

11 | Imperativul asistenței medicale

Statele Unite, fapt unic în rândul națiunilor bogate, nu le garantează cetățenilor săi asistență medicală elementară. Cea mai mare parte a discuțiilor pe marginea politicii din domeniul sănătății, inclusiv ale mele, încep cu fapte și cifre referitoare la costurile și beneficiile închiderii acestei prăpăstii. Voi ajunge și la aceste aspecte în curând. Însă dați-mi voie să încep cu o altă întrebare: care credem că este lucrul corect din punct de vedere moral, pe care ar trebui să-l facem?

Există un argument coerent din punct de vedere moral împotriva garantării asistenței medicale, care se reduce, în esență, la a spune că viața poate să nu fie dreaptă, însă nu e de datoria guvernului să scape lumea de nedreptăți. Dacă unii oameni nu-și pot permite asigurări de sănătate, afirmă această argumentație, este o nenorocire, dar nu este treaba guvernului să-i oblige pe alți oameni să îi ajute prin impozite mai mari. Dacă unii oameni moștenesc gene care îi fac vulnerabili la îmbolnăviri sau se îmbolnăvesc la un moment dat, afecțiunea împiedicându-i să mai beneficieze de asigurări medicale din acel moment, ei bine, viața este plină de ghinioane. Guvernul nu le poate rezolva pe toate și nu există niciun motiv să singularizeze aceste neajunsuri.

În mod evident, nu sunt de acord cu această argumentație. Însă nu o prezint aici doar ca să o desființez. Ideea mea este că, dimpotrivă, deși există o argumentație coerentă moral împotriva asigurărilor universale de sănătate, nu auzi niciodată această argumentație în dezbaterile politice. Cu siguranță există un număr semnificativ de conservatori care cred

că guvernul nu are dreptul să cheltuiască banii contribuabililor ca să-i ajute pe cei lipsiți de noroc; regretatei Molly Ivins îi făcea o mare plăcere să-l citeze pe un legislator texan, care a întrebat: „De unde a mai apărut și ideea asta, că toată lumea merită educație gratuită? Asistență medicală gratuită? Orice este gratuit. Vine de la Moscova. Din Rusia. Vine drept din sânul iadului.”¹ Însă politicienii naționali nu spun niciodată asemenea lucruri în public.

Motivul pentru care nu fac acest lucru este, desigur, acela că știu că alegătorii nu ar fi de acord. Cu greu ai putea găsi mai mult de o mână de americani care să considere că este drept să li se refuze oamenilor dreptul la asistență medicală din cauza unor afecțiuni preexistente, iar sondajele sugerează de asemenea că o mare majoritate cred că tuturor cetățenilor americani ar trebui să le fie garantat dreptul la asistență medicală, indiferent de venituri. Nu aspectul moral al asistenței medicale universale este pus în discuție aici.

De fapt, opoziția față de asistența medicală universală se bazează pe afirmația că nu este posibil să se facă ceea ce este drept din punct de vedere moral sau cel puțin că costurile — în dolari plătiți de contribuabili, în calitatea redusă a serviciilor de sănătate pentru cei care se descurcă foarte bine în sistemul nostru actual — ar fi prea mari. Aici intervin faptele și cifrele. Fapt este că alte țări avansate reușesc să atingă această presupusă imposibilitate, oferindu-le asigurări de sănătate tuturor cetățenilor săi. Calitatea serviciilor pentru sănătate pe care le asigură, după orice măsură, este la fel de bună sau mai bună decât a noastră. Și toate acestea se fac cheltuindu-se mult mai puțin decât la noi, pe persoană, pentru asigurarea sănătății. Cu alte cuvinte, serviciile medicale se dovedesc a fi un domeniu în care a face lucrul corect din punctul de vedere moral este și profitabil în termeni economici. Toate dovezile sugerează că un sistem mai just ar fi și mai ieftin de întreținut comparativ cu sistemul nostru actual și ar asigura servicii de sănătate mai bune.

Mai este un lucru important care trebuie să fie înțeles în privința asistenței medicale. Este o temă care îi interesează pe americani, în mare parte deoarece sistemul pe care îl avem se destramă în mod vizibil. Sondajele sugerează în mod sistematic că asistența medicală este, de fapt, cel mai important subiect pentru potențialii alegători.

Valorile comune, o economie sănătoasă, importanța pentru alegători — toate acestea ar trebui să facă din asistența medicală o prioritate a reformei sănătății. Și tot ceea ce știm despre economia asistenței medicale indică faptul că singurul gen de reformă care va da rezultate este unul prin definiție liberal. Trebuie să implice acțiunea guvernului care să reducă inegalitatea și insecuritatea. Reforma în domeniul asistenței medicale constituie punctul central firesc al noului proiect New Deal. Dacă liberalii vor să dovedească faptul că politicile progresiste pot să creeze o societate mai dreaptă, mai justă, acesta este punctul de pornire.

Înainte să ajung la propunerile pentru reforma asistenței medicale, trebuie să discut despre economia asistenței medicale.

Suntem numărul treizeci și șapte!

Dacă trecutul poate să fie o călăuză, în cursul anului următor, jumătate din americani vor avea cheltuieli medicale neglijabile. Poate că vor cumpăra câteva cutii de aspirină, poate vor face un examen medical sau două, însă nu se vor îmbolnăvi, cel puțin nu atât de grav încât să aibă nevoie de un tratament medical costisitor. Pe de altă parte, puțini americani vor avea nevoie de cheltuieli medicale imense — vor avea nevoie de o operație bypass, de dializă sau chimioterapie. Per total, unui procent de 20 la sută din populație îi va corespunde acel 80 la sută din costurile asistenței medicale. Procentul de 1 la sută din populație, cel mai grav bolnav, va avea ne-

voie în medie de tratamente medicale de peste 150 000 de dolari numai anul viitor.²

Foarte puțini americani își permit să plătească sume atât de mari din propriile buzunare — mai ales dacă costurile asistenței medicale se perpetuează ani de-a rândul, așa cum se întâmplă adesea. Asistența medicală modernă este disponibilă pentru americanii din clasa de mijloc și pentru corespondenții lor din celelalte țări avansate numai pentru că altcineva plătește majoritatea facturilor dacă și când intervine necesitatea unor îngrijiri medicale costisitoare.

În Statele Unite, fapt unic în rândul națiunilor bogate, acest „altcineva“ este de regulă o companie privată de asigurări. Peste tot în restul lumii, cea mai mare parte din asigurarea de sănătate este asigurată de guvern și în ultimă instanță de contribuabili (cu toate că detaliile pot fi complexe). Chiar și în Statele Unite, un program de asigurări medicale care se bazează pe banii contribuabililor — MediCare — acoperă orice persoană începând de la vârsta de șaiszeci și cinci de ani, iar un alt program al guvernului, Medicaid, îi acoperă pe unii, dar nu pe toți cei care sunt prea săraci ca să-și permită asigurări private. Însă marea majoritate a americanilor care au asigurări de sănătate le încheie în sectorul privat. Bazarea pe asigurările private face de asemenea ca Statele Unite să fie singura țară avansată în care o proporție mare din populație — în jur de 15 la sută — nu are niciun fel de asigurare.

Câteva cuvinte despre terminologie. Opozanții asigurării guvernamentale de sănătate o numesc „medicină socializată“, însă acest termen induce în eroare — este vorba despre *asigurări* socializate, ceea ce nu este nici pe departe același lucru. În Canada și în majoritatea țărilor europene, medicii sunt propriii lor angajatori sau lucrează în special în spitale și clinici particulare. Numai Marea Britanie, dintre țările importante, are o medicină realmente socializată, în cadrul căreia guvernul conduce spitalele, iar medicii sunt salariații guvernului.

Prin urmare, cum reușește sistemul de asistență medicală din Statele Unite, bazat în mod unic pe asigurări private, să se prezinte comparativ cu sistemele altor țări avansate? Tabelul 7 ne spune care e povestea. Ne arată cât de mult cheltuiesc diferite țări, pe persoană, pentru asistența medicală și compară aceste cheltuieli cu speranța medie de viață, cea mai simplă măsură a funcționării sistemului de asistență medicală.

TABELUL 7. COMPARAȚIE A ASISTENȚEI MEDICALE ÎN LUMEA OCCIDENTALĂ

	Cheltuieli pe persoană 2004	Speranța de viață, în ani 2004
Statele Unite	\$ 6 102	77,5
Canada	3 165	80,2
Franța	3 150	79,6
Germania	3 043	78,9
Marea Britanie	2 508	78,5

Sursa: Organizația Mondială a Sănătății, <http://who.int/research/en/>.

Statele Unite cheltuiesc de două ori mai mult pentru asistența medicală pe persoană decât Canada, Franța și Germania și de aproape două ori și jumătate mai mult decât Marea Britanie — cu toate acestea, speranța noastră de viață este la coada listei.

Aceste date sunt atât de clare și reprezintă o combatere a concepției generale că sectorul privat este mai eficient decât sectorul public, încât unii politicieni, experți și economiști pur și simplu le neagă. Sistemul nostru de asistență medicală este „cel mai bun din lume“, spune candidatul republican la președinție Rudy Giuliani — dacă nu ținem cont de faptul că Organizația Mondială a Sănătății îl clasează pe locul treizeci și șapte.³ Europeanii se confruntă cu costuri ascunse imense datorate întârzierilor și serviciilor nepotrivite sau inconfortabile, spune Tyler Cowen, economist conservator, exceptând

faptul că sondajele naționale spun că până și britanicii se bucură de un acces mai bun la asistența medicală, în general, comparativ cu americanii: așteaptă mai mult decât noi pentru intervenții chirurgicale la discreție, însă le este mai ușor să fie consultați de urgență de un medic, mai ales în afara programului de lucru și la sfârșitul de săptămână. Iar germanii și francezii nu se confruntă cu nicio întârziere semnificativă, de niciun fel.⁴

Auzim fără încetare că cetățenii canadieni sunt obligați să aștepte mai mult decât americanii pentru proteze de șold, ceea ce este adevărat. Însă este vorba de un exemplu destul de ciudat, deoarece protezarea șoldului în America este o operație plătită de Medicare. Ce se întâmplă: Medicare este un program al guvernului, cu toate că nu este clar dacă toată lumea știe acest lucru — experții în politici de sănătate repetă adeseori povestea fostului senator John Breaux care a fost acostat de un alegător al său care l-a îndemnat să nu lase guvernul să pună mâna pe Medicare. În orice caz, ideea este că deosebirile legate de protezarea șoldului constituie o comparație între două sisteme de asigurări de stat, dintre care sistemul Statelor Unite este finanțat cu mai multă generozitate. Nu are nicio legătură cu presupusele virtuți ale inițiativei particulare.

Mai grav este faptul că se ridică semne de întrebare cu privire la măsura în care stilul de viață american impune creșterea cheltuielilor pentru asistența medicală. Ezra Klein de la *The American Prospect* o numește doctrina „dar mâncăm mai mulți cheeseburgeri” și este adevărat că americanii sunt mai expuși la obezitate decât europenii, fapt care, la rândul său, duce la creșterea costurilor medicale, mai ales în cazul afecțiunilor cronice, cum ar fi diabetul. Încercările de explicare a cifrelor, pe de altă parte, sugerează că stilurile de viață diferite și afecțiunile la care ne predispun nu sunt suficiente pentru a explica mai mult decât o fracțiune redusă din deosebirile de costuri dintre Statele Unite și oricare altă țară. Un studiu

realizat de McKinsey Global Institute estimează că diferențele în privința combinației de afecțiuni cu incidență în Statele Unite și în alte țări avansate justifică mai puțin de 25 de miliarde de dolari în cheltuieli anuale pentru tratamente, ori mai puțin de 100 de dolari din cei 3 000 de dolari suplimentar cheltuiți de Statele Unite, pe persoană, în fiecare an.⁵

Mai este un singur lucru pe care trebuie să-l știm: cu toate că America cheltuiește cu mult mai mult decât oricare altă țară pentru asistența medicală, acest fapt nu pare să garanteze o asistență semnificativ mai bună. După numărul de medici la 100 000 de locuitori, media vizitelor efectuate de medici, numărul de zile petrecute în spital, calitatea medicamentelor prescrise pe care le consumăm și așa mai departe, în America asistența medicală nu iese în evidență comparativ cu asistența medicală din oricare altă țară bogată.⁶ Plătim mai mult decât toată lumea în materie de cât plătim pentru asistența medicală, dar ne aflăm la mijlocul listei când este vorba de ceea ce obținem pentru banii noștri.

Toate acestea ne spun că sistemul de asistență medicală din Statele Unite este deosebit de inefficient. Însă cum reușește o țară dinamică, aflată în avangarda tehnologiei în multe domenii, să aibă un sistem de asistență medicală atât de inefficient? Principalul răspuns este că ne-am împotmolit într-un sistem în care se cheltuiesc sume imense de bani nu pentru asigurarea asistenței medicale, ci pentru refuzarea ei.

Economie 101 în domeniul sănătății

Probabil că cea mai bună cale de a înțelege harababura din sistemul de asistență medicală din Statele Unite este să aruncăm o privire la deosebirile dintre ceea ce vrem noi — înțelegând prin asta marea majoritate a americanilor — să facă sistemul nostru și cum îi stimulează sistemul, așa cum funcționează acum, pe principalii jucători.

După cum am susținut, există aproape un consens că toți americanii ar trebui să beneficieze de o asistență medicală elementară. Cei care cred altceva își țin părerile pentru ei, deoarece a spune că este în regulă să-i refuzi asistența medicală cuiva doar pentru că s-a născut sărac, ori pentru că are gene nepotrivite, este inacceptabil din punct de vedere politic. Însă companiile private de asigurări nu câștigă bani plățind pentru asistența medicală. Câștigă bani adunând primele de asigurare fără să plătească asistență medicală, în măsura în care pot să se descurce să facă acest lucru. Pe bună dreptate, în industria asigurărilor de sănătate, plățile propriu-zise pentru îngrijiri medicale, cum ar fi plata costurilor unei intervenții chirurgicale majore, sunt literalmente denumite „pierderi medicale“.

Companiile de asigurări încearcă să mențină la o valoare minimă aceste nefericite pierderi medicale prin două mijloace principale. Unul este „selecția riscului“, altfel cunoscut, cât se poate de obscur, drept „subscriere“. Ambii sunt termeni eufemistici pentru refuzul de a vinde asigurări persoanelor celor mai susceptibile de a avea nevoie de ele — sau să le impui un preț foarte ridicat. Când pot, asiguratorii îi selectează cu atenție pe solicitanți, căutând indicii că este posibil să aibă nevoie de îngrijiri medicale costisitoare — antecedente în familie, natura slujbei și, mai presus de toate, afecțiuni preexistente. La cel mai mic indiciu că un solicitant are șanse mai mari decât media să necesite costuri medicale ridicate, orice șansă de obținere a unei asigurări accesibile a zburat pe fereastră.

Dacă cineva care a reușit să depășească procesul de selecție după risc are totuși nevoie de îngrijiri medicale, există o a doua linie defensivă. Asiguratorii caută căi să nu plătească. Cercetează antecedentele medicale ale pacientului pentru a vedea dacă pot pretinde că a fost vorba de vreo afecțiune preexistentă pe care acesta nu a menționat-o, invalidând asigurarea. Fapt și mai important în majoritatea cazurilor, con-

testă declarațiile medicilor și ale spitalelor, încercând să găsească motive pentru care tratamentul oferit nu ar fi responsabilitatea lor.

Asiguratorii nu fac toate acestea pentru că ar fi oameni răi. Fac asta pentru că structura sistemului nu le dă de ales. O companie de asigurări de treabă, care nu încearcă să-și elimine clienții costisitori și nu caută mijloace de a evita plata îngrijirilor medicale, ar atrage în special clienți cu risc ridicat, ceea ce ar lăsa-o împovărată cu toate cheltuielile pe care alți asiguratorii încearcă să le evite și ar da faliment rapid. Însă dacă oamenii care fac toate aceste lucruri nu sunt răi, consecințele sunt. Să reținem, există o convingere aproape universală că oricine ar trebui să beneficieze de asistență medicală adecvată, ceea ce înseamnă să aibă o asigurare medicală adecvată — însă așa cum funcționează sistemul nostru, unui număr de milioane de oameni li se refuză asigurări de sănătate sau li se oferă unele la prețuri pe care nu și le pot permite. În același timp, companiile de asigurări cheltuiesc sume imense de bani pentru selectarea solicitanților și în disputele privind plata polițelor. Iar cei care asigură serviciile medicale, inclusiv medicii și spitalele, cheltuiesc sume uriașe de bani, luptându-se cu companiile de asigurări ca să fie plătiți. Există o întreagă industrie cunoscută drept „managementul refuzului”. Companii care îi ajută pe medici să lupte cu companiile de asigurări când le sunt refuzate plățile.

Niciunul dintre aceste costuri nu apare într-un sistem de asistență medicală universală, în care guvernul acționează ca asigurator. Dacă oricine are dreptul la asigurare de sănătate, nu este nevoie ca oamenii să fie selecționați pentru eliminarea clienților cu risc ridicat. Dacă o agenție guvernamentală oferă asigurările, nu mai este nevoie de luptă în legătură cu cine plătește o intervenție medicală. Dacă este o procedură acoperită, plătește guvernul. Ca rezultat, programele de asigurări guvernamentale de sănătate sunt mult mai puțin birocratice și cheltuiesc mult mai puțin pentru administrație decât

asiguratorii privați. De exemplu, Medicare cheltuiește doar aproximativ 2 la sută din fondurile sale pentru administrație; pentru asiguratorii privați, cifra este de aproximativ 15 la sută. McKinsey Global estimează că în 2003 costurile suplimentare din industria asigurărilor de sănătate din Statele Unite, comparativ cu costurile programelor guvernamentale de asigurări din alte țări, ajungea la 84 de miliarde.

Iar aceasta, literalmente, nu reprezintă nici jumătate din toată povestea. După cum admite raportul McKinsey, „acest total nu include povara administrativă suplimentară a structurilor multi-plătitori și a produselor de asigurări pentru spitale și centrele ambulatorii... După cum nu sunt incluse nici costurile suplimentare presupuse de angajatori, din cauza necesității existenței unor departamente masive de resurse umane pentru administrarea ajutoarelor din domeniul sănătății.”⁷ O comparație frecvent citată între sistemele din Statele Unite și Canada, prin care s-a încercat estimarea acestor alte costuri, concluziona că în Statele Unite costurile administrative totale — incluzând atât costurile asiguratorilor, cât și ale celor care asigură serviciile medicale — înseamnă 31 la sută din cheltuielile totale pentru sănătate, comparativ cu mai puțin de 17 la sută în Canada. Aceasta ar însemna aproximativ 300 de miliarde de dolari în costuri suplimentare sau aproape o treime din diferența dintre cheltuielile Statelor Unite și ale Canadei.⁸

Unde s-a dus restul de bani? Spre deosebire de alte țări avansate, Statele Unite nu au o agenție centralizată care să negocieze cu companiile farmaceutice prețurile medicamentelor. Ca urmare, America are un consum mai redus de medicamente pe cap de locuitor decât o altă țară medie, însă plătește cu mult mai mult, ceea ce adaugă un preț de 100 de miliarde sau mai mult la costurile totale ale asistenței medicale. Există, de asemenea, o gamă de ineficiențe mai subtile în cadrul sistemului Statelor Unite, cum ar fi stimulentele financiare perverse care au dus la o proliferare a laboratoare-

lor ambulatorii de tomografie computerizată, în care echipamentele costisitoare sunt relativ puțin folosite.

În sfârșit, medicii din Statele Unite sunt plătiți mai bine decât corespondenții lor din alte țări. Însă aceasta nu este o surșă importantă pentru diferențele de costuri comparativ cu costurile administrative, cu medicamentele și alte probleme. Autorii acelu studiu care compară costurile administrative ale Statelor Unite și Canadei estimează că salariile mai mari ale medicilor din Statele Unite justifică doar aproximativ 2 la sută din diferențele costurilor de ansamblu.

Există un defect mai îngrozitor pe care trebuie să-l menționez în cazul sistemului din Statele Unite. Asiguratorii nu sunt mai deloc stimulați să plătească pentru medicina preventivă, chiar dacă ar economisi sume imense din costurile medicale din viitor. Cel mai notoriu exemplu este diabetul, în cazul căruia asiguratorii adeseori nu plătesc tratamentul care ar putea aduce afecțiunea sub control în stadiile inițiale, însă plătesc pentru amputările de picioare care reprezintă foarte des o consecință a diabetului scăpat de sub control. Faptul poate părea pervers, dar să luăm în calcul stimulentele pentru asigurator. Asiguratorul suportă costurile când plătește serviciile medicale preventive, însă este puțin probabil că vor culege roadele, de vreme ce oamenii adeseori schimbă companiile de asigurări sau trec de la asigurările private la Medicare când ajung la vârsta de șaizeci și cinci de ani. Prin urmare, asistența medicală care costă bani acum dar economisește bani în viitor poate să nu fie profitabilă din punctul de vedere al perspectivei individuale a unei companii de asigurări. În schimb, sistemele universale, care asigură pe oricine pentru toată durata vieții, au un stimulent puternic să plătească asistența medicală preventivă.

Până acum am făcut ca sistemul din Statele Unite să pară un coșmar, cum și este pentru mulți oameni. Cu toate acestea, aproximativ 85 la sută din americani au asigurări de să-

nătate și majoritatea dintre ei beneficiază de îngrijiri decente. De ce funcționează sistemul atât de bine?

În parte, răspunsul este că până și în America, guvernul joacă un rol fundamental în asigurarea acoperirii asistenței medicale. În 2005, 80 de milioane de americani erau acoperiți de programe guvernamentale, în principal Medicare și Medicaid, plus alte programe, cum ar fi asistența medicală pentru veterani. Aceasta înseamnă mai puțin decât cele 198 de milioane acoperite de asigurările private de sănătate — însă din cauză că ambele programe sunt în mare destinate persoanelor în vârstă, care impun costuri medicale mult mai ridicate decât oamenii mai tineri, guvernul practic plătește mai mult pentru asigurările de sănătate decât asiguratorii privați. În 2004, programele guvernamentale au achitat 44 la sută din asigurările de sănătate din America, în vreme ce asigurările private au achitat numai 36 la sută; în cea mai mare parte, restul cheltuielilor au fost făcute direct din buzunar, metodă care există pretutindeni în lume.

Restul motivului pentru care sistemul american funcționează atât de bine este că marea majoritate a americanilor care beneficiază de asigurări private de sănătate le obțin prin intermediul angajatorilor lor. În parte, acesta este rezultatul istoriei — în timpul celui de-al Doilea Război Mondial, companiilor nu le era permis să se folosească de mărirea salariilor pentru a-i atrage pe muncitorii tot mai puțini, astfel încât multe ofereau, în schimb, beneficii medicale. De asemenea, într-o mare măsură este rezultatul unui avantaj fiscal special. Ajustările medicale, spre deosebire de salarii, nu sunt supuse impozitelor pe venituri sau pe salarii. Însă pentru obținerea acestui avantaj fiscal, angajatorul trebuie să le ofere tuturor salariaților același plan medical, indiferent de antecedentele lor medicale. Prin urmare, acoperirea asistenței medicale de către angajatori compensează într-o oarecare proporție problema asiguratorilor care îi elimină pe cei care realmente au nevoie de asigurări. De asemenea, marii angajatori intervin în-

tr-o anumită măsură pentru dreptul la tratament al salariaților lor.

Ca urmare a acestor avantaje, asigurarea oferită de un loc de muncă a constituit mult timp o soluție viabilă pentru problema asistenței medicale, pentru mulți americani — soluție care a fost suficient de bună pentru a respinge solicitările de revizuire din temelii a sistemului. Însă acum și această soluție, așa cum a fost, se prăbușește.

O criză cu încetinitorul

Caracteristicile de bază ale sistemului de asistență medicală din Statele Unite nu s-au schimbat prea mult din 1965, când Lyndon Johnson a creat Medicare și Medicaid. Asigurările guvernamentale pentru persoanele în vârstă și sărace; pachetele salariale cu asigurări medicale pentru muncitorii cu slujbe bune la companii bune; asigurările personale, dacă le poți obține, pentru cei lipsiți de norocul de a obține pachete salariale cu asigurări medicale; o viață de spaimă fără asigurări de sănătate pentru un număr semnificativ de americani. Însă în vreme ce caracteristicile au rămas aceleași, cifrele s-au schimbat. Pachetele salariale cu asigurări medicale se restrâng treptat. Medicaid a preluat o parte din diferență, dar nu tot. Iar frica pierderii asigurării de sănătate a ajuns să stăpânească America clasei de mijloc.

Criza cu încetinitorul a sănătății a început în anii 1980, a trecut printr-o ușoară ameliorare pe parcursul unei părți din anii '90 și acum se face simțită din nou, mai puternică. Esența crizei este declinul pachetelor salariale cu asigurări medicale. În 2001, 65 la sută din muncitorii americani beneficiau de pachete salariale cu asigurări medicale. În 2006, procentul ajunsese la 59 la sută, fără să existe vreun indiciu că tendința descrescătoare s-ar fi apropiat de final.⁹ Ceea ce generează declinul pachetelor salariale cu asigurări de sănătate este creș-

terea costurilor asigurărilor. Prima de asigurare anuală medie pentru o familie a reprezentat peste unsprezece mii de dolari, mai mult de un sfert din veniturile medii anuale ale unui muncitor.¹⁰ Pentru muncitorii cu salarii mici, înseamnă pur și simplu prea mult — de fapt, se apropie de veniturile anuale ale unui muncitor cu program de muncă complet plătit care primește salariul minim. Un studiu a scos la iveală faptul că chiar și în rândul americanilor cu „venituri moderate”, care sunt definiți ca membri ai familiilor cu venituri cuprinse între douăzeci și treizeci și cinci de mii de dolari anual, peste 40 la sută nu au avut asigurări la un moment dat dintr-un interval de doi ani.¹¹

De ce devin asigurările tot mai costisitoare? Într-un mod pervers, răspunsul este progresul medical. Progresul tehnologiei medicale înseamnă că medicii pot să trateze mai multe afecțiuni anterior netratabile, însă numai cu costuri foarte mari. Companiile de asigurări plătesc aceste tratamente, însă compensează prin creșterea primelor de asigurare.

Tendența de creștere a costurilor medicale datează din urmă cu mai multe decenii. Tabelul 8 arată cheltuielile totale din Statele Unite pentru asigurări de sănătate, ca procent din PIB, începând din 1960; cu excepția unei scurte perioade, despre care voi discuta ulterior, a fost o creștere permanentă. Pe de altă parte, câtă vreme costurile medicale erau relativ reduse, creșterea cheltuielilor nu a reprezentat o problemă: americanii au suportat povara financiară și au beneficiat de progresul medical.

Însă în anii '80, costurile medicale au crescut până în punctul în care asigurările au devenit insuportabile pentru mulți angajatori. Pe măsură ce costurile au continuat să crească, angajatorii au început să renunțe la asigurările medicale pentru salariații lor, măbind numărul persoanelor lipsite de asigurări, care adeseori nu primesc nici măcar îngrijiri elementare.

După cum scriam împreună cu Robin Wells în 2006:

Sistemul nostru medical face adeseori alegeri iraționale și creșterea costurilor exacerbează aceste iraționalități. Mai exact, asistența medicală americană tinde să împartă populația în favorizați și defavorizați. Favorizații, care au asigurări bune, beneficiază de tot ce le poate oferi medicina modernă, indiferent cât de costisitor ar fi. Defavorizații, care au asigurări insuficiente sau nu au deloc asigurări, beneficiază de foarte puțin...

TABELUL 8. CHELTUIELILE PENTRU ASISTENȚA MEDICALĂ

Anul	Procent din PIB
1960	5,2
1970	7,2
1980	9,1
1990	12,3
1993	13,7
2000	13,8
2005	16,0

Sursa: Centrele pentru Serviciile Medicare și Medicaid,
<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData>.

Ca răspuns la noua tehnologie medicală, sistemul cheltuiește și mai mult cu favorizații. Însă compensează cheltuielile sporite cu favorizații prin constrângerea altor oameni la statutul de defavorizat — refuzându-i unuia îngrijiri elementare pentru a-i plăti altuia tratamente de ultimă oră. Și astfel avem paradoxul crud că progresul medical dăunează sănătății multor americani.¹²

Acest paradox crud era în plină înflorire în anii '80 și a dus, o vreme, la o puternică mișcare ce solicita reforma sistemului de sănătate. Harris Wofford a obținut o victorie surprinzătoare în alegerile speciale pentru Senat din Pennsylvania din 1991, în cea mai mare parte accentuând problemele asistenței medicale. Bill Clinton a ales aceeași temă, care l-a ajutat să fie ales în 1992.

Însă încercarea lui Clinton de a-și respecta promisiunea a eșuat și Wofford însuși a fost înfrânt de Rick Santorum, un conservator militant în toată puterea cuvântului, în 1994. (La rândul lui, Santorum a fost înfrânt hotărâtor în 2006. După cum am menționat în capitolul 8, s-a refugiat o vreme într-un grup de analiză și sinteză al conservatorismului militant, în cadrul căruia creează programul intitulat „Dușmanii Americii”). De ce a eșuat reforma sănătății în cursul administrației Clinton și de ce i-a sosit din nou vremea acum?

Obstacole persistente în calea reformei sănătății

În 1993 au existat câteva luni în care reforma fundamentală a sănătății a părut de neoprit. Însă a eșuat — și eșecul planului Clinton a fost urmat de triumful republican în alegerile din 1994, succesiune care îi bântuie și îi intimidează de democrați până în zilele noastre. Frica de un nou dezastru este unul dintre principalii factori care limitează disponibilitatea democraților importanți de a se dedica acum asistenței medicale universale. Însă întrebarea este ce anume ar trebui să învățăm din 1993?

Consider că este util să împărțim motivele eșecului lui Clinton în trei categorii. În primul rând, au existat obstacole serioase în calea reformei, aceleași acum, ca și atunci. În al doilea rând, au existat unele aspecte ale situației din 1993 care nu mai sunt relevante. În al treilea rând, au existat și greșeli ce puteau fi evitate — greșeli comise de Clinton și care nu trebuie să mai fie repetate.

Să începem cu obstacolele persistente dintre care cel mai important este opoziția implacabilă a conservatorismului militant. William Kristol, în primul dintr-o serie celebră de memorii strategice adresate republicanilor din Congres, declara că republicanii trebuiau să urmărească să „ucidă” planul Clinton. El explica de ce în *Wall Street Journal*: „Adoptarea

planului lui Clinton pentru asistența de sănătate, în orice formă, ar fi dezastruoasă. Ar garanta o intruziune federală fără precedent în economia americană. Succesul său ar indica renașterea politicii centralizate a statului asistenței sociale.”¹³ El argumenta în continuare că planul ar fi dus la rezultate proaste, însă marea sa îngrijorare, în mod cert, era aceea că asistența medicală universală chiar ar fi putut să funcționeze — că putea să devină populară și că putea să sprijine intervenția guvernului. Este aceeași logică ce a dus la încercarea lui George W. Bush de privatizare a Asigurărilor Sociale. Cele mai periculoase programe guvernamentale, din punctul de vedere al conservatorismului militant, sunt cele care funcționează cel mai bine și care legitimează statul asistenței sociale.

Nu trebuie să speculăm dacă opoziția conservatorismului militant va fi la fel de implacabilă față de viitoarele reforme ale sănătății — este deja în momentul scrierii acestei cărți, iar argumentele lor sunt chiar mai extravagante decât în 1993. De exemplu, când autoritățile britanice au descoperit că un cerc de medici musulmani angajați în cadrul Serviciului Național de Sănătate plănuia atacuri teroriste, s-a manifestat un efort coordonat al presei, cum ar fi Fox News și al unor experți conservatori militanți de a avansa ideea că sistemul național de sănătate instigă la terorism. Pe cuvântul meu.¹⁴

La fel de sigur este că industria asigurărilor se va opune acerb reformei, la fel cum a făcut în 1993. Ceea ce-și amintesc cei mai mulți din eșecul lui Clinton sunt reclamele foarte eficiente cu „Harry și Louise” prezentate de lobby-ul asigurărilor, care au speriat oamenii, făcându-i să creadă că planul avea să-i priveze de dreptul la opțiune medicală. Lucrul de care probabil că nu-și dau seama este că opoziția industriei a fost o surpriză pentru soții Clinton, al căror plan încerca să cooperteze companiile de asigurări, acordându-le un rol major în conducerea sistemului. Toate planurile importante pentru sănătate care se află acum pe masă, după cum le voi descrie în continuare, păstrează în mod similar un rol important pentru

asiguratorii privați — însă acum, ca și atunci, acest fapt nu va diminua opoziția industriei asigurărilor. Fapt este că nicio reformă a sănătății nu poate să aibă succes dacă nu reduce costurile administrative excesive, impuse actualmente de industria asigurărilor — iar aceasta înseamnă forțarea industriei la restrângere, chiar dacă asiguratorii își păstrează un rol în sistem. Realmente nu există nicio cale de a le cumpăra cooperarea.

Din nou, nu trebuie să speculăm în această privință. Dinamica politică este deja vizibilă în California, unde Arnold Schwarzenegger, o versiune modernă a republicanului model Eisenhower, a propus asistența medicală universală la nivel de stat. Planul lui Schwarzenegger păstrează rolul companiilor private de asigurări, însă le supune unor reglementări în încercarea de eliminare a selecției de risc. Și evident că Crucea Albastră de California, cel mai mare asigurator din acest stat, rulează reclame de genul Harry și Louise care avertizează că „reformele prost gândite” pot să afecteze asistența medicală la nivelul statului.

Industria medicamentelor va fi de asemenea sursa unei opoziții acerbe — și probabil că într-o măsură mult mai importantă decât în 1993, deoarece cheltuielile pentru medicamente reprezintă o parte mult mai mare din totalul costurilor medicale din zilele noastre decât în urmă cu cincisprezece ani. La fel ca opoziția asiguratorilor, opoziția industriei farmaceutice este inevitabilă în esență, deoarece companiile de medicamente sunt o parte a problemei — asistența medicală din Statele Unite este costisitoare în parte și din cauză că plătim mult mai mult decât în alte țări pentru medicamentele prescrise și mai devreme sau mai târziu un sistem de asistență medicală universală va încerca să negocieze reducerea acestor prețuri.

Până acum, numai de rău. Unele dintre cele mai importante surse de opoziție față de reforma asistenței medicale de la începutul anilor '90 vor opune o rezistență acerbă și astăzi. Pe

de altă parte, există un sens fundamental în care actuala tentativă de reformă este mai durabilă, mai puțin expusă eliminării sub imperiul evenimentelor decât încercarea din urmă cu cincisprezece ani.

2008 nu este 1993

După cum am subliniat în capitolul 10, Bill Clinton a fost ales într-o mare proporție din cauză că economia Statelor Unite era în recesiune. Recesiunea din 1990–1991 a fost urmată de o îndelungată perioadă de creștere lentă a numărului locurilor de muncă, așa-numita „revenire pe șomaj”, care majorității oamenilor li s-a părut a fi o continuare a recesiunii. Iar criza asistenței medicale a părut cu deosebire acută, pentru că oamenii își pierdeau locurile de muncă și odată cu asta își pierdeau și asigurările de sănătate. Problema reformei sănătății a fost aceea că din momentul în care economia a început să își revină, la fel a stat situația și cu asigurările de sănătate. La începutul lui 1994, William Kristol îi convinsese pe republicani să se opună planului lui Clinton, nu doar din cauza lui, ca atare, ci și afirmând că în America nu exista nicio criză a asistenței medicale. Și după cum se vede în Tabelul 9, situația asigurărilor medicale s-a îmbunătățit rapid. Procentajul americanilor cu pachete salariale însoțite de asigurări de sănătate a crescut brusc în 1994, în condițiile în care americanii cu slujbe noi au primit și asigurări de sănătate în cadrul pachetului salarial. Tactica tergiversării aplicată de republicani a funcționat în cea mai mare parte deoarece înainte de finalul primului an al președinției lui Clinton, americanii se simțeau mai bine în privința *statu-quoului* asistenței medicale.

Însă de această dată nu se va mai petrece același lucru. Primii ani ai acestui deceniu au fost marcați de o recesiune și de o revenire similare cu cele de la începutul anilor '90. Tabelul slujbelor a început să se îmbunătățească în 2003, iar

până în 2006 rata șomajului scăzuse la niveluri nu foarte departe de minimumul de la sfârșitul anilor '90. Cu toate acestea, tabloul asigurărilor medicale a continuat să se înrăutățească. De această dată, nu se va mai manifesta o ameliorare temporară a imaginii, care să le permită obstrucționștilor să nege faptul că există o criză.

TABELUL 9. ASIGURĂRILE MEDICALE
DIN CADRUL PACHETELOR SALARIALE

Anul	Procentajul asigurat
1987	62,1
1993	57,1
1994	60,9
2000	63,6
2005	59,5

Sursa: Tabelele de asigurări ale Biroului SUA de Recensământ, <http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/historic/hihisttl.html>.

A mai existat un factor care a produs o calmare temporară exact în perioada în care Clinton încerca să-și impună planul din domeniul sănătății. Mijlocul anilor '90 a reprezentat Epoca de Aur a HMO. Ideea de bază a organizațiilor de îngrijire a sănătății a fost că tradiționala asigurare de genul taxă-contra-servicii, prin care companiile de asigurări plăteau orice medic pentru o procedură agreată, duce la cheltuieli excesive. Medicii solicită orice procedură care poate să genereze ajutoare medicale și pacienții sunt de acord, câtă vreme plătește altcineva. HMO trebuia să înlocuiască această procedură cu „asistența manageriată” în cadrul căreia medicii care făceau parte din rețeaua HMO primeau stimulente pentru a acorda atenție costurilor, ceea ce i-a determinat să se abțină

de la procedurile costisitoare, cu ajutoare medicale preconizate reduse. Oamenii ar fi acceptat aceste limitări, spunea teoria, pentru că ar fi dus la asigurări mult mai ieftine.

Ideea de a lua în calcul costurile la luarea deciziilor medicale este cât se poate de logică. Serviciul Național de Sănătate din Marea Britanie, singurul exemplu de medicină cu adevărat socializată din rândul principalelor țări avansate, are un buget limitat. Specialiștii din domeniul medical care conduc sistemul, încearcă să profite la maximum de buget, evaluând procedurile medicale în termeni de „câștig” medical per liră sterlină cheltuită și limitând cheltuielile cu câștig redus. În Statele Unite, Administrația de Sănătate a Veteranilor, care este un fel de versiune miniaturală a Serviciul Național de Sănătate, face aproape același lucru. Și atât Sistemul Național de Sănătate din Marea Britanie, cât și Administrația Veteranilor se descurcă foarte bine în privința asistenței medicale propriu-zise, în ciuda faptului că dispun de resurse foarte limitate.

Însă HMO-urile sunt organizații private, conduse de oameni de afaceri, nu agenții publice, conduse de medici. La prima vedere, au părut să-și respecte promisiunea de a reduce costurile: în cursul anilor '90, când HMO-urile au cunoscut o extindere, creșterea pe termen lung a costurilor de asistență medicală a făcut o pauză, clar vizibilă în Tabelul 8. Iar în cursul anilor '90, combinația dintre economia realizată sub aspectul costurilor și creșterea economică a dus la o îmbunătățire mare, dar temporară a tabloului asigurărilor de sănătate, vizibilă în Tabelul 9.

Însă în cele din urmă HMO-urile nu au reușit să realizeze economii constante, dintr-un motiv foarte simplu. Oamenii nu au încredere în ele. În Marea Britanie, pacienții care beneficiază de Serviciul Național de Sănătate sunt dispuși, per ansamblu, să accepte o anumită raționalizare a sănătății, deoarece înțeleg că sistemul național de sănătate are un buget limitat și este condus de medici care își dau toată silința

să profite la maximum de acest buget. Membrii sistemului american HMO sunt mult mai puțin dispuși să accepte raționalizarea, deoarece știu că este condusă de contabili care încearcă să maximizeze profitul corporatist. Din cauza acestei lipse de încredere și de satisfacție, numărul de membri HMO, ca procent din total, a atins un maxim la mijlocul anilor '90, cu toate că au continuat să se dezvolte și alte forme, mai temperate, de asistență medicală. Mai mult de-atât, protestele publice și audierile din Congres i-au forțat pe asiguratori să pună capăt încercărilor agresive de menținere a costurilor la un nivel redus. Ca rezultat, costurile medicale din Statele Unite cresc din nou rapid, iar asigurările medicale cuprinse în pachetele salariale sunt din nou în declin.

Toate acestea presupun că necesitatea unei reforme a sănătății este mult mai necesară astăzi decât în 1993. Clinton a beneficiat de o fereastră de oportunitate pentru realizarea reformei, înainte ca atenția publicului să se îndrepte în alte direcții. De această dată, este greu de imaginat ceva care să diminueze sentimentul publicului că trebuie făcut ceva, și să-i lase pe opozanți să susțină că nu există niciun fel de criză.

Cu toate acestea, chiar și în 1993, Clinton ar fi putut să realizeze reforma sănătății, dacă nu ar fi comis mai multe greșeli fundamentale.

Greșeli care nu trebuie să se mai repete

S-a scris mult despre personalitățile implicate în planul pentru sănătate al lui Clinton și despre defectele lor. Nu voi încerca să fac completări. În schimb, dați-mi voie să mă concentrez asupra a două lucruri pe care Clinton în mod evident le-a greșit.

În primul rând, nu a început suficient de devreme. Matthew Holt, analist în domeniul sănătății, al cărui blog de politici de sănătate a devenit o lectură obligatorie în domeniu,

a pus la dispoziție o comparație clară între tentativa eșuată a lui Clinton de a face reforma și succesul impunerii Medicare de către Lyndon Johnson. Johnson a promulgat practic legea Medicare în 30 iulie 1965, la mai puțin de două luni de la victoria lui în alegerile din 1964. Clinton a ținut primul discurs pe tema asistenței medicale abia pe 23 septembrie 1993.¹⁵

Această mare întârziere a fost dezastruoasă din mai multe motive. În toamna anului 1993 se disipase complet efervescența alegerilor din 1992 și administrația Clinton era deja complet angrenată în probleme mărunte, cum ar fi rolul persoanelor gay în armată, precum și o serie de false scandaluri fabricate de răspândacii conservatori militanți. În același timp, revenirea economică submina cererea de reformă în domeniul sănătății.

De ce nu a acționat Clinton mai devreme? În parte, a fost o chestiune de priorități. Preocuparea lui inițială s-a îndreptat spre buget. De asemenea, crearea planului de asistență medicală al lui Clinton a fost un proces greoi, implicând o forță imensă dar ținută în secret, cu o conducere care a reușit să își îndepărteze o mulțime dintre aliații naturali. Însă mai presus de orice, Clinton pur și simplu nu era gata. Medicare a rezultat de pe urma unor ani de discuții anterioare; Clinton a venit cu o pagină aproape complet albă. Campania sa prezidențială nu a oferit nimic clar pe tema reformei asistenței medicale, după cum nu a existat nici vreo dezbateră națională care să pregătească terenul.

Când planul lui Clinton a apărut într-un târziu, s-a dovedit a mai avea o problemă: a fost prezentat prea ușor ca fiind un plan care i-ar fi privat pe americani de posibilitatea alegerii.

Planul lui Clinton a îmbrățișat teoria care stătea la baza asistenței medicale manageriate, potrivit căreia restrângerea procedurilor medicale costisitoare dar marginale, ar fi dus la economii enorme. A fost un plan de acoperire universală a asistenței medicale, dar, ca efect, a fost și un plan menit să canalizeze pe toată lumea în direcția HMO, care ar fi trebuit

să se angajeze în „concurența manageriată”. Opozanții planului au îmbrățișat imediat aspectul asistenței manageriate. Prima și cea mai devastatoare dintre reclamele „Harry și Louise” avertiza că „guvernul poate să ne forțeze să alegem din câteva planuri de sănătate, concepute de funcționari guvernamentali.”¹⁶

Pentru ca această poveste nefericită să nu se mai repete, reformatorii asistenței medicale din zilele noastre trebuie să evite aceste greșeli. Trebuie să abordeze acest domeniu în viiteză: dacă și când vom avea un președinte progresist și o majoritate în Congres progresistă, și o parte și cealaltă trebuie să aibă stabilite și larg discutate măcar elementele-cheie ale unui plan de asistență medicală universală. Prin urmare, este foarte bine că reforma sănătății a devenit o temă centrală a actualei campanii prezidențiale. Candidații trebuie să propună, de asemenea, un plan care să le dea certitudinea americanilor că își vor păstra într-o anumită măsură dreptul de a alege, că persoanele care actualmente beneficiază de planuri bune de asistență medicală nu vor fi obligate la ceva mai puțin bun.

Calea reformei în sănătate

Când a creat Asigurările Sociale și asigurarea de șomaj, F.D. Roosevelt a pătruns pe un teritoriu virgin. Asemenea programe nu mai existaseră niciodată în America și programele de stat ale asistenței sociale din Germania și Marea Britanie, erau atât limitate, cât și puțin cunoscute în Statele Unite. Nimeni nu putea să aibă certitudinea cât de bine aveau să funcționeze practic planurile de protejare a americanilor de riscuri, cuprinse în proiectul New Deal. Spre deosebire de această situație, asistența medicală universală funcționează acum în cea mai mare parte a lumii occidentale de decenii și avem deja o idee foarte bună în privința a ceea ce funcționează.

Ezra Klein a realizat o trecere în revistă foarte bună a sistemelor de asistență medicală din alte țări avansate, iar para-grafele de început merită să fie reproduse în întregime:

Medicina poate să fie complicată, dar asigurările de sănătate sunt simple. Restul națiunilor lumii industrializate și-au dat seama deja de acest lucru și au făcut-o fără să își lase 45 de milioane de conaționali neasigurați și aproximativ 16 milioane asigurați incomplet, precum și fără a lăsa costurile să escaladeze până la cer și să amenințe economiile naționale.

Mai mult chiar, aceste succese nu sunt secrete, și nici mecanisme nu sunt necunoscute. Întreabă-i pe cercetătorii din domeniul sănătății ce-ar trebui făcut, iar ei vor ofta și îți vor recomanda ceva din ceea ce fac Germania și Franța. Întreabă-i ce cred ei că se poate face și disperarea lor de a scăpa de opoziția industriei de asigurări, a industriei medicamentelor și conservanților, și a fabricanților, și a restului îi va lăsa bălmăjind termeni tehnici și paleative, iar la nivel regional, alianțe de achiziții și conturi de economii pentru sănătate. Cunoscuta complexitate a subiectului este o funcție de forțele care protejează *status-quo*, nu problema propriu-zisă.¹⁷

Să ne gândim la sistemul francez, pe care Organizația Mondială a Sănătății l-a clasificat pe locul întâi în lume. Franța menține un sistem de asigurări elementare care acoperă pe toată lumea, plătit din impozite. Acesta ar fi comparabil cu Medicare. Oamenii mai sunt încurajați și să cumpere asigurări suplimentare, care acoperă alte cheltuieli medicale — comparabile cu asigurarea de sănătate suplimentară pe care mulți americani în vârstă o au în afară de Medicare — iar săracii primesc subsidii care îi ajută să cumpere asigurări suplimentare, comparabile cu modul în care Medicaid ajută milioane de americani în vârstă.

Merită să observăm, pentru că tot am ajuns aici, că sistemul canadian, care este adeseori un exemplu de cum ar tre-

bui să arate asistența de sănătate universală în America, are o caracteristică ce nu este proprie nici sistemului francez și nici sistemului Medicare: canadienilor nu li se permite să-și achiziționeze propriile instrumente de asistență medicală în zonele care sunt acoperite de asigurarea guvernamentală. Rațiunea acestei restricții este aceea că reprezintă un mijloc de menținere a costurilor la un nivel redus prin împiedicarea canadienilor avuți să ia în stăpânire resurse medicale limitate. În orice caz, în mod evident nu este o caracteristică esențială a asistenței medicale universale. Din nou, americanii în vârstă, asigurați prin Medicare, asemenea francezilor, sunt liberi să cumpere câtă asistență de sănătate vor, peste ceea ce le asigură guvernul.

Paralelele dintre sistemul francez și Medicare nu sunt perfecte. Există unele caracteristici ale sistemului francez care nu au corespondent în America, cel puțin deocamdată. Multe spitale franceze sunt în proprietatea guvernului, cu toate că trebuie să concureze pentru pacienți cu sectorul privat. De asemenea, Franța pune un mare accent pe medicina preventivă. Guvernul francez asigură asistență medicală completă — nu în sistemul de coplată — pentru afecțiunile cronice, cum ar fi diabetul și hipertensiunea arterială, astfel încât pacienții să nu se zgârcească în privința tratamentelor care ar putea să prevină complicații ulterioare.

Ideea fundamentală însă este aceea că sistemul de asistență medicală francez, care acoperă întreaga populație și este considerat cel mai bun din lume, seamănă practic foarte mult cu o versiune extinsă și îmbunătățită a sistemului Medicare, un program bine cunoscut și popular, extins pentru întreaga populație. O versiune americană a sistemului francez ar costa mai mult decât sistemul francez, dintr-o multitudine de motive, inclusiv faptul că medicii noștri sunt plătiți mai bine și că suntem mai grași și, prin urmare, mai predispuși la unele afecțiuni costisitoare. În concluzie, Medicare pentru toată lumea ar pune capăt problemei persoanelor lipsite de asigu-

rări medicale și cu certitudine ar costa mai puțin decât actualul nostru sistem, care lasă 45 de milioane de americani lipsiți de asistență medicală.

Într-o lume condusă de guvernanți tehnocrați, acesta ar fi finalul poveștii. Americanilor le place foarte mult Medicare; hai să-l punem la dispoziția tuturor. Plata extinderii ar însemna impozite mai mari, însă chiar și americanii care dețin actualmente asigurări ar fi cât se poate de dispuși să le suporte, pentru că nu ar mai fi obligați să plătească prime de asigurare atât de mari. Problema rezolvată! Însă din fericire, sau din nefericire, lumea nu este condusă de tehnocrați. Propunerile de instituire a unui sistem cu unic plătitor, respectiv Medicare pentru toți, se confruntă cu mai multe bariere politice majore.

Barierile despre care se aude cel mai mult sunt reprezentate de opoziția implacabilă a industriilor asigurărilor și medicamentelor față de sistemul cu unic plătitor. Reformatorii trebuie să își dea seama, pe de altă parte, că aceste grupuri de interese se vor opune din răspuțeri oricărei reforme serioase a asistenței medicale. Nu ai cum să-i corupi.

Însă ar fi posibil să fie determinată schimbarea altor două bariere: nevoia de creștere a impozitelor și teama publicului de pierdere a posibilității de a opta. În primul rând, problema impozitelor. Extinderea Medicare sau a echivalentului său, pentru toți americanii, ar necesita venituri suplimentare semnificative, probabil în jur de 4 la sută din PIB. Este adevărat, aceste impozite suplimentare nu ar reprezenta o povară financiară reală pentru țară, de vreme ce ar înlocui primele de asigurare pe care oamenii le plătesc deja.

În ciuda acestui fapt, ar fi foarte dificil să-i convingi pe oameni că o creștere importantă a impozitelor nu ar reprezenta o creștere netă adevărată a poverii lor fiscale, mai ales în fața campaniei neonestе a opoziției cu care s-ar confrunța în mod inevitabil o asemenea propunere. De asemenea,

ar fi foarte dificil de adoptat o creștere fiscală de proporțiile necesare, chiar și în cazul unei puternice majorități progresiste.

Problema menținerii posibilității pacientului de a alege este, pe undeva, similară. Asigurarea medicală de tipul Medicare ar înlocui mare parte din asigurările pe care deja le au americanii, iar aceștia ar avea libertatea de a achiziționa asigurări suplimentare. Însă un plan care în mod automat îi introduce pe oameni într-un sistem guvernamental de asigurări poate să fie descris foarte simplu ca fiind un plan care îi lipsește de posibilitatea de alege. Opozanții reformei ar face tot ce le-ar sta în putință pentru a propaga această neînțelegere.

Este important să reținem că aceste două probleme sunt obiecții politice față de un sistem cu unic plătitor și nu obiecții economice. În termeni pur economici, sistemul cu unic plătitor este în mod sigur varianta de urmat. Un sistem cu unic plătitor, cu costurile administrative reduse pe care le presupune și cu abilitatea deosebită de negociere a prețurilor, ar asigura un nivel mai ridicat de asistență medicală, la un cost mai redus, comparativ cu alternativele. Desigur, este posibil ca mai binele să fie dușmanul binelui. Este cu mult mai bine să urmezi un plan de reformă care este fezabil din punct de vedere politic și asigură unele dintre avantajele sistemului cu unic plătitor, decât să te cramponezi de soluția ideală.

Și-acum, veștile bune. Pe parcursul ultimilor câțiva ani, analiștii politici și politicienii au perfecționat o abordare a reformei asistenței medicale care pare să reprezinte un compromis valabil între eficiența economică și realismul politic. Acest sistem implică patru elemente fundamentale:

- ratingul comunitar
- subsidii pentru familiile cu venituri reduse
- asigurarea mandatată
- concurența public–privat.

Voi începe cu discutarea primelor trei, mă voi opri pentru a explica ce anume se obține prin combinația lor și apoi voi explica rolul celui de al patrulea.

Prin ratingul comunitar, asiguratorilor le este interzis să le aplice clienților lor prime diferite sau să refuze complet asigurarea, pe baza riscului perceput de a se îmbolnăvi. Ratingul comunitar „pur”, care este deja în vigoare în New York și Vermont, impune ca asiguratorii să ofere polițe cu aceleași prime tuturor clienților — sfârșitul poveștii. Prin ratingul comunitar „ajustat”, care este deja în vigoare în Massachusetts, New Jersey și în alte locuri, primele pot să varieze potrivit unor criterii cum ar fi vârsta și situația geografică — dar nu potrivit antecedentelor medicale. Scopul ratingului comunitar constă în a-i împiedica pe asiguratorii să refuze asistența medicală oamenilor care suferă de afecțiuni pre-existente sau care prezintă alți factori de risc; de asemenea, este destinat să reducă costurile administrative, deoarece companiile de asigurări nu mai destinează sume semnificative identificării solicitanților riscanți și respingerii lor. .

Subsidiile reprezintă un lucru care este deja în vigoare, în cazul Medicaid. Propunerile de reformă fac apel la extinderea acestor subsidii pentru asigurarea multor persoane care nu sunt eligibile pentru Medicaid, dar care totuși nu-și pot permite asigurări, în special adulții cu venituri reduse.

Asigurarea mandatată spune că trebuie să ai asigurare de sănătate la fel cum proprietarii de vehicule trebuie să aibă asigurări auto. Este destinată să rezolve problemele indivizilor care și-ar putea permite asigurări dar care preferă să riște, apoi sfârșesc în serviciile de urgență ale spitalelor, unde contribuabilii achită nota de plată, dacă ceva este în neregulă. Unele planuri includ de asemenea mandatul angajatorului, cerând ca angajatorii să achiziționeze asigurări medicale pentru angajații lor.

Combinarea acestor trei elemente duce la un sistem universal de asigurări de sănătate derulat prin intermediul compani-

ilor private de asigurări. Oamenii cărora poate că le-au fost refuzate asigurări medicale din cauza antecedentelor lor medicale au garantat accesul prin intermediul ratingului comunitar, oamenii care în alte condiții nu și-ar permite asigurări primesc ajutor financiar, iar celor care ar prefera să-și asume riscurile, nu li se mai dă voie să procedeze astfel. Massachusetts a introdus un sistem pe aceste coordonate în anul 2006. Iar planul lui Arnold Schwarzenegger pentru California este similar. Doi candidați importanți pentru nominalizarea Partidului Democrat, John Edwards și Barack Obama, au anunțat, la momentul în care scriu aceste rânduri, planuri de acest gen, deși ei prezintă și a patra caracteristică, pe care o voi discuta imediat.

Un asemenea sistem, în cadrul căruia asigurările medicale universale sunt garantate prin asiguratorii privați are vreun avantaj fundamental comparativ cu sistemul cu unic plătitor? În termeni economici, nu. De fapt, poate fi cel mai bine imaginat ca o încercare de simulare a sistemului cu unic plătitor prin reglementări și subsidii, simularea fiind imperfectă. Am comparat cândva planurile de acest gen cu dispozitivele Rube Goldberg, care îndeplinesc funcții simple într-un mod complicat. În speță, aplicarea ratingului comunitar și a mandatării impune o birocrăție guvernamentală substanțială. În mod ironic, derularea asigurărilor medicale prin intermediul asiguratorilor privați impune un guvern mai băgăreț decât ar impune un simplu program guvernamental.

Există, cu toate acestea, avantaje politice pentru un sistem de rating comunitar, subsidii și mandatare. Primul și cel mai important necesită venituri adiționale mult mai reduse comparativ cu sistemul cu unic plătitor, deoarece cea mai mare parte a costurilor asigurărilor continuă să fie plătită sub forma primelor de la angajatori și indivizi. Ceea ce-ți trebuie este un venit suficient pentru asigurarea subsidiilor destinate familiilor cu venituri reduse. Estimările rezonabile sugerează că venitul necesar pentru instituirea unui sistem universal de asigurări medicale este considerabil mai redus decât venitu-

rile pierdute din cauza reducerilor fiscale ale lui Bush, care sunt programate să expire la sfârșitul anului 2010. Prin urmare, acest gen de plan de asigurări medicale universale poate să fie implementat fără a fi necesar să se adopte o creștere a fiscalității. Tot ce ar trebui să facă un președinte și un Congres democrat ar fi să lase o parte din reducerile fiscale ale lui Bush să expire și apoi să reorienteze venitul astfel obținut către asistența medicală.

În același timp, un asemenea plan le-ar permite oamenilor care sunt mulțumiți de asigurările lor private să le păstreze. Industria asigurărilor ar încerca să atace reforma atacând ratingul comunitar — de fapt, ratingul comunitar a reprezentat ținta uneia dintre reclamele „Harry și Louise” din 1993 —, însă nu ar putea să acuze guvernul că ar forța populația să recurgă la asigurările medicale controlate.

Cu toate că asistența medicală universală asigurată prin intermediul asigurărilor private pare mai fezabilă decât sistemul cu unic plătitor, ar fi lipsită de unele din avantajele sistemului cu unic plătitor.

În special ar fi mai mari costurile administrative, ar exista în continuare o multitudine de asiguratorii care s-ar certa între ei care ce să plătească. Există vreun mijloc de rezolvare a acestor probleme?

Aici intervine cel de-al patrulea element. Planurile Edwards și Obama le permit oamenilor să rămână la asigurările private, însă le și permit oamenilor să cumpere un plan de asigurări guvernamentale de tipul Medicare, la un preț care să reflecte costurile reale pentru guvern. Permițând o asemenea cumpărare de „acțiuni” la Medicare, se creează concurența între planurile publice și cele private. Mărturiile sugerează că planurile guvernamentale, care ar avea costuri administrative mai reduse, deoarece nu ar trebui să aloce sume mari marketingului, ar câștiga această competiție. Când Medicare a început să solicite ca planurile Medicare Advantage — planuri pentru persoane în vârstă finanțate din banii

contribuabililor — să concureze cu tradiționalul Medicare pe o bază egală din punct de vedere statistic, planurile private au fost spulberate. (Au început să se extindă din nou după ce Legea de Modernizare a Medicare din 2003 a introdus subsidiile masive pentru planurile private, în medie de aproximativ o mie de dolari anual per beneficiar. Însă aceasta este o altă poveste.) Dacă planurile guvernului îi înfrâng consecvent pe asiguratorii privați, sistemul ar evolua cu timpul devenind unul cu unic plătitor, pe măsură ce asiguratorii privați și-ar pierde cota de piață. Pe de altă parte, aceasta ar constitui o alegere a publicului, și nu un edict al guvernului care să-i forțeze pe oameni să prefere programele guvernamentale.

Dacă este pus în practică un plan pe aceste linii, rezultatul va fi un sistem de asigurări medicale în Statele Unite care nu este deloc ca vreun altul, dar s-ar asemena întru câtva cu sistemul german, în care asistența medicală este asigurată de „fondurile de boală” concurente, dar strict reglementate.

Sistemul german, asemenea sistemului francez, costă cu mult mai puțin decât al nostru, asigurând o asistență medicală universală de înaltă calitate. De asemenea, dă rezultate mult mai bune decât sistemul Statelor Unite sub toate aspectele accesului la asistența medicală. Este mai ușor să fii consultat de urgență de un medic, așteptarea la urgență este mai scurtă și chiar intervențiile chirurgicale elective presupun mai puține întârzieri decât aici.¹⁸

Există multe detalii care trebuie să fie clarificate, însă faptul important este că asistența medicală universală pare foarte fezabilă sub aspect economic, fiscal și chiar din punctul de vedere politic.

Răsplata reformării asistenței medicale

Principalul motiv pentru reformarea sistemului de asistență medicală în Statele Unite este pur și simplu acela al îmbu-

nătățirii calității vieții pentru majoritatea americanilor. În actualul nostru sistem, zeci de milioane de oameni duc lipsă de asistență medicală, alte câteva milioane au avut viețile distruse din cauza poverii financiare a costurilor medicale și mai sunt mulți alții care încă nu au rămas fără asigurări medicale și nici n-au fost aduși la faliment de costurile asistenței medicale, dar se tem că s-ar putea ca ei să urmeze. Și toate acestea sunt absolut inutile. Toate celelalte țări bogate au o asistență medicală universală. Reducerea riscurilor cu care se confruntă americanii ar merita reforma, chiar dacă ar presupune un cost substanțial — însă în acest caz nu ar exista niciun fel de cost. Asistența medicală universală ar fi mai ieftină și mai bună decât actualul nostru sistem fragmentat.

Există, în plus, și un alt motiv important pentru reforma asistenței medicale. Este vorba despre același motiv pentru care conservatorii militanți erau atât de dornici să ucidă planul lui Clinton. Succesul acestui plan, a spus Kristol, „ar semnala renașterea politicii centralizate a statului asistenței sociale” — prin care el voia să spună de fapt că asistența medicală universală ar da un nou suflu de viață ideii proiectului New Deal că societatea trebuie să-i ajute pe membrii săi mai puțin norocoși. Pe bună dreptate ar trebui să facă acest lucru — iar acesta este un mare argument în favoarea sa.

Asistența medicală universală ar putea să reprezinte, pe scurt, pentru noul proiect New Deal, ceea ce Asigurările Sociale au reprezentat pentru proiectul inițial — atât un program de o importanță crucială ca atare, cât și o reafirmare a principiului că suntem răspunzători pentru frații noștri. Obținerea unei asistențe medicale universale ar trebui să reprezinte cheia priorităților interne pentru liberalii moderni. Din momentul în care ar avea succes sub acest aspect, ar putea să se orienteze asupra sarcinii mai cuprinzătoare, mai dificile, de aducere sub control a inegalității din America.