

Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI

pod redakcją
Wandy Ronki-Chmielowiec



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2011

Recenzenci: Jerzy Handschke, Jan Monkiewicz, Kazimierz Ortyński, Wanda Sułkowska,
Włodzimierz Szkutnik, Tadeusz Szumlicz, Stanisław Wieteska

Redaktor Wydawnictwa: Elżbieta Kożuchowska

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Małgorzata Czupryńska

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna na stronie www.ibuk.pl

Streszczenia opublikowanych artykułów są dostępne w międzynarodowej bazie danych
The Central European Journal of Social Sciences and Humanities <http://cejsh.icm.edu.pl>
oraz w The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,
a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon [http://kangur.uek.krakow.pl/
bazy_ae/bazekon/nowy/index.php](http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php)

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2011

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695- 191-1

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

Spis treści

Wstęp	11
Katarzyna Barczuk, Ewa Łukasik: Formy zabezpieczenia emerytalnego w wybranych krajach europejskich	13
Teresa H. Bednarczyk: Działalność sektora ubezpieczeniowego a wzrost gospodarczy.....	23
Anna Bera, Dariusz Pauch: Programy edukacyjne jako instrument zwiększania świadomości ubezpieczeniowej w zakresie przestępczości ubezpieczeniowej	31
Jacek Białek: Ocena grupowa w analizie Otwartych Funduszy Emerytalnych.....	40
Sylwia Bożek: Czynności monitorujące i kontrolne w procesie zarządzania ryzykiem w przedsiębiorstwie ubezpieczeniowym	51
Anna Celczyńska: Należności od ubezpieczających z umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.....	60
Magdalena Chmielowiec-Lewczuk: Problemy kalkulacji kosztów zakładów ubezpieczeń na tle powiązań w grupach finansowych	68
Dominika Cichońska: Rola ubezpieczeń w zarządzaniu ryzykiem w zakładach opieki zdrowotnej.....	78
Krystyna Ciuman: Zakłady ubezpieczeń a inne instytucje pośrednictwa finansowego w Polsce w latach 2005–2009.....	87
Tadeusz Czernik: O pewnym sformułowaniu zagadnienia ruiny	94
Teresa Czerwińska: Uwarunkowania polityki dywidend spółek ubezpieczeniowych.....	106
Robert Dankiewicz: Determinanty rozwoju rynku ubezpieczeń kredytu kupieckiego w Polsce	116
Beata Dubiel: Ubezpieczeniowe aspekty ryzyka ekologicznego	126
Roman Garbiec: Ryzyko starości jako element konstruowania systemów emerytalnych w Unii Europejskiej	135
Waldemar Glabiszewski: Znaczenie innowacji technologicznych w działalności ubezpieczeniowej	146
Łukasz Gwizdała: Możliwości analizy systemów bonus-malus w świetle procesów Markowa.....	156
Magdalena Homa: Kalkulacja składki w inwestycyjnych ubezpieczeniach na życie typu unit-linked	168
Beata Jackowska: Charakterystyka wybranych metod wyrównywania tablic trwania życia – wnioski dla zastosowań aktuarialnych	179

Beata Jackowska, Tomasz Jurkiewicz, Ewa Wycinka: Grupowe ubezpieczenia na życie w sektorze MSP	190
Marietta Janowicz-Lomott: Produkty strukturyzowane w formie ubezpieczeń w Polsce.....	201
Anna Jędrzychowska, Ewa Poprawska: Próba zidentyfikowania czynników mających wpływ na wysokość składki przypisanej brutto w ubezpieczeniach komunikacyjnych w Polsce.....	213
Tomasz Jurkiewicz, Agnieszka Pobłocka: Ocena praktycznych metod szacowania rezerwy IBNR w ubezpieczeniach majątkowych	222
Piotr Kania: Specjalistyczne fundusze inwestycyjne otwarte jako forma zewnętrznego zarządzania ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi zakładów ubezpieczeń na życie	232
Robert Kurek: Uprawnienia organów nadzoru w zakresie kontroli wypłacalności – ujęcie w Solvency II.....	241
Jacek Lisowski: Rola biegłego rewidenta w ocenie gospodarki finansowej ubezpieczyciela – unormowania prawne	250
Jerzy Łańcucki: Przesłanki i kierunki zmian w regulacjach dotyczących pośrednictwa ubezpieczeniowego	258
Krzysztof Łyskawa: Zagrożenie równowagi odszkodowania i szkody w obowiązkowych ubezpieczeniach mienia.....	267
Aleksandra Małek: Obowiązki banku jako ubezpieczającego w świetle Rekomendacji Dobrych Praktyk Bancassurance	277
Piotr Manikowski: Rynek ubezpieczeń w Polsce a cykle underwritingowe ..	286
Dorota Maśniak: Ubezpieczyciel jako główne ogniwo transgranicznego systemu ochrony ofiar wypadków drogowych	295
Artur Mikulec: Efektywność systemów emerytalnych krajów UE i EFTA w latach 2005–2008	305
Aniela Mikulska: Małe i średnie przedsiębiorstwa jako odbiorcy usług ubezpieczeniowych	316
Marek Monkiewicz: Jednolity rynek ubezpieczeniowy UE w warunkach globalnego kryzysu finansowego 2007–2009 – pomoc publiczna a wspólnotowe reguły konkurencji	325
Joanna Niżnik: Reforma systemów emerytalnych Ameryki Łacińskiej na przykładzie Chile i Argentyny	335
Magdalena Osak: Medyczne konto oszczędnościowe jako mechanizm finansowania ochrony zdrowia	344
Dorota Ostrowska: Kapitał międzynarodowy a dostęp do produktów ubezpieczeniowych strategicznych dla rozwoju gospodarki polskiej.....	352
Anna Ostrowska-Dankiewicz: Polisa strukturyzowana jako forma inwestycji alternatywnej na rynku polskim.....	362
Renata Pajewska-Kwaśny: Perspektywy rozwoju tradycyjnych i nowatorskich form sprzedaży ubezpieczeń w Polsce – cz. I	373

Monika Papież: Analiza przyczynowości na rynku ubezpieczeń życiowych w latach 2003–2010.....	383
Agnieszka Pawłowska: Ubezpieczenie <i>business interruption</i> w zarządzaniu ryzykiem przerw w działalności gospodarczej.....	394
Krzysztof Piasecki: Rozmyte zbiory probabilistyczne w rachunku aktuarnym.....	402
Piotr Pisarewicz: Rola funduszy inwestycyjnych w rozwoju programów emerytalnych w USA.....	409
Ryszard Pukała: Procesy integracyjne rynków ubezpieczeniowych krajów Europy Środkowej i Wschodniej.....	416
Małgorzata Rutkowska-Podolowska, Nina Szczygiel: Medical savings account as a funding mechanism for health.....	426
Grażyna Sordyl: Rola i działalność holenderskiego funduszu gwarancyjnego (College voor Zorgverzekeringen CVZ) w obszarze prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.....	435
Ewa Spigarska: Sprawozdanie finansowe zakładu ubezpieczeń a Międzynarodowe Standardy Sprawozdawczości Finansowej w świetle wprowadzanych zmian.....	445
Elżbieta Izabela Szczepankiewicz, Maria Kiedrowska: Organizacja audytu wewnętrznego w zakładach ubezpieczeń w świetle <i>Solvency II</i> oraz standardów audytu.....	454
Anna Szkarłat-Koszalka: Instrumenty systemu rachunkowości a kontrola bezpieczeństwa finansowego ubezpieczyciela.....	463
Tomasz Szkutnik: Funkcje łączące w agregacji ryzyka ubezpieczyciela.....	472
Włodzimierz Szkutnik: Ryzyko uruchomienia rezerw katastroficznych.....	483
Anna Szymańska: Czynniki determinujące wybór ubezpieczyciela na rynku ubezpieczeń komunikacyjnych OC.....	494
Ilona Tomaszewska: Perspektywy rozwoju tradycyjnych i nowatorskich form sprzedaży ubezpieczeń w Polsce – cz. II.....	507
Damian Walczak, Agnieszka Żołądkiewicz: Świadomość ubezpieczeniowa oraz skłonność do ryzyka studentów.....	515
Stanisław Wanat: Modelowanie zależności w kontekście agregacji kapitałowych wymogów wypłacalności w <i>Solvency II</i>	525
Stanisław Wieteska: Adaptacja zakładów ubezpieczeń majątkowych do likwidacji skutków efektu cieplarnianego na terenie Polski.....	537
Ewa Wycinka, Mirosław Szreder: Statystyczna ocena wpływu przekraczania prędkości na liczbę wypadków drogowych w Polsce.....	547

Summaries

Katarzyna Barczuk, Ewa Łukasik: Forms of retirement security in selected European countries	22
Teresa H. Bednarczyk: The activity of insurance sector vs. economic growth.....	30
Anna Bera, Dariusz Pauch: Educational programs as an instrument to increase awareness of the crime of insurance cover	39
Jacek Bialek: Group evaluation of open pension funds	50
Sylvia Bożek: Monitoring and control activities in the risk management process of an insurance company.....	59
Anna Celczyńska: Accounts receivable from motor vehicle owners insured under third party insurance agreements	67
Magdalena Chmielowiec-Lewczuk: Problems of cost calculation of insurance companies against the background of connections in financial groups .	77
Dominika Cichońska: The role of insurance in risk management in health care facilities	86
Krystyna Ciuman: Insurance companies versus other financial intermediaries in Poland in the years 2005–2009.....	93
Tadeusz Czernik: An alternative formulation of ruin problem.....	105
Teresa Czerwińska: Determinants of the dividend policy in the insurance companies	115
Robert Dankiewicz: Determinants of development of trade credit insurance market in Poland	125
Beata Dubiel: Insurance aspects of ecological risk	134
Roman Garbiec: The risk of old age as the component of constructing the pension systems in the European Union	145
Waldemar Glabiszewski: The importance of technological innovations in the insurance sector.....	155
Łukasz Gwizdała: The capabilities of analyzing bonus-malus systems in the light of Markov processes	167
Magdalena Homa: Correct calculation of net premium in unit-linked investment insurance	178
Beata Jackowska: Characterization of selected methods of the graduation of life tables in the perspective of their actuarial applications	189
Beata Jackowska, Tomasz Jurkiewicz, Ewa Wycinka: Group life insurance in the SME sector.....	200
Marietta Janowicz-Lomott: Structured products in the form of insurance in Poland	212
Anna Jędrzychowska, Ewa Poprawska: An attempt to identify the factors having influence on the gross written premium in motor insurance in Poland	221

Tomasz Jurkiewicz, Agnieszka Poblocka: Evaluation of practical methods of estimation of incurred but not reported reserves in non-life insurance..	231
Piotr Kania: Specialized open-end investment funds as an external management form of investment funds of life insurance companies.....	240
Robert Kurek: Powers of supervision authorities regarding solvency control – Solvency II perspective.....	249
Jacek Lisowski: The role of the auditor in assessing the financial management of the insurer – legal norms	257
Jerzy Łańcucki: Regulations on insurance mediation – stressing premises and directions of change	266
Krzysztof Łyskawa: Threat of compensation balance and damages in compulsory property insurance	276
Aleksandra Malek: Duties of a bank acting as an coverage buying entity in the context of Recommendations on the Bankassurance Activity.....	285
Piotr Manikowski: The insurance market in Poland and underwriting cycles	294
Dorota Maśniak: Insurer as a major link in a cross-border system for protection of victims of road accidents – the role of co-operation of private and public entities.....	304
Artur Mikulec: Effectiveness of pension systems in EU and EFTA countries in the years 2005–2008.....	315
Aniela Mikulska: Small and medium-sized companies as recipients of insurance services	324
Marek Monkiewicz: Single insurance market in the EU and global financial crisis 2007–2009 – public intervention and Community competition rules.....	334
Joanna Niżnik: The reform of pension systems in Latin America. The Chilean and Argentinean models.....	343
Magdalena Osak: Medical savings account as a funding mechanism of health care.....	351
Dorota Ostrowska: The access to the insurance products strategic for the development of Polish economy in reference to the international capital..	361
Anna Ostrowska-Dankiewicz: Structured policy as a form of alternative investment on Polish market.....	372
Renata Pajewska-Kwaśny: Prospects of development of traditional and innovative forms of insurance sales in Poland – part I.....	382
Monika Papież: Causality analysis on the life insurance market in the period 2003–2010	393
Agnieszka Pawłowska: Business interruption insurance implementation in risk management for interrupted activities	401
Krzysztof Piasecki: Probabilistic fuzzy sets in the actuarial calculation	408
Piotr Pisarewicz: Mutual funds role in retirement programs' development in the USA.....	415

Ryszard Pukała: Integration processes of insurance markets in Middle and Eastern Europe.....	425
Małgorzata Rutkowska-Podolowska, Nina Szczygiel: Medyczne konto oszczędnościowe jako mechanizm finansowania ochrony zdrowia	434
Grażyna Sordyl: The Role and Activity of the Dutch Guarantee Fund (College voor Zorgverzekeringen CVZ) in the area of private health insurance	444
Ewa Spigarska: Financial statement of insurance company vs. International Standards of Financial Reporting in the light of changes.....	453
Elżbieta Izabela Szczepankiewicz, Maria Kiedrowska: Organization of internal auditing in insurance companies in the light of Solvency II and audit standards	462
Anna Szkarłat-Koszalka: Instruments of accounting system vs. control of financial security of an insurer.....	471
Tomasz Szkutnik: Copula functions in the aggregation of insurer risk	482
Włodzimierz Szkutnik: The risk of using catastrophic reserves	493
Anna Szymańska: Factors determining the choice of the insurer on the CR automobile insurance market.....	506
Iłona Tomaszewska: Prospects of development of traditional and innovative forms of insurance sales in Poland – part II	513
Damian Walczak, Agnieszka Żołądkiewicz: Students’ insurance awareness and risk seeking	524
Stanisław Wanat: Modeling of dependencies in the context of the aggregation of solvency capital requirements in Solvency II	536
Stanisław Wieteska: Property insurance companies adaptation process to reduce the impact of greenhouse effect in Poland	546
Ewa Wycinka, Mirosław Szreder: Statistical analysis of speeding as a factor affecting car accidents in Poland	556

Magdalena Osak

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

MEDYCZNE KONTO OSZCZĘDNOŚCIOWE JAKO MECHANIZM FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA

Streszczenie: Rządy wielu państw stoją cały czas przed wyzwaniem ograniczania, a co najmniej kontrolowania, wydatków na zdrowie. Ważne jest także poszukiwanie dodatkowych sposobów finansowania opieki zdrowotnej. W odpowiedzi na problem rosnących kosztów opieki zdrowotnej podejmowane są różne działania. Jednym z nich było swego czasu wprowadzenie w Singapurze pierwszych na świecie medycznych kont oszczędnościowych. Niniejszy artykuł przedstawia ideę konta medycznego na tle całokształtu finansowania opieki zdrowotnej. W artykule podjęto próbę klasyfikacji takiego konta w ramach zbioru instrumentów finansowania opieki zdrowotnej. W dyskusjach nad medycznymi kontami oszczędnościowymi ten aspekt rozważań był jak dotąd pomijany.

Słowa kluczowe: medyczne konta oszczędnościowe, finansowanie opieki zdrowotnej.

1. Wstęp

Dominującym źródłem finansowania opieki zdrowotnej są środki publiczne¹. Łącznie z wydatkami prywatnymi na zdrowie pochłaniają one znaczącą część PKB. W krajach Unii Europejskiej całkowite wydatki na zdrowie stanowiły w 2008 roku średnio 9,6% PKB, w porównaniu z 8,5% PKB w 1998 roku [*Joint Report...* 2010, s. 24]. Co więcej, wydatki te rosły w czasie, często szybciej niż PKB. Tendencja ta, w następstwie kryzysu finansowego, może w krótkim okresie ulec dodatkowemu wzmocnieniu. Niższe (a nawet ujemne) jest tempo wzrostu PKB. Ponadto niektóre państwa członkowskie „sięgają” po wzrost wydatków w sektorze zdrowotnym jako element programu stymulowania gospodarki [*Joint Report...* 2010, s. 143]². Jedno-

¹ Jedynie na Cyprze wydatki publiczne stanowią mniej niż 50% całkowitych wydatków na zdrowie (zob. [*Health...* 2010, s. 112–113]). Poza Europą to samo dotyczy USA i Meksyku (zob. [*Health...* 2009, s. 170–171]).

² Działanie to jest często niemożliwe w oparciu o wydatki publiczne, ze względu na niewypełnianie (lub zagrożenie niewypełnieniem) kryterium konwergencji dotyczącego deficytu finansów publicznych – zob. państwa członkowskie objęte procedurą nadmiernego deficytu [online] http://ec.europa.eu/economy_finance/sgp/deficit/countries/index_en.htm (dostęp 15.06.2011).

cześnie działają generatory wzrostu zapotrzebowania na środki finansowe w opiece zdrowotnej, a wśród nich, wymieniane do znudzenia, starzenie się społeczeństw, rozwój technologii medycznych czy wzrost oczekiwań pacjentów dotyczących dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych.

W obliczu powyższego nie do przecenienia jest podnoszenie efektywności kosztowej (*cost-effectiveness*) opieki zdrowotnej [*Joint Report...* 2010, s. 143–162], a rządy wielu państw (nie tylko w UE) stoją cały czas przed wyzwaniem ograniczenia, a co najmniej kontrolowania, wydatków publicznych na zdrowie, jak również poszukiwania dodatkowych sposobów finansowania opieki zdrowotnej. W odpowiedzi na problem rosnących kosztów opieki zdrowotnej opracowywane są różne strategie i podejmowane działania. Wprowadzenie medycznych kont oszczędnościowych (MSAs)³ ma korzenie właśnie w dążeniu do racjonalizacji wydatków zdrowotnych.

Zamierzeniem niniejszego artykułu jest przedstawienie funkcjonowania MSA na tle całokształtu finansowania opieki zdrowotnej. W artykule podjęto próbę klasyfikacji MSA w ramach zbioru instrumentów finansowania opieki zdrowotnej. W dyskusjach nad MSA ten aspekt rozważań był jak dotąd pomijany. W ostatnich kilku latach zaczęto przyglądać się MSAs także jako jednej z opcji dla europejskich systemów zdrowotnych [Thomson, Mossialos 2008], co dodatkowo uzasadnia podjęcie tej problematyki.

2. Historia i przesłanki implementacji medycznych kont oszczędnościowych

Pomysł na MSAs zrodził się w USA w latach 70. poprzedniego stulecia. To jednak nie USA, a Singapur był pierwszym państwem na świecie, które wdrożyło MSAs. Jak dotąd, systemowa implementacja⁴ MSAs nastąpiła także w Chinach, USA⁵, RPA i na Węgrzech. W państwach azjatyckich konta medyczne wdrożono jako uzupełnienie/przełamanie finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Z kolei w USA i RPA instrument ten powiązany jest bezpośrednio z prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi o tzw. wysokim współpłaceniu ubezpieczonego (*high deductible insurance*), stanowiąc produkt komplementarny do tych ubezpieczeń [Thomson, Mossialos 2008]. W tabeli 1 zaprezentowano najważniejsze dla rozwoju MSAs posunięcia legislacyjno-organizacyjne.

