

Marta Majorek

EWOLUCJA AMERYKAŃSKIEGO SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ - STAN OBECNY I PERSPEKTYWY

System opieki zdrowotnej funkcjonujący w Stanach Zjednoczonych jest niemal całkowicie odmienny od funkcjonujących obecnie na starym kontynencie, szczególnie w krajach członkowskich Unii Europejskiej. Rozwiązania oparte na modelach systemów opieki zdrowotnej Bismarcka czy Beveridge'a w żadnej mierze nie odpowiadają zasadom przyjętym w „modelu X”, znanym także pod nazwą rezydualnego modelu zabezpieczenia zdrowotnego¹. Ochrona zdrowia w Stanach Zjednoczonych nie jest w zasadzie podporządkowana jakimkolwiek unormowaniom uwzględniającym odpowiedzialność państwa w tym zakresie. Tak drastyczne ograniczenie roli państwa pociąga więc za sobą konieczność przesunięcia punktu ciężkości na odpowiedzialność indywidualną, jednostkową. Jednostka ma podówczas pełną swobodę w organizowaniu opieki zdrowotnej, ponosi tak zwane ryzyko zdrowotne, ma bowiem prawo do swobodnego decydowania o tym, jaką część swych dochodów przeznaczy na ubezpieczenie zdrowotne i, co więcej, czy przeznaczy nań jakiekolwiek środki finansowe. W Stanach Zjednoczonych ma się zatem do czynienia z brakiem koszyka świadczeń, który przysługiwałby

¹ C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź–Kraków–Warszawa 1996, s. 318.

jednostce przez wzgląd na posiadane obywatelstwo lub partycypację w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego².

W obliczu takiego kształtu systemu opieki zdrowotnej można nawet pokusić się o stwierdzenie, że w rzeczywistości, przynajmniej do lat 90. ubiegłego stulecia, nie można mówić o istnieniu systemu zabezpieczenia zdrowotnego. Co prawda w ogólnym systemie zabezpieczenia społecznego funkcjonowały (i nadal funkcjonują) pakiety opieki zdrowotnej, wprowadzone w 1966 r. przez demokratów za prezydentury Lyndona Johnsona³, jednakże w żaden sposób nie zaspokajają one wymogu powszechności. Implikuje to fakt pozostawiania kilkudziesięciu milionów Amerykanów poza jakimkolwiek systemem zabezpieczenia zdrowotnego, co wzmaga przekonanie, że mimo wysokich wydatków na świadczenia zdrowotne, efektywność funkcjonującego systemu pozostawia wiele do życzenia. Niepokoić może zwłaszcza średnia życia populacji amerykańskiej, która plasuje się poniżej średniej krajów wysokorozwiniętych⁴, a także znacząco wyższe wydatki na opiekę zdrowotną w porównaniu z tymi krajami⁵.

Tego typu model, niosący za sobą tak wiele problemów, skłania do refleksji i obecnie staje się coraz ciekawszym polem analizy. Dzieje się tak zwłaszcza z powodu toczącej się właśnie debaty na ten temat, a także usilnych prób administracji Baracka Obamy, które mają na celu modyfikację i w pewnej mierze całkowitą zmianę istniejących dotychczas rozwiązań.

W niniejszym artykule przede wszystkim skrótkowo zaprezentowana zostanie ewolucja systemu opieki zdrowotnej w USA na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat, następnie omówione funkcjonujące tam rozwiązania, a na końcu przeanalizowane będą kwestie przeprowadzanej reformy i szanse jej powodzenia. Można spotkać się z twierdzeniem, że „przed ostatnią dekadą XX w., niewiele uwagi poświęcano zdrowiu, zapobieganiu chorobom, a także leczeniu schorzeń przewlekłych”⁶. Wiązało się to, i pewnej mierze nadal wiąże, z powszechnym rozumieniem definicji opieki medycznej, która w praktyce ograniczona została do modelu medycznego bądź biomedycznego⁷.

Model taki w sposób naturalny zakłada istnienie stanu chorobowego, odchylenia od normy, którą jest zdrowie. Stan taki wymaga zatem interwencji w celu postawienia diagnozy, a w dalszej kolejności podjęcia stosownych działań

² M. Dziubińska-Michalewicz, *Systemy ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych*, Wydział Analiz Ekonomicznych i Społecznych Kancelarii Sejmu, Warszawa 2004, nr 1052.

³ W. Rutkowski, *System opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych*, „Polityka Społeczna” 2007, nr 7, s. 17.

⁴ R. Lee, T. Miller, *An Approach to Forecasting Health Expenditures, with Application to the U.S. Medicare System*, „HSR: Health Services Research” 2002, Vol. 37, nr 5, s. 1365.

⁵ Zob.: *O efektywności amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej*, www.trystero.pl/archives/3659 (26.02.2010).

⁶ M. W. Raffel, N. K. Raffel, C. K. Barsukiewicz, *The U.S. Health System: Origins and Functions*, Albany 2002, s. 1.

⁷ L. Shi, D. A. Singh, *Delivering Health Care In America: A System Approach*, Sudbury–London 2007, s. 39.

terapeutycznych zwalczających objawy. Model medyczny skupia się na stanie odmiennym od stanu normalnego, definiuje zdrowie przez formułę negatywną, czyli jako brak chorób. Stanem optymalnym będzie więc stan, w którym jednostka jest wolna od jakichkolwiek objawów i nie wymaga leczenia⁸. Opieka zdrowotna czy też system opieki zdrowotnej w rozumieniu bardziej złożonym okazuje się nie mieć racji bytu, ponieważ zapobieganie chorobom i promocja zdrowia zostają zepchnięte do niższego, mniej ważnego poziomu. Niemniej, jeśli mowa o systemie opieki zdrowotnej, winien być on traktowany jako kompleksowy system, gdzie bez wyjątku wszystkie elementy rozważane są jako równie istotne. Z tej zatem przyczyny niekiedy zwraca się uwagę, że nazywanie opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych systemem jest swego rodzaju nadużyciem – przez wzgląd na wspomniany wyżej jednowymiarowy charakter i brak powszechności.

Wiele jednak wskazuje, że lata 90. ubiegłego stulecia stały się początkiem znamienych przemian. Zaczęto więcej uwagi poświęcać właśnie akcjom mającym na celu zapobieganie chorobom, a także zakładającym promowanie zdrowego trybu życia. Zmiany te wpasowywały się w dalsze reformy, zwłaszcza w próbę przekształcenia systemu opieki zdrowotnej w system bardziej uniwersalny, podjętą przez administrację Billa Clintona. Zakładano konieczność objęcia wszystkich Amerykanów gwarancją ochrony zdrowia, co było projektem nader radykalnym. Założenia sprowadzały się w dużej mierze do wyraźnego określenia płatnika, wysokości opłaty, przedmiotu takiej opłaty i jej górnego oraz dolnego limitu. Poza upowszechnieniem ochrony zdrowia, Clinton zakładał także wprowadzenie kolejnych zasad: oszczędności, możliwości wyboru, jakości, prostoty i odpowiedzialności⁹.

Pomimo szczytnych celów, skonstruowany przez administrację Clintona plan poniósł fiasko. Wskazuje się, że właśnie postawione, uniwersalistyczne założenie stało w opozycji do dotychczasowej praktyki, w której rola władz federalnych była wysoce ograniczona. Zatem przeniesienie punktu ciężkości na rząd federalny było niezwykle trudne do zaakceptowania, między innymi z powodu poważnie niższego poziomu zaufania do polityków władz centralnych. Bezpośrednio z tym związany jest też brak przychylniej opinii społecznej w stosunku do koniecznego w takim przypadku przekazania kontroli nad częścią finansów publicznych rządowi federalnemu. Realizacja planu zuniwersalizowania opieki zdrowotnej, i co za tym idzie, stworzenia systemu opieki zdrowotnej, niosła nieuchronną konieczność zwiększenia roli rządu. Jest także wysoce prawdopodobne, że za klęską reformy stoi również presja potężnego lobby firm ubezpieczeniowych, które wydatkowały ogromne kwoty pieniędzy na kampanie torpedujące postulowane przez administrację Clintona założenia. Spowodowało to drastyczny

⁸ *Ibidem*.

⁹ W. A. Zelman, *The Rationale Behind the Clinton Health Care Reform Plan*, „Health Affairs” 1994, nr 1, s. 11.

spadek poparcia obywateli dla reformy, zintensyfikowany przez udział mediów, często wykorzystywanych przez przeciwników reformy¹⁰.

