

JOANNA NIŻNIK

*Reforma modelu ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych:
nowe zasady finansowania a dostępność opieki zdrowotnej*

WSTĘP

Introduction

W dniu 23 marca 2010 r. prezydent Stanów Zjednoczonych podpisał jedną z najważniejszych ustaw The Patient Protection and Affordable Care Act (ustawa o ochronie praw pacjentów i dostępie do opieki zdrowotnej zwanej ustawą o ochronie praw pacjentów), która pozwala na wprowadzenie reform zdrowotnych zmieniających w szerokim zakresie organizację i finansowanie ochrony zdrowia. Została ona poprzedzona uchwaleniem przez parlament zmian w The Health Care and Education Tax Credit Reconciliation Act (ustawa o opiece zdrowotnej i uzgodnieniach dotyczących edukacyjnych ulgach podatkowych), który pozwala na nowelizację ustawy o ochronie praw pacjentów.

Celem artykułu jest potwierdzenie tezy, w myśl której implementacja przyjętych rozwiązań powiększy grono osób posiadających ubezpieczenie zdrowotne, włączając tym samym większą niż do tej pory liczbę Amerykanów w publiczny i prywatny system ubezpieczeń zdrowotnych oraz jednocześnie wpłynie na wzrost wydatków publicznych. Stąd też przeprowadzono analizę organizacyjnych i finansowych założeń reformy oraz jej prognozowanych skutków dla opieki zdrowotnej

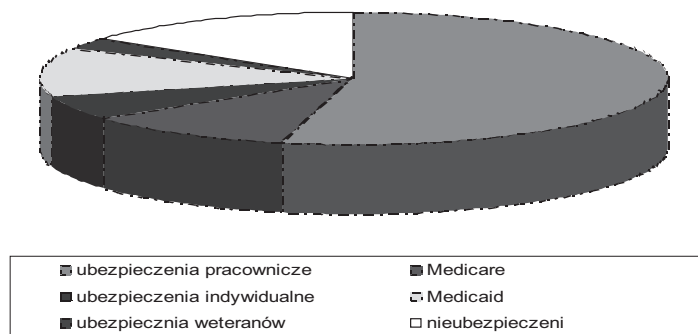
FINANSOWANIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

Health care financing

Stany Zjednoczone należą do nielicznej grupy krajów wysokorozwiniętych, w których system zdrowotny nie zapewnia uniwersalnego dostępu do świadczeń medycznych. Do-

minującą rolę odgrywają zatem dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, głównie w formie pracowniczych programów zdrowotnych w całości lub w części finansowanych przez państwo. W 2007 r. większość społeczeństwa amerykańskiego – ok. 162,5 milionów osób, tzn. ok. 62% populacji poniżej 65 roku życia (włączając 71% osób czynnych zawodowo pomiędzy 18-64 rokiem życia), posiadało ubezpieczenie zdrowotne finansowane przez pracodawców¹. Prawie wszyscy Amerykanie powyżej 65 roku życia tj. ok. 93% zawarli umowy ubezpieczenia z Medicare². Z pozostałych ok. 100 milionów obywateli 18 milionów posiadało indywidualne umowy z towarzystwami ubezpieczeniowymi, 36 milionów ubezpieczonych było w Medicaid, a 8 milionów było objętych programami ubezpieczeń zdrowotnych dla wojskowych lub weteranów, 45 milionów osób nie posiadało ubezpieczenia.

Rys.1. Źródła finansowania ubezpieczeń zdrowotnych w USA w 2007 r.
Sources of health insurance financing in USA 2007



Źródło: EBRI estimates of the Current Population Survey, March 1995-2008 Supplements s. 3.

Wydatki na opiekę zdrowotną w Stanach Zjednoczonych należą do najwyższych na świecie, w 2007 r. przekroczyły 2,2 biliona USD, tj. 7421 USD liczonych w parytecie siły nabywczej (PPP) w przeliczeniu na mieszkańca. W tym samym czasie wydatki w państwach o największych wydatkach na zdrowie w Unii Europejskiej i na świecie były co najmniej dwukrotnie niższe, np. w Kanadzie ukształtowały się na poziomie 3895 USD PPP per capita, we Francji 3601 USD, w Austrii 3763 USD, w Belgii 3595 USD oraz w Niemczech 3588 USD. Natomiast wydatki na opiekę zdrowotną liczone w stosunku do produktu krajowego brutto osiągnęły w USA wielkość 16,2% i były o przeszło 5 punktów procentowych wyższe aniżeli we Francji, kraju który w tym samym okresie wydatkował najwięcej tak liczonych środków na zdrowie spośród krajów Unii Europejskiej tj. 11%

¹ P. Frostin, *Sources of Coverage and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2008 Current Population Survey*, EBRI Issue Brief, no. 321 (Employee Benefit Research Institute, September 2008).

² C. DeNavas-Walt, B. D. Proctor., J. C. Smith., *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007*, Current Population Report, P60-235, Washington DC: US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, August 2008.

PKB. Poza tymi krajami najwyższe wydatki w stosunku do PKB odnotowano w Niemczech 10,4% PKB, Austrii i Belgii 10,1% PKB oraz w Kanadzie 10,1% PKB³.

Należy podkreślić, iż wzrost wydatków na zdrowie można również obserwować biorąc pod uwagę wielkość środków przeznaczanych na ten cel przez pracodawców i pracowników. Na przestrzeni lat 1999-2008 przeciętne nakłady na zdrowie na jednego pracownika wydatkowane w ramach pracowniczych programów ubezpieczeń zdrowotnych zwiększyły się z poziomu 5791 USD do 12680 USD tj. o ok. 119%. Udział pracowników w tej kwocie wzrósł średnio z 1543 USD do 3354 USD tj. o ok. 117%, natomiast pracodawców z 4247 USD do 9325 USD, tj. ok. 119%⁴.

Tab. 1. Wydatki na ochronę zdrowia w USA
Expenditures on health care in the USA

| Wydatki | 1993 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2013 | 2018 |
|--|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Krajowe wydatki na zdrowie NHE (mld USD) | 91,5 | 2112,7 | 2241,2 | 2378,6 | 2509,5 | 3110,9 | 4353,2 |
| NHE per capita | 3468,3 | 7062,3 | 7420,8 | 7804,3 | 8160,3 | 9767,3 | 13100,3 |
| PKB (mld USD) | 6657,4 | 13178,4 | 13807,5 | 14290,8 | 14262,2 | 17072,6 | 21479,9 |
| NHE do PKB | 13,7 | 16 | 16,2 | 16,6 | 17,6 | 18,2 | 20,3 |

Źródło: Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group, US Department of Commerce, Bureau of Economic Analysis.

Bardzo ważnym elementem analizy dotyczącej nakładów przeznaczanych na ochronę zdrowia jest obserwacja zmian w zakresie finansowania w dłuższym horyzoncie czasowym. Według badań przeprowadzonych przez wiele instytucji zajmujących się problemami ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych nakłady na zdrowie będą rosły w szybkim tempie podwajając swoje wielkości w przeciągu najbliższych 10 lat. W latach 2009–2018 całkowite wydatki wzrosną z poziomu 2,5 bilionów USD do ok. 4,4 bilionów USD. Przeliczając wydatki na jednego mieszkańca otrzymamy podobny wynik. W tym przypadku fundusze przeznaczane na zdrowie zwiększą się z 8160 USD do ok. 13100 USD. Prognozowany poziom wydatków na zdrowie w stosunku PKB w 2018 r. osiągnie wielkość ok. 20%. Jednocześnie tempo wzrostu wydatków w najbliższym dziesięcioleciu wyniesie przeciętnie 6,2% rocznie, w tym samym okresie produkt krajowy brutto będzie rósł o ok. 4,1% rocznie, tym samym o 2,1 punktu procentowego wolniej od wydatków na zdrowie.

³ OECD Health Data, 2009.

⁴ L. Manchikanti, J. A. Hirsch, *Obama Health Care for All Americans Practical Implications*, Pain Physician, 2009, vol. 12, s. 291-292.

ZAŁOŻENIA REFORMY MODELU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Principles of health care reform

Wdrożenie przyjętej w marcu bieżącego roku reformy zdrowotnej w fundamentalny sposób wpłynie na przeobrażenie funkcjonującego do tej pory modelu opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych. Do najważniejszych rozwiązań należy zaliczyć zwiększenie liczby osób posiadających ubezpieczenie zdrowotne. Stanie się to możliwe poprzez wprowadzenie różnorodnych mechanizmów zachęcających lub wymuszających określone zachowania społeczne. W związku z mnogością i różnorodnością rozwiązań, jak również ich wielopłaszczyznowością, niezbędne dla zrozumienia istoty i znaczenia wprowadzanych zmian jest ich szczegółowe omówienie.

