Vysoká škola ekonomická v Praze
Fakulta managementu

Diplomová práce

Rok obhajoby: 2012

Jméno autora: Kateřina Horáková

Vysoká škola ekonomická v Praze
Fakulta managementu

Institut managementu zdravotnických služeb

Reforma systému zdravotní péče ve Spojených státech amerických

Autor diplomové práce: Kateřina Horáková

Vedoucí diplomové práce: MUDr. Rudolf Stříteckký

Rok obhajoby: 2012

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že diplomovou práci „Reforma systému zdravotní péče ve Spojených státech amerických“ jsem vypracovala samostatně. Veškerou použitou literaturu a další prameny jsem řádně označila a uvedla v přiloženém seznamu.

V Plzni dne 30. prosince 2011

……………………………………

Kateřina Horáková

Anotace

Reforma sytému zdravotní péče ve Spojených státech amerických

Diplomová práce „Reforma systému zdravotní péče ve Spojených státech amerických“ volně navazuje na bakalářskou práci z roku 2008 s názvem „Liberální systém zdravotnictví USA“. Práce je zaměřena především na způsoby financování a změny, které v oblasti poskytování zdravotní péče přinesl reformní zákon The Patient Protection and Affordable Care Act (zkráceně PPACA), podepsaný demokratickým prezidentem Barackem Obamou dne 23. března 2010. Zvláštní pozornost je věnována vzrůstajícím nákladům na zdravotní péči a zneužívání finančních prostředků v rámci sociálně zdravotního programu Medicare, který je federálním programem určeným pro občany Spojených států amerických starších 65 let a pro zdravotně postižené. Část práce pojednává také tzv. Massachusetts Mandatory Health Insurance Program z roku 2006, který se stal jakousi předlohou pro nový reformní zákon. V praktické části jsou uvedeny konkrétní změny, které nový zákon přináší, včetně dopadů na vybrané sociální skupiny obyvatel – nepojištění, zaměstnavatelé, rodiny s dětmi, senioři a lidé s tzv. „pre-existing conditions“. Vzhledem k tomu, že reforma zdravotnictví je do značné míry také tématem politickým, jsou v závěru práce uvedeny vybrané názory zastánců i odpůrců této reformy.

Summary

Health care reform in the United States of America

The Diploma work „Health care reform in the United States of America“ is the sequel of the Bachelor work of 2008 called „The liberal health care system of the United States of America“. The work is focused on the financial means and changes which has been effective since singing The Patient Protection and Affordable Care Act (acronym PPACA) into the United States law on 23rd March 2010 by the democratic president Barack Obama. The special attention is drawn to permanently increasing health care costs and defrauding of money within the social heath care program Medicare that is designated for seniors 65 and over as well as handicapped people. This work deals with Massachusetts Mandatory Health Insurance Program of 2006, which has been used like a model for the new federal law PPACA. The practical part presents the particular changes brought by the new law, including their impact on the chosen social groups – the uninsured, the employers, the families and their kids, the seniors and the people with „pre-existing conditions“. Since the Health care reform is the political issue as well, at the end there are mentioned some pros and cons opinions.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu mé diplomové práce MUDr. Rudolfu Stříteckému za odborné a metodické vedení při zpracování této práce.

OBSAH

1. Úvod..1

2. Zdravotní péče, zdravotní politika a jejich význam v moderním světě.....................................3

3. Zdravotní péče v USA v porovnání s vyspělými státy světa. 6

4. Historie zdravotního pojištění a snah o reformu zdravotní péče v USA. 10

5. Poskytování veřejného zdravotního pojištění v USA. 14

6. Poskytování soukromého zdravotního pojištění v USA..17

7. Faktory ovlivňující neustále rostoucí náklady na zdravotní péči. 22

8. Past jménem MEDICARE. 26

9. Massachussetts Mandatory Health Insurance Program. 33

10. Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)...36

11. Časté otázky spojené s reformním zákonem...40

12. Čtyři hlavní důvody pro nezbytnost zdravotní reformy..45

13. Deset etap zdravotní reformy v USA...47

14. Zdravotní pojištění a elektronické burzy (Health Insurance Exchange).................................54

15. Zdravotní reforma a její dopad na vybrané skupiny obyvatel. 57

16. Dopady zdravotní reformy na ekonomiku a federální výdaje Spojených států americkcýh ...63

17. Názory pro a proti zdravotní reformě. 67

18. Závěr 71

19. Internetové odkazy a použité zdroje. 73

20. Přílohy...75

1. ÚVOD

Diplomová práce „Reforma systému zdravotní péče ve Spojených státech amerických“ se věnuje velice aktuálnímu tématu, jejím cílem je podat skutečný obraz situace v oblasti poskytování zdravotní péče ve Spojených státech amerických a především informovat o způsobech jejího financování a změn, které jsou v této souvislosti zaváděny od jara 2010 až do roku 2018.

Tato diplomová práce volně navazuje na bakalářskou práci „Liberální systém zdravotní péče v USA z roku 2008. Volební rok 2008 přinesl do země za Velkou louží mnoho změn. Změnu zaznamenala nejen Oválná pracovna Bílého domu, kde byl republikánský prezident George Bush vystřídán svým demokratickým nástupcem Barackem Obamou, ale celý povolební rok 2009 byl silně poznamenán přípravami zdravotní reformy, která byla jedním z nosných témat Barackovy předvolební prezidentské kampaně.

Ve své práci se nejprve věnuji vysvětlení některých pojmů jako je zdravotní péče, zdravotní politika a zdravotní pojištění s důrazem na severoamerické reálie. Myšlenka reformy zdravotní péče není na severoamerické politické scéně ničím novým. První výraznější snahy o reformu zdravotní péče se objevily již na přelomu 60. a 70. let minulého století po zavedení sociálně zdravotního programu Medicare. Nejvýrazněji se v souvislosti s reformou zdravotní péče ve Spojených státech angažovala v první polovině 90. let 20. století tehdejší první dáma Hillary Clinton. Její snahy však nemilostně pohřbila silná farmaceutická lobby, která měla v americkém Kongresu až příliš silné slovo. Změny v poskytování zdravotní péče se podařilo prosadit až současnému prezidentu Baracku Obamovi na jaře roku 2010.

Oblast zdravotnictví i zdravotní péče a služeb se již několik let potýká s nedostatkem finančních prostředků, které by měly umožnit jejich kvalitní poskytování a zajištění, nejen ve Spojených státech amerických, ale také v některých evropských zemích. Problémy nedostatku financí v této oblasti spatřuji především v jejich nesprávné alokaci, ve zneužívání zdravotní péče jak pacienty, tak i samotnými lékaři a také v podvodném jednání, kterého se dopouští lékaři vůči zdravotním pojišťovnám i zdravotní pojišťovny vůči svým klientům – pojištěncům. Tato situace je nám velice dobře známa, jelikož české zdravotnictví se nachází v podobné situaci

V praktické části této práce se věnuji konkrétním opatřením, která reformní zákon *Patient Protection Affordable Care Act for 2010* přináší. Vzhledem k finanční i organizační náročnosti některých opatření, jsou navrhované změny rozloženy do deseti etap v časovém, období od roku 2010 do roku 2018. Zvláštní pozornost je určena tzv. „*Massachussetts Mandatory Health Insurance Program*“, který je možné považovat za předlohu federálního reformního zákona. Dále jsem se zaměřila na pět vybraných skupin obyvatel Spojených států - nepojištění, zaměstnavatelé, rodiny s dětmi, senioři a lidé s „*pre-existing conditions*“, a na konkrétní dopady, které na ně připravované reformy budou mít. Zvláštní pozornost si zaslouží vznik elektronických burz se zdravotním pojištěním, tzv. „ *Health Insurance Exchanges*“, jelikož o podobném projektu se hovoří také v souvislosti s reformou českého zdravotnictví.

V závěru práce jsou uvedeny makroekonomické dopady reformy systému zdravotní péče na federální rozpočet Spojených států amerických v průběhu prvních deseti let od podpisu reformního zákona. Jsou popsány jak výdaje spojené s jednotlivými změnami, tak i příjmy plynoucí z nově zavedených opatření. Zdravotní reforma je nejen ekonomické, ale do značné míry i politické téma, které odráží nejen směr politického vývoje dané země, ale také stav dané společnosti. S jistou nadsázkou se dá toto téma označit za kontroverzní. Na samém konci práci jsou proto uvedeny vybrané názory obou skupin – příznivců i odpůrců reformy systému zdravotní péče ve Spojených státech amerických.

2. ZDRAVOTNÍ PÉČE, ZDRAVOTNÍ POLITIKA A JEJICH VÝZNAM V MODERNÍM SVĚTĚ

Filosofie zdravotní péče je založena na studiu etiky, vývoje a práci lidí, kteří se zabývají péčí o zdraví lidské populace. Poskytování zdravotní péče se chápe jako nevylučitelná součást sociálně vyspělé společnosti. Sociální podtext poskytování zdravotní péče je chápán jako nezbytná součást lidské civilizace, díky kterému je lidem umožněno neustálé zlepšování celkové podstaty a kvality lidského života. Poskytování zdravotní péče je chápáno jako přirozená součást vyspělé civilizace, je známkou sociální, kulturní, etické i humanitární vyspělosti daného státu, který se schopen postarat se o své občany v situacích, kdy to nejvíce potřebují – v nemoci, neschopnosti kvůli změněnému zdravotnímu stavu apod.

Základní filozofické otázky týkající se poskytování zdravotní péče jsou tyto:

- Kdo vyžaduje či komu náleží zdravotní péči?
- Je právo na zdravotní péči jedním ze základních lidských práv?
- Podle čeho by se měly stanovit náklady na léčbu, pobyt v nemocnici, léky….?
- Jakým způsobem by měla být zdravotní péče spravována, aby byla přístupná co největšímu počtu potřebných?
- Jaké jsou nezbytné parametry pro klinické testy a pro zajištění požadované kvality zdravotní péče?
- Kdo, pokud tedy někdo, má právo rozhodnout, kdy má pacient právo či nárok na tzv. „utěšující opatření“ (euthanázii)?

Pojem zdravotní péče je spojen s velkým množstvím etických, morálních i obyčejně lidských otázek, na které nejsou všeobecné a jednoznačné odpovědi, ať jde o důvody náboženské, socio-kulturní, profesní apod. Velmi důležité je, umět si odpovědět na otázku co je to zdraví. Bez jasné a všeobecně přijímané odpovědi není jakákoliv debata na toto téma možná. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví takto: “*Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*“[1] Přestože je tato definice považována za nejpřesnější definici zdraví, je možné ji považovat za idealistickou a nerealistickou. Podle této definice se dá 70–95 % obyvatel planety Země klasifikovat jako nezdravých. Nejsolidnější aspekty pohody, které pevně vyhovují moderní medicíně, jsou enviromentální zdraví, výživa, prevence nemoci a otázky veřejného zdravotnictví,

[1] https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html

které mohou být zkoumány a měřeny. Účelem či cílem filozofie zdravotní péče je uchopit značné množství informací, které se týkají neustálého vývoje v oblasti biotechnologie, medicíny a ošetřovatelství. Není proto divu, že zdravotní péče je jednou z nejvíce nákladných kapitol státních rozpočtů vyspělých zemí. Důležité je, aby zdravotní péče byla chápána ne pouze jako sociální služba, ale také jako politické téma. Zdravotní péče se netýká pouze lékařů, středního a nižšího zdravotního personálu, správců nemocnic a ostatních zdravotnických zařízení, ale také zdravotních pojišťoven, vlád a v neposlední řadě pacientů, tedy nás všech.

Rovnováha mezi náklady vynaloženými na zdravotní péči a kvalitou poskytované zdravotní péče je hlavní otázkou filosofie zdravotní péče. Ve Spojených státech amerických do této velmi křehké rovnováhy zasahují nejen státní organizace, ale také soukromé zdravotní pojišťovny. Filosof Leonarda J. Webera k tomuto tématu uvádí: *„Good-quality health care means cost-effective healthcare but more expensive health care does not mean higher quality healthcare and certain minimum standard of quality must be met for all patiens regardless of health insurance status.“*[2] Toto tvrzení bezpochyby odráží různé myšlenkové procesy v oblasti příjmových a nákladových analýz zdravotní péče. Z tohoto důvodu některé zdravotnické organizace ve Spojených státech, jako jsou např. BlueCross či BlueShield, zaměstnávají velký počet pojistných matematiků, kteří se snaží najít co nejlepší rovnováhu mezi náklady, kvalitou a nezbytností při poskytování zdravotní péče v rámci nabízených zdravotních plánů. Moderní koncept zdravotní péče zahrnuje přístup k profesionální lékařské péči ve všech oblastech medicíny, stejně tak k lékařským technologiím, lékům či chirurgickému vybavení, dále jde o přístup k nejnovějším informacím a vědeckým lékařským výsledkům.

Dle WHO je zdravotní politika každého státu definována jako "*decisions, plans, and actions that are undertaken to achieve specific health care goals within a society. An explicit health policy can achieve several things: it defines a vision for the future which in turn helps to establish targets and points of reference for the short and medium term. It outlines priorities and the expected roles of different groups; and it builds consensus and informs people.*"[3] Volně přeloženo je zdravotní politika definována jako „rozhodnutí, plány a jednání, které jsou podstoupeny pro dosažení specifických cílů zdravotní péče v rámci společnosti. Zdravotní politika by měla zahrnovat několik témat, mezi nimiž by rozhodně neměla chybět ta následující. Definovat vizi, která pomáhá stanovit cíle a body pro krátkodobé a střednědobé období, nastínit priority a očekávané role různých skupin. Stanovit konsensus a informovat obyvatele.

[2] Leonard J. Weber, Business Ethics in Healthcare: Beyond Compliance (Bloomington: Indiana University Press, 2001), 30.
[3] World Health Organization. Health Policy, accessed 22 March 2011.

Existuje mnoho způsobů, jak je možné zdravotní politiku chápat. Někteří pod tímto pojmem vidí osobní zdravotní stav, jiní farmaceutický průmysl, další veřejné zdravotní pojištění či veřejné zdraví jako je očkování, boj proti kouření, financování a přístup ke zdravotní péči, kvalita zdravotní péče či zdravotní spravedlnost. Zdravotní politika zahrnuje mnoho bodů, které mohou ovlivnit rozhodování státních orgánů, soukromého sektoru a dalších zainteresovaných skupin. Většina z nich je zaměřena na financování poskytování zdravotní péče tak, aby ekonomická rizika spojená s vážnými onemocněními byla rovnoměrně rozprostřena. Tyto přístupy zahrnují veřejné financování zdravotní péče, prostřednictvím daní či pojištění[4], povinné či dobrovolné soukromé zdravotní pojištění či kapitační platby soukromých společností. Debaty na téma zdravotní péče se týkají otázek typu financování zdravotní péče, zajištění její lepší či horší kvality či alokace finančních prostředků tak, aby byly využity co nejefektivněji a nejspravedlivěji.

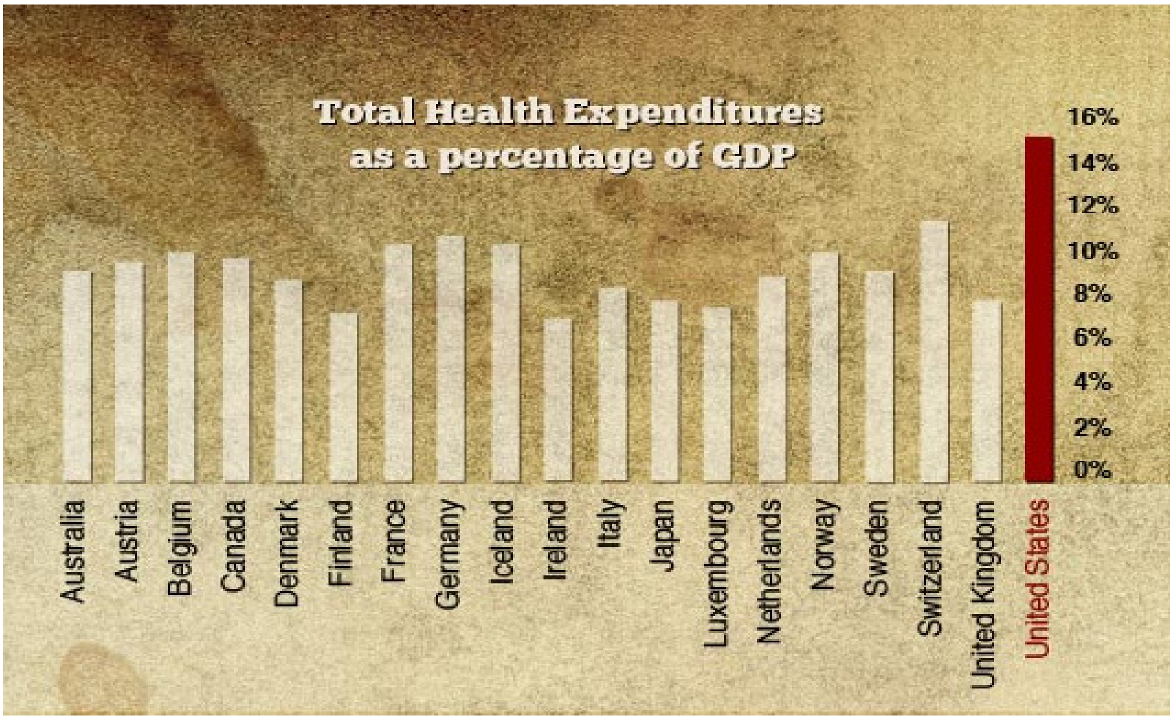
[4] Tento systém je znám jako single-payer system

3. ZDRAVOTNÍ PÉČE V USA V POROVNÁNÍ S VYSPĚLÝMI STÁTY SVĚTA

Již několik let je zdravotní systém Spojených států amerických srovnáván se zdravotními systémy ostatních vyspělých zemí a Spojené státy v těchto srovnáních získávají většinou nelichotivé výsledky. Ačkoliv je zdravotní systém USA nejnákladnější, stále vykazuje malou efektivnost v porovnání s ostatními státy.[5] Nejvýraznějším handicapem zdravotního systému USA je, že je jedinou z vyspělých zemí, která nemá všeobecnou zdravotní péči.

Poskytování zdravotní péče a především způsob jejího krytí je téma, které se na půdě Bílého domu i Kongresu diskutuje ve větší či menší míře již více jak 150 let. Klíčovými a někdy velice citlivými otázkami diskutovanými v této souvislosti je právo na zdravotní péči, přístup ke zdravotní péči, spravedlnost, důležitost, efektivita a náklady při jejím poskytování, možnost volby a v neposlední řadě kvalita poskytované zdravotní péče. Někteří odborníci tvrdí, že systém neposkytuje požadovanou a očekávanou kvalitu zdravotní péče v závislosti na množství peněz, které spotřebuje.

Graf č. 1: Množství HPD v % vynaloženého na zdravotní péči ve vybraných vyspělých zemích



Source: http://www.visualeconomics.com/wp-content/uploads/2010/02/worldhealthcare.jpg

[5] http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2007/May/Mirror--Mirror-on-the-Wall--An-International-Update-on-the-Comparative-Performance-of-American-Healt.aspx

Výše HPD vynaloženého na zdravotní péči ve vybraných vyspělých zemích názorně zobrazuje **Graf č. 1**: „Množství HPD v % vynaloženého na zdravotní péči ve vybraných vyspělých zemích“, ze kterého je patrné, že státy jako Finsko, Irsko, Lucembursko, Japonsko či Spojené království vynaloží o polovinu méně prostředků ze svého HDP, než tomu činí Spojené státy.

Velice zajímavý je graf „Federální výdaje na zdravotní péči v letech 1960 až 2006 (v milionech UDS)“ uvedený v Příloze č. 1 této práce, který zobrazuje měnící se podíl federálních výdajů plynoucích na zdravotní péči od roku 1960 do roku 2006.

Průměrné roční náklady na zdravotní péči na hlavu jsou ve Spojených státech v porovnání s ostatními vyspělými zeměmi světa mnohem vyšší. Jak je z následující Tabulky č. 1: „Vybrané údaje vynaložené na zdravotní péči v některých vyspělých zemích“ zřejmé, ve Finsku, Irsku, Japonsku, Spojeném Království či v Dánsku jsou roční náklady vynaložené na zdravotní péči o více jak polovinu USD na hlavu nižší, než je tomu ve Spojených státech. Tato tabulka uvádí souhrnné údaje vybraných zemí, průměrné roční množství HPD investovaného na zdravotní péči a průměrné roční náklady v USD na zdravotní péči přepočítané na hlavu.

Tabulka č. 1: Vybrané údaje vynaložené na zdravotní péči v některých vyspělých zemích

Pol.	Země	Výše HDP	Množství USD na hlavu
1.	Finsko	7,00%	2 104,00 USD
2.	Irsko	7,00%	2 455,00 USD
3.	Japonsko	7,50%	2 249,00 USD
4.	Spojené Království	7,50%	2 317,00 USD
5.	Dánsko	8,50%	2 743,00 USD
6.	Austrálie	9,00%	2 886,00 USD
7.	Švédsko	9,50%	2 745,00 USD
8.	Kanada	10,00%	2 998,00 USD
9.	Francie	10,00%	3 048,00 USD
10.	Island	10,50%	3 159,00 USD
11.	Německo	11,00%	2 983,00 USD
12.	Švýcarsko	11,50%	3 847,00 USD
13.	Spojené Státy Americké	15,00%	5 711,00 USD

Zdroj: http://www.visualeconomics.com/wp-content/uploads/2010/02/worldhealthcare.jpg

Velice podrobné a aktuální celosvětové srovnání zdravotní péče je možné najít na stránkách http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html, kde jsou shromážděna nejčastěji žádaná data týkající se zdravotní péče z oblasti nákladů na zdravotní péči

(celkové výdaje na zdravotní péči v poměru k HDP, celkové výdaje na zdravotní péči na hlavu apod.), zdrojů zdravotní péče (počet praktických lékařů, sester či nemocničních lůžek na daný počet obyvatel, počet CT zařízení apod.), činnosti týkající se zdravotní péče (počet návštěv lékaře na hlavu, průměrná délka hospitalizace či počet očkování proti chřipce u lidí starších 65 let apod.), zdravotní stav obyvatelstva (očekávaná délka života, novorozenecká úmrtnost, příčiny úmrtí apod.) a v neposlední řadě také rizikové faktory (např. spotřeba tabáku či alkoholu nebo obezita).

