

Reforma systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych. Zmiany wprowadzane przez Obamacare

Reform of Health Insurance in the United States. Changes implemented by Obamacare

MARTA MAKOWSKA^{1,2/}, ALEKSANDRA CZERW^{3/}

^{1/} Wydział Nauk Społecznych, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

^{2/} Visiting Scholar – Saint Joseph's University, Philadelphia, PA, USA

^{3/} Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Celem artykułu jest przedstawienie najnowszych zmian, jakie dokonały się w systemie ubezpieczeń zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych Ameryki za sprawą reformy powszechnie znanej jako Obamacare. System ubezpieczeń zdrowotnych w USA jest niezwykle skomplikowany. Obywatele USA często mają problemy z wyborem najwłaściwszego dla siebie planu ubezpieczeniowego.

W artykule zaprezentowano podział na publiczne i prywatne ubezpieczenie zdrowotne oraz typy ubezpieczenia (m.in. HMO, FFS, PPS), które wiążą się z innymi zasadami płacenia oraz wysokościami składek. Dokładnie omówiono te rozróżnienia, pokazano komu i kiedy jakie ubezpieczenia przysługują oraz jakie zmiany wprowadziła w nich reforma. Dokonano również analizy wybranych pozytywnych i negatywnych skutków reformy Obamacare. Podjęto polemikę z tezą, iż reforma doprowadzi do istotnego zwiększenia liczby osób ubezpieczonych. Przedstawiono także społeczny odbiór wprowadzanych zmian.

Słowa kluczowe: system ubezpieczeń zdrowotnych, USA, Obamacare

The objective of this article is to present the recent changes in the US health care system, introduced recently and known as "Obamacare". Health care system in the USA is extremely complicated. US citizens often have a problem with choosing the health care plan best suited for them.

The article presents both public and private health insurance and different types of insurance (HMO, FFS, PPS) that result in different rules of fee payment or premium rates. These differences have been discussed, as well as which insurance is applicable for which citizens and which changes have been introduced by the recent reform. Finally the analysis of positives and negatives of the Obamacare reform is presented. The author discusses whether the reform will result in a significant increase of insured patients. The social impact of the changes is also addressed.

Key words: Health Insurance, USA, Obamacare

© Hygeia Public Health 2014, 49(4): 733-741

www.h-ph.pl

Nadestano: 13.10.2014

Zakwalifikowano do druku: 15.11.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr Marta Makowska
Wydział Nauk Społecznych, Szkoła Główna Gospodarstwa
Wiejskiego w Warszawie
ul. Nowoursynowska 166, 02-787 Warszawa
tel. 888 844 185, e-mail: marta_makowska@sggw.pl

Wprowadzenie

Ostatnie kilkanaście lat ujawniło wiele mankamentów amerykańskiego systemu zdrowia. Już w 2000 roku WHO w swym rankingu umieściło USA na 37 pozycji wśród systemów opieki zdrowotnej na świecie, wskazując, że nie jest on bardzo efektywny [1]. Ciągły wzrost rozmiarów i kosztów amerykańskiego systemu zdrowotnego doprowadził wszystkich graczy na tym rynku, zarówno dostawców, wykonawców usług, płatników i konsumentów do wniosku, że potrzebne są kluczowe zmiany w tym obszarze [2].

Amerykański system opieki zdrowotnej jest niewydajny, złożony i trudny do zrozumienia. Powstał jako hybryda ustępstw politycznych oraz gier lob-

bingowych wielkich korporacji ubezpieczeniowych, farmaceutycznych oraz produkujących sprzęt medyczny.

W 2010 r. prezydent Stanów Zjednoczonych Barack Obama podpisał dokument *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA – Obamacare), który reformować ma dogłębnie amerykański system opieki zdrowotnej. Jego głównymi celami są rozszerzenie dostępu do ubezpieczenia zdrowotnego, zagwarantowanie większego wyboru ubezpieczenia, lepsza kontrola kosztów zdrowotnych, zmiany w systemie dostarczania świadczeń medycznych [3]. Zmiany wchodzi w życie stopniowo od 1 października 2013 r. Zgodnie z reformą z dniem 1 stycznia 2014 roku, dotąd dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, stały

się obowiązkowe. Szacuje się, że bez ubezpieczenia zdrowotnego dotąd było około 16% ludności USA [4]. Reforma ma zapewnić większej liczbie obywateli dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej.

Celem artykułu jest przedstawienie złożoności systemu ubezpieczeń zdrowotnych w USA oraz zmian jakie wprowadza w nim Obamacare. Zanalizowane zostaną także wybrane skutki reformy w kontekście funkcjonowania ochrony zdrowia w USA. Artykuł wskaże także, że mimo zmian jakie wprowadza reforma PPACA nie poskutkuje ona rozwiązaniem największego amerykańskiego problemu i objęcia wszystkich obywateli ubezpieczeniem zdrowotnym.

Sytuacja przed wprowadzeniem reformy PPACA – Obamacare

Obywatele USA przed wprowadzeniem reformy mogli mieć następujący status: ubezpieczeni w ramach publicznego ubezpieczenia, ubezpieczeni w ramach ubezpieczeń prywatnych oraz nieubezpieczeni. Do podstawowych źródeł publicznego ubezpieczenia zdrowotnego w Stanach Zjednoczonych zaliczyć należy: Medicare, Medicaid oraz Children Health Insurance Program. Oprócz publicznych programów ubezpieczeniowych, w USA ważną rolę odgrywają prywatne ubezpieczenia zdrowotne, zarówno grupowe, jak i indywidualne.

Publiczne ubezpieczenie

Do podstawowych źródeł publicznego ubezpieczenia zdrowotnego w Stanach Zjednoczonych zaliczyć należy przede wszystkim: Medicare, Medicaid oraz Children Health Insurance Program.

