

Válogatás a HealthOnLine cikkeiből

2010/4 - Különszám



<http://www.eski.hu/hol>

Egészségügyi
Stratégiai
Kutatóintézet

2010. március 30.

Válogatás a HealthOnLine cikkeiből

2010. március 30.

Az amerikai egészségügyi reformtörvény¹

2010. március 21-én az amerikai képviselőház jóváhagyta, majd március 23-án Barack Obama elnök aláírta a **Patient Protection and Affordable Care Act** nevű egészségügyi reformtörvényt.

Obama elnök választási kampányában és elnöki programjában az egészségügyet központi kérdésnek tekintette a republikánusok heves szembenállása ellenére. A republikánusok alapvetően a törvény szándékát, annak „szocialista” jellegét, az állam túlzott beavatkozását támadták, ami szerintük ellentétes az „amerikai eszmével”, ami az egyének aktivitására, önmegvalósítására épít.

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 lehetővé teszi az amerikai lakosság 95%-a számára 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 kerülne tíz éves időtartamra elosztva. A történelmi jelentőségű törvénykezés 143 milliárd dollárral csökkentené a szövetségi költségvetési hiányt az elkövetkezendő tíz évben.

A biztosítás által lefedettek köre

A törvény többlépcsős folyamatként 32 millió, jelenleg biztosítás nélküli lakosnak nyújtana fedezetet, azonban 2019-ig még mindig 23 millióan lennének egészségbiztosítás nélkül, ennek jórészét a tisztázatlan státusú/illegális bevándorlók tennék ki. A törvény kötelezővé teszi minden amerikai állampolgár és tartózkodási engedéllyel bíró egyén számára az egészségbiztosítás kötését. Ennek elmulasztása az elfogadott módosítás szerint 695, maximum 2085 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%-a alatti személyek.

Az alap szolgáltatás csomag

A törvény meghatározza a szükséges (alapvető) szolgáltatáscsomagot és limitálja az erre vonatkozó költségmegosztást (co-paymentet). Az alap szolgáltatás csomag kiterjed az ambuláns ellátásra, a sürgősségi és kórházi ellátásra, az anya és újszülött ellátásra, a mentális ellátásra, a gyógyszerekre, a

¹ Ismertetőnk a Patient Protection and Affordable Care Act alapján történt. A törvényt a The Health Care and Education Reconciliation Act of 2010 módosította. Összefoglalónk készítésének időpontjában még nem állt rendelkezésre egységes szerkezetbe foglalt szöveg, ezért az ismertetett törvényben csak a módosítás néhány elemét tudtuk idézni.

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. Ez a rendelkezés is a biztonság kiterjesztését szolgálja.

Az alapcsomag széleskörű preventív ellátásokat tartalmaz, és ezeknél nem engedélyez költségmegosztást (önrész előírását):

- ▶ egyes központilag szervezett prevenciók eljárásoknál (az United States Preventive Services Task Force listáján lévő evidence based preventív szolgáltatásoknál),
- ▶ az Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention ajánlásával nyújtott immunizációs programokra és
- ▶ az irányelvek alapján nyújtott szűrések esetében.

A teljes lefedettség elérésének eszközei – támogatások, piac-szabályozó elemek

A majdnem teljeskörű lefedettséget összetett eszközrendszerrel kívánják elérni. Ezek főbb csoportjai:

- ▶ a munkaadók, munkavállalók kötelezése, ösztönzése a biztosításra
- ▶ támogatások rendszere a kisvállalkozások növekvő terhei miatt
- ▶ a Medicaid rendszer kiterjesztése
- ▶ a biztosítási piac szabályozása, összehasonlíthatóvá, átláthatóvá tételével árletörés az alacsonyabb díjtételek érdekében (Exchanges programok)

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%-a 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% között jár, a támogatás a biztosítási díj 94%-át teszi ki. A munkáltatók által nyújtott biztosítási fedezeteknél a munkáltató a biztosítási díj változó arányát fedezi, így a biztosítottra is változó hányad jut. A

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%-át fizetik. Az első fázisban (2010-2013) a munkaadók a dolgozóknak fizetett biztosítási díjak 35%-a értékében adójóváírásban részesülnek, ha az összes biztosítási díj legalább 50%-ához hozzájárulnak. A második fázisban (2014-től) azok kisvállalkozások, melyek a biztosítási piacon (Exchange) vásárolnak fedezetet, a dolgozóknak fizetett biztosítási díjak 50%-ában részesülnek adójóváírásban, ha az összes biztosítási díj legalább 50%-ához hozzájárulnak.

A 65 év alatti, alacsonyjövedelműek számára fenntartott Medicaid programot kibővítik a szövetségi szegénységi szint 133%-a 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 hozzák létre 6 milliárd dolláros finanszírozással.

Szabályozzák és az alábbiakban határozzák meg az Exchange-eken keresztül kínálható biztosítási kategóriákat is:

- ▶ **Bronz csomag:** minimum fedezet, alapjuttatások, a biztosítás juttatásai költségeinek 60%-át fedezi, az önköltségi (out-of-pocket) határ egyenlő a törvény által megszabott egészségügyi takarékszámlák (HSA) határával, ez 2010-ben 5950 dollár egyéneknek, 11 900 dollár családoknak.
- ▶ **Ezüst csomag:** alapjuttatások, a biztosítás juttatásai költségeinek 70%-át fedezi, a HSA képezi az out-of-pocket határt.
- ▶ **Arany csomag:** alapjuttatások, a biztosítás juttatásai költségeinek 80%-át fedezi, a HSA képezi az out-of-pocket határt.
- ▶ **Platina csomag:** alapjuttatások, a biztosítás juttatásai költségeinek 90%-át fedezi, a HSA képezi az out-of-pocket határt.
- ▶ **Katasztrófa fedezet:** 30 éves korig áll rendelkezésre vagy azok számára, akik mentesek a kötelező biztosítás vásárlásától. A fedezet szintjét a HSA szintjeihez igazítják, csak az egyéni piacon elérhető.

A szolidaritás megteremtésének eszközei

A szolidaritási elvet erősíti, hogy a biztosítók nem zárhatnak ki előzetes betegségben szenvedő egyéneket és nem érvényteleníthetnek fedezetet. A fennálló betegségben szenvedő egyének, akik legalább hat hónapja biztosítás nélkül vannak jogosultak egy átmeneti országos kockázat-közösségre való feliratkozásra, ahol a biztosítási díj támogatásában részesülnek. A kockázat-közösség díját egy 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 takarékszámlák 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 egyéneknél, 250 000 dollár feletti jövedelmekre házastársaknál
- ▶ Adót vetnek ki a magas költségű biztosításokat áruló 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

E mellett:

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

Felügyelet és szabályozás

Az állam felügyeleti szerepet játszik az egészségbiztosítási piac megteremtésében, a biztosítási piac szabályozásában, a fogyasztóvédelemben, a biztosítási ráták áttekintésében, a fizetőképesség megállapításában, a tartalékalapok követelményeiben és a díjak adózásában.

A törvény megerősíti és új jogszínterrel ruházza fel az Egészségügyi Minisztériumot (Department of Health and Human Services, Secretary of Health and Human Services).

A törvény előírja, hogy a hatálybelépést követő 12 hónapon belül a minisztérium (együttműködve szakmai szervezetekkel, betegszervezetekkel, biztosítói szervezetekkel) standardokat bocsát ki a biztosítást nyújtók számára a biztosítások tartalmára (kötelezően tartalmazandó elemek, formai szabályok) vonatkozóan annak érdekében, hogy azok a biztosítottak számára értelmezhetők és egymással összehasonlíthatók legyenek.

A biztosítóknak évente jelentést kell készíteniük a minisztériumnak a biztosítási díjakról, a kiadásokról, az egészségügyi ellátás minőségének javítására vonatkozó intézkedésekről, kártérítési igényekről stb. A minisztérium a beszámolókat weboldalán a lakosság számára is elérhetővé teszi.

Az USA egészségügyi kiadásai 2009-ben 2 500 milliárd dollárt tettek ki, ez a GDP 17,6%-át jelentette. 2019-re a kiadások 4 700 milliárd dollárra nőnek. A magánbiztosítás kiadásai 2009-ben 854 milliárd dollár nagyságrendűek voltak. Miután a legtöbb biztosítást országos és regionális biztosítótársaságok kötik, a biztosítás az államok közötti kereskedelemben realizálódik. A szövetségi kormány a biztosítási piac szabályozásában jelentős szerepet kap. Ha nem lenne kötelező a biztosítás, sok lakos addig várna a biztosítás megkötésével, amíg az ellátásra szükségük lesz. Ezt nem tehetik meg, és ez a kényszer a biztosítással lefedett lakosság kiszélesítésével a kockázati közösség bővülését is jelenti. (Igaz ez akkor is, ha az egészségesek járuléka alacsonyabbak.)

A magánbiztosítás adminisztratív költségei 2006-ban 90 milliárd dollárt tettek ki, ez egyéni és kiscsoportos piacoknál a járulékok 26-30%-át jelentette. A biztosítási fedezet és a vásárlói közösség (purchasing pools) jelentős növekedésétől az adminisztratív költségek és a biztosítási díjak csökkenését várják.

A magas egészségügyi kiadások csökkentésére többek közt a következő intézkedéseket vezetik be:

- ▶ A Medicare Advantage, Part C² biztosítások díjainak átalakítása, ami a biztosítók árajánlatainak átlagán alapul majd, a minőség, a teljesítmény javítás és az ellátás koordináció jutalmazásával
- ▶ A fekvőbeteg ellátás, otthoni ellátás, szakápoló intézet, hospice és más Medicare ellátó éves inflációhoz igazításának csökkentése
- ▶ A Medicare Part B jövedelem alapú küszöbének befagyasztása és a Medicare Part D díjtámogatásának csökkentése

² Medicare biztosítási formák: Part A: kórházi, Part B: járóbeteg, Part C: magánbiztosítási opció, Part D: gyógyszerjuttatás

- ▶ Egy 15 tagú független tanácsadó bizottság létrehozása a Medicare költségek növekedésének csökkentésére
- ▶ A Medicare Disproportionate Share Hospital (DSH) fizetések csökkentése („aránytalan részesedésű kórház”, ahol a nagyszámú alacsonyjövedelmű beteg miatt a kórház további alapokban részesül)
- ▶ A Medicare Improvement Fund³ megszüntetése
- ▶ Egy innovációs központ létrehozása, ahol a Medicare, Medicaid és CHIP (gyermek) programok kiadásainak csökkentésére tesztelnek különböző fizetési struktúrákat és módszertanokat
- ▶ Az államok a szövetségi államtól nem részesülnek Medicaid térítésben olyan betegségek ellátásáért, melyeket a páciens a kórházi ellátás folyamán szerzett
- ▶ A Food and Drug Administration felhatalmazása, hogy jóváhagyhassa a biológiai gyógyszerek generikus változatait
- ▶ A gyógyszergyártók is visznek pénzt a rendszerbe, amennyiben az originál gyógyszerek vételénél 50%-os kedvezményben részesítik a Medicare gyógyszerjuttatási programban résztvevők közül azokat, akik az alacsony és magas gyógyszerfogyasztás közötti hézagba (donut hole) kerültek és nem kapnak támogatást.
- ▶ A kórházi kifizetéseket a minőségi indikátorok teljesítésével köti össze, elmozdulnak a teljesítmény finanszírozásától a minőség díjazására.

A törvény szerint a megelőzésre nagy hangsúlyt helyeznek ennek érdekében létrehozzák a National Prevention, Health Promotion and Public Health Council nevű tanácsot a szövetségi szinten történő megelőzésre, a wellness és népegészségügyi tevékenységekre. Létrehozzák még a Prevention and Public Health Fund nevű alapot a megelőző és népegészségügyi programok finanszírozásának kiszélesítésére és fenntartására. A Preventive Services and Community Preventive Services munkacsoportjai bizonyítékokon nyugvó ajánlásokat dolgoznak ki és terjesztenek a klinikai és közösségi megelőző szolgáltatások használatáról. Emellett lehetővé teszik a munkaadóknak, hogy a fedezet költségeinek 30%-áig jutalmazzák alkalmazottaikat egy wellness programban való részvételért vagy bizonyos egészséggel kapcsolatos standardok betartásával – kedvezményes biztosítási díjak vagy a költségmegosztás követelményeinek elengedésének formájában.

A törvény értelmében létrehoznak egy segítségnyújtási (fogyasztóvédelmi) hivatalt az egészségbiztosítási ügyfelek számára vagy egy ombudsman programot, amely érdekvédelmi szerepet tölt be a magánfedezettel rendelkező emberek számára.

A törvény végleges formája

A törvény végig politikai viták keresztüzében állt, így megszavazása is többlépcsős, bonyolult módon történt. **2010. március 21-én az amerikai képviselőház a Health Care and Education Affordability Reconciliation Act of 2010 nevű törvényjavaslatot is jóváhagyta**, ami a fentebb leírt Patient Protection and Affordable Care Act szenátusi törvényjavaslatban hozott képviselőházi módosításokat tartalmazza, plusz a diákhitel reformját érintő jogalkotást. A demokraták egy ritkán alkalmazott szenátusi lépéshez folyamodtak a törvényjavaslat megszavazására, az ún. összehangolási (reconciliation) taktikához, ami kikerüli a republikánusok lehetséges obstrukciós lépését, és amihez egy egyszerű 51

³ Medicare Part A és Part B programok javítására rendelkezésre álló pénzalapok

szavazatos többség is elegendő. Általában a szenátusi szavazáshoz egy 60 szavazatos többség kell (jelenleg 59 demokrata és 41 republikánus szenátor van). Az összehangolási lépésre azért volt szükség, hogy a képviselőház javaslatai beépülhessenek a már meglévő szenátusi törvényjavaslatba. A 60 szavazatos demokrata szenátusi többség hiányában egy új törvényjavaslat megszavazására kevés esély lett volna. A republikánusok számos tartalmi és eljárásbeli kifogást emeltek a módosítás ellen, a demokrata azonban a legtöbb kifogást elhárították. Két cikkelyt azonban törölni kellett a törvényjavaslatból, mert ütköztek a házszabállyal, így az egészet vissza kellett küldeni újbóli szavazásra. A szenátus és a **képviselőház is elfogadta a módosításokat, majd Obama elnök március 30-án aláírta a törvényt.**

A végleges törvény így a **Health Care and Education Affordability Reconciliation Act of 2010** nevű törvény, ami többnyire számbeli módosításokat tartalmaz a korábbi változathoz képest. A módosítások a Képviselőház javaslatainak erőteljesebb figyelembe vételét szolgálták. A változtatás így kismértékben csökkentette az eredeti büntetési díjtételeket, változtatta a támogatásokra való jogosultság feltételeinek pénzügyi határait és egyéb mellett a magas költségű biztosítások különadójának kivétési feltételeit.

Vélemények

A törvény fogadtatása általában kedvező volt az amerikai lakosság körében. Egy Gallup felmérés szerint 9%-kal több ember gondolja, hogy a törvény elfogadása „jó dolognak számít” mint ahányan nem.⁴ A törvény elfogadásával kapcsolatban ugyanakkor sokan aggodalommal tekintenek arra, hogy a biztosítás nélküli emberek fedezetét a biztosítási díjak és adók emeléséből fogják megteremteni. Sokan ellenzik, hogy nekik kell kifizetni azok számláját, akik egészségtelen életmód miatt betegednek meg (dohányzás vagy túlsúlyt okozó táplálkozás stb.). A legtöbb amerikai lakos igazságosnak tartaná, ha az egészségtelen életvezetésű személyek többet fizetnének az egészségbiztosításért.⁵

Forrás:

The Patient Protection and Affordable Care Act

<http://www.democrats.senate.gov/reform/patient-protection-affordable-care-act-as-passed.pdf>

The Health Care and Education Reconciliation Act of 2010

http://frwebgate.access.gpo.gov/cgi-bin/getdoc.cgi?dbname=111_cong_bills&docid=f:h4872eh.txt.pdf

Health Care Reform

http://energycommerce.house.gov/index.php?option=com_content&view=article&id=1931:health-care-reform&catid=169:legislation&Itemid=55

Comparison of Major Health Care Reform Proposals

<http://www.kff.org/healthreform/sidebyside.cfm>

Health Care Reform

http://www.democraticleader.house.gov/members/health_care.cfm

⁴ <http://www.latimes.com/features/health/la-na-obama-iowa26-2010mar26,0,3232074.story>

⁵ <http://www.nytimes.com/2010/03/30/health/30risk.html?ref=health>