V prosinci 2008 byl na stánkách www.oecd.org publikován článek shrnující a hodnotící hlavní body studie *The Economic Survey of the United States* na téma Reforma zdravotní péče (15). Závěry této zprávy nejsou nijak potěšující. Zdravotní systém ve Spojených státech nefunguje tak, jak by měl. I přesto, že vláda Spojených států investuje do zdravotní péče téměř 15% svého hrubého domácího produktu, využívá špičkové moderní technologie, zdravotní stav Američanů v mezinárodním srovnání značně zaostává za ostatními vyspělými státy. Očekávaná střední délka života při narození je v USA 77 let, v Japonsku je to kolem 82,1 let, v České Republice 77,15 let a ve Spojeném Království 79 let. Naopak novorozenecká úmrtnost je vyšší – v USA na 1 000 živě narozených dětí připadá 6,8 úmrtí, v Japonsku je novorozenecká úmrtnost 2,8; v České republice 3,73 a ve Spojeném království 5,1. Stejně nelichotivé jsou statistiky sledující míru úmrtí na následky nehody, vyšší podíl obézních pacientů, nižší porodní váha novorozenců či vysoké náklady na lékařské soudní spory. Přitom by bylo možné výše uvedené faktory ovlivnit či změnit vhodně poskytovanou zdravotní péči.

Jak již bylo uvedeno dříve, Spojené státy americké jsou jedinou ze zemí OECD, společně s Mexikem a Tureckem, která svým občanům neposkytuje všeobecné zdravotní pojištění. Většina nepojištěných občanů jsou lidé, kteří pracují v malých firmách či na částečný úvazek a jejich zaměstnavatelé jim zdravotní pojištění neposkytují. V současné době jim to platná legislativa umožňuje. Za nezaměstnané neplatí zdravotní pojištění nikdo, pokud tak nečinní sami. Většina nízko příjmových občanů má sice zdravotní pojištění, ale to většinou neodpovídá jejich potřebám. Odpovídající zdravotní pojištění si z ekonomických důvodů bohužel hradit nemohou. Významnou skupinou jsou lidé, kteří nemají uzavřené žádné zdravotní pojištění. Tito lidé tvoří cca 16% celkové populace USA. Průměrná délka života těchto občanů je zákonitě nižší, než u těch s adekvátním zdravotním pojištěním. Vzhledem k tomu, že nízko příjmová skupina obyvatel USA tvoří nezanedbatelnou skupinu obyvatel, není divu, že se Spojené státy v celosvětovém srovnání průměrné délky života propadají na stále nižší a nižší příčky. A právě občané bez zdravotního pojištění představují vážný problém americké společnosti, který je nutné

řešit. Tento problém se odráží v politických programech posledních amerických vlád jako v zrcadle.

Vládní administrativa se snaží daňovými úlevami motivovat zaměstnavatele, aby hradili či alespoň přispívali svým zaměstnancům na zdravotní pojištění. Tato opatření bohužel nepamatují na pracovníky, kterým zaměstnavatel zdravotní pojištění neposkytuje. Navíc se tato zvýhodnění týkají spíše štědřejších zdravotních plánů, které využívajé lépe placení zaměstnanci. Řešením by mohlo být poskytování daňových úlev přímo samotným občanům, kteří by si hradili zdravotní pojištění sami. Výše daňových úlev by však neměla být závislá na typu zdravotního pojištění, které si občan zvolí. Tento nový systém by přinesl zlepšení celkové situace ve dvou oblastech. Daňové úlevy by se týkaly i těch, kteří v současné době žádné daňové úlevy nečerpají a navíc by motivovaly občany k tomu, aby si ve vlastním zájmu opatřili zdravotní pojištění, pokud jej ještě nemají. Nakolik by tato opatření dokázala snížit počet nepojištěných Američanů, záleží na mnoha dalších faktorech.

V současné době není trh se zdravotním pojištěním pro občany USA příliš atraktivní. Pojistné je většinou příliš vysoké v porovnání s cenou za poskytnutou zdravotní péči skutečně fakturovanou zdravotním pojišťovnám. Navíc, cenu pojistného zbytečně prodražují vysoké administrativní náklady. Tento problém by mohl být vyřešen reformou trhu se zdravotními pojišťovnami.

4. HISTORIE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ A SNAH O REFORMU ZDRAVOTNÍ PÉČE V USA

První formy zdravotního pojištění, tak jak jej známe dnes, se na půdě dnešní Spojených států amerických objevily až na konci 19. století. V roce 1850 společnost the Franklin Health Assurance Company of Massachusetts přišla jako první s nabídkou tzv. "*accident insurance*". Šlo o pojištění pro případ zranění v důsledku neštěstí při stavbě železnice nebo na parních lodích. Toto pojištění je možné přirovnat k dnešní formě pojištění pro případ invalidity. Trh s tímto typem pojištění se poměrně rychle rozrostl a o 16 let později již existovalo na 60 organizací, které nabízely tento typ pojištění. V roce 1890 se na pojistném trhu objevil další produkt nabízející pojištění pro případ nemoci, tzv. „*sickness coverage*". Na první pojištění nabízené a hrazené zaměstnavatelem si museli obyvatelé Spojených států počkat až do roku 1911. [6]

Ještě před vznikem pojištění, které by bylo určené výhradně na krytí výdajů na zdravotní péči, platili pacienti za poskytnutou zdravotní péči plnou cenu. Byla to v podstatě forma pojištění dnes označovaného jako „*fee-for-service model*", tj. platba za provedenou službu. V druhé polovině 20. století se tradiční pojištění pro případ invalidity přeměnilo v moderní pojistné programy. Dnešní všeobecné soukromé zdravotní pojistky kryjí náklady na běžná, preventivní či akutní zdravotní ošetření. Některé, ale ne všechny, pojistky ještě navíc kryjí náklady spojené s předepisovanými léky.

První pojistné smlouvy zavazující se k úhradě výdajů spojených s hospitalizací a léčbou se na trhu objevily v první polovině 20. století. Ve 20. letech 20. století některé nemocnice začaly nabízet své služby jednotlivým občanům na základě předplacené služby, tzv. „*pre-paid basis*". Tento model se stal základem pro vznik Blue Cross Organizations, která se stala předchůdcem Health Maintenance Organizations (HMOs)[7].

Reformní snahy nejsou v zemi za Velkou louží nic nového. Otázka reformy zdravotního pojištění ve Spojených státech byla předmětem politických debat již od počátku 20. století. Jedním z prvních návrhů zdravotní péče na federální úrovni byl v roce 1854 Návrh zákona na

---

[6] Fundamentals of Health Insurance: Part A, Health Insurance Association of America, 1997, ISBN 1-879143-36-4.

[7] The Health Maintenance Organization (HMO) je organizací, která ve Spojených státech amerických poskytuje řízenou péči v rámci zdravotně pojistných smluvní vztahů a ve spolupráci s poskytovateli zdravotní péče jako jsou nemocnice, lékaři, apod. The Health Maintenance Organization vznikla v roce 1973.

pomoc duševně nemocným, tzv. *Bill for the Benefit of the Indigent Insane*, který umožnil vznik azylových domů pro duševně choré, nevidomé, neslyšící a němé na federální úrovni. Tvůrcem tohoto návrhu byla Dorothea Dix[8], která pro tento návrh dokázala získat obě komory amerického Kongresu, Sněmovnu representantů i Senát, avšak její návrh byl nakonec vetován presidentem Franklinem Piercem[9]. Pierce argumentoval tím, že se federální vláda nemůže zavázat k podpoře veřejné sociální péče, která dle jeho slov má být plně v kompetencích jednotlivých států federace. Pierceho veto bylo významným mezníkem v sociální politice Spojených států a zapříčinilo, že se vlády Spojených států odmítaly zabývat touto problematikou na federální úrovni po dobu více jak 70 let. Jejich postoj změnila až krize, jež naplno propukla ve třicátých letech 20. století.

Snaha o zavedení všeobecného zdravotního pojištění se opět dostala na půdu amerického Kongresu díky Theodoru Rooseveltovi[10], jehož snahy o reformu zdravotní péče měly v předvolebním klání v roce 1912 značnou podporu. Presidentské volby nakonec vyhrál jeho protivník William Haward Taft a zdravotní reforma musela ustoupit jiným politickým zájmům. Ve třicátých letech 20. století, kdy celé Spojené státy byly zmítány Velkou hospodářskou krizí, připravila administrativa president Franklina Roosevelta[11] v roce 1933 dlouho očekávanou legislativu sociálního pojištění, která v sobě zahrnovala i programy zdravotní péče. Reformy Rooseveltovy administrativy však byly silně napadeny společností American Medical Association, které se nelíbilo, jakým způsobem se president snaží prosadit zavedení povinného zdravotního pojištění. V roce 1935 byl schválen zákon o sociálním pojištění avšak bez opatření týkajících se zdravotní péče. Obavy ze zavedení všeobecného zdravotního pojištění přetrvávaly na půdě amerického Kongresu další desetiletí.

Názory kongresmanů se nezdařilo změnit ani poválečnému prezidentovi Harry Trumanovi, který Kongresu představil 21 bodů svého programu známého jako Fair Deal. Trumanův program si kladl za cíl přeměnit Spojené státy z válečně orientované ekonomiky na ekonomiku mírovou. Hlavními body Trumanova programu byl ekonomický rozvoj země, oblast sociální péče a zavedení všeobecného zdravotního pojištění. Trumanův Fair Deal však narazil na silný odpor representantů konzervativní strany, kteří chtěli odpovědnosti federální vlády na poválečném vývoji země omezit na minimum. Další návrh na zavedení všeobecného zdravotního

---

[8] Dorothea Lynde Dix (4.4 1802 – 17.7.1887) byla americká aktivistka, která zasvětila svůj život pomoci duševně nemocným a která založila první generaci azylových domů pro duševně choré.
[9]Demokrat Franklin Pierce (23.11.1804 – 8.10.1869 byl 14. presidentem USA v letech 1853-1857.
[10] Republikán Theodore "Teddy" Roosevelt (27.10.1858 – 6.1.1919) byl 26. presidentem USA v letech 1901–1909.
[11] Franklin Delano Roosevelt (30.1.1882 – 12.4.1945), známý také pod iniciály FDR, byl 32. presidentem USA v letech (1933-1945) v době celosvětové ekonomické krize a druhé světové války.

pojištění byl opět smeten ze stolu. Ani charismatický prezident John Fitzgerald Kennedy neuspěl ve svých snahách o zavedení vládního programu Medicare, který by umožnil poskytnout zdravotní péči občanům nad 65 let. Až teprve energickému a politicky velice zdatnému prezidentu Lyndon Baines Johnsonovi[12] se podařilo přesvědčit většinu kongresmanů v obou komorách, aby připravovaný Zákon o sociálním pojištění podpořili. V březnu 1965 návrh zákona prošel Sněmovnou representantů v poměru hlasů 307 ku 116 a v Senátu poměrem hlasů 70 ku 24. Dne 30.7.1965 prezident Johnson slavnostně podepsal Zákon o sociálním pojištění, tzv. *The Social Security Act*, jehož nedílnou součástí byl Dodatek č. XVIII. známý jako Medicare poskytující federální zdravotní pojištění občanům nad 65 let a Dodatek č. XIX. známý jako Medicaid poskytující federální zdravotní pojištění rodinám s velice nízkými příjmy.(11)

Johsonův nástupce Richard Nixon[13] chtěl navázat na úspěch svého předchůdce v oblasti zdravotního pojištění a představil svůj návrh Zákona o komplexním zdravotním pojištění, tzv. *The Comprehensive Health Insurance Act*, který zavazoval zaměstnavatele k tomu, aby hradili svým zaměstnancům zdravotní pojištění. Jeho snahy byly bohužel neúspěšné. Dílčí úspěch na poli zdravotního pojištění zaznamenal až o deset let později president Ronald Reagan[14], který v roce 1985 podepsal Zákon o sjednoceném souhrnném rozpočtu, tzv. *The Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*, zkráceně COBRA, který tvoří dodatek k Zákonu o důchodovém zabezpečení pracujících, tzv. *The Employee Retirement Income Security Act*, zkráceně ERISA, z roku 1974. COBRA umožnila zaměstnancům využívat své stávající zdravotní pojištění i po té, co změní zaměstnavatele.(12)

Otázka reformy zdravotní péče se stala jedním z klíčových témat Clintonovy presidentské předvolební kampaně v roce 1992. Po svém nástupu do Bílého domu v lednu 1993 pověřil demokratický president Bill Clinton[15] přípravou zdravotní reformy první dámu Spojených států, svou ženu Hillary Diane Rodham Clinton. Cílem reformy, známe jako Clintonův plán zdravotní péče, tzv. *The Clinton Health Care Plan*, bylo připravit komplexní plán poskytování všeobecné zdravotní péče všem občanům Spojených států. Středem připravované reformy byla snaha o prosazení toho, aby zaměstnavatelé poskytovali svým zaměstnancům zdravotní pojištění prostřednictvím nezávislých zdravotních pojišťoven. I přesto, že v době Clintonova presidentství, měli demokraté v obou komorách Kongresu většinu, navrhovaný zákon nezískal požadovanou většinovou podporu ani v jedné z nich. Na vině údajně byla příliš silná lobby

[12] Lyndon Baines Johnson (27.8.1908 – 22.1.1973) byl 36. americkým presidentem v letech 1963-1969.
[13] Richard Milhous Nixon (9.1.1913 – 22.4.1994) byl 37. presidentem USA v letech 1969–1974.
[14] Ronald Wilson Reagan (6.2.1911 – 5.6.2004) byl 40. presidentem USA v letech 1981–1989.
[15] William Jefferson "Bill" Clinton (19.8.1946) byl 42. presidentem USA v letech 1993-2001.

farmaceutického průmyslu a zdravotních pojišťoven. Clintonova snaha o zdravotní reformu definitivně skončila v září 1994.(13)

Oblast zdravotnictví nezůstávala mimo oblast zájmu ani v době vlády republikánského presidenta George W. Bushe[16]. Prezident Bush podepsal několik dílčích federálních zákonů z oblasti zdravotní péče mezi nimi *The Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act*, který vstoupil v platnost v roce 2003 a umožnil největší revizi federálního programu Medicare po 38 letech od jeho podepsání, především v oblasti předepisování léků, jejichž spotřeba od roku 1965 významně vzrostla. Bushova zdravotní politika byla také poznamenána strachem ze zestátnění zdravotní politiky, tzv. „*socialized health care*". To byl důvod, proč prezident odmítl podepsat novelu *The State Children's Health Insurance Program* (SCHIP), která by umožnila čerpat levnější zdravotní pojištění nízko příjmovým rodinám s malými dětmi, kteří se nemohou kvalifikovat pro federální program Medicaid.(14)

V roce 2001 federální vláda USA učinila kroky, které vedly k legislativnímu zajištění práv týkajících se poskytování zdravotní péče pacientům známé jako *The U.S. Patients' Bill of Rights*. Tento zákon měl zajistit příslušnou úroveň kvality poskytované zdravotní péče všem pacientům a představil seznam práv, na které mají pacienti v nemocnicích, zdravotnických zařízeních i při styku s lékaři právo. Kromě jiného šlo o poskytování pravdivých informací o zdravotním stavu pacienta, poskytnutí spravedlivé léčby či právo na odmítnutí lékařského zákroku. *The U.S. Patients' Bill of Rights* prošel Senátem v roce 2001 poměrem hlasů 59 ku 36. Zákon měl pacientům nově zajistit tato práva:

- Přijmout či odmítnout léčbu stanovenou lékařem;
- Navštívit lékařského specialistu;
- V případě potřeby navštívit nejbližší pohotovost;
- Vybrat si dětského lékaře pro své děti;
- Po celou dobu léčby být ošetřován jedním lékařem;
- Obdržet léky, které mu jeho lékař předepsal;
- Přístup ke spravedlivému a nezávislému odvolacímu soudu v případě, kdy mu byla lékařská péče odmítnuta.

Avšak při konečném hlasování v roce 2002 zákon bohužel neprošel Senátem…

5. POSKYTOVÁNÍ VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ V USA

Ve Spojených státech amerických existují dva odlišné systémy poskytování zdravotní péče – soukromý a veřejný.

Soukromou zdravotní péči ve Spojených státech amerických poskytuje mnoho samostatných právnických subjektů. Stejně tak je značná část zařízení poskytujících zdravotní péči vlastněna a spravována soukromým sektorem. Soukromý sektor poskytuje také zdravotní pojištění pro občany žijící ve Spojených státech amerických.

V rámci veřejného poskytování zdravotní péče se setkáme se šesti hlavními federálními programy, kterými jsou Medicare, Medicaid, TRICARE, the Children‘s Health Insurance Program, the Veterans Health Administration a the Indian Health Service.

Medicare je sociálně zdravotní program spravovaný vládou USA, který poskytuje zákkladní zdravotní pojištění většině seniorů, tj. lidem starším 65 let či těm, kteří splní další kritéria, jež je opravňují k čerpání tohoto pojištění, např. handikepovaní občané či nemocní v posledním stádiu renálního selhání ledvin.

Medicaid je sociálně zdravotní program financovaný společně ze zdrojů federální vlády a rozpočtů jednotlivých států federace. Administrativně je tento program řízen na státní úrovni. Medicaid poskytuje zdravotní pojištění nízko příjmovým rodinám s dětmi.

TRICARE je zdravotní program amerického Ministerstva obrany. Tento program poskytuje zdravotní pomoc pro vojáky v činné službě, vysloužilé vojáky a jejich rodinné příslušníky.

The Children's Health Insurance Program (CHIP) je sociální zdravotní program fungující na bázi federálně-státního partnerství a spravovaný Ministerstvem zdravotnictví USA. Tento program poskytuje zdravotní pojištění rodinám s dětmi, jejichž příjmy jsou příliš vysoké na to, aby se mohly kvalifikovat pro sociálně zdravotní program Medicaid, ale zároveň jsou příliš nízké na to, aby si mohly dovolit platit soukromé zdravotní pojištění.

[16] George Walker Bush (6.7.1946) byl 43. presidentem USA v letech 2001-2009.

The Veterans Health Administration (VHA) je sociálně zdravotní program, který je součástí Ministerstva pro vojenské veterány. Tento program poskytuje zdravotně sociální podporu válečným veteránům USA.

The Indian Health Service nabízí zdravotní pojištění členům oficiálně registrovaných indiánských kmenů.

Všechny výše uvedené programy jsou financovány z prostředků daňových poplatníků a poskytují zdravotní pojištění 27,8 % celkové populace USA. Vláda Spojených států se tak stává největším pojišťovatelem USA.(24)

Počátek nového tisíciletí byl ve Spojených státech poznamenán značnou nevolí s existujícím stavem pojistného průmyslu, na který bylo a stále je pohlíženo jako na nefukční a vyžadující změnu. Na konci devadesátých let 20. století a především na počátku 21. století se ve velké míře začaly množit soudní žaloby spojené právě se systémem poskytování a hrazení zdravotní péče. Podle národní studie, kterou v roce 2007 provedla skupina lékařů z Harvardské university v Massechussets ve spolupráci s lékaři z university v Ohio, a která byla zveřejněna v časopice The Americe Journal of Medicine[17] o dva roky později, vyplynulo, že z celkového počtu občanů, kteří v roce 2007 vyhlásili osobní bankrot, bylo 62,1 % těch, kteří k tomuto kroku byli přinuceni na základě neschopnosti uhradit své finanční závazky za poskytnutou zdravotní péči přesahující 1 000,00 USD. U 92 % těchto osobních bankrotů dluhy za poskytnutou zdravotní péči přesáhly dokonce 5 000,00 USD. Nejvíce zarážející je skutečnost, že téměř 80 % z těchto lidí, mělo uzavřené zdravotní pojištění. Navíc federální programy Medicare a Medicaid spotřebují každoročně téměř 50 % všech výdajů určených na krytí zdravotní péče[18]. Tyto a další skutečnosti urychlily proces celkové změny zdravotního systému v USA. V březnu 2010 demokratický prezident Barack Obama slavnostně podepsal Zákon o ochraně pacienta a dostupné zdravotné péči, tzv. *The Patient Protection and Affordable Care Act*, který zahrnuje taková opatření, po kterých již nějakou dobu volala jak americká zdravotnická lobby, tak zdravotní pojišťovny sestavující pojistné zdravotní plány. Při přípravě tohoto zákona bylo jedním z hlavních požadavků, aby každý občan USA měl povinnost, pod hrozbou pokuty, uzavřít zdravotní pojištění výměnou za to, že pojišťovny odstoupí od svých dosavadních, u veřejnosti velice nepopulárních praktik, tzv. "*guaranteed issue*", jako jsou vyrovnávací příplatky

[17] Dle Himmelstein, D, E., et al, Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study, *American Journal of Medicine*, May 2009
[18] Siska, A, et al, Health Spending Projections Through 2018: Recession Effects Add Uncertainty to The Outlook Health Affairs, March/April 2009; 28(2): w346-w357.

zohledňující vyšší životní náklady tzv. „*premium weightings*“, vyloučení z pojistného systému na základě tzv. „*pre-existing conditions*“ nebo vyšetření prováděná na žádost zdravotní pojišťovny před případným uzavřením pojistné smlouvy, tzv. „*pre-screening of insurance applicants*“.

6. POSKYTOVÁNÍ SOUKROMÉHO ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ V USA

Zdravotní pojištění je pojištění proti rizikům, která se mohou objevit v souvislosti se změnou zdravotního stavu a s tím souvisejícími nezbytnými výdaji. Zdravotní pojišťovny mohou nabízet běžné finanční krytí v podobě měsíčního pojistného, tzv. „*monthly premium*“ nebo v podobě daňových srážek ze mzdy, tzv. „*payroll tax*“. Tyto příspěvky na zdravotní pojištění jsou spravovány buď agenturami státní správy, soukromými firmami či neziskovými organizacemi.

Zdravotní pojistná smlouva je smluvní vztah mezi poskytovatelem zdravotního pojištění, většinou jde o pojišťovnu nebo orgán státní správy, a jednotlivcem či jeho sponzorem. Sponsorem může být zaměstnavatel nebo tzv. „*community organization*“[19]. Smluvní vztah může být uzavřen na dobu neurčitou nebo na dobu určitou – např. na jeden rok s možností jejího prodloužení. Tato možnost platí pro účastníky soukromého zdravotního pojištění. Pokud je však pojištěnec účastníkem některého z národních pojistných plánů, je pro něj uzavření pojistné smlouvy povinností. Typ a výše pojištění, které je v rámci smluvního vztahu hrazeno, je uvedeno v dané smlouvě a to buď na základě tzv. „*Evidence of Coverage*" v případě soukromého pojištění, nebo na základě národní zdravotní politiky, v případě veřejného pojištění.

Pojištění hrazené jednotlivými pojištěnci ve Spojených státech amerických má několik podob. Domnívám se, že na začátek by bylo vhodné tyto základní formy vyjmenovat, aby se předešlo případným nedorozumněním. Významy některých pojmů se překrývají a pro ty, kteří nejsou přímými účastníky amerického systému zdravotního pojištění, mohou být někdy zavádějící.

Premium - pojistné. Suma, kterou pojištěnec nebo jeho sponzor, např. zaměstnavatel, platí v rámci svého zdravotního plánu

Deductible - odečitatelná položka. Suma, kterou pojištěnec platí v hotovosti, z vlastní kapsy, až do té doby než se pojišťovna začne podílet na úhradě za pokytnutou zdravotní péči. Např. pojištěnec nejprve na pojistném z vlastní kapsy zaplatí 500,00 USD / rok a teprve poté

---

[19] Většinou jde o občanskou neziskovou organizaci působící v místě bydliště dané osoby.

jeho pojišťovna začne hradit výdaje za jemu poskytnutou zdravotní péči. Tento druh platby se obvykle týká poplatků za návštěvu v nemocnici.

Co-payment – spoluúčast. Suma, kterou musí pojištěnec nejprve uhradit ze své kapsy. Až poté, co přímé platby pojištěnce dosáhnou dané smluvní výše, začne pojišťovna za jím čerpanou zdravotní péči platit. Např. pojištěnec musí za každou návštěvu lékaře či za každý lékařský recept zaplatit částku 45,00 USD. Tento druh platby se týká poplatků u praktických lékařů, ale může se vztahovat také na některé zdravotnické služby poskytované nemocnicemi.

Coinsurance - pojistná spoluúčast. Místo toho, aby pojištěnec hradil poplatek přímo, tak pojistná spoluúčast představuje procentní část celkových nákladů, které pojištěnec platí. Např. pojištěnec zaplatí za chirurgický výkon 20 % celkové ceny a pojišťovna uhradí zbývajících 80 %. Pokud je výše pojistného limitu v rámci pojistné spoluúčasti nastavena na vyšší sazbu, může mít pojištěnec v případě vážného omenocnění či velmi nákladné léčby vážné problémy s úhradou této pojistné spoluúčasti. Existují případy, kdy finanční neschopnost pojištěnce končí jeho osobním bankrotem.

Exclusions - vyloučení. Tento termín je velice nepříjemný, jelikož znamená, že ne všechny zdravotnické služby či zdravotní péče jsou hrazeny pojišťovnou. V takovém případě se od pojištěnce očekává, že bude hradit celkovou sumu za poskytnutou zdravotní péči z vlastní kapsy.

Coverage limits - Limit pojistného krytí. Dle některých zdravotních smluv hradí zdravotní pojišťovny náklady za zdravotní péči pouze do předem stanovené výše. V případě, že pojištěnec při čerpání zdravotní péče tuto maximální výši překročí, je jeho povinností za každou další zdravotní službu platit v plné výši. Navíc, některé pojišťovny mají nastavené roční či celoživotní pojistné limity. V těchto případech, pojišťovna přestane automaticky proplácet zdravotní péči poskytnutou pojištěnci a od tohoto okamžiku je pojištěnec povinnen si hradit veškerou poskytnutou zdravotní péči v plné výši sám.

Out-of-pocket maximums - maximum placené z vlastní kapsy. Tato forma úhrady za zdravotní péči je podobná pojistným limitům, jen s tím rozdílem, že v tomto případě pojištěnec platí za poskytnutou zdravotní péči do předem stanovené finanční částky. Po překročení této sumy, hradí veškeré další náklady spojené se zdravotní péčí pojišťovna. Out-of-pocket maximums mohou být stanovena různě, na základě předem stanovených kategorií (např.

množstvím předepsaných léků) nebo se mohou vztahovat na pojistné hrazené během daného roku.

Capitation – kapitace (daň z hlavy). Je suma, kterou platí pojišťovna poskytovateli zdravotní péče, se kterým má uzavřenou smlouvu a jenž poskytuje zdravotní péči pouze pojištěncům dané pojišťovny.

In-Network Provider - smluvní poskytovatel. Poskytovatel zdravotní péče má uzavřený smluvní vztah s pojišťovnou na základě předchozího výběrového řízení. Pojišťovna potom takovému smluvnímu partnerovi, poskytovateli zdravotní péče, nabízí levnější pojistnou spoluúčast či jisté benefity nad rámec standardních smluvních vztahů.

Prior Authorization - předchozí autorizace. Závazek pojišťovny zaplatit za poskytnutou zdravotní péči předem. Tento závazek se nevztahuje na drobné či rutinní zdravotnické zákroky.

Explanation of Benefits - vysvětlení benefitů. Dokument, který na vyžádání pojišťovna zašle svému pojištěnci, a ve kterém uvádí, jaká zdravotní péče je v rámci jeho pojistné smlouvy hrazena, na základě čeho byla stanovena výše finančního krytí hrazeného pojišťovnou či hrazeného pojištěncem. Zde hrají velkou roli tzv. „*pre-existing conditions*“.

Prescription drug plans - plány pro předepisování léků. Je typ pojištění, které je nabízeno v rámci některých zdravotních pojistných plánů. Ve Spojených státech je obvyklé, že se pacienti podílejí na úhradě za léky formou spoluúčasti.

Zdravotní pojišťovny proplácí těm poskytovatelům zdravotní péče, se kterými nemají navázán dlouhodobý smluvní vztah, „rozumnou a obvyklou“ cenu, která však může být nižší než je obvyklá sazba poskytovatele zdravotní péče. Většina poskytovatelů zdravotní péče ve Spojených státech proto požaduje od svých pacientů písemný souhlas, ve kterém se pacienti zaváží uhradit rozdíl mezi fakturovanou cenou za poskytnutou zdravotní péči a sumou peněz, které poskytovatel obdrží od zdravotní pojišťovny. Je běžné, že lékaři mají s pojišťovnou uzavřenou ještě speciální smlouvu, ve které je uvedena oboustranně odsouhlasná suma, kterou se pojišťovna zaváže uhradit lékaři za každého ošetřeného pacienta, a to buď formou kapitační platby, nebo předem odsouhlasené výše slevy. Pro pacienty je v tomto případě finančně výhodnější navštěvovat ty lékaře, kteří mají uzavřený smluvní vztah s jejich pojišťovnou. Jedná se o typ řízené péče.

Zdravotní systém Spojených států amerických spoléhá především na soukromé zdravotní pojištění, které si občané této třetí největší země světa platí. Soukromé zdravotní pojištění je hlavním zdrojem pojištění pro většinu Američanů. Podle údajů CDC[20] zveřejněných v červnu 2011 mělo v roce 2010 soukromé zdravotní pojištění přibližně 58 % Američanů. Stručné informace týkající se počtu obyvatel, kteří disponují buď soukromým zdravotním pojištěným nebo veřejným zdravotním pojištěným či nemají uzavřené žádné zdravotní pojištění je uvedenen v Příloze č. 2, Tabulka: „Přehled zdravotního pojištění občanů USA v roce 2009 podle typu pojištění a věku pojištěnců".

Zajímavé je, že ve všech sledovaných věkových skupinách počet nepojištěných jedinců mužského pohlaví je vyšší, než počet zástupců ženského pohlaví. Největší rozdíl mezi nepojištěnými muži a ženami je ve věkové skupině od 25 do 34 let, kde rozdíl činí 11,2 %. Což může být způsobeno tím, že muži v této věkové kategorii si nejméně připouští možnost jakéhokoliv onemocnění. Naopak ženy v tomto věku myslí na mateřství a náklady spojené s porodem. Dle rasy je největší procento nepojištěných občanů hispánského původu, až 30,3 % z celkové populace hispánců žijících v USA, druhou skupinou s největším množstvím nepojištěných jsou černoši, kterých je 18,7 % z celkové populace černochů žijících v USA a konečně mezi bělochy je množství nepojištěných 11,5 % z celkové populace bělochů žijících v USA.

Podle názoru na způsob financování zdravotního pojištění je možné americkou společnost rozdělit na dvě skupiny. První skupinu tvoří zastánci financování zdravotního pojištění z veřejných prostředků, jelikož jsou přesvědčeni, že kvalita a efektivita poskytované zdravotní péče tak může být lépe garantována. Na podporu svých tvrzení využívají následujících argumentů:

- Vládní výdaje na zdravotní péči jsou nezbytné pro zajištění dostupnosti a udržitelnosti služeb a programů na zajištění zdravotní péče.
- Zdravotní péče je díky dohledu státu zajištěna i pro ty, kteří by kvůli nedostatku vlastních finančních prostředků nedosáhli na žádnou zdravotní péči.
- To, že mnoho lidí vnímá všeobecné zdravotní pojištění jako službu „poskytovanou zdarma", jelikož neplatí žádné příplatky k pojistnému ani spoluúčast, je pravděpodobné, že se budou více zajímat o preventivní péči, která může snížit riziko onemocnění a tím z dlouhodobého hlediska snížit celkové náklady na zdravotní péči.

- Single-payer systém snižuje plýtvání finančními prostředky díky vyloučení tzv. „*middle men*“, tj. soukromých zdravotních pojišťoven, z pojistného systému, čímž dochází ke snižování administrativních nákladů.

Na druhé straně jsou zastánci zdravotní péče financované ze soukromých prostředků. Své názory opírají o následující argumenty:

- Dojem, že veřejně financovaná zdravotní péče je zdarma, může vést ke zneužívání lékařských služeb, a proto může docházet ke zvyšování celkových nákladů v porovnání se soukromým financováním.
- Zdravotní služby financované ze soukromých zdrojů nabízejí vyšší kvalitu a efektivitu poskytovaných služeb díky lepšímu přístupu a zkrácení čekacích dob na speciální lékařská vyšetření.
- Omezení alokace veřejných fondů pro osobní zdravotní péči neznamená omezení možnosti nepojištěných obyvatel k úhradě zdravotní péče v hotovosti. Veřejné fondy mohou lépe poskytovat neodkladnou zdravotní péči bez ohledu na pojistný status nebo schopnost uhradit náklady za poskytnuté lékařské ošetření.
- Zdravotní péče financována ze soukromých zdrojů snižuje požadavky na zvýšení daňových odvodů za účelem hrazení zdravotních nákladů, které se díky velké byrokracii mohou stát velice neefektivními.

[20] Centers for Disease Control and Prevention - National Center for Health Statistics

7. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ NEUSTÁLE ROSTOUCÍ NÁKLADY NA ZDRAVOTNÍ PÉČI

Jistě už vás napadlo, jak je možné, že zdravotní péče ve Spojených státech amerických spotřebuje tolik finančních prostředků, které neodpovídají celkové efektivitě, ani celkové kvalitě poskytovaných služeb. Je známou skutečností, že ve Spojených státech amerických se každý rok utratí více peněz na zdravotní péči, než v kterékoliv jiné vyspělé zemi světa. Procento z celkových státních příjmů, které je investováno do poskytování zdravotní péče je ve Spojených státech mnohem vyšší, než v kterékoliv zemi Evropské unie. I přesto, že ne všichni občané žijící ve Spojených státech mají uzavřené zdravotní pojištění, jsou náklady vynaložené na veřejnou zdravotní péči na hlavu třetí nejvyšší na světě. Z toho plyne jediné - náklady na poskytování zdravotní péče v USA jsou příliš vysoké.

V polovině roku 2009 zpravodajský server CNN zveřejnit na svých stránkách www.CNNMoney.com článek pod názvem „*Health care's big money wasters*“(16), který uvádí přehled oblastí, které každý rok **zbytečně** spotřebují nejvíce finančních prostředků, které do zdravotnictví plynou a mohly by se využít mnohem efektivněji. Závěry tohoto článku podpořily také výsledky průzkumu společnosti PricewaterhouseCoopers, ze kterých vyplývá, že zdravotní péče ve Spojených státech každý rok stojí 2,2 bilionu USD. Z tohoto balíku peněz je přibližně 1,2 bilionu USD promarněna. V daném průzkumu oslovení lékaři, zdravotní sestry i skupiny zastupující práva pacientů uvedli, že finanční prostředky jsou doslova promrhávány v následujících 8 oblastech[21]:

1. Je prováděno příliš mnoho testů (Overtesting)

Většina testů není prováděna na základě jejich nezbytnosti v souvislosti s pacientovým onemocněním, ale buď z opatrnosti lékařů – provádět testy je přece správná věc, či kvůli vyšším příjmům, které lékaři od pojišťoven za provedené testy vyinkasují. Současný princip je takový, že za více práce obdrží lékaři logicky více peněz. Tento způsob chování lékařů stojí zdravotní systém každý rok minimálně 210 miliard USD. V odborných kruzích jsou tyto praktiky známé jako obranná medicína, tzv. „*defensive medicine*“. Uvádí se, že každý dolar vynaložený na léčbu pacienta, aniž by se tím zlepšil jeho zdravotní stav, je plýtvání.

[21] http://money.cnn.com/2009/08/10/news/economy/healthcare_money_wasters/

2. Vyřizování žádostí (Processing claims)

Dle studie The PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute vyřizování pohledávek stojí ročně až 210 miliard USD. Někteří praktičtí lékaři stráví až 40 % svého času vyplňováním pojistných formulářů (každá pojišťovna má svůj vlastní formulář), na jejichž základě obdrží od zdravotních pojišťoven úhrady za provedená vyšetření a zdravotnické výkony, místo toho, aby tento čas věnovali potřebným pacientům. Lékaři také stráví nemálo času s tzv. „*pre-certification*“, kdy musí žádat pojišťovnu o souhlas s provedením nákladnějších vyšetření, kterými jsou např. magnetická resonance (*MRIs - Magnetic Resonance Imagines*).

3. Nedodržování lékařských doporučení (Ignoring doctor's orders)

Skutečnost, že pacienti nedbají nařízení či doporučení lékařů či jiného zdravotnického personálu stojí ročně 100 miliard USD.

4. Neúčinné používání moderních lékařských technologií (Ineffective use of technology)

Nadměrné či naopak nedostatečné nebo špatné používání moderních lékařských technologií stojí ročně až 88 miliard USD, které by mohly být použity efektivněji.

5. Opakovaná hospitalizace (Hospital readmissions)

V současné době je mnoho pacientů, především těch starších, propuštěno z nemocnic do domácí léčení předčasně z důvodů jejich nedostatečného pojištění, nedostatků volných lůžek či kvůli věku. Často se stává, že pacienti v domácím léčení nedodržují pokyny a instrukce lékařů, čímž u nich dochází ke komplikacím a musejí být během krátké doby znovu přijati do nemocnice. Náklady na znovupřijetí zpět do nemocnice stojí ročně 25 miliard USD. Jedním z reformních návrhů je snaha pokutovat ty nemocnice, které opětovně hospitalizují stejného pacienta v průběhu 30 dnů od jeho propuštění.

6. Léčebné omyly (Medical Errors)

Léčebné omyly stojí zdravotnictví na 17 miliard USD ročně. Efektivnější používání elektronických zdravotnických záznamů (*EHR – Electronic Health Records*) by zajistilo, že pacienti dostanou správné množství účinné látky. Používání moderních informačních technologií by nejen snížilo množství léčebných a lékařských omylů, ale také množství zbytečně provedených výkonů, což by vedlo kúspoře finančních prostředků.

7. Zbytečné návštěvy pohotovostí (Unnecessary Emergency Rooms visits)

To, že pacienti, ať již pojištění či nepojištění, místo toho, aby v případě potřeby navštívili svého praktického lékaře, přicházejí raději na pohotovost, stojí ročně 14 miliard USD. Toto nesprávné využívání služeb pohotovosti je zcela nevhodné. Pacienti s bolestí v krku by rozhodně neměli v prvním kole navštěvovat pohotovosti. Rodinný lékař Jason Dees, který vykonává svou praxi ve městě New Albany, Mississippi, k tomuto problému uvádí: "*Going to the doctor for strep throat would cost 65,00 USD to 70,00 USD. In the ER, it's 600,00 USD to 800,00 USD.*"(16)[22]

8. Infekce získané v nemocnici (Hospital acquired infections)

Ty všudypřítomné zásobníky s desinfekcí na ruce mají v nemocnicích své opodstatnění. PricewaterhouseCoopers odhaduje, že přibližně 3 miliard USD je každý rok promarněno v důledku infekce, kterou se pacienti zbytečně nakazí během svého pobytu v nemocnici.

Zpráva PricewaterhouseCoopers dále uvádí následující oblasti, ve kterých dochází k nadměrnému plýtvání finančními prostředky. Patří mezi ně rizikové chování jako je kouření, obezita či alkoholové závislosti, které ročně stojí téměř 493 miliard USD, fluktuace pracovníků ve zdravotnických zařízeních stojí 21 miliard USD ročně, používání papírových receptů pro předepisování léků přijde na 4 miliard USD ročně a v neposlední řadě je to 1 miliarda USD za nadměrné předepisování antibiotik.

Nedávná studie společnosti PricewaterhouseCoopers zveřejněna v 1. čtvrtelí roku 2011 zkoumala příčiny neustále se zvyšujících nákladů na zdravotní péči ve Spojených státech. Dle závěrů této studie patří mezi hlavní příčiny výšeuvedeného: neustále se zvyšující požadavky pacientů na poskytovanou zdravotní péči, nové léčebné metody a mnohem náročnější diagnostické testy.

Zpráva dále uvádí, že náklady na lékařskou péči se neustále zvyšují. Odhad meziročního nárůstu nákladů mezi léty 2011 a 2012 je 0,5 %, tj. z 8 % na 8,5 %. Za tímto nárůstem zdravotnických výdajů pro rok 2012 je směs několika faktorů, např. ekonomická recese či zdravotní reforma. Tato zpráva též uvádí hlavní akcelerátory zvyšujícího se růstu nákladů na zdravotní péči, kterými jsou:

- Pokračující konsolidace poskytovatelů zdravotní péče.
- Neustále se zvyšující náklady v rámci federálních program Medicare a Medicaid.

---

[22] „Pokud pacient s bolestí v krku navštíví svého praktického lékaře, bude jeho návštěva stát cca 65,00 USD až 70,00 USD. Pokud se stejnými obtížemi půjde na pohotovost, náklady budou 600,00 USD až 800,00 USD.

- S postupným odezníváním recese zvyšující se poptávka po pracovní síle.

Mezi hlavní deflátory zvyšujícího se růstu nákladů na zdravotní péči tato zpráva uvedla:

- Větší využívání generických léků.
- Zvýšení počtu nesmluvních poskytovatelů zdravotní péče, tzv. "*out-of–network providers*".
- Vyšší srážky na pojistném za účelem lepšího rozložení nákladů na zdravotní péči.[23]

Dalšími faktory zvyšujících se nákladů na zdravotní péči je stárnutí obyvatel, rostoucí skupina seniorů, kteří požadují intenzivnější lékařskou péči než mladší lidé, pokroky v medicíně a v lékařských technologiích, změny v životním stylu, např. vzrůstající výskyt obezity v důsledku nedostatečného pohybu a nevhodné stravy, nadměrné užívání alkoholu, tabákových výrobků či drog. Další, i když ne příliš zveřejňový faktor, vzrůstajících nákladů na zdravotní péči je skutečnost, že někteří lékaři nejsou odměňováni na základě léčení pacientů, ale pouze na základě jejich ošetření.

[23] http://www.pwc.com/us/en/health-industries/publications/behind-the-numbers-medical-cost-trends-2012.jhtml

8. PAST JMÉNEM MEDICARE

Program Medicare vznikl v roce 1965 za prezidenta Lyndon Johnsona. Američtí politikové se při tvorbě a schvalování programu Medicare inspirovali povinným zdravotně sociálním systémem, který ve své zemi zavedl v roce 1883 německý kancléř Otto von Bismarck. V prvním roce své existence činily platby v rámci programu Medicare 1 miliaru USD. O šest let později, v roce 1971, dosahovaly tyto platby již 7,9 miliard USD. Tehdejší Kongres byl touto skutečností velmi zaskočen a rozhodl se situaci řešit tím, že ustanovil komisi, která měla za úkol situaci vyřešit.

V roce 1973 Kongres schválil *the Health Maintenance Organizations Act*, který měl za úkol se zabývat prudkým nárůstem nákladů v programu Medicare a na druhou stranu pomoci pracujícím tím, že výrazně snížit zdravotní pojistné. Zákon finančně podporovala organizace HMOs, aby přinutila zaměstnavatele nabízet svým zaměstnancům zdravotní pojistné programy. O několik let později se zvedla vlna odporu proti tomu, že si vláda z HMO udělala vlastní, příliš mocný a byrokratický kolos. Vláda USA byla veřejností vybídnuta k tomu, aby učinila příslušné nápravné kroky a celou situaci uvedla do pořádku.

Dalším krokem, který měl vést ke snížení výdajů plynoucích na zdravotní péči, bylo omezení výstavby nemocnic v druhé polovině 70. let 20. století a počátkem 80. let 20. století také zkrácení délky hospitalizace pro pacienty v programu Medicare. Boj proti zneužívání sociálně zdravotního programu Mediace neutichl a v roce 1996 byly zavedeny trestní a občansko právní pokuty pro ty lékaře, kteří budou uvádět nesprávná administrativní data, či kteří budou žádat proplacení „lékařsky zbytečně“ provedených výkonů. Lékařům, dle této novely zákona, hrozilo vězení, pokud by poskytli péči, která není hrazena programem Medicare i přesto, že by si to pacient přál a byl by ochoten za takovou lékařskou péči zaplatit v hotovosti.

Na konci roku 2003 tehdejší 43. prezident Spojených států amerických George W. Bush podepsal *The Medicare Modernization Act*. Tímto zákonem chtěl zpřístupnit federální program Medicare všem americkým seniorům. Zákon umožnil poskytování dotací ve výši od 400 miliar USD až do 1 trilionu USD v průběhu následujících deseti let, tedy do roku 2013, pro předepisování léků pro seniory. Necelé čtyři měsíce poté, co tento zákon vstoupil v platnost, zveřejnila *The Medicare's Board of Trustees* zprávu, ve které uvedla, že schválená Bushova podpora bude hlavní příčinou bankrotu celého federálního velkolepého programu Medicare a to nejpozději do roku 2019, tedy o sedm let dříve, než uváděla ve své zprávě z předchozího roku.

Ve skutečnosti program Medicare byl předurčen k bankrotu již v roce 1965, tedy v roce svého vzniku, což bylo výsledkem kompromisu snah o zdravotní reformu mezi Republikány a Demokraty. Od té doby, se každá vláda snažila tento program narovnat a zachránit jej před neustále se zvyšujícími náklady, snižující se kvalitou zdravotní péče poskytované starším lidem a snahou přinut politiky, aby se za tento omyl jménem Medicare veřejnosti omluvili, a aby schválili reformu, jenž by tento nevhodně nastavený program napravila.

Bohužel ani zvýšení daní z příjmů právnických a fyzických osob, či protipodvodná nařízení, tzv. „*anti-fraud provisions*" či jiné snahy o reformu nepřinesly kýžený výsledek a program Medicare se propadá do stále větších problémů. Navzdory tomu, že roční rozpočet programu Medicare je 150 miliard USD, současní senioři zaplatí v hotovosti za lékařskou péči dvakrát víc než v minulosti, a to i po započítání inflace. Senioři, kteří se snaží obejít systém a nečerpat prostředky z programu Medicare, se zároveň musí zříci všech sociálních benefitů, které jim náleží. I přes neutuchající snahy o reformu programu Medicare, cena za poskytnutou zdravotní péči seniorům stále roste, lékaři jsou zavaleni nejen neustále přibývající administrativou, ale také novými nařízeními. Zvyšují se i daně z příjmů. Program Medicare se dostal jak do morálního, tak do fiskálního bankrotu.

Vládní program Medicare poskytuje zdravotní pojištění více jak 45,2 milionů Američanů, většinou starších 65 let, tj. 14,6 % veškeré populace obyvatel USA. Program Medicare je rozdělen do čtyřech hlavních částí:

- *Part A: The Hospital Insurance Program*, je hrazen z daní z příjmů právnických i fyzických osob. Hradí péči pacientů hospitalizovaných v nemocnicích, v odborných zdravotnických zařízeních, hospicích či v domácím ošetření.

- *Part B: The Supplementary Medical Insurance Program*, je doplňkovým programem k Part A. Hradí náklady spojené s poskytnutím zdravotně nezbytných služeb jako jsou výkony lékařů, ambulantní péče, dlouhodobé zdravotnické vybavení, domácí zdravotní péče a další lékařské služby. Tento program se také částečně podílí na úhradě některých preventivních vyšetření.

- *Part C: Medicare Advantage Plan* je dalším zdravotním plánem v rámci federálního programu Medicare. Někdy je tento plán nazýván „Part C" či "MA Plans". Tento program je většinou nabízen soukromými pojišťovnami. Medicare Advantage Plan v sobě slučuje Medicare Part A (*Hospital Insurance*) a Medicare Part B (*Medical*

Insurance) a jako bonus může zájemcům nabídnout extra pojistné na oční, ušní či zubní péči, stejně jako na různé typy wellness programů.

- *Part D: The Prescription Drug Program.* Většina Medicare programů mají tzv. „*coverage gap*", někdy také nazývané tzv. „*doughnut hole*". Doughnut hole znamená dočasný limit na úhradu léků pojišťovnou.

Program Medicare je z 57 % financován z daňových odvodů všech výdělečně činných občanů Spojených států amerických. Zbývajících 43 % je financováno ze všeobecných příjmů, které plynou do federálního rozpočtu. V roce 2008 program Medicare spotřeboval na 468 miliard USD. Finanční prostředky do tohoto programu plynou ze dvou fondů spravovaných Ministerstvem financí USA, tzv. „*The U.S. Treasury*", které jsou určeny pouze na financování tohoto sociálního programu. Prvním fondem je tzv. „*Hospital Insurance*" (HI), který je určen k hrazení programu Medicare Part A (*Hospital Insurance*) pokrývající náklady na péči během hospitalizace, péči poskytovanou profesionálními ošetřovatelskými zařízeními, domácí zdravotní péči a péči v hospicích, včetně administrativy spojené s tímto programem. Finanční prostředky do toho programu plynou z daní z příjmů právnických a fyzických osob. Druhým fondem je tzv. „*Supplementary Medical Insurance*" (SMI), který je určen k hrazení programu Medicare Part B (*Medical Insurance*), to znamená, že se z něj čerpají prostředky na služby poskytované lékaři, ambulantní péči, domácí péči, která není hrazena z prostředků v Part A, dlouhodobé lékařské vybavení, některá preventivní péče a laboratorní testy. Dále tento fond slouží na krytí nákladů spojených s programem Medicare Part D prescription drug benefits, včetně administrativy. Finanční prostředky určené pro tento fond plynou z fondů spravovaných Kongresem, pojistného, které platí občané zaregistrovaní v programu Medicare Part B a Medicare Part D a ostatních zdrojů jako jsou např. úroky z investic apod. Oba tyto fondy slouží k vyplácení dávek pro pojištěnce registrované v programu *Medicare Advantage Plans* (Part C).

Žhavou otázkou posledních let je, zda je možné, aby v těchto fondech došly peníze. Každý rok Rada správců programu Medicare, tzv. „*The Board of Trustees for Medicare*" zveřejňuje zprávu o výsledcích hospodaření. Ve své poslední zprávě Rada uvedla, že je velice důležité, aby finančním podmínkám programu Medicare byla věnována větší pozornost. Ve zprávě dále stojí, že se Rada zavazuje ke snižování nákladů, k širší nabídce možností pro své pojištěnce a k zajištění přístupu ke kvalitní a finančně dostupné zdravotní péči nejen v současné době, ale také v budoucnu.(26)

Veřejný pojistný program Medicare je pro většinu Američanů důležitým, někdy doslova životně důležitým, řešením v oblasti zdravotního pojištění. Avšak v roce 2008 výdaje spotřebované v rámci programu Medicare dosahovaly přibližně 3 % HDP, což představovalo zhruba 20 % veškerých výdajů ve zdravotnictví v daném roce. Odhaduje se, že tato čísla v následujících letech prudce porostou.(15) Aby mohl být zachován rozsah služeb a péče poskytovaných v rámci programu Medicare, aniž by byla ohrožena jejich kvalita, je nezbytná důsledná a systematická kontrola veškerých nákladů spojených s tímto programem. Zpráva *The United States Government Accountability Office* zveřejněná v červnu 2008 ukázala, že ceny za stejné výkony se v jednotlivých státech USA v rámci Medicare značně liší. Výkony v některých nemocnicích jsou dražší než v jiných, aniž by pacienti v rámci těchto výkonů získávali vyšší přidanou hodnotu a naopak v jiných nemocnicích je zdravotní péče poskytována v rámci nižších nákladů, a přesto je efektivní. Navíc podvody a zneužívání vládního programu Medicare způsobily, že finanční prostředky plynoucí do tohoto programu vzrostly mezi lety 2002 a 2006 o 44 %.[24] Bohužel i zde je vidět, že ze „státního" se bere snáz, než z vlastního.

Mezi nejčastějšími formami podvodného jednání a zneužívání vládního programu Medicare jsou uváděny tyto:

- Neoprávněné pohledávky od poskytovatelů zdravotní péče a pojišťoven za služby, které nikdy nebyly poskytnuty.
- Pohledávky za služby poskytnuté ve prospěch neexistujících osob.
- Pohledávky za péči poskytnutou pod nesprávným či zcizeným *Medicare number* (obdoba českého čísla pojištěnce - rodného čísla).
- Pohledávky za služby, které byly poskytnuty i přesto, že nebyly nezbytně nutné.
- Neobvykle vysoký počet prováděných laboratorních testů.
- Zbytečné provádění nestandardních vyšetření, které pouze potvrdí již známou a předem stanovenou diagnózu (např. používání rentgenů pro stanovení pohybového rozsahu pacienta či ultrazvukové vyšetření pro zjištění svalové křeče).
- Zneužívání procedurálních Medicare standardů praktickými lékaři.
- Přijímání úplatků od farmaceutických firem jako protislužba za předepisování konkrétních léků, farmaceutických výrobků či lékařské péče.
- Zneužívání kódů pro různé typy léčby a lékařského materiálu (u nás je tento jev známý v souvislosti s nesprávným stanovením diagnostických kódů DRG), které jsou spojené s vyššími platbami.

[24] http://www.gao.gov/new.items/d08452.pdf

- Velice častým jevem je také zneužívání lidí, kteří byli zranění při nehodě, za účelem účtovat si vyšší částky za poskytnutou péči.

Na stránkách www.naturalnews.com byl dne 19. května 2011 zveřejněn článek J.D. Herese s názvem *„Medicare bankrupt by 2024, says government"*. V tomto článku se uvádí, že dozorčí rada Medicare v květnu 2011 ve své výroční zprávě zveřejnila informaci, že program Medicare již v roce 2024 nebude mít dostatek finančních prostředků na úhradu svých závazků. To znamená o pět let dříve, než uváděla výroční zpráva z předchozího roku. Pravdou je, že z dlouhodobého hlediska je program Medicare neudržitelný. Důvodem je především skutečnost, že mladí, prostřednictvím svých daní, přispívají do programu nejen na ty, kteří tento program skutečně potřebují, ale také na ty, kteří jsou finančně zabezpečeni a tento program zneužívají. Navíc dnešní příjemci služeb poskytovaných programem Medicare, z něj čerpají třikrát více peněz, než kolik do něj během svého produktivního života vložili. Investigativní novinář John Stossel tuto situaci vyjádřil velice trefně: *"We locked up Bernie Madoff for running a Ponzi scheme*[25]*. Medicare is a bigger one."* [26]

A co více, Medicare má velice špatnou finanční schopnost hradit své závazky. V roce 2008 dozorčí rada Medicare odhadovala, že její nekryté závazky dosahují výše 74 bilionů USD, což je pětkrát více než u *Social Security*[27]. Vláda USA očekává, že toto číslo nadále poroste. Jeden z důvodů, proč tomu tak je, a to nejen v případě Medicare, ale v případě kteréhokoliv státem řízeného systému zdravotní péče, je skutečnost, že tento systém je příliš drahý a neumožňuje přístup k lepší zdravotní péči. Jednoduše řečeno, je velice neefektivní. A právě tato, již po desítky let zakořeněná, neefektivnost je důvodem, proč je penězi z tohoto federálního programu tolik plýtváno.

Prezident Národního centra pro pojistné analýzy, tzv. „*The National Center for Policy Analysis*", pan John C. Goodman k tomuto tématu uvádí: *"While our health-care system has some of the most innovative treatments in the world, Medicare's payment system imposes many barriers to innovations in using those treatments efficiently and effectively. In normal markets, cost efficiencies and quality improvements mean larger net revenues when an entrepreneur finds*

[25] Výraz Ponziho schéma vznikl podle Charlese Ponziho. V tomto schématu svěřují investoři provozovateli fondu peníze za účelem jejich zúročení, avšak tyto peníze provozovatel dále neinvestuje, a namísto toho pouze vyplácí prostředky fondu jen některým investorům, většinou těm, kteří investovali dříve. Tento systém funguje do doby, dokud přicházejí noví investoři a prostředky se dají vyplácet ostatním. Když už ve fondu nezbudou žádné peníze na vyplácení, fond krachuje a vyplaceni zůstávají jen někteří investoři a ostatní nedostanou nic. Organizátorem jednoho z největších takovýchto podvodů v americké historii byl americký podnikatel Bernard Madoff, jenž byl za svoji činnost v roce 2009 odsouzen ke 150 letům vězení

[26] http://www.naturalnews.com/032452_Medicare_bankruptcy.html

[27] Social security je možné přirovnat k české Správě sociálního zabezpečení.

a better way to provide products or services. By contrast, entrepreneurial efforts under Medicare all too often find their greatest reward when they exploit the system by finding ways to bill more for more services, rather than improve it."[28]

Dalším problémem programu Medicare jsou léky pro seniory. Jejich předepisování se stalo nesmyslně drahé především díky Státní správě potravin a léčiv, tzv. „*The Food and Drug Administration*", zkráceně FDA, která nutí farmaceutické společnosti vynakládat stovky miliard dolarů na testování léků předtím, než jsou uvedeny na trh a to i přesto, že jsou tyto léky volně dostupné a bezpečně používané na evropském trhu. Aby farmaceutické společnosti alespoň částečně získaly zpět investované prostředky, účtují si za své léky přemrštěné ceny.

PPACA má za cíl provedení několika výrazných opatření, která by měla přispět k účinějšímu a účelnějšímu fungování tohoto federálního programu. Jedním z cílů je zachování *The Medicare Trust Fund* alespoň do roku 2021. Toto opatření by mělo v budoucnu přinést úsporů nákladů v podobě nižšího pojistného a nižšího připojištění. Prezident Barack Obama se prostřednictvím PPACA zavázal ke snížení peněz zneužívaných v programu Medicare, a to do konce roku 2012. V rámci PPACA je proto investováno historických 350 milionů USD na boj proti zneužívání finančních prostředků nejen ve vládním programu Medicare, ale také v dalších federálních programech jako jsou Medicaid a the Children's Health Insurance Program.[29]

Další opatření v režii reformního zákona je stanovení limitu na léky, které si senioři hradí v hotovosti. Tento limit byl pro rok 2011 stanoven na částku 2 840,00 USD[30]. Poté, co senior tohoto limitu dosáhl, za další léky, které si v daném roce zakoupil, zaplatil pouze 50 % jejich ceny. Každý následující rok budou pacienti v programu Medicare Part D *The Prescription Plan Program* platit za léky méně a méně peněz a to až do roku 2020, kdy by pro ně měly být léky zcela zdarma.

Od roku 2014 PPACA nabízí další ochranu pojištěncům v rámci *Medicare Advantage Plan*, v podobě ušetřených administrativních nákladů, zisků zdravotních pojišťoven a ostatních činností, které přímo nesouvisí s poskytováním zdravotní péče. Koordinace zdravotní péče mezi lékaři a celkovou kvalitou poskytované péče by se měla zlepšit natolik, že by se pacienti měli zcela vyhnout náročné administrativě spojené s pobytem v nemocnici. Nemocnice by měly mít

---

[28] http://www.naturalnews.com/032452_Medicare_bankruptcy.html
[29] Více informací o prostředcích, které mají omezit zneužívání těchto finančních prostředků lze najít na http://www.stopmedicarefraud.gov/
[30] http://www.q1medicare.com/PartD-MoreOnTheDonutHolesOrCoverageGap.php

k dispozici nové a silné stimuly na zlepšení kvality zdravotní péče.

Dle údajů Statistického úřadu USA, tzv. „*The U.S. Census Bureau*" se počet obyvatel tohoto třetího největšího státu světa zvýšil za posledních 50 let o více než 103 %. V roce 1950 žilo v USA 152,3 milionů obyvatel, v roce 2009 to bylo již 308,3 milionů, což představuje nárůst o 102,4 %. Předpovědi *The U.S. Census Bureau* týkající se vývoje počtu obyvatel nejsou příliš optimistické. Dle jejich údajů by mělo v roce 2050 žít v USA na 439 milionů lidí, z čehož by více než 88,5 milionů mělo být starších 65 let, viz následující Tabulka č. 2 „Věkové rozložení obyvatel USA v letech 1950 až 2050". Uvedená čísla jsou alarmující a rozhodně by neměla být brána na lehkou váhu.

Tabulka č. 2: Věkové rozložení obyvatel USA v letech 1950 až 2050

Věk	**1950**	**1975**	**2000**	**2025**	**2050**
Počet obyvatel celkem (v tisících, zaokrouhleno)	152,272	215,972	282,171	357,452	439,010
0-19	51,673	75,646	80,576	94,254	112,940
20-64	88,202	117,630	166,522	199,290	237,523
65-65+	12,397	22,696	35,073	63,908	88,547
V procentech (zakrouhleno)					
0-19	33,9%	35,0%	28,6%	26,4%	25,7%
20-64	57,9%	54,5%	59,0%	55,8%	54,1%
65-65+	8,2%	10,5%	12,4%	17,8%	20,2%

Zdroj: Výpočetní metoda CRS vycházející z dat The U.S. Census Bereau's zveřejněných v prosinci 2010. Výše uvedené údaje nezahrnují výsledky sčítání z roku 2010.[31]

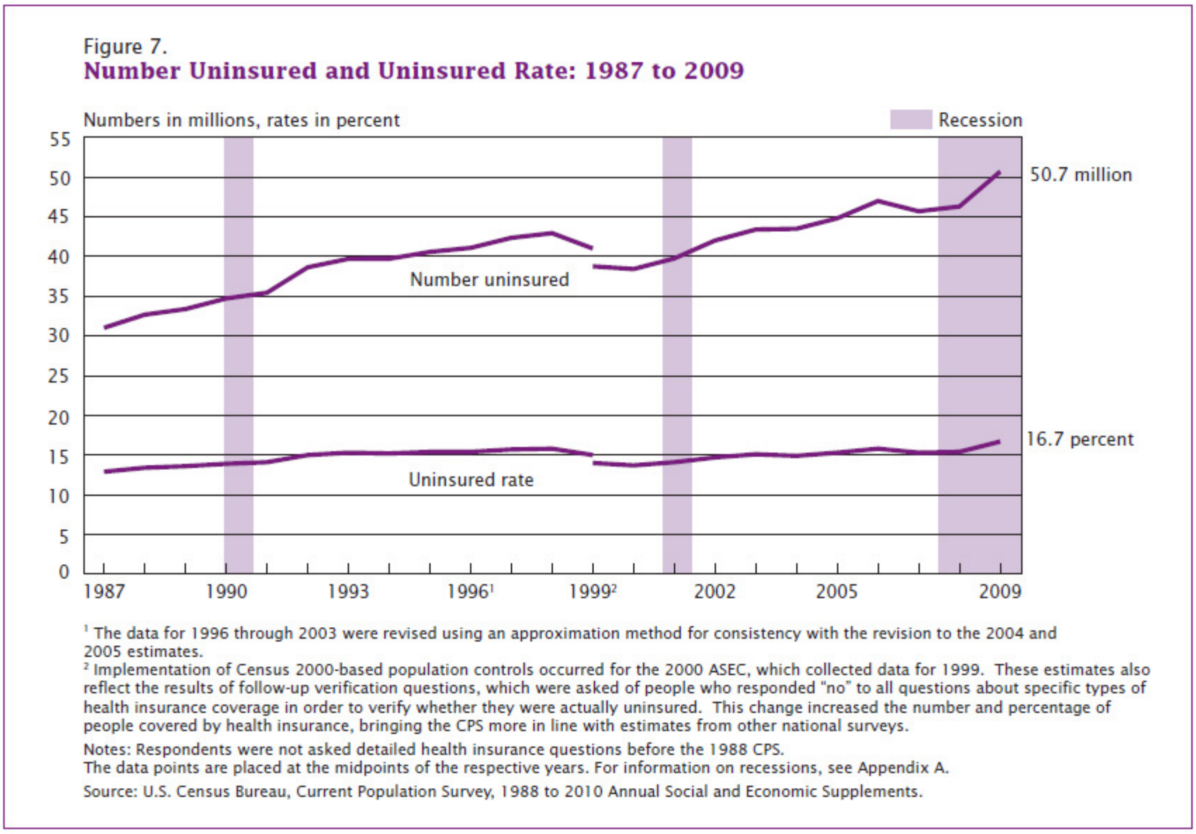
Po půl století snah, zastánci programu Medicare nakonec připustili, že zdravotní péče pro seniory se díky tomuto programu nikdy nezlepšila. Ještě předtím než byl Medicare založen a FDA tak získala svou obrovskou moc, Amerika nikdy nečelila krizi zdravotní péče. Mladí byli pojištěni a staří měli snadný přístup k nejnovějším lékům. Hospitalizace byly levnější a lékaři prováděli krátké návštěvy u pacientů doma. Můžeme říci, že snaha o zlepšení zdravotní péče pro seniory, která dostala svou konkrétní podobu v 60. letech 20. století, přinesla, spíše než očekávaný výsledek, vrásky na čele těch, kteří vynaložili menší či větší úsilí na to, aby hlavní myšlenka programu Medicare přinesla toužebný výsledek.

[31] http://www.fas.org/sgp/crs/misc/RL32701.pdf

9. MASSACHUSSETTS MANDATORY HEALTH INSURANCE PROGRAM

Podle údajů Statistického úřadu Spojených Států Amerických zveřejněných v roce 2010 žilo v roce 2008 ve Spojených státech amerických 46,3 milionů lidí, kteří neměli žádné zdravotní pojištění, což představovalo přibližně 15,4 % celkové populace USA. O rok později, v roce 2009 kdy se naplno projevila finanční krize, kterou odstartoval pád banky Lehman Brothers na konci léta 2008, vzrostl počet nepojištěných na 50,7 milionů, což představovalo 16,7 % celkové populace Spojených států. V meziročním porovnání došlo k nárůstu nepojištěných o 1,3 %, resp. o 4,4 milionů lidí bez jakéhokoliv zdravotního pojištění, viz Graf č. 2 „Počet nepojištěných v USA v letech 1987 až 2009“ údaje jsou uvedeny v milionech a v procentech. Největší podíl nepojištěných se nachází ve státě Texas, což může být způsobena vysokým procentem přistěhovalců ze zemí Střední a Latinské Ameriky, především z Mexika. Naopak nejnižší podíl lidí bez jakéhokoliv zdravotního pojištění se dle The U.S. Census Bureau nachází ve státě Massachusetts na severovýchodě Spojených států.

Graf č. 2 „Počet nepojištěných v USA v letech 1987 až 2009“
V milionech jsou uvedeny údaje týkající se počtu nepojištěných obyvatel a v procentech je uvedeno množství nepojištěných z celkové populace.



Zdroj: The U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 1988 to 2012 Annual Social and Economic Supplement.

Myšlenka všeobecného systému zdravotní péče není v severoamerické federaci ničím novým. Je aktivní minimálně již od roku 2006, kdy guvernér státu Massachusetts pan Mitt Romey podepsal tzv. *Massachusetts Mandatory Health Insurance Program*, který vešel v platnost v roce 2007. Jeho hlavním cílem bylo nejen poskytnout zdravotní pojištění všem nepojištěným obyvatelům tohoto malého státu na severovýchodě USA, ale také zajistit kvalitní a finančně dostupnou zdravotní péče všem svým 6 350 000 obyvatelům.[32] V roce 2006 bylo ve státě Massachusetts 6 % obyvatel bez zdravotního pojištění. O tři roky později, v roce 2009, jejich počet klesl na 4 %. Finanční prostředky na zajištění pojištění pro všechny se vláda státu Massachusetts rozhodla získat prostřednictvím zvýšení pojistného zaměstnancům i zaměstnavatelům.

Vynaložené finanční prostředky, které byly určeny na hrazení zdravotní péče těch pacientů, kteří nemají žádné zdravotní pojištění, klesly v roce 2009, v porovnání s rokem 2007, o 38 % - 40 % a to díky tomu, že více lidí získalo zdravotní pojištění díky *Massachussetts Mandatory Health Insurance Program* (21). Navíc díky zdravotní reformě se podařilo v daném období snížit množství péče, kterou nemocnice poskytly zdarma svým nepojištěným pacientům.

V březnu 2011 *The American Journal of Medicine* zveřejnil studii s názvem "*Medical Bankruptcy in Massachusetts: Has Health Reform Made a Difference?*", kde porovnává počet osobních bankrotů z důvodu finanční neschopnosti uhradit náklady spojené s lékařskou péčí v roce 2007, tedy před přijetím reformy, a v roce 2009, tedy po přijetí příslušné reformy. Ze studie vyplývají dva klíčové závěry. Prvním z nich je, že celkový počet bankrotů v roce 2009 stoupl ve státě Massachusetts o více jak třetinu ze 7 504 v roce 2007 na 10 093 osobních bankrotů. Z druhého závěru vyplývá, že výdaje spojené s onemocněním a tím související lékařskou péčí zapříčinily 59,3 % všech bankrotů v roce 2007, ale v roce 2009 se podíl bankrotů vzniklých z tohoto důvodu snížil na 52,9 %. Autoři studie se domnívají, že zvýšený počet bankrotů v daném období souvisí spíše s finanční krizí z roku 2008 než se zdravotní reformou.

V prosinci 2010 *Massachusetts Division of Health Care Finance and Policy* zveřejnila studii udávající, že v červnu 2010 mělo zdravotní pojištění 98,1 % obyvatel státu Massachusetts, což je oproti předchozímu roku 2009, kdy bylo pojištěných 97,3 % nárůst o 0,8 %. Jen pro porovnání v roce 2009 bylo pojištěno pouze 83,3% všech obyvatel USA. Mezi dětmi mělo v červnu 2010 zdravotní pojištění 99,8 % a mezi seniory to bylo 99,6 %. Zdravotní pojištění je hrazeno ze 65,1 % zaměstnanci prostřednictvím jejich zaměstnavatelů, ze 16,4 % vládním

[32] http://usliberals.about.com/od/healthcare/i/MassHealthIns.htm

programem Medicare a ze 16,6 % prostřednictvím veřejných zdravotních plánů jako je např. *Commonwealth Care*. Ministryně zdravotnictví státu Massachusetts paní Judy Ann Bigby, v souvislosti se zveřejněním těchto výsledků uvedla: "*Massachusetts' achievements in health care reform have been nothing short of extraordinary. With employers, government and individuals all sharing the responsibility of reform, we continue to have the highest insurance rate in the nation.*"(23)

Dalšími státy, které se rozhodly pro podobnou cestu, kterou si vybral stát Massachusetts, jsou Minnesota a Connecticut. Vedení státu Oregon a města San Francisco se rozhodlo pro přijetí všeobecného systému zdravotní péče, po vzoru *Massachusetts Mandatory Health Insurance Program,* ale pouze z fiskálních důvodů.(20)

Na základě výše uvedeného je zřejmé, že se myšlenku všeobecného systému zdravotní péče podařilo uvést v tomto malém severovýchodním státě v život a to velice úspěšně. Není proto divu, že se „Massachusettský experiment“ stal předlohou pro prosazení „*The Patient Protection and Affordable Care Act*“.

10. THE PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT (PPACA)

Spojené státy americké jsou jedinou rozvinutou, průmyslovou zemí, která prosvé občany nezajišťuje všeobecné zdravotní pojištění, ať se jedná o soukromé zdravotní pojištění či zdravotní pojištění hrazené státem. Podle zprávy, kterou v prosinci 2009 vydal „*The Institute of Medicine*“, dochází ve Spojených státech každý rok k téměř k 44 800 zbytečným a předčasným úmrtím v důsledku toho, že dotyční neměli uzavřené žádné, či měli jen nedostatečné zdravotní pojištění.(8). Situace ve zdravotnictví ve Spojených státech není nikterak optimistická. Je zřejmé, že zdravotnictví ve Spojených státech potřebuje výrazný zásah. Stav, ve kterém se americké zdravotnictví nachází, je nadále neudržitelný. Není proto divu, že jedno z témat, které si pro svou předvolební kampaň v roce 2008 vybrali oba hlavní rivalové o křeslo v Bílém domě – republikán John McCain a demokrat Barack Obama, byla reforma zdravotnictví. Snahy o reformu poskytování zdravotní péče ve Spojených státech však sahají mnohem dál než na přelom 20. a 21. století.

Krátce po svém jmenování 44. presidentem Spojených států amerických v lednu 2009, Barack Obama vyzval Kongres, aby schválil legislativu, která by umožnila reformu zdravotní péče ve Spojených státech. Tento úkol byl klíčovým slibem jeho předvolební kampaně a hlavním legislativním cílem, který chtěl nový president splnit. Dne 14. července 2009 byl více jak tisící-stránkový plán na reformu amerického systému zdravotní péče představen na půdě Kongresu. O necelé čtyři měsíce později, 7. listopadu 2009, prošel návrh zákona na reformu zdravotní péče Sněmovnou representantů[33] a o měsíc později, dne 24. prosince 2009 byl schválen Senátem, ovšem bez vládního pojistného plánu, tzv. „*public option*“, v poměru hlasů 60 ku 39.[34] Na jaře 2010, dne 21. března, byl návrh zákona na reformu zdravotní péče předán zpět do Sněmovny representantů, kde byl schválen v těsném poměru hlasů 219 ku 212. Prezident Obama slavnostně podepsal nový Zákon o ochraně pacienta a dostupné zdravotní péči známý jako „*The Patient Protection and Affordable Care Act*“ v Bílém domě dva dny poté - dne 23. března 2010.(9) Nedílnou součástí tohoto zákona je Dodatek „*The Heath Care and Education Reconciliation Act of 2010*“.

Zdravotní reforma je založena na čtyřech hlavních tématech, jimiž jsou:

- Zefektivnění a narovnání trhu se soukromým zdravotním pojištěním.

[33] Sněmovna representantů (House of Representative) je Dolní komorou amerického kongresu a čítá 435 členů.
[34] Senát je Horní komorou amerického kongresu a čítá 100 členů.

- Poskytování lepšího pojistného krytí těm, kteří trpí tzv. „*pre-existing conditions*“, které jsou velice často příčinou toho, že žadatel o zdravotní pojištění, buď získá zdravotní pojištění, které mu zajišťuje finanční krytí pouze základního ošetření, to v lepším případě, nebo s ním pojišťovna odmítne pojistnou smlouva uzavřít.
- Zlepšení systému předepisování léků v rámci sociálně zdravotního pojistného programu Medicare.
- Restrukturalizace a zajištění fungování The Medicare Trust Fund o alespoň další 12 let.

Níže uvádím přehled klíčových opatření, která do systému zdravotní péče přináší nově schválený zákon.

- Pojistné sazby budou sjednoceny tak, že pojišťovny budou povinny poskytovat stejně vysoké pojistné všem žadatelům bez rozdílu místa bydliště, věku, pohlaví a bez ohledu na tzv. „*pre-existing conditions*“.
- Způsobilost pro registraci do federálního programu Medicaid bude rozšířena na všechny jednotlivce i rodiny, jejichž roční příjem v daném roce nepřevyšuje 133 % životního minima.
- Elektronické burzy nabízející zdravotní pojištění budou fungovat v každém státě federace. Jedná se o elektronický trh určený jednotlivcům i malým podnikům, kde si budou moci zájemci před nákupem zdravotního pojištění porovnat jednotlivé pojistné plány, včetně výše pojistného.
- Pokud firmy s padesáti a více zaměstnanci nebudou v rámci zaměstnaneckých benefitů nabízet svým zaměstnancům zdravotní pojištění, budou pokutováni tzv. „*shared responsibility payment*“.
- Jednotlivci, kteří nebudou dle zákona osvobozeni od povinnosti hradit si své zdravotní pojištění, a nebudou mít uzavřené zdravotní pojištění, budou také pokutováni tzv. „*shared responsibility payment*“.
- Zavedení lepších benefitů pro členy federálního programu *Medicare Prescription Drug Coverage.*
- Založení národních dobrovolných pojistných programů, které by byly určeny pro nákup asistenčních služeb a podpor na oblastní úrovni.
- Firmy s méně než padesáti zaměstnaci budou mít možnost prostřednictvím elektronických burz požádat o příspěvek na zakoupení zdravotního pojištění pro své zaměstnance.
- Lékařský výzkum a *The National Institute of Halth* získají větší podporu pro svou činnost.

- Zjednodušení podmínek pro registaci do federálních sociálně zdravotních programů Medicaid a CHIP.
- Nový zákon zavádí minimální standardy, které musí být nabízeny v rámci zdravotních pojistných plánů a zároveň odstraňuje veškerá roční či doživotní pojistná omezení.
- Zákon také stanoví pojistné benefity, které musí být součástí každé pojistné smlouvy a které zároveň budou osvobozeny od jakékoliv finanční spoluúčasti pojištěnce.
- Pojistné smlouvy uzavřené před schválením PPACA budou nahrazeny novými.

Jak již bylo uvedeno výše nedílnou součástí PPACA je jeho Dodatek „*The Health Care and Education Reconciliation Act*“, zkráceně označován jako *The Reconcialiation Bill*, který byl podepsán o týden později. Tento zákon přinesl několik podstatných změn, např.:

- Zvýšení daní za účelem nákupu zdravotního pojištění.
- V případě neobstarání si zdravotního pojištění, snížení pokuty z 750,00 USD na 695,00 USD.
- Do roku 2020 zrušit část programu Medicare Part D, tzv. „*donought hole*“ a plošně poskytnout všem seniorům roční příspěvek na léky ve výši 250,00 USD.
- Odsunutí zdanění nadstandardních zdravotních pojistných plánů, tzv. „*Cadillac Health-Care Plans*“ až do roku 2018.
- Proplácení poskytnuté zdravotní péče lékařům, kteří ošetřili pacienta s pojištěním od Medicare v plné výši.
- Zavedení speciální daně z nepracovního, např. kapitálového, příjmu pro rodiny, jejichž roční příjem překročí 250 000,00 USD.
- Nabízet štědřejší zdravotně pojistnou podporu pro nízkopříjmové skupiny obyvatel. Domácnosti, jejich roční příjem nepřesahuje 150 % životního minima, by za zdravotní pojištění měly platit maximálně od 2 % do 4 % svých ročních příjmů. Jejich zdravotní plány by pokrývaly 94 % nákladů vynaložených na zdravotní péči. Rozdíl do 100 % by byl hrazen z federálního rozpočtu. Domácnosti, jejichž roční příjem se pohybuje od 150 % do 400 % životního minima, by za zdravotní pojištění měly platit maximálně od 4 % do 9,8 % svých ročních příjmů. Jejich zdravotní plány by pokrývaly 70 % nákladů vynaložených na zdravotní péči a rozdíl do 100 % by byl taktéž hrazen z federálního rozpočtu.[35]
- Od roku 2014 budou zavedeny pokuty pro firmy s více než padesáti zaměstnaci, které by svým zaměstnancům v rámci zaměstnaneckých benefitů nenabízeli zdravotní pojištění.

Výše pokuty je stanovena na 2 000,00 USD za každého nepojištěného zaměstnance. Tato pokuta se však bude vztahovat až na 31 zaměstnance bez zdravotního pojištění. Neposkytnutí zdravotního pojištění třiceti zaměstnancům nebude nijak penalizováno.

- V průběhu let 2013 až 2014 bude pro praktické lékaře sjednocena platba za poskytnutou lékařskou péči pacientům v rámci programu Medicare a Medicaid. V současné době je platba za pojištěnce v programu Medicare vyšší.
- Federální vláda se zavázala hradit veškeré náklady spojené s lékařskou péčí všem pojištěncům v rámci programu Medicaid a to až do roku 2016. Od dalších let bude podíl státních příspěvků klesat, v roce 2017 to bude 95 % nákladů spojených s lékařskou péčí, v roce 2018 to bude 94 %, o rok později 93 % a ve všech následujících letech by se podíl státní účasti na hrazení nákladů měl zastavit na 90 %.
- Počínaje rokem 2011 získají všichni pojištěnci v rámci programu Medicare slevu na originální léky ve výši 50 %. Do roku 2020 by federální vláda měla poskytovat 75 % slevu jak na originální, tak na generické léky. Od roku 2020 by měly být léky pro seniory zcela zdarma.
- Nejpozději do 30. září 2010 budou pojišťovny nuceny ze všech svých pojistných plánů odstranit větu týkající se jakéhokoliv omezení pro poskytování zdravotního pojištění.

Podle údajů The U.S. Census Bereau je hranice životního minima dle ročních příjmů pro rok 2011 stanovena pro státy USA a Washington D.C. následovně, viz Tabulka č. 3 „Hranice životního minima v USA stanovena pro rok 2011“. Hranice životního minima ve státech Alaska a Hawaii je rozdílná.

Tabulka č. 3: Hranice životního minima v USA stanovena pro rok 2011

Počet osob ve společné domácnosti	Životní minimum
1 osoba	10 890,00 USD
2 osoby	14 710,00 USD
3 osoby	18 530,00 USD
4 osoby	22 350,00 USD
5 osob	26 170,00 USD
6 osob	29 990,00 USD
7 osob	33 810,00 USD
8 osob	37 630,00 USD

Zdroj: Federal Register /Vol. 76, No. 13 /Thursday, January 20, 2011 /Notices
Poznámka: Pro domácnosti s více než 8 členy je roční životní niminum vypočítáno na 3 820,00 USD pro každou další osobu.

[35] Hossain, Farhana (March 19, 2010). "Proposed Changes in the Final Health Care Bill". The New York Times.

11. ČASTÉ OTÁZKY SPOJENÉ S REFORMNÍM ZÁKONEM

Reformní zákon je spojen s velkým množstvím otázek, které si pokládá jak odborná, tak laická veřejnost. Na tomto místě uvádím ty nejčastější.

Bude zdravotní péče díky novému zákonu efektivnější?

Jak již bylo uvedeno v kapitole Deset etap zdravotní reformy v USA, zákon zřizuje tzv. "*Patient-Centered Outcomes Research Institute*" (PCORI). Z federálního rozpočtu je na zřízení této nové neziskové organizace vyčleněno 500 milionů USD. Hlavním úkolem této nově vzniklé organizace je úspora peněz zajištěna prostřednictvím předepisování levnějších léků, efektivnějším využitím zdravotnických zařízení a operační techniky, která přináší stejné výsledky jako ta drahá a luxusní či garance kvalitních a úspěšných výsledků léčby pacientů. Ceny za provedenou lékařskou péči by měly zůstat nízké, pacienti i pojišťovny by měli platit méně a nákladová křivka zdravotní péče by se tak měla stočit směrem dolů. Vypadá to velice idylicky, že...

Tento projekt má však také mnoho odpůrců, kteří se obávají, že celá věc povede pouze ke zřízení jakéhosi přídělového systému v oblasti zdravotní péče, zejména k novým a drahým léčbám. Je nutné si uvědomit, že Spojené státy již financovaly mnoho podobných výzkumů zaměřených na efektivitu a kvalitu v poskytování zdravotní péče, které daňové poplatníky stály již přes 1 miliardu USD. Nová, centrální organizace financována na základě zákona o zdravotní reformě má být v podstatě pouze jakousi centrálou pro tyto výzkumy, ve které se budou řídit jednotlivé studie, analyzovat a zveřejňovat výsledky. PCORI byla založena po podepsání PPACA a je řízena 21 členným výborem manažerů, které vybral *The Comptroller General of the United States*[36]. Více na stránkách www.pcori.org

Kdo reformu zaplatí?

Reforma zdravotnictví USA znamená obrovskou změnu ve vnitrostátní politice a je spojena s nemalými finanční prostředky. Reforma se zavazuje k poskytnutí zdravotního pojištění 32 milionům obyvatel USA, kteří jsou v současné době nepojištěni. To znamená pojištění více jak jedné desetiny celkové populace USA. Taková změna není samozřejmě levnou záležitostí. Dle CBO se jedná o velice drahý projekt, jehož náklady se budou v průběhu prvních deseti let

pohybovat odhadem kolem 940 miliard USD.

Pokud k této sumě připočteme 40 miliard USD, které budou v rámci zdravotní reformy poskytnuty malým firmám v průběhu deseti let ve formě daňových úlev, dostáváme se k částce, se kterou zákonodárci při přípravě zákona počítali na rozšíření zdravotního pojištění.

Odkud se tyto peníze na tolik potřebou reformu zdravotnictví USA vezmou? CBO tvrdí, že zdravotní reforma v průběhu následujících 10 let přinese snížení státního deficitu. Jednoduše řečeno to znamená, že reforma musí vydělat více peněz, než kolik bude stát. Finanční prostředky na reformu zdravotnictví půjdou z nově zavedených daní, poplatků uvalených na firmy podnikající v oblasti zdravotní péče a škrtů ve vládních zdravotních programech, především v programu Medicare.

Od 1. ledna 2013 dojde v souvislosti se chválenou zdravotní reformou k následnému výraznému zvýšení daní:

- Vyšší zdanění vysoko příjmových skupin obyvatelstva. Takto vybrané finanční prostředky budou určeny pouze pro potřeby vládního programu Medicare.
- Zdanění vedlejších, např. kapitálových, příjmů ve výši 3,8% lidem, jejichž roční příjem přesahuje 200 000,00 USD, u rodin je tento roční limit stanoven na 250 000,00 USD. Takto vybrané prostředky jsou opět určeny pro federální program Medicare.
- Výdělečně činným osobám bude zvýšena daň z příjmu o 0,9% až 2,35%, v závislosti na výši jejich ročního příjmu. Takto vybrané peníze budou určeny pro federální program Medicare Part A, který nabízí pojištění pro případ hospitalizace.

Upřímně, takové zvýšení daní přinese do federální pokladny značnou sumu peněz. *The Joint Committee on Taxation* (JTC)[37] odhaduje, že mezi lety 2013 až 2019 by se příjem do federálního rozpočtu měl navýšit až o 210 miliard USD. O výše uvedeném zvýšení daní se často hovoří jako o dani z luxusu, tzv. „*Cadillac tax*".

Zákon o reformě zdravotnictví zatíží spotřební daní pojišťovny zaměstnavatelů, kteří sponzorují nadstandardní zdravotní plány. Jde o takové zdravotní plány, na které si pojištěnci, jednotlivci, ročně přispívají více než 10 200,00 USD. V případě rodin to je více než 27 500,00

[36] The Comptroller General of the United States je ředitelem the Government Accountability Office, což je agentura zákonodárného úřadu, která byla založena Kongresem v roce 1921 za účelem zajištění fiskální a manažerské odpovědnosti federálních úřadů. V současné době je The Comptroller General pan Eugene Louis Dodalo.

USD. Daň bude hrazena z ceny pojistného nad výše uvedenou sazbou a to ve výši 40 % z nadlimitní ceny pojistného. Daň se začne vybírat od roku 2018 a dle JCT by tato forma zdanění měla do federální pokladny přinést na 32 miliard USD v průběhu prvních dvou let.

Obamova administrativa je přesvědčena, že uvalení speciálních poplatků na firmy podnikající v oblasti zdravotní péče je zcela legitimní, jelikož díky zdravotní reformě získají tyto společnosti více zákazníků - pojištěnců a tím budou mít i vyšší příjmy. Po náročných jednáních s některými významnými ekonomickými hráči, Bílý dům představil následující dohody:

- Farmaceutické společnosti odvedou do federální pokladny během 8 let, tj. v období od roku 2011 do roku 2019, 16 miliard USD.
- Zdravotní pojišťovny odvedou do federální pokladny během stejného období 47 miliard USD.
- Výrobci zdravotnického zařízení budou od 1. ledna 2013 zatíženi spotřební daní ve výši 2,9 %[38].
- Provozovatelé krytých solárních studií budou mít povinnost platit 10 % daň ze zisku. Toto nové zdanění by mělo do federální pokladny za dané období, přinést 2,7 miliard USD.
- Státní příspěvky do programu Medicare Advantage, který je spravován soukromými pojišťovnami a představuje alternativu k tradičnímu programu Medicare, budou sníženy o 132 miliard USD v průběhu 10 let. V současné době Medicare Advantage získává o přibližně 14 % více finančních prostředků než tradiční a vládou spravovaný Medicare.
- Platby za poskytnutou domácí zdravotní péči v rámci programu Medicare budou v průběhu 10 let sníženy o 40 miliard USD.
- Další plánované škrty v úhradách nemocnicím přinesou v průběhu let 2010 až 2019 dalších 22 miliard USD.

Proč Spojené státy potřebují reformu zdravotní péče?

Zdravotní systém Spojených států amerických spotřebuje ročně 2,5 biliony USD, což je téměř 18 % hrubého domácího produktu. Jedná se o nejvyšší procento HDP, které do této oblasti ve vyspělých zemích světa plyne. Pokud výše uvedenou sumu převedeme na počet obyvatel, zjistíme, že je to suma dvakrát vyšší, než v kterékoliv jiné vyspělé zemi. Možná si kladete

[37] The Joint Committee on Taxation je nadstranický výbor amerického Kongresu, který byl založen v roce 1926 a má na starosti veškeré legislativní daňové procesy.
[38] Spotřební daň není v USA příliš rozšířena a vztahuje se jen na vybrané druhy výrobků. V současnosti je uvalena na elektrický proud, minerální oleje, tabákové výrobky, pálenku, pivo, šumivé víno a jejich meziprodukty a na kávu.(43)

otázku, jak je možné, že do zdravotnictví plyne tolik finančních prostředků, když ve světovém srovnání nejsou Spojené státy v poskytování zdravotní péče svým občanům na předních místech. Důvodů je hned několik.

Prvním z nich jsou značné finanční prostředky investované do prvních 10 dnů života nedonošených dětí a také do posledních 10 dnů života vážně nemocných lidí. Zdravotní péče poskytována těmto dvěma protikladným skupinám pacientů je nesmírně nákladná.

Druhým důvodem je narůstající počet soudních žalob na profesní pochybení lékařů a zdravotnického personálu. Lékaři raději provedou magnetickou resonanci či kolonoskopii u pacienta i přesto, že jsou přesvědčeni, že tato vyšetření nejsou potřebná, jenom proto, aby neriskovali žalobu ze strany pacienta, že tato vyšetření neprovedli.

Třetím důvodem vysokých nákladů na zdravotní péči je skutečnost, že ve zdravotnictví existuje nižší cenová konkurence, než je tomu v jiných odvětvích. Důvodem je skutečnost, že většina lidí neplatí za poskytnutou zdravotní péči přímo v hotovosti. Skutečné náklady za poskytnutou péči jsou skryté, pacient platí pouze dohodnutou výši spoluúčasti, zatímco pojišťovna uhradí zbytek. Výsledkem je, že pacienti si většinou nevybírají lékaře, laboratorní vyšetření či léčebné procedury na základě úměry mezi cenou a kvalitou, jako tomu činí například při výběru počítače či mobilního telefonu.

Například, průměrná cena návštěvy pohotovosti je 1 265,00 USD. V případě, že je u pacienta diagnostikována rakovina, průměrná cena chemoterapie se pohybuje kolem 7 000,00 USD, ale může se vyšplhat až na 30 000,00 USD. Takovéto výdaje pořádně zametou s vašimi úsporami nebo vás donutí prodat střechu nad hlavou. Nezřídka se také stává, že mnoho pacientů musí takovou léčbu, která by jim mohla zachránit život, odmítnout, protože si ji jednoduše nemohou finančně dovolit.

Jelikož zdravotní péče může být velice drahá, většina lidí si bude raději platit zdravotní pojištění, jen aby si byli jisti, že v případě potřeby to bude právě zdravotní pojišťovna, kdo jim uhradí život zachraňující léčbu. Toto je jeden z důvodů proč většina diskusí týkajících se reformy zdravotní péče se točí kolem zdravotního pojištění dostupného pro více lidí. Pojišťovny jsou spravovány tak, že požadují po svých pojištěncích měsíční platby výměnou za to, že v případě potřeby to bude právě pojišťovna, kdo uhradí jejich náhle vzniklé náklady na případnou léčbu.

Člověk nemusí být expertem na pojistnou matematiku, aby mu bylo jasné, že pojišťovny generují zisk pouze v případě, že na pojistném vyberou více, než kolik vyplatí při nárokování pojistného krytí. Jak již bylo uvedeno v předchozím textu, většina občanů Spojených států má uzavřené zdravotní pojištění prostřednictvím svého zaměstnavatele, který svým zaměstnancům přispívá na zdravotní pojistné v rámci zaměstnaneckých benefitů, které jsou osvobozeny od daně. Ti, kteří nemají zaměstnanecký plán zdravotního pojištění, si musí zdravotní pojištění hradit v rámci individuálních pojistných plánů, což je samozřejmě dražší a žadatel se vystavuje riziku odmítnutí ze strany pojišťovny z důvodů tzv. „*pre-existing conditions*". Pro tyto občany je možností požádat o uzavření zdravotně pojistné smlouvy pojišťovny jako jsou např. AARP nebo COSTCO, které z důvodu vysokého podílu relativně zdravých pojištěnců, nabízejí svým pojištěncům nižší pojistné sazby.

12. ČTYŘI HLAVNÍ DŮVODY PRO ZDRAVOTNÍ REFORMU

Lidé se většinou ptají po důvodech, proč je pro Spojené státy americké nezbytné zabývat se v této složité době reformou systému zdravotní péče, který doposud funguje. Z mnoha důvodů vybírám čtyři nejvýznamnější a nejpádnější.

Prvním důvodem je prudký růst nákladů na zdravotní péči. Jak již bylo uvedeno výše, zdravotní systém Spojených států amerických v roce 2011 spotřeboval na 2,5 bilionů USD, což představuje zhruba 18 % HDP za daný rok. Jedná se o nejvyšší podíl hrubého domácího produktu, který je na zdravotnictví vynakládán ve vyspělých státech světa. V přepočtu na počet obyvatel to je dvakrát více než v kterékoliv jiné vyspělé zemi. V roce 2011, průměrné náklady americké čtyřčlenné rodiny vynaložené na zdravotní pojištění meziročně vzrostly o 7,3 %, to je z 18 074,00 USD / rok na 19 393,00 USD / rok. Což představuje téměř dvojnásobek nákladů v roce 2002. Kvalifikované odhady hovoří o tom, že v roce 2030, odvody z daní z příjmů, které plynou na financování zdravotní péče, pokryjí pouze 38 % nákladů programu Medicare. Zbývajících 62 % bude financováno z federálního rozpočtu.[39]

Druhým důvodem je potřeba neustálého zlepšování kvality poskytované zdravotní péče, která je dle mezinárodních průzkumů ve Spojených státech nejhorší ze všech vyspělých států. Například 70 % veškerých úmrtí ve Spojených státech je zapříčiněno chronickými onemocněními. Předpokládá se, že tím jak populace stárne, péče o chronicky nemocné pacienty bude neustále narůstat, a to poměrně výrazně. Je odhadováno, že do roku 2023 výskyt rakoviny a cukrovky vzroste o 50 %, nemoci srdce a cév vzrostou o 40 %, výskyt hypertenze a plicních onemocnění bude o 30 % vyšší a mozkové mrtvice se budou vyskytovat o čtvrtinu častěji, než je tomu dnes. Každý rok náklady na léčbu výše uvedených nemocí budou činit přibližně 1,7 bilionu USD, což představuje 75 % všech finančních prostředků směřujících na zdravotní péči. Tyto náklady by mohly být sníženy prostřednictvím preventivních a wellness programů,[40] ke kterým by občané Spojených států měli být vhodným způsobem motivováni jak svými pojišťovnami, tak lékaři.

Třetím důvodem zdravotní reformy je skutečnost, že téměř 25 % Američanů má nedostatečné nebo žádné zdravotní pojištění. Dle statistik The U.S. Census Bureau ročně umírá

[39] http://useconomy.about.com/od/fiscalpolicy/a/healthcare_reform.htm

více než 101 000 Američanů pouze proto, že se jim kvůli žádnému či nedostatečnému zdravotnímu pojištění nedostane potřebná zdravotní péče či léčba. Tato skutečnost je špatná nejen pro ně samotné a jejich blízké, ale také pro americkou ekonomiku. Polovina veškerých osobních bankrotů ve Spojených státech je způsobena neschopností jednotlivců dostát svým finančním závazkům na zdravotní péči.

Čtvrtým důvodem zdravotní reformy je zamezení růstu nákladů z důvodu zneužívání zdravotní péče. Každoročně je ve zdravotnictví zpronevěřeno mezi 3 % - 10 % veškerých finančních prostředků, které do zdravotnictví plynou, což představuje 60 až 200 miliard USD. Z toho přibližně 14 až 30 miliard USD ročně je zneužito prostřednictvím programu Medicare, jehož roční spotřeba činí 436 miliard USD. Tato čísla jsou varovným signálem nejen pro odbornou veřejnost, ale také pro samotné občany Spojených států, kteří si velice dobře uvědomují, že takovýto stav zdravotnictví je již nadále neudržitelný.

[40] http://www.fightchronicdisease.org/

13. DESET ETAP ZDRAVOTNÍ REFORMY V USA

PPACA je velice ambiciózní projekt a je jasné, že veškeré změny není možné realizovat najednou. Účinnost jednotlivých opatření je proto rozdělena do deseti etap, časových milníků, od nichž by dané změny měly vejít v platnost.

Etapa č. 1 - Opatření účinná od 23. března 2010, tedy datem podpisu PPACA

The Food and Drug Administration[41] může od tohoto okamžiku schvalovat generické verze biologických léčiv a zároveň garantuje, že generická léčiva nejsou uvolněna na trh dříve než po 12 letech od uvedení originálních léků na trh.

Na originální léky předepisované v rámci programu Medicaid se vzahuje sleva 23,1 %. Takto ušetřené peníze budou převedeny na účet plánů řízené péče programu Medicaid. Na generické léky předepsané v rámci tohoto programu se vztahuje sleva ve výši 13 % oproti průměrným cenám. V podstatě jde o přelití peněz z jedné účetní kapitoly do druhé.

Byla založena nezisková, na federální vládě nezávislá, organizace „*Patient-Centered Outcomes Research Institute*“ (PCORI), za účelem vypracovávání výzkumů zaměřených na porovnání různých typů léčby s ohledem na jejich výsledky, klinickou efektivitu, vhodnost, hodnocení existujících studií a koordinování studií vlastních. V 19-ti členném týmu jsou zástupci pacientů, lékařů, nemocnic, výrobců léčiv, výrobců zdravotnických zařízení, pojišťoven, vládních úředníků i zdravotních expertů. Tato instituce však nebude mít ve svých kompetencích schvalování pojistných nařízení či proplácení jednotlivých ošetření. Jejím posláním je, aby na základě výsledků vlastních výzkumů rozhodla, které léčebné procedury budou hrazeny v rámci sociálně zdravotního programu Medicare, a které ne. Na zřízení této organizace je ve federálním rozpočtu vyčleněno 500 milionů USD.

Vytvoření pracovní skupiny zaměřené na prevenci, která bude vyvíjet, aktualizovat a šířit doporučení založená na klinických důkazech a preventivních opatřeních

[41] The **Food and Drug Administration** (**FDA** or **USFDA**) je odbor Ministerstva zdravotnictvi USA (the United States Department of Health and Human Services), který je odpovědný za ochranu veřejného zdraví pomocí nařízení a dohledem nad bezpečností potravin, tabákových výrobků, doplňků stravy, předepisovaných i volně prodejných léků, vakcinací, bioléčiv, krevních transfuzí, léčebných derivátů, radiologických zařízení, veterinárních výrobků i kosmetiky.

Datem podpisu reformního zákona byl automaticky novelizován „*The Indian Health Care Improvement Act*“[42] čímž byla obnovena jeho platnost, tentokrát na dobu neurčitou. Původní platnost tohoto zákona uplynula již v roce 2000. Od té doby Kongres projednával různé návrhy na změnu tohoto zákona.

Etapa č. 2 - Opatření účinná od 21. června 2010, tedy 90 dní od podpisu PPACA

Dospělí, se kterými z důvodů tzv. „*pre-existing conditions*“ pojišťovny odmítly uzavřít zdravotní pojištění, mají možnost se zaregistrovat ve sdružení, které bude do roku 2014 sdružovat právě tyto odmítnuté zájemce o zdravotní pojištění. V roce 2014 bude činnost tohoto sdružení nahrazena elektronickými burzami se zdravotním pojištěním. Členství v tomto sdružení není podmíněno žádnými omezeními, jako je věk či zdravotní stav. Pojistné pro členy tohoto sdružení bude stejné jako pro ostatní pojištěnce, tedy ty bez tzv. „*pre-existing conditions*“. Kromě běžného pojistného budou mít tito pojištěnci stanoven maximální limit pro úhradu za zdravotní péči v hotovosti. Pro jednotlivce je roční limit stanoven na 5 950,00 USD a pro rodiny na 11 900,00 USD.

Etapa č. 3 - Opatření účinná od 1. července 2010, tedy sto dní od podpisu PPACA

Rovných sto dní od podpisu PPACA, tedy od 1. července 2010 začala v rámci Ministerstva zdravotnictví, tzv. „*The Department of Health and Human Services*“ fungovat nově založená rada pod názvem *The National Prevention, Health Promotion and Public Health Council*, jejímž úkolem je vytvořit národní strategii na podporu prevence a zdravého životního stylu.

V platnost vstoupila nově zavedená daň ze solárií ve výši 10 %.

Etapa č. 4 - Opatření účinná od 23. září 2010, tedy půl roku po podpisu PPACA

Pojišťovny již nesmí stanovit roční ani celoživotní finanční limity na nezbytná pojistná plnění, jako jsou např. pobyt v nemocnici.

[42] The Indian Health Care Improvement Act (IHCIA), je základní právní akt, který zajišťuje poskytnutí zdravotní péče Americkým Indiánům a Aljašským domorodcům.

Děti a mladí lidé do 26 let mohou využívat výhod zdravotního pojištění svých rodičů. Toto opatření se vztahuje na všechny děti, bez ohledu na to, zda žijí se svými rodiči ve společné domácnosti či ne, zda studují či pracují, nebo zda jsou svobodní či již vstoupili do svazku manželského.

Pojišťovny již dále nesmí odmítat zdravotní pojištění dětem a mladým lidem do 19 let, jejichž zdravotní stav je zatížen tzv. „*pre-existing conditions*".

Od roku 2014 nebudou mít pojišťovny možnost stanovit si maximální hranici pro úhradu zdravotní péče.

Pojišťovny budou povinně zveřejňovat detailní výdaje vynaložené na administrativu a exekutivu.

Budou zavedeny modernější metody na odhalování podvodných jednání a finančních zpronevěr v rámci celého zdravotního systému USA.

Do federálního programu Medicare se budou moci nově zapojit také malé nemocnice a nemocniční zařízení.

Chronicky nemocní pacienti registrovaní v programu Medicare budou mít povinnost docházet každé 3 měsíce na kontrolní prohlídky.

Pojištěnci, kterých se nějakým způsobem dotkla pojistná mezera, tzv. „*coverage gap*" v pojistném plánu Medicare Part D[43] obdrží jednorázovou kompenzaci ve výši 250,00 USD. Od roku 2011 pojištěnci získají 50 % slevu na značkové léky a maximální pojistný limit pro příspěvky na léky bude navýšen až na 4 550,00 USD ročně. Tato suma již v sobě zahrnuje všechny roční „*coinsurance*", „*copayment*" či „*deductible*". Poté, co pacient za své léky zaplatí v hotovosti 4 550,00 USD, veškeré další náklady vynaložené v daném roce na pořízení léků uhradí pojišťovna.

[43] The Medicare Part D coverage gap. Neformálně je tato situace označována jako Medicare doughnut hole. Jako doughnut hole je nazýván rozdíl mezi minimálním a maximálním pojistným limitem pro předepisování léků. Plán D je program týkající se předepisování léků a úhrad za léky předepsané v rámci tohoto programu. Program funguje tak, že pojištěnec si v plné výši hradí léky až do celkové výše 310,00 USD. Jakmile jeho výdaje dosáhnou této sumy, je dosaženo minimálního pojistného limitu, pojišťovna začne přispívat na další potřebné léky a to až do výše 2 840,00 USD. Poté, co výdaje za léky překročí tuto magickou hranici, jsou pojištěnci povinni si další léky opět hradit sami a to v plné výši.

Začne platit maximální limit pro rozdíl mezi vyplaceným a přijatým pojistným pro neziskové pojišťovny jako jsou Blue Gross či Blue Shield, ve výši 15 %.

Lidé, kteří se rozhodnou pro odchod do předčasného důchodu, tedy ti ve věku od 55 do 64 let, se mohou zapojit do programů nabízejících snížené pojistné.

Etapa č. 5 - Opatření účinná od 1. ledna 2011

Pojišťovny musí povinně vynaložit na zdravotní péči či zlepšení kvality poskytovaných služeb 85 % z celkových příjmů vyinkasovaných v rámci pojistných plánů určených pro velké firmy. V případě menších firem či jednotlivců to bude 80 %. Pokud by za dané období vynaložily méně procent z vybraného pojištění, jsou povinné tento rozdíl vrátit pojištěncům ve formě slevy.

Pod hlavičkou „*The Centers for Medicare and Medicaid Services*“ (CMM) vznikla organizace „*The Center for Medicare and Medicaid Innovation*“, jejímž posláním je vývoj, testování a kontrola nových modelů úhrad za poskytnutou zdravotní péči.

Flexibilní výdajové účty, účty určené k proplácení náhrad ani spořicí účty nesmí sloužit k úhradě volně prodejných léků či léků prodávaných bez předpisu, kromě insulínu.

Etapa č. 6 - Opatření účinná od 1. ledna 2012

Zaměstnavatelé budou mít povinnost zveřejnit výši příspěvků, které odvádí v rámci zaměstnaneckého zdravotního pojištění.

Etapa č. 7 - Opatření účinná od 1. ledna 2013

Nevýdělečný, např. kapitálový, příjem osob samostaně výdělečně činných a jednotlivců, který přesáhne 200 000,00 USD za rok, bude zatížen speciální 0,9 % daní. Pro manželský pár je hranice pro zdanění nevýdělečných příjmů stanovena ve výši 250 000,00 USD. Navíc na čistý příjem z investiční činnosti bude uvalena speciální daň ve výši 3,8 %.

Etapa č. 8 - Opatření účinná od 1. ledna 2014

Rok 2014 je považován za přelomový, nejen z toho důvodů, že zdravotní reforma bude ve své polovině, ale také kvůli množství opatření a téměř revolučních změn, které od 1. ledna 2014 nabydou platnosti.

Pojišťovny již nesmí diskriminovat pojištěnce nebo jim účtovat vyšší pojistné na základě tzv. „*pre-existing conditions*".

Ti, kteří nesplní svou povinnost a nebudou mít uzavřené zdravotní pojištění, se vystavují roční pokutě ve výši buď 95,00 USD nebo 1 % svých ročních příjmů, podle toho, co je vyšší. Tato pokuta by se v roce 2016 měla vyšplhat až na 695,00 USD, respektive 2,5 % ročního příjmu. Tyto limity jsou stanoveny pro jednotlivce. Finanční limit pro rodiny bez zdravotního pojištění bude 2 085,00 USD. Od povinnosti platit zdravotní pojištění budou osvobozeni pouze ti občané, kterým to zakazuje jejich náboženská víra, dále američtí Indiáni, lidé ve vězení nebo ti, kteří se nacházejí v hmotné nouzi. Otázkou je, zda stanovení vyjímek je správné a zda jejich existence neohrozí fungování celého zdravotního systému.

Pojišťovny již nesmí stanovit roční limity na výdaje za poskytnutou zdravotní péči.

Program Medicaid bude přístupný více občanům. Do tohoto programu se budou moci zaregistrovat všichni, jejichž roční příjem nepřesáhne 133 % životního minima.

Vybrané malé firmy budou mít možnost využít dvouletých „daňové prázdniny". Aby firma mohla naplno čerpat pojistnou subvenci ve výši 50 %, musí svým zaměstnancům, pracujícím na plný úvazek, vyplácet roční mzdu v maximální výši 25 000,00 USD. Toto pravidlo platí i pro majitele firmy. Zároveň nesmí zaměstnávat více než 11 zaměstnanců pracujících na plný úvazek. Za každého člověka zaměstnaného nad tento počet je finanční subvence snížena o 6,7 %. V případě překročení limitu pro roční průměrnou mzdu činí snížení finanční podpory 4 % za každých 1 000,00 USD navíc.

Pokud zaměstnavatel s více než 50 zaměstnanci nenabídne možnost uzavření zdravotního pojištění, vystaví se pokutě ve formě daně ve výši 2 000,00 USD za každého nepojištěného zaměstnance.

Zavedení maximální roční pojistné spoluúčasti ve výši 2 000,00 USD pro pojistné plány určené pro jednotlivce nebo ve výši 4 000,00 USD pro ostatní pojistné plány. Tyto limity mohou být navýšeny.

V rámci opatření CLASS Act mohou handicapovaní lidé, kteří si platí zdravotní pojištění, využít benefity nového pojistného programu, které jim umožní využívat domácích či nemocničních asistenčních služeb.

Ti zaměstnanci, kteří na zdravotní pojištění vynaloží více než 9,5 % svých ročních příjmů, budou moci zažádat u soukromých pojišťoven, aby jim rozdíl mezi 9,5 % jejich příjmů a skutečnou cenou, kterou za zdravotní pojištění zaplatí, kompenzovaly prostřednictvím elektronických burz se zdravotním pojištěním. Pokud zaměstnavatel poskuje svému zaměstnaci zdravotní pojištění v rámci zaměstnaneckých benefitů, ale tento zaměstnanec vydělává méně než 400 % životního minima, bude zaměstnavatel takovému zaměstnanci povinnen poskytnout tzv. „*free choice voucher*“, který umožní zaměstnanci zvolit si formu kompenzace za vysoké pojistné dle svého výběru.

Začnou platit plánované škrty v programech Medicare Advantage, Medicare a Medicaid. Bude zahájeno proplácení náhrad za léky předepsané pojištěncům registrovaných v programech Medicare a Medicaid.

Řetězce restaurací a občerstvení fast-food, kteří mají více než 20 poboček a automaty na jídlo, budou mít povinnost zveřejnit kalorické hodnoty nabízených jídel. Na vyžádání budou povinni předložit zájemcům obsah nasycených tuků, uhlohydrátů a sodíku v nabízených jidlech.

Spuštění elektronických burz se zdravotním pojištěním pro ty, jejichž roční příjem je nižší než 400 % životního minima. Dotace budou poskytovány ve formě přeplatků na dani. Tato forma vyplácení dotací byla zvolena proto, aby vláda měla možnost tuto dotaci poskytnout i lidem s nulovou daňovou povinností.

Členové a zaměstnanci amerického Kongresu si budou od tohoto roku vybírat takové pojistné plány, které budou dostupné v rámci elektronických burz nebo takové, které budou nabízeny v rámci nového reformního zákona. V současné době mohou využívat velice štědrý a nadstandardní „*The Federal Employees Health Benefit Program*“.

Bude zavedena nová spotřební daň, kterou budou povinny platit takové farmaceutické společnosti, jejich roční obrat bude vyšší než 2,5 miliardy USD.

Většina lékařských zařízení bude zatížena spotřební daní ve výši 2,3 %.

Spotřební daní, jejíž výše bude odvozena dle podílu na trhu, budou zatíženy také zdravotní pojišťovny. Tato daň bude v průběhu let 2014 až 2016 postupně zvyšována. V roce 2016 se její výše ustálí na určité hranici a každý další rok bude zvyšována v závislosti na výši inflace. Experti odhadují, že toto nové zdanění přinese do federálního rozpočtu až 14,3 miliard USD.

Výše odpočtů na lékařské výdaje se změní ze současných 7,5 % na 10 % ročního příjmu.

Etapa č. 9 - Opatření účinná od 1. ledna 2017

Jednotlivé státy budou moci na Ministerstvu zdravotnictví, *The Health and Human Services*, zažádat o to, aby již nemusely svým občanům nabízet pojištění, která až doposud byla v kompetenci jednotlivých států a která mají stejné charakteristiky, např. finanční dosažitelnost, dostupnost či míru pokrytí, jako pojištění nabízená v rámci elektronických burz.

Etapa č. 10 - Opatření účinná od 1. ledna 2018

Všechny pojistné plány musí bezplatně nabízet preventivní péči i komplexní preventivní prohlídky.

Na nadstandardní pojistné plány bude uvalena 40 % spotřební daň. Za nadstandardní budou považovány takové plány, jejichž roční pojistné přesahne 27 500,00 USD pro rodinu, či 10 200,00 USD pro jednotlivce, respektive 30 950,00 USD pro rodinu, či 11 850,00 USD pro jednotlivce, kteří jsou již penzionováni nebo vykonávají vysoce rizikové zaměstnání. Tato hranice bude proměnlivá v závislosti na míře inflace.

14. ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ A ELEKTRONICKÉ BURZY (HEALTH INSURANCE EXCHANGE)

Zákon o zdravotní reformě vyžaduje, aby většina obyvatel USA měla uzavřené zdravotní pojištění. Lidem s nízkými či nižšími příjmy a jejich rodinám bude toto umožněno díky federálním dotacím. Za tímto účelem budou dle reformního zákona zřízena nová místa – elektronické burzy, tzv. „*Health Insurance Exchange*“, kde bude možné si nejen porovnat jednotlivé pojistné plány, ale také si zdravotní pojištění vybrat a uhradit.

Za magický rok celé zdravotní reformy je považován rok 2014. Právě v tomto roce budou spuštěny elektronické burzy a trhy se zdravotním pojištěním. Tyto internetové aplikace umožní nezaměstnaným, osobám samostatně výdělečně činným, lidem pracujícím na zkrácený úvazek či malým firmám porovnat si nabídku jednotlivých zdravotních pojišťoven a rozhodnout se pro takové pojištění, které nejvíce odpovídá jejich potřebám. Tyto burzy však nebudou pro všechny. Cílem těchto burz bude umožnit přístup menších pojišťoven na trh se zdravotním pojištěním. Jak by tyto burzy měly vypadat a fungovat? Jejich podoba bude plně na rozhodnutí jednotlivých států, ale rozhodně by měly mít call centra. Tyto burzy budou buď zřizovány vládními agenturami či neziskovými organizacemi. Federální vláda uvolní určitou sumu peněz, na založení *Health Insurance Exchange* v jednotlivých státech federace. V prvních letech své existence budou burzy otevřeny pouze pro ty, kteří pracují pro malé firmy čítající maximálně 100 zaměstnanců, dále pro jednotlivce, kteří si chtějí uzavřít zdravotní pojištění pro sebe samotné, protože jsou například OSVČ, nebo pro nezaměstnané či seniory, kteří nejsou způsobilí pro registraci v programu Medicare.

V současné době je situace taková, že ti, kteří chtějí uzavřít zdravotní pojištění, jsou ve značné nevýhodě (jsou nuceni za své zdravotní pojištění platit výrazně více peněz) oproti těm, kteří pracují pro velké společnosti, které jim v rámci zaměstnaneckých benefitů zdravotní pojištění zajišťují. Důvod je ten, že velké společnosti nabízejí pojišťovnám více pojištěnců, jak zdravých, tak těch méně zdravých, takže případné pojistné riziko je rozprostřeno. Elektronické burzy mají za cíl nabízet zdravotní pojištění jednotlivcům za stejných podmínek, které mají velké společnosti.

V rámci těchto burz bude možné sledovat, zda jednotlivé subjekty svými pojistkami, které nabízejí konečným klientům, dodržují federální vládou stanovené standardy. Musí se ujistit, že pojistné plány jsou tvořeny ve prospěch pojištěnců tak, jak stanoví zákon o zdravotní

reformě. Burzy samotné nebudou mít povoleno stanovit si výši pojistného. Přesto budou mít právo požádat pojišťovny o zdůvodnění cenového nárůstu. Pokud nárůst ceny pojistného nebude náležitě zdůvodněn, bude to důvod pro to, aby byl daný pojistný plán vyškrtnut z nabízených pojistných produktů. Navíc burzy budou moci využívat stejných marketingových metod, jaké jsou běžné u prodejců potravin, např. dvě pojištění za cenu jednoho, apod. Navíc se předpokládá, že burzy budou nabízet 4 úrovně pojistných plánů: „platinum“, "gold", "silver" a "bronze."

Samozřejmě, že bude možné uzavřít pojistnou smlouvu také mimo tyto vládou spravované burzy. Ale pojišťovny budou nucené svým klientům nabízet pojistné plány za stejnou cenu a nedělat rozdíl v tom, zda je pojistka uzavřena prostřednictvím *Health Insurance Exchange* nebo např. na pobočce dané zdravotní pojišťovny.

Elektronické burzy se zdravotním pojištěním je centrálně řízený elektronický trh, spravovaný jednotlivými státy federace a nabízející standardní zdravotní plány jednotlivcům i těm, kteří mají nárok na nějakou formu podpory v této oblasti ze strany federální vlády. Hlavní myšlenkou tohoto typu elektronické burzy je pomoci poskytovatelům zdravotního pojištění lépe vyhovět potřebám svých klientů, konkurovat si cenou a v neposlední řadě také nabídnout své pojistné programy většímu množství lidí. Burzy budou ve správě vlád jednotlivých států a dle předem stanovených kritérií, budou oprávněny určovat, které pojišťovny mají povoleno na těchto burzách obchodovat a které ne. V ideálním případě, dobře nastavená burza podpoří pojistnou transparentnost a odpovědnost, zjednoduší registraci a rozdělí dotace. Další funkcí těchto burz bude snaha o „rozprostření rizika“, to znamená zajistit, aby vysoké náklady spojené s lékařskou péčí byly rozprostřeny rovnoměrně na všechny pojištěnce a ne pouze na několik z nich tak, jak tomu bylo dosud. Tento model elektronických burz se poprvé objevil ve státě Massachusetts pod názvem *Health Connector Exchange*. Mnozí věří, že to budou právě elektronické burzy, které pomohou snížit narůstající náklady na zdravotní péči.

Prezident Barack Obama prosadil koncept elektronických burz jako jednu z klíčových komponent své zdravotní reformy. Obama k myšlence elektronických burz uvedl: *"...a market where Americans can one-stop shop for a health care plan, compare benefits and prices, and choose the plan that's best for them, in the same way that Members of Congress and their families can. None of these plans should deny coverage on the basis of a preexisting condition, and all of these plans should include an affordable basic benefit package that includes prevention, and protection against catastrophic costs. I strongly believe that Americans should have the choice of a public health insurance option operating alongside private plans. This will*

give them a better range of choices, make the health care market more competitive, and keep insurance companies honest."[44]

Jeho snaha o prosazení veřejných elektronických burz se zdravotním pojištěním nakonec neuspěla a z reformní legislativy byla stažena. Pojistné plány a pojištění nabízené prostřednictvím *Health Insurance Exchange* bude pouze a výhradně v rukou soukromých pojišťoven.

Kongresoví ekonomové odhadují, že prostřednictvím elektronických burz si zdravotní pojištění opatří na 25 milionů Američanů, kteří jsou v současné době nepojištění. Z nich asi 19 milionů, tj. 76 %, bude mít nárok na finanční pomoc poskytovanou státními úřady. O takovouto formu pomoci budou moci žádat ti, jejichž roční příjem nepřekročí čtyřnásobek životního minima, pro jednotlivce to znamená roční příjem do 44 000,00 USD, pro čtyřčlennou rodinu do 88 000,00 USD.

[44] "President Obama Reiterates Support for Public Option and Health Insurance Exchange," "Organizing for America", June 3, 2009

15. ZDRAVOTNÍ REFORMA A JEJÍ DOPAD NA VYBRANÉ SKUPINY OBYVATEL

Zdravotnictví není pouze o zdravotní péči a o zdraví obyvatel daného státu, ale je to také velké politické téma. Většina lidí cítí, že tak by to být nemělo, ale skutečnost je bohužel jiná. Porozumět reformnímu zákonu o zdravotní péči *The Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA) není snadné. A způsob jakým je tento zákon napsán situaci nijak neusnadňuje, spíše naopak. Většina vět začíná slovy *"For the purposes of subparagraph 6(b)...."* Čtení zákon se tak stává zábavou pro otrlé čtenáře. Ale i přes svou složitost, je důležité mít na paměti, že hlavní myšlenka celé reformy je velice jednoduchá – zdravotní pojištění by mělo být dostupné všem obyvatelům USA. Zákon o zdravotní reformě zavazuje většinu obyvatel USA k tomu, aby si pro sebe a své nejbližší platili alespoň minimální pojistné, tzv. „*minimal essentials coverage*". Možnosti, jak uzavřít pojistnou smlouvu a tím se zavázat k pravidelným úhradám pojistného jsou dvě – buď prostřednictvím svého zaměstnavatele, nebo jako soukromá osoba prostřednictvím elektronických burz.

Důvod, proč by většina obyvatel USA měla mít uzavřené zdravotní pojištění a platit pravidelné pojistné je jednoduchý. Pojištění si budou platit nejen ti, kteří jsou nemocní nebo trpí nějakou vážnou chorobou, ale také ti, kteří jsou zdraví a lékařskou péči v současné době nepotřebují. Tím pádem bude možné jejich pojistné použít tam, kde bude potřeba. Pro pojišťovny to znamená, že noví pojištěnci z řad „zdravých" pomohou vyrovnat finanční ztráty, které by se objevily v souvislosti s poskytováním zdravotního pojištění lidem s tzv. „*pre-existing conditions*". Jde v podstatě o model solidárního zdravotního pojištění, ve kterém je pojistné riziko rozloženo.

<u>Skupina první – nepojištění</u>

Schválení zákona o zdravotní reformě by mělo usnadnit přístup ke zdravotnímu pojištění pro 32 milionů lidí, tj. téměř 63 % všech nepojištěných. Dle statistik The U.S. Census Bureau bylo v roce 2008 celkem 46,3 milionů obyvatel USA nepojištěných, tj. 15,4 % z celkového počtu obyvatel. O rok později, v roce 2009 to bylo již 50,7 milionů, což je 16,7 % všech obyvatel. Tento meziroční nárůst o 1,3 % byl způsoben především hospodářskou recesí, která způsobila ztrátu zaměstnání pro mnohé pracující a přinutila zaměstnavatele sáhnout na zaměstnanecké benefity, mezi něž patří také poskytování zdravotního pojištění. Je to překvapující, ale ti, kteří nemají uzavřené žádné zdravotní pojištění, jsou většinou pracující lidé a jejich rodiny. Tvoří až

79 % všech nepojištěných.([45])

Skupina druhá – zaměstnavatelé

Reforma zdravotní péče znamená také výraznou změnu pro všechny zaměstnavatele, ať jde o majitele restaurací, veřejných prádelen, provozovatele malých obchodů, generální ředitele velkých firem či nadnárodních korporací. Reforma ovlivní rozhodování vedoucích pracovníků o poskytování zdravotního pojištění pro své zaměstnance.

Pro ředitele firem s více než 50 zaměstnanci je nyní jednou z nejdůležitějších otázek, zda budou nuceni svým zaměstnancům nabízet zdravotní pojištění či ne. Zákon výslovně nic takového neuvádí, ale pokud firma tak neučiní, může po ní vláda vymáhat tučné pokuty. Legislativa říká, že pokud má firma 50 a více zaměstnanců a nenabízí jim v rámci benefitového programu zdravotní pojištění a zároveň zaměstnává na plný úvazek alespoň jednoho člověka, který má nárok na federální příspěvky na úhradu zdravotního pojištění ze svých vlastních prostředků, vystavuje se daná firma pokutě ve výši 2 500,00 USD za každého takového pracovníka. Tato pokuta se však nevztahuje na prvních 30 zaměstnanců. Pokud zaměstnavatel takovéto středně velké firmy nabízí svým pracovníkům zdravotní pojištění, je povinen učinit příslušné kroky k tomu, aby svým zaměstnancům, kteří pobírají nízkou či nižší mzdu a chtějí si hradit zdravotní pojištění sami, toto finančně umožnil. Vláda tímto svým nařízením značně znevýhodňuje na trhu práce ty profese, které jsou hůře placené. Každý zaměstnavatel si nejprve velice dobře rozmyslí, zda se mu vyplatí zaměstnat člověka, který si u něj vydělá méně než čtyř násobek životního minima, což činí pro jednotlivce 10 800,00 USD nebo 22 000,00 USD pro čtyřčlennou rodinu. Pro zaměstnance to bude pravděpodobně znamenat, že zdravotní pojištění nabízené zaměstnavatelem bude pro ně velmi drahé. Pokud se bude výše jejich pojistného pohybovat v rozmezí mezi 8 % až 9,8 % jejich ročních příjmů, budou mít možnost si opatřit zdravotní pojištění na nově otevřené „*Health Insurance Exchange*“, která bude v rámci zákona o zdravotní reformě zřízena. A zaměstnavatelé jim v tom budou muset pomoci a to prostřednictvím tzv. „*free choice vouchers*“, které budou alternativou k pojistnému nabízenému v rámci firemního zdravotně pojistného programu. Výše uvedené změny začnou platit od ledna 2014.

Pro velké společnosti s více než 200 zaměstnanci, které nabízí v rámci svých firemních benefitů zdravotní pojištění, bude povinností toto nabízet. Ale bude pouze na rozhodnutí samotných zaměstnanců, zda tohoto benefitu využijí nebo zda si zdravotní pojištění zakoupí sami.

[45] http://www.census.gov/newsroom/releases/archives/income_wealth/cb10-144.html

Skupina třetí – rodiny s dětmi

Těsně po schválení Zákona o zdravotní reformě se jistě miliony Američanů začali ptát nejen sami sebe, jak právě schválený zákon ovlivní jejich životy. Velice jednoduše řečeno, těm, kteří si z finančních důvodů nemohou dovolit platit zdravotní pojištění sobě ani svým dětem, bude zdravotní pojištění hradit stát. Naopak pro ty, kteří disponují vysokými příjmy, bude nově schválený zákon znamenat vyšší daně. A to celkem brzy. Velké skupině pracujících, která je označována jako střední třída, může reformní zákon významně změnit jejich dosavadní životy. Zde uvádím několik příkladů.

Zdravotní reforma zakazuje pojišťovnám vyčlenit z pojištění děti s tzv. „*pre-existing conditons*“. Toto opatření vstoupilo v platnost podpisem zákona. Zákon dále zakazuje pojišťovnám vyloučit ze svých pojistných programu dospělé s tzv. „*pre-existing conditions*“. Toto opatření vstoupí v platnost až od roku 2014.

Nezaopatřeným dětem do 26 let bude umožněno využívat výhod rodinné pojistky, kterou jejich rodiče uzavřeli. Před schválením zákona toto bylo možné pouze do 18 let věku dítěte.

Program zdravotního pojištění pro děti, tzv. „*Children's Health Insurance Program*“, který byl schválen v roce 1997, a jehož posláním je pomoc nízko příjmovým rodinám, musí zůstat zachován. Jednotlivým státům federace nebude povoleno vyškrtávat děti z tohoto programu, a to ani v případě hrozícího rozpočtového deficitu.

Nově schválený reformní zákon zavedl od 23. září 2010 tzv. „*qualified health plan*“. V podstatě se jedná o wellness program, který bude nabízet preventivní zdravotní programy pro kojence, děti i dospívající a to bez jakékoliv finanční spoluúčasti jejich rodičů.

Skupina čtvrtá – senioři

Také mnoho seniorů se obává dopadu zdravotní reformy na jejich životy a zdraví. Přeci jen, starší lidé jsou na systému zdravotní péče závislí více než ti mladší. A ti, kteří navíc mají pevný měsíční příjem, mohou mít drobné problémy se svým měsíčním rozpočtem, pokud se jejich náklady na udržení dobrého zdravotního stavu zvýší.

Barackem Obamou schválená zdravotní reforma může způsobit to, že někteří senioři, kteří v současné době využívají výhod programu Medicare, mohou o tyto výhody přijít. Na druhou stranu, mnoho jiných si v rámci federálního Medicare’s *Prescription Drug Program*

naopak polepší. Níže uvádám několik praktických příkladů, jak zdravotní reforma ovlivní životy Američanů starších 65 let.

První a nejvýraznější změnou jsou plánované škrty v programu Medicare. V rámci zákona o zdravotní reformě orgány státní správy sníží přísun finančních prostředků, které tečou do programu Medicare Advantage Plan[46] až o 132 miliard USD v průběhu 10 let. Medicare Advantage Plans často nabízí extra benefity, které senioři v rámci tradičního programu Medicare nedostávají. Je velice pravděpodobné, že tyto extra benefity budou, vzhledem ke značně zredukovanému rozpočtu určenému na tento program, zrušeny.

Ve většině států Spojených států amerických bude toto snížení zahájeno od roku 2011 a bude rozloženo do tří po sobě následujících let. Je zřejmé, že v některých oblastech tato změna potrvá déle. Reformní zákon nezahrnuje škrty týkající se benefitů tradičního programu Medicare. Rozpočet na domácí zdravotní péči bude snížen až o 40 miliard USD v rozpětí 10 let, tj. od doby, kdy zákon vešel v platnost v roce 2010 až do roku 2019. V průběhu stejně dlouhého období budou seškrtány výdaje na platby nemocnicím a to až do výše 22 miliard USD.

Reformní zákon nepřinese programu Medicare pouze škrty, ale počítá i s určitými zlepšeními, např. podpoří již existující Medicare Prescription Drug Program. Má ambice zaměřit se především na problém tvz. "*doughnut hole*". Počínaje rokem 2010, lidé, kteří se ocitnou v „doughnut hole" obdrží od vlády příspěvek ve výši 250, 00 USD ročně. Dle litery reformního zákona bude federální vláda Spojených států postupně zvyšovat procentní sazbu pro krytí výdajů za léky. V roce 2020 by tato sazba měla hradit až 75 % výdajů v tzv. „*doughnut hole*", tj. mezi 2 700,00 USD až 6 154,00 USD. V rámci programu Medicare budou také sledovány pravidelné roční preventivní prohlídky.

Legislativa zdravotní reformy zamýšlí založit nezávislou poradní radu pod názvem *Independent Payment Advisory Board* (IPAB), která bude tvořena 15 členy, kteří budou předkládat legislativní návrhy, které by měly vést ke snížení kapitačních plateb v programu Medicare v případě, že výdaje v rámci tohoto programu porostou „příliš rychle". Pojem „příliš rychle" je definován jako překročení ekonomického růstu, který je stanoven indexem spotřebitelských cen, *Consumer Price Index*, na pětileté období. Ten současný končí rokem 2013. Pokud by nárůst výdajů za zdravotní péči v programu Medicare překročil stanovený limit, tak počátkem roku 2014 IPAB předloží Kongresu návrh na snížení kapitačních plateb, který jej

poté postoupí prezidentovi.

Skupina pátá – lidé s „pre-existing conditions“

Ve Spojených státech amerických jsou lidé s tzv. „*pre-existing conditions*“ v nelehké situaci. Většinou musí řešit klíčovou otázku, zda jsou pojišťovny ochotny s nimi uzavřít vhodné zdravotní pojištění. Pokud takovou pojišťovnu najdou, jsou nuceni řešit, zda nabízené pojištění kryje jejich výdaje na nezbytnou zdravotní péči. Pokud ano, tak zda jsou finančně schopni si takové pojištění pravidelně platit. Pro tyto občany je systém zdravotního pojištění ve Spojených státech velice nevypočitatelný. Pro Evropana, který je zvyklý na solidární systém zdravotního pojištění a tedy i zdravotní péče, která je z tohoto pojištění hrazena, bez ohledu na zdravotní stav či zdravotní indispozice, je tato situace těžko pochopitelná.

Poskytovatelé zdravotní péče tento problém vidí z jiného úhlu pohledu. Dle jejich filozofie lze použít následující parafrázi. Nabídnout zdravotní pojištění někomu s „*pre-existing conditions*“ je jako nabízet havarijní pojištění řidiči, jehož auto má již promáčknutou kapotu. Pojištění je služba, která má chránit někoho před událostmi, které mohou nastat v budoucnu. Pojištění není služba, která by měla krýt již vzniklé škody.

Obamův zákon si dává za cíl skončit s touto praxí tak, že odmítnutí uzavření zdravotního pojištění s žadateli s „*pre-existing conditions*“ staví mimo zákon. Toto je jedno z nejpopulárnějších opatření v celém dvoutisíci stránkovém zákoně. Ale tato změna nebude v platnosti napořád.

Změna nejprve začne u dětí. Půl roku od podpisu zákona, tedy od 23. září 2010 pojišťovny již nemohou vyloučit děti s tzv. „*pre-existing conditions*“ ze zdravotního pojistného plánu jejich rodičů tak, jak tomu bylo doposud. U stávajících pojistných smluv jsou pojišťovny povinny dovětek o „*pre-existing conditions*“ anulovat.

Od ledna 2014 bude výše uvedené platit také pro dospělé. Tato více jak tříletá prodleva má několik důvodů. Jeden z důvodů je umožnit zdravotním pojišťovnám připravit se na přijetí milionů nových žadatelů o zdravotní pojištění, což pro ně rozhodně nebude levné. Druhým významným důvodem je spuštění elektronických burz, kde si budou moci jednotlivci i zaměstnanci malých firem porovnat nabídky jednotlivých pojistných plánů.

---

[46] Jde o program, který je spravován soukromými pojišťovnami, kterými jsou např. Humana, Aetna či Health Net.

Nový reformní zákon počítá s vytvořením nového záchytného plánu pro nepojištěné s tzv. „*pre-existing conditins*“. Tento záchytný plán je znám jako Plan B. Jedná se v podstatě o státem řízený, krátkodobý a vysoce rizikový pojistný plán. Občané Spojených států a legální přistěhovalci, kteří trpí tzv. „*pre-existing conditions*“, jenž jim brání v uzavření zdravotního pojištění po dobu alespoň šesti po sobě následujících měsíců, mají oprávnění k registraci do tohoto plánu. Po registraci jim vznikne nárok na finanční dotaci, díky které budou schopni si koupit zdravotní pojištění. Dle zákona má pojištění v rámci Plan B stejné podmínky jako běžné pojištění nabízené na zdravotním trhu. Maximální roční výše spoluúčasti je pro pojištěnce stanovena na 5 950,00 USD a pro rodiny 11 900,00 USD. Plan B je aktivní pouze na přechodnou dobu, do 31. prosince 2013. Od 1. ledna 2014 budou mít zdravotní pojišťovny povinnost nabízet zdravotní pojištění všem žadatelům, bez ohledu na jejich zdravotní stav.

16. DOPADY ZDRAVOTNÍ REFORMY NA EKONOMIKU A FEDERÁLNÍ VÝDAJE SPOJENÝCH STÁTŮ AMERICKÝCH

Demokraté chtějí zpřístupnit zdravotní pojištění co největšímu počtu obyvatel Spojených států, ale zároveň trvají na tom, aby toto rozšíření žádným způsobem neovlivnilo deficit státního rozpočtu. Podle the Congressional Budget Office (CBO)[47] reformní zákon počítá se snížením deficitu státního rozpočtu v průběhu následujících deseti let o 143 miliard USD, což by znamenalo snížení o půl procentního bodu. V průběhu druhé dekády by toto snížení státního dluhu mělo být dokonce o 1,2 bilionů USD[48]. CBO obvykle nezveřejňuje své rozpočtové prognózy na období delší než 10 let, důvodem je vysoký stupně nejistoty vyskytující se u vstupních dat. V tomto případě však CBO vyslyšel požadavek zákonodárců a učinil výjimku.

CBO dále zveřejnilo studii, ve které uvedl, že zákon podstatně sníží výdaje na zdravotní služby poskytované v rámci Medicare a to díky spotřební dani uvalené na nadstandardní pojistné plány. Další možností jak zredukovat celkové náklady na zdravotní péči jsou dle CBO veřejné mechanismy, které by měly ztížit zneužívání peněz z vládních programů Medicare a Medicaid samotnými lékaři. CBO však ve svých odhadech jaksi pozapomněla na důsledky souběžného zákona „*The Medicare Sustainable Growth Rate*" (SGR)[49], někdy přezdívaného jako „The *Doc Fix Act*", který v letech 2010 – 2019 zvyšuje platby v programu Medicare o více než 200 miliard USD. Naproti tomu Americké ministerstvo zdravotnictví, tzv. „The United States Department of Health and Human Services" kontruje, že reformní zákon zvýší v prvním dekádě své účinnosti, tj. mezi léty 2010- 2019, celkové národní výdaje na zdravotnictví o více než 200 miliard USD.[50]

Jistě vás napadlo, z čeho se na výše uvedená reformní opatření vezmou finanční prostředky. Reformní zákon počítá s tím, že výše uvedené bude financováno z různých nově zavedených daní a kompenzací. Hlavním zdrojem příjmů budou nově daně na roční nepracovní, např. kapitálový, příjem převyšující 200 000,00 USD u jednotlivců a 250 000,00 USD u rodin, dále povinnost zdravotních pojišťoven odvádět do federálního rozpočtu povinný roční poplatek či 40% daň za nadstandardní pojistné plány, tzv."*Cadillac tax*", u jednotlivců je tato sazba stanovena na sumu převyšující 10 200,00 USD / rok, u rodin je to 27 500,00 USD / rok. Dále to

---

[47] The **Congressional Budget Office** (**CBO**) federální, politicky neutrální agentura zřízena v rámci legislativního odboru vlády Spojených států, jež poskytuje zásadní ekonomická data americkému Kongresu.
[48] http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2011/02/28/AR2011022806535.html
49 The Medicare Sustainable Growth Rate (SGR) je metoda, kterou v současné době používá the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) jako kontrolní nástroj pro sledování nákladů za péči praktických lékařů v rámci Medicare. Používání této metody bylo zavedeno v roce 1997. Tato metoda sleduje, že roční výše těchto nákladů nebude vyšší než je růst DHP v daném roce.
[50] http://www.reuters.com/article/2011/02/18/us-usa-healthcare-cbo-idUSTRE71H77N20110218

jsou daně uvalené na farmaceutické společnosti, drahé diagnostické vybavení či daň za provozování solárních studií. PPACA počítá s tím, že příjem z nově zavedených daní přinese během prvního desetiletí do federální pokladny na 410 miliard USD, z toho na 78 miliard USD bude vybráno do konce roku 2014.[51]

Níže je uveden celkový přehled příjmů plynoucích do federálního rozpočtu na základě schváleného *The Patient Protection and Affordable Care Act*.

- Daň uvalená na vysoko příjmové skupiny obyvatel: 210 miliard USD.
- Zavedení povinného ročního poplatku pro zdravotní pojišťovny: 60 miliard USD.
- 40% daň za nadstandardní pojistné plány, tzv."Cadillac tax": 32 miliard USD.
- Zavedení ročního poplatku na výrobce a dovozce značkových léčiv: 27 miliard USD.
- Uvalení spotřební daně ve výši 2,3% na výrobce a dovozce vybraných zdravotnických zařízení: 20 miliard USD.
- Povinnost zdravotnických zařízení sdělovat své výsledky hospodaření městské správě: 17,6 miliard USD.
- Zvýšení stropu pro odpočty na zdravotní výdaje z hrubého příjmu ze současných 7,5 % na 10 %: 15,5 miliard USD.
- Stanovení limitu na zdravotní výhody v rámci zaměstnaneckých benefitů: 13 miliard USD.
- Další příjmová opatření: 14,9 miliard USD.

Odpůrci reformního zákona dále argumentují tím, že CBO nemůže nezaujatě předpovědět pravděpodobný fiskální dopad reformy zdravotnictví na ekonomiku USA a jejich odhady jsou tudy nesprávné. Tvrdí, že PPACA zvýší státní deficit v průběhu první dekády o 562 miliard USD, jiní hovoří o deficitu ve výši až 700 miliard USD. Dalšími důvody, proč by se veřejnost neměla spoléhat na odhady prezentované CBO jsou ty, že pro naplnění předpovědí bylo nezbytné, aby Kongres dostál všem svým slibům, ke kterým se zavázal. Na kolik je možné se na toto spoléhat? Je mnohem jednodušší vyčíslit náklady na poskytnutí určité výše státní podpory předem, než vyčíslit výši finančních prostředků uspořených za lékařskou péči na základě preventivní zdravotní péči. Dle odpůrců reformního zákona CBO většinou ve svých výpočtech přeceňuje výdaje a nedoceňuje úspory na zdravotní péči. Inovace v distribuci lékařské péče, např. v podobě většího využívání elektronických lékařských záznamů a pobídek na podporu větší spolupráce mezi lékaři, by mohly přinést výrazné snížení neustále narůstajících lékařských výdajů. Na prosazení tohoto modelu bohužel chybí zkušenostmi ověřené důkazy a tvrdá data, jež

[51] "Joint Committee On Taxation, March 20, 2010 (JCX-17-10)"". Retrieved 2012-01-09.

by takovýmto úsporám dala konkrétní podobu.

Jak již bylo uvedeno výše, CBO odhaduje, že do roku 2019 počet nepojištěných Američanů klesne ze současných 45 milionů na 32 milionů, tj. pokles o 68 %. Z toho automaticky vyplývá, že i po tomto datu bude v USA existovat skupina lidi, odhadem asi 23 milionů, kteří nebudou mít žádné zdravotní pojištění. Tuto skupinu budou s největší pravděpodobností tvořit následující skupiny:

- Nelegální imigranti, kteří nebudou způsobilí k registraci do programu Medicaid. Odhaduje se, že tito přistěhovalci budou tvořit dvě třetiny nepojištěnců, tj. cca 15 milionů lidí.
- Ti, kteří se nezaregistrují do programu Medicaid, ačkoliv na to budou mít nárok.
- Ti, kteří zůstanou z jakéhokoliv důvodu nepojištění, jelikož případná pokuta ve výši 2,5 % ročního příjmu, maximálně však 695,00 USD pro jednotlivce a 2 250,00 USD pro rodiny, bude pro ně levnějším řešením, než si zdravotní pojištění platit. Předpokládá se, že tuto skupinu budou tvořit především mladí či svobodní Američané.
- Ti, jejich roční pojistné by je stálo více než 8 % jejich ročních příjmů. Dle zákona je totiž právě tato skupina nízko příjmových obyvatel osvobozeny od placení výše uvedené roční pokuty.

PPACA vstoupil v platnost v březnu 2010 a již v květnu téhož roku si více než 600 000 mladých lidí zažádalo o zdravotní pojištění. Tento velký zájem způsobilo nařízení, které umožňuje, že zdravotní péče pro děti do 26 let věku může být hrazena ze zdravotního pojištění jejich rodičů. Tento zájem hraje samozřejmě ve prospěch zdravotních pojišťoven, které otevírají své služby novým pojištěncům, kteří platí nižší pojistné a zároveň čerpají méně ze zdravotního systému. Důkazem toho je skutečnost, že dle statistik vykázaly zdravotní pojišťovny za první čtvrtletí roku 2011 rekordní zisky[52] oproti předchozím létům.

Dle Kaiser survey, nabídlo v roce 2011 o 46 % malých podniků v rámci zaměstnaneckých benefitů více zdravotně pojistných plánů svým zaměstnancům, než tomu bylo v roce předchozím. Což vede ke snížení počtu osobních bankrotů, lepší důvěryhodnosti v poskytovanou zdravotní péči a k vyšším nárokům pacientů na poskytovanou zdravotní péči. Tyto tři faktory umožňují pacientům utratit za zdravotní péči více peněz a tím povzbudit ekonomický růst země.

Konkurenceschopnost soukromých poskytovatelů zdravotního pojištění má být podpořena prostřednictvím elektronických burz se zdravotním pojištěním, dále zdaněním dražších pojistných plánů za účelem motivovat pojišťovny a zaměstnavatele k vyjednání lepších podmínek pro své pojištěnce, respektive zaměstnance a v neposlední řadě také investicemi do informačních technologií a prevence. CBO pevně věří, že takto nastavená pravidla podstatně zbrzdí či dokonce sníží růst plateb za většinu poskytovaných zdravotních služeb a zdravotní péče, což by se mělo odrazit v cenách pojistných plánů nabízených samotnými pojišťovnami.

Reformní zákon bude mít také přímý dopad na trh práce. Pomůže omezit náklady vynaložené na poskytování zdravotní péče a tím snížit pojistné, což by se mělo pozitivně odrazit v růstu platů pracujících lidí. Klíčovým tématem je skutečnost, že podle *The White House Council of Economic Advisers*[53], PPACA pomůže v průběhu následujících 20 let vytvořit na 320 000 nových pracovních míst, zvětšit růst HDP Spojených států amerických o 4 % a zvýšit průměrný příjem čtyřčlenné rodiny o 6 800,00 USD.

Prostřednictvím plánovaných daňových úlev budou malé podniky motivovány k tomu, aby svým zaměstnancům nabízeli zdravotní pojištění, čímž zaměstnavatele přimějí ke snižování tzv. „*job lock*". „*Job lock*“ je situace, kdy výdělečně činný člověk nevyhledává na trhu práce nové pracovní příležitosti pouze z obavy před ztrátou svého stávajícího zdravotního pojištění nabízeného zaměstnavatelem.

---

[52] http://useconomy.about.com/od/fiscalpolicy/a/healthcare_reform.htm

[53] Council of Econommic Advisers (CEA) je Rada ekonomických poradců Bílého Domu zřízena v rámci Výkonného úřadu presidenta USA, tzv.“the Executive Office of the President“, která se zabývá ekonomickými otázkami země.

17. NÁZORY PRO A PROTI ZDRAVOTNÍ REFORMĚ

Spojené státy americké v současné době fungují na principu smíšeného systému zdravotní péče. Jedním ze zdrojů pro její financování jsou vládní zdroje (ať už se jedná o zdroje na federální, státní či místní úrovni), které tvoří 45 % celkových výdajů na zdravotní péči. Zbývajících 55 % tvoří soukromé zdroje. Z toho je 38 % od těch, kteří získávají zdravotní pojištění od svých zaměstnavatelů a zbývajících 17 % pochází od samoplátců, tedy těch, kteří si hradí soukromé zdravotní pojištění či hradí spoluúčast v hotovosti.[54] Je až zarážející, že 12 % až 16 % obyvatel Spojených států amerických nemá žádné zdravotní pojištění. I přesto, že systém zdravotní péče každoročně spolyká více a více peněz z hrubého domácího produktu, se tento systém propadá do větší a větší ztráty.

Výše uvedené vedlo k tomu, že v posledních několika letech jsou ve Spojených státech snad nejčastěji skloňovanými slovními spojeními právě zdravotní péče, tzv. „*health care*“, zdravotní pojištění, tzv. „*health insurance*“ či veřejné zdraví, tzv.“*public health*“.

Většina obyvatel USA alespoň tuší, že s jejich zdravotnictvím je něco špatně a bylo by potřeba situaci napravit. Někteří souhlasí s presidentem Barackem Obamou, a věří, že nejlepší cesta je vytvoření všeobecného systému zdravotní péče, tzv. „*a universal health care system*“.

Někteří odpůrci tvrdí, že v porovnání s očekávaným celkovým množstvím peněz, které si zdravotní péče v průběhu let 2010 až 2019 vyžádá, přinese reforma jen nepatrné změny. Navíc podle nich reforma nemůže zmírnit zběsilé tempo finančních prostředků plynoucích do oblasti zdravotnictví. Mezi nejvýraznější odpůrce presidentovy představy o reformě zdravotní péče patří redaktor New York Times pan Paul Krugman.[55]

Bez ohledu na to, zda zdravotní reforma bude nakonec úspěšná či nikoliv, podle analýz nedávno zveřejněných americkým Ministerstvem zdravotnictví by se výdaje plynoucí do zdravotnictví měly v roce 2019 pohybovat kolem 21 % HDP, což je o více jak 3 % více než dnes.

[54] http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/downloads/proj2008.pdf

Názory zastánců zdravotní reformy

Zastánci zdravotní reformy především vyzdvihují její přínos v podobě rozšíření a zpřístupnění adekvátního zdravotního pojištění většímu množství Američanů, než tomu bylo doposud. Vyzdvihují především přínos v podobě značného snížení nepojištěných občanů, ze současných 47 milionů nepojištěnců na přibližně 15 milionů v roce 2019. V současné době nepojištění v případě potřeby nevyhledají svého praktického lékaře, jelikož žáného nemají, ale jdou přímo na pohotovost, kde získají základní ošetření zdrama. Zdravotnická zařízení jsou nucena náklady na tato ošetření následně rozpustit do ostatních nákladů, aby jim byly proplaceny pojišťovnami. Ve finále zdravotní péči nepojištěným platí všichni, kteří zdravotní pojištění mají. Navíc reforma přitáhne značně uvolněné otěže inflaci amerického zdravotnictví. Je pravda, že CBO uvádí, že zpřístupnění zdravotního pojištění většímu počtu zájemců přijde federální pokladnu do roku 2019 na dalších 172 miliard USD. Což by mohlo znamenat, že za každého nově pojištěného občana Spojených států zaplatí daňový poplatníci 5 375,00 USD. Skutečnost je však trochu jiná. Většina těchto výdajů je především spojena se zpřístupněním federálního programu Medicaid většímu počtu nízkopříjmových skupin obyvatel či se zavedením dotací na nákup zdravotního pojištění pro rodiny s nižšímy příjmy. Šéf Center for Medicare and Medicaid Services, pan Richard Foster, uvádí, že v roce 2019 bude mít díky rozumněji nastaveným podmínkám v přístupu ke zdravotnímu pojištění více lidí zajištěnou kvalitní a efektivní lékařskou péči za srovnatelných finančích podmínek než je tomu dnes. U lidí, kteří nebudou mít zdravotní pojištění zajištěné prostřednictvím zaměstnaneckých benefitů, klesnou díky opatřením spojených se zdravotní reformou výdaje na toto pojištění do roku 2019 přibližně o 10 až 30 %.

Dalším silným argumentem podporovatelů zdravotní reformy je zavedení nařízení, které zdravotním pošťovnám zakazuje vyčlenit ze zdravotního pojištění rodičů tu péči, kterou by potřebovaly jejich děti tzv. „*pre-existing conditions*“. Od roku 2014 budou zdravotní pojišťovny nuceny toho omezení zrušit také u pojistných smluv týkajících se dospělých. Zdravotní pojišťovny již nebudou moci odmítnout uzavřit zdravotní pojistku se zájemcem o zdravotní pojištění jen na základě jeho onemocnění.

---

[55] Paul Robin Krugman (*28.2.1953, New York, USA)je americký ekonomi a spisovatel, držitel Nobelovy ceny za ekonomii 2008. Některé z jeho názorů je možné si přečíst na http://topics.nytimes.com/top/opinion/editorialsandoped/oped/columnists/paulkrugman/index.html

Názory odpůrců zdravotní reformy

Odpůrci zdravotní reformy často posměšně nazývají prezidentovu snahu o změnu v americkém zdravotnictví i celou reformu jako Obamacare. Domnívají se, že reforma dává příliš mnoho pravomocí a kontroly nad rozhodnutími, která se týkají zdravotní péče jednotlivců, do rukou federální vlády. Dále jim vadí údajné zestátnění amerického zdravotnictví. Jejich obavy vznikly již v průběhu předvolební kampaně, kdy Barack Obama, ještě coby presidentský kandidát, slibovat zřízení federálního programu, který by zajistil zpřístupnění zdravotního pojištění téměř všem obyvatelům Spojených států. Další z jeho představ, které byly již od počátku trnem v oku republikánským stoupencům, bylo zavedení federálních informačních systémů, které by zpřístupnily zdravotní dokumentaci kteréhokoliv pacienta kterémukoliv lékaři. Tento záměr se do reformního zákona naštěstí nedotal.

Jsou přesvědčeni o tom, že the Patient Protection and Affordable Care Act, který dle nich v podstatě zavádí model všeobecného zdravotního pojištění po vzoru evropských zemí či Kanady, přinese stejné problémy, které se objevily po založení sociálně zdravotního programu Medicare v šedesátých leetch minulého století. Silně kritizují povinnost každého občana Spojených států mít do roku 2014 uzavřené zdravotní pojištění. Pokud by někdo tuto zákonem danou povinnost nespnil, vystavuje se hrozbě pokuty. Toto nařízení považují za protiústavní. V této souvislosti bylo již ve 21 státech federace podáno několik žalob k Odvolacímu soudu, tzv. „*Court of Appeal*“, který žaloby vyhodnotil jako oprávněné a legislativní nařízení shledal protiústavním. S tímto verdiktem se však nespokojilo Ministerstvo financí Spojených států, tzv. „*The Treasury Department*“ a odvolalo se k Nejvyššímu soudu, tzv. „*Supreme Court*“. Tento velmi kontroverzní spor tak bude řešen v roce 2012, tj. v době presidentské předvolební kampaně. Je zřejmé, že všichni tři současní republikánští kandidáti se vyjadřují velice negativně o zdravotní reformě a tak téma z předvolebního roku 2008 se opět vrací do hry o šéfa Bílého domu.

Obávají se především enormního nárůstu finančních výdajů spojených s větším zpřístupněním zdravotní péče bez jasně stanovených mechanismů na kontrolu nákladů. Silně kritizují otevření federálního, sociálně zdravotního programu Medicaid milionům rodin, které se pohybují těsně nad hranicí chudoby a dále poskytování finančních dotací na zakoupení zdravotního pojištění nízko příjmových obyvatel. Nejen odpůrci reformy, ale také ti, kteří nemají na tuto otázku vyhraněný názor, pochybují o tom, že se podaří udržet program Medicare rozpočtově neutrální v porovnání se současnou situací. Další otázka, která vyvolává značné

pochybnosti, se týká zaměstnavatelů a jejich povinnosti nabízet zdravotní pojištění v rámci zaměstnaneckých benefitů. Nelze dopředu odhadnout, kolik zaměstnavatelů dá přednost pokutě za nedodržení zákonem daného nařízení o poskytnutí zdravotního pojištění svým zaměstnancům, před jeho zajištěním. Navíc, když se zaměstnavatel vystavuje hrozbě pokuty až v případě, kdy nepokytuje zdravotní pojištění více než 30 svým zaměstnancům. S tímto tématem souvisí také celková výše poskytovaných dotací. Čím více zaměstnanců bude bez zaměstnavatelem poskytovaného zdravotního pojištění, tím větší bude zájem o státní podpory pro účely zajištění si zdravotního pojištění prostřednictvím elektronických burz.

Mezi další důvody pro odmítavý postoj k reformě zdravotní péče ve Spojených státech můžeme zařadit tyto:

- Nově zavedené daně, pokuty či poplatky nejenže zpomalí růst firem, ale také snížení ekonomický růst odhadem o 706 miliard USD.
- Obava z nespravedlivě stanovených podmínek pro přijetí nízkopříjmových skupin obyvatel do programu Medicaid, který nebude bohužel otevřen všem, kteří by se v něm chtěli registrovat. Někteří budou nuceni využít jiné vládní sociálně zdravotní programy.
- Reforma nezajistí, aby všichni obyvatelé měli uzavřené zdravotní pojištění. Stále bude zbývat cca 15 milionů lidí, kteří zