



Český model
amerického kongresu

Rozšíření zdravotního pojištění v USA

Zpráva Výzkumné služby Kongresu

Evžen Harant



UNIVERZITA
KARLOVA





Úvod

Tato výzkumná zpráva se zabývá problematikou zdravotního pojištění v USA. Téma zdravotního pojištění je nevyřešeným problémem již po dlouhou dobu, současný systém stále nefunguje ideálně. Velké množství výhrad k systému zdravotního pojištění převážně z řad republikánů a skutečnost, že stále nemá skupina obyvatel přístup k pojištění, jsou důvodem, proč je třeba změna, a tedy nutnost zabývat se rozšířením současné verze.

Na následujících řádcích naleznete stručný přehled obsahu zprávy. V druhé kapitole je popsána historie a vývoj pojištění. Třetí kapitola obsahuje charakteristiku současného fungování systému a ve čtvrté kapitole jsou nastíněna předkládaná řešení ke zlepšení fungování zdravotního pojištění v USA.

1. Historie pojištění v USA¹

1.1. Počátky pojištění

Počátky pojištění nehod se datují do padesátých let 19. století. První společnost, která tato pojištění nabízela, byla Franklin Health Assurance Company of Massachusetts, založená roku 1850, jež nabízela pojištění proti zraněním na železnici a na parnicích. Sice se objevovaly předchozí experimenty, ale počátek efektivního pojištění proti nemocem se datuje od roku 1890. První náhrady placené zaměstnavatelem pak byly vydány v roce 1911, nicméně původní účel tohoto plánu bylo nahrazení mezd těm, kteří dále nemohli pracovat, a ne na zdravotní výdaje. Před vznikem pojištění na zdravotní výdaje museli pacienti platit všechny náklady spojené se zdravotní péčí sami, tento model je znám jako fee-for-service business model. Během druhé poloviny 20. století se již zmíněné tradiční pojištění proti nemožnosti pracovat vyvinulo na moderní programy zdravotního pojištění. Dnes většina privátních zdravotních pojišťovacích programů hradí náklady na rutinní a preventivní prohlídky a nouzové zdravotní zákroky a také na některé léky. Vzestup privátních pojištění

¹ HIAA Insurance Education (1997). *Fundamentals of health insurance, Part A*. Washington, D.C.: Health Insurance Association of America. ISBN 1-879143-36-4.

Buchmueller, Thomas C.; Monheit, Alan C. (April 2009). "Employer-sponsored health insurance and the promise of health insurance reform. NBER Working Paper Number 14839" (PDF). Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research. Retrieved March 24, 2010.

O'Hare, Thomas P. (2000). *Individual medical expense insurance*. Bryn Mawr, Pa.: American College. p. 7. ISBN 1-57996-025-1.

HIAA Insurance Education (1995). *Managed care: integrating the delivery and financing of health care*. Washington, D.C.: Health Insurance Association of America. p. 9. ISBN 1-879143-26-7.



byl doprovázen postupnou expanzí programů veřejného pojištění pro ty, kteří si nemohli dovolit pojištění koupit. Během dvacátých let 20. století začaly jednotlivé nemocnice nabízet služby občanům na základě předplatného, což eventuálně vedlo ke vzniku organizace Modrý kříž (Blue Cross) v 30. letech 20. století. Organizace jako první garantovala učitelům 21 dnů lékařské péče v nemocnici za 6 USD ročně. Později se tato garance týkala i zaměstnanců v Dallasu a následně po celém území USA. Rovněž ve 30. letech Rooseveltova administrativa zavedla systém sociálního zabezpečení (Social Security System), který byl ale později opuštěn kvůli námitkám Americké zdravotnické asociace (American Medical Association – AMA).

1.2. Vzestup pojištění placených zaměstnavateli²

Zdravotní pojištění sponzorované zaměstnavateli se dramaticky rozvinulo jako přímý důsledek kontroly mezd zavedenou federální vládou během druhé světové války. Na trhu práce byl nedostatek pracovních sil kvůli zvýšené poptávce po zboží a snížené nabídce zaměstnanců během války. Proto federální vláda zavedla kontrolu cen a mezd, aby zabránila výrobcům zvyšovat mzdu a přilákat tím zaměstnance. Zaměstnavatele na tato omezení zareagovali významně štedřejšími nabídkami zaměstnaneckých výhod, speciálně krytím zdravotní péče, aby přilákali zaměstnance, jelikož tyto výhody nebyly brány za součást mzdy, tedy se na ně nevztahovala kontrola cen a mezd.

Prezident Harry S. Truman navrhl systém veřejného zdravotního pojištění 19. listopadu 1945.

Předpokládal národní systém, který by byl otevřený všem Američanům, ale zůstal by dobrovolný. Návrh byl oblíbený u veřejnosti, nicméně byl tvrdě napadnut Obchodní komorou (Chamber of Commerce), Americkou asociací nemocnic (American Hospital Association) a AMA, které plán označily za „socialismus“.

Pro odpor opozice a výše zmíněných organizací bylo nakonec od národního systému pojištění upuštěno. Nicméně používáním zaměstnaneckých benefitů v podobě hrazení lékařské péče k nalákání zaměstnanců soukromý sektor přispěl k rozvoji systému

²Corning, Peter A. (1969). "Chapter 2: The Second Round - 1927 to 1940". The evolution of Medicare: from idea to law. Washington, D.C.: Office of Research and Statistics, Social Security Administration. [OCLC 25869](#). Retrieved March 26, 2012.

Thomasson, Melissa (April 17, 2003). Whaples, Robert, ed. "Health insurance in the United States". *EH.Net Encyclopedia*. Tucson, Ariz.: Economic History Association. Archived from [the original](#) on September 3, 2011. Retrieved August 21, 2011.

Texas Association of Health Plans (June 2008). "Health insurance in Texas" (PDF). Austin, Tex.: Texas Association of Health Plans. pp. 2, 26. Archived from [the original](#) (PDF) on December 23, 2011. Retrieved August 21, 2011.



zdravotní péče ve Spojených státech. Veřejný sektor následoval. Mezi roky 1940 a 1960 se celkový počet lidí zapojených do plánu zdravotního pojištění zesedminásobil z 20 mil. na 142 mil. a do roku 1958 mělo 75 % Američanů nějakou formu zdravotního krytí.

1.3. Kerr-Millsův zákon (Kerr-Mills Act)³

Nicméně ještě stále zůstalo privátní pojištění nedostupné pro spoustu lidí včetně chudých, nezaměstnaných a starých. Před rokem 1965 měla pouze polovina seniorů krytí lékařské péče a platili za něj třikrát více než mladí dospělí navzdory nižším příjmům. Zájem se tedy stále soustředil na vytvoření veřejného zdravotního pojištění pro ty, kteří byli vynecháni ze soukromého trhu.

V roce 1960 Kerr-Millsův zákon poskytl odpovídající finanční prostředky státům na podporu s placením služeb ve zdravotnictví pacientům. Na začátku 60. let Kongres odmítl plán dotovat privátní pojištění pro lidi se sociálním zabezpečením, kteří nebyli schopni práce. Konečně prezident Lyndon B. Johnson podepsal zákon o programech Medicare a Medicaid v roce 1965 a vytvořil tím veřejně vedené pojištění pro seniory a chudé. Medicare byl později rozšířen, aby kryl náklady také lidem se zdravotním postižením, lidem v konečném stádiu onemocnění ledvin a ALS.

1.4. Cesta k všeobecnému pojištění

Přetrvávající velký počet Američanů bez dostatečného pojištění vyvíjel tlak na vytvoření rozsáhlého národního systému zdravotního pojištění. V raných 70. letech dvacátého století se vedla urputná debata o dvou alternativních modelech univerzálního pojištění. Senátor Ted Kennedy navrhl univerzální systém jednoho plátce, zatímco prezident Nixon navrhoval vlastní systém založený na pobídkách a příkazech pro zaměstnavatele, aby poskytovali pojištění pro nízkopříjmové zaměstnance a nezaměstnané. Nikdy nebylo dosaženo kompromisu a Nixonova rezignace a série ekonomických problémů ke konci desetiletí odvrátily pozornost Kongresu od reformy zdravotnictví.

Krátce po své inauguraci podal prezident Clinton nový návrh na vznik univerzálního systému zdravotního pojištění. Podobně jako Nixonův plán, Clintonův závisel na pobídkách, jak pro jednotlivce, tak pro poskytovatele pojištění spolu s dotacemi pro občany, kteří si nemohli

³ NASI Study Panel on Medicare's Larger Social Role (February 1999). "[Medicare and the American social contract](#)" (PDF). Washington, D.C.: National Academy of Social Insurance. p. 2. Retrieved March 28, 2012.

Corning, Peter A. (1969). "[Chapter 3: The Third Round - 1943 to 1950](#)". *The evolution of Medicare: from idea to law*. Washington, D.C.: Office of Research and Statistics, Social Security Administration. OCLC 25869. Retrieved March 26, 2012.



pojištění dovolit. Plán byl vytrvale odmítán a napadán sektorem pojišťovnictví a skupinami zaměstnavatelů a dosáhl pouze malé podpory ze strany liberálních skupin, především dělnických unií (odborů), které preferovaly systém jednoho plátce. Definitivně byl plán pohřben po převzetí Kongresu republikány v roce 1994. Mezi demokraty přetrvávala vysoká priorita dosažení univerzálního zdravotního pojištění a přijetí reformy zdravotnictví bylo jednou z hlavních priorit Obamovy administrativy. Zákon o ochraně pacientů a o dostupné péči (Patient Protection and Affordable Care Act) byl podobný Nixonovu a Clintonovu plánu pobídek k pojištění penalizací zaměstnavatelů, kteří ho nenabízeli, a vytvořením mechanismů pro rozmělnění rizika a možnost kolektivního nákupu pojištění. Zákon prošel Senátem v prosinci 2009 s podporou všech demokratů a Sněmovnou v březnu 2010 s podporou většiny demokratů. Nikdo z republikánů pro zákon nehlasoval ani v jedné komoře.

2. Veřejné zdravotní pojištění⁴

2.1. Podstata veřejného zdravotního pojištění

Veřejné programy poskytují primární zdroj pojištění pro většinu seniorů a nízkopříjmových dětí a rodin, které splňují dané požadavky. Primární veřejné programy jsou Medicare, federální sociální program pojištění pro seniory a tělesně postižené. Dále Medicaid, založený společně federální vládou a státy, který je ale ve správě jednotlivých států a poskytuje pojištění nízkopříjmovým dětem a jejich rodinám. A konečně SCHIP, také fungující na bázi dělby pravomocí mezi federací a státy, který poskytuje pojištění jistým dětem a rodinám, které nemají nárok na Medicaid, ale nemohou si dovolit soukromé pojištění. Další veřejné programy jsou vojenské zdravotní benefity poskytované TRICARE, zdravotní program pro veterány (Veterans Health Administration) a také benefity poskytované Indiánskou zdravotnickou službou (Indian Health Service).

2.2. Medicare⁵

2.2.1. Historie programu Medicare

Medicare byl původně název daný programu poskytujícího zdravotní péči rodinám příslušníků sloužících v armádě jako součást zákona Dependents' Medical Care Act z roku

⁴ Pfunter A., Wier L. M., Elixhauser A. Overview of Hospital Stays in the United States, 2011. HCUP Statistical Brief #166. November 2013. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.

⁵ "Kaiser Family Foundation. 2010 Medicare Chartbook", Figure 6.1.

"In the Literature: Health of Previously Uninsured Adults After Acquiring Medicare Coverage," The Commonwealth Fund, December 2007.



1956. Prezident Eisenhower pořádal v lednu 1961 první konferenci v Bílém domě ohledně stárnutí, při které byl vznik programu zdravotní péče navržen. V červenci 1965 pod vedením prezidenta Lyndona Johnsona Kongres přijal Medicare jako součást zákona o sociálním zabezpečení (Social Security Act) s účelem poskytovat zdravotní pojištění lidem starším 65 let bez ohledu na jejich příjem nebo zdravotní záznamy. Před zavedením Medicare mělo přibližně 60 % občanů starších 65 let zdravotní pojištění, které bylo nedostupné pro mnoho dalších, protože starší lidé platili až třikrát více než mladí za zdravotní pojištění. Medicare za půl století svého fungování doznal několik změn. Od roku 1965 se poskytování Medicare rozšířilo i na hlasovou, fyzickou a chiropraktickou terapii v roce 1972. Během let Kongres rozšířil působnost programu pro mladší lidi s permanentním postižením a těm, kteří se nachází v konečné fázi onemocnění ledvin (ESRD).

Od zavedení Medicare se věda a medicína vyvinuly a délka života se také prodloužila. Skutečnost, že lidé se dožívají vyššího věku, znamená nutnost větší péče a více služeb v pozdních stádiích života. Proto v roce 1982 přidala vláda do programu benefity pro hospice k dočasnému léčení starších lidí. O dva roky později se staly tyto benefity stálými. Kongres dále rozšířil Medicare v roce 2001, aby pokrýval mladší občany s amyotrofní laterální sklerózou (ALS).

2.2.2. Charakteristika Medicare

V USA je Medicare systém národního sociálního pojištění tzv. jednoho plátce, to jest program plně hrazen jednou institucí, kterou je v případě Medicare federální vláda USA již od roku 1966. V současnosti využívá 30–50 soukromých společností poskytujících zdravotní péči po celé zemi. Medicare je financován z daní z příjmu, odměn, daňových přírůžek a celkových příjmů vlády. Poskytuje zdravotní pojištění pro Američany starší 65 let, kteří pracovali a platili daň z příjmu do systému. Také poskytuje zdravotní pojištění mladším lidem s postiženími určenými administrativou pro sociální zabezpečení (Social Security Administration) a mladší občany s konečnou fází onemocněním ledvin a amyotrofní laterální sklerózou, jak už bylo řečeno výše. V roce 2015 Medicare poskytoval zdravotní pojištění pro více než 55 milionů občanů (46 mil. lidí nad 65 let a 9 mil. mladších občanů). V průměru pokryje Medicare polovinu nákladů na zdravotní péči. Zbývající náklady musí dotyční pokrýt z doplňkového pojištění, jiného pojištění nebo z vlastní kapsy. Tyto náklady se různí v důsledku rozsahu péče a potřeb pacientů, mohou zahrnovat náklady za dlouhodobý pobyt, dentální, oční a další péče.

2.3. Medicaid

2.3.1. Historie Medicaid

Pozměňovací návrh sociálního zabezpečení z roku 1965 vytvořil program Medicaid přidáním do zákona o sociálním zabezpečení. Skrze tento program poskytuje federální vláda finance



státům, aby mohly poskytovat zdravotní podporu občanům, kteří splňují určitá kritéria způsobilosti. Cílem je poskytnout podporu občanům, jejichž příjmy a zdroje nestačí na zaplacení nákladů nutné lékařské péče. Medicaid slouží jako národní primární zdroj zdravotního pojištění pro nízkopříjmové skupiny. Státy nemusí v programu participovat. Ty, které participují, se musí držet federálního zákona o Medicaid, podle kterého si každý stát administruje svůj vlastní Medicaid program, vytvoří standardy způsobilosti, určí rozsah a typy krytých služeb a míru plateb. Výhody se liší stát od státu, tedy kvalifikace člověka pro podporu v jednom státě neznamena podporu v jiném státě. Federální centrum pro služby Medicare a Medicaid (CMS) monitoruje programy běžící pod státy a vytváří požadavky pro dodávání služeb, kvalitu, financování a standardy způsobilosti. Programy Medicaid Drug Rebate Program a Health Insurance Premium Payment (HIPP) byly vytvořeny zákonem zvaným Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) v roce 1990. Medicaid také nabízí program fee-for-service pro školy v celé zemi pro nahrazování nákladů spojených se službami studentům zvláštních škol. Federální zákon vyžaduje, aby každé handicapované dítě v Americe obdrželo bezplatné veřejné vzdělání. Rozhodnutí Nejvyššího soudu a s ním související změny federálního zákona jasně určily, že Medicaid musí zaplatit za služby poskytované všem handicapovaným dětem majícím nárok na Medicaid.

2.3.2. Charakteristika Medicaid⁶

Medicaid je program sociální zdravotní péče pro rodiny a jedince s omezenými zdroji financí ve Spojených státech. Americká asociace zdravotního pojištění popisuje Medicaid jako vládní program pojištění pro osoby každého věku, jejichž příjem a zdroje nejsou dostatečné k zaplacení zdravotní péče. Medicaid je největším zdrojem financování zdravotních služeb pro občany s nízkým příjmem ve Spojených státech. Program je financován společně federální vládou a státy a řízen jednotlivými státy. V současnosti má každý stát možnost určit si, kdo má nárok na účast v programu. Příjemci podpory Medicaid musí být občany USA nebo legálními stálými rezidenty a mohou zahrnovat nízkopříjmové dospělé, jejich děti a občany s určitými typy postižení. Chudoba sama o sobě nemusí být dostatečnou kvalifikací pro Medicaid.

⁶ Cunningham P, May J. "Medicaid patients increasingly concentrated among physicians." Track Rep. 2006 Aug;(16):1-5. PMID 16918046.



2.4. Zákon o ochraně pacientů a o dostupné péči (Patient Protection and Affordable Care Act)⁷

Zákon o ochraně pacientů a o dostupné péči, běžně označován jen jako zákon o dostupné péči (Affordable Care Act – ACA) a přezdíván „Obamacare“, je federální zákon Spojených států prosazovaný prezidentem Barackem Obamou ze dne 23. března 2010. Dohromady se změnou zákona o zdravotní péči a vzdělání reprezentuje nejzásadnější regulační změnu zdravotního systému ve Spojených státech od schválení programů Medicare a Medicaid v roce 1965. Pod tímto zákonem se mají nemocnice a ordinace proměnit finančně, technologicky a klinicky pro dosažení lepších zdravotních výsledků, snížení nákladů a zlepšení metod distribuce a dostupnosti. Tento zákon – ACA neboli „Obamacare“ – byl navržen, aby zvýšil kvalitu zdravotního pojištění a jeho dostupnost, snížil procento nepojištěných rozšířením pokrytí zdravotního pojištění a snížením nákladů na zdravotní péči. Představil mechanismy včetně pobídek, dotací a výměny pojištění. Zákon vyžaduje, aby poskytovatelé pojištění přijali všechny zájemce splňující specifikovaný seznam podmínek a účtovali stejné sazby bez ohledu na předchozí zdravotní stav nebo pohlaví. Zákon a jeho implementace čelily námitkám v Kongresu a u federálních soudů, také od některých vlád, skupin konzervativních právníků, odborů a organizací malých podnikatelů. Nejvyšší soud potvrdil ústavnost zákona a jednotlivých pobídek a shledal, že státy nemůžou být nuceny participovat v expanzi Medicaid (součástí ACA). „Obamacare“ způsobila významnou redukci počtu a podílu lidí bez zdravotního pojištění s 24 miliony nově pojištěných během roku 2016. Nárůst celkových nákladů na zdravotní péči se zmenšil od implementace zákona. Kongresový rozpočtový úřad v několika studiích potvrdil, že „Obamacare“ vedla ke snížení rozpočtového deficitu a že jeho zrušení by opět zvýšilo rozpočtový deficit.

⁷ Pear, Robert (July 7, 2012). "Health Law Critics Prepare to Battle Over Insurance Exchange Subsidies". The New York Times. Retrieved July 7, 2012.
Krugman, Paul (January 31, 2010). "Krugman calls Senate health care bill similar to law in Massachusetts". PolitiFact. Retrieved August 29, 2012.



2.4.1. Rozšíření Medicaid pod „Obamacare“⁸

Zákon o ochraně pacienta a dostupné péči (Patient Protection and Affordable Care Act), který byl přijat v roce 2010, měl rozšířit Medicaid s účinností od roku 2014. Zákon tak, jak byl napsán, nařizoval státům, které se chtějí účastnit programu Medicaid, aby přijali lidi s příjmem do 1,3násobku hranice chudoby, včetně dospělých bez dětí, které by na nich byly závislé. Federální vláda by platila 100 % nákladů rozšíření programu Medicaid v letech 2014, 2015 a 2016; 95 % v roce 2017, 94 % v roce 2018, 93 % v roce 2019 a 90 % v roce 2020 a nadcházejících letech.

Několik států odmítlo rozšíření poskytování pojištění v rámci programu Medicaid; více než polovina nepojištěných žila v těchto státech. Byly to státy Texas, Florida, Kansas, Georgia,

⁸ HHS Press Office (March 29, 2013). "[HHS finalizes rule guaranteeing 100 percent funding for new Medicaid beneficiaries](#)". Washington, D.C.: U.S. Department of Health & Human Services. Retrieved April 23, 2013. "effective January 1, 2014, the federal government will pay 100 percent of defined cost of certain newly eligible adult Medicaid beneficiaries. These payments will be in effect through 2016, phasing down to a permanent 90 percent matching rate by 2020." Centers for Medicare & Medicaid Services (April 2, 2013). "Medicaid program: Increased federal medical assistance percentage changes under the Affordable Care Act of 2010: Final rule". *Federal Register*. **78** (63): 19917–19947. "(A) 100 percent, for calendar quarters in calendar years (CYs) 2014 through 2016; (B) 95 percent, for calendar quarters in CY 2017; (C) 94 percent, for calendar quarters in CY 2018; (D) 93 percent, for calendar quarters in CY 2019;(E) 90 percent, for calendar quarters in CY 2020 and all subsequent calendar years."

Robert Pear (May 24, 2013). "[States' Policies on Health Care Exclude Some of the Poorest](#)". *The New York Times*. Retrieved May 25, 2013. "In most cases, [Sandy Praeger, Insurance Commissioner of Kansas] said, adults with incomes from 32 percent to 100 percent of the poverty level (\$6,250 to \$19,530 for a family of three) "will have no assistance.""

Sarah Kliff (May 5, 2013). "[Florida rejects Medicaid expansion, leaves 1 million uninsured](#)". *The Washington Post*. Retrieved May 24, 2013.

"[To Date, 20 States & DC Plan to Expand Medicaid Eligibility, 14 Will Not Expand, and the Remainder Are Undecided](#)" (PDF). AvalereHealth.Net. May 2, 2013. Retrieved May 24, 2013. "© Avalere Health LLC To Date, 20 States & DC Plan to Expand Medicaid Eligibility, 14 Will Not Expand, and the Remainder Are Undecided"

"[Where each state stands on ACA's Medicaid expansion: A roundup of what each state's leadership has said about their Medicaid plans](#)". The Advisory Board Company. May 24, 2013. Retrieved May 24, 2013.

Barrilleaux Charles, Rainey Carlisle (2014). "The Politics of Need: Examining Governors' Decisions to Oppose the 'Obamacare' Medicaid Expansion". *State Politics & Policy Quarterly*. **14** (4): 437–460. doi:10.1177/1532440014561644.

Jacobs, Lawrence R. and Timothy Callaghan. 2013. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 38(5):1023–1050.

Lanford, Daniel and Jill Quadagno. 2015 online. "Implementing ObamaCare: The Politics of Medicaid Expansion under the Affordable Care Act of 2010." *Sociological Perspectives*<http://spx.sagepub.com/content/early/2015/06/05/0731121415587605.abstract>



Louisiana, Alabama a Mississippi. K 24. květnu 2013 některé ze států ještě nedospěly k finálnímu rozhodnutí a počet států odmítajících rozšíření pojištění se v čase proměňoval, ale Aljaška, Idaho, Jižní Dakota, Nebraska, Wisconsin, Maine, Severní Karolína, Jižní Karolína a Oklahoma se zdály být rozhodnuty odmítnout toto rozšíření. S rozhodnutím států přijmout nebo odmítnout rozšíření programu Medicaid v kontextu zákona o ochraně pacienta a dostupné péči (Patient Protection and Affordable Care Act) souviselo s několika faktory. Rozložení stran ve vládách jednotlivých států bylo nejvýznamnějším faktorem, přičemž státy ovládané převážně demokraty byly pro rozšíření Medicaid a naopak státy ovládané republikány tíhly k odmítnutí rozšíření. Dalšími podstatnými faktory byly štedrost programu Medicaid před rokem 2010, množství prostředků na volby vydaných poskytovateli zdravotní péče a postoj lidí v jednotlivých státech vůči roli vlády a vnímání příjemců rozšíření. Federální vláda bude platit 100 % definovaných nákladů na nového příjemce pomoci Medicaid ve státech, které přijmou rozšíření programu Medicaid.

3. Návrhy řešení⁹

3.1. Přehled o situaci

Debata o reformě zdravotní péče v USA je politickým tématem už mnoho let. Soustředí se na zvýšení pokrytí pojištění, snížení nákladů, reformu pojištění a filosofii financování a zapojení vlády.

Dle zprávy organizace Commonwealth Fund z roku 2015 platí Spojené státy téměř dvakrát více za zdravotní péči na hlavu než ostatní bohaté státy s univerzální zdravotní péčí. Přes enormní náklady vynaložené na zdravotní péči je zdravotní stav pacientů horší, naděje dožití kratší a úmrtnost narozených dětí vyšší a v některých případech dokonce dvakrát tak vysoká ve srovnání s ostatními státy OECD. Přestože data ukazují, že Američané mají procentuálně téměř nejmenší podíl denních kuřáků, mají největší podíl úmrtí ze srdečních onemocnění a výrazně vyšší podíl lidí s obezitou.

Dle odhadu bývalého administrátora Centra pro Medicare a Medicaid Dr. Donalda Berwicka je 20 % až 30 % výdajů na zdravotní péči promarněno. Definoval pět důvodů této neefektivity: (1) přílišné léčení pacientů, (2) neschopnost koordinovat péči, (3) administrativní komplexita systému, (4) zatěžující pravidla a (5) podvod.

⁹ "Health care in US ranks lowest among developed countries". *July 2008*.

World Health Organization assess the world's health system. Press Release WHO/44 21 June 2000. Health system attainment and performance in all Member States, ranked by eight measures, estimates for 1997.



Vzhledem k výše uvedenému vývoji a přetrvávajícím problémům je Kongresu předkládán nový soubor opatření jakožto součást reformy ke zlepšení zdravotní péče a s tím souvisejícího veřejného zdravotního pojištění.

3.2. Zdravotní reforma

3.2.1. Daně

Z předchozích studií a ze současného stavu našeho zdravotního systému a systému pojištění jsou evidentní dva faktory: nedostatečné financování, a zároveň velká míra plýtvání zdroji. Kongresu je předkládán návrh změny výběru daní jakožto řešení prvního faktoru. Existují dvě varianty, jak to provést. Lze provést buď pouze první úpravu, nebo ideálně kombinaci obou dvou. Druhá úprava je příliš selektivní a neřeší problém jako celek. První úprava je taková, že ke každé dani z příjmu (ať už fyzických či právnických osob) se přičte nová daňová sazba, která bude použita výhradně na financování veřejného pojištění, a tedy zdravotnictví. Druhá by byla, že se odvody na pojištění placené zaměstnavateli začnou danit. V roce 2009 časopis *The Economist* odhadl, že by se roční federální příjem z daní zvedl o 215 miliard dolarů. Což v kontextu příjmů z daní znamená 17% nárůst. *The Economist* věří, že by poté zaměstnanci využívající zdravotní péči mohli více inklinovat ke změně svého chování, co se týká využívání zdravotních služeb, když z jejich kapsy odečte každý rok 200 miliard dolarů do federální pokladny. Nicméně nevěříme, že tato samotná změna by vedla k významné změně chování pacientů. První úprava je podobná systému fungujícímu v Evropě. Znamenalo by, že se k dani z příjmu, kterou zaměstnanci (i podnikatelé) automaticky státu odvádějí, přičte ještě separátní daň, která bude financovat základní zdravotní pojištění pro všechny.

3.2.2. Předcházení obezitě, kouření, cukrovce a dalších vážným nemocem

Důležitým krokem je také snížení nákladů ve zdravotnictví. Kombinace vyššího výběru daní a snížení nákladů ve zdravotnictví umožní financovat zdravotnictví dostupné pro všechny. Jak bylo nastíněno výše, Američané mají velmi vysoký podíl lidí s nadváhou i s obezitou a cukrovkou, což představuje významný podíl na léčení pacientů a také velmi vysoký podíl výdajů, které jsou k léčbě následků těchto nemocí potřeba. Proto je Kongresu předkládán návrh zavádějící program pro osvětu a prevenci proti zmíněným nemocem. Tento program by se povinně vyučoval v mateřských, základních a středních školách, aby si děti navykly od útlého věku žít co možná nejvíce v souladu se zdravým životním stylem, který předchází právě těmto onemocněním.



3.2.3. Přílišné léčení pacientů

Bylo zjištěno, že lékaři nechávají pacienty raději déle v nemocnicích, když to už není nezbytné, či je posílají na další vyšetření, která jsou velmi nákladná a ve většině případů zbytečná. Zřejmě je tento přístup důsledkem obav z žalob pacientů na lékaře. Je tedy nutné změnit tento právní stav tak, aby lékaři prováděli všechny nutné, nicméně žádné zbytečné lékařské úkony, které pacient podle svého zdravotního stavu potřebuje. Zde je Kongresu předkládáno opatření s cílem omezit právní zodpovědnost lékařů pouze do míry jejich přičinění v rámci operačních zákroků či nezbytných vyšetření dále definovaných v této novele zákona. K hladkému přechodu na tento nový systém je třeba, aby lidé přistupovali ke zdravotnictví a k vyžadovaným vyšetřením a zákrokům zodpovědně bez ohledu na to, zda si zdravotnictví financují sami nebo mají nárok na financování programy Medicare, Medicaid či nějakým dalším. Toto vyžaduje změnu v uvažování lidí, což je dlouhodobá snaha, která by měla být ale znovu a znovu připomínána. Jako pomoc k této změně navrhuje změnit také financování programů Medicare a Medicaid v tom smyslu, že budou hradit jen zákroky a rozsah péče, který je potřebný – specifikace budou uvedeny v zákoně.

3.2.4. Zjednodušení byrokracie systému

Celý systém je silně byrokratizován a je velmi složitý, což vede mimo jiné k neefektivitě a vyšším ztrátám v systému. Je potřeba jasně definovat, jak přesně má systém fungovat. Kongresu je předkládán návrh centralizovat finanční zdroje pro zdravotní pojištění a péči do federální pokladny a rozhodnutí, zda povolit či nepovolit danou zdravotní péči či zákrok, nechat v pravomoci jednotlivých států, ovšem s jasně vymezenými pravidly na federální úrovni. Při povolení zákroků či péče se automaticky uvolní peníze z federální pokladny a nebude docházet k zbytečnému zatěžování a byrokracii.

4. Závěr

Závěrem je důležité říci, že zajištění zdravotní péče pro všechny občany USA by měl být cíl a přesvědčení každého z nás. Kombinace výše nastíněných kroků jako součást reformy zdravotního pojištění a financování zdravotní péče by k tomuto cíli měl vést, a tedy je důležité, aby se zákon projednal a schválil v takové míře, aby měl zásadní pozitivní dopad na fungování zdravotního systému a dostupnost zdravotní péče v této zemi.

5. Zdroje

"Annual Statistical Supplement". U.S. Social Security Administration, Office of Retirement and Disability Policy. 2011. Retrieved October 19, 2012.



"Fee for Service (Direct Service) Program". Medicaid.gov.

"Health care in US ranks lowest among developed countries". *July 2008*.

"Health Care System Flaws and Lack of Private Insurance Contribute To Higher Deaths Among Black Heart Transplant Patients." *Johns Hopkins Hospital*, May 31, 2010.

"Healthcare Reform to Make America Great Again". *Trump-Pence*. Retrieved 4 December 2016.

"Changes in Health Insurance Coverage in the Great Recession, 2007-2010" John Holanan and Vicki Chen. Kaiser Family Foundation, December 2011

"In the Literature: Health of Previously Uninsured Adults After Acquiring Medicare Coverage," The Commonwealth Fund, December 2007

"Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010." U.S. Census Bureau. Issued September 2011.

"Kaiser Family Foundation. 2010 Medicare Chartbook", Figure 6.1

"Managed Care". Medicaid.gov. Retrieved 2015-12-10.

"Medicaid General Information". Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS).

"Medicaid payments per enrollee". *KFF.org*.

"More Americans Losing Health Insurance Every Day". *Americanprogress.org*. Retrieved March 3, 2010.

"NEXT STEPS ON MEDICAID EXPANSION ANNOUNCED" (Press release). Anchorage, AK: State of Alaska. 2015-07-16. Retrieved 2015-08-29.

"NYT-Singer-Why We Must Ration Healthcare-July 15, 2009". *The New York Times*. July 19, 2009. Retrieved May 4, 2010.

"Percentage of Nonelderly Americans Without Health Insurance Coverage, 1987-2006". *CovertheUninsured.org*, a project of the Robert Wood Johnson Foundation. Archived from the original on October 19, 2007. Retrieved January 21, 2008.

"Rand study finds patients' ratings of their medical care do not reflect the technical quality of their care" (Press release). RAND Corporation. May 1, 2006. Retrieved August 27, 2007.

"States Turn to Managed Care To Constrain Medicaid Long-Term Care Costs". Agency for Healthcare Research and Quality. April 9, 2014. Retrieved April 14, 2014.



"The Economist-Stemming the Tide-November 2009". *The Economist*. November 19, 2009. Retrieved January 12, 2012.

"To Date, 20 States & DC Plan to Expand Medicaid Eligibility, 14 Will Not Expand, and the Remainder Are Undecided" (PDF). AvalereHealth.Net. May 2, 2013. Retrieved May 24, 2013. "© Avalere Health LLC To Date, 20 States & DC Plan to Expand Medicaid Eligibility, 14 Will Not Expand, and the Remainder Are Undecided"

"Where each state stands on ACA's Medicaid expansion: A roundup of what each state's leadership has said about their Medicaid plans". The Advisory Board Company. May 24, 2013. Retrieved May 24, 2013.

2016 Annual Report of the Medicare Trustees (for the year 2015), June 22, 2016

Altman, Drew; Frist, William H. (July 28, 2015). "Medicare and Medicaid at 50 Years: Perspectives of Beneficiaries, Health Care Professionals and Institutions, and Policy Makers". *JAMA*. **314** (4): 384–95. doi:10.1001/jama.2015.7811.

America's Health Insurance Plans (HIAA), pg. 232

Barrilleaux Charles, Rainey Carlisle (2014). "The Politics of Need: Examining Governors' Decisions to Oppose the 'Obamacare' Medicaid Expansion". *State Politics & Policy Quarterly*. **14** (4): 437–460. doi:10.1177/1532440014561644.

Buchmueller, Thomas C.; Monheit, Alan C. (April 2009). "Employer-sponsored health insurance and the promise of health insurance reform. NBER Working Paper Number 14839" (PDF). Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research. Retrieved March 24, 2010.

Congressional Budget Office, "CBO and JCT's Estimates of the Effects of the Affordable Care Act on the Number of People Obtaining Employment-Based Health Insurance." March 2012

Consumer Reports, "Are you really covered? Why 4 in 10 Americans can't depend on their health insurance." at the Wayback Machine (archived September 22, 2008) September 2007

Corning, Peter A. (1969). "Chapter 1: The First Round - 1912 to 1920". The evolution of Medicare: from idea to law. Washington, D.C.: Office of Research and Statistics, Social Security Administration. OCLC 25869. Retrieved March 26, 2012.

Corning, Peter A. (1969). "Chapter 2: The Second Round - 1927 to 1940". The evolution of Medicare: from idea to law. Washington, D.C.: Office of Research and Statistics, Social Security Administration. OCLC 25869. Retrieved March 26, 2012.



Corning, Peter A. (1969). "Chapter 3: The Third Round - 1943 to 1950". *The evolution of Medicare: from idea to law*. Washington, D.C.: Office of Research and Statistics, Social Security Administration. OCLC 25869. Retrieved March 26, 2012.

Cunningham P, May J. "Medicaid patients increasingly concentrated among physicians." Track Rep. 2006 Aug;(16):1-5. PMID 16918046.

Dubay L, Holahan J and Cook A.,The Uninsured and the Affordability of Health Insurance Coverage, *Health Affairs* (Web Exclusive), November 2006. Accessed February 4, 200.

Folliard, Edward T. (July 31, 1965). "Medicare Bill Signed By Johnson: 33 Congressmen Attend Ceremony In Truman Library". *The Washington Post*. p. A1.

For-Profit Hospitals Cost More and Have Higher Death Rates, *Physicians for a National Health Program*

Freeman, Joseph D.; Kadiyala, Srikanth; Bell, Janice F.; Martin, Diane P. (October 2008). "The Causal Effect of Health Insurance on Utilization and Outcomes in Adults". *Medical Care*. **46** (10): 1023–1032. doi:10.1097/MLR.0b013e318185c913.

Fronstin, P. "Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2007 Current Population Survey." Employee Benefit Research Institute Issue Briefs. 2007 Oct;(310):1-36

Funk, Josh (Mar 1, 2010). "Buffett says economy recovering but at slow rate". *San Francisco Chronicle (SFGate.com)*. Archived from the original on March 6, 2010. Retrieved April 3, 2010.

Health system attainment and performance in all Member States, ranked by eight measures, estimates for 1997

HHS Press Office (March 29, 2013). "HHS finalizes rule guaranteeing 100 percent funding for new Medicaid beneficiaries". Washington, D.C.: U.S. Department of Health & Human Services. Retrieved April 23, 2013. "effective January 1, 2014, the federal government will pay 100 percent of defined cost of certain newly eligible adult Medicaid beneficiaries. These payments will be in effect through 2016, phasing down to a permanent 90 percent matching rate by 2020." Centers for Medicare & Medicaid Services (April 2, 2013). "Medicaid program: Increased federal medical assistance percentage changes under the Affordable Care Act of 2010: Final rule". *Federal Register*. **78** (63): 19917–19947. "(A) 100 percent, for calendar quarters in calendar years (CYs) 2014 through 2016; (B) 95 percent, for calendar quarters in CY 2017; (C) 94 percent, for calendar quarters in CY 2018; (D) 93 percent, for calendar quarters in CY 2019;(E) 90 percent, for calendar quarters in CY 2020 and all subsequent calendar years."



HIAA Insurance Education (1995). *Managed care: integrating the delivery and financing of health care*. Washington, D.C.: Health Insurance Association of America. p. 9. ISBN 1-879143-26-7.

HIAA Insurance Education (1997). *Fundamentals of health insurance, Part A*. Washington, D.C.: Health Insurance Association of America. ISBN 1-879143-36-4.

Hoffman, Catherine (March 2009). "National health insurance—a brief history of reform efforts in the U.S." (PDF). Menlo Park, Calif.: Kaiser Family Foundation. Archived from the original (PDF) on May 24, 2012. Retrieved March 26, 2012.

<http://kff.org/health-reform/state-indicator/state-activity-around-expanding-medicaid-under-the-affordable-care-act/>

<http://www.businessweek.com/news/2011-12-09/defined-contributions-define-health-care-future-peter-orszag.html>

<http://www.cbpp.org/cms/?fa=view&id=3801>

<http://www.hhs.gov/news/press/2013pres/03/20130329a.html>

Chang JT, Hays RD, Shekelle PG, et al. (May 2006). "Patients' global ratings of their health care are not associated with the technical quality of their care". *Ann. Intern. Med.* **144** (9): 665–72. doi:10.7326/0003-4819-144-9-200605020-00010. PMID 16670136.

In U.S., Uninsured Rate Sinks to 13.4 % in Second Quarter-July 10, 2014

Jacobs, Lawrence R. and Timothy Callaghan. 2013. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 38(5):1023–1050.

Kaiser Family Foundation (April 15, 2011). "Summary of new health reform law" (PDF). Menlo Park, Calif.: Kaiser Family Foundation. Archived from the original (PDF) on April 17, 2012. Retrieved March 26, 2012.

Kenworthy, Lane (July 10, 2011). "America's inefficient health-care system: another look". *Consider the Evidence* (blog). Retrieved September 11, 2012.

Krugman, Paul (January 31, 2010). "Krugman calls Senate health care bill similar to law in Massachusetts". PolitiFact. Retrieved August 29, 2012.

Lanford, Daniel and Jill Quadagno. 2015 online. "Implementing ObamaCare: The Politics of Medicaid Expansion under the Affordable Care Act of 2010." *Sociological Perspectives*<http://spx.sagepub.com/content/early/2015/06/05/0731121415587605.abstract>



Marcus, Aliza (May 7, 2008). "Baby Kendra's \$300,000 Bill Pains Insurers, Inspires Candidates". Bloomberg News. Retrieved May 10, 2008.

Mcnamara PAT, Dirksen EM, Church F, Muskie ES. The 1961 White House Conference on Aging: basic policy statements and recommendations / prepared for the Special Committee on Aging, United States Senate 87th Congress, 1st Session, Committee Print, May 15, 1961.

NASI Study Panel on Medicare's Larger Social Role (February 1999). "Medicare and the American social contract" (PDF). Washington, D.C.: National Academy of Social Insurance. p. 2. Retrieved March 28, 2012.

O'Hare, Thomas P. (2000). *Individual medical expense insurance*. Bryn Mawr, Pa.: American College. p. 7. ISBN 1-57996-025-1.

Park, Madison (September 18, 2009). "45,000 American deaths associated with lack of insurance". *CNN*. Retrieved February 19, 2015.

Pear, Robert (Dec 3, 2011). "Health Official Takes Parting Shot at 'Waste'". *New York Times*. Retrieved Dec 20, 2011.

Pear, Robert (July 7, 2012). "Health Law Critics Prepare to Battle Over Insurance Exchange Subsidies". *The New York Times*. Retrieved July 7, 2012.

Pear, Robert (May 31, 2015). "Federal Investigators Fault Medicare's Reliance on Doctors for Pay Standards". *New York Times*. Retrieved June 1, 2015.

Pearson, Drew (July 29, 1965). "What Medicare Means to Taxpayers: How to Get Voluntary Insurance". *The Washington Post*. p. C13.

Pfuntner A., Wier L.M., Elixhauser A. Overview of Hospital Stays in the United States, 2011. HCUP Statistical Brief #166. November 2013. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, M

Rand Corporation-Changes in Health Insurance Enrollment Since 2013

Robert Pear (May 24, 2013). "States' Policies on Health Care Exclude Some of the Poorest". *The New York Times*. Retrieved May 25, 2013. "In most cases, [Sandy Praeger, Insurance Commissioner of Kansas] said, adults with incomes from 32 percent to 100 percent of the poverty level (\$6,250 to \$19,530 for a family of three) "will have no assistance.""

Robert Wood Johnson Foundation and State Health Access Data Assistance Center, "State-Level Trends in Employer-Sponsored Health Insurance." June 2011

Robinson, P. I. (1957). Medicare: Uniformed Services Program for Dependents. *Social Security Bulletin*, 20(7), 9–16.



Sarah Kliff (May 5, 2013). "Florida rejects Medicaid expansion, leaves 1 million uninsured". *The Washington Post*. Retrieved May 24, 2013.

Spilman Ingots, "Cash in Lieu of Health Insurance? Word to the Wise"

Stan Dorn, Bowen Garrett, John Holahan, and Aimee Williams, "Medicaid, SCHIP and Economic Downturn: Policy Challenges and Policy Responses," Kaiser Family Foundation, April 2008

Texas Association of Health Plans (June 2008). "Health insurance in Texas" (PDF). Austin, Tex.: Texas Association of Health Plans. pp. 2, 26. Archived from the original (PDF) on December 23, 2011. Retrieved August 21, 2011.

The Cost of Lack of Health Insurance, American College of Physicians

Thomasson, Melissa (April 17, 2003). Whaples, Robert, ed. "Health insurance in the United States". *EH.Net Encyclopedia*. Tucson, Ariz.: Economic History Association. Archived from the original on September 3, 2011. Retrieved August 21, 2011.

Torio CM, Andrews RM. National Inpatient Hospital Costs: The Most Expensive Conditions by Payer, 2011. HCUP Statistical Brief #160. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. August 2013. [1]

U.S. Census Bureau, "CPS Health Insurance Definitions"

Wessel, David (September 7, 2006). "Capital: In health care, consumer theory falls flat". *Wall Street Journal*. Retrieved 2013-10-10.

World Health Organization assess the world's health system. Press Release WHO/44 21 June 2000.