Do istotniejszych elementów nowej koncepcji należy zaliczyć nałożenie obowiązku ubezpieczenia na obywateli lub rezydentów. Z tego powodu tworzy się nowe, dostosowane do możliwości dochodowych obywateli rozwiązania instytucjonalne pozwalające osobom do tej pory nie posiadającym ubezpieczenia na ich zakup, łagodzi się kryteria dochodowe uprawniające do korzystania z programów zdrowotnych finansowanych w całości ze środków publicznych tj. Medicaid⁵ i CHIP⁶. Ponadto poprzez system zachęt finansowych i kar stosowanych wobec indywidualnych osób i pracodawców zwiększa się liczbę

Dzięki powstaniu - finansowanych ze środków publicznych i administrowanych przez agencje rządowe lub organizacje typu non-profit następujących platform zdrowotnych: American Health Benefit Exchange oraz Small Business Health Options Program (SCHOP) zwanych „Exchanges”⁷, będzie możliwe objęcie ubezpieczeniami zdrowotnymi osób prowadzących małe lub średnie przedsiębiorstwa (zatrudniających do 100 osób) oraz osób, które chcą zawrzeć indywidualną umowę. Poszczególne stany mogą utworzyć regionalne platformy zdrowotne, bądź pozwolić na to, by w jednym stanie działało kilka „Exchange” o różnym terytorialnym zasięgu funkcjonowania.

W ramach platform zdrowotnych⁸ tworzone będą, wyłącznie przez prywatne towarzystwa ubezpieczeniowe, plany zdrowotne o możliwej do przyjęcia przez konsumentów o niskich dochodach cenie i jakości, a zarazem odpowiednim zakresie świadczeń. Przyjmuje się następujące założenia dotyczące planów zdrowotnych oferowanych w ramach „Exchange”:

- ustalony zostanie podstawowy zakres świadczeń, który musi być oferowany przez wszystkich ubezpieczycieli,

⁵ Medicaid – program dla osób ubogich poniżej 65 roku życia, o określonym corocznie przez władze rządowe dochodzie przypadającym na gospodarstwo domowe, jak również osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych (kryterium dochodowe nie jest wystarczające, by korzystać z tego programu).

⁶ CHIP – stanowo-federalny program dla dzieci nie posiadających ubezpieczenia, a wychowywanych w rodzinach pracowników najemnych o niskich dochodach (na tyle jednakże wysokich, że nie są objęte Medicaid).

⁷ The Patient Protection and Affordable Care Act, H. R. 3590.

⁸ T. Marmor, J. Oberlander, J. White, *The Obama Administration's Options for Health Care Cost Control: Hope Versus Reality*, *Annals of Internal Medicine*, 2009, nr 150, s. 485-489.

- znosi się wydatki z kieszeni pacjentów dotyczące profilaktyki w nowych planach zdrowotnych, aby podkreślić rolę tych świadczeń i obniżyć koszty opieki zdrowotnej w dłuższym horyzoncie czasu,
- ogranicza się wydatki na zdrowie ponoszone przez pacjentów z własnych środków w ciągu roku,
- wyznacza się roczne limity wydatków na opiekę zdrowotną w planach zdrowotnych.
- wymaga się spełnienia warunków dotyczących odpowiedniej sieci świadczeniobiorców, spełnienia wymogów jakościowych związanych z pomiarem jakości realizowanych usług, korzystania z jednolitych zasad rejestracji pacjentów i prezentowania informacji dotyczących umowy ubezpieczenia zdrowotnego,
- określone zostaną wymogi informacyjne dotyczące dochodzenia roszczeń, rejestracji, wyrejestrowania, ilości oddalonych roszczeń i podziału kosztów.

Świadczenia zdrowotne dostarczane poprzez platformy zdrowotne należeć mogą do 4 podstawowych kategorii. Plany zdrowotne oferowane w ramach „Exchanges” zapewniają możliwość korzystania z podstawowych świadczeń zdrowotnych, ograniczając wydatki ponoszone przez pacjentów z własnych funduszy. Maksymalna wielkość środków przeznaczana na ubezpieczenie zdrowotne nie może być wyższa od kwoty równej ograniczeniom wynikającym z przepisów prawa dotyczącego Health Savings Account (HSA)⁹, w 2010 roku jest to kwota w wysokości 5950 USD na jedną osobę i 11900 USD na rodzinę¹⁰, Plany zdrowotne różnią się jedynie finansowaniem kosztów usług zdrowotnych. Plan brązowy zakłada pokrycie 60% kosztów świadczeń, srebrny 70% wydatków, złoty 80% kosztów, zaś w ramach platynowego planu pokrywane jest 90% kosztów świadczeń zdrowotnych objętych planem zdrowotnym.

Wydatki prywatne pacjentów w przypadku osób o niskich dochodach zostają dodatkowo ograniczone. Osoby o dochodzie pomiędzy 100% do 200% federalnego poziomu ubóstwa ponoszą wydatki z własnych środków w maksymalnej wysokości równej 1/3 limitu HSA tj. w 2010 roku odpowiednio 1983 USD; 3967 USD, ubezpieczonym o dochodach od 200% do 300% FPU ogranicza się wydatki po poziomie 1/2 wartości HSA, tj. 2975 USD i 5950%, dla osób o dochodach w granicach 300% FPU do 400% FPU redukcja kosztów wynosi 2/3, tj. odpowiednio 3987 USD i 7973 USD.

