

Medyczne Konto Oszczędnościowe – sposób na częściowe urynkowanie systemu ochrony zdrowia

Autor: **Łukasz Jasiński**

Esej wchodzi w skład serii: W drodze do rynkowego systemu ochrony zdrowia

1. Wstęp

W poszukiwaniu sposobności do poprawy dostępu do świadczeń medycznych nieodzowne jest umożliwienie, zarówno konsumentom jak i dostawcom, swobodnego wyboru. Jednym z ciekawszych sposobów na osiągnięcie tego stanu rzeczy jest koncepcja medycznych kont oszczędnościowych (Medical Savings Account – MSA). Z ich pomocą ta pierwsza grupa może finansować interesujące ją świadczenia medyczne. Takie narzędzia sprzyjają również większej racjonalizacji wydatków medycznych oraz pozwalają na kształtowanie się rynkowej struktury finansowania dostępu do świadczeń medycznych. Zyskują też dostawcy (producenci), gdyż mogą oni znaleźć nowych klientów – poza systemem publicznym.

MSA, w różnym stopniu, funkcjonują m.in. w Singapurze, RPA czy USA. Warto bliżej przyjrzeć się możliwościom i korzyściom z ich (przynajmniej częściowego) wprowadzenia w Polsce.

2. Medyczne Konto Oszczędnościowe – podstawowe założenia

W tym eseju chciałbym skupić się głównie na wydatkach prywatnych – pozasystemowych, MSA mogą jednak stanowić uzupełnienie (lub alternatywę) np. dla współpłacenia w systemach publicznych.

Idea MSA jest dosyć prosta. Za pomocą środków zgromadzonych na specjalnym rachunku, jego właściciel może finansować określone wydatki medyczne. Mogą one dotyczyć bezpośredniego zakupu wybranych dóbr i usług, ale także ubezpieczeń i abonamentów medycznych czy wspierania organizacji charytatywnych.

Należy podkreślić, że koncepcyjnie MSA nie jest tak naprawdę niczym szczególnym. W końcu jedną z głównych cech kapitalizmu jest to, że konsumenci

bezpośrednio nabywają dobra i usługi, które najlepiej zaspokajają ich potrzeby. Nie ma potrzeby tworzenia specjalnego rachunku na zakupy żywności, komputerów, telefonów itp. W przypadku zakupów „medycznych” sprawa bardziej się komplikuje z uwagi na wiele regulacji obciążających dostawców usług medycznych oraz dominację systemu jednego płatnika. Powoduje to, że system ochrony zdrowia jest mniej (lub mało) transparentny cenowo, co prowadzi do znacznego zaburzenia relacji popytowo-podażowych. MSA pomogłyby poprawić transparentność i lepiej koordynować działania konsumentów i dostawców.

Dodatkowym atutem tego rozwiązania byłoby odpowiednie skierowanie uwagi społeczeństwa na wyraźne oddzielenie systemu publicznego od rynkowego. Za dobry przykład tego punktu widzenia może posłużyć reforma emerytalna w Chile z przełomu lat 70. i 80. XX wieku:

Chodziło o to, aby dać chilijskim pracownikom poczucie, że pieniądze, które odkładają na koncie, należą naprawdę do nich. Jak pisał Hernán Büchi (który pomógł Piñierze przygotować projekt ustawy o ubezpieczeniach społecznych, a następnie wprowadzał w życie reformy w służbie zdrowia), „programy socjalne muszą zawierać w sobie element motywacji do indywidualnego wysiłku i uświadamiać ludziom, że w znacznej mierze sami ponoszą odpowiedzialność za swoją przyszłość. Nie ma nic gorszego niż programy socjalne, które zachęcają do społecznego pasożytnictwa”¹.

MSA nie byłyby elementem systemu publicznego (jak konta emerytalne w Chile), ale stanowiłyby swego rodzaju III filar jak np. IKE czy IKZE. W tym wypadku idea wprowadzenia i funkcjonowania MSA idzie o krok dalej, gdyż „wychodzi” poza systemu publiczny, co powinno zwiększyć zainteresowanie i zaufanie społeczne do takich inicjatyw.

3. MSA w Polsce – instytucjonalne uwarunkowania

Polska, mimo dominujących wydatków publicznych na opiekę zdrowotną, ma obiecujące możliwości do wprowadzenia tego typu rozwiązań. Według danych OECD wydatki dobrowolne, z własnej kieszeni, na opiekę zdrowotną (w 2019 r.)

