*, „Euro Observer” 2008, vol. 10, nr 4, s. 5. Zgodnie z założeniami reformy systemu ochrony zdrowia w USA od 2014 r. większość rezydentów tego kraju ma podlegać obowiązkowi posiadania ubezpieczenia zdrowotnego spełniającego minimalne kryteria ustawowe.

zatrudniających do 50 pracowników. Przystąpienie do programu uprawniało do nabywania relatywnie taniego ubezpieczenia na wypadek niespodziewanie wysokich kosztów leczenia ze stosunkowo wysokim udziałem własnym. Dodatkowe oszczędności gromadzone na indywidualnym, nieopodatkowanym koncie mogły być przeznaczone na pokrycie bieżących lub przyszłych wydatków zdrowotnych (włączając w to koszty długoterminowej opieki pielęgnacyjnej)<sup>15</sup>. W praktyce pilotażowy program MSAs nie cieszył się dużym zainteresowaniem uprawnionych do uczestnictwa w nim osób i nie spełnił pokładanych w nim oczekiwań.

W 2003 roku na podstawie *the Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act* wprowadzono znaczące ulgi podatkowe dla osób, które będą posiadać tzw. zdrowotne konta oszczędnościowe (*Health Savings Accounts – HSAs*) powiązane z określonymi ubezpieczeniami zdrowotnymi o wysokim udziale własnym (*high-deductible health insurance plans*). Podstawą do założenia zdrowotnego konta oszczędnościowego i skorzystania z ulg podatkowych jest wykupienie ubezpieczenia zdrowotnego<sup>16</sup> charakteryzującego się określonym udziałem własnym (w 2010 roku udział ten nie może być niższy niż 1200 USD rocznie w odniesieniu do ubezpieczenia indywidualnego i 2400 USD w przypadku polisy rodzinnej) oraz limitem kosztów pokrywanych przez ubezpieczonego poniżej ustawowego progu (w 2010 roku limit ustawowy wynosi odpowiednio 5950 USD dla osoby i 11900 USD – w przypadku rodzin). W ramach wprowadzonych rozwiązań pracownik, który posiada ubezpieczenie spełniające ustawowe warunki lub jego pracodawca, może dokonywać wpłat na zdrowotne konto oszczędnościowe związane z tym ubezpieczeniem w wysokości nie przekraczającej ustawowego limitu (w 2010 roku limit roczny wynosi 3050 USD w przypadku programów indywidualnych oraz 6150 USD w odniesieniu do programów rodzinnych)<sup>17</sup>. Niezależnie od podmiotu dokonującego wpłat konto jest własnością pracownika, a środki zgromadzone na nim podlegają transferowi w razie zmiany pracy. Istotną zaletą HSAs są wspomniane zwolnienia podatkowe dotyczące: wpłat dokonywanych na konto, dochodu osiągniętego z inwestycji środków zgromadzonych na koncie i wydatków z konta na określone usługi medyczne<sup>18</sup>. Wypłaty środków z konta z przeznaczeniem innym niż pokrycie określonych wydatków zdrowotnych są możliwe, ale podlegają opodatkowaniu.

Ubezpieczenia zdrowotne połączone ze zdrowotnymi kontami oszczędnościowymi mogą być prowadzone zarówno w formie grupowej, jak i indywidualnej, przy czym osoby ubezpieczone indywidualnie reprezentują około 25 proc. ogółu posiadaczy HSAs. W praktyce firmy ubezpieczeniowe oferują produkty ubezpieczeń zdrowotnych z wysokim udziałem własnym wraz z towarzyszącymi im HSAs, które mogą być prowadzone przez same zakłady ubezpieczeń lub inne instytucje finansowe współpracujące z ubezpieczycielami. Ubezpieczenie zdrowotne zapewnia dostęp do stosunkowo tanich

---

15. Folland S., Goodman A. C., Stano M., *op. cit.*, s. 425.

16. Ewentualnie uczestnictwo w programie zdrowotnym, np. HMO spełniającym ustawowe warunki; *All About HSAs*, U.S. Treasury Department, Washington, July 22, 2007, <http://www.ustreas.gov>.

17. 2010 HSA Indexed Amounts, <http://www.ustreas.gov>.