Medicare

Medicare jest największym ubezpieczycielem zdrowotnym w USA. Jest to program przeznaczony dla osób powyżej 65 roku życia, osób poniżej 65 roku życia, ale cierpiących na określone formy niepełnosprawności, osób w każdym wieku cierpiących na schyłkową niewydolność nerek. Składa się on z trzech części:

- Część A – większość ubezpieczonych nie płaci za nią miesięcznych składek, gdyż jej koszt uwzględniony jest w podatkach danej osoby lub jej współmałżonka. Pokrywa leczenie w szpitalu, opiekę pielęgniarską (lecz nie długoterminową i nie w domach opieki), pobyt w hospicjach i niektóre formy domowej opieki zdrowotnej. Pacjenci muszą spełnić określone warunki, by móc korzystać z tej części.
- Część B – większość obywateli płaci za nią miesięczną składkę, która jest uzależniona od dochodu. Osoby o dochodach mniejszych niż 85 tys. USD

płaciły w 2013 roku 104,90 USD, osoby o wyższych dochodach płaciły od 146,90 do 335,70 USD. Ta część ubezpieczenia pomaga pokryć koszty leczenia ambulatoryjnego, koszty zajęć z fizjoterapeutą, terapeutą zajęciowym i niektóre koszty związane z opieką domową.

- Część D – większość osób płaci za nią miesięczną składkę. Jest ona uzależniona od dochodu. Osoby o dochodach mniejszych niż 85 tys. USD nie płaciły w 2013 roku nic poza składką wynikającą z ich planu. Osoby o wyższych dochodach za tę część płaciły od 11,60 USD do 66,60 USD oraz opłacały składkę wynikającą z planu. Jest to ubezpieczenie mające zapewnić pokrycie kosztów lub znaczne ich zredukowanie w przypadku zakupu leków na receptę (*Medicare Prescription Drug Coverage*). Program jest zaprojektowany, by ochronić ludzi przed wysokimi kosztami leków, które muszą stale przyjmować lub nieprzewidzianymi rachunkami za produkty lecznicze w przyszłości [5, 6].

Leczenie dla tych, którzy mają ubezpieczenie Medicare nie jest darmowe. Aby ubezpieczenie zaczęło pokrywać koszty leczenia, obywatele zobowiązani są do samodzielnego pokrycia pewnej kwoty – franszyzy redukcyjnej (*deductible*). Przyjęto roczne okresy rozliczeniowe. W części A w ciągu 2013 roku, obywatele musieli samodzielnie zapłacić 1184 USD. Po przekroczeniu tej kwoty ubezpieczenie całkowicie pokrywa koszty pobytu w szpitalu do 60 dnia. Po upływie dwóch miesięcy hospitalizacji rozpoczyna się okres współpłacenia pacjenta, które stopniowo zwiększa się, aż do pokrywania przez niego kosztów w całości. W przypadku części B kwota wstępna, którą trzeba pokryć to 147 USD, w przypadku części D wysokość tej kwoty zależy od wybranego przez ubezpieczonego planu [7].

Medicaid

Medicaid jest kolejnym źródłem ubezpieczenia zdrowotnego w USA. Zapewnia on ochronę osobom o niskich dochodach, dzieciom, kobietom w ciąży, osobom starszym, a także niepełnosprawnym. Programem objęta jest również opieka długoterminowa dla starszych lub niepełnosprawnych Amerykanów.

Poszczególne Stany wyznaczają własne kryteria kwalifikowania do programu, choć muszą one spełniać pewne minimalne, federalne wymagania. W wielu Stanach, w ostatnich latach, poszerzono kryteria federalne, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci. Kryteria są często oparte o Federalną Linie Ubóstwa (*Federal Poverty Level*), która jest co roku zmieniana. W 2013 roku dla rodziny złożonej z 4 osób, linia ta została określona na poziomie 23 550 USD.

Poszczególne Stany są indywidualnie odpowiedzialne za ustanawianie zasad i administrowanie pro-

gramem. Decydują o rodzaju, ilości i celu udzielanych usług w ramach pewnych zasad ustalonych federalnie – muszą zapewnić obligatoryjne usługi i wybierać spośród dodatkowych. Medicaid pozwala Stanom zarządzać sprawami dotyczącymi leków na receptę. By zachęcić do używania tańszych leków generycznych, poszczególne Stany mogą wprowadzać różne metody współpłacenia za tego typu medykamenty lub ustalić listy preferowanych leków [8]. Medicaid i Medicare ubezpieczają wspólnie prawie 1/4 Amerykanów [9].

Children Health Insurance Program (CHIP)

Children Health Insurance Program (CHIP) to program ubezpieczeniowy skierowany do dzieci z rodzin, które mają zbyt wysoki dochód, by kwalifikować się do Medicaid, ale nie mogących sobie pozwolić na prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Podobnie jak Medicaid, CHIP jest administrowany przez poszczególne Stany, ale wspólnie finansowany przez nie i rząd federalny [10].

Inne programy publicznego ubezpieczenia

W USA, oprócz wymienionych publicznych programów ubezpieczeniowych, występują także programy skierowane specjalnie do żołnierzy i weteranów wojennych oraz Indian. Niektóre Stany mają własne, dodatkowe programy dla osób o niskich dochodach [10].

Prywatne ubezpieczenie

Oprócz publicznych programów ubezpieczeniowych, w USA ważną rolę odgrywają prywatne ubezpieczenia zdrowotne, zarówno grupowe, jak i indywidualne.

Ubezpieczenie grupowe współpłacone przez pracodawcę

Większość programów prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego (54,9%) jest częściowo sponsorowanych przez pracodawcę [11]. Zazwyczaj plany ubezpieczenia zdrowotnego fundowane przez przedsiębiorców są dla ubezpieczonych bardziej korzystne niż publiczne Medicare [12]. W przypadku tych ubezpieczeń, pracodawca ponosi większość kosztów ubezpieczenia zdrowotnego. W 2012 r. wyliczony koszt prywatnego rocznego ubezpieczenia zdrowotnego dla rodziny wynosił średnio 16 351 USD, z czego pracodawca ponosił koszt 11 786 USD (72,1%), zaś pracownik 4 565 USD (27,9%) [13]. Koszty, które ponosi pracownik zależą od rodzaju planu wybranego ubezpieczenia oraz od wynegocjowanych warunków z ubezpieczycielem, jakie posiada pracodawca.