¹ N. Ferguson, 2010, *Potęga pieniądza. Finansowa historia świata*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.

stanowiły w naszym kraju 28% wydatków całkowitych. Bardziej szczegółowe dane mówią o: 10% wydatkach z budżetu (z podatków); 62% wydatków z obowiązkowych składek ubezpieczeniowych; kolejne 6% przeznaczane jest na dobrowolne (prywatne) ubezpieczenia zdrowotne; 20% stanowią wydatki bezpośrednio (out of pocket) a 2% to pozostałe wydatki². Pewną ugruntowaną prywatną strukturę wydatkową już więc posiadamy.

Te trzy ostatnie typy wydatków mogą zostać wsparte właśnie przez MSA. To, że w Polsce 20% wydatków to wydatki bezpośrednie, bardzo ułatwiłoby ten proces, gdyż dla Polaków takie wydatki nie są niczym nowym.

Jednak, skoro takie płatności już są dosyć popularne, należałoby wprowadzić odpowiednie zachęty, które dodatkowo zwiększyłyby popularność samych MSA. W przeciwnym wypadku, nie byłoby wystarczających bodźców, aby z nich korzystać.

W tym wypadku można oprzeć się m.in. na rozwiązaniach zastosowanych w IKE i IKZE. Według danych Komisji Nadzoru Finansowego (KNF) pod koniec 2021 roku liczba IKE wyniosła prawie 800 tys. a IKZE ponad 460 tys. Dodatkowo, w samym 2021 r. założono ponad 112 tys. nowych IKE oraz prawie 70 tys. IKZE. Popularność tego typu kont rośnie wraz z wiekiem osób poszukujących dodatkowych opcji oszczędnościowo-inwestycyjnych.

Środki gromadzenie w ramach IKE zwolnione są z podatku od zysków kapitałowych (tzw. podatku Belki) oraz z podatku od spadków i darowizn. Oczywiście, korzyści te są możliwe w przypadku nabycia praw emerytalnych. Z kolei IKZE także zwalnia z podatku Belki. Dodatkowo, wpłacane środki podlegają odliczeniu od podatku dochodowego. Sama wypłata środków objęta jest już zryczałtowanym podatkiem (10%). Te dwa konta mają też określone limity wpłat (więcej informacji na temat ich cech charakterystycznych można znaleźć [tutaj](#)).

W przypadku MSA owe benefity można łatwo połączyć. Wynika to głównie z faktu, że potrzeby zdrowotne czy medyczne pojawiają się przed osiągnięciem wieku emerytalnego. MSA dawałoby więc jego posiadaczowi zarówno zwolnienie z podatku Belki, podatku od spadków i darowizn, a wpłacane składki/środki uprawniałby do otrzymania ulgi podatkowej. Część wpłat na MSA (np. 20-30%) mogłaby także pomniejszać wysokość obowiązkowej składki zdrowotnej, co jest pokłosiem ostatnich obniżek podatku dochodowego.

² OECD, 2021, *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż, s. 191, 195.

Byłyby to dosyć wyraźne zachęty do założenia, utrzymywania i aktywnego lokowania funduszy na takim rachunku, który tak jak w przypadku IKE lub IKZE, mógłby być prowadzony przez instytucje jak banki, zakłady ubezpieczeń, fundusze inwestycyjne itp. Podmioty te odpowiadałyby także za odpowiednie strategie inwestycyjne dostosowane do preferencji klientów.

MSA funkcjonowałyby więc na odmiennych zasadach niż np. w [Singapurze](#), gdzie są one jednym z fundamentów systemu publicznego. Uwarunkowania (rozwiązania) instytucjonalne sprawiają, że w tym azjatyckim kraju takie rachunki są obowiązkowe, a udział wpłat z wynagrodzenia ściśle regulowany. W Polsce korzystanie z MSA byłoby więc bardziej elastyczne.

4. Korzyści z wprowadzenia MSA

Możliwości wprowadzenia MSA do Polski należy przedstawić także przez pryzmat korzyści, jakie dzięki nim można osiągnąć.

Po pierwsze, istotna będzie odpowiednia motywacja do gromadzenia środków na takich rachunkach. Odkładane środki przyczyniają się w pierwszej kolejności do dodatkowej ulgi podatkowej. Następnie zyski z akumulowanego kapitału nie będą podlegały podatkowi od zysków kapitałowych – ich gromadzenie będzie więc szybsze i łatwiejsze. Dodatkowo, np. w przypadku śmierci właściciela rachunku, ich przekazywanie nie będzie objęte podatkiem od spadków i darowizn. Te podatkowe korzyści sprawią, że posiadanie MSA będzie opłacalne i nawet w warunkach znacznej inflacji, w pewnym stopniu, rekompensowałoby spadek siły nabywczej pieniądza. Nie każdy członek rodziny musiałby też go posiadać, gdyż poprzez MSA można by opłacać wydatki osób zależnych np. dzieci czy współmałżonka.

