

Affordable Care Act- for better or for worse?

-En liten oppsummering

Fride Bae (180646)

01.06.2017

Institutt for sammenliknende politikk

SAMPOL 650 Vår 2017

Innhold

Sammendrag.....	i
Liste over figurer og tabeller:.....	ii
Forkortelser	iii
1.0 Innledning.....	1
1.1 Avgrensinger	2
2.0 Teoretisk bakgrunn.....	3
2.1 Helse som menneskerett i USA.....	3
2.2 Implementering av endring i helsevesenet	5
2.3 Historisk framstilling av maktbalansen i det amerikanske helsesystemet	7
2.4 <i>Affordable Care Act</i> - en introduksjon	14
2.4.1 Ekspansjons og kostnadstiltak forsikringsmarkedet.....	16
2.4.2 Kvalitetsforbedrende og kostnadsbesparende tiltak helsetjenester	23
3.0 Metode.....	30
3.1 Valg av metode og gjennomføring.....	30
3.2 Hensikt med oppgaven og egen erfaring med evalueringsstudie	31
3.3 Datainnsamling.....	31
3.4 Metodekritikk	32
4.0 Analyse.....	33
4.1 Har ACA gitt flere tilgang til gode helseforsikringer til overkommelig pris?	33
4.2 Har ACA bedre kvaliteten på helsetjenestene?	40
4.3 Bremser ACA vekst i offentlige helseutgifter?	43
4.4 Har ACA bedret retten til helse?	44
5.0 Oppsummering/konklusjon	46
Litteraturliste	49

Sammendrag

Helse som menneskerettighet er ikke konstitusjonelt forankret i USA, men Obama, som mange presidenter før han satte helse som menneskerettighet på den politiske dagsordenen. Det var hans viktigste innenrikspolitiske valgkampsak i presidentkampanjen i 2008. Med utgangspunkt i problemstillingen «I hvilken grad har amerikanerne til nå lyktes i å innfri hovedintensjonene i *Affordable Care Act*, og hvilken betydning har reformen for retten til helse i USA?» er formålet med denne masteroppgaven å evaluere implementeringen av helsereformen til nå og vurdere om den har hatt betydning for helse som menneskerettighet i USA, med utgangspunkt i lovens tre hovedmål om å øke forsikringsdekningen, forbedre kvaliteten på helsetjenestene og bremse økningen av de statlige helsekostnadene.

Dette er en evalueringsstudie med mål-basert evaluering som metode. Mål-basert evaluering fokuserer på målene og hvor de utgjør grunnlaget for evalueringen. Hensikten var å vurdere i hvilken grad målene med reformen er oppnådd og retten til helse bedret med utgangspunkt i teoribakgrunn om retten til helse i USA, historisk maktbalanse i det amerikanske helsesystemet, implementering av endring i helsevesenet og ulike utvalgte tiltak i helsereformen. Analysen er basert på ulike artikler, bøker, lover og offentlige publikasjoner.

Funn viser at reformen har utvidet forsikringsdekningen betydelig. De statlige helseutgiftene er foreløpig bremsset, men det er uenighet rundt hvorvidt dette skyldes helsereformen eller den foregående økonomiske krisen. Det er fortsatt uklart om reformen har økt kvaliteten på helse, men den har bidratt til et økt fokus på kvalitet og inneholder flere kvalitetsrettede initiativer som nå er i stor vekst. Helsereformen har ikke forankret helse som menneskerett for alle amerikanere, men retten til helse er forbedret for mange. Slik reformen består i dag er den ikke et godt nok redskap til å realisere universell forsikringsdekning.

Liste over figurer og tabeller:

Tabell 1: Individuelt mandats straffer	19
Tabell 2: Oppsummerende funn	46
Figur 1: Employer mandate straffer	21
Figur 2: Forebyggende helsetjenester for voksne	24
Figur 3: Forebyggende helsetjenester for barn	24

Forkortelser

ACA – *Affordable Care Act*

ACO- *Accountable Care Organizations*

BPCI- *Bonded Payments for Care Improvement*

CHIP- *Childrens' Health Insurance Program*

HAC - *Hospital-Acquired Condition Reduction Program*

HMO - *Health Management Organizations*

HRRP- *Hospital Readmissions Reduction Program*

PPACA- *Patient Protection and Affordable Care Act*

PPOs -*Preferred Provider Organizations*

VBP- *Hospital Value-Based Purchasing*

1.0 Innledning

«Enhver har rett til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både i fysisk og psykisk henseende», sier artikkel 12 i Konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, jfr FN.no «FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter». USA ikke har ratifisert denne konvensjonen hvilket betyr at den ikke er lovfestet og at brudd med konvensjonen ikke kan håndheves i amerikanske domstoler. Til tross for manglenderatifisering av øks- rettigheter var *Affordable Care Act* ment å demokratisere tilgangen til helsetjenester i USA. Obama, som flere tidligere presidenter, satte helse som menneskerettighet på dagsordenen i amerikansk politikk ved å gjøre kampen for helsereform til sitt viktigste innenrikspolitiske valgkamplofte i presidentvalgkampanjen som han kom seirende ut av i 2008. Når Obama den 23. mars 2010 endelig kunne signere *The Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA), nå mest kjent som Obamacare eller *The Affordable Care Act* (ACA), tok han det første steget i å oppfylle sitt største valgkamplofte.

Det å bedre retten til helse anses derfor som et overordnet mål og en ønsket effekt av ACA. De tre hovedintensjonene (*triple aim*) i reformen var å gi flere amerikanere tilgang til gode helseforsikringer til en overkommelig pris, forbedre kvaliteten på helsetjenestene og redusere vekst i offentlige helseutgifter (Obama 2016). ACA anses derfor som et forsøk på å motbevise Kissicks (1994) velkjente teori om jerntriangelet som sier at tilgang, kvalitet og kostnad ikke kan bedres samtidig fordi de er i konkurranse med hverandre i et spill hvor ikke alle kan vinne.

Gjennom å regulere helseforsikringsindustrien, ta noe av makten tilbake fra markedet, skape større konkurranse og sikre fokus på kvalitet i tjenestelinjen ble kampen mot jerntriangelen satt i gang og alle skulle vinne. Helseforsikringene skulle bli bedre og billigere, flere skulle få forsikring, folket skulle få et bedre helsetilbud og statens stadig økende utgifter skulle bremse. Helse er business og målet med helsereformen er å fordele inntektene og utgiftene på en slik måte at staten, markedet og folket er fornøyd med eller kan godta sin del av godene og byrdene. Denne balansen har vist seg vanskelig å implementere i USA da konkurransen mellom de ulike partene har vært for stor og maktforholdet til enhver tid har vært skjevfordelt til den ene eller andres fordel, i korte perioder av gangen (Bodenheimer og Grumbach 2009).

Det er nå over syv år siden de første lovendringene trådte i kraft og Obama har gitt stafettspinnen videre. Det har skjedd mye på disse årene, det skjer fortsatt endringer og det vil

det gjøre i lang tid framover, dersom reformen ikke blir erstattet. Selv om *Affordable Care Act* fortsatt er under implementering, og går en usikker framtid i møte, er det nå tid for å evaluere de endringene som har tatt plass, evaluere hvor langt amerikanerne har kommet i å innfri målene de satte seg i mars 2010 og se på hvilken betydning reformen har hatt for helse som menneskerett i USA.

The Affordable Care Act er en stor og kompleks reform hvilket gjør det for utfordrende å foreta en helhetlig evaluering av alle dens momenter i en slik framstilling. Med problemstillingen "I hvilken grad har amerikanerne til nå lyktes i å innfri hovedintensjonene i *Affordable Care Act*, og hvilken betydning har reformen for retten til helse i USA?", ønsker jeg å evaluere iverksettingen av reformen med utgangspunkt i lovens tre hovedmål. Hensikten med oppgaven er å belyse de største endringene for det amerikanske folket og vurdere om ACA var det rette redskapet til å demokratisere tilgangen til helsetjenester i USA.

For å kunne foreta en evaluering av disse hovedmålene vil jeg først kort gå inn på problematikken rundt implementering av endring i helsevesenet. Videre vil jeg sette helse som menneskerett i amerikansk kontekst, presentere en historisk framstilling av maktbalansen i det amerikanske helsesystemet og en introduksjon av *Affordable Care Act* og utvalgte tiltak. Deretter vil jeg gjennomgå metoden før jeg foretar meg en analyse av de tre ulike hovedmålene ved å diskutere igangsettelsen av de utvalgte tiltakene opp mot hvert hovedmål, og diskutere om reformen bedrer amerikanernes rett til helse. Til slutt vil jeg komme med en oppsummering/ konklusjon.

1.1 Avgrensinger

The Health Care and Education Reconciliation Act of 2010 og *Student Aid and Fiscal Responsibility Act* ble signert sammen med *The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010*. I tillegg inkluderer PPACA mange tillegg til allerede eksisterende lover, og inkluderer mange nye regler og reguleringer som kommer fram i loven, men som ikke ble skriftliggjort før etterpå, jfr Obamacarefacts «Summary of Provisions in the Affordable Care Act» (2016). I denne oppgaven vil jeg kun se på PPACA, her navngitt som ACA, med utgangspunkt i hovedmålene med reformen og utvalgte tiltak.

Flere av de store endringene av ACA ble ikke igangsatt før 2014, noen senere, da spesielt tiltak rettet mot kvalitet og kostnadskontroll. Målet om å ekspandere helsedekningen er den

delen av implementeringen som har kommet lengst. På bakgrunn av det og fordi jeg vurderer en vellykket ekspansjon som essensielt for å gjennomføre full implementering vil ekspansjonsdelen av reformen bli vektlagt.

2.0 Teoretisk bakgrunn

For å kunne vurdere helsereformen som en positiv eller negativ utvikling må en først sette seg inn i amerikansk historie både når gjelder helse som menneskerett og maktbalansen i det amerikanske helsesystem. Videre er det nyttig å forstå litt av kompleksiteten rundt det å skulle implementere endring i helsevesenet. En introduksjon av ACA og framstilling av de utvalgte tiltakene som skal danne grunnlaget for evalueringen er også nødvendig bakgrunns teori som danner grunnlag for videre drøfting og evaluering.

2.1 Helse som menneskerett i USA

USA har ikke ratifisert konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØKS), hvilket inneholder helse som menneskerett, men det betyr ikke at staten avskriver seg ansvaret for befolkningens helsetilbud. Tilnærminger som er basert på verdier heller enn bindende lover er ofte å foretrekke for land som USA. Suverenitetsprinsippet står sterkt og de ønsker ikke å bli fortalt hva de skal gjøre. Ved å ratifisere avtaler styrkers andre lands posisjon til og lovlig å håndheve disse avtaler, særlig avtaler om økonomiske, sosiale og kulturelle spørsmål, som krever utgifter og ressurser. De ønsker ikke å ratifisere konvensjoner på bakgrunn av dette og har derfor ikke bundet seg til ØKS eller den amerikanske menneskerettighetskonvensjonen og dens tilleggsprotokoll fra San Salvador, som begge adresserer økonomiske, sosiale og kulturelle spørsmål (Castleberry 2015, 206).

USA har både signert og ratifisert *International Covenant on Civil and Political Rights* (ICCPR), men dette gikk ikke gjennom i kongressen hvilket betyr at den er umulig å håndheve i amerikanske domstoler, så lenge ikke landet vedtar nasjonale lover som implementerer den (Castleberry 2015, 206). I sin 2010 rapport til FNs høykommissær for menneskerettigheter, i forbindelse med den periodiske rapporten ble ACA trukket fram og gitt stor plass under temaet helse. Det står blant annet at reformen vil gjøre store framskritt mot å nå målet om at alle amerikanere skal ha tilgang til gode og rimelige helsetjenester, Jfr

State.gov «Report of the United States of America Submitted to the U.N. High Commissioner for Human Rights In Conjunction with the Universal Periodic Review» (2010).

Verdens helseorganisasjon (VHO) beskriver universell helsedekning som det mest kraftfulle konseptet folkehelse har å tilby.

«Universaldekningen er relevant for hver person på denne planeten. Det er et mektig redskap som opphever skillet mellom de rike og de fattige, de privilegerte og marginaliserte, de unge og de gamle, etniske grupper og kvinner og menn» (Chan 2012)

VHO ser universell helsedekning som det ultimate uttrykket for rettferdighet og beskriver det som et anker i arbeidet framover (Chan 2012).

USA anses for å være et av verdens mest kapitalistiske samfunn hvor markedskreftene er sterke. Helsesektoren spredte seg gjennom markedet i USA, men den amerikanske staten har vært involvert i og har vært en part i å regulere helsesektoren. Det er dog en vedvarende og dagsaktuell diskusjon i forhold til *hvor stor* rolle den amerikanske staten skal ha i reguleringen av retten til helse. Disse utfordringene tatt i betraktning, har USA, på lik linje med alle andre FN land, valgt å vedta 17 hovedmål for bærekraftig utvikling og 169 delmål. Nummer 3 i rekken av hovedmål omhandler helse og skal sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder. Delmål nummer 8 er det mest interessante i sammenheng med USAs helsesystem og dets utvikling. Det sier som følger

«Oppnå allmenn dekning av helsetjenester, herunder beskyttelse mot økonomisk risiko, og allmenn tilgang til grunnleggende og gode helsetjenester samt trygge, virksomme og nødvendige medisiner og vaksiner av god kvalitet og til en overkommelig pris» jfr. NORAD («Bærekraftsmålene: hovedmål og delmål» (2016) .

Det er et kjent faktum at veien fra å vedta FNs utviklingsmål til å oppfylle dem har vært lang, og ofte for lang, men en må likevel ta utgangspunkt i at de land som er med på å vedta mål ønsker å jobbe for og nå dem. En ser en tydelig forbedring i det internasjonale samarbeidet og oppfatningen om at helse er et viktig element i en bærekraftig internasjonal utvikling. FNs resolusjon om universell helsedekning, selv om den ikke er bindende, ble enstemmig vedtatt i desember 2012. I resolusjonen står det at medlemslandene

«erkjenner betydningen av universell dekning i nasjonale helsesystemer, spesielt gjennom primærhelsevesenet og sosiale beskyttelsesmekanismer, for å gi tilgang til helsetjenester for alle, spesielt for de fattigste delene av befolkningen» United Nations «*United Nations resolution, 67/81 Global health and foreign policy, 2012*» (2013).

Når Obama satte helse som menneskerett på dagsordenen og lovte folket en helsereform ble han svart med å vinne presidentvalget. Det oppfatter jeg som at majoriteten av det amerikanske folket anser helse som en menneskerettighet og at tilgangen til helsetjenester ikke var tilfredsstillende før reformen. USA mangler en konstitusjonelt forankret rett til helse og i 2010 manglet over 50 millioner helseforsikring. En rekke studier har dokumentert korrelasjonen mellom mangel på helseforsikring og dårlig helse (McDonough 2011). Før helsereformen viste studier at mangelen på helseforsikring kostet nærmere 45.000 amerikanere livet hvert år (Wipley et al. 2009). Med denne sammenhengen som kjent og anerkjent siktet Affordable Care Act å bedre oppfyllelsen av helse som menneskerettighet gjennom å forsøke å utvide forsikringsdekningen, parallelt med å forbedre kvaliteten på helsetjenestene og senke kostnadene. Der derfor interessant å se på implementeringen til nå for å drøfte hvilken betydning reformen *har* hatt til nå og hvorvidt den kan ha en demokratiserende betydning for allmenn dekning av helseforsikring og tilgang til helsetjenester i USA.

2.2 Implementering av endring i helsevesenet

I følge McDonough (2011), forfatteren bak boken «Inside National Health Reform», har helsepolitikk lenge vært delt inn i de tre områdene tilgang, kvalitet og kostnad. Hans historiske oppfatning er at et helsepolitisk initiativ vanligvis fører til en positiv innvirkning på ett eller to av disse domene, med samtidig en negativ innvirkning på ett eller to av de andre, og at det dermed kreves avveininger når en gjør en endring i retningslinjene. Det er, ifølge McDonough, sjelden en kan vinne en helsepolitikk Trifecta og positivt påvirke alle tre aspektene.

Dette er en velkjent oppfatning av helsereform og William Kissick (1994) anses for å være den første som presenterte dette gjennom sin presentasjon av jerntriangelen. Jerntriangelen består av nettopp kvalitet, tilgang og kostnad som sammen representerer tre essensielle deler

av helsesystemet som er i konkurranse med hverandre. Når en implementerer en intervensjon i helsesystemet kan en gjøre systemet billigere, men kun ved å begrense tilgangen eller senke kvaliteten. En kan forbedre kvaliteten, men det vil resultere i redusert tilgang eller økt pris. Eller en kan utvide tilgangen, men også dette vil ha negativ innvirkning på kostnad eller kvalitet. Som nevnt i innledningen, er ACA designet og anses som et forsøk på å motbevise dette ved sin ambisjon om å forbedre alle områdene tilgang, kvalitet og kostnad. Det har vært uenighet blant forskere om hvorvidt dette lar seg gjøre. Noen mener loven vil kunne bøye jerntriangelen, men ikke brette den. De argumenterer for at loven ikke vil kunne få ned kostnadene, men at den muligens kan få bøyd kostnadskurven og opprettholde kvaliteten og tilgangen (Chen 2015, 2243-2246). Den historiske maktbalansen i det amerikanske helsesystemet, presentert nedenfor, stemmer godt overens med at det er vanskelig å implementere endringer, men hva er det som gjør implementering av endring i helsevesenet utfordrende?

Implementering er et komplekst problem. Det er mange pasienter som ikke mottar optimal pleie og forbedringer i klinisk praksis må til for at dette skal bedre seg. Ulike tilnærminger av endring er basert på ulike oppfatninger og teorier om menneskelig og organisatorisk endring. I boken *Improving Patient Care* (2013) presenterer Grol og Eccles fire ulike teorityper når gjelder implementering av endringer innen helse og innen disse fire kategoriene finnes det underkategorier. Uten å gå inn på og presentere disse her kan det nevnes at de konkluderer med at mange av teoriene ikke er helt tydelige, men bygger på andre teorier, overlapper ofte med hverandre og baseres på ulike oppfatninger av oppførsel eller organisatorisk endring. Empiriske bevis som underbygger de ulike teoriene er begrenset, spesielt i forhold til effektivitet og gjennomførbarhet i helsevesenet (Grol og Eccles, 2013).

De finner det vanskelig å konkludere med en teori som er valid nok til bruk i endring i helsevesenet, og påpeker at muligens alle kan være nyttige i å bidra til å forstå en endringsprosess. For de som er ansvarlige for å utvikle og gjennomføre endringer blir det viktig å uttrykke ideer og hypoteser og presentere en bred visjon om endringen i pleie av pasienter. I de fleste situasjoner vil en rekke ulike faktorer ha innvirkning på en slik endringsprosess og det bidrar til en hypotese om at dersom en endringsprosess skal kunne være effektiv og resultere i faktiske endringer må den være utviklet på bakgrunn av en rekke teorier (Grol og Eccles, 2013).

Implementering av endring skjer ofte enten på bakgrunn av ny forskning som tilsier at effektiviteten, sikkerhet, eller effekten av pleie kan bedres (top-down) eller gjennom misnøye med dagens rutiner innad i en arbeidsgruppe eller enhet (bottom-up). Begge disse kan starte en prosess av endringer som bør takles på en så systematisk måte som mulig (Grol og Eccles, 2013).

Det å vedta n ny lov fører ikke til en automatisk gjennomføring av det som står i den. ACA er den største helsereformen siden Medicare og Medicaid av 1965. Disse lovene siktet å endre deler av helsevesenet, mens ACA tar sikte på å reformere eller i alle fall berøre alle delene av det amerikanske det (French et al. 2016). Et system som i sin helhet består av utallige institusjoner, forsikringsselskaper, staten og befolkningen som benytter seg av helsetjenestene.

2.3 Historisk framstilling av maktbalansen i det amerikanske helsesystemet

Det amerikanske helsesystemet har som alle andre helsesystemer i verden gradvis blitt til og endret seg gjennom lang tid. Helsesystemet i USA skiller seg likevel veldig fra andre økonomisk sterke land, både i positiv og negativ forstand. I boken «*Understanding Health policy- a clinical approach*» (2009) brukes det siste kapittelet på å ta et skritt tilbake for å se på hvordan de ulike aktørene i helseindustrien har samhandlet de siste tiårene. Denne oppsummeringen av de ulike aktørenes roller og spilleregler er så vel presentert at jeg velger å basere min sammenfatning av den historiske maktbalansen på den. Et innblikk i maktbalansen anser jeg som et godt, men også nødvendig utgangspunkt for å forstå hvorfor det amerikanske helsesystemet er som det er i dag og noen av de utfordringer som ligger i det å skulle reformere systemet.

Mellom 1945 og 1970 var selvstendige små sykehus og små private legekontorer dominerende, selv om det eksisterte noen få større institusjoner. Det var lite konkurranse fordi det de fleste plasser hverken var overskudd av institusjoner eller helsepersonell (Bodenheimer og Grumbach 2009). Helsevesenet ble finansiert av hundrevis av private forsikringsselskaper i motsetning til det statlige alternativet som ble valgt i mange andre industrielle land. Først i 1965 var behovet for å fylle igjen hullene som markedet ikke dekket over vokst seg så stort at de statlige ordningene Medicare og Medicaid ble innført (McDonough 2011).

Et særtrekk ved helsesektoren i denne tiden var den sterke alliansen mellom forsikringsselskaper (*Blue Cross*- dannet av *American Hospital Association*) og helseinstitusjonene (*Blue Shield*- tilknyttet *American Medical Association*). Disse representerte sammen landets største helseforsikringssystem i over 50 år. Denne alliansen var ikke bare av politisk karakter, men innebar også at helsetilbyderne lovlig kontrollerte forsikringsselskapene. De kommersielle forsikringsselskapene var i stor grad styrt av refusjonsregler formulert av de som leverandørene og forholdte seg til de reglene og refusjonskravene som ble lagt fram, uten at det ble satt krav om å rettfærdiggjøre prisene på helsetjenester (Bodenheimer og Grumbach 2009).

Når sykehus og Blue Cross nærmest skrev refusjonsbestemmelsene for Medicare og Medicaid, som garanterte at deres leger og sykehus skulle få betalt de samme unaturlig høye summene som privatpraktiserende, var det et bevis på at denne alliansen hadde vokst seg for sterk. Resultatet var at det oppsto problemer med inflasjon av priser på helsetjenester på 1960-tallet. Interessen til å organisere seg var likevel lav blant kjøperen på grunn av landets gode økonomi og høye skattetilskudd for helseforsikring. Dette var en tid hvor den amerikanske økonomien dominerte og kontrollerte verden uten mye konkurranse. Fagforeningene i flere bransjer hadde fått igjennom sjenerøse lønninger og frynsegoder. Virksomhetene hadde råd til å betale de dyre forsikringene fordi de hadde så høy fortjeneste at forsikringene til de ansatte alt i alt utgjorde en liten del av et selskaps utgifter. Bedriftene så på utgifter til helseforsikring som en delbetaling av skatten som også ville dempe eventuelle økonomiske belastninger. Slik kunne økene kostnader genereres av leverandørene, refunderes av forsikringsselskapene og bli levert til bedriftene som uten å klage betalte høyere og høyere forsikringssummer for sine ansatte. Ingen sterke krefter forente leverandører og folket til støtte for å bruke medisinske gjennombrudd til å forbedre folks liv (Bodenheimer og Grumbach 2009).

På begynnelsen av 1970-tallet mistet USA sin sterke etterkrigsposisjon. Vest Europa og Japan tok store deler av markedet og USA dominerte ikke lengre verdensøkonomien. USA gikk fra å ha kontrollert så mye som 60 prosent av verdensproduksjonen på 1950-tallet til at andelen var halvert og nådde 30 prosent i 1980. Landet slet med inflasjon og/ eller arbeidsledighet fra 1970 og fram til tidlig 1990-tallet. Denne nye økonomiske realiteten var en avgjørende faktor i utformingen av helsesystemet. Nå som det ikke lengre var en overflod av penger begynte enkeltpersoner, bedrifter og staten å bekymre seg for de stadig økende kostnadene for helsetjenester og forsikringer. Det ble rettet stor kritikk mot helsesektorens økende kostnader

og det vokste fram en bekymring for samfunnet, og for mangelen på forebyggende helse (Bodenheimer og Grumbach 2009).

Kostnadene på en helseforsikring kunne på denne tiden øke med 25-50 prosent på et år. Folket begynte å protestere mot staten som igjen prøvde å sette i gang tiltak for å stoppe den uheldige utviklingen. De prøvde å kontrollere veksten av sykehus og det ble etablert kontrollerende enheter som skulle vurdere hensiktsmessigheter av ulike tjenester i Medicare. Kjøperne tok dermed også på seg rolle som regulatorer, men industrien nektet å la seg kontrollere i forhold til kostnader og inflasjonen i priser på helsetjenester fortsatt å øke, høyt over landets generelle inflasjon. Ettersom presset fra forbrukeren ble større på forsikringsselskapene skapte ikke denne utviklingen kun spenninger i helseindustrien, det begynte å slås brister i den en gang så sterke alliansen mellom forsikringsselskapene og helseinstitusjonene (Bodenheimer og Grumbach 2009).

Blue cross ble mye kritisert for å bidra til økende kostnader for den hjelpeløse befolkningen og de ble offisielt skilt ut fra American Hospital Association i 1974. Dette medførte at medisinske foreninger ble tvunget til å gi fra seg noe av kontrollen over også Blue Shields planer. Det oppsto konflikter mellom helseinstitusjonene og forsikringsselskapene som begynte å gjennomgå leverandørenes rutiner, kostnader, lengde på sykehusopphold og så videre. Det ble en slutt på at helsepersonell kunne velge nyeste utgave av alt innen medisinsk utstyr ettersom forsikringsselskapene ikke lengre garanterte dem refusjon for utgiftene. Overflod av leger, spesialister, sykehussenger og halvtomme sykehus var blitt en realitet, og markedet måtte konkurrere om de pasientene som var. På slutten av 70- tallet skapte den økonomiske krisen et landsomfattende skatteopprør og staten svarte med å prøve å redusere utgifter på blant annet helseprogrammer (Bodenheimer og Grumbach 2009).

Det ble også dyrt for arbeidsgiverne å forsikre sine ansatte. Mellom 1976 og 1988 hadde andelen av total lønn som ble brukt på forsikringer nesten doblet seg, fra 5 til 9,7 prosent. En så betydelig kostnadsøkning førte til at mange bedrifter begynte å forsikre sine ansatte selv og brukte kun forsikringsselskaper i prosesseringen av krav og andre administrative oppgaver. Allerede i 1991 var 40 prosent av arbeidstakere forsikret på denne måten. Det førte med seg at arbeidsgiverne tok på seg ansvaret og faren for høye utgifter til helsetjenester som igjen tvang dem til å fokusere på alle problemene med helsetjenestene. Dårlig økonomi, stigende kostnader og selvforsikring dro bedriftene inn i den helsepolitiske debatten og

kostnadskontroll var deres krav. Ved bruk av Health Management Organizations (HMOs) som kostnadsregulator fikk bedriftene framprovosert et skifte fra fee-for-service (betaling per tjenester) til capitated reimbursement (refusjon per person) som plasserte deler av risikoen for høye helseutgifter bort fra kjøper og forsikringsselskapene over på helsepersonell og helseinstitusjoner (Bodenheimer og Grumbach 2009).

Den individuelle kjøper hadde også innflytelse på 80-tallet ettersom arbeidsgiverne nå la utgifter til forsikring på sine ansatte. Fagforeningene klaget på høye kostnader og en så store streiker som stilte spørsmål rundt helsetjenester. Den økende tendensen av private forsikringsselskap som reduserte sin risiko ved å øke forsikringsprisene og unnlate å forsikre de med kroniske sykdommer, skapte mange skrekkhistorier i media som gjorde forsikringsselskapene veldig upopulære (Bodenheimer og Grumbach 2009).

I løpet av 80-tallet med skatteopprør og budsjettunderskudd måtte regjeringen ta grep om kostnadsøkningen av tjenester i Medicare og Medicaid, men suksessen var liten. Gjennom reformer som regulerte kostnader på sykehusopphold fikk de bremset økningen på utgifter til Medicare for inneliggende pasienter, men utgiftene til Medicare pasienter som ble behandlet på klinikker eller legekontorer økte kraftig og utgiftene forbundet med private kjøpere av helseforsikring økte. I 1989 ble det innført innstramminger av den stadige økende lønningssjekken til Medicare legene, som nærmest halverte kostnadsøkningene fra 11,3 prosent årlig mellom 1984 og 1991 til 5,2 prosent mellom 1991 og 1993. Flere stater var tvunget til å minske sitt Medicare program, men på grunn av den økonomiske krisen og økningen i antall uforsikrede tvang det bare staten til å utvide tilgangen til Medicaid. Aldri før hadde kostnadene på Medicaid økte raskere. (Bodenheimer og Grumbach 2009).

Så var det statens tur til å drive kostnadskontroll ved å kontrollere pleien innen Medicare og Medicaid. Den viktigste endringen på 80-tallet var selektivt entreprenørskap hvilket innebar at kundene og forsikringsselskapene begynte å velge hvilke helseleverandører de ville betale, mot at de hadde betalt alle tidligere. Målet var å utfordre leger og sykehusenes interesser og dette lot seg gjøre fordi forsikringsselskapene forlot sine tidligere allierte i helseforsyningen og dannet en ny allianse med kundene sine. Budskapet med selektivt entreprenørskap var tydelig: kjøpere og forsikringsselskap vil kun gjøre forretninger med de som klarer å holde kostnadene nede (Bodenheimer og Grumbach 2009).

Kollektivt entreprenørskap i kombinasjon med capitulated reimbursement, som satte heletjenesten i økonomisk risiko, endret hele dynamikken i den amerikanske helsesektoren. Pasientene kunne ikke lengre fritt velge hvilken lege de ville ha fordi arbeidsgiverne kunne kreve at de skiftet helseforsikring og dermed også lege. For helsesektoren så betydde kollektivt entreprenørskap hard konkurranse om kontrakter. Administreringen av helse økte og i 1990 var hele 95 prosent av amerikanske arbeidstakere innlemmet i en eller annen form for administrert helseplan, HMO eller PPO (Preferred Provider Organization), som inkluderte fee forservice planer og forbruksadministrering. Veksten av helseplaner, spesielt HMOs, som konkurrerte mot hverandre for kontrakter med næringslivet og staten, endret det amerikanske helsevesenet (Bodenheimer og Grumbach 2009).

På 1990-tallet opplevde mange steder i USA, spesielt i de store byene, store omveltninger innen helsevesenet. Uavhengige sykehus fusjonerte med hverandre og noen steder konkurrerte nå tre eller fire store helsenettverk om pasientene. Selektivt entreprenørskap gjorde det mulig for kjøperne og forsikringsselskapene å kontrollere refusjonstakstene til helsetilbyderne. Institusjonen som krevde for høy refusjon fra HMOs, mistet kontakter med dem og dermed også mange av sine pasienter. Opprettelsen av HMOs som skulle bidra til en bedre organisering av helsetjenester resulterte i det motsatte da legene ble tvunget til å sende pasienter til ulike sykehus, avhengig av hvilket deres HMO hadde kontrakt med. Spesialisthelsetjenester som ble dekket av pasientenes HMOs var ofte ikke i nærheten av deres legekantor, men på helt andre siden av byen. Hvilket ofte innebar store avstander og lang reisevei i store byer (Bodenheimer og Grumbach 2009).

Kjøperen dominerte markedet og regjeringen fikk stoppet inflasjonen i Medicare gjennom strenge bestemmelser i forhold til budsjett. Årlig utgiftsvekst gikk fra 12 prosent på begynnelsen av 90-tallet til null i 1999 og 2000. I det private markedet forhandlet arbeidsgiverne hardt med sine HMOs som gjorde at den årlige økningen sank fra 13 prosent i 1990 til 3 prosent i 1995 og 1996. Arbeidsgiverne organiserte seg i forhandlingene med HMOs og det ble så lønnsomt å være medlem av en HMO at medlemstallene økte fra 40 millioner i 1990 til 80 millioner i 1999 (Bodenheimer og Grumbach 2009).

På begynnelsen av det nye millenniet kunne en se store forandringer. Det var en nedgang i HMOs og en økning i PPOs. Sykehusene fusjonerte med hverandre og forlangte en prisøkning fra forsikringsselskapene. Forhalingene mellom forsikringsselskapene og HMOs endte ofte i

at den ene parten nektet å signere kontakter. Mange sykehus vant ofte forhandlingene og de økte prisene gjorde at HMOs krevde mer penger fra de ansatte. Det skapte igjen mistro på deres evne til å kontrollere kostnadene og innmeldte i PPOs økte fra 28 til 61 prosent fra 1996-2005 (Bodenheimer og Grumbach 2009).

Helsevesenet gjennomgikk en konsolidering som et svar på den store konkurransen på 1990-tallet. Store HMOs kjøpte opp små og fusjonerte med hverandre. I de fleste stater kontrollerte tre store forsikringsselskaper mer en 60 prosent av markedet og egenandelene var høye. Leverandørene ble også konsolidert, dog flere sykehus enn legekontorer. I 2001 var hele 65% av sykehusene medlemmer av større sykehusnettverk og de konkurrerte typisk med to eller tre andre nettverk i samme by. De fleste fastleger forble i små praksiser, mens spesialistene sluttet seg til spesialistgrupper, som ikke sjelden hadde representerte majoriteten innenfor sin spesialitet i sitt område (Bodenheimer og Grumbach 2009).

Samtidig med denne konsolideringen endret organisasjonene seg fra å være *non-profit* til investor eid og *for-profit*. De gikk fra å representere 35-40 prosent av markedet til at 9 av de 10 største HMOs var *for-profit* i 1994. Når størsteparten av sykehjem, hjemmesykepleie og sykehus var blitt *for-profit* fikk det konsekvenser for befolkningen. Sykehus med fokus på profitt utfører mindre veldedighet, behandler færre Medicaid pasienter, har høyere administrative kostnader og leverte dårligere kvalitet en *non-profit* sykehus (Bodenheimer og Grumbach 2009).

Jakten på lønnsomhet og økende spesialisering var så sterk at det truet tradisjonelle oppfatninger av profesjonalitet og samfunnsansvar. Spesialistsykehusene er ofte eid av spesialistene selv som da får dobbel betaling ved at de får betaling for utførte tjenester og for sin del av sykehusets fortjeneste. Spesialistene har ofte guidet godt forsikrede pasienter fra *non-profit* somatiske sykehus og over til sine egne *for-profit* sykehus. Universitetssykehusene tapte godt forsikrede pasienter og ble sittende igjen med de uten forsikring. Etableringen av spesialistsykehus har også økt forekomsten av for eksempel hjerteoperasjoner hvilket stiller spørsmål om hvorvidt alle ekstra prosedyrene er medisinsk hensiktsmessig eller kun økonomisk hensiktsmessig (Bodenheimer og Grumbach 2009).

På nesten samme måte har økonomisk motivasjon drevet spesialister til å sette opp dagkirurgi, diagnostikk og sentre for bildebehandling, som de selv eier. Det har blitt etablert flere tusen slike sentre og de utfører tjenester som tidligere ble utført av de somatiske sykehusene. Da får en også, som ved spesialistsykehusene, dobbel vinning ved at en får betalt for å levere tjenestene samt av overskuddet. Spesialist- grupper, som også inkluderer fastleger, har hatt best resultat på kvalitet, men har ikke vokst bemerkelsesverdig i antall. Delvis fordi det innen disse gruppene forventes at spesialistene skal dele sine høye inntekter og refusjoner med lavere betalte fastleger (Bodenheimer og Grumbach 2009).

