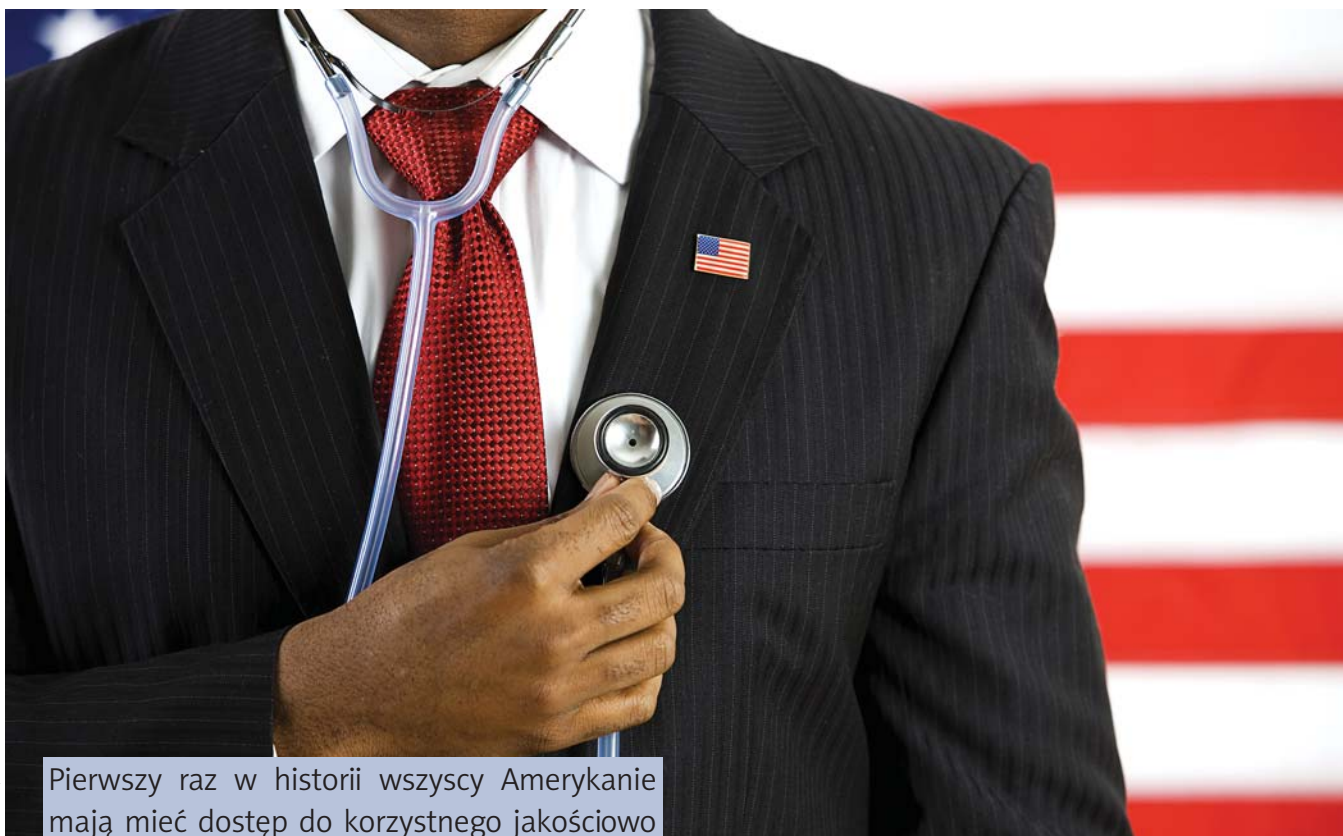


Ruszają amerykańskie reformy

Gambit Obamy



for. iStockphoto

Pierwszy raz w historii wszyscy Amerykanie mają mieć dostęp do korzystnego jakościowo i finansowo ubezpieczenia zdrowotnego. Przewiduje to nowa ustawa zdrowotna (*The Affordable Health Care for America Act*), przegłosowana przez Kongres 7 listopada 2009 r. stosunkiem głosów 220 do 215. Pozostało jeszcze głosowanie w Senacie.

Najdroższy na świecie

System ochrony zdrowia w USA jest najdroższy na świecie. W roku 2008 na jego funkcjonowanie wydano 17,6 proc. PKB (średnia Unii Europejskiej wynosi ok. 7 proc.). W przeliczeniu na obywatela rocznie na ochronę zdrowia w USA przeznaczają się średnio 8200 dolarów. Dla porównania, średnia Unii Europejskiej wynosi nieco poniżej 2000 dolarów, a Polski – 700 dolarów. W Unii Europejskiej najwięcej, bo rocznie 3500 dolarów na obywatela, na ten cel wykładają Francuzi, których system ochrony zdrowia

uznano za najlepszy w klasyfikacji WHO. W tej klasyfikacji system amerykański znalazł się na odległym miejscu w trzeciej dziesiątce (podobnie jak chwalony u nas system kanadyjski), jednak głównie ze względu na wysoki odsetek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, co WHO punktowała negatywnie. Mało znany jest fakt, że w USA pacjenci z własnej kieszeni finansują zaledwie 20 proc. świadczeń (w Polsce ok. 37 proc.). Udział sektora publicznego w finansowaniu usług zdrowotnych wynosi w USA 42 proc., podczas gdy w Unii Europejskiej 74 proc., a w Polsce tylko 62 proc. Warto podkreślić, że to właśnie w USA pacjent ma szansę na najdłuższe przeżycie od momentu zdiagnozowania nowotworu. Ponadto, umieralność kobiet z powodu choroby wieńcowej stale się zmniejsza, czego nie uzyskano jeszcze w Unii. System amerykański można więc ocenić jako zbyt drogi, ale zarazem skuteczny; prywatny, ale także publiczny; skomplikowany, a jednocześnie zorganizowany – czyli taki jaka jest Ameryka – po prostu bardzo kontrastowy.

Jednym z niepokojących zjawisk jest duża liczba nieubezpieczonych – ok. 45 mln mieszkańców (obywateli, ale także imigrantów bez obywatelstwa – legalnych i nielegalnych), często jednak niewłaściwie interpretowana. W Europie mylnie uważa się, że są to ludzie pozbawieni dostępu do świadczeń zdrowotnych. Tymczasem wielu z nich to osoby średnio za młode, raczej młode, które z własnej woli nie kupują polis zdrowotnych. Ponadto, nieubezpieczeni mają, przynajmniej w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia, nawet lepszy dostęp do ochrony zdrowia i wyższej jakości świadczeń niż niektórzy ubezpieczeni w publicznych systemach ochrony zdrowia.

Geneza zmian

Podczas kampanii wyborczej prezydent elekt Barack Obama sygnalizował, że należy usprawnić system w kilku wymiarach. Po pierwsze, uważał, że duża liczba nieubezpieczonych jest problemem rządu federalnego, który subsydiuje program Medicaid, przeznaczony dla osób żyjących poniżej progu ubóstwa (dochody poniżej 13 tys. dolarów rocznie, czyli ok. 3400 zł miesięcznie), w który szybko wpadają osoby nieubezpieczone i zubożałe w wyniku choroby i konieczności spłacania rachunków za usługi zdrowotne. Po drugie, jedną z bolączek systemu amerykańskiego są nadmiernie wysokie koszty odszkodowań za błędy medyczne, a co za tym idzie, praktykowanie defensywnej i bardzo kosztownej medycyny przez lekarzy, a także niezwykle wysokie koszty ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej lekarzy i szpitali. Po trzecie, wysokie wymagania systemu w zakresie dokumentacji medycznej powodują przeciążenie personelu medycznego. Po czwarte, firmy ubezpieczeniowe z nadmierną podwyższają koszty ubezpieczeń, maksymalizując zyski. Po piąte, tak popularne w USA polisy opłacane przez pracodawców (35 proc. finansowania opieki zdrowotnej w USA) nie mają opcji kontynuacji i przenoszenia ich wraz ze zmianą pracodawcy, w związku z czym podczas zmiany pracy pracownicy wpadają w tzw. pułapki okresu karencji polis zdrowotnych, najczęściej wynoszące dziewięć miesięcy.

Propozycja prezydenta Obamy

Reforma, zaproponowana przez gabinet prezydenta, która właśnie została zatwierdzona przez Kongres, wprowadza następujące zmiany:

- Ubezpieczenie w systemie federalnym dla obywateli dotychczas nieubezpieczonych, z wyłączeniem nielegalnych imigrantów (grupy szacowanej na 12–15 mln ludzi). Ubezpieczenie ma mieć charakter obowiązkowy, chyba że dotychczas nieubezpieczony zostanie objęty prywatnym pracowniczym planem ubezpieczeniowym.
- Nałożenie na firmy ubezpieczeniowe obowiązku umożliwienia kontynuacji ubezpieczenia przy zmia-

„ Niepokojącym zjawiskiem jest duża liczba nieubezpieczonych – ok. 45 mln mieszkańców „

nie pracodawcy bez okresu karencji i wykluczeń ze względu na poprzednio rozpoznane choroby.

- Wprowadzenie nowego produktu federalnego – planu ubezpieczeniowego administrowanego przez rządową agencję CMS (administratora programów Medicare i Medicaid) jako konkurencji dla ubezpieczeń pracowniczych i prywatnych.
- Wprowadzenie tymczasowego federalnego planu ubezpieczeniowego, z którego mogliby skorzystać obywatele ostatnio pozbawieni polis z powodu choroby uniemożliwiającej dalsze opłacanie składek.
- Wprowadzenie tzw. *exchange*, platformy koordynowanej przez rząd, umożliwiającej zakup indywidualnych polis zdrowotnych i porównywania cen produktów ubezpieczeniowych z możliwością gradacyjnego dofinansowania dla osób zarabiających maksymalnie do 400 proc. federalnego progu ubóstwa, czyli obecnie do 43 tys. dolarów rocznie (ok. 11 tys. zł miesięcznie).
- Obniżenie refundacji kosztów leczenia świadczeniodawcom przez federalne programy ubezpieczeniowe.
- Podwyższenie podatków dochodowych, w tym części podatku dochodowego przeznaczonego na finansowanie systemu federalnych ubezpieczeń zdrowotnych dla osób zarabiających powyżej 250 tys. dolarów rocznie (ok. 66 tys. zł miesięcznie).
- Wprowadzenie nowych możliwości ulg podatkowych dla pracodawców w związku z wydatkami na dofinansowanie ubezpieczenia zdrowotnego, szczególnie dla małych i średnich przedsiębiorstw.
- Nałożenie na duże korporacje obowiązku finansowania pracowniczych ubezpieczeń zdrowotnych.
- Reforma systemu prawnego poprzez wprowadzenie limitów odszkodowań oraz utrudnienie składania pozwów w sprawach możliwych błędów medycznych.
- Opracowanie modelu odpowiedzialnych organizacji zdrowia oraz domów medycznych, czyli form koordynowanej ochrony zdrowia mających na celu kompleksową, a zarazem kosztowo-efektywną opiekę zdrowotną.
- Znaczne nakłady na informatyzację ochrony zdrowia, która i tak jest w USA świetnie rozwinięta (deklaracja nakładów w wysokości 10 mld dolarów).

- Utworzenie niezależnej komisji ekspertów medycznych, której celem ma być wskazywanie rozwiązań służących usprawnianiu systemu, eliminowaniu biurokracji oraz nadużyć.

Dodatkowo, w przypadku osób objętych uprzednio ubezpieczeniem zdrowotnym wprowadza się następującą zmianę:

- Całkowity zakaz dyskryminacji ze względu na tzw. choroby przewlekłe czy uprzednio rozpoznane (*pre-existing conditions*).
- Zakaz selekcji zdrowotnej i wiekowej przez firmy ubezpieczeniowe.
- Zakaz zrywania ubezpieczeń przez firmy ubezpieczeniowe w przypadku nagłego zachorowania ubezpieczonego.
- Wprowadzenie obligatoryjnego limitu współpłacenia do umów ubezpieczeniowych.
- Wyeliminowanie dodatkowych opłat za świadczenia z zakresu medycyny profilaktycznej, uznane za kosztowo-efektywne (np. mammograf czy szczepienia przeciw grypie).
- Zniesienie luk w planie dofinansowania leków dla seniorów, czyli tzw. części D programu Medicare.

„ W Europie mało rozumiały jest opór dużej części społeczeństwa amerykańskiego przeciwko reformie ”

Krytyka reformy

W Europie, gdzie dominują systemy powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, mało rozumiały jest opór dużej części społeczeństwa amerykańskiego przeciwko reformie. Już sam wynik głosowania w Kongresie (220 głosów za i 215 przeciw) wskazuje na głęboki podział opinii. Krytycy, porównujący prezydenta do komunistów, wymieniają przede wszystkim następujące argumenty przeciw reformie:

- Ograniczenie poprzez wprowadzenie obowiązku ubezpieczeniowego dla wszystkich możliwości wolnego wyboru przez obywateli, będące wyjątkowo czułym punktem społeczeństwa amerykańskiego.
- Ograniczenie wolnej konkurencji na rynku ubezpieczeń zdrowotnych poprzez wprowadzenie dofinansowania programów wspieranych przez rząd.

- Dodatkowe opodatkowanie osób dobrze zarabiających, co wielu uważa za niesprzyjające rozwojowi gospodarki.
- Obniżenie poziomu refundacji usług świadczeniodawców (głośno protestuje wpływowa *American Medical Association*).
- Groźbę utworzenia centralnego systemu ochrony zdrowia i związanych z tym kolejek pacjentów znanych np. z Kanady czy Wielkiej Brytanii.
- Koszty związane z reformą, które obciążą budżet federalny.

Dwie strony medalu

Jednym z liderów protestów przeciwko reformie jest były prezes wielkiej korporacji szpitali, który zarobił pod koniec ubiegłego wieku krocie na działalności grupy szpitali, przede wszystkim dzięki współpracy z federalnym programem Medicare. Miałem możliwość osobistego poznania tego pana w roku 1998 w Nashville (Tennessee) przy okazji jego zainteresowania rynkiem polskim, które ostatecznie się nie zmaterializowało z powodu kryzysu w... Rosji. Natomiast w roku 2003, podczas wręczenia dyplomów doktora medycyny na University of Vermont, świeżo po mojej nominacji profesorskiej, poznałem także jednego ze współautorów reformy ochrony zdrowia, lekarza, wówczas gubernatora stanu Vermont i jednego z dwóch głównych kandydatów demokratów na prezydenta USA, dr. Howarda Deana. Już wtedy mówił o konieczności odnowienia projektów reformy ochrony zdrowia z czasów prezydentury Billa Clintona, a prezydentura Obamy i jego sztab ma z Clintonami (oboje) wiele wspólnego.

Uważam, że wiele elementów reformy jest słusznych, szczególnie te związane z reformą systemu prawnego, z informatyzacją i tworzeniem zachęt do zawierania ubezpieczeń. Nie podoba mi się zaś obniżanie finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpitale i przychodnie oraz ograniczanie konkurencji i możliwości wyboru planu ubezpieczeniowego. Reforma w obecnym kształcie nie zmienia sytuacji dużej części dotychczas nieubezpieczonych, czyli 12–15 mln nielegalnych imigrantów, nad którymi opiekę o charakterze doraźnym sprawują przede wszystkim szpitalne oddziały ratunkowe szpitali uniwersyteckich, wpisując koszty tych świadczeń jako spodziewaną stratę finansową, czyli tzw. niezapłacone rachunki (niestety, nie do odliczenia od podatku). Chwalebne jest jednak, że szpitale uniwersyteckie w imię prestiżu chętnie opiekują się nieubezpieczonymi i nie narzekają na przekazywanie takich pacjentów przez szpitale o niższym stopniu referencyjności.

Jarostaw J. Fedorowski
Autor jest profesorem Akademii Leona Koźmińskiego,
prezesem Szpitali Polskich SA oraz przewodniczącym
European Society of Medical Directors