Po drugie, dzięki MSA możliwe byłoby finansowanie wielu wydatków medycznych: bezpośredniego zakupu danych świadczeń, zakupu leków, opłacania składek za prywatne ubezpieczenia zdrowotne lub abonamenty medyczne czy wspieranie organizacji charytatywnych. Umożliwiłoby to wsparcie złożonych procesów swobodniejszego kształtowania się racjonalnej struktury wydatków. Dzięki temu potrzeby zdrowotne Polaków stałyby się lepiej widoczne. Konsument miałby więc znaczną swobodę wydatkowania posiadanych przez siebie środków. Wiele osób korzysta już bankowości internetowej czy aplikacji mobilnych – nie ma powodu, aby i MSA nie mogły funkcjonować podobnie.

Po trzecie, kapitałowa atrakcyjność MSA i swoboda wyboru konsumenta sprawiłyby, że dostawcy dóbr i usług medycznych byłoby jeszcze bardziej zdeterminowani do ich oferowania po niższych cenach i w lepszej jakości. Właścicielem MSA i dysponentem zgromadzonych na nim środków jest bowiem konsument, a nie rządowe instytucje, ubezpieczyciele itp. Sprawia to, że klient jest szczególnie „wrażliwy” na cenę i nie będzie miał ekonomicznych bodźców do niepotrzebnych wydatków tak jak może to mieć miejsce w przypadku płatnika trzeciej strony.

Po czwarte, nabywanie przez konsumentów takich świadczeń na rynku może wydatnie przyczynić się do odciążenia systemu publicznego np. w postaci przynajmniej częściowego rozładowania kolejek. W Polsce nabywanie prywatnych świadczeń medycznych ma charakter suplementarny tzn., że nie są one „wkomponowane” w system publiczny. Sprawia to, że ograniczona część rynku medycznego może rozwijać się bardziej swobodnie, na czym korzystają konsumenci, ale także publiczna opieka zdrowotna – przymusowe składki zdrowotne pozostają bowiem poza rynkiem, a ubezpieczony korzysta z prywatnych świadczeń. W pewnym wymiarze korzystają więc pacjenci, którzy z różnych powodów pozostają w systemie publicznym.

Po piąte, MSA są narzędziem stosunkowo łatwym do wprowadzenia oraz zaadoptowania. Powoduje to, że ich popularyzacja może mieć też pozytywny wpływ na mniejszą biurokrację i koszty administracyjne, które to są cechami charakterystycznymi dla systemów publicznych. Im więcej posiadaczy MSA tym lepiej, gdyż owe koszty efektywnie rozkładałyby się na wiele zdecentralizowanych instytucji prywatnych. W tym zakresie MSA mogą stać się o wiele bardziej popularne niż IKE i IKZE razem wzięte. Dla przypomnienia, łączna liczba tych dwóch kont pod koniec 2021 r, wyniosła niecałe 1,3 mln. Dla porównania, według danych [Polskiej Izby Ubezpieczeń](#), liczba osób posiadających prywatne ubezpieczenia zdrowotne (pod koniec II kwartału 2022 r.) wyniosła około 4 mln. A należy jeszcze dodać do tej liczby posiadaczy prywatnych abonamentów medycznych oraz, przede wszystkim, osoby dokonujące opłat na prywatne usługi medyczne bezpośrednio. Można założyć, że znaczna część z tych osób korzystałaby także z MSA.

Po szóste, popularyzacja MSA pozytywnie wpłynie na rozwój rynku usług medycznych ze „średniej” półki cenowej. Obecnie większość wydatków na

prywatne zabiegi oscyluje wokół kilkuset lub kilku tysięcy złotych. MSA mogłyby sprawić, że ich posiadacze decydowaliby się na przeznaczanie jeszcze większych kwot (np. kilkunastu/kilkudziesięciu tysięcy zł) na rynku. Z kolei ten zwiększony popyt zachęciłby dostawców do poszerzania swojej oferty i dalszego obniżania cen.

Po siódme, środki akumulowane przez MSA wydatnie wsparłyby polską gospodarkę. Byłby to dodatkowy zastrzyk kapitału, który mógłby zostać skierowany np. do systemu bankowego czy giełdy, dzięki czemu zwiększyły się poziom inwestycji. Wiele zależałoby tutaj od przyjętej strategii inwestycyjnej, wyboru instrumentów finansowych (np. akcje, obligacje) przez posiadaczy rachunków. Wzrosłaby również konkurencja pomiędzy instytucjami finansowymi oferującymi MSA, co miałoby dodatkowy wpływ na rozwój tego narzędzia i powstanie nowych opcji inwestycyjnych³.

