

Agnieszka Bem

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

PROBLEM BRAKU UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W USA. REFORMA FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA

Streszczenie: Stany Zjednoczone przeznaczają ponad 16% PKB na wydatki związane z ochroną zdrowia. Pomimo tego 15% społeczeństwa nie ma dostępu do usług zdrowotnych, ponieważ albo nie ma ubezpieczenia zdrowotnego, albo jest ono niewystarczające. Jedną z istotnych przyczyn jest w tym przypadku powiązanie faktu ubezpieczenia z rynkiem pracy. Plan zaproponowany przez prezydenta Obamę odwołuje się do tego problemu – jego podstawowym celem jest zwiększenie dostępności ubezpieczenia zdrowotnego.

Słowa kluczowe: ubezpieczenie zdrowotne, reforma, USA.

1. Wstęp

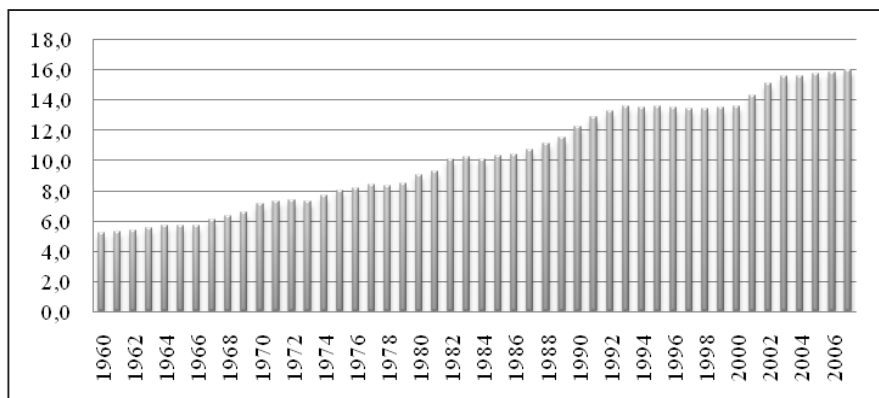
System finansowania usług zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych zorganizowany jest zgodnie z modelem rezydualnym. Państwo podejmuje odpowiedzialność w zakresie zdrowia publicznego, wykonując zadania z zakresu np. ochrony przed epidemiami, bezpieczeństwem żywności, oraz organizuje opiekę zdrowotną dla osób najbardziej potrzebujących i starszych. Jednak troska o zdrowie jednostki jest złożona na jego barki. W tym zakresie państwo prowadzi ograniczone działania służące regulacji i kontroli rynku usług zdrowotnych.

System cechuje się dobrowolnością i pluralizmem. Charakterystyczne jest powiązanie ubezpieczenia zdrowotnego nie z obywatelstwem, ale z rynkiem pracy. Powoduje to pozostawanie dużej części społeczeństwa poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego (ok. 15%). Wysokie koszty usług zdrowotnych, a co za tym idzie – wysokie koszty ubezpieczenia przy jednoczesnym pozostawaniu tak dużej części populacji bez dostępu do jakichkolwiek świadczeń medycznych to podstawowe problemy, które stoją przed reformatorami systemu.

Celem artykułu jest prezentacja problemu niedostatecznego pokrycia populacji ubezpieczeniem zdrowotnym oraz niedostosowania zakresu ubezpieczenia. Wstępem do przedstawienia zagadnienia jest ogólna charakterystyka systemu finansowania usług zdrowotnych w USA (nakłady na ochronę zdrowia, publiczne i prywatne formy ubezpieczenia). Zaprezentowane zostały również założenia reformy ochrony zdrowia, które są obecnie przedmiotem dyskusji w Senacie USA.

2. Wydatki na ochronę zdrowia w USA

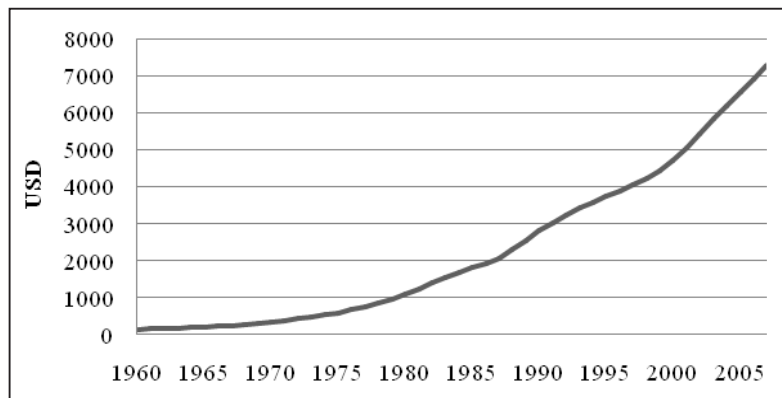
Stany Zjednoczone są bezsprzecznie krajem, który wydaje najwięcej na usługi zdrowotne. Na wykresie na rys. 1 przedstawiono wydatki na usługi zdrowotne w stosunku do PKB. W okresie 1960-2007 udział ten zwiększył się od 5,2 do 16,0%.