Wskazuje się, że brak sukcesu przy wprowadzaniu reformy zdrowia w latach 90. przełożył się na rozkwit istniejącej już praktyki *managed care*¹¹, czyli tak zwanej opieki kierowanej¹². Mieści się ona w ramach dominującego, prywatnego sektora ubezpieczeń zdrowotnych. W sektorze tym można wyróżnić trzy podstawowe elementy składowe. Pierwszy – tradycyjne, w pełni komercyjne towarzystwa ubezpieczeniowe, w dalszej kolejności niekomercyjne towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych, w końcu zaś zasygnalizowane uprzednio organizacje *managed care*¹³. Pojęcie *managed care* zasadniczo uznawane jest za mało jednorodne i zarazem szerokie, co wiąże się w dużej mierze z różnorodnością organizacji dostarczających świadczenia medyczne, które przyjęły same siebie określać tym mianem. Ich różnorodność sprawia, że trudno precyzyjnie określić, jakie kryteria spełniać ma dana organizacja i jakim sposobem działania powinna się ona charakteryzować, aby móc nazwać się *managed care*. Tak zwane kierowanie opieką ma tutaj znaczenie kluczowe, ponieważ odznacza się przewagą nad tradycyjnymi systemami ubezpieczeń¹⁴.

Charakterystyczne jest tutaj połączenie funkcji zarówno wykonawcy, jak i nabywcy świadczeń zdrowotnych, a zatem dana organizacja o statusie organizacji opieki kierowanej, jest dostarczycielem usług medycznych dla pacjentów, od których jednocześnie pobiera składki. Ponadto system ten posiada inne charakterystyczne cechy, które warto pokrótce przytoczyć. Wpłaty na rzecz organizacji mogą pochodzić albo bezpośrednio od ubezpieczonych, od ich pracodawców, firm, albo funduszy federalnych i stanowych, które przekazują środki dla konkretnych grup osób. Wpłaty dokonywane są na rzecz organizacji opieki kierowanej w ciągu całego roku, w równych ratach. Niezbędne jest skonstruowanie koszyka usług zdrowotnych, które pełnią funkcję produktu dostarczanego osobom ubezpieczonym. Organizacja opieki kierowanej działa zawierając poszczególne umowy z różnorakimi instytucjami świadczącymi bezpośrednio konkretne usługi medyczne, a umowy te w swej treści obejmują dane usługi medyczne oraz ich koszt. Niekiedy część zakładów medycznych jest własnością organizacji opieki kierowanej, bądź też sama swe istnienie zawdzięcza właśnie konkretnym zakładom, które powołują ją do istnienia. Dana organizacja opieki kierowanej zapewnia korzystanie z usług tylko w ramach

¹⁰ C. Włodarczyk, *Proces reformowania systemów opieki zdrowotnej. Analiza doświadczeń*, Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ, www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Cezary%20Wlodarczyk.pdf, (01.03.2010), s. 22–23.

¹¹ M. W. Raffel, N. K. Raffel, C. K. Barsukiewicz, *The U.S. Health System...*, s. 1.

¹² W literaturze przedmiotu funkcjonuje także określenie „opieka koordynowana”.

¹³ W. Rutkowski, *System opieki zdrowotnej...*, s. 18.

¹⁴ B. Bulanowska, *System opieki kierowanej w USA*, Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie, www.nil.org.pl/xml/oil/oil57/gazeta/numery/n2008/n200805/n20080510 (03.03.2010).

zakońców, z którymi podpisała umowę o świadczenie usług, a zatem pacjent ma ograniczone pole wyboru usługodawcy¹⁵.

Aktywna polityka zarządzania usługami medycznymi zawiera także działania mające na celu szeroko rozumianą promocję zachowań prozdrowotnych, w szczególności edukację zdrowotną i programy prewencyjne. Oferuje się systemy motywacyjne dla pacjentów, polegające na obniżaniu składek dla tych z nich, którzy stosują się do zaleceń lekarzy prowadzących. Warto podkreślić, że właśnie lekarze pierwszego kontaktu stanowią jedno z najistotniejszych ogniw systemu. Każdy pacjent (konsument usług medycznych), bez względu na to, czy jest zdrowy, czy też cierpi na jakieś dolegliwości, współpracuje ze swoim lekarzem pierwszego kontaktu, tworząc z nim swoistą, długoterminową relację, która prowadzi do wypracowywania właściwego modelu zdrowego życia, modelu opieki w razie choroby oraz ogólnej zmiany stylu życia¹⁶. Przez wzgląd na funkcjonującą zasadę, że pacjent powiązany jest ze swym lekarzem, spełnia on bardzo istotną rolę koordynującą dalszą opiekę. Lecznictwo podstawowe stanowi, jak widać, główny filar systemu, zatem nie dziwi fakt, że lekarze opieki podstawowej stanowią główną grupę udziałowców organizacji opieki kierowanej, co nie wyklucza zatrudniania w oparciu o umowy o pracę. Leczenie specjalistyczne, a tym bardziej szpitalne, jest reprezentowane zdecydowanie w mniejszym stopniu, albowiem dąży się, by lekarze pierwszego kontaktu prowadzili leczenie pacjenta w jak najszerszym wymiarze, maksymalnie ograniczając konieczność leczenia specjalistycznego. Lecznictwo szpitalne stanowi zaledwie szczyt piramidy, a średni okres pobytu pacjenta w szpitalu jest ograniczony do absolutnego minimum¹⁷.

Zintegrowanie systemu w ramach modelu *managed care* przebiega w dwóch głównych kierunkach. Po pierwsze, ma ono charakter horyzontalny, polegający na dostarczaniu podobnych usług na szerszym obszarze, przykładem mogą być tutaj konsorcja szpitali. Z drugiej zaś strony, integracja wertykalna zakłada zaistnienie nowych, szerszych pakietów usług dostępnych dla danej populacji, w postaci usług lekarzy rodzinnych, usług szpitalnych, a także opieki domowej. Założenia strategii „Health People 2010” zakładały kontynuację modelu *managed care* i koncentrację na podstawowych priorytetach, za które uznano: pomoc jednostkom w każdym wieku w zwiększaniu oczekiwań w stosunku do poprawy ich jakości życia oraz dążenie do wyeliminowania rozbieżności między dostępem do usług zdrowotnych w ramach różnych warstw społecznych¹⁸.

Niewątpliwie obserwuje się tutaj czynniki modyfikujące tak zwany model medyczny, z racji stopniowego pojawiania się w modelu *managed care* elementów promocji zdrowia, nie zaś wyłącznie leczenia nowopowstałych czy już istnie-

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ M. W. Raffel, N. K. Raffel, C. K. Barsukiewicz, *The U.S. Health System...*, s. 1.

¹⁷ B. Bulanowska, *System opieki kierowanej...*

¹⁸ M. W. Raffel, N. K. Raffel, C. K. Barsukiewicz, *The U.S. Health System...*, s. 2.

jących dolegliwości. Z drugiej jednak strony, system ten rodzi wątpliwości z powodu kosztów stosowanych w jego ramach procedur, aczkolwiek przemawia za nim zdecydowanie zaakcentowany element większej integralności. Wątpliwości budzić może także porównanie wyników dwóch, przeprowadzonych na szeroką skalę pod koniec lat 90., badań opinii pacjentów z zakresu zadowolenia z istniejących opcji korzystania z usług medycznych¹⁹. W pierwszym z nich okazało się, że pacjenci korzystający z tradycyjnych form ubezpieczeń, byli niemal w takim samym stopniu zadowoleni z tego typu usług, co konsumenci usług w ramach modelu *managed care*. W drugim badaniu okazało się, że większa część opinii publicznej opowiedziała się za planami w ramach *managed care*, nawet jeśli wiąże się to ze wzrostem kosztów. Co istotne, o wskazanych różnicach świadczyć może różnica w grupie badanych. W pierwszym z wykonanych badań, ankietowano bowiem wyłącznie konsumentów danych usług, drugie zaś było badaniem opinii publicznej, bez względu na fakt korzystania bądź niekorzystania z usług któregośkolwiek systemu. Niewątpliwie jednak stwierdzić można, że w oparciu o dotychczasowe piśmiennictwo z tego zakresu, nieustannie powraca temat zasadniczej zmiany istniejących systemów (zmiany te obserwuje się zwłaszcza począwszy od 1992 r.²⁰), z których żaden nie daje możliwości upowszechnienia opieki medycznej.

W tym miejscu zaznaczyć warto, że z początkiem XXI stulecia coraz częściej obserwuje się krytykę systemu opieki kierowanej. Za głównych inicjatorów formułowania krytycznych postulatów i publicznego niezadowolenia przyjęto uważać koncerny ubezpieczeniowe, które to podkreślają szereg ograniczeń wyboru pacjenta. Brak wyboru świadczeniodawcy oraz liczne ograniczenia dostępu do konkretnych świadczeń zdrowotnych stanowią wyraźny mankament, będący głównym argumentem w rękach przeciwników systemu *managed care*. Niemniej właśnie ów system daje możliwość dostępu do usług tym, których nie byłoby stać na pokrywanie wygórowanych stawek ubezpieczeniowych oferowanych przez firmy komercyjne. Świadczy za tym fakt, że aż osiemdziesiąt procent wszystkich obecnie ubezpieczonych korzysta z usług zakładów opieki kierowanej.

