

Opieka zdrowotna dla wszystkich

Już ponad dwadzieścia lat system opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych jest systematycznie niszczone - zamykane są szpitale, ograniczane wydatki na szkolenie nowych kadr, podnoszone koszty ubezpieczeń na zdrowie. Prawie każdy nowo wybrany członek Kongresu deklaruje, że zamierza pracować nad polepszeniem stanu rzeczy, powstaje jednak pytanie, czy wprowadzane nowe ustawy będą jedynie łątać dziury, czy też umożliwią rzeczywistą odbudowę systemu, który gwarantowałby dostęp do wysokiej klasy opieki zdrowotnej wszystkim osobom zamieszkującym Stany Zjednoczone.

Historia destrukcji

W artykule pt. „Polityka Kongresu 110 kadencji względem służby zdrowia: czas zamknąć HMO i odbudować szpitale” („EIR”, 1/5/07) autorka Mary Jane Freeman opisuje proces destrukcji służby zdrowia. Pod koniec lat 60-tych zmiana w nastawieniu do gospodarki, tzn. przejście od produkcji przemysłowej do „gospodarki usługowej” doprowadziła do powolnego upadku infrastruktury. W przypadku służby zdrowia, przełom nastąpił w 1973 r. wraz z podpisaniem przez prezydenta Nixona ustawy o organizacjach obsługi służby zdrowia (Health Maintenance Organizations, HMO), która zmieniła radykalnie podejście do systemu leczenia. Jego głównym celem stało się „ograniczenie kosztów opieki zdrowotnej” i zwiększenie dochodów dla ubezpieczalni i producentów lekarstw. Rzekome pustostany w szpitalach i kosztowna siła robocza, czyli zarobki pielęgniarek, lekarzy i innego personelu, uznane były za główną przyczynę rosnących kosztów opieki zdrowotnej. W celu ograniczenia tych kosztów banki z Wall Street zarządały zamykania szpitali bądź ograniczania ilości łóżek, wprowadzenia ograniczeń wydatków na szkolenia nowych lekarzy i pielęgniarek, usunięcia lub ograniczenia szpitali ukierunkowanych na kształcenie nowych kadr i obciążenia wydatków na wydziały medyczne. Wymuszono też zwiększenie obowiązków dla pozostałych w pracy pielęgniarek i lekarzy.

Aby osiągnąć zwiększenie zysków polityka szefów HMO zaatakowała infrastrukturę zbudowaną po wojnie w ramach ustawy o budowie i konserwacji szpitali z 1946 r. przygotowanej przez dwóch senatorów, demokratę Listera Hilla i republikanina Harolda Burtona. Ustawa ta zakładała budowę szpitali i zagwarantowanie odpowiedniej ilości łóżek szpitalnych w każdym powiecie w zależności od ilości ludności i jej potrzeb. Według ustawy średnia ilość łóżek szpitalnych powinna wynosić od 4,5 do 5,5 na tysiąc mieszkańców. W latach 1958-80 w ramach ustawy Hilla-Burtona zbudowano 583 szpitale komunalnych i ogólnych, dodano do użytku 378 tys. łóżek szpitalnych, liczba szpitali komunalnych wzrosła w tym okresie do 5 tys. W latach 1980-2001 obcinanie

kosztów przez HMO doprowadziło do utraty 902 szpitali komunalnych (stan Illinois stracił 49 szpitali) i 161 tys. łóżek. Jednakże liczba ludności stale rośnie. W 1980 r. 22 stany spełniały warunki ustawy Hilla-Burtona, czyli posiadały 4,5 – 5,5 łóżka szpitalnego na tysiąc mieszkańców, w 1990 r. już tylko 15, a w 2005 r. poziom spadł poniżej stanu z 1958 r. i obecnie jedynie cztery stany spełniają ten warunek (MT, ND, SD, DE).

Armia nieubezpieczonych

Jedną z przyczyn upadku szpitali jest rosnąca liczba osób korzystających z Medicaid i osób nie posiadających w ogóle ubezpieczenia na zdrowie. Kurcząca się gospodarka, utrata miejsc pracy i zatrudnienie na niepełny etat powoduje, że wiele osób nie może sobie pozwolić na zakup ubezpieczenia. Według danych z 2005 r. aż 46,6 milionów Amerykanów, czyli 18% społeczeństwa, jest nieubezpieczonych, w tym 8,3 mln dzieci. W stanie Illinois prawie milion osiemset osób w wieku poniżej 64 lat nie ma ubezpieczenia, czyli 16% mieszkańców stanu. Liczba osób otrzymujących państwowe ubezpieczenie Medicaid wzrosła w latach 2001-05 o 20% i wynosi teraz ponad 45 milionów, są to często dzieci. Dla osób tych – nieubezpieczonych i korzystających z Medicaid - komunalne szpitale są jedynym miejscem, gdzie mogą uzyskać leczenie, jednak ograniczenie wypłat z Medicaid dla tych szpitali powoduje, że wiele z nich boryka się z długami i stoi na krawędzi bankructwa. Raporty opisujące te niekorzystne zmiany, np. raport Stowarzyszenia Amerykańskich Szpitali (AHA) podkreślają, że wynikają one w dużym stopniu z decyzji wielu pracodawców o ograniczeniu wydatków na ubezpieczenia. Odwrócenie trendu będzie więc możliwe jedynie w ramach ogólnej odbudowy gospodarki.

Ustawa Conyersa

W celu rozwiązania problemu „nieubezpieczonych” proponowane są różnorakie, nie zawsze najlepsze programy. Jednym z nich jest eksperyment w stanie Massachusetts, gdzie w kwietniu 2006 r. wprowadzono w życie ustawę wymagającą od wszystkich mieszkańców stanu zakupu ubezpieczenia na zdrowie, jeżeli nie otrzymują go od pracodawcy. Problem polega na tym, że ubezpieczenia nadal oferowane są przez te same prywatne konglomeraty, które odpowiedzialne są za obecny bałagan i kryzys w służbie zdrowia. Nakaz zakupu ubezpieczenia oznacza z ich punktu widzenia zwiększony napływ funduszy, a niekoniecznie polepszenie stanu służby zdrowia.

Spośród wielu rozwiązań kryzysu najbardziej obiecująca wydaje się być ustawa HR 676 (United State National Health Insurance, USNHI) zaproponowana w 2005 r. przez Johna Conyersa, kongresmena z Michigan. Od tego czasu uzyskała ona poparcie 78 członków Izby Reprezentantów i na pewno zostanie przedstawiona na forum obecnego Kongresu.

Ustawa ta proponuje ustanowienie powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, który byłby poszerzeniem obecnego programu Medicare dla emerytów, ale w nowej wersji obejmowałby wszystkich mieszkańców Stanów Zjednoczonych. Usługi medyczne dostarczane byłyby przez prywatne jednostki, tak jak obecnie, ale finansowane z pieniędzy publicznych. Celem ustawy jest zagwarantowanie, by wszyscy mieszkańcy kraju mieli dostęp do najlepszej opieki zdrowotnej bez względu na zatrudnienie, dochody czy stan zdrowia. Według organizacji „Lekarze o krajowy program opieki zdrowotnej” ogólne wydatki na opiekę zdrowotną spadłyby o 286 mld USD. W 2005 r. przeciętny pracodawca wydał na ubezpieczenie zdrowotne 2 600 USD na każdego pracownika. W ramach USNHI będzie to jedynie 1 155 USD rocznie. Osoby ubezpieczone nie płaciłyby nic za wizyty lekarskie czy pobyt w szpitalu, a ubezpieczenie pokrywałoby wszystkie konieczne formy leczenia, w tym dentystę, okulistę, sprzęt medyczny, leczenie psychiatryczne etc.

Według ustawy Conyersa prywatne ubezpieczalnie nie będą miały prawa sprzedarzyć ubezpieczeń, które duplikowałyby ubezpieczenia w ramach USNHI. Stawki za leczenie dla lekarzy i innych jednostek służby zdrowia oraz za lekarstwa ustalone byłyby corocznie również w ramach USNHI. Przejście do tego systemu trwałoby 15 lat od momentu przegłosowania ustawy. Szczegóły ustawy znaleźć można na stronie www.healthcare-now.org.

W kwietniu 2006 r. amerykański ekonomista, Lyndon LaRouche, wyraził swoje poparcie dla ustawy Conyersa. Stwierdził w opublikowanym wtedy komunikacie prasowym, że całkowite lub częściowe zniszczenie prywatnych funduszy emerytalnych pokazuje niebezpieczeństwo wynikające z zachęcania wielu obywateli, by zaufali prywatnym funduszom emerytalnym czy ubezpieczalniom oferującym polisy na leczenie. LaRouche napisał m.in.: „Wyciskanie zysków finansowych z prywatnych ubezpieczalni na zdrowie oraz funduszy emerytalnych i stopień nieodpowiedzialnego zarządzania prowadzącego do coraz częstszych bankructw wielu prywatnych programów powinien być dla nas lekcją, której nie może zignorować żadna rodzina. Najważniejszą i obowiązkową zasadą każdego systemu emerytalnego czy systemu służby zdrowia jest spełnienie obietnicy w pełny i natychmiastowy sposób, kiedy wymagają tego warunki”.

Kongresmen Conyers zamierza ponownie przedstawić projekt swojej ustawy na forum Izby Reprezentantów. Jak dotąd jedynie 6 kongresmenów ze stanu Illinois wsparło tę ustawę. Trzeba, by zagłosowało za nią wszystkich dziewiętnastu.

Anna Kaczor
www.instytutschillera.org

