

Medyczne konta oszczędnościowe jako metoda finansowania świadczeń zdrowotnych. Dotychczasowe rezultaty ich funkcjonowania w świecie i perspektywa dla Europy

Irmina Jurkiewicz-Świątek

Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Irmina Jurkiewicz-Świątek, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, 31-531 Kraków, ul. Grzegorzewska 20, tel. 12 433 28 19, irmina.jurkiewicz@uj.edu.pl

■ Abstract

Medical Saving Account as health care financing method – implementation results in the world and perspective for Europe

Many countries around the world are concerned by growth in health care spending. Yet it is an unavoidable process resulting from new medical technologies, ageing populations and high expectations of patients. Therefore, the actual goal of any new solution in health care system, is slowing down the process of health care expenditures growth. One of the relatively new solution are medical savings accounts (MSAs; or health savings accounts, HSAs). The aim of this article is to present MSAs as health care financing method, its structure and implementation results in chosen countries. A short deliberation on MSAs' place in Europe is presented.

Key words: China, Europe, health savings accounts, medical savings accounts, Singapore, South Africa, United States

Słowa kluczowe: Chiny, Europa, medyczne konta oszczędnościowe, Republika Południowej Afryki, Singapur, Stany Zjednoczone, zdrowotne konta oszczędnościowe,

■ Wprowadzenie

Wzrost wydatków na zdrowie jest nieuchronnym zjawiskiem towarzyszącym wielu krajom świata i raczej nieuniknionym. Wynika on z wielu czynników, takich jak: pojawianie się nowych technologii medycznych, starzejące się społeczeństwo czy wzrost oczekiwań pacjentów. Zatem rzeczywistym celem wprowadzania nowych rozwiązań w systemach zdrowotnych jest *de facto* spowalnianie tempa wzrostu wydatków na zdrowie, a nie jego zatrzymanie. Jednym ze stosunkowo nowych rozwiązań w finansowaniu świadczeń zdrowotnych są medyczne konta oszczędnościowe (MKO).

Artykuł ten ma charakter przeglądowy. Jego celem jest przedstawienie MKO jako sposobu na finansowanie świadczeń zdrowotnych, ich konstrukcji i celów ich wprowadzania. Głównym elementem analiz jest przesłanie dotychczasowych wyników funkcjonowania MKO w wybranych krajach. Rozważony zostanie również potencjał, jaki MKO mogą stanowić dla Europy. Dane pochodzą z dostępnych publikacji naukowych oraz bazy OECD.

Artykuł składa się z trzech części. W pierwszej przywołana zostanie charakterystyka MKO wraz z ich mocnymi i słabymi stronami. W drugiej części przedstawione zostaną rezultaty funkcjonowania MKO głównie

na przykładzie Singapuru, Stanów Zjednoczonych, Chin oraz Republiki Południowej Afryki. Publikację kończą rozważania na temat możliwości i warunków wprowadzenia MKO w krajach europejskich.

1. Tradycyjne metody finansowania świadczeń a medyczne konta oszczędnościowe

Większość krajów świata za swój obowiązek uznaje zabezpieczenie populacji przed wysokimi kosztami opieki medycznej. Najczęściej rozwiązania opierają się na tzw. przedpłacowym (ang. *prepayment*) finansowaniu świadczeń zdrowotnych. Są to ubezpieczenia zdrowotne (społeczne i prywatne) oraz model budżetowy (podatkowy). Finansowanie opieki zdrowotnej odbywa się również bezpośrednio ze środków pacjenta (ang. *out-of-pocket payment*). W tej grupie wyróżnia się bezpośrednią opłatą za usługę i formalne opłaty pacjentów (tzw. współpłacenie)¹ (**Rysunek 1**). Kraje Europy i świata poszukują najlepszej dla siebie kombinacji różnych metod finansowania opieki zdrowotnej, tak aby system był wypłacalny i zaspokajał potrzeby zdrowotne obywateli. Jedynie kilka krajów świata zdecydowało się na zastosowanie w swoim systemie ochrony zdrowia metody, która jest swoistą hybrydą przedpłacenia i bezpośredniej opłaty za usługę [1] – mowa jest o MKO². Koncepcją MKO jest oszczędzanie przez jednostki części swojego dochodu, aby sfinansować własne potrzeby zdrowotne. Idea ta wyłoniła się w odpowiedzi na nasilające się zjawisko rosnących kosztów systemów zdrowotnych [2]. Natomiast nieliczne kraje zdecydowały się przyjąć to rozwiązanie. Należą do nich Singapur (od 1984 r.), Republika Południowej Afryki (od 1994 r.), Stany Zjednoczone (od 1997 r.) oraz Chiny (od 1998 r.).

Wokół MKO toczą się dyskusje na temat ich rzeczywistego wpływu na system ochrony zdrowia. Biorąc pod uwagę stosunkowo krótki okres ich funkcjonowania, do-

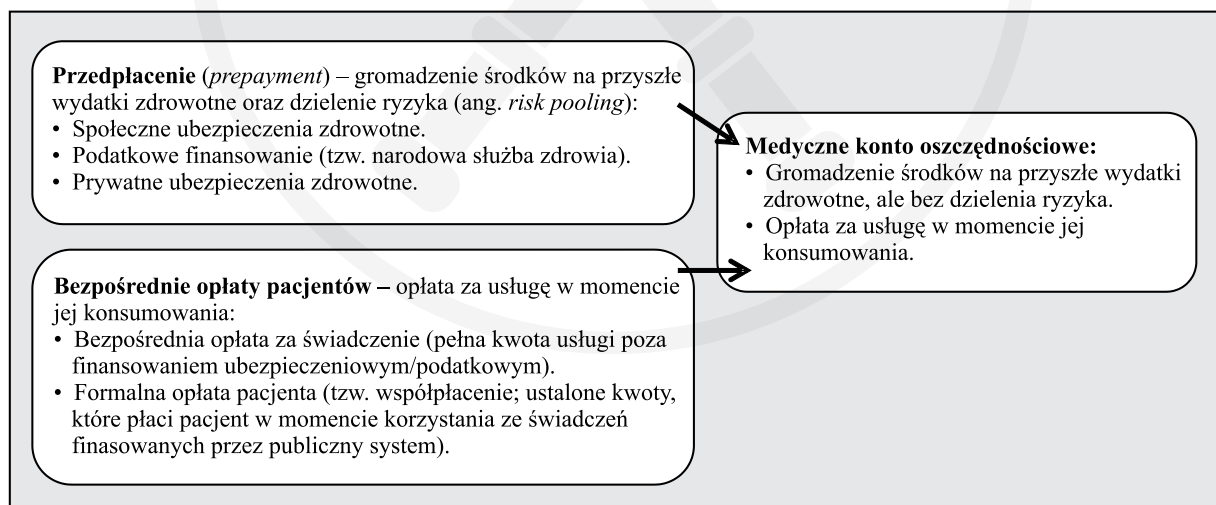
piero od niedawna można się starać dokonywać oceny MKO i skutków ich działania.

