

JAGODA CYBIŃSKA

Rola medycznych kont oszczędnościowych w finansowaniu opieki zdrowotnej – doświadczenia singapurskie i amerykańskie

Wiele krajów zmaga się z problemami wzrastających kosztów zdrowotnych, co zwiększa zainteresowanie metodami racjonalizacji sfery popytowej i podażowej usług zdrowotnych.

W artykule zaprezentowano innowacyjne rozwiązanie, jakim jest medyczne konto oszczędnościowe służące korygowaniu i usprawnianiu systemów opieki zdrowotnej. Jest to mało znana forma indywidualnego zabezpieczenia finansowego przed ekonomicznymi skutkami choroby, polegająca na gromadzeniu środków pieniężnych na osobistym koncie zdrowotnym. Kapitał zaoszczędzony na rachunku medycznym powinien być z zasady przeznaczony na wydatki związane ze zdrowiem.

Szczegółowo opisano rozwiązania w zakresie zastosowania medycznych kont oszczędnościowych w Singapurze i USA. Wybór państw nie był przypadkowy. Singapur należy do państw, w których są one obowiązkowe, podczas gdy w Stanach Zjednoczonych posiadanie medycznego konta oszczędnościowego jest dobrowolne.

Słowa kluczowe: medyczne konta oszczędnościowe, zdrowotne konta oszczędnościowe, konta medyczne, konta zdrowotne, system opieki zdrowotnej.

Wprowadzenie

W obecnych realiach decydenci kształtujący systemy finansowania opieki zdrowotnej stoją w obliczu dylematu, czy dążyć do zwiększania nakładów finansowych na usługi medyczne, czy wręcz przeciwnie, ograniczać je. Sposobem wyjścia z impasu może być podjęcie ryzyka wdrożenia nowych, niestosowanych powszechnie rozwiązań. Kryzys związany z finansowaniem opieki zdrowotnej w krajach wysokorozwiniętych spowodował, że w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku rozpoczęto działania mające na celu ograniczanie wydatków publicznych na usługi zdrowotne. Podjęto próby poszukiwania nowych mechanizmów finansowania (za pomocą

niestosowanych dotychczas form ubezpieczeniowych lub zaopatrzeniowych) i wsparcia funkcjonowania opieki zdrowotnej¹.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie i omówienie medycznych kont oszczędnościowych jako jednego z rozwiązań stosowanych na świecie w zakresie finansowania opieki zdrowotnej. Z uwagi na fakt, że nie są one wdrożone w Polsce, autorka podjęła się próby prezentacji wybranych doświadczeń zagranicznych w ich zastosowaniu. Wybór krajów do opisu funkcjonowania kont medycznych nie był przypadkowy. Rachunki zdrowotne funkcjonują m.in. w Singapurze, Stanach Zjednoczonych, Chinach oraz Republice Południowej Afryki. W artykule zdecydowano się na analizę rozwiązań stosowanych w Singapurze, gdyż właśnie tam po raz pierwszy na świecie wdrożono konta zdrowotne. Z kolei fakt, że sam pomysł stworzenia konta zdrowotnego powstał w USA, zadecydował o wyborze do analizy także tego kraju. Kolejnym czynnikiem decydującym o wyborze tych dwóch państw był charakter medycznego konta oszczędnościowego: w Singapurze posiadanie rachunku zdrowotnego jest obligatoryjne, natomiast w USA dobrowolne.

„Medyczne konta oszczędnościowe” to termin będący tłumaczeniem angielskiego sformułowania *medical savings accounts*. W literaturze bardzo często termin ten pojawia się w formie akronimu MSA. Autorka w swej pracy korzysta zamiennie z następujących określeń: medyczne konta oszczędnościowe, zdrowotne konta oszczędnościowe lub konta medyczne. W pierwszej części artykułu omówiono istotę medycznego konta oszczędnościowego, a także przedstawiono konto zdrowotne na tle mechanizmów finansowania opieki zdrowotnej. W dalszej części opisano funkcjonowanie MSA w systemie singapurskim oraz amerykańskim. Artykuł kończy ocena wykorzystania kont zdrowotnych w obu państwach.

Obok głównych źródeł informacji, jakimi były cenione opracowania międzynarodowe, niezwykle pomocne w przygotowaniu poniższego artykułu okazały się dane prezentowane przez Singapurskie Ministerstwo Zdrowia.

1. Istota medycznego konta oszczędnościowego

1.1. Konto zdrowotne – ujęcie konstrukcyjne

Idea medycznych kont oszczędnościowych zrodziła się w wyniku poszukiwania panaceum na problemy związane z finansowaniem kosztów leczenia w sytuacji nieograniczonego popytu na opiekę zdrowotną, ale ograniczonych zasobach finansowych. Konta zdrowotne opierają się na indywidualnym gromadzeniu kapitału na specjalnym koncie oszczędnościowym. Ma to zapewnić posiadaczowi w przyszłości możliwość pokrycia kosztów leczenia w przypadku zachorowania². MSA umożliwia zatem rozłożenie w czasie skutków finansowych zachorowania. Posiadanie medycznego konta oszczędnościowego zdejmuje z danej osoby ciężar pokrywania kosztów leczenia z bieżących dochodów, jednak nie gwarantuje zabezpieczenia finansowego w przypadku choroby, której leczenie wymaga ponadprzeciętnych nakładów finansowych. Może się bowiem okazać, że środki

-
1. E. Mossialos, A. Dixon, *Funding health care: an introduction*, w: E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras (red.), *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, Buckingham – Philadelphia 2002, s. 2.
 2. K. Kiszka, Ch. Sowada, *Singapurski model medycznych kont oszczędnościowych. Ocena i możliwości przeniesienia na grunt polskiego systemu ochrony zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, tom V, 2007 nr 1–2, s. 201–202.

zaoszczędzone na koncie medycznym są niewystarczające. Dlatego w praktyce instrument ten funkcjonuje w parze z prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym lub/i publicznym systemem zabezpieczenia zdrowotnego³. Medyczne konto oszczędnościowe ma także za zadanie zaangażować daną osobę w kontrolowanie generowanych kosztów leczenia.

Gromadzenie środków odbywa się poprzez regularne wpłaty, których wysokość jest z góry ustalona. Wpłaty mogą mieć charakter obowiązkowy lub dobrowolny. Wysokość oraz częstotliwość wpłat na medyczne konta są określane przez właściciela konta bądź narzucone przez ustawodawcę⁴. W tym drugim przypadku wielkość wpłat może być ujednoczona według stawek zryczałtowanych, może zależeć od wieku właściciela rachunku lub od wysokości jego dochodów. W praktyce funkcjonowania MSA spotyka się limitowanie przez państwo maksymalnych i minimalnych wpłat miesięcznych albo rocznych. Jest to w szczególności ważne, gdy w danym systemie istnieje możliwość skorzystania z ulg podatkowych z tytułu posiadania konta zdrowotnego. Zachęty fiskalne wpływają na wysokość zgromadzonych oszczędności i kapitalizowanych odsetek⁵.

„Wydajność” oszczędzania na poczet przyszłych wydatków zdrowotnych jest w znacznej mierze uzależniona od sytuacji makroekonomicznej danego państwa. Do czynników makroekonomicznych kształtujących zdolność danego społeczeństwa do oszczędzania zaliczyć można wskaźnik zatrudnienia, poziom inflacji czy poziom PKB. Istotną jest również kondycja rynków finansowych. Kolejną ważną kwestią jest zdolność gromadzenia oszczędności na rachunku zdrowotnym przez daną jednostkę na przestrzeni jej całego życia. Nie będzie zaskoczeniem twierdzenie, że największe możliwości kumulacji zasobów pieniężnych mają osoby w wieku produkcyjnym, a najmniejsze w wieku emerytalnym. Z kolei nasilenie wykorzystywania odłożonych środków na pokrycie kosztów leczenia rośnie wraz z wiekiem. Zachęcanie do odkładania środków pieniężnych w czasie aktywności zawodowej wydaje się zatem trafnym rozwiązaniem.

Kolejną kwestią wartą wspomnienia jest sprawa zarządzania funduszami kont medycznych. W tym względzie wyróżnia się dwa podejścia: podmiot publiczny sprawuje pieczę nad gromadzeniem i inwestowaniem zgromadzonych środków albo powierza się te zadania podmiotom prywatnym, na przykład zakładom ubezpieczeń czy bankom.

Z założenia zasoby finansowe zebrane na koncie medycznym powinny służyć pokrywaniu kosztów związanych z korzystaniem z opieki zdrowotnej. Tym samym pojawia się kwestia działań systemowych mających zabezpieczać realizację tego celu. Jednym z takich działań jest wyznaczanie limitów pieniężnych dokonywanych wypłat oraz regulowanie sytuacji, których wystąpienie uprawnia do wypłaty środków. Podejmowane są zagadnienia: ile można wydatkować i na jakie konkretne świadczenia zdrowotne. Ponadto prawo może przewidywać przypadki obciążania karami

3. M. Borda, *Medyczne konta oszczędnościowe – alternatywa czy uzupełnienie dla prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych*, „Studia i Prace Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie”, nr 7, Kraków 2009, s. 219.

4. Przykładowo w USA istnieje dobrowolność co do wysokości wpłat, jedynym ograniczeniem jest ich maksymalny limit. Z kolei w Singapurze wpłaty są narzucone ustawowo i stanowią określony procent dochodów przy jednoczesnych minimalnych i maksymalnych wielkościach wpłat. Szerzej na ten temat w dalszej części artykułu. Natomiast w Chinach wysokość wpłat jest narzucona z góry i stanowi określony procent pensji, nie występują tutaj limity wysokości wpłat, patrz szerzej: J.L. Hougaard, L.P. Osterdal, Y. Yu, *The Chinese Health Care System: Structure, Problems and Challenges*, Discussion Papers, Department of Economics, University of Copenhagen, 2008 No 08–01.

5. A. Dixon, *Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care?*, „Croatian Medical Journal”, nr 43(3) 2002, s. 409.

tych, którzy wydatkowali środki z konta zdrowotnego na dobra i usługi inne niż medyczne. Jedną z takich sankcji jest utrata korzyści podatkowych płynących z posiadania konta zdrowotnego. W duchu ochrony realizacji celu posiadania konta zdrowotnego można oceniać także regulacje stanowiące o kręgu osób uprawnionych do korzystania ze zgromadzonych środków oraz kwestie związane z dziedziczeniem kapitału po zmarłym właścicielu konta⁶. W praktyce, w zależności od przyjętych w danym państwie reguł funkcjonowania tego typu rachunków, przeznaczenie zgromadzonych środków może niekiedy „wychodzić” poza system zdrowotny.

Tam, gdzie państwo podatkowo zachęca do oszczędzania poprzez MSA⁷, ważne jest także wdrożenie narzędzi ochrony przed traktowaniem konta jedynie instrumentu zabezpieczającego jego właściciela przed płaceniem podatków. Przykładem tego rodzaju narzędzi są limity wpłat na medyczne konto oszczędnościowe, stosowane między innymi w Singapurze oraz USA, o czym szerzej w dalszej części tekstu. Kolejnym, stosowanym m.in. w Singapurze i Chinach, jest brak możliwości wykorzystania środków finansowych zaoszczędzonych na rachunku zdrowotnym na cele pozamedyczne. W USA dopuszcza się taką możliwość, jednakże środki te będą wówczas podlegały opodatkowaniu, przy jednoczesnej grzywnie finansowej. Zabieg ten powoduje, że nie ma możliwości posłużenia się MSA tylko dla uniknięcia opodatkowania.

1.2. Cele wprowadzania medycznych kont oszczędnościowych

Idea stworzenia medycznych kont oszczędnościowych powstała w Stanach Zjednoczonych w latach 70. ubiegłego stulecia⁸. W latach 80. i 90. XX wieku rozwiązanie to wprowadzono w kilku krajach na świecie. W Stanach Zjednoczonych i Republice Południowej Afryki medyczne konta oszczędnościowe stały się formą uzupełniającą finansowanie kosztów leczenia z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, natomiast w Singapurze i Chinach są one uzupełnieniem systemu opartego na publicznym finansowaniu. Model medycznych kont oszczędnościowych opracowali amerykańscy analitycy w odpowiedzi na problemy związane z funkcjonowaniem sektora opieki zdrowotnej⁹. Kluczowym problemem była kwestia pojawiającego się *hazardu moralnego*¹⁰, który zmniejsza efektywność wydatkowania ograniczonych zasobów, powodując przy tym wzrost

6. A. Dixon, *Are...*, op. cit., s. 409.

7. Zachęty podatkowe do oszczędzania za pomocą medycznych kont oszczędnościowych na poczet przyszłych wydatków zdrowotnych stosuje się m.in. w Chinach, Singapurze i USA.

8. P. Itchev, *Zdrowotne konta oszczędnościowe – nowy instrument finansowania w ochronie zdrowia; rozwój zdrowotnych kont oszczędnościowych w wybranych krajach*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, 2011 nr 2, Warszawa 2011, s. 2.

9. W przypadku Stanów Zjednoczonych problem w opiece zdrowotnej dotyczył przede wszystkim prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, ze względu na specyfikę finansowania opieki zdrowotnej w tym kraju. Patrz szerzej: E. Mossialos, A. Dixon, *Funding...*, op. cit., s. 1.

10. Z hazardem moralnym wiąże się problem braku chęci jednostki do należytego dbania o własne zdrowie (bez względu na to, czy podlega ona ubezpieczeniu obowiązkowemu czy prywatnemu). Kolejnym zagrożeniem jest nadużywanie świadczeń zdrowotnych ze względu na błędne przekonanie, że usługa medyczna jest darmowa. Patrz szerzej: A. Sobczak, *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Charakterystyka i przegląd międzynarodowy*, [w:] A. Sobczak, E. Dudzik-Urbaniak, G. Juszczyk (red.), *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i na świecie*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2004, s. 24.

kosztów opieki zdrowotnej. Uznaje się, że jedyną możliwością wyeliminowania tego procederu jest partycypowanie pacjenta w kosztach otrzymanych świadczeń zdrowotnych.

Ponadto kreatorzy takiego rozwiązania kierowali się również koniecznością pozyskania dodatkowych nakładów finansowych na funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Przyświecała im także idea zwiększenia efektywności usług zdrowotnych oferowanych pacjentowi.

Medyczne konta oszczędnościowe w swej istocie prezentują przejście od współodpowiedzialności (solidaryzmu) do indywidualnej odpowiedzialności za finansowanie kosztów leczenia.

2. Zastosowanie medycznych kont oszczędnościowych w systemach zdrowotnych w Singapurze i USA

2.1. Medyczne konta oszczędnościowe w systemie finansowania opieki zdrowotnej w Singapurze

Singapur jest niewielką wyspą o obszarze 714 km² leżącą w południowo-wschodniej Azji, mającą 5,184 mln mieszkańców. W 1965 r. stał się niepodległym krajem. Od tego czasu państwo to zaczęło się bardzo szybko rozwijać pod względem gospodarczym i technologicznym¹¹. Warto także nadmienić, że według badań przeprowadzanych przez Bloomburga społeczność tego kraju należy do najzdrowszych na świecie¹².

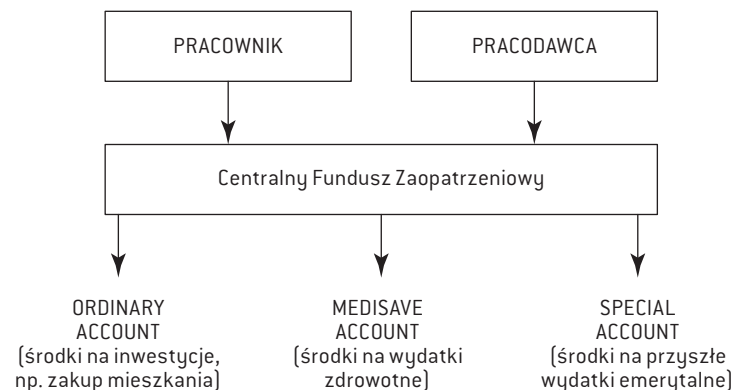
W Singapurze środki publiczne stanowią zaledwie 36,6 proc. wydatków zdrowotnych. Przeważają środki prywatne, stanowiąc 63,4 proc. łącznych wydatków¹³.

W latach 70. XX wieku obserwowano gwałtowny wzrost wydatków na zdrowie przy jednoczesnej niskiej wydajności świadczeń medycznych oferowanych przez publiczne placówki lecznicze. W efekcie w 1984 r. w Singapurze przeprowadzono reformę systemu opieki zdrowotnej, wprowadzając pewien rodzaj obowiązkowego indywidualnego medycznego konta oszczędnościowego. Reformując system, ówczesne władze skupiały się na tym, aby świadczeniobiorcy usług medycznych mieli wolny wybór świadczeniodawcy. Dodatkową wartością miało być funkcjonowanie wolnej konkurencji na rynku zdrowia¹⁴.

Program obowiązkowych medycznych kont oszczędnościowych został wprowadzony w 1984 r. w postaci projektu *Medisave*. Konto zdrowotne funkcjonujące pod tą nazwą ze względów organizacyjnych podlega Centralnemu Funduszowi Zaopatrzeniowemu (ang. *Central Provident Fund – CPF*). Początkowo do zadań CPF należało gromadzenie środków na poczet przyszłych emerytur od osób zatrudnionych. Nastąpiło zatem rozszerzenie zakresu obowiązków CPF o gromadzenie oszczędności na pokrycie ewentualnych kosztów opieki zdrowotnej, zakupu domu czy zabezpieczenia rodziny.

11. Dostępne informacje na temat wzrostu gospodarczego Singapuru na przestrzeni lat potwierdzają ogromny skok tego kraju. Najbardziej znaczące sektory tamtejszej gospodarki to przemysł i usługi biznesowe. Singapur należy do czołówki krajów, w których w bardzo łatwy sposób można założyć własny biznes. Dodatkowo jest krajem o najniższym wskaźniku korupcji. Patrz szerzej: OECD, *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing 2011, s. 2–24.
12. Patrz szerzej: Forsal.pl, *Singapur najzdrowszym krajem świata*, http://forsal.pl/artykuly/641285,singapur_najzdrowszym_krajem_swiate.html# [dostęp: 12.05.2013].
13. Patrz szerzej: OECD, *Health at a Glance: Asia/Pacific 2010*, OECD Publishing 2010, s. 67–74.
14. W. Hsiao, *Medical savings accounts: lessons from Singapore*, „Health Affairs”, 14, 1995 nr 4, s. 260–261.

Rysunek 1. Centralny Fundusz Zaopatrzeniowy jako rdzeń singapurskiego zabezpieczenia społecznego



Źródło: J. Schreyögg, L. Meng Kin, *Health – Care Reforms in Singapore – twenty years of Medical Savings Accounts*, CESifo DICE Report 3/2004. s. 56.

Osoby zatrudnione, a także pracodawcy, mają obowiązek do dokonywania comiesięcznych wpłat, które są rozdzielane w odpowiedniej proporcji na trzy różne konta (rys. 1)¹⁵ administrowane przez *Central Provident Fund*. Jednym z rachunków jest *Medisave*, na którym poprzez comiesięczne wpływy tworzona jest rezerwa na poczet przyszłych potrzeb finansowych związanych z opieką zdrowotną.

Kiedy właściciel konta jest stosunkowo młody (do 35. roku życia), to największa część składki, 67 proc., przekazywana jest na *Ordinary Account* (czyli inwestycje w mieszkanie, edukację, ubezpieczenie). Na pozostałe rachunki przekazuje się odpowiednio: 19 proc. na *Medisave* i 14 proc. do *Special Account*. Zmiany w strukturze rozdysponowywania składek wyraźnie widać w przypadku osób w wieku powyżej 65 lat. Wtedy prawie całość wpłat, 90 proc., jest przekazywana na konto *Medisave*, a tylko niewielka część, 10 proc., na *Ordinary Account*.

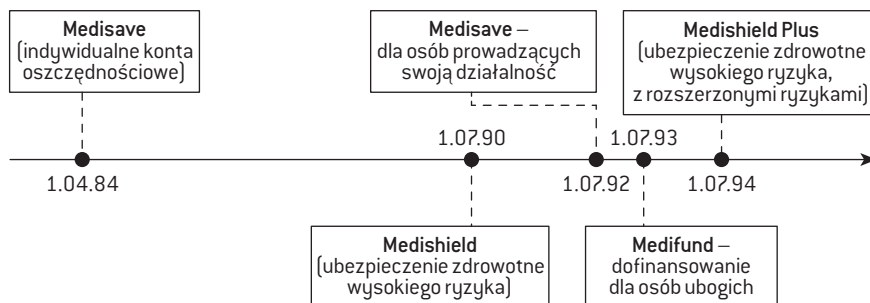
Medisave nie jest jedynym komponentem całego systemu finansowania opieki zdrowotnej w Singapurze. Obok niego wyróżnia się kolejne programy, takie jak *Medishield* oraz *Medifund*, które są elementami dopełniającymi całe przedsięwzięcie. Również te programy znajdują się pod auspicjami *Central Provident Fund*.

Na osi czasu na rys. 2 przedstawiono harmonogram wprowadzenia kolejnych programów, które zdecydowano się wdrożyć ze względu na zmieniające się potrzeby w finansowaniu opieki zdrowotnej, a także chęć doskonalenia rozwiązań systemowych.

Rachunek *Medisave* jest obowiązkowy dla wszystkich mieszkańców Singapuru i zmusza potencjalnych pacjentów, żeby byli sami odpowiedzialni za finansowanie świadczeń zdrowotnych, z których korzystają. Tego rodzaju rozwiązanie niewątpliwie wpływa na zwiększenie indywidualnej odpowiedzialności posiadacza konta za swój stan zdrowia, a tym samym rozważne dysponowa-

15. Pierwsze z tych kont to *Ordinary Account* – wpłaty pieniężne dokonywane na ten rachunek mogą być przeznaczone na zakup nieruchomości, zapłatę za ubezpieczenie, inwestycje oraz edukację. Kolejne konto to *Special Account* – wpłaty można przeznaczyć na inwestycje finansowe związane z emeryturą; wysokość składek na ten rodzaj kont uzależniona jest od wieku. Patrz szerzej: Ministry of Manpower, <http://www.mom.gov.sg/employment-practices/employment-rights-conditions/cpf/Pages/default.aspx> [dostęp: 14.03.2014].

Rysunek 2. Agenda wprowadzania planów finansowania opieki zdrowotnej w Singapurze



Źródło: opracowanie własne na podstawie P. Hanvoravongchai, *Medical Savings Accounts: Lessons learned from International Experience*, Discussion Paper No. 52, World Health Organization 2002 s. 6.

nie zgromadzonymi środkami. Wyznaczono maksymalną (43 500 SGD, stan na 1 lipca 2012 r.)¹⁶ i minimalną (40 500 SGD, stan na 1 stycznia 2013 r.)¹⁷ wartość rocznych wpłat na *Medisave*. Istotnym atutem tego programu jest fakt, że zgromadzony kapitał nie podlega opodatkowaniu, także w momencie konsumowania środków. Pacjentom jako dysponentom środków pozostawiono swobodę wyboru usługodawcy medycznego.

Ideą konta jest wydatkowanie zgromadzonych środków pieniężnych na pokrycie kosztów leczenia właściciela rachunku oraz jego najbliższej rodziny. Jednak w celu ochrony zakumulowanych zasobów finansowych przed wyczerpaniem w okresie poprzedzającym wiek emerytalny, gdy jest większe obciążenie rachunku zapotrzebowaniem na świadczenia medyczne, ustanowiono zasady wykorzystywania środków *Medisave*. Zasady te mają zapobiegać nieuzasadnionym wydatkom.

W przypadku, gdy środki na koncie *Medisave* są niewystarczające na pokrycie kosztów leczenia, wówczas można skorzystać z kolejnego instrumentu uzupełniającego konto medyczne, tj. z *Medishield*. Program ten wprowadzono w 1990 r. z myślą o osobach przewlekle chorych, które wymagają długotrwałego i kosztownego leczenia. *Medishield* działa na podstawie planu ubezpieczeniowego. Program ten wymaga od jego uczestników udziału w ponoszonych kosztach.

Dla osób najbiedniejszych, których nie stać na zgromadzenie odpowiedniej ilości środków na pokrycie kosztów leczenia, w 1993 r. wprowadzono program *Medifund* finansowany z budżetu państwa. Jednakże by móc skorzystać z tej pomocy należy spełniać odpowiednie kryteria: mieć obywatelstwo oraz korzystać z opieki medycznej w instytucjach zatwierdzonych przez program *Medifund*.

W 1994 r. w celu doskonalenia *Medisave* wprowadzono nowy program, *Medisave Plus*, którego zadaniem było rozszerzenie grup ryzyk objętych ochroną, a także zapewnienie wyższego standardu opieki medycznej.

Fakt funkcjonowania w Singapurze szerokiej gamy prywatnych programów finansowania wydatków medycznych nie wyklucza udziału państwa w finansowaniu opieki zdrowotnej. Mimo wprowadzenia indywidualnej finansowej odpowiedzialności za leczenie, państwo w dalszym ciągu stoi na straży dostępu mieszkańców do opieki zdrowotnej.

16. http://mycpf.cpf.gov.sg/CPF/News/News-Release/N_11May2012.htm [dostęp: 10.03.2014].

17. <http://www.mom.gov.sg/employment-practices/employment-rights-conditions/cpf/Pages/default.aspx> [dostęp: 10.03.2014].

W singapurskim systemie finansowania opieki zdrowotnej należy zwrócić uwagę na jego dwie kluczowe podstawy. Z jednej strony wyróżniamy omówione powyżej indywidualne medyczne konta oszczędnościowe, a z drugiej państwowe programy gwarantujące ochronę osobom schorowanym, potrzebującym, których nie stać na leczenie.

Przykładem państwowych projektów dla najuboższych jest program *Eldershield* skierowany do osób starszych, które wymagają długoterminowej opieki zdrowotnej. Pomoc w tym przypadku polega na wypłacie określonej kwoty pieniężnej, by pacjent mógł samodzielnie opłacić koszt świadczenia medycznego. Ministerstwo Zdrowia w Singapurze wyznaczyło trzy towarzystwa ubezpieczeń, które mogą prowadzić ten typ programu (Aviva, Great Eastern, NTUC Income). Wszystkie osoby posiadające medyczne konto *Medisave*, które ukończyły 40 lat (ale nie mają jeszcze 70 lat), automatycznie są wcielane do *Eldershield*. Wysokość wpłaty na ten rachunek zależy od wieku, w którym dana jednostka przystępuje do programu. Istotną kwestią jest fakt, iż składki nie wzrastają wraz z wiekiem. Składki uiszcza się raz w roku, aż do momentu ukończenia 65. roku życia. Dzięki *Eldershield* osoby powyżej 70 lat, które z uwagi na wiek nie są w pełni samodzielne i sprawne, mogą liczyć na pomoc w postaci miesięcznych wypłat z tego konta medycznego, w wysokości 600 SGD przez 12 miesięcy¹⁸.

2.2. Medyczne konta oszczędnościowe w systemie finansowania opieki zdrowotnej w USA

Pomimo ogromnych nakładów finansowych na opiekę zdrowotną [17,6 proc. PKB]¹⁹, według badania Bloomberg’a, USA znalazły się dopiero na 33. miejscu wśród krajów o najzdrowszym społeczeństwie na świecie.²⁰ Struktura wydatków zdrowotnych w USA, ze względu na pochodzenie środków, prezentuje się następująco: wydatki prywatne stanowią 51,8 proc. łącznych nakładów, a środki publiczne – 48,2 proc. wydatków na zdrowie.

W Stanach Zjednoczonych finansowanie opieki zdrowotnej dokonuje się głównie dwiema metodami: przez oszczędzanie (przedpłaty) środków na przyszłe wydatki zdrowotne oraz przez bezpośrednią zapłatę za otrzymaną usługę medyczną. W amerykańskim systemie finansowania opieki zdrowotnej funkcjonuje wielu płatników (ang. *multi-payer system*), na przykład państwo (*Medicare, Medicaid* itp.), podmioty prywatne (pracodawcy – ubezpieczenia zdrowotne dla pracowników, gospodarstwa domowe itp.). Organizacja planów finansowania opieki zdrowotnej silnie oddziałuje na wybór płatnika. Co więcej, zważywszy na niepełny zakres opieki zdrowotnej gwarantowany przez *Medicare*, osoby dobrowolnie uczestniczące w tym programie ochronnym bardzo często decydują się na zakup uzupełniającego ubezpieczenia zdrowotnego²¹.

Stany Zjednoczone prezentują odmienne podejście stosowania medycznych kont oszczędnościowych w porównaniu z Singapurem. Także nazewnictwo w literaturze opisującej konta zdrowotne w USA jest odmienne (ang. *Health Savings Accounts*). Pomysł stworzenia medycznych

18. Ministry of Health Singapore, *Elder Shield Supplements*, http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/ElderShield/ElderShield_Supplements.html [dostęp: 14.03.14].

19. OECD, *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing 2012, s. 122.

20. Forsal.pl, *Singapur...*, op.cit.

21. Świadczenia zdrowotne dostępne w ramach *Medicare* są podzielone na kilka rodzajów usług: plan A leczenie szpitalne, plan B leczenie u specjalistów itp. Patrz szerzej: K.P. Chua, *Overview of the U.S. Health Care System*, AMSA Jack Rutledge Fellow 2005–2006, s. 2.

kont oszczędnościowych zrodził się po raz pierwszy w Stanach Zjednoczonych, jednakże proces wprowadzenia takiego rozwiązania nie był łatwy. Idea powołania do życia kont zdrowotnych zrodziła się na kanwie problemów związanych z hazardem moralnym oraz niesprawiedliwą selekcją na rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, jak również w związku z wysokimi nakładami publicznymi na opiekę zdrowotną. W USA medyczne konta oszczędnościowe mogą występować tylko w połączeniu z prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Mogą być założone przez podmioty indywidualne, rząd, pracodawcę lub grupę osób połączoną wspólnymi interesami.

Już na długo przed wprowadzeniem w 1997 r. medycznych kont oszczędnościowych regulowanych odpowiednim aktem prawnym rozwiązanie to budziło w USA wiele kontrowersji i miało zarówno zwolenników, jak i przeciwników. Pierwotnie prawo do posiadania medycznego konta zdrowotnego odnosiło się tylko do osób samozatrudnionych i pracowników małych firm (do 50 zatrudnionych). Niezbędne było również posiadanie prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego z roczną franszyzą redukcyjną na poziomie co najmniej 1500 USD. W późniejszych latach wprowadzono limit wielkości depozytu na rachunku medycznym objęty zwolnieniem z podatku. Znaczącą zachętą do posiadania konta zdrowotnego uczyniono brak opodatkowania odsetek od kapitału zgromadzonego na rachunku. Kolejną korzyścią płynącą z posiadania konta zdrowotnego była możliwość zakupu stosunkowo niedrogiego ubezpieczenia od nieprzewidywalnie wysokich kosztów leczenia.

W 2003 r. zdecydowano się na dokonanie zmiany w ustawie *The Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act*, w celu zwiększenia dostępności do medycznych kont oszczędnościowych dla każdego obywatela Stanów Zjednoczonych. Konta te są ściśle związane z ubezpieczeniowymi planami zdrowotnymi z wysokim udziałem własnym (franszyzą redukcyjną). Warunkiem otwarcia rachunku zdrowotnego jest właśnie posiadanie takiego ubezpieczenia.

Medyczne konta zdrowotne mogą być prowadzone przez ubezpieczyciela albo przez inne instytucje finansowe współpracujące z ubezpieczycielem. Dlatego ubezpieczyciele często oferują obok prywatnego ubezpieczenia, rachunki zdrowotne. Wówczas właściciele kont medycznych są wyposażeni w specjalne karty kredytowe, które mogą służyć do wypłaty środków pieniężnych z konta medycznego. Dodatkowo ubezpieczyciele, tworząc plany zdrowotne w ramach prywatnego ubezpieczenia, kreują specjalne sieci preferowanych placówek medycznych, gdzie pacjent może otrzymać świadczenia zdrowotne po cenach uprzednio wynegocjowanych przez ubezpieczyciela. W przypadku gdy ubezpieczony nie chce skorzystać z usług świadczeniodawców wskazanych przez ubezpieczyciela, może udać się do wybranego przez siebie specjalisty. Wówczas musi liczyć się z tym, że zapłata za daną usługę może być wyższa od tej, którą proponuje usługodawca wyznaczony przez zakład ubezpieczeń, w ramach zawartego planu ubezpieczeniowego.

Otwarcie medycznego konta oszczędnościowego w połączeniu z ubezpieczeniem prywatnym może być dokonane indywidualnie bez organizowania jakiegokolwiek grupy lub przez pracodawcę. Jeśli chodzi o samodzielne zakładanie konta zdrowotnego, wszelkie decyzje dotyczące planu zdrowotnego są podejmowane przez właściciela konta, czyli osobę, która dokonuje wpłat. Istotna jest kwestia wysokości składek. Nie można zapominać także o szczegółowych przepisach regulujących działania medycznego konta oszczędnościowego, zróżnicowanych w obrębie poszczególnych stanów.²²

22. S. Thomson, E. Mossialos, *Medical Savings Accounts: Can they Improve Health System Performance In Europe?*, „Euro Observer”, 2008 vol. 10, nr 4, s. 6.

Na rynku amerykańskim występują trzy rodzaje medycznych kont oszczędnościowych (tabela 1). Najpopularniejszym jest *Health Savings Account* (HSA). Na tym rachunku wszelkie zgromadzone środki, wraz z uzyskanymi odsetkami, są wolne od podatku dochodowego. Niewykorzystany w danym roku kapitał przechodzi na następny rok. Posiadaczem rachunku HSA może być każdy, kto jest ubezpieczony w ramach ubezpieczenia z wysoką franszyzą redukcyjną. Drugim typem konta zdrowotnego jest *Flexible Spending Account* (FSA). Program ten oferowany jest przez pracodawców swym pracownikom. Również w przypadku tego rachunku zaoszczędzony kapitał jest wolny od obciążeń podatkowych (od podatku dochodowego w niektórych stanach, federalnego i społecznego). W ramach FSA wyróżnia się trzy jego podtypy: [1] *Medical Flexible Spending Account*, który pozwala na zapłatę za te usługi, które nie są pokrywane z tytułu ubezpieczenia i muszą być opłacone bezpośrednio z kieszeni pacjenta, [2] *Limited Purpose Medical Flexible Spending Account* – dzięki zasobom pieniężnym na tym koncie posiadacz może pokryć między innymi koszty leczenia dentystrycznego, [3] *Dependent Care Reimbursement Account*, który służy do opłacania kosztów jednodniowego, dziennego leczenia. Medyczne konto oszczędnościowe *Flexible Spending Account* cechuje się zasadą *Use it or Lose it* („wykorzystaj bądź strać”), co skutkuje tym, że środki niewykorzystane w przyjętym okresie rozliczeniowym przepadają.

Trzecią formą rachunku oszczędnościowego jest *Health Reimbursement Arrangement* (HRA), który w całości jest finansowany przez pracodawcę na rzecz pracownika i jego rodziny. Nakłady pieniężne zwrócone pracownikowi z tytułu skorzystania z usługi zdrowotnej nie podlegają opodatkowaniu. Świadczenia medyczne, które mogą być finansowane z konta HRA, ustala pracodawca. W przeciwieństwie do wcześniej przedstawionych rodzajów medycznych kont oszczędnościowych, w tym przypadku właścicielem rachunku jest pracodawca, który ustala wysokość wpłacanych przez siebie kwot.²³

Tabela 1. Porównanie trzech typów medycznych kont oszczędnościowych występujących w Stanach Zjednoczonych

	<i>Health Savings Account</i>	<i>Flexible Spending Account</i>	<i>Health Reimbursement Account</i>
Założyciel konta	Pracodawca lub uprawniony pracownik	Pracodawca (plan sponsorowanych świadczeń)	Pracodawca (plan sponsorowanych świadczeń)
Właściciel konta	Osoba indywidualna, pracownik	Pracownik	Pracodawca (forma umowy)
Źródła funduszy na koncie	– Potrącenia z wynagrodzenia pracownika – Wpłata pracodawcy – Wpłaty członków rodziny	Potrącenia z wynagrodzenia pracownika	Wpłaty dokonywane wyłącznie przez pracodawcę
Niewykorzystane środki w ciągu roku	Przechodzą na kolejny rok	Przepadają, zasada <i>Use it or Lose it</i>	Zależy od decyzji pracodawcy
Wymogi dotyczące posiadania ubezpieczenia	Wymagane plany ubezpieczeniowe z wysokim udziałem własnym	Brak konieczności posiadania ubezpieczenia	Brak konieczności posiadania ubezpieczenia

Źródło: opracowanie własne na podstawie: J.P. Morgan, *Account Comparison Chart*, http://www.jpmorgan.com/tss/General/Account_Comparison_Chart/1268955538242 [dostęp 24.04.2013] oraz <http://www.healthequity.com/HealthAccounts/Compare%20Accounts.aspx> [dostęp 13.03.2014].

23. US Bank Healthcare Payment Solutions, <http://www.mycdh.usbank.com/faq.html#> [dostęp: 10.03.2014].

3. Ocena wykorzystania medycznych kont oszczędnościowych w Singapurze i USA

Medyczne konto oszczędnościowe postrzegane jest jako innowacyjny sposób finansowania opieki zdrowotnej, który w połączeniu z odpowiednim programem państwowym wspierającym najuboższych może być efektywny, zapewniając podstawowy zakres usług zdrowotnych obywatelom, a przy tym obniża pokusę hazardu moralnego²⁴. Analizując rozwiązania stosowane w USA i w Singapurze, w literaturze przedmiotu ścierają się ze sobą zwolennicy i przeciwnicy kont zdrowotnych.

3.1. Ewaluacja medycznych kont oszczędnościowych w singapurskim systemie finansowania opieki zdrowotnej

Na przestrzeni ostatnich kilku lat widać wyraźnie zwiększające się wypłaty z kont zdrowotnych, co przyczynia się do zwiększenia udziału finansowania opieki zdrowotnej za pomocą *Medisave*. Początkowe niewielkie wypłaty z tych rachunków mogły wynikać z krótkiego czasu oszczędzania i w efekcie braku możliwości zaoszczędzenia znacznych kwot. Zasady i obowiązujące przepisy dotyczące wypłat prawdopodobnie były dość skomplikowane dla Singapurczyków, którzy musieli nauczyć się funkcjonowania tego nowego rozwiązania.

Liczba oraz bilans kont *Medisave* na przestrzeni lat wskazują na możliwości i efektywność konta zdrowotnego w procesie oszczędzania na przyszłe wydatki zdrowotne. Przykładowo pod koniec 1999 r. Singapurczycy posiadali 2,68 mln rachunków, na których odłożyli 20,8 mld SGD²⁵. W kolejnych latach liczba rachunków się zwiększyła, a co się z tym wiąże, „suma bilansowa” *Medisave* również wzrosła. W 2012 r. zarejestrowano 3,1 mln kont medycznych, na których zgromadzono łącznie 60 mld SGD²⁶. Szacuje się, że średnio na każdym rachunku zdrowotnym *Medisave* w roku 2012 znajdowało się 19 400 SGD; w porównaniu z rokiem 2006 było to jednostkowo o 5800 SGD więcej²⁷.

Po wprowadzeniu *Medisave* rząd Singapuru nie zrezygnował z kontroli rynku zdrowotnego. Nadal monitoruje wysokość cen świadczeń, podaź usług zdrowotnych, a także chroni pacjentów. W celu budowania świadomości pacjentów co do kosztów leczenia każdy szpital ma obowiązek rzetelnego poinformowania potencjalnego pacjenta o cenach konkretnych usług, z jakich może skorzystać, będąc w placówce.

Program medycznych kont oszczędnościowych w Singapurze ma swoich zwolenników, a także przeciwników. Michael Baar ostro krytykuje ogólną zasadność stosowania medycznych kont oszczędnościowych, posługując się przykładem singapurskim. Twierdzi, że sukces tamtejszego

24. W. Hsiao, *Medical...*, op.cit., s. 261.

25. C. Ramsay, E. Butler, *Medical Savings Accounts, And now... a medical ISA? Medical Savings Account theory and practice*, Adam Smith Institute, London 2001, s. 11–13.

26. Ministry of Health Singapore, http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/statistics/Health_Facts_Singapore/Healthcare_Financing.html [dostęp 16.03.2014].

27. Ministry of Health Singapore, Health care financing, www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/Statistics/Healthcare_Institution_Statistics/More_Statistics.../Healthcare%20Financing.xls [dostęp 16.03.2014].

systemu opieki zdrowotnej nie jest spowodowany wprowadzeniem rachunku zdrowotnego, lecz ścisłym kontrolowaniem przez państwo wpływów i wydatków służby zdrowia²⁸.

3.2. Ewaluacja medycznych kont oszczędnościowych w amerykańskim systemie finansowania opieki zdrowotnej

Z wprowadzeniem do systemu opieki zdrowotnej medycznych kont oszczędnościowych wiązano wiele nadziei. Spodziewano się, że wprowadzenie tego typu rozwiązania, w szczególności przez pracodawców, zwiększy jednocześnie liczbę osób ubezpieczonych. Zakładano, że aż ¾ pracodawców zaproponuje swoim pracownikom założenie rachunku zdrowotnego. Jednak rzeczywistość okazała się odmienna, gdyż zaledwie 15 proc. pracodawców zaoferowało takie rozwiązanie²⁹. Głównym założeniem wprowadzenia medycznych kont oszczędnościowych w USA było wykorzystywanie zaoszczędzonych środków na pokrycie podstawowych kosztów leczenia, a nie kosztów zdarzeń medycznych o charakterze katastroficznym (leczenie szpitalne). W praktyce średnio 60 proc. jednostkowych wydatków na zdrowie przewyższa 2000 USD, co jest związane z koniecznością korzystania z opieki szpitalnej. Z tego powodu założenia dotyczące zmniejszenia wydatków na zdrowie dzięki funkcjonowaniu rachunków zdrowotnych nie mogą być w pełni realizowane³⁰.

Niewątpliwie medyczne konta oszczędnościowe umożliwiają dokonywanie przez pacjentów wyborów w zakresie sposobu leczenia. Z drugiej jednak strony wiąże się to z wyższymi cenami świadczeń zdrowotnych, spowodowanymi wyższą jakością usług medycznych oczekiwanych przez świadczeniobiorców. Na dodatek pacjenci nie otrzymują żadnych zniżek z uwagi na pokrywanie kosztów za pomocą kapitału zaoszczędzonego na rachunku zdrowotnym. Efektywne negocjowanie cen za świadczenia zdrowotne nie przynosi takich samych rezultatów indywidualnemu konsumentowi jak dużemu nabywcy, np. ubezpieczycielowi, który stara się ustalić korzystne ceny dla ubezpieczonych. Konta zdrowotne nierzadko skłaniają jednostkę do tego, by zacząć troszczyć się o swoje zdrowie i wziąć za nie również finansową odpowiedzialność. Niemniej jednak z powodu braku jasnego i zrozumiałego dla laika przekazu dotyczącego jakości i kosztów procesów leczniczych można pokusić się o stwierdzenie, że ostateczna decyzja pacjenta co do miejsca i rodzaju świadczenia zdrowotnego nie musi być najkorzystniejsza z powodu braku wystarczającej wiedzy.

W celu dokonania syntetycznego porównania koncepcji medycznych kont oszczędnościowych w analizowanych krajach posłużono się poniższą tabelą.

Tabela 2. Porównanie koncepcji medycznych kont oszczędnościowych w Singapurze i w Stanach Zjednoczonych

Kryterium/Kraj	Singapur	USA
Forma zabezpieczenia finansowania ryzyka katastroficznego	Spółeczne ubezpieczenie zdrowotne	Prywatne ubezpieczenie zdrowotne
Przynależność	Obowiązkowa	Dobrowolna

28. M. Baar, *Medical Savings Accounts In Singapore: A Critical Inquiry*, „Journal of Health Politics, Policy and Law”, Vol. 26, No. 4, Duke University Press 2001, s. 709–710.

29. S. Thomson, E. Mossialos, *Medical ...*, op.cit., s. 6.

30. A. Dixon, *Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care?*, „Croatian Medical Journal”, 2002 nr 43(3), s. 413.

Kryterium/Kraj	Singapur	USA
Administracja	Państwowa	Prywatna
Sposób obliczenia wpłat	Od podstawy dochodu	Ekwiwalentna kalkulacja
Świadczenia medyczne finansowane z kont zdrowotnych	Znaczne wydatki na leczenie ambulatoryjne, przy niewielkich nakładach na leczenie szpitalne	Pokrywanie kosztów wszystkich świadczeń zdrowotnych do wysokości udziału własnego określonego w ubezpieczeniu zdrowotnym
Szacowana liczba posiadaczy konta zdrowotnego	3,1 mln*	13 mln**
Roczna stopa oprocentowania zgromadzonego kapitału	2,5% – 4% (w zależności od rynkowych stóp procentowych)	Zmienna

* Stan na rok 2012, populacja tego kraju to nieco ponad 5 mln, źródło: CPF Trends Medisave Minimum Fund, April 2013, http://mycpf.cpf.gov.sg/NR/rdonlyres/F96C0561-8801-40EE-AAB1-A99E692DBF1D/0/CPFTrends_MedisaveMinimumSum2013.pdf [dostęp 20.08.2013].

** W roku 2012, populacja kraju 308 mln, źródło: J.K. Stewart, *Health Savings Account offers many advantages*, „Business Chicago Tribune” 2012, http://articles.chicagotribune.com/2012-01-13/business/sc-cons-0112-journey-20120113_1_health-savings-accounts-high-deductible-hsa-bank [dostęp: 20.08.2013].

Źródło: opracowanie na podstawie J. Schreyögg, *Medical savings accounts: Eine internationale Bestandsaufnahme des Konzeptes der Gesundheitssparkonten*, Diskussionspapiere, Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management, No. 2003/11, s. 22, uaktualnione.

Podsumowanie

Analiza doświadczeń singapurskich i amerykańskich w zakresie wprowadzania medycznych kont oszczędnościowych do systemów finansowania opieki zdrowotnej wskazuje na mocne i słabe strony takiego rozwiązania.

Rozwiązania przyjęte w ramach medycznego konta oszczędnościowego nie są jednakowe. Istotną kwestią jest dostosowanie zasad funkcjonowania rachunku zdrowotnego do już istniejących innych rozwiązań w zakresie finansowania opieki zdrowotnej. Wśród cech charakteryzujących rachunek zdrowotny możemy wyróżnić obligatoryjność jego posiadania przez obywateli (Singapur), czy też całkowitą dobrowolność (USA). Istotną zaletą medycznych kont oszczędnościowych w ramach rozwiązań zaadoptowanych przez Singapur i USA jest fakt braku opodatkowania środków pieniężnych zgromadzonych na rachunku medycznym. Dodatkową zachętą do posiadania tej formy zabezpieczenia finansowego jest możliwość dziedziczenia kapitału. Ponadto cechą wspólną rozwiązań przyjętych w dwóch analizowanych państwach jest ciągłe monitorowanie wpłat i wypłat z kont przez odpowiednie organy. W celu zagwarantowania wykorzystania zaoszczędzonego kapitału na cele lecznicze wprowadza się sankcje za spożytkowanie zgromadzonych środków na inne cele niż zdrowotne. Do udogodnień z tytułu posiadania konta zdrowotnego należy zaliczyć możliwość transferu zgromadzonych środków finansowych na finansowanie potrzeb zdrowotnych całej rodziny, a nie tylko głównego posiadacza.

Niewątpliwą korzyścią z funkcjonowania kont zdrowotnych jest możliwy wpływ na zwiększenie indywidualnej odpowiedzialności posiadacza konta za swój stan zdrowia i podjęcie stosownych działań prewencyjnych. Świadomość ponoszenia ewentualnych kosztów leczenia może także ograniczyć nadmierne korzystanie z usług zdrowotnych.

Wykaz źródeł

- Baar M., *Medical Savings Accounts In Singapore: A Critical Inquiry*, „Journal of Health Politics, Policy and Law”, Vol. 26, No. 4, Duke University Press 2001.
- Borda M., *Medical savings accounts – in search of an alternative method of health care financing in European countries*, „Business and Economic Horizons” 2011, Volume 6, Issue 3.
- Borda M., *Medyczne konta oszczędnościowe – alternatywa czy uzupełnienie dla prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych*, „Studia i prace Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie”, nr 7, Kraków 2009.
- Central Provident Fund, <http://www.mom.gov.sg/employment-practices/employment-rights-conditions/cpf/Pages/default.aspx> [dostęp: 10.03.2014].
- Central Provident Fund Board, http://mycpf.cpf.gov.sg/CPF/News/News-Release/N_11May2012.htm [dostęp: 10.03.2014].
- Central Provident Fund Contribution, <http://mycpf.cpf.gov.sg/Employers/Gen-Info/cpf-Contrib/Contr-iRa.htm> [dostęp: 4.04.2013].
- Central Provident Fund Trends Medisave Minimum Fund, April 2013, http://mycpf.cpf.gov.sg/NR/rdonlyres/F96C0561-8801-40EE-AAB1-A99E692DBF1D/0/CPFTrends_MedisaveMinimum-Sum2013.pdf [dostęp: 20.08.2013].
- Chua K., P., *Overview of the U.S. Health Care System*, AMSA Jack Rutledge Fellow 2005–2006.
- Dixon A., *Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care?*, „Croatian Medical Journal”, 2002 nr 43(3).
- Forsal.pl, *Singapur najzdrowszym krajem świata*, http://forsal.pl/artykuly/641285,singapur_najzdrowszym_krajem_swiata.html# [dostęp: 12.05.2013].
- Hanvoravongchai P., *Medical Savings Accounts: Lessons learned from International Experience*, Discussion Paper No. 52, World Health Organization 2002.
- Health Equity Building Health Savings, <http://www.healthequity.com/HealthAccounts/Compare%20Accounts.aspx> [dostęp: 13.03.2014].
- Hsiao W., *Medical savings accounts: lessons from Singapore*, „Health Affairs”, 14, 1995 nr 4.
- Iltchev P., *Zdrowotne konta oszczędnościowe – nowy instrument finansowania w ochronie zdrowia; rozwój zdrowotnych kont oszczędnościowych w wybranych krajach*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, 11 (2/2011), Warszawa 2011.
- Kanchan M., Levine T., Zahiruodin Q., Zodepy S., *Medical Savings Account: Implications for consumer choice, individual responsibility and efficiency*, „International Journal of Medicine and Public Health”, 2012 Vol. 2, Issue 2.
- 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”, tom V, 2007 nr 1–2.
- Ministry of Health Singapore http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/statistics/Health_Facts_Singapore/Healthcare_Financing.html [dostęp: 16.03.2014].
- Ministry of Health Singapore, *ElderShield Supplements*, http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/ElderShield/ElderShield_Supplements.html [dostęp: 14.03.14].
- Ministry of Health Singapore, Health care financing, www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/Statistics/Healthcare_Institution_Statistics/More_Statistics.../Healthcare%20Financing.xls [dostęp: 16.03.2014].

- Ministry of Manpower, <http://www.mom.gov.sg/employment-practices/employment-rights-conditions/cpf/Pages/default.aspx> [dostęp: 14.03.2014].
- Morgan J.P., *Account Comparison Chart*, http://www.jpmorgan.com/tss/General/Account_Comparison_Chart/1268955538242 [dostęp: 24.04.2013].
- Mossialos E., Dixon A., *Funding health care: an introduction*, w: Mossialos E., Dixon A., Figueras J., [red.], *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, Buckingham – Philadelphia 2002.
- OECD, *Health at a Glance: Asia/Pacific 2010*, OECD Publishing 2010.
- OECD, *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing 2012.
- OECD, *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing 2011.
- Owoc A., Owoc J., Bojar I., Sygitt K., *System ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 2009 nr 90(3).
- Ramsay C., Butler E., *Medical Savings Accounts, And now... a medical ISA? Medical Savings Account theory and practice*, Adam Smith Institute, London 2001.
- Ratajczak – Tuchołka J., *Emerytura kobiet w ubezpieczeniowych systemach emerytalnych w Niemczech i w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2010.
- Schreyögg J., *Medical savings accounts: Eine internationale Bestandsaufnahme des Konzeptes der Gesundheitssparkonten*, Diskussionspapiere, Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management, No. 2003/11.
- Schreyögg J., Meng Kin L., *Health Care Reforms in Singapore – twenty years of Medical Savings Accounts*, CESifo DICE Report 3/2004.
- Sekhri N., *Manager care: the US experience*, Bulletin of the World Health Organization 78 (6) 2000.
- Sobczak A., *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Charakterystyka i przegląd międzynarodowy*, [w:] Sobczak A., Dudzik-Urbaniak E., Juszczyk G. (red.), *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i na świecie*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2004.
- Squires D. A., Issues in International Health Policy, *Explaining High Health Care Spending in the United States: An International Comparison of Supply, Utilization, Prices and Quality*, Commonwealth Fund pub. 1595 Vol. 10 2012.
- Stewart J.K., *Health Savings Account offers many advantages*, „Business Chicago Tribune”, 2012, http://articles.chicagotribune.com/2012-01-13/business/sc-cons-0112-journey-20120113_1_health-savings-accounts-high-deductible-hsa-bank [dostęp: 20.08.2013].
- Thomson S., Mossialos E., *Medical Savings Accounts: Can they Improve Health System Performance In Europe?*, „Euro Observer”, 2008 vol. 10, nr 4.
- US Bank Healthcare Payment Solutions, <http://www.mycdh.usbank.com/faq.html#> [dostęp: 10.03.2014].

The role of medical savings accounts in financing health care – Singaporean and American experience

Numerous countries cope with the problem of rising health care costs, which forces them to become interested in methods of streamlining the area of health care services' demand and supply.

The article presents an innovative solution in the form of a medical savings account, which is aimed at correcting and improving health care systems. It is not a very well-known form of individual

financial provision in the case of financial consequences of the risk of an illness being materialised, which consists in gathering funds in an individual health account. The money saved in the medical account should be, as a matter of principle, earmarked for expenses connected with health.

The article describes in detail the solutions related to application of the medical savings account in Singapore and the USA. The selection of the countries was not accidental. Singapore represents the obligatory nature of health accounts, whereas the USA represents the principle of freedom of choice as regards having the medical savings account.

Key words: medical savings accounts, health savings accounts, medical accounts, health account, health care system.

JAGODA CYBIŃSKA – doktorantka w Katedrze Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.