18. Glied S., *op. cit.*, s. 5.



usług świadczonych przez placówki medyczne współpracujące z danym zakładem ubezpieczeń. Istnieje też możliwość realizacji świadczeń w placówce nie współpracującej z ubezpieczycielem, niemniej jednak jest to droższe. Osoby ubezpieczone mają dostęp do informacji odnośnie kosztów i jakości świadczeń oferowanych przez poszczególnych świadczeniodawców współpracujących z ubezpieczycielem.

Zwolennicy zdrowotnych kont oszczędnościowych przewidywali, że do końca 2006 roku blisko 75 proc. pracodawców zdecyduje się na zakup tego typu programu zdrowotnego. W rzeczywistości nieco mniej niż 15 proc. pracodawców skorzystało z tej możliwości organizacji opieki zdrowotnej dla pracowników. W styczniu 2008 roku około 6,1 mln Amerykanów posiadało HSAs połączone z odpowiednimi programami ubezpieczeń zdrowotnych, co stanowiło około 3,3 proc. ludności poniżej 65 roku życia korzystającej z ubezpieczeń prywatnych<sup>19</sup>.

Podsumowując, główną przyczyną wprowadzenia MSAs, a następnie HSAs w USA było przeciwdziałanie nieefektywnej konsumpcji świadczeń zdrowotnych i nadmieremu wzrostowi ich kosztów. Dodatkowo przewidywano, że funkcjonowanie programów zdrowotnych powiązanych z kontami oszczędnościowymi wpłynie na obniżenie kosztu ochrony ubezpieczeniowej (ubezpieczenia katastroficzne z wysokim udziałem własnym są tańsze niż tradycyjne) i zwiększy popyt na ubezpieczenia zdrowotne. Z drugiej strony funkcjonowanie HSAs równoległe z tradycyjnymi produktami ubezpieczeń zdrowotnych może prowadzić do sytuacji, w której osoby młode, o dobrym stanie zdrowia będą bardziej skłonne do rezygnacji z tradycyjnych polis i w zamian do nabycia tańszego ubezpieczenia powiązanego z HSAs. W rezultacie może to spowodować wzrost składek w sektorze tradycyjnych produktów zdrowotnych i zwiększyć odsetek osób nieubezpieczonych<sup>20</sup>. Ze względu na stosunkowo krótki okres funkcjonowania zdrowotnych kont oszczędnościowych w USA jak na razie brakuje kompleksowych badań stwierdzających jednoznaczny wpływ HSAs na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w szczególności na poziom kosztów. Niektóre badania pokazują, że posiadacze planów zdrowotnych powiązanych z HSAs są często mniej zadowoleni z zakresu ochrony ubezpieczeniowej, w porównaniu do posiadaczy tradycyjnych ubezpieczeń zdrowotnych, a także bardziej skłonni do rezygnacji lub odłożenia w czasie decyzji o skorzystaniu z opieki zdrowotnej<sup>21</sup>.

#### 4. Możliwości wprowadzenia medycznych kont oszczędnościowych w krajach europejskich

Na podstawie dotychczasowego funkcjonowania medycznych/ zdrowotnych kont oszczędnościowych na świecie trudno jest stwierdzić czy wprowadzenie tej formy finansowania byłoby korzystne dla systemów ochrony zdrowia w krajach europejskich. Należy tu przede wszystkim wziąć pod uwagę specyficzne uwarunkowania i obecny kształt systemu finansowania ochrony zdrowia w danym kraju (w tym głównie zakres finan-

19. *Ibidem*, s. 5 i 6.

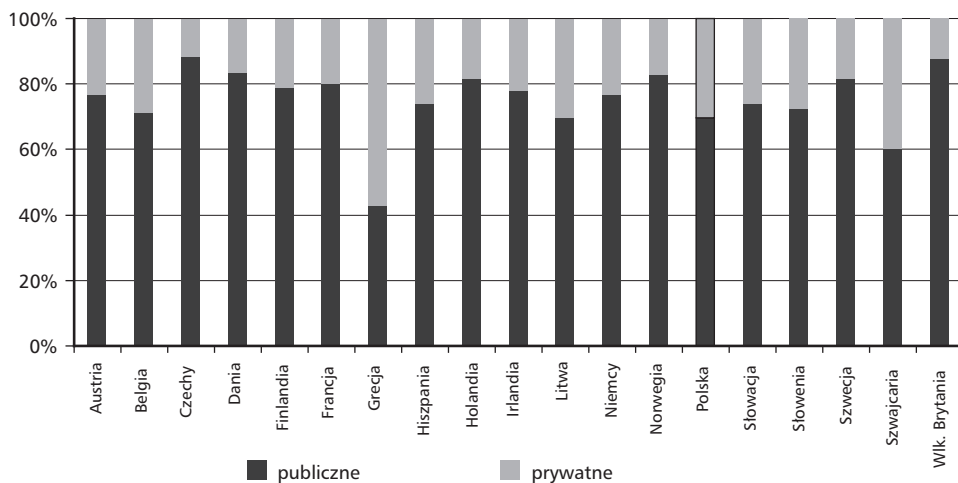
20. Maynard A., Dixon A., *op. cit.*, s. 122–123.

21. Glied S., *op. cit.*, s. 6.

sowania publicznego i prywatnego). Na Wykresie 1 przedstawiono strukturę wydatków na ochronę zdrowia według głównych źródeł finansowania w wybranych krajach europejskich w 2006 r.

W większości krajów europejskich tradycyjnie głównym źródłem finansowania wydatków na ochronę zdrowia są środki publiczne (budżet państwa i (lub) obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne). W grupie analizowanych krajów środki te pokrywają około 70–88 proc. wydatków na zdrowie. Dominująca rola wydatków publicznych jest szczególnie widoczna w przypadku Czech (87,9 proc. całkowitych wydatków zdrowotnych w 2006 r.), Wielkiej Brytanii (odpowiednio 87,4 proc.), a także krajów skandynawskich. W grupie analizowanych krajów jedynie Grecja w 2006 r. odnotowała większy udział finansowania prywatnego (57,5 proc.) niż publicznego, na który składają się przede wszystkim bieżące wydatki gospodarstw domowych na świadczenia zdrowotne.

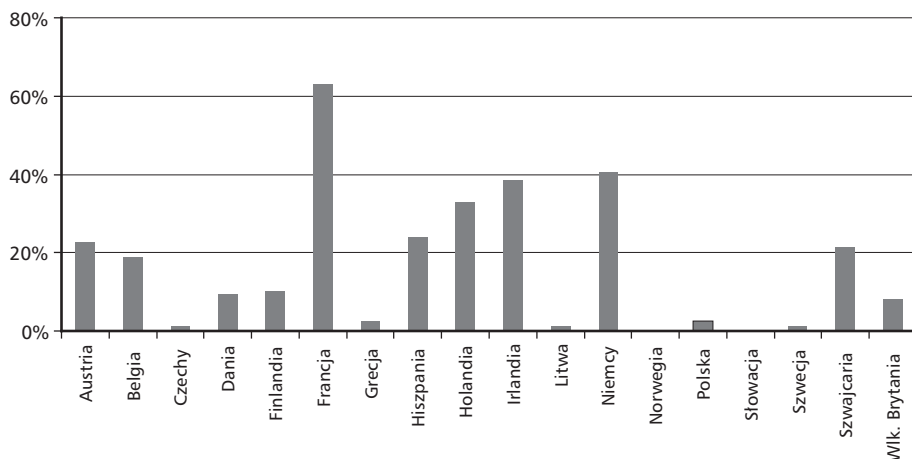
**Wykres 1. Struktura wydatków zdrowotnych według źródeł finansowania w wybranych krajach europejskich w 2006 r.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z WHO European Health for All Database (HFA-DB).

Generalnie wśród prywatnych wydatków zdrowotnych ponoszonych przez mieszkańców kontynentu europejskiego dominują wydatki o charakterze gotówkowym, które mogą być przeznaczane na bezpośrednie pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych, oficjalne dopłaty do świadczeń dostępnych w ramach pakietu publicznego (tzw. współpłacenie) czy płatności nieformalne o charakterze „dowodów wdzięczności”, natomiast udział wydatków o charakterze przedpłat (w tym: wydatków na prywatne ubezpieczenia zdrowotne czy abonamenty medyczne) najczęściej kształtuje się na poziomie poniżej 30 proc. prywatnych wydatków zdrowotnych (Wykres 2). Wyjątkami są tu kraje o dobrze rozwiniętych rynkach prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (Francja, Niemcy, Irlandia, Holandia).

**Wykres. 2. Udział wydatków o charakterze przedpłat w prywatnych wydatkach zdrowotnych wybranych krajów europejskich w 2006 r.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z WHO European Health for All Database (HFA-DB).

