



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΤΕΖΑ*

**Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΩΝ ΗΠΑ**

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

***Υπότροφος Ι.Κ.Υ.**

Πειραιάς, 2011

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**



ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΤΕΖΑ*

**Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΩΝ ΗΠΑ**

Επιβλέπων Καθηγητής : κος Παπαηλίας Θεόδωρος

**Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

***Υπότροφος Ι.Κ.Υ.**

Πειραιάς, 2011



**UNIVERSITY
OF PIRAEUS**

MASTER IN HEALTH MANAGEMENT



**TEI
OF PIRAEUS**

CHRISTINA TEZA *

**THE REFORM OF THE HEALTH CARE OF SYSTEM
IN U.S**

Supervisor Professor: Papaelias Theodoros

*Graduate thesis Submitted for the Degree
“Master of Science in Health Management”*

***Scholar of I.K.Y. (Institution of Government Scholarships)**

Piraeus, 2011

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας τον κύκλο του ΜΠΣ «Διοίκηση της Υγείας», αποτελεί υποχρέωσή μου να ευχαριστήσω το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών (Ι.Κ.Υ.) για την οικονομική στήριξη που μου πρόσφερε αυτά τα δύο χρόνια.

Θα ήθελα να αναφερθώ και ευχαριστήσω τους γονείς μου και τα αδέρφια μου για τη συμπαράστασή τους όλα αυτά τα χρόνια της εκπαιδευτικής μου πορείας και ιδιαίτερα την αδελφή μου Μαρία-Άννα Τέζα και τον Αλέξανδρο Χιοκτούρη που με παροτρύνανε να συμμετάσχω στο ΜΠΣ και για τη βοήθεια που μου πρόσφεραν σε όλη τη διάρκεια του.

Δε θα μπορούσα να παραλείψω τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής μου κ. Παπαηλία Θεόδωρο για τις συμβουλές του και τη βοήθεια που μου προσέφερε, στηρίζοντάς με σε κάθε προσπάθειά μου, από τότε που ήμουν φοιτήτρια.

Τέλος, μέσα από την καρδιά μου, θα αναφερθώ στο σύντροφο της ζωής μου, Διονύση, που στέκεται πάντα δίπλα μου, σε κάθε μου βήμα και συγκεκριμένα στην ενθάρρυνση και στη βοήθεια που μου πρόσφερε στη διπλωματική. Μαζί με την κόρη μας, με την οποία διανύσαμε παρέα το μεγαλύτερο μέρος του μεταπτυχιακού, ήταν οι άνθρωποι που μου δώσανε το κουράγιο να συνεχίσω μέχρι το τέλος, ξεπερνώντας κάθε εμπόδιο. Αφιερωμένη, λοιπόν, σε αυτούς.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ζούμε σε μια εποχή κατά την οποία ζητήματα όπως η κατάταξη της υγείας ως δημόσιου ή ιδιωτικού αγαθού και η υποχρέωση ή μη του κράτους να μεριμνά για την υγεία και να παρέχει κοινωνική προστασία σε αυτούς που έχουν ανάγκη επανεξετάζονται και αναδιατυπώνονται.

Στις ΗΠΑ αυτά αποτελούν καυτό θέμα της επικαιρότητας από την εκλογή του Barack Obama. Το μοντέλο υγείας και κοινωνικής πρόνοιας των ΗΠΑ χαρακτηρίζεται ως φιλελεύθερο. Η θέσπιση ενός καθολικού συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής προστασίας θεωρείται αναγκαία αφού είναι το μοναδικό αναπτυγμένο κράτος του δυτικού κόσμου που δεν έχει έστω και ένα υποτυπώδες εθνικό σύστημα υγείας. Οι ΗΠΑ δαπανούσαν περί τα 2,5 τρισεκατομμύρια δολάρια ετησίως για τη συντήρηση του μέχρι πρότινος ανεπαρκούς συστήματος αλλά -παρά την τεράστια δαπάνη- σχεδόν το 17% του πληθυσμού -περίπου 57 εκατομμύρια- παράμεναν ανασφάλιστοι.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσει τη δομή, τις παροχές, τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και κοινωνικής ασφάλισης μέχρι σήμερα στις ΗΠΑ και να αναδείξει τις αλλαγές που θα επιφέρει η μεταρρύθμιση του Barack Obama.

Ειδικότερα, θα γίνει αναφορά στα χαρακτηριστικά της δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης, στα κοινωνικά προγράμματα και γενικά κοινωνικές πολιτικές που υπάρχουν στις ΗΠΑ και στην μεταρρύθμιση της υγείας. Η μεταρρύθμιση της υγείας στηρίχθηκε στη *Patient Protection and Affordable Care Act-PPACA*.

Στις 23 Μαρτίου 2010 υπογράφηκε ο νόμος "*Patient Protection and Affordable Care Act-PPACA*" που περιλαμβάνει πολυάριθμες διατάξεις, των οποίων οι εφαρμογές ξεκινούν 90 ημέρες μετά την υπογραφή του και ολοκληρώνονται το 2014, με σκοπό την προστασία του ασθενή και την πιο προσιτή οικονομικά υγεία.

Ο νέος νόμος είναι περισσότερο μια πολιτική που καλύπτει τα ασθενέστερα και ανασφάλιστα άτομα, που σημαίνει ότι είναι πιο επικίνδυνη για τις ασφαλιστικές εταιρείες. Πολλοί θεωρούν ότι τα προνόμια του νέου νόμου θα βοηθήσουν πολλούς ανθρώπους. Άλλοι πιστεύουν ότι θα εξακολουθήσει να είναι πάρα πολύ δαπανηρή η υγεία και μπορεί να μην έχει αρκετά χρήματα η κυβέρνηση να συνεχίσει τις δραστηριότητές της.

Αποσαφηνίζοντας τις βασικές παραμέτρους της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας, θα σκιαγραφήσουμε το περιεχόμενό της, τις πηγές χρηματοδότησής του συστήματος

υγείας και θα εντοπίσουμε τις αντιδράσεις που υπάρχουν και τις συνέπειες της μεταρρύθμισης.

Ακόμη, θα γίνει αναλυτική παρουσίαση της εξέλιξης των διατάξεων του νέου νόμου και του χρονοδιαγράμματός τους. Είναι αξιοσημείωτο ότι πολλές από αυτές δε θα εφαρμοστούν λόγω αντισυνταγματικότητάς τους -όπως αποφάνθηκε το δικαστήριο- και του γεγονότος ότι ο πρόεδρος των ΗΠΑ αναγκάστηκε να κόψει αρκετές ρυθμίσεις λόγω έντονων αντιδράσεων από το πολιτικό, οικονομικό και ιατρικό κατεστημένο.

Λέξεις κλειδιά: υγεία, μεταρρύθμιση, σύστημα υγείας, ιδιωτική ασφάλιση, αλλαγή, Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ABSTRACT

THE REFORM OF THE HEALTH CARE OF SYSTEM IN U.S

CHRISTINA TEZA

Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management”

University of Pireaus-TEI of Piraeus, Greece

Supervisor: Prof. Papaelias T.

The purpose of the present study is the examination of the structure, the facilities and the financing of health care system and social insurance of so many years in the U.S. Additionally, we will try to highlight the impacts of the changes of Barack Obama’s reform. Particularly, it discusses the characteristics of public and private insurance, the social programs and generally the social policy that exists in the U.S. in health care reform.

“Patient Protection and Affordable Care Act” (PPACA) was signed on 23/3/2010 and it contains a lot of rules, the application of which is going to begin 90 days after its enactment and will be completed in 2014, in order to protect the patient and to provide more economically advantageous health care services.

The new legislation is something more than a policy covering the weakest and uninsured people. This implies that it is more risky for the insurance companies. Many people consider that the benefits of the new law will help a lot of people whereas other think that health services will still might be too expensive and the government will not have enough money to continue its activities.

We will also try to clarify the parameters of the reform effort and we will outline its scope, its funding sources and we will try to identify existing reactions as well as the consequences of the reform. It is going to be a detailed presentation of the evolution of the provisions of the new Act and their timetable. It is remarkable that several of these will not be implemented due to their unconstitutionality -as the court stated- and the fact that U.S. president was forced to cut several settings because of intense reactions in the country from the political, economical and medical status quo.

Keywords: health, reform, health system, private insurance, change, Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA).



ΠΑΝΕΠΙΣΤ

Στη φωτογραφία της προηγούμενης σελίδας βλέπουμε τον πρώτο άνθρωπο που συνεχάρη τον Πρόεδρο Barack Obama αμέσως μετά την υπογραφή της μεταρρύθμισης για την υγεία, ήταν ο 11χρονος Μαρσέλας Όουενς, στον οποίο ο Αμερικανός Πρόεδρος αφιέρωσε τη μεγάλη μεταρρύθμιση, καθώς όπως είπε, είναι ένα από τα πρόσωπα που τον ενέπνευσαν. «Υπογράφω για τον 11χρονο Μαρσέλας Όουενς», είπε χαρακτηριστικά» και συνέχισε: «Στη μνήμη της μητέρας του, μετέφερε την ιστορία της σε όλη την Αμερική έτσι ώστε κανένα άλλο παιδί να μην περάσει όσα πέρασε η δική του οικογένεια». Ο μικρός Όουενς έχασε τη μητέρα του το 2007 από μια σοβαρή ασθένεια, επειδή δεν είχε τα χρήματα να πληρώσει τα έξοδα του νοσοκομείου. Φορώντας κοστούμι και την ίδια γραβάτα με τον Πρόεδρο Barack Obama, ο μικρός Μαρσέλας δεν έκρυβε την χαρά, αλλά και την συγκίνηση του.«Είναι δύσκολο για μένα να μην είναι η μητέρα μου εδώ», είπε μετά την υπογραφή του νομοσχεδίου και πρόσθεσε: «Όμως το πνεύμα της είναι εδώ μαζί μου κάθε φορά που μιλάω. Ελπίζω να την κάνω υπερήφανη». Μετά τον θάνατο της μητέρας του ο Μαρσέλας έγραψε ένα γράμμα στον Αμερικανό Πρόεδρο και στη συνέχεια έγινε το σύμβολο της προσπάθειας του Barack Obama να αναμορφώσει το σύστημα υγείας, δίνοντας έτσι πρόσβαση στα νοσοκομεία σε εκατομμύρια ανασφάλιστους μη προνομιούχους Αμερικανούς. (Εθνικός Κήρυξ, 2010)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ & ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	3
1.1 Οι υπηρεσίες υγείας	3
1.2 Συστήματα υγείας	5
1.3 Πολιτικές κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικά προγράμματα	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	10
ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΝΩΜΕΝΩΝ ΠΟΛΙΤΕΙΩΝ ΑΜΕΡΙΚΗΣ	10
2.1 Το δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης των ΗΠΑ	10
2.2 Το σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης των ΗΠΑ	13
2.3 Αξιολόγηση του συστήματος πρόνοιας των ΗΠΑ	15
2.4 Σύγκριση μεταξύ των συστημάτων Η.Π.Α. και ευρωπαϊκών χωρών	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	24
ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΣΤΙΣ ΗΠΑ	24
3.1 Ο αριθμός των ανασφάλιστων	24
3.2 Ανασφάλιστα παιδιά και νέοι	26
3.3 Αιτίες του μεγάλου αριθμού ανασφάλιστων	27
3.4 Συνέπειες	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	31

Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΠΑ	31
4.1 Ιστορία μεταρρυθμιστικών προσπαθειών της υγείας των ΗΠΑ	31
4.2 Ο πρόεδρος της μεταρρύθμισης- Barack Hussein Obama	35
4.3 Η διαμάχη για τη δημιουργία ενός καθολικού συστήματος υγείας στις ΗΠΑ	36
4.4 Παροχές του νόμου	38
4.5 Χρηματοδότηση	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	42
ΤΟ ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΞΕΩΝ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΝΟΜΟΥ	42
5.1 Ισχύουσες διατάξεις από το 2010	42
5.2 Ισχύουσες διατάξεις από το 2011	47
5.3 Ισχύουσες διατάξεις από το 2012	51
5.4 Ισχύουσες διατάξεις από το 2013	52
5.5 Ισχύουσες διατάξεις από το 2014	54
5.6 Ισχύουσες διατάξεις από το 2015 έως 2018	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	57
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΝΕΟ ΝΟΜΟ	57
6.1 Επιπτώσεις στα δημοσιονομικά	57
6.2 Επιπτώσεις στις δαπάνες υγείας και την ασφάλιση	58
6.3 Κοινή γνώμη	61
6.4 Οι πολιτικές θέσεις	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	65

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	65
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	70
Βιβλιογραφία	70
Άρθρα	71
Ηλεκτρονική βιβλιογραφία	72

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΕΣ	ΤΙΤΛΟΙ	ΣΕΛ.
1	<i>Στοιχεία αποτελεσματικότητας ευρωπαϊκών και αμερικανικού συστήματος υγείας</i>	18
2	<i>Διαφορές δημοσίου & ιδιωτικού συστήματος υγείας</i>	19
3	<i>Εκτίμηση Ομοσπονδιακών εσόδων και εξόδων σύμφωνα με την Patient Protection and Affordable Care Act of 2009</i>	59
4	<i>Συνολική αντίδραση για το Νομοσχέδιο της Υγείας</i>	62
5	<i>Συναισθηματική αντίδραση για το Νομοσχέδιο της Υγείας</i>	62

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ	ΤΙΤΛΟΙ	ΣΕΛ.
1	<i>Σύγκριση μητρικής & βρεφικής θνησιμότητας</i>	22
2	<i>Σύγκριση ανθρώπινων και υλικών πόρων</i>	22
3	<i>Σύγκριση δαπανών υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ</i>	22
4	<i>Ποσοστό ενήλικων εργατών χωρίς ασφαλιστική κάλυψη (1987-2005)</i>	25
5	<i>Ανασφάλιστοι Αμερικανοί ανάλογα με το εισόδημα το 2007</i>	26

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Centers for Medicare & Medicaid Services	CMS
Children's Health Insurance Program	CHIP
Congressional Budget Office	CBO
Disproportionate Share Hospital	DSH
European Union	EU
Federal Employees Health Benefits Program	FEHBP
Federal Poverty Level	FPL
Federal Register	FR
Flexible Spending Account	FSA
Food and Drug Administration	FDA
Health and Human Services	HHS
Health Care Sharing Ministry	HCSM
Indian Health Service	HIS
Internal Revenue Service	IRS
National Health Service Corps	NHSC
Pre-existing Condition Insurance Plan	PCIP
State Children Health Insurance Program	SCHIP
United States Department of Health and Human Services	DHHS
Veterans Administration	VA
Ευρωπαϊκή Ένωση	E.E.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το δικαίωμα στην υγεία είναι κατοχυρωμένο συνταγματικά σε όλο τον αναπτυγμένο κόσμο και σε κράτη στα οποία υπάρχουν οργανωμένα συστήματα υγείας.

Σε πολλές χώρες, όπως στην Αμερική που χαρακτηρίζεται από το φιλελεύθερο σύστημα υγείας, είναι αρμοδιότητα των πολιτών να αποκτήσουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και τις υπηρεσίες της, πληρώνοντας άμεσα για αυτές.

Άλλες χώρες έχουν μια σαφή πολιτική για την εξασφάλιση και την υποστήριξη της πρόσβασης όλων των πολιτών στην υγεία, είτε αφορά στην περίθαλψη, είτε στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Έχουν, δηλαδή, δημιουργήσει ένα καθολικό σύστημα υγείας το οποίο λαμβάνει το βάρος των δαπανών.

Υπάρχει μια ποικιλία των επιχειρημάτων υπέρ και κατά της καθολικής υγειονομικής περίθαλψης και των σχετικών πολιτικών για την υγεία καθώς αποτελεί ένα σημαντικό μέρος των συστημάτων υγείας αφού αντιπροσωπεύει έναν από τους μεγαλύτερους τομείς των δαπανών στην υγεία, για τις κυβερνήσεις και τους ιδιώτες σε όλο τον κόσμο.

Το σημερινό σύστημα πρόνοιας των ΗΠΑ είναι ανεπαρκές, ακριβό, αναποτελεσματικό, που βαθαίνει το χάσμα των κοινωνικών ανισοτήτων και πρέπει κατά τη γνώμη μου να αντικατασταθεί από ένα κοινωνικό δίκαιο και κοινωφελές σύστημα για όλους τους πολίτες της χώρας.

Το κυρίως πρόβλημα είναι συνήθως τα χρήματα, όπως δηλώνουν οι περισσότεροι πολίτες της. Ενδεικτικό είναι το γεγονός πως για μια οικογένεια, το μέσο ασφάλιστρο είναι σχεδόν \$ 14.000 δολάρια το χρόνο και συνεχώς αυξάνεται. Τα ασφάλιστρα, δηλαδή, έχουν διπλασιαστεί κατά τα τελευταία εννέα χρόνια και μάλιστα με ρυθμούς ταχύτερους από εκείνους του πληθωρισμού.

Επιπλέον, ο πληθυσμός γηράσκει, κάτι το οποίο μεταφράζεται σε περισσότερους ανθρώπους με περισσότερα προβλήματα υγείας. Έτσι, το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης είναι το ταχύτερα αναπτυσσόμενο τμήμα του ομοσπονδιακού προϋπολογισμού.

Το δεύτερο πρόβλημα είναι οι δυσμορφίες του συστήματος. Τα πιο συχνά παραδείγματα που συναντάμε είναι η απόρριψη από τις ασφαλιστικές εταιρείες, λόγω μιας προϋπάρχουσας κατάστασης υγείας ή η επιπλέον χρέωση στις μικρές επιχειρήσεις

εάν σε κάποιους από τους εργαζόμενους προϋπάρχει ένα πρόβλημα υγείας, καθιστώντας την ασφάλιση δυσβάσταχτη. Επίσης, ορισμένα ασφαλιστήρια-συμβόλαια έχουν ένα όριο ζωής για τις παροχές που προσφέρουν. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα που χρειάζονται περισσότερο την ασφαλιστική κάλυψη είναι λιγότερο πιθανό να την έχουν.

Το υψηλό κόστος και δυσμορφίες στο σύστημα σημαίνουν κάτι περισσότερο από το γεγονός πως ένας στους επτά δεν έχει ασφάλιση υγείας. Πολλοί περισσότεροι δυσκολεύονται να πληρώσουν τους λογαριασμούς τους και μπορούν να αντέξουν οικονομικά μόνο τις ελάχιστες καλύψεις, οι οποίες δεν έχουν μεγάλο εύρος.

Στο παρελθόν είχαν γίνει προσπάθειες για αλλαγή του συστήματος υγείας, ώστε να γίνει πιο προσιτό στους πολίτες, με πιο σημαντική και κοντά στον στόχο αυτή του Bill Clinton, αλλά όλες απέτυχαν.

Μετά την εκλογή του νέου προέδρου των ΗΠΑ Barack Obama, το θέμα αναμόρφωσης του συστήματος υγείας και κοινωνικής προστασίας τέθηκε ξανά, παρά την οικονομική κρίση, με στόχο να επικεντρωθεί στα προβλήματα των πολιτών και την κρατική χρηματοδότηση, ώστε να γίνει η ασφάλιση υγείας πιο διαθέσιμη και οικονομικά προσιτή στο ευρύτερο κοινό.

Η συγκέντρωση των πληροφοριών για τη διπλωματική εργασία γίνεται κυρίως με διαδικτυακή αναζήτηση σε ιστοσελίδες που παρέχουν υλικό σχετικό με την εργασία, αφού το θέμα είναι σχετικά πρόσφατο για την εύρεση και επισκόπηση ικανής βιβλιογραφίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ & ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Οι υπηρεσίες υγείας

Ο όρος υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών, με ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και τους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής αυτών. Αυτός ο όρος εμπεριέχει τόσο την έννοια της φροντίδας όσο και της περίθαλψης.

Η φροντίδα υγείας αναφέρεται σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε υγιή πληθυσμό στα πλαίσια προσυμπτωματικού ελέγχου και δημόσιας υγιεινής, ενώ η περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε πληθυσμό που έχει εμφανίσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας που η αντιμετώπιση του χρήζει εισαγωγή και νοσηλεία σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Η φροντίδα υγείας περιλαμβάνει και δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, την πρόληψη, την υγειονομική διαφώτιση, τον οικογενειακό προγραμματισμό, τη διατροφή, το περιβάλλον κτλ.

Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Να είναι διαθέσιμες στο κοινό σε κάθε ζήτηση ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης όλο το 24ωρο.
2. Να υπάρχει μια οργανωμένη δομημένη μορφή υπηρεσιών υγείας προσπελάσιμη σε όλους τους πολίτες σε κάθε δεδομένη στιγμή, έτσι ώστε να υπάρχει η τοποχρονική δυνατότητα παροχής φροντίδας και περίθαλψης σε όλες τις περιοχές της χώρας στη διάρκεια όλου του 24ωρου.
3. Να είναι εξασφαλισμένη η συνέχεια της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας (προληπτική ιατρική, θεραπεία, αποκατάσταση).
4. Η αποδοχή των υπηρεσιών από τους πολίτες που αναφέρεται
 - στην ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών
 - στο επιστημονικό και επαγγελματικό επίπεδο των εργαζομένων στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας
 - στην αρτιότητα των εγκαταστάσεων όπου παράγονται και προσφέρονται οι υπηρεσίες υγείας.

Ειδικότερα η υγειονομική περίθαλψη, που αφορά στην αποκατάσταση των διαταραχών της υγείας, διακρίνεται σε ανοικτή ή εξωνοσοκομειακή, που περιλαμβάνει τις ιατρικές δραστηριότητες που αφορούν τη διάγνωση και θεραπεία ενός υγειονομικού προβλήματος εκτός νοσοκομείου, και σε κλειστή ή νοσοκομειακή, που περιλαμβάνει ιατρονοσηλευτικές δραστηριότητες οι οποίες παρέχονται εντός νοσοκομείου.

Τα βασικά επίπεδα οργάνωσης της περίθαλψης είναι τρία:

- το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, που αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής των ασθενών όπου έχουν την πρώτη επαφή με τον επαγγελματία υγείας (γιατρό, μαία, νοσηλεύτρια, κοινωνική λειτουργό), και η οργάνωση των υπηρεσιών απευθύνεται σε πληθυσμούς των 500-50.000 ατόμων.
- το δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στην περίθαλψη που παρέχεται από γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων σε νοσοκομεία της περιοχής, που καλύπτουν βασικά προβλήματα υγείας που χρήζουν νοσοκομειακή περίθαλψη, και απευθύνεται σε πληθυσμούς των 50.000-500.000 ατόμων.
- το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στην αντιμετώπιση σύνθετων ή εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας. Η περίθαλψη παρέχεται από γιατρούς του περιφερειακού νοσοκομείου και καλύπτει πληθυσμό άνω των 500.000 ατόμων.

Πέρα από το επίσημο σύστημα υγείας που διακρίνεται από τα τρία επίπεδα υγείας, υπάρχει και η περίπτωση όπου η φροντίδα παρέχεται μέσα στο οικογενειακό, συγγενικό και κοινωνικό περιβάλλον (αυτοφροντίδα). Η αυτοφροντίδα είναι το σύνολο των δραστηριοτήτων υγείας που αναλαμβάνονται από άτομα, από την οικογένεια ή από κοινωνικές ομάδες, πέρα από τα πλαίσια των υγειονομικών σχηματισμών. Η αυτοφροντίδα μέσα και έξω από την οικογένεια, μολονότι στην σύγχρονη κοινωνία συρρικνώθηκε, καλύπτει ακόμα ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας της υγείας, άλλωστε στην ενίσχυσή της προσανατολίζεται η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ώστε να δοθεί έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία πρέπει να αποτελεί τη βάση ανάπτυξης των σύγχρονων συστημάτων υγείας. (Σιγάλας, 1999)

1.2 Συστήματα υγείας

Ένα σύστημα υγείας αποτελεί ένα οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο συνδυασμού, αλληλεξάρτησης, συντονισμού και αξιοποίησης των υφιστάμενων δυνατοτήτων για την κάλυψη των αναγκών υγείας και τον σχεδιασμό των προοπτικών στον χώρο της υγείας.

Έτσι, πιο συγκεκριμένα ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που με συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης, μέσα από προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στο πλαίσιο των διαθέσιμων πόρων, στοχεύει στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα ότι το σύστημα υγείας δεν περιορίζεται στην υγειονομική περίθαλψη, αλλά επεκτείνεται σε τομείς και πολιτικές διατομεακού και διεπιστημονικού χαρακτήρα, οι οποίες συνθέτουν την εικόνα της δημόσιας υγείας της χώρας.

Το σύστημα υγείας περιλαμβάνει τόσο την υγειονομική περίθαλψη όσο και άλλες υπηρεσίες που έχουν να κάνουν με την πρόληψη, όπως ο οικογενειακός προγραμματισμός, ύδρευση, αποχέτευση, περιβάλλον της εργασίας αφού έχει αποδειχτεί πως η υγεία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και η ασθένεια αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με διατομεακή συνεργασία.

Ένα σύστημα υγείας πρέπει να πληροί τις εξής αρχές λειτουργίας:

1. ύπαρξη μιας συγκεκριμένης πολιτικής με ευδιάκριτους στόχους,
2. καθορισμός της διαδικασίας και των μέτρων που είναι απαραίτητα για την επίτευξη των στόχων,
3. συνεχής αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων που έχουν ληφθεί για την επίτευξη των στόχων και λήψη διορθωτικών και συμπληρωματικών μέτρων όποτε κρίνεται αναγκαίο.

Τα συστήματα υγείας πρέπει να εκπληρώνουν τις εξής προϋποθέσεις: διαφάνεια και συνέπεια της πολιτικής και των στόχων, κοινωνική συναίνεση από τους εργαζομένους και τους πολίτες, οικονομικό ρεαλισμό ώστε οι στόχοι του να είναι προσαρμοσμένοι στην οικονομική πραγματικότητα και να συνοδεύονται από οικονομική μελέτη. Στηρίζονται στον συντελεστή εργασία, γι' αυτό λέγονται «συστήματα έντασης εργασίας», απασχολούν το 5-8% του ενεργού πληθυσμού και απορροφούν το 8-12% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος στα αναπτυγμένα κράτη.

Τα συστήματα υγείας διακρίνονται σε *συγκεντρωτικά*, όπου οι αποφάσεις και η εκτέλεσή τους ρυθμίζεται από το κέντρο της διοίκησης του συστήματος, σε *αποσυγκεντρωμένα*, όπου οι αποφάσεις λαμβάνονται κεντρικά και η εκτέλεσή τους

ανατίθεται στις διοικητικές περιφέρειες, και στα *αποκεντρωμένα* στα οποία οι αποφάσεις λαμβάνονται και η εκτέλεση τους ρυθμίζεται από τα περιφερειακά διοικητικά συστήματα. Κάθε χώρα ανάλογα την πολιτική φιλοσοφία και ιδεολογία, τις ανάγκες της και τους διαθέσιμους πόρους της, επιλέγει το σύστημα που της ταιριάζει καλύτερα και τις πιο πολλές φορές είναι συνδυαστικό στα διάφορα επίπεδα περίθαλψης.

Γενικότερα, τα μοντέλα κρατικής πρόνοιας κατηγοριοποιούνται σύμφωνα με τον Gosta Esping –Andersen στο βιβλίο του *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, 1990, που κεντρικός άξονας ανάλυσης είναι η έννοια της αποεμπορευματοποίησης (decommodification) σε:

Φιλελεύθερο, του οποίου τα βασικά χαρακτηριστικά είναι ότι οι παροχές γίνονται κατόπιν ελέγχου του εισοδήματος, η υπεροχή της αγοράς και ο χαμηλός βαθμός αποεμπορευματοποίησης.

Συντηρητικό, του οποίου τα βασικά χαρακτηριστικά είναι ότι οι παροχές γίνονται συναρτήσει της θέσης στην αγορά εργασίας και ο βαθμός αποεμπορευματοποίησης είναι μέτριος.

Σοσιαλδημοκρατικό, του οποίου τα βασικά χαρακτηριστικά είναι ότι υπάρχει καθολική κάλυψη κοινωνικών αναγκών και υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, ο βασικός στόχος είναι η ισότητα και υπάρχει υψηλός βαθμός αποεμπορευματοποίησης. (Κυριόπουλος, Σίσσουρας, Φιλαλήθης, 2006)

Οι κλασικές μορφές συστημάτων είναι οι εξής:

- I. το πρότυπο της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (Beveridge model), αντιπροσωπευτικές χώρες του οποίου είναι η Βρετανία με το National Health Service και η Ιταλία. Το σύστημα αυτό εμφανίζει τα εξής χαρακτηριστικά:
 - υπάρχει πλήρης, ισότιμη και καθολική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε όλους τους πολίτες
 - η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω φορολογίας
 - η κυριότητα και ο έλεγχος των μέσων παραγωγής ανήκει κατά κανόνα στο κράτος
- II. το πρότυπο της Κοινωνικής Ασφάλισης (Bismarck model) με αντιπροσωπευτικές χώρες τη Γερμανία, την Αυστρία, τη Γαλλία και το Βέλγιο με τα εξής χαρακτηριστικά:
 - πλήρης ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για όλους τους πολίτες

- η χρηματοδότηση του συστήματος είναι τριμερής από τους εργοδότες, τους εργαζομένους και συχνά από το κράτος
- η ασφάλιση των πολιτών στους ασφαλιστικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς είναι υποχρεωτική
- η κυριότητα των συντελεστών παραγωγής μπορεί να είναι δημόσια ή ιδιωτική

III. το πρότυπο της φιλελεύθερης ή ιδιωτικής ασφάλισης με αντιπροσωπευτική χώρα τις Η.Π.Α. και με τα εξής χαρακτηριστικά:

- κυριαρχία του καταναλωτή, ο οποίος έχει την επιλογή να επιλέξει τον φορέα περίθαλψης και ασφάλισης του ακόμα και να μην ασφαλιστεί καθόλου, αφού η υγειονομική κάλυψη αποτελεί αποκλειστικά προσωπική υπόθεση του καθενός
- οι συντελεστές παραγωγής ανήκουν στους ιδιώτες
- ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και οι τιμές καθορίζονται σύμφωνα με τους νόμους της ελεύθερης αγοράς (ζήτηση και προσφορά)
- το δικαίωμα του προμηθευτή να επιλέξει τον τόπο εγκατάστασης, τον τρόπο οργάνωσης της διοίκησης και το ύψος της αμοιβής του
- η ατομική ή η εργοδοτική κάλυψη χρηματοδοτείται αποκλειστικά από ατομικές ή εργοδοτικές εισφορές
- το σύστημα κυριαρχείται από την ιδιωτική ασφάλιση
(Παπαηλίας Θ., 2009)

Χρόνια γίνεται συζήτηση ότι το σύστημα πρόνοιας των ΗΠΑ είναι ανεπαρκές, ακριβό, αναποτελεσματικό, που βαθαίνει το χάσμα των κοινωνικών ανισοτήτων και πρέπει να αντικατασταθεί με ένα κοινωνικό δίκαιο και κοινωφελές σύστημα για όλους τους πολίτες της χώρας.

1.3 Πολιτικές κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικά προγράμματα

Η κοινωνική ασφάλιση έχει ως αφετηρία την ασφάλιση έναντι των κινδύνων στις καινούργιες συνθήκες της βιομηχανοποίησης και παγκοσμιοποίησης και στη δημιουργία των κοινωνιών διακινδύνευσης (εργατικά ατυχήματα, ανεργία, υγεία, γηρατειά, υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας). Τα ασφαλιστικά προγράμματα που παρέχονται μέσω της φορολογίας ή άλλων κρατικών ρυθμίσεων λέγονται προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης.

Τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης, που υπάρχουν και στις ΗΠΑ όπως και σε άλλες χώρες, μπορούν να κατηγοριοποιηθούν στις εξής ομάδες:

1. Φτώχειας, που απευθύνονται σε ομάδες ανθρώπων που δεν έχουν τα βασικά αναγκαία για την επιβίωση και περιλαμβάνουν τόσο παροχές σε χρήματα όσο και σε είδος (τρόφιμα, κουπόνια, κλπ).
2. Τρίτη ηλικία, που περιλαμβάνουν τα προγράμματα συνταξιοδότησης καθώς και υπηρεσίες στέγασης.
3. Αναπηρία, που απευθύνονται σε μόνιμη ή προσωρινή ανικανότητα για εργασία, οφειλόμενη είτε σε ασθένεια είτε σε εργατικό ατύχημα, και παρέχουν επιδόματα. Μάλιστα, αυτά τα προγράμματα ήταν μεταξύ των πρώτων που προσφέρθηκαν από την κοινωνική ασφάλιση.
4. Υγεία, που παρέχουν υγειονομική κάλυψη και διευκολύνσεις για διάφορες ομάδες ανθρώπων. Τα πιο πολλά από αυτά στις ΗΠΑ απευθύνονται σε ηλικιωμένους ή φτωχούς, με το κράτος να χρηματοδοτεί την ιατρική περίθαλψη ολικώς ή μερικώς.
5. Ανεργία, που περιλαμβάνουν τη χορήγηση προσωρινών επιδομάτων κατά τη διάρκεια περιόδου απώλειας της εργασίας. Σε ορισμένα κράτη η μακροχρόνια χορήγηση επιδομάτων ανεργίας μπορεί να εξελιχτεί σε προγράμματα πρόνοιας για την φτώχεια.

Όλα τα παραπάνω προγράμματα απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων με εισόδημα χαμηλότερο ενός συγκεκριμένου ορίου, τόπο κατοικίας, ηλικία και μέγεθος οικογένειας. (Social Security Online)

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης των ΗΠΑ δε θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως αναδιανεμητικό, καθώς η φορολόγηση των εισοδημάτων για τη χρηματοδότηση της γίνεται με μειούμενο ποσοστό για αυξανόμενα εισοδήματα. Τα άτομα με υψηλότερους μισθούς πληρώνουν μικρότερα ποσοστά από το εισόδημά τους σε φόρους ενώ αυτοί με μικρότερα εισοδήματα πληρώνουν μεγαλύτερο ποσοστό.

Παράλληλα, δεν καλύπτεται πάντα ολόκληρη η οικογένεια (σύζυγος και παιδιά) εκτός αν τηρούνται κάποιες προδιαγραφές όπως ηλικία και ανικανότητα εργασίας, ενώ δεν υπάρχει κάλυψη για όλες τις ασθένειες με αποτέλεσμα να εξαιρούνται διάφορες θεραπείες.

Η ηλικία συνταξιοδότησης μέχρι πρόσφατα ήταν 65 ετών και βαθμιαία αυξάνεται για τους γεννημένους από το 1938 καταλήγοντας για τους γεννηθέντες μετά το 1958 να είναι τα 67 έτη. Επιπρόσθετα, το δημόσιο σύστημα ασφάλισης παρέχει πρόνοια και

επιδόματα αναπηρίας τηρώντας όμως αυστηρούς όρους και αποτελεί το ελάχιστο όριο ασφάλισης που θα μπορούσε να έχει ένας πολίτης με την κρατική παρέμβαση, καθιστώντας, ουσιαστικά, απαραίτητη την ιδιωτική ασφάλιση ώστε να υπάρχει πλήρης κάλυψη. (Social Security Online)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΝΩΜΕΝΩΝ ΠΟΛΙΤΕΙΩΝ ΑΜΕΡΙΚΗΣ

2.1 Το δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης των ΗΠΑ

Το σύστημα υγείας των Η.Π.Α. είναι πολύπλοκο, μη συγκεκριμένης δομής και είναι οργανωμένο σε τοπικό κυρίως επίπεδο. Είναι το μοναδικό πλούσιο βιομηχανικό κράτος που δεν έχει καθολικό εθνικό σύστημα υγείας στον κόσμο, αφού η υποτυπώδης δημόσια ασφάλιση παρέχεται από ξεχωριστά νομικά πρόσωπα και από οργανισμούς δημόσιας χρηματοδότησης που απευθύνονται σε ένα μικρό ποσοστό πληθυσμού (ηλικιωμένους, ανάπηρους, παιδιά, βετεράνους, άπορους). Παρ' όλα τα παραπάνω, εξακολουθεί να είναι το κράτος με τις μεγαλύτερες δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ (16%) και ως κατά κεφαλήν δαπάνες από όλα τα κράτη του κόσμου. (Carmen De Navas-Walt, Bernadette D. Proctor, Jessica Smith)

Στις Η.Π.Α. κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση με το 84% των πολιτών να έχουν κάποια μορφή ασφάλισης, από τους οποίους το 60% ασφαλίζονται από τον εργοδότη το 9% έχουν ατομική ασφάλιση και το 27% ασφαλίζονται από κυβερνητικά προγράμματα. Το 16% των πολιτών δεν έχει κανένα είδος ασφάλισης δημιουργώντας οξύ κοινωνικό πρόβλημα, καθότι όταν φτάνουν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας τα προβλήματα υγείας τους είναι τόσο σοβαρά που το κόστος είναι υπερβολικό. Εδώ πρέπει να αναφερθεί πως με νόμο EMTALA του Κογκρέσου το 1986, απαιτείται από τα νοσοκομεία και τα ασθενοφόρα να παρέχουν περίθαλψη σε όποιον χρειάζεται επείγουσα φροντίδα, ανεξάρτητα από την υπηκοότητα του, την νομική θέση ή ικανότητα του να πληρώσει. Αυτοί οι ασθενείς παίρνουν εξιτήριο αφού τους έχει προσφερθεί στοιχειώδης θεραπεία ή με τη δική τους συγκατάθεση, ενώ αν η κατάσταση τους απαιτεί εξειδικευμένο κέντρο θεραπείας μεταφέρονται αναγκαστικά σε καλύτερα εξοπλισμένο νοσοκομείο χωρίς επιβάρυνση οικονομική. (American Academy of Emergency Medicine)

Στην κάλυψη των παραπάνω κοινωνικών ανισοτήτων στόχευε η δημιουργία των οργανισμών που με κρατική χρηματοδότηση παρέχουν περίθαλψη σε πολίτες που πληρούν κάποια προκαθορισμένα κριτήρια. Οι πιο σημαντικοί από αυτούς είναι: Medicare, Medicaid, Tricare, Indian Health Services (IHS), State Children Health Insurance Program (SCHIP), Veterans Administration(VA), και Federal Employees

Health Benefits Program (FEHBP). Αυτές οι οργανώσεις απορρόφησαν το 6,7% του ΑΕΠ το 2004 και οι δαπάνες τους για την παροχή υπηρεσιών αποτελούν το 44% των δαπανών για υπηρεσίες υγείας στις Η.Π.Α. (Social Security Online)

Συγκεκριμένα η Medicare είναι ένα δημόσιο ασφαλιστικό πρόγραμμα που έχει 40 εκατομμύρια ασφαλισμένους και απευθύνεται σε ηλικιωμένους άνω των 65 και σε άτομα που πληρούν ειδικά κριτήρια όπως αναπηρίες.

Αποτελείται από τα εξής μέρη:

- *Part A*, που προσφέρει νοσοκομειακή ασφάλιση.
- *Part B*, που προσφέρει πρόσθετη ιατρική ασφάλιση.
- *Part C*, που αποτελεί ένα εξελιγμένο πρόγραμμα συνδυασμού υπηρεσιών της Medicare και Choice Program επεκτείνοντας τις επιλογές των δικαιούχων για συμμετοχή σε ιδιωτικά προγράμματα υπηρεσιών υγείας.
- *Part D*, που έχει προνόμια για τη συνταγογράφηση και παροχή φαρμάκων. (Social Security Online- Medicare)

Σκοπός της είναι να παρέχει ιατρική υποστήριξη και βασικές υπηρεσίες υγείας σε διάφορες κατηγορίες πολιτών που πληρούν ειδικά κριτήρια, και πιο συγκεκριμένα παρέχει ενδονοσοκομειακές-εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, προγεννητική φροντίδα, εμβολιασμό σε παιδιά, ιατρικές υπηρεσίες, υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού.

Το Part A περιλαμβάνει άτομα πάνω από 65 χρόνων που δικαιούνται κοινωνική ασφάλιση καθώς και αυτοί που έχουν λάβει επιδόματα αναπηρίας για πάνω από 24 μήνες. Στις υπηρεσίες της συμπεριλαμβάνονται:

- Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι 60 μέρες, περιλαμβανόμενης προκαταβολής του πολίτη που εκπίπτει.
- Νοσηλευτική φροντίδα μέσα σε περίοδο 30 ημερών από την εισαγωγή και τουλάχιστον τριήμερη διαμονή στο νοσοκομείο.
- Υπηρεσίες υγείας στο σπίτι.
- Φιλοξενία σε άσυλα και γηροκομεία.

Το Part B προϋποθέτει την καταβολή ενός μηνιαίου ασφαλιστρού συμμετοχή 20% σε διάφορες χρεώσεις και παρέχει:

- Ιατρικές και χειρουργικές υπηρεσίες (ενδονοσοκομειακά και εξωνοσοκομειακά).

- Υπηρεσίες χειροπρακτικής, οδοντιατρική φροντίδα, χορήγηση οπτικών μέσων.
- Βραχεία νοσηλεία, υπηρεσίες ασθενοφόρου, αυθημερόν χειρουργεία.

Διοικείται από τα Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), τα οποία είναι ομοσπονδιακά πρακτορεία που με συνεργασία με τις κυβερνήσεις των πολιτειών καθορίζουν την οικονομική κινητικότητα της. Τα CMS συνεργάζονται με το συμβούλιο της Medicare για τις οικονομικές προβλέψεις, απολογισμούς και προϋπολογισμούς, το ύψος των ασφάλιστρων του προγράμματος. Το συμβούλιο είναι υποχρεωμένο να εκδίδει ετήσιες αναφορές και οικονομικές καταστάσεις που υπόκεινται σε έλεγχο, διότι χρηματοδοτείται από φόρους μισθοδοτικών καταστάσεων που επιβάλλονται από το Federal Insurance Contributions Act.

Οι φόροι αποτελούν το 2,9% του μισθού του εργαζομένου (1,45% από τον εργαζόμενο και 1,45% από τον εργοδότη) και το 2,9% των καθαρών κερδών των αυτοαπασχολούμενων.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες της Medicare αφορούν την νοσοκομειακή, ιατρική περίθαλψη και την κάλυψη ορισμένων συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Τα επιμέρους προγράμματα καθορίζουν ποια φάρμακα καλύπτονται, ενώ σημαντικό είναι ότι οι υπηρεσίες υγείας καλύπτονται μέχρι ένα όριο, που σημαίνει την κάλυψη των επιπλέον δαπανών από τον ασφαλιζόμενο, γι' αυτό υπάρχει το φαινόμενο να υπάρχουν ασφαλισμένοι στο Medicare και στο Medicaid μαζί ώστε να καλύπτονται τα ελλείμματα ασφάλισης. (Social Security Online-Medicare)

Το Medicaid είναι ένα κυβερνητικό πρόγραμμα ατομικό ή οικογενειακό και απευθύνεται στα χαμηλά εισοδήματα και χρηματοδοτείται από τις πολιτείες και την ομοσπονδιακή κυβέρνηση συλλογικά, ενώ διοικείται από τις πολιτείες. Ανάμεσα στους ασφαλιζόμενους της είναι γονείς με χαμηλό εισόδημα, παιδιά, ηλικιωμένοι και άτομα με αναπηρίες. Είναι από τις μεγαλύτερες πηγές χρηματοδότησης ιατρικών και υπηρεσιών υγείας για άτομα των ασθενέστερων οικονομικών τάξεων, γι' αυτό και αποτελεί και δημόσιο πρόγραμμα πρόνοιας και προστασίας καλύπτοντας μεγαλύτερο εύρος περιθαλπόμενων από το Medicare.

Παρέχει υπηρεσίες σε άτομα φορείς του ιού HIV για τη διατήρηση του επιπέδου υγείας επιβραδύνοντας την εξέλιξη της ασθένειας στα τελικά στάδια και καλύπτει το 60% των ηλικιωμένων που φιλοξενούνται σε οίκους ευγηρίας και το 37% των γεννήσεων. Αξιοσημείωτο είναι το φαινόμενο των ευέλικτων ομάδων ασφαλιζόμενων

για τις οποίες ισχύουν ιδιωτικά προγράμματα υγείας των οποίων οι εταιρείες λαμβάνουν μηνιαίως ένα καθορισμένο ασφάλιστρο κάθε μήνα από την πολιτεία, διογκώνοντας όμως το φαινόμενο της ανεπαρκούς ασφάλισης, αφού καλύπτονται ιατρικές υπηρεσίες έως ένα όριο κόστους. (Social Security Online-Medicare)

Η Tricare είναι ο στρατιωτικός ασφαλιστικός οργανισμός των Η.Π.Α και απευθύνεται στο στρατιωτικό προσωπικό, τους συνταξιούχους και τους εξαρτώμενούς τους. Παρόμοια λειτουργεί και το Veterans Association (VA) μέσω του οποίου η κυβέρνηση των Η.Π.Α παρέχει προνόμια ασφαλιστικά σε βετεράνους και τις οικογένειες τους και περιλαμβάνουν αποζημιώσεις αναπηρίας, συντάξεις, εκπαίδευση στα παιδιά τους, στεγαστικά δάνεια, ασφάλειες ζωής, ιατρική αποκατάσταση, προνόμια ταφής. (Social Security Online-Veterans Association)

Μια επίσης ομάδα πληθυσμού που έχει προνόμια δημόσιας ιατρικής περίθαλψης είναι τα άτομα που ανήκουν στις φυλές των Ινδιάνων και των ιθαγενών της Αλάσκα μέσω του προγράμματος Indian Health Services (IHS) παράρτημα του Department of Health Human Services.

Παράλληλα παρέχονται προνόμια στους μόνιμους πλήρους απασχόλησης υπαλλήλους της κυβέρνησης από το Federal Employees Health Benefits Program (FEHBP), το οποίο επιτρέπει σε ασφαλιστικές εταιρείες και σε υπαλληλικές ενώσεις όπως εργατικά σωματεία να αναπτύσσουν προγράμματα υγείας και οδοντιατρικά που θα περιλαμβάνουν τους κυβερνητικούς υπαλλήλους. (Social Security Online-GERS)

Ολοκληρώνοντας τους δημόσιους οργανισμούς, το State Children Health Insurance Program (SCHIP) είναι ένα κυβερνητικό πρόγραμμα το οποίο χορηγεί πόρους στις πολιτείες για να παράσχουν υγειονομική περίθαλψη σε οικογένειες με παιδιά. Ιδιαίτερα καλύπτουν ανασφάλιστα παιδιά οικογενειών που το εισόδημα είναι πολύ υψηλό για να πληροί τα κριτήρια του Medicaid και πολύ χαμηλό για να επιδιώξουν ιδιωτική ασφάλιση. (Centers for Medicare & Medicaid Services-CHIP)

2.2 Το σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης των ΗΠΑ

Η ιδιωτική ασφάλιση είναι διογκωμένη και ενταγμένη στο πλαίσιο της Διοικούμενης Περίθαλψης, ένα σύνολο τεχνικών που σκοπό έχουν να μειώσουν το μη απαραίτητο κόστος παροχής περίθαλψης και ταυτόχρονα να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (National Library of Medicine).

Για το λόγο αυτό, οι οργανισμοί του ακολουθούν αυτές τις τεχνικές λέγονται «Διοικούμενης Περίθαλψης Οργανισμοί» και αποτελούν το Δίκτυο Παροχής Διοικούμενης Περίθαλψης.

Στόχο έχουν να μειώσουν το κόστος δίνοντας οικονομικά κίνητρα στους γενικούς γιατρούς και στους ασθενείς να επιλέγουν λιγότερο δαπανηρά προγράμματα περίθαλψης, να ελέγξουν τις εισαγωγές στα νοσοκομεία και τη διάρκεια νοσηλείας με ένα μοντέλο διαγνωστικών κριτηρίων με το οποίο οι ασθενείς κατατάσσονται σε κατηγορίες ανάλογα την περίπτωση και άλλα αντικειμενικά κριτήρια, την ενθάρρυνση της εξωνοσοκομειακής βραχείας νοσηλείας μικρών χειρουργείων και την αυστηρή διαχείριση και έλεγχο των υψηλού κόστους περιπτώσεων υγειονομικής περίθαλψης.

Το παραπάνω πλαίσιο θεμελιώθηκε από τον νόμο Health Maintenance Organization Act του 1973 και μέσω αυτού παρέχονται προγράμματα περίθαλψης από δίκτυα οργανισμών όπως τα Health Maintenance Organization (HMO), Independent Practice Association (IPA), Preferred Provider Organization (PPO), Point Of Service (POS). (The American Presidency Project)

Ο HMO είναι ένας οργανισμός διοικούμενης περίθαλψης που παρέχει πλήρης ασφαλιστική κάλυψη μέσω νοσοκομείων, ιατρών και άλλων προμηθευτών με τους οποίους έχει συνάψει συμβόλαιο.

Ο νόμος Health Maintenance Organization Act του 1973 προαπαιτούσε μια επιχείρηση να απασχολεί το λιγότερο 25 υπαλλήλους ώστε να προσφέρει ομοσπονδιακά πιστοποιημένα HMO προγράμματα. Όλο το δίκτυο των προμηθευτών ακολουθεί ένα σύνολο κανόνων και κατευθύνσεων και κάτω από αυτό το πλαίσιο συνάπτει συμβόλαια με τον HMO για να αναλάβει περισσότερους ασθενείς με αντάλλαγμα να παρέχουν υπηρεσίες με έκπτωση. Αυτή η ρύθμιση επιτρέπει τον HMO να χρεώνει χαμηλότερα μηνιαία ασφάλιστρα. (Personal Insurance)

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται στα HMOs από τους γενικούς ιατρούς. Οι ομάδες ιατρών αναλαμβάνουν να προσφέρουν ένα πλήρες πρόγραμμα ιατρικής περίθαλψης, σε καθορισμένη τιμή για ένα χρόνο. Τα HMOs μπορεί να παρέχουν υπηρεσίες στους συνδρομητές τους, μέσω των ιατρών που έχουν είτε και να αγοράζουν υπηρεσίες από άλλους φορείς/ προμηθευτές π.χ. νοσοκομεία. Το σύστημα αμοιβής των ιατρών είναι η κατά κεφαλή αποζημίωση, η αποζημίωση με πάγιο μισθό καθώς και η αμοιβή κατά πράξη.

Η επιτυχία των οργανισμών αυτών στη μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας έγκειται στην άμεση διαπραγμάτευση του ύψους των αμοιβών μεταξύ των

οργανισμών, των γιατρών και των συμβαλλομένων, καθώς και στον έλεγχο του όγκου των προσφερόμενων ιατρικών φροντίδων από τους συμμετέχοντες ιατρούς, η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση.

Οι γενικοί ιατροί σε αυτά τα δίκτυα λειτουργούν ως θεματοφύλακες, έχοντας αυτοί το δικαίωμα να παραπέμψουν σε άλλη ειδικότητα τον ασθενή. Πολλοί προμηθευτές εκτός από τον γενικό ιατρό παρέχουν και γυναικολόγο στις γυναίκες χωρίς να χρειάζεται παραπομπή. (Personal Insurance)

Ο PPO είναι επίσης ένας οργανισμός διοικούμενης περίθαλψης που περιλαμβάνει ιατρικό προσωπικό, νοσοκομεία και άλλους προμηθευτές που έχουν συνάψει σύμβαση με ασφαλιζόμενο ή άλλον τρίτον εργοδότη για να παρέχει ιατρική φροντίδα με μειωμένο κόστος.

Παράλληλα υπάρχουν οικονομικοί λογαριασμοί με πλεονεκτήματα φόρων στους οποίους τοποθετείται μέρος των κερδών των πολιτών για να καλυφθούν εξειδικευμένα έξοδα ιατρικών υπηρεσιών και εξαρτημένης φροντίδας. Το ποσό των χρημάτων που παρακρατείται εκπίπτει από την φορολόγηση, ώστε να υπάρχει σημαντικό όφελος από την φορολόγηση της μισθοδοσίας. Οργανισμοί που διαχειρίζονται τέτοιους λογαριασμούς είναι οι Flexible Spending Arrangement (FSA), Health Saving Account (HAS), High Deductible Health Plan (HDHP), και το Medical Savings Account (MSA) για τους αυτοαπασχολούμενους. (Personal Insurance)

2.3 Αξιολόγηση του συστήματος πρόνοιας των ΗΠΑ

Κρίνεται σκόπιμο, να προσπαθήσουμε να αξιολογήσουμε το σύστημα των ΗΠΑ και να διαπιστώσουμε σε ποια σημεία υστερεί με την παραδοχή πως η υποδομή σε έμφυχο και άψυχο κεφάλαιο είναι άρτια.

Μπορούμε, λοιπόν, να διακρίνουμε τα νοσοκομεία σε *κερδοσκοπικά*, τα οποία διαχειρίζονται οι μεγάλες ιδιωτικές εταιρείες, και σε *μη κερδοσκοπικά*, τα οποία διαχειρίζονται οι τοπικές κυβερνήσεις των πολιτειών, θρησκευτικά τάγματα ή μη κερδοσκοπικές ανθρωπιστικές οργανώσεις και προσφέρουν στο ευρύ κοινό ιδιαίτερα υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού, προγεννητικό έλεγχο και μαιευτικές-γυναικολογικές. Παράλληλα, υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης παρέχονται από ειδικευμένες κλινικές και από χειρουργικά κέντρα (surgicenters).

Η αναλογία γιατρών στον πληθυσμό είναι 2,56 ανά 1000 κατοίκους και των νοσηλευτών 9,37 ανά 1000 κατοίκους, έχοντας παράλληλα πλήρη νοσοκομειακή υποδομή με κάλυψη 33 κρεβάτια ανά 10.000 κατοίκους. (WHO 2000)

Οι δείκτες αποτελεσματικότητας είναι παρόμοιοι με αυτούς όλων των αναπτυγμένων κρατών με το προσδόκιμο ζωής σε άντρες και γυναίκες να παρουσιάζει σταθερή αύξηση κυμαινόμενο στα 75 χρόνια για τους άντρες και στα 80 για τις γυναίκες, τους δείκτες θνησιμότητας να μειώνονται, τον πληθυσμό να παρουσιάζει μικρή αύξηση της τάξης του 1%. Ωστόσο το ποσοστό των χρόνιων νοσημάτων όπως καρδιοαναπνευστικά νοσήματα παρόλο που μειώνεται παραμένει σε υψηλό επίπεδο. (WHO 2000)

Παρόλα αυτά ο ΠΟΥ το 2000 κατέταξε τις Η.Π.Α 37^η σε αποτελεσματικότητα και 72η σε ολικό επίπεδο υγείας των πολιτών ανάμεσα σε 191 κράτη, ενώ το “CIA World fact book” τις κατατάσσει στην 41^η θέση για χαμηλότερη παιδική θνησιμότητα και στην 45η για το υψηλότερο συνολικό προσδόκιμο ζωής. (WHO 2000)

Η χαμηλή κατάταξη της χώρας από τον WHO, παρά το ότι οι Η.Π.Α ξοδεύουν για υπηρεσίες υγείας περισσότερο από κάθε άλλη χώρα, οφείλεται σε μια σειρά από ανεπάρκειες που εμφανίζει το σύστημα υγείας για τους πολίτες.

Φαίνεται, δε, πως υπάρχει καθολική σύνδεση της οικονομικής κατάστασης του πολίτη με τη δυνατότητα της πλήρους, μερικής ή και ανύπαρκτης υγειονομικής κάλυψης.

Το ποσοστό των ανασφάλιστων αυξάνεται και αποτελείται κυρίως από τις χαμηλές οικονομικές τάξεις και ανθρώπους που είναι κάτω και κοντά στο όριο της φτώχειας που έχει οριστεί ομοσπονδιακά. Το 17% των πολιτών, περίπου, που ανήκουν στην εργατική τάξη, δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη ή έχουν μερική κάλυψη σύμφωνα με το Γραφείο Απογραφής των ΗΠΑ (U.S.Census Bureau). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αποφεύγουν να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα και όταν αναζητούν τελικά η κατάσταση της υγείας τους είναι τόσο προχωρημένη που η θεραπεία κοστίζει πολύ ακριβά σε καταστάσεις όπως ο διαβήτης, η υπέρταση και τα χρόνια νοσήματα. (U.S.Census Bureau)

Τα άτομα που δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση είναι πιθανόν να διαγνωστούν με τελευταίο στάδιο καρκίνου από αυτούς που έχουν τέτοια ασφάλιση, ενώ οι ασφαλισμένοι στο Medicaid δε λαμβάνουν την καλύτερη φροντίδα στην έγκαιρη διάγνωση, έλεγχο και επανεξέταση σε περιπτώσεις κακοήθειας. Άλλωστε, σύμφωνα με έρευνα του ιδρύματος Commonwealth Fund ο πληθυσμός με χρόνιες καταστάσεις που αποφεύγει την ιατρική φροντίδα λόγω κόστους είναι μεγαλύτερος κατά 37-42% από χώρες όπως την Αυστραλία, τον Καναδά, την Γερμανία, την Ολλανδία, την Μεγάλη Βρετανία.

Επίσης στο παραπάνω φαινόμενο κοινωνικών ανισοτήτων προστίθεται και το φαινόμενο των φυλετικών ανισοτήτων αφού οι μειονοτικοί πληθυσμοί των Αφροαμερικανών, των Ασιατών, των Ισπανόφωνων και των ιθαγενών Ινδιάνων που έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν χρόνια νοσήματα, κακοήθεια, σακχαρώδη διαβήτη, HIV, καρδιοαναπνευστικά νοσήματα, παιδική θνησιμότητα, αφού μεγάλο ποσοστό αυτών των πληθυσμών ανήκουν στα χαμηλά εισοδήματα. (Commonwealth Fund)

Το κόστος των ασφάλιστρων έχει ανοδική πορεία, διευρύνοντας το κοινωνικό χάσμα της υγειονομικής κάλυψης, που οφείλεται στην αυξημένη ζήτηση από τους καταναλωτές για υπηρεσίες υγείας, σε νέες θεραπείες, στην αυξημένη χρήση της τεχνολογίας, στα διεξοδικά διαγνωστικά τεστ, στη μεταφορά του κόστους από τα κυβερνητικά προγράμματα στους ιδιωτικά ασφαλιζόμενους αφού τα νοσοκομεία και οι γιατροί χρεώνουν μεγαλύτερες τιμές για τις ίδιες υπηρεσίες σε αυτούς από ότι είναι υποχρεωμένοι να χρεώνουν στους δημόσια ασφαλιζόμενους.

Έτσι παρατηρείται και το φαινόμενο όλο και λιγότεροι ιατροί να δέχονται να κάνουν σύμβαση με δημόσιους οργανισμούς. Βέβαια, το 1973 η κυβέρνηση με το νόμο Health Maintenance Organization Act επιχορήγησε τις HMO, με αποτέλεσμα το χαμηλότερο κόστος στην περίθαλψη και αυξημένα κίνητρα στην αγορά, η άνοδος των ασφάλιστρων παραμένει όμως γεγονός. (The American Presidency Project)

Ένας σημαντικός λόγος αύξησης του κόστους περίθαλψης οφείλεται στην εκτενή συνταγογράφηση και στις επιπλέον παρακλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις χωρίς σοβαρή αιτιολογία. Αυτό οφείλεται στην προσπάθεια των ιατρών για έγκαιρη και άμεση διάγνωση και θεραπεία καθότι απειλούνται συχνά με δικαστικές διώξεις για τέτοιες περιπτώσεις, στοιχεία που διογκώνουν το κόστος, αφού οι ιατρικές επιχειρήσεις εκτός της επιβάρυνσης του συστήματος με περιττές εξετάσεις αναζητούν και νομική κάλυψη αρκετά συχνά.

Ολοκληρώνοντας, το διοικητικό κόστος σε ένα τόσο πολύπλοκο σύστημα με χιλιάδες ασφαλιστικές εταιρείες είναι πολύ μεγαλύτερο από ότι σε συστήματα όπου υπάρχει ένας βασικός χρηματοδότης, όπως στην Βρετανία. Σύμφωνα με έρευνα του Harvard Medical School περίπου το 31% του συνολικού κόστους για την υγεία αφορά το διοικητικό κόστος. (Harvard Medical School)

Διαπιστώνουμε πως οι Η.Π.Α έχουν τις μεγαλύτερες δαπάνες για την υγεία από όλα τα ανεπτυγμένα κράτη και τις μεγαλύτερες ανισότητες στην ασφάλιση των πολιτών της επίσης. Οι δαπάνες της αποτελούν το 16% του ΑΕΠ, πολύ περισσότερο από τα

αντίστοιχα 10% και 9% χωρών όπως ο Καναδάς, η Ελβετία, η Γερμανία, η Σουηδία που ασφαλίζουν όλους τους πολίτες τους. Το κόστος για την ασφάλιση ανεβαίνει με ρυθμούς μεγαλύτερους από τον πληθωρισμό και τις αυξήσεις στους μισθούς, με αποτέλεσμα να αποτελεί το βασικό πρόβλημα των πολιτών. Αυτό προσβάλλει πιο πολύ τα χαμηλά και μεσαία εισοδήματα, αλλά και τα ασφάλιστρα των εργοδοτών. (Harvard Medical School)

Σύμφωνα με έρευνα του Πανεπιστημίου Harvard, το 68% των περιπτώσεων αδυνατούσαν να ανταποκριθούν οικονομικά είχαν ιατρική ασφάλιση αλλά το κόστος των επιπλέον εξόδων για ιατρικές υπηρεσίες έφτανε το \$ 12.000. Το κόστος της ασφάλισης είναι ο λόγος της ύπαρξης τόσων πολλών ανασφάλιστων πολιτών, ενώ ένας στους τέσσερις Αμερικανούς αντιμετωπίζει πρόβλημα στην πληρωμή ιατρικών εξόδων. Έτσι δημιουργείται οξύ πρόβλημα στην κοινωνία και συχνές συγκρούσεις μεταξύ ευσυνείδητων ιατρών με επιχειρησιακούς παράγοντες για θέματα ηθικής και δεοντολογίας. (Harvard University)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Στοιχεία αποτελεσματικότητας ευρωπαϊκών και αμερικανικού συστήματος υγείας

ΧΩΡΕΣ	ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ/ 1000 ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ	ΜΗΤΡΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ/ 100.000 ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ	ΚΡΕΒΑΤΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΠΡΟΣΔΟΚΟΜΕΝΟ ΖΩΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤ /100000	ΙΑΤΡΟΙ /100000	%ΑΕΠ
ΗΠΑ	7,00	14,00	330/100000	77,7	976,00	256,00	16,0
ΕΥ	5,21	6,00	540/100000	78,50	735,00	320,00	8,70
UK	5,07	7,00	389/100000	79,00			8,10
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	4,14	5,24	858/100000	79,36	775,00	339,00	10,6
ΓΑΛΛΙΑ	3,86	6,90	744/100000	80,50	722,00	336,00	10,5
ΣΟΥΗΔΙΑ	3,16	1,98		80,55		325,00	9,10

Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ)

2.4 Σύγκριση μεταξύ των συστημάτων Η.Π.Α. και ευρωπαϊκών χωρών

Η σύγκριση συστημάτων υγείας αποτελεί δύσκολη και πολύπλοκη διαδικασία, όσον αφορά στην επιλογή των κριτηρίων σύμφωνα με τα οποία θα γίνει η σύγκριση. Εμπλέκονται παράγοντες όπως κοινωνικό-πολιτικοί, πολιτισμικοί και δημογραφικοί.

Έχει μεγάλη σημασία η σύνθεση του πληθυσμού και τα ποσοστά της ηλικιακής σύνθεσης αυτού, ενώ παράγοντες ψυχολογικοί, μορφωτικοί, ιδεολογικοί και

θηρσκευτικοί επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των πολιτών. Το πιο σημαντικό σημείο που δυσκολεύει τη σύγκριση των συστημάτων είναι ότι η κάθε χώρα έχει αναπτύξει το δικό της εννοιολογικό πλαίσιο στο σύστημα υγείας, με ξεχωριστή οργάνωση, μεθόδους και στόχους.

Σε γενικές γραμμές, διαπιστώνονται οι εξής διαφορές στα δημόσια συστήματα των χωρών της Ε.Ε. και στα ιδιωτικά συστήματα (ΗΠΑ):

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Διαφορές δημοσίου & ιδιωτικού συστήματος υγείας

	Ιδιωτικό	Δημόσιο
Κεντρικός σχεδιασμός		✓
Κεντρική χρηματοδότηση		✓
Ιδιωτική δαπάνη	✓	
Κεντρικός συντονισμός και έλεγχος		✓
Περιφερικοποίηση υπηρεσιών		✓
Καθολική κάλυψη των πολιτών		✓
Ισοτίμη κάλυψη των πολιτών		✓
Δημόσια υγεία και προληπτική δράση		✓
Ελεύθερη επιλογή γιατρού	✓	
Ελεύθερη επιλογή ασθενή από γιατρό	✓	
Άσκηση ιδιωτικής ιατρικής	✓	
Λειτουργία ιδιωτικών κλινικών	✓	
Ελεύθερη εγκατάσταση γιατρού	✓	
Ελεύθερη τιμολόγηση υπηρεσιών	✓	

Ειδικότερα όμως, τα συστήματα τείνουν να συγκλίνουν και γι' αυτό παρατηρούμε στοιχεία του ιδιωτικού συστήματος (ΗΠΑ) όπως ιδιωτικές κλινικές και άσκηση ιδιωτικής ιατρικής στα δημόσια συστήματα και αντίστοιχα στοιχεία δημόσιας παροχής υπηρεσιών στις ΗΠΑ.

Τα περισσότερα συστήματα στην Ευρώπη είναι μεικτά, διατηρώντας έντονο όμως τον κρατικό χαρακτήρα τόσο στη χρηματοδότηση, όσο και στο επίπεδο οργάνωσης και διοίκησης. Αυτά τα συστήματα βασίζονται σε ένα μεγάλο βαθμό στην κοινωνική ασφάλιση, υπηρετούν την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης προσφέροντας συλλογική

κάλυψη στον πληθυσμό, η οποία χρηματοδοτείται με εισφορές σύμφωνα με την οικονομική κατάσταση του καθενός και όχι με τις ανάγκες υγείας που έχει, ενώ το κράτος συμπληρώνει τα χρηματοδοτικά κενά της κοινωνικής ασφάλισης εξασφαλίζοντας στον πληθυσμό ένα ουσιαστικό επίπεδο υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τον κεντρικό σχεδιασμό, την περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών μονάδων και το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και αποκέντρωσης που αναπτύσσεται, διασφαλίζεται η καθολική και ισότιμη κάλυψη των πολιτών ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση, την κοινωνική τους θέση και τον τόπο διαμονής. Δίνεται προτεραιότητα στην ποιότητα των υπηρεσιών, τη δημόσια υγεία, την πρόληψη και στην υγειονομική διαφώτιση.

Παράλληλα όμως, με τα θετικά στοιχεία των δημοσίων-μεικτών συστημάτων παρουσιάζονται δυσλειτουργίες όπως η ανάπτυξη γραφειοκρατίας που επιβαρύνει την άσκηση της ιατρικής, οι λίστες αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις ή εξέταση από εξειδικευμένο ιατρό, η επαγγελματική ιατρική χαλαρότητα, η περιορισμένη επιλογή γιατρού και νοσοκομείου που έχει ο ασθενής και η απουσία αποτελεσματικού μάνατζμεντ, αφού υπάρχει μεγάλη ποικιλία στο ιδιοκτησιακό καθεστώς των υπηρεσιών και στην εργασιακή σχέση και τον τρόπο αμοιβής των προμηθευτών.

Αντίθετα από αυτά της Ε.Ε., το σύστημα των ΗΠΑ χαρακτηρίζεται από την ελευθερία εγκατάστασης των συντελεστών παραγωγής, οι οποίοι κατά κύριο λόγο ανήκουν σε ιδιώτες, ενώ οι τιμές των υπηρεσιών καθορίζονται σύμφωνα με τους νόμους της προσφοράς και ζήτησης. Θεωρητικά, δηλαδή, εξασφαλίζει στον ασθενή το ελεύθερο δικαίωμα επιλογής ιατρού και νοσοκομείου, δικαίωμα το οποίο αμφισβητείται καθώς κάτι τέτοιο εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του πολίτη.

Για το λόγο αυτόν παρουσιάζονται σε αυτό το σύστημα φαινόμενα όπως υγειονομικές ανισότητες και κοινωνικές αδικίες στον ανασφάλιστο ή μερικώς ασφαλισμένο πολίτη, φαινόμενα προκλητής ζήτησης από την ιατρική πλευρά, άνιση γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών υγείας, υψηλό διοικητικό κόστος λόγω έλλειψης κεντρικού σχεδιασμού και πληθώρας φορέων, υποβαθμισμένη προληπτική δράση αφού λόγω του έντονου ανταγωνισμού και της επιδίωξης του κέρδους υπάρχει προσανατολισμός στην θεραπευτική παρέμβαση.

Τα κριτήρια αποτελεσματικότητας κάθε συστήματος έχουν διαφορετική βαρύνουσα σημασία για κάθε χώρα ανάλογα με τους στόχους που έχει θέσει. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, που είναι ένας διεθνής οργανισμός με 191 χώρες μέλη, με την έκθεση του 2000 που είχε συντάξει για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας

των συστημάτων υγείας προκάλεσε θύελλα αντιδράσεων καθώς οι ΗΠΑ κατετάγησαν στην 37^η θέση, χαμηλότερα από χώρες όπως η Ελλάδα.

Αυτό συνέβη διότι τα κριτήρια που χρησιμοποιεί ο ΠΟΥ για να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα των συστημάτων αφορούν στη γενική βελτίωση του επιπέδου υγείας μέσω της βελτίωσης των δεικτών υγείας του πληθυσμού, της μείωσης των ανισοτήτων, της ανταπόκρισης του συστήματος στις απαιτήσεις του κοινού και της διασφάλισης της οικονομικά δίκαιης διανομής.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ χαρακτηριστικοί δείκτες που προσδιορίζουν ένα σύστημα υγείας είναι:

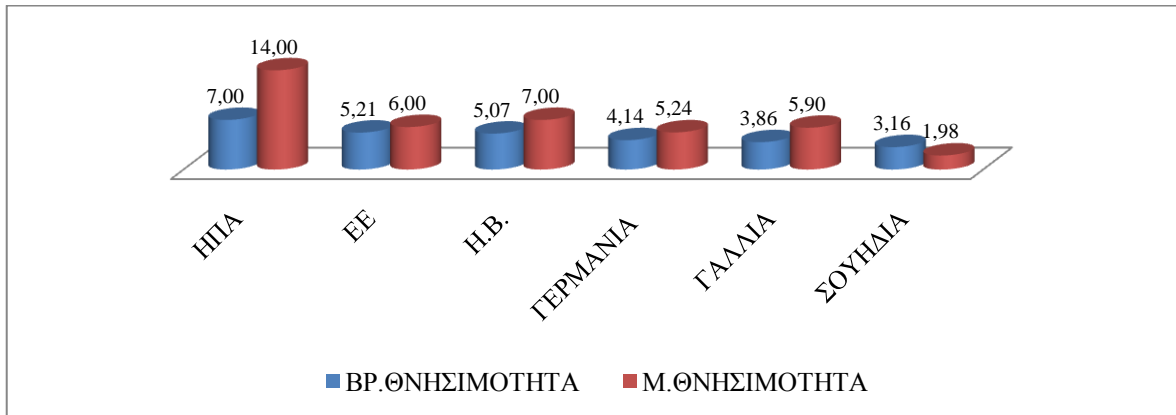
- ❖ Το γενικότερο επίπεδο υγείας του πληθυσμού,
- ❖ η διανομή των υπηρεσιών υγείας,
- ❖ η ανταπόκριση των υπηρεσιών στις ανάγκες και απαιτήσεις του κοινού,
- ❖ η ισότητα στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες,
- ❖ η δίκαιη διανομή του οικονομικού κόστους της παροχής υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό. (WHO, 2000)

Στα περισσότερα από τα συστήματα υγείας, οι δείκτες που απασχολούν την αποτελεσματικότερη διοίκηση ποιότητας είναι: το μέγεθος των λιστών αναμονής, η έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των περιπτώσεων που χρήζουν ιατρικής φροντίδας, τα συνταγογραφούμενα λάθη, η ισότιμη πρόσβαση, η αποτελεσματικότερη διαχείριση των πόρων, και τα αποτελέσματα σε τομείς της υγείας όπως οι δείκτες θνησιμότητας, η πρωτοβάθμια περίθαλψη, τα ποσοστά καρκίνου-αγγειακών παθήσεων, η παχυσαρκία, τα ποσοστά διαβήτη και καπνιστών, η φροντίδα των ηλικιωμένων.

Ανάλογα λοιπόν με τους δείκτες επιλογής και το βαθμό βαρύτητας για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του συστήματος έχουμε και διαφορετικά αποτελέσματα. Στα παρακάτω γραφήματα έχουν επιλεγεί κάποιοι ενδεικτικοί δείκτες αποτελεσματικότητας όπως το προσδόκιμο ζωής, βρεφική και μητρική θνησιμότητα, οι ανθρώπινοι πόροι (γιατροί και νοσηλευτές) και οι υλικοί πόροι (κρεβάτια νοσηλείας) καθώς και το ποσοστό δαπανών για την παροχή υπηρεσιών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για κάθε χώρα. (WHO 2006)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1

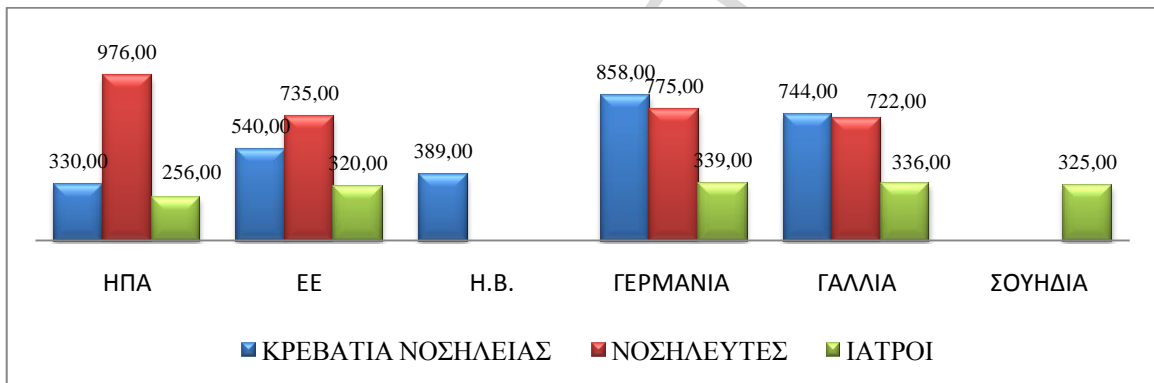
Σύγκριση μητρικής & βρεφικής θνησιμότητας



Πηγή: WHO, 2006

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2

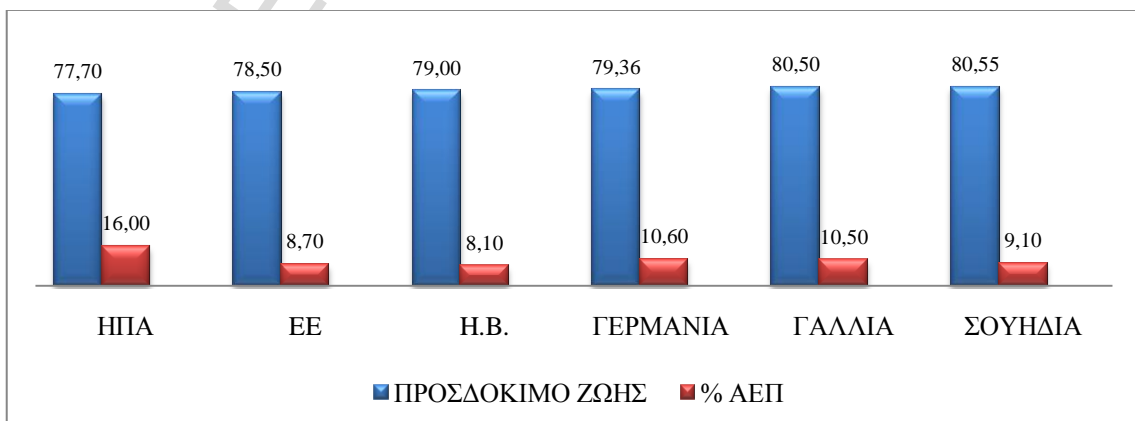
Σύγκριση ανθρώπινων και υλικών πόρων



Πηγή: WHO, 2006

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3

Σύγκριση δαπανών υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ



Πηγή: WHO, 2006

Παρατηρούμε από τα γραφήματα πως οι ΗΠΑ παρόλο που έχουν τις μεγαλύτερες δαπάνες για την παροχή υπηρεσιών υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ και δαπάνες υλικών πόρων (κρεβάτια νοσηλείας), υστερούν στους έμψυχους πόρους (νοσηλευτές-γιατρούς) και έχουν τον μεγαλύτερο δείκτη βρεφικής και μητρικής θνησιμότητας από τον μέσο όρο της ΕΕ και μάλιστα με μεγάλη διαφορά από τα ανεπτυγμένα κράτη της Ευρώπης.

Αντίθετα, οι δείκτες του μέσου όρου της ΕΕ είναι πολύ καλύτεροι καθώς η συνολική κάλυψη του πληθυσμού βελτίωσε το συνολικό επίπεδο υγείας των πολιτών, ενώ στις ΗΠΑ το μεγάλο ποσοστό ανασφάλιστων ή μερικώς ασφαλισμένων που δεν απολαμβάνει των ίδιων υπηρεσιών υγείας, επιδεινώνει τους δείκτες αποτελεσματικότητας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΣΤΙΣ ΗΠΑ

3.1 Ο αριθμός των ανασφάλιστων

Οι Αμερικανοί πολίτες έχουν πρόσβαση στα ασφαλιστικά προγράμματα υγειονομικής κάλυψης μέσω:

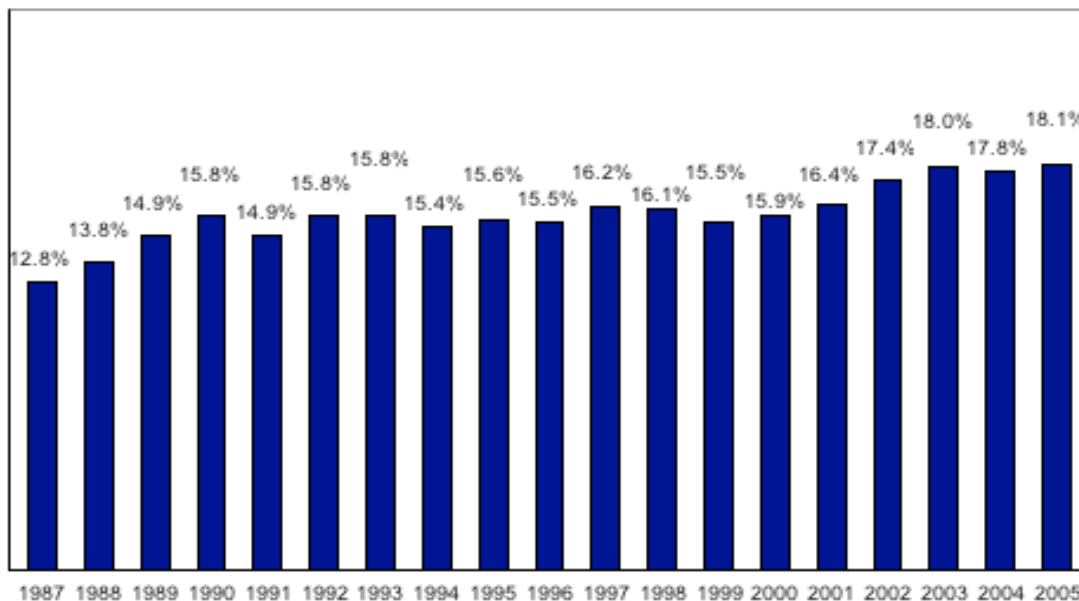
- προγραμμάτων βασισμένων στην εργασία/απασχόληση τους
- των εταιρειών ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, και
- του προγράμματος Medicaid

Ο τεράστιος αριθμός ανθρώπων χωρίς καμία ασφαλιστική κάλυψη στον τομέα της υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν μια από τις αρχικές ανησυχίες που εκφράστηκε από τους υπέρμαχους της μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με το Γραφείο Απογραφής των ΗΠΑ (U.S.Census Bureau), το 2008 υπήρχαν 46,3 εκατομμύρια άνθρωποι στις ΗΠΑ (δηλ. το 15,4% του πληθυσμού), οι οποίοι δεν καλύπτονταν από κανενός είδους ασφαλιστικό πρόγραμμα υγείας (U.S. Census Bureau, 2010)

Ταυτοχρόνως, ραγδαία αύξηση παρουσιάζει το ποσοστό των μη ηλικιωμένων οι οποίοι είναι ανασφάλιστοι. Πιο συγκεκριμένα, από 12,8% επί του πληθυσμού το 1987 φτάνει στο 18,1% του πληθυσμού το 2005 εμφανίζοντας αυξητικές τάσεις από το 1999. (Center For American Progress, 2009)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4

Ποσοστό ενήλικων εργατών χωρίς ασφαλιστική κάλυψη (1987-2005)



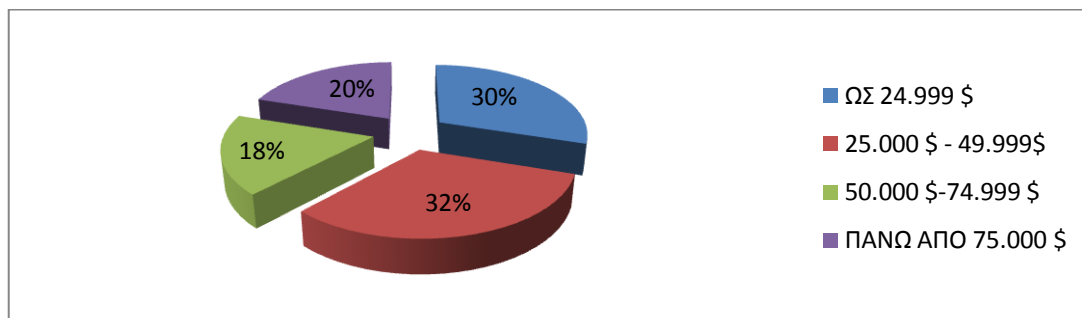
Πηγή: Employee Benefit Research Institute, *Estimates from the Current Population Survey, March 1988-2006, Washington DC, 2006*

Στην κατηγορία των ανασφαλιστών ανήκουν κυρίως:

- οι φτωχοί εργαζόμενοι
- οι άνεργοι
- οι υγιείς εργαζόμενοι οι οποίοι συνειδητά έχουν επιλέξει να μη λάβουν μέρος σε ασφαλιστικά προγράμματα
- οι απορριφθέντες εργαζόμενοι ή άνεργοι από τις ασφαλιστικές εταιρείες λόγω ιατρικού ιστορικού ή παθήσεων
- κάποιοι οι οποίοι έμειναν χωρίς ασφάλιση υγείας προσωρινά

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5

Ανασφάλιστοι Αμερικανοί ανάλογα με το εισόδημα το 2007



Πηγή: U.S. Census Bureau, *Annual Social & Economic Data*, Washington DC, 2008

Σε έκθεση του Γραφείου Απογραφής των ΗΠΑ (U.S. Census Bureau) τα στατιστικά στοιχεία σχετικά με τους ανασφάλιστους δείχνουν ότι ο αριθμός τους έχει ανέβει σε 49,9 εκατομμύρια το 2010 από 49 εκατομμύρια το 2009. Χωρίς να θεωρείται στατιστικά σημαντική η άνοδος παρατηρούμε ότι σε απόλυτα μεγέθη ο αριθμός των ασφαλισμένων το 2010 αυξήθηκε σε 256,2 εκατομμύρια από 255,3 το 2009.

Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα στοιχεία της, το 2009 υπήρχαν 50,7 εκατομμύρια άνθρωποι στις ΗΠΑ (16,7% του πληθυσμού) οι οποίοι δεν είχαν ασφάλιση υγείας. Ποσοστό, δηλαδή διευρυμένο από εκείνο του 2008, όταν υπήρχαν 46,3 εκατομμύρια ανασφάλιστοι (15,4% του πληθυσμού) στον τομέα της υγείας. (U.S. Census Bureau, 2010)

Ένα πολύ ενδιαφέρον στοιχείο είναι ο αριθμός των ανθρώπων που στερούνται ασφάλισης κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια μιας πολυετούς περιόδου, ο οποίος είναι μεγαλύτερος από τον τρέχοντα αριθμό ανασφάλιστων.

Μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2009 εκτιμά ότι περίπου 86,7 εκατομμύρια άνθρωποι ήταν ανασφάλιστοι σε κάποιο σημείο κατά τη διάρκεια της διετίας 2007-2008. Αυτό αντιπροσώπευε περίπου το 29% του συνολικού πληθυσμού των ΗΠΑ εκείνη τη στιγμή. Περίπου, δηλαδή, ο ένας στους τρεις κάτω των 65 ετών. Τρεις στους τέσσερις από αυτούς, δε, έμειναν χωρίς να ασφαλιστική κάλυψη υγείας για τουλάχιστον για έξι μήνες. (Families USA , 2009)

3.2 Ανασφάλιστα παιδιά και νέοι

Η τρέχουσα εκτίμηση για τα ανασφάλιστα παιδιά δεν διαφέρει πολύ από τις προηγούμενες. Το 2009, σύμφωνα πάντα με τα στοιχεία του Γραφείου Απογραφής των

ΗΠΑ, αναφέρεται ότι 10% -δηλαδή 7,5 εκατομμύρια παιδιά κάτω των 18 ετών- ήταν ιατρικά ανασφάλιστα.

Η έλλειψη ασφάλισης στα παιδιά που ζουν σε συνθήκες φτώχειας είναι 15,1% μεγαλύτερη από το μέσο όρο των ανασφαλιστών παιδιών στις ΗΠΑ. Αυτό, αποτελεί μια σοβαρή απόδειξη ότι όσο χαμηλότερο είναι το εισόδημα του νοικοκυριού τόσο πιο πιθανό είναι να απουσιάζει η ασφάλιση.

Το 2009, ένα νοικοκυριό με ετήσιο εισόδημα \$ 25.000 ή λιγότερο είχε μια πιθανότητα της τάξης του 26,6% να περιλαμβάνεται σε εκείνα με την απουσία ασφάλισης, ενώ στα νοικοκυριά τα οποία έχουν ετήσιο εισόδημα της τάξης άνω των \$ 75.000 αυτή η πιθανότητα γίνεται μόλις 9,1% . (U.S. Census Bureau, 2010)

3.3 Αιτίες του μεγάλου αριθμού ανασφαλιστών

Η αιτία αυτού του ποσοστού ανασφαλιστών παραμένει ένα μείζον ζήτημα πολιτικής συζήτησης. Η αύξηση του κόστους ασφάλισης έχει συμβάλλει στην εμφάνιση μιας τάσης, σύμφωνα με την οποία όλο και λιγότεροι εργοδότες προσφέρουν ασφάλιση υγείας. Την ίδια στιγμή, επίσης πολλοί εργοδότες, για να διαχειριστούν αυτό το μεγάλο κόστος απαιτούν όλο και υψηλότερες εισφορές από τους εργαζόμενους

Τα πρόσωπα που καλύπτονται από προγράμματα ασφάλισης υγείας χρηματοδοτούμενα από την κυβέρνηση έχουν αυξηθεί ελαφρώς και από 30,6% (ή 93,2 εκατομμύρια ασφαλισμένους το 2009) πλέον καλύπτεται το 31% (95 εκατομμύρια ασφαλισμένοι).

Οι καλυπτόμενοι με βάση την απασχόλησή τους έχουν επίσης ελαττωθεί καθώς υπήρξε μείωση της απασχόλησης στο 55,3% το 2010 από 56,1% το 2009. (U.S. Census Bureau, 2010)

Ο αριθμός και το ποσοστό των ανασφαλιστών Αμερικανών από το 1987 ως το 2008 μπορεί να είναι έτσι είτε γιατί:

- η δουλειά τους δεν προσφέρει ασφαλιστική κάλυψη
- είναι άνεργοι και δεν μπορούν να πληρώνουν για την ασφάλιση τους
- είναι οικονομικά σε θέση να αγοράσουν ασφάλιση, αλλά θεωρούν απαγορευτικό το υψηλό κόστος

Κατά το 2009 το συνεχιζόμενο χαμηλό ποσοστό απασχόλησης επηρέασε αρνητικά όσους είχαν προηγουμένως εγγραφεί σε προγράμματα βασισμένα στην

απασχόληση. Το Γραφείο Απογραφής διαπιστώνει πτώση στο πολύ μεγάλο ποσοστό του 55% .

Οι χαμηλόμισθοι εργαζόμενοι έχουν λιγότερες πιθανότητες από τα άτομα με υψηλότερα εισοδήματα να τους προσφερθεί ασφαλιστική κάλυψη από τον εργοδότη τους (ή από τον εργοδότη του συζύγου τους) και -φυσικά- είναι και σε χειρότερη θέση στο να αντέξουν οικονομικά την κάλυψη αυτή με δικά τους χρήματα.

Ξεκινώντας από μία πολιτική ελέγχου μισθών και τιμών κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και κατοχυρώνοντας νομικά το δικαίωμά τους, με φοροαπαλλαγή του εισοδήματός τους από το 1954, οι περισσότεροι εργαζόμενοι Αμερικανοί έχουν λάβει ασφάλιση υγείας από τους εργοδότες τους. (Federal Reserve Bank of San Francisco, 2009)

Ωστόσο, οι πρόσφατες τάσεις δείχνουν μια συνεχή μείωση της παροχής των εργοδοτών στις ασφαλιστικές παροχές υγείας. Είναι αξιοσημείωτο πως το 2000, το 68% των μικρών επιχειρήσεων με 3 έως 199 εργαζόμενους προσέφεραν παροχές υγείας. Από τότε ο αριθμός αυτός συνέχισε να μειώνεται μέχρι το 2007, όταν το 59% φρόντιζε για την παροχή υγειονομικής ασφάλισης.

Από την άλλη, για τις μεγάλες επιχειρήσεις με 200 ή περισσότερους εργαζομένους, το ποσοστό παρέμεινε ίδιο στο διάστημα 2000-2007, με το 99% των εργοδοτών να προσφέρουν ασφαλιστικές υγειονομικές παροχές.

Κατά μέσο όρο, λαμβάνοντας υπ' όψιν όλες τις εταιρείες, δηλαδή, από το 69% του 2000 φτάσαμε στο 2007 όπου το 60% των εργοδοτών καλύπτουν τις ασφαλιστικές ανάγκες υγείας του προσωπικού τους, κάτι που αν μη τι άλλο αποτελεί σημαντική διαφοροποίηση. (Kaiser Family Foundation & Health Research and Educational Trust, 2007)

Μία μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2008 ανέδειξε το γεγονός πως οι άνθρωποι των οποίων η υγεία κυμαίνεται στο μέσο όρο είναι λιγότερο πιθανό να μείνουν ανασφάλιστοι, αν ανήκουν σε ομάδες με μεγάλα ομαδικά ασφαλιστήρια υγειονομικής κάλυψης, ενώ εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες αν ανήκουν σε μικρότερα ομαδικά ασφαλιστήρια και ακόμα πιο πιθανό να μείνουν ανασφάλιστοι είναι εφ' όσον έχουν ατομική ασφάλιση υγείας.

Όμως, για ανθρώπους σε χαμηλή ή μέτρια υγεία, οι πιθανότητες να χάσουν την κάλυψη είναι πολύ μεγαλύτερες για τα άτομα που είχαν μικρά ομαδικά ασφαλιστήρια σε σύγκριση με εκείνους που είχαν ατομική ασφάλιση.

Οι συγγραφείς αποδίδουν τα αποτελέσματα αυτά στο συνδυασμό της εξατομικευμένης αγοράς που έχει υψηλές δαπάνες κάλυψης και της εγγυημένης ανανέωση της κάλυψης. Η ατομική κάλυψη κοστίζει περισσότερο αν αγοραστεί από κάποιον, όταν εμφανίσει κάποια πάθηση ή κάποιο πρόβλημα υγείας αλλά παρέχει καλύτερη προστασία (σε σύγκριση με το ομαδικό ασφαλιστήριο) έναντι υψηλών ασφάλιστρων για ήδη ασφαλισμένους ατομικά οι οποίοι γίνονται υψηλού κινδύνου.

Τα υγιή άτομα είναι πιο πιθανό να ελαττώσουν την ατομική ασφαλιστική κάλυψη από το να μειώσουν τη λιγότερο ακριβή που τους παρέχει η εργασία τους, αλλά, αν αρρωστήσουν σοβαρά, με την κάλυψη του ομαδικού ασφαλιστηρίου τους είναι πιο εύκολο να χάσουν ολόκληρη ή μέρος της κάλυψης από ότι στην ατομική ασφάλιση. (Pauly, Lieberthal, 2008)

Περίπου το ένα τέταρτο των ανασφάλιστων είναι επιλέξιμο προς κρατική κάλυψη, αλλά δεν είναι εγγεγραμμένο.

Πιθανές αιτίες είναι:

- η έλλειψη ευαισθητοποίησης των προγραμμάτων
- η άγνοια
- η μη ενημέρωση για τον τρόπο εγγραφής,
- η απροθυμία πολλών για να μη στιγματιστούν κοινωνικά λόγω της επικρατούσας αντίληψης που συνδέεται με την κρατική κάλυψη
- η μη σωστή διαχείριση των ήδη εγγεγραμμένων
- οι επαχθείς διοικητικές διαδικασίες. (Holahan, Cook, Dubay, 2007), (NIHCM Foundation, 2008)

Μια μελέτη από το Ίδρυμα Kaiser (The Kaiser Family Foundation) δημοσιεύθηκε τον Ιούνιο του 2009 και κατέδειξε ότι:

- ✓ το 45% των χαμηλού εισοδήματος ενηλίκων κάτω των 65 ετών πάσχει από έλλειψη υγειονομικής ασφάλισης.
- ✓ Σχεδόν το ένα τρίτο των μη ηλικιωμένων ενήλικων είναι με εισόδημα κοντά στο ομοσπονδιακό όριο της φτώχειας.
- ✓ Οι χαμηλού εισοδήματος ενήλικες είναι γενικά νεαρότεροι, λιγότερο μορφωμένοι, και είναι λιγότερο πιθανό να ζουν σε ένα νοικοκυριό με ένα πλήρους απασχόλησης εργαζόμενο σε σύγκριση με ενήλικες υψηλοτέρων εισοδημάτων

Αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν στην αύξηση της πιθανότητας να μην είναι ασφαλισμένοι.

Επιπλέον, οι πιθανότητες να είναι υγιείς μειώνονται όσο μειώνεται και το εισόδημα καθώς το 19% των ενηλίκων με εισοδήματα κάτω από το ομοσπονδιακό επίπεδο της φτώχειας περιγράφουν την υγεία τους ως μέτρια ή κακή. (The Kaiser Family Foundation, 2009)

3.4 Συνέπειες

Η έλλειψη ασφάλισης προκαλεί ετησίως σχεδόν 18.000 θανάτους οι οποίοι θα μπορούσαν έχουν αποφευχθεί, με βάση κάποιες έρευνες. (Institute of Medicine of the National Academies of Science, 2004). Ενώ με βάση άλλες, πάνω από 44.800 επιπλέον θάνατοι ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες συνδέονται με τη μη ασφάλιση. (Wilper, Woolhandler, Lasser, McCormick, Bor, Himmelstein, 2009)

Από τη μία πλευρά, αντιλαμβανόμαστε ότι το κόστος της αντιμετώπισης των ανασφάλιστων πρέπει συχνά να απορροφάται από παρόχους όπως φιλανθρωπικές οργανώσεις ή να μετακυλιέται στους ασφαλισμένους μέσω υψηλότερων ασφαλιστρών υγείας ή να καταβάλλονται από τους φορολογούμενους μέσω υψηλότερων φόρων. (Groman, 2004) Από την άλλη πρέπει να κατανοήσουμε πως οι ανασφάλιστοι συχνά επιδοτούν τους ασφαλισμένους, διότι χρησιμοποιούν λιγότερες υπηρεσίες αφήνοντας τις ελεύθερες. (Graham, 2007), (USA Today, 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΠΑ

4.1 Ιστορία μεταρρυθμιστικών προσπαθειών της υγείας των ΗΠΑ

Το ζήτημα της μεταρρύθμισης της ασφαλιστικής κάλυψης της υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες αποτελούσε το αντικείμενο της πολιτικής συζήτησης από τις αρχές του 20ου αιώνα.

Οι πρώτες προτάσεις της υγειονομικής περίθαλψης σε ομοσπονδιακό επίπεδο ανάγονται στο 1854 όταν δημιουργήθηκε ένας λογαριασμός προς όφελος των απόρων ψυχιατρικών ασθενών, των τυφλών, κουφών και άλαλων. Το νομοσχέδιο αυτό είχε προταθεί από την ακτιβίστρια Dorothea Dix, το οποίο πέρασε τα δύο σώματα του Κογκρέσου, αλλά ασκήθηκε βέτο από τον πρόεδρο Franklin Pierce. (Tiffany, 1890)

Ο Pierce υποστήριξε ότι η ομοσπονδιακή κυβέρνηση δεν θα πρέπει να δεσμευθεί για την κοινωνική πρόνοια, η οποία πίστευε ότι ήταν ευθύνη των πολιτειών. Αυτό το βέτο αποτέλεσε σταθμό για την Αμερική, αφού για 70 χρόνια δεν υπήρχε καμία συμμετοχή του ομοσπονδιακού κράτους στην κοινωνική πρόνοια, μέχρι τη μεγάλη ύφεση. (Pierce, 1854)

Οι προσπάθειες των ΗΠΑ για την επίτευξη καθολικής κάλυψης ξεκίνησαν με το Theodore Roosevelt στις εκλογές του 1912 αλλά δεν ευοδώθηκαν. (Igel Lee 2008)

Κατά τη διάρκεια της Μεγάλης Ύφεσης το 1933, ο Franklin D. Roosevelt ζήτησε από τον Isidore Falk και τον Edgar Sydenstricker να βοηθήσει στο σχέδιο των Κοινωνικών Ασφαλίσεων που συμπεριλαμβανόταν στο πρόγραμμα δημόσια χρηματοδότηση στην υγειονομική περίθαλψη. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές δέχτηκαν την επίθεση από την Ιατρική Ένωση της Αμερικής και από τις πολιτείες γιατί θεωρήθηκαν ως «υποχρεωτική ασφάλιση υγείας».

Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, ο πρόεδρος Harry Truman υποστήριξε την καθολική υγειονομική περίθαλψη ως Fair Deal, αλλά λόγω έντονης αντίδρασης της αντιπολίτευσης αυτή σταμάτησε. Το 1946 κατάφερε να περάσει το νόμο για την Ψυχική Υγεία επειδή στηρίχτηκε στην έρευνα και εφαρμογή του Νοσοκομείου Hill Burton.

Το 1965 ο πρόεδρος Lyndon Johnson θέσπισε νομοθεσία η οποία εισήγαγε το Medicare, που καλύπτει τόσο τη νοσοκομειακή περίθαλψη, όσο και τη γενική ιατρική (πρωτοβάθμια υγεία) για τους ηλικιωμένους, έχοντας καταβάλλει ο συνταξιούχος κάποιον

ποσό κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής ζωής. Θέσπισε, επίσης, το Medicaid με το οποίο η ομοσπονδιακή κυβέρνηση συγχρηματοδοτεί με τις πολιτείες, ένα πρόγραμμα για τους φτωχούς. (Uwe E. Reinhardt, Ph. D. James Madison)

Το 1974 ο Πρόεδρος Richard M. Nixon εισήγαγε ένα νόμο για την ασφάλιση της υγείας. Το σχέδιο του Nixon υποχρέωνε τους εργοδότες να πληρώνουν την ασφάλιση στους υπαλλήλους τους, δημιουργώντας ένα παρόμοιο πρόγραμμα με το Medicaid, στο οποίο κάθε Αμερικανός θα μπορούσε να ενταχθεί με την καταβολή ενός ποσού με βάση το εισόδημα. (Himmelstein David U., Woolhandle Steffie 2007)

Ο Ted Kennedy απέρριψε το σχέδιο του Nixon επειδή δεν ήταν αυτό ακριβώς που ήθελε. Αργότερα συνειδητοποίησε ότι ήταν μια χαμένη ευκαιρία να κάνει μια σημαντική πρόοδο προς το στόχο του. (Richard Sisk 2009)

Το πρόγραμμα Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act του 1985 (COBRA) τροποποίησε το πρόγραμμα συνταξιοδότησης Employee Retirement Income Security Act του 1974 (ERISA) για να δώσει τη δυνατότητα στους εργαζόμενους να συνεχίσουν την ασφαλιστική τους κάλυψη και μετά την έξοδο από την απασχόληση. (U.S. Department of Labor, 2009)

Η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας απασχόλησε έντονα τις ΗΠΑ επί προεδρίας Bill Clinton με επικεφαλή στην προσπάθεια αυτή την πρώτη κυρία, Hillary Clinton. Το 1996 διευκόλυνε τους εργαζόμενους δίνοντάς τους τη δυνατότητα να συντηρούν την ασφαλιστική τους κάλυψη, όταν αλλάζουν θέσεις εργασίας ή όταν χάνουν την εργασία τους και παρείχε, επίσης, τα εθνικά πρότυπα για την προστασία των προσωπικών δεδομένων της υγείας, με τη Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

Το 1997 ιδρύθηκε το State Children's Health Insurance Program (SCHIP) για τα παιδιά από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση για να παρέχεται ασφάλιση υγείας σε παιδιά που οι οικογένειες τους βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας. (Schip Information Center)

Το 2000 η Health Insurance Association of America (HIAA) συνεργάζεται με τις οικογένειες των ΗΠΑ και την American Hospital Association (AHA) για να βρουν κοινά σημεία στην επέκταση της κάλυψης των ανασφάλιστων. (Kahn III Charles N. and Pollack Ronald F, 2001)

Το 2001, επί προεδρίας Bush, συζητήθηκε στο Κογκρέσο, να χορηγηθεί στους ασθενείς ένας κατάλογος με τα δικαιώματα τους στην υγεία. Οι ιδέες για το επιχείρημα αυτό προήλθαν από το Consumers' Bill of Rights. Πολλές ομάδες συμφερόντων, όπως η

American Hospital Association (AMA) και η φαρμακευτική βιομηχανία τάχθηκαν κατά του νομοσχεδίου. Η παροχή επείγουσας ιατρικής περίθαλψης σε όλους, ανεξάρτητα από την ασφαλιστική κάλυψη, αποδείχθηκε ότι είναι το μεγαλύτερο εμπόδιο για αυτό το νομοσχέδιο. Η πρωτοβουλία αυτή τελικά απέτυχε να περάσει το Κογκρέσο το 2002.

Ο Bush υπέγραψε το νόμο Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act, για τη συνταγογράφηση φαρμάκων στους ηλικιωμένους και στα άτομα με ειδικές ανάγκες. Το 2006, τον οργανισμό της HIAA διαδέχτηκε το America's Health Insurance Plans (AHIP), το οποίο το 2007 εξέδωσε ένα σύνολο προτάσεων, για να έχει κάθε Αμερικανός πρόσβαση σε μια οικονομικά εφικτή ασφάλεια υγείας, καθώς και τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας του συστήματος υγείας των ΗΠΑ. (Kahn III Charles N. and Pollack Ronald F, 2001)

Οικονομική Έρευνα των Ηνωμένων Πολιτειών το 2008, με τίτλο «Μεταρρύθμιση της Υγείας», από τους Οργανισμούς Οικονομίας και Ανάπτυξης, που δημοσιεύθηκε τον Δεκέμβριο του 2008, έδειξε ότι:

- Τα φορολογικά οφέλη του εργοδότη βασισμένα στις ασφάλειες θα πρέπει να καταργηθούν.
- Τα έσοδα από τη φορολογία θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν για την ενίσχυση της υγειονομικής ασφαλιστικής κάλυψης.
- Οι επιδοτήσεις αυτές θα μπορούσαν να είναι είτε άμεσες επιδοτήσεις είτε να αποτελέσουν φορολογικές ελαφρύνσεις, ώστε να ενθαρρύνει τη συνείδηση των χαμηλόμισθων και να τους ωθήσει στην αγορά ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας. (OECD, 2008)

Το Δεκέμβριο του 2008, το Ινστιτούτο για το μέλλον της Αμερικής “Ways and Means Health Subcommittee” (Τρόποι και Μέσα Υγείας) μαζί με τον πρόεδρο του Pete Stark, ξεκίνησε μετά από πρόταση του Hacker Jacob, ο οποίος είναι συν-διευθυντής του Πανεπιστημίου του Berkeley, ένα κοινό σχέδιο ασφάλισης υγείας για να ανταγωνιστεί επί ίσους όρους με ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα. Αυτό θεωρείται ότι είναι η βάση για το σχέδιο του Barack Obama, το οποίο στηρίζεται σε τρία βασικά επιχειρήματα.

Πρώτον, η επιτυχία του σχεδίου στηρίζεται στη δημόσια διαχείριση του κόστους (στο Medicare οι ιατρικές δαπάνες αυξήθηκαν κατά 4,6% ετησίως έναντι 7,3% για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, στη δεκαετία 1997-2006).

Δεύτερον, η δημόσια ασφάλιση αποζημιώνει γρηγορότερα από την ιδιωτική και βελτιώνει συνεχώς την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Τρίτον, μπορεί να θέσει τις προϋποθέσεις που θα ανταγωνίζονται τα ιδιωτικά προγράμματα. (Hacker Jacob S., 2008)

Το Δεκέμβριο του 2008, τα Ασφαλιστικά Προγράμματα Υγείας της Αμερικής (America's Health Insurance Plans-AHIP) ανακοίνωσαν μια δέσμη προτάσεων για να μειωθεί η προβλεπόμενη αύξηση των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης κατά 30%. Μεταξύ των προτάσεων ήταν η δημιουργία ενός ανεξάρτητου φορέα που θα συγκρίνει και θα αξιολογεί τα οφέλη, τους κινδύνους, και το κόστος των νέων φαρμάκων. Έρευνα, που είχε πραγματοποιηθεί έξι μήνες πριν και δημοσιεύθηκε στην "Technical Memo", υπολόγιζε ότι ένα πακέτο μεταρρυθμίσεων που θα περιλάμβανε σύγκριση της αποτελεσματικότητας, την εξέλιξη της τεχνολογίας και τη διαχείριση και την πρόληψη νοσημάτων των ΗΠΑ θα μπορούσε να μειώσει 9% τις δαπάνες υγείας, σε εθνικό επίπεδο, μέχρι το έτος 2025. (AHIP 2008)

Στις προεδρικές εκλογές το 2008 και οι δύο υποψήφιοι επικεντρώθηκαν στην υγειονομική περίθαλψη. Ο John McCain επικεντρώθηκε κυρίως στην ελεύθερη αγορά και στον ανταγωνισμό. Στην καρδιά του προγράμματος του ήταν φορολογικές ελαφρύνσεις των \$ 2.500 για ένα άτομο και \$ 5.000 για οικογένειες που δεν έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μέσω του εργοδότη τους. Για να βοηθήσει τους ανθρώπους που δεν είχαν υγειονομική κάλυψη, ο McCain πρότεινε να συνεργαστούν με τις Πολιτείες για να δημιουργήσουν «Πρόγραμμα Εγγυημένης Πρόσβασης». (Guaranteed Access Plan)

Ο Barack Obama ζήτησε καθολική υγειονομική περίθαλψη. Το σχέδιό του είναι η δημιουργία ενός εθνικού ασφαλιστικού συστήματος υγείας που θα περιλαμβάνει τόσο τα ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα όσο και το Medicare. Η κάλυψη θα είναι εγγυημένη, ανεξάρτητα από την κατάσταση της υγείας, καθώς επίσης τα ασφαλιστρα δε θα διαφέρουν ανάλογα με την κατάσταση της υγείας. Άλλοι θεωρούσαν ότι το σχέδιο του McCain είχε στόχο η ασφάλιση υγείας να γίνει πιο προσιτή σε όλους ενώ ο σκοπός του σχεδίου του Obama είναι όλοι οι άνθρωποι να έχουν ασφάλιση υγείας. (Burling Stacey - Daily News, 2008)

4.2 Ο πρόεδρος της μεταρρύθμισης- Barack Hussein Obama

Ο Barack Hussein Obama γεννήθηκε 4 Αυγούστου 1961, στη Χαβάη και είναι ο 44^{ος} Πρόεδρος των Ηνωμένων Πολιτειών, αναλαμβάνοντας τα καθήκοντά του το 2009. Είναι ο πρώτος Ααφροαμερικάνος που κατέχει τη θέση αυτή. Ο Barack Obama στο παρελθόν διατέλεσε γερουσιαστής στο Ιλινόις, από τον Ιανουάριο 2005 μέχρι και την παραίτησή του, μετά την εκλογή του στην προεδρία, τον Νοέμβριο του 2008.

Είναι απόφοιτος του Πανεπιστημίου της Κολούμπια και της Νομικής Σχολής του Χάρβαρντ, στην οποία υπήρξε πρόεδρος του Harvard Law Review, του περιοδικού που δημοσιεύθηκε από μια ανεξάρτητη ομάδα φοιτητών της Νομικής Σχολής του Χάρβαρντ.

Εργάστηκε ως δικηγόρος για τα πολιτικά δικαιώματα στο Σικάγο και δίδαξε συνταγματικό δίκαιο στη Νομική Σχολή του Πανεπιστημίου του Σικάγο, από το 1992 έως 2004.

Η πολιτική του καριέρα ξεκίνησε όταν εξελέγη στη Γερουσία του Ιλινόις, το 1996. Μόλις εκλέχθηκε, ο Barack Obama κέρδισε τη διακομματική υποστήριξη για τους νόμους της υγειονομικής περίθαλψης. Υποστήριξε, με νόμο, τις εκπτώσεις φόρου για τα χαμηλά εισοδήματα των εργαζομένων, τη μεταρρύθμιση της πρόνοιας, και αύξησε τις επιχορηγήσεις για την παιδική μέριμνα. Ο Barack Obama επανεκλέχτηκε στη Γερουσία του Ιλινόις το 1998 και το 2002. Τον Ιανουάριο του 2003, ο Barack Obama έγινε πρόεδρος στη Γερουσία του Ιλινόις. (US Liberal Politics-Deborah White)

Μετά από μια αποτυχημένη προσπάθεια, για μια θέση στη Βουλή των Αντιπροσώπων των Ηνωμένων Πολιτειών το 2000, κινήθηκε τη Γερουσία των Ηνωμένων Πολιτειών το 2004. Κατάφερε να εντυπωσιάσει και να κερδίσει την εθνική προσοχή κατά τη διάρκεια της εκστρατείας του και κέρδισε τις εκλογές στη Γερουσία των ΗΠΑ το Νοέμβριο του 2004. Η εκστρατεία του για υποψήφιος πρόεδρος με το κόμμα των Δημοκρατικών ξεκίνησε τον Φεβρουάριο του 2007 αντιμετωπίζοντας τη Hillary Rodam Clinton ως αντίπαλο και κερδίζοντας το χρίσμα.

Τον Νοέμβριο του 2008, περίπου οι δύο στους τρεις Αμερικανούς σε ηλικία ψήφου (και το 89,7% των εγγεγραμμένων ψηφοφόρων) προσέρχονται για να ψηφίσουν στις προεδρικές εκλογές. Φέρνουν στον Λευκό Οίκο έναν υποψήφιο έξω από τα καθιερωμένα, που η προσωπική του διαδρομή και μόνο υπόσχεται πολλά για το μέγεθος της επερχόμενης αλλαγής. Σε ομιλία του αναφέρει ότι: *«Δεν έχω το συνηθισμένο γενεαλογικό δέντρο, ούτε έχω χτίσει την καριέρα μου στους διαδρόμους της Ουάσιγκτον»*. Για αυτόν, ακριβώς, το λόγο μπόρεσε να κινητοποιήσει τους νέους, τους μαύρους, τους

ισπανόφωνους, καθώς κι ένα απρόσμενο μέρος (43%) του λευκού εκλογικού σώματος. (Halimi Serge-LE MONDE DIPLOMATIQUE)

Έχοντας συγκεντρώσει μεγαλύτερο ποσοστό ψήφων από εκείνο που κέρδισε ο Reagan όταν εξελέγη, το 1980 (52,9% έναντι 50,7%), ο Barack Obama μπορεί να κάνει άνετα λόγο για « λαϊκή εντολή ». (Halimi Serge-LE MONDE DIPLOMATIQUE)

Νίκησε τον υποψήφιο των Ρεπουμπλικάνων, John McCain και παρέλαβε την προεδρία των ΗΠΑ στις 20 Ιανουαρίου 2009. Ως πρόεδρος, ο Barack Obama υπόγραψε νομοθεσία που χορηγούσε οικονομικά κίνητρα για την Αμερικάνικη ανάκτηση το Φεβρουάριο 2009. Τα κίνητρα αυτά αφορούσαν την ελάφρυνση της φορολογίας, την ασφάλιση της ανεργίας και η δημιουργία θέσεων εργασίας. Η πιο σημαντική εσωτερική πολιτική πρωτοβουλία, όμως, ήταν η προστασία των ασθενών και η προσιτή οικονομικά φροντίδα υγείας, ενώ η σημαντικότερη εξωτερική πολιτική ήταν που τάχτηκε κατά του πολέμου στο Ιράκ. (Halimi Serge-LE MONDE DIPLOMATIQUE)

Στο ερώτημα αν οι Ηνωμένες Πολιτείες επιδέχονται μεταρρύθμιση, κάποιοι ισχυρίζονται ότι το σύστημά τους χαρακτηρίζεται από την «ισορροπία των εξουσιών». Κατά την άποψη άλλων, αποτελείται από πολλαπλές βαθμίδες ιεραρχίας, στις οποίες βασιλεύει η εξουσία του δολαρίου. Το 2008, εκατομμύρια νέοι ξεχύθηκαν στην πολιτική αρένα θεωρώντας ότι, με αυτόν τον πρόεδρο, τίποτα πια δεν θα είναι όπως πριν.

4.3 Η διαμάχη για τη δημιουργία ενός καθολικού συστήματος υγείας στις ΗΠΑ

Το ζήτημα της δημιουργίας ενός καθολικού δημοσίου συστήματος υγείας στις ΗΠΑ αποτελεί ζητούμενο των χαμηλότερων κοινωνικό-οικονομικών τάξεων τα τελευταία χρόνια όλο και πιο έντονα.

Το εγχείρημα του Clinton για την καθιέρωση ενός τέτοιου συστήματος, ώστε να μειωθούν οι κοινωνικές ανισότητες και όλα τα μειονεκτήματα του συστήματος, απέτυχε. Το λεπτομερέστατο νομοσχέδιο που είχε καταθέσει ο Δημοκρατικός προκάτοχός του στο Κογκρέσο για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας είχε προκαλέσει τόσες αντιδράσεις που «θάφτηκε» σχεδόν εν μία νυκτί.

Έτσι, ο Barack Obama των ΗΠΑ βρήκε άλλο τρόπο να προωθήσει τις προτάσεις του με τρόπο που συνάδει πλήρως με την εικόνα της πολιτικής και κοινωνικής συναίνεσης που θέλει να παρουσιάζει

Προσκάλεσε στον Λευκό Οίκο περίπου 120 εκπροσώπους όλων των ενδιαφερομένων μερών -ιατρικοί σύλλογοι, σύλλογοι ασθενών, φαρμακοβιομηχανίες,

κ.λπ.- σε μία διάσκεψη κορυφής για την υγεία και για όσους έκριναν ότι η μεταρρύθμιση δε θα ήταν εφικτή, ο Barack Obama απάντησε: «*Αν θέλουμε να δημιουργήσουμε θέσεις εργασίας και να ξαναχτίσουμε την οικονομία μας, τότε πρέπει να λύσουμε το ασφαλιστικό*», με ομιλία του στη διάσκεψη, εξηγώντας ότι «*αν γίνουν επενδύσεις στη μεταρρύθμιση αυτή τώρα, το κόστος θα μειωθεί και θα συμβάλει στη μείωση του ελλείμματος*».(The Washington Post, 2009)

Οι αναλυτές εκτιμούν ότι ο Barack Obama, κατάφερε να περισώσει περί τα 634 εκατομμύρια δολάρια στον προϋπολογισμό του 2010 για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. (Εφημερίδα Ημερησία, 2009)

Ο αντίλογος ήταν έντονος, με τους διαφωνούντες να επικαλούνται ότι οι αρνητικές συνθήκες της εποχής θα δυσκολέψουν ένα τόσο δύσκολο εγχείρημα, όπως είναι η αναμόρφωση του συστήματος. Καταρχήν το κόστος που προβλέπεται για το όλο εγχείρημα είναι υπέρογκο της τάξης των 1,5 τρις δολάρια, περίπου, με το κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας να έχει αυξητική τάση τις τελευταίες δεκαετίες. Παράλληλα οι δημογραφικές εξελίξεις με την άνοδο του προσδόκιμου επιβίωσης και συνεπώς των χρόνιων παθήσεων μόνο επιβάρυνση αποτελούν για το σύστημα, το οποίο είναι ήδη επιβαρυνμένο από την περίθαλψη και αποζημιώσεις των στρατιωτών και βετεράνων του Ιράκ και Αφγανιστάν. Άλλωστε οι τεχνολογικές και φαρμακευτικές εξελίξεις που αναμενόταν να μειώσουν τα κόστη περίθαλψης δεν έχουν ανταποκριθεί στις προσδοκίες καθώς και η εφαρμογή των απαραίτητων πληροφοριακών συστημάτων και ηλεκτρονικών φακέλων ευρέως στο σύστημα, ώστε να μειωθεί το κόστος και ο χρόνος παροχής υπηρεσιών και να βελτιωθεί η ποιότητα, είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα και απαιτεί την επένδυση πολλών κεφαλαίων.

Παράλληλα, οι συντελεστές και οι παράγοντες της παροχής υπηρεσιών θα εκδηλώσουν μεγάλη αντίσταση στην αναμόρφωση του συστήματος. Συγκεκριμένα θα αυξηθεί η ζήτηση για γιατρούς και νοσηλευτές τα επόμενα χρόνια, κάτι που θα δημιουργήσει πίεση στους μισθούς. Έτσι και αλλιώς όμως οι προμηθευτές έχουν αποκτήσει μεγάλη δύναμη στην αγορά δημιουργώντας ολιγοπώλια και μονοπώλια, ενώ οι φαρμακευτικές και βιοτεχνικές εταιρείες συμπράττουν με αυτούς δημιουργώντας οικονομίες κλίμακας.

Από την άλλη πλευρά πολλοί θεωρητικοί αμφισβητούν την αποτελεσματικότητα των καθολικών δημοσίων συστημάτων υγείας της Ευρώπης. Τόσο ο κίνδυνος της υπερχρησιμοποίησης των υπηρεσιών από τους πολίτες, όσο και τα φαινόμενα οικονομικής κακοδιαχείρισης και γραφειοκρατίας που εμφανίζουν αποτελούν αρνητικούς

παράγοντες αξιολόγησης. Παράλληλα, στην περίπτωση της ριζικής αναμόρφωσης θίγονται ομάδες πολιτών όπως οι γιατροί σε ότι αφορά τις υψηλές αμοιβές που τώρα λαμβάνουν, και οι πολίτες που ήδη είναι ασφαλισμένοι σε προγράμματα που επιλέγουν τους γιατρούς και τις υπηρεσίες τους.

Συνεπώς, χρειάζεται συναίνεση και ηθική δέσμευση των πολιτών που έχουν συνείδηση στραμμένη προς τον ανταγωνισμό και την ελεύθερη λειτουργία της αγοράς χωρίς κρατικές παρεμβάσεις, προς τη δημιουργία ενός καθολικού συστήματος υγείας που θα παρέχει προσβασιμότητα σε όλους που είναι βασικό στοιχείο των ίσων ευκαιριών.

4.4 Παροχές του νόμου

Η προστασία των ασθενών και η πράξη προσιτής οικονομικά φροντίδας (Patient Protection and Affordable Care Act-PPACA) είναι ένας ομοσπονδιακός νόμος που υπογράφηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες, με πρόεδρο τον Barack Obama, στις 23 Μαρτίου 2010 και αποτελεί την μεταρρυθμιστική προσπάθεια του τομέα της υγείας του 2010.

Τα κύρια σημεία αφορούν:

- στη μεταρρύθμιση των ιδιωτικών ασφαλειών υγείας, προκειμένου να παρέχουν καλύτερη κάλυψη για τα άτομα με προϋπάρχουσες παθήσεις,
- στη βελτίωση της συνταγογράφησης και την κάλυψη των ναρκωτικών στο Medicare και
- στην επέκταση της διάρκειας ζωής του ταμείου Medicare κατά τουλάχιστον 12 χρόνια. (The United States Department of Justice, 2010)

Η PPACA πέρασε την Γερουσία στις 24 Δεκεμβρίου 2009, με ψήφους 60-39, με όλους τους Δημοκράτες και δύο Ανεξάρτητους υπέρ και όλους τους Ρεπουμπλικάνους κατά. Πέρασε τη Βουλή των Αντιπροσώπων από μια ψηφοφορία 219-212, με 178 Ρεπουμπλικάνους και 34 Δημοκράτες να ψηφίζουν κατά του νομοσχεδίου. (United States Senate, 2009)

Ο νόμος έχει λάβει δικαστικές προεκτάσεις όσον αφορά στη συνταγματικότητα του. Τρεις υποθέσεις στα ομοσπονδιακά δικαστήρια επικύρωσαν τη συνταγματικότητα του νομοσχεδίου, ενώ δύο την έκριναν αντισυνταγματική. Το Ανώτατο Δικαστήριο θα επανεξετάσει το θέμα το συντομότερο, στο τέλος του 2011 ή στις αρχές του 2012. (The United States Department of Justice, 2010)

Ο νόμος περιλαμβάνει πολυάριθμες παροχές σχετικά με την υγεία που θα εφαρμοστούν μέσα σε μια τετραετή περίοδο ξεκινώντας από το 2010. Οι βασικές παροχές σε σειρά ανάλογα με την εκτιμώμενη επίδραση που αναμένεται να έχουν είναι:

- ❖ “Guaranteed issue” και “community rating”, όροι που σχετίζονται με την πολιτική των ασφαλειών υγείας και ουσιαστικά σημαίνουν ότι οι ασφαλιστές πρέπει να προσφέρουν το ίδιο ασφάλιστρο σε όλους του αιτούμενους της ίδιας ηλικίας, φύλου και γεωγραφικής περιοχής ανεξάρτητα από προϋπάρχουσες καταστάσεις υγείας, που θα εφαρμοστούν σε εθνικό επίπεδο.
- ❖ Η επιλεξιμότητα του οργανισμού Medicaid θα διευρυνθεί ώστε να συμπεριλάβει άτομα και οικογένειες με εισόδημα στα όρια της φτώχειας.
- ❖ Θα επικρατήσουν ανταλλαγές ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας (Health Insurance Exchanges) και θα λειτουργούν σε κάθε πολιτεία, προσφέροντας ουσιαστικά μια αγορά με αρκετές προσφορές για την ασφάλεια υγείας ώστε οι μικρές επιχειρήσεις να μπορούν να συγκρίνουν τα προγράμματα και τα ασφάλιστρα και να αγοράσουν μια ασφάλεια, με κρατική επιχορήγηση αν είναι δυνατό.
- ❖ Εταιρείες που έχουν από 50 και πάνω υπαλλήλους και δεν προσφέρουν ασφαλιστική κάλυψη υγείας θα πληρώνουν στο κράτος ένα ποσό ως «μερίδιο ευθύνης» για τη μη ασφάλιση (shared responsibility payment) .
- ❖ Θα βελτιωθεί η συνταγογράφηση -η κάλυψη φαρμάκων- από το Medicare.
- ❖ Θα ενεργοποιηθούν αλλαγές που θα επιτρέψουν την αναδόμηση του τρόπου των αποζημιώσεων από το Medicare.
- ❖ Θα καθιερωθεί ένα εθνικό εθελοντικό ασφαλιστικό πρόγραμμα μέσω του οποίου θα παρέχεται βοήθεια διαβίωσης.
- ❖ Άτομα και οικογένειες με χαμηλό εισόδημα, στα επίπεδα που θέτει η Medicaid, λαμβάνουν ανάλογη επιχορήγηση που αφορά στην αγορά ασφάλισης και για παράδειγμα άτομα με εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας θα επιχορηγούνται έτσι ώστε το ασφάλιστρο τους θα αποτελεί το 2% του εισοδήματός τους ή \$ 50 το μήνα για μία τετραμελή οικογένεια.
- ❖ Πολύ μικρές επιχειρήσεις θα επιχορηγούνται για την αγορά ασφάλισης.
- ❖ Επιπρόσθετη υποστήριξη θα παρέχεται από το National Institute of Health για την ιατρική έρευνα.
- ❖ Η εγγραφή στα δημόσια ασφαλιστικά προγράμματα απλοποιείται και βελτιώνεται.
- ❖ Ο νόμος υπαγορεύει στα ασφαλιστικά προγράμματα υγείας να έχουν τις απαραίτητες απαιτούμενες παροχές χωρίς επιπρόσθετα οικονομικά βάρη.

- ❖ Ο νόμος υπαγορεύει ότι ορισμένα προνόμια ασφάλειας υγείας είναι απαραίτητα για την κάλυψη των ατόμων.
- ❖ Ασφάλειες που εκδόθηκαν πριν την ενεργοποίηση του νόμου δε θα επηρεαστούν από τους καινούριους κανονισμούς.

Οι νόμιμες ασφάλειες που μπορεί να έχει κάποιος είναι:

- 1) Medicare
- 2) Medicaid-CHIP Children's Health Insurance Program (Πρόγραμμα Ασφάλιση υγείας Παίδων)
- 3) TRICARE (Στρατιωτικούς, συνταξιούχους ένστολους, και τις οικογένειες τους).
- 4) Ασφάλιση υγείας βετεράνων
- 5) Ασφάλιση υγείας του εργοδότη (Healthcare.gov, 2011), (National Healthcare Reform Magazine, 2010)

4.5 Χρηματοδότηση

Οι παροχές της PPACA πρόκειται να χρηματοδοτηθούν από μία ποικιλία φόρων. Η κύρια πηγή των νέων εσόδων περιλαμβάνει έναν διευρυμένο φόρο σε εισοδήματα άνω των \$ 200.000, ένα ετήσιο φόρο στους προμηθευτές ασφαλειών και 40% φόρο στα ασφαλιστικά προγράμματα πολυτελείας.

Θα υπάρξουν επίσης φόροι σε φαρμακευτικές εταιρείες και σε υψηλού κόστους διαγνωστικά μηχανήματα και εξοπλισμό. Έσοδα προβλέπονται και από περικοπές του κόστους από το βελτιωμένο πρόγραμμα Medicare Advantage.

Τα συνολικά έσοδα από τους νέους φόρους προβλέπεται να φτάσουν τα \$ 409,2 δισεκατομμύρια μέσα στα επόμενα δέκα χρόνια. Οι πιο σημαντικές πηγές των εσόδων είναι:

- Διευρυμένος φόρος σε φορολογούμενους πολίτες υψηλού εισοδήματος: \$ 210,2 δισεκατομμύρια.
- Ετήσιος φόρος σε προμηθευτές ασφαλειών υγείας: \$ 60 δισεκατομμύρια.
- Ετήσιος φόρος σε κατασκευαστές και εισαγωγείς φαρμάκων: \$ 27 δισεκατομμύρια.
- 2,3% φόρο σε κατασκευαστές και εισαγωγείς ορισμένων ιατρικών μηχανημάτων: \$ 20 δισεκατομμύρια.
- Αναφορικά με αποζημιώσεις ασφαλιστικών εταιρειών: \$ 17,1 δισεκατομμύρια.

- Μείωση των ιατρικών εξόδων κατά 10%: \$15,2 δισεκατομμύρια.
- Υπόλοιπες πηγές εσόδων: \$ 60 δισεκατομμύρια.
(The Christian Science Monitor, 2010)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΤΟ ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΞΕΩΝ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΝΟΜΟΥ

Ο νόμος περιλαμβάνει διατάξεις

- που άρχισαν να ισχύουν αμέσως
- που άρχισαν να ισχύουν 90 ημέρες μετά την έγκριση
- που άρχισαν να ισχύουν έξι μήνες μετά την ψήφιση
- οι οποίες θα τεθούν σε ισχύ το 2014.

Παρακάτω αναλύεται το χρονοδιάγραμμα των διατάξεων. Θα διαπιστώσουμε ότι πολλές από αυτές τις διατάξεις δεν είναι πλέον σε ισχύ γιατί κρίθηκαν αντισυνταγματικές.

5.1 Ισχύουσες διατάξεις από το 2010

- ✓ Η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (The Food and Drug Administration) έχει πλέον την εξουσία να εγκρίνει τα βιολογικά φάρμακα και να χορηγεί στις φαρμακευτικές εταιρείες που τα παράγουν 12 χρόνια αποκλειστικής χρήσης πριν αναπτυχθούν τα γενόσημα φάρμακα. Στις 2 και 3 Νοεμβρίου 2010, η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ πραγματοποίησε μια δημόσια ακρόαση για την απόκτηση των εισροών, για τα θέματα και τις προκλήσεις που σχετίζονται με την εφαρμογή του ανταγωνισμού σε επίπεδο τιμών Βιολογικών Προϊόντων και την Καινοτόμο Πράξη του 2009.
- ✓ Η έκπτωση του Medicaid για τα επώνυμα φάρμακα αυξήθηκε κατά 23,1%, εκτός από τα αντιπηκτικά και τα φάρμακα για παιδιατρική χρήση που αυξήθηκε κατά 17,1%.
- ✓ Το μη κερδοσκοπικό Ινστιτούτο Έρευνας με Επίκεντρο τον Ασθενή (*Patient-Centered Outcomes Research*) αναλαμβάνει την έρευνα σύγκρισης θεραπειών. Αυτό πραγματοποιείται ερευνώντας την κατάσταση της υγείας, την κλινική αποδοτικότητα και καταλληλότητα διαφορετικών θεραπειών αξιολογώντας τις υπάρχουσες και διενεργώντας νέες μελέτες. Το διοικητικό συμβούλιο του

αποτελείται από 19 μέλη και περιλαμβάνει ασθενείς, γιατρούς, νοσοκομεία, φαρμακευτικές εταιρείες, ασφαλιστές, κυβερνητικούς υπαλλήλους και ειδικούς υγείας. Δε θα έχει τη δύναμη να εγκρίνει αποζημιώσεις για οποιαδήποτε θεραπεία. Το Medicare θα αποφασίζει ποιες εγχειρήσεις θα καλύψει, λαμβάνοντας υπόψη της την έρευνα του ινστιτούτου, αρκεί η νέα έρευνα να μην είναι το μόνο που θα λαμβάνει υπόψη.

- ✓ Δημιουργεί ένα προσωρινό πρόγραμμα για την κάλυψη της υγείας σε άτομα με προϋπάρχουσες ιατρικές καταστάσεις που είναι ανασφάλιστοι για τουλάχιστον έξι μήνες. Το Σχέδιο Ασφάλισης σε Προϋπάρχουσες Καταστάσεις (*Pre-existing Condition Insurance Plan-PCIP*) θα διαχειρίζονται οι πολιτείες ή η ομοσπονδιακή κυβέρνηση. Όλοι οι ενήλικες έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν σε μια προσωρινή υψηλού κινδύνου ομάδα που θα αντικατασταθεί από την υγειονομική περίθαλψη το 2014, χωρίς να υπάρχει ηλικιακό όριο. Το νέο πρόγραμμα θέτει χαμηλά ασφάλιστρα χωρίς να λαμβάνει υπόψη ότι αφορά πληθυσμό υψηλού κινδύνου.
- ✓ Άλλη μια διάταξη είναι η δημιουργία ενός συμβουλίου με όνομα *National Prevention, Health Promotion and Public Health Council* για να ξεκινήσει η ανάπτυξη της στρατηγικής της Εθνικής Προστασίας και της Πρόληψη της Υγείας. Χορηγεί \$5 δισεκατομμύρια για τις χρήσεις 2010 έως 2014 και \$2 δισεκατομμυρίων για κάθε επόμενο οικονομικό έτος για τη στήριξη της πρόληψης και της δημόσιας υγείας. Το τμήμα Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών (*Health and Human Services-HHS*) έχει χρηματοδοτήσει το συμβούλιο με \$ 500 εκατομμύρια από το Ταμείο Πρόληψης και Δημόσιας Υγείας για το οικονομικό έτος 2010. Το ήμισυ αυτής της χρηματοδότησης είναι αφιερωμένο στη βελτίωση της προσφοράς της πρωτοβάθμιας φροντίδας και τα μισά θα στηρίζουν τη δημόσια υγεία και τις προτεραιότητες της πρόληψης. Στις 11 Φεβρουαρίου 2011, το HHS χρηματοδότησε με άλλα \$750 εκατομμύρια, από το Ταμείο Πρόληψη και Δημόσια Υγεία, για να βοηθήσει στην πρόληψη του καπνίσματος, της παχυσαρκίας, των καρδιακών παθήσεων, των εγκεφαλικών επεισοδίων, του καρκίνου και για την αύξηση των εμβολιασμών.
- ✓ Παρέχει, επίσης, φορολογικές ελαφρύνσεις για μικρομεσαίους εργοδότες που δεν εργάζονται περισσότεροι από 25 άτομα στην επιχείρησή τους και το μέσο ετήσιο ποσό που διαθέτουν για την ασφάλιση υγείας των εργαζομένων είναι λιγότερο από \$ 50.000. Η διάταξη αυτή θα ολοκληρωθεί σε δύο φάσεις:

Φάση I (2010-2013): έκπτωση φόρου έως και 35% του κόστους του εργοδότη.
Φάση II (2014 και μετά): πίστωση φόρου έως 50% του κόστους του εργοδότη, αν η αγορά πραγματοποιήθηκε μέσω της διάταξης «*Ανταλλαγή Ασφάλισης*», για δύο χρόνια.

Η αρχική εφαρμογή είχε οριστεί για την 1^η Ιανουαρίου 2010. Η Οικονομική Υπηρεσία (Internal Revenue Service-IRS) των ΗΠΑ, πληροφόρησε τις μικρές επιχειρήσεις με ενημερωτικό δελτίο για το τι πρέπει να τηρούν για να διαπιστωθεί εάν δικαιούνται έκπτωση φόρου. Στις 2 Δεκεμβρίου 2010, η IRS κυκλοφόρησε οδηγίες σχετικά με τις πιστώσεις φόρου καθώς και τη μορφή που πρέπει να χρησιμοποιήσουν οι μικρές επιχειρήσεις για να έχουν δικαίωμα στις πιστώσεις αυτές.

- ✓ Ίδρύει το Ομοσπονδιακό Γραφείο Συντονισμού Υγείας (*Federal Coordinated Health Care Office*) για την καλύτερη πρόσβαση στα δεδομένα της Medicare και τον καλύτερο συντονισμό της υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ του Medicare και Medicaid. Η αρχική εφαρμογή του προγράμματος είχε προγραμματιστεί για την 1η Μαρτίου 2010 και η τελική εφαρμογή του πραγματοποιήθηκε το Σεπτέμβριο του 2010. Στις 30 Δεκεμβρίου 2010 ανακοινώθηκε επίσημα και η ίδρυση της Συντονισμένης Ομοσπονδιακής Υπηρεσίας Υγείας (*Coordinated Federal Health Service*).
- ✓ Επιβάλλει πρόσθετες απαιτήσεις για τα μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία οδηγώντας τα να εκτιμούν τις ανάγκες της κοινότητας, να αναπτύσσουν και να προσφέρουν οικονομική βοήθεια σε αυτή. Για τη μη ικανοποίηση των απαιτήσεων αυτών θα επιβάλλεται πρόστιμο \$ 50.000 ανά έτος.
- ✓ Οι ασφαλιστές απαγορεύεται να επιβάλουν χρηματικά όρια στους πελάτες τους για βασικά οφέλη, όπως η παραμονή σε νοσοκομείο.
- ✓ Τα εξαρτώμενα άτομα (τα παιδιά των ασφαλισμένων) μπορούν να παραμένουν στο ασφαλιστικό πρόγραμμα των γονιών τους ως τα 26 και σύμφωνα με τους κανονισμούς του σχεδίου περιλαμβάνονται στη ρύθμιση αυτή και τα εξαρτώμενα άτομα που δε ζουν πλέον με τους γονείς τους, δε συμμετέχουν πλέον στη φορολογική δήλωση των γονέων, δεν είναι μαθητές ή ακόμα και αν είναι παντρεμένοι. Η διάταξη τέθηκε σε ισχύ 23 Σεπτεμβρίου 2010. Ωστόσο, ορισμένες ασφαλιστικές εταιρείες ξεκίνησαν την εφαρμογή της διάταξης πριν από τον Σεπτέμβριο του 2010 για τους νέους ενήλικες που θα έχαναν την κάλυψη τους.

- ✓ Επιβάλλει φόρο 10% επί του καταβαλλομένου ποσού για τις υπηρεσίες πολυτελείας (μαυρίσματος-σολάριουμ) από 1η Ιούλη 2010.
- ✓ Απαγορεύει σε ατομικά και ομαδικά προγράμματα υγείας, την επιβολή συγκεκριμένης χρονικής διάρκειας κάλυψης, εκτός από περιπτώσεις απάτης, καθώς και τον αποκλεισμό παιδιών ηλικίας κάτω των 19 με προϋπάρχουσες ασθένειες.
- ✓ Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση σε συνεργασία με τις πολιτείες πραγματοποιεί ελέγχους στις ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίες πρέπει να δικαιολογήσουν τις παράλογες αυξήσεις των ασφαλιστρών. Για το σκοπό αυτό, παρέχει επιχορηγήσεις προς τις πολιτείες για την επανεξέταση των αυξήσεων αυτών. Στις 16 Αυγούστου 2010 διατέθηκαν από το HHS \$ 46 εκατομμύρια σε 45 πολιτείες για τον σκοπό αυτό και στις 24 Φεβρουαρίου 2011 δόθηκε επιπλέον επιχορήγηση \$ 199 εκατομμύρια. Στις 19 Μαΐου 2011, η τελική ρύθμιση για το πρόγραμμα αναθεώρησης του ασφαλιστικού δημοσιεύθηκε στο Federal Register (FR), το επίσημο περιοδικό της ομοσπονδιακής κυβέρνησης των Ηνωμένων Πολιτειών που περιέχει δημοσιεύσεις και ανακοινώσεις των κυβερνητικών υπηρεσιών. Στις 7 Ιουλίου 2011, η HHS κυκλοφόρησε ένα κατάλογο των πολιτειών με αποτελεσματικά προγράμματα αναθεώρησης ιδιωτικών μικρών ομάδων και ατομικών αγορών. Την 1η Σεπτεμβρίου 2011, οι πολιτείες και η HHS θα ξεκινήσουν την αναθεώρηση των αυξήσεων των ασφαλιστρών για το 2012.
- ✓ Οι ασφαλιστές απαγορεύεται να χρεώνουν επιπλέον ασφάλιστρα, να κάνουν συνασφαλίσεις ή να αφαιρούν μέρος της προληπτικής ιατρικής και ιατρικών εξετάσεων σε όλα τα νέα ασφαλιστικά συμβόλαια. Όσοι επηρεάζονται από το Medicare μέρος Δ, το οποίο αναφέρεται στη διαφορά κάλυψης συνταγογραφούμενων φαρμάκων, θα λάβουν \$ 250 έκπτωση για το 2010 και 50% το 2011. Το χάσμα θα ελαχιστοποιείται έως το 2020, όπου θα εξαλειφθεί.
- ✓ Το δικαίωμα των ασφαλιστικών εταιρειών να επιβάλουν ετήσια ανώτατα όρια δαπανών θα περιοριστεί και θα απαγορευτεί ως το 2014.
- ✓ Οι ασφαλιστικές εταιρείες πρέπει να αποκαλύπτουν λεπτομέρειες των διοικητικών και εκτελεστικών δαπανών.
- ✓ Οι ασφαλιστές πρέπει να εφαρμόσουν μια διαδικασία για τον προσδιορισμό και την κάλυψη των απαιτήσεων σε όλα τα νέα συμβόλαια.
- ✓ Οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις πρέπει να αξιολογούνται κάθε 3 μήνες για την κάλυψη της φαρμακευτικής θεραπείας.

- ✓ Δημιουργεί ένα προσωρινό πρόγραμμα αντασφάλισης για τους εργοδότες που παρέχουν ασφαλιστική κάλυψη υγείας σε συνταξιούχους άνω των 55 ετών που δεν είναι επιλέξιμοι για το Medicare. Οι εταιρείες, δηλαδή, που διαθέτουν πρώιμα συνταξιοδοτικά οφέλη για ηλικίες 55 - 64 μπορούν να συμμετάσχουν σε ένα πρόγραμμα που μειώνει το κόστος του ασφαλιστρού. Το HHS άρχισε να δέχεται αιτήσεις στις 29 Ιουνίου 2010 και ενέκρινε πάνω από 5.000 εργοδότες. Το πρόγραμμα θα ολοκληρωθεί την 1 Ιανουαρίου 2014 ή μέχρι να εξαντληθούν τα κονδύλια των 5 δισεκατομμυρίων, που διατέθηκαν για τον σκοπό αυτό.
- ✓ Μια νέα ιστοσελίδα από τη Γραμματεία Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών (Secretary of Health and Human Services) θα διαθέτει πληροφορίες για την ασφάλεια καταναλωτών για φυσικά πρόσωπα και μικρές εταιρείες σε όλες τις πολιτείες. Η εφαρμογή της ιστοσελίδας, <http://www.healthcare.gov/>, πραγματοποιήθηκε την 1η Ιουλίου 2010, εστιασμένη στην υγειονομική περίθαλψη και στις εναλλακτικές επιλογές κάλυψης της υγείας. Στις 8 Σεπτεμβρίου 2010, το HHS παρείχε την ιστοσελίδα και στην ισπανική γλώσσα. Την 1η Οκτωβρίου 2010, το HHS πρόσθεσε νέες πληροφορίες για την ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη και τα ασφάλιστρα ανά περιοχή.
- ✓ Ενισχύει τις θεραπευτικές έρευνες. Για την ακρίβεια, παρέχει φορολογικές ελαφρύνσεις ή επιδοτήσεις στους εργοδότες, με λιγότερους από 250 εργαζόμενους, έως και 50% του κόστους των επενδύσεων σε έργα που έχουν τη δυνατότητα να παράγουν νέες θεραπείες με στόχο τη θεραπεία του καρκίνου με ορίζοντα τα 30 χρόνια. Η επιχορήγηση ή η φορολογική ελάφρυνση είναι διαθέσιμες και για τις επενδύσεις που πραγματοποιήθηκαν το 2009 ή το 2010. Σχεδόν \$1 δισ. σε φορολογικές πιστώσεις και επιχορηγήσεις δόθηκαν μέσω του προγράμματος, από τον Νοέμβριο του 2010.
- ✓ Γίνεται επέκταση στην επιλογή της έκπτωσης φαρμάκων αποκλειστικά για τα κοινοτικά νοσοκομεία, νοσοκομεία με δύσκολη προσβασιμότητα, ορισμένα παιδιατρικά νοσοκομεία και άλλους φορείς.
- ✓ Εφαρμόζει ένα σχέδιο έφεσης της ιατροφαρμακευτικής διαδικασίας. Επιτρέπει στους καταναλωτές να ενίστανται κατά αποφάσεων υγείας. Στις 23 Ιουλίου 2010 δόθηκαν οι κανονισμοί για τις διαδικασίες που πρέπει να τηρηθούν από τους καταναλωτές για ένσταση κατά κάποιου σχεδίου υγείας.
- ✓ Παρέχεται κάλυψη των υπηρεσιών πρόληψης, χωρίς τον επιμερισμό του κόστους, με εμβολιασμούς και προληπτική ιατρική σε βρέφη, παιδιά και εφήβους, καθώς

και προληπτική ιατρική στις γυναίκες. Η κάλυψη των υπηρεσιών πρόληψης ξεκίνησε την 23^η Σεπτεμβρίου 2010.

- ✓ Αυξάνει τη χρηματοδότηση και προσφέρει επιπλέον πόρους για τα έτη 2010-2015, στην Εθνική Υπηρεσία Υγείας (National Health Service Corps-NHSC), η οποία ανήκει στο HHS. Τα μέλη είναι οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σε υποεξυπηρετούμενες κοινότητες από το 1972. Σε αντάλλαγμα, στους παρόχους γίνεται είτε αποπληρωμή του δανείου ή δίνεται υποτροφία σε όλη την ιατρική εκπαίδευσή τους αρκεί να μην υπερβαίνει τα τέσσερα έτη. Στις 8 Οκτωβρίου 2010, το HHS ανακοίνωσε τη χορήγηση επιδοτήσεων \$727 εκατομμυρίων σε 143 κέντρα υγείας της κοινότητας για τη βελτίωση των υποδομών και στις 26 Οκτωβρίου 2010, τη διαθεσιμότητα \$335 εκατομμύρια επιπλέον, για τα υπάρχοντα κοινοτικά κέντρα υγείας, για να επεκτείνει τις ιατρικές υπηρεσίες.
- ✓ Ιδρύει την Εθνική Φροντίδα Υγείας του Εργατικού Δυναμικού (Health Care Workforce Commission), για το συντονισμό δραστηριοτήτων, σε ομοσπονδιακό επίπεδο, του εργατικού δυναμικού και την ανάλυση των δεδομένων. Στις 30 Σεπτεμβρίου 2010 διορίστηκαν 15 μέλη της Εθνικής Φροντίδας Υγείας του Εργατικού Δυναμικού.
- ✓ Παρέχει στις πολιτείες την επιλογή παροχής υπηρεσιών στο σπίτι, βασιζόμενων στην κοινότητα μέσα από μια τροποποίηση στο πρόγραμμα Medicaid. (The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2010)

5.2 Ισχύουσες διατάξεις από το 2011

- ✓ Οι ασφαλιστικές εταιρείες πρέπει να αναφέρουν στα προγράμματα υγείας που προσφέρουν το ποσοστό των ασφαλιστρών που δαπανώνται για κλινικές υπηρεσίες και άλλες δαπάνες. Οφείλουν να παρέχουν εκπτώσεις για τους καταναλωτές εάν το μερίδιο της πριμοδότησης που δαπανώνται για κλινικές υπηρεσίες είναι μικρότερο από 85%.
- ✓ Απαιτεί οι παρασκευαστές επώνυμων φαρμακευτικών προϊόντων να παρέχουν έκπτωση 50%, σύμφωνα με το πρόγραμμα Medicare Coverage Gap, καθώς ξεκινούν οι επιδοτήσεις για τις γενικές συνταγές, για να συμπληρωθεί η κάλυψη της διαφοράς στο Μέρος Δ του Medicare. Στις 28 Ιουνίου 2011, περίπου 500.000

άνθρωποι είχαν λάβει έκπτωση σε επώνυμα φάρμακα συνταγών τους, με μια μέση εξοικονόμηση των \$ 545 ανά δικαιούχο.

- ✓ Το Medicare παρέχει 10% πριμοδότηση για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Συγκεκριμένα, 10% πριμοδότηση σε γενικούς χειρουργούς που ασκούν την επαγγελματική τους δραστηριότητα σε περιοχές που υπάρχει έλλειψη. Στις 29 Νοεμβρίου του 2010 δημοσιεύτηκε η τελική ρύθμιση που υλοποιεί το κίνητρο 10% για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- ✓ Τα ασφάλιστρα Medicare διαμορφώνονται βάσει του εισοδήματος. Υψηλότερα ασφάλιστρα αντανakλούν στους δικαιούχους με υψηλό εισόδημα.
- ✓ Αλλαγές πραγματοποιούνται και στο Medicare Advantage, με τη σταδιακή μείωση των συντελεστών στην «αμοιβή ανά πράξη» και πάγωμα των πληρωμών του 2011 στα επίπεδα του 2010.
- ✓ Σημαντική κρίνεται η δυνατότητα που παρέχεται από το Medicaid στους δικαιούχους της που πάσχουν από πολλαπλές ή σοβαρές χρόνιες παθήσεις να επωφεληθούν από τον καλύτερο συντονισμό και τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας και στο σπίτι. Ο αριθμός των πολιτειών που έχουν υιοθετήσει τις στρατηγικές για την επίτευξη αυτών των βελτιώσεων, όπως η ιατρική βοήθεια στο σπίτι και γενικότερα η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι συνεχώς αυξανόμενος.
- ✓ Παρέχει τριετή επιχορήγηση για προγράμματα εκμάθησης που θα πραγματοποιήσουν οι πολιτείες και θα συμμετάσχουν οι πολίτες, με στόχο την πρόληψη των χρόνιων παθήσεων. Τα προγράμματα αυτά θα αναφέρονται στον υγιεινό τρόπο ζωής και στην επίτευξη συγκεκριμένων κανόνων συμπεριφοράς της υγείας. Στις 24 Φεβρουαρίου, 2011, τα Κέντρα Medicare και Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services-CMS) ανακοίνωσαν τη διαθεσιμότητα \$100 εκατομμυρίων ως επιχορήγηση-κίνητρο στους δικαιούχους για να συμμετέχουν σε προγράμματα πρόληψης.
- ✓ Το CLASS πρόγραμμα είναι ένα εθνικό πρόγραμμα εθελοντικής ασφάλισης για τα άτομα 18 και άνω, που δίνει την επιλογή αγοράς υπηρεσιών και στήριξης. Η ένταξη στο CLASS θα είναι προαιρετική και θα είναι διαθέσιμο για τους περισσότερους ενήλικες που εργάζονται. Προϋπάρχουσες ιατρικές καταστάσεις δεν θα αποκλείουν κάποιον από τη συμμετοχή του. Τα άτομα που εγγράφονται θα δικαιούνται να λάβουν τις παροχές, εφόσον πληρούν συγκεκριμένες απαιτήσεις που αφορούν τον λειτουργικό περιορισμό, τα κέρδη, και την πληρωμή

ασφαλιστρών. Θα παρέχει μακροχρόνια περίθαλψη, η οποία αναφέρεται στη φροντίδα ατόμων που μπορεί να χρειαστούν για μεγάλο χρονικό διάστημα βοήθεια, επειδή είναι ανίκανοι να φροντίσουν τον εαυτό τους λόγω ασθένειας ή γήρανσης ή γνωστικής δυσλειτουργίας (για παράδειγμα, τη νόσο του Alzheimer). Με ανακοίνωση από το HHS λεπτομέρειες και η έναρξη του προγράμματος θα πραγματοποιηθεί, τελικά, 1 Οκτωβρίου 2012.

- ✓ Ο Γραμματέας HHS των ΗΠΑ απαιτεί την ανάπτυξη και την ενημέρωση σε ετήσια βάση μιας Εθνικής Στρατηγικής Ποιότητας Υγείας (*National Quality Strategy*) που να περιλαμβάνει τις προτεραιότητες για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, την έκβαση της υγείας των ασθενών και γενικότερα την υγεία του πληθυσμού. Η αρχική στρατηγική είχε οριστεί από το Κογκρέσο ότι θα υλοποιηθεί την 1η του Γενάρη του 2011. Στις 11 Σεπτεμβρίου 2010, το HHS εξέδωσε το σχέδιο σχετικά με την Εθνική Στρατηγική Ποιότητας Υγείας. Στις 21 Μαρτίου 2011 το HHS κυκλοφόρησε μια έκθεση στο Κογκρέσο, στην οποία περιγράφονται οι προτεραιότητες που έθεσε η Εθνική Στρατηγική Ποιότητας.
- ✓ Ιδρύονται τα Κέντρα Εκμάθησης Υγείας (*Teaching Health Centers*) και παρέχει επιδοτήσεις για μαθήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο σπίτι, βασισμένα στην κοινότητα, για τη φροντίδα περιπατητικών ασθενών. Η χρηματοδότηση διατίθεται για πέντε έτη, από το οικονομικό έτος 2011. Στις 25 Ιανουαρίου 2011, το HHS ανακοίνωσε τον ορισμό 11 νέων Κέντρων Εκμάθησης.
- ✓ Εγκρίνονται \$ 50 εκατομμύρια για διάστημα 5 ετών, για την επιδότηση της ανάπτυξης και της αξιολόγησης εναλλακτικών λύσεων σε σημερινές δίκες ιατρικής αμέλειας. Η χρηματοδότηση ορίστηκε να ξεκινήσει το 2011 αλλά τελικά αποτελεί μία από τις διατάξεις που δε θα εφαρμοστούν.
- ✓ Μία σημαντική διάταξη του νόμου, που υφίσταται μέχρι σήμερα είναι η χρηματοδότηση για το πρόγραμμα των Ανταλλαγών Ασφάλισης Υγείας (*Health Insurance Exchanges*). Μέσω του προγράμματος των Ανταλλαγών οι ιδιώτες και οι μικρές επιχειρήσεις έχουν πρόσβαση σε οικονομικά προσιτή ασφάλεια υγείας μέσα από μια νέα ανταγωνιστική αγορά ιδιωτικών ασφαλειών. Με αυτές τις ανταλλαγές, οι Αμερικανοί πολίτες δε θα είναι πλέον μόνοι τους στην προσπάθεια να βρουν προσιτή υγειονομική κάλυψη. Οι ανταλλαγές αυτές θα φέρουν νέα διαφάνεια στην αγορά έτσι ώστε οι καταναλωτές θα είναι σε θέση να συγκρίνουν τα προγράμματα με βάση την τιμή και την ποιότητα. Με την αύξηση του

ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών και επιτρέποντας στους ιδιώτες και τις μικρές επιχειρήσεις να συνασπιστούν για την απόκτηση ασφαλιστικής κάλυψης, οι ανταλλαγές θα μειώσουν το κόστος. Στις 30 Σεπτεμβρίου 2010, το HHS διανέμει στις πολιτείες \$ 49 εκατομμύρια για να ενισχύσει το σχέδιο αυτό. Στις 20 Ιανουαρίου 2011, ανακοινώνει νέα χρηματοδότηση του σχεδίου, για να βοηθήσει τις πολιτείες να συνεχίσουν το έργο τους στην εφαρμογή αυτής της βασικής διάταξης της μεταρρύθμισης. Στις 17 Φεβρουαρίου 2011, το HHS διανέμει επιχορήγηση σε επτά πολιτείες και στις 12 Αυγούστου 2011 διανέμει \$185 εκατομμύρια επιχορήγηση σε 13 πολιτείες.

- ✓ Εφαρμόζεται η *Διατροφική Επισήμανση*, δηλαδή η γνωστοποίηση των συστατικών σε κάθε τυποποιημένο φαγητό ή σνακ αλυσίδας εστιατορίων και τρόφιμα που πωλούνται από μηχανήματα αυτόματης πώλησης. Στις 21 Ιανουαρίου 2011, η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (Food and Drug Administration-FDA) των ΗΠΑ απέσυρε τη διάταξη αυτή που είχε εκδώσει, με σκοπό να εκδώσει άλλη λίγους μήνες μετά. Στις 6 Απριλίου 2011, εξέδωσε δύο προτεινόμενους κανόνες στο Federal Register, όσον αφορά τα μηχανήματα αυτόματης πώλησης και τα εστιατόρια της αλυσίδας. Μονάδες των οποίων πρωταρχικός σκοπός δεν είναι η πώληση των τροφίμων, όπως κινηματογραφικές αίθουσες και μπούλινγκ, απαλλάχθηκαν από τον κανονισμό.
- ✓ Προτεινόμενη διάταξη, από τα Κέντρα Medicare και Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services-CMS), δημοσιεύτηκε στον ομοσπονδιακό κατάλογο στις 17 Φλεβάρη του 2011, με την οποία απαγορεύονται οι πληρωμές από το ομοσπονδιακό πρόγραμμα Medicaid, σε νοσοκομεία και άλλα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης, όταν προκύπτουν ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Τελικές ρυθμίσεις δόθηκαν και δημοσιεύονται στο FR, στις 6 Ιουνίου 2011. Τέθηκε σε ισχύ την 1η Ιούλη του 2011.
- ✓ Αυξάνονται οι θέσεις εκπαίδευσης για τους πτυχιούχους ιατρικής και προωθείται η εκπαίδευσή τους σε κέντρα θεραπείας (εκτός νοσοκομείου).
- ✓ Υπήρξε ως διάταξη αλλά δεν εφαρμόστηκε ποτέ, η θέσπιση ανεξάρτητης συμβουλευτικής επιτροπής, που θα την αποτελούσαν 15 μέλη, με σκοπό να υποβάλει νομοθετικές προτάσεις που περιέχουν συστάσεις για τη μείωση του κατά κεφαλήν ποσοστό αύξησης των δαπανών για το Medicare, εάν οι δαπάνες υπερβαίνουν τους στοχευόμενους ρυθμούς ανάπτυξης. Η συγκεκριμένη διάταξη αφαιρέθηκε από τον νόμο της μεταρρύθμισης.

- ✓ Δημιουργείται ένα πρόγραμμα στο Medicaid και το ομοσπονδιακό κράτος παρέχει την οικονομική κάλυψη, για την αύξηση των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας και ορίζοντας την κοινότητα υπεύθυνη για την παροχή και υποστήριξη των υπηρεσιών αυτών σε άτομα με ειδικές ανάγκες. Στις 22 Φεβρουαρίου 2011, τα CMS εξέδωσαν την προτεινόμενη ρύθμιση που επιτρέπει στις πολιτείες να παρέχουν στο σπίτι υπηρεσίες μέσω της κοινότητας.
(The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2010)

5.3 Ισχύουσες διατάξεις από το 2012

- ✓ Επιτρέπεται στους προμηθευτές να οργανώνονται σε σχηματισμούς με την ονομασία “Accountable Care Organizations” (ACOs). Όταν αυτός ο σχηματισμός θα επιτυγχάνει υψηλή ποιότητα στην περίθαλψη και θα πραγματοποιεί δαπάνες με περισσότερη σύνεση ώστε να μοιράζονται τα χρήματα που εξοικονόμησαν για το πρόγραμμα Medicare. Ως ημερομηνία εφαρμογής έχει την 1^η Ιανουαρίου 2012. Στις 7 Απριλίου 2011, το HHS δημοσίευσε μια πρόταση στον F.R. καθορίζοντας τους ACOs, τις απαιτήσεις, τη νομική δομή, τις προσπάθειες διαφάνειας και την ενσωμάτωση της στοιχειοθετημένης ιατρικής και των ποιοτικό προσανατολισμό. Παράλληλα, εξέδωσε ενημερωτικά δελτία για τους προμηθευτές και τους καταναλωτές. Η Federal Trade Commission and Department of Justice (Ομοσπονδιακή Εμπορική Επιτροπή και το Τμήμα Δικαιοσύνης) εξέδωσαν μια κοινή πολιτική δήλωση για θέματα σύμπραξης σχετικά με τους ACOs. Στις 20 Μαΐου 2011, τα CMS εξέδωσαν τις εφαρμογές για το πρόγραμμα.
- ✓ Δημιουργείται το πρόγραμμα “*Independence at Home Demonstration*” για να παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας στο σπίτι σε δικαιούχους του προγράμματος Medicare. Εφαρμογή θα είχε την 1^η Ιανουαρίου 2012 αλλά τελικά απορρίφτηκε.
- ✓ Γίνεται προσπάθεια αλλαγής στην πληρωμή των προμηθευτών. Προσθέτει μια παράμετρο παραγωγικότητας στους προμηθευτές, με συνέπεια να μειώνονται τα ποσοστά τους. Θα ίσχυε από την αρχή του 2012 αλλά δεν είναι πλέον σε ισχύ.
- ✓ Ιδρύεται το ταμείο πρόληψης, απάτης και κατάχρησης. Καθιερώνει τις διαδικασίες για τη διαλογή, την παράλειψη, και την υποβολή έκθεσης για κάθε προμηθευτή που συμμετέχει στα προγράμματα Medicare, Medicaid και το παιδικό πρόγραμμα περίθαλψης CHIP (Children’s Health Insurance Program). Εφαρμογή

έχει την 1η Ιανουαρίου 2012. Στις 2 Φεβρουαρίου 2011, οι υπηρεσίες Medicare και Medicaid εξέδωσαν έναν τελικό κανόνα εφαρμογής των σημείων πρόληψης, απάτης και κατάχρησης. Στις 23 Μαρτίου 2011, τα CMS δημοσίευσαν την αμοιβή που θα καταβάλουν οι νέοι και εκσυγχρονισμένοι προμηθευτές στο ταμείο απάτης.

- ✓ Επιβάλλει νέα ετήσια τέλη στον τομέα της παραγωγής φαρμάκων. Η εφαρμογή είχε οριστεί για την 1^η Ιανουαρίου 2012 αλλά μετά από αντιδράσεις της φαρμακοβιομηχανίας καταψηφίστηκε.
- ✓ Πραγματοποιεί συλλογή δεδομένων για να ελαττώσει τις ανισότητες της υγειονομικής περίθαλψης. Απαιτεί την ενισχυμένη συλλογή και την υποβολή στοιχείων όσον αφορά τη φυλή, το έθνος, το φύλο, τη μητρική γλώσσα, το βαθμό ανικανότητας και τους αγροτικούς και συνοριακούς πληθυσμούς που είναι έως τώρα αδικημένοι. Η εφαρμογή της θα πραγματοποιηθεί στις 23 Μαρτίου 2012.
- ✓ Το Medicare εδραιώνει ένα πρόγραμμα αμοιβής νοσοκομείων βασισμένο στην απόδοση και στην ποιότητα. Προϋποθέτει τον σχεδιασμό προγραμμάτων που θα εστιάσουν στη σωστή επένδυση των χειρουργείων, στις ειδικευμένες εγκαταστάσεις νοσηλείας, και στη κατ' οίκον νοσηλεία. Η εφαρμογή θα πραγματοποιηθεί στις 13 Ιανουαρίου 2011.
- ✓ Το Medicare μειώνει το ποσό της αμοιβής των νοσοκομείων για αδικαιολόγητες επανεισαγωγές. Άλλη μία διάταξη που καταψηφίστηκε.
(The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2010)

5.4 Ισχύουσες διατάξεις από το 2013

Για το 2013 είχαν αρχικά καθοριστεί αρκετές διατάξεις αλλά τελικά, παρέμεινε μόνο μία στο νόμο της μεταρρύθμισης της υγείας.

Οι διατάξεις που θα αποτελούσαν μέρος του νόμου της μεταρρύθμισης και απορρίφθηκαν πριν την ψήφιση του είναι:

- ✓ Οι πολιτείες πρέπει να αναφέρουν αν θα λειτουργήσει το πρόγραμμα των «Ανταλλαγών Ασφάλισης Υγείας» (*American Health Benefit Exchange*) και να αναφέρουν τα προνόμια που παρέχονται από αυτό.
- ✓ Οι επιδοτήσεις για συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία και όχι την εμπορική ονομασία.

- ✓ Ίδρυση πιλοτικού προγράμματος για τη συνολική αποπληρωμή υπηρεσιών, την ανάπτυξη και αξιολόγηση στις νοσηλευτικές υπηρεσίες, στις ιατρικές υπηρεσίες και στις υπηρεσίες που προσφέρονται στα εξωτερικά επείγοντα και τακτικά ιατρεία.
- ✓ Κάλυψη των υπηρεσιών πρόληψης του προγράμματος Medicaid με αύξηση μιας ποσοστιαίας μονάδας της κρατικής χρηματοδότησης για τις προληπτικές του υπηρεσίες
- ✓ Αύξηση του κατώτατου ορίου φόρου για τις ιατρικές δαπάνες που εκκίπνουν, από 7,5% του ακαθάριστου εισοδήματος σε 10% αυτού. Παρακάμπτει την αύξηση για τις ηλικίες άνω των 65 ετών για τα φορολογικά έτη 2013 μέχρι 2016.
- ✓ Τα εισοδήματα που θα υπερβαίνουν τα \$ 200.000 το έτος θα υπόκεινται σε πρόσθετο φόρο 0,9%. Το ποσό για ένα παντρεμένο ζευγάρι προσαυξάνεται κατά \$ 50.000, δηλαδή ανέρχεται στις \$ 250.000, ή \$ 125.000 για τον καθένα ξεχωριστά. Επιπλέον, πρόσθετος φόρος 3,8% επιβάλλεται για τα υψηλότερα εισοδήματα.
- ✓ Επιβάλλει έναν φόρο 2,3% στην πώληση οποιασδήποτε φορολογήσιμης ιατρικής συσκευής.
- ✓ Απαιτεί την κοινοποίηση των οικονομικών σχέσεων μεταξύ των οντοτήτων υγείας, συμπεριλαμβανομένων των παθολόγων, των νοσοκομείων, των φαρμακοποιών, των προμηθευτών, των κατασκευαστών και των διανομέων φαρμάκων, των συσκευών, των βιολογικών και ιατρικών προμηθειών.
- ✓ Επεκτείνει το Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας των Παιδιών (Children' s Health Insurance Program-CHIP) καθώς εγκρίθηκε η χρηματοδότηση μέχρι το 2015.

Η διάταξη που παραμένει έως και σήμερα είναι η δημιουργία ενός σχεδίου προσανατολισμένου στον καταναλωτή για να ενθαρρύνει τη συμμετοχή του σε μη κερδοσκοπικές ασφαλιστικές εταιρείες (CO-OPS).

Αυτές, είναι ιδιωτικές, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ενώσεις και έχουν σχεδιαστεί για να προσφέρουν ποιότητα, προσιτές τιμές, φιλικές προς τον καταναλωτή της κάθε πολιτείας. (The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2010)

5.5 Ισχύουσες διατάξεις από το 2014

Το 2014 αναμένονταν να πραγματοποιηθούν 19 συνολικά διατάξεις. Από αυτές καμία δε θα υλοποιηθεί, αφού ούτε μία δεν παρέμεινε στο νόμο της μεταρρύθμισης της υγείας.

Εν συντομία αυτές ήταν:

- ✓ Η κάλυψη από το Medicaid όσων δεν καλύπτονται από το Medicare και είναι κάτω των 65 ετών (παιδιά, εγκυμονούσες, και άτεκνους ενήλικους) με εισοδήματα κάτω του ορίου της φτώχειας.
- ✓ Η απαίτηση από τους Αμερικανούς πολίτες και τους νόμιμους κάτοικους να κατέχουν ασφαλιστική κάλυψη της υγείας. Σε διαφορετική περίπτωση υπάρχει φορολογική ποινική ρήτρα, με ορισμένες απαλλαγές. Κάποιος θα μπορεί να απαλλαγεί από το πρόστιμο στις παρακάτω περιπτώσεις:
 - 1) Όταν η θρησκεία του δεν επιτρέπει προνόμια από ασφάλιση υγείας.
 - 2) Όταν είναι μη καταγεγραμμένος μετανάστης.
 - 3) Όταν είναι κρατούμενος.
 - 4) Όταν είναι μέλος ινδιάνικης φυλής.
 - 5) Όταν η φορολογική του δήλωση είναι κάτω των \$ 9.350 ατομικό εισόδημα και \$ 18.700 για οικογενειακό εισόδημα για το έτος χρήσης 2010.
 - 6) Τα έξοδα για ασφάλιση υγείας υπερβαίνουν το 8% του εισοδήματος του συνυπολογίζοντας τη συνεισφορά του εργοδότη ή τις φορολογικές εκπτώσεις.
- ✓ Ένα πρόγραμμα Ανταλλαγών (*Health Insurance Exchanges*) και το πρόγραμμα Μικρών Επιχειρήσεων (μέχρι 100 υπαλλήλους) Ανταλλαγών Υγείας (*American Health Benefit Exchanges and Small Business Health Options Program (SHOP Exchanges)*), που ελέγχονται από μια κυβερνητική υπηρεσία ή μια μη κερδοσκοπική οργάνωση, μέσω των οποίων τα άτομα και οι μικρές επιχειρήσεις μπορούν να αγοράσουν την κατάλληλη κάλυψη. Οι ανταλλαγές θα έχουν μια ενιαία μορφή για να ισχύσουν τα προγράμματα υγείας, συμπεριλαμβανομένης της κάλυψης μέσω των ανταλλαγών και των προγραμμάτων Medicaid και CHIP.
- ✓ Επιχορηγήσεις, φορολογικές ελαφρύνσεις και επιμερισμός του κόστους των επιδοτήσεων σε συγκεκριμένα άτομα.
- ✓ Εγγύηση και ανανέωση της υγειονομικής ασφάλισης, ανεξάρτητα από την κατάσταση της υγείας και θα επέτρεπε διάφορες βαθμολογίες με βάση μόνο την

ηλικία, γεωγραφική περιοχή, τη σύνθεση της οικογένειας, και τη χρήση καπνού στα μεμονωμένα άτομα και μικρές ομάδες των *ανταλλαγών*.

- ✓ Η απαγόρευση ετησίων χρηματικών ορίων κάλυψης.
- ✓ Η απαίτηση προσφοράς τουλάχιστον δύο σχεδίων σε κάθε πρόγραμμα *Ανταλλαγών*. Τουλάχιστον ένα σχέδιο πρέπει να παρέχει ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός και τουλάχιστον ένα σχέδιο δεν πρέπει να παρέχει κάλυψη για τις αμβλώσεις πέρα από εκείνες τις περιπτώσεις που επιτρέπονται από τον ομοσπονδιακό νόμο.
- ✓ Η δημιουργία ενός προσωρινού προγράμματος αντασφάλισης για τη συλλογή ασφαλιστρών από τους ασφαλιστές υγείας, από τα ατομικά και τα ομαδικά πακέτα ασφαλειών, για να διατεθούν στα σχέδια που θα καλύπτουν τα άτομα υψηλού κινδύνου.
- ✓ Η ευχέρεια σε κάθε πολιτεία να δημιουργήσει ένα βασικό πρόγραμμα υγείας για τα ανασφάλιστα άτομα με εισοδήματα μεταξύ 133%-200% του ορίου της φτώχειας που ειδικά θα ήταν επιλέξιμα για να λάβουν επιχορηγήσεις ασφαλιστρου στο πλαίσιο της ανταλλαγής.
- ✓ Η εισαγωγή ορίων απόδοσης στα σχέδια *Medicare Advantage*.. Το ποσοστό ιατρικών απωλειών δε θα έπρεπε να είναι χαμηλότερο από το 85% της απόδοσής τους.
- ✓ Η δυνατότητα στους εργοδότες να προσφέρουν ανταμοιβή στους εργαζόμενους 30%, ενδεχομένως και έως 50% το κόστος κάλυψης για τη συμμετοχή τους σε ένα πρόγραμμα ευεξίας, το οποίο θα ανταποκρινόταν σε συγκεκριμένα πρότυπα υγείας. Υπήρχε πρόβλεψη να καθοριστούν 10 πολιτειακά δοκιμαστικά προγράμματα για να εφαρμοστούν παρόμοιες ανταμοιβές για τα προγράμματα ευεξίας.
- ✓ Η επιβολή νέων τελών στον τομέα της ασφάλισης της υγείας.
- ✓ Η θέσπιση ανεξάρτητης συμβουλευτικής επιτροπής, που θα αποτελείται από 15 μέλη, για την υποβολή νομοθετικών προτάσεων και συστάσεων για τη μείωση του κατά κεφαλήν ποσοστού αύξησης των δαπανών του Medicare.
- ✓ Η μείωση των αποζημιώσεων κατά 75% του Medicare.
- ✓ Η μείωση των αποζημιώσεων του Medicaid.
- ✓ Η μείωση των αποζημιώσεων του Medicare κατά 1% στα νοσοκομεία που θα προκαλούνται ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. (The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2010)

5.6 Ισχύουσες διατάξεις από το 2015 έως 2018

Στην αρχή το νομοσχέδιο του Barack Obama όριζε τρεις διατάξεις να πραγματοποιηθούν τα τέσσερα τελευταία χρόνια οι οποίες όμως καταψηφίστηκαν και 5 παρέμειναν στα χαρτιά μαζί με τις υπόλοιπες.

Ενδεικτικά, αναφέρουμε ότι:

- Το 2015 προβλεπόταν αύξηση κατά 23 εκατοστιαίες μονάδες στο CHIP, το οποίο θεωρείται το ποσοστό που αγγίζει το ανώτατο όριο των επιχορηγήσεων.
- Το 2016 θα επέτρεπε στις πολιτείες να ομαδοποιήσουν τα σχέδια της υγειονομικής περίθαλψης και θα επέτρεπε στους ασφαλιστές να πουλήσουν την πολιτική τους σε κάθε πολιτεία που συμμετέχει σε αυτό.
- Το 2018 θα επέβαλλε φόρο επί των ασφαλειών που είναι υπό την αιγίδα του εργοδότη, για προγράμματα υγείας με έξοδα που υπερβαίνουν το ποσό των \$ 10.200 για κάθε ατομική κάλυψη ή \$ 27.500 για κάθε οικογενειακή κάλυψη. (The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2010)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΝΕΟ ΝΟΜΟ

6.1 Επιπτώσεις στα δημοσιονομικά

Πριν ξεκινήσουμε την αναφορά μας στις επιπτώσεις του νέου νόμου πάνω στα δημοσιονομικά, κρίνουμε σκόπιμο να αναφερθούμε στο Γραφείο Προϋπολογισμού του Κογκρέσου (Congressional Budget Office-CBO), το οποίο είναι μια κρατική υπηρεσία τετραετούς θητείας, που παρέχει τα οικονομικά δεδομένα προς το Κογκρέσο και δημιουργήθηκε ως ένας ανεξάρτητος οργανισμός το 1974.

Όσον αφορά στην εκτίμηση των δαπανών για το Κογκρέσο, το Γραφείο Προϋπολογισμού εξυπηρετεί σκοπούς υπολογισμού των εσόδων από τη φορολογία και την εκτίμηση των δαπανών που απαιτούνται για τη διαδικασία του προϋπολογισμού. Αυτό περιλαμβάνει προβλέψεις του εθνικού χρέους και εκτιμήσεις κόστους για την οποιαδήποτε νέα νομοθεσία.

Παρόλο που δεν προβλέπει γενικά το κόστος με εκτιμήσεις πέραν των 10 χρόνων, λόγω της μεγάλης αβεβαιότητας που εμπλέκονται στα δεδομένα, αποφάσισε να το πράξει στην περίπτωση αυτή μετά από αίτημα των νομοθετών. Σύμφωνα, λοιπόν, με τις εκτιμήσεις του CBO, προβλέπεται πως το κόστος των διατάξεων για τη στήριξη της επέκτασης της ασφαλιστικής κάλυψης της υγείας να πλησιάσει τα \$ 938 δισεκατομμύρια δολάρια μέχρι το οικονομικό έτος 2019.

Μέχρι το 2020, το ομοσπονδιακό έλλειμμα -το ποσό που η κυβέρνηση πρέπει να δανειστεί για να καλύψει τα έξοδά της- αναμένεται να φτάσει \$1,2 τρισεκατομμύρια, από τα οποία \$ 900 δισεκατομμύρια αντιπροσωπεύουν τόκους προηγούμενων χρεών. (CNN Politics, 2010)

Βέβαια, υπήρξαν διάφορες απόψεις σχετικά με τις εκτιμήσεις του CBO με χαρακτηριστική εκείνη του Uwe Reinhardt, οικονομολόγου Υγείας στο Princeton, ο οποίος υποστήριξε ότι οι άκαμπτοι, τεχνητοί κανόνες, βάσει των οποίων το CBO έπρεπε να παράγει προβλέψεις για την προτεινόμενη νομοθεσία, δεν του επιτρέπουν να έχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα και με αμεροληψία κι έτσι, ακόμη και αν το CBO είναι σωστό στο συμπέρασμά ότι η νέα μεταρρύθμιση θα βοηθήσει στη μείωση του

μελλοντικού ομοσπονδιακού ελλείμματος, η χρηματοδότηση αυτού του μεταρρυθμιστικού προγράμματος είναι φορολογικά ανεύθυνη όπως ήταν η χρηματοδότηση του Medicare Modernization Act του 2003.

Ενισχύοντας την άποψη αυτή, ο Douglas Holtz-Eakin, διευθυντής του CBO κατά τη διάρκεια της κυβέρνησης Μπους, αποφάνθηκε ότι η μεταρρυθμιστική προσπάθεια θα αυξήσει το έλλειμμα \$ 562 δισεκατομμύρια, ενώ και η ρεπουμπλικανική πλειοψηφία εκτιμά ότι το νέο πλέγμα των νόμων θα αυξήσει το έλλειμμα κατά περισσότερο από 700 δισεκατομμύρια δολάρια κατά τα έτη της πρώτης δεκαετίας. Συνεκτιμούν, δε, ότι η κατάργηση της νομοθεσίας θα αυξήσει το έλλειμμα κατά \$ 230 δισεκατομμύρια, θεωρώντας ότι οι εκτιμήσεις CBO είναι πιθανό να αποδειχτούν λάθος. (Douglas H.E., 2010)

Ακόμη, οι συντάκτες του “New Republic”, Noam Scheiber, οικονομολόγος και ο Jonathan Cohn, ένας έγκριτος αναλυτής υγειονομικής πολιτικής, υποστηρίζουν ότι είναι πιο πιθανό, αν όχι σίγουρο, οι προβλέψεις να έχουν υποτιμήσει τη μείωση του ελλείμματος από το να την έχουν υπερεκτιμήσει. Σημείωσαν ότι είναι πιο εύκολο, για παράδειγμα, να υπάρξει εξοικονόμηση πόρων από την προληπτική υγειονομική περίθαλψη, και ότι το CBO έχει ένα ιστορικό στο να υποτιμά το κόστος της νομοθεσίας για την υγεία. Την ίδια ώρα, οι καινοτομίες στην παροχή της ιατρικής περίθαλψης, όπως και η μεγαλύτερη χρήση των ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων και τα οικονομικά κίνητρα για περισσότερο συντονισμό της φροντίδας μεταξύ των γιατρών, θα παράγουν σημαντικές οικονομίες. Αλλά το CBO δεν εξετάζει τις εν λόγω οικονομίες στους υπολογισμούς του, γιατί δεν έχουν δοκιμαστεί σε τέτοια μεγάλη κλίμακα ή σε συνεννόηση των φορέων και αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα για να αποδειχθεί η εξοικονόμηση δαπάνης που μπορεί να προκύψει. (Congressional Budget Office, 2009)

6.2 Επιπτώσεις στις δαπάνες υγείας και την ασφάλιση

Το HHS ανέφερε ότι οι συνολικές εθνικές δαπάνες για την υγεία θα αυξηθούν κατά περισσότερο από \$ 200 δισεκατομμύρια ως το 2019. Η αύξηση του κόστους της υγείας θα δημιουργήσει τρομακτικές πιέσεις για τον ομοσπονδιακό προϋπολογισμό κατά την επόμενη δεκαετία και πέραν αυτής. Έτσι, η νομοθεσία για την υγεία που θεσπίστηκε δεν μειώνει ουσιαστικά αυτή την πίεση και επομένως, σχεδόν σίγουρα, θα απαιτηθεί σημαντική μείωση του ρυθμού αύξησης των ομοσπονδιακών δαπανών για την υγεία.

Το υπουργείο εκτιμά ότι οι Ομοσπονδιακές δαπάνες θα αυξηθούν κατά \$ 366 δισεκατομμύρια δολάρια κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου από το συνολικό κόστος των \$ 938 δισεκατομμυρίων. Είναι ένας συνδυασμός αύξησης των δαπανών και εσόδων για την κάλυψη των διατάξεων.

Υπολογίζεται εξοικονόμηση:

- \$ 493 δισεκατομμύρια από τις διατάξεις του Medicare,
- \$ 36 δισεκατομμύρια από το Medicaid και τις διατάξεις του CHIP,
- \$ 2 δισεκατομμύρια από προτάσεις που αποσκοπούν να συμβάλουν στη μείωση του ρυθμού αύξησης των δαπανών υγείας,
- \$ 38 δισεκατομμύρια από την πρόταση CLASS

Την ίδια στιγμή στα \$ 5 δισεκατομμύρια υπολογίζεται το κόστος για την άμεση ασφαλιστική μεταρρύθμιση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Εκτίμηση Ομοσπονδιακών εσόδων και εξόδων σύμφωνα με την Patient Protection and Affordable Care Act of 2009 (σε δισεκατομμύρια)

<i>Fiscal Year</i>											
Provisions	2010	2011	2012	2013	2014	2105	2016	2017	2018	2019	2010-19
Total	\$16.1	-\$1.6	-\$18.6	-\$35.2	\$22.4	\$78.1	\$83.0	\$76.2	\$74.5	\$71.0	\$365.8
Coverage	—	—	—	—	93.8	141.1	158.3	165.8	178.6	192.3	929.9
Medicare	11.5	1.3	-13.4	-24.3	-60.5	-52.0	-66.0	-80.9	-95.8	-113.3	-493.4
Medicaid/CHIP	-0.4	-0.1	-0.7	-5.3	-4.9	-4.9	-4.8	-4.9	-4.8	-4.8	-35.6
Cost trend	—	—	—	—	-0.0	-0.1	-0.2	-0.4	-0.6	-0.9	-2.3
CLASS program	—	-2.8	-4.5	-5.6	-5.9	-6.0	-4.3	-3.4	-2.8	-2.4	-37.8
Immediate reforms	5.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5.0

Πηγή: Department of health & human services, *Centers for Medicare & Medicaid Services*, Baltimore, Maryland, 2009

Για την επίδραση επί των ασφάλιστρων υγείας, προβλέπεται ότι μέχρι το 2016 για το 17% της αγοράς, τα ασφάλιστρα ανά άτομο θα αυξηθούν κατά 10 έως 13%, αλλά

επειδή πάνω από το ήμισυ αυτών των ασφαλισμένων θα λαμβάνει επιδοτήσεις, θα μειώνεται η επιβάρυνση στα ασφάλιστρα που καταβάλλονται. Έτσι, θα υπάρξει μια διαφοροποίηση έως και -11% για εκείνους που λαμβάνουν τις επιδοτήσεις.

Στη συνέχεια, άξια λόγου είναι η έκθεση της εταιρείας συμβούλων “Hewitt Associates” η οποία διαπιστώνει ότι η νομοθεσία θα μπορούσε δυνητικά να μειώσει το ποσοστό των μελλοντικών αυξήσεων του κόστους υγείας έως και 20%, σταδιακά ως το 2019 και προειδοποιεί ότι η εξοικονόμηση από τα πιλοτικά προγράμματα της κυβέρνησης αφενός θα επιτύχει και αφετέρου θα αντιγραφεί από την ιδιωτική αγορά, γεγονός, φυσικά, αβέβαιο.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Κογκρέσου, ο αριθμός των ανασφάλιστων κατοίκων από τα σημερινά επίπεδα που είναι 55 εκατομμύρια θα μειωθεί κατά 32 εκατομμύρια περίπου άτομα.

Όμως αυτό, υποδηλώνει 25 εκατομμύρια -περίπου- κατοίκους οι οποίοι θα εξακολουθούν να πάσχουν από την έλλειψη ασφάλισης το 2019. Εκτιμάται, δε, ότι περίπου 18 εκατομμύρια θα αποκτήσουν πρωτογενή κάλυψη από το Medicaid ως αποτέλεσμα της επέκτασης της επιλεξιμότητας για όλους τους ενήλικους.

Περίπου 2 εκατομμύρια άνθρωποι που τους παρέχεται ασφάλιση υγείας από τον εργοδότη, θα εγγραφούν στο Medicaid για συμπληρωματική κάλυψη.

20 εκατομμύρια άτομα, οι περισσότεροι από τους οποίους είναι σήμερα ανασφάλιστοι, θα λάβουν ατομική ασφαλιστική κάλυψη μέσω των «ανταλλαγών», με την πλειονότητα αυτών να έχουν ομοσπονδιακή πρωτοδότηση, ενώ εκτιμάται ότι 20 % θα επιλέξουν να συμμετέχουν στο δημόσιο ασφαλιστικό σχέδιο.

Τέλος, εκτιμούμε ότι ο αριθμός των ατόμων που ασφαλίζονται από τον εργοδότη τους θα μειωθεί συνολικά κατά 5 εκατομμύρια περίπου και αυτό θα αποτυπωθεί τόσο στα κέρδη όσο και στις ζημίες στο πλαίσιο της PPACA. Μεταξύ των ανθρώπων της ομάδας αυτής θα είναι:

- Οι παράνομοι μετανάστες.
- Εκείνοι που δεν εγγράφονται στο Medicaid.
- Εκείνοι που δεν καλύπτονται και επιλέγουν να καταβάλουν το ετήσιο πρόστιμο οι οποίοι είναι ως επί το πλείστον νέοι Αμερικάνοι (κρίθηκε αντισυνταγματική η ρύθμιση αυτή).
- Εκείνοι των οποίων ασφαλιστική κάλυψη θα κόστιζε περισσότερο από το 8% του εισοδήματος και απαλλάσσονται από την υποχρεωτική κάλυψη.

Σε γενικές γραμμές, πάντως, οι πρώτες απόψεις όσον αφορά την ασφαλιστική κάλυψη, στο πλαίσιο του νόμου, είναι ότι ως αποτέλεσμα της έκπτωσης φόρου για τις μικρές επιχειρήσεις, πολλές προσφέρουν υπηρεσίες ασφάλισης υγείας στους υπαλλήλους τους για πρώτη φορά.

6.3 Κοινή γνώμη

Η κοινή γνώμη σχετικά με τη μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει ανάμεικτα συναισθήματα.

Πολλοί Αμερικανοί εκφράζουν την επιθυμία για μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας επειδή θεωρούν την υγειονομική περίθαλψη ως υπερβολικά δαπανηρή. Σημειώνουν, επίσης, τη διαφωνία και ανησυχία τους ότι το σύστημα, ως σύνολο, δεν καλύπτει όλους τους πολίτες. Δημοσκοπήσεις δείχνουν την στήριξη των πολιτών στην κυβέρνηση, που έχει συγκεκριμένο σχέδιο ασφάλισης για να αντιμετωπίσει τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Πολλοί ζητούν τη δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας (National Health Care Act).

Η πλειοψηφία των Δημοκρατικών στο Κογκρέσο επικεντρώθηκε το 2009 στις προτάσεις για τη μεταρρύθμιση της υγείας και πέρασε το νομοσχέδιο το 2010, παρά την σφοδρή αντιπολίτευση των ρεπουμπλικάνων και τελικά, υπογράφηκε, από τον πρόεδρο Barack Obama, στις 23 Μαρτίου 2010.

Η ατμόσφαιρα είναι τεταμένη από τους φανατικούς συντηρητικούς, οι οποίοι θεωρούν ότι ο πρόεδρος Barack Obama τους είπε ψέματα για τα προσωπικά του στοιχεία, ότι γεννήθηκε στο εξωτερικό κι επομένως δεν είχε το δικαίωμα να εκλεγεί. Η ιδέα ότι έχουν για ηγέτη έναν άνθρωπο που έζησε δύο χρόνια στην Ινδονησία και φοίτησε σε μουσουλμανικό σχολείο, έναν πρώην ακτιβιστή της αριστεράς, κοσμοπολίτη και διανοούμενο, τους φαίνεται αποκρουστική.

Πιστεύουν ακράδαντα ότι η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας θα αποτελέσει το πρελούδιο για τη δημιουργία «δικαστηρίων θανάτου», τα οποία θα αποφαίνονται ποιοι ασθενείς έχουν δικαίωμα στη θεραπεία.

Τα οικονομικά συμφέροντα στο χώρο της υγείας και ο σκληρός πυρήνας του κόμματος των Ρεπουμπλικάνων διατηρούν δέσμιους τους εκλεγμένους εκπροσώπους τους, με τους οποίους ο Barack Obama υπολόγιζε να διαπραγματευθεί την πολιτική ανάκαμψης, τη μεταρρύθμιση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, τη ρύθμιση της οικονομίας. (Halimi S., 2010)

Δημοσκόπηση της Ιστοσελίδας Gallup, που πραγματοποιήθηκε στις 22 Μαρτίου 2010, είχε τα παρακάτω αποτελέσματα, τα οποία βασίστηκαν σε τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε 1.005 Αμερικανούς πολίτες, ηλικίας 18 ετών και άνω. Η δημοσκόπηση έχει +/- 4% περιθώριο λάθους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Συνολική αντίδραση για το Νομοσχέδιο της Υγείας

	National adults	Democrats	Independents	Republicans
	%	%	%	%
Good thing	49	79	46	14
Bad thing	40	9	45	76
No opinion	11	12	10	10

Πηγή: Ιστοσελίδα USA Gallup, 2010

Το 49% των Αμερικανών θεωρεί καλό το νομοσχέδιο, ενώ το 40% έχει αρνητική άποψη και το 11% δεν είχε άποψη. Ρεπουμπλικάνοι και Δημοκρατικοί έχουν αντίθετη γνώμη, με τους ανεξάρτητους να είναι ομοιόμορφα κατανεμημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Συναισθηματική αντίδραση για το Νομοσχέδιο της Υγείας

	National adults	Democrats	Independents	Republicans
	%	%	%	%
Enthusiastic	15	29	10	4
Pleased	35	53	35	12
Disappointed	23	9	27	38
Angry	19	2	20	41
No opinion	8	6	9	6

Πηγή: Ιστοσελίδα USA Gallup, 2010

Για την αντίδραση του νομοσχεδίου, το 15% των Αμερικανών δήλωσαν ότι ήταν ενθουσιώδεις, το 35% ήταν ευχαριστημένοι, 23% απογοητευμένοι, 19% θυμωμένοι και το 8% δεν είχε άποψη. Γενικότερα το 50% είχαν ευνοϊκές απόψεις, έναντι 42% που είχε δυσμενείς απόψεις. (USA Gallup, 2010)

6.4 Οι πολιτικές θέσεις

Το Δημοκρατικό Κόμμα υποστηρίζει την τροποποιημένη νομοθεσία που ψηφίστηκε το 2010. Η πολιτική της είναι η ασφάλιση της υγείας να είναι διαθέσιμη σε όλους με τον ίδιο τρόπο και την ίδια τιμή, ανεξαρτήτως της κατάστασης της υγείας, να επεκτείνουν τις επιδοτήσεις στα μεσαία εισοδήματα και να επεκταθεί η προσφορά του Medicaid σε άτομα με υψηλότερα εισοδήματα από ό, τι είχε συμβεί στο παρελθόν.

Σημαντική βοήθεια θα αποτελέσει η μηχανοργάνωση του ιατρικού φακέλου, με σκοπό την ακριβή ανταλλαγή δεδομένων μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και τη μείωση των λαθών. Η υψηλή φορολογία επιδιώκει να εξασφαλίσει μεγαλύτερη δικαιοσύνη στην κατανομή της χρηματοδότησης μεταξύ του παραδοσιακού Medicare και του νέου Medicare.

Το Δημοκρατικό Κόμμα δηλώνει ότι με τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας θα αναπτυχθούν περισσότερο τα κέντρα υγείας, καθώς επίσης θα γίνει αναδιάρθρωση του συστήματος ανταμοιβής, σύμφωνα με το οποίο το ύψος πληρωμής των γιατρών θα στηρίζεται στην πιο αποτελεσματική και προληπτική φροντίδα.

Ο Πρόεδρος Barack Obama έδωσε το λόγο του για τη λήψη μέτρων σχετικά με το θέμα της υγειονομικής περίθαλψης. Δηλώνει ότι η προσέγγιση που υιοθετείται, θα προστατεύσει κάθε Αμερικανό από τις κακές πρακτικές του κλάδου των ασφαλίσεων και ότι οι ανασφάλιστοι Αμερικανοί θα έχουν την ευκαιρία να επιλέξουν ένα προσιτό σχέδιο υγειονομικής περίθαλψης σε μια ανταγωνιστική αγορά. Ισχυρίστηκε ότι, αν δεν έκανε τίποτα, εκατομμύρια Αμερικανοί θα έχαναν το δικαίωμα για φροντίδα υγείας.

Η κριτική που εκπορεύεται από το Ρεπουμπλικανικό Κόμμα καθώς και από συντηρητικούς Δημοκρατικούς, αφορά κυρίως τη «σοσιαλιστικοποίηση» του συστήματος υγείας, καθώς και το υψηλό κόστος της μεταρρύθμισης, ειδικά σε μια περίοδο που η αύξηση του δημοσιονομικού ελλείμματος είναι εκρηκτική. Επίσης, εκφράζει αντιρρήσεις για τα νέα δεδομένα ασφάλισης υγείας, τα οποία θα καθορίζουν τη συχνότητα των αυξήσεων ή μειώσεων των ασφάλιστρων, καθώς στη δυνατότητα της κυβέρνησης να επιδοτήσει την άμβλωση. Στη νομοθεσία που τελικά πέρασε, διατηρείται η αρχή της μη ομοσπονδιακής χρηματοδότησης για τις αμβλώσεις (εκτός από περιπτώσεις βιασμού, αιμομιξίας, ή να διατηρηθεί η ζωή της μητέρας). (Pear R., Herszenhorn D.V., 2010)

Μερικοί Δημοκρατικοί έχουν αμφισβητήσει τη συνταγματικότητα της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας και της επιβολής προστίμου. Τόσο η κυβέρνηση όσο και αντιπρόσωποι του ασφαλιστικού κλάδου έχουν υποστηρίξει ότι αυτή είναι μια αναγκαία προϋπόθεση για την επίτευξη καθολικότητας και για να αποτρέψει τους ανθρώπους που

αγοράζουν ασφάλεια μόνο σε ώρα ανάγκης. Η κυβέρνηση υποστηρίζει ότι η συνταγματικότητα της καλύπτεται από την ρήτρα Εμπορίου, ενώ επικριτές υποστηρίζουν ότι αυτό είναι λάθος. Από το 2010, το θέμα εξακολουθεί να εκκρεμεί ενώπιον των δικαστηρίων και μέχρι στιγμής τρεις από τις πέντε ομοσπονδιακές δικαστικές αποφάσεις έχουν αποφανθεί υπέρ της συνταγματικότητας και δύο κατά.

Οι Ρεπουμπλικάνοι αντιτάχθηκαν στο νέο σχέδιο υγείας, υποστηρίζοντας ότι τα κρατικά έσοδα θα συμπιεστούν. Από την επιτυχία ή αποτυχία της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας στο χώρο της υγείας, θα εξαρτηθεί ο χρόνος, το εύρος και η ποιότητα των εκσυγχρονιστικών προσπαθειών σε όλο το φάσμα της εσωτερικής πολιτικής των ΗΠΑ. Στα επιχειρήματα όμως αυτά, αντιτάσσεται ότι το υψηλό κόστος θα εξισορροπηθεί από την επιβολή νέων φόρων, την εφαρμογή πολιτικής μέσω της οποίας θα μειώνεται δραστικά το κόστος των δαπανών υγείας και την εφαρμογή της ρύθμισης που επιβάλλει τη συμμετοχή των εργοδοτικών εισφορών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι ΗΠΑ έχουν άμεση ανάγκη τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας τους. Ο πρόεδρος τους, Barack Obama, είχε αποφασίσει το 2009 να είναι χρονιά μεταρρυθμίσεων και κατάφερε να περάσει με νόμο τη PPACA, της οποίας οι διατάξεις της θα ολοκληρωθούν το 2014.

Συνοψίζοντας, με τη PPACA κάποιες υπηρεσίες θα παρέχονται δωρεάν σε όλα τα νέα ιδιωτικά συμβόλαια και το Medicare θα προσφέρει προληπτική ιατρική, όπως ενημέρωση των πολιτών και εμβολιασμούς.

Ηλικιωμένοι και άτομα με ειδικές ανάγκες στο Medicare, θα λάβουν μεγαλύτερη βοήθεια σχετικά με το κόστος των φαρμάκων, οι νέοι θα μπορούν να εξοικονομήσουν χρήματα και να παραμένουν στην ασφάλεια των γονιών τους μέχρι την ηλικία των 26.

Κίνητρα θα δοθούν στους εργοδότες, προσφέροντας τους φορολογικές ελαφρύνσεις, για να πληρώνουν για την ασφάλιση υγείας των εργαζομένων τους.

Τα χρονικά όρια ζωής των παροχών υγείας που προϋπήρχαν θα καταργηθούν, είτε ασφαλιστεί κάποιος μόνος του είτε από τον εργοδότη του και θα θεωρείτο παράνομο οι ασφαλιστικές εταιρείες να στερούν ασφάλεια υγείας από τα παιδιά με μια προϋπάρχουσα ασθένεια, όπως το άσθμα ή ο διαβήτης.

Ο νέος νόμος καθιστά την υγειονομική περίθαλψη πιο προσιτή μέσω του Medicaid που θα επεκταθεί για να καλύψει όλα τα χαμηλού εισοδήματος άτομα και οικογένειες της κάθε πολιτείας, μέσω της πίστωσης φόρου για τους πρόσφατα άνεργους και το πρόγραμμα των «ανταλλαγών».

Ο αριθμός των ανασφάλιστων θα μειωθεί από τα 55 εκατομμύρια κατά 32 εκατομμύρια περίπου. Όμως αυτό, υποδηλώνει 23 εκατομμύρια περίπου κατοίκους των ΗΠΑ, οι οποίοι θα εξακολουθούν να πάσχουν από την έλλειψη ασφάλισης το 2019, όπως για παράδειγμα οι παράνομοι μετανάστες.

Με τα νέα μέτρα περιορισμού του κόστους και την επιβολή νέων φόρων, το CBO, υποστηρίζει ότι το όλο πακέτο θα μειώσει πραγματικά το ομοσπονδιακό έλλειμμα για τα επόμενα δέκα χρόνια. Φυσικά, το συνολικό ομοσπονδιακό έλλειμμα αναμένεται να συναντήσει τα τρισεκατομμύρια, οπότε ο νόμος της μεταρρυθμίσεως της υγείας δεν πρόκειται να λύσει αυτό το πρόβλημα.

Κάποιοι Αμερικανοί πολίτες υποστηρίζουν τη μεταρρύθμιση και αν μη τι άλλο θέλουν να αυξηθεί η εποπτεία της κυβέρνησης στις ασφαλιστικές εταιρείες και τη βιομηχανία υγειονομικής περίθαλψης.

Άλλοι πάλι είναι αντίθετοι και έχει ιδιαίτερη σημασία για την κυβέρνηση αυτή η αντίθεση. Είκοσι έξι πολιτείες έχουν εναντιωθεί τόσο που έχουν προσφύγει στη δικαιοσύνη υποστηρίζοντας ότι κάποιες διατάξεις πρέπει να κριθούν αντισυνταγματικές, όπως η διάταξη που αναφέρεται στην υποχρεωτική ασφάλιση, με καταβολή προστίμου, η οποία ένα μήνα πριν κρίθηκε τελικά αντισυνταγματική. Αυτή η δικαστική απόφαση είναι μία, μόνον, από τις πολλές που θα εκδοθούν για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, τις ερχόμενες εβδομάδες, τους ερχόμενους μήνες. Στο Λευκό Οίκο πιστεύουν ότι η εν λόγω δικαστική απόφαση εν καιρώ θα καταρριφθεί και το νομοσχέδιό θα κριθεί συνταγματικό.

Μετά από αυτή τη σημαντική προσπάθεια αλλαγής του συστήματος υγείας των ΗΠΑ το ερώτημα παραμένει ακόμα, με όσες περικοπές και αν έγιναν, αν μπορεί η Αμερική να έχει μια δίκαιη και ισότιμη υγεία για όλους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

	Value (year)
United States of America	
Life expectancy at birth (years) males	75.0 (2005)
Life expectancy at birth (years) females	80.0 (2005)
Healthy life expectancy (HALE) at birth (years) males	67.0 (2002)
Healthy life expectancy (HALE) at birth (years) females	71.0 (2002)
Probability of dying (per 1 000 population) between 15 and 60 years (adult mortality rate) males	137 (2005)
Probability of dying (per 1 000 population) between 15 and 60 years (adult mortality rate) females	81 (2005)
Probability of dying (per 1 000 live births) under five years of age (under-5 mortality rate)	8 (2005)
Infant mortality rate (per 1 000 live births)	7.0 (2005)
Neonatal mortality rate (per 1 000 live births)	4 (2004)
Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	14 (2000)
Deaths due to HIV/AIDS (per 100 000 population per year)	5 (2005)
Deaths due to tuberculosis among HIV-negative people (per 100 000 population)	0.4 (2005)
Deaths due to tuberculosis among HIV-positive people (per 100 000 population)	0 (2005)
Age-standardized mortality rate for non-communicable diseases (per 100 000 population)	460.0 (2002)
Age-standardized mortality rate for cardiovascular diseases (per 100 000 population)	188.0 (2002)
Age-standardized mortality rate for cancer (per 100 000 population)	134.0 (2002)
Age-standardized mortality rate for injuries (per 100 000 population)	47.0 (2002)
Years of life lost to communicable diseases (%)	9.0 (2002)
Years of life lost to non-communicable diseases (%)	75.0 (2002)
Years of life lost to injuries (%)	17.0 (2002)

Deaths among children under five years of age due to neonatal causes (%)	56.9 (2000)
Physicians (number)	730,801 (2000)
Physicians (density per 1 000 population)	2.56 (2000)
Nurses (number)	2,669,603 (2000)
Nurses (density per 1 000 population)	9.37 (2000)
Dentists (number)	463,663 (2000)
Dentists (density per 1 000 population)	1.63 (2000)
Pharmacists (number)	249,642 (2000)
Pharmacists (density per 1 000 population)	0.88 (2000)
Laboratory health workers (number)	651,035 (2000)
Laboratory health workers (density per 1 000 population)	2.28 (2000)
Other health workers (number)	4,138,567 (2000)
Other health workers (density per 1 000 population)	14.52 (2000)
Health management and support workers (number)	7,056,080 (2000)
Health management and support workers (density per 1 000 population)	24.76 (2000)
Total expenditure on health as percentage of gross domestic product	15.4 (2004)
General government expenditure on health as percentage of total expenditure on health	44.7 (2004)

ΠΗΓΗ: World Health Organization 2006.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

EU					
Indicators	2002	2003	2004	2005	2006
1010 Life expectancy at birth, in years	77.88	77.93	78.45	78.53	-
	69%	67%	69%	77%	...
1100 Estimated infant mortality per 1000 live births (World Health Report)	5.65	5.43	5.21	-	...
	90%	90%	48%	...	...
1110 Infant deaths per 1000 live births	5.49	5.34	5.22	5.06	-
	48%	48%	51%	56%	...
1210 Maternal deaths per 100000 live births	6.49	6.43	6.68	6.01	-
	49%	51%	46%	52%	...
5010 Hospitals per 100000	3.18	3.09	3.05	3.02	3
	51%	52%	51%	51%	61%
5050 Hospital beds per 100000	612.56	597.43	585.49	580.19	576.36
	61%	57%	57%	57%	59%
5070 Psychiatric hospital beds per 100000	...	...	...	...	...
5250 Physicians per 100000	316.44	317.9	320.01	314.97	315.04
	52%	46%	48%	49%	59%
5320 Nurses (PP) per 100000	699.94	706.23	725.58	735.98	741.56
	61%	61%	62%	67%	75%
5350 Midwives (PP) per 100000	35.79	36.03	36.05	36.01	-
	61%	62%	61%	64%	...
6100 Average length of stay, all hospitals	9.51	9.39	9.25	9.17	-
	51%	51%	51%	56%	...
6710 Total health expenditure as % of gross domestic product (GDP), WHO estimates	8.54	8.73	8.7	-	...
	69%	69%	72%	...	...
6720 Total health expenditure, PPP\$ per capita, WHO estimates	2077.81	2175.32	2334.34	-	...
	67%	67%	67%	...	...
7070 Proportion (%) of births attended by skilled health personnel	...	...	...	...	...

ΠΗΓΗ: World Health Organization 2006.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Βιβλιογραφία

- AHIP America's Health Insurance Plans, *Technical memo: estimates of the potential reduction in health care costs from AHIP's affordability proposals*, Washington, 2008.
- Congressional Budget Office, *Estimations on the direct spending and revenue effects of the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)*, Washington, DC, 2009
- Department of Health & Human services, *Centers for Medicare & Medicaid Services*, Baltimore, Maryland, 2009
- Employee Benefit Research Institute, *Estimates from the Current Population Survey, March 1988-2006*, , Washington DC, 2006
- Groman R., *The Cost of Lack of Health Insurance American College of Physicians, A White Paper*, Philadelphia, 2004
- Holahan J., Cook A., Dubay L., *Characteristics of the Uninsured: Who is Eligible for Public Coverage and Who Needs Help Affording Coverage?*, The Kaiser Family Foundation, Chicago, Illinois, 2007
- National Institute for Health Care Management Foundation (NIHCM Foundation), *Understanding The Uninsured: Tailoring Policy solutions for different subpopulations*, Issue Brief, Washington DC, 2008
- The Kaiser Family Foundation & Health Research and Educational Trust, *Employer Health Benefits*, Chicago, Illinois, 2007
- The Kaiser Family Foundation, *Low-Income Adults Under Age 65 — Many are Poor, Sick, and Uninsured*, Washington DC, 2009
- Tiffany Fr., *The life of Dorothea Lynde Dix.*, Boston, Houghton Mifflin, 1890.
- U.S. Census Bureau, *Annual Social & Economic Data*, Washington DC, 2008
- U.S. Census Bureau, *Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States*, Washington DC , 2010
- U.S. Department of Labor, *AN EMPLOYEE'S GUIDE TO HEALTH BENEFITS UNDER COBRA The Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*, Washington, 2010.

- World Health Organization, *The World Health Report 2000 Health Systems: Improving performance*, Geneva, 2000.
- Παπαηλιάς Θ., *Συστήματα Υγείας, Επιλεγμένες Παρουσιάσεις για τους Σπουδαστές του ΜΠΣ «Διοίκηση της Υγείας»*, Πειραιάς, 2009.
- Σιγάλας Ι., *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας-Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου*, Πάτρα, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, 1999.

Άρθρα

- Burling Stacey, "Rivals' prescriptions for an ailing system both John McCain and Barack Obama would change the rules on health insurance. But other issues, analysts note, have taken center stage", Daily News, September 28, 2008, pp. A12
- Douglas H.E., "The Real Arithmetic of Health Care Reform", The New York Times, New York, 2010
- Graham J., "The Uninsured Versus The Insured: Who Subsidizes Whom?", Health Policy Prescriptions, Vol.5 No.2, Revised February California, 2007
- Hacker Jacob S. "The case for public plan choice in national health reform: key to cost control and quality coverage", Institute for America's Future, Washington, December 17, 2008.
- Halimi S., "*Stratègème de la droite américaine, mobiliser le peuple contre les intellectuels*" σε μετάφραση Βασιλοπούλου Κ., Le Monde Diplomatique, Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία, 7/2/2010
- Himmelstein David U., Woolhandle Steffie. "I am not a health reform". The New York Times, December 15, 2007
- Kahn III Charles N. and Pollack Ronald F.. "Building a consensus for expanding health coverage" "HIAA and Families USA seek more government", Health Affairs, Chicago, 2011.
- Pauly M.V., Lieberthal R.D., "How Risky Is Individual Health Insurance?" Health Affairs, Chicago, 2008
- Pear R., Herszenhorn D.V., "Obama Hails Vote on Health Care as Answering 'the Call of History'" New York Times, , New York, 2010

- Sisk, Richard (August 26, 2009). “Health care reform was Sen. Ted Kennedy's unfinished life's work”. Daily News, New York, August 27, 2009
- Uwe E. Reinhardt, Ph. D. James Madison Professor of Political Economy Princeton University “THE UNITED STATES HEALTH-CARE SYSTEM: Recent History and Prospects” INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH CARE POLICY, Washington, 2001
- Wilper A., Woolhandler S., Lasser K.E., McCormick D., Bor D.H., Himmelstein D.U., “Health Insurance and Mortality in US Adults”, American Journal of Public Health, , Vol 99, No.12, Massachusetts, 2009
- Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α., Φιλαλήθης Τ., «Τα συστήματα υγείας και η πρόκληση της Ευρώπης μετά το 1992». Πρακτικά διεθνούς συμποσίου, Τα Νέα, Αθήνα., 2006

Ηλεκτρονική βιβλιογραφία

ΞΕΝΗ

- Alliance Of Health Care Sharing Ministries, What is a health care sharing ministry?, 2011
- American Academy of Emergency Medicine “EMTALA”
- Center For American Progress, More Americans Losing Health Insurance- Every Day Analysis of Health Coverage Losses During the Recession, 2009
- CNN Politics, Where does health care reform stand?, 2010
- Department of Health & Human Services-Centers for Medicare & Medicaid Services-CHIP “Children’s Health Insurance Program”
- Families USA , New Report Finds 86.7 Million Americans Were Uninsured at Some Point in 2007-2008 , 2009
- Federal Reserve Bank of San Francisco, Employer Health Benefits and Insurance Expansions: Hawaii's Experience, 2009
- Institute of Medicine of the National Academies of Science, Institute of Medicine of the National Academies of Science, 2004.
- Life & Health Library Η ιστορία της υγειονομικής περίθαλψης ως ζήτημα εκστρατεία Igel Lee 2008

- [National Healthcare Reform Magazine](#), Health Reform and Medicaid Expansion, 2010
- [OECD Economic Survey of the United States 2008: Health Care Reform](#)
- [Personal Insurance](#) Understanding Your Health Insurance and Medical Insurance Plans-What is the Difference Between HMO, PPO, and POS
- [Social Security Online](#), “Social Security Programs in the United States”, 1997
- [Social Security Online-Medicaid](#) “[Health Insurance and Health Services-Medicare](#)”
- [Social Security Online-Veterans Association](#) “Programs for Specific Groups”
- [Social Security Online-GERS](#) “Government Employee Retirement Systems”
- [The American Presidency Project](#) Statement on Signing the Health Maintenance Organization Act of 1973
- [The Christian Science Monitor](#), Health care reform bill 101: Who will pay for reform?, 2010
- [The Commonwealth Fund](#) Surveys
- [The Henry J. Kaiser Family Foundation](#), Health Reform Source, Implementation Timeline, 2010
- [The Laws Of Nature And Nature](#) Veto Message - Franklin Pierce
- [The SCHIP Information Center](#) The SCHIP Information Center is a collection of resources on the future of the State Children's Health Insurance Program, or SCHIP
- [The Washington Post](#), Obama Opens Health Care Summit, 2009
- [United States Senate](#), An act entitled The Patient Protection and Affordable Care Act, 2009
- [US Liberal Politics](#) Profile of President Barack Obama
- [USA Gallup](#), Americans Tilt Toward Favoring Repeal of Healthcare Law, 2011
- [USA Today](#), Uninsured billed unfairly, 2004
- [Harvard Medical School](#) Costs
- [Healthcare.gov](#), The Health Care Law & You, 2011
- [The United States Department of Justice](#), Defending The Affordable Care Act, 2010

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Εφημερίδα Ημερησία, Η μεγάλη αλλαγή στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ, 2009
- Ηλεκτρονική έκδοση περιοδικού «ΕΘΝΙΚΟΣ ΚΗΡΥΞ» «Η ιστορική μεταρρύθμιση στην Υγεία», 2010, σελ.5

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΪ