



## **Krankenversicherung für alle: Das US-amerikanische Gesundheitswesen und die Wahlen 2008**

Karen Davenport<sup>1</sup>

- Die Vereinigten Staaten geben 16 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts für die Gesundheitsfürsorge aus und trotzdem besitzen 47 Millionen US-Amerikaner keine Krankenversicherung. Nichtversicherte Personen erhalten nicht die notwendige Versorgung. Die Inanspruchnahme von Leistungen ohne Versicherung führt zu höheren Versicherungskosten für andere Bürger.
- Die stark ansteigenden Kosten im gegenwärtigen US-amerikanischen Gesundheitswesen beeinträchtigen die Unternehmensentwicklung, verringern die wirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit des Landes und stellen für Familien ein finanzielles Risiko dar.
- Die PräsidentschaftskandidatInnen haben Vorschläge zur Gesundheitsreform unterbreitet, die zur Kostendämpfung und zur Erweiterung des Versicherungsschutzes beitragen sollen. Die beiden Hauptansätze sehen entweder die Erweiterung der staatlichen Programme vor oder es wird ein Wechsel vom arbeitgeberabhängigen Versicherungsschutz zur privaten Krankenversicherung propagiert.

Im Laufe der letzten 18 Monate hat die Besorgnis der Wähler hinsichtlich der Gesundheitsfürsorge derart zugenommen, dass diese zu einem herausragenden innenpolitischen Wahlthema für die kommenden Präsidentschaftswahlen geworden ist. Und das aus gutem Grund: Das Gesundheitswesen ist ein gewichtiger und expandierender Faktor der US-amerikanischen Wirtschaft. Die Kosten für Krankenversorgung bedrohen die finanzielle Sicherheit vieler Familien und Amerikas globale Wettbewerbsfähigkeit.

Die drei aussichtsreichsten PräsidentschaftskandidatInnen haben eigene Vorschläge eingebracht, wie das amerikanische Gesundheitswesen den Versicherungsschutz auf einen größeren Personenkreis ausdehnen könnte – bei gleichzeitiger Dämpfung der ausufernden Kosten. Um ihren jeweiligen Ansatz einordnen zu können, muss man jedoch das fragmentierte US-amerikanische Gesundheitswesen in seinen Grundzügen verstehen.

## Überblick über das US-amerikanische Gesundheitswesen

In den Vereinigten Staaten beliefen sich die Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen im Jahr 2006 auf 2,1 Billionen Dollar, was 16 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) entsprach. Diese Ausgaben deckten u.a. die Kosten für stationäre Behandlung, Arztbesuche, Rehabilitationsmaßnahmen, Langzeitpflege und verschreibungspflichtige Medikamente, d.h. die Gesamtsumme aller Gesundheitsfürsorgekosten in den USA. Diese Ausgaben wurden sowohl durch öffentliche als auch private Mittel finanziert und umfassen die staatlichen Versicherungsprogramme, die Selbstbeteiligung der Versicherten für Medikamente und medizinische Hilfsmittel sowie Dienstleistungen und die Kostenerstattung über die Krankenversicherungen.

### Ein Hybridsystem

Das US-amerikanische Gesundheitswesen wird zwar in der Regel als ‚privates‘ System betrachtet, aber tatsächlich ist es ein Mischsystem, denn die Gesundheitsfürsorge der US-amerikanischen Bevölkerung wird sowohl aus öffentlichen als auch aus privaten Mitteln finanziert. Während die Mehrheit der Arbeitnehmer – 53 Prozent – über den Arbeitgeber eines Familienmitgliedes versichert ist, decken öffentliche Versicherungsprogramme – darunter *Medicare*, *Medicaid* und das *State Children's Health Insurance Program (SCHIP)* – den Versicherungsschutz für 26 Prozent der Bevölkerung ab. Weitere fünf Prozent schließen ihre eigenen Versicherungspolice ab und nehmen weder Zuschüsse eines Arbeitgebers noch Beihilfen von der Regierung in Anspruch. 16 Prozent der Bevölkerung sind überhaupt nicht krankenversichert.

Während die staatlichen Versicherungsprogramme direkt über Steuereinnahmen der öffentlichen Hand finanziert werden, gewährt die US-amerikanische Steuergesetzgebung Arbeitgebern für die von ihnen ge-

leisteten Zuschüsse zur Krankenversicherung erhebliche Steuererleichterungen. Für Arbeitnehmer gelten die vom Arbeitgeber geleisteten Zuschüsse zu Versicherungsbeiträgen nicht als steuerpflichtiges Einkommen. Arbeitgeber wiederum können ihre Beiträge zur Krankenversicherung ihrer Arbeitnehmer bei der Berechnung der Körperschaftsteuer vom Nettogewinn abziehen. Für den Staat entstehen dadurch pro Jahr Mindereinnahmen von über 200 Milliarden US-Dollar. Es handelt sich also um eine indirekte staatliche Subvention zur Unterstützung der von Arbeitgebern bezuschussten Krankenversicherung.

Auch was die Ausgaben anbelangt, ist das US-amerikanische Gesundheitswesen ein Mischsystem. Die beiden staatlichen Programme – *Medicare*, das staatliche Krankenversicherungsprogramm für Personen über 65 und jene, die dauerhaft erwerbsunfähig sind, und *Medicaid*, das staatliche Versicherungsprogramm für einkommensschwache Familien, Kinder, Behinderte und Senioren, das in partnerschaftlicher Zusammenarbeit zwischen der Bundesregierung und den einzelnen Bundesstaaten implementiert wird – tragen etwa 40 Prozent aller Ausgaben für die Gesundheitsfürsorge in den Vereinigten Staaten. Berücksichtigt man die Kosten für Versicherungsbeiträge, decken Mittel aus privaten Quellen – Arbeitgeber und Haushalte – ungefähr 60 Prozent aller Gesundheitskosten. Relativ gesehen zahlen die staatlichen Programme für mehr Versorgungsleistungen, da viele ihrer Leistungsempfänger einen höheren Versorgungsbedarf haben, wobei Alter, Behinderungen und Mangel an medizinischer Grundversorgung und Vorsorge in der Vorgeschichte dieser Personengruppe zu dem relativ hohen Kostenaufwand beitragen.

Arbeitgeber und Privatpersonen schließen Verträge mit privaten Krankenversicherungen ab, um das finanzielle Risiko zu streuen. Die Krankenversicherungen bieten eine Reihe unterschiedlicher Versicherungspolice an, organisieren das medizinische Ver-

sorgungsnetzwerk und begleichen die anfallenden Rechnungen. Auch die *Medicaid*-Programme greifen auf Privatversicherer zurück, welche die Versorgungsnetzwerke organisieren, die Zahlung der Behandlungskosten erledigen und die Kosten für das *Medicaid*-Programm managen. Personen, die über *Medicare* versichert sind, können eine private Krankenversicherung abschließen, wobei das *Medicare*-Programm dann einen Teil der Beitragskosten trägt. Etwa 80 Prozent aller *Medicare*-Versicherten sind jedoch weiterhin über das herkömmliche *Medicare*-Programm versichert, das zwar die verwaltungstechnische Bearbeitung von Zahlungsforderungen (für medizinische Leistungen) von Vertragsfirmen durchführen lässt, aber hauptsächlich von der Bundesregierung verwaltet wird. Die einzige Ausnahme bildet das *Medicare*-Arzneimittelprogramm, das über ein unabhängiges Netzwerk von Privatversicherungen für verschreibungspflichtige Medikamente mit umfangreichen Versicherungsangeboten zur Abdeckung dieser Versicherungsleistung verfügt.

### Die Kostenkrise

Das Gesundheitswesen der Vereinigten Staaten steht unter erheblichem Kostendruck. Zwischen den Jahren 2000 und 2005 stiegen die Gesundheitsausgaben jährlich im Durchschnitt um 8 Prozent. Dieser Anstieg entspricht fast der doppelten Zuwachsrate des Bruttoinlandsprodukts der USA und dem Dreifachen der Inflationsrate für den gleichen Zeitraum.

Dieser Kostenanstieg in der Gesundheitsfürsorge ist durch steigende Kosten für bestimmte Dienstleistungen und Produkte wie verschreibungspflichtige Medikamente, stationäre Behandlung sowie die erhöhte Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste wegen weit verbreiteter chronischer Erkrankungen wie Adipositas (Fettleibigkeit) und Herzkrankheiten bedingt.