³ Akronim pochodzi z terminologii anglojęzycznej: *medical savings account*, odpowiednio MSA dla liczby pojedynczej i MSAs dla liczby mnogiej.

⁴ Sformułowania użyto w znaczeniu wdrożenia popartego regulacjami prawnymi sytuującymi MSAs w całokształcie organizacji, finansowania i zarządzania zabezpieczeniem zdrowotnym. Chodzi zatem o uznanie MSAs jako instrumentu realizacji polityki zdrowotnej państwa.

⁵ W artykule celowo pomija się różnorodność kont medycznych funkcjonujących w USA, częściej nazywanych tutaj zdrowotnymi (*health accounts*).

Tabela 1. Najważniejsze wydarzenia na arenie międzynarodowej w latach 1970–2008 w kontekście rozwoju medycznych kont oszczędnościowych

Rok	Wydarzenie
lata 70.	Początki dyskusji w USA w obliczu problemu „moralnego hazardu” w prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych.
1984	Wprowadzenie w Singapurze Programu <i>Medisave</i> – obowiązkowego medycznego konta oszczędnościowego, jako wyodrębnionej części Centralnego Funduszu Oszczędnościowego (<i>Central Provident Fund</i>).
1988	Deregulacja rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w RPA: zwolnienie ubezpieczycieli z obowiązku taryfikacji na podstawie ujednoliconych stawek (<i>community rating</i>), zwiększenie swobody kształtowania i wyceny zakresu ubezpieczenia (koszyka świadczeń).
1990	Utworzenie w Singapurze Programu <i>Medishield</i> , dobrowolnego planu ubezpieczeniowego, będącego uzupełnieniem dla <i>Medisave</i> w zakresie pokrycia kosztów poważnych zachorowań i hospitalizacji.
1993	Kolejne reformy prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w RPA: zniesienie wymaganego minimalnego zakresu ubezpieczenia (gwarantowanych świadczeń zdrowotnych).
1994	Wprowadzenie MSAs w RPA (cel: kontrola kosztów opieki zdrowotnej poprzez budowanie świadomości kosztowej świadczeniobiorców, promocja indywidualnej odpowiedzialności).
1996	Wprowadzenie w USA pilotażowego programu MSAs wśród osób pracujących na własny rachunek i drobnych przedsiębiorców.
1998	Wprowadzenie pilotażowego programu MSAs w Chinach, na obszarach wielkomiejskich (58 miast). MSAs powiązane z funduszem ryzyk socjalnych, tworząc System Bazowego Ubezpieczenia Medycznego dla Pracowników Miejskich.
2002	Wprowadzenie w Singapurze dodatkowego, dobrowolnego planu ubezpieczeniowego <i>Eldershield</i> , zabezpieczającego finansowanie opieki długoterminowej osób starszych.
2003	Wprowadzenie w USA MSAs powiązanych z ubezpieczeniami zdrowotnymi z tzw. wysokim współpłaceniem ubezpieczonego.
2006	Rozszerzenie zakresu zachęt podatkowych w USA w celu zwiększenia popytu na MSAs.
2008	Dyskusja w niektórych państwach Europy Środkowo-Wschodniej (np. Litwa) nad możliwościami wprowadzenia MSAs.

Źródło: [Key... 2008].

Szczegółowe przyczyny i towarzyszące im cele implementacji MSAs wykazują różnice między systemami. W piśmiennictwie wskazuje się na główne powody zastosowania tego instrumentu do finansowania opieki zdrowotnej. Są to [Mossialos et al. (ed.) 2002, s. 121; Hanvoravongchai 2002, s. 6]:

- przewycięzanie problemów właściwych prywatnym ubezpieczeniom zdrowotnym, tj. negatywnej selekcji i hazardu moralnego, rozumianego jako zagrożenie nadprodukcją i nadkonsumpcją świadczeń zdrowotnych⁶, z uwagi na ich finansowanie przez podmiot trzeci w stosunku do świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy,

⁶ Na temat hazardu moralnego w ubezpieczeniach zdrowotnych szerzej [Włodarczyk 2001].

- pobudzenie oszczędzania na pokrycie przyszłych kosztów opieki zdrowotnej,
- zmobilizowanie pacjentów do gospodarowania oszczędnościami, a w efekcie kontroli kosztów opieki zdrowotnej. Istotne jest także wzmocnienie zachowań rynkowych pacjenta w zakresie wyboru świadczeniodawcy, a w konsekwencji wzrost konkurencji wśród świadczeniodawców,
- cele fiskalne, a więc pozyskanie dodatkowych środków na finansowanie systemów zdrowotnych.