For å kunne overleve har offentlige sykehus reagert med å opprette spesialiserte servicelinjer med formål om å tiltrekke seg spesialister og godt forsikrede pasienter. Uansett om det er snakk om et tradisjonelt *non-profit* sykehus, et *for-profit* sykehus, eller en lege-eid spesialistsykehus så er det mye mer lønnsomt å fylle sengene med en pasient som mottar organdonasjon, eller ryggkirurgi enn eldre pasienter med lungebetennelse og hjertesvikt, selv om de eldre har forsikring. Dette gjør at helsevesenet i stor grad fokuserer på hvordan de kan maksimere de mest lønnsomme servicene istedenfor å fokusere på de mest nødvendige. Denne situasjonen har også gjort det vanskelig for sykehusene å stille krav til legene (Bodenheimer og Grumbach 2009).

Spesialistene har ikke lengre behov for sykehuset når de kan drive et medisinsk senter hvor de selv er medeier. Det oppsto en situasjon hvor spesialistlegene ikke lengre følte seg forpliktet til å bistå sykehusene og de ønsket ikke lengre å ta vakter. Dette har medført at sykehusene har måttet betale mer enn tidligere for å få tak i de spesialistene de har behov for. Men det er ikke bare spesialistlegene som har skilt lag med sykehusene, også mange primærleger jobber aldri på sykehusene. Sykehusspesialister er leger som er spesialister på omsorg for pasienter som er innlagt på sykehus. Denne gruppen spesialister er den raskeste voksende i amerikansk historie og økte i antall fra 500 i 1997 til 20.000 i 2007 (Bodenheimer og Grumbach 2009).

Denne jakten på lønnsomhet har forverret primæromsorgen og skapt en ubalanse mellom primæromsorg og spesialisthelsetjenester. Det har skjedd en drastisk nedgang i antall medisinstudenter som velger karriere innen familiepleie. Pasienter opplever vanskeligheter med å få rask tilgang til primær pleie, eller finne en ny fastlege. Selv om det er ulike årsaker til nedgangen i interessen for primærhelseutdanning har det store lønnsgapet mellom primærhelsetjenesten og spesialistene utvilsomt hatt en stor innvirkning. Helsevesenet

bevegde seg lengre vekk ifra primærhelse som er viktigst for samfunnet og en var rett for at dersom denne utviklingen fikk fortsette ville en fortsatt se økende inflasjon i prisen på helsetjenester uten at det resulterte i bedre sikring av folkets helse (Bodenheimer og Grumbach 2009).

Helsevesenet i USA har fra tid til annen vært dominert av en rekke ustabile maktforhold mellom de ulike aktørene kjøpere, forsikringsselskapene og helsevesenet. En dominerer gjerne en stund, men det har historisk sett ikke gått lang tid før den dominerende har fått kjenne på motangrep fra en annen. Evnen til å fusjonere med andre har vist seg lønnsomt i maktforholdet. Større helseinstitusjoner har lettere kunnet kreve mer penger og store forsikringsselskaper lettere lyktes i å betale mindre. Pasientene og folket har hatt relativt lite å stille opp med som viser seg ved at helsetjenestene kun har blitt dyrere gjennom tidene og antallet på uforsikrede hadde økt til hele 47 millioner i 2007 (Bodenheimer og Grumbach 2009). Noe måtte gjøres for å endre de mange uheldige utviklingene innenfor amerikansk helsevesen og svaret på problemene skulle være Affordable Care Act av 2010.

2.4 Affordable Care Act- en introduksjon

Åtte av tretten presidenter siden 1933 har jobbet for en nasjonal helsereform og spesifikt for universell dekning av helseforsikring. Siden omkring 1990 har også oppfatningen av behovet for kvalitetsforbedring i helsesektoren spredt seg og hatt betydning i veien mot en vedtatt helsereform ved at det vokste fram en tro på at sløseri og ineffektivitet var en viktig negativ bidragsyter og årsaksfaktor til høye og stadig økende helseutgifter. Det ble estimert at så mye som en tredjedel av utgiftene som ble brukt til helse var unødvendig og gikk bort i ineffektiv og unødvendig pleie, samt administrativt overforbruk. Når denne oppfatningen fikk rotfeste førte den også til troen på at en strategi som eliminerte sløseri kunne være kilden til nok besparelser til å betale for universell helsedekning for alle amerikanere, samt veien mot et rimeligere, mer effektivt og bærekraftig system (McDonough 2011).

Helsesystemet og politiske ledere ble overbevist om at en helsereformkampanje fokusert på å utvide helsedekning for alle amerikanere, kombinert med systematisk reform adressert mot kvalitet kunne resultere i en helsepolitisk Trifecta. Det å forbedre kvalitet og kostnader ble sett på som symbiotisk og ikke i konkurranse med hverandre. Gjort på en riktig måte kunne

det åpnes en politisk vei til universell helsedekning for alle amerikanere og til forbedring av kvalitet og effektivitet i systemet (McDonough 2011).

I 2006 vedtok Massachusetts en helsereform som har gitt den føderale staten mye inspirasjon i utarbeidelsen av ACA. De vedtok og innførte universell forsikringsdekning til alle sine innbyggere med virkemidler som individuelt mandat, subsidiert forsikring og helseforsikringsmarkeder «*Health insurance exchanges*». I Massachusetts valgte de å vente med andre utfordringer som kostnadskontroll, betalingsreformer, kvaliteten på pleie og helsetjenester. Først i 2012, etter at de hadde utvidet helseforsikring til 98 prosent av sin befolkning, kom lovgivning som skulle adressere økende helsekostnader, og økende antall helsetjenester samt betalingsreformer basert på kvalitet. Selv om helsereformen i Massachusetts var til inspirasjon for føderalstaten i utarbeidelsen av ACA ble det, som beskrevet, valgt en bredere tilnærming på føderalstatsnivå. ACA adresserer tilgang, kostnad, kvalitet samtidig. Demokratene hadde kunnskap om at disse områdene påvirket hverandre og samtidig var de politisk realistiske ved at de visste at de i ikke ville få gjennomført alt de satte seg mål om som følge av politiske kompromisser (Selker og Wasser 2014).

ACA deles inn i ti hovedtitler det kan være hensiktsmessig å ha i bakhodet:

Tittel 1: *Quality, Affordable Coverage for All Americans* omhandler utvidet dekning av privat helseforsikring og regulering av det private helseforsikring markedet.

Tittel 2: *Role of Public Programs* utvider og reformer offentlig dekning i Medicaid og Barnas helseforsikringsprogram.

Tittel 3: *Improving the Quality and Efficiency of Health Care* forbedrer kvaliteten og effektiviteten av medisinsk behandling som leveres til alle amerikanere og gjør endringer i Medicare.

Tittel 4: *Prevention of Chronic Disease and Improving Public Health* skaper nye tiltak og programmer for å forebygge skader og sykdom, og for å forbedre offentlige helsesystemer.

Tittel 5: *Health Care Workforce* øker antallet og forbedrer kvaliteten på helsepersonell i USA.

Tittel 6: *Transparency and Program Integrity* gir nye verktøy for å bekjempe svindel og misbruk i offentlig og privat helseforsikring, beskriver helseindustriens finansielle informasjon til offentligheten, beskytter de eldste fra misbruk, og forbedrer kvaliteten på sykehjem.

Tittel 7: *Improving Access to Innovative Medical Therapies* oppretter en ny vei for produksjon og salg av generiske lignende biologiske legemidler.

Tittel 8: *Community living assistance Services and Support* setter opp et nytt frivillig offentlig program for å gi økonomisk støtte til funksjonshemmede for å hjelpe dem å leve et selvstendig liv i sine lokalsamfunn og hjem.

Tittel 9: *Revenue Provisions* betaler for omtrent halvparten av kostnadene ved utvidet dekning i tittel 1 og 2.

Tittel 10: Styrker kvaliteten, rimelige helsetjenester for alle amerikanere, den såkalte *Manager Amendment* (89), gjør endringer i tittel 1 til 9 (McDonough 2011).

Under hver tittel finner en også undertitler og i sin helhet er ACA så stor og kompleks at det ikke lar seg gjøre å presentere den eller evaluere den i sin helhet her. Tittel 1 og 2 omhandler ekspansjonen av forsikring og tiltak i forhold til dette vil, som sagt, bli vektlagt i denne oppgaven, både fordi det er lettere å evaluere utvidelsen da den er mer konkret, men også fordi Tittel 3 til 8 som omhandler alle forbedringer av ulike aspekter ved helsevesenet er en mer utfordrende del av reformen som krever lengre tid til å implementeres før den kan vurderes fullstendig.

ACA er, som tidligere beskrevet, blitt til på bakgrunn av en oppfatning om en kan få mer for mindre og at det å forbedre både tilgang, kvalitet og kostnad er sammenfallene, ikke motstridende. Mange av lovens tiltak har derfor til hensikt å gi effekt på flere hovedmål hvilket gjør det utfordrende og kategorisere, presentere og drøfte på en ryddig måte. Jeg har valgt å dele tiltakene inn i to, de som hovedsakelig er rettet mot forsikringsmarkedet og de som er rettet mot helsevesenet.

2.4.1 Ekspansjons og kostnadstiltak forsikringsmarkedet

Markedsplasser, subsidiering og Medicaid ekspansjon

ACA inneholder en obligatorisk etablering av markedsplasser for helseforsikringer «*exchanges*». Dette innebærer at samarbeidsvillige forsikringsselskap vil konkurrere om å selge forsikringspoliser som møter myndighetenes krav til individer og små bedrifter. I tilfeller hvor delstaten velger og ikke å implementere en markeds plass gir loven mandat til at den føderale regjeringen går inn for å lage en føderal markeds plass tilgjengelig til

innbyggerne. Det er i disse tilfellene kongressen som må finne midler til å styre markedsplassen (Rice et al. 2013).

Markedsplassen er primært for de som ikke har forsikring gjennom jobb, Medicare, Barns helseforsikringsprogram (CHIP), eller annen kilde til kvalifisert forsikring. Dersom en har en forsikring gjennom jobb kan en kjøpe forsikring gjennom markedsplassen, men må da betale full pris såfremt den forsikringen du har gjennom jobb møter standardkravene, Jfr healthcare.gov « *A quick guide to the Health Insurance Marketplace*» (2017).

ACA ønsker å gjøre forsikringer tilgjengelig for flere med lav inntekt ved å øke subsidieringen på private forsikringer. Kort beskrevet vil det si at de som har lav inntekt får tilgang til billigere forsikring da staten dekker kostnadene på deler av forsikringene deres. For å kvalifisere til subsidiering må en tjene under 400 prosent av den statlige fattigdomsgrensen og det finnes tre ulike typer subsidiering. Du kan få billigere forsikring, reduserte egenandeler eller du kan kvalifisere for Medicaid og CHIP, Jfr Obamacarefacts «What is Obamacare» (2016).

I sin originale versjon inneholdt helsereformen en obligatorisk utvidelse Medicaid i alle stater, men etter en høyesterettsavgjørelse i 2012 ble det gjort frivillig for hver enkelt stat hvorvidt de ønsket å utvide programmet eller ikke. Hensikten bak utvidelsen er å lukke gapet mellom de som kvalifiserer til Medicaid og de som anses for å ha muligheten til å kjøpe forsikring selv, ved hjelp av subsidier eller ikke, avhengig av inntekt. I stater som ikke har valgt å utvide Medicaid kvalifiserer gruppen som har en inntekt mellom 100 og 138 prosent av fattigdomsgrensen til subsidier ved kjøp av forsikringer gjennom markedsplassen. Det er derfor flere som kan motta subsidier i disse statene, men færre som kvalifiserer for Medicaid Jfr, Kaiser Family Foundation « *Estimates of Eligibility for ACA Coverage among the Uninsured in 2016*»(2016).

Pre-existing conditions

Før ACA ble mange amerikanere nektet forsikring fordi de allerede var syke før de tegnet en forsikringspolise, de hadde en såkalt *pre-existing condition*. Dette kan være alt fra kroniske sykdommer som astma eller hjertesykdom til kortvarige ryggplager eller graviditet.

Forsikringsselskapene benyttet ulike strategier for å ekskludere kunder de ikke anså som lønnsomme. En løsning var å ekskludere kunder ved å nekte dem forsikring, en annen versjon

var at de ble tilbudt forsikring, men til en uoppnåelig høy pris, eller så tegnet de en forsikringsavtale med unntak for behandling relatert til kundens pre existing condition, Jfr Kaiser family foundation «Health Insurance Market Reforms: Pre-Existing Condition Exclusions»(2012). Alle disse variantene resulterte dog i det samme- eksklusjon.

Fra og med 2014 kan ikke lengre forsikringsselskapene nekte å dekke deg på bakgrunn av at du har en *pre existing condition* forut for forsikringsavtalen. Forsikringsselskapene har heller ikke mulighet til å ta seg bedre betalt for å dekke personer som har en pre existing condition, eller nekte behandling basert på helsestatus. Så mange som en av to amerikanere har en helsetilstand som kan kvalifisere som en pre existing condition, Jfr Obamacarefacts « Pre-existing conditions» (2016).

Makssummer

Før helsereformen har forsikringsselskapene operert med årlige og livstids makssummer en person kan dekkes av gjennom forsikringen. Disse grensene gjorde tilgangen til helsetjenester vanskelig for kronisk syke, selv de som hadde forsikring., jfr Obamacarefacts «Pre-existing conditions» (2016). Livstids makssummer ble ulovlige med en gang ACA trådte i kraft, men årlige makssummer ble ikke ulovlige for forsikringsavtaler inngått før 2014, kalt grandfathering. I 2014 ble også alle årlige makssummer ulovlige for forsikringsavtaler inngått etter 23. Mars 2010. Mellom 2010 og 2014 åpnet loven likevel for å forby urimelig lave årlige makssummer, også for grandfathering plans (McDonough 2011).

Essensielle helsetjenester

Det at for få hadde helseforsikring var bare en av utfordringene før ACA. En annen stor utfordring var at mange av de som hadde forsikringer hadde forsikringer som var av dårlig kvalitet, eller som var det som befant seg i kategorien eller var definert som underforsikret. For å skape en større homogenitet i forsikringsmarkedet, øke konkurransen og kvaliteten ble det innført ti essensielle grupper helsetjenester, som til sammen utgjør et minimumskrav til hvilke helsetjenester en helseforsikring må dekke.

- 1) Poliklinisk behandling
- 2) Akutte helsetjenester, som turer til legevakten og sykehusinnleggelse

- 3) Behandling på sykehuset
- 4) Svangerskap, fødsel og barselpleie
- 5) Psykisk helsevern og behandling av avhengighet
- 6) Reseptbelagte legemidler
- 7) Rehabiliterende tjenester og behandlingsopphold
- 8) Laboratorietjenester
- 9) Forebyggende helsetjenester , velværetjenester og behandling for kronisk sykdom, samt
- 10) Helsetjenester for barn

Jfr, Obamacarefacts «What Are Essential Health Benefits?» (2017). Staten har altså nå satt en viss minimum standard for helseforsikringer, som de håper skal bidra til å garantere bedre helsetilgang. Det er fortsatt forskjeller fra plan til plan, men kravet om de essensielle helsetjenestene skal bidra til å skape konkurranse og kvalitet i forsikringsmarkedet.

Individuelt mandat

Før helsereformen var mange uforsikrede som følge av den vanskelige tilgangen til forsikringsdekning, men også en del valgte å være uten forsikring, selv om de hadde råd til det. Ved innføringen av ACA bestemte staten seg får og sette et utgangspunkt som sier at folk er forpliktet til å skaffe seg forsikring dersom de har mulighet til det, ved hjelp av subsidier eller uten. Hovedregelen har unntak ovenfor udokumenterte innvandrere, fordi de ikke får kjøpt forsikring og ikke kvalifiserer til subsidier, til folk med inntekt under 138 prosent av fattigdomsgrensen og som befinner seg i dekningsgapet fordi staten deres ikke har valgt å utvide Medicaid og ovenfor folk som må betale mer enn 8,13 prosent av husholdningsinntekten for forsikring. De som derimot ikke er forsikret og heller ikke faller innunder en av disse unntakene må betale bot i form av skatt. Dette kalles individuelt mandat og innføringen har vært gradvis, over tre år (Rae et al. 2015).

TABELL 1. Individuelt mandats straffer

Year	Percent of Income (%)	Per Adult Penalty (\$)	Household Penalty (\$)	Prior Tax Year Filing Threshold Individual under 65 (\$)	Prior Tax Year Filing Threshold – Married filing jointly under 65 (\$)	Affordability Standard (%)
2014	1	95	285	10,000	20,000	8
2015	2	325	975	10,150	20,300	8.05
2016	2.5	695	2,085	10,300	20,600	8.13

Individuelt mandat gjør det mindre og mindre lønnsomt å la være å kjøpe forsikring, dersom en har mulighet, og en håper det kan påvirke flere til å tegne forsikring. Mandatet er en del av rekrutteringsarbeidet i ACA.