Przepisy ustaw zdrowotnych wymagają stworzenia podstawowego koszyka zdrowotnego, w którym corocznie władze publiczne będą określać świadczenia i roczny limit udziału pacjentów w kosztach opieki zdrowotnej, jednakże nie w większym zakresie niż dla typowego planu zdrowotnego oferowanego przez pracodawców. Nowo powstające w ramach „Exchange” plany zdrowotne muszą oferować usługi na podobnym poziomie, nie węższym, niż te z podstawowego koszyka zdrowotnego. Rozwiązań tych nie stosuje się do już funkcjonujących planów zdrowotnych.

⁹ HSA to specjalne konto służące finansowaniu wydatków zdrowotnych, którego właścicielem jest osoba fizyczna; środki znajdujące się na tym koncie nie podlegają opodatkowaniu, ustalany jest rokrocznie limit funduszy przekazywanych na to konto.

¹⁰ www.ustreas.gov/offices/public-affairs/hsa/pdf/2010-HSA-%20indexed-amts.pdf.

Ponadto Office of Personal Management¹¹ ma obowiązek zawrzeć umowę z ubezpieczycielami, zapewniającą korzystanie przez ubezpieczonych z co najmniej dwóch ponadstanowych planów zdrowotnych, w ramach z platform zdrowotnych. Jeden z nich powinien być prowadzony przez instytucję non-profit, drugi nie powinien pokrywać kosztów świadczeń zdrowotnych dotyczących aborcji za wyjątkiem sytuacji określonych przez prawo federalne. Plany zdrowotne podlegają rejestracji w każdym ze stanów i jednocześnie muszą spełniać wymogi dotyczące jakości i zakresu oferowanych świadczeń zdrowotnych.

Poza planami zdrowotnymi proponowanymi w ramach „Exchange” poszczególne stany mają możliwość stworzenia swoich własnych Basic Health Plans dla osób nie posiadających ubezpieczenia o dochodach pomiędzy 133% a 200% federalnego poziomu ubóstwa. W takim przypadku zawierane są umowy ubezpieczeń zdrowotnych, które dają ubezpieczonym prawo do korzystania ze świadczeń o standardzie co najmniej równym koszykowi podstawowemu. Jednocześnie składki nie mogą być wyższe od tych opłacanych w ramach platform zdrowotnych i udział w kosztach ponoszonych przez pacjentów z własnych środków nie może przekroczyć wydatków dotyczących płatynowego planu dla osób o dochodzie niższym od 150% FPU lub w pozostałych sytuacjach złotego planu. Ze środków federalnych zostaną sfinansowane w 95% nakłady na utworzenie tego planu, jednocześnie w stanach oferujących tego rodzaju ubezpieczenia, osoby o dochodach pomiędzy 133% a 200% FPU nie mają prawa do uzyskania publicznego finansowania w ramach platform zdrowotnych.

Fundamentalne zmiany będą miały miejsce na rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Nowe regulacje nakładają na ubezpieczycieli obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia z każdą osobą, bez względu na jej stan zdrowia czy płeć. Plany zdrowotne oferowane przez ubezpieczycieli muszą obejmować świadczenia w zakresie co najmniej koszyka podstawowego wraz z profilaktyką, zostanie ustalony limit dopłat z własnych środków ubezpieczonych, ubezpieczyciele nie będą mogli przy zawieraniu umowy ubezpieczenia ograniczać czasu jej trwania. Jedynym kryterium różnicującym wysokość składki będzie wiek ubezpieczonych. W przypadku ubezpieczeń rodzinnych, dzieci do 26 roku życia mogą być objęte umową wraz z rodzicami.

Istnieje możliwość wspierania, z publicznych funduszy, działań polegających na tworzeniu nowych instytucji ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze non-profit, prowadzonych przez swoich założycieli i oferujących ubezpieczenia o podstawowych standardzie. Podmioty te powinny prowadzić działalność jedynie w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych, przeznaczać wypracowane zyski na obniżanie wysokości składek, poprawiać jakość świadczeń oraz zakres ochrony ubezpieczeniowej dla swoich członków.

Złagodzenie warunków pozwalających na nabycie uprawnień do korzystania z dwóch programów finansowanych ze środków publicznych z pewnością wpłynie na zwiększenie

¹¹ Office of Personal Management - instytucja zarządzająca FEHBP (program ubezpieczeń zdrowotnych dla pracowników sektora publicznego).

liczby osób posiadających ubezpieczenie. Pierwszym z nich jest Medicaid. Od 1 stycznia 2014 roku jedynym kryterium pozwalającym na korzystanie z ubezpieczenia, oprócz wieku, będzie wysokość dochodu na poziomie nie wyższym niż 133% federalnego poziomu ubóstwa¹². Osobom, które po raz pierwszy nabędą uprawnienia, zagwarantowane zostaną świadczenia zdrowotne o standardzie nie niższym, niż określone podstawowym koszykiem zdrowotnym. Aby sfinansować dodatkowe wydatki wynikające z przyjęcia nowych ubezpieczonych, w latach 2014 do 2016 rząd federalny pokryje w 100% nakłady na te osoby, w 2017 roku sfinansuje 95% wydatków z tego tytułu, w 2018 roku 94%, w 2019 roku 93% oraz począwszy od 2020 roku 90% wydatków.

Drugim z programów finansowanych ze środków publicznych jest CHIP. Stany mają obowiązek utrzymania dotychczasowych zasad pozwalających na korzystanie z tego programu. Od 2015 roku zakłada się zwiększenie współfinansowania ze środków federalnych o 23%. Dzieci, które ze względu na ograniczenia polegające na wyznaczaniu rocznego limitu przyjęć nowych osób objętych ubezpieczeniem, wprowadzone w niektórych stanach, nie będą mogły skorzystać z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków CHIP, mają prawo ubiegać się o dofinansowanie ze środków publicznych korzystając z planów zdrowotnych oferowanych w ramach platform zdrowotnych.

Państwo, oprócz instytucjonalnych rozwiązań, stosuje pewne finansowe narzędzia obligujące obywateli lub rezydentów do posiadania ubezpieczenia zdrowotnego. Penalizacja polega na nałożeniu na podmioty nie wypełniające tego obowiązku od 2014 roku opłat karnych. Ich wysokość jest rezultatem porównania dwóch wielkości: określonej rokrocznie stałej kwoty lub pewnej części dochodu przypadającego na gospodarstwo domowe i wyboru wyższej nich. Opata karna nakładana jest na każdą osobę w gospodarstwie domowym, w maksymalnej trzykrotnej wysokości stałej kwoty. Oznacza to, że np. w 2016 roku osoba nie posiadająca ubezpieczenia zapłaci karę w wysokości 695 USD (2085 USD na gospodarstwo domowe w przypadku co najmniej 3 osób w rodzinie) lub 2,5% rocznego dochodu, w zależności od tego, która z wielkości będzie wyższa.

Tab. 2. Wysokość opłat karnych nakładanych na osoby fizyczne nie posiadające ubezpieczenia
Individual penalty

| Rok | Wielkość kary | % dochodu |
|------|---------------|-----------|
| 2014 | 95 USD | 1% |
| 2015 | 325 USD | 2% |
| 2016 | 695 USD | 2,5% |

Źródło: *Heath Care Reform Act*, Special Report, CCH Tax Briefing, Wolters Kluwer business, March 23, 2010.

¹² P. Ferrara, *The Obama Health Plan: Rationing, Higher Taxes, and Lower Quality Care*, The President's Council of Economic Advisors, *The Economic Case for Health Reform*, The Heartland Institute, 2009.

Od początku 2017 roku wysokość kar będzie podlegała indeksacji wskaźnikiem kosztów utrzymania. Zwolnione z obowiązku ubezpieczenia będą jedynie osoby z powodu ubóstwa, religijnych przekonań, Indianie Amerykańscy, nielegalni imigranci, więźniowie, ci, których udział własny w oferowanym im przez pracodawcę planie ubezpieczeniowym przekroczy 8% indywidualnego dochodu, bądź osoby o dochodzie rocznym nie podlegającym opodatkowaniu (np. w 2009 roku dla osób indywidualnych poniżej 65 roku życia było to 9350 USD, dla małżonków 18700 USD).

Bardzo ważnym elementem reformy zdrowotnej jest zapewnienie pracownikom ochrony ubezpieczeniowej przez pracodawców. Na pracodawców, którzy nie oferują ubezpieczenia i zatrudniają powyżej 50 pracowników, nakłada się opłatę karną w wysokości 2 tys. USD płaconą za każdego zatrudnionego na pełnym etacie pracownika (wyłączając 30 osób z kalkulacji obciążenia), kiedy chociaż jeden z ich pracowników korzysta z dopłat ze środków publicznych będąc uczestnikiem planu zdrowotnego na platformie zdrowotnej. Podobnie postępuje się w sytuacji objęcia pracowników grupowym zdrowotnym ubezpieczeniem i korzystania choć przez jednego z nich z subsydiowanych przez państwo ubezpieczeń. W tym przypadku wysokość opłaty karnej ustalana jest w wysokości kwoty mniejszej spośród dwóch możliwych, tj. 3 tys. USD na każdą osobę otrzymującą dopłatę do składki lub 2 tys. USD od każdego zatrudnionego na pełnym etacie. Oprócz tego pracodawca oferujący możliwość skorzystania z pracowniczych ubezpieczeń zdrowotnych, w przypadku kiedy jego pracownik zdecydował się na korzystanie z oferty w ramach „Exchanges”, powinien sfinansować jego uczestnictwo w wybranym planie zdrowotnych. W takim przypadku dochód pracownika powinien być niższy od 400% federalnego poziomu ubóstwa (FPU)¹³ i jego partycypacja w składce zdrowotnej przekraczać 8% ale jest niższa od 9,8% jego dochodów. Wartość przekazanych w imieniu pracownika środków równa jest kwocie, w jakiej pracodawca uczestniczy w kosztach oferowanego przez siebie pracowniczego programu emerytalnego. Pracodawca, który pokryje wydatki na zakup ubezpieczenia przez pracownika nie podlega opłacie karnej z tytułu uczestnictwa pracowników w planie zdrowotnym na platformie zdrowotnej. Przepisy wchodzi w życie od 1 stycznia 2014 roku.

W celu zwiększenia udziału społeczeństwa w systemie ubezpieczeń zdrowotnych, oprócz kar, stworzono również system zachęt związany z kredytowaniem składki zdrowotnej i dotacjami państwa do planów zdrowotnych w ramach platform zdrowotnych. Prawo do udziału w „Exchange” mają jedynie ci pracownicy, których pracodawcy oferują pracownicze ubezpieczenie zdrowotne, a ich partycypacja w składce jest na tyle wysoka, iż przekracza 9,5% dochodu. W przypadku nabywania ubezpieczenia zdrowotnego przez indywidualne osoby i rodziny kredytowanie składki ma miejsce, jeżeli dochód ubezpieczonego przekracza 133% federalnego poziomu ubóstwa i nie jest wyższy od 400% FPU. Wysokość dofinansowania dotycząca składki będzie związana z najniższymi kosztami

¹³ Federalny poziom ubóstwa (FPU) jest wyznaczany w oparciu o liczbę osób w gospodarstwie domowym, np. w 2010 r. dla jednej osoby w gospodarstwie domowym poziom 133% FPU do 400% FPU dochodu to kwoty 14000 USD do 43000 USD, w przypadku rodziny czteroosobowej odpowiednio 29327 USD do 88000 USD.

dotyczącymi srebrnego planu zdrowotnego oferowanego w danym stanie i zostanie ustalona według ruchomej skali, dla której udział składki w kosztach ubezpieczenia nie może przekroczyć określonej kwoty indywidualnego (rodzinnego) dochodu wyrażonego w stosunku do federalnego poziomu ubóstwa.

Tab. 3. Udział składki w dochodzie ubezpieczonego korzystającego z planów zdrowotnych na platformie zdrowotnej
Premium tax credit for affordability or Maximum percent of income paid for premiums

| Dochód w gospodarstwie domowym (% federalnego poziomu ubóstwa) | Maksymalny udział składki w dochodzie |
|--|---------------------------------------|
| Do 133% | 2% dochodu |
| 133% do 150% | 3-4% dochodu |
| 150% do 200% | 4-6,3% dochodu |
| 200% do 250% | 6,3 – 8,05% dochodu |
| 250% do 300% | 8,05 – 9,5% dochodu |
| 300% do 400% | 9,5% dochodu |

Źródło: *Health Care Reform Act*, Special Report, CCH Tax Briefing, Wolters Kluwer business, March 23, 2010.

Tab. 4. Udział dotacji w kosztach ubezpieczenia
Percent of costs paid for by Health Insurance Plan

| Dochód w gospodarstwie domowym (% federalnego poziomu ubóstwa) | Udział dotacji w całkowitych kosztach planów zdrowotnych |
|--|--|
| 100% do 150% | 94% |
| 150% do 200% | 85% |
| 200% do 250% | 73% |
| 250% do 400% | 70% |

Źródło: *Health Care Reform Act*, Special Report, CCH Tax Briefing, Wolters Kluwer business, March 23, 2010.

W latach 2014-2018 udział składki w kosztach ubezpieczenia może się zmieniać w przypadku zwiększania się dochodów i powinien być on wyższy od stopy wzrostu dochodów. Proces dostosowywania wysokości udziału składki w kosztach ubezpieczenia od 2019 roku będzie uwzględniać zmiany składki ponad wskaźnik wzrostu cen dóbr i usług konsumpcyjnych (CPI), jeżeli suma zagregowanych składek i dotacji przekroczy 54% PKB.

Wprowadzono mechanizm wsparcia finansowego dla osób i rodzin o niskim poziomie dochodów, polegający na dotowaniu towarzystw ubezpieczeniowych, z którymi zawarte zostają umowy ubezpieczenia zdrowotnego.

Z danych przedstawionych w tabeli 4 wynika, że z publicznych funduszy dofinansowuje się od 70% do 94% kosztów ubezpieczenia zdrowotnego dla osób o dochodach pomiędzy 100% federalnego poziomu ubóstwa do 400% FPU.

W odmienny sposób od dużych i średnich podmiotów gospodarczych traktowani są mali przedsiębiorcy, tj. podmioty zatrudniające do 50 pracowników, bowiem nie mają oni obowiązku ubezpieczania swoich pracowników. Natomiast w celu zachęcenia ich do zakupu grupowych pracowniczych programów zdrowotnych państwo stwarza możliwości skorzystania z publicznych środków. Uprawnieni do pomocy publicznej są pracodawcy, którzy zatrudniają do 25 pracowników i przeciętne roczne wynagrodzenie przypadające na jednego pracownika w ich zakładzie pracy nie przekracza 50000 USD. Nabywając ubezpieczenia zdrowotne dla swoich pracowników mogą oni skorzystać z ulgi podatkowej. W roku podatkowym 2010 do 2013 dotacje ze środków publicznych mogą wynieść do 35% wielkości składki ubezpieczeniowej pracownika, jeżeli udział pracodawcy wyniesie co najmniej 50% całości kosztów składki zdrowotnej. Od 2014 roku pracodawca nabywając ubezpieczenie zdrowotne poprzez platformy zdrowotne może przez dwa lata korzystać z kredytu podatkowego do 50% swojego udziału w ubezpieczeniu pracownika. Państwo będzie stopniowo wycofywało się z dofinansowania w przypadku wzrostu wynagrodzeń i liczby pracowników. Pracodawca zatrudniający do 10 pracowników o średniej wysokości wynagrodzenia przypadającej na jednego pracownika niższej niż 25 tys. USD ma prawo do całkowitego subsydiowania przez państwo składek opłacanych w imieniu pracowników.

Do nowych rozwiązań należy zaliczyć stworzenie tymczasowego programu reasekuracji dla pracodawców, którzy udostępniają swoje pracownicze ubezpieczenia emerytom powyżej 55 roku życia, którzy nie korzystają z Medicare. Program będzie refundować pracodawcom bądź ubezpieczycielom 80% wartości roszczeń emerytów pomiędzy 15000 USD a 90000 USD. Płatności z programu reasekuracyjnego mają obniżyć koszty uczestnictwa osób z wysokimi ryzykami zdrowotnymi w systemie opieki zdrowotnej (przepisy będą obowiązywać od 1 stycznia 2014 roku).

FINANSOWANIE REFORMY

Reform financing

Zgodnie z prognozami The Congressional Budget Office (Biuro Kongresu ds. Budżetu – CBO) oraz Joint Committee on Taxation (Wspólnego Komitetu ds. Opodatkowania - JCT) po wprowadzeniu zmian w systemie ochrony zdrowia do 2019 roku zmniejszy się o ok. 32 mln liczba osób do 65 roku życia nie posiadających ubezpieczenia zdrowotnego. Jednym słowem po wdrożeniu ustawy o ochronie praw pacjentów oraz ustawy o opiece

zdrowotnej i uzgodnieniach dotyczących edukacyjnych ulg podatkowych ok. 23 mln rezydentów pozostanie nieubezpieczonych¹⁴.

Według przeprowadzonych szacunków 24 mln wchodzących do systemu to osoby, które zawrą umowę ubezpieczenia poprzez platformy zdrowotne, ok. 16 mln stanie się beneficjentami planów zdrowotnych finansowanych przez państwo (Medicaid i CHIP). Zakłada się równocześnie, iż ok. 3 mln Amerykanów zrezygnuje z uczestnictwa w pracowniczych programach ubezpieczeń zdrowotnych.

Objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym większej niż dotychczas części społeczeństwa, w tym w szczególności mniej zamożnych obywateli, związane jest ze stworzeniem im odpowiednich warunków finansowych. Stąd wielkość wydatków publicznych zaangażowanych w finansowanie wprowadzanych rozwiązań przez okres najbliższych 10 lat prawdopodobnie wyniesie 938 mld USD. Według przyjętych przez CBO i JCT założeń 434 mld USD zostaną wydatkowane na dofinansowanie Medicaid i CHIP, 464 mld USD zasilą ubezpieczycieli tworzących plany zdrowotne w ramach „Exchange”, pozostałe 40 mld USD wydatkowane zostanie na pomoc publiczną dla małych przedsiębiorców.

Jednocześnie przyjęto, że w związku z opłatami karnymi czy też nowymi podatkami budżet zostanie zasilony kwotą ok. 150 mld USD. Dochody z opłat karnych nakładanych na osoby fizyczne nie posiadające ubezpieczenia zdrowotnego wyniosą 17 mld USD, a przedsiębiorcy, którzy nie zapewнили ubezpieczenia swoim pracownikom zapłacą 52 mld USD. Nowym 40% podatkiem akcyzowym mogą zostać obciążone plany zdrowotne o wysokiej składce zdrowotnej (powyżej 10200 USD w przypadku osoby indywidualnej i 27500 USD dla rodzinnego ubezpieczenia). Osobom ubezpieczającym się w Medicare o dochodach powyżej 200 tysięcy USD (250 tysięcy USD przypadku małżeństw) podwyższona zostanie składka zdrowotna o 0,9% nakładana na ich dochody emerytalne. W przypadku uzyskiwania dochodów z innych źródeł (np. inwestycji) zostaną one oskładkowane w wysokości 3,8%. Planowany dochód z tych tytułów wyniesie ok. 32 mld USD.

Ponadto wprowadzone zostaną roczne opłaty nakładane na sektor farmaceutyczny w wysokości 2,8 mld USD pomiędzy rokiem 2012 a 2013, 3 mld USD w latach 2014 do 2016, 4 mld w 2017 roku, 4,1 mld USD w 2018 roku i 2,8 w 2019 i latach następnych. Podobne wydatki poniesie sektor ubezpieczeniowy, bowiem roczne obciążenia fiskalne wyniosą: 8 mld USD w 2014 roku, 11,3 mld USD w latach 2015 do 2016, 13,9 mld USD w 2017 roku, w 2018 roku opłata wyniesie 14,3 mld USD. W latach następnych kwota obciążeń nakładanych na towarzystwa ubezpieczeniowe będzie powiększana o stopę wzrostu składki zdrowotnej. Szacowane wpływy z opłat wyniosą ok. 50 mld USD. Zatem wydatki netto na finansowanie reformy zdrowotnej w okresie od 2010 do 2019 roku osiągną poziom 788 mld USD.

¹⁴ www.cbo.gov/ftpdocs/113xx/doc11379/AmendReconProp.pdf.

ZAKOŃCZENIE

Summary

Do najważniejszych skutków reformy zdrowotnej zaliczyć należy objęcie ochroną ubezpieczeniową większej niż do tej pory części społeczeństwa, poprzez wprowadzenie nowych publicznych dotacji do składek ubezpieczeniowych osób fizycznych i małych podmiotów gospodarczych, zwiększenie nakładów na Medicaid i CHIP, jak również pokrycie przez państwo części wydatków przedsiębiorstw związanych z ryzykiem katastroficznym¹⁵. Wprowadzenie zmian w systemie ochrony zdrowia związane będzie z rozszerzeniem regulacji dotyczących rynku ubezpieczeniowego, w tym określeniem minimalnych wymogów stawianych planom ubezpieczeniowym.

Implementacja proponowanych rozwiązań wymaga spełnienia określonych warunków, a ich realizacja nie będzie możliwa bez wydatkowania znaczących publicznych środków finansowych. W ciągu dziesięciu lat, biorąc pod uwagę prognozy opracowane przez Biuro Kongresu ds. Budżetu oraz Wspólny Komitet ds. Opodatkowania, przewiduje się przeznaczenie na ten cel ok. 938 mld USD z publicznych funduszy. Do systemu powinny natomiast wpłynąć środki wynikające z nałożenia opłat karnych na duże przedsiębiorstwa nie oferujące swoim pracownikom ubezpieczeń zdrowotnych oraz opłaty karne płacone przez osoby fizyczne nie posiadające ubezpieczenia, jak również podatki i opłaty nakładane na ubezpieczycieli, firmy farmaceutyczne w łącznej wysokości 150 mld USD. Jeżeli porównamy fundusze wydatkowane w systemie ochrony zdrowia z wpływami, otrzymamy kwotę w wysokości 788 mld USD wydatków netto. Niewątpliwie tak znaczący wzrost wydatków publicznych wpłynie na stabilność systemu publicznego.

SUMMARY

The principal consideration of the paper is to assess a new concept of health care reform in the United States. Construction of the work is subject to the thesis, pursuant to which implementation of the reform can positively influence on expanding insurance coverage.

The reform of health care system is based on federal regulations of private and public insurance. A new framework - the National Health Insurance Exchange (NHIE) is created by which individuals without access to Medicaid, CHIP or employer-sponsored insurance could obtain coverage. The federal government provides the system of subsidies and cost-sharing credits to individuals and small businesses to make coverage more affordable. Employers will be required to pay penalties if they do not offer coverage

¹⁵ J. Antos, G. Wilensky, H. Kuttner, *The Obama Plan: More Regulation, Unsustainable Spending*, Health Affairs, 2008, nr 6, s. 462-471.

for their employee. CBO estimates the cost of coverage to be 938 billion USD over ten years. This cost are financed through a combination of savings form public programs and new taxes and fees.

dr Joanna Niznik, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie