

**Warszawa 2022-12-28**

Mimo wielu bieżących problemów Polskich Pacjentów i konieczności stałych działań interwencyjnych ze strony Ministerstwa Zdrowia, warto przyglądać się rozwiązaniom systemowym innych państw.

Od samego początku powstania UE było wiadomo, że mimo różnych wdrażanych wytycznych, nie będzie możliwości wspólnych rozwiązań w zakresie opieki zdrowotnej. Systemy oparte o wieloletnie doświadczenia, tradycje i kulturę są zbyt różne.

Każde Państwo stale jednak pracuje nad koniecznymi zmianami ponieważ bardzo szybko zmieniają się uwarunkowania. Najdobitniejszym przykładem obnażającym słabości wszystkich systemów, stała się ostatnia pandemia COVID-19.

- W poniższym artykule możemy zapoznać się z interesującym przykładem, odległego dla Nas systemu ochrony zdrowia w Singapurze.

Jan Czczot

## **Przykłady rozwiązań systemowych**

# **Singapur – czy to dobry przykład rynkowego systemu ochrony zdrowia?**

***Redaktor: Krystian Lurka***

**Data: 23.12.2022**

**Źródło: Fundacja Instytut Edukacji Ekonomicznej im. Ludwiga von Misesa/Łukasz Jasiński**

Działy: Aktualności w Menedżer ZdrowiaAktualności

Tagi: Łukasz Jasiński, Singapur

Singapur jest powszechnie uważany za jeden z najbardziej wolnych gospodarczo krajów na świecie. Dr Łukasz Jasiński z Wydziału Ekonomicznego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie analizuje go, odpowiadając na pytanie, czy to dobry przykład rynkowego systemu ochrony zdrowia.

*Artykuł dr. Łukasza Jasińskiego, asystenta na Wydziale Ekonomicznym Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie oraz współpracownika Fundacji Instytut Edukacji Ekonomicznej im. Ludwiga von Misesa:*

Podstawą do lepszego zrozumienia współczesnych rozwiązań stosowanych w Singapurze jest odniesienie się do historii.

W latach 70. XX w. Singapur musiał stawić czoła znacznemu wzrostowi wydatków na ochronę zdrowia oraz niskiej efektywności świadczeń uzyskiwanych w jednostkach publicznych. Aby przeciwdziałać tym niekorzystnym trendom, zdecydowano się na wprowadzenie istotnych zmian. Jedną z nich było utworzenie w 1984 r. medycznych kont oszczędnościowych, Medisave, które do dzisiaj są jednym z kluczowych elementów tamtejszego systemu ochrony zdrowia<sup>1</sup>.

Medisave to obowiązkowe medyczne konto oszczędnościowe (Medical Savings Account – MSA) przeznaczone do finansowania określonych świadczeń medycznych. Wszyscy Singapurczycy oraz stali rezydenci są zobowiązani do posiadania takiego konta, które jest zasilane przez wkłady pracownika i pracodawcy lub osoby samozatrudnionej. Środki zgromadzone na Medisave mogą być przeznaczone na wydatki zdrowotne posiadacza konta lub osób od niego zależnych (na przykład współmałżonków czy rodziców). Za pomocą tego konta można sfinansować świadczenia takie jak: hospitalizacja i chirurgia, opieka paliatywna, zabiegi ambulatoryjne, leczenie chorób przewlekłych, badania medyczne, szczepienia oraz urodzenie dziecka. Dzięki Medisave można także finansować wydatki na określone plany ubezpieczeniowe jak: MediShield Plus, Integrated Shield czy CareShield<sup>2</sup>.

Samo konto Medisave wchodzi w skład tzw. Central Provident Fund (CPF) – Centralnego Funduszu Zaopatrzeniowego. Oprócz Medisave na CPF składają się Ordinary Account służące do gromadzenia oszczędności na cele mieszkaniowe i edukację oraz Special Account przeznaczone na cele emerytalne. Łączne obciążenia wynagrodzenia pracownika i pracodawcy zasilające CPF maleją wraz z wiekiem: do 55 roku życia wynoszą one 37 proc. wynagrodzenia a powyżej 65 roku życia 12,5 proc. W przypadku samego Medisave, odsetek wynagrodzenia przeznaczany na akumulowanie oszczędności rośnie wraz z wiekiem: dla osób do 35 lat wynosi on 8 proc. a dla tych powyżej 50 roku życia 10,5 proc. Warto także dodać, że oszczędności na Medisave są oprocentowane na 4 proc. w skali roku. Możliwe jest także uzyskanie ulgi podatkowej od dobrowolnych (dodatkowych) wpłat na to konto<sup>3</sup>.

W przypadku Medisave nie ma minimalnej kwoty jaką należy zgromadzić do 65 roku życia. Występuje natomiast maksymalny limit oszczędności – Basic Healthcare Sum (BHS), który co roku jest aktualizowany tak, aby odpowiadał rosnącym cenom i wydatkom na świadczenia medyczne. W 2021 r. wysokość BHS została ustalona na 63 000 USD (nadwyżki trafiają na dwa pozostałe konta CPF). Dla porównania w 2016 r. maksymalny limit oszczędności był ustalony na poziomie 49 800 USD. Po osiągnięciu 65 roku życia limit obowiązujący w danym roku pozostaje stały przez resztę życia posiadacza Medisave<sup>4</sup>.

Kolejny istotny element singapurskiego systemu to MediShield Plus (wcześniej MediShield utworzone w 1990 r.), czyli ubezpieczenie pokrywające koszty leczenia poważnych zachorowań lub wybranych świadczeń ambulatoryjnych jak dializa nerek czy wydatki związane z leczeniem nowotworów. W założeniu MediShield Plus zostało utworzone, aby zapobiegać szybkiemu wyczerpywaniu się środków zgromadzonych wcześniej na Medisave na skutek kosztownych hospitalizacji<sup>5</sup>.

Obecnie MediShield Plus (utworzone w 2015 r.) pełni funkcję podstawowego i obowiązkowego ubezpieczenia dla Singapurczyków oraz stałych rezydentów. Dla każdego świadczenia został określony limit finansowania. Łączny maksymalny limit świadczeń wynosi 73 000 USD na rok, ale samo ubezpieczenie obowiązuje przez całą długość życia danej osoby. Każdy ubezpieczony, w pierwszej kolejności, ponosi własne wydatki: udział własny (deductible) w wysokości 1095-2190 USD oraz współubezpieczenie (coinsurance) w wysokości 3-10 proc. kosztów świadczenia, przy czym im wyższa jest kwota świadczenia tym niższa wysokość współubezpieczenia. MediShield Plus może być opłacane ze środków zgromadzonych na Medisave<sup>6</sup>.

Sama wysokość składki na tego typu ubezpieczenie jest subsydiowana przez rząd, a wielkość wsparcia zależy od uzyskiwanych dochodów. Co więcej, osoby będące w wieku produkcyjnym płacą wyższe składki, dzięki czemu starsi ubezpieczeni doświadczają niższych podwyżek wysokości składek<sup>7</sup>.

Dzięki takim rozwiązaniom MediShield Plus pokrywa 80-90 proc. kosztów w szpitalnych oddziałach klasy B2/C<sup>8</sup>. Jeśli ubezpieczeni oczekują wyższego standardu i/lub dodatkowych świadczeń, to wówczas mogą rozszerzyć swoją ochronę ubezpieczeniową o tzw. Integrated Shield Plans (IP). IP to regulowane przez rząd prywatne ubezpieczenia mogące być finansowane przez Medisave. Wśród opcji dostępnych na rynku ubezpieczony może wybrać tylko jeden IP<sup>9</sup>.

IP zapewniają opiekę w prywatnych szpitalach lub na prywatnych oddziałach w szpitalach publicznych. W 2017 r. 68 proc. obywateli Singapuru posiadało IP. Posiadacze IP mogą także wykupić dodatkowe opcje (insurance riders), dzięki którym nie ponoszą kosztów udziału własnego czy współubezpieczenia, ale tego typu rozszerzenia nie mogą być już finansowane przez Medisave<sup>10</sup>.

W tym kontekście warto wspomnieć, że takie rozwiązania przyczyniły się do zwiększonego korzystania ze świadczeń i wzrostu wysokości składek. Spowodowało to reakcję Ministerstwa Zdrowia, które wprowadziło przepis, aby nowi posiadacze IP posiadali co najmniej 5 proc. poziom współpłacenia. Oprócz IP Singapurczycy mogą nabywać prywatne ubezpieczenia zdrowotne indywidualnie lub przez pracodawcę<sup>11</sup>.

Kolejnym wprowadzonym rozwiązaniem jest MediFund, czyli program rządowego wsparcia (utworzony w 1993 r.) dla osób o najniższych dochodach, niemogących opłacić swoich rachunków medycznych z własnej kieszeni lub z Medisave czy z MediShield Plus. MediFund umożliwia dostęp do wybranych placówek publicznych. Pierwszeństwo w uzyskaniu wsparcia mają osoby starsze nieposiadające żadnych oszczędności lub jedynie skromne. W związku z rosnącą liczbą osób starszych rząd w 2007 r. utworzył specjalny subfundusz – MediFund Silver – w ramach MediFund, którego przeznaczeniem jest wsparcie finansowe osób w wieku 65 lat lub starszych<sup>12</sup>.

### **Czym system singapurski różni się od rozwiązań stosowanych np. w krajach Europy?**

Po pierwsze, powyższe 3 programy: MediSave, MediShield Plus oraz MediFund tworzą tzw. 3M, które do pewnego stopnia zastępują system jednego płatnika (single-payer system), za pomocą którego większość krajów próbuje zapewnić swoim obywatelom dostęp do świadczeń medycznych.

W Singapurze, w pierwszej kolejności, główny nacisk został położony na zakumulowanie własnych oszczędności (MediSave) oraz ubezpieczenie m.in. od poważnych zachorowań wymagających kosztownej hospitalizacji (MediShield Plus). Dopiero w kolejnych etapach, kiedy wysokość zgromadzonych środków jest niewystarczająca, uruchomione zostaje wsparcie przez MediFund.

Dla kontrastu inne kraje próbują „od razu” zapewnić swoim obywatelom dostęp do szeregu świadczeń. Jedynym warunkiem jest opłacenie rządowego „ubezpieczenia” medycznego. Często

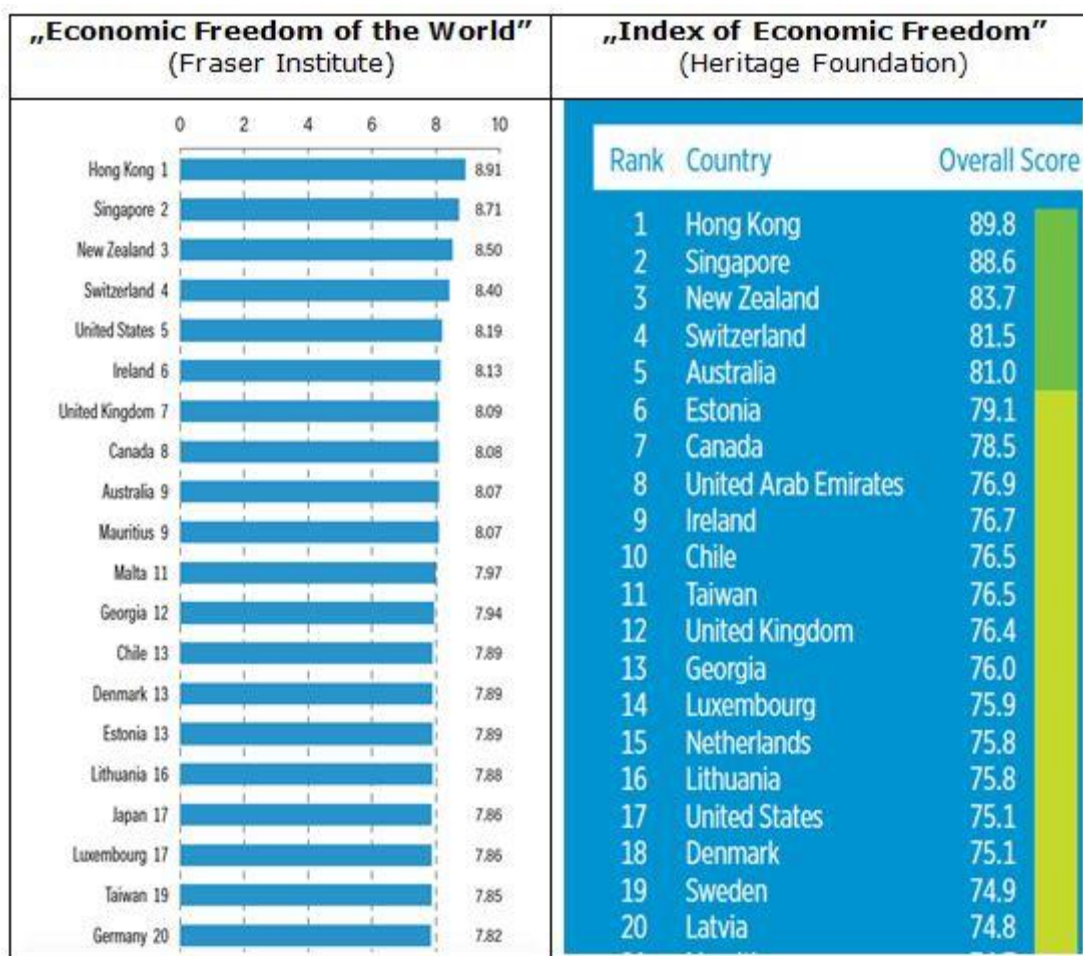
kończy się to niedoborami, kolejkami do lekarzy oraz niską jakością świadczonych usług. W Singapurze to własne oszczędności obywateli są podstawą systemu, a nie dodatkiem.

Po drugie, oprócz własnych oszczędności, istotnym elementem systemu singapurskiego są dodatkowe płatności bezpośrednie, jakie ponoszą ubezpieczeni w ramach MediShield Plus: udział własny oraz współpłacenie, co po części ma wpływ na ograniczanie pokusy nadużycia. Dzięki temu podstawę stanowią płatności bezpośrednie, a nie powszechne ubezpieczenie zdrowotne „od wszystkiego”. Co więcej, MediShield Plus finansuje najkosztowniejsze świadczenia, a te mniej kosztowe czy rutynowe finansowane są z MediSave, co dobrze obrazuje przeznaczenie i sens ubezpieczenia zdrowotnego. Co więcej, środki gromadzone na MediSave są oprocentowane, a nadpłaty uprawniają do ulg podatkowych.

Po trzecie, powyższe rozwiązania sprawiają, że struktura finansowania dostępu do świadczeń medycznych jest bardziej racjonalna, a ubezpieczeni/posiadacze kont mają dużo czasu na odpowiednie zabezpieczenie się przed przyszłymi wydatkami medycznymi. Dodatkowym atutem jest ogólny dobrobyt Singapurczyków, co jest możliwe dzięki liberalnemu charakterowi ich gospodarki.

Widać to chociażby w wysokich pozycjach, jakie regularnie zajmuje Singapur w różnych rankingach wolności gospodarczej. Dzięki temu możliwe jest łatwiejsze zakumulowanie oszczędności i majątku. Przykładowo, w rankingu „Economic Freedom of the World” publikowanym przez Fraser Institute, Singapur w 2017 r. zajął wysoką 2 pozycję – tuż za Hong Kongiem. Podobnie sytuacja przedstawia się w przypadku „Index of Economic Freedom” publikowanego przez Heritage Foundation, gdzie Singapur regularnie „okupuje” drugie miejsce, także za Hong Kongiem, a po ostatnich interwencjach Chin można nawet stwierdzić, że obecnie jest to najbardziej wolnościowy kraj na świecie (rysunek 1.).

*Rysunek 1. Najbardziej wolne gospodarczo kraje na świecie w 2017 r. wg Fraser Institute oraz Heritage Foundation*

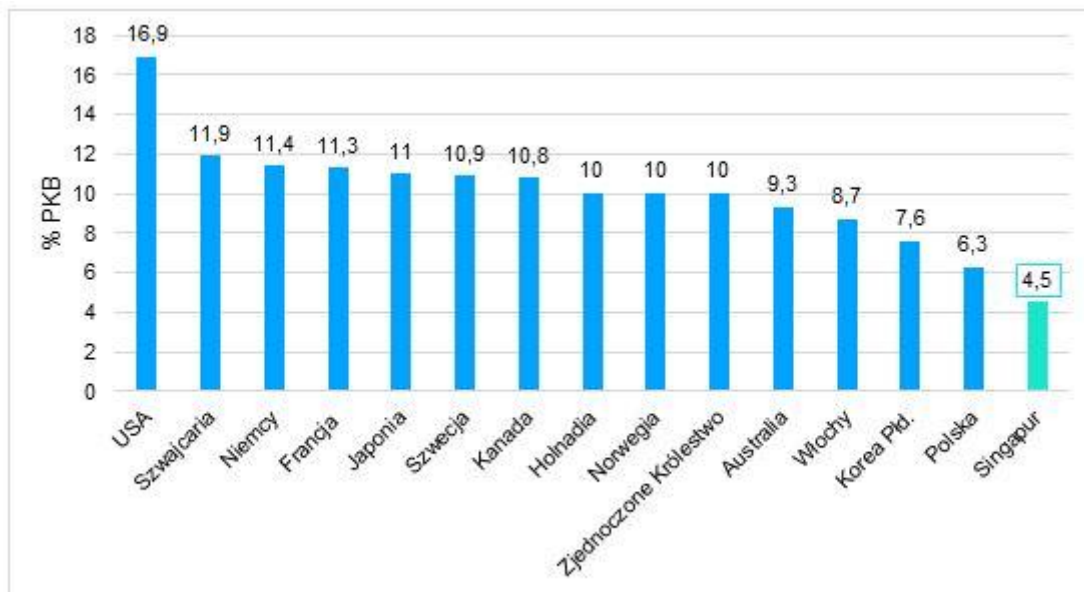


Źródło: <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/economic-freedom-of-the-world-2019.pdf>; [https://www.heritage.org/index/pdf/2017/book/index\\_2017.pdf](https://www.heritage.org/index/pdf/2017/book/index_2017.pdf).

Na tej podstawie można by argumentować, że mniej zamożnych krajów zwyczajnie nie będzie stać na wprowadzenie rozwiązań stosowanych w Singapurze, ale to właśnie większa wolność gospodarcza prowadzi do lepszej dostępności dóbr i usług – w tym tych medycznych. Dzięki temu można także uniknąć wprowadzenia systemu jednego płatnika i „tragedii wspólnego pastwiska”, jaką niesie ze sobą takie rozwiązanie.

Dzięki temu całkowite wydatki na ochronę zdrowia nie pochłaniają tak znacznej części PKB, jak ma to miejsce w innych krajach rozwiniętych (rysunek 2). Według danych Banku Światowego/Światowej Organizacji Zdrowia całkowite wydatki na ochronę zdrowia w Singapurze stanowiły (w 2018 r.) 4,5 proc. PKB, co jest wynikiem znacznie niższym w porównaniu do innych krajów rozwiniętych (Rysunek 2).

*Rysunek 2. Całkowite nakłady na ochronę zdrowia jako proc. PKB w 2017 r.*



Źródło: opracowanie własne na podstawie:

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=SG>

### **Czy Singapur posiada mało interwencjonistyczny system ochrony zdrowia?**

Z pewnością rozwiązania zastosowane w Singapurze odbiegają od tych, jakie można zaobserwować w innych krajach. Struktura systemu singapurskiego jest zróżnicowana, istnieje kilka ważnych elementów, które do pewnego stopnia się uzupełniają (3M). Niewątpliwie, dla krajów chcących ograniczyć wzrost kosztów i wydatków opieki medycznej, Singapur ze swoim nastawieniem na gromadzenie oszczędności, może stanowić interesujący punkt odniesienia.

Mimo tych zalet systemu tego nie można jednak utożsamiać z rozwiązaniami rynkowymi. Głównym powodem jest fakt, że cały system jest kierowany przez rząd/Ministerstwo Zdrowia (MZ), które odpowiada za regulowanie systemu zdrowia publicznego oraz całego systemu opieki zdrowotnej. Głównym celem MZ jest zapewnienie Singapurczykom dostępu do jakościowej i niedrogiej opieki zdrowotnej oraz dążenie do doskonałości medycznej. Mimo dopuszczenia podmiotów prywatnych do systemu, podlegają one bezpośrednim rządowym interwencjom w przypadku braku utrzymania niskich kosztów<sup>13</sup>.

Ponadto Ministerstwo Zdrowia odpowiada za zarządzanie zasobami ludzkimi w całym systemie, procesem szkoleń pracowników oraz reguluje dostępność gruntów pod budowę nowych placówek medycznych. Ścisłe regulowana jest także liczba lekarzy poprzez limity przyjęć na trzy publiczne uczelnie/szkoły medyczne – zgodnie z szacowanymi przez rząd potrzebami. Kadra krajowa może zostać uzupełniona o lekarzy z zagranicy, ale ich liczba jest regulowana przez listę zatwierdzonych zagranicznych szkół medycznych. Samo nauczanie kliniczne ma miejsce głównie w podmiotach publicznych. Czesne na studia medyczne jest bardzo silnie dotowane, a po ukończeniu studiów wszyscy studenci medycyny są zobowiązani do pracy w publicznej służbie zdrowia przez cztery do pięciu lat<sup>14</sup>.

Mimo istnienia rozwiązań typu MediSave poszczególne wydatki są silnie subsydiowane przez rząd na wielu płaszczyznach. Przykładowo, pacjenci przyjmowani na szpitalny oddział klasy C (sala z ośmioma łózkami) otrzymują dotację wysokości do 80 proc. całego rachunku szpitalnego. Wizyty

w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej (polikliniki) są subsydiowane do 75 proc. kosztów. Wizyty w poradniach specjalistycznych także są dotowane do 75 proc. ich kosztów – w zależności od uzyskiwanych dochodów oraz statusu rezydencji. Wsparciu podlegają usługi ratownictwa medycznego w publicznych szpitalach. Dotacje mogą zostać także przyznane między innymi osobom wypisanym ze szpitala, które wymagają opieki średnio i długoterminowej. Prowadzone są też różne programy rządowe (np. Community Health Assist Scheme) wspierające osoby o niskich i średnich dochodach. Takie wsparcie może być przez nie wykorzystane w podczas wizyt u prywatnego lekarza pierwszego kontaktu czy w klinikach dentystycznych. W tym programie uczestniczy 1,2 mln Singapurczyków – czyli ponad 20 proc. całej populacji<sup>15</sup>.

Jeśli dodamy do tego rozwiązania wprowadzone w rządowym ubezpieczeniu Medishield Plus polegające na obciążaniu wyższymi składkami osób w wieku produkcyjnym oraz osiągających wyższe dochody (co nie ma nic wspólnego z rynkowo-ubezpieczeniową oceną ryzyka), to system singapurski bardzo trudno określić mianem mało interwencyjnego. Sytuacja przedstawia się zgoła odmiennie.

Mimo istnienia medycznych kont oszczędnościowych, wiele wydatków medycznych podlega rządowym subsydiom. Rozwijanych jest także wiele rządowych, a nie charytatywnych, programów wspierających osoby o niższych dochodach itp. Dodając do tego silne regulacje i ograniczenia po stronie podażowej, system singapurski można określić mianem silnie interwencyjnego tworu, ale funkcjonującego w otoczeniu względnie lub bardzo liberalnej gospodarki. Ogólny i stale rosnący dobrobyt Singapuru pozwala rządowi na pozyskiwanie nowych funduszy (pochodzących z podatków) i przeznaczanie ich na poszczególne programy wsparcia w polityce zdrowotnej.

#### 4. Niepokojące trendy

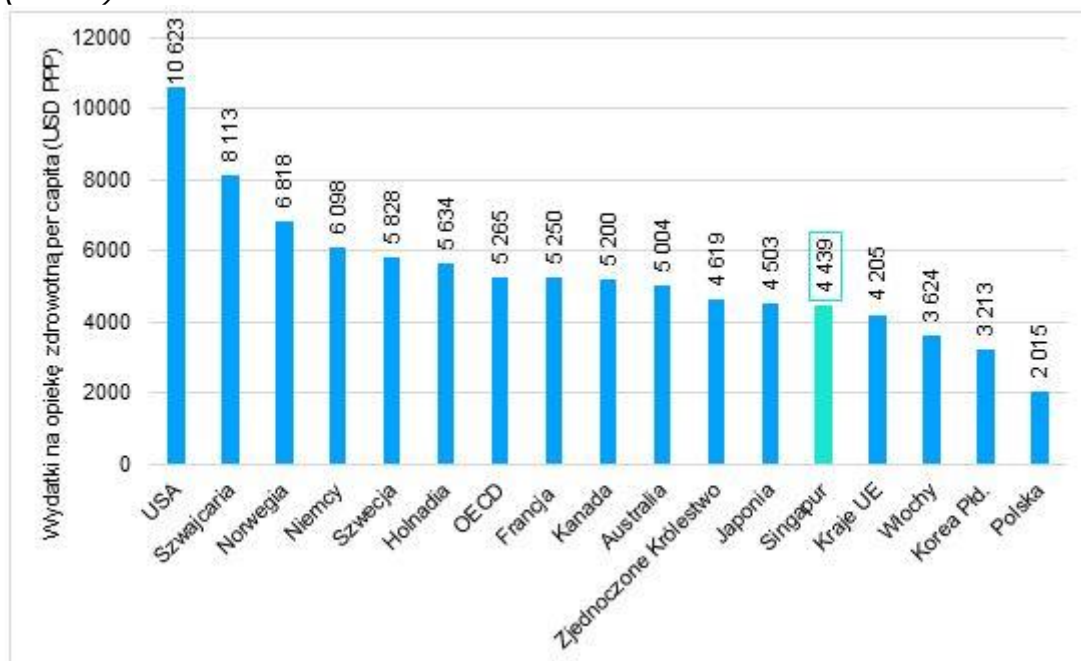
Taka polityka prowadzi jednak do pewnych niekorzystnych zjawisk i tendencji, które mogą nie być do końca widoczne ze względu na rynkowy charakter gospodarki Singapuru.

Po pierwsze, inflacja w opiece zdrowotnej znacznie przewyższa inflację ogólną. W latach 2000-2020 wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych (CPI All-Items) wzrósł o 34,1 proc. podczas gdy dla opieki zdrowotnej (CPI-Healthcare) odnotowano bardziej dynamiczny wzrost, bo aż o 57,46 proc. W tym okresie średnia stopa wskaźnika inflacji ogólnej wyniosła 1,48 proc., podczas gdy dla inflacji medycznej już 2,3 proc.<sup>16</sup>. Co więcej, z danych przedstawionych przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że w okresie 2007-2017 koszty prywatnej opieki szpitalnej rosły w tempie 9 proc. rocznie, podczas gdy w przypadku szpitali publicznych było to około 4,5 proc. Doprowadziło to prób ograniczenia wzrostu kosztów np. poprzez opisywane już wcześniej wprowadzenie współpłacenia do prywatnych planów zdrowotnych IP<sup>17</sup>.

Nie powinno to jednak dziwić, zwłaszcza w obliczu występowania dużych dotacji rządowych oraz ograniczeń po stronie podażowej. Dodatkowo, wielu zamożnych Singapurczyków wraz z wiekiem generuje rosnące zapotrzebowanie na świadczenia medyczne, w tym te świadczone prywatnie. Rosnące koszty mają swoje odzwierciedlenie w nominalnych wydatkach na opiekę zdrowotną per capita i tutaj Singapur, uzyskuje wynik powyżej średniej dla krajów EU (rysunek 3).

*Rysunek 3. Nominalne wydatki całkowite per capita na opiekę zdrowotną w wybranych krajach*

(2018 r.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PP.CD?locations=SG>

Z kolei wg danych OECD/WHO za 2017 r. wydatki na opiekę zdrowotną per capita w Singapurze wyniosły 4270 USD i były wyższe o około 7 proc. od średniej dla krajów OECD, która wyniosła 3996 USD<sup>18</sup>.