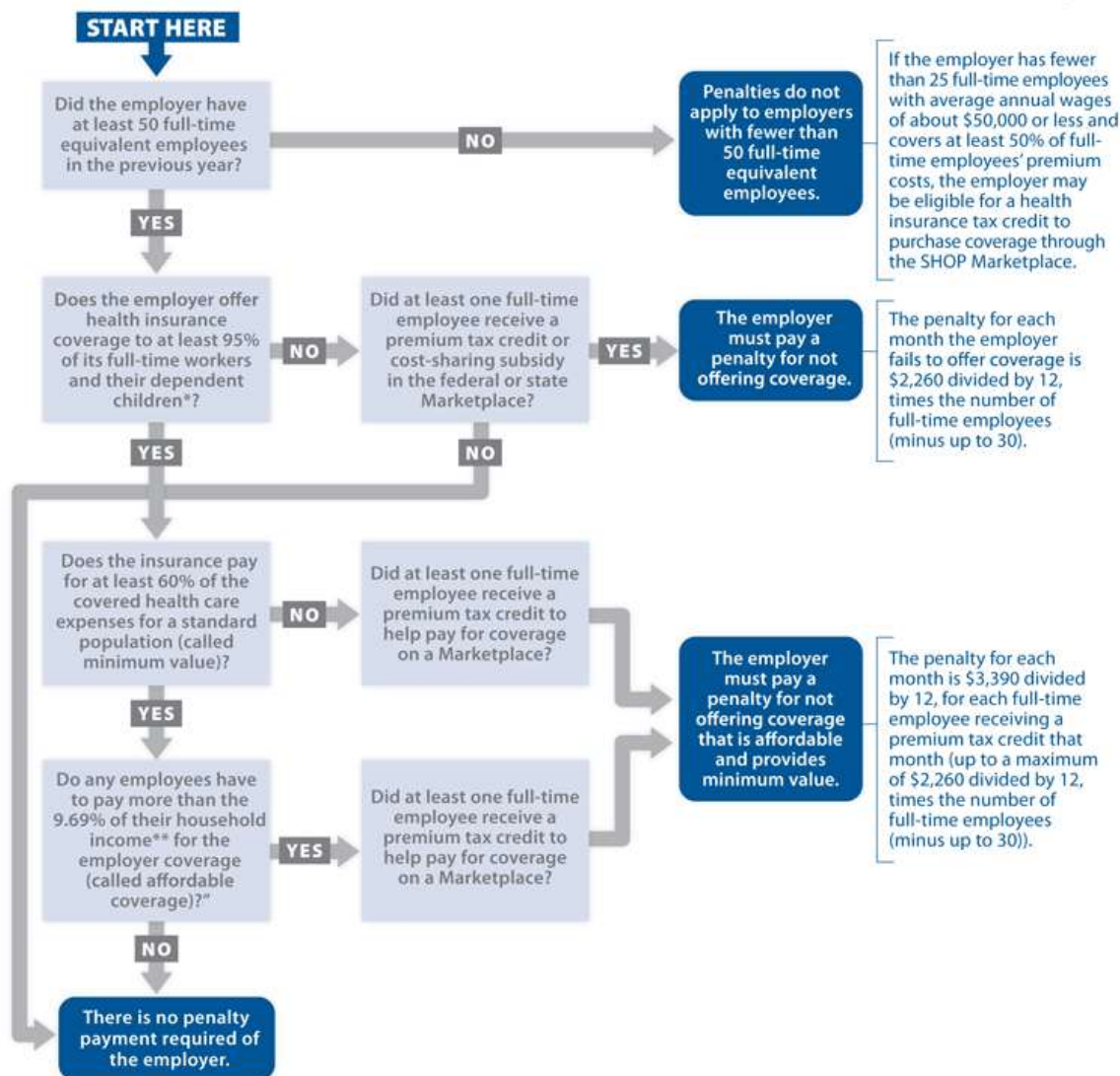
The employer mandate

Ved innføringen av helsereformen skulle The employer mandate (skattestraff for arbeidsgivere som ikke forsikrer sine ansatte), som er en del av Employer Shared Responsibility Provision trå i kraft i 2014, men innføringen ble utsatt til 2017. Under ACA gis den føderale staten, delstaten, forsikringsselskapene, arbeidsgivere og individuelle delt ansvar for å reformere og bedre tilgangen, kvaliteten og kostnaden på helseforsikring i USA. Alle bedrifter med 50 eller flere fulltidsansatte må tilby forsikring til minimum 95 prosent av sine ansatte. Mindre bedrifter kan få opptil 50 prosent skattelette dersom de tilbyr forsikring til sine ansatte Jfr. Obamacarefacts «Employer mandate» (2016).

Det er viktig å påpeke at de fleste bedrifter med mer en 50 fulltidsansatte allerede tilbydde sine ansatte forsikring før ACA. Det holder dog ikke å tilby en hvilken som helst forsikring lengre da helsereformen innførte at forsikringen må møte krav når gjelder kvalitet og kostnad. Dersom en bedrift mislykkes i å møte krav om tilgang, kvalitet eller kostnad kan de bli pålagt straff i form av skattekrav, jfr. Obamacarefacts «Employer mandate» (2016). Kaiser Family Foundation (2016) har publisert en modell som presenterer disse reglene på en hensiktsmessig og lett forståelig måte «Employer responsibility under the Affordable Care Act».

PENALTIES FOR EMPLOYERS NOT OFFERING COVERAGE UNDER THE AFFORDABLE CARE ACT DURING 2017

UPDATED AS OF SEPTEMBER 23, 2016



*A dependent child is defined as a child of an employee who is under the age of 26. Employers do not face a penalty under the Affordable Care Act if they do not offer coverage to the spouse of a full-time employee.

**Affordability is determined by reference to the taxpayer's household income (i.e., the employee's required contribution for self-only coverage should not exceed 9.69% in 2016). Since employers generally do not know the worker's household income, to determine if an employer may be subject to a penalty, the employer can measure 9.5% against three separate safe harbor amounts (the worker's Form W-2 wages, the worker's hourly rate of pay as of the first day of the coverage period, or the federal poverty line for a single individual). Note that a worker's and the worker's dependents' eligibility for premium tax credits or cost sharing subsidies are based on family income; not the safe harbor amounts.

<http://kff.org/infographic/employer-responsibility-under-the-affordable-care-act/>

I merknadene under figuren står det beskrevet at en forsikring vurderes som rimelig nok i henhold til mandatet dersom kostnaden utgjør mindre enn grensen 9.69 prosent av husholdets inntekter. Det tas da kun hensyn til hva forsikringen koster for den ansatte selv hvilket betyr at tilleggskostnadene for å inkludere barn eller ektefeller ikke er tatt med (Norris, 2016).

Barn og unge voksne

Childrens Health Insurance Program av 1997 er innlemmet i ACA og er ment å tilby rimelig forsikring til barn i familier som tjener for mye for å kvalifisere for Medicaid. I noen stater dekker CHIP også gravide. Alle stater har CHIP og de jobber tett med statens Medicaid program. Innsøking i CHIP (og Medicaid) kan skje når som helst på året, til forskjell fra andre typer forsikring. Det er noe forskjell fra stat til stat når gjelder hva CHIP dekker, men alle dekker rutinesjekker, vaksiner, legebekker, resepter, tann og øye lege, sykehusbehandling, akuttbehandling, laboratorium og røntgen, og akuttpleie. Noen av disse tjenestene er gratis, mens andre må en betale egenandel på. Kostnadene varierer også fra stat til stat, men den øvre grensen er satt til 5 prosent av husholdningens årlige inntekt, jfr. «Healthcare.gov A quick guide to the Health Insurance Marketplace» (2016).

Når ACA innebærer at alle forsikringselskaper måtte forplikte seg til å forsikre alle, uavhengig av deres helsesituasjon er det vanskelig å se for seg at ikke prisene på forsikring går i taket fordi markedet tar på seg en mye større risiko når gjelder store utbetalinger og det vil kunne skape konkurranse mellom selskapene om å tiltrekke seg de friskeste kundene. Med en visshet om at det kunne være uønskede konsekvenser av å utvide forsikringsdekningen inneholdt ACA tre ulike tiltak som sammen skulle begrense de mulige ugunstige effektene av å åpne forsikringsmarkedet for kostbare kunder (Cox et al. 2016).

Risikojusteringsprogrammet har til hensikt å forsterke markedsregler som forbyr risikoseleksjon av forsikringselskapene. Dette ved å overføre midler fra forsikringsplaner med kunder som har lav risiko til planer med kunder som har høyere risiko. Det programmet ønsker å oppnå er at konkurransen skal fokuseres rundt verdien og effektiviteten av forsikringsplanene, ikke rundt kundenes helsetilstand (Cox et al. 2016).

Det midlertidige reassurans programmet som varte fra 2014 til 2016 ble utviklet for å stabilisere kostnadene på forsikring i de første årene av ACA. Programmet overførte penger til det individuelle forsikringsmarkedet, mer spesifikt til forsikringsplaner med kunder av høy risiko. Programmet skulle også redusere initiativene fra forsikringselskapene for å kreve høyere premie på bakgrunn av at ACA garanterer tilgjengelig dekning uavhengig av helsestatus (Cox et al. 2016).

Risikokorridorprogrammet er også midlertidig og skulle promotere riktig prising på forsikring i de første årene forsikringsbørsene opererte, fra 2014 til 2016. Programmet skulle hindre forsikringsselskapene fra å sette høye priser som svar på usikkerheten om hvem som ville bli deres nye kunder og hva de ville koste. Hvert år får hver kvalifisert helseplan tildelt et målbeløp for det som kalles tillatte kostnader, utgifter til Medicare for kunder og forbedringsaktiviteter, basert på programmets kostnad. Hvis et forsikringsselskaps krav ender opp på minus eller tre prosent av målbeløpet så slipper de å betale til programmet og får ingen utbetalinger fra det. De som hadde krav som innebar en feilmargin større eller mindre en 3 prosent ville måtte betale eller mottok penger fra programmet. Dette skulle gjøre det lite attraktivt å sette opp prisene fordi selskapene ikke fikk beholde annet enn godkjent gevinst likevel (Cox et al. 2016).

2.4.2 Kvalitetsforbedrende og kostnadsbesparende tiltak helsetjenester

Forebyggende helsetjenester

En omfattende tilgang til gratis forebyggende helsetjenester følger av ACA. Tilgangen gjelder hjelp til røykeslutt, screeninger, svangerskapspleie, vaksinasjonsprogrammer med mer (se tabeller nedenfor). Dette representerer en del av fokusendring som forsøkes gjennomført i det amerikanske helsesystemet med mer fokus på primærhelsetjeneste og forebyggende helsetjenester heller enn sen diagnostisering, høy andel akuttpleie og langvarig og kostbar behandling for sykdom som kunne ha vært forhindret eller oppdaget på et tidligere tidspunkt. Tanken bak å fjerne egenandelene og gjøre tilgangen til forebyggende helse gratis er at det skal bidra til en effektivisering i form av færre sykdomstilfeller når flere bruker forebyggende helsetjenester. Det er også oftere dyrere å behandle en sykdom enn det er å forhindre den og en håper derfor at mer forebyggende helse vil kunne redusere kostnadsveksten, samtidig som at det bedrer befolkningens helse. Jeg velger å presentere to oversiktsfigurer over reformens inkludering av gratis forebyggende helsetjeneste, jfr Kaiser Family Foundation «Preventive Services Covered by Private Health Plans under the Affordable Care Act» (2015). De gir et beskrivende bilde på hva som tilbys til hvem, men jeg kan ikke gå inn på en videre spesifisering i denne framstillingen.

Table 1: Summary of Selected Preventive Services for Adults Covered by Non-Grandfathered Private Plans without Cost Sharing

Cancer	Chronic Conditions	Immunizations	Health Promotion	Pregnancy-Related**	Reproductive Health
<ul style="list-style-type: none"> Breast cancer <ul style="list-style-type: none"> Mammography (women 40+*) Genetic (BRCA) screening and counseling (women at high risk) Preventive medication (women at high risk) Cervical cancer <ul style="list-style-type: none"> Pap testing (women 21+ with cervix) HPV DNA testing² (women 30-65 with normal pap results) Colorectal cancer <ul style="list-style-type: none"> Fecal occult blood testing, sigmoidoscopy, and/or colonoscopy (adults 50-75) Lung cancer screening <ul style="list-style-type: none"> Annual tomography (adults 55-80 with history) Skin cancer <ul style="list-style-type: none"> Counseling (adults 18-24) 	<ul style="list-style-type: none"> Abdominal aortic aneurysm screening (men 65-75 who have ever smoked) Cardiovascular health <ul style="list-style-type: none"> Hypertension screening Blood pressure Lipid disorders screenings (high risk women 20+, at risk men 20-35; all men 35+) Aspirin (men 45-79; women 55-79) Behavioral Counseling (overweight or obese adults with CVD risk factors) Diabetes (Type 2) screening (adults with elevated blood pressure) Depression screening (adults when follow up supports available) Hepatitis B screening (adults at high risk for infection) Hepatitis C screening (high risk adults; one time screening for adults born between 1945 and 1965) Obesity Screening and Management (all adults via body mass index (BMI)) <ul style="list-style-type: none"> Referral for intervention for adults ≥ BMI of 30 kg/m² Osteoporosis screening (all women 65+; high risk women <60) 	<ul style="list-style-type: none"> Haemophilus influenzae type b (adults 18+ with risk factors) Hepatitis A (adults with risk factors) Hepatitis B (adults with risk factors) HPV (women 18-26 and men 18-21 not previously vaccinated; at risk men 22-26) Influenza (yearly) Meningococcal (adults 18+ with risk factors) Measles, Mumps and Rubella (adults 18-49; 50+ with risk factors) Pneumococcal (adults 19-64 with risk factors; adults 65+) Td booster, Tdap Varicella Zoster (adults 60+) 	<ul style="list-style-type: none"> Alcohol misuse screening and counseling (risk assessment all adults) Fall Prevention Counseling and Preventive Medication (community-dwelling adults 65+) Intimate partner violence screening, counseling² (women) Tobacco counseling and cessation interventions Well-woman visits² (women 18-64; visits for recommended preventive services, preconception care, and/or prenatal care) 	<ul style="list-style-type: none"> Alcohol misuse screening and counseling Breastfeeding supports <ul style="list-style-type: none"> Counseling Consultations with trained provider² Equipment rental² Folic acid supplements (women with reproductive capacity)² Gestational diabetes screenings² (after 24 weeks gestation) Iron deficiency anemia screening Preeclampsia preventive medicine (pregnant women at high risk) Low-dose aspirin (at risk women after 12 weeks of gestation) Screenings for pregnant women <ul style="list-style-type: none"> Hepatitis B Chlamydia (women <24 years; older women at risk) Gonorrhea Syphilis Bacteriurea Tobacco counseling and cessation interventions 	<ul style="list-style-type: none"> Contraception (all women with reproductive capacity)² <ul style="list-style-type: none"> All FDA-approved contraceptive methods as prescribed Sterilization procedures Patient education and counseling Services related to follow-up, management of side effects, and device removal Screenings <ul style="list-style-type: none"> Chlamydia (sexually active women <24 years old; older women at risk) Gonorrhea (sexually active women <24 years old; older women at risk) Syphilis (adults at high risk) HIV (adults 15-65; at risk younger adolescents and older adults) STI and HIV counseling (adults at high risk; all sexually active women²)

Notes: Unless noted, applicable age for the recommendations is age 18+. Pregnancy-related applies to pregnant women. Age ranges are meant to encompass the broadest range possible. Each service may only be covered for certain age groups or based on risk factors. *The ACA defines the recommendations of the USPSTF regarding breast cancer services to "the most current other than those issued in or around November 2009." Thus, coverage for mammography is guided by the 2002 USPSTF guideline. **Services in this column apply to all pregnant or lactating women, unless otherwise specified. ***Certain religious employers exempt from this requirement. ¹Recommendation from HRSA Women's Preventive Services; coverage for these services without cost sharing in "non-grandfathered" plans began August 1, 2012. Coverage without cost sharing for all other services went into effect Sep. 23, 2010. Sources: CMS, Affordable Care Act Implementation FAQ's Set 1.8; CMS, Preventive Health Services for Adults. More information about each of the items in this table, including details on periodicity, age, risk factors, and specific tests and procedures are available at the following websites: [USPSTF](#); [ACIP](#); [HRSA Women's Preventive Services](#).

Table 2: Summary of Selected Preventive Services for Children Covered by Non-Grandfathered Private Plans without Cost Sharing

Chronic Conditions	Immunizations	Health Promotion	Reproductive Health	Development and Behavioral Health
<ul style="list-style-type: none"> Cardiovascular health <ul style="list-style-type: none"> Blood pressure (covered for all risk newborns (birth to 1 year); children 2 years+) Lipid disorders screenings (children 2 years+ risk assessment recommended) Depression screening (adolescents 11 years+) Hepatitis B screening (adolescents at high risk for infection) Skin cancer counseling (children 10 years+) Obesity <ul style="list-style-type: none"> Screening (children 2 years+ via body mass index (BMI)) Counseling and behavioral interventions (children 5 years+) 	<ul style="list-style-type: none"> DTaP (children 2 months-6 years) Haemophilus influenzae type b (children 2 months-4 years) Hepatitis A (children 1 year+; 2 years+ with risk factors) Hepatitis B (at birth; then newborn+) HPV (children 11 years+) Inactivated Poliovirus (children 2 months+) Influenza (yearly) (children 6+ months+) Meningococcal (children 11 years+; 2 months+ with risk factors) Measles, Mumps and Rubella (children 1 year+) Pneumococcal <ul style="list-style-type: none"> Pneumococcal conjugate (children 2 months-4 years; 5 years+ with risk factors) Pneumococcal polysaccharide (children 2 years+ with risk factors) Td booster, Tdap (children 7 years+) Varicella (children 1 year+) Rotavirus (children 2-6 months) 	<ul style="list-style-type: none"> Anemia screening, supplements (children 6 months; iron supplements for high risk <12 months) Dental caries prevention <ul style="list-style-type: none"> Fluoride varnish (parents and children at age of primary tooth eruption) Fluoride supplements (children 6+ months; without fluoride in water 5000ppm) Gonorrhea prophylaxis treatment (newborn) History and physical exams (prenatal+) Measurements: <ul style="list-style-type: none"> Length/height and weight (children newborn-adolescence) Head circumference, weight for length (newborn-2 years) Body mass index (BMI) (children 2 years-1) Blood pressure (risk assessment at birth; children 2 years+) Oral health: risk assessment, referral to dental home (children 4 months-6 years) Screenings <ul style="list-style-type: none"> Blood screening (newborn-2 months) Critical congenital health defect (newborn) Lead screening (initial risk assessment and/or test 6 months-6 years) Metabolic/hemoglobin, phenylketonuria, sickle cell, congenital hypothyroidism screenings (newborn) Tuberculin (children risk assessment 1 month) Tobacco counseling and cessation interventions (children 3 years-adolescence) Vision and hearing screenings/assessment (children newborn+) 	<ul style="list-style-type: none"> Contraception (all women with reproductive capacity)² <ul style="list-style-type: none"> All FDA-approved contraceptive methods as prescribed Sterilization procedures Patient education and counseling Services related to follow-up, management of side effects, and device removal STI and HIV counseling (sexually active adolescents) Screenings <ul style="list-style-type: none"> Chlamydia (sexually active females) Gonorrhea (sexually active females) HIV (adolescents and at risk children; screening ages 10-18) STIs (risk assessment for adolescents; screening ages 10-18) 	<ul style="list-style-type: none"> Alcohol misuse screening and counseling (risk assessment; adolescents 11 years+) Autism screening (infants 18-24 months) Developmental screenings and surveillance (newborn) Psychosocial/behavioral assessment (newborn)

Notes: Age ranges are meant to encompass the broadest range possible, up to age 21. Each service may only be covered for certain age groups or based on risk factors. For specific details on recommendations, please consult the websites listed below. *Certain religious employers exempt from this requirement. ¹Recommendation from HRSA Women's Preventive Services; coverage for these services without cost sharing in "non-grandfathered" plans began August 1, 2012. Coverage without cost sharing for all other services went into effect Sep. 23, 2010. Sources: CMS, Affordable Care Act Implementation FAQ's Set 1.8; CMS, Preventive Health Services for Children. More information about each of the items in this table, including details on periodicity, age, risk factors, and specific tests and procedures are available at the following websites: [USPSTF](#); [Bright Futures and American Academy of Pediatrics](#); [ACIP](#); [HRSA Women's Preventive Services](#).

Accountable Care Organizations (ACOs)

ACOs har spredt seg enormt under ACA. The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) definerer Accountable Care Organizations (ACOs) som “*groups of doctors, hospitals and other health care providers who voluntarily come together to give coordinated highquality care to their Medicare patients*”. CMS har utarbeidet fire ulike modeller for ACOs, The Pioneer Model, The Medicare Shared Savings Program (MSSP), The Next Generation Model og The Comprehensive ESRD Care (CEC). Alle disse programmene øker den finansielle risikoen for leverandørene og skal bidra til å øke fokuset på kvalitet, jfr CMS.gov «Accountable Care Organizations (ACO)» (2017). Selv om det er en rekke ulike ACO modeller så deler de alle et felles tredelt mål om å forbedre pasienters opplevelse av pleie, forbedre befolkningens helse og redusere per capita utgifter (Grey og Sheiko 2016).

The Pioneer Model er designet for helsevesenets organisasjoner som allerede er vant til å koordinere omsorg av pasienter. Modellen vil tillate disse å raskere bevege seg fra felles besparende betalingsmodell (*Shared savings payment model*) til populasjonsbasert betalingsmodell, i samkjør med, men separat fra *Medicare Shared Savings Program*. Den er laget for å virke i samarbeid med private betalere ved at den samler leverandørens initiativ og håpet er at dette skal forbedre kvalitet og helsemessige utfall for pasientene og gi kostnadsbesparelser for Medicare, arbeidsgivere og pasienter.

Betalingsmodellen som blir testet gjennom Pioneer Modellen er en fellesbesparende modell med generelt høyere nivåer av felles sparing og risiko for Pioneer ACOs enn i Medicare Shared Savings Program. Dersom en deltager i programmet har hatt et visst nivå av besparelser etter de første to årene vil det kvalifisere til å flytte en del av sine utbetalinger til en populasjonsbasert betalingsmodell, CMS.gov «Pioneer ACO Model» (2016).

The *Medicare Shared Savings Program* ble etablert av seksjon 3022 i ACA og er en viktig del av reformene i Medicare når gjelder ny tilnærming til levering av helsetjenester. Programmet ble opprettet for å tilrettelegge for koordinering og samarbeid mellom tilbyderne av helsetjenester og for å forbedre kvaliteten på omsorgen for *Medicare Fee-For-Service* (FFS) mottakere og redusere unødvendige kostnader. Kvalifiserte leverandører, sykehus og leverandører kan delta i programmet ved å opprette eller å delta i en ACO. Programmet skal altså bidra til bedre pleie for pasientene samtidig som det bidrar til å dempe utgiftsøkningene

for både helseinstitusjonene og pasientene. En ACO som kan vise til resultater med mindre vekst i kostnader samtidig som de møter kvalitetskrav på pleien de leverer vil bli økonomisk belønnet. Deltagelse i en ACO er per i dag frivillig, jfr CMS.gov «*Shared savings program*» (2016).

Deltakere i *The Next generation Model* vil ta på seg en større finansiell risiko enn i de tidligere modellene, men innebærer også et potensiale for større besparelser. I programmet ligger forutsigbare mål og fleksible betalingsalternativer som skal støtte ACOs investeringer i omsorgsforbedring og til å tilby høyere kvalitet av pleie til pasienter. Modellen stimulerer til økt koordinering og tettere samarbeid mellom leverandør og mottaker ved å forbedre tjenester som stønadsmottaker kan motta fra ACOs ved hjelp av en rekke ulike verktøy. Dette innebærer ytterligere teledekninger, hjemmebaserte tjenester etter utskrivelse, dekning av god sykepleieomsorg uten sykehusinnleggelse og belønninger til stønadsmottakere for å motta omsorg fra ACOs. Denne modellen legger til grunn større engasjement fra stønadsmottakerne, innehar en mer forutsigbar finansiell modell og flere redskaper til å koordinere pleien, enn tidligere utviklede modeller, CMS.gov «*Next generation ACO Model*» (2016).

På bakgrunn av at mer enn 600.000 amerikanere lider av terminal nyresykdom og er avhengige av dialyse hver uke ble *The Comprehensive ESRD Care Model (CEC)* designet for å indentifisere, teste og evaluere nye måter å forbedre omsorg for Medicare mottakere med terminal nyresykdom. CMS vil samarbeide med helsepersonell og leverandører for å teste effektiviteten av nye betalings og pleiemodeller for å gi pasientene personsentrert, kvalitetsbasert pleie. Modellen bygger på ACOs erfaringer fra *Pioneer ACO modellen*, *Next Generation ACO Model* og *Medicare Shared Savings Model* for å teste ACOs for pasienter med terminal nyresykdom, CMS.gov» *The Comprehensive ESRD Care Model*»(2016).

Hospital Readmission Reduction Program (HRRP) skal bidra til færre reinnleggelser i sykehus. Dersom et sykehus har flere reinnleggelser enn forventet vil det få mindre refusjoner og omvendt. I utgangspunktet gjelder dette reinnleggelse av pasienter med hjerteinfarkt, hjertesvikt og lungebetennelse, men ACA åpner også for at programmet kan utvides til å gjelde andre diagnoser, jfr CMS.gov «*Readmissions Reductions Programme*»(2016).

Hospital Value-Based Purchasing (VBP)

Hospital Value-Based Purchasing (VBP) er en del av ACA og CMS' innsats for å gjøre betalingssystemet i Medicare mer verdibasert og forbedre kvaliteten på helsetjenestene og kvaliteten på pleie gitt under sykehusopphold. Fra 2013 skal programmet bidra til å koble verdibasert innkjøp til betalingssystemet, som står for den største andelen av Medicares utgifter, og som påvirker betalingen for innleggelsesopphold i over 3500 sykehus i USA, jfr CMS.gov «Hospital Value-Based Purchasing»(2016).

Ved sykehusene som deltar i VBP baseres noe av betalingene for akuttinnleggelser på data fra sykehusenes kvalitetsrapporteringssystem, og ikke bare på kvantitet. Programmet finansieres ved en inntektsreduksjon fra deltagende sykehus og inntjente besparelser omfordes til sykehusene basert på deres resultat. En kan dermed få tilbake mindre enn det en har bidratt med til programmer, gå i null eller tjene på sin deltagelse. Reduksjonen startet på 1 prosent i 2013 og har økt med 0,25 prosent hvert år til den kommer opp til planlagt vedvarende nivå på 2 prosent i 2017, jfr cms.gov «Hospital Value-Based Purchasing»(2016).

Bonded Payments for Care Improvement

Før ACA har Medicare gitt separate betalinger til leverandører for hver av de enkelte tjenestene utført ovenfor en stønadsmottaker for en enkelt sykdom eller et behandlingsløp. Denne tilnærmingen har vist seg at kan føre til fragmentert pleie med lite koordinering på tvers av leverandører og helsetjenester. Betalingene har vært basert på mengden av tjenester som tilbys av leverandører i stedet for kvaliteten på pleien. Innovasjonscenteret CMS ble opprettet for å ha ansvaret for å teste innovative betalings og tjenesteleveringsmodeller i håp om å redusere utgifter og bevare eller forbedre kvaliteten på pasientomsorgen i Medicare, Medicaid og CHIP.

Forskning har vist at bundet betaling kan positivt påvirke leverandører i retning av bedre samarbeid. The Bounded Payment for Care Improvement (BPCI) var utviklet av Center for Medicare og Medicaid innovation og består av fire bredt definerte modeller for omsorg, som kobler betaling for flere tjenester pasienter mottar gjennom et pasientforløp. Ved deltagelse i BPCI omfattes organisasjonene av betalingsvilkår som inkluderer finansielt ansvar og resultatansvar for hele pasientforløp. Disse modellene kan føre til bedre kvalitet, bedre koordinering og til lavere Medicare kostnader jfr, CMS.gov «Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) Initiative: General Information» (2016).

I *modell en* defineres pasientforløpet som innleggelsesoppholdet i et akutt sykehus. Medicare betaler sykehuset et rabattert beløp basert på priser etablert under Inpatient Prospective Payment System, brukt i det originale Medicare programmet. Medicare fortsetter å betale legene separat for deres tjenester. *Modell to* og *tre* innebærer en retrospektiv bundet betaling hvor faktiske utgifter blir avstemt mot en målpris for et pasientforløp. I *modell to* inkluderer pasientforløpet innleggelsesoppholdet i et akutt sykehus og den post akutte pleien og all relatert behandling i opptil 90 dager etter utskrivelse. *Modell tre* omfatter episoder utløst av akutte sykehusopphold, men pasientforløpet defineres først som startet ved utskrivning til post akutt pleie med innleggelse i sykehjem, rehabiliteringssenter, langtidsinnleggelse i sykehus eller hjemmesykepleie. Med disse retrospektive betalingsmodellene fortsetter Medicare med fee-for-service (FFS) betalinger, men de totale kostnadene for et pasientforløp blir senere avstemt mot et samlet beløp, målprisen, som er satt av CMS. En betaling som reflekterer de samlede utgiftene i forhold til målprisen blir så utført av Medicare. I *modell 4* foretar CMS en prospektiv betaling til sykehuset som omfatter alle tjenestene som leveres av sykehuset, leger,

og andre som utfører pleie under et pasientforløp som varer i hele innleggesperioden. Leger og andre helsepersonell sender «no-pay» krav til Medicare og blir betalt av sykehuset ut av den samlede utbetalingen som de mottar, CMS.gov «Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) Initiative: General Information» (2016).

Hospital-Acquired Condition Reduction Program (HACRP)

ACA har også først til etableringen av the *Hospital-Acquired Condition Reduction Program* (HAC) som har til hensikt å påvirke sykehusene til å redusere innleggelser for sykdomstilstander, som kan behandles utenfor sykehuset. Fra og med 2015 kreves det at The Secretary of the Department of Health and Human Services reduserer utbetalingene til sykehusene som skårer dårligst på kvalitet i alle ledd. Disse vil få redusert sine utbetalinger til 99 prosent av hva de tidligere ville ha fått for samme utskrivelser, CMS.gov «Hospital-Acquired Condition Reduction Program (HACRP)» (2016). Selv om dette programmet først får finansielle konsekvenser under ACA fra 2015 har det vært jobbet med HAC i mange år før dette.

3.0 Metode

Dette er en mål-basert evalueringsstudie hvor caset er The Affordable Care Act, og mitt utgangspunkt er at en uten evaluering ikke kan identifisere hva som har fungert og hva som ikke har fungert. Evaluering er nødvendig for at en skal kunne gjøre seg opp en mening om hva som er gjort og for å finne ut hva som burde ha vært gjort annerledes og eventuelt hva som bør endres. Evaluering er like nødvendig kontinuerlig i en prosess som etter et fullført prosjekt.

3.1 Valg av metode og gjennomføring

Innenfor metoden evalueringsstudier er det mange ulike tilnærminger og etter å ha gjennomgått The SAGE handbook of Evaluation kom jeg fram til at metoden som best kunne benyttes her er utviklingsevaluering.

«Development evaluation is the evaluation of interventions such as projects, programs, policies, and processes whose general objective is to promote development. There is a growing consensus that development evaluation should serve both an accountability and a learning role». (SAGE Handbook of Evaluation , 2011)

Det er likevel ikke så ukomplisert da det også innen forskningsmetoden utviklingsevaluering finnes ulike typer tilnærminger. Den metoden jeg vurderte til å passe mitt case var mål-basert evaluering. Det er en hyppig brukt tilnærming som fokuserer på målene og hvor de utgjør grunnlaget for evalueringen. Hensikten er å vurdere i hvilken grad målene er oppnådd, hvor relevante målene var, effektiviteten i bruk av ressurser og bærekraftigheten i intervensjonene (SAGE Handbook of Evaluation, 2011). Et problem ved mål-orientert evaluering er at målene ikke alltid er tydelig nok definert. Selv om jeg hovedsakelig skal evaluere hvor langt eller hvorvidt målene bak ACA er nådd og hvorvidt de var relevante, og ikke fokusere så mye på ressursbruk og bærekraftighet framsto denne tilnærmingen som et riktig valg ettersom målene var så tydelig presentert for meg gjennom media og ved første internettsøk i forbindelse med denne oppgaven. En helsereform som ACA har naturlig nok hovedmål, undermål og delmål, spredt over et bredt nedslagsfelt, men det er likevel en reform som hele tiden har hatt tydelige hovedintensjoner/ mål. Tilgang, kvalitet og kostnads forbedring parallelt med et overordnet mål om å bedre retten til helse for den amerikanske befolkningen. Vet å ta utgangspunkt i

disse har jeg et mål om å komme fram til en oppsummering om hvorvidt ACA er på vei til å lykkes med sin implementering eller ikke og om det å lykkes med ACA er godt nok når gjelder helse som menneskerett i USA.

3.2 Hensikt med oppgaven og egen erfaring med evalueringsstudie

I gjennomgangen av Sages *Handbook of evaluation* ble det tydelig for meg at det å evaluere noe i de fleste tilfeller skal ha en mening eller et mål. Min erfaring når gjelder evalueringsstudie begrenser seg til en undersøkelse jeg laget og brukte til å evaluere tidligere fredskorpsdeltageres erfaringer i løpet av sitt utvekslingsprogram. I det tilfellet hadde det jeg gjorde flere tydelige mål. Jeg ville få fram hvilke erfaringer de tidligere deltagerne hadde og jeg ville at Fredskorpset Norge skulle se at dette var nyttig informasjon de kunne bruke til å forbedre utvekslingsprogrammene sine, men også til å gjøre overgangen fra en deltager til en annen innen samme program bedre.

I dette tilfellet, hvor jeg evaluerer en reform er målet mye mer beskjedent. Jeg har ingen mål om at denne litteraturstudien skal ha en betydning for andre enn meg selv og hvordan jeg ser på *Affordable Care Act*. Hensikten med oppgaven er å vurdere implementeringen av reformen opp mot retten til helse, med utgangspunkt i lovens hovedmål og utvalgte tiltak.

3.3 Datainnsamling

I datainnsamlingen til denne oppgaven har jeg kun benyttet meg av sekundærkilder da jeg anser disse som bedre egnet enn hva personlig tilnærming og innhenting av primærdata ville ha vært. Det er publisert en utallig mengde forskning og informasjon om *Affordable Care Act*, tilgjengelig på internett, produsert av forskere og andre med mye større kompetanse på emnet enn meg. Tidsbruk og oppgavens omfang er også et aspekt i valg av metode.

Jeg har brukt databasene Proquest Health and Medicine og Proquest Health management til innhenting av artikler publisert i ulike jounaler og tidsskrift, samt bøker. Videre har jeg benyttet bibsys direkte og google scholar til samme formål. I innhenting av faktaopplysninger har jeg hovedsakelig benyttet Healthcare.gov, Obamacarefacts , pubmed.gov og Kaiser Family Foundation, og har også funnet lenker til relevante artikler her.

Ved tvil på om en artikkel var kvalitetssikret brukte jeg nettsidene til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) for å sjekke hvilket vitenskapelig nivå de ulike artiklene er publisert i. Ved å skrive inn tittel på tidsskrift eller ISSN/ISBN nummer fikk jeg en bekreftelse på om det var en nivå 1 eller nivå 2, eller om det ikke fantes noen publiseringsnivå på artikkelen (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste 2017).

3.4 Metodekritikk

Metodekritisk kan det sies at et utgangspunkt og hovedfokus på hovedmålene ikke vil resultere i en helhetlig vurdering av reformen og dens implementering. Det er også med sikkerhet at de valgene jeg har tatt i forhold til de delene jeg har valgt å presentere og drøfte, og de delene jeg har unnlatt å trekke frem vil kunne ha betydning for min vurdering. Selv om jeg har tatt mine valg på bakgrunn av det jeg anser som mest betydelig kunne andre ha kommet fram til andre valg og hatt en like god begrunnelse for det.