Większość pracowników (78%) jest zobowiązana do pokrycia ustalonej z góry franszyzy redukcyjnej, zanim wykonane dla nich usługi zdrowotne zaczną

być refundowane. Przeciętnie pracownik musi zapłacić 1 135 USD. Po przekroczeniu tej kwoty ubezpieczenie zacznie pokrywać dalsze koszty świadczeń medycznych. Wysokość kwoty franszyzy zależy od planu jaki zostanie wybrany – można wybrać wysoką franszyzę redukcyjną i niższą całkowitą składkę lub odwrotnie. Dodatkowe koszty jakie ponosi ubezpieczony to opłata za wizytę u lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty – zazwyczaj w planie ubezpieczeniowym jest podana kwota jaką trzeba zapłacić przy każdej wizycie. Opłata ta jest stała i niezależna od franszyzy redukcyjnej [13].

Koszty tego typu ubezpieczenia zdrowotnego w USA w ostatnich latach wzrastają bardzo dynamicznie. Od 2003 do 2012 roku, koszt dla pracodawcy wzrósł o 80%, dla pracownika o 89%. W 2012 r. oferowało je 57% pracodawców [13].

Oprócz pracodawców, grupowe ubezpieczenia zapewnić mogą inne organizacje, na przykład uniwersytety swoim studentom, czy niektóre stowarzyszenia swoim członkom.

Indywidualne ubezpieczenie zdrowotne

Według danych *US Census Bureau*, w 2012 roku, 9,8% obywateli wykupiło swoje ubezpieczenie zdrowotne samodzielnie od ubezpieczyciela. Osoby decydujące się na takie ubezpieczenie to przede wszystkim: samozatrudniający się, studenci, emeryci – jeszcze nie w wieku, by korzystać z Medicare, bezrobotni, osoby zmieniające pracę, osoby zatrudnione, ale nie korzystające z ubezpieczenia oferowanego przez pracodawcę [14]. Osoby samozatrudniające się mogą odliczyć sobie koszt ubezpieczenia zdrowotnego od podatku. Pozostali ubezpieczeni nie mogą liczyć na znaczące ulgi związane z samodzielnym pokrywaniem kosztów ubezpieczenia [15].

Koszt indywidualnego ubezpieczenia zdrowotnego jest wyższy dla ubezpieczonego, niż koszt ubezpieczenia, które zapewnia pracodawca. Ogólnie jednak jego cena jest niższa. W 2012 r. średnia roczna składka za ubezpieczenie jednej osoby wynosiła 2 280 USD, natomiast dla rodziny 4 944 USD [16, 17]. Średnio franszyza redukcyjna przy indywidualnej polisie wynosiła 3 079 USD natomiast przy rodzinnej 4 079 USD. Większość osób wykupujących tego typu polisy kupuje je razem z ubezpieczeniem związanym z używaniem leków na receptę (88,1%) oraz leczeniem u kregarza (70,9%). Koszty takich planów zależą od wieku osoby, Stanu w którym mieszka. W niektórych Stanach koszty zależą także od stanu zdrowia ubezpieczonego [17].

Analizując koszty prywatnych ubezpieczeń indywidualnych i grupowych należy zastanowić się nad przyczynami powodującymi, iż ubezpieczenie

kupowane indywidualnie jest tańsze niż ubezpieczenie grupowe, sponsorowane przez pracodawcę. Jedną z przyczyn takiego zjawiska jest zakres świadczeń zdrowotnych oferowanych w ramach ubezpieczenia. Z reguły ubezpieczenia indywidualne oferują mniej rozległy zakres usług, których koszt jest pokrywany z ubezpieczenia. Za dodatkowe opcje (np. związane z macierzyństwem) ubezpieczony jest zobowiązany dopłacić. Polisy takie mogą nie pokrywać również kosztów leczenia chorób, na które cierpiał ubezpieczony przed podpisaniem polisy (choć zostaną wykryte już po jej podpisaniu). W większości Stanów, firmy ubezpieczeniowe mogą dodatkowo odmówić ubezpieczenia osób z poważnymi problemami zdrowotnymi (np. HIV czy AIDS). W przeciwieństwie do polis, które wykupuje pracodawca, przy zakupie polisy indywidualnej z reguły trzeba wypełnić kartę informacyjną o stanie zdrowia [18].

Dodatkowo, w ubezpieczeniu grupowym najczęściej występuje wyższy poziom franszyzy redukcyjnej oraz współpłacenia (*cost-sharing*, opłata, którą pokrywa pacjent bezpośrednio u lekarza w czasie usługi). Taka forma ubezpieczenia jest standardowym kontraktem handlowym zawartym pomiędzy ubezpieczonym a firmą. Pacjent płaci składki, a firma w razie potrzeby zwraca koszty leczenia, zgodnie z umową którą zawarli.

Nieubezpieczeni

W 2012 r. ponad 47 milionów Amerykanów nie miało ubezpieczenia zdrowotnego [4]. Głównym powodem takiej sytuacji są przyczyny ekonomiczne. Wielu osób nie stać na samodzielne wykupienie ubezpieczenia, a pracodawcy zgodnie z prawem nie mają obowiązku zapewnienia ubezpieczenia pracownikom. Ubezpieczenie publiczne nie przysługuje wszystkim, którzy by go potrzebowali. Liczba osób nieubezpieczonych wzrasta w okresach kryzysów i recesji, wtedy bowiem wiele osób traci pracę i samodzielnie nie wykupuje ubezpieczenia.

Ponad 63% nieubezpieczonych rodzin ma wśród swoich członków osobę pracującą na pełny etat, dodatkowo 16% ma osobę pracującą na część etatu. Są to rodziny z niskim dochodem, jednak przekraczającym linię ubóstwa. Dziewięć na dziesięć rodzin nieubezpieczonych posiada na cztery osoby przychód mniejszy niż 400% linii ubóstwa. Najmniej liczną grupę nieubezpieczonych osób stanowią dzieci, jako że obejmuje je w większości publiczny program ubezpieczeniowy CHIP (*Children Health Insurance Program*). Najliczniejszą grupę nieubezpieczonych stanowią młodzi dorośli (27,4%) [13].

Ludzie bez ubezpieczenia zdrowotnego mają ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej, często muszą zmagać się z sytuacjami, w których nie stać ich na usługi medyczne. Badania wskazują, że obywatele

bez ubezpieczenia rzadziej otrzymują porady lekarskie i rzadziej od ubezpieczonych wykonują badania profilaktyczne. Są bardziej narażeni na leczenie w szpitalu ze względu na brak profilaktyki lub brak konsultacji medycznej we właściwym czasie. Częściej cierpią także na depresję i stres. Współczynnik śmiertelności osób nieubezpieczonych w USA jest istotnie wyższy niż ubezpieczonych [4].

Liczebność grup osób nieubezpieczonych bardzo różni się między poszczególnymi Stanami. Najwięcej osób nieubezpieczonych jest w Texasie (24%), Nevada (22%) i Nowym Meksyku (21%). Najmniej w Massachusetts (4%) i na Hawajach (8%) [19]. W 2006 r. reforma zdrowotna przeprowadzona w Massachusetts rozszerzyła ubezpieczenie na prawie wszystkich obywateli tego Stanu [20].

Ośmiu na dziesięciu nieubezpieczonych to legalni obywatele USA, 19,7% to osoby nie posiadające obywatelstwa. Zarówno nielegalnym, jak i legalnym imigrantom przebywającym na terenie Stanów Zjednoczonych, przez mniej niż 5 lat, nie należy się dostęp do publicznego ubezpieczenia zdrowotnego [4].

Świadczeniodawcy usług zdrowotnych sami decydują, czy udostępnią oferowane usługi osobom nieubezpieczonym. Jedynie podmioty świadczące usługi w formie tzw. ostrych dyżurów są zobowiązane przez prawo federalne do udzielania świadczeń zdrowotnych wszystkim osobom potrzebującym pomocy. Mimo takiej konstrukcji przepisów prawa, nieubezpieczeni nie korzystają częściej z ostrych dyżurów niż ubezpieczeni. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest wyższy koszt usługi w ramach ostrego dyżuru niż koszt prywatnej wizyty u lekarza. Usługa w ramach ostrego dyżuru nie stanowi więc dla nieubezpieczonych alternatywy dla usług podstawowej opieki zdrowotnej [21].

Typy ubezpieczenia zdrowotnego w USA

W USA ubezpieczenia zdrowotne są oferowane przez kilka tysięcy agencji ubezpieczeniowych [22]. Proponują one różne plany ubezpieczeniowe, o różnym poziomie cen. Zazwyczaj plany te różnią się między sobą:

- franszyzą redukcyjną (*deductible*) – kwotą, którą ubezpieczony musi zapłacić samodzielnie za świadczone usługi medyczne zanim ubezpieczenie zacznie pokrywać koszty leczenia,
- współubezpieczeniem (*co-insurance*) – ustala się procentowy rozdział wydatków na usługę medyczną pomiędzy pacjentem a firmą ubezpieczeniową. Przykładowo w planie 80-20, firma ubezpieczeniowa pokrywa 80% a pacjent 20% kosztów świadczenia zdrowotnego,
- współpłacaniem (*co-payment*) – jest to z góry ustalona kwota pieniędzy, którą pacjent płaci korzystając z usług określonego specjalisty, np. 10\$ za każdą wi-

zytę u lekarza rodzinnego bez względu na całkowity koszt wizyty. Współubezpieczenie i współpłacenie mają zazwyczaj swój limit, nazywany limitem płatnym z własnej kieszeni (*out-of-pocket limit*),

- okresem karencji (*waiting period*) – jest to długość czasu, po którym polisa zostaje uruchamiana. Przed upływem określonego terminu, wydatki na świadczenia zdrowotne nie są zwracane – np. zachorowanie na raka wykryte przed upływem 6 miesięcy od rozpoczęcia polisy nie będzie leczone na koszt ubezpieczyciela,
- pokrywaniem leczenia schorzeń, na które cierpiał chory przed rozpoczęciem polisy (*pre-existing condition*),
- oferowanym planem płacenia za opiekę medyczną.

Wyróżnić należy kilka rodzajów planów. Najbardziej zbliżonym do tradycyjnego wzorca płacenia za opiekę medyczną jest plan ubezpieczeniowy nazywany *Fee-for-service* – FFS. W planie tym ubezpieczony może korzystać z usług medycznych oferowanych przez każdą przychodnię, dowolnego lekarza, wybranej przez pacjenta apteki, a kosztami dzieli się z firmą ubezpieczeniową zazwyczaj w proporcji 20% pacjent, 80% ubezpieczyciel. Plany takie mają najczęściej wysokie składki, wysoką franszyzę redukcyjną i duże ryzyko wysokich wydatków z własnej kieszeni [23].

Obecna w amerykańskim systemie ubezpieczeniowym idea zintegrowanej opieki medycznej (*managed care*) pełni niezwykle istotną rolę w kształtowaniu relacji między świadczeniodawcami, pacjentem a ubezpieczycielem. Intencją tej idei jest zastąpienie tradycyjnych opłat za wykonaną usługę bardziej dogodną opcją, w której pacjent może korzystać z szerokiego dostępu do świadczeń zdrowotnych, jeżeli zgodzi się na pewne ograniczenia w tym dostępie – np. korzystanie z usług medycznych tylko w ramach jednej sieci organizacji [24].

Najbardziej popularnym i najtańszym planem ubezpieczeniowym w ramach zintegrowanej opieki medycznej jest *Health Maintenance Organization* – HMO. Działający w ramach HMO lekarze mogą przyjmować pacjentów w jednym miejscu, ale mogą mieć także prywatne gabinety w różnych częściach miasta, do których chorzy muszą dojechać. HMO wymaga od ubezpieczonego, by wybrał swojego lekarza pierwszego kontaktu, który będzie kierował go do lekarzy specjalistów. Ubezpieczonemu zwracany jest jedynie koszt za korzystanie z usług medycznych w ramach sieci. Gdy skorzysta z usług lekarza spoza niej, wtedy będzie musiał samodzielnie zapłacić całą należność za usługę medyczną. Zaletami tego planu są: niska cena, duża dostępność usług dodatkowych, niewielka biurokracja. Wadą jego jest brak szybkiego działania na wypadek ciężkiej, rzadkiej choroby, którą

trzeba szybko zacząć leczyć w placówce poza siecią. W takiej sytuacji procedury umożliwienia dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych trwają długo, a czasami można spotkać się z odmową świadczenia usługi [23].

Inną formą planu ubezpieczeniowego związanego ze zintegrowaną opieką zdrowotną jest *Preferred Provider Organization* – PPO. Łączy on w sobie FFS i HMO. Zgodnie z planem, ubezpieczony może odwiedzać każdego lekarza z sieci PPO, ale za każdym razem korzystania ze świadczeń zdrowotnych konieczne jest współpłacenie. Mimo posiadania lekarza pierwszego kontaktu, pacjent sam wybiera, którego lekarza specjalistę chce w ramach sieci odwiedzić i skorzystać z jego usług. Lekarz pierwszego kontaktu nie kieruje pacjentów do lekarzy specjalistów. Jeżeli ubezpieczony chce skorzystać z usługi medycznej świadczonej poza siecią, wówczas PPO pokryje koszt usługi medycznej w niewielkiej jedynie części. Analizując konkurencyjność cenową planów ubezpieczeniowych należy stwierdzić, iż PPO z reguły kosztują więcej niż HMO, ale mniej niż FFS [23].

Innym planem w ramach zintegrowanej opieki zdrowotnej jest *Point of Service* – POS, który łączy cechy HMO i PPO. Ubezpieczony jest zobowiązany do wyboru lekarza pierwszego kontaktu, zazwyczaj też musi dostać od niego skierowanie, by udać się do specjalisty. Gdy chory chce skorzystać ze świadczeń zdrowotnych oferowanych poza siecią, musi posiadać skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu i za taką usługę ponosi znaczną część opłaty. POS są droższe niż HMO, ale tańsze niż PPO [23].

Exclusive Provider Organization (EPO) – jest to rodzaj planu, który jest korzystny dla pacjentów decydujących się na korzystanie z usług określonej przez ubezpieczyciela sieci. Zazwyczaj dostawcy tych usług muszą podpisać umowę o wyłączności – to znaczy, że nie mogą wchodzić w skład innych sieci. Najczęściej są wynagradzani za wykonaną usługę. Pacjenci są zobligowani do wyboru lekarza pierwszego kontaktu, który koordynuje ich dostęp do innych usług zdrowotnych, np. wypisuje skierowania do specjalistów [24].

Reforma systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych – Patient Protection and Affordable Care Act

System ubezpieczeń zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych jest niezwykle skomplikowany. Obywatele USA często mają problemy z wyborem najwłaściwszego i najtańszego dla siebie planu ubezpieczeniowego. Podpisany w 2010 roku przez Prezydenta Stanów Zjednoczonych Baracka Obamę dokument *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA – Obamacare) ma na celu wprowadzenie

dogłębnych reform amerykańskiego systemu ochrony zdrowia. Jego głównymi celami są rozszerzenie dostępu do ubezpieczenia zdrowotnego, zagwarantowanie większego wyboru ubezpieczenia, większa kontrola kosztów zdrowotnych, polepszenie zdrowia i systemu dostarczania usług zdrowotnych [3].

Analizując wpływ reformy na największą grupę Amerykanów (ubezpieczonych przez pracodawcę – około 50% wszystkich ubezpieczonych w USA) należy stwierdzić, iż dla tej grupy obywateli reforma nie zakłada kluczowych zmian. Zatrzymają oni istniejące ubezpieczenie [25]. Dzięki PPACA będą mieli pewne dodatkowe przywileje [26]:

- Dzieci ubezpieczonych będą mogły korzystać z ich ubezpieczenia aż do 26 roku życia.
- Plany ubezpieczeniowe będą musiały pokrywać także opiekę prewencyjną.
- Firmy ubezpieczeniowe nie będą mogły wyznaczać limitu rocznego wydatków (ani limitu, który można wydać w ciągu życia) na opiekę zdrowotną, który mógłby pozostawić ubezpieczonych bez środków na leczenie w przypadku poważnej choroby.
- Ubezpieczyciele nie będą mogli wykluczać nikogo z ubezpieczenia ze względu na istniejące wcześniej problemy zdrowotne.
- Ubezpieczyciele zobowiązani będą do zmniejszenia franszyzy redukcyjnej i współpłacenia. Od 2015 roku największa kwota jaką trzeba będzie zapłacić z własnej kieszeni to 6 350 USD za osobę rocznie.
- Od 2014 roku pracodawcy nie będą mogli także oferować podstawowego pakietu opieki zdrowotnej, polegającego na opłaceniu jedynie wizyt u lekarza pierwszego kontaktu, a nie opłaceniu specjalistycznego leczenia w przypadku pobytu w szpitalu, czy leczenia bardziej skomplikowanej choroby.

Prawo będzie także zachęcać pracodawców do ubezpieczania pracowników. Zgodnie z reformą wymaga się od pracodawców, którzy zatrudniają 50 pracowników lub więcej, by obowiązkowo ubezpieczali zatrudnionych na pełen etat pracowników, pod groźbą kary grzywny. Zapis ten wywoływał wiele emocji i dyskusji wśród nisko opłacanych pracowników w USA. Obawiali się oni, że pracodawcy, chcąc uniknąć opłacania ubezpieczenia zdrowotnego, mogą zmniejszyć im wymiar czasu pracy [27]. Małe przedsiębiorstwa, zatrudniające poniżej 50 pracowników, zgodnie z ustawą, nie mają obowiązku zapewnienia ubezpieczenia zdrowotnego dla swoich pracowników. Niemniej jednak ustawa przewiduje znaczne ulgi podatkowe dla pracodawców z tego tytułu [26].

Zgodnie z prognozami, po wprowadzeniu reformy, około jedna trzecia ubezpieczonych w najbliższym czasie będzie korzystać z programów Medicare i Medicaid. [25]. Oba źródła publicznego ubezpieczenia zdrowotnego przeszły liczne zmiany w ostatnich latach.

Medicare rozpoczął aktywne działania na rzecz seniorów, m.in. pomagając w zakupie leków na receptę i rozszerzając dostępną dla nich opiekę prewencyjną. Obamacare zmieni również dostępność do Medicaid. Z tego typu ubezpieczenia będą mogły również korzystać osoby dorosłe nie posiadające dzieci, jeżeli ich dochód nie przekroczy 16 000 USD rocznie. Podkreślić należy jednak, iż rozszerzenie dostępu do Medicaid nie dotyczy wszystkich Stanów. Zgodnie z decyzją Sądu Najwyższego, gubernatorzy i ustawodawcy z każdego Stanu mogą suwerennie decydować o takim rozszerzeniu [25].

Obywatele, których nie stać na zakup ubezpieczenia zdrowotnego oferowanego przez pracodawcę, mogą nabyć polisę zdrowotną samodzielnie. Przewiduje się, iż około jedna dziesiąta Amerykanów zapewni sobie tego typu ubezpieczenie [25]. W każdym ze Stanów istnieją oddzielne rynki, na których firmy ubezpieczeniowe rywalizują o klientów. Są one poddawane systematycznej kontroli. Zgodnie z reformą są one zobowiązane do sprzedaży ubezpieczenia wszystkim obywatelom, nawet osobom chorym. Ceny dla kobiet i mężczyzn będą takie same, młodzi ludzie będą płacić więcej, starsi mniej – na zasadzie solidarności międzypokoleniowej, a nie jak dotąd, na zasadzie prognozowanego zapotrzebowania.

Plany ubezpieczeniowe na rynkach ubezpieczeń zdrowotnych oferowane są w ramach czterech poziomów: brązowy, srebrny, złoty i platynowy. Poziomy różni się między sobą zakresem usług, których koszt pokrywany jest w ramach ubezpieczenia, wysokością franszyzy redukcyjnej i wysokością innych wydatków, które ubezpieczeni są zobowiązani pokryć z własnej kieszeni. Osoby do 30 roku życia mogą także nabyć tzw. pakiet „katastroficzny”, charakteryzujący się relatywnie niskimi składkami, ale wymagający większego zaangażowania finansowego ze strony ubezpieczonego, zanim ubezpieczenie zacznie pokrywać koszty leczenia [28].

Zależnie od dochodów, ubezpieczeni mogą starać się o ulgi. Przykładowo należeć się one będą osobom, które mają roczny dochód na jedną osobę pomiędzy 11 500 USD a 46 000 USD. Wsparcie to pomoże zredukować składkę ubezpieczeniową i zmniejszyć koszty pokrywane indywidualnie [28].

Reforma stwarza dość szerokie możliwości dla osób dotychczas nieubezpieczonych. Zgodnie z postanowieniami *Patient Protection and Affordable Care Act* więcej osób będzie ubezpieczonych przez pracodawcę, a także więcej osób kwalifikować się będzie do Medicaid. Osoby, które nie kwalifikują się do ubezpieczenia zdrowotnego wymienionymi sposobami będą mogły zakupić je samodzielnie na rynku ubezpieczeń zdrowotnych. Niestety szacunkowe prognozy sugerują również, że mimo reformy, około 30 milionów Ame-

rykanów nadal może nie mieć żadnego ubezpieczenia zdrowotnego [25]. W ustawie przewidziano kary za brak takiego ubezpieczenia. Minimalna kara w 2014 r. będzie wynosiła 95 USD, ale może ona osiągnąć nawet tysiąc dolarów – zależnie od dochodu.

Obamacare przewiduje specjalne przywileje dla kobiet. Zgodnie z reformą, rozszerzono pakiet usług medycznych związanych z kobiecym zdrowiem, które obligatoryjnie muszą być oferowane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego [29]. Zaproponowano, iż:

- Ubezpieczyciele nie będą mogli odmówić sprzedaży ubezpieczenia kobiecie w ciąży lub tym kobietom, u których została zdiagnozowana depresja lub doświadczającym domowej przemocy.
- Ubezpieczenia dla kobiet mają być dostępne w takiej samej cenie jak dla mężczyzn, nie można dywersyfikować cen ubezpieczeń zdrowotnych ze względu na płeć.
- Ubezpieczenia będą także pokrywać działania prewencyjne, takie jak mammografię czy szczepienie przeciwko HPV.
- Nowe plany prywatnych ubezpieczeń w większości będą także pokrywać wszystkie formy antykoncepcji. Będą one również dostępne w ramach Medicaid.
- Obamacare wymaga także, aby ubezpieczenia zakupione indywidualnie i na stanowych rynkach zdrowotnych pokrywały koszty związane z macierzyństwem, takie jak – urodzenie dziecka, wizyty prenatalne i związane z opieką nad niemowlęciem. Podkreślić należy, iż większość planów dotychczas zapewnianych przez pracodawców spełniała już wymagania związane z pokrywaniem wydatków zdrowotnych związanych z macierzyństwem. Po wprowadzeniu reformy będą one musiały zapewnić także wizyty prenatalne, badania przesiewowe, wypożyczenie odciągacza pokarmu, konsultacje laktacyjne. Również wszystkie stanowe programy Medicaid pokryją koszty związane z macierzyństwem, ale konkretne usługi mogą się różnić ze względu na Stan.
- Wiele prywatnych planów ubezpieczeniowych będzie także pokrywało koszty związane z aborcją. Niektóre Stany zabraniają jednak planom pokrywania tego typu świadczeń medycznych. Medicaid zazwyczaj limituje pokrywanie kosztów związanych z aborcją do ciąży będących efektem gwałtu lub kazirodztwa, bądź gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia kobiety.

Reforma PPACA nie spowoduje obniżenia cen ubezpieczenia zdrowotnego. Niektórzy obywatele, spełniający kryteria dochodowe, mogący liczyć na wsparcie federalne będą płacić mniej, jednak znaczna część ubezpieczonych będzie zmuszona zapłacić wyższą cenę za ubezpieczenie zdrowotne. Otrzymają oni

jednak zdecydowanie lepsze i zapewniające większe bezpieczeństwo zdrowotne ubezpieczenie [25].