Durch diesen Kostenanstieg entstehen für die US-Wirtschaft erhebliche Zusatzkosten. 2007 lagen die durchschnittlichen Beiträge für eine vom Arbeitgeber bezuschusste Familienversicherung bei über 12.000 US-Dollar. Arbeitnehmer verzichten teilweise sogar auf Lohnerhöhungen, um ihre Krankenversicherung behalten zu können. Unternehmen wiederum haben mit den Auswirkungen zu kämpfen, welche die Krankenversicherungsleistungen auf ihren Nettogewinn haben. So besagt eine oft zitierte Anekdote von *General Motors*, dass die Krankenversicherungsleistungen des Unternehmens für einen Arbeitnehmer einen höheren Anteil an den Produktionskosten für einen Neuwagen ausmachen als der für die Herstellung verwendete Stahl. Steigende Gesundheitskosten reduzieren die Mittel, die amerikanischen Firmen für Investitionen in ihre Infrastruktur, für Neueinstellungen und die generelle Unternehmensentwicklung zur Verfügung stehen.

Einigen Analysen zufolge sind die Gesundheitsausgaben in den USA in mehreren Bereichen zu hoch. Die Ergebnisse der Beraterfirma *McKinsey and Company* belegen, dass sich die ‚überhöhten‘ Gesundheitsausgaben in den Vereinigten Staaten auf über 500 Milliarden US-Dollar pro Jahr belaufen – d.h. die Gesundheitsausgaben sind gemessen am Wohlstand des Landes unverhältnismäßig hoch. *McKinseys* Analyse zufolge sind diese überhöhten Ausgaben im gesamten US-amerikanischen Gesundheitswesen anzutreffen und auf eine Vielzahl von Faktoren zurückzuführen: Bezahlung und Einsatz von Ärzten, Krankenschwestern und anderen Heilberuflern; Bearbeitungskosten verursacht durch strukturelle Faktoren des medizinischen Versorgungssystems; der hohe Verwaltungsaufwand als Folge der großen Anzahl von Krankenkassen und anderen Kostenträgern; die Gewinne der privaten Versorgungsanbieter und Krankenkassen sowie andere strukturelle Aspekte des US-amerikanischen Gesundheitswesens.

Auch aufgrund der zunehmenden Überalterung der US-amerikanischen Bevölkerung und des Gesundheitszustandes vieler Amerikaner werden die Vereinigten Staaten langfristig mit hohen Ausgabenlasten konfrontiert sein. Mit dem Ruhestandsbeginn der *Babyboomer*-Generation wird eine große Zahl von Rentnern die *Medicare*-Krankenversicherung in Anspruch nehmen. Vor allem wird ihr Bedarf an medizinischer Versorgung sehr wahrscheinlich mit zunehmendem Alter aufwendiger und teurer. Man kann davon ausgehen, dass mit steigender Überalterung der Bevölkerung auch der Anteil der Menschen mit einem oder mehreren chronischen Leiden ansteigt und dass immer mehr Amerikaner auf die langfristige Hilfe von Pflegediensten für ihre täglichen Bedürfnisse angewiesen sein werden.

Schließlich muss noch erwähnt werden, dass die steigenden Gesundheitskosten in Amerika das Wohl von Alleinstehenden und Familien gefährden. In fast der Hälfte aller Konkursverfahren privater Haushalte spielen Gesundheitskosten eine Rolle, und jährlich sterben etwa 18.000 US-Amerikaner, weil sie nicht krankenversichert sind.

### **Nichtversicherte US-Amerikaner**

47 Millionen US-Amerikaner besitzen keine Krankenversicherung. Nichtversicherte Personen schieben mit größerer Wahrscheinlichkeit entweder die notwendige medizinische Versorgung hinaus oder nehmen sie gar nicht in Anspruch und haben daher auch keinen Zugang zu verschreibungspflichtigen Medikamenten. Außerdem suchen nichtversicherte Personen mit größerer Wahrscheinlichkeit die Notfallaufnahme von Krankenhäusern für ihre medizinische Versorgung auf.

Zwar sind die meisten Amerikaner über ihren Arbeitgeber krankenversichert, aber nicht alle Arbeitgeber bieten eine Krankenversicherung an, und nicht alle Arbeitnehmer schließen eine Krankenversicherung ab. Über 80 Prozent der Nichtversicherten in

den USA leben in Arbeitnehmerfamilien. Die Einkommenshöhe ist ein entscheidender Faktor für den Versicherungsstatus: Fast 36 Prozent der in Armut lebenden US-Amerikaner im erwerbsfähigen Alter sind nicht krankenversichert. Dieser Prozentsatz ist doppelt so hoch wie der Landesdurchschnitt. Außerdem hängt der Versicherungsstatus vom Alter, – bei Kindern ist der Versicherungsschutz am wahrscheinlichsten, bei jungen Erwachsenen hingegen besonders niedrig – von der Rassenzugehörigkeit und Ethnizität sowie der Region ab.

Nichtversicherte Personen zahlen etwa 35 Prozent der Kosten für ihre medizinische Versorgung aus eigener Tasche. Der größte Teil des Restbetrages wird von Versicherungsnehmern bezahlt, deren Versicherungsbeiträge wegen der unbezahlten Versorgungskosten für Nichtversicherte entsprechend höher sind. Diesen Vorgang bezeichnet man als Kostenumverteilung (*cost shifting*). Diese Kostenumverteilung hatte zur Folge, dass sich die Beiträge für eine Familienkrankenversicherung im Jahr 2005 durchschnittlich um 922 US-Dollar erhöhten.

### **Die wichtigsten Reformansätze**

Die PräsidentschaftskandidatInnen stellten schon in der Frühphase des Wahlkampfes ihre Konzepte zur Sanierung des US-amerikanischen Gesundheitswesens vor. Zwar bestehen zwischen den Vorschlägen der Demokraten und denen der Republikaner erhebliche weltanschauliche Unterschiede, aber die Konzepte der Kandidaten mit gleicher Parteizugehörigkeit beinhalten in der Regel den gleichen allgemeinen Ansatz, und ihre Änderungsvorschläge für spezifische Bereiche weisen in die gleiche Richtung.

### **Die Vorschläge der Demokratischen Kandidaten**

Sowohl Clinton als auch Obama streben einen finanziell tragbaren Versicherungsschutz für alle Amerikaner an, wobei das

derzeit bestehende Hybridsystem für den Krankenversicherungsschutz und dessen Finanzierung als Grundlage dient. Ihre Ansätze stützen sich auf zwei Säulen: Der Berechtigungsanspruch für die staatlichen Programme soll auf einen größeren Personenkreis ausgedehnt und die Erschwinglichkeit und der Zugang zum privaten Krankenversicherungsschutz sollen verbessert werden.

Clinton schlägt vor, den Berechtigungsanspruch für das *Medicaid*-Programm auf alle Personen auszudehnen, deren Einkommen unterhalb der offiziellen Armutsgrenze liegt (etwa 10.400 US-Dollar pro Jahr für Alleinstehende und 21.200 US-Dollar für eine vierköpfige Familie) und den Berechtigungsanspruch auf das *SCHIP*-Programm auf eine größere Zahl von Familien mit Kindern auszuweiten. Auch Obama schlägt vor, den Berechtigungsanspruch auf *Medicaid* und *SCHIP* auf einen größeren Personenkreis auszudehnen; er macht jedoch keine Angaben bezüglich der Einkommensbereiche.

Beide Kandidaten schlagen einkommensbezogene Zuschüsse zu den privaten Krankenversicherungsbeiträgen für einen größeren Kreis von Alleinstehenden und Familien vor. Mit diesen Zuschüssen kann der Versicherungsschutz zum Gruppentarif anstatt auf dem Individualmarkt erstanden werden. Clintons Plan sieht vor, dass Einzelpersonen und Arbeitgeber Krankenversicherungsschutz über das *Federal Employees Health Benefits Program* (FEHBP-Krankenversicherungsprogramm für Bundesbedienstete) erwerben können, ein Programm, das über 8 Millionen Beamte versichert. Obama hingegen beabsichtigt den Aufbau einer landesweiten *Health Insurance Exchange* (Krankenversicherungsbörse), über die Privatpersonen Krankenversicherungsschutz erwerben können. Außerdem sehen beide Ansätze ein staatlich verwaltetes Versicherungsprogramm vor, das über die FEHBP bzw. die *Insurance Exchange* zugänglich ist.

Beide Kandidaten machen eine Reihe von Reformvorschlägen für das Versicherungswesen, die auf die Verbesserung der Praktiken von Versicherungsunternehmen abzielen und die Diskriminierung gegen Personen mit gesundheitlichen Problemen abbauen sollen. Außerdem schlagen beide eine Reihe von Maßnahmen für eine langfristige Strategie zur Kostendämpfung vor, die u.a. Neuinvestitionen in den Bereichen Präventivmedizin, Gesundheitsinformatik und vergleichende Effektivitätsstudien, die untersuchen, welche Behandlungsmethoden, Medikamente und Apparate bei bestimmten Erkrankungen am wirksamsten sind, vorsehen. Beide Kandidaten argumentieren, dass die Erweiterung des Krankenversicherungsschutzes auf alle US-Amerikaner die Kostenumverteilung auf Personen mit schon bestehendem Versicherungsschutz reduzieren und ihn somit für alle erschwinglicher machen würde.

Schließlich ist noch zu erwähnen, dass beide Kandidaten alle Arbeitgeber verpflichten wollen, eine Krankenversicherung für ihre Arbeitnehmer anzubieten oder die Versicherungskosten zumindest teilweise zu tragen. Clinton würde eine allgemeine Krankenversicherungspflicht einführen, während Obama Eltern verpflichten würde, eine Krankenversicherung für ihre Kinder abzuschließen.

### **Das Konzept des Republikanischen Kandidaten**

Im Gegensatz zu den Vorschlägen von Clinton und Obama, die den Mischcharakter des derzeitigen US-amerikanischen Gesundheitswesens beibehalten und die den Versicherungsschutz über die Arbeitgeber als eine der Säulen des Systems bewahren wollen, präsentiert der Republikaner McCain ein Konzept, das sich stark an markttheoretischen Gesichtspunkten orientiert und den Krankenversicherungsschutz auf den Individualmarkt verlagern würde.

Das McCain-Konzept würde für Arbeitnehmer den derzeitigen Abzug des Arbeitge-

beranteils an den Versicherungsbeiträgen vom steuerpflichtigen Einkommen abschaffen, und die Arbeitgeberzuschüsse zur Gesundheitsfürsorge ihrer Arbeitnehmer wären nicht mehr als Betriebskosten steuerlich absetzbar. Stattdessen würde er einen festen Steuerfreibetrag von 2.500 US-Dollar für alleinstehende Personen und 5.000 US-Dollar pro Familie einführen. Die daraus resultierende Steuerersparnis ist als finanzielle Unterstützung zum Kauf einer Krankenversicherung gedacht, die entweder zum Eigenanteil einer vom Arbeitgeber bezuschussten Versicherung beitragen oder einen Teil der Beitragskosten einer arbeitgeberunabhängigen Krankenversicherung abdecken kann, die individuell erworben wird. Da jedoch McCains Vorschlag die Arbeitgeberkosten erhöhen würde, kann man davon ausgehen, dass viele Arbeitnehmer, die derzeit im Genuss einer über den Arbeitgeber finanzierten Krankenversicherung sind, den Steuerfreibetrag als Teil der Prämienkosten für eine individuell erworbene Krankenversicherung verwenden müssten.

Außerdem schlägt McCain vor, dass der Steuerfreibetrag für Personen, die Anspruch auf *Medicaid* haben, mit Mitteln aus dem Programm ergänzt wird, was praktisch dazu führen würde, dass die derzeitige Krankenversicherung über *Medicaid* durch private Versicherungen ersetzt würde.

McCain schlägt eine signifikante Deregulierung des Versicherungsmarktes vor, um die Krankenversicherungen auf dem Individualmarkt erschwinglicher zu machen. Derzeit regulieren die einzelnen Bundesstaaten den Versicherungsmarkt. Seine Vorschläge beinhalten, dass Mitgliedergruppen Krankenversicherungspolice auf dem freien Markt anbieten können und dass Versicherungspolice, welche die Richtlinien eines Bundesstaates erfüllen, auch in allen anderen Staaten angeboten werden dürfen.

Zur Kostendämpfung schlägt McCain den Ausbau der Sparkonten für die Gesundheitsfürsorge, deren Zinserträge steuerfrei

sind, und Versicherungspolice mit hoher Selbstbeteiligung vor. Durch die höhere Selbstbeteiligung sollen die Gesundheitskosten auf der Verbraucherebene beeinflusst werden. Darüber hinaus fordert er mehr Transparenz hinsichtlich der Kosten, Wirksamkeit und Qualität bestimmter medizinischer Eingriffe und Heilverfahren. Dadurch sollen die Verbraucher mehr Kontrolle über ihre Gesundheitsausgaben erhalten.

Ebenso wie die Demokratischen Kandidaten befürwortet McCain Neuinvestitionen im Bereich der Gesundheitsinformatik. Außerdem schlägt er eine Neuberechnung bei Zahlungsforderungen für chronische Erkrankungen sowie Verbesserungen im Management von Erkrankungen vor.

### Perspektiven

Obwohl man kaum vorhersagen kann, ob der Kongress schon zu einem frühen Zeitpunkt in der Amtsperiode des/der nächsten Präsidenten/in eine umfassende Reform erlassen wird, ist schon jetzt abzusehen, welche politischen Interessengruppen in die Reformdebatte einbezogen werden müssen, um einer Reform zum Erfolg zu verhelfen. Erstens müssen sich die US-amerikanischen Unternehmen aktiv für eine Reform einsetzen, wobei insbesondere die Meinung kleiner Unternehmen von großer Bedeutung sein wird. Zweitens werden die verschiedenen Interessengruppen des Gesundheitswesens – darunter Ärzte, Krankenschwestern, andere Heilberufler, Krankenhäuser, Versicherungsunternehmen und die Pharmaindustrie – eine besonders große Herausforderung darstellen. Da letzten Endes diese Interessengruppen am stärksten von Maßnahmen zur Kostendämpfung betroffen sein würden, wird die Wahrscheinlichkeit für erfolgreiche Reformen davon abhängen, inwieweit man ihren Belangen Rechnung tragen kann oder in welchem Maße ihre Einwände durch andere politische Akteure entkräftet werden können. Drittens muss die Bevölkerung die Reformpläne langfristig unterstützen. Zum jetzigen Zeitpunkt kann

man noch nicht abschätzen, ob die Wähler einen marktorientierten Ansatz vorziehen oder ob sie sich für den Ausbau des derzeitigen Mischsystems entscheiden werden. Eines kann man jedoch mit Sicherheit behaupten: Krankenversicherung und Gesundheitsausgaben werden für die Wähler kommenden November eine große Rolle spielen. Eine Gesundheitsreform hat bessere Chancen, wenn sich die Öffentlichkeit auch 2009 aktiv für sie einsetzt.

Das Engagement und die Bereitschaft des/der neuen Präsidenten/in wird für die Durchführung einer Reform im Gesundheitswesen von überragender Bedeutung sein. Falls die Exekutive – in der Person eines Präsidenten, der entschlossen ist, mit dem Kongress auf einen Konsens hinzuarbeiten und bei den erforderlichen Kompromissen als Vermittler zu fungieren – nicht bereit ist, eine führende Rolle zu übernehmen, wird es in den Vereinigten Staaten wohl kaum zu tiefgreifenden Veränderungen in diesem wichtigen Bereich der Volkswirtschaft kommen. Es ist offensichtlich, dass die Vereinigten Staaten die derzeitige Kostenexplosion im Gesundheitswesen langfristig nicht aufrecht erhalten können, ohne ihre globale wirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit einzubüßen, auf Investitionen in anderen hochrangigen nationalen Projekten zu verzichten und die finanzielle Sicherheit US-amerikanischer Familien zu gefährden. Gleichzeitig muss sich Amerika der alarmierenden Tatsache stellen, dass sich 16 Prozent der Bevölkerung keinen Krankenversicherungsschutz leisten können. Die Präsidentschaftswahlen 2008 bieten den USA die besten Aussichten auf eine Reform des Gesundheitssystems seit dem Jahr 1994.

Washington, DC – 21. April 2008

Übersetzung: Niels T. Clegg

*Die hier dargestellte Position der Autorin spiegelt nicht zwangsläufig die Position der FES wider.*

---

<sup>1</sup> Karen Davenport ist Direktorin für Gesundheitspolitik am *Center for American Progress* in Washington, DC.