Arbeidet med datainnsamlingen har vært utfordrende da det er mye litteratur om Affordable Care Act og nesten for mye. I selve søkingen kunne andre ha kommet fram til relevante funn jeg ikke har funnet, ved hjelp av andre databaser eller søk. Det er også alltid en fare for at en personlig mening vil kunne påvirke det en trekker fram og poengterer, men jeg har forsøkt å belyse både positive og negative sider ved reformen.

4.0 Analyse

I denne analysedelen vil jeg stille spørsmål og drøfte reformens implementering og oppfyllelse av hovedmålene og det overordnede målet om å demokratisere tilgangen til helsetjenester til på bakgrunn av tiltakene presentert tidligere i oppgaven og funn fra artikler, bøker og offentlige publikasjoner.

4.1 Har ACA gitt flere tilgang til gode helseforsikringer til overkommelig pris?

ACA har ofte blitt omtalt som helseforsikringsreformen da det er den store økningen i befolkningen som har fått helseforsikring som har blitt mest belyst i media. Denne store ekspansjonen av tilgangen til helseforsikringer ble gjort mulig gjennom flere lovendringer. Det ble estimert at 32 millioner uforsikrede amerikanere vil ha tegnet forsikring innen 2019, halvparten gjennom tittel 1 og halvparten gjennom ekspansjon i Medicaid i tittel 2. Disse to titlene representerer mer enn 90 prosent av den estimerte totalkostnaden i ACA (McDonough 2011). Ekspansjonen av reformen må lykkes dersom de andre målene skal kunne innfris. Så hva har de ulike tiltakene, presentert ovenfor, resultert i og hva er summen av dem?

I følge en rapport fra Department of Health & Human Services, publisert i mars 2016, har ACA resultert i at over 20 millioner flere amerikanere nå har helseforsikring og det er nå færre uforsikrede i USA enn noen gang tidligere. De har brukt tall fra National Health Interview Survey og Gallup-Healthway Well-being Index Key Provisions of the Patient Protection and Affordable Care Act « Health Insurance Coverage and the Affordable Care Act, 2010-2016». Det har vært gjort en rekke ulike estimater på hvor mange flere som har tegnet forsikring siden innføringen av ACA, men de fleste opererer nå med 20 pluss millioner. Unge voksne var en av de gruppene i befolkningen som hadde høyest andel uten forsikring før ACA. I 2010 sto så mange som 30 prosent av amerikanerne i aldersgruppen 19 til 29 uten helseforsikring og de utgjorde 13 av de totalt 47 millionene som ikke hadde forsikringsdekning. I dag har tre millioner fortsatt å bli dekket av foreldrenes plan, etter at aldersgrensen ble forhøyet fra 19 til 26 år og flere unge voksne har kjøpt forsikring enn noen annen aldersgruppe Jfr. Obamacarefacts « Young Adults» (2016) Ved å kun se på disse tallene vil en kunne si at 20 pluss millioner mennesker med forsikring er et så høyt tall at ekspansjonen har vært vellykket, men det er likevel nødvendig å gå nærmere inn på ekspansjonen for å kunne vurdere om den kunne ha vært bedre.

Ved innføringen av ACA ble det, som tidligere nevnt, opprettet markedsplasser som forsikringsselskapene skulle selge sine forsikringer gjennom. En kan også kjøpe forsikringer utenfor disse, men da mottar en ikke statlig subsidiering ved kjøp av forsikring.

Markedsplassene står ovenfor utfordringer når gjelder konkurranse. ACA hadde et mål om å øke konkurransen i markedet, 31 prosent av områdene (counties) i USA kun vil kunne tilby ett alternativ til forsikring i 2017 og 31 prosent vil kunne tilby to. I Arizona risikerte en ikke å kunne tilby forsikring gjennom markedsplassen. Årsaken til denne utviklingen er at forsikringsselskapene taper penger, eller ikke tjener like mye av dem, når de må forholde seg til alle reglene det innebærer å være tilbyder av forsikring innen markedsplassen (Mathews og Armour 2016.)

Mange av de forsikringsselskapene som er igjen forventer å øke sine forsikringspremier neste år. Aetna, et stort forsikringsselskap i USA, meldte i august 2016 at de ville trekke seg ut av markedsplassen i 11 av 14 stater og som en følge av det har andre forsikringsselskapet begynt å vurdere sin situasjon da de er redd de blir sittende igjen med en større andel av de syke kundene. ACA har lyktes i å utvide konkurransen i det individuelle markedet betydelig, men har i følge en rekke overskrifter slitt med å få til det samme innenfor markedsplassene. President Obama foreslo å etablere offentlige forsikringsalternativer til å konkurrere med de private på steder hvor konkurransen er liten. Uten konkurranse er det lite som motiverer forsikringsselskapene i å tilstrebe lave kostnader. Denne utviklingen av lav konkurranse innenfor markedsplassene er derfor uheldig for den fattigste delen av befolkningen som er avhengige av å få kjøpt forsikringer gjennom markedsplassen for å kvalifisere til subsidier fra staten (Mathews og Armour 2016).

Når en skal vurdere dette som en krise eller ikke må en ta hensyn til at dette er forsikringsmarkeder som ikke enda har hatt tid til å stabilisere seg i henhold til de mange reglene av ACA. Det er også en nødvendig presisering at selv om flere steder kun tilbyr å velge mellom planer fra en tilbyder er det en rekke ulike planer å velge mellom og det viktigste av alt er at mange av de tidligere uforsikrede nå *har et forsikringstilbud*, mot at de manglet tilgang tidligere. Dersom det vil være en inflasjon i økende forsikringskostnader som følge av liten konkurranse er dette også noe de som mottar subsidier vil være beskyttet fra, jfr Department of Health and Human Services « Health plan choices and premiums in the 2017 Health Insurance Marketplace» (2016).

Til tross for at vel 20 millioner flere amerikanere nå har forsikring kunne det ha vært flere. Etter høyesterettsavgjørelsen i 2012 ble det frivillig å utvide Medicaid programmet og det har ført til at det per i dag er 19 stater som har valgt og ikke utvidelse programmet. Statene kunne velge om de ville la være å ekspandere, ekspandere på vanlig måte eller ved såkalt privat alternativ. En studie av Kentucky (vanlig), Arkansas (privat) og Texas (ikke- ekspansjon) viser at begge ekspansjonsalternativene kunne vise til resultater som økning i poliklinisk behandling, forebyggende behandling og forbedring i pleiekvalitet. Det har vært en reduksjon i bruken av akutt pleie og bedre selvrapportert helse. Utfallene var like mellom de to ulike ekspansjonsalternativene (Sommers et al. 2016) En studie, publisert i JAMA, har sammenlignet sykehuskostnadene i stater med og uten Medicaid ekspansjon. Den fant at i stater som hadde implementert ekspansjon så hadde udekte pleiekostnader gått ned og de hadde fått betydelig høyere Medicaid inntekter (Blavin 2016).

Cirka en tredjedel faller ikke innunder ACA enten fordi staten deres ikke har utvidet Medicaid eller på grunn av immigrasjonsstatusen deres. En kan allerede se en klar forskjell mellom statene som har utvidet Medicaid og ikke. I stater som ikke utvider befinner 19 prosent av de uforsikrede seg fortsatt i det gapet reformen hadde til hensikt og lukke. Det vil si at i stater som har utvidet Medicaid kan en med offensive tiltak og tid få redusert andelen uforsikrede mens i stater uten utvidelse vil denne befolkningen i beste fall kunne håpe på at staten deres ombestemmer seg (Garfield et al. 2016)

Det estimeres at Cirka 27 millioner amerikanere fortsatt er uten forsikring, men av disse kvalifiserer 43 prosent eller 11,7 millioner til Medicaid dekning eller subsidiert dekning gjennom kjøp av markedsplassforsikring. 78 prosent av de som er uten forsikring vil måtte betale skattestraff, i henhold til individuelt mandat. Videre viser funn at av 7 millioner uforsikrede som kvalifiserer til subsidier gjennom markedsplassen vil nesten halvparten kunne kjøpe en bronse plan og gå i null eller betale mindre for forsikringen en hva boten ligger på. Det bør likevel påpekes at bronseplaner har høye egenandeler og for de med lav inntekt vil en sølvplan ofte være et bedre alternativ. Med individuelt mandat på 2016 nivå finner en at over 7 av de 11 millionene uforsikrede som har tilgang til markedsplassen med eller uten subsidier fortsatt vil betale mindre for straffen enn hva de måtte gjort for den billigste forsikringen tilgjengelig (Rae et al. 2015).

Før ACA var det amerikanske helseforsikringsmarkedet preget av stor mangel på statlig regulering. Det var et forsikringsmarked som kunne håndplukke friske kunder og skru opp prisen for eller ekskludere de som ikke var ansett som lønnsomme kunder. Både forsikringsmarkedet og behandlingsapparatet er i stor grad private, prisene på helsetjenestene har vært unaturlig høye, og en er avhengig av forsikring for å få behandling uten å sette seg i stor gjeld. Det at loven inneholdt et forbud mot å håndplukke friske kunder på denne måten var essensielt for å få til en ekspansjon av forsikring.

I sin presidentkampanje lovde president Obama at de som var fornøyd med den forsikringen de hadde kunne få beholde den. Når en forsikring slutter å forsikre deg når du blir syk er det høyst diskutabelt om den er en god investering. Oppgjøret med årlige og livstidsmakssummer var derfor viktig, men vanskeliggjort som følge av Obamas valgkampanje hvoro han lovde at de som likte den forsikringen de hadde skulle få beholde den. En kom likevel fram til et kompromiss, eller en kan si at oppgjøret ble tatt, etter mye diskusjon var. Slutten for årlige og livstids makssummer er nå et faktum helseforsikringsindustrien må forholde seg til (McDonough 2011).

Innføringen av de essensielle helsetjenestene kan også sies å være et brudd med Obamas valkkampløfte, men som ved makssommene, et viktig brudd. Det at alle forsikringspoliser dekker svangerskap og fødselspleie er kanskje bortkastet og unødvendig for de som ikke har behov for det, men det er essensielt for at en utjevningsreform som denne skal fungere. Det koster nå noen få dollar mer per person når alle planer inneholder svangerskap og fødselspleie, men ville ha kostet mye mer for de få som hadde behov for det dersom de var de eneste som inkluderte det i sine forsikringspoliser. En slik retorikk kan en bruke ovenfor de syke, de rusavhengige og så videre. Det *var* billigere for mange å være forsikret før fordi det var mange hadde minipoliser av eget valg, men det var også mange som ikke hadde mulighet til å være så forsikret som de hadde behov for og befant seg derfor i kategorien uforsikret eller underforsikret.

ACA har generelt vært mye omdiskutert, men det kanskje mest omdiskuterte ved den er likevel det individuelle mandatet. Obama tapte kampen om obligatorisk utvidelse av Medicaid, men han vant kampen om det individuelle mandatet ettersom høyesterett fant at det ikke var i strid med konstitusjonen. Det er vanskelig å estimere eller vurdere hva det individuelle mandatet har betydd for ekspansjonen, men det er lett å slå fast at det har hatt en

betydelig og positiv effekt. Dette er det største bærekraft/ Robin Hood tiltaket av reformen som skal sikre at de som kan bidra, uavhengig av og gjerne uten behov for sikring, bidrar slik at de som ikke fikk den forsikringen de hadde behov for tidligere nå gjør det. Det er ingen dristig påstand at antall uforsikrede ikke ville ha minsket like mye som det har gjort dersom kampen om det individuelle mandat ikke ble vunnet.

Innføringen av Employer Mandates straffer ble utsatt til 2017 og kan derfor ikke vurderes enda, med reglene for tilgang og ikke tilgang til markedsplassene når man har helseforsikring gjennom jobb har vært eksisterende siden reformen trådte i kraft. I mandatet er det påvist en betydelig feil som har betydning for mange familier. Når mandatet kun vurderer prisen på den ansattes forsikring alene opp mot husholdningens inntekt har dette først til feilen og begrepet «family glitch». Det refererer til at når en arbeidstakers forsikring anses som å ha overkommelig kostnad uten at prisen på å forsikre ektefelle og barn er tatt med utgjør dette en feilvurdering av kostnad. The family glitch resulterer i at arbeidstakeren heller ikke kvalifiserer til subsidier på markedsplassen, selv om realiteten er at dersom hele familien skal forsikres gjennom deres arbeidstakerforsikring vil kostnadene være mye høyere enn 9.69 prosent. Det estimeres at dette påvirker om lag 4 millioner amerikanere (Brooks, 2016).

Feilen er identifisert, det er tegnet en lovendring og den er estimert, men det har så langt ikke vært politisk vilje til å utbedre feilen. Trolig fordi den vil være kostbar i form av økte subsidier. Det er helt tydelig at the family glitch står i kontrast til reformens intensjon da den ikke stimulerer til billigere forsikring for de den berører, men heller ekskluderer de fra markedsplassen på et urettferdig feilberegnet grunnlag. (Norris 2016).

I boken Inside National Health reform publisert i (2011), altså før implementeringen startet for fullt, poengterer forfatteren McDonough kostnaden på ACA. Ikke det at kostnadene var høye, men at de var lave, sammenlignet med tidligere lovforslag/ versjoner. Den samlede summen på risikotilpasning, reassuranse og kostnadsdeling (forsikringspremier og out of pocket costs) ble i den endelige versjonen av loven estimert til 464 billioner dollar. Det er dyrt, men langt billigere enn estimerer i tidligere versjoner som lå på 602 og 723 billioner dollar. McDonough stiller spørsmålet om hvordan dette var mulig og besvarer det med at startdatoen ble utsatt fra 2012 til 2014, men også at subsidieringen ble redusert og at folket nå må betale for en større del av helseutgiftene, selv med forsikring. (McDonough 2011).

De tre prisregulerende programmene risikjustering, reassurans og risikokorridor under ACA skulle bidra til å holde kostnadene nede. Mens risikjusteringsprogrammet er ment å vare er de to sistnevnte midlertidige. I risikjusteringsprogrammets første år, ble det overført 4.6 billioner dollar mellom forsikringsselskapene. I følge analyser var det helsetilstanden til kunden som var hovedfaktoren og som avgjorde om en fikk utbetalinger fra risikjusteringsprogrammet eller ikke. CMS rapporterer at dette er et tegn på at programmet fungerer som det var ment ved å overføre betalinger fra planer med friskere kunder til planer med sykere kunder (Cox et al. 2016).

Etter reassuransprogrammets første år var inntektene høyere enn utgiftene, så de kunne betale ut 100 prosent av kravene, istedenfor 80 prosent og hadde fortsatt 1.7 billioner i pluss. Disse ble brukt til å delutbetale tidlige krav for 2015. Men dette året gikk likevel i minus da kravene var på 14,3 billioner mens inntektene kun var på 6.5 billioner. Nå har myndighetene bestemt at midlene fra inntektsåret 2016 skal holdes tilbake og rentes for å så betales ut i 2017, i håp om at dette vil gi tilstrekkelige midler til å møte kravene (Cox, Semanskee og Claxton 2016)

Risikokorridorprogrammet har bare delvis fungert. Det var designet for å redusere den samlede økonomiske usikkerheten for forsikringsselskapet, men det har i ettertid blitt gjort endringer. Programmet var i utgangspunktet ikke ment å gå i null hvert år, men tillate svingninger opp og ned i kostnader og inntekter i programmet. Men i 2015 og 2016 fikk kongressen gjennom spesifiseringer som sier at utbetalinger til forsikringsselskapene ikke kan overstige kolleksjoner fra det samme året. Det er heller ikke mulig for CMS å overføre penger fra andre kontoer til å betale for programmet. Dette gjør at kun programmets inntekter, samlet inn fra forsikringsselskapene, kan brukes til å finansiere utgiftene. Dersom utgifter overstiger inntektene et år, skal det resterende betales i påfølgende år, før andre krav. Dersom programmet har utestående betalinger etter sin treårige levetid har HHS uttalt at de vil jobbe med kongressen for å sikre bevilgninger til utestående krav (Cox et al. 2016)

Det å vurdere ekspansjon og tilgang til gode helseforsikringer i amerikansk kontekst, er utfordrende med norske øyne. Dersom en kun ser på kvaliteten i form av hvilke behandlinger de ulike forsikringene dekker er det helt klart gjort forbedringer ved innføringen av de essensielle helsetjenestene som et krav. Dersom en stiller spørsmål om pris i tillegg er det nødvendig å poengtere at det å være forsikret i USA fortsatt er dyrt for mange, og at selv om

en er forsikret vil måtte betale dyrt før en får brukt forsikringen sin. *Deductibles* (oppstartssum), *coinsurance* (den delen du betaler når du har betalt deductibles) og egenandeler (copayments) utgjør samlet såkalte ut av lomma (out of pocket) kostnadene en person betaler i tillegg til den årlige forsikringspremien (Cox et al. 2016).

Hvert år fastsettes det en maksgrense som en forsikret person skal betale ut av lommen. I 2016 var denne summen på hele 6850 dollar for en individuell helseplan og 13700 dollar for en familieplan. Dette inkluderer da ikke forsikringspremien, heller ikke tjenester som ikke dekkes av din forsikringsplan eller tjenester som ikke er definert som essensielle helsetjenester, jfr Healthcare.gov «People with coverage through a job» (2017). Helsetjenester er dyrt og når en vet at det ofte ikke skal mer til en et brukket ben for å nå eller overstige disse grensene og få full uttelling ved at forsikringen betaler 100 prosent av kostnadene må en kunne konstatere at helsetjenester og tilgangen til dem fortsatt er dyrt i USA. Men det er viktig å huske at disse grensene gjelder de som anses for å ha råd til det. De som mottar statlig subsidiering vil betale lavere makssummer. Det har med andre ord ikke blitt så mye billigere for de som har råd, men for de som ikke har det har det skjedd en vesentlig forbedring.

Hvis ACA er fullt implementert i 2019 vil cirka 23 millioner fortsatt være uten dekning av helseforsikring, men tallet hadde vært en plass mellom 54 og 57 millioner uten ACA. De som blir værende uten forsikring kan deles inn i tre grupper av cirka like stor størrelse. Den første gruppen er udokumenterte migranter som ikke har tilgang til Medicaid, heller ikke til subsidier gjennom det private markedet, og muligens ikke til forsikring i det hele tatt. Den andre gruppen er mennesker med lav inntekt som kan dekkes av Medicaid, men som ikke registrerer seg. Det positive når gjelder denne gruppen er at de kan signeres når de søker hjelp, slik at mangelen på forsikring ikke skal være et hinder for å søke hjelp når nødvendig. Den siste gruppen er personer som ikke klarer å finne forsikring de har råd til og/eller velger å betale skattestråff, hvilket de har full rett til (McDonough 2011).

Det at det er cirka en tredjedel av de som er fortsatt er uten forsikring som faller utenfor ACA betyr at ACA slik den framstår i dag ikke er et godt nok redskap til å realisere universell helseforsikringsdekning. Det er likevel 20 pluss millioner mennesker som ar tegnet forsikring nå enn tidligere og to tredjedeler av de som er uten forsikring som kan dekkes av den nåværende reformen. Det er også en viktig del av regnestykket at før ACA var 25 millioner amerikanere underforsikret, mange av de uten å ønske det, og at nå er det satt en standard for

hva en helseforsikring må inneholde. En minimumsstandard så omfattende at også mange av som ikke tidligere var ansett som underforsikret likevel har bedre dekning i dag.

4.2 Har ACA bedre kvaliteten på helsetjenestene?

Ambisjonene bak ACA skilte seg fra Massachusetts ved at bedring av tilgang, kvalitet og kostnad var målene, ikke bare tilgang. En kan slå fast at ekspansjonen av helseforsikring ved å sette nye standarder for hva en forsikringspolise må inneholde og gjøre forsikringer tilgjengelige for flere er, er den enkle delen av reformen. Når det gjelder den delen som går på å bedre kvaliteten på helsetjenestene er en mye mer omfattende del av prosjektet. USA er ikke kjent for å ha dårlig kvalitet på sine helsetjenester, gjerne det motsatte, men det har vært stor variasjon på den pleien som har blitt utført, den har vært fragmentert og det har vært for lite fokus på forebyggende pleie (Obama 2016). Tittel 3 til 8 inneholder et bredt spekter av seksjoner som skal bidra til å bedre levering, kvaliteten og kostnaden på pleie.

I jakten på bedre resultater ønsker USA å endre sine betalingsmodeller fra å betale for hver tjeneste (pay for service) til betale for hva som leveres (pay for performance) da det eksisterer en bakenforliggende oppfatning om at en kan få mer for mindre dersom systemet legger til rette for det. Dersom en enkeltvis skal gå inn å vurdere de ulike programmene beskrevet tidligere i oppgaven vil det være umulig å konkludere med om de fungerer eller ikke på dette tidspunkt. Det er likevel noen resultater som bør dras fram.

Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP) skal, som beskrevet ovenfor, bidra til færre reinnleggelser i sykehus. Dersom et sykehus har flere reinnleggelser enn forventet vil det få mindre refusjoner og omvendt. I utgangspunktet gjaldt dette reinnleggelse av pasienter med hjerteinfarkt, hjertesvikt og lungebetennelse, men ACA åpnet også for at programmet kunne utvides til å gjelde andre diagnoser (CMS.gov 2016). Det ble gjort en utvidelse av reinnleggelsesprogrammet i 2015 ved at KOLS, elektiv hoft og elektiv kneprotese ble lagt til listen over diagnoser som inkluderes. I 2017 utvides programmet ytterligere ved koronar bypass kirurgi og ved å utvide kohorten av lungebetennelsesdiagnoser. Utvidelsen i 2015 ble etterfulgt av en økning i totale straffer og utvidelsen av 2017 er forventet å gjøre det samme.

Dette betyr ikke at programmet ikke fungerer. Det har vært en nedgang i antall reinnleggelser hvert år siden 2012 (Bucotti og Casillas 2016). En estimert nedgang fra 19,1 prosent i 2010 til

17, 8 prosent i 2015. Et relativt beskjedent tall når presentert i prosent, men presentert i antall utgjør det hele 565 tusen færre reinnleggelser (Obama 2016). Selv om utvidelsen av programmet er forventet å gi en økning i totale straffer er det viktig å påpeke at de fleste Medicare pasienter (78 prosent) er innlagt i sykehus som ikke mottar straffer eller som mottar straff under en prosent (Bucotti og Casillas 2016).

Ettersom reinnleggelser ofte er dyre følger det store refusjoner med og det har vært ulike tilbakemeldinger på dette programmet. En studie av sykehusledere viser at HRRP hadde stor innvirkning på arbeidet med å redusere reinnleggelser. Den vanligste kritikken av programmet var at det ikke er godt nok regulert i forhold til ulike sosioøkonomiske og kliniske forskjeller mellom sykehusene og mange påpekte at sanksjonene var altfor store sett i lys av at sykehusets evne til å påvirke pasientenes postakutte omsorg. Det påpekes at de to sistnevnte synspunktene var vanligere hos ledere av sykehus med høyere HRRP straffer (Joynt et al. 2016). De to utvidelsene av programmet er et eksempel på at opprettelsen av CMMI oppfyller sin intensjon om å prøve ut, evaluere og utvide programmer som viser seg lønnsomme.

Selv om HACRP først startet i 2015 under ACA har dette vært et fokusområde i flere år forut for det. Mellom 2010 og 2014 har det vært en 17 prosents nedgang på HACs og ved å sammenligne disse funnene med tidligere forskning på forholdet mellom HAC og dødsfall estimeres det at denne nedgangen har forhindret 87000 dødsfall i denne tidsperioden (Agency for Healthcare Research and Quality, 2016). Selv om dette tallet er omdiskutert er fokuset på HCAs og bedre koordinering av helsetjenester en viktig og riktig utvikling. Det er dyrt å behandle pasienter på sykehus og skal helsesystemet være bærekraftig er det avgjørende at de diagnosene som kan behandles utenfor sykehus blir det. Både for pasientenes sikkerhet og for statens budsjett. Et økt fokus på og systematisk jobbing med å få ned HAC har allerede gitt positive resultater og en ytterligere forbedring ved at rett diagnose behandles på rett sted vil kunne positivt forbedre både kostnad og kvalitet.

Utviklingen av ACOs, i sine mange ulike varianter, har til hensikt å bedre koordineringen av pleie, kvalitet på pleie og få ned kostnadene. I løpet av ACAs korte levetid har ACOs vokst i omfang og utbredelse i den grad at det er vanskelig å se for seg at dette kan reverseres. Physician Leadership Journal publiserte i 2016 en artikkel som påpekte både negative og positive aspekter ved ACOs. Det trekkes fram at rapporteringen og evalueringen som kreves av CMS og som danner grunnlaget for en ACOs prestasjon, i dag ikke er god nok og hyppig

nok. De mener at ettersom rapporteringene ikke er grundige og hyppige nok står ACOs i fare for å mislykkes. For å lykkes må de gjøre en dypere analyse enn hva som kreves av CMS. Kartleggingen må søke svar på hvilke pasienter som er i risikogrupper, hvilke pasienter med kroniske sykdommer som har behov for tett oppfølging for å unngå dyre sykehusinnleggelser og behandlinger senere og hvor tidlig intervensjon er hensiktsmessig for å forhindre framtidige problemer(Gray og Sheiko 2016).

Det konkluderes med at ACOs med all sannsynlighet har kommet for å bli fordi et slikt system gir økonomisk mening for å besørge en bærekraftig utvikling innen helsesektoren. Selv om opposisjonen ønsker å erstatte ACA er det en enighet om at endring fra fee-for-service til payfor-performance betalinger er unngåelig og nødvendig. Det er en tro på at når ACOs fortsetter å vokse vil de smelte sammen, utvides og dele erfaringer, så vil behovet for å sikre gode teknologiske hjelpemiddel og evalueringsmetoder som utnytter data fra eller nivåer øke i takt med utbredelsen. Det er mye data tilgjengelig og dersom denne blir utnyttet vil en kunne oppnå bedret kvalitet på pleien som bidrar til en sunnere befolkning, mer fornøyde pasienter og samtidig skape lønnsom suksess og stabilitet for leverandører (Gray og Sheiko 2016).

Selv om ideen bak ACOs og ekspansjonen av dem har vært stor er deltagelse fortsatt frivillig og dersom en anser helsesystemet og dets kostnader som en helhet er det en lang vei igjen å gå. Det er mange institusjoner som ikke deltar i ACO og det er mange diagnoser som ikke omfattes. Selv om dette er et tidlig tidspunkt å evaluere kvalitetseffekten av ACA på så er selve opprettelsen av Center for Medicare and Medicaid Innovation (CMMI) et viktig aspekt som kan ha stor betydning framover. CMMI har autoritet til å igangsette varierte eksperimenter og prosjekter til hensikt for å bedre kvalitet og redusere kostnad innenfor Medicare og Medicaid programmene. Dersom CMS finner at noen av disse prøveprogrammene har forbedret kvaliteten uten å øke kostnadene, har The Secretary of Health and Human services autoritet til å implementere og utvide ideen til hele Medicare og Medicaid uten å gå gjennom kongressen. Dette gir mulighet til raskt å spre programmer og vil kunne utgjøre en stor forskjell (Blumenthal, Abrams og Nuzum 2015).

Dersom ACA får mulighet til å vedvare lenge nok til at initiativene i loven utvikles, utbredes og forbedres er håpet at reformen vil kunne ha stor betydning for alle de ulike partene, helsesektoren, forsikringsindustrien og pasientene. Pasientene vil få en viktigere rolle

ettersom deres evalueringer blir viktigere enn tidligere for konkurransen både mellom forsikringsselskaper og innad i helsesektoren. Ved å skape større gjennomsiktighet, konkurranse og målbarhet i systemet stilles det større krav til tilbydere av både forsikring og helsetjenester.

4.3 Bremses ACA vekst i offentlige helseutgifter?

Mot manges tidligere overbevisning er det et faktum at de amerikanske helseutgiftene *har* bremses i vekst under ACA. Det er det liten uenighet rundt. Mellom 2010 og 2013 økte utgiftene med 3,2 prosent årlig, sammenlignet med 5,6 prosent årlig de ti foregående årene. Dersom en ser på helseutgiftenes andel av BNP kan det per dags dato se ut til at de har stabilisert seg på 17 prosent (Blumenthal, Abrams og Nuzum 2015).

Mellom 2010 og 2015 var den totale prisveksten i Medicare på 4,4 prosent, sammenlignet med 9 prosent mellom 2000 og 2010. Gjennomsnittlig årlig økning per Medicare mottaker lå på 1,4 prosent mellom 2010 og 2015, sammenlignet med 7,4 prosent mellom 2000 og 2010. Dette er en bemerkelsesverdig positiv utvikling når en innlemmer det faktum at baby boom generasjonen nå har nådd aldersgrensen for Medicare og at flere derfor er mottakere (Cubanski og Neuman 2016). Det er likevel ikke slik at det er enighet rundt hvorvidt denne positive økonomiske utviklingen kan tilskrives ACAs effekt (Blumenthal, Abrams og Nuzum 2015).

Den økonomiske krisen av 2008 har blitt trukket fram som en viktig faktor. Flere er likevel åpne for å tilskrive ACA noe av æren. De som gjør det ser reduksjonen i betalinger til Medicare providers , nedgangen i antall reinnleggelser, det at flere diagnoser kan behandles utenfor sykehus, ACOs opprettelse og vekst og økt satsing på primærhelsetjenesten som positive tegn. Kritikere av ACA forutså dramatisk inflasjon i helseutgiftene og det kan en ikke se at har skjedd enda. Det påpekes også at dersom den positive utviklingen vedvarer kan det ha like mye med den psykologiske effekten på helsetjenesten og helseplaner som de ulike initiativene i loven. ACA har gjenopprettet inntrykket av at amerikanere er bestemt på å få kostnadene under kontroll og at helsetjenesten og forsikringsindustrien er tjent med å legge til rette i den prosessen. De tradisjonelle *pay for service* ordningene skal gradvis, men dramatisk reduseres og erstattes av *pay for value* modeller i ulike varianter innen Medicare service (Blumenthal, Abrams og Nuzum 2015).

Det å få ned kostnadene er kanskje den største drivkraften bak reformen, sett fra statens side. Det at kostnadene nå har bremsset samtidig som mange flere har en helseforsikring er et godt utgangspunkt for videre utvikling. Selv om helsekostnadene har bremsset i vekst så langt er det usannsynlig at de vil holde en så lav vekst i et langtidsperspektiv. Det blir likevel feil for å gå inn på denne diskusjonen da reformen ikke er fullt implementert hvilket betyr at vi heller ikke har sett den fulle effekten tiltakenes innvirkning på kostnadsreduksjon. Det at ACA har klart, eller har vært medvirkende, i å bremse helseutgiftene under en så stor ekspansjon er, som sagt et godt utgangspunkt.

4.4 Har ACA bedret retten til helse?

Når 50 millioner amerikanere manglet en helseforsikring og 25 millioner var underforsikring var det endelig mulig å samle nok krefter til å få vedtatt en helsereform i USA (McDonough 2011). Det og ikke ha forsikring og heller ikke ha rett til å kjøpe en er per definisjon en for dårlig forankret menneskerett til helse. Før ACA definerer jeg USA som et eksempel på et land hvor markedets makt har vokst seg større og sterkere enn menneskene som bor der. Mange mennesker var direkte ekskludert eller uoppnåelig økonomisk diskriminert fra forsikring, på bakgrunn av sin helse, men det har helsereformen ulovliggjort.

Prisene på helsetjenester er for mange fortsatt høye, men prisene er satt i et system og alle har en *rett* på forsikring, uavhengig av helseutfordringene de har. Det i seg selv er en vesentlig forbedring og flere skritt i riktig retning når gjelder retten til helse i USA. Når denne reformen videre kan vise til at 20 pluss millioner amerikanere nå har forsikret seg er dette et resultat som beskriver en *faktisk utvidelse* av retten til helse. Det at denne gruppen i stor grad representerer den fattige og syke delen av befolkningen gjør det enda lettere å være positiv til USA når gjelder retten til helse etter ACA versus før.

Det å demokratisere tilgangen til helseforsikring er ikke nødvendigvis ensbetydende med at en samtidig oppnår å demokratisere tilgangen til helsetjenester. Det som er påvist er at mangel på forsikring har høy korrelasjon med dårlig helse. Forskning har vist en så høy korrelasjon at manglende forsikringsdekning ble estimert til å medførte nesten 45.000 amerikanske dødsfall, årlig (Wilper et al. 2009). Når en har forsikring betyr også det at en har oppnådd en rettighet og det er først en har oppnådd en rett at en kan kreve den innfridd. Forskning viser også at økt

forsikringsdekning har medført en bedre tilgang til helsetjenester. Selv om etniske og klasseforskjeller fortsatt eksisterer har ACA resultert i utvidet forsikringsdekning og økt tilgang på har forsikringsdekningen bedret seg innenfor alle gruppene, jfr Science Daily «Affordable Care Act has improved access to health care, but disparities persist» (2016).

Retten til helse og hva som skal til for å vurdere den som oppfylt er nesten like mye diskutert som hvem som skal betale for det. Dersom en tar utgangspunkt i at retten til helse ikke er oppfylt før universelle helsetjenester er oppnådd har USA noen delmål igjen og helsereformen slik den består i dag vil ikke være et godt nok redskap for å nå det målet. Det at Medicaid ikke er utvidet i 19 av statene, som følge av endringene i 2012, må også da anses som et skritt bakover, sammenlignet med den originale versjonen av reformen. Det at loven også inneholder unntak fra individuelt mandat betyr at mer enn 4 ganger Norges befolkning vil være uten forsikring når loven er fullt implementert. Et lavt tall sett i amerikansk setting, mye lavere enn uten ACA, men likevel et høyt antall mennesker. Det å gi disse menneskene unntak fra det individuelle mandat betyr ikke at de slutter å være et faktum og unntakene resulterer i at disse menneskene, de uforsikrede, mangler en rett å håndheve, sammenlignet med den øvrige majoriteten av befolkningen.

Det å implementere en helselov som gjør at en ikke lengre kan diskriminere tilgang til helseforsikring på bakgrunn av dårlig helse *er* et skritt i riktig retning. At forsikring nå er billigere for de som har minst et enda et. Når noen fortsatt betaler dyrt er det fordi helsetjenestene er dyre og noen må betale for dem. Da er det mer riktig, sett fra et menneskerettslig perspektiv at prisene forsikring er baseres på ressurser og ikke helsetilstand.