Mając na uwadze powyższą strukturę źródeł finansowania systemów zdrowotnych w krajach europejskich, wprowadzenie MSAs jako dodatkowej, dobrowolnej formy finansowania świadczeń zdrowotnych mogłoby zwiększyć udział finansowania prywatnego, jak również wpłynąć na „przesunięcie” części dotychczasowych bieżących wydatków zdrowotnych w kierunku wydatków o charakterze przedpłat. Tym samym medyczne konta oszczędnościowe o charakterze dobrowolnym, finansowane ze środków prywatnych mogłyby służyć pokryciu obowiązkowych dopłat do świadczeń ujętych w pakiecie publicznym, sfinansowaniu świadczeń w całości odpłatnych dla pacjentów, czy dodatkowych usług podwyższających standard leczenia (np. lepsze warunki zakwaterowania w szpitalu). Aby tego typu rozwiązania mogły cieszyć się zainteresowaniem społeczeństwa w danym kraju, poza odpowiednimi regulacjami prawnymi, należy uwzględnić m.in.: skłonność do oszczędzania bezpośrednio związaną z poziomem zamożności mieszkańców, ulgi podatkowe dla osób, które zdecydują się na utworzenie MSA, jak również dostępność prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych obejmujących ochroną ryzyko wysokich wydatków zdrowotnych. W przypadku wykorzystania koncepcji MSAs finansowanych ze środków publicznych na uwagę zasługuje przede wszystkim możliwość ich zastosowania jako instrumentu finansowania długoterminowej opieki pielęgnacyjnej dla osób starszych.

Do najważniejszych aspektów wymagających ustalenia na etapie projektowania rozwiązania typu MSA należy zaliczyć:

- charakter uczestnictwa – dobrowolny czy obowiązkowy,
- instytucje zarządzające MSAs oraz regulacje prawne zapewniające ich bezpieczeństwo finansowe, a także przejrzystość zarządzania,
- wielkość i charakter wpłaty na MSA (dobrowolna czy obowiązkowa), maksymalne i minimalne limity wpłat, a także sposób finansowania (ewentualny udział pracodawcy),

- możliwości wypłaty środków z MSA – czy tylko na pokrycie kosztów określonych świadczeń zdrowotnych (w tym również dotyczących członków rodziny posiadacza konta), czy dopuszczalne są również wypłaty na cele „niemedyczne”,
- zakres przedmiotowy i charakter ubezpieczeń zdrowotnych powiązanych z MSAs (dobrowolne czy obowiązkowe, wysokość udziału własnego, wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, itp.).

## Zakończenie

W literaturze przedmiotu na ogół podkreśla się zalety medycznych kont oszczędnościowych, pozwalające na przezwycięzenie problemów towarzyszących funkcjonowaniu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, niemniej jednak ograniczony zakres wykorzystania MSAs w praktyce utrudnia wyciągnięcie jednoznacznych wniosków dotyczących ich wpływu na rynek ubezpieczeń zdrowotnych, czy w szerszym ujęciu, na system ochrony zdrowia. Z całą pewnością, ze względu na brak rozłożenia ciężaru finansowania pomiędzy poszczególnych uczestników, MSAs powinny być rozpatrywane jako składnik kompleksowego systemu finansowania ochrony zdrowia w danym kraju połączony z odpowiednim ubezpieczeniem zdrowotnym zapewniającym ochronę na wypadek niespodziewanie wysokich kosztów leczenia. W praktyce powyższe ubezpieczenie może stanowić warunek konieczny do założenia MSA (USA) lub dobrowolne uzupełnienie istniejącego już konta (Singapur).

Ze względu na politykę zdrowotną krajów europejskich, której efektem jest stosunkowo szeroki zakres nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych dostarczanych w ramach publicznej części systemu, możliwości wprowadzenia medycznych kont oszczędnościowych na szerszą skalę są w najbliższym czasie ograniczone. Rozważając możliwości wprowadzenia MSAs stosunkowo częściej zwraca się uwagę na negatywne skutki tego rozwiązania, w szczególności zwiększenie nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych, niż na możliwość pozyskania dodatkowych środków finansowych w sektorze ochrony zdrowia.

Doświadczenia Singapuru i USA w funkcjonowaniu MSAs pokazują, że omawiana forma finansowania ochrony zdrowia nie wpływa znacząco na redukcję kosztów w sektorze ochrony zdrowia, niemniej jednak może zintensyfikować konkurencję pomiędzy świadczeniodawcami usług medycznych. Należy jednak dodać, że ze względu na pozostawienie pacjentowi decyzji o skorzystaniu z określonego świadczenia zdrowotnego wspomniana konkurencja dotyczy raczej dodatkowych elementów (np. standardu zakwaterowania w szpitalu), a nie jakości i cen wykonywanych procedur medycznych, ponieważ pacjenci generalnie nie posiadają wystarczającej wiedzy, aby umiejętnie oceniać i porównywać jakość oferowanych usług zdrowotnych, zwłaszcza zaawansowanych technologicznie.

## Wykaz źródeł:

- All About HSAs, U.S. Treasury Department, Washington, July 22, 2007, <http://www.ustreas.gov> (31.03.2010).
- Asher M., Ramesh M., Maresso A., *Medical savings accounts in Singapore*, „Euro Observer” 2008, vol. 10, nr 4, s. 9–11.
- Folland S., Goodman A. C., Stano M., *The Economics of Health and Health Care*, 5th edition, Pearson Education, Upper Saddle River, New Jersey 2007.
- Glied S., *Health savings accounts in the United States*, „Euro Observer” 2008, vol. 10, nr 4, s. 5–6.
- Ham C., *Learning from the Tigers: stakeholder health care*, „Lancet” 1996, nr 347, s. 951–953.
- Hanvoravongchai P., *Medical savings accounts: lessons learned from limited international experience*, Discussion Paper nr 3, WHO, Geneva 2002.
- Henke K.-D., Borchardt K., *Capital funding versus pay-as-you-go in health care financing reconsidered*, CESifo DICE Report, „Journal for Institutional Comparisons”, 2003, nr 1 (3), s. 3–8.
- Hsiao W. C., *Medical savings accounts: lessons from Singapore*, „Health Affairs” 1995, nr 7(4), s. 260–266.
- Kiszka K., Sowada Ch., *Singapurski model medycznych kont oszczędnościowych. Ocena i możliwości przeniesienia na grunt polskiego systemu ochrony zdrowia*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 2007, nr 1-2, s. 95-105.
- Maynard A., Dixon A., *Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience*, [w:] „Funding health care: options for Europe, red. E. Mossialos i in.”, Open University Press, Buckingham 2002.
- Pauly M. V., Goodman J. C., *Tax credits for health insurance and medical savings accounts*, „Health Affairs” 2004, nr 14(1), s. 126–139.
- Scheffler R., Yu W., *Medical savings accounts – a worthy experiment*, „European Journal of Public Health” 1998, nr 8, s. 274–278.
- Schreyögg J., *Demographic Development and Moral Hazard: Health Insurance with Medical Savings Accounts*, „The Geneva Papers on Risk and Insurance”, nr 4 (29), 2004, s. 689–704.
- Thomson S., Mossialos E., *Medical savings accounts; can they improve health system performance in Europe?*, „Euro Observer” 2008, vol. 10, nr 4, s. 1–4.  
<http://www.cpf.gov.sg> (4.03.2010).
- 2010 HSA Indexed Amounts, <http://www.ustreas.gov> (31.03.2010).
- WHO European Health for All Database (HFA-DB), <http://data.euro.who.int> (4.03.2010).

## Using medical savings accounts in financing health care – Summary

*In the context of a gradual increase of health care costs, new solutions in financing health care are becoming more and more important. Medical savings accounts are a relatively new form of financing health care, and they enable individuals to save up in order to cover costs of health care services. Due to the lack of risk sharing, the coverage of very high health care costs should be ensured separately as part of the public system (insurance or supplying*

ones) or by means of private health insurance. From a theoretical point of view, the idea of medical savings accounts helps reduce moral hazard present in health care insurance systems, as well as gives an opportunity to meet future challenges related to demographic trends.

The article presents the idea of medical savings accounts and later discusses previous experience of selected countries (USA and Singapore) with using this method of financing health care services. Furthermore, the possibility of using medical savings accounts in health care systems of European countries has been mentioned.

**Dr MARTA BORDA** jest adiunktem w Katedrze Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

Recenzenci: dr Christoph Sowada, prof. dr hab. Tadeusz Szumlicz.