2. Charakterystyka medycznych kont oszczędnościowych

Definicja

Opisując MKO, autorzy często dodają określenia typu „egzotyczne rozwiązanie” [3], „radykalna alternatywa” [4], „innovacyjny instrument” [2]. Wynika to głównie z faktu, że rozwiązanie to nie jest stosowane na szeroką skalę, a samo w sobie jest specyficzną konstrukcją, która dla wielu naukowców jest intrygującym obiektem analiz. Co więcej, dopiero od niedawna można mówić o rzetelnych danych dotyczących wyników ich funkcjonowania.

MKO są formą finansowego zabezpieczenia wobec ryzyka choroby poprzez indywidualne gromadzenie środków przez jednostkę na wyodrębnionym rachunku oszczędnościowym. Konta te są przeznaczone wyłącznie do finansowania, często ściśle określonych, świadczeń zdrowotnych [2, 3]. Ich dalsza konstrukcja zależy od decyzji podmiotów odpowiedzialnych za ich implementację. Możliwe opcje dotyczą: obowiązku/dobrowolności ich założenia, współfinansowania przez pracodawców, połączenia MKO z umową ubezpieczenia (na wypadek katastroficznych wydatków na zdrowie z wysoką franszyzą³), limitów wpłat i/lub rocznego stanu na koncie oraz możliwości wypłacania środków z niemedyceznym przeznaczeniem. Fundusze składane na MKO nie podlegają opodatkowaniu, tak samo jak wypłata z konta na pokrycie kosztów usług medycznych. W przypadku wypłat na inne cele od środków odprowadzany jest podatek. W Polsce podobieństwo do MKO znajdują rozwiązania trzeciego filaru systemu emerytalnego – Indywidualne Konta Emerytalne (IKE) lub Indywidualne Konta Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE).



Rysunek 1. Metody finansowania świadczeń zdrowotnych.

Źródło: Opracowanie własne.

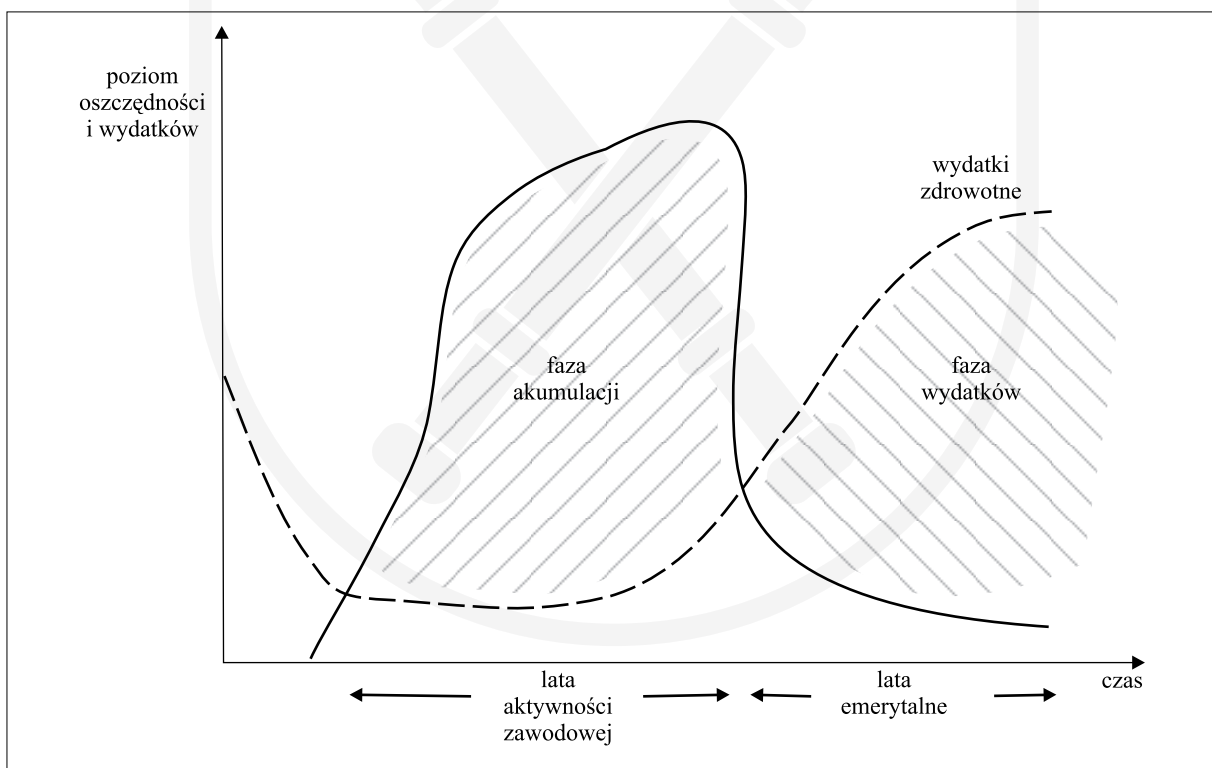
Najczęściej pojawiającymi się przyczynami decydującymi o tym, że kraje wprowadziły MKO do sektora zdrowotnego są: (1) stymulowanie/zachęcanie do tworzenia oszczędności na przyszłe wysokie wydatki związane z opieką medyczną (indywidualne gromadzenie środków w czasie, ang. *inter-temporal pooling*) i/lub (2) włączenie pacjentów w proces kontroli kosztów w sektorze, i/lub (3) mobilizacja dodatkowych środków w systemie [2]. Pierwszy ze wskazanych celów wynika z cyklu życia jednostki i jej możliwości akumulacji środków (oszczędzania). **Rysunek 2** przedstawia możliwości odkładania środków podczas lat aktywności zawodowej. Są one wyższe niż w wieku emerytalnym. Z kolei przeciętne zapotrzebowanie na opiekę medyczną i wydatki z nią związane są niższe w okresie aktywności zawodowej i rosną wraz z wiekiem. Tym bardziej w obliczu intensyfikacji zjawiska starzejących się społeczeństw zachęcanie jednostek do tworzenia rezerw na przyszłe (często bardzo wysokie) wydatki związane z ochroną zdrowia wydaje się atrakcyjną opcją.

W zależności od decyzji, jakie podejmą kreatorzy MKO w danym systemie, środki na nich zebrane mogą być wydawane na: (1) „codzienne wydatki medyczne”, takie jak lekarz rodzinny, leki, usługi dentystyczne i okulistyczne itp. (RPA, Chiny) lub (2) wyłącznie hospitalizację i drogie procedury medyczne (w tym opieka długoterminowa) (Singapur, USA). Pozostałe wydatki pokrywane są bezpośrednio z kieszeni pacjenta i/lub ubezpieczycieli.

Mocne i słabe strony medycznych kont oszczędnościowych

W debacie toczącej się nad MKO waga się potencjalne korzyści z zagrożeniami, jakie to rozwiązanie może przynieść. Najczęściej w literaturze przedmiotu można spotkać następujące zalety i możliwości, jakie dają MKO [2, 5]:

- ograniczenie nadużywania świadczeń przez pacjentów (ang. *moral hazard*) (zjawisko nadużywania świadczeń wskazywane jest jako jedna z najistotniejszych słabości systemów typu *pre-payment*). Fakt, że pacjenci mają płacić za usługi z własnych pieniędzy (zgromadzonych na MKO), motywuje do rozsądnego korzystania z opieki (są mniej skłonni do korzystania z opieki niepotrzebnej lub przynoszącej marginalne korzyści);
- zabezpieczenie ryzyka chorobowego tym, którzy wcześniej nie mieli takiej możliwości głównie z przyczyn finansowych (dzięki oferowaniu pakietów MKO z polisą ubezpieczeniową o niższej niż standardowo składce);
- długookresowe oszczędności pozwalają na zabezpieczenie wydatków jednostki w późniejszym wieku, równocześnie odciążając młodsze pokolenia z ponoszenia finansowych konsekwencji związanych ze starzejącym się społeczeństwem;
- wprowadzenie MKO pozwala na uwolnienie środków publicznych, które mogą być kierowane na grupy biedne lub nieuprzywilejowane;



Rysunek 2. Zdolność oszczędzania i wydatki na zdrowie w cyklu życia jednostki.

Źródło: Opracowano na podstawie Hanvoravongchai P., *Medical Savings Accounts: lessons learned from limited international experience*, WHO Discussion paper Number 3, World Health Organization, Geneva 2002 [2].

- wolność konsumenta w wyborze świadczeniodawcy powoduje większą reaktywność na potrzeby klientów oraz konkurencję opartą na cenie usługi;
- mechanizmy rynkowe mają pomóc z hamowaniu wzrostu cen;
- niższe koszty administracyjne w porównaniu z modelem *pre-payment*.

Natomiast sceptycy wskazują na zagrożenia, jakie niosą MKO, oraz przytaczają słabości samej ich konstrukcji [2, 5]:

- w wielu przypadkach nadużywanie świadczeń, które w konsekwencji powoduje wzrost kosztów systemu, jest pobudzane przez świadczeniodawców (ang. *provider induced demand*). Wynika to z asymetrii informacji na linii pacjent–lekarz;
- brak dzielenia ryzyka (ang. *risk pooling*) pomiędzy jednostkami powoduje zagrożenie zgromadzenia niewystarczających środków na sfinansowanie opieki zwłaszcza osobom chorym przewlekle czy osobom o słabym rejestrze zatrudnienia;
- MKO uzupełnione umową ubezpieczeniową z wysokimi fransyzami odwodzi od korzystania ze świadczeń zwłaszcza osoby o niskich oszczędnościach. Pacjenci mogą oszczędzać na usługach medycyny prewencyjnej;
- założenie braku solidaryzmu w krajach, w których obywatele przywykli do tej zasady, może powodować napięcia społeczne;
- model MKO dla niektórych pacjentów może być zbyt skomplikowany, niezrozumiały, co powoduje dyskomfort i nieprawidłowe działanie/zachowanie.

Powyżej wskazane zostały teoretyczne założenia dotyczące skutków funkcjonowania MKO. Kolejny punkt tego opracowania stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, czy znalazły one odzwierciedlenie w praktyce.

3. Dotychczasowe rezultaty funkcjonowania medycznych kont oszczędnościowych

Aby dokonać oceny sposobu finansowania świadczeń medycznych, najlepiej przeprowadzić analizę wyników jego funkcjonowania w konkretnych krajach. Dzięki temu uzyska się przekrojową informację, która pozwoli na wysunięcie wniosków. W przypadku MKO najbardziej znanym przykładem jest Singapur, gdzie stanowią one podstawę systemu zdrowotnego. Poza tym USA, Chiny i Republika Południowej Afryki stosują MKO jako jeden z elementów finansowania świadczeń zdrowotnych. Wskaźnikiem, jaki stosuje się do porównań funkcjonowania systemów zdrowotnych krajów, jest udział wydatków na zdrowie wyrażony w PKB. **Tabela I** prezentuje ten wskaźnik dla wybranych krajów Unii Europejskiej oraz krajów, w których funkcjonują MKO. Jak wykazane zostanie poniżej, porównania oparte wyłącznie na tym wskaźniku prowadzić mogą do błędnych konkluzji.

W dalszej części przedstawione zostały informacje o dotychczasowych wynikach działania MKO w Singapurze, USA, Chinach i RPA⁴. Skupiono się na problemach, z jakimi borykały się te kraje, i celach przyświecających wprowadzeniu MKO, a przede wszystkim na

Kraj	Wydatki na zdrowie jako udział w PKB (%) (2011 r.)
Chiny	5,2
Francja	11,6
Niemcy	11,1
Polska	6,7
RPA	8,5
Singapur	4,6
USA	17,9
Wielka Brytania	9,3

Tabela I. Wydatki na zdrowie wyrażone w PKB w wybranych krajach.

Źródło: The World Bank, *World Development Indicators: Health systems 2013*.

tym, czy zostały one zrealizowane (**Tabela II** prezentuje ich skrótove zestawienie). Informacje o każdym kraju chronologicznie opisują wyniki aktywności MKO na rynku zdrowotnym z uwzględnieniem tych najbardziej aktualnych.

Singapur

Czynnikami motywującymi Singapur do wprowadzenia zmian w sposobie finansowania świadczeń medycznych było m.in. szybkie tempo wzrostu wydatków oraz niska wydajność szpitali publicznych [1]. Najobszerniejsza literatura dotycząca zastosowania MKO dotyczy właśnie Singapuru. Według Hsiao [6] wynika to głównie z innowacyjności rozwiązania, ale także szerokiej popularyzacji koncepcji MKO, jakiej dokonał rząd Singapuru na temat ich nowego modelu. W tym kraju zdecydowano się na wprowadzenie MKO jako podstawy finansowania świadczeń, przenosząc odpowiedzialność finansową na jednostkę, na drugi plan odsuwając rolę państwa⁵. Z tego też powodu wielu naukowców śledziło system zdrowotny w Singapurze, starając się zbadać rzeczywisty wpływ MKO na system zdrowotny, jego uczestników i realizację założonych celów. Panuje wspólna opinia, że specyfika kraju (państwo-miasto o populacji ok. 5,4 mln⁶) i jego społeczeństwa nie pozwala na dokonywanie jakichkolwiek odniesień czy porównań z innymi krajami świata. Cechy szczególne kraju to też:

- bardzo niskie bezrobocie (2,7% w 2013 r.⁷);
- młoda populacja (proces starzenia się społeczeństwa rozpocznie się tam później niż w krajach europejskich);
- duża skłonność do oszczędzania (szacuje się, że Singapurczycy oszczędzają nawet 40% swojego dochodu);
- brak lub ograniczony dostęp do szczegółowych danych (utrudniony nawet dla naukowców).