3. Istota medycznego konta oszczędnościowego

MSA jest instrumentem gromadzenia środków finansowych na pokrycie przyszłych wydatków zdrowotnych. Działanie MSA, z pewnymi zastrzeżeniami, podobne jest do działania konta bankowego. Po pierwsze, posiadanie MSA wiąże się z wnoszeniem obowiązkowych wpłat. Mogą one obciążać tylko posiadacza konta bądź być w całości lub części finansowane przez pracodawcę. Ich wysokość określana jest w postaci stałej kwoty bądź jako procent miesięcznych dochodów [Schreyögg 2003]. Obowiązkowość kontrybucji na MSA nie oznacza automatycznie obligatoryjności posiadania konta, choć i taka sytuacja występuje w praktyce (np. w Singapurze). To fakt uruchomienia MSA wymusza obowiązkowe wpłaty. Konto medyczne ma bowiem służyć systematycznemu, a nie incydentalnemu oszczędzaniu. Po drugie, w przeciwieństwie do konta bankowego, oszczędności zgromadzone na MSA mogą być wydatkowane tylko na określone cele.

W rodzimej literaturze trafną definicję MSA zaproponowała M. Borda. Píše ona, że „medyczne konto oszczędnościowe można zdefiniować jako indywidualne konto oszczędnościowe, w ramach którego z regularnie dokonywanych wpłat oraz dochodów z inwestycji wpłaconych środków finansowych tworzony jest fundusz z przeznaczeniem na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych w momencie ich konsumpcji” [Borda 2010].

Należy podkreślić, że MSA jest zinstytucjonalizowaną formą gromadzenia oszczędności z przeznaczeniem na pokrycie kosztów opieki zdrowotnej. Tym samym MSA jest dopiero produkt, który spełnia określone prawem wytyczne dla MSA, a nie każde indywidualne tworzenie zasobów kapitałowych z przeznaczeniem na sfinansowanie kosztów medycznych. W Polsce pewnych analogii do zasad działania MSA szukać można w systemie emerytalnym, w związku z funkcjonowaniem kont emerytalnych.

4. Medyczne konto oszczędnościowe a finansowanie opieki zdrowotnej

Na finansowanie opieki zdrowotnej składa się [Mossialos et al. (ed.) 2002, s. 3–7]: (1) pozyskiwanie (gromadzenie) środków (*funding*), (2) repartycja funduszy (*pooling*), o ile umożliwia ją mechanizm pozyskiwania, i (3) alokacja funduszy, która

dokonywane przez nabywanie świadczeń zdrowotnych u usługodawców. Pozyskiwanie funduszy analizuje się dodatkowo w trzech aspektach [*Health...* 2009, s. 170], tj. przez pryzmat źródeł finansowania (co wiąże się z pytaniem, od kogo pochodzą pieniądze wydatkowane na opiekę zdrowotną), mechanizmów tego pozyskiwania (podatki, składki ubezpieczeniowe, datki charytatywne, opłaty bezpośrednie (tzw. *out of pocket payments*)) oraz płatników zarządzających środkami (i ostatecznie dokonujących ich alokacji).

Funkcjonalność medycznego konta oszczędnościowego sytuuje je pośród mechanizmów gromadzenia środków na opiekę zdrowotną. Rozważenia wymaga jednak klasyfikacja MSA w obszarze tych mechanizmów. Czy wpłaty na MSA należy traktować jako odrębny sposób finansowania i w konsekwencji wymieniony powyżej zestaw mechanizmów uznać należałoby za niepełny, czy może MSA jest szczególną odmianą jednego z wyodrębnionych mechanizmów finansowania?

Wpłaty na MSA na pewno nie są rodzajem opodatkowania. Wyklucza to fakt, że zgromadzone oszczędności są własnością posiadacza konta. Nie występuje zatem świadczenie na rzecz podmiotów publicznych (także wtedy, gdy zarządzanie oszczędnościami zostało powierzone podmiotom publicznym), jako jedna z cech⁷ podatku. Ponadto nie można mówić o bezzwrotności i nieodpłatności wpłat na MSA. Środki z MSA są oddawane posiadaczowi, tyle że nie bezpośrednio, ale pośrednio przez uregulowanie ciężącego na nim zobowiązania zapłaty kosztów leczenia. Z MSA finansowane są bowiem świadczenia indywidualne posiadacza (ewentualnie jego najbliższych), a nie – jak z wpływów podatkowych – dobra i usługi publiczne w ogóle (bez względu na fakt opłacenia daniny publicznej).

Indywidualna własność zakumulowanych środków wyłącza również uznanie MSA za rodzaj ubezpieczenia. O ubezpieczeniu (bez względu na publiczny bądź prywatny charakter) nie może być mowy, jeżeli nie następuje jednoczesne rozkładanie finansowych skutków materializacji zagrożenia w czasie i w przestrzeni. MSA, tak jak ubezpieczenie, umożliwia gromadzenie środków na sfinansowanie skutków zdarzenia w momencie poprzedzającym zajście zdarzenia losowego (skorzystanie ze świadczeń zdrowotnych). W ramach MSA następuje „przesunięcie zasobów w cyklu życia jednostki z okresu dobrego (lepszego) stanu zdrowia na okres gorszego stanu zdrowia” [Mossialos et al. (ed.) 2002, s. 276], dokonuje się zatem repartycja w czasie. Jednocześnie jednak w stosunku do MSA nie można mówić o repartycji skutków finansowych w przestrzeni. Poprzez MSA budowany jest fundusz zindywidualizowany, wyłączony spod działania zasady solidaryzmu, co automatycznie wyklucza ubezpieczeniowość MSA. W praktyce funkcjonowanie MSA może być powiązane z prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym, w ten sposób, że ubezpieczenie stanowi produkt komplementarny do MSA (np. w Singapurze), bądź na odwrót (zob. tab. 1). W tym drugim przypadku to nabycie określonego rodzaju prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego stanowi warunek konieczny uzyskania prawa do uruchomienia indy-

⁷ Cechy podatku na podstawie [Osiatyński 2006, s. 96–97].

widualnego konta medycznego, z którego pokrywane będą koszty leczenia nieobjęte zakresem ubezpieczenia (np. w USA).

Cel odprowadzania środków na MSA przeczy uznaniu ich za datki charytatywne. Pozostaje zatem pytanie, jak ma się kontrybucja na MSA w stosunku do bezpośrednich opłat wnoszonych przez pacjentów w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Na kategorię wydatków bezpośrednich składa się (szerzej [Mossialos et al. (ed.) 2002, s. 22–24]): (1) pełna odpłatność za świadczenia zdrowotne w ramach transakcji kupna-sprzedaży, (2) legalne współpłacenie, czyli dopłaty do świadczeń, których bazą finansowania są środki z innych źródeł niż budżet pacjenta, (3) opłaty nieformalne.

W literaturze można znaleźć opracowania, które sugerują, że MSA jest odrębnym wobec wydatków bezpośrednich mechanizmem finansowania opieki zdrowotnej (zob. [Mossialos et al. (ed.) 2002, s. 5; *Proposal...* 2004, s. 7]). Pogląd ten może budzić zastrzeżenia. *Prima facie* może się wydawać, że to nie pacjent płaci bezpośrednio w momencie korzystania ze świadczenia, ale podmiot zarządzający kontem medycznym, który dokonuje faktycznej płatności. Jest to jednak jedynie organizacyjne uproszczenie rozliczeń. Gdyby ten sam pacjent nie posiadał dedykowanego finansowaniu wydatków medycznych konta, ale akumulowałby środki na zwykłym koncie bankowym (lub w przysłowiowej skarpecie) z tą myślą, że posłużą mu one do sfinansowania przyszłych kosztów leczenia, to z momentem ich spożytkowania na rzeczony cel jego wydatki zostałyby odnotowane jako wydatki bezpośrednie. MSA jest przecież takim gromadzeniem środków na przyszłość. Różnica polega jedynie na tym, że przy MSA indywidualna przezorność zostaje osadzona w ramy regulacyjne/institucjonalne. Uzasadnieniem takiej instytucjonalizacji jest zagwarantowanie wydatkowania „odłożonych” środków na pierwotnie zamierzony cel. Wydaje się, że wskazana różnica nie ma znaczenia przy klasyfikacji wydatków z MSA jako części wydatków bezpośrednich pacjenta. Istotny dla takiej kategoryzacji jest zaś fakt, że – także przy wykorzystaniu MSA – to pacjent, a nie podmiot trzeci, ponosi ciężar finansowy opieki zdrowotnej ze środków będących w jego posiadaniu (por. [*A System of...* 2011, s. 165–167]).

Warto zauważyć, że aktualnie w konstrukcji Narodowych Rachunków Zdrowia, ogłoszonych przez OECD w 2000 roku, nie wyodrębnia się MSA jako planu finansowania opieki zdrowotnej (zob. [Kawiorska 2004, s. 58–62]). Efektem trwających prac rewizyjnych nad Systemem Rachunków Zdrowia jest m.in. propozycja uszczegółowienia klasyfikacji źródeł finansowania. W przygotowanym projekcie „zauważono” MSA jako sposób gromadzenia środków. Niemniej jednak okazuje się, że klasyfikacja MSA jako mechanizmu finansowania nie jest jednojednoznaczna.

W projektowanej wersji Systemu Rachunków Zdrowia MSA przynależć może do jednej z dwóch kategorii. Gdy posiadanie MSA w danym systemie zdrowotnym jest obowiązkowe, a w konsekwencji „konstrukcja” konta jest silnie regulowana, klasyfikuje się je jako odrębny mechanizm finansowania opieki zdrowotnej, w części planów obowiązkowych [*A System of...* 2011, s. 151, 159–160]. W przypadku

gdy uruchomienie MSA jest dobrowolne, uznaje się je za szczególną formę wydatków bezpośrednich (*out of pocket*), czyniąc przy tym bardzo ważne zastrzeżenie, że nie wpłaty na MSA, ale dopiero dokonane z niego płatności zostają uwzględnione jako wydatki na zdrowie [*A System of...* 2011, s. 167].

5. Zakończenie

Jedynym przykładem zastosowania MSA w Europie jest system węgierski [Thomson, Foubister, Mossialos 2009, s. 29]. Węgrzy mogą wydatkować środki z MSA na sfinansowanie medycyny niekonwencjonalnej, ustawowego współpłacenia, usług nabywanych w placówkach prywatnych oraz świadczeń quasi-zdrowotnych (poprawiających jakość życia). MSA prowadzone są przez instytucje działające na zasadach podobnych do towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, które jednak nie mogą angażować się w żadną inną sferę działalności ubezpieczeniowej. Wpłaty na konta medyczne korzystają z ulgi podatkowej. W 2007 roku konta medyczne posiadało ok. 6% Węgrów. W zdecydowanej większości są one finansowane z wpłat pracodawców na rachunek pracowników. Wydatki na zdrowie pokrywane z MSAs stanowiły na Węgrzech w 2007 roku nieco ponad 2% łącznych wydatków na ten cel (zob. [Thomson, Foubister, Mossialos 2009, s. 29; Thomson, Mossialos 2009, s. 121–122, 207–211]).

O implementacji MSAs dyskutuje się także w Estonii i na Litwie [Thomson, Mossialos 2009, s. 128–129]. Jednak w Europie wdrożenie MSAs na większą skalę jawi się raczej jako niemożliwe. Przesądzają o tym względy aksjologiczne. Nadrzędną wartością w europejskich systemach zdrowotnych jest solidaryzm społeczny. Zasady funkcjonowania MSA uniemożliwiają realizację tej wartości. Względy aksjologiczne powodują także, że w obliczu konieczności „opanowywania” wydatków zdrowotnych, w Europie z mniejszym nasileniem sięga się po instrumenty regulacji popytu pacjentów, koncentrując się na instrumentach wpływu na stronę podażową (świadczeniodawców) [Thomson, Mossialos 2008].

Literatura

- A System of Health Accounts (Version 2.0)*, Pre-edited version, OECD, Eurostat, WHO, March 2011, [online] <http://www.oecd.org/dataoecd/27/51/47406956.pdf> [czerwiec 2011].
- Borda M. [2010], *Zastosowanie medycznych kont oszczędnościowych w finansowaniu ochrony zdrowia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, nr 2.
- Hanvoravongchai P. [2002], *Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience*, Discussion Paper no. 3, WHO, Geneva.
- Health at a Glance 2009. OECD Indicators*, OECD.
- Health at a Glance: Europe 2010*, OECD Publishing.
- Joint Report on Health Systems*, European Commission and the Economic Policy Committee (AWG), “Occasional Papers” 74, December 2010.

- Kawiorska D. [2004], *Narodowe Rachunki Zdrowia*, Kantor Wydawniczy Zakamycze.
- Key international developments in medical savings accounts, 1970–2008*, “Euro Observer” 2008, no. 4.
- Mossialos E. et al. (ed.) [2002], *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, WHO.
- Osiatyński J. [2006], *Finanse publiczne. Ekonomia i polityka*, PWN, Warszawa.
- Proposal for taxonomy of health insurance*, OECD Health Project, June 2004.
- Schreyögg J. [2003], „*Medical Savings Accounts*” – *Eine internationale Bestandsaufnahme des Konzeptes der Gesundheitssparkonten und seine Implikationen für Deutschland*, „Zeitschrift für die Gesamte Versicherungswissenschaft”, vol. 92.
- Thomson S., Foubister T., Mossialos E. [2009], *Financing Health Care in the European Union. Challenges and policy responses*, Observatory Studies Series, no. 17, WHO.
- Thomson S., Mossialos E. [2008], *Medical savings accounts: can they improve health system performance in Europe?*, “Euro Observer”, no. 4.
- Thomson S., Mossialos E. [2009], *Private health insurance in the European Union*, London School of Economics and Political Science, June.
- Włodarczyk W.C. [2001], *Ubezpieczenie zdrowotne: twarze moralnego hazardu*, [w:] *Ubezpieczenia zdrowotne w Europie Środkowo-Wschodniej – początek drogi*, red. R. Holly, KIU, Warszawa.

MEDICAL SAVINGS ACCOUNT AS A FUNDING MECHANISM OF HEALTH CARE

Summary: Governments of many countries are continually faced with the challenge of reducing or at least controlling the expenditure on health care. It is also important to look for additional ways of health care financing. Various solutions have been put forward to answer the problem of the rising costs of health care. One of these is medical savings account (MSA), which was first introduced in Singapore. This article presents the idea of MSA against the background of health care financing as a whole. It also tries to classify such an account in the framework of the set of funding mechanisms. In discussion of the MSAs, this aspect has so far been overlooked.

Keywords: medical savings accounts, health care financing.