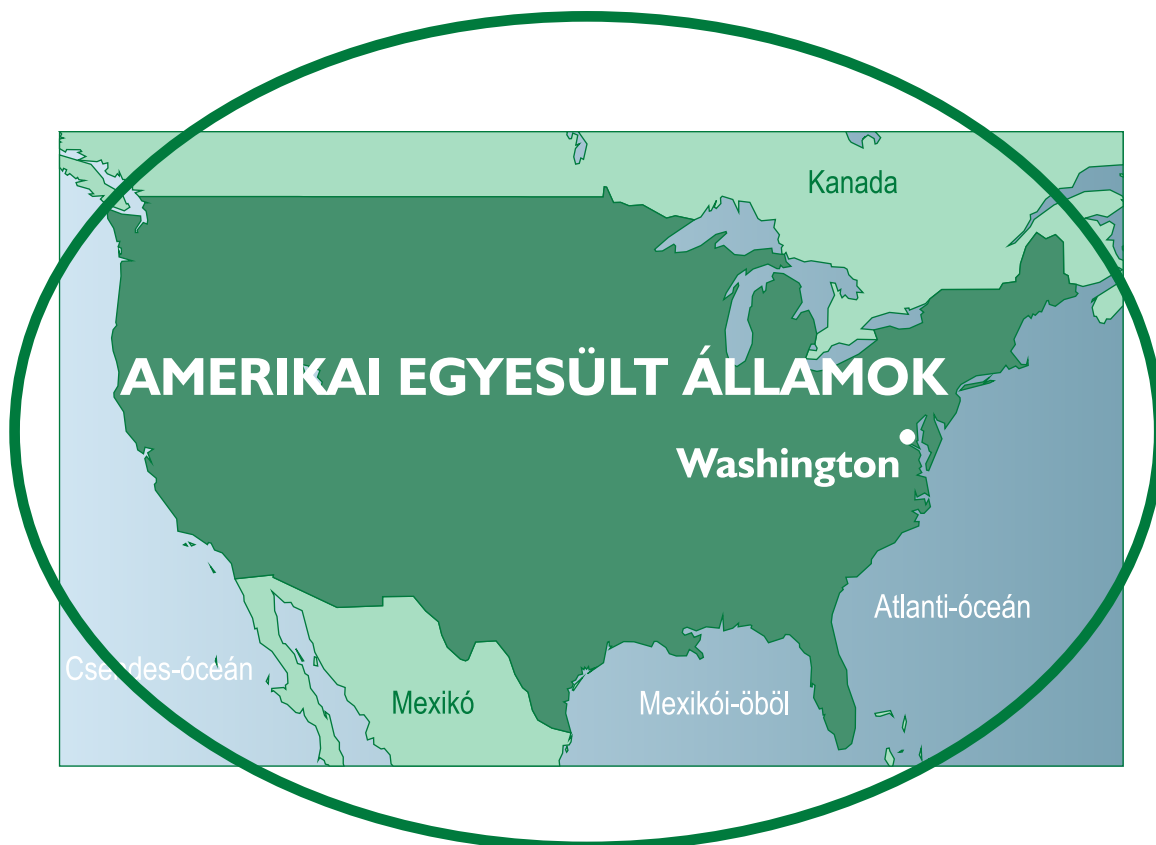


TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY AZ AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2014. május

Tartalom

Gazdasági–politikai környezet	2
Demográfia	2
Az egészségügyi rendszer jellemzői	3
Finanszírozás	5
Egészségügyi szolgáltatások	9
Minőségügy	13
e-egészségügy	13
Egészségügyi dolgozók	14
Egészségügyi reformok	15
Források	20

Gazdasági–politikai környezet

Az Egyesült Államok 48 összefüggő és két különálló (Alaszka, Hawaii) államból áll. Területben és népességszámban egyaránt a világ harmadik legnagyobb országa. Összterülete 9,7 millió km², lakossága 2012-ben 314 millió volt. Etnikai felosztás szerint a lakosság 65 százaléka fehér, 16 százaléka latin-amerikai, 13 százaléka afro-amerikai, 6 százaléka pedig az egyéb/vegyes csoportba tartozik. A számok tartalmazzák az illegális bevándorlókat is, számuk becslések szerint 11-12 millió.

Az Egyesült Államok gazdasága kiemelkedő, az éves GDP értéke a legnagyobb a világon. Az egy főre jutó GDP 2012-ben 51 689 USD PPP. A nemzetközi pénzügyi válság kiindulópontját jelentő 2007-es őszi események (Lehman csőd) után, a jegybanki szerepet betöltő FED és az állam is hatalmas összegeket fordított a hitelezés beindítására, a bankrendszer megsegítésére, a gépjárműipar megmentésére. A GDP növekedése 2012-ben az előző évihez képest 2,8 százalék, 2013-ban 1,9 százalék volt.

2013-ban az államadósság a GDP 104 százaléka, a folyó fizetési mérleg hiánya a GDP 2,3 százaléka. 2013-ban az inflációs ráta 1,5 százalék volt.

A munkanélküliség a 2000-ben jegyzett 4 százalékról 2010-re 9,6 százalékra emelkedett, 2013-ra 7,4-re csökkent, legmagasabb a latin-amerikai és az afro-amerikai lakosság körében, a legalacsonyabb a fehér és ázsiai lakosság körében.¹

Az Egyesült Államok szövetségi rendszerben működő alkotmányos demokrácia, ahol a döntéshozás megoszlik a szövetségi kormány és az államok kormányai között. A fő hatalmat gyakorló elnököt négyévenként választják maximum két terminusra. Jelenleg a demokrata-párti Barack Obama tölti be az elnöki posztot, 2016-ban ér véget második ciklusa.

A szövetségi kormány törvényhozó ága a Kongresszus, amely a szenátusból és a képviselőházból áll. A szenátus hatéves időszakra megválasztott 100 főből áll (államonként két fő), a képviselőház kétéves időszakra megválasztott 435 főből áll (a lakosságszám államonkénti arányában). A törvényhozó ág a Legfelsőbb Bíróságból és különböző regionális és fellebbviteli bíróságokból áll. Az államok kormányzóit négyévente választják, maximum két ciklusra. Több államon belül működnek megyei és városi önkormányzatok is.

Demográfia

Az Egyesült Államok lakosságának egészségi állapota összességében javult az elmúlt évtized folyamán. A születéskor várható élettartam folyamatos növekedést mutat és 2011-re elérte a 78,7 évet (férfiak 76,3, nők 81,1), de még mindig viszonylag alacsony – az OECD országok közül a hatodik legalacsonyabb. Az európai országoktól eltérően a termékenységi ráta aránylag magas (2010-ben 1,9), amely többek között a latin-amerikai lakosság magas születési rátájának eredménye. A

¹ OECD Statistics

csecsemőhalálozás is folyamatosan csökken, 1000 élveszületésre 6,1 csecsemőhalálozás jutott 2011-ben, amely 1985-höz képest közel 40 százalékos csökkenést jelent.²

A fejlett országokhoz képest a mortalitás viszonylag magas. A vezető halálokot a szívbetegségek képezik valamennyi lakossági csoportban, ezt követik a daganatos betegségek. Míg a szívbetegségekkel kapcsolatos halálozások 19 százalékkal csökkentek 1980 óta, addig a daganatos betegségek 35 százalékkal növekedtek. A vezető halálokok tekintetében a 10. helyen megjelent a septicaemia a nők és az afro-amerikaiak körében, amely az azonnali, jó minőségű egészségügyi ellátás hozzáféréseinek hiányára utal. Az Alzheimer-kór is megjelent a listán, amely a dementia kódolás változásának tudható be. A HIV a 9. helyen áll a vezető halálokok között az afro-amerikai lakosság körében.

Az egészségügyi rendszer jellemzői

Az Egyesült Államok egészségügyi rendszere egymástól függetlenül működő, de ugyanakkor együttműködő rendszerek összessége. A rendszerben a magánszektor szerepe erősebb, mint más fejlett országokban. Az egészségügyi szektor irányításának hatásköre megoszlik a szövetségi kormány és az államok kormányai között. Pl. az államok finanszíroznak és menedzselnek különböző népegészségügyi funkciókat, térítik a Medicaid költségek egy részét és határoznak meg egészségbiztosítási szabályokat. Ugyanakkor szövetségi szinten szabályozzák pl. a gyógyszerek és az orvostechikai eszközök forgalmazását. A minőség, a hozzáférés és a költségellenőrzés célkitűzéseinek teljesítését állami és magán entitások egyaránt szabályozhatják, bármilyen szinten (szövetségi, állami, helyi). Más országokkal ellentétben azonban kevés rendszerszintű tervezés történik, bár időnként használnak ösztönzőket, pl. a szolgáltatások fejlesztésében a hátrányos területeken.

