

## OBAMACARE

### Reformen som ska ge alla rätt till en privat sjukvårdsförsäkring

*I juni 2012 fick jag tack vare Svenska Försäkringsföreningens stipendium förmånen att resa till USA och studera det amerikanska försäkrings-systemet. En av de pågående förändringar som påverkar försäkringsbranschen är den stora sjukvårdsreformen som håller på att introduceras stegvis. En grundläggande förändring är medborgarnas skyldighet att upprätthålla en viss miniminivå av sjukförsäkringsskydd.*

*Som försäkringsjurist och tidigare produktchef för sjukförsäkringar ställer jag mig frågan hur de löser en sådan obligatorisk försäkring som tecknas individuellt hos privata försäkringsgivare. Vad händer med de som har sjukdomar och besvär före tecknandet?*

#### Den amerikanska sjukvårdsreformen – ”Obamacare”

Den 23 mars 2010 antog Kongressen president Barack Obamas nya sjukvårdslag ”The Patient Protection and Affordable Care Act” (The Affordable Care Act). Syftet med lagen var dels att få fler amerikaner att omfattas av en sjukvårdsförsäkring, dels att få ned statens kostnad för sjukvård. Innan reformen saknade uppskattningsvis 46 miljoner amerikaner försäkringsskydd för sjukvårdskostnader.

The Affordable Care Act ska förbättra försäkringsskyddet inom sjukvårdsområdet för amerikanerna inom fyra områden:

- Starkare konsument skydd
- Försäkringsskydd som fler har råd med
- Förbättrade möjligheter till försäkring för utsatta grupper
- Förbättrat skydd genom statens Medicare program

Den nya lagen kommer att införas stegvis under fyra år. De första förändringarna kom direkt efter att lagen antogs våren 2010. De sista delarna i reformen införs under 2014. Nu vet vi även att president Obama sitter kvar som president i ytterligare fyra år, vilket gör att reformen ser ut att få leva vidare. En del av reformen innebär indirekt att alla amerikaner ansvarar för att teckna en privat sjukvårdsförsäkring om de inte omfattas av sjukvårdsförsäkring genom sitt arbete eller på annat sätt.

## Kritiken mot lagen

Det dröjde dock inte länge förrän kritiken mot reformen kom. Flera kritiska röster höjdes, däribland 26 stycken delstater som stämde den amerikanska regeringen för att den nya sjukvårdslagen ansågs vara författningsstridig gentemot USAs grundlag. Kritiken riktade sig mot två specifika bestämmelser i den nya lagen:

### ➤ **"The individual mandate"**

Denna bestämmelse innebär en skyldighet för de allra flesta amerikaner att upprätthålla en miniminivå av försäkringsskydd avseende sjukvård. De individer, som inte är undantagna från bestämmelsen och som inte erhåller sjukvårdsförsäkring genom en anställning eller genom något stödprogram från det allmänna, måste teckna en sjukvårdsförsäkring hos ett privat försäkringsbolag. Den individ som inte ordnar med ett försäkringsskydd för sjukvårdskostnader riskerar att få betala en straffavgift. Kritikerna menade att Kongressen utmanade konstitutionen och om de kunde lagstifta om att medborgarna var skyldiga att köpa en sjukvårdsförsäkring så skulle de snart kunna tvinga dem att köpa amerikanska bilar tillverkade i Detroit.

### ➤ **"Medicaid"**

Bestämmelsen medför en utvidgning av dagens grundskydd för individer med särskilda behov. Medicaid är ett grundskydd för att garantera viss sjukvård för gravida, barn, familjer med särskilt behov, blinda, äldre och funktionshindrade. Dagens Medicaid finansieras av delstaterna genom federala medel. The Affordable Care Act utvidgar gruppen av individer som delstaterna måste erbjuda sjukvård för genom Medicaid. Ex v så kommer individer som har en inkomst upp till 133 % av existensminimum – the federal poverty level – att omfattas av Medicaid från och med 2014. Det innebär ex v att även vuxna utan barn kan få stöd framöver. Även om bidraget från federal nivå till delstaterna kommer att öka så måste även delstaterna vara med och finansiera det utökade skyddet för medborgarna. Om en delstat inte lever upp till den nya lagen riskerar de inte bara att förlora det utökade bidraget utan hela finansieringen avseende Medicaid. Kritikerna menade att det var en orimlig obalans i att hela det federala bidraget skulle dras in om en delstat inte levde upp till alla bestämmelser i den nya lagen.

Den 28 juni 2012 kunde högsta domstolen – *the Supreme Court* – slutligen fastställa att det inte fanns anledning att dra tillbaka lagen även om vissa förändringar krävdes.

Avseende "The individual mandate" så ansåg domstolen att den straffavgift som tas ut för de som inte ordnar med ett försäkringsskydd var att betrakta som en skatt. Avgiften tas ut på samma sätt som dagens skatter. Eftersom det är Kongressen som har rätt att fatta beslut om och samla in skatt så ansågs inte Kongressen ha gått utanför sitt mandat. Dessutom var det inte fråga om att tvinga individer att köpa försäkring. Om de inte vill teckna försäkring så kan de helt enkelt betala straffavgiften.

Avseende "Medicaid" så beslöt domstolen att vissa förändringar måste göras i The Affordable Care Act. Kongressen är fri att erbjuda delstaterna mer finansiering genom att utöka deras Medicaid program, men de är inte fria att straffa delstater som inte deltar i utökningen av programmet.

### **Förbudet mot att låta individers besvär före tecknandet påverka försäkringen**

Två av huvudområdena i sjukvårdsreformen är dels att stärka konsumentskyddet, dels att förbättra möjligheten för utsatta grupper att få tillgång till sjukvårdsförsäkring. En avgörande lagändring för att förändra inom dessa områden är det så kallade förbudet mot diskriminering på grund av "pre-existing conditions". Detta brukar på svenska översättas med "begränsningar för besvär före tecknandet". Inom ramen för sjukvårdsreformen beskrivs pre-existing conditions som ett besvär, funktionshinder eller sjukdom, såväl fysisk som psykisk som individen har före anslutningen till en sjukvårdsförsäkring.

Innan The Affordable Care Act kunde ett försäkringsbolag bestämma vilka besvär före tecknandet som skulle undantas. De kunde även neka kunderna försäkring helt eller erbjuda försäkringen med en försäkringspremie som var två till tre gånger högre jämfört med normalpremien mot bakgrund av den sökandes hälsa. Även vid förnyelse av försäkringen kunde tidigare besvär påverka villkoren vid förnyelsen av försäkringsavtalet.

Enligt en undersökning gjord av Department of Health and Human Services så har uppskattningsvis 129 miljoner amerikaner under 65 år någon typ av besvär som skulle bedömas som besvär före tecknandet och dessa skulle riskera att inte få någon försäkring, begränsad sådan eller med en högre premie. The Affordable Care Act införs stegvis, även vad gäller bestämmelser avseende besvär före tecknandet.

### **Barns utökade möjligheter till försäkringsskydd**

Från och med den 23 september 2010 är det inte längre tillåtet för försäkringsbolag att undanta, begränsa eller vägra försäkringsskydd för barn under 19 år på grund av besvär före tecknandet. Denna bestämmelse i The Affordable Care Act träffar alla individuellt tecknade sjukvårdsförsäkringar tecknade efter detta datum eller försäkringsskydd som en anställd och dennes familj omfattas av genom en anställning.

Lagen blev även tillämplig på sjukvårdsförsäkringar kopplade till en anställning som tecknats före detta datum men först vid förnyelse av sådan försäkring från och med den 23 september 2010. Motsvarande gäller inte för individuellt tecknade försäkringar. Det borde i praktiken inte innebära någon försämring då möjlighet finns att teckna en ny individuell försäkring och få ett fullständigt skydd i och med att en försäkring som nytecknas inte får undanta besvär före tecknandet.

En ytterligare förändring i och med den nya lagen är att unga vuxna får en rätt att omfattas av deras föräldrars försäkring upp till 26 års ålder om de inte har fått tillgång till en egen sjukvårdsförsäkring genom en anställning.

### **Vuxnas utökade möjligheter till försäkringsskydd**

För vuxna kommer ett liknande förbud att gälla för försäkringsbolagen från och med den 1 januari 2014. De nya bestämmelserna i denna del presenteras som ett förbud mot att diskriminera på grund av hälsa. Samtidigt införs ett förbud mot diskriminering på grund av ålder och kön vid premiesättningen.

Eftersom de nya reglerna inte börjar gälla fullt ut förrän 1 januari 2014 så vet vi ännu inte hur de amerikanska försäkringsbolagen kommer att agera och vilka effekter det får på premier och försäkringsvillkor.

Inför att Högsta domstolen skulle fatta sitt beslut den 28 juni 2012 så intervjuades den största sjukvårdsförsäkringsgivaren i USA – UnitedHealth Group Inc - i en branschtidning om hur de skulle agera ifall domstolens kommande dom skulle medföra att lagen förbjöds eller begränsades. De var tydliga med att oavsett utgången i målet så skulle de ändå fortsätta att tillämpa stora delar av lagen så som den initialt presenterats. Däremot såg de en risk med just förbudet mot besvär före tecknandet. De menade att ett försäkringsbolag inte ensamt kan ta det steget. En sådan förändring måste göras av alla försäkringsbolag samtidigt.

Consumers Union, en fristående och ideell konsument organisation, uttalade sig i samma artikel. De menade att om ett bolag accepterar nya kunder utan att ta hänsyn till besvär före tecknandet och konkurrenterna inte gör det, så kommer det förra bolaget att locka till sig de individer som är sjukare. Bolaget kommer att missgynnas och detta leder till svårigheter att kunna konkurrera prismässigt. Det krävs en gemensam spelplan för att försäkringsbolagen ska kunna konkurrera med lika villkor.

Nu vet vi att domstolen inte hade några invändningar i denna del och att lagen kommer att införas fullt ut 2014. Mot bakgrund av detta konkurrerar försäkringsbolagen med lika villkor, men utmaningen kvarstår att få en jämn riskfördelning.

I väntan på att se vilka effekter dessa förbud får kan det vara intressant att se på den temporära "Pre-existing Condition Insurance Plan" som är en nyhet som introducerades i och med TheAffordable Care Act. Denna plan kan ge en

fingerisning om vad för försäkringslösningar som kommer att erbjudas inom en snar framtid.

### **The New Pre-existing Condition Insurance Plan**

”The New Pre-existing Condition Insurance Plan” (PCIP) är en försäkringslösning som är tänkt att fungera som en brygga mellan tidigare sjukvårdsförsäkringssystem och den nyligen införda reformen till dess att den är helt implementerad. Före reformen fanns det en risk att de som inte hade en sjukvårdsförsäkring genom sin anställning stod utan försäkringsskydd eller endast erbjöds försäkringsskydd mot en högre premie som inte alla amerikaner hade råd att betala.

Den temporära PCIP ska förbättra möjligheterna till ett försäkringsskydd som alla har råd med. För att få omfattas av denna försäkringslösning ska individen

- vara medborgare i USA eller vara bosatt i landet lagligen
- ha varit utan sjukvårdsförsäkringsskydd i minst 6 månader
- ha besvär som gör det omöjligt att teckna en sjukvårdsförsäkring

PCIP erbjuds i 27 delstater direkt av delstaten eller på uppdrag av delstaten genom en ideell organisation. I de resterande 23 delstaterna och i District of Columbia bedrivs PCIP på federal nivå av The US Department of Health and Human Services. Det innebär att premierna, självriskerna och omfattningen kan skilja åt.

I PCIP finns möjlighet att välja mellan olika sjukvårdsförsäkringsplaner, som i huvudsak innehåller samma försäkringsskydd. Det stora skillnaden är självriskerna vid nyttjande av försäkringen. Försäkringen omfattar:

- förebyggande hälsovård som inte är kopplat till en sjukdom eller skada
- sjukvård – planerade läkarbesök som akutsjukvård, sjukhusvård, läkemedel,
- ”katastrofskydd” – en högsta nivå för vad självrisken årligen kan uppgå till

Vid nyttjande av sjukvårdsförsäkringen vid just sjukvård, dvs inte vid förebyggande hälsovård, krävs att den försäkrade betalar en årlig fast självrisk, så kallad annual deductible. Den försäkrade behöver alltså endast betala självrisken en gång per år även om försäkringen ersätter sjukhusvård för olika typer av sjukdomstillstånd eller skador. Självrisken kan variera mellan 1000 – 3000 dollar beroende på vilken sjukförsäkringsplan individen har valt. Dessutom påverkas självrisken av om han eller hon valt att vända sig till en så kallad preferred-partner, dvs en vårdgivare som ingår i det nätverk som delstaten eller US Department of Health and Humans Services har satt upp. Väljer individen att gå till en vårdgivare utanför nätverket blir självrisken högre.

Efter att den fasta självrisken är betald får den försäkrade betala en rörlig självrisk, så kallad coinsurance. Den rörliga självrisken är en procentsats för vårdkostnaderna överstigande den fasta självrisken. För vård inom nätverket är den rörliga självrisken 20 % av vårdkostnaden och utanför nätverket är självrisken 40 %. Katastrofskyddet

varierar mellan 4000 – 7000 dollar per år. I tabellen nedan visas exempel på premien för vad en invånare i Massachusetts får betala i olika åldrar för en PCIP, som är en plan för de delstater där PCIP organiseras på federal nivå.

	<b>Standard Plan</b>	<b>Extended Plan</b>	<b>HSA Plan</b>
<b>Ålder</b>	<b>Månadspremie</b>		
<b>0-18</b>	\$ 181	\$ 243	\$ 188
<b>19-34</b>	\$ 271	\$ 365	\$ 282
<b>35-44</b>	\$ 325	\$ 438	\$ 338
<b>45-54</b>	\$ 416	\$ 559	\$ 432
<b>55+</b>	\$ 578	\$ 778	\$ 600

Ett annat exempel är PCIP för invånare i delstaten New York. De betalar olika premie beroende på var i delstaten de bor. De som bor i den så kallade "Upstate New York counties" betalar 362 dollar per månad och "Downstate New York counties" betalar en invånare 421 dollar i månaden. Här har delstaten redan anpassat sig till det kommande förbudet mot ålders- och könsdifferentierade premier, då premien inte görs beroende av ålder eller kön. I denna delstat betalar individen istället för en fast årlig självrisk i vissa fall en självrisk på \$ 500 vid sjukvård per försäkringsfall och i vissa fall en fast avgift per besök.

Med andra ord kan en PCIP skilja sig beroende på var i landet individen är bosatt. Sedan beslutet om den nya reformen togs i mars 2010 och PCIP lanserades som en följd av detta har drygt 50 000 amerikaner anslutit sig till denna plan. I samband med att försäkringsbolagen 2014 inte längre får neka en individ försäkring på grund av besvär före tecknandet upphör PCIP.

### **Sammanfattande diskussion**

Den utveckling som pågår just nu inom det försäkringsrättsliga området i USA är väldigt intressant att följa. Framförallt är det intressant att på sikt se vilka konsekvenser detta får för försäkringsbranschen och konsumenterna.

Till viss del kan paralleller dras till den debatt som pågått inom EU inför att förbudet mot könsdifferentierade premier började gälla den 21 december 2012. I USA går dock lagstiftaren två steg längre i och med förbudet mot diskriminering på grund av hälsa och ålder dessutom införs. Även ett eventuellt förbud mot åldersdifferentierade premier har diskuterats inom EU, men ser inte ut att bli en realitet inom de närmsta åren. Här finns nu en chans att se effekterna av ett sådant förbud genom att följa utvecklingen i USA.

En grundläggande princip inom försäkring är att den risk som ska försäkras riskbedöms och avgränsas eller prissätts utifrån den risk försäkringsbolaget är villig att bära. Att ett försäkringsbolag vid riskbedömning inte får ta hänsyn till individens besvär före tecknandet ställer stora krav på riskspridning och möjligheterna att begränsa moturval, dvs. risken att attrahera sämre risker. Är gruppen försäkrade

tillräckligt stor blir det normalt en naturlig riskspridning, exempelvis i fallet med en socialförsäkring som alla medborgare i ett land omfattas av. Den amerikanska modellen lägger dock ett individuellt ansvar på medborgarna att själva teckna denna försäkring hos privata försäkringsbolag. För det fall individen inte ser till att ordna med det grundläggande sjukvårdsförsäkringsskyddet utgår en straffavgift. Det kan därmed liknas vid en obligatorisk försäkring. En parallell kan dras till den svenska modellen med en obligatorisk trafikförsäkring för ägare till motorfordon. Skillnaden är att försäkringsbolaget har möjlighet att prissätta risken utifrån föremålet som ska försäkras.

Kollektiva eller obligatoriska försäkringar är normalt sett en bra försäkringsform för att hantera risker med begränsad riskbedömning då risken för moturval är minskar. Utmaningen i den amerikanska modellen är att försäkringen är obligatorisk utifrån kundens perspektiv. Däremot ur ett försäkringsbolags perspektiv kan den inte hanteras som en obligatorisk försäkring då individen själv väljer i vilket försäkringsbolag de vill teckna sin sjukvårdsförsäkring. Detta kommer att ställa höga krav på försäkringsbolagen att bevaka hur marknaden utvecklas.

*Terese Amundin*

### **Käll- och litteraturförteckning**

<http://www.healthcare.gov/law/features/choices/pre-existing-condition-insurance-plan/index.html>

<http://www.healthcare.gov/blog/2011/01/preexisting.html>

[www.pcip.org](http://www.pcip.org)

<http://www.supremecourt.gov/opinions/11pdf/11-393c3a2.pdf>

<http://www.economist.com/node/21557946?fsrc=pdk|conquer|editorial|Obamacare and the Supreme Court>

<http://www.gp.se/nyheter/varlden/1.990252-hd-godkanner-obamas-reform>

<http://www.insurancejournal.com/news/national/2012/06/28/253412.htm>

<http://www.insurancejournal.com/news/national/2012/06/11/250931.htm>