Założyć można, że dyskusja na temat ewolucji systemu zabezpieczenia zdrowotnego, a także powstała w jej efekcie zmiana wynika bezpośrednio ze stopniowego zmniejszania udziału w rynku usług medycznych tradycyjnych modeli na rzecz modelu opieki kierowanej (który jednakże w dalszym ciągu nie spełnia oczekiwań związanych z uniwersalizacją systemu finansowania opieki zdrowotnej). Niewiele mogą zmienić również istniejące, marginalne systemy ubezpieczenia zdrowotnego, w postaci programów *Medicaid* i *Medicare*, które nie wypełniają luki w dostarczaniu usług z zakresu ochrony zdrowia.

¹⁹ Zob.: R. J. Blendon, M. Brodie, J. M. Benson, D. Altman, L. Levitt, T. Hoff, L. Hugick, *Understanding the Managed Care Backlash*, „Health Affairs” 1998, Vol. 17, nr 4, s. 80–94.

²⁰ R. H. Miller, H. S. Luft, *Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care*, „Health Affairs” 1997, Vol. 16, nr 5, s. 22.

Program *Medicaid* ma umożliwić korzystanie z opieki zdrowotnej tym, którzy legitymują się niskim poziomem dochodów. Niemniej zasady partycypacji w programie i kryteria, jakie dana jednostka musi spełnić, są indywidualnie ustalane przez każdy ze stanów. I tak przykładowo, z programu mogą korzystać osoby, które mimo, że nie spełniają kryteriów ubóstwa, ponoszą wysokie koszty opieki medycznej z powodu na np. istniejące choroby przewlekłe, których leczenie pochłania większą część budżetu domowego. Niekiedy program *Medicaid* obejmuje także te osoby, które z różnych względów nie są objęte jakimkolwiek ubezpieczeniem zdrowotnym (program pomocy społecznej AFDC/TANF)²¹. Drugą grupę partycypantów, podobnie jak w programie *Medicare*, stanowią osoby starsze i inwalidzi (program pomocy społecznej SSI)²². Program obejmuje takie grupy świadczeń, jak hospitalizacje, ambulatoryjną opiekę szpitalną, badania laboratoryjne, opiekę domową, krótkoterminowe pobyty szpitalne, profilaktyczne badania dzieci (w tym pobyt w szpitalu psychiatrycznym). Brak tutaj usług dentystrycznych i okulistycznych, o które wybrane stany rozszerzają zakres opieki w ramach programu. Połowę środków z przeznaczeniem na wydatki związane z opieką *Medicaid* pokrywają władze federalne, zaś druga połowa pochodzi z podatków stanowych. Największą grupą odbiorców świadczeń w ramach programu są dzieci, a także osoby niepełnosprawne i matki karmiące. Partycypanci mogą także liczyć na inne formy pomocy, które sprowadzają się głównie do programów z zakresu *Medicaid* mających na celu dożywianie najbardziej potrzebujących przez rozprowadzanie bloczków żywnościowych²³.

Drugi ze wskazanych uprzednio programów, *Medicare*, finansowany jest głównie z budżetu władz federalnych i adresowany do osób po 65. roku życia oraz do jednostek niepełnosprawnych, które co najmniej przez dwa lata pobierały rentę socjalną. W ramach programu funkcjonują trzy części, oznaczone literami A, B, C oraz ostatnio także D. Część A dotyczy głównie lecznictwa szpitalnego i pobytów w domach opieki. I tak, za pobyt w szpitalu do 60 dni, osoba uprawniona do korzystania z programu nie zapłaci. Po zakończeniu tego okresu należy wносить dodatkowe opłaty, które wzrastają wprost proporcjonalnie do wydłużania się pobytu w placówce. Podobne rozwiązania zastosowane zostały w przypadku pobytu w domu opieki, mianowicie przez okres 20 dni rezydent nie wnosi opłat, a po upływie tego czasu jest zobligowany do uiszczania opłat za każdy dzień. W zakres części A włączono także opiekę paliatywną (od 1983 r.)²⁴. Aby zostać objętym tymi świadczeniami, należy przez co najmniej dziesięć lat uiszczać składki na fundusz *Medicare* w wysokości 1,45% wynagrodzenia. W razie niespełnienia tego warunku można partycypować w programie wnosząc roczną opłatę.

²¹ W. Rutkowski, *System opieki zdrowotnej...*, s. 18.

²² *Ibidem*.

²³ M. Dziubińska-Michalewicz, *Systemy ochrony zdrowia...*

²⁴ Zob.: *Medicare Consumer Guide*, www.medicareconsumerguide.com/ (08.03.2010).

Część B programu jest już częścią dobrowolną, niemniej w dużej mierze dofinansowywaną z budżetu federalnego. Zakłada konieczność wnoszenia kwartalnych opłat. Niejednokrotnie zdarza się, że dofinansowanie pakietu B prowadzone jest przez dany stan. Pakiet ten pokrywa większość badań laboratoryjnych, profilaktykę cukrzycową, chorób nowotworowych i wieńcowych, dializoterapię, fizjoterapię, a także opiekę okulistyczną²⁵.

Część C programu jest próbą połączenia planów A i B, z dodatkowymi dobrowolnymi formami ubezpieczenia, z których korzystają pracownicy (programy ubezpieczeń pracowniczych). Jest możliwość wyboru między różnymi formami ubezpieczenia, od komercyjnych ubezpieczycieli po instytucje *managed care*. Dodatkowo otrzymuje się także pakiet D, który zasadniczo dotyczy dopłat do leków przepisywanych na receptę. Pacjent, który nie uczestniczy w części C może także wykupić dodatkowe ubezpieczenie D, umożliwiające tańszy zakup leków. Badania pokazują jednak, że osoby korzystające z części D, a cierpiące na choroby przewlekłe (cukrzyca, choroby płuc), będą zdecydowanie mniej uprzywilejowane niż pacjenci z mniejszym zapotrzebowaniem na medykamenty²⁶.

Żaden z zaproponowanych programów, jak widać, nie gwarantuje uniwersalnego zabezpieczenia dla wszystkich grup chorych, niezależnie od tego, czy rozpatruje się usługi leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, domowego czy subsydiowanie leków zapisywanych na receptę. Zatem praktycznie w każdym z omówionych uprzednio modeli występują dysproporcje, które uniemożliwiają dążenie do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, gdyż proponują bądź indywidualne ubezpieczenia, bądź podstawową opiekę medyczną dla grup spełniających kryterium ubóstwa lub niepełnosprawności. Z powodu więc wykazanych tu mankamentów obowiązującego systemu, które nie zostały zniwelowane (mimo podejmowanych w ostatnich kilku dekadach prób), administracja prezydenta Obamy ponownie stanęła przed wyzwaniem, jakim niewątpliwie stało się zreformowanie obecnie funkcjonującego modelu opieki zdrowotnej.

Barack Obama konieczność przeprowadzenia reform zdrowotnych umieścił na szczycie swojej listy najważniejszych zadań. Istotność podejmowanych działań prezydent uzasadnił koniecznością poprawy systemu opieki zdrowotnej, a co za tym idzie, zdrowia populacji, co w dużej mierze ma przyczynić się do wzrostu produktywności, a w dalszej kolejności – poprawy stanu gospodarki narodowej. W obliczu kryzysu, jaki dotknął Stany Zjednoczone, postulaty te wydają się jeszcze bardziej aktualne. Niemniej pamiętać należy, że propozycje Obamy są w dalszym ciągu niezwykle ogólne, wyznaczające zarys koniecznych zmian, natomiast ostateczna reforma leży bezpośrednio w rękach ciał ustawodawczych, Kongresu i Senatu. Ostateczny kształt reformy znany będzie jednak po przejściu długiej drogi, szacuje się bowiem, że do finalnego efektu ciągle bra-

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ B. Stuart, L. Simoni-Wastila, D. Chauncey, *Assessing the Impact of Coverage Gaps in the Medicare Part D Drug Benefit*, „Health Affairs” 2005, s. 167–179.

kuje od kilkunastu do kilkudziesięciu ustaw. Co ciekawe, wspomnieć należy, że obecnie wdrażana reforma z rozmaitych względów (zwłaszcza w wyniku licznych sprzeciwów opozycji) różni się od wczesnych projektów przedstawianych w czasie kampanii prezydenckiej. Nadmienić warto, że w dalszym ciągu wiele organizacji i poszczególnych jednostek zdecydowanie popiera utrzymania *status quo*. W skład wspomnianych wchodzi głównie prywatni ubezpieczyciele, firmy farmaceutyczne, firmy zatrudniające młodych, zdrowych pracowników, świetnie zarabiający pracownicy, a także opiniotwórczy liderzy partyni, którzy z zasady sprzeciwiają się zwiększaniu roli rządu oraz inni (np. dobrze opłacani lekarze), którzy uważają, iż ich partykularny interes w perspektywie reformy może znacznie ucierpieć²⁷. Wynika z tego, że wciąż żywa pozostaje teza Machiavellego, iż reformator ma wrogów wśród tych, którzy zyskują na utrzymaniu dotychczasowego stanu rzeczy, a jedynie umiarkowanych popleczników rekrutujących się spośród tych, którzy być może zyskają na zmianie. Kolejną widoczną słabością jest brak zgody na reformy między samymi reformatorami, co skutkuje brakiem możliwości wypracowania silnej, stabilnej pozycji negocjacyjnej²⁸.

Projekt Obamy zakładał rozszerzenie programu *Medicaid* oraz SCHIP²⁹, uruchomienie udziału środków federalnych w celu utworzenia pakietów ubezpieczeń dostępnych dla każdego obywatela. Zasoby finansowe miały być przeznaczone głównie dla osób z niskimi dochodami oraz dla drobnych przedsiębiorców i gwarantować możliwość wykupu ubezpieczenia zdrowotnego bez jakiegokolwiek dyskryminacji, bez względu na stan zdrowia pacjenta³⁰. Opieka w ramach *Medicaid* miałaby zostać rozciągnięta na wszystkie rodziny o dochodach poniżej 100 procent federalnego poziomu ubóstwa (FPL), natomiast SCHIP miał zostać rozszerzony do poziomu granicznego 250–300 procent FPL³¹. W związku z powyższym można uznać, że pierwotny plan zakładał w zasadzie zapewnienie uniwersalnej opieki zdrowotnej dla wszystkich dzieci, w przypadku zaś dorosłych proponowane rozwiązanie tylko częściowo zbliża się do systemu uniwersalnego, pozostawiając poza nim około 6 procent nieubezpieczonych rezydentów (w porównaniu z 17 procentami w chwili obecnej). W pierwotnych założeniach było także utworzenie narodowego systemu (sieci) wymiany ubezpieczeń (NHIE), dzięki któremu ułatwiony byłby dostęp do *Medicaid*, a także innych pakietów ubezpieczeniowych. Wprowadzone zostałyby kryteria dochodowe warunkujące

²⁷ V. R. Fuchs, *Health Care Reform – Why so Much Talk and so Little Action?*, „The New England Journal of Medicine” 2009, nr 1, s. 208.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ State Children’s Health Insurance Program – program ochrony zdrowia kierowany wyłącznie do dzieci i młodzieży.

³⁰ J. Holahan, L. J. Blumberg, *An Analysis of the Obama Health Care Proposal*, *The Urban Institute Health Policy Center*, „Independent Research for Better Health Policy and Better Health 2008”, s. 2.

³¹ J. K. Iglehart, *The Struggle for Reform – Challenges and Hopes for Comprehensive Health Care Legislation*, „The New England Journal of Medicine” 2009, nr 4, s. 1694.

objęcie ubezpieczeniem w ramach NHIE³². Najbardziej postępowe w obliczu stanu obowiązującego wydaje się założenie o zakazie dyskryminacji ze względu na stan zdrowia, blokującym możliwość podjęcia leczenia – co niejednokrotnie było przyczyną odmowy sprzedaży ubezpieczenia zdrowotnego ludziom poważnie chorym.

Aktualny plan reformy, choć okrojony i niepozostawiający złudzeń na temat całkowitej uniwersalizacji systemu, nadal nie został przyjęty w formie stosownych aktów legislacyjnych³³. Zwolennicy reformy argumentują, że niewprowadzenie zmian spotęguje skalę problemu, jakim jest brak zabezpieczenia zdrowotnego dla ubogich członków społeczeństwa. Wskazuje się galopujące podwyżki składek ubezpieczeniowych, przez co coraz więcej jednostek zostaje wypchniętych poza obręb systemu. Brak jakichkolwiek regulacji w tym zakresie stopniowo doprowadza, zdaniem demokratów i administracji Obamy, do pogłębiających się dysproporcji między stanem zdrowia bogatszych i biedniejszych członków społeczeństwa. Jednakże stwierdzić należy, że już u progu reformy nie daje ona szans na dalszą ewolucję w kierunku powszechności systemu zabezpieczenia zdrowotnego. Rezygnacja z opcji publicznej była wszakże koniecznością, jako że pomysł ten napotkał bezwzględny sprzeciw opozycji, której nie wystarczyła obietnica wydatnego obniżenia podatków dla najdroższych pakietów ubezpieczeniowych³⁴.

Efektom przyjętej 21 marca 2010 r. ustawy jest stopniowe poszerzanie zakresu ubezpieczonych obywateli i zarazem upowszechnianie dostępu do usług medycznych dla jednostek o niższych dochodach, niemniej radykalnych zmian nie należy oczekiwać zbyt szybko, reforma składa się bowiem z kilku etapów, przewidzianych na kolejne osiem lat. W pierwszej kolejności nałożone zostaną restrykcje na firmy ubezpieczeniowe, które nie będą mogły odmówić objęcia ochroną osób poważnie chorych, następnie zmianę odczują osoby uczące się, które będą mogły partycypować w planach rodziców aż do ukończenia 26. roku życia³⁵. Reforma od razu wprowadza także udogodnienia podatkowe dla małych przedsiębiorców, proponowane w zamian za ofertę planów ubezpieczeniowych dla zatrudnionych pracowników. Najpoważniejsze zmiany czekają jednak Amerykanów w roku 2014, kiedy to pracodawcy zatrudniający powyżej 50 pracowników będą zmuszeni płacić karę w przypadku braku pracowniczej oferty ubezpieczenia zdrowotnego³⁶. Ponadto poszerzony zostanie zakres programu *Medicaid* o większy limit podatku uprawniającego do objęcia planem. Najbardziej jednak

³² J. Holahan, L. J. Blumberg, *An Analysis of the Obama...*, s. 1–2.

³³ Wiąże się to bezpośrednio z utratą większości głosów w Senacie w wyniku przegranych wyborów uzupełniających w Massachusetts.

³⁴ Pakiety dla najbogatszych przyjęto określać mianem „Cadillac plans”.

³⁵ Dotychczas ochrona dotyczyła osób do ukończenia 19 roku życia lub college’u.

³⁶ J. Downie, *Tax Implications of Health Care Reform Legislation*, „The Boston Globe”, www.boston.com/business/personalfinance/managingyourmoney/archives/2010/03/tax_implication.html (24.03.2010).

znamiennie jest wprowadzenie obowiązku wykupu ubezpieczenia zdrowotnego. W razie niezastosowania się do tej regulacji, osoba będzie musiała uiścić karę w wysokości 95 dolarów (lub do 1% dochodu rocznie do roku 2016), później zaś 695 dolarów (lub do 2,5% dochodu, począwszy od roku 2016)³⁷, co jednak, według przeciwników reformy, przy obecnych stawkach będzie zdecydowanie bardziej korzystne finansowo niż wykup polisy.

Obiektywne dane pozyskane z badań wskazują, że mimo zaawansowania rozwoju nowoczesnych technik medycznych, Stany Zjednoczone mają jeden z najdroższych i zarazem najmniej powszechnych systemów ochrony zdrowia. Pomimo opisanych wcześniej stopniowych zmian obserwowanych w ciągu ostatnich kilkunastu lat, opieka medyczna nadal nie jest dobrem powszechnie dostępnym, a praktyki prewencyjne nie są wystarczająco rozpowszechnione. Zapewne wpływa to na zdecydowanie słabe wskaźniki średniej życia populacji w porównaniu z innymi, wysokorozwiniętymi krajami o podobnym lub nawet niższym PKB. Postulaty demokratów nie są zatem bezpodstawne, przemawiają za nimi twarde dane, aczkolwiek obecnie jest oczywiste, że jakakolwiek radykalna zmiana systemu nie jest możliwa. Nawet systematycznie implementowana, przyjęta w marcu 2010 r. reforma również nie jest, wbrew opiniom przeciwników, projektem radykalnym. Nie ma bowiem mowy o wprowadzeniu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w perspektywie nadchodzącej dekady, a nakładanie kar na jednostki unikające wykupu polisy nie wydaje się rozwiązaniem, które zaowocuje poważnym wzrostem ubezpieczonych – chyba że składki na ubezpieczenie zdrowotne w wyraźny sposób zostaną obniżone. Zważywszy na te argumenty oczekiwać należy co najwyżej dalszego ciągu powolnej ewolucji amerykańskiego systemu w stronę stopniowego upowszechnienia dostępu do opieki medycznej. Proces może jednak przebiegać na tyle wolno, że wyznaczenie przybliżonego terminu uniwersalizacji systemu wydaje się zgoła niemożliwe.

³⁷ P. Galewitz, *Health Reform and You: A New Guide*, www.today.msnbc.msn.com/id/34609984/ns/health-health_care/ (27.03.2010).