W tym wypadku widać, że Singapur nie wyróżnia się już tak bardzo. Warto także dodać, że sam wskaźnik nakładów per capita lub jako procent PKB może oznaczać wiele scenariuszy. Na przykład można sobie wyobrazić sytuację, kiedy dany kraj przeznaczą na ochronę zdrowia 20 proc. swojego PKB, ale jest to wynikiem niskiej podaży dóbr i usług oraz wysokich cen. Możliwy jest także scenariusz, kiedy ten wskaźnik sukcesywnie maleje (na przykład do 5 proc.), ale jest to spowodowane spadającymi cenami świadczeń medycznych.

Po drugie, w przypadku Singapuru mimo instytucjonalnych rozwiązań ukierunkowanych na oszczędzanie, odsetek płatności bezpośrednich (out-of-pocket) w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia stale się zmniejsza: w 2000 r. udział tego typu płatności wynosił 48 proc., a w 2018 już tylko 31 proc. Co więcej, rośnie udział wydatków rządowych – z 36 proc. w 2000 r. do 50 proc. w 2018 r. Oczywiście, odbywa się to kosztem wydatków prywatnych<sup>19</sup>.

Według raportu Fitch Solutions rosnące zaangażowanie rządu w sektor opieki zdrowotnej będzie się utrzymywało i do 2029 r. całkowite wydatki wyniosą 49,4 mld USD (9 proc. PKB) z czego wydatki rządowe będą stanowiły 36 mld USD (73 proc.) a wydatki prywatne tylko 13,5 mld USD (27 proc.). Jako główne przyczyny podaje się starzenie się społeczeństwa czy wcześniejsze diagnozowanie chorób przewlekłych<sup>20</sup>.

Po trzecie, pomimo liberalnej gospodarki, w obszarze ochrony zdrowia zauważalne są pewne ograniczenia dla swobody wyboru konsumenta. Np. konta oszczędnościowe MediSave, mimo



powszechnej narracji podkreślającej swobodę wyboru oraz odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie, są przymusowe, a nie dobrowolne. Dodatkowo obowiązują określone limity wpłat. Część wynagrodzenia jest także obowiązkowo przekazywana na inne konta wchodzące w skład CPF. Nie ma więc możliwości transferowania mniejszych kwot na potrzeby mieszkaniowe czy edukacyjne a większych na przyszłe potrzeby medyczne. Również ubezpieczenie MediShield Plus pierwotnie niebędące przymusowym kilka lat temu zmieniło swój charakter na obowiązkowe. Wolność wyboru konsumenta jest także ograniczana poprzez rządowe regulacje silnie wpływające na podaż lekarzy oraz pozostałe profesje w ochronie zdrowia itp.

Podsumowanie

System ochrony zdrowia Singapuru jest tworem rządowym, mimo zaangażowania podmiotów prywatnych, znacznego (wciąż) udziału wydatków prywatnych oraz rozwiązań sprzyjających oszczędzaniu (Medisave).

Rząd zwiększa swoje zaangażowanie zarówno po stronie regulacyjnej, jak i fiskalnej, chcąc przeciwdziałać m.in. negatywnym trendom demograficznym. W 2017 r. na jedną osobę w wieku poprodukcyjnym (65 lat lub więcej) przypadało 5,5 osób w wieku produkcyjnym (15-65 lat), a w 2000 wskaźnik ten wynosił 9,9<sup>21</sup>.

Mimo to można podjąć efektywne działania koncentrujące się na większym zaangażowaniu podmiotów prywatnych i rozwiązań rynkowych. Przykładowo zamiast zwiększania rządowego wsparcia dla najuboższych można wprowadzić ulgi podatkowe dla osób wspierających instytucje charytatywne. Niezwykle istotne wydaje się także przynajmniej częściowe zliberalizowanie procesu edukacji przyszłych lekarzy, co powinno przyczynić się do wzrostu ich podaży, większej konkurencji o klienta oraz spadku kosztów. Jeśli „strona podaźowa” nie zostanie odpowiednio poluzowana Singapurczycy dalej będą odczuwać rosnącą presję na wzrost cen w ochronie zdrowia i to pomimo istnienia systemowych mechanizmów ograniczających pokusę nadużycia.

Część rozwiązań stosowanych w Singapurze można też wykorzystać jako narzędzia służące do poprawy dostępności do świadczeń medycznych w Polsce – w ramach procesu stopniowego odchodzenia od systemu jednego płatnika.

Jednym z rozwiązań mogłoby być przekazywanie części składki zdrowotnej na konta medyczne, za pomocą których Polacy mogliby swobodnie nabywać świadczenia prywatnie bez ingerencji państwa.

Można także pójść o krok dalej i stworzyć konta bezpośrednio zasilane przez jego użytkowników. Takie środki, zgromadzone na kontach, uprawniałyby do ulgi podatkowej, a zarządzałyby nimi prywatne podmioty jak banki czy towarzystwa ubezpieczeniowe. Instytucje te, w celu dodatkowego zachęcenia klientów, mogłyby także oferować nawet minimalne oprocentowanie. Takie zaangażowanie konkurujących ze sobą podmiotów prywatnych ograniczyłoby biurokrację oraz koszty administrowania systemem kont medycznych. Zyskaliby również prywatni dostawcy świadczeń medycznych: sieci medyczne, towarzystwa ubezpieczeniowe czy lekarze świadczący swoje usługi prywatnie. Za pomocą zgromadzonych środków możliwe byłoby więc sfinansowanie zakupu abonamentu medycznego, prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, wydatków bezpośrednich, ale też np. wsparcia dla instytucji charytatywnych. Dzięki temu konsument

uzyskałby większą swobodę wyboru, a struktura finansowania dostępu do świadczeń medycznych zostałaby zdyspersyfikowana i stałaby się bardziej racjonalna. Istotną część wydatków w takiej strukturze stanowiłyby płatności bezpośrednie, dzięki czemu prywatni dostawcy odczuwaliby największą presję na obniżanie kosztów i poprawę jakości. Na końcu, takie zmiany wywołałyby potrzebę urynkowienia procesu kształcenia lekarzy oraz innych zawodów – w celu zwiększenia podaży. Powstałyby również prywatne instytucje certyfikujące. W efekcie, potrzeby zdrowotne Polaków byłyby lepiej zaspokajane.

*Przypisy:*

1. J. Cybińska, *Rola medycznych kont oszczędnościowych w finansowaniu opieki zdrowotnej — doświadczenia singapurskie i amerykańskie*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2014, nr 2, s. 145-146.
2. J. Poh, *Everything You Need to Know about Your MediSave Account in 2021*, 03.08.2021, <https://www.income.com.sg/blog/medisave-things-to-know> (dostęp: 27.10.2021).
3. Tamże.
4. Central Provident Fund Board, *Medisave*, brak daty, <https://www.cpf.gov.sg/members/FAQ/schemes/healthcare/medisave/FAQDetails?category=healthcare&group=MediSave&aifaqid=2189345&folderid=12917> (dostęp: 27.10.2021).
5. W. A. Haseltine, *Affordable Excellence: The Singapore Healthcare Story*, Brookings Institution Press, Waszyngton, DC 2013, s. 52-53.
6. Lee Chien Earn, *International Health Care System Profiles: Singapore*, 06.06.2020, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/singapore> (dostęp: 27.10.2021).
7. Tamże.
8. Szpitalny oddział typu C zawiera do ośmiu łóżek, a koszty pobytu wynoszą od 35 USD/1 dzień. Z kolei w oddziale typu B2 może znajdować się maksymalnie sześć łóżek. Oddziały B2 wyposażone są także w półautomatyczne łóżka elektryczne, a koszty pobytu zaczynają się od 79 USD/1 dzień. Możliwe jest także uzyskanie wyższego standardu (bez rządowych dotacji) na oddziałach typu B1 lub A; Więcej na ten temat zob.: <https://www.sgh.com.sg/patient-care/inpatient-day-surgery/type-of-wards-singapore-general-hospital>.
9. W. A. Haseltine, *Affordable Excellence: The Singapore Healthcare Story*, Brookings Institution Press, Waszyngton, DC 2013, s. 58.
10. Lee Chien Earn, *International Health Care System Profiles: Singapore*, 06.06.2020, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/singapore> (dostęp: 27.10.2021).
11. Tamże.
12. W. A. Haseltine, *Affordable Excellence: The Singapore Healthcare Story*, Brookings Institution Press, Waszyngton, DC 2013, s. 59-61.
13. Lee Chien Earn, *International Health Care System Profiles: Singapore*, 06.06.2020, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/singapore> (dostęp: 27.10.2021).
14. Tamże.
15. Tamże.
16. A. Lim, *The Average Healthcare (Medical) Inflation Rate in Singapore 2021*, 27.05.2021, <https://smartwealth.sg/medical-inflation-rate-singapore/> (dostęp: 28.10.2021).
17. <https://www.aia.com.sg/en/life-matters/planning-for-the-future/fighting-healthcare-inflation->

*in-singapore.html.*

18. *OECD/WHO, Health at a Glance: Asia/Pacific 2020: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage, OECD Publishing, Paryż 2020, s. 113.*

19. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS?locations=SG>.

20. <https://www.trade.gov/country-commercial-guides/singapore-healthcare>.

21. *Department of Statistics Singapore, Population Trends, 2017, 09.2017,*

<https://www.singstat.gov.sg/-/media/files/publications/population/population2017.pdf> (dostęp: 28.10.2021).