

Paweł Kowalik

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ W STANACH ZJEDNOCZONYCH – PRÓBA ANALIZY

Streszczenie: W zależności od danego kraju rząd odgrywa różną rolę w systemie opieki zdrowotnej. Do tej pory komercjalizacja amedycyny w USA nie tylko nie zmniejszyła kosztów opieki zdrowotnej, ale spowodowała ich gwałtowny rozrost. Udział wydatków na opiekę zdrowotną wynosił w 1960 r. 5,2% PKB, w 1970 r. 7,2%, w 1980 r. 9,1%. W ostatniej dekadzie XX wieku wahał się od 12,3 do 13,7%, a w pierwszych pięciu latach XXI wieku wzrastał co rok o ok. 0,5%. Taki stan wymusił reformy systemu opieki zdrowotnej. Celem artykułu jest przedstawienie systemu opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych, ze szczególnym uwzględnieniem sfery rządowej oraz bieżącej próby jego reformy. Artykuł przedstawia funkcjonowanie i strukturę opieki zdrowotnej w USA. Zaprezentowano publiczne programy opieki zdrowotnej, głównie Medicare i Medicaid, i scharakteryzowano założenia aktualnej reformy systemu opieki zdrowotnej, która została zainicjowana przez prezydenta B. Obamę.

Słowa kluczowe: USA, opieka zdrowotna, Medicare, Medicaid.

1. Wstęp

W zależności od danego kraju rząd odgrywa różną rolę w systemie opieki zdrowotnej. Ciągłe pojawiają się pytania: jakim problemom musi sprostać polityka państwa w dziedzinie ochrony zdrowia, z jakich powodów i w jakim zakresie państwo powinno się angażować w ochronę zdrowia? Państwo może się angażować w bezpośrednie opłacanie opieki zdrowotnej, subsydiowanie indywidualnych zakupów usług medycznych oraz ubezpieczenia. Kwestie te nurtują nie tylko rząd Polski, ale również rządy innych krajów. Do tej pory komercjalizacja medycyny w USA nie tylko nie zmniejszyła kosztów opieki zdrowotnej, ale spowodowała ich gwałtowny rozrost. Udział wydatków na opiekę zdrowotną wynosił w 1960 r. 5,2% PKB, w 1970 r. 7,2%, w 1980 r. 9,1%. W ostatniej dekadzie XX wieku wahał się od 12,3 do 13,7%, a w pierwszych pięciu latach XXI wieku wzrastał co rok o ok. 0,5%¹. Jeśli taki trend utrzymałby się, to w drugiej połowie XXI wieku na służbę zdrowia należałoby prze-

¹ Obliczono na podstawie: [National Health Expenditures Aggregate...].

znaczyć 100% dochodu narodowego. Taki stan wymusił reformy systemu opieki zdrowotnej.

Celem artykułu jest przedstawienie systemu opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych, ze szczególnym uwzględnieniem sfery rządowej oraz bieżącej próby jego reformy².

2. Funkcjonowanie ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych

W Stanach Zjednoczonych system opieki zdrowotnej jest jednym z najbardziej skomplikowanych na świecie. Jest on złożony z instytucji publicznych, prywatnych i organizacji *non-profit*. Opiera się tak naprawdę na dwóch filarach – prywatnych programach ubezpieczeniowych oraz programach publicznych. Jest on zaliczany do tzw. modelu rezydualnego, w którym państwo nie gwarantuje obywatelom dostępu do świadczeń medycznych. Mimo braku zobowiązań w sferze zdrowia, państwo prowadzi specjalne programy ukierunkowane na wybrane grupy społeczne.

Osoby należące do systemu opieki zdrowotnej można podzielić na grupy [Stiglitz 2004, s. 364]:

- osoby ubogie, którym opiekę zdrowotną zapewnia program federalny Medicaid,
- osoby starsze, którym podstawowe koszty leczenia zapewnia program federalny Medicare,
- osoby zatrudnione, objęte ubezpieczeniem zdrowotnym przez pracodawcę,
- osoby nieubezpieczone, które czasami kupują usługi medyczne bezpośrednio lub korzystają z usług nierekompensowanych, których koszty przerzucane są na innych,
- osoby, które nie otrzymują ubezpieczenia od pracodawców i kupują je same.

W sektorze prywatnym dominują dwie formy ubezpieczenia [Stiglitz 2004, s. 366]:

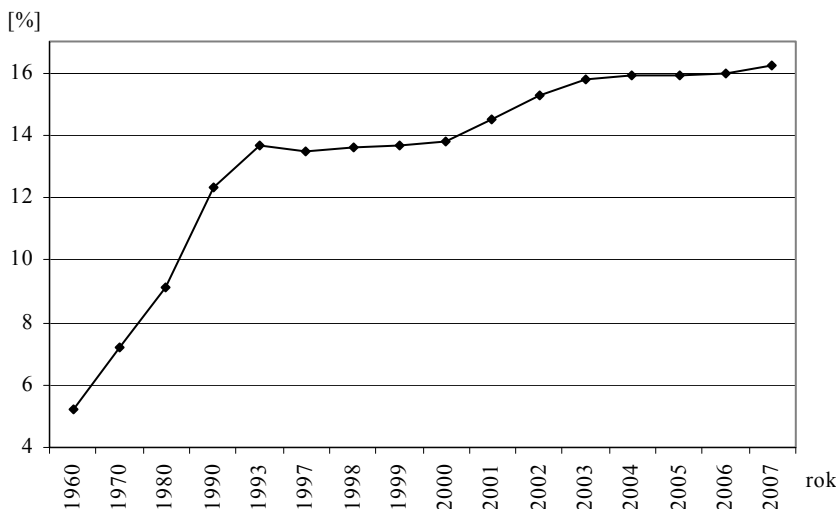
1. „Plan za usługę”, w którym pieniądze wypłaca się lekarzom w proporcji do ilości świadczonych przez nich usług. Ubezpieczenie pokrywa zazwyczaj ustaloną kwotę, stanowiącą część całego rachunku i nieprzekraczającą pewnej granicy. Często firma ubezpieczeniowa wypłaca tylko kwotę przekraczającą pewien poziom, zwany udziałem własnym. Opłacana przez pacjenta część nadwyżki ponad udział własny nazywa się współfinansowaniem. Polisy zakładają także pewne maksymalne kwoty wypłat za niektóre usługi.

2. Organizacje zachowania zdrowia (*health maintenance organizations* – HMO), których pacjenci uiszczają stałą opłatę roczną, tzw. kapitaację. Pacjenci należą do konkretnych HMO i muszą się leczyć u lekarzy wskazanych przez te organizacje. Jeśli muszą się udać do specjalisty, potrzebują skierowanie od lekarza rodzinnego pracującego w ich HMO.

² Do końca listopada 2009 r.

Występują także hybrydy obu systemów, np. plan preferowanych usługodawców. W tym planie zwrotowi podlegają całkowite koszty wizyt u preferowanych lekarzy. Jeżeli pacjent należący do danej organizacji HMO uda się do innego usługodawcy, to zwrotowi podlega tylko część kosztów. Wiele HMO zezwala także na wizyty u innych lekarzy, ale zwraca tylko część kosztów [Stiglitz 2004, s. 366].

Wyrażone jako odsetek PKB wydatki na ochronę zdrowia w Stanach Zjednoczonych są bardzo wysokie³. W 2007 r. wyniosły ponad 2,2 bln USD, co stanowiło 16,2% PKB (rys. 1) i ponad 7400 dolarów na 1 mieszkańca. Prognozy przewidują, że wydatki zdrowotne w 2018 r. wyniosą 4,35 bln USD, co będzie stanowiło 20,3% PKB i 13 100 dolarów na 1 mieszkańca⁴.



Rys. 1. Krajowe wydatki na ochronę zdrowia jako % PKB

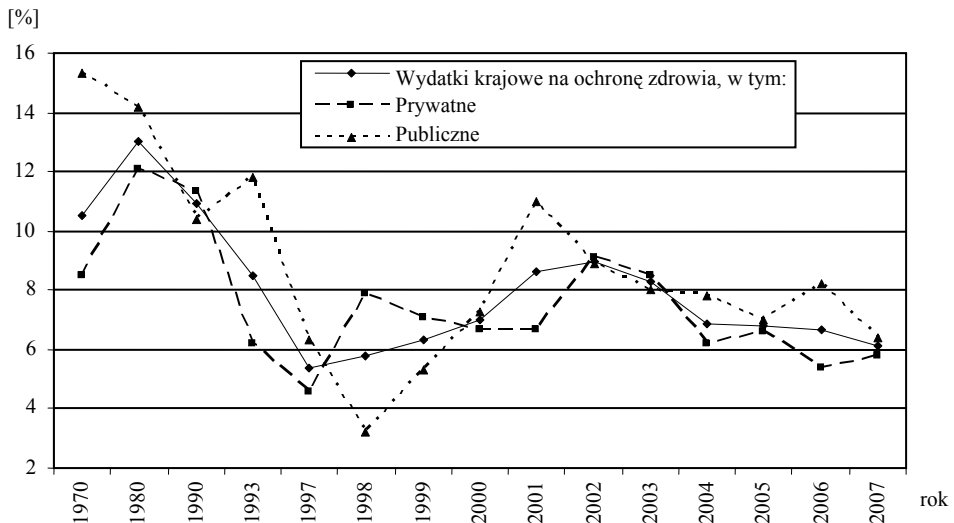
Źródło: opracowanie własne na podstawie [National Health Expenditures Aggregate...].

Jak wynika z rys. 3, w 2007 r. opieka szpitalna stanowiła największy udział w wydatkach na ochronę zdrowia (31,1%). 21,4% wydatków przeznaczonych było na usługi lekarskie i/lub kliniczne. Najszybciej rosnącą pozycję wydatków na ochronę zdrowia stanowią wydatki na leki na receptę – w 2007 r. stanowiły one 10,1% wydatków.

Istotną rolę w systemie ochrony zdrowia odgrywają ubezpieczenia prywatne. Procentowy udział ludzi objętych ubezpieczeniami prywatnymi w 2007 r. wyniósł

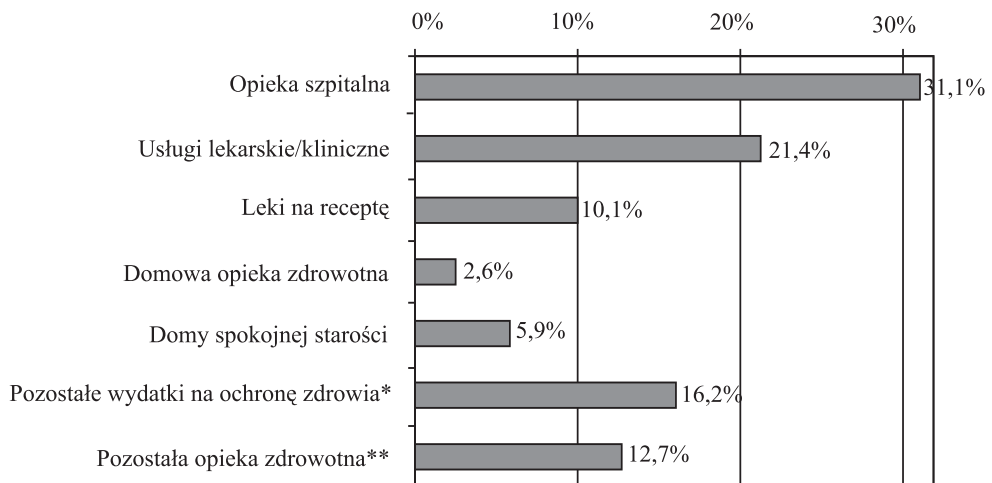
³ W 2007 r. były dwa i pół razy wyższe od średniej krajów OECD [OECD Health Data 2009, November 2009...].

⁴ Na podstawie informacji: [National Health Expenditures Aggregate...; National Health Expenditure Projections ...].



Rys. 2. Wzrost krajowych wydatków na ochronę zdrowia

Źródło: jak do rys. 1.

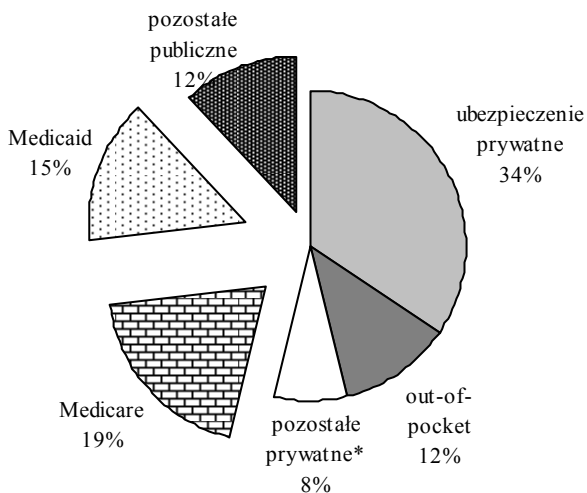


* W tym inwestycje, zarządzanie programami, rządowe działania w zakresie zdrowia publicznego.

**W tym usługi dentystyczne, pozostałe usługi profesjonalne, trwałe sprzęt medyczny.

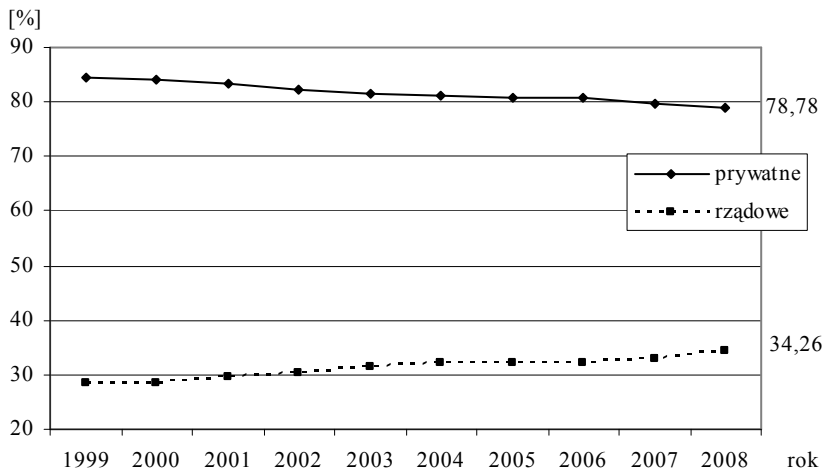
Rys. 3. Dystrybucja krajowych wydatków na ochronę zdrowia według rodzaju usług w 2007 r.

Źródło: [The Henry J. Kaiser Family...].



Rys. 4. Krajowe wydatki na opiekę zdrowotną według źródła płatności i rodzaju usługi w 2009 r.

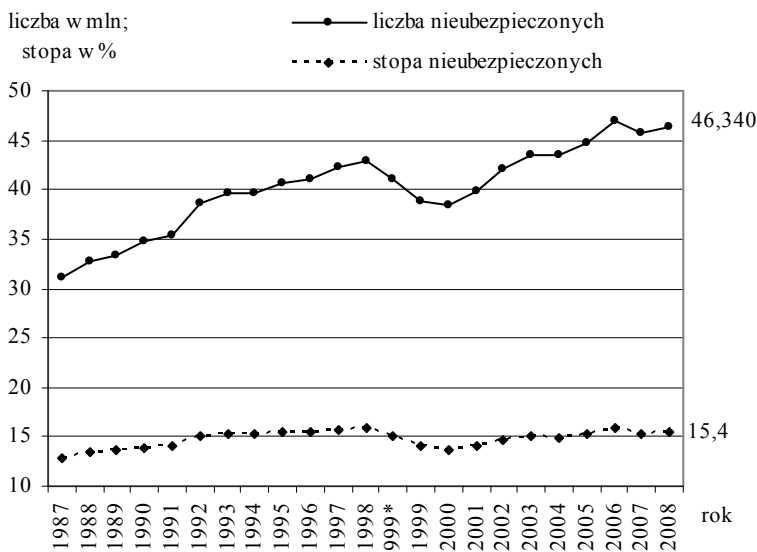
Źródło: opracowanie własne na podstawie [*Key Issues...* 2008, s. 19].



Rys. 5. Liczba osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym prywatnym i/lub rządowym (udział w %; nie sumuje się do 100)

Źródło: opracowanie własne na podstawie [*Income, Poverty...* 2009, s. 59].

67,5%, w tym 58,5% dla zatrudnionych i 8,9% poprzez zakup bezpośredni. Udział ten zmniejszył się z poziomu 75,5% w 1987 r. [*Income, Poverty...* 2009, s. 59]. W 2009 r. system prywatny ma przeznaczyć na ochronę zdrowia 1369 mld USD [*Key Issues...* 2008, s. 19].



* Weryfikacja danych przez U.S. Census Bureau.

Rys. 6. Liczba nieubezpieczonych i stopa nieubezpieczonych w okresie 1987-2008

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [*Income, Poverty...* 2009, s. 59].

Drugi problem związany jest z brakiem ubezpieczenia zdrowotnego. Zakres ochrony ubezpieczeniem zdrowotnym zmniejszył się w ostatnich dwudziestu latach (rys. 6). W 1987 r. udział osób nieubezpieczonych w całości populacji wyniósł 12,86%, z tego wynika, że na 1 osobę nieubezpieczoną przypadało ok. 8 osób ubezpieczonych. W 2007 r. udział ten wyniósł 15,37%, czyli na 1 osobę nieubezpieczoną przypadało ok. 6 osób ubezpieczonych.

3. Publiczne programy ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych

Dwa główne programy rządowe to Medicare i Medicaid⁵.

Medicare jest federalnym programem ubezpieczeń zdrowotnych utworzonym w 1965 r. dla wszystkich osób powyżej 65 roku życia⁶ oraz niepełnosprawnych⁷. Obec-

⁵ Te dwa programy w 2008 r. stanowiły 22,9% całości wydatków budżetu federalnego.

⁶ Pod warunkiem, że odprowadzały składki w ramach podatku od wynagrodzeń przez co najmniej 10 lat, a jeżeli nie mają stażu, a ukończyli 65 lat, mogą opłacać składkę miesięczną po przystąpieniu do programu.

⁷ Niepełnosprawni poniżej 65 roku życia objęci są świadczeniami po dwóch latach otrzymywania renty socjalnej, a osoby z końcową niewydolnością nerek i chorobą Lon Gebriga – od momentu otrzymania renty socjalnej.

nie obejmuje on 45 mln Amerykanów. W 2009 r. wydatki wyniosą 477 mld USD, czyli 13% wydatków budżetu federalnego i 22% wydatków osobowych opieki zdrowotnej. W 2009 r. Medicare jest finansowany z podatków od wynagrodzeń (41%), ogólnych dochodów budżetowych (39%), składek (12%) oraz odsetek i innych źródeł (8%). W 2006 r. prawie połowa osób należących do programu (48%) miała dochody poniżej 200% ubóstwa. Ponad jedna trzecia beneficjentów (38%) miała trzy lub więcej przewlekłych dolegliwości. 29% beneficjentów miało upośledzenie umysłowe lub poznawcze. 16% (ponad 7 mln osób) beneficjentów poniżej 65 roku było trwale niepełnosprawnych, a 12% beneficjentów było powyżej 85 roku życia [*Medicare at...* 2008]. Na Medicare składają się cztery części [Stiglitz 2004, s. 367; *Medicare at...* 2008]:

1. Ubezpieczenie szpitalne (część A, *Hospital Insurance*). Koszty opieki szpitalnej są pokrywane z 2,9% podatku od dochodu z pracy (płaconego przez pracowników w ramach składki ubezpieczeniowej, przy czym połowa tego podatku ponoszona jest przez pracodawcę) i odprowadzane do specjalnego funduszu (*Hospital Insurance Trust Fund*). W ramach tej części opłacane są leczenie w szpitalu, wykwalifikowana opieka pielęgniarstwa, opieka domowa i hospicja. Ta część pochłania 36% wydatków programu Medicare, w tym 29% na leczenie szpitalne.

2. Uzupełniające ubezpieczenie medyczne (część B, *Medical Insurance*), które pokrywa koszty usług lekarzy. Osoby objęte programem wpłacają pewne kwoty na ubezpieczenie uzupełniające⁸. Ich wpłaty pokrywają jedną czwartą kosztów tego składnika. Reszta jest opłacana z ogólnych wpływów budżetowych. W ramach tej części opłacani są lekarze, leczenie ambulatoryjne, usługi prewencyjne i wizyty domowe. Ta część pochłonęła w 2009 r. 29% wydatków.

3. Część C (*Medicare Advantage Plans*) wprowadzona w 1999 r. pozwoliła łączyć program Medicare z innymi programami ubezpieczeniowymi, np. pracowniczymi. Część ta nie jest oddzielnie finansowana. Umożliwia beneficjentom Medicare rejestrację w prywatnych programach ubezpieczeniowych, głównie organizacjach HMO, i odbieranie świadczeń objętych programem Medicare, w tym leków na receptę. Ta część pochłania 24% wydatków.

4. Część D (*Prescription Drugs Plans*) weszła w życie w 2006 r. Jest finansowana przez ogólne dochody (79% w 2009 r.), składki (9%) i wpłaty ze stanów (12%). Jest ona dobrowolna, dotuje ambulatoryjne leki na receptę oraz dodatkowe dotacje dla beneficjentów o niskich dochodach i niewielkim majątku. 25 mln Amerykanów korzysta z tej części, która pochłania 11% wydatków.

Rząd federalny i stany wspólnie finansują program Medicaid, który został wprowadzony w 1965 r. Medicaid pozostaje w gestii administracji stanowej. Kryteria kwalifikacji ustalane są przez poszczególne stany na podstawie wytycznych federalnych. Stany i gminy zobowiązane są do wypłaty od 20 do 50% wysokości zasiłków,

⁸ W 2009 r. była to składka 96,4 USD miesięcznie. Osoby z wyższym dochodem (85 000 USD od osoby, 170 000 USD od pary) płacą wyższą składkę.

zależnie od dochodu na 1 mieszkańca stanu. Część federalna wypłacana jest z ogólnych wpływów podatkowych. Budżety stanowe pokrywają 50% kosztów administracyjnych. Celem programu jest ułatwienie korzystania z opieki zdrowotnej rodzinom o niskim poziomie dochodów, który upoważnia je do korzystania ze świadczeń pomocy społecznej. W 2005 r. programem tym objętych było 29,4 mln dzieci, 15,2 mln dorosłych (głównie biednych pracujących rodziców), 6,1 mln osób starszych, 8,5 mln osób niepełnosprawnych. Dwie ostatnie grupy pochłaniają 70% środków. Na dzieci przeznaczane jest 18%, a na dorosłych 12% środków tego programu. Ten wzorzec odzwierciedlony jest również w wielkości wydatków na beneficjenta. W 2005 r. wydatki programu na dziecko wyniosły 1617 USD, na dorosłego 2102 USD i aż 11 839 USD na osobę starszą i 13 524 USD na osobę niepełnosprawną. W 2006 r. w ramach tego programu wydatkowano 304 mld USD, w tym 59% na bieżącą (ostrą) opiekę zdrowotną, 36% na długotrwałą opiekę zdrowotną, 3% na płatności składek do Medicare. Program opłaca usługi szpitalne i ambulatoryjne, lekarskie, położnicze i certyfikowanych pielęgniarek, laboratoryjne, rentgenowskie. Opłaca również pobyt w domach spokojnej starości i opiekę domową osób powyżej 21 roku życia, początkowych i okresowych badań przesiewowych, diagnostyki i leczenia dzieci do 21 roku życia oraz programy planowania rodziny [Stiglitz 2004, s. 367; *The Medicaid ...* 2008].

Wydatki na dwa główne programy rządowe, Medicaid i Medicare, szybko rosną i powodują silne napięcia fiskalne, które będą się powiększały w nadchodzących dziesięcioleciach. Wydatki budżetowe (federalne i stanowe) na Medicaid i Medicare, które w 2007 r. wyniosły 760,6 mld USD i stanowiły 5,5% PKB, mają osiągnąć wartość 1732,6 mld USD, czyli 8,1% PKB w roku 2018⁹ i 20% PKB w 2082 r.¹⁰

Wzrost ten wynika ze zmian demograficznych: wzrostu liczby osób w podeszłym wieku, rosnącej liczby usług, z których korzystają, wzrastających cen opieki zdrowotnej, które według prognoz mają wzrastać szybciej niż inflacja¹¹.

Inne programy rządowe dotyczą wybranych grup lub typów opieki zdrowotnej. Należą do nich:

1. Publiczna służba zdrowia (*Public Health Service* – PHS) związana z chorobami zakaźnymi.

2. SCHIP – program z 1997 r. dla dzieci, które nie kwalifikują się do programu Medicaid, a ich rodzice nie są w stanie wykupić prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. 4 lutego 2009 r. prezydent Obama podpisał ustawę, która rozszerzyła program na dodatkowe 4 mln dzieci i kobiet w ciąży, w tym po raz pierwszy legalnych imigrantów bez okresu oczekiwania.

3. Dla weteranów – realizowany przez Urząd ds. Kombatantów poprzez finansowanie pomocy medycznej w wielu klinikach, przychodniach, szpitalach, centrach medycznych czy domach opieki społecznej.

⁹ Obliczenia własne na podstawie [*National Health Expenditure Projections...* Table 1, Table 3].

¹⁰ Jedynie wydatki federalne, dane Congressional Budget Office (05.11.2009).

¹¹ [*National Health Expenditure Projections...* Table 1].

4. Dla Indian (*Indian Health Service*) – odpowiedzialny za zapewnienie usług medycznych dla Indian i rdzennych mieszkańców Alaski w 33 szpitalach, 59 ośrodkach zdrowia i 50 stacjach zdrowia. W 2010 r. w budżecie federalnym przeznaczono 4 mld USD [*A New...* 2009].

5. Dla wojskowych (*Military Health System/TRICARE*) – funkcjonujący w ramach Departamentu Obrony, odpowiedzialny za zapewnienie opieki zdrowotnej dla wojskowych będących w czynnej służbie wojskowej, jak i tych, którzy przeszli na emeryturę, i ich rodzin.

6. Wydatki na badania naukowe i kształcenie.

4. Reforma służby zdrowia zaproponowana przez prezydenta Barracka Obamę

Ze służbą zdrowia nie radzi sobie wiele krajów na całym świecie. Skierowanie się w stronę „państwa opiekuńczego” oraz zmiany demograficzne następują państwu coraz więcej problemów w sferze opieki zdrowotnej. Również Stany Zjednoczone, które wydają na służbę zdrowia 16% PKB, należą do grona tych krajów, które starają się przeprowadzić reformę systemu opieki zdrowotnej. Próby reformy amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej za czasów prezydentury Billa Clintona, którym zajmowała się jego żona Hillary, nie znalazły poparcia Kongresu. Po dotychczasowych debatach zarówno wśród opinii publicznej, jak i w Kongresie, ten sam los wrosło się pomysłowi prezydenta Barracka Obamy na reformę służby zdrowia. Próby reformy publicznego systemu opieki zdrowotnej związane są głównie z programem Medicare i Medicaid, czyli dotyczą one przede wszystkim osób starszych i ludzi najuboższych.

Zgłoszona przez prezydenta Obamę na początku 2009 r. propozycja reformy krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych zakładała [*The Budgetary...* 2009]:

- upoważnienie wszystkich (lub większość) osób fizycznych do posiadania ubezpieczenia zdrowotnego zapewniającego określony minimalny poziom świadczeń,
- wymóg *play-or-pay*, zgodnie z którym niektóre lub wszystkie firmy będą musiały zaoferować ubezpieczenie zdrowotne swoim pracownikom lub dokonywać płatności na rzecz rządu federalnego,
- nowe dotacje i rozszerzenie uprawnień w ramach programu Medicaid,
- nowe „udogodnienia” dla osób i w niektórych przypadkach dla małych firm, pozwalające wykupić ubezpieczenia zdrowotne. Udogodnienia te miałyby być związane z funkcjonowaniem prywatnych izb clearingowych lub jednostek administracji rządowej, które byłyby odpowiedzialne za administrację dotacji, zbieranie składek i przekazywanie ich do ubezpieczycieli, negocjowanie z ubezpieczycielami na korzyść ubezpieczających się i wykonywanie obowiązków nadzoru,

- utworzeniu „planu publicznego”, który funkcjonowałby obok planów prywatnych,
- utworzenie federalnego zarządu zdrowia odpowiedzialnego za nadzór i podejmowanie decyzji odnośnie do minimalnego poziomu świadczeń.

7 listopada 2009 r. reforma służby zdrowia została przyjęta w Izbie Reprezentantów (220 głosów za, 215 przeciw).

5. Podsumowanie

Opieka zdrowotna związana jest z problemami, które niełatwo ze sobą pogodzić i rozwiązać. Należą do nich nadmierne koszty, ograniczona ochrona ubezpieczeniowa oraz obciążenia fiskalne, które związane są z ujęciem finansowania opieki zdrowotnej w budżecie państwa. Nowa ustawa przewiduje obowiązek wykupienia ubezpieczenia przez osoby prywatne, a także przez firmy dla pracowników. Rozszerzyła też ubezpieczenia pokrywane przez państwo. Zmiany mają kosztować ok. 880 mld USD w ciągu 10 lat. Wzrost nakładów ma zostać pokryty z podwyżki podatków dla najbogatszych Amerykanów, wysokich kar dla firm nieubezpieczających swoich pracowników i oszczędności w ramach programu Medicare. Ustawa ta rodzi wiele problemów. Najwięcej przeciwników jest wśród emerytów, którzy boją się cięć kosztów w Medicare, a także wśród osób pracujących na niepełny etat, za który firmy nie płaciły ubezpieczenia, a w momencie przyjęcia reformy będą je zwalniać, ponieważ będą musiały płacić za nie ubezpieczenie. Kolejny aspekt reformy to stworzenie państwowego ubezpieczyciela, który miałby się stać konkurencją dla firm prywatnych. Ten ostatni aspekt nie ma wymaganego poparcia w Senacie. Debata w Senacie ma trwać blisko 2 miesiące, a prezydent Obama chce zrobić wszystko, aby izba wyższa Kongresu przyjęła reformę systemu opieki zdrowotnej. Na dzień 5 marca 2010 r. reforma systemu stoi pod dużym znakiem zapytania, ponieważ demokraci nie mają większości głosów w Kongresie¹².

Literatura

A New Era of Responsibility. Renewing America's Promise, Office of Management and Budget, U.S. Government Printing Office, Washington D.C. 2009.

Bosacki M., *Obama wygrywa reformę zdrowia*, „Gazeta Wyborcza” nr 263. 6176, 09.11.2009.

Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group, www.cms.hhs.gov.

Dowd A., *Health plan's public option divides: Kind: Obama still could meet december timetable*, “McClatchy-Tribune Business News”, November 25, 2009.

¹² Ograniczona objętość artykułu oraz nieuchwalenie reformy systemu do dnia oddania artykułu do druku spowodowały pominięcie w artykule skutków, jakie ona wywrze na system finansów publicznych Stanów Zjednoczonych. Dalsze badania zawierające te kwestie zostaną opublikowane w późniejszych artykułach.

- Economic Report of the President*, U.S. Government Printing Office, Washington D.C. 2009.
- Gruber J., *Public Finance and Public Policy*, 2nd ed., Worth Publishers, New York 2007.
- Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008*, U.S. Department of Commerce, U.S. Census Bureau, September 2009.
- Jarzyński W., *Brak powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w USA*, www.mojeopinie.pl (22.07.2009).
- Jarzyński W., *MEDICAID – Czyli dlaczego reforma służby zdrowia nie obchodzi najbiedniejszych?*, www.mojeopinie.pl (30.07.2009).
- Key Issues in Analyzing Major Health Insurance Proposals*, CBO, December 2008.
- Klein J., *Do the right thing*, „Time” vol. 174, November 9, 2009,
- Medicare at a Glance*, The Henry J. Kaiser Family Foundation, November 2008, www.kff.org/medicare/1066.cfm.
- National Health Expenditure Projections 2008-2018*, www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpend-Data/downloads/proj2008.pdf (04.11.2009).
- National Health Expenditures Aggregate, Per Capita Amounts, Percent Distribution, and Average Annual Percent Growth, by Source of Funds: Selected Calendar Years 1960-2007* (Table 1), www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/tables.pdf (05.11.2009).
- OECD Health Data 2009, November 09, OECDHealthData_FrequentlyRequestedData.xls (19.11.2009).
- Powstał nowy projekt reformy służby zdrowia w USA*, wiadomości.onet.pl (16.09.2009).
- Shay M., *Health-care reform should be a win for everyone*, „Franchising World” August 2009.
- Stiglitz J.E., *Ekonomia sektora publicznego*, PWN, Warszawa 2004.
- The Budgetary Treatment of Proposals to Change the Nation's Health Insurance System*, CBO, May 27, 2009.
- The Henry J. Kaiser Family Foundation, facts.kff.org/chart.aspx?ch=857 (19.11.2009).
- The Medicaid Program at a Glance*, The Henry J. Kaiser Family Foundation, November 2008, www.kff.org/Medicaid/7235.cfm.
- Zdrowie – opieka zdrowotna w USA*, www.p Polonia.net/niezbędnik-imigranta/zdrowie-opieka-zdrowotna-w-USA.cfm (28.09.2009).

HEALTHCARE SYSTEM IN THE UNITED STATES – AN ATTEMPT AT ANALYSIS

Summary: Depending on a particular country the government plays a different role in the healthcare system. Until now, the commercialization of healthcare in the United States has not reduced the costs of health care, but contributed to their rapid growth. In 1960, the health care expenditures amounted to 5.2% of GDP, 7.2% in 1970, 9.1% in 1980. In the last decade of the 20th century the expenditures oscillated between 12.3% to 13.7% and in the first five years of the 21st century were growing every year by about 0.5%. Such a situation was the reason to reform the health care system. The aim of this article is to demonstrate the health care system in the United States focusing on the government's impact on it and current attempts to reform the system. The article presents the operation and structure of health care in the United States. It also presents public health care programmes, primarily Medicare and Medicaid, and characterizes assumptions of the current health care reform, which was carried out at the initiative of President B. Obama.