5.0 Oppsummering/konklusjon

For å rydde litt i funn som er presentert og diskutert tidligere i oppgaven har jeg satt opp en oversiktstabell:

TABELL 2. Oppsummerende funn

Problem	Målsetting/kriterium	Resultat til nå
47 millioner uten forsikring	Øke dekningen med 32 millioner	20 millioner flere med forsikring
Kostnaden på forsikring	Billigere	Oppnådd for de fattigste
Kvalitet på forsikring	Forbedring	Oppnådd
Folks totale kostnad på helseutgifter	Billigere	Oppnådd for de fattigste, dyrere for de velstående
Kvalitet på helsetjenester	Økt kvalitet	Uklart, men mange initiativ
Statlige helseutgifter	Bremses	Oppnådd foreløpig
Retten til helse	Forbedres	Oppnådd for mange, men universell forsikrings og helsetjenedekning ikke oppnådd

Jeg satte i gang arbeidet med denne oppgaven i håp om å kunne gjøre meg opp en mening om ACA basert på et bedre grunnlag enn det jeg hadde ifra før. Jeg søkte svar på om denne reformen var det rette redskapet for USA i kampen mot inflasjon, økende antall uforsikrede og misnøye når gjelder kvalitet, samt om reformen bidro til å forbedre retten til helse. Ved å ta utgangspunkt i hovedmålene i ACA ville jeg vurdere i hvilken grad amerikanerne til nå har lyktes i å innfri disse målene og hvilken betydning reformen har for retten til helse i USA. Det har vist seg utfordrende å konkludere, av ulike årsaker.

Det er først og fremst tidlig å evaluere ACA da den nårige implementeringsperioden enda ikke er over. Videre har jeg lært at det både lar seg gjøre å like og mislike reformen, avhengig av hvordan en ser på den. Dersom en ser på ACA som et utgangspunkt for forbedring, et skritt i riktig retning, kan en gjøre som Obama (2016) gjorde i sin JAMA artikkel og dra fram poenger som at over 20 millioner flere har amerikanere nå er forsikret, egenandelene har enda ikke fløyet i taket, helseutgiftene har bremset og mange betalinger baseres nå delvis på

kvalitet ikke kvantitet, selv om mange fortsatt gjør det. En kan stille spørsmålet om det er mulig at en så stor reform kan vise til annet enn varierende resultater de første årene. Ved å ta sikte på å reformere et helsesystem av størrelse og kompleksitet som det amerikanske må utfordringer som krever nødvendige justeringer anses som en forventet del av implementeringsprosessen. Store reformer er også ofte i stadig endring, lenge etter at de er implementert.

Dersom en er motstander av ACA er det lett å se at helsetjenester fortsatt er dyrt for mange i USA, markedsplassene sliter med konkurranse i flere områder og lovnaden om at de som likte den forsikringen de hadde skulle få beholde den har blitt brutt. Den største årsaken til misnøye er likevel det at det i amerikansk kontekst ikke er spørsmålet er om hvorvidt ACA utvider retten til helse eller ikke som har størst betydning og skaper politisk splid, men det faktum at reformen bidrar til å *utvide plikten* til helse. Denne spliden mellom de to partiene, den grunnleggende uenigheten om hvor stor makt og innblanding den føderale staten skal ha over delstatene og den individuelle amerikaner, er den største trusselen mot helsereformen og dens videreutvikling.

Til tross for den politiske spliden forut før og etter reformen om hvordan helseindustrien skal endres, er det en politisk enighet om at noe måtte noe gjøres. Bare staten alene brukte mer penger på helse i USA enn noe annet land i verden og dette til tross for at befolkningen også selv betaler høye priser og 50 millioner var uforsikret (McDonough 2011). Markedet har i lang tid vært de store vinnerne, selv om makten har fra tid til annet forflyttet seg fra forsikringsindustrien til det private helsevesenet. ACA er et forsøk på å endre hele dynamikken i helseindustrien ved å øke statlig kontroll gjennom økt kvalitetsfokus, forebyggende helse, ekspansjonstiltak og kostnadskontroll, og det har skjedd mye siden 2010.

ACA har utvidet retten til helse for over 20 millioner mennesker og landets helseutgifter har *ikke* fløyet i taket som mange forutså, men muligens stabilisert seg. Det er mange utfordringer både når gjelder betalingssystemer, kvalitetsforbedring, kvalitetsmålinger og markedsplassene med mer. Mulighetene er likevel mange i reformen som den består i dag og enda flere dersom den får bestå lenge nok til at utvidelsen av Medicaid programmet vurderes som sosioøkonomisk lønnsomt og flere stater deltar, at ACOs får utvikles, forbedres og utvides. Alle store reformer, inkludert ACA må ansees «as a work in progress». De endringene som følger av en reform må få tid til å stabilisere seg og feil må ikke bare identifiseres, men også få tid til å korrigeres.

Det skapes mindre motstand rundt å gi noen en rett enn det gjør å ta rettigheter ifra noen. Problemet med ACA som utvider retten til helse for mange er, som sagt, at den innsnevrer andres til og ikke delta. Det er umulig å innføre en bærekraftig helsereform uten at en krever mer fra de som har mye og mindre fra de som har minst. Den politiske kampen pågående i amerikansk helsepolitikk er dermed et spørsmål om hva som er viktigst, rettighetene til de rike eller til de fattige. Erfaringer fra tiden før ACA har vist at det å la de rikes rett seire og ekskludere store deler av de fattige og syke har vist seg lite økonomisk gunstig for den amerikanske staten. Det i kombinasjon med at det er upopulært å ta rettigheter ifra noen er det som gjør at jeg har troen på at ACA, i en eller annen form som inkluderer de som allerede har fått forsikring, og flere, til slutt vil overleve denne politiske spliden.

Kampen mot Kissicks jerntriangel er ikke vunnet, men den er heller ikke tapt. Det gjenstår å se om Affordable Care Act kan motbevise den gjennom sine mange ulike initiativer og reguleringer eller om ACA vil gå inn i amerikansk helsehistorie som nok en kortvarig skifte i maktbalansen.

Litteraturliste

- Agency for Healthcare Research and Quality. 2015. «Saving lives and saving money: hospital-acquired conditions update». <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/pfp/interimhacrate2014.html> Lest 02.05.17
- Blavin, Fredric. 2016. «Association Between the 2014 Medicaid Expansion and US Hospital Finances». *Journal of the American Medical Association* 316(14): 1475-1483
- Blumenthal, David, Melinda Abrams og Rachel Nuzum. 2015. «The Affordable Care Act at 5 Years». *The New England Journal of Medicine* 372(25): 2451-2458.
- Boccuti, Christina og Giselle Casillas. 2016. «Aiming for Fewer Hospital U-turns: The Medicare Hospital Readmission Reduction Program». *Kaiser Family Foundation*. Lest 19.05.17 <http://kff.org/report-section/aiming-for-fewer-hospital-u-turns-the-medicare-hospital-readmission-reduction-program-issue-brief/>
- Bodenheimer, Thomas og Kevin Grumbach. 2009. *Understanding health policy: a clinical approach*. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Brooks, Tricia. 2016. «Fixing The ‘Family Glitch’ Will Boost Economic Security For Low-Income Families And Increase Marketplace Stability». *Healthaffairsblog*. Lest 23.02.17. <http://healthaffairs.org/blog/2016/07/27/fixing-the-family-glitch-will-boost-economic-security-for-low-income-families-and-increase-marketplace-stability/>
- Castleberry, Carol. 2015. «A human Right to Health, Is there one and, if so, what does it mean?» *Intercultural human rights law review* 10, (1):189-232.
- Centers for Medicare & Medicaid services. 2017. «Accountable Care Organizations (ACO)» Lest 20.03.17 <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO/index.html>
- Centers for Medicare & Medicaid services. 2016. «Comprehensive Primary Care Initiative Shared Savings Methodology» Lest 20.03.17 <https://innovation.cms.gov/Files/x/Comprehensive-Primary-Care-Initiative-Shared-Savings-Methodology-PDF.pdf>

- Centers for Medicare & Medicaid services.2016. «Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) Initiative: General Information». Lest 19.11.16.
<https://innovation.cms.gov/initiatives/bundled-payments/>
- Centers for Medicare & Medicaid services.2016. « Hospital-Acquired Condition Reduction Program (HACRP) ». Lest 19.11.16.
<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/HAC-Reduction-Program.html>
- Centers for Medicare & Medicaid services.2017.« Hospital Value-Based Purchasing». Lest 19.11.16 <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/hospital-value-based-purchasing/index.html?redirect=/Hospital-Value-Based-Purchasing/>
- Centers for Medicare & Medicaid services. 2016. «Readmissions Reductions Programme» Lest 22.11.16 <https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/acuteinpatientpps/readmissions-reduction-program.html>
- Centers for Medicare & Medicaid services. 2016. «Shared Savings Program» Lest 10.12.16 <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/index.html?redirect=/sharedsavingsprogram/>
- Centers for Medicare & Medicaid services. 2016. « The Comprehensive ESRD Care Model» Lest19.11.2016. <https://innovation.cms.gov/initiatives/comprehensive-esrd-care/>
- Centers for Medicare & Medicaid services. 2016. «The Next Generation ACO Model» Lest 10.12.16 <https://innovation.cms.gov/initiatives/Next-Generation-ACO-Model/>
- Centers for Medicare & Medicaid services.2016. «The Pioneer ACO Model» Lest10.12.2016.<https://innovation.cms.gov/initiatives/Pioneer-ACO-Model/>
- Chan, Margaret.2012. « Best days for public health are ahead of us, says WHO Director-General». *World Health Organization*. Lest 13.12.16.
http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha_20120521/en/
- Chen, Min. 2015. «The affordable Care Act: Opportunities and Challenges for Physicians» *The Journal of Craniofacial Surgery*, 26(8):2243-2246.
- Cox, Cynthia, Ashley Semanskee, Gary Claxton og Larry Levitt. 2016. «Explaining Health Care Reform: Risk Adjustment, Reinsurance, and Risk Corridors». *Kaiser*

Family Foundation. Lest 10.11.16 <http://kff.org/health-reform/issue-brief/explaining-health-care-reform-risk-adjustment-reinsurance-and-risk-corridors/>

- Cubanski, Juliette og Tricia Neuman. 2016. «The Facts on Medicare Spending and Financing». *Kaiser Family Foundation*. Lest 22.02.17 <http://kff.org/medicare/issue-brief/the-facts-on-medicare-spending-and-financing/>
- Department of Health and Human Services ASPE Office of Health Policy. 2016. «Health Insurance Coverage and the Affordable Care Act, 2010-2016» Lest 29.05.17 <https://aspe.hhs.gov/pdf-report/health-insurance-coverage-and-affordable-care-act-2010-2016>
- Department of Health and Human Services ASPE Office of Health Policy. 2016. «Health plan choices and premiums in the 2017 Health Insurance Marketplace» Lest 29.05.17 <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/212721/2017MarketplaceLandscapeBrief.pdf>
- Faguet, Guy B. 2013. *The Affordable Care Act. A missed opportunity. A better way forward*. New York: Algora Publishing.
- French, Michael T., Jenny Homer, Gulcin Gumus, and Lucas Hickling. 2016. « Key Provisions of the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA): A Systematic Review and Presentation of Early Research Findings», *Health Services Research* 51, (5)735-1771.
- Garfield, Rachel, Anthony Damico, Cynthia Fox, Gary Claxton og Larry Levitt. 2016. «Estimates of Eligibility for ACA Coverage among the Uninsured in 2016». *Kaiser Family Foundation*. Lest 02.12.16. <http://kff.org/uninsured/issue-brief/estimates-of-eligibility-for-aca-coverage-among-the-uninsured-in-2016/>
- Gray, Craigan og Stephen Sheiko. 2016. « Choosing the right performance management system for your ACO». *Physician Leadership Journal* 3(5):58-60.
- Grol, Richard Wensing, og Martin Michel Eccles. 2013. *Improving Patient Care*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Healthcare.gov. 2017. «Childrens health insurance Program (CHIP)» Lest 24.02.17. <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/childrens-health-insurance-program/>
- Healthcare.gov. 2017. «Health insurance marketplace» Lest 24.02.17. <https://www.healthcare.gov/quick-guide/>

- Healthcare.gov.2017.«People with coverage through a job» Lest 24.02.17.
<https://www.healthcare.gov/have-job-based-coverage/change-to-marketplace-plan/#affordable>
- Healthcare.gov.2016. «Out-of-pocket maximum/limit». Lest 24.02.17.
<https://www.healthcare.gov/glossary/out-of-pocket-maximum-limit/>
- Joynt, Karen E, Jose F. Figueroa, John Orav og Ashish K. Jha. 2016. «Opinions on the Hospital Readmission Reduction Program: Results of a National Survey of Hospital Leaders» *The American Journal of Managed Care* Voll 22 no 8 : 287-294.<http://www.ajmc.com/journals/issue/2016/2016-vol22-n8/Opinions-on-the-Hospital-Readmission-Reduction-Program-Results-of-a-National-Survey-of-Hospital-Leaders/>
- Kaiser family foundation. 2016. «Employer responsibility under the Affordable Care Act» Lest 07.12.16. <http://kff.org/infographic/employer-responsibility-under-the-affordable-care-act/>
- Kaiser Family Foundation.2012. «Health Insurance Market Reforms: Pre-Existing Condition Exclusions» Lest 02.12.16 <http://kff.org/health-reform/fact-sheet/health-insurance-market-reforms-pre-existing-condition/>
- Kaiser Family Foundation.2015. «Preventive Services Covered by Private Health Plans under the Affordable Care Act» Lest 05.04.17 <http://kff.org/health-reform/fact-sheet/preventive-services-covered-by-private-health-plans/>
- Kaiser Family Foundation. 2016. «Status of State Action on the Medicaid Expansion Decision» Lest 22.11.16 <http://kff.org/health-reform/state-indicator/state-activity-around-expanding-medicaid-under-the-affordable-care-act/?currentTimeframe=0>
- Kissick, William L. 1994. *Medicine's Dilemmas: Infinite Needs Versus Finite Resources*. Yale University Press.
- Levitt, Larry, Gary Claxton og Anthony Damico. 2013. «The Numbers Behind “Young Invincibles” and the Affordable Care Act». *Kaiser Family Foundation*. Lest 07.12.16. <http://kff.org/health-reform/perspective/the-numbers-behind-young-invincibles-and-the-affordable-care-act/>
- Mathews, Anna Wilde og Stephanie Armour.2016. «Health plan choices shrink» *Wall Street Journal*. Tilgjengelig fra ProQuest.

- McDonough, John E. 2011. *Inside National Health Reform*. Berkley: University of California Press.
- Norad.2016. «Bærekraftsmålene: Hovedmål og delmål» Lest 14.11.16.
<https://www.norad.no/om-bistand/barekraftsmalene/barekraftsmalene-hovedmal-og-delmal/>
- Norris, Louise. 2016. «No family left behind by Obamacare». *Healthinsurance.org*. Lest 05.04.17. <https://www.healthinsurance.org/affordable-care-act/no-family-left-behind-by-obamacare/>
- Norsk senter for forskningsdata.2017. «Register over vitenskapelige publiseringskanaler». Lest 01.12.17
https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=Proquest+Health&xi=&itar=&nvd2004a=-1&npiff=-1&at=-1&sr=-1&lnor=-1&lop=-1&t=-1&nvd2004aGml=-1&nvd2004bGml=&a=true&tv=true&_checkbox_bibsys=true
- Obama, Barak. 2016. «United States Health Care Reform Progress to Date and Next Steps». *The journal of the American medical association*316,(5):525-532
- Obamacarefacts.2016. «Obamacare employer mandate» Lest 02.11.16.
<http://obamacarefacts.com/obamacare-employer-mandate/>
- Obamacarefacts. 2016. «ObamaCare Medicaid Expansion» Lest 21.10.16.
<http://obamacarefacts.com/obamacares-medicaid-expansion/>
- Obamacarefacts. 2016. «Obamacare young adults» Lest 03.11.16.
<http://obamacarefacts.com/obamacare-young-adults/>
- Obamacarefacts.2016. «Pre-existing conditions». Lest 02.11.16.
<http://obamacarefacts.com/pre-existing-conditions/>
- Obamacarefacts.2016. «Summary of Provisions in the Affordable Care Act» Lest 23.10.16. <http://obamacarefacts.com/summary-of-provisions-patient-protection-and-affordable-care-act/>
- Obamacarefacts.2017. «What Are Essential Health Benefits?» Lest 27.04.17.
<https://obamacarefacts.com/essential-health-benefits/>
- Obamacarefacts.2016. «What is ObamaCare | What is the Affordable Care Act?» Lest 28.09.16. <http://obamacarefacts.com/whatis-obamacare/>
- Rae, Matthew, Anthony Damico, Cynthia Cox, Gary Claxton og Larry Levitt. 2015. «The Cost of the Individual Mandate Penalty for the Remaining Uninsured». *Kaiser*

Family Foundation. Lest 10.11.16. <http://kff.org/health-reform/issue-brief/the-cost-of-the-individual-mandate-penalty-for-the-remaining-uninsured/>

- Rise, Thomas, Pauline Rosenau, Lynn Y. Unruh og Andrew J. Barnes. 2013.» United States of America: Health system review» *Health Systems in Transition* 15(3)
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf?ua=1
- Science Daily. 2016.«Affordable Care Act has improved access to health care, but disparities persist». Lest 23.04.17.
<https://www.sciencedaily.com/releases/2016/08/160830130828.htm>
- Selker, Harry p og June S. Wasser. 2014. *The Affordable Care Act as a National Experiment: Health Policy Innovations and Lessons*.NewYork: Springer New York.
- Sommers, Benjamin D, Robert J. Blenton, John Orav, Arnold M Epstein. 2016. «Changes in Utilization and Health Among Low-Income Adults After Medicaid Expansion or Expanded Private Insurance» *The Journal of American medical association Internal Medicine*. 176(10):1501-1509
- State.gov.2010. «Report of the United States of America Submitted to the U.N. High Commissioner for Human Rights In Conjunction with the Universal Periodic Review» Lest 24.10.16 <https://www.state.gov/documents/organization/146379.pdf> Lest 24.11.16.
- United Nations General Assembly. 2013. «67/81 Global health and foreign policy (2013) Resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2012»
http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/81 Lest 10.02.17
- Wilper, Andrew P, Steffie Woolhandler, Karen E Lasser, Danny McCormick, David H. Bor og David U. Himmelstein.2009. «Health Insurance and Mortality in US Adults» *American journal of Public Health* 99,(12): 2289-2295.