Rys. 1. Wydatki na ochronę zdrowia w USA w latach 1960-2007 jako % PKB

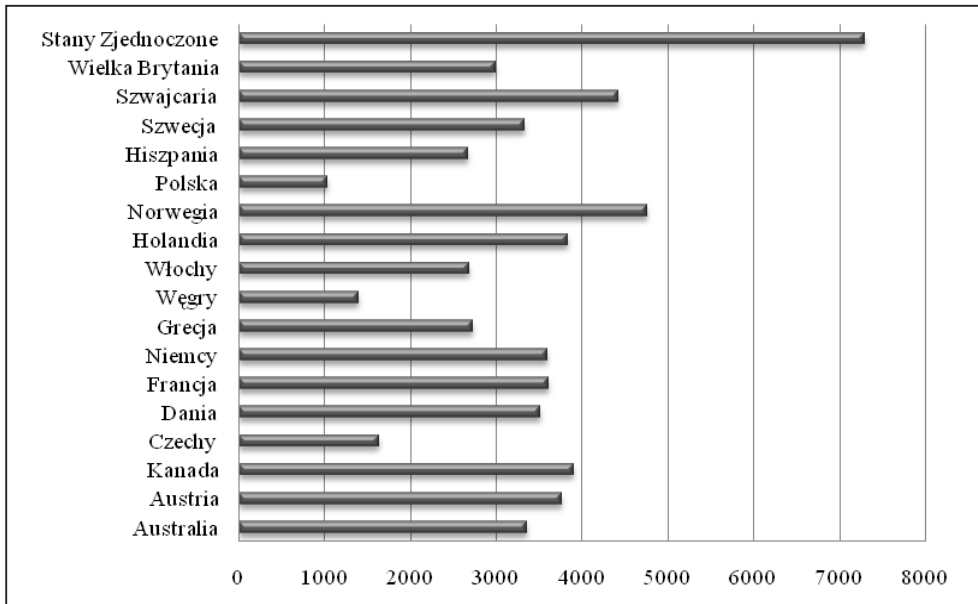
Źródło: opracowanie własne na podstawie: *OECD Health Data 2009*.

Wydatki na usługi zdrowotne rosną szybko nie tylko w relacji do PKB. Na rysunku 2 zobrazowano wzrost wydatków zdrowotnych *per capita* (PPP USD) – w okresie od 1960 r. wydatki na osobę wzrosły z 149 USD do 7290 USD w roku 2007, a więc o 4792,62%.



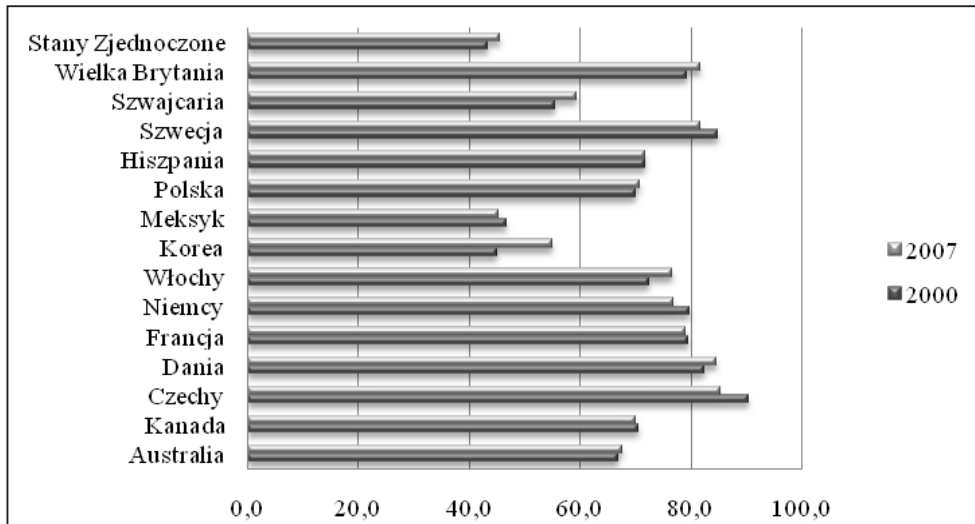
Rys. 2. Wydatki na ochronę zdrowia w USA *per capita* (PPP USD) w latach 1960-2007

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *OECD...*



Rys. 3. Wydatki na usługi zdrowotne *per capita* wybranych krajów według PPP USD w 2007 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD...

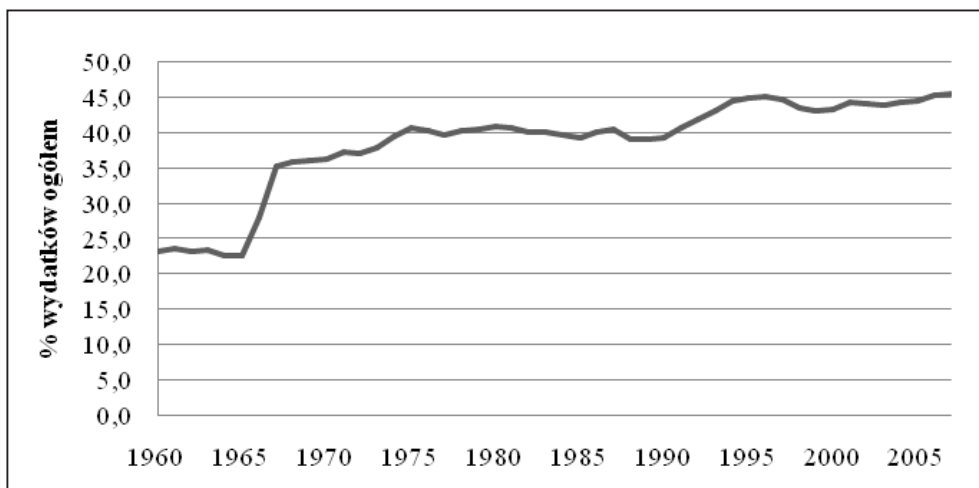


Rys. 4. Wydatki publiczne na usługi zdrowotne jako % wydatków ogółem w wybranych krajach w latach 2000 i 2007

Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD ...

Skalę problemu ilustruje jeszcze wyraźniej międzynarodowe porównanie. Na rysunku 3 porównano wydatki *per capita* na usługi zdrowotne USA i wybranych krajów. W 2007 r. wydatki na jednego Amerykanina wyniosły 7290 USD – w tym samym okresie wydatki na jednego Szwajcara wyniosły 4417 USD, a na mieszkańca Polski – 1035 USD.

Organizacja systemu finansowania usług zdrowotnych znajduje swoje z odzwierciedlenie w stosunkowo małym udziale sektora publicznego w finansowaniu ochrony zdrowia. Na rysunku 4 porównano udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem na usługi zdrowotne. Udział sektora publicznego w Stanach Zjednoczonych jest stosunkowo niewielki i porównywalny z takimi krajami, jak Meksyk czy Korea.



Rys. 5. Wydatki publiczne na usługi zdrowotne jako % wydatków ogółem w USA w latach 1960-2007

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *OECD...*

Jednak nawet w USA obserwowany jest systematyczny wzrost udziału wydatków realizowanych przez podmioty publiczne (na szczeblu federalnym i stanowym); rys. 5. W okresie 1960-2007 udział wydatków publicznych wzrósł z 23,2 do 45,4%, a więc niemal się podwoił. Świadczy to o powolnej ewolucji systemu w kierunku prospołecznym – wyrazem tego jest obejmowanie programami finansowanymi przez władze publiczne kolejnych grup społecznych, przede wszystkim słabszych ekonomicznie.

3. Organizacja systemu finansowania ochrony zdrowia w USA

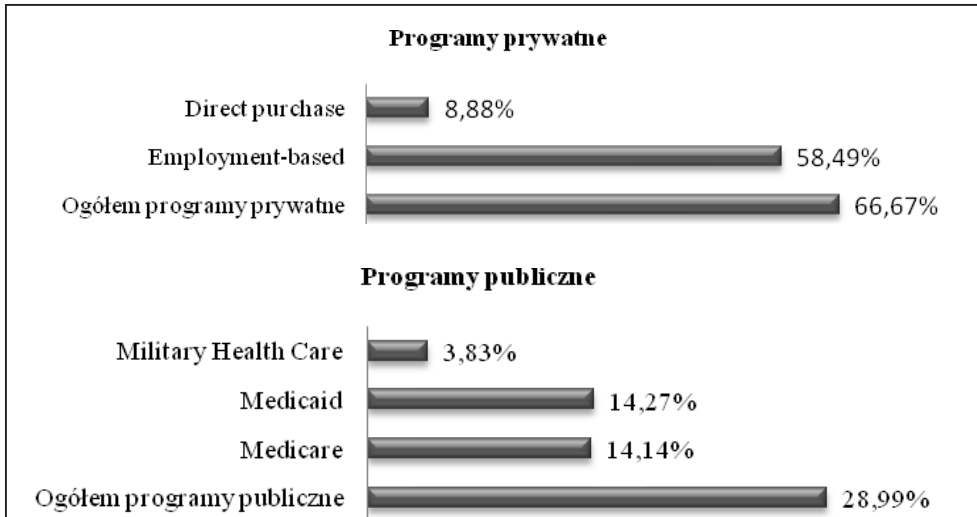
Cechą systemu finansowania usług zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych jest duże zróżnicowanie i rozdrobnienie – świadczenia są finansowane i dostarczane przez wiele podmiotów operujących w sferze zarówno prywatnej, jak i publicznej. Ubezpieczenia zdrowotne są oferowane przede wszystkim przez podmioty prywatne, z wyjątkiem programów finansowanych przez władze stanowe i federalne. Są to¹:

- *Medicare* – program finansowany przez władze federalne (model jednego płatnika), pokrywający koszty leczenia osób powyżej 65 roku życia oraz osób młodszych spełniających określone kryteria. Program jest podzielony na części A, B, C i D.
- *Medicaid* – programy finansowane i zarządzane na poziomie stanowym – pokrywają koszty leczenia osób i rodzin o niskich dochodach, spełniających dodatkowe kryteria. Kryteria te są formułowane przez władze stanowe.
- *State Children's Health Insurance Program* (SCHIP) – program prowadzony i finansowany przez władze stanowe, pokrywa koszty leczenia ubogich dzieci, których rodzice nie spełniają kryteriów do objęcia programem Medicaid.
- *Military Health System* – w ramach tego systemu (finansowanego z budżetu federalnego) funkcjonują 3 programy:
 - *TRICARE* – program finansujący usługi zdrowotne dla aktywnych i emerytowanych wojskowych i ich rodzin;
 - *CHAMPVA* – program finansujący opiekę zdrowotną dla weteranów i ich rodzin;
 - *VA* – program finansujący pomoc medyczną dla weteranów sił zbrojnych.
- *Indian Health Service* – program finansujący usługi medyczne dla rdzennych mieszkańców Ameryki.
- *Federal Employees Health Benefits Program* – program, w ramach którego finansowane są (do określonej wysokości) koszty ubezpieczenia zdrowotnego dla cywilnych pracowników rządowych i spełniających kryteria emerytów. Ubezpieczenie prywatne można uzyskać na dwa sposoby – poprzez:
- Programy typu *employment-based* – to programy oferowane przez pracodawców, zazwyczaj jako element pakietu socjalnego w przedsiębiorstwie. Niemal 100% dużych firm oferuje swoim pracownikom ubezpieczenie zdrowotne, choć nie finansuje ich w pełnej wysokości. Pracownicy uczestniczą w kosztach ubezpieczenia, a ich udział podlega odliczeniom podatkowym². Do tej grupy zaliczane są również plany ubezpieczeniowe nabywane przez osoby pracujące na zasadzie samozatrudnienia, obejmujące samego przedsiębiorcę lub również jego rodzinę.

¹ U.S. Census Bureau, *Housing and Household Economic Statistics Division*, <http://www.census.gov>.

² D. Yamamoto, T. Neumann, M.K. Strollo, *How Does the Benefit Value of Medicare Compare to the Benefit Value of Typical Large Employer Plans?*, Kaiser Foundation, 2008, s. 3.

- Bezpośredni zakup – *direct purchase* – oznacza indywidualny zakup polisy ubezpieczeniowej od prywatnej firmy ubezpieczeniowej³. Dla tej formy charakterystyczna jest indywidualna ocena ryzyka.



Rys. 6. Pokrycie populacji ubezpieczeniem finansowanym ze środków publicznych i prywatnych w USA w 2008 r.

Źródło: opracowanie na podstawie: C. DeNavas-Walt, B.D. Proctor, J.C. Smith: *Income, Poverty and Health Insurance Coverage in United States: 2008. Current Population Reports*, U.S. Government Printing Office, Washington 2009, s. 21.

Na rysunku 6 przedstawiono zakres pokrycia ubezpieczeniowego programami finansowanymi ze źródeł publicznych i prywatnych⁴.

Niezależnie od źródła finansowania programy mogą opierać się na zróżnicowanych formach ubezpieczenia, najczęstsze to:

- PPO (*Preferred Provider Organization*);
- HMO (*Health Maintenance Organization*);
- POS (*Point-of-Service Plans*);
- HSA (*High Deductible Health Plans combined with Health Savings Accounts*);
- HRA (*Health Reimbursement Accounts*);
- tradycyjne plany ubezpieczeniowe⁵.

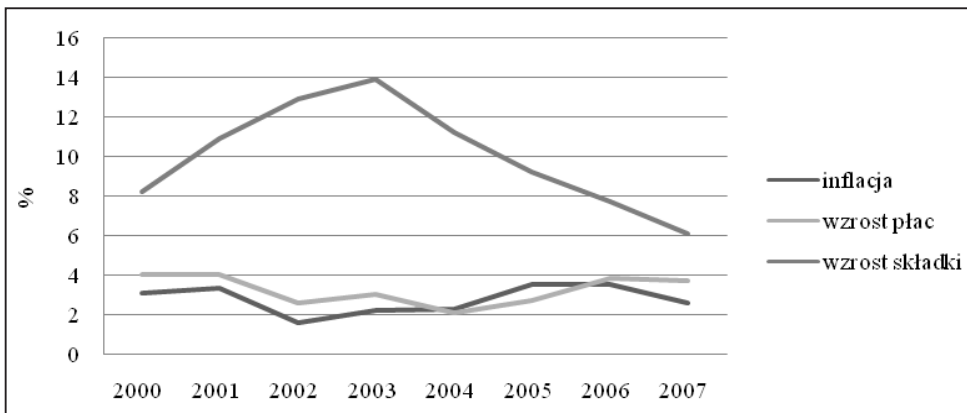
³ U.S. Census Bureau, *Housing and Household Economic Statistics Division*, <http://www.census.gov>.

⁴ Udziały nie sumują się ze względu na możliwość przejścia w ciągu roku pomiędzy różnymi typami programów.

⁵ *How Private Health Coverage Works. A Primer 2008 Update*, Kaiser Foundation, 2008, s. 3-4.

4. Nieubezpieczeni i niedoubezpieczeni (*underinsured*) – podstawowy problem systemu finansowania usług zdrowotnych w USA

System finansowania usług zdrowotnych w USA przez niektórych badaczy nazywany jest *non-systemem*. Silne powiązanie z rynkiem pracy powoduje, że znaczna część społeczeństwa pozostaje poza systemem. Biorąc pod uwagę to, że dotyczy to raczej biednych warstw społeczeństwa, w tym osób pozostających bez zatrudnienia, oznacza to brak nie tylko podstawowej opieki medycznej, ale również pomocy w nagłych przypadkach. Rosnące koszty ubezpieczenia powodują zmniejszanie możliwości zakupu polisy ubezpieczeniowej. Ogólny wzrost kosztów usług zdrowotnych przekłada się na podnoszenie składek ubezpieczeniowych. Wzrost ten istotnie wyprzedza wskaźniki inflacji i wzrostu płac. Oznacza to mniejszą dostępność do ubezpieczenia, w szczególności dla osób, które płacą za nie indywidualnie (rys. 7).



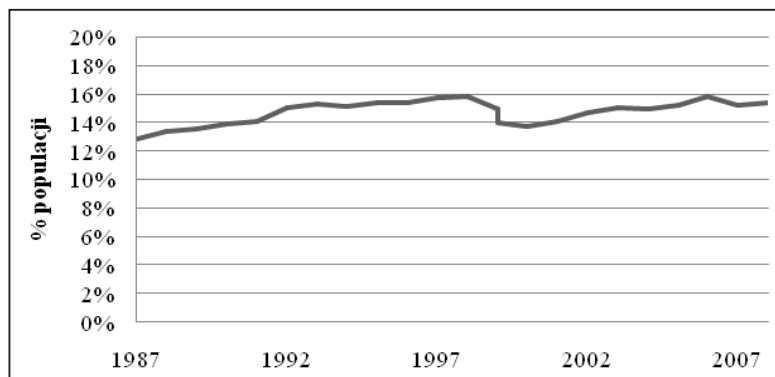
Rys. 7. Wzrost składki ubezpieczeniowej w stosunku do wybranych wskaźników w USA w latach 2000-2007

Źródło: opracowanie na podstawie: G. Claxton, B. DiJulio, B. Finder, E. Becker i in., *Employer Health Benefits 2007. Annual Survey*, Kaiser Foundation, USA, 2007, s. 19.

Według badań przeprowadzonych przez „The American Journal of Medicine” długi medyczne są podstawowym powodem bankructwa osobistego w USA – 62,1% osób wskazywało w 2007 r. chorobę jako przyczynę bankructwa. Udział tego typu bankructw wzrósł w latach 2000-2007 o 50% (co oznacza, że problem dotknął ok. 620 tys. gospodarstw domowych). 92% bankrutujących miało co najmniej 5000 USD długów medycznych (lub stanowiły one powyżej 10% rocznego dochodu rodziny). Również średni poziom niespłaconych długów jest znacznie wyższy w przypadku osób nieubezpieczonych (27 000 USD w stosunku do 18 000 USD w przypadku osób mających jakiegokolwiek ubezpieczenie). Należy przy tym zauważyć, że większość

badanych to przedstawiciele klasy średniej – dobrze wykształceni, posiadacze domów, którzy na skutek choroby utracili istotne źródło dochodów lub zastawili dom, aby zapłacić za leczenie⁶.

Pozostawanie znacznej części społeczeństwa bez dostępu do nawet podstawowych świadczeń zdrowotnych należy więc uznać za kluczowy problem funkcjonowania systemu. Liczba osób, które nie mają żadnej ochrony ubezpieczeniowej, mieści się w ostatnich 20 latach w przedziale 12,86% (1987 r.) – 15,80% (1998 r.), a w 2008 r. wyniosła 15,37% populacji. Oznacza to ponad 46 mln osób bez opieki medycznej (rys. 9)⁷.



Rys. 9. Osoby nieubezpieczone jako % populacji w USA w latach 1987-2008

Źródło: opracowanie własne na podstawie: C. DeNavas-Walt, B.D. Proctor, J.C. Smith, wyd. cyt., s. 21.

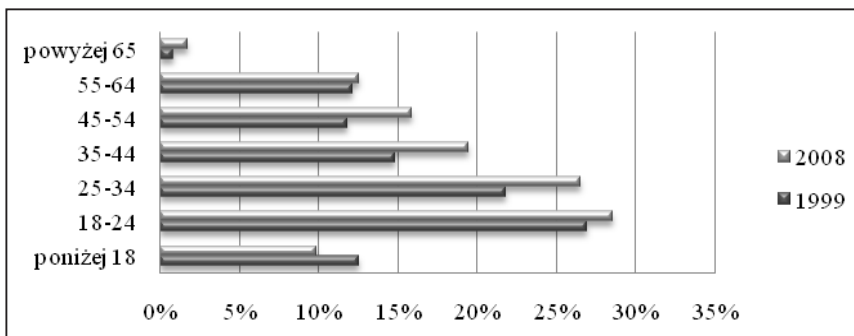
Przyczyny braku ubezpieczenia zdrowotnego są zróżnicowane i często występują łącznie:

- praca, która nie oferuje ubezpieczenia;
- praca w częściowym czasie pracy nieuprawniająca do ubezpieczenia;
- zbyt niskie dochody, aby wykupić indywidualnie ubezpieczenie;
- stan zdrowia powodujący brak możliwości ubezpieczenia, tzw. *pre-existing conditions* (szczególnie w przypadku programów indywidualnych);
- brak spełnienia kryteriów kwalifikacyjnych do programów federalnych i stanowych;
- przekonanie o braku potrzeby ubezpieczenia.

Struktura wiekowa osób nieubezpieczonych wykazuje istotne zmiany. W okresie 1999-2008 zwiększył się udział osób we wszystkich kategoriach wiekowych z wyjątkiem osób poniżej 18 roku życia (rys. 10). Odsetek osób bez ubezpieczenia w tej grupie wiekowej zmniejszył się w wyniku wprowadzenia programu *State Children's*

⁶ D.U. Himmelstein, D. Thorne, E. Warren, S. Woolhandler, *Medical bankruptcy in the united states, 2007: results of a national study*, "The American Journal of Medicine" 2009.

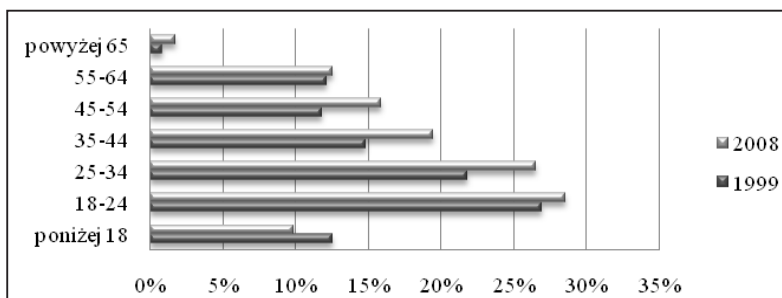
⁷ C. DeNavas-Walt, B.D. Proctor, J.C. Smith, wyd. cyt., s. 21.



Rys. 10. Osoby nieubezpieczone w USA w poszczególnych grupach wiekowych w latach 1999 i 2008
 Źródło: opracowanie własne na podstawie: C. DeNavas-Walt, B.D. Proctor, J.C. Smith, wyd. cyt., s. 63-66.

Health Insurance Program (CHIP), w ramach którego ubezpieczenie uzyskiwały dzieci z ubogich rodzin, których rodzice nie kwalifikują się do programu *Medicaid*. Po ukończeniu 18 lat (bądź po ukończeniu college’u) młodzi ludzie nie tracą prawa do korzystania z ubezpieczenia rodziców i w związku z brakiem pracy lub pracą w niepełnym czasie pracy nie mają ubezpieczenia od pracodawcy. W wyższych kategoriach wiekowych, w miarę stabilizacji zawodowej i wzrostu dochodów, odsetek nieubezpieczonych maleje, najsilniejszy jego spadek obserwujemy po 65 roku życia, kiedy większość osób uzyskuje ubezpieczenie w ramach programu *Medicare*⁸.

Analiza związku pomiędzy dochodami a brakiem ubezpieczenia wskazuje na korelację między dochodem rodziny a brakiem ubezpieczenia (rys. 11). Odsetek osób nieubezpieczonych wśród rodzin o najniższych dochodach (25,4%) jest przeszło trzykrotnie wyższy niż w grupie najlepiej zarabiających⁹.



Rys. 11. Osoby nieubezpieczone w USA – struktura według dochodów (2008 r.)

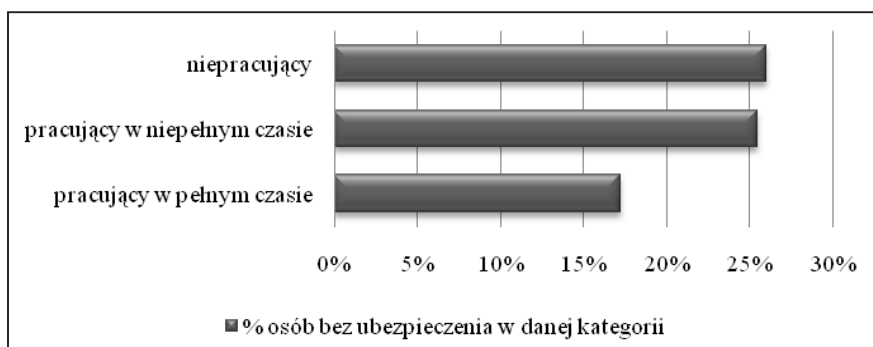
Źródło: opracowanie własne na podstawie: C. DeNavas-Walt, B.D. Proctor, J.C. Smith, wyd. cyt., s. 21.

⁸ Tamże, s. 63-66.

⁹ Tamże, s. 21.

Odsetek nieubezpieczonych wśród rodzin o dochodach poniżej 25 tys. USD rocznie byłby zapewne jeszcze wyższy, gdyby nie to, że część rodzin kwalifikuje się do ubezpieczenia w ramach *Medicaid* i SCHIP. Jednak około 60% ubogich Amerykanów nie spełnia warunków kwalifikacyjnych do programu *Medicaid*¹⁰.

Podstawowym źródłem ubezpieczenia prywatnego jest ubezpieczenie oferowane przez pracodawcę. Utrata pracy niesie więc ze sobą konsekwencje dalej idące niż tylko utrata dochodów. Na rysunku 12 przedstawiono związek pomiędzy statusem zawodowym a brakiem ubezpieczenia. Najwięcej osób nieubezpieczonych bądź nie pracowało (w okresie objętym badaniem) – 26%, bądź pracowało w niepełnym czasie pracy – 25,4%. Wśród osób pracujących w pełnym czasie pracy ubezpieczenia nie miało 17,2% pracowników. Nie wszyscy pracodawcy oferują swoim pracownikom w ramach pakietu socjalnego ubezpieczenie zdrowotne. Im większa firma, tym większe prawdopodobieństwo, że zapewni ona pracownikowi ubezpieczenie, co jest związane z malejącą wysokością składki w związku ze wzrostem liczby ubezpieczonych.



Rys. 12. Odsetek nieubezpieczonych w poszczególnych grupach według statusu zawodowego

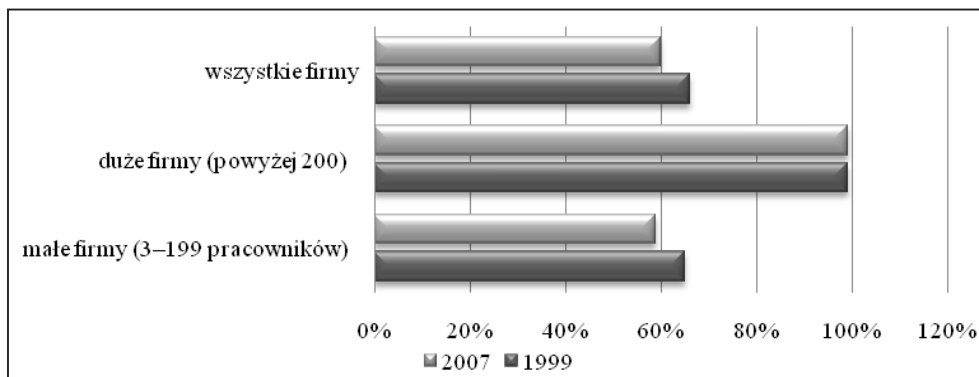
Źródło: opracowanie własne na podstawie: C. DeNavas-Walt, B.D. Proctor, J.C. Smith, wyd. cyt., s. 21.

W 2007 r. ubezpieczenie oferowało 99% dużych firm (powyżej 200 pracowników), 59% małych firm (3-199 pracowników) i zaledwie 45% najmniejszych przedsiębiorstw (3-9 pracowników). Ogólnie 60% przedsiębiorstw oferowało swoim pracownikom plany ubezpieczeniowe (rys. 13). Duże firmy również chętniej oferują ubezpieczenie swoim emerytom (33%), szczególnie gdy funkcjonują w nich związki zawodowe (55%). Wśród małych tylko 5% dysponuje taką ofertą¹¹.

O ile problem braku ubezpieczenia daje się skwantyfikować, o tyle w przypadku niedoubezpieczenia (*underinsurance*) oszacowanie skali problemu jest dużo trudniejsze, choć skutki, z punktu widzenia obywateli, są zbliżone. Zjawisko niedoubez-

¹⁰ J. Calmes, *Senators Debate Expanding Medicaid (Just Not for Themselves)*, "New York Times", 25.09.2009.

¹¹ G. Claxton, B. DiJulio, B. Finder, E. Becker i in., wyd. cyt., s. 6.



Rys. 13. Odsetek przedsiębiorstw oferujących ubezpieczenie zdrowotne według wielkości zatrudnienia

Źródło: opracowanie własne na podstawie: G. Claxton, B. DiJulio, B. Finder, E. Becker i in., wyd. cyt., s. 3.

pieczenia występuje, gdy dana osoba jest ubezpieczona, ale ubezpieczenie nie obejmuje wszystkich kategorii ryzyka.

Niedostateczny poziom ochrony ubezpieczeniowej może się przejawiać poprzez:

- wysoki udział własny – w szczególności w przypadku planów, które charakteryzują się niską składką i wysokim udziałem własnym (*high deductible health plans*);
- niepokrywanie określonych kategorii ryzyka – kiedy polisa nie pokrywa kosztów leczenia określonych schorzeń lub terapii, określonych badań lub leków, jedną z przyczyn może być zły stan zdrowia ubezpieczonego;
- limitowania kosztów leczenia – w formie limitu ogólnego (*lifetime limit*) bądź limitu dla poszczególnych typów terapii (np. leczenie operacyjne, chemioterapia), limitów dziennych (np. wykonanych badań czy wartości podanych leków);

Badania przeprowadzone wykazują, że około 25 mln osób (2007 r.) ma ubezpieczenie, które nie daje finansowego bezpieczeństwa i realnego dostępu do usług medycznych. Zaobserwowano przy tym duży wzrost osób o takim niewystarczającym ubezpieczeniu – w 2003 r. liczbę niedoubezpieczonych szacowano na 16 mln. W badaniach za podstawę analizy przyjęto wysokość wydatków na usługi medyczne, których nie pokrywa ubezpieczenie (*out-of-pocket payments*). Przyjęto następujące kryteria niedostatecznego ubezpieczenia:

- wydatki na usługi zdrowotne przekraczające 10% dochodu;
- udział własny (*deductibles*) powyżej 5%¹².

Badania skali zjawiska są o tyle trudne, że problem zwykle ujawnia się dopiero w sytuacji poważniejszego zachorowania.

¹² S. Reinberg, *25 Million Americans Are 'Underinsured'*, <http://health.usnews.com>.

5. Reforma systemu ochrony zdrowia w USA – propozycje zmian

Rozwiązanie problemu braku lub niedostatecznej ochrony ubezpieczeniowej stało się zasadniczym celem reformy zaproponowanej przez administrację Baracka Obamy. Prezydencki plan pod nazwą „Stabilność i bezpieczeństwo dla wszystkim Amerykanów” (*Stability & Security for All Americans*) podzielony został na trzy części. Nie zawiera prezentacji szczegółowych rozwiązań – te mają być sformułowane w trakcie procedury legislacyjnej¹³:

- *More Stability and Security* – zwiększenie stabilności i bezpieczeństwa – dotyczy osób, które są obecnie ubezpieczone;
- *Quality, Affordable Choices for All Americans* – dotyczy objęcia większej części społeczeństwa ubezpieczeniem zdrowotnym;
- *Reins In the Cost of Health Care for Our Families, Our Businesses, and Our Government* – dotyczy możliwości ograniczenia rosnących kosztów ochrony zdrowia.

W ramach części pierwszej (*More Stability and Security*) przewidywane są następujące działania:

- Zakaz dyskryminacji w związku ze stanem zdrowia (*pre-existing conditions*) – dyskryminacja ta przejawia się nie tylko poprzez odmowę ubezpieczenia, ale również poprzez nadmiernie wygórowane składki w związku ze złym stanem zdrowia; problem ten obecnie dotyczy ok. 12 mln osób.
- Ograniczenie dyskryminacji opartej na kryterium płci lub wieku – oznacza wprowadzenie zakazu różnicowania składki w związku z płcią ubezpieczonego oraz ograniczenie możliwości różnicowania składek na podstawie kryterium wieku.
- Wprowadzenie zakazu anulowania ubezpieczenia w przypadku zachorowania. Obecnie powszechna jest praktyka, zgodnie z którą ubezpieczyciel ma prawo anulować ubezpieczenie, jeżeli we wniosku nie zostały wskazane pełne uwarunkowania medyczne (dolegliwości, choroby), nawet jeśli ubezpieczony o nich nie wiedział lub nie mają one związku z obecną chorobą – dochodzenie Kongresu wskazało, że w ciągu ostatnich 5 lat trzy duże firmy ubezpieczeniowe anulowały na tej podstawie polisy 20 000 ubezpieczonych – zmiany prawne mają ograniczyć tę możliwość.
- Wprowadzenie limitu dla wydatków niepokrywanych przez ubezpieczenie (*out-of-pocket payments*) oraz zakaz wprowadzania przez ubezpieczycieli limitów pokrywanych kosztów (*lifetime caps*).
- Wylimitowanie dodatkowych kosztów ponoszonych przez ubezpieczonych związanych z badaniami profilaktycznymi, takimi jak mammografia, badania poziomu cukru – szersza realizacja badań przesiewowych ma na celu również ograniczenie w przyszłości kosztów leczenia.
- Zmniejszenie zakresu świadczeń w ramach programu *Medicare*, poprawa efektywności świadczeń w jego ramach, ale również wylimitowanie tzw. *donut-*

¹³ *The Obama Plan: Stability & Security For All Americans*. <http://www.whitehouse.gov>

hole – problem dotyczy części D programu *Medicare*, z którego pokrywane są koszty zakupu leków. W określonym przedziale wydatków (2700-6154 USD w 2009 r.) pełne koszty ponosi ubezpieczony, o ile nie ma dodatkowego ubezpieczenia (tab. 1). Propozycja prezydenta dotyczy wprowadzenia 50% pokrycia wydatków osób, które wpadły w lukę *Medicare*.

Tabela 1. Luka *Medicare* (*dohnut-gap*) w 2009 r.

Wydatki na leki (USD)	Część pokrywana przez ubezpieczonego	Część pokrywana przez <i>Medicare</i>
0-295	udział własny w wydatkach	bez pokrycia
295-2700	25% wydatków	75% wydatków
2700-6154	całość wydatków	bez pokrycia
Ponad 6154	5% wydatków	95% wydatków

Źródło: B. Joyce, D. Lau, PhD, *Medicare part D prescription drug benefit: an update*, “Buehler Center on Aging, Health & Society Newsletter” 2009, vol. 22, no 2.

W drugiej części planu (*Quality, Affordable Choices for All Americans*) sformułowane zostały propozycje skierowane do osób, które nie mają obecnie ubezpieczenia w żadnej formie:

- Utworzenie „giełdy” ubezpieczeniowej (*the exchange*), która umożliwi osobom bez ubezpieczenia oraz przedsiębiorcom z sektora *small business* porównanie planów ubezpieczeniowych i ich zakup po konkurencyjnych cenach. Porównanie oparte byłoby na kryteriach ceny, zakresu świadczeń i ich jakości. Propozycja jest skierowana również do osób, które straciły pracę, zmieniły miejsce zatrudnienia lub zamieszkania bądź ich pracodawca nie oferuje wystarczającego poziomu zabezpieczenia. Giełda ma funkcjonować od 2013 r.
- Wprowadzenie ulg podatkowych dla małych przedsiębiorstw, które mają zachęcić przedsiębiorców do zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej swoim pracownikom; przedsiębiorcy mogliby również kupować ubezpieczenia swoim pracownikom na giełdzie ubezpieczeniowej, co miałyby obniżyć koszty.
- Wprowadzenie obowiązku zapewnienia ubezpieczenia przez pracodawców zatrudniających więcej niż 50 osób.
- Wprowadzenie publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, dzięki czemu osoby nieubezpieczone miałyby możliwość nabycia ochrony ubezpieczeniowej po korzystnej cenie. Ubezpieczenie miałyby całkowicie dobrowolny charakter. Podmiot taki byłby samowystarczalny i opierałby się na zgromadzonej składce, a jednocześnie stworzyłby konkurencję dla prywatnych ubezpieczycieli i mógłby zahamować rosnące koszty ubezpieczenia.
- Natychmiastowe (przed utworzeniem giełdy w 2013 r.) wprowadzenie nowego, taniego ubezpieczenia dla osób, które nie mogą się ubezpieczyć ze względu na obecny stan zdrowia, w celu zapobieżenia ich ruinie finansowej.

Część trzecia planu Obamy (*Reins In the Cost of Health Care for Our Families, Our Businesses, and Our Government*) dotyczy przede wszystkim kosztów realizacji całego planu – nie może ona zwiększyć deficytu budżetowego i ma być przeprowadzona w „fiskalnie odpowiedzialny sposób”. Celami są: zahamowanie w dłuższym okresie wzrostu kosztów świadczeń, inwestycje w jakość usług, ochrona konsumentów. Plan ma być sfinansowany z oszczędności wygenerowanych w systemie i nowych źródeł przychodów.

Obecny plan nie jest pierwszym działaniem nakierowanym na zwiększenie liczby ubezpieczonych. Podobną reformę próbował przeprowadzić prezydent Clinton. W 2006 r. wprowadzono w Massachusetts pionierski w skali kraju program powszechnego ubezpieczenia skierowany do najuboższych – ubezpieczone są osoby o dochodach poniżej 150% minimum socjalnego, a ubezpieczenia osób poniżej 300% są dotowane¹⁴. W latach 2006 i 2008 władze stanu Kalifornia przegłosowały prowadzenie powszechnego publicznego ubezpieczenia zdrowotnego (za każdym razem zawetowane przez gubernatora)¹⁵.

Prezydencki plan przechodzi obecnie procedurę legislacyjną – przeszedł pierwsze czytanie w Izbie Reprezentantów i pracuje nad nim Senat. Najwięcej kontrowersji budzi wśród senatorów pomysł utworzenia publicznej instytucji ubezpieczeniowej, choć takie instytucje oparte na zasadzie *single-payer* obecnie już funkcjonują – przykładem jest *Medicare*. Drugim podważanym elementem są koszty wdrożenia; początkowo koszty oszacowano na 1,1 bln USD, obecnie ocenia się je na 827 mld w ciągu następnych 10 lat. Źródłem finansowania mają być podniesienie podatków dla najbogatszych (powyżej 500 tys. USD rocznego dochodu), kary dla pracodawców nieubezpieczających pracowników oraz cięcia finansowe w *Medicare*¹⁶.

6. Podsumowanie

Stany Zjednoczone przeznaczają na ochronę zdrowia ogromne nakłady finansowe. System finansowania usług zdrowotnych w znacznym zakresie oparty na sektorze prywatnym generuje wysokie koszty, pozostawiając jednak ok. 15% społeczeństwa, czyli ok. 46 mln osób, bez dostępu do jakichkolwiek świadczeń medycznych. Kolejnych 25 mln osób ma ubezpieczenie, ale jego zakres nie pozwala na sfinansowanie skutecznej terapii. Szacuje się, że corocznie w USA 100 tys. osób umiera z powodu braku właściwej opieki medycznej¹⁷ spowodowanego zarówno nieposiadaniem ubezpieczenia, jak i jego niedostatecznym zakresem. Długi medyczne są jednym z podstawowych powodów bankructwa osobistego.

Wysokość środków przeznaczanych na ochronę zdrowia bezsprzecznie wyklucza finansowe podłoże problemu – w takiej sytuacji winą należy obarczyć sam sys-

¹⁴ K. Lazar, *439,000 more get health coverage*, „The Boston Globe”, 20.08. 2008.

¹⁵ M. Raftery, *Healthcare For All Bill Passes-Governor Threatens Veto*, <http://www.eastcountymagazine.org>.

¹⁶ M. Bosacki, *Obama wygrywa reformę zdrowia*, „Gazeta Wyborcza”, 8.11.2009.

¹⁷ V. Nawarro, *The inhuman state of U.S. health care*, „Monthly Review” 2003, vol. 55, no 4.

tem. Władze Stanów Zjednoczonych wielokrotnie podejmowały inicjatywy zmierzające do wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jednak próby te nie znajdowały szerszego poparcia wśród elit społecznych przywiązanych do wolnorynkowych zasad kapitalizmu, ponieważ były interpretowane jako próba nacjonalizacji służby zdrowia. Plan Obamy również budzi kontrowersje, jednak podstawowym problemem może się stać w tym przypadku zła sytuacja gospodarcza w USA i obawy przed zwiększeniem ogromnego deficytu budżetowego.

Literatura

- Bosacki M., *Obama wygrywa reformę zdrowia*, „Gazeta Wyborcza”, 8.11.2009.
- Calmes J., *Senators debate expanding medicaid (just not for themselves)*, “New York Times”, 25.09.2009.
- Claxton G., DiJulio B., Finder B., Becker E. i in., *Employer Health Benefits 2007. Annual Survey*, Kaiser Foundation, USA, 2007.
- DeNavas-Walt C., Proctor B.D., Smith J.C., *Income, Poverty and Health Insurance Coverage in United States: 2008. Current Population Reports*. U.S. Government Printing Office, Washington 2009.
- Himmelstein D.U., Thorne D., Warren E., Woolhandler S., *Medical bankruptcy in the United States, 2007: results of a national study*, “The American Journal of Medicine”, 2009.
- How Private Health Coverage Works. A Primer 2008 Update*, Kaiser Foundation, 2008.
- Joyce B., Lau D. PhD, *Medicare part D prescription drug benefit: an update*, “Buehler Center on Aging, Health & Society Newsletter” 2009, vol. 22, no 2.
- Lazar K., *439,000 more get health coverage*, “The Boston Globe”, 20.08. 2008.
- Nawarro V., *The inhuman state of U.S. health care*, “Monthly Review” 2003, vol. 55, no 4.
- OECD Health Data 2009*.
- Raftery M., *Healthcare For All Bill Passes-Governor Threatens Veto*, <http://www.eastcountymagazine.org>.
- Reinberg S., *25 Million Americans Are 'Underinsured'*, <http://health.usnews.com>.
- The Obama Plan: Stability & Security For All Americans*, <http://www.whitehouse.gov>.
- U.S. Census Bureau, Housing and Household Economic Statistics Division*, <http://www.census.gov>.
- Yamamoto D., Neumann T., Stollo M.K., *How Does the Benefit Value of Medicare Compare to the Benefit Value of Typical Large Employer Plans?*, Kaiser Foundation, 2008.

THE PROBLEM OF THE LACK OF HEALTH INSURANCE IN THE USA. THE REFORM OF THE HEALTH CARE FINANCING SYSTEM

Summary: The United States spend more than 16% of GDP on health expenditure. Despite this, 15% society does not have access to health services, either because they do not have health insurance, or it is insufficient. One of the important reasons is, in this case, binding the fact of being insured with the labour market. The plan proposed by President Obama refers to this issue – its primary purpose is to increase the availability of health insurance.