Ponadto Singapur tworząc ogólne wskaźniki według OECD, nie włącza np. wydatków pacjentów na medycynę alternatywną, co powoduje trudności w porówny-

Kraj oraz rok wprowadzenia MKO	Cele/zakożenia	Rezultaty
Singapur, 1984 r.	<ul style="list-style-type: none"> Ograniczenie publicznych wydatków na zdrowie. Mobilizacja dodatkowych środków w systemie. Zmniejszenie kosztów świadczeń medycznych. Podkreślenie indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie i koszty opieki medycznej. 	<ul style="list-style-type: none"> Wydatki publiczne zmalały. Udział wydatków prywatnych stanowi prawie 80% całkowitych wydatków na zdrowie. Nie udało się ograniczyć kosztów świadczeń – konkurencja opierająca się na jakości, a nie cenie. Obywatel jako świadomy uczestnik systemu i konsument usług medycznych.
Chiny, 1994 r.	<ul style="list-style-type: none"> Ograniczenie rosnących kosztów systemu (poprzez podkreślenie indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie). Gromadzenie środków na wypadek katastroficznych wydatków na zdrowie i opieki długoterminowej. Zwiększenie dostępu do ubezpieczenia zdrowotnego. 	<ul style="list-style-type: none"> Nieznaczny spadek wydatków na zdrowie. Przesunięcie w korzystaniu ze świadczeń w stronę opieki ambulatoryjnej. Rezygnacja z korzystania z drogiej procedur medycznych. Przypadki rezygnacji z opieki jako wynik niskich oszczędności. Nieprawidłowe wykorzystywanie środków.
USA, 1997 r.	<ul style="list-style-type: none"> Objęcie ochroną samozatrudnionych i pracowników małych firm. Ograniczanie kosztów systemu. 	<ul style="list-style-type: none"> Spadek kosztów po stronie pracodawców. Wzrost zadowolenia pracowników. Niewielki spadek wydatków wśród posiadaczy MKO. Słaby rozwój rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.
RPA, 1998 r.	<ul style="list-style-type: none"> Przeniesienie odpowiedzialności za wydatki zdrowotne na pacjentów. Urozmaicenie oferty prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. 	<ul style="list-style-type: none"> Ograniczenie korzystania ze świadczeń. Pogłębienie zjawiska <i>cream-skimming</i>.

Tabela II. Zestawienie wyników funkcjonowania medycznych kont oszczędnościowych w wybranych krajach w odniesieniu do założonych celów.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie dostępnej literatury.

waniu wyników. Cechy te również powodują problemy z rzeczywistą oceną wpływu samych medycznych kont na system zdrowotny. Równocześnie ocenę MKO utrudnia fakt, że w tym samym czasie wprowadzono inne zmiany dotyczące sektora zdrowotnego, a także gospodarki [2, 7].

Pierwsze wnioski postawione dekadę po wprowadzeniu MKO wskazują, że poprzez odpowiednią konstrukcję modelu z tzw. siatkami bezpieczeństwa (*safety nets*) w postaci MediFund (fundusz skierowany do najbiedniejszych) i MediShield (zabezpiecza ryzyko katastroficznych wydatków na zdrowie) zapewniono dostęp do opieki teoretycznie wszystkim obywatelom. W praktyce jednak, biorąc pod uwagę naturę człowieka oraz różne jego umiejętności (co oznacza różne poziomy dochodu, z którego obywatele indywidualnie mają finansować świadczenia medyczne), model ten świadczy o nierównym dostępie do opieki. Co więcej, mimo dość szczelnie skonstruowanego modelu pewne grupy nadal pozostają zagrożone katastroficznymi wydatkami na zdrowie. Są to kobiety (przede wszystkim te zajmujące się domem), biedna klasa pracująca i emigranci (głównie Malajczycy). Finansowy aspekt oceny ukazał wzrost wydatków na zdrowie *per capita* (z 11 do 13%), co było tłumaczone głównie konkurencją pozacenową. *De facto* walka o klientów polegała na oferowaniu nowoczesnego sprzętu medycznego, stosowaniu nowych technologii diagnostycznych (konkurencja oparta na jakości), co w konsekwencji podnosi koszty systemu. Wskazano również, że wydajność szpitali publicznych wzrosła o 20%, poprawi-

ła się także ich ocena przez pacjentów [8]. Tendencja ta utrzymywała się w kolejnych latach [7].

Późniejsze analizy potwierdziły, że od momentu wprowadzenia MKO nie zaobserwowano spowolnienia wzrostu wydatków na zdrowie [2]. Równocześnie zanotowano spadek poziomu wydatków publicznych na zdrowie o niemalże połowę (z 76% w 1980 do 36% w 2003 r.) [9]. Właściwie singapurski model, którego głównym filarem miały być MKO, opiera się w znacznej mierze na bezpośrednim finansowaniu świadczeń przez pacjentów, a same MKO stanowią zaledwie około 10% w całkowitych wydatkach na zdrowie [10].

Jak wcześniej wspomniano, MKO ma pełnić funkcję akumulacyjną – oszczędzanie środków na wydatki, które pojawią się w późniejszym wieku. W Singapurze w 2002 r. każdy posiadacz MKO na swoim koncie miał średnio około 7760 USD, jednak bez danych o podziale na grupy wiekowe, a także struktury wydatków, nie można stwierdzić, że funkcja ta jest realizowana [2]. Co więcej, singapurska konstrukcja MKO pozwala pokrywać koszty bieżących świadczeń, a także posiada tzw. górne limity środków, które mogą być lokowane na indywidualnym koncie. Istnieje też możliwość wypłaty części środków po przekroczeniu 55. roku życia. Te zasady podważają całą ideę przekonywania społeczeństwa o konieczności gromadzenia oszczędności, aby sfinansować opiekę medyczną, na którą zapotrzebowanie rośnie wraz z wiekiem [6]. Hsiao [6] wskazuje także na ogromną fragmentaryzację rynku świadczeń medycznych. Pacjenci, którzy sami wybierają miejsce i czas leczenia, w rze-

czywistości nie otrzymują ciągłej opieki. W dobie chorób przewlekłych monitorowanie i kontynuacja leczenia są niezmiernie istotne.

Koncepcja modelu MKO przypomina formalne opłaty pacjentów (współpłacenie), zatem zakłada się, że będą one m.in. ograniczać zjawisko *moral hazard*. Równocześnie niosą z sobą te same zagrożenia, czyli tworzenie barier finansowych w korzystaniu ze świadczeń dla grup biednych. Sugeruje się również, że środki na indywidualnych kontach dają fałszywe poczucie bezpieczeństwa i powodują większą konsumpcję świadczeń medycznych i szybkie wyczerpanie środków na koncie. Rzeczywiście, kilka lat po wprowadzeniu MKO zauważono, że Singapurczycy zaczęli częściej korzystać ze świadczeń w sektorze prywatnym, a także z tych o wyższym standardzie (oddziały szpitalne wyższej klasy), z których w innych warunkach by nie skorzystali. To w żaden sposób nie przyczyniało się do hamowania wzrostu wydatków [2].

Pojawiły się również opinie, że właściwie wszelkie pozytywne skutki funkcjonowania modelu singapurskiego nie są powodowane przez MKO, ale przez ogromną kontrolę państwa i prowadzone racjonowanie⁸. Nadzorowi podlegało wprowadzanie nowych technologii i specjalistów w publicznych szpitalach oraz limity cenowe na świadczone w nich usługi, liczba łóżek oraz lekarzy [11].

Dystans w ocenie singapurskiego modelu wynika także z zestawienia jego poziomu finansowania świadczeń medycznych z innymi krajami azjatyckimi, takimi jak Hongkong z 5,2%⁹ czy Tajwan z 6,1% PKB [12] przeznaczanym na zdrowie. Tu Singapur nie wypada już tak imponująco [11].

W literaturze przedmiotu można spotkać także opracowania, które wskazują na same pozytywne aspekty modelu singapurskiego [m.in. 13]. Poza ogólnie ujętym ograniczeniem wydatków, zapewnieniem równości w dostępie, wskazuje się także na pozazdrowotny rezultat wprowadzenia MKO, jakim są dostępne na kontach środki dla gospodarki stanowiące kapitał inwestycyjny [14]. Haseltine [15] sądzi, że biorąc pod uwagę wszystkie elementy systemu singapurskiego, MKO jest warte rozważenia¹⁰.

Wyniki najczęściej analizowanego pod kątem MKO kraju nie są rozstrzygające. Wskazuje się na liczne czynniki mogące zakłócić rzeczywistą ocenę, a także pojawiają się opinie, że MKO działa właściwie tylko wyłącznie dzięki dodatkowym mechanizmom kompensującym słabości indywidualnych kont [10].

Chiny

Doświadczenie z MKO Chiny rozpoczęły od pilotażowego programu obejmującego dwa miasta: Jiujiang i Zhenjiang¹¹. W 1994 r. dotychczasowe powszechne ubezpieczenie zastąpiono indywidualnymi kontami dopełnionymi polisą ubezpieczeniową z fransyżą. Fundamentalnymi założeniami wprowadzanych zmian było podkreślenie indywidualnej odpowiedzialności za koszty konsumowanych świadczeń (w dalszej perspektywie w celu kontroli kosztów) oraz gromadzenie środków na wypadek ryzyka pojawienia się katastroficznych wydat-

ków na zdrowie lub opieki długoterminowej. Realizowane zmiany miały być także odpowiedzią na istotny problem braku zabezpieczenia pracowników firm będących na granicy bankructwa (które nie były w stanie opłacić składek na ubezpieczenie dla pracowników)¹². Dzięki wprowadzeniu MKO dostęp do ubezpieczenia zwiększył się, co zawdzięcza się niższej składce polisy połączonej z MKO [16].

Od 1998 r. zmiany dotyczyły już wszystkich chińskich miast. W tym okresie zanotowano zmianę w korzystaniu z opieki stacjonarnej na rzecz ambulatoryjnej, co przyczyniło się także do spadku wydatków całkowitych o 8%. Zauważono także obniżenie liczby hospitalizacji i ich długości. W latach 1993–1998 nastąpiło spowolnienie wzrostu wydatków. Przypisuje się to ograniczeniu w korzystaniu z drogich usług diagnostycznych i leków. Badania wskazywały natomiast na pogorszenie się dostępu do opieki (dotyczyło to biednych, bezrobotnych – głównie z przyczyn finansowych) oraz zwiększenie wydatków na zdrowie wśród osób nieposiadających MKO.

Badacze zwracają uwagę, iż do powyższych wyników należy podchodzić z rezerwą. W tym czasie w Chinach dokonano również innych znaczących interwencji polegających na modyfikacji metod opłacania świadczeniodawców¹³, a także wprowadzeniu listy leków podstawowych (*Essential Drug List*). Zatem niekoniecznie powyższe skutki można przypisywać wyłącznie działaniu MKO [1, 2].

Po dekadzie funkcjonowania MKO dalsze analizy wskazały na mieszane wyniki. Z jednej strony utrzymywała się tendencja do unikania korzystania z drogich procedur medycznych, dzięki zwiększonej świadomości dotyczącej kosztów świadczeń. Z drugiej strony wskazywano na nieprawidłowe korzystanie ze środków na MKO (zwłaszcza gdy na koncie zgromadzono odpowiednio wysokie kwoty), rezygnację z koniecznej opieki oraz wysokie koszty administracyjne [17].

Na podstawie prawie dwudziestoletnich chińskich doświadczeń MKO Kong i wsp. [18] zidentyfikowali najważniejsze problemy związane z ich funkcjonowaniem:

- niewielkie oszczędności zgromadzone na MKO (głównie wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi), za czym idzie słaba realizacja funkcji akumulacyjnej;
- skomplikowana metoda kapitalizacji zgromadzonych na MKO środków nie zabezpiecza ich wystarczająco przed inflacją oraz wzrostem kosztów świadczeń medycznych w czasie. W związku z tym posiadacze MKO nie widzą sensu w utrzymywaniu funduszy na koncie (i wydają je na bieżąco). Ponadto im szybciej wyczerpią się środki na MKO, tym wcześniej będą mogli skorzystać z finansowania przez polisę ubezpieczeniową;
- MKO niewystarczająco ograniczają zjawisko *moral hazard*. Zauważono ogromną asymetrię informacji na linii pacjent–lekarz, gdzie ta druga strona nie jest dostatecznie kontrolowana, co powoduje nadużywanie/nieodpowiednie korzystanie ze świadczeń;
- ustalenie jednakowej wysokości fransyzy (po której opłaceniu można skorzystać z ubezpieczenia) dla

wszystkich posiadaczy MKO zdaje się niesprawiedliwe. Osoby o wysokich zarobkach bardzo szybko mogą ten limit osiągnąć, podczas gdy mniej uposażeni będą mieć trudności (wynikające z prostego faktu ograniczonych zasobów finansowych). Oznacza to pozostawanie w fazie bezpośredniego finansowania świadczeń medycznych i znikomą szansę na skorzystanie z ubezpieczenia;

- nieprawidłowe/niezgodne z przeznaczeniem wykorzystywanie funduszy zgromadzonych na MKO (np. artykuły medyczne, środki spożywcze) wynikające z braku wiary w to, że MKO rzeczywiście podoba kosztom świadczeń w starszym wieku. Ponadto ujawnił się brak zrozumienia, zwłaszcza wśród młodych osób, celu, jakim jest akumulacja środków na indywidualnym koncie.

Kong i wsp. [18] zwrócili także uwagę na fakt, że założenia modelu MKO kolidują z wartościami konfucjaniźmu stawiającego rodzinę na pierwszym miejscu. Jako że konta medyczne są indywidualne, nie ma tu miejsca na wsparcie i dbanie o członków rodziny.

Stany Zjednoczone

Rzeczywistą kolebką MKO są Stany Zjednoczone, gdzie w latach 70. XX wieku stworzono tę koncepcję w odpowiedzi na problemy rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych [19]. Ostatecznie w 1996 r. odpowiednie legislacje włączyły MKO jako kolejne źródło finansowania świadczeń medycznych, uzupełnione ubezpieczeniem o wysokiej franszyzie [7, 20]. Decyzja ta była poprzedzona zagorzałymi debatami między naukowcami o rzeczywistej wartości MKO i potencjalnych rezultatach, jakie może przynieść w systemie zdrowotnym USA [1]. Podważano także planowane decyzje dotychczasowymi słabymi wynikami MKO w Singapurze [8, 21].

Kilka lat od implementacji MKO były prowadzone badania (głównie analizy przypadków) mające na celu sprawdzenie skutków ich działania. Po stronie ubezpieczycieli zauważono szybką reakcję dostosowującą się do nowych warunków – utworzenie odpowiednich ofert MKO. Analizy pracodawców wykazały spadek ich kosztów oraz wzrost zadowolenia pracowników. Zanotowano także spadek ogólnych kosztów ubezpieczenia pracowników o około 12% w porównaniu z tradycyjnym planem ubezpieczeniowym [2]. Wykazano także niewielkie zmiany w bezpośrednich wydatkach pacjentów na usługi medyczne w ramach nowych planów z MKO. Według analiz modelowych grupy, które przeciętnie z własnej kieszeni wydają od 700 do 6100 USD, odczują wzrost wydatków. Natomiast pacjenci z wydatkami poniżej 700 USD i powyżej 7 tys. USD zauważą ich spadek [22].

W USA problemem jest duży odsetek obywateli, którzy nie posiadają żadnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wprowadzając MKO, oczekiwano wzrostu zainteresowania wśród tej grupy. Okazało się jednak, że MKO nie stanowią aż tak atrakcyjnej oferty przede wszystkim z powodu nie dość silnej zachęty podatkowej. Przypuszcza się nawet, że MKO mogą destabilizować rynek małych grupowych polis, gdy do planu MKO przeniosą się osoby

o wysokich zarobkach i niskim ryzyku (zjawisko określane jako negatywna selekcja, ang. *adverse selection*) [23].

Dekadę po wprowadzeniu MKO wstępne analizy ukazały w sumie znikome oszczędności. W ciągu lat zaskakująco niskie okazało się zainteresowanie ofertą MKO. Natomiast ci, którzy zdecydowali się na konta oszczędnościowe, częściej korzystali ze świadczeń prewencyjnych, podczas gdy inne badania wskazały na unikanie, omijanie lub zwlekanie z korzystaniem z koniecznych usług medycznych przez posiadaczy MKO z polisami o wysokich franszyzach [24, 25]. Niestety wszelkie dostępne badania miały liczne ograniczenia, polegające przede wszystkim na zbieraniu danych od jednego lub kilku pracodawców czy też małych grup pracowników o podobnych profilach.

W 2010 r. Lo Sasso i wsp. [26] opublikowali wyniki analizy wydatków wśród posiadaczy planów z MKO i tradycyjnych polis (w sumie prawie 80 tys. pracowników zatrudnionych w różnych firmach, ale u tego samego dużego ubezpieczyciela). W ciągu trzech lat zanotowano mniejsze tempo wzrostu wydatków na zdrowie wśród posiadaczy MKO. Co więcej, na podstawie analizy regresji postawiono wniosek, że posiadanie MKO wpływa na obniżenie wydatków o 4,6%.

Ostatecznie w przypadku Stanów Zjednoczonych zauważalny jest brak rzetelnych analiz przeprowadzonych na szeroką skalę, które dałyby wiarygodne wyniki. Jedną z głównych przyczyn jest mniejsze niż zakładane zainteresowanie indywidualnymi kontami [27].

Republika Południowej Afryki (RPA)

Wprowadzenie w 1994 r. MKO do systemu finansowania świadczeń medycznych w RPA towarzyszyło deregulacji rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (PUZ). Obecnie MKO stanowią element oferty PUZ. Niedługo po wprowadzeniu MKO już połowa ubezpieczonych prywatnie posiadała indywidualne konto. Wyniki porównania pomiędzy tradycyjnymi polisami PUZ a MKO wskazały, że pacjenci z MKO ograniczyli wydatki zdrowotne, które zależały od ich uznania (opieka ambulatoryjna i leki) o połowę, ale redukcja ta nie przeniosła się na opiekę stacjonarną: MKO stanowiły atrakcyjną ofertę zarówno dla zdrowych, jak i chorych [1]. Jednym z założeń wprowadzenia MKO była indywidualizacja wydatków na zdrowie (uwalniając je od zbytnej kontroli ubezpieczycieli). W rzeczywistości jednak MKO nie przyniosły zwiększenia bezpieczeństwa finansowego obywateli głównie z powodu dużych obostrzeń dotyczących korzystania z konta. Okazało się również, że rynek zamiast skupiać się na świadczeniach efektywnych kosztowo i odpowiedniej ich jakości, koncentruje się na konstrukcji oferty szczególnie atrakcyjnej dla młodej i zdrowej części populacji (tzw. zjawisko spijania śmietanki, ang. *cream-skimming*) [27, 28].

Inne kraje

Dostępna literatura na temat MKO wskazuje, że poza główną czwórką inne kraje świata również roz-

ważą włączenie MKO do swoich systemów zdrowotnych. Wymienia się tu najczęściej Kanadę, Malezję, Australię czy Hongkong [14]. Z szerzej opisanych jest również Szanghaj, miasto wydzielone w Chinach, które w 2001 r. włączyło MKO do systemu zdrowotnego. Szanghaj, idąc za przykładem Singapuru, a także innych chińskich miast, wszystkim pracownikom sektora publicznego nadał indywidualne konto wraz z polisą ubezpieczeniową. Celem było przede wszystkim ograniczenie konsumpcji świadczeń. Okazało się jednak, że populacja, która tworzy grupę ryzyka, jest zbyt mała i powstaje zagrożenie niewypłacalności funduszu. Słabe, w porównaniu z Singapurem, zarządzanie nowym modelem i jego finansami spowodowało utworzenie długów funduszu wobec szpitali. System ten stworzył także duże luki w zabezpieczeniu populacji Szanghaju. Duża część jej pracuje poza sektorem publicznym lub wcale (zwłaszcza imigranci). Czynnikiem, który narusza stabilność systemu, jest stosunkowo starsza populacja niż w Singapurze. Ostatecznie stwierdzono, że system oparty na MKO jest nieskuteczny, ponieważ nie odpowiada rzeczywistym warunkom socjoekonomicznym [29].

4. Medyczne konta oszczędnościowe: perspektywa dla Europy?

Przedstawione wcześniej przykłady krajów, w których włączono MKO jako element finansowania świadczeń zdrowotnych, pokazują, że jest to metoda dość elastyczna. Ich szczegółowa konstrukcja jest tworzona na podstawie możliwości i potrzeb systemu (w tym pacjentów). Każdy z tych krajów posiadał także swój zestaw celów, dla których zmiany były wprowadzane w ramach pewnego utrwalonego wcześniej systemu ochrony zdrowia. Punktem wspólnym tych działań było przede wszystkim przekonanie, że *moral hazard* jest poważnym problemem w systemach z płatnikiem trzeciej strony (*pre-payment*) i równocześnie głównym czynnikiem wpływającym na wzrost wydatków na zdrowie. Tak samo towarzyszył im pogląd, że jednostki powinny ponosić część ryzyka i finansowej odpowiedzialności związanej z chorobą. Dotychczasowe doniesienia literaturowe przedstawiają mieszane skutki reform, często wskazując na sukcesy w konkretnych przypadkach. Faktycznie, porównując wskaźniki takie jak procent PKB przeznaczony na ochronę zdrowia, można uznać, że Singapur zajmuje istotne miejsce w optymalizacji kosztów (zob. Tabela I). Między innymi dzięki temu w literaturze pojawiały się opracowania próbujące rozciągnąć sukces Singapuru na inne kraje świata, w tym Europy. Ale bezpośrednie porównania z Singapurem i ich modelem Medisave są bezpodstawne ze względu na różnice gospodarcze, polityczne i kulturowe. Można natomiast zidentyfikować warunki potencjalnie umożliwiające czy też ograniczające rozwój MKO w Europie.

Jedynym krajem europejskim, który zdecydował się na zastosowanie idei MKO, są Węgry. Tam właśnie wraz z polisą prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego pacjent gromadzi fundusze na odrębnym koncie w celu pokrycia

kosztów współpłacenia lub nabycia świadczeń medycznych na rynku prywatnym. Środki zgromadzone na MKO są zwolnione z opodatkowania [30]. Literatura na ten temat jest jednak bardzo skromna, co nie pozwala na głębszą analizę i ocenę funkcjonowania MKO na Węgrzech.

Omawiane wcześniej Singapur, USA, Chiny czy RPA charakteryzują się brakiem dominującego powszechnego systemu ochrony (ubezpieczeniowej czy podatkowej), co stawia je w całkowitej opozycji do krajów europejskich, gdzie systemy powszechne, solidarnościowe przeważają w finansowaniu opieki zdrowotnej. Na podstawie pozaeuropejskich doświadczeń przy wprowadzaniu MKO pojawia się obawa, że wysiłek, jaki kraje europejskie włożyły w zorganizowanie systemów opartych na szerokiej bazie wspólnego finansowania i dzielenia ryzyka (*risk pool*), zostanie zaprzepaszczone. MKO poprzez przeniesienie odpowiedzialności i ciężaru finansowego na jednostki może mieć swoje konsekwencje w pogłębieniu nierówności i pogorszeniu efektywności systemu [19]. Społeczeństwa krajów europejskich, również Polski, nie spełniają podstawowego warunku koniecznego do implementacji MKO. Bez względu na szczegółową ich konstrukcję bowiem MKO przewiduje indywidualną odpowiedzialność każdego obywatela za własne zdrowie i koszty opieki medycznej. Natomiast większość społeczeństw europejskich w instytucji państwa widzi podmiot odpowiedzialny za zorganizowanie odpowiedniego zabezpieczenia [3].

Przy rosnących problemach w finansowaniu opieki zdrowotnej pojawia się często kwestia rodziny. Obecnie w krajach europejskich zauważa się malejący wskaźnik dzietności, a także rosnący odsetek dzieci rodzających się poza tradycyjnymi małżeństwami. W dalszej perspektywie wpływa to na obciążenie państwa (większość samotnych matek wymaga wsparcia), a także stanowi zagrożenie dla sektora zdrowotnego (głównie w kwestii alokacji zasobów i finansowania) [31]. Wskazuje się także na rozluźnienie więzi i odbieganie od tradycyjnego życia rodzinnego (związki partnerskie lub osoby samotne, tzw. *single*). W kontekście omawianych wcześniej krajów azjatyckich, gdzie w społeczeństwie głęboko zakorzeniona jest dbałość rodzinę i otaczanie jej członków opieką, uwzględnia się te tradycje w rozwiązaniach systemowych MKO. W Singapurze rodzina może i powinna współuczestniczyć w gromadzeniu środków na MKO, a dla Chin mocno rekomenduje się zmiany mające zezwolić na takie rozwiązania. Ponadto MKO, jako rodzinna oferta, mogą być sposobem na zacieśnianie więzi rodzinnych – dokonywanie wspólnych decyzji co do leczenia, wzajemne dbanie o zdrowie (dbałość o prawidłową dietę, aktywność fizyczną, wybór odpowiedniego specjalisty) [32].

Z kolei MKO mogą stanowić odpowiedź na obecne tendencje w społeczeństwie. Nie dzieląc życia rodzinnego z inną osobą, a w tym i wszelkich ryzyk z nim związanych, jednostka samodzielnie musi zadbać o zabezpieczenie się przed pojawiającymi się zagrożeniami. Tu indywidualne konta mogą stanowić doskonałą alternatywę.

Eksperti ostatecznie przyznają, że trudno jest stwierdzić, czy MKO są dobrym lub złym rozwiązaniem dla systemów zdrowotnych. Natomiast można zidentyfikować cztery czynniki, które na pewno będą sprzyjać sprawnej ich implementacji i działaniu. Jako że konstrukcja MKO przewiduje składanie środków na indywidualnych kontaktach, (1) kultura oszczędzania wśród społeczeństwa będzie sprzyjać gromadzeniu środków na wydatki medyczne (które nie będą traktowane jako dodatkowe środki na bieżące potrzeby, ale fundusze na przyszłe wydatki). Ponadto MKO funkcjonują lepiej w warunkach (2) wysokiego zatrudnienia, gdzie z oficjalnych dochodów tworzone są oszczędności. Najważniejsze dla efektywnego funkcjonowania MKO jest (3) zarządzanie przez państwo (ang. *government stewardship*), które przede wszystkim powinno organizować siatki bezpieczeństwa dla tych, którzy mogą być poszkodowani/niezabezpieczeni przez nowy system. Ostatecznie model MKO wymaga (4) dobrego planowania i sprawnego zarządzania oraz administracji systemem. W celu sprawdzenia działania zaprojektowanego modelu można zacząć od projektu pilotażowego (tak jak np. w Chinach), który pozwoli wychwycić ewentualne słabości konstrukcji [2].

Podsumowanie

Celem tego artykułu było wyciągnięcie wniosków o efektywności funkcjonowania MKO i przydatności tego narzędzia na podstawie doświadczeń różnych krajów. Analiza dostępnych danych, a także komentarze badaczy wskazują, że jest to niezmiernie trudne zadanie. Wyniki funkcjonowania MKO i realizacji założonych celów są co najmniej niejednoznaczne. Na podstawie zgromadzonych doświadczeń wielu krajów Hsu [27] twierdzi, że MKO nie są atrakcyjną alternatywą finansowania opieki zdrowotnej godną włączenia do systemu. Właściwie podsumowuje, że implementacja MKO stanowi zbyt duże ryzyko. Inni autorzy konkludują, że MKO nie stanowią ani panaceum, ani katastrofy dla systemu ochrony zdrowia [2]. Rzeczywista ocena MKO wynika z różnych politycznych wartości i rzeczywistych celów stawianych temu narzędziu w każdym z systemów. Ponadto specyfika społeczno-gospodarcza państw uniemożliwia dokonanie uogólnień wyników czy przenoszenie ich na inne systemy. Jak wskazuje Dong [29], bez względu na to, jak bardzo efektywny jest dany model finansowania opieki zdrowotnej w danym kraju, to bardzo trudno jest uzyskać podobny wynik w innym państwie. Nie jest racjonalne bezkrytyczne kopiowanie rozwiązań w innych warunkach społeczno-ekonomicznych. Tym bardziej problematyczna jest próba zaaplikowania danego rozwiązania w innym celu, niż pierwotnie zakładano.

Przypisy

¹ Do bezpośrednich wydatków na zdrowie czasem włącza się również nieformalne opłaty pacjentów (łapówki).

² W literaturze przedmiotu można spotkać określenie „zdrowotne konta oszczędnościowe” (ang. *health savings accounts* – HSAs), co dotyczy tego samego rozwiązania.

³ Z założenia MKO w połączeniu z polisą o wysokiej franszyzie ma oferować klientom znacznie niższą składkę ubezpieczeniową, która może być finansowana ze zgromadzonych środków na MKO. Franszyza to rodzaj formalnej opłaty pacjenta. Polisa ubezpieczeniowa z franszyzą w wysokości np. 1000 zł informuje, że ubezpieczony w ciągu roku (lub w innym okresie rozliczeniowym) powinien najpierw ponieść koszty świadczeń medycznych do 1000 zł. Po przekroczeniu tej sumy wszelkie dalsze świadczenia w danym roku będą finansowane przez ubezpieczyciela.

⁴ Informacje na temat samej konstrukcji i zasad funkcjonowania modelu MKO w omawianych krajach można znaleźć w opracowaniach [m.in. 2, 3, 8, 11, 20, 23, 28].

⁵ Starano się również zminimalizować użycie określeń typu „finansowanie publiczne” w zamian za „rządowe subsydia”.

⁶ *Population Trends 2013*, Department of Statistics of Singapore, http://www.singstat.gov.sg/publications/publications_and_papers/population_and_population_structure/population2013.pdf; dostęp: 7.05.2014.

⁷ Ministerstwo Pracy Singapuru, <http://www.mom.gov.sg/newsroom/Pages/PressReleasesDetail.aspx?listid=541>; dostęp: 7.05.2014.

⁸ Barr [11] nawet stwierdził, że rzeczywistą koncepcją ramową funkcjonowania singapurskiego modelu finansowania opieki zdrowotnej są oszczędność i paternalizm.

⁹ *Health Facts of Hong Kong, 2013 Edition*, http://www.dh.gov.hk/english/statistics/statistics_hs/files/Health_Statistics_pamphlet_E.pdf; dostęp: 7.05.2014.

¹⁰ Haseltine [15] nawet tytułując swoją książkę, określa system Singapuru jako „przystępna doskonałość” (ang. *affordable excellence*).

¹¹ Więcej o zapleczu zmian w [16].

¹² W dotychczasowym systemie przedsiębiorstwa tworzyły własne fundusze ze składek pracowników i pracodawcy w celu finansowania usług medycznych dla swoich pracowników. W przypadku problemów finansowych pracodawcom (i stworzonym przez nich funduszom) brakowało środków na zwrot kosztów za świadczenia zdrowotne, z których skorzystali ich pracownicy.

¹³ Zmiana finansowania z retrospektywnej opłaty za usługę (*fee-for-service*) na prospektywne *fee-setting* dla szerokiej gamy usług. W tym układzie opłaty/koszty usług zależą od typu i poziomu świadczeniodawcy.

Piśmiennictwo

1. Dixon A., *Are medical savings accounts a viable option for funding health care?*, „Croatian Medical Journal” 2002; 43 (4): 408–416.
2. Hanvoravongchai P., *Medical Savings Accounts: lessons learned from limited international experience*, WHO Discussion paper Number 3, World Health Organization, Geneva 2002.
3. Kiszka K., Sowada C., *Singapurski model medycznych kont oszczędnościowych. Ocena i możliwości przeniesienia na grunt polskiego systemu ochrony zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2007; V(1–2): 95–105.
4. Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J., *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, WHO 2002.

5. Folland S., Goodman A.C., Stano M., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
6. Hsiao W.C., *Behind the ideology and theory: what is the empirical evidence for medical savings accounts?*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2001; 26(4): 733–737.
7. Maynard A., Dixon A., *Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience*, w: Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J., *Funding health care: options for Europe*, European Observatory on Health Systems Series, Open University Press, Buckingham 2002.
8. Hsiao W.C., *Medical savings accounts: lessons from Singapore*, „Health Affairs”, Peer review, 1995.
9. Asher M., Ramesh M., Maresoo A., *Medical savings accounts in Singapore*, „Euro Observer” 2008; 10(4): 9–11.
10. McKee M., Busse R., *Medical savings accounts: Singapore’s non-solution to healthcare costs*, „British Medical Journal” 2013; 347: f4749.
11. Barr M.D., *Medical savings accounts in Singapore: a critical inquiry*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2001; 26(4): 709–726.
12. Chan W., *Taiwan’s health care report 2010*, „European Maritime Pilots’ Association Journal” 2010; 1(4): 563–585.
13. Von Eiff W., Massaro T., Voo Y.O., Ziegenbein R., *Medical savings accounts: a core feature of Singapore’s health care system*, „The European Journal of Health Economics” 2002; 3: 188–195.
14. Shreyogg J., *Demographic development and moral hazard: health insurance with medical savings accounts*, 2004, <http://www.mig.tu-berlin.de>; dostęp: 20.08.2013.
15. Haseltine W.A., *Affordable excellence: the Singapore healthcare story*, Brookings Institution Press, Waszyngton 2013.
16. Yip W., Hsiao W., *Medical savings accounts: lessons from China*, „Health Affairs” 1997; 16(6): 244–251.
17. Yi Y., Maynard A., *Medical savings accounts in China*, „Euro Observer” 2008; 10(4): 12–14.
18. Kong X., Yang Y., Gong F., Zhao M., *Problems and the potential direction of reforms for the current individual medical savings accounts in the Chinese health care system*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2012; 37: 556–567.
19. Thomson S., Mossialos E., *Medical savings accounts: can they improve health system performance in Europe?*, „Euro Observer” 2008; 10(4): 1–4.
20. Borda M., *Zastosowanie medycznych kont oszczędnościowych w finansowaniu ochrony zdrowia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2010; 2: 151–164.
21. Chollet D., *Why the Pauly/Goodman Proposal won’t work*, „Health Affairs”, Peer review, 1995.
22. Remler D.K., Glied S., *How much more cost sharing will health savings accounts bring?*, „Health Affairs” 2006; 25(4): 1070–1078.
23. Glied S., Remler D., *The effect of health savings accounts on health insurance coverage*, Task Force on the Future of Health Insurance, The Commonwealth Fund, Issue Brief 2005.
24. Glied S., *Health savings accounts in the United States*, „Euro Observer” 2008; 10(4): 5–6.
25. Shortt S., *Medical savings accounts in publicly funded health care systems: enthusiasm versus evidence*, „Canadian Medical Association Journal” 2002; 167(2):159–162.
26. Lo Sasso A., Shah M., Frogner B., *Health savings accounts and health care spending*, „Health Services Research” 2010; 45(4): 1041–1060.
27. Hsu J., *World Medical savings accounts: what is at risk?*, Background Paper nr 17, Health Organization, World Health Report 2010.
28. McLeod H., McIntyre D., *Medical savings accounts in South Africa*, „Euro Observer” 2008; 10(4): 7–8.
29. Dong W., *Can health care financing policy be emulated? The Singaporean medical savings accounts model and its Shanghai replica*, „Journal of Public Health” 2006; 28(3): 209–214.
30. Thomson S., Foubister T., Mossialos E., *Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses*, „European Observatory on Health Systems and Policies” 2009.
31. Fan R., Chen X., Cao Y., *Family-oriented health savings accounts: facing the challenges of health care allocation*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2012; 37(6): 507–512.
32. Cherry M.J., *Building social and economic capital: the family and medical savings accounts*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2012; 37(6): 526–544.