

# Amerykański system ochrony zdrowia

## American health care system

DAWID KUSIAK<sup>1,2/</sup>

<sup>1/</sup> Klinika Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego w Linköping, Szwecja

<sup>2/</sup> Klinika Chorób Wewnętrznych Szpitala w Värnamo, Szwecja

System opieki zdrowotnej w USA bardzo znacząco różni się od tego, jaki znamy w Europie – i w zasadzie trudno go porównywać to tego z czym się spotykamy na „starym” kontynencie. Amerykański system jest w głównej mierze prywatny i opiera się na systemie ubezpieczeń, gdzie państwo praktycznie nie pokrywa wiele. Obywatel musi sam wybrać ubezpieczyciela i opłacać co miesiąc składki, aby w razie potrzeby uzyskać pomoc medyczną. Taka sytuacja powoduje iż, niestety, jest dość znaczny odsetek Amerykanów, którzy w ogóle nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego (w chwili obecnej jest to ok. 46,3 milionów Amerykanów – co stanowi ok. 15,4% obywateli – dane wg CDC na rok 2009).

W naszych Europejskich realiach (nawet polskich, nie mówiąc o szwedzkich) są to cyfry co najmniej katastrofalne. Wiemy, że w zeszłym roku Kongres USA przyjął ustawę o reformie ochrony zdrowia – tak bardzo popieraną przez prezydenta Baracka Obamę (koszt ok. 10 miliardów USD). Nasze rodzime, europejskie systemy nie biorą pod uwagę, aby ktoś był nieubezpieczony. Przede wszystkim w tych krajach, gdzie istnieje składka na ubezpieczenie zdrowotne, jest ona obowiązkowa, np. Polska. W porównaniu z Europą ochrona zdrowia w Stanach Zjednoczonych jest z jednej strony o 10 lat do przodu (bo tak jest patrząc na ilość badań naukowych i ilość świadczonych usług) a z drugiej strony sam system opieki zdrowotnej jest nieludzki, zupełnie nie przyjazny pacjentowi ani lekarzowi.

**Słowa kluczowe:** system ochrony zdrowia, amerykański system ochrony zdrowia, reforma ochrony zdrowia, ubezpieczenie zdrowotne

The American health care system significantly differs from the European one – both are quite incomparable. The American system is mainly private and insurance-based, with minimum participation of the State. Every citizen should select an insurance company and pay monthly fees in order to receive medical assistance. Due to such regulations a significant percentage of Americans do not have health insurance (the 2009 CDC data quote the number of 46.3 million Americans – i.e. 15.4% of the population).

In comparison with the European reality (also Polish, and certainly Swedish) the data appear catastrophic. Last year the American congress passed the health care reform bill, firmly supported by the president Barack Obama (at a cost of about 10 billion USD). The European systems assume that every citizen must be insured and the insurance fee is obligatory, as, for instance, in Poland. As compared with Europe, the American health care is both more advanced (in the number of research projects and health care services rendered) and unfriendly towards patients and physicians.

**Key words:** health care system, American health care system, health care reform, health insurance

© Hygeia Public Health 2010, 45(1): 104-107

www.h-ph.pl

Nadesłano: 20.09.2010

Zakwalifikowano do druku: 24.09.2010

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

Lek. med. Dawid Kusiak

Department of Cardiology, University Hospital, Linköping, Sweden  
tel. +46762818331

e-mail: Dawid.Kusiak@lio.se, Dawid.Kusiak@lj.se

Pisząc o amerykańskim systemie ochrony zdrowia można się zastanowić, czy taki w ogóle istnieje. Miałem przyjemność odwiedzić i poznać pewną część systemu ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych w 2008 r. w Orange County w Kalifornii. Kaiser Permanente [1, 2] – bo tak nazywa się instytucja, którą odwiedziłem wraz z kilkoma kolegami lekarzami ze Szwecji. Jest to jedna z większych instytucji świadczących usługi medyczne na terenie USA.

System opieki zdrowotnej w USA bardzo znacząco różni się od tego, jaki znamy w Europie – i w zasadzie trudno go porównywać to tego z czym się spotykamy

na „starym” kontynencie. Amerykański system jest w głównej mierze prywatny i opiera się na systemie ubezpieczeń, gdzie państwo pokrywa tylko części wydatków. Według ostatnich danych 46% wydatków na ochronę zdrowia pokrywa państwo – ale są to głównie programy opieki zdrowotnej „Medicaid” dla osób biednych, „Medicare” dla osób starszych oraz program „Veterans Administration” (dla weteranów wojen). Kolejnym źródłem finansowania jest pracodawca – przez szereg programów zbiorowych ubezpieczeń dla pracowników aktualnych jak i emerytowanych – taką formę ma ok. 26% Amerykanów. Dość dużą grupę stanowią (ok. 32%) z ubezpieczeniami indywidualnymi,

gdzie niekiedy pracodawca pokrywa tylko niewielką część ubezpieczenia, a obywatel często musi sam wybrać ubezpieczyciela i opłacać co miesiąc składki, aby w razie potrzeby uzyskać pomoc medyczną. Taka sytuacja powoduje, iż – niestety – jest dość znaczny odsetek Amerykanów, którzy w ogóle nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego (w chwili obecnej jest to ok. 46,3 milionów Amerykanów – co stanowi ok. 15,4% obywateli – dane wg CDC na rok 2009 [3]). W naszych Europejskich realiach (nawet polskich, nie mówiąc o szwedzkich, są to cyfry co najmniej katastrofalne). Średnie wydatki na ubezpieczenie zdrowotne jakie płaci pracodawca dla swoich pracowników (jeśli takie pokrywa) to ok. 4500 USD rocznie (ok. 13 300 PLN) a pracownik z własnej kieszeni ok. 2000 USD rocznie (prawie 6000 PLN). Wiemy, że w zeszłym roku Kongres USA przyjął ustawę o reformie ochrony zdrowia – tak bardzo popierana przez prezydenta Baracka Obamę (koszt ok. 10 miliardów USD) [4]. Nasze rodzime, europejskie systemy nie biorą pod uwagę, aby ktoś był nieubezpieczony. Przede wszystkim w tych krajach, gdzie istnieje składka na ubezpieczenie zdrowotne, jest ona obowiązkowa, np. Polska. Co sprawia, że ochrona zdrowia w Stanach Zjednoczonych jest z jednej strony o 10 lat do przodu w porównaniu z Europą (bo tak jest patrząc na ilość badań naukowych i ilość świadczonych usług) a z drugiej strony sam system opieki zdrowotnej jest nieludzki, zupełnie nie przyjazny pacjentowi ani lekarzowi.

Co sprawia, że lekarze w USA zarabiają tak ogromne pieniądze w porównaniu do nas Europejczyków? Dlaczego w USA mając pieniądze nie stoi się w kolejkach do żadnego zabiegu ani procedury medycznej, a z drugiej strony nie mając ubezpieczenia możemy ewentualnie liczyć wyłącznie na bardzo ograniczoną pomoc?

Znamy to powiedzenie, że jeśli nie wiemy o co chodzi, to chodzi o pieniądze. Patrząc na system amerykański – jest on bardzo skomercjalizowany i dostępność usług jest oparta na kwocie jaką firma ubezpieczeniowa może zapłacić za leczenie pacjenta. Kiedy kolejne procedury, leki i postępowanie medyczne przekraczają tę kwotę, wówczas firma ubezpieczeniowa odmawia zapłaty – co sprawia, że pacjent/rodzina jest narażona na ogromne koszty. Często się zdarza, że firmy ubezpieczeniowe nie chcą ubezpieczać pacjentów „niewygodnych” – czyli po prostu chorych lub z poważnymi czynnikami ryzyka wystąpienia różnych chorób, gdyż nie przynoszą żadnych zysków ubezpieczycielowi. Często również dochodzi do sytuacji absurdalnych, kiedy osoba zapada np. na chorobę nowotworową – otrzymuje leczenie, a po roku wymaga np. wszczepienia rozrusznika serca lub zapada na inny nowotwór – i wówczas ubezpieczyciel nie chce pokryć kosztów leczenia, gdyż pacjent

„wykorzystał” swoje ubezpieczenie na jedną, poważną chorobę, a nie bierze się pod uwagę, że może wystąpić ich więcej. Kiedy pacjent jest wypłacalny lub firma ubezpieczeniowa pokrywa koszty leczenia, wówczas rzuca się na takiego pacjenta sztab lekarzy – chcąc go przebadać na wszystko. Wykonywane są praktycznie wszystkie możliwe badania w danej dziedzinie, aby przypadkiem czegoś nie przeoczyć. Dokumentacja medyczna w USA jest chyba najdokładniejsza, jaką widziałem w życiu. Nie pomija się absolutnie żadnych faktów. Wszystko jest opisane, udokumentowane, gdyż każdy (a szczególnie szpital) boi się pozwów sądowych, które w USA są na porządku dziennym. Statystycznie każdy lekarz lub szpital jest pozywany 1-2 razy w roku. W 99% przypadków sprawa kończy się zaraz po pierwszej rozmowie z adwokatami, gdyż roszczenia są po prostu bezpodstawne.

Osobą najlepiej zarabiającą w szpitalu nie jest dyrektor, czy ordynator – tą osobą jest prawnik lub, można powiedzieć, cały sztab prawników, którzy „zęby zjedli” na pozwach medycznych. W USA panuje w szpitalach zasada „No agreements nor deals to law suits – we meet in court” – czyli żadnej ugody w przypadku, kiedy zostaniemy pozwani – spotykamy się w sądzie. Wynika to z tego, że szpital jest na tyle pewny, że nie doszło do zaniedbania, że jest pewny wygranej – i często tak jest. Zdarza się, że jednak doszło do pomyłki lub przeoczenia – i wówczas wchodzi w grę ubezpieczenie. Każdy lekarz, jak i placówka medyczna, jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej na ogromne kwoty. Tego typu ubezpieczenia są bardzo drogie, ale sumy, jakie należy zapłacić w przypadku przegranej, są horrendalne. Podobne ubezpieczenia są też w Polsce czy Szwecji, jednak nie są one drogie i prawdopodobieństwo skorzystania z nich jest, jak na razie, stosunkowo niewielkie.

Kolejną, dość istotną sprawą, którą różni się system amerykański od europejskich, jest finansowanie szpitali. W USA finansują się one zupełnie samodzielnie. Oczywiście są możliwe dotacje, ale głównie od instytucji charytatywnych, czy prywatnych darczyńców. Główne dochody pochodzą z leczenia. W Europie ochrona zdrowia jest finansowana w głównej mierze ze środków państwowych. Polska jest swoistym ekstremum w tej kwestii, kiedy pieniądze uzyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia zupełnie nie odzwierciedlają nakładów poniesionych za usługi medyczne. W USA koszty są rzeczywiste wraz z kosztami materiału, personelu, wyżywienia, prania, pracy sekretarki, na kosztach sprzątanania kończąc. Podobnie jest w Szwecji. Dlatego np. operacja by-passów bez komplikacji rozpoczyna się od około 20 000 USD (ok. 70 000 PLN). W Polsce operacja by-passów wyceniana jest na ok. 15 000 PLN. W Szwecji taka procedura, to koszt ok. 250 000 SEK (ok. 100 000 PLN). Można się

zastanawiać, dlaczego w Polsce jest tak tanio, a może ktoś popełnia błąd w wyliczeniach procedur medycznych?

Będąc wielokrotnie w USA, zarówno służbowo jak i prywatnie, odnosi się wrażenie, że wszystko tam powinno funkcjonować idealnie. Jednak tak nie jest w przypadku ich systemu opieki zdrowotnej. Kaiser Permanente, którą mieliśmy okazję zwiedzić w Kalifornii, jest znakomitym przykładem idealnego zarządzania w systemie opieki zdrowotnej, z maksymalnym wykorzystaniem środków finansowych oraz opieki nad pacjentem [1, 2]. Począwszy od własnej firmy ubezpieczeniowej, poprzez podstawową opiekę zdrowotną (POZ), a na szpitalach z zaawansowanymi procedurami medycznymi kończąc, są one zupełnie samodzielne i niezależne od jakichkolwiek czynników zewnętrznych. Wykazują ciągły dochód finansowy, przez co zapewniają wysokie wynagrodzenie dla pracowników, bardzo wysoki standard usług dla swoich pacjentów oraz ciągły rozwój. Minusem tego typu instytucji jest to, że nie są dla wszystkich. Aby móc się w nich leczyć, należy się ubezpieczyć w ich towarzystwie ubezpieczeniowym, które nie jest do końca tanie. Najtańsze ubezpieczenie dla mężczyzny w wieku 25 lat, zdrowego, bez nałogów ani wcześniejszych chorób oraz bez czynników ryzyka, z ujemnym wywiadem w kierunku chorób w rodzinie, to ok. 180 USD miesięcznie (ok. 600 PLN). Nawet w USA nie wszyscy mogą sobie pozwolić na leczenie się w takich klinikach. Nowa reforma prezydenta Obamy ma to zmienić i zapewnić każdemu obywatelowi równy dostęp do opieki zdrowotnej. Czy tak będzie, zobaczymy z czasem.

Jak wcześniej wspominałem, system amerykański sprawia, że pacjenci często są przeddiagnozowani, ale nie z powodów, że rzeczywiście jest to potrzebne; bardziej z powodu obaw lekarzy przed pozwami sądowymi. Miałem przyjemność oglądania nowo wybudowanego szpitala pod Los Angeles należącego do Kaiser Permanente. Zwiedzaliśmy go jeszcze bez pacjentów pod koniec kwietnia 2008 r. Szpital przeznaczony na nieco więcej niż 200 łóżek. Koszt budowy ok. 500 mln USD (podobno wyszło tak drogo ze względu na specjalne systemy zabezpieczeń przed trzęsieniami ziemi – szpital zbudowano pod Los Angeles – niestety, miejsce jest wciąż aktywne sejsmicznie). Praktycznie wyłącznie pojedyncze pokoje dla pacjentów, większość miejsc z telemetrią, trzy pracownie hemodynamiczne. Ilość nakładów na sprzęt trudna do ogarnięcia. Wszystko aby zapewnić drogi, jednak jeden z najwyższych poziomów usług medycznych. Taki ogrom wykonywanych badań daje duże możliwości prac naukowych oraz wykorzystywania grantów naukowych we współpracy z firmami medycznymi. Najwięcej badań naukowych w dziedzinie medycyny wciąż jest

w USA. Te różnice między Europą a USA nieco się zmieniły w ostatnim czasie, jednak w dalszym ciągu pozostają – i małe nie są.

Instytucja Kaiser Permanente, o której wcześniej wspominałem, jest jedną z najbardziej rzetelnych instytucji w ochronie zdrowia w USA. Oprócz tego jest również instytucją finansową, która zapewnia opiekę pacjentowi od momentu poczęcia aż po dom spokojnej starości i opiekę paliatywną. Wystarczy płacić składki regularnie i standard opieki medycznej jest jednym z najwyższych na świecie. Jest to instytucja, która ciągle się rozwija i ulepsza. Mają własny system udoskonalania swoich usług, który jest bardzo rygorystyczny. Poza tym w skład całej firmy wchodzi nie tylko jeden szpital, lecz cała ich sieć w wielu stanach. Szpitale są oparte na podobnym systemie jak w Szwecji, tzn. jest szpital „ogólny”, który zapewnia opiekę w zakresie podstawowym oraz szpitale nadrzędne, które zapewniają wysoko specjalistyczne usługi, jak np. operacje by-passów, wszczepianie rozruszników, zastawek itp. aż na różnego rodzaju przeszczepach kończąc. Pacjent ma zapewnioną ciągłość świadczeń medycznych. W przypadku sytuacji, kiedy pacjent znajdzie się w innym szpitalu, wówczas Kaiser Permanente stara się jak najszybciej przenieść swojego pacjenta do swojej placówki. Słabą stroną tego systemu jest opieka poza granicami USA. Pacjent musi mieć wykupione prywatne dodatkowe ubezpieczenie wyjeżdżając za granicę w razie przymusu skorzystania z opieki medycznej w innym kraju. Jest to zjawisko, które towarzyszy również wszystkim obywatelom Unii Europejskiej (UE). Wybierając się poza obszar Unii należy pamiętać o wykupieniu dodatkowego, prywatnego ubezpieczenia medycznego, gdy chcemy skorzystać z usług medycznych, np. w związku z nieszczęśliwym wypadkiem. Często jest to również warunek, jaki należy spełnić aby uzyskać wizę do wielu krajów poza UE, np. USA, Kanady, czy Australii.

Kaiser Permanente jest dość wyjątkowy w USA, gdyż przypomina w kilku punktach europejskie rozwiązania. Mają swoją grupę pacjentów ubezpieczonych, którymi się zajmują. Bardzo ważną rolę w ich systemie stanowi POZ na czele z lekarzami rodzinnymi, którzy posiadają własne łóżka szpitalne w razie konieczności leczenia w opiece zamkniętej (nieco podobieństw do systemu brytyjskiego i ich GP). W wielu przypadkach pierwszą instancją kontaktu pacjenta z systemem opieki zdrowotnej jest lekarz rodzinny, który w razie potrzeby kieruje dalej. System POZ w Kaiser jest bardzo rozbudowany, a lekarze innych specjalności pracują na zasadach konsultantów. Bardzo dużą wagę przykładają się do ciągłego doksztalcania kadry medycznej – poprzez liczne kursy, konferencje, wykłady i staże w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Szkolenie specjalisty w USA jest nieco krótsze niż na

terenie UE. Szkolenie zawsze kończy się kilkustopniowym, krajowym egzaminem specjalizacyjnym, który ma wymiar bardzo praktyczny.

W Stanach Zjednoczonych jest kilka dużych podmiotów podobnych do Kaiser Permanente. Są to wiodące ośrodki medyczne znane na całym świecie. Do tej elitarnej grupy należą między innymi wcześniej wspomniany Kaiser Permanente [1, 2], Mayo Clinic [5], Cleveland Clinic [6] oraz Intermountain Healthcare [7]. Są one znane z profesjonalizmu, dostępu do najnowszych technik we wszystkich dziedzinach medycyny, całkowicie elektronicznego systemu historii chorób, elektronicznych recept, monitoringu, badań profilaktycznych dla swoich pacjentów oraz opieki medycznej już od momentu poczęcia aż po późną starość.

Z jednej strony przepiękne szpitale, wszystkie możliwe badania na wyciągnięcie ręki, sztab ludzi, specjalistów pracujących ciągle w ochronie zdrowia. Z drugiej strony brak pomocy dla ludzi nie mających ubezpieczenia. Czy taki system grozi w Europie? Czy będzie komercjalizacja ochrony zdrowia? Trudno powiedzieć, ale najważniejsze to znalezienie „złotego środka”, który byłby w stanie połączyć najlepsze cechy z różnych systemów opieki zdrowotnej. Warto przyglądać się różnym rozwiązaniom z całego świata. Daje to możliwości wprowadzania różnego rodzaju rozwiązań celem ulepszenia systemu opieki zdrowotnej, w którym pracujemy. Niestety, nie ma obecnie na świecie doskonałego systemu opieki zdrowotnej. Zawsze jest problem aby pogodzić wysoką jakość usług z utrzymaniem kosztów leczenia na przyzwoitym poziomie, nie doprowadzając do bankructwa podmiotów świadczących usługi medyczne.

## Piśmiennictwo / References

1. Kaiser Permanente - <http://xnet.kp.org/kpinternational/>
2. Selected Health Care System by Kaiser Permanente 2010.
3. Centers of Disease Control and Prevention. [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
4. House of the Representative of the US Congress. [www.house.gov](http://www.house.gov)
5. Mayo Clinic. [www.mayoclinic.com](http://www.mayoclinic.com)
6. Cleveland Clinic. [www.clevelandclinic.org](http://www.clevelandclinic.org)
7. Intermountain Clinic. [www.ihc.com](http://www.ihc.com)