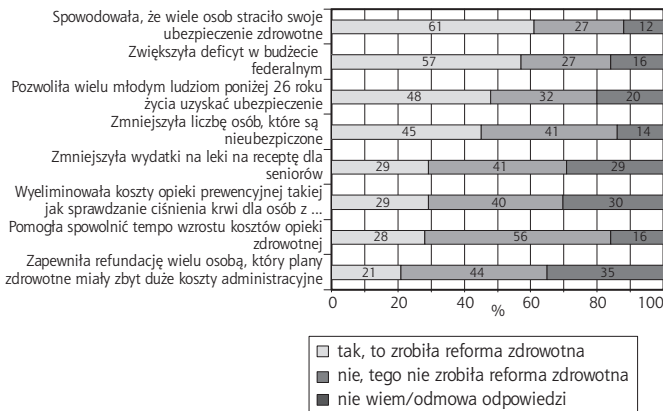
W wyniku reformy zdrowotnej w USA więcej osób będzie objętych ubezpieczeniem zdrowotnym. Fundusze na jego finansowanie będą pochodziły głównie z opodatkowania przemysłów związanych z usługami zdrowotnymi. Drugie źródło finansowania, pozwalające na zwiększenie liczby ubezpieczonych to wyższe opłaty w ramach Medicare dla części obywateli o najwyższych dochodach. Również placówki medyczne i firmy ubezpieczeniowe, które udzielają usług w ramach Medicare otrzymają niższe wynagrodzenie za świadczenia zdrowotne [25].

Z punktu widzenia firm ubezpieczeniowych powodzenie reformy będzie zależało od tego, ile osób młodych i zdrowych wykupi polisy ubezpieczeniowe. Zrekompensują one ryzyko obowiązkowego ubezpieczenia osób schorowanych i w podeszłym wieku. Jeśli okaże się, że liczba osób zdrowych jest niewystarczająca, firmy najprawdopodobniej podniosą ceny ubezpieczenia.

Badania wykazują, iż Amerykanie sceptycznie podchodzą do założeń reformy. Obamacare jest ustawą budzącą wiele kontrowersji i emocji w USA. Niewielu Amerykanów kwestionuje potrzebę reform amerykańskiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, wielu jednak uważa, że reforma została nieprawidłowo przygotowana. Zarzuca się również, iż nowy system opieki zdrowotnej jest za drogi, mocno ogranicza wolności osobiste i religijne obywateli oraz zniechęca pracodawców do oferowania ubezpieczeń grupowych i do zatrudniania pracowników na pełny etat.

W badaniu telefonicznym przeprowadzonym przez *The Henry Kasier Family Foundation* w grudniu 2013 r. na reprezentatywnej próbie Amerykanów okazało się, że więcej osób negatywnie ocenia reformę (48%) niż pozytywnie (34%). Postrzegane przez obywateli USA konsekwencje reformy PPACA przedstawiono na rycinie 1.

Dużą rolę w krytyce przedstawionej reformy odegrały media. Powszechnie prezentowano w nich atak na proponowane zmiany, głównie za sprawą źle działającej strony internetowej *healthcare.gov*, gdzie Amerykanie mieli możliwość sprawdzenia swojej zdolności do ulg i mogli zakupić polisę ubezpieczeniową [31]. Przedstawiano także wątpliwości i obawy dotyczące odpowiedniej liczby lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w związku ze znacznym powiększeniem liczby osób posiadających ubezpieczenie. Sytuacja taka wystąpiła w Massachusetts, gdzie reformę dostępu do opieki zdrowotnej przeprowadzono już w 2006 r. Jednym ze sposobów na pokonanie tego problemu było stworzenie systemu zachęcającego studentów medycyny do wyboru przyszłej kariery w podstawowej opiece zdrowotnej [32].



Ryc. 1. Pozytywne i negatywne konsekwencje reformy zdrowotnej PPACA

Fig. 1. Positive and negative effects of PPACA health reform

Źródło: Kaiser Health Tracking Poll: December 2013. The Henry Kaiser Family Foundation 2013. <http://kff.org/health-reform/poll-finding/kaiser-health-tracking-poll-december-2013/> (dostęp 16.05.2013)

Zakończenie

Dokument *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA – Obamacare) to akt prawny mający na celu poprawę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w USA, by był on tańszy i sprawniejszy. Jest to trudne, bowiem system zdrowotny w Stanach nie podlega centralnemu zarządzaniu i istnieją tam rozmaite mechanizmy finansowania, ubezpieczenia i dostarczania usług. Większość szpitali jest prywatna i niezależna od rządu [33].

Piśmiennictwo / References

- Murray CJ, Lauer JA, Evans DB. Measuring Overall Health System Performance for 191 Countries. World Health Organization 2001. <http://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf> (05.05.2014).
- Sadeghi S, Barzi A, Mikhail O, Shabot MM. Integrating Quality And Strategy In Health Care Organizations. Jones & Bartlett, Burlington 2013.
- Focus on Health Reform. Summary of the Affordable Care Act. The Henry Kaiser Family Foundation 2011. <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2011/04/8061-021.pdf> (16.05.2014).
- Key Facts about the Uninsured Population. The Henry Kaiser Family Foundation 2013. <http://kff.org/uninsured/fact-sheet/key-facts-about-the-uninsured-population/> (16.05.2014).
- Medicare Program – General Information. Medicare 2013. <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/MedicareGenInfo/index.html> (16.05.2014).
- Medicare Premiums and Deductibles for 2013-2014. Medicare 2013. <http://www.medicare.com/medicare-coverage-basics/medicare-premiums-and-deductibles-for-2013-2014.html> (16.05.2014).
- Medicare 2013 & 2014 costs at a glance. Medicare 2013. <http://www.medicare.gov/your-medicare-costs/costs-at-a-glance/costs-at-a-glance.html#collapse-4811> (16.05.2014).
- Medicaid Information by Topic. Medicaid 2013. <http://www.medicare.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/By-Topic.html> (16.05.2014).
- U.S. Department of Health & Human Services. Official web site. U.S. Department of Health & Human Services 2013. <http://www.hhs.gov> (16.05.2014).
- Children's Health Insurance Program. Medicaid 2013. <http://www.medicare.gov/CHIP/CHIP-Program-Information.html> (16.05.2014).
- DeNavas-Walt C, Proctor B, Smith J. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States 2012. U.S. Census Bureau 2013.
- McArdle F, Stark I, Levinson Z, Neuman T. How Does the Benefit Value of Medicare Compare to the Benefit Value of Typical Large Employer Plans?: A 2012 Update. The Kaiser Family Foundation, USA 2012.
- Employer Health Benefits Survey. Summary of Findings. The Henry Kaiser Family Foundation 2013. <http://kff.org/report-section/2013-summary-of-findings/> (16.05.2014).
- Deloitte Center for Health Solutions. The Impact of Health Reform on the Individual Insurance Market. A strategic assesment. Deloitte Center for Health Solutions, Washington 2011.

Akt nie jest jednak tak reformatorski, jak wielu się wydaje, bowiem wprowadzenie dalekosiężnych zmian wywołałyby burzę polityczną i powszechne niezadowolone. Choć zmiany dają obywatelom wiele nowych przywilejów, to jednak nie rozwiązują największych problemów. Reforma jest powszechnie krytykowana przez amerykańskich obywateli, media i polityków.

Jednym z podstawowych celów reformy było objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym obywateli, którzy z różnych powodów go nie mieli. Większość z nich nie posiadała ubezpieczenia z przyczyn finansowych, a nie kwalifikowali się do ubezpieczenia w ramach Medicaid. Część osób (osoby chore) nie mogła zakupić ubezpieczenia zdrowotnego ze względu na tzw. schorzenia, na które cierpiał chory przed rozpoczęciem polisy (*pre-existing conditions*). Niektórzy Amerykanie nie widzieli potrzeby zakupu ubezpieczenia. Z chwilą wejścia PPACA (1 stycznia 2014 roku), ludzie o najniższych dochodach mogą kupować subsydiowane polisy, dla chorych stworzony został dostęp do ubezpieczenia bez względu na stan zdrowia, a ci obywatele, którzy nie chcieli wykupić ubezpieczenia z innych względów, zostali do tego prawnie zobligowani. Jednak wielu osobom nadal będzie bardziej opłacało się, zapłacić karę za nieposiadanie ubezpieczenia zdrowotnego niż je wykupić. Minimalna kara w 2014 roku to 95 USD, lecz jej wysokość jest uzależniona od dochodów i może wynieść nawet 1000 USD. Szacunki mówią, że nawet 30 milionów Amerykanów, mimo reformy, może nadal nie mieć ubezpieczenia zdrowotnego [25].

15. Update on Individual Health Insurance. The Henry Kaiser Family Foundation 2004. <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/update-on-individual-health-insurance.pdf> (16.05.2014).
16. Merhar C. Why Individual Health Insurance is More Affordable Than Group Health Insurance. Zanebenefits 2013. <http://www.zanebenefits.com/blog/bid/322844/Why-Individual-Health-Insurance-is-More-Affordable-Than-Group-Health-Insurance> (16.05.2014).
17. eHealth. The Cost and Benefits of Individual & Family Health Insurance Plans. Listopad 2012. http://news.ehealthinsurance.com/_ir/68/20125/eHealth_Cost_and_Benefits_of_Individual_and_Family_Health_Insurance_2012.pdf (16.05.2014).
18. Cutomer Guide to Indyvidual Health Insurance. National Association of Health Underwriters 2012. <http://www.nahu.org/consumer/IndividualInsurance.cfm> (16.05.2014).
19. Health Insurance Coverage of the Total Population. The Henry Kaiser Family Foundation 2013. <http://kff.org/other/state-indicator/total-population/> (16.05.2014).
20. Bodenheimer T, Pham, H H. Primary care: current problems and proposed solutions. *Health Aff* 2010, 29(5): 799-805.
21. Newton MF, Keirns CC, Cunningham R, Hayward RA, Stanley R. Uninsured adults presenting to US emergency departments. *JAMA* 2008, 300(16): 1914-1924.
22. Simmers L, Simmers-Nartker K, Simmers-Kobelak S. *Diversified Health Occupations*. Delamar Cengage Learning, New York 2009.
23. Crews T. *Fundamentals of Insurance*. South-Western Cengage Learning, Mason 2009.
24. Green M, Rowell J. *Understanding Health Insurance: A Guide to Billing and Reimbursement*. Delmar Centage Learning, NY 2011.
25. The YouToons Get Redy for Affordable Care Act. The Henry Kaiser Farmily Foundation 2013. <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/07/transcript-kaiser-family-foundation-youtoons-get-ready-for-the-affordable-care-act-071713.pdf> (16.05.2014).
26. Obamacare and You: If You Have Job-Based Coverage. The Henry Kaiser Family Foundation 2013. <http://kff.org/health-reform/fact-sheet/obamacare-and-you-if-you-have-job-based-coverage/> (16.05.2014).
27. McVeigh K. US employers slashing worker hours to avoid Obamacare insurance mandate. *The Guardian* 2013. <http://www.theguardian.com/world/2013/sep/30/us-employers-slash-hours-avoid-obamacare> (16.05.2014).
28. Obamacare and You: If You Are Uninsured. The Henry Kaiser Family Foundation 2013. <http://kff.org/health-reform/fact-sheet/obamacare-you-if-you-are-uninsured/> (16.05.2014).
29. Obamacare and You: If You Are a Woman. The Henry Kaiser Family Foundation 2013. <http://kff.org/health-reform/fact-sheet/obamacare-and-you-if-you-are-a-woman/> (16.05.2014).
30. The Henry Keiser Family Foundation. (2013i). *Kaiser Health Tracking Poll: December 2013*. <http://kff.org/health-reform/poll-finding/kaiser-health-tracking-poll-december-2013/> (16.05.2014).
31. Cornwell S, Morgan D. Obamacare website gets new tech experts; oversight pressure grows. *Reuters* 2013. <http://www.reuters.com/article/2013/10/31/us-usa-healthcare-surge-idUSBRE99U16R20131031> (16.05.2014).
32. Long S. What Is the Evidence on Health Reform in Massachusetts and How Might the Lessons from Massachusetts Apply to National Health Reform? *Urban Institute* 2010. <http://www.urban.org/uploadedpdf/412118-massachusetts-national-health-reform.pdf>
33. Shi L, Singh DA. *Essentials of the United States health care system*. Jones & Bartlett, Burlington 2012.