5. MSA – zagrożenia w postaci przeregulowania

Na koniec warto przestrzec przed różnymi rządowymi działaniami (regulacjami), które tę dosyć prostą koncepcję mogą łatwo wypaczyć, czyniąc ją rozwiązaniem mniej efektywnym (lub nawet szkodliwym) i zniechęcającym do dalszych prorynkowych zmian.

Im więcej świadczeń będzie mogło być sfinansowanych za pomocą MSA, tym lepiej. Problem może się pojawić, kiedy ich liczba zostanie ograniczona do wydatków jednego typu np. tylko na prywatne ubezpieczenia. Wówczas wystąpiłoby odgórne faworyzowanie jednej branży kosztem innych.

MSA nie będzie odpowiednio efektywne również w sytuacji, kiedy zbyt mała (ogólna) liczba podmiotów zostanie włączona do tej inicjatywy. Podobnie, mogą pojawić się zbyt silne regulacje odnośnie kwalifikowalności do MSA. Byłyby to, *de facto*, przywileje monopolowe lub quasi-monopolowe nie mające nic wspólnego z suwerennością konsumenta. Przykładowo, można sobie wyobrazić sytuację, w której świadczenia finansowane przez MSA będą obejmowały nieliczną grupę prywatnych dostawców (np. lekarzy czy szpitali), co niewątpliwie ograniczy konkurencję i spadek cen.

Innym problemem mogą być zbyt słabe zachęty do założenia MSA np. w

³ Więcej na temat korzyści i zagadnień związanych z wprowadzeniem MSA zobacz: J. C. Goodman, G. L. Musgrave, D. M. Herrick, 2008, *Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*, Fijorr Publishing, Warszawa, s. 169-171, 202-208.

postaci małych odliczeń od podatku, niskiego poziomu wpłat itp. Medyczne rachunki mają duży potencjał, ale musi być on wsparty solidnymi i pewnymi zachętami ekonomicznymi.

Wreszcie, rząd może włączyć to narzędzie w ramy systemu publicznego np. bez możliwości dokonywania płatności za prywatne świadczenia pozasystemowe. Samo wprowadzenie częściowej odpłatności do tego systemu nie jest oczywiście złym pomysłem, ale musi zostać poparte konkretnymi rozwiązaniami prorynkowymi. Próby bardziej kosmetycznych zmian w systemie publicznym nie tylko nie poprawią ogółu sytuacji, ale przyczynią się do opóźnienia potrzebnych zmian na szerszą skalę.

Należy także podkreślić, że MSA jest tylko jednym elementem ze złożonej układanki i samo w sobie nie naprawi błędów całego systemu. Dlatego, oprócz promowania i wdrażania koncepcji MSA, potrzebne są inne inicjatywy jak np. deregulacja dostępu do zawodów medycznych itp. Pozwoli to na szybsze „podążanie” podaży za popytem i lepszą alokacji dóbr w gospodarce.

6. Podsumowanie

Zdecydowana większość propozycji dla poprawy dostępności do świadczeń medycznych w Polsce koncentruje się na takich rozwiązaniach jak zwiększenie nakładów, podwyżki wynagrodzeń personelu medycznego, włączenie kolejnych świadczeń do systemu publicznego itp. Liczba propozycji prorynkowych jest bardzo mała. Pomysł na wprowadzenie MSA może tę sytuację zmienić, gdyż w Polsce wprowadzono podobne rozwiązania w zakresie emerytur (IKE oraz IKZE).

MSA mogą być rozwiązaniem przełomowym, gdyż (oprócz prostych zasad działania i relatywnie prostej implementacji) i nie muszą być one postrzegane jako bezpośrednie zagrożenie dla systemu publicznego. Jeśli państwo nie może zapewnić swoim obywatelom należytego dostępu do publicznych świadczeń zdrowotnych ([zwiększenie nakładów](#) publicznych nie jest rozwiązaniem), to niech przynajmniej nie przeszkadza w rynkowych inicjatywach tego typu.

Ogólnosystemowe zmiany i tak nas czekają – wystarczy wspomnieć chociażby ostatnie wydarzenia we [Francji](#) związane z podniesieniem wieku emerytalnego. Dlatego lepiej podjąć odpowiednie działania wcześniej, tak aby złagodzić różnego rodzaju tarcia społeczne.