Az amerikai egészségügyi rendszerben a különböző szintű kormányzatok, a biztosítók, az ellátók, az állami és a magán szabályozók játszanak szerepet. A fő szövetségi egészségügyi hatóság az Egészségügyi és Humán Szolgáltatások Minisztériuma (Department of Health and Human Services). A minisztérium a következő hivatalokat foglalja magába:

- Centers for Medicare & Medicaid Services (Medicare és Medicaid Szolgáltatási Központok)
- Children's Health Insurance Program – CHIP (Gyermekek Egészségbiztosítási Programja)
- Agency for Healthcare Research and Quality (Egészségügyi Kutatási és Minőségügyi Hivatal)
- Centers for Disease Control and Prevention (Betegség Felügyeleti és Megelőzési Központok)
- Food and Drug Administration (Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hatóság)
- National Institutes of Health (Országos Egészségügyi Intézetek)
- Veterans Health Administration (Veterán Egészségügyi Hatóság)

Ezek a hivatalok viszonylag kevés egészségügyi feladatot látnak el közvetlenül országos szinten, mivel egészségügyi és szociális ügyekben a szövetségi kormány az egyes államoknak nagyfokú autonómiát biztosít. A kormány számos más szerve is részt vesz a jelentősebb egészségügyi programok

² OECD Statistics, WHO Health Systems in Transition, United States of America 2013

irányításában. Így a Munkaügyi Minisztériumhoz tartozó Munkavédelmi és Munkaegészségügyi Hivatal hatáskörébe tartozik a dolgozók munkahelyi egészségvédelme. A Veterán Egészségügyi Hatóság egy olyan független szövetségi hatóság, mely az ország legkiterjedtebb közkórház láncát működteti.

Minden állam rendelkezik egészségügyi főhatósággal, bár bizonyos esetekben ez a szociális, jóléti funkciókat ellátó hatóságokkal ötvöződik. Az egyes államok által ellátandó egészségügyi feladatok, melyekhez az Egészségügyi és Humán Szolgáltatások Minisztériuma anyagi támogatást is nyújt a következők: a fertőző betegségek visszaszorítása, környezet-egészségügy, anya- és gyermekvédelem, az egészségügyi munkaerő képzése, egészségügyi intézmények építése, a nélkülözők egészségügyi ellátása, egészségügyi kutatás. Az államok kormányai alá tartoznak a helyi kormányzati egységek, melyek egészségügyi hatóságai szintén nagyfokú autonómiával rendelkeznek. Helyi szinten számos egészségügyi program fut a helyi egészségügyi hatóságtól és a többi programtól különállóan.

Az 1990-es évek eleje óta az amerikai egészségügy domináns ellátási formája a managed care. Alapvető működési elve a piaci mechanizmus.

A managed care két, addig elválasztott feladat, a betegbiztosítás és betegellátás integrációját valósította meg. Számos intézményi formája létezik, összességében a legelterjedtebb a Health Maintenance Organization (HMO) (2013 januárjában az HMO-knak 74 millió tagjuk volt³). Ezek az ún. egészségfenntartó szervezetek egyrészt betegbiztosítási védelmet, másrészt egészségügyi ellátást nyújtanak ügyfeleiknek. A HMO-k előnye a hagyományos biztosítási vállalatokkal szemben az, hogy kettős funkciójuk révén az ellátási költségeket viszonylag alacsony szinten tarthatják.

A kínálat bővítésére a HMO-k többféle eszközt alkalmaznak. Különböző ellátási csomagokat kínálnak, különböző áron. Egy régió kiválasztott orvosaival és kórházaival szerződéseket kötnek, amelyek garantálják a biztosítottak teljes ellátását, de korlátozzák az orvos, illetve a kórház szabad választását. Pénzügyi ösztönzőket teremtenek a betegek részére annak érdekében, hogy kizárólag vagy túlnyomóan az adott managed care szervezet szolgáltatásait vegyék igénybe. A beteg számára tehát nincs, illetve csak térítés ellenében van szabad orvosválasztás. Minden területen minőség és költség-hatékonyság ellenőrzést végeznek és az orvosokat a megtakarítások alapján premizálják.

Az HMO szervezetek mellett a managed care több típusa létezik, legismertebbek az Independent Practice Associations (Önálló Praxis Szövetségek), Physician/Hospital Organizations (Orvos/Kórház Szervezetek), Point of Service (Szolgáltató Pontok), Preferred Provider Organizations (Előnyben Részesített Ellátó Szervezetek).

Az országban a legnagyobb managed care szervezet a Kaiser Permanente, amely 8,9 millió taggal rendelkezik és fedezetet nyújt az alapellátás, szakellátás, kórházi ellátás, orvosi vizsgálatok, képző eljárások és gyógyszer ellátás terén. A társaság 37 egészségügyi központjában és 611 rendelőjében 167 300 alkalmazott dolgozik, ebből 14 600 orvos.⁴

Az Egyesült Államok egészségügyi rendszere jelentős erősségekkel jellemezhető, de feltűnő gyengeségeket is mutat. Kiterjedt és jól képzett egészségügyi munkaerővel és szakintézményekkel rendelkezik, erőteljes ágazati kutatási programokkal büszkélkedhet, és bizonyos szolgáltatások terén a

³ <http://kff.org/other/state-indicator/total-hmo-enrollment/>

⁴ <http://kff.org/>

legjobb eredményeket képes teljesíteni a világon. Ugyanakkor a rendszer számos hiányosságtól szenved, mint pl. az elégtelen lefedettség és a biztosítás nélküliek (47 millió) nem megfelelő ellátása. Problémát jelent még az egészségügyi kiadások magas szintje, a minőség- és teljesítmény értékelések gyenge eredményei, a források egyenlőtlen elosztása országos szinten és a különböző lakossági csoportok között. A 2010-ben beiktatott és a nagyrészt 2014-ben életbelépő egészségügyi reformtörvény (Affordable Care Act) részben ezeket a hiányosságokat kívánja megoldani vagy ellensúlyozni (lásd Reformok fejezet).

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

Az egészségügyi kiadások az Egyesült Államokban a legmagasabbak a világon, összességében és az egy főre jutó szinten egyaránt. A pénzügyi ráfordítások 2011-ben a GDP 17,9 százalékát tették ki, kormányzati becslések szerint 2019-re eléri a GDP 19,3 százalékát.

Az elmúlt 40 évben az egy főre jutó egészségügyi költségek több mint húszszorosára növekedett, 356 dollárról 8233 dollárra (OECD medián 3309 dollár, második legmagasabb: Norvégia 5388 dollár). Az egy főre jutó egészségügyi kiadások országon belüli változatossága is jelentős – legalacsonyabb Utah államban, 5000 dollár, legmagasabb: Washington, DC-ben, 10 000 dollár.

Az amerikai lakosság 54 százaléka magánbiztosítási fedezetben részesül, a legtöbben munkahelyi biztosításon keresztül.

A lakosság 30 százalékát fedezik az államilag finanszírozott rendszerek, többnyire a Medicare és a Medicaid.

A lakosság jelentős része (kb. 15 százaléka) nem rendelkezik biztosítással.⁵

Forrásgyűjtés

A közkiadások (szövetségi, állami szintű, helyi) az összes egészségügyi kiadás kb. 48 százalékát képezik, a szervezett magánkiadások (magánbiztosítás) a 40 százalékát, a maradék 12 százalék közvetlen kifizetésekből áll. Az állami kiadások aránya az OECD országok között a legalacsonyabb.

Az Egyesült Államok egészségügyi rendszerének pénzügyi forrásai a munkáltatóktól, a munkavállalóktól, egyénektől, jótékonyági szervezetektől származnak, adókon, biztosítási díjakon, közvetlen kifizetéseken és adományokon keresztül folynak be. A munkáltatók és a munkavállalók egyrészt az adók formájában járulnak hozzá az egészségügy finanszírozásához. A munkáltatók másrészt téríthetik a munkavállalók biztosítási díjainak egy részét vagy egészét. Mindkét fél fizet elkülönített kötelező jövedelem arányos adót a Medicare időskori kórházi biztosítás alapjába. A munkavállalók és családjaik biztosítási díjak fizetésével járulnak hozzá a munkahelyi biztosítás finanszírozásához, másrészt fizetnek költségmegosztást is a szolgáltatások igénybevétele során. Az egyének vásárolhatnak biztosítást a munkahelyi piacon kívül is.

2010-ben 165 millió 65 év alatti lakos rendelkezett magán egészségbiztosítással, ennek 90 százaléka (150 millió) munkahelyi biztosítással, 10 százaléka egyéni biztosítással. A munkáltató önkéntes alapon

⁵ WHO Health Systems in Transition, United States of America 2013

nyújt fedezetet – a 3-199 alkalmazottat foglalkoztató vállalatok csak 68 százaléka teszi ezt, szemben a 200 vagy a fölötti alkalmazottat foglalkoztató vállalatok 99 százalékaival. A részidejű alkalmazottaknak csak a vállalatok 25 százaléka ajánl fel biztosítást. Ha a munkavállaló jogosult is a fedezetre, vállalnia kell a biztosítási díjak ráeső részének kifizetését, amely jelentős összegeket tehet ki, ezért a munkavállalók a 75–80 százaléka fogadja csak el az ajánlatot.

A munkahelyi fedezetben nem részesülők és családjaik gyakran egyéni biztosítást keresnek. A csoportos munkahelyi fedezethez képest ennek azonban több hátránya is van, ezért többnyire akkor veszik igénybe, ha más alternatíva nem áll rendelkezésre. Az egyéni biztosítások nem részesülnek támogatásokban, az adminisztrációs költségek magasak (25-40 százalék), gyakran előzetes egészségügyi vizsgálatokat követelnek meg, magasabb költségmegosztással járnak, kevesebb szolgáltatást tartalmaznak, és gyakran rossz vagy bizonytalan egészségű biztosítás-matematikai csoportba helyezik az egyént.

A nagyobb munkáltatók választási lehetőséget kínálnak alkalmazottaik számára több biztosítási csomag között. A legelterjedtebb forma a PPO, amely orvosokból és kórházakból álló hálózat és kedvezményes áron nyújt szolgáltatásokat a vele szerződésben álló biztosítótársaságoknak. A 200 vagy a fölötti alkalmazottat foglalkoztató vállalatok 83 százaléka kínál egy vagy több PPO választási lehetőséget, míg csak 32 százaléka kínál egy vagy több HMO csomag közötti választást.

Az elmúlt években a legnagyobb változást a magas önrésű (high-deductible) egészségbiztosítások gyors növekedése jelentette, melyek közül a legtöbb az egészségügyi takarékszámmlák (Health Savings Accounts, HSA) közé sorolható. A HSA-t ösztönző törvényt 2003-ban, George W. Bush elnöksége alatt hagyták jóvá. A HSA fedezet két részből áll, egy magas önrésű egészségbiztosításból és egy adómentes takarékszámmlából. A takarékszámmlán levő pénz az egészségügyi ellátás költségeire használható – az el nem költött pénz összegyűlik és kamatozik a következő évre. A levonható önrész elköltése után a fedezet egy hagyományos biztosításra hasonlít, többnyire PPO formájában. A biztosítási járulékot az egyén és/vagy a munkáltató fizeti.

A HSA számlán a levonható önrész és a megengedhető befizetés határait törvényileg szabályozzák⁶. 2014-ben a minimális „deductible” összege 1250 dollár egyéneknek, 2500 dollár családoknak. A maximálisan megengedhető költséghozzájárulás 6350 dollár egyéneknek, 12 700 dollár családoknak. A megtakarítás felső határa, vagyis a számlára való maximálisan megengedhető befizetés 3250 dollár egyéneknek, 6450 dollár családoknak, amelyet a jövedelemadó bevallásnál visszatérítenek. A meghatározott feltételekhez kötött egészségügyi kiadások (Qualified Medical Expenses) tartalmát a HSA esetén is az Egyesült Államok adóhivatala, az Internal Revenue Service évente írja elő.

Az egészségügyi takarékszámmlák védelmezői szerint a HSA ösztönzi az olyan fedezet vásárlását, amely a nagyobb kiadásokkal szemben nyújt védelmet, a kisebbekhez pedig nincs szükség biztosításra. Mindez alacsonyabbá és megfizethetőbbé teszi a biztosítási díjakat. A HSA ellenzői ugyanakkor úgy vélik, hogy ez a biztosítási forma a fiatal, egészséges és jómódú embereknek kedvez, akik képesek megfizetni a magas levonható költségeket. A kockázat-szelekció érvényesülésével a HSA-val nem rendelkezők díjtételei növekednek, mivel kisebb mértékű a közös kockázatvállalás és nagyobbak az egészségügyi kockázatok.

⁶ <http://www.treasury.gov/resource-center/faqs/Taxes/Pages/Health-Savings-Accounts.aspx>

A magánbiztosítók mellett állami szolgáltatás-vásárlók is jelentős szerepet játszanak az amerikai egészségügyben, melyek szövetségi és állami szintű programokból állnak.

Az állami programok közül a legnagyobb a Medicare és a Medicaid, melyeket Johnson elnök iktatott törvénybe 1965-ben. A Medicare program a 65 éven felüli korosztály és a munkaképtelenek számára az Egyesült Államok szövetségi kormánya által finanszírozott egészségbiztosítás. Az 50 millió lakost lefedő Medicare programot a Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) koordinálja.

A Medicare négy részből áll. Az „A” rész kórházi biztosítási program nyugdíjasok számára, mely a legtöbb fekvőbeteg ellátási költséget fedezi. Finanszírozása a munkaadók és munkavállalók által egyenlő mértékben fizetett 2,9 százalékos adóból történik. A „B” rész a Medicare kiegészítő biztosítása, amely az orvosi költségeket és a járóbeteg ellátás költségeit fedezi. Finanszírozása a kedvezményezett által fizetett biztosítási díjak és önköltségek révén történik. Az adók és a biztosítási díjak által nem fedezett költségeket a szövetségi kormány állja. A „C” rész (Medicare Advantage) a magánbiztosítók által irányított csomagokat képezi. Jelenleg az 50 millió Medicare tag negyede vesz részt ilyen magánbiztosításokban. A „D” rész a gyógyszerjuttatásokból áll.

A Medicare a lakosság öregedése következtében komoly problémákkal néz szembe – jelenleg négy dolgozó lakosra jut egy nyugdíjas, de becslések szerint ez 2:1 arányra csökken az elkövetkezendő évtizedekben. Az összes kormányprogram közül a Medicare költsége emelkedik a leggyorsabban, részben az új technológiák és gyógyszerek, részben pedig a növekvő tagság miatt.

Az 1990-es években a kormány megpróbálta mérsékelni a Medicare költségeket az HMO-k, vagyis az egészségfenntartó szervezetek bevonásával, mivel az HMO-knak és más managed care szervezeteknek már voltak sikerei az egészségügy más területein. Az 1990-es években a HMO-k még szívesen fogadták a Medicare betegeket, kedvezőbb juttatásokat ígértek alacsonyabb árakon. Jelenleg azonban sok HMO panaszkodik arra, hogy a kormány által történő térítések túl alacsonyak, ezért kilépnek a programból.

A Medicare-ben résztvevő legtöbb kedvezményezett valamilyen módon kiegészíti fedezetét. Egyharmadának van munkaadó vagy szakszervezet által fizetett biztosítása, amely a nyugdíjazási csomag része. Egynegyede iratkozott fel az ún. "Medigap" programra, amely kifejezetten a Medicare által kihagyott szolgáltatások (gyógyszerek, szemüveg, krónikus ellátás) fedezésére szolgáló magánbiztosítás. Az alacsony jövedelmű nyugdíjasokat a Medicaid is biztosíthatja.

A kb. 50 millió tagot számláló Medicaid program a szociálisan hátrányos helyzetű lakosoknak nyújt egészségbiztosítást, amelyet az államok és a szövetségi kormányzat közösen finanszíroznak. Felügyeleti szerve a Centers for Medicare & Medicaid Services. A Medicaidben több mint 25 jogosultsági kategória létezik, amely 5 fő fedezeti csoportra osztható: gyermekek, terhes nők, eltartott gyermekekkel élő felnőttek, rokkantak, 65 év feletti egyének. A szövetségi kormány által megszabott irányelvek keretein belül minden állam maga határozza meg a jogosultsági standardokat, a szolgáltatások típusát, mennyiségét, tartamát és terjedelmét, s igazgatja saját programját. Ezért a Medicaid államról államra jelentősen különbözik.

A társadalombiztosítási törvény előírja, hogy a szövetségi pénzalapokban való részesüléshez az adott állami programnak nyújtania kell bizonyos alapszolgáltatásokat a rászorult lakosság számára, mint pl. kórházi fekvőbeteg és járóbeteg ellátás, védőoltás gyermekeknek, ápolóotthoni szolgáltatás, otthoni ápolás, labor és röntgen, szülészet, szűrés és diagnosztika. Az államok szövetségi pénzalapokban részesülhetnek, ha egyéb opcionális szolgáltatásokat nyújtanak, mint pl. gyógyszer ellátás, fogászati ellátás, fizioterápia, foglalkozásterápia, tüdőgondozás, szemészeti szolgáltatás és szemüveg rendelés.

Mivel minden állam maga határozza meg a jogosultsági standardokat és a szolgáltatások jellegét, az államok korlátot szabhatnak a Medicaid szolgáltatásoknak. Pl. az államok korlátozhatják a fedezett orvosi vizitek számát, vagy az ellátás előtt előzetes engedélyt követelhetnek. Bizonyos kivételektől eltekintve az állam engedélyezheti a kedvezményezetteknek a Medicaid programban résztvevő egészségügyi ellátók szabad választását.

Az államok kiróhatnak névleges levonható költségeket (deductible), együttbiztosítást (coinsurance), vagy önrészt (co-payment) bizonyos kedvezményezettekre, bizonyos szolgáltatásokért. A sürgősségi ellátás és a családtervezési szolgálat mentes a költségmegosztástól. A tagok bizonyos csoportjai is mentesek a költségmegosztástól, köztük a terhes nők, a 18 éven aluliak, kórházi vagy ápolóotthoni betegek (akik vélhetően jövedelmük legnagyobb részét intézményi ellátásra költik), és a rászorult HMO kedvezményezettek.

A Medicaid felé történő teljes szövetségi kifizetésnek nincs előre megszabott felső határa. A szövetségi kormánynak egyeztetnie kell az egyes államokkal a szolgáltatásokat érintő döntésekről. A térítési rátáknak azonban elégségesnek kell lenniük a megfelelő számú ellátó megnyerésére, ahhoz hogy a Medicaid szolgáltatások olyan mértékben álljanak rendelkezésre, ahogyan a lakossági igények indokolják. Az államoknak növelni kell a kifizetést olyan kórházak számára, melyek aránytalanul nagyszámú Medicaid vagy alacsony jövedelmű beteget részesítenek fekvőbeteg ellátásban (DSH program, disproportionate share hospitals – aránytalan részesedési kórházak, ahol a nagyszámú alacsonyjövedelmű beteg miatt a kórház további alapokban részesül).

A Medicaid programnak a szövetségi kormány által fizetett részét – szövetségi orvosi támogatási százalék (Federal Medical Assistance Percentage) – éveként határozzák meg mindegyik állam számára. Ehhez egy képletet használnak, mely összehasonlítja az állam egy főre jutó jövedelemszintjének átlagát az országos átlaggal. Törvényi előírás szerint a támogatási százalék nem lehet 50 százaléknál alacsonyabb és 82 százaléknál magasabb. 2014-ben a támogatás 50 százaléktól 75 százalékgig terjedt, 57 százalékos országos átlaggal⁷. A gazdagabb államok költségeik kisebb hányadára kapnak térítést. A szövetségi kormány megosztja az állam Medicaid programjának adminisztrációs költségeit is. A legtöbb adminisztrációs költség 50 százalékban oszlik meg, de bizonyos funkciók és tevékenységek esetén a törvény megenged 75, 90 és 100 százalékos arányt is.

A Medicaid költségek igen gyorsan növekednek évről évre, ennek fő okai: a lefedett lakosság növekedése, a szolgáltatások szélesedése, az idős és rokkant lakosok számának emelkedése, a gyógyszer költségek növekedése, az egészségügyi ellátók fizetési rátáinak infláción felüli emelkedése. A 2010-ben jóváhagyott egészségügyi törvény értelmében a Medicaid programot tovább bővítik az alacsonyjövedelmű lakosság fedezetének bővítésére.

Forrásallokáció

A magán és az állami szolgáltatás-vásárlók különböző mechanizmusokon keresztül térítik az ellátókat.

A Medicare A biztosítás a kórházakat DRG-alapú prospektív fizetésben részesíti, a Medicare B a háziorvosokat és a szakorvosokat fee-for-service, retrospektív alapon fizeti, előre meghatározott

⁷<http://medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Financing-and-Reimbursement/Financing-and-Reimbursement.html>

díjtételekkel. A Medicare D a magánbiztosítás által nyújtott vényköteles gyógyszer fedezet díjait támogatja.

A Medicaid állami program a házi orvosokat és a szakorvosokat szintén többnyire fee-for-service alapján téríti. A Medicaid ugyanakkor megbízhat magán managed care szervezeteket is, akiket fejkvóta alapján fizet. A Medicaid a kórházi szolgáltatásokért háromféleképpen fizethet, államtól függően: DRG, per diem vagy költség visszatérítés alapján.

A magán egészségbiztosítók a házi orvosokat és a szakorvosokat fee-for-service, fejkvóta vagy fix fizetés alapján térítik. A kórházi szolgáltatásokat többnyire per diem szerint fizetik a biztosító és a kórház közötti évenkénti megállapodás szerint.

A Medicare D magánbiztosításhoz hasonlóan a biztosítók téríthetik a vényköteles gyógyszereket is.

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Az alapellátásban működő általános orvosok koordinálják a betegek ellátását. Az Egyesült Államokban ezt a funkciót több szakterület is betöltheti, ezek közé tartozik a családorvoslás, belgyógyászat, gyermekgyógyászat, szülészet és nőgyógyászat. A házi orvosok mellett az alapellátásban részt vesznek szakdolgozók (ápolók, orvos asszisztensek és szülésznők) is. Az összes orvosi vizit közel 60 százaléka házi orvosi vizitból áll.

Az alapellátás szolgáltatása többféleképpen történhet, legfőbb formája a magánorvosi rendelőben nyújtott ellátás. A házi orvosok 32 százaléka egyéni praxisban működik, 46 százaléka 2-5 orvosból álló csoportpraxisban. A magánrendelőben nyújtott ellátás azon betegek számára történik, akik rendelkeznek biztosítással vagy képesek készpénzzel fizetni. A szolgáltatások között található a szűrés és az aktív vagy krónikus betegségek diagnózisa és kezelése. Az egészségfejlesztés és egészségnevelés tevékenységét sok orvos gyakran elhanyagolja.

A „medical home” az alapellátás csoport alapú modellje, amelyet azzal a céllal hoztak létre 2007-ben, hogy javítsa az ellátás minőségét, hatékonyságát és az orvos-beteg szorosabb partneri kapcsolatát (patient-centered medical homes, PCMH). A betegközpontú rendelőkben végzett ellátás elveit négy orvosszövetség fektette le (American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, American College of Physicians, American Osteopathic Association) és a következőket foglalják magukba:

- minden beteg egy saját orvostól részesül ellátásban
- a személyes orvos egy csapat élén áll, mely tagjai közösen vállalnak felelősséget a betegek folyamatos ellátásában.
- a személyes orvos felelős az egész emberért
- a teljes egészségügyi rendszerben koordinálják az ellátást
- a praxist a minőség és a biztonság fémjelzi
- az ellátáshoz való jobb hozzáférést a nyitott előjegyzés, a kibővített rendelési idő és az új ellátási opciók (pl. csoportos vizitek) biztosítják
- a finanszírozási rendszer elismeri a betegeknek nyújtott többlet értéket.

Az alapellátás egy másik lehetséges helyszíne az állami vagy non-profit közösségi egészségközpont, amely alacsonyjövedelmű, biztosítás nélküli és kisebbségi csoportba tartozó lakosoknak nyújt ellátást. Kb. 20 millió amerikai lakos az 1200 közösségi egészségközpontban részesül térítésmentes vagy olcsó alapellátásban. A központokban ellátott betegek többnyire a szegénységi küszöb alatt vagy környékén élnek, 60 százalékuk kisebbségi, 40 százalékuk biztosítás nélküli. A biztonsági hálót képező közösségi egészségközpontokat szövetségi, állami, helyi, Medicaid, CHIP, magánbiztosítás és önrész forrásokból finanszírozzák.

A városokban működő állami és oktató kórházak is rendelkezhetnek járóbeteg rendelőkkel alapellátási szolgáltatások nyújtására, főleg a hátrányos helyzetű lakosság számára.

Néhány integrált ellátó rendszer, mint a Kaiser Permanente és a Geisinger Health System az integrált rendszerük keretében nyújt alapellátást.

A munkahelyi wellness programok és az üzletekben, bevásárlóközpontokban működtetett rendelők is nyújtanak bizonyos alapellátási szolgáltatásokat (szűrés, egészségfejlesztés, alapvető betegségmegelőzés).

A szakorvosok magánpraxisban, kórházakban vagy a diagnosztika és kezelés egyéb intézményeiben működnek. A háziorvosláshoz hasonlóan a szakorvosi magánpraxisban részt vehetnek ápolók és orvos asszisztensek is. Az összes orvosi vizit kb. 40 százaléka szakorvosi vizit. A szakorvosi szolgáltatások elérhetőségét finanszírozási problémák akadályozhatják, jobban, mint az alapellátás terén, mivel a szakellátásban nem létezik széleskörű biztonsági háló az alulbiztosított vagy biztosítás nélküli emberek számára. A szakellátás elérhetőségét igyekszik javítani a 2010-ben elfogadott egészségügyi törvény azzal, hogy növeli az állami vagy magán biztosítással rendelkező emberek számát és növeli a biztonsági hálót nyújtó szervezetek finanszírozását annak érdekében, hogy több szakorvossal szerződhessenek.

Fekvőbeteg-ellátás

Az Amerikai Kórházszövetség (AHA) osztályozása szerint a kórházak lehetnek szövetségi kórházak, közösségi vagy egyéb kórházak.

A szövetségi kórházakat a szövetségi kormány működteti és a Veterán Adminisztráció és az Indián Egészségügyi Szolgálat kórházait tartalmazza.

A közösségi kórházak rövid (30 napnál rövidebb) tartózkodási idejű kórházak a helyi lakosság ellátására. A közösségi kórházak képezik az amerikai kórházak nagy részét. Közülük az általános közösségi kórházak széles körű szolgáltatásokat kínálnak, és nem szakosodnak semmilyen szolgáltatásra. A speciális közösségi kórházak csak egy specifikus szakterületre összpontosítanak, mint szülészet és nőgyógyászat, ortopédia, szívbetegségek. Szakkórháznak tekinthető egy intézmény, ha a betegek legalább kétharmada kerül egy vagy két fő diagnosztikai kategóriába, vagy diagnosztikailag kapcsolódó műtéti csoportba. A szakkórházak széles körű csoportosítás szerint lehetnek műtéti és nem műtéti kórházak.

Az egyéb kórházak közé tartoznak pl. a börtön kórházak vagy az állami pszichiátriai kórházak.

A kórházak tulajdonformájuk szerint non-profit, for-profit, állami és önkormányzati tulajdonra oszlanak. A non-profit kórházakat non-profit szervezetek ellenőrzik, köztük egyházak vagy egyesületek. A for-profit kórházak magánszemélyek, partnerségek vagy vállalatok tulajdonában vannak. A közösségi kórházakat

ágyaik száma szerint is kategorizálják, ahol a legkisebb csoportot a 6-24 ágy képviseli, a legnagyobbat pedig az 500 vagy a feletti.

Az állami vagy non-profit közösségi kórházaknak lehet oktató feladatuk is. Az oktató kórházak orvosi szakembereket képeznek, orvostudományi kutatásokat végeznek és a legsúlyosabb betegségeket látják el. Küldetésük közé tartozik még a biztosítás nélküliek és a rászorulókat ellátása, valamint olyan közösségi szolgáltatások nyújtása, mint a szűrés, támogatás és információ szolgáltatás. A legtöbb oktató kórház non-profit, egytizedük állami intézmény.

2009-es adatok szerint 5795 kórház működött az országban, ebből 4 százalék szövetségi. A nem szövetségi kórházak közül 5008 (90 százalék) közösségi kórház és 576 (10 százalék) egyéb kórház. Az összes közösségi kórház 58 százaléka non-profit, 20 százaléka for-profit és 22 százaléka állami vagy helyi önkormányzati tulajdonú. A közösségi kórházak közül 1000 oktató kórház.⁸

Az elmúlt 30 év alatt nem változott a szövetségi és a közösségi kórházak aránya. Ami változott ezen időszak alatt, az a kórházi szolgáltatások igénybevétele. Míg az aktív járóbeteg ellátási vizitek száma növekedett, addig a fekvőbeteg ellátás felvételének száma és ápolási ideje csökkent.

A kórházi szolgáltatások elérhetősége, terjedelme és minősége az ellátást keresők biztosítási státuszától, a kórház típusától és a földrajzi helyétől függ. A magán egészségbiztosítással, Medicare vagy Medicaid fedezettel rendelkezők számára a kórházi ellátáshoz való hozzáférés általában nem jelent problémát. Az ellátás orvosi beutalóval történik, elektív ill. sürgősségi alapon. A biztosítótársaság előzetes engedélyezést is megkövetelhet. A beteg az orvos által ajánlott bármelyik kórházba mehet, amely szerepel a biztosító ellátói listáján.

A biztosítás nélküli vagy alulbiztosított személyek számára, akiknek jelentős pénzüsszeget kell fizetniük a kórházi ellátásért, a hozzáférés bonyolulttá válik, és az adott kórház típusától függ. Ha a beteg akut állapotban van és a kórház szerződésben áll a Medicare-rel (a kórházak nagy része), akkor köteles ellátni a beteget addig, amíg állapota stabilizálódik. Azonban ha nem sürgős esetről van szó, akkor a hozzáférés a kórház tulajdonosi státuszától függ. Az állami kórházak kötelesek jótékonyági alapon ellátni a beteget, ha nincs biztosítása vagy nem képes kifizetni a rá háruló részt. Ezek a kórházak a jótékonyági ellátást adójóváírásokból és a szövetségi kormány által juttatott DSH (disproportionate share hospitals) fizetésekből fedezik. Az egészségügyi reformtörvény által meghatározott biztosítás bővítéssel a fekvőbeteg ellátás elérhetősége várhatóan javulni fog, és csökkeni fognak a kórházak kompenzálatlan költségei is.

Hosszú távú ellátás

A hosszú távú ellátás számos egészségügyi szolgáltatást ölel fel a természetes öregedéssel járó betegségek ellátására, vagy azok ellátására, akik folyamatos gondozásra szorulnak. A hosszú távú ellátás által lefedett populáció magában foglalja az idős embereket, a fizikai vagy mentális fogyatékkal élő embereket és a krónikus betegségben szenvedőket. A szolgáltatások között található az otthoni felügyeleti ellátás, a nappali ellátás, a független, támogatott életvezetés, a specializált átmeneti ellátás és az ápolóotthonban nyújtott ellátás. Ezek közül az ápolóotthonban nyújtott ellátás a legelterjedtebb, melyet 2009-es adatok szerint 1,4 millió lakos vesz igénybe.

⁸ WHO Health Systems in Transition, United States of America 2013

Az ápolóotthonok az egyes államok engedélyezési követelményeinek megfelelő engedéllyel és a Centers for Medicare & Medicaid Services - CMS tanúsításával rendelkezhetnek (dolgozókra, épületre, biztonságra vonatkozó előírásoknak való megfelelés). Medicare és/vagy Medicaid betegeket csak azok az otthonok vehetnek fel, amelyek megfelelnek ezen betegek ellátására vonatkozó CMS szövetségi standardoknak. A többi otthon magánbetegekre specializálódik. A Medicare és a Medicaid betegek különböző elbírálásban részesülnek az ápolóotthoni ellátás jogosultságában. A Medicare betegek fedezete bizonyos számú napra korlátozott, ami után már fizetniük kell, és a fedezethez rehabilitációban kell részt venniük. A Medicaid által fedezett alacsonyjövedelmű betegek tartózkodása nincs korlátokhoz kötve, és nem is szükséges, hogy aktív betegségben szenvedjenek. A legtöbb ápolóotthon láncokhoz tartozik, ezek közül a legnagyobb 10 működteti az ápolóotthoni ágyak 14 százalékát. Legtöbbjük for-profit alapon működik (61 százalék).

Népegészségügy

A népegészségügyet többnyire az állami szinten működő közintézmények működtetik. Szövetségi szinten a népegészségügyi szolgáltatásokat az egészségügyi minisztériumhoz tartozó Népegészségügyi Szolgálat irányítja, amely 8 hivatalból áll:

- Agency for Toxic Substances and Disease Registry (Mérgezőanyagok és Betegségregiszter Hivatala)
- Indian Health Service (Indián Egészségügyi Szolgálat)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Kábítószerrel Való Visszaélés és Mentális Egészségügyi Szolgáltatások Hatósága)
- Health Resources and Services Administration (Egészségügyi Források és Szolgáltatások Hatósága)
- Agency for Healthcare Research and Quality (Egészségügyi Kutatási és Minőségügyi Hivatal)
- Centers for Disease Control and Prevention (Betegség Felügyeleti és Megelőzési Központok)
- Food and Drug Administration (Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hatóság)
- National Institutes of Health (Országos Egészségügyi Intézetek)

Ezen hivatalok hatáskörébe tartozik többek között a fertőző betegségek ellenőrzése, a környezeti veszélyek megelőzése, a vészhelyzetekre és terrorizmusra való készség, a munkaegészségügy fejlesztése, a népesség egészségügyének felügyelete, az adatgyűjtés, a megelőzés és egészségfejlesztés szolgáltatásai, szűrési programok.

Állami szinten mind az 50 állam rendelkezik népegészségüggyel foglalkozó hivatalokkal. Bár a szövetségi törvények befolyásolják a helyi gyakorlatot, az államoknak nagy mozgásterük van a szolgáltatások jellegének és mértékének meghatározásában, megvalósításuk eszközeinek kiválasztásában. A népegészségügyi funkciók tartozhatnak egyetlen vagy több hivatal hatáskörébe, esetleg teljesíthetők magán szervezetekkel partnerségben. Számos népegészségügyi feladatot a helyi népegészségügyi hivatalokba delegálnak (megye, város, település).

Gyógyszerek

Más fejlett országokhoz képest az Egyesült Államokban a gyógyszerfogyasztás magasnak tekinthető és további növekedés várható. 2009-ben a gyógyszer kiadások elérték az összes egészségügyi kiadás 12

százalékát, egy főre számítva a 956 dollárt. A gyógyszertermelés és forgalmazás teljes mértékben magánkézben van, szabályozását a szövetségi kormány gyógyszerügyi hatósága (FDA) végzi. A gyógyszerárak nincsenek szabályozva, még az állami biztosításban részesülő személyek számára sem. Az Egyesült Államokban a gyógyszerárak magasak, így a biztosítási fedezet nélküli emberek számára a vényköteles gyógyszerek költségei a jövedelem jelentős részét tehetik ki. Sokan nem váltják ki gyógyszerüket, vagy olcsóbb terméket iratnak fel, még ha a drágábbra is lenne szükségük. A biztosítással rendelkezők számára is egyenlőtelen a fedezet, mivel különböző költségmegosztási eszközöket alkalmaznak (pl. önrész, levonható költségek, térítési plafonok). A munkahelyi biztosításokban léteznek gyógyszerjuttatások, de az alkalmazható gyógyszerlisták következtében korlátozottak és költségmegosztással járnak.

A Medicare csak 2006-ban bővítette fedezetét gyógyszerjuttatási opcióval („D” rész). Azóta minden Medicare tag gyógyszerjuttatásban részesülhet, függetlenül a jövedelemtől vagy az egészségügyi fedezet jellegétől. A gyógyszerköltségeket a biztosítottak kezdetben évi 250 dollárig, 2014-től 310 dollárig kellett/kell viselnie.

Minőségügy

Az Egyesült Államok kórházai többféle minőségfejlesztési tevékenységben vesznek részt.

A Centers for Medicare & Medicaid Services - CMS a teljesítmény szerinti fizetéshez kapcsolódóan határozott meg a kórházak számára jelentési kötelezettséget (amely a maximális Medicare térítés feltétele is). A jelentésekből gyűjtött adatokat nyilvános webhelyen publikálják.

A CMS és a Premier nevű ellátószövetség állami-magán kezdeményezésként Hospital Quality Incentive Demonstration programot is működtet. Ebben egy rangsoroló rendszer alapján a kórházak kompozit minőségi eredmény szerinti legfelső 10–20 százaléka bónuszban részesül.

A Joint Commission is meghatározott különböző betegségekre vonatkozó alapvető minőségi mutatókat.

Az állami-magán együttműködésben létrehozott Hospital Quality Alliance nyilvánosan tesz hozzáférhetővé kórházi teljesítmény indikátorokat és ösztönzőket nyújt a minőség fejlesztésére.

e-egészségügy

Az egészségügyi informatika használatának ösztönzésére 2009-ben az Obama kormányzat a „HITECH Act” nevű törvényt hozta. A törvény által lehetővé váló intézkedések megkönnyítik az orvosok és más egészségügyi szakemberek számára, hogy pénzügyi ösztönzőkben részesüljenek az egészségügyi IT befogadásáért és ésszerű alkalmazásáért. Jelenleg sok orvos és kórház még a papíralapú nyilvántartást használja.

Az egészségügyi rendszer javítása mellett az országos informatikai átállás munkahelyek létrehozásában is szerepet játszik. A HITECH törvény elfogadása óta több tízezer egészségügyi informatikai munkahelyet hoztak létre az országban. A munkaügyi statisztikai hivatal szerint 2008-2018-ig az IT munkakörök várhatóan 20 százalékkal növekednek, ami jóval nagyobb ütemű növekedés más foglalkozásokhoz képest.

Az egészségügyi IT befogadásához az Obama kormányzat 62 regionális támogató központból (Regional Extension Centers) álló országos hálózata is segítséget nyújt. A központok helyi nonprofit

társaságokból állnak, akik útmutatást adnak és forrásokat nyújtanak az egészségügyi ellátók számára az elektronikus betegnyilvántartást ösztönző programokban (Medicare and Medicaid Electronic Health Record Incentive Programs) való részvétel támogatására.

A Medicare elektronikus betegnyilvántartást ösztönző programban résztvevő orvosok évi többletfizetése elérheti a 44 ezer dollárt is, míg ugyanez a Medicaid ösztönző program esetén 63 ezer dollár is lehet. 2008 és 2011 között az elektronikus betegnyilvántartással rendelkező orvosok aránya duplájára, 17 százalékról 34 százalékra emelkedett. A háziorvosok körében a növekedés 20 százalékról 39 százalék. 2012-től 2013 közepéig az orvosok és más jogosult ellátók több, mint fele részesült Medicare vagy Medicaid ösztönzésben az elektronikus betegnyilvántartás (EHR) befogadásáért. A minisztérium túlteljesítette azt a célját, hogy 2013 végére az orvosi rendelők 50 százaléka és a kórházak 80 százaléka rendelkezzen EHR-rel.

Az IT tapasztalatokkal rendelkező dolgozók keresletének kielégítésére az Obama kormányzat négy munkaerő fejlesztési programot indított. Az egész országra kiterjedő egészségügyi informatikai képzés 82 közösségi főiskolán és 9 egyetemen folyik. Jelenleg több mint 10 ezer hallgató vesz részt a képzési programokban.

Egészségügyi dolgozók

Az amerikai Munkaügyi Statisztikai Hivatal (BLS) három fő csoportba osztályozza az egészségügyi dolgozókat: diagnosztizáló és kezelő szakemberek, technológusok és technikusok, támogató foglalkozások. Az első kategóriába tartoznak az orvosok, kiropraktőrök, fogorvosok, látszerészek, ortopéd szakorvosok, lábápolók, gyógyszerészek, diplomás ápolók, orvos asszisztensek, valamint foglalkozási, fizikai, légzési, beszéd/nyelv és egyéb terapeuták. A második kategóriába tartoznak a klinikai laboratóriumi technológusok és technikusok, dentálhigiénikusok, foglalkozási szakápolók, egészségügyi dokumentációs technikusok. A technológusok és technikusok közötti különbség a képzés szintjében jelentkezik, a technológusok bonyolultabb feladatokra képesek és felügyelhetik a technikusokat. Az utolsó kategória olyan támogató foglalkozásokat tartalmaz, mint az ápolóasszisztens, pszichiátriai asszisztens, otthoni egészségügyi asszisztens és fogászati asszisztens.

2010-ben 1000 lakosra 2,82 orvos, 0,57 fogorvos, 9,21 diplomás ápoló, 0,32 orvos asszisztens, 0,83 gyógyszerész, 0,61 fizioterapeuta, 0,35 foglalkozás terapeuta jutott. Az 1990-2010-ig tartó időszakban nőtt a foglalkoztatás az orvosok, kiropraktőrök, látszerészek, gyógyszerészek, diplomás ápolók, orvos asszisztensek, terapeuták, technológusok és technikusok, valamint a támogató foglalkozások körében. Ugyanebben az időszakban csökkent a foglalkoztatás a fogorvos, ortopéd szakorvos, klinikai laboratóriumi technológus és technikus szakmákban. Az olyan jól fizetett szakmákra jellemző csökkenés, mint a fogorvoslás azzal magyarázható, hogy egyidejűleg növekedett a fogorvosokat helyettesítő technikai (dentálhigiénikus) és támogató (fogászati asszisztens) foglalkoztatottak száma.⁹

⁹ WHO Health Systems in Transition, United States of America 2013

Egészségügyi reformok

Az utóbbi évek reformjait átfogó törvénykezés foglalja keretbe. Barack Obama amerikai elnök 2010. március 23-án írta alá az Affordable Care Act nevű egészségügyi reformtörvényt. A törvény aláírásával Obama közel került a majdnem teljeskörű, szolidaritási elemeket is tartalmazó egészségbiztosítási rendszer megteremtéséhez, amit egy elnöknek sem sikerült keresztül vinnie Theodore Rooseveltől kezdődően. A reformtörvény az amerikai lakosság 95 százaléka számára teszi elérhetővé a jó minőségű és megfizethető egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, miközben – a törvényalkotó reményei szerint – hosszú távon jelentősen csökkenti az egészségügyi költségeket. A Kongresszusi Költségvetési Hivatal szerint az egészségügyi reform 938 milliárd dollárba kerül tíz éves időtartamra elosztva. A történelmi jelentőségű törvénykezés 143 milliárd dollárral csökkentheti a szövetségi költségvetési hiányt az elkövetkezendő tíz évben.

A törvény többlépcsős folyamatként a jelenleg biztosítás nélküli lakosok jelentős részének fedezetet nyújtana, azonban a főként tisztázatlan státusú/illegtelen bevándorlók valószínűleg még továbbra sem rendelkeznek majd egészségbiztosítással. A törvény kötelezővé teszi minden amerikai állampolgár és tartózkodási engedéllyel bíró egyén számára az egészségbiztosítás kötését. Ennek elmulasztása büntetést von maga után. Kivételt képeznek az anyagilag nehéz helyzetben levők, a biztosítást vallásos okokból ellenzők, az amerikai indiánok, a 90 napnál rövidebb ideig fedezet nélküliek, az illegális bevándorlók és a szegénységi jövedelem küszöb 100 százaléka alatti személyek.

A törvény meghatározza a szükséges (alapvető) szolgáltatáscsomagot, és limitálja az erre vonatkozó költségmegosztást (co-paymentet). Az alap szolgáltatáscsomag kiterjed az ambuláns ellátásra, a sürgősségi és kórházi ellátásra, az anya és újszülött ellátásra, a mentális ellátásra, a gyógyszerekre, a rehabilitációs ellátásra, a prevencióra, gyermekellátásra és a laborszolgáltatásokra (ez a csomag egyenlő azzal a csomaggal, amit egy tipikus munkáltatói fedezetnek tartalmaznia kell). A törvény megtiltja a csoportos és egyéni biztosítások esetében a kedvezményezettek szolgáltatásainak igénybevételére vonatkozó élettartamra megállapított limitet és az indokolatlan éves limitet. A munkaadók kötelezve lesznek, hogy fedezetet nyújtsanak alkalmazottaik biztosításához, ugyanakkor a munkavállalók (az egyének) pénzbüntetés terhe mellett kötelezve vannak biztosítás megkötésére.

A szövetségi szegénységi szint 100-400 százaléka közötti jövedelemmel rendelkező egyének és családok költség-hozzájárulási támogatásban részesülnek a biztosítási díjak fizetésében. A legnagyobb arányú támogatás az elfogadott módosítás szerint a szövetségi szegénységi szint 100-150 százaléka között jár, a támogatás a biztosítási díj 94 százalékát teszi ki. A munkáltatók által nyújtott biztosítási fedezeteknél a munkáltató a biztosítási díj változó arányát fedezi, így a biztosítottokra is változó hányad jut.

A kisvállalkozások támogatásban részesülhetnek a biztosítás költségeiben. Erre azok a munkáltatók jogosultak, akik 25-nél kevesebb teljes idejű dolgozót alkalmaznak, 50 000 dollárnál alacsonyabb átlagfizetést nyújtanak és a dolgozók egészségügyi kiadásainak legalább 50 százalékát fizetik. Az első fázisban (2010-2013) a munkaadók a dolgozóknak fizetett biztosítási díjak 35 százaléka értékében adójóváírásban részesülnek, ha az összes biztosítási díj legalább 50 százalékához hozzájárulnak. A második fázisban (2014-től) azok a kisvállalkozások, melyek a biztosítási piacon (Exchange) vásárolnak fedezetet, a dolgozóknak fizetett biztosítási díjak 50 százalékában részesülnek adójóváírásban, ha az összes biztosítási díj legalább 50 százalékához hozzájárulnak.

A 65 év alatti, alacsony jövedelműek számára fenntartott Medicaid programot kibővítik a szövetségi szegénységi szint 133 százaléka alatti jövedelemmel rendelkezők számára. Az újonnan jogosult felnőtt személyek legalább alapjuttatási csomagban részesülnek. Az újonnan jogosultak fedezetének finanszírozása 2014-2016-ig teljes mértékben központi alapokból fog történni. 2017-től a költségeket az államok és a szövetségi kormány közösen osztja meg.

A törvény kiterjeszteni a biztosítási fedezethez való hozzáférést. Létrehozna minden államban egy egészségbiztosítási piacot, amelyen keresztül az egyének és a 100 alkalmazott alatt foglalkoztató kisvállalkozások biztosítást vásárolhatnak (American Health Benefit Exchanges és Small Business Health Options Program Exchanges). 2017-től a 100 alkalmazott fölött foglalkoztató kisvállalkozások is részt vehetnek az egészségbiztosítási piacon. A piacot egy kormányhivatal vagy non-profit szervezet adminisztrálná. Az államok regionális piacokat is létrehozhatnak, vagy egy államban több Exchange is működhet, amennyiben különálló földrajzi térségeket szolgálnak. Az Exchange-ben csak amerikai állampolgárok és tartózkodási engedéllyel bíró egyének vehetnek részt.

A törvény szorgalmazza a non-profit biztosítótársaságok létrehozását, ezeket a Consumer Operated and Oriented Plan (CO-OP) program fogja támogatni. A résztvevő szervezet nem lehet egy már fennálló egészségbiztosító, nem részesülhet finanszírozásban az állami vagy helyi kormányzattól – tevékenysége alapján véve egészségbiztosítási csomagok kibocsátásából áll az engedélyt kiadó államban. A szervezet irányítása a tagok többségi szavazata szerint történik, működése erőteljes fogyasztói fókusz alapján történik, és a profitot a biztosítási díjak csökkentésére vagy a tagságnak nyújtott egészségügyi ellátás minőségének javítására kell fordítani. A CO-OP szervezeteket 2013 júliusára hozták létre 6 milliárd dolláros finanszírozással.

A szolidaritási elvet erősíti, hogy a biztosítók nem zárhatnak ki előzetes betegségben szenvedőket és nem érvényteleníthetnek fedezetet. A fennálló betegségben szenvedők, akik legalább hat hónapja biztosítás nélkül vannak, jogosultak egy átmeneti országos kockázat-közösségbe való feliratkozásra, ahol a biztosítási díj támogatásában részesülnek. A kockázat-közösség díját standard populációra határozzák meg, és nem változhat nagyobb mértékben, mint 4:1 (a legdrágább nem lehet a legolcsóbb négyszeresénél magasabb). A maximális költségmegosztás határa egyenlő a törvény által megszabott egészségügyi takarékszámok határával.

A rendszer az alábbi jövedelemtranszferekkel erősíti a szolidaritást, melyekkel a magas jövedelműekre és a magas költségű biztosítást nyújtókra plusz terhet raknak:

- Megnövelik a Medicare kórházi biztosítási adót az évi 200 000 dollár feletti jövedelmekre személyeknél, 250 000 dollár feletti jövedelmekre házastársaknál
- Adót vetnek ki a magas költségű biztosításokat forgalmazó biztosítókra. A munkahelyi biztosítást nyújtó biztosítótársaságokra különadót vetnek ki, az elfogadott módosítás szerint akkor, ha a biztosítás értéke meghaladja a 10 200 dollárt egyéni fedezet esetén, 27 500 dollárt családi fedezet esetén

Emellett:

- Kiterjesztik a szegények Medicaid biztosítását és a gyermekek biztosítását (CHIP)
- Támogatást nyújtanak az alacsony jövedelműek számára a biztosítás megvásárlására.

A reformtörvény intézkedéseinek menetrendje

2010:

- A kisvállalkozások adójóváírásban részesülnek a biztosítási díjak 35 százalékáig, 50 százalékig emelkedő formában 2014-ig
- A „doughnut hole”-ba (gyógyszerjuttatási programban levő ez idáig nem finanszírozott hézagba) tartozó idősök 250 dolláros visszatérítést kapnak
- Előzetes betegségben szenvedő biztosítás nélküli személyek biztosítást vásárolhatnak magas kockázatú közösségeken keresztül (high-risk pools)
- Jelenleg 37 államban vannak ilyen kockázatközösségek, eltérő jogosultsági követelményekkel, juttatásokkal és biztosítás díjakkal¹⁰

Valamennyi egészségbiztosító esetében tiltott:

- A gyermekek fedezetének megtagadása előzetes betegség miatt
- A fedezet megszüntetése, ha egy biztosított megbetegszik, vagy gyakran vesz igénybe szolgáltatást
- A fedezet megszüntetése, ha egy biztosított eléri a megengedett kiadás felső határát
- A biztosított egészségügyi kiadásaira kirótt éves vagy életre szóló felső határ megállapítása
- Valamennyi egészségbiztosító köteles fedezetet nyújtani a fiataloknak 26 éves korig a szülei biztosítása után

2011:

- A Medicare-re jogosult személyek 50 százalékos kedvezményben részesülnek az originál (nem generikus) gyógyszerek vásárlásánál – ez 2020-ben 75 százalékra emelkedik
- A magánbiztosítási opcióval szolgáló Medicare C fizetéseket befagyasztják az elkövetkezendő 10 évben, és 136 milliárd dollárral csökkentik az ilyen opciókat nyújtó magánbiztosítók támogatását
- Az orvoshiányban szenvedő területeken praktizáló házi orvosok és sebészek 10 százalékos bónuszt kapnak a Medicare-től 2011-2015-ig
- Valamennyi egészségbiztosító köteles bevételük legalább 80-85 százalékát egészségügyi ellátásra költeni

2013:

- 0,9 százalékkal megnövelik a Medicare kórházi biztosítási adót (1,45 százalékról 2,35 százalékra) az évi 200 000 dollár feletti jövedelmekre egyéneknél, 250 000 dollár feletti jövedelmekre házastársaknál

¹⁰ http://www.naschip.org/states_pools.htm

- Új kórházi biztosítási adót vetnek ki a kamatokból, befektetésekből stb. eredő jövedelmekre az évi 200 000 dollár feletti jövedelmekre egyéneknél, 250 000 dollár feletti jövedelmekre házastársaknál
- Az orvosok fizetési rátái a Medicare rátákkal lesznek egy szinten, amelyek kb. 20 százalékkal magasabbak, mint a Medicaid esetében

2014:

- Kötelezővé válik az egészségbiztosítás kötése, ennek elmulasztása fokozatosan emelkedő mértékű büntetést von maga után (2014-ben egyének esetében 95 dollár, családok esetében 285 dollár, 2016-ban egyéneknél 695 dollár, családoknál 2085 dollár)
- A biztosítótársaságok már nem tagadhatják meg a fedezetet a betegektől
- A Medicaidre való jogosultságot kibővítik a szövetségi szegénységi szint 133 százalékára minden lakos számára
- Azok az államok, amelyek nem bővítették ki a jogosultságot, 100 százalékos szövetségi támogatásban részesülnek 2017-ig, majd 90 százalékos támogatásban 2020-ig
- Létrejönnek az egészségbiztosítási piacok (Health Insurance Exchanges) az államokban kormányzati vagy nonprofit irányítás alatt
- A szövetségi kormány induló összeggel támogatja az államokat a piacok létrehozásában
- Ha egy állam nem kíván létrehozni ilyen piacot, akkor a szövetségi kormány teszi meg az adott államban
- Az Exchange-ekre csak azok jelentkezhetnek, akik 100-nál kevesebb alkalmazottat foglalkoztató munkaadóknál dolgoznak, vagy olyan egyének, akik vállalkozók, munkanélküliek vagy Medicare-re nem jogosult nyugdíjasok
- Az Exchange-ek nem határozhatják meg a biztosítási díjakat, de kizárhatnak egy biztosítót, ha elégedetlenek a biztosítási díjak összegével
- Az Exchange-ek kötelesek legalább négy juttatási csomagot nyújtani (platina, arany, ezüst, bronz)
- Egy 15 tagú független tanácsadó bizottság (Independent Payment Advisory Board) létrehozása a Medicare költségek növekedésének csökkentésére arra az esetre, ha a költségek meghaladják a kitűzött növekedési arányt
- A biztosítótársaságok piaci részesedés szerinti díjakat kezdenek fizetni az államnak
- Az 50-nél kevesebb teljes idejű alkalmazottat foglalkoztató munkaadók büntetést fizetnek, ha nem nyújtanak biztosítást alkalmazottainak, ha a nyújtott fedezet nem megfizethető, vagy ha a munkaadók támogatásban részesülő biztosítást vásárolnak egy Exchange-en keresztül

2018:

- A luxus biztosításokra ("Cadillac" plans) kivetett 40 százalékos adó, ha a biztosítás értéke meghaladja a 10 200 dollárt egyéni fedezet esetén, 27 500 dollárt családi fedezet esetén

2020:

- A Medicare Part D gyógyszerjuttatási programban levő hézag (doughnut hole) bezárása, összekötve egy 25 százalékos együttbiztosítással (coinsurance) addig a pontig, amíg az egyén el nem éri a katasztrófa fedezet küszöbét

A reformtörvény aláírása után sem szűntek meg Obama egészségügyi reformja elleni támadások az amerikai politikai ellenzék körében. Miután a 2010. novemberi időközi választásokat a republikánusok nyerték és 2011-ben többségbe kerültek a képviselőházban, napirendre került a törvény visszavonása. A republikánus többségű képviselőház már több tucatszor bocsátotta szavazásra a törvényt Bár mindannyiszor megszavazták annak visszavonását vagy átalakítását, a demokrata többségű Szenátusban esély sincs ezeknek a változásoknak az elfogadására.

Az Obama kormányzat 2011. decemberi közleménye szerint nem határozzák meg egységesen a biztosítók által kötelezően nyújtandó egészségügyi juttatásokat, az államokra bízzák az alapvető juttatások megállapítását. Az elképzelés szerint valamennyi állam egy meglévő, meghatározott feltételeknek megfelelő egészségbiztosítást (pl. az állami alkalmazottak három legnagyobb biztosításának egyikét) jelölne meg benchmark-ként, amely juttatásait alapvetőnek tekintenék, és az összes biztosítónak ugyanolyan vagy nagyobb mértékű juttatásokat kellene nyújtaniuk.

A kötelező egészségbiztosítás kötésének első fázisában, 2013. október 1 és 2014. március 31 között több mint 8 millió ember iratkozott fel a reformtörvény biztosítási piacára. Az online feliratkozást azonban sorozatos technikai hibák kísérték – a webhely hetekig nem volt elérhető –, ezért Kathleen Sebelius amerikai egészségügyi miniszter 2014 áprilisában benyújtotta lemondását. (Utódja a Fehér Ház Költségvetési Hivatalának igazgatója, Sylvia Mathews Burwell lesz.) Ugyanezen időszak alatt az állami Medicaid és CHIP programokra további 4,8 millió ember iratkozott fel és növelte a biztosítottak táborát. A reformtörvény értelmében a 26 éven aluli személyeket a szülők egészségbiztosítása fedezi, ami a fedezettel rendelkezők számát 3 millióval növeli 2014-ben. Emellett 5 millió ember vásárolt fedezetet a reformtörvény által létrehozott biztosítási piacokon kívül.¹¹

Az utóbbi évek érdekes kísérletei közé tartozik – immár nem a biztosítás, hanem a szolgáltatók finanszírozása témájában a „csomagolt fizetési” program (Bundled Payments for Care Improvement) elindítása az Egészségügyi és Humán Szolgáltatások Minisztériuma részéről. Eddig a Medicare-ben a különböző egészségügyi ellátók külön számláztak szolgáltatásaikért. A CMS kezdeményezése szerint a jövőben csomagba foglalják azokat a szolgáltatásokat, amelyeket a beteg egy betegség gyógyítása során, egy ún. „ellátási epizód”-hoz kapcsolódóan kap (pl. egy csípőprotézis epizódban egy csomagba tartozik fekvőbeteg ellátás, a rehabilitáció és a kapcsolódó szolgáltatások). A különböző szolgáltatások fizetésének becsomagolásával az ellátókat ösztönzik a különböző környezetben nyújtott ellátás koordinálására és az ellátás folyamatosságának biztosítására. A koordinált ellátásban csökkenhet a szolgáltatások szükségtelen duplikációja, hatékonyabban előzhetőek meg az orvosi hibák, csökkenhetnek a költségek. Az ellátók rugalmasan határozhatják meg, hogy milyen ellátási epizódokat és szolgáltatásokat csomagolnak együtt. Ez a rugalmasság megkönnyíti a különböző méretű és felkészültségű ellátóknak a programban való részvételt.¹²

¹¹ Enrollment in the Health Insurance Marketplace totals over 8 million people. Department of Health & Human Services, 2014

¹² Affordable Care Act initiative to lower costs, help doctors and hospitals coordinate care. U.S. Department of Health and Human Services, 2011

Források

- 2013 actuarial report on the financial outlook for Medicaid
<http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Financing-and-Reimbursement/Downloads/medicaid-actuarial-report-2013.pdf>
- Affordable Care Act initiative to lower costs, help doctors and hospitals coordinate care. U.S. Department of Health and Human Services, 2011
<http://wayback.archive-it.org/3926/20140108162101/http://www.hhs.gov/news/press/2011pres/08/20110823a.html>
- Affordable Care Act, 2010
<http://www.hhs.gov/healthcare/rights/law/index.html>
- Centers for Medicare & Medicaid Services
<http://www.cms.gov>
- Department of Health and Human Services
<http://www.hhs.gov>
- Enrollment in the Health Insurance Marketplace totals over 8 million people. Department of Health & Human Services, 2014
<http://www.hhs.gov/news/press/2014pres/05/20140501a.html>
- Foubister, Vida: Quality Matters In Focus: Are Medical Homes Primary Care's Answer? The Commonwealth Fund, 2008
<http://www.commonwealthfund.org/Newsletters/Quality-Matters/2008/January-February/In-Focus-Are-Medical-Homes-Primary-Cares-Answer.aspx>
- Health Reform GPS
<http://www.healthreformgps.org>
- Health Savings Accounts (HSAs). Department of the Treasury
<http://www.treasury.gov/resource-center/faqs/Taxes/Pages/Health-Savings-Accounts.aspx>
- Medicaid Information by Topic
<http://medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/By-Topic.html>
- Total HMO Enrollment, 2012
<http://kff.org/other/state-indicator/total-hmo-enrollment/>
- U.S. Government Site for People with Medicare
<http://www.medicare.gov>
- We Can't Wait: Obama Administration takes new steps to encourage doctors and hospitals to use health information technology to lower costs, improve quality, create jobs. Department of Health and Human Services, 2011
<http://wayback.archive-it.org/3926/20140108161948/http://www.hhs.gov/news/press/2011pres/11/20111130a.html>
- WHO Health Systems in Transition, United States of America 2013
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf