Fodor Júlia Réka

Doktori értekezésének tézisei

Az amerikai egészségpolitika modernkori története

A nemzeti egészségbiztosítás kérdései 2008-ig

Eötvös Loránd Tudományegyetem
Bölcsészettudományi Kar
Amerikanisztika Doktori Program

2010

1. A doktori értekezés időszerűsége és célkitűzései

Az egészségügy az Egyesült Államok legnagyobb iparága. 2009-ben a bruttó nemzeti egészségügyi kiadások elérték a lélektanilag kritikus 2500 milliárd dollárt[1]. Az amerikai egészségügyi rendszer a legköltségesebb a világon, lévén, hogy Amerika a GDP arányos (2008: 16,2%; 2009: 17,3%)[2] és az egy főre jutó költségek (8047 dollár/év)[3] tekintetében is világelső. Immár évtizedek óta számottevően gyorsabban növekszenek az egészségügyi kiadások, mint a gazdaság; amely egyet jelent azzal, hogy az egészségügy egyre többet emészt fel a gazdaság által termelt javakból, és így, értelemszerűen, arányosan kevesebb pénz marad az egyéb területek kiadásainak fedezésére[4].

Annak ellenére, hogy egészségügyre az Egyesült Államok költ legtöbbet a világon, ez az egyetlen olyan fejlett ország, amely nem biztosít valamennyi állampolgára számára alanyi jogon egyenlő hozzáférést az egészségügyi ellátáshoz. A 2008-as elnökválasztási kampány során legtöbbet használt statisztika szerint az Egyesült Államokban 47 millióan élnek egészségügyi biztosítás nélkül, tehát minden hat emberből egy[5]. A *Lewin and Associates* által nemrég készített tanulmány szerint azonban, ”2006 és 2007 között a 65 évnél fiatalabbak közül mintegy 90 millióan voltak legalább egy hónapig egészségügyi bizosítás nélkül.”[6]. A gazdasági válság kezdete (2007) óta 7,2 millióan veszítették el az állásukat és így az egészségügyi biztosításukat is[7]. (Csupán 2009-ben 4,2 milló munkahely szűnt meg.)[8] Ha a 47 millióhoz hozzáadjuk ezt a 7,2 milliót, valamint a családtagjaik számát, akkor a bíztosítás nélkül élők száma már jóval 60 millió föllött van[9].

A bizosítás nélküli milliókhoz képest jóval magasabbra teszik azoknak az amerikai állampolgároknak a számát, akiknek bár van egészségügyi biztosítása, mégis komoly mértékben ’alul-biztosítottak’. A *Harvard Law School* és a *Harvard Medical School* közösen készítette ebben a témában az első átfogó tanulmányt (2005-ben). Kimutatásaik szerint minden évben mintegy 700 000 személy (avagy 2 millió, ha a családtagokat is beleszámítjuk) válik fizetésképtelené, mert nem tudják fizetni az egészségügyi kiadásaikat[10]. Ami leginkább megdöbbentő egy európai számára ebben az adatban az az, hogy ezen emberek 75 %-ának volt egészségügyi biztosítása kezelésük megkezdésekor, ám megdöbbenésükre (ilyen vagy olyan okból kifolyólag) utólag tájékoztatják

őket, hogy a biztosításuk nem terjed ki a számukra szükséges kezelésekre, illetve gyógyszerekre[11]. Az érintett családok majdnem mindegyikénél mindössze néhány hét múltán beszüntetik az alapszolgáltatásokat (víz, gáz, stb.), sőt többségüknek a házát is el kell adnia ahhoz, hogy saját vagy családtagjuk kórházi kezelését vagy a rákkezeléshez szükséges drága gyógyszereket fizetni tudják. (Megjegyzendő, hogy a gyógyszerek az USÁ-ban gyakran akár kétszer vagy háromszor többe kerülnek, mint Kanadában vagy Európában).

Miért és hogyan képesek más piacorientált gazdasággal rendelkező országok egészségügyi ellátást biztosítani valamennyi állampolgáruk számára feleannyiért, mint amennyibe ez az ellátás egy amerikainak kerül. Mi a magyarázat arra, hogy egészségügyi kiadásai miatt gyakorlatilag senki nem válik fizetőképtelenné Németországban, Kanadában az Egyesült Királyságban, Japánban vagy Franciaországban? Hogy lehetséges, hogy az az MRI vizsgálat, ami az Egyesült Államokban 2100 dollárba kerül, Japánban mindössze 98 dollár[12], vagy például Franciaországban minél betegebb valaki, annál kevesebbet kell fizetnie, de csak addig, amíg ki nem derül, hogy rákos vagy más krónikus betegségben szenved, amely esetben a *Sécurité Sociale* minden költséget átvállal? Az Egyesült Királyságban, legyen szó bármilyen kezelésről, a betegek nem is találkoznak számlákkal. A kórházak non-profit alapon működnek, az állam tulajdonában vannak, az orvosok a *National Health Service* alkalmazásában állnak, mégis, a brit kórházak versenyeznek a betegekért. Ráadásul a britek minden fontosabb egészségügyi mutatóban jobb értékekkel rendelkeznek, mint amerikai társaik[13].

Megállapíthatjuk, hogy ”elérkezett az általános egészségügyi biztosítás ideje Amerikában. Régóta jelen van az a szükséglet, hogy minden amerikai számára anyagilag biztosítva legyen a magas színvonalú egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés. Ahogy az egészségügy egyre drágább lesz, ez a szükséglet egyre nyomasztóbbá válik.” Ez az idézet tökéletesen beleillik a demokrata Barack Obama szenátor 2008-as elnökválasztási korteshadjáratának beszédeibe, de mégsem onnan származik. Ehelyett, a fenti sorok, a republikánus Richard M. Nixon elnöktől valók, aki 1974. február 6-ai kongresszusi beszédében ismertette az általános egészségügyi biztosítás rendszere vonatkozó terveit. Szomorú az, hogy sem ez az 1974-es, sem az ezt megelőző, sem pedig az ezt követő tervek, amelyek célja egy minden amerikai számára elérhető

általános egészségügy biztosítási rendszer volt, egyike sem vált valóra. Ez a dolgozat ezen kudarcok okait kutatja, valamint azon lehetséges megoldások természetét, amelyek kiutat jelenthetnek az Egyesült Államok jelenlegi egészségügyi válságából.

2. Források és feldolgozásuk

A 2008-as elnökválasztási kampány, és különösen Barack Obama szenátor elnökké választása óta, az egészségügy reformja újra az érdeklődés középpontjába került Amerikában. Az Egyesült Államok egészségpolitikájával foglalkozó forrásművek száma gyakorlatilag kimeríthetetlen, sőt szinte minden egyes perccel tovább gyarapszik.

A disszertáció megírását megelőző kutatás folyamán sokat jelentett, hogy már évek óta nyomon követhettem az amerikai politikai, és kifejezetten az egészségügy reformja körül zajló eseményeket a napi sajtón keresztül, konkrétan a *Washington Post* és a *New York Times* segítségével. Több egészségpolitikával foglalkozó levelezési listára regisztráltam magam 2007 folyamán, amelyek lefedik a teljes politikai spektrumot: *Health Care Policy and Marketplace Review, Council for Affordable Health Insurance, FactCheck.org, KevinMD.com, the Cato Institute, Michael Moore's circulars, valamint a McKinsey Quarterly.*

A dolgozat történeti vonatkozású részének (Az amerikai egészségpolitika a 20. században) megalapozásaként elsősorban az alábbi alapművekre támaszkodtam:

- Cohn, Jonathan. *Sick, The Untold Story of America's Health Care Crisis – And the People Who Pay the Price*. Harper Collins, New York, 2007
- Corning, Peter A. *The Evolution of Medicare…from idea to law*. 1969
- Hacker, Jacob. *The Road to Nowhere*. Princeton University, 1999
- Kooijman, Jaap. *And the Pursuit of National Health. The Incremental Strategy Toward National Health Insurance in the United States of America.* Rodopi, Atlanta, 1999
- Marmor, Theodore R. *The Politics of Medicare*. New York, 2000

- Mayes, Rick. *Universal Coverage: The Elusive Quest for National Health Insurance*. University of Michigan, 2004
- Moon, Marilyn. *Medicare: A Policy Primer*. Urban Institute Press, 2006
- Oberlander, Jonathan. *Medicare and the Modern State: The Politics of Federal Health Insurance, 1965-1995.* Yale University. 1995
- Patel, Kant and Rushefsky, Mark E. *Health Care Politics and Policy in America*. M.E. Sharpe, 2006
- Quadagno, Jill. *One Nation, Uninsured*. Oxford University Press, 2005
- Starr, Paul. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books, 1982
- Starr Sered, Susan and Fernandopulle, Rushika. *Uninsured in America*. University of California Press, 2007
- Stevens, Rosemary et al. *History and Health Policy in the United States*. Rutgers State University, 2006

Az Internet segítségével felbecsülhetetlen értékű elsődleges forrásokhoz fértem hozzá, melyek elengedhetetlenül fontosak voltak a disszertációmban megfogalmazott tézisek alátámasztására: *US Census Bureau* adatbázisai, közvélemény kutatások eredményei, bizottsági meghallgatások kongresszusi naplói, elnöki beszédek, a Kongresszus által megszavazott törvények szövegei, sokat vitatott törvényjavaslatok szövegei, olyan emberekkel készített interjúk, akik meghatározó szerepet játszottak/játszanak az amerikai, a kanadai, a brit és a német egészségügyi reformokban, és végül, de nem utolsó sorban, eredeti filmfelvételek, hanganyagok, hiradók és vitaműsorok a 20. és a 21. századból. A *Diagnózis az Egyesült Államok jelenlegi egészségügyi válságáról* című fejezet főbb eredményeit ábrák és táblázatok segítségével illusztráltam, (amelyeket grafikailag feljavítottam, aktualizáltam a legfrissebb adatok felhasználásával). A disszertáció politikai témájú részeinek megírásakor szintén nagy segítségemre volt a világháló, aminek segítségével nyomon követhettem 2007-2008 folyamán, valamint később visszanézhettem/hallgathattam Barack Obama, Hillary Clinton, John Edwards, John McCain, Dennis Kucinich, Mike Huckabee és Mitt

Romney kampánybeszédeit és a televíziós műsorokban elhangzott nyilatkozatait, különös tekintettel az egészségügyi reformelképzeléseikre.

A feldolgozott témához szorosan kapcsolódó frissen megjelent alábbi dokumentumfilmeket különösen hasznosnak és inspirálónak találtam: Maggie Mahar: *Money Driven Medicine* (2009); T.R. Reid: *Sick Around the World* (2008); PBS: *Health Care Update* (2009); Michael Moore: *Sicko* (2007), valamint Frontline: *Sick Around America* (2009).

3. Eredmények

A világ fejlett országainak főbb egészségügyi rendszerei

Az első fejezet a világ négy fő egészségügyi rendszerének történeti hátteréről és jellemzőiről nyújt áttekintést. Mind a négy rendszer azon ország példáján keresztül kerül bemutatásra, ahol az adott rendszert először vezették be. A Bismarck modell a német rendszer, a Beveridge modell az angol Nemzeti Egészségügyi Biztosító (NHS), az állami/nemzeti egészségügy biztosítási modell, a kanadai Medicare, míg a piacvezérelt egészségügyi modell az amerikai egészségügyi rendszer példáján keresztül kerül bemutatásra[14].

Az amerikai piacvezérelt egészségügyi modellnek számos olyan jellemvonása van, amely markánsan megkülönbözteti azt a másik három modelltől. A legalapvetőbb különbség, hogy az általános egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás nem tartozik az alapvető emberi jogok közé az Egyesült Államokban[15]. Ebből is következik, hogy az egészségügy területén a kockázatviselés teljesen eltér az összes többi fejlett állam gyakorlatától[16]. Ahelyett, hogy mindenkit: gazdagot és szegényt, fiatalt és öreget, egészségest és beteget egy nagy közös kockázati alapba, esetleg néhány nagyobb kockázati alapba sorolnának, az amerikai rendszer lehetőséget ad privát, profit-vezérelt biztosítási vállalatoknak, hogy kiválasszák azokat, aki egészségesek annyira, hogy munkát vállaljanak, miközben a lakosság többi részét az állam „nyakán hagyják”, hogy gondoskodjon róluk (ha tud). Így az idősek, a fogyatékkal élők, az alacsony keresetűek gyermekei, valamint a nagyon szegények egy bizonyos része az államra marad, míg az átlag és magas keresetű munkavállalók és családjaik a drága magánbiztosítókon keresztül kapnak

egészségügyi ellátást. ’A hasznot privatizáljuk, a veszteséget államosítjuk’ – ezzel a találó jelmondattal lehetne az amerikai piac-vezérelt egészségbiztosítási modellt röviden jellemezni. “

Annak ellenére, hogy az Egyesült Államok már most kétszer annyit költ[17], mint amennyibe egy mindenki számára ingyenesen igénybevehető egészségügyi rendszer kerülne, mégis távol van attól, hogy akár csupán az alap egészségügyi ellátást is bizosítaná minden amerikai állampolgár számára[18]. Amerikának nincs egy egységes, szervezett egészégügyi ellátó rendszere, ehelyett egy szedett-vedett, rendszernek nem igazán nevezhető struktúra létezik, amiben az állami, non-profit, adókból finanszírozott a biztosítottak 27 %-át lefedő szolgáltatók mellett, a biztosítottak 68 %-át lefedő[19], privát, profit-orientált biztosítók vannak többségben. Amerikában az emberek egészségügyi ellátása a fizetőképességük függvénye[20]. A gazdagok luxuskivitelben kapják a legmagasabb szintű egészségügyi ellátást, míg mintegy 60 millió ember jóformán semmire sem számíthat (azon túl, hogy sürgősségi esetben az állapotát stabilizálják – bár az elsősegélyt is csillagászati áron számolják fel az illető ellátását követően. Egyetlen könnyebbség, hogy ha valakiről állapota stabilizálása közben vagy után kiderül, hogy fizetésképtelen, törvény tiltja, hogy feketelistára helyezzék és ingatlanát vagy autóját elárverezzék. Más egészségügyi tartozásnál azonban mindez rutineljárásnak számít).

Az egészségügyi biztosításnak az alapvető célja az lenne, hogy a szükséges orvosi ellátásnak teljesen (vagy nagy mértékben) elhárítsa az anyagi akadályait, és így megkímélje a jövőbeni vagy már szenvedő betegeket a plusz anyagi terhektől. A jelen amerikai egészségügyi rendszer azonban egyáltalán nem a lakosság egészségügyi szükségeinek ellátására lett kialakítva, hanem sokkal inkább arra, hogy biztosítsa, sőt folyamatosan növelje a magánbiztosítok, a gyógyszergyárak és az orvosok hasznát[21]. Mivel egészen az utóbbi évekig az amerikai középosztály biztosítva érezte az egészségügyi ellátásának a helyzetét, és nagyban meg volt elégedve a munkáltatóik által nyújtott biztosítással, ezért nem támogatta azokat a reformkezdeményezéseket, amelyek a status quo-t veszélyeztették. A középosztály egészségügybiztosítási helyzete azonban érezhetően rosszabbra fordult a Clinton évek alatt, amikoris hagyományos biztosítókat felváltották a költségtakarékos biztosító társaságok (HMO-k, és PPO-k), amik nagyban megnyirbálták, vagy teljesen megvonták az emberek szabad kórház-, orvos- és gyógyszerválasztási jogait. Ezt a

helyzetet fokozták a 2008 és 2009-es leépítések, amik milliószámra érintettek középosztálybelieket, egyúttal megfosztva őket (és családjaikat) az egészségügybiztosításuktól. Ezek az emberek ma már sokkal nyitotabbak arra, hogy támogassák a kormányt abban a tervében, hogy létrehozzon egy állami egészségbiztosítót, amihez bárki tudna csatlakozni (a már meglévő betegségei ellenére olcsó áron).

A második fejezet címe: A politikai ideológia és az egészségügy politika kapcsolata. Ez a fejezet arra keresi a választ, hogy miért gondolkodnak a republikánus és demokrata párt hívei másképpen arról, hogy az egészségügyi ellátás biztosítása közfeladat avagy mindenkinek a saját felelőssége. Általában a demokraták úgy tartják, hogy csakis az állam az a szerv, ami megfelelően tudja biztosítani az egyének alapvető jogait az egészségügyi ellátáshoz.

A demokraták úgy tartják, hogy mivel vannak olyan emberi szükségek, amiket még a legszabadabb piac sem tud megbízható módon biztosítani a társadalom minden tagja számára, ezért az államnak kell ezt a feladatot magára vállalnia. Ezzel ellenkezően azonban, ha azt tartjuk, ahogy a legtöbb konzervatív szavazó gondolkodik Amerikában[22], hogy az egészségügyi ellátás alapvetően csupán egy értékesíthető vagy éppen megvásárolható piaci termék, akkor ebből két következtetés logikusan adódik. Egy, hogy akkor az egészségügyi ellátáshoz nem fűzhető alapvető emberi jog, ilyenképpen azt nem is lehet elismerni. Kettő, hogy az állam feladata az egészségügyi ellátás terén mindössze az egyéni szabadságjogok és a szabadpiac védelme. A republikánusok általában egyetértenek abban, hogy legtöbb társadalmi szükségletre a leghatékonyabb választ a szabadpiac tudja nyújtani. Bármi amire a szabadpiac nem nyújt elegendő megoldást, azt az állami segélyek és önkéntes felajánlások képezte védőhálóval lehet pótolni[23].

Az amerikai kultúra előrébbvalónak tartja az egyén jogait a közösség érdekeinek a védelménél. Ennek ellenére találunk olyan hathatós értékeket, amiket az amerikaiak többsége elfogad, és amik segíthetnek abban, hogy változást érjenek el az egészségügyi rendszerről való közgondolkodásban (ami egyenlőre nem tartja az egészségügyi ellátást egy lapon említhetőnek olyan más alapvető szükségekkel, mint a táplálék vagy egy fedél a fejünk felett). Ezek az értékek az igazságosság és a hatékonyság. Míg az első talán túl megfoghatatlan sokak számára, úgy a második bizonyára konkrét és gyakorlati. Tulajdonképpen eléggé úgy

tűnik, hogy az amerikai „költségvetések hűebben tükrözik az amerikai értékeket és prioritásokat, mint a hangzatos politikai szólamok. Elvégre, nincs a törvényhozásnak egy Igazságosság és Korrektség Hivatala, ami az egészségügyi törvényjavaslatokat volna hivatott felülvizsgálni. Ehelyett van viszont egy Kongresszusi Költségvetési Hivatalunk (CBO)," ami köteles normakontrollt készíteni minden a költségvetést érintő törvénytervezetről[24]. Megtagadni több millió embertől a hozzáférés lehetőségét az egészségügyi alapellátáshoz ellene megy minden józan és racionális költséghatékony megközelítésnek. Azok, ugyanis, akik halogatják egészségügyi problémáik korai kivizsgálását és kezelését, általában a sürgősségi (majd az intenzív) osztályon kötnek ki, ahol a kezelések költségei jóval többe kerül a rendszernek (és végülis az adófizetőknek – hisz a betegek mintegy fele nem tudja kifizetni a sürgősségi ellátásának költségeit), mintha a betegség egy korábbi stádiumában részesültek volna ellátásban.

Legtöbben egyetértenek abban, hogy költségvetési szempontból jóval ésszerűbb (kifizetődőbb) lenne, ha mindenkinek alanyi jogon járna az egészségügyi alapellátás, minthogy Ronal Reagan meglehetősen költséges, emberileg megalázó, és irracionális szemléletéhez továbbra is makacsul ragaszkodjanak (vagyis ahhoz az egyetlen, mindenkinek egyenlően rendelkezésére álló védőhálóhoz, amit a sürgősségi ellátás garantálása jelent).

Az amerikai egészségpolitika a 20. században

Számos tényező közrejátszott abban, hogy Amerika más utat választott, mint Németország (ahol elsőként vezették be a kötelező egészségbiztosítást a 19. században), vagy tulajdonképpen minden egyes demokratikus ipari állam, így Svájc, Tajvan, és Izráel (1995) – a három újonc az általános egészségügyi ellátást alanyi jogon nyújtó országok között. A disszertáció második része ezeket a tényezőket fejti ki részletesen.

A második részen végigvonul az az érvelés, miszerint főként a Demokrata Párt megosztottsága okolható azzal, hogy sem az elnökök, sem pedig a Kongresszus nem járt sikerrel egy egységes, általános állami egészségbiztosító létrehozásában. A másik fő érvelés ebben a fejezetben

azt igyekszik bizonyítani, miszerint a fiskális konzervatívok (legtöbb republikánus és “Blue Dog demokrata”) bármilyen egészségügyi reformtörekvésről is legyen szó, amögött az egész “egészségügyi rendszer államosítását”gyanítják. Az amerikai társadalom igen érzékenyen reagál erre az összeesküvés elméletre, mert a huszadik század folyamán úgy szocializálizálódott, hogy minden államosítás mögött a “vörös veszélyt” és a szabadság halálát vélelmezze. Emiatt, a huszadik század folyamán legalább hatszor fulladt kudarcba olyan reformtörekvés, ami esélyes volt arra, hogy bevezesse Amerikában is az általános egészségbiztosítási rendszert.

1. 1935-ben, **Franklin D. Roosevelt** (FDR) az utolsó pillanatban úgy döntött, hogy kihagyja az egységes állami egészségbiztosító létrehozásáról szóló passzust a nagyívű Társadalombiztosítás (Social Security) néven közismert törvénycsomagból. FDR az Amerikai Orvoskamara (AMA), valamint családorvosa és felesége nyomására döntött így. Attól tartottak, hogy egy “állami egészségbiztosító aláásná az amerikai egészségügy magas szinvonalát”[25]. (Eleonor Roosevelt férje halála után teljesen megváltoztatta e témában az álláspontját és a Truman kormány alatt beterjesztett egységes biztosítót létrehozásáról szóló törvénytervezet egyik legbuzgóbb aktivistája lett.)

Az 1935-ös Társadalombiztosítási Törvényt módosítani kívánó minden egyes kísérlet elbukott - úgy az 1939-es, mind az 1943-ban benyújtott Wagner-Murray-Dingell Törvénytervezet. Bár FDR rendszeresen visszatért nyilvános beszédeiben az egészségbiztosítás reformjának sürgető voltára, sőt egyenesen megígérte a “bölcsőtől a koporsóig” tartó állami biztosító bevezetését, szavait sosem követték tettek.

Valójában, 12 éves elnöki regnálása ideje alatt mindannyiszor maga Roosevelt döntött úgy, hogy személyesen “nem tudja támogatni” az e témában beterjesztett törvényjavaslatokat.

A tanulság egyértelmű volt. Az állami egészségbiztosítás szorgalmazói vagy előállnak egy új stratégiával, vagy vég nélkül reménykednek FDR-ban. Lévén a Wagner-Murray-Dingell Törvénycsomag túl átfogónak bizonyult ahhoz, hogy egyben elnyerje a képviselők támogatását, így a döntés az lett, hogy bontsák részeire, és

elemenként, a politikai szelekhez igazítva, valamint megfelelő lobbitevékenységgel megtámogatva nyújtsák be azt.

2. Harry S. Truman elnök, elődjéhez hasonlóan többször javaslatot tett az 1935-ös Társadalombiztosítási Törvény módosításaként egy általános egészségbiztosító bevezetésére (1946-os Wagner-Murray-Dingell Törvénycsomag). Azonban FDR-tól eltérően, Truman nem csupán hangzatos szavakkal, hanem mindent bevetve támogatta a törvénymódosítást. Az 1946-os és az 1949-es törvényjavaslat is idejekorán meghiusult köszönhetően a 1) Déli Demokratáknak (akik meglehetősen megharagudtak Trumanra a szegregáció-ellenes rendeletei miatt), 2) a szakszervezeteknek (1946-ban), 3) az újabb vörös veszélynek (1949), valamint 4) az ezt meglovagoló Amerikai Orvoskamara (AMA) lobbitevékenységének.

3. John F. Kennedy *New Frontier* (Új Távlatok) nevű választási programja ígéretet tett a kórházi ellátás és a nyugdíjas otthonokban való ápolás ingyenessé tételére az időskori amerikaiak számára (*Medicare*). Az Amerikai Orvoskamara hatalmas kampányt rendezett a *Medicare* bevezetésének megakadályozására, "Operation Coffee Cup" ('Egy csésze kávé hadművelet' fedőnéven). A kampány főszereplője (a későbbi elnök) Ronald Reagan volt, akinek a 11 perces lemezét országszerte több tízezer számban vették és hallgatták. Ebben Reagan az amerikaiakat szabadságuk fokozatos elvesztésével riogatta, amennyiben az amerikaiak beletörődnek abba, hogy a Kongresszusban megszavazzák az állami egészségbiztosítót életrekeltő törvényt. Végülis a törvénycsomag sosem került az Amerikai Képviselőház elé, mert a Költségvetési Bizottság nem volt hajlandó zöld utat adni neki. (A bizottsági szavazat, amin az egész csomag állt vagy bukott, Wilbur Mills-é volt. Ő bizottságelnökként, és egyben déli demokrataként, ellenezte a Medicare bevezetését.)

4. Lyndon B. Johnson és a demokrata párt elsöprő választási győzelmét követően, 1965-ben a *Medicare* és *Medicaid* törvénycsomag sikerrel vette az összes törvényhozási akadályt, és így megvalósult Johnson elnök választási programjának egyik legfőbb ígérete: alanyi jogon (igen jutányos áron) egészségügyi ellátásra lett jogosult minden 65. évét betöltött amerikai állampolgár (*Medicare*), de központi költségvetésű támogatással

egészségügyi programot hoztak létre az egyes államok is (*Medicaid* néven) a nehéz anyagi körülmények között élő munkavállalók és családjaik milliói számára (ez azonban nem járt/jár alanyi jogon).

Medicare (az Időskori Állami Betegbiztosító) 1966 július 1-én kezdte meg működését mintegy 19 millió időskori amerikai és rokkant ember biztosításával, akik így igen alacsony havidíj és kezelési hozzájárulás fejében kórházi és szakorvosi ellátásra lettek jogosultak (amennyiben a törvényben megadott határideig regisztráltak a programra).

5. 1974-ben a **Nixon** kormány benyújtotta az ún. Széleskörű Egészségbiztosítási Törvénytervezetet (*Comprehensive Health Insurance Act*), azért, hogy elejét vegye egy küszöbönálló egybiztosítós egészségügyi rendszer bevezetésének[26]. Érdekes, hogy ezzel a törvénnyel Richard M. Nixon, republikánus elnökként, egy általános egészségbiztosítási rendszert vezetett volna be. A Nixon csomag két alapvető újdonsága abban állt, hogy a munkaadókat kötelezte volna arra, hogy minden munkavállalójuknak fizessenek magánbiztosítást[27], valamint létrehozott volna egy olyan állami (federális) biztosítót, amihez bárki csatlkakozhatott volna. Ez az állami biztosító minden amerikai számára elérhető lett volna, lévén, hogy a havidíjakat mindenkinek a bevétele alapján állapították volna meg (és nem a kora, neme vagy egészségügyi állapota/előélete alapján). Két 1974-es botrány (a Watergate Ügy és Willbur Mills bizottságelnök szexbotránya) azonban, meghiúsította ezt a reformtörekvést, és ezzel megfosztotta az amerikaiakat azon ritka lehetőségtől, hogy végre az ő országukban is bevezessék a általános egészségbiztosítást.

6. Bill Clinton elnökségének első évében, 1993 szeptemberében, mutatta be egészségügyi reformcsomagját (*Health Security* néven) a Kongresszusban. A reformcsomag alapkoncepciója az volt, hogy valamilyen módon minden amerikai számára garantálja a jogot egy magán- egészségbiztosításhoz[28]. A törvénytervezet világosan írásba foglalta, hogy az alapvető egészségügyi ellátáshoz minden amerikainak alapvető joga van. A Clinton kormány elképzelése szerint az általános egészségbiztosítás leghatékonyabb megvalósítási módja az lett volna, ha mindenki számára kötelezővé teszik a biztosítási jogállást, ugyanakkor kötelezik a munkáltatókat is, hogy minden általuk foglalkoztatott ember

után fizessenek biztosítást. Törvényben tiltották volna, hogy a magánbiztosítók folytathassák a magas költségekkel járó betegek biztosított státuszának egyoldalú felmondását, valamint azt a gyakorlatot, hogy elutasítanak minden olyan biztosítást igénylő ügyfelet, akinek valamilyen volt vagy fennálló betegsége van. Ezen túl, törvény garantálta volna az egy región belül élők számára az egységes havidíjat.

Az egészségügyi kiadások emelkedésének hathatós visszaszorítására a következő három lépést tervezte a Clinton kormány törvénybe iktatni: 1) az egészségügyi szolgáltatásokért nem az addig gyakorolt módon fizettek volna (minden egyes vizsgálat és beavatkozás után külön díjat számolnak fel), hanem előtérbe helyezték volna a "managed care" modellt (ami egységes havidíjak fejében, olcsóbban vállalta volna a betegek ellátását, úgy hogy a biztosított felek 'cserébe' lemondtak volna a szabad orvosválasztási jogaik gyakorlásáról.); 2) csökkentették volna az adminisztrációs költségeket azáltal, hogy egységesítették volna a mintegy 1200 biztosítótársaság formanyomtatványait, (mindezzel nagyban könnyítettek volna a kórházak, klinikák, laboratóriumok és orvosok helyzetén); 3) maximálták volna a prémiumok inflációs áremelkedésének határát; valamint 4) nagy kockázati alapokat alakítottak volna ki, és ezek révén garantálni tudták volna az egységes és megfizethető havidíjakat.

1993 és 1994 során számos belpolitikai botránynak és külpolitikai válságnak köszönhetően sorozatban háttérbe szorult az egészségügy reformja. Clinton jelleme, szavahihetősége, és a tekintélye is megkérdőjeleződött. A képviselőválasztások közeledtével a republikánus honatyák úgy döntöttek, hogy sikerük esélyének növelésének érdekében megakadályozzák a Clinton reformcsomag további esélyeit[29]. Így a Health Security Act még annyi szavazatot sem kapott az öt kongresszusi szakbizottságban, hogy akár a Képviselőház, akár a Szenátus elé kerülhetett volna szavazásra. Történt mindez egy olyan időszakban, amikoris is mindkét Házban többségben voltak a demokrata képviselők. 1994 szeptemberében végül bejelentette a kormány, hogy eláll a tervezett egészségügyi reformtól[30]. Másfél hónappal később az 1994-es félidős választásokon a szavazók alaposan megbüntették a demokratákat egyik leghangsúlyosabb reformprogramjuk feladása miatt, azáltal, hogy a republiánusokat tették meg többségnek mindkét Házban.

Az amerikai egészségügyi válság okai

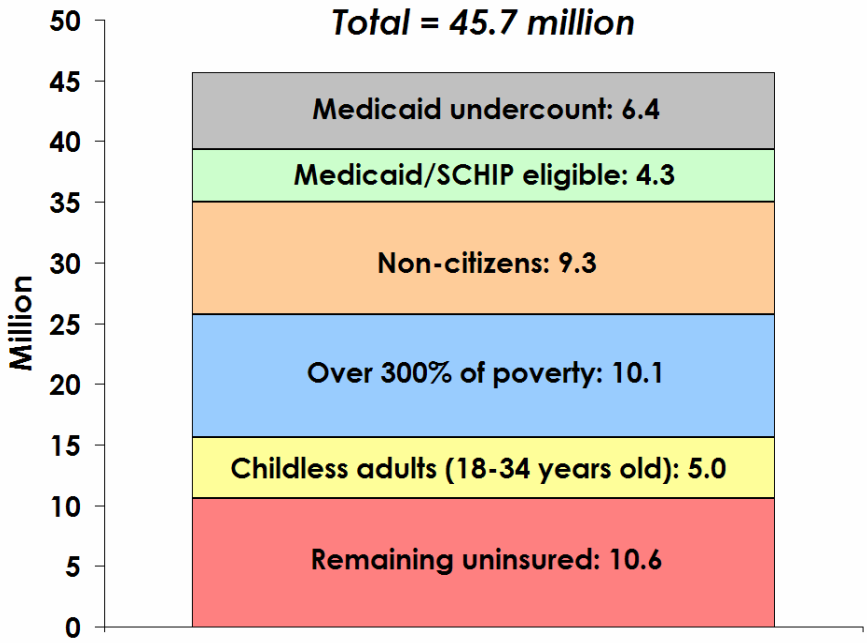
A disszertáció harmadik fejezete az amerikai egészségügyi rendszer jelen állapotáról állít fel diagnózist két, az egészségügy válsághelyzetéhez hozzájáruló, és sok vitát keltő téma bemutatásán keresztül: 1) a 46-60 millió egészségbiztosítás nélküli amerikai helyzete, és 2) az az öt tényező, amelyek felelőssé tehetők az égbeszökő egészségügyi kiadásokért, egyben gúzsbakötik az amerikai vállalkozásokat, túlterhelik a családi költségvetéseket valamint hozzájárulnak a költségvetési hiány folyamatos növekedéséhez.

A 2008-as általános választásokat megelőző vitaműsorok és politikai beszédek egyik fő témája (és leggyakrabban emlegetett adata) a 47 millió biztosítás nélküli amerikai sorsa volt. Erre a számra minden esetben úgy hivatkoztak, mintha az egy homogén populációra vonatkozna, amely tagjai kivétel nélkül segítségre szoruló amerikai polgárok, és akiknek vagy szörnyűséges anyagi helyzetük, vagy valamilyen krónikus betegségük okán semmiféle egészségügyi ellátáshoz nincs hozzáférésük. A valóság azonban sokkal árnyaltabb ennél. Még mielőtt Amerika elkezdte volna tárgyalni ezt a témát, először több megbízható információra lett volna szüksége ezen 47 milliós "csoport" felől: kik ők, milyen ok(ok)ból kifolyólag nincs biztosításuk és milyen mértékű, illetve jellegű egészségügyi ellátás érhető el már most számukra.

Egy egészen friss tanulmány (Keith Hennessey, 2009)[31] ezt a 47 milliós populációt 6 csoportra osztja. Az első csoport, 6,4 millió emberrel, azokból áll, akik valójában már kedvezményezettjei valamelyik államilag támogatott egészségügyi programnak, de mivel a népszámláláskor ezt elfelejtették pontosan jelölni, ezért őket is (helytelenül) a biztosítás nélküliek között tartják számon mind a mai napig. A másodi csoportot az a mintegy 4,3 millió fő alkotja, akik már jogosultak lennének állami biztosításra, de eleddig nem éltek ezzel a lehetőségükkel és nem jelentkeztek be egyik programba sem[32]. A harmadik kategóriába a hozzávetőleg 9,3 milliónyi (2007-es adat) illegális bevándorló tartozik[33]. A 47 milliós adatba tehát alaptalanul került besorolásra *amerikaiként* majd 10 millió olyan ember, aki külföldi állampolgár és ráadásul illegálisan tartózkodik az országban. A negyedik kategóriába azt a mintegy 10 millió amerikait sorolta Hennessey, akik közel háromszorosát keresik a minimálbérnek. Bár köztük is akadnak olyan amerikaiak, akik nem tudnak

semmilyen egészségbiztosítást megfizetni (lévén, hogy olyan betegséggel rendelkeznek, ami miatt a magánbiztosítók csak csillagászati áron biztosítanák őket), többségük számára nem jelentene anyagi nehézséget valamely magánbiztosítónál egészségbiztosítást kötni. Az ötödik csoportba kerültek azok a 18 és 34 év közötti fiatal felnőttek, akik átlagban négyszer annyit költenek havi szinten alkoholra és más egyéb élvezeti cikkre, mint amennyibe az egészségbiztosítás kerülne nekik, mégsem tarják fontosnak/kifizetődőnek/elérhetőnek az egészségbiztosítást, és ezért (felelőtlenül) nem szánnak rá pénzt[34]. Elmondhatjuk, hogy az utóbbi két csoport tagjai túlnyomó többsége számára a társadalmi szolidaritás, de akár a felelős öngondoskodás is egy felesleges szólam.

A legutolsó csoportba került az a hozzávetőleg 10,6 millió amerikai, akik a 45,7 millió emberből valóban állami közbeavatkozásra várnak, mert máskülönben esélyük sincs arra, hogy biztosításhoz és ilyenképpen ellátáshoz jussanak[35].



1. ábra: Az egészségbiztosítással nem rendelkező amerikaiak alpopulációi (2007) [36]

A harmadik rész második fejezete azt az öt tényezőt veszi górcső alá, ami leginkább okolható a (nemzetközi összevetések alapján) szükségtelenül magas és az inflációt bőven meghaladó mértékben növekvő egészségügyi árakért Amerikában:

A. A sokbiztosítós, profit-orientált rendszer
B. A krónikus betegellátás hiányosságai

C. Az új orvosi technológiák piaci alapú versenye
D. Az egészségügyi ellátások finanszírozási rendszere
E. Gyógyszerárak

A 2008-as elnökjelöltek megoldási javaslatai

A negyedik részben részletes kifejtésre és kiértékelésre kerül John McCain, a 2008-as republikánus elnökjelölt, valamint Barack Obama, demokrata elnökjelölt, egészségügyi programtervezete. Mindketten ugyanazt a két célt nevezték meg legfontosabbnak: a biztosítás nélküli amerikaiak számát minimálisra csökkenteni, valamint az égbeszökő egészségbiztosítási árakat megfékezni. A két elnökjelölt szenátor megoldási javaslatai azonban merőben eltértek egymástól. Míg McCain az egészségbiztosítás teljes liberalizációját tűzte zászlóra, a szabadpiactól várva az árak versenyképessé válását, úgy Obama egy meglehetősen hibrid megoldási javaslatcsomaggal állt elő, ami a baloldali értékek jelenlétének és az állam szerepének megerősítésétől várta a válság megoldását – ugyanakkor helyben hagyta volna a jelenlegi renszer profitelosztási visszásságainak többségét.

Egy amerikai sikertörténet

A doktori értekezés utolsó fejezetének a címe ‘Egy amerikai sikertörténet’, amely azt az álláspontot összegzi, miszerint Amerika képes lenne általános, „a bölcsőtől a sírig” tartó egészségügyi ellátást adni állampolgárai számára olyan állami egészségügyi biztosítási rendszeren keresztül, amely nem kerül többe, mint a jelenleg elérhető biztosítási lehetőségek, ugyanakkor megbetegedés esetén nem okozná a család anyagi ellehetetlenedését[37]. A *Veterans Health Administration (VHA)*, egy amerikai egybiztosítós egészségügyi rendszer, amely öt év leforgása alatt (1995-2000 között) csodálatos sikereket ért el néhány reform végrehajtásának köszönhetően. Óriási dolog lenne Amerika számára ha a VHA modellt országos szinten elérhetővé tenné minden amerikai számára. Ehhez azonban arra lenne szükség, hogy a Kongresszus törvényhozói sokkal jobban informáltak legyenek az egészségügyi rendszerek

nemzetközi és hazai tapasztalataival, illetve függetlenítsék magukat bizonyos érdekcsoportok (lobbiszervezetek) pénzügyi befolyásától.

Az egybiztosítós rendszer bevezetése az Egyesült Államokban jelenleg irreális cél; ennélfogva egy „második legjobb" megoldásra van szükség. Az Obama-csapat által a kampányidőszakban (2007-2008-ban) bemutatott reformcsomag megközelíti ezt, mégis több szempontból is elvéti a célt. Az 'Obama-Biden – Egészséges Amerika Tervezet' ugyanis nem tartalmazza sem az orvosok javadalmazási rendszerének az átalakítását, sem az amerikai egészségügyi rendszer reorientációját a szakorvosi ellátás felől a háziorvosi ellátás felé. E kettő nélkül pedig jóformán lehetetlen akár az égbeszökő árakat leszorítani, és/vagy a 46-60 millónyi biztosítás nélküli amerikait bevonni az egészségügyi ellátásba.

Az amerikai egészségügyi rendszer, szilárd gazdasági és szociális alapokon nyugvó, átfogó reformja, amely első sorban az amerikai emberek túlnyomó többségének előnyét tartaná szem előtt, továbbra is politikai tabu Amerikában – elsősorban az un. "vas-háromszög", a privát egészségügyi cégek részvényesei által pénzelt politikusok, hivatalnokok és meghatározott érdekkörök képviselőinek köszönhetően, akik a status quo fenntartásában érdekeltek[38]. Ez a vas-háromszög következetesen hamis színben tünteti fel a lehetséges megoldásokat és az állami biztosítási rendszerekről rendelkezésre álló tekintélyes nemzetközi tapasztalatot. Amennyiben azonban az amerikai középosztály egyszer rádöbben a piacorientált (hibrid) egészségügyi rendszerükbe ágyazott alapvető hibák sokaságára és szövevényére, és ugyanakkor több információt kap az OECD országok rendszereiről, úgy lehetségessé, sőt egyenesen népszerűvé fog válni az amerikai hibrid rendszer egészére kiterjedő, átfogó reform. Azokat a változásokat, amelyekről jelenleg legtöbb középosztálybeli amerikai úgy gondolja, hogy félni kell tőlük, akkor félreérthetetlenül követelni fogják.

A disszertáció tartalomjegyzéke

Bevezetés		4
I. rész	**A világ főbb egészségügyi rendszerei**	9
1. fejezet	I.1 A társadalombiztosítás/Bismarck modell	9
	I.2 Az egybiztosítós/Beveridge modell	12
	I.3 A nemzeti egészségügy-biztosítós modell	17
	I.4 A piac-vezérelt egészségügyi modell	24
2. fejezet	Az Egyesült Államok egészségügyi rendszerének ideológiai háttere	37
II. rész	**Az Egyesült Államok egészségügy politikája a XX. században**	48
1. fejezet	Theodore Roosevelt: Szövetségi, egységes egészség-biztosítás, avagy megoldások az egyes államok szintjén	48
2. fejezet	Lassú fejlődés az 1920-as években	55
3. fejezet	Franklin D. Roosevelt és a Társadalombiztosítási Törvény: Miért emelték ki a nemzeti egészségbiztosításról szóló passzust a törvény beterjesztése előtt?	59
4. fejezet	Harry S. Truman próbálkozásai az egészségügy megreformálására: Kudarc az elnöki támogatás ellenére	81
5. fejezet	Eisenhower évei: A *Forand Törvénytevezet* és a *Kerr-Mills Törvény*	100
6. fejezet	John F. Kennedy *Új Távlatok* nevű programja és a liberális áttörés az 1960-as években	104
7. fejezet	A *Medicare* születése: Lyndon B. Johnson *H.R.1*, *S.1* és *a Társadalombiztosítási Törvény 1965-ös kiegészítései*	111
8. fejezet	Richard M. Nixon erőfeszítései az egészségügyi kiadások megfékezésére: közelebb, mint valaha az általános egészségügy-biztosításhoz	126

9. fejezet Jimmy Carter és a "Beteljesítetlen szociális programpont": Dilemma a nemzeti egészségügy-biztosító és a kiadások féken tartása között 137

10. fejezet Ronald Reagan: Szabad piac kontra központilag meghatározott árak a *Medicare*-ben valamint ellátási kötelezettség fedezet nélkül 143

11. fejezet A Clinton házaspár egészségügyi reformtörekvései: A *Health Security Act* (1993) 150

12. fejezet George W. Bush: Fogyasztó-orientált egészségbiztosítás, avagy törvényesített korrupció 180

III. rész Diagnózis az Egyesült Államok jelenlegi egészségügyi válságáról 198

1. fejezet Biztosítás nélküliek Amerikában 199

2. fejezet Az égbeszökő egészségügyi kiadások okai 216

IV. rész A két elnökjelölt (2008) által kínált megoldások 247

1. fejezet A 2008-as republikánus elnökjelölt egészségügyi programjának értékelése 248

2. fejezet A 2008-as demokrata elnökjelölt egészségügyi programjának értékelése 262

Következtetés Egy amerikai sikertörténet az egészségügyben 286

Függelék Részletes kronológia 295

Hivatkozások

[1] Up from $2 trillion in 2006. (Fritze, John. "Medical expenses have very steep rate of growth." *USA Today*. (February 4, 2010) Web. Feb. 2, 2010 www.usatoday.com/news/health/2010-02-04-health-care-costs_N.htm)

[2] It is up from 6.5% 40 years ago to 17% in 2009. (Walker, David M. Rosenthal. "The House Health Care Reform Proposal". *Peter G. Peterson Foundation*. Nov. 9, 2009 Web. Nov. 23, 2009. www.pgpf.org/newsroom/oped/nim-rosenthal)

[3] Ibid.

[4] Claxton, Gary. "Health Spending Consumes More Of U.S. Economy, Will Tip Toward Government". *Medical News Today*. Feb. 5, 2010. Web. Feb, 10, 2010. www.medicalnewstoday.com/articles/178298.php

[5] The Employee Benefit Research Institute, in a report released on October 5, 2007, found that the number of uninsured U.S. residents younger than 65 rose to 46.4 million or 17.9% of that population. More than 25% of self-employed workers are uninsured, while almost 20% of all workers lacked insurance. Self-employed people and workers at private sector firms with fewer than 100 employees made up 63% of the working uninsured. About 33% of the uninsured were in families with annual incomes less than $20,000, compared with about 7% of people in families with annual incomes of $75,000 or more. (The Employee Benefit Research Institute. "*Uninsured Nonelderly U.S. Residents Up 17.9% in 2006"* California Healthline. Oct. 5, 2007. Web.Oct. 23, 2009. http://www.californiahealthline.org/articles/2007/10/5/Uninsured-Nonelderly-US-Resident-Up-179-in-2006.aspx.)

[6] Families USA. "Wrong direction: one out of every three Americans is uninsured". Publication no. 07-108; 2007. Web. Sept. 28, 2008 http://www.familiesusa.org/resources/publications/reports/wrong-direction.html

[7] BBC. "Surprise rise in US job losses". Jan. 8, 2010. Web. Feb. 16, 2010. news.bbc.co.uk/2/hi/8448715.stm

[8] Ibid.

[9] Losing one's job is a double blow in America, because it also entails losing one's (or often case the entire family's) health coverage. According to the latest statistics, published in December 2009, the lack of health insurance causes at least 44,800 unnecessary deaths every year in the United States. (Wilper, Andrew; Woolhandler, Steffie; et al. "Health Insurance and Mortality in US Adults." *American Journal of Public Health*. Dec. 2009, vol 99, No. 12 Web. Jan. 10. 2010. http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/short/99/12/2289)

[10] Himmelstein, David. et al. "Medical Bankruptcy in the United States, 2007". *The American Journal of Medicine*. Volume 28, Number 4. Aug. 2009. PDF (Jan. 8, 2009) http://www.pnhp.org/new_bankruptcy_study/Bankruptcy-2009.pdf

[11] Ibid.

[12] Reid, T.R. *Sick Around the World*. Frontline, PBS. 2007. Documentary, WEB Dec, 29. 2008. http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/sickaroundtheworld/interviews/reinhardt.html

[13] "Specific measures of health outcomes include high life expectancy, low preventable mortality, low infant mortality, and low proportions of adults with limitations on their activities. The United States ranked last overall on all 3 indicators of healthy lives. The U.S. infant mortality rate is 7.0 deaths per 1000 live births, compared with 2.7 in the top 3 countries." American College of Physicians. "Achieving a High-Performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other Countries." *Annals of Internal*

Medicine. January 1, 2008. Volume 148 Issue 1. P. 55-75 http://www.annals.org/cgi/content/full/148/1/55?ijkey=333f73ff05338e532953776ce16eb09607210cc9

[14] The expressions: 'health care system', 'medical care' or 'medical system' are used interchangeably by health policy experts in the US.

[15] The only statutory right an American has is to emergency health care since 1986.

[16] Starr Sered, Susan and Fernandopulle, Rushika. *Uninsured in America*. University of California Press. 2007:217. Print.

[17] Institute of Medicine of the National Academies of Science. "Insuring America's Health." Jan. 14, 2004. Web. Jan. 21, 2009. http://www.iom.edu/Reports/2004/Insuring-Americas-Health-Principles-and-Recommendations.aspx

[18] www.InsuranceCompanyRules.org

[19] Census Bureau. "US Census Bureau's 2008 Statistical Abstract – Looking at America's Data". Flowing Data.com Web. Sept, 2. 2009. http://flowingdata.com/2008/05/21/us-census-bureaus-2008-statistical-abstract-looking-at-americas-data/

[20] Reinhardt, Uwe. "A Medicare-like Plan for the Non-Elderly." *New York Times*. May 15, 2009. Web. Aug, 15. 2009. http://economix.blogs.nytimes.com/2009/04/06/a-medicare-like-plan-for-the-non-elderly/

[21] Mahar, Maggie. *Money-Driven Medicine*. Harper Collins, New York. 2006. Print.

[22] The terms 'conservative' and "Republican" are, for the sake of simplicity, used interchangeably in this paper. It is not the objective of this paper to dwell on the various strands and shades present within American Conservative ideology.

[23] Bodenheimer, Thomas. "Health Care: Social Insurance." *Health Affairs*. 24, no. 6 (2005): 1426-1435 Print.

[24] Kennen, Joanne. "Honest Debate and Pragmatic Solutions." *The Hastings Center*. Oct. 6, 2009. Web. Jan. 25, 2010. http://valuesconnection.thehastingscenter.org/2009/10/06/honest-debate-and-pragmatic-solutions/

[25] Corning, Peter A. "Personal Interview with Arthur Altmeyer." Washington. D. C. March 23, 1966. Web. Jan.28, 2009. http://www.ssa.gov/history/ajaoral2.html

[26] NBC News. Katherine Macken reporting on April 24, 1974. Web. Oct. 15, 2009. http://www.youtube.com/watch?v=iGKkPEvD2OM

[27] For small businesses and the self-employed who were unable to afford health insurance, the government would have provided subsidies. Himmelstein, David. et al., 2007

[28] Clinton, Bill. "State of the Union Address." Jan, 1994. Film. Oct.10, 2009. http://www.youtube.com/watch?v=Y3g4SX3BOUk

[29] Ibid.

[30] Bernstein, Donald S. "Toward a New Corporate Reorganization Paradigm." *Journal of Applied Corporate Finance*. 2007: 400–402 Web. Oct. 20, 2009. http://www3.interscience.wiley.com/journal/118505911/home

[31] Hennessey, Keith. How many uninsured people need additional help from taxpayers? April 9, 2009. PDF. July 12, 2009. http://www.eeca.coop/YTW%20Research%20Files/Keith%20Hennessey.pdf

[32] The Blue Cross Blue Shield Association. PDF. Nov. 2, 2009. http://www.bcbs.com/issues/uninsured/who-are-the-uninsured/uninsured_sec1.pdf

[33] Census Bureau (data on 2007). "US Census Bureau's 2008 Statistical Abstract – Looking at America's Data". Flowing Data.com Web. (2008-2010) http://flowingdata.com/2008/05/21/us-census-bureaus-2008-statistical-abstract-looking-at-americas-data/

[34] Bureau of Labor. "How The Average U.S. Consumer Spends Their Paycheck 2005." Web. July 22, 2009. http://www.visualeconomics.com/how-the-average-us-consumer-spends-their-paycheck/

[35] Hennessey, 2007

[36] 2007 calculations, extending 2005 data from the Census and HHS/ASPE

[37] Young, Quentin D. M.D. "Testimony of Young before the House Ways and Means Committee." (June 24, 2009) Web. Aug. 10, 2009 http://www.pnhp.org/news/2009/june/testimony_of_quentin.php

[38] Dr. Friedman in Laszewski, Bob. "Health Care Reform Coming Out of Senate Finance?" Health Care Policy and Marketplace Review. July 29, 2009. Web. July 29, 2009 http://healthpolicyandmarket.blogspot.com/2009/07/health-care-reform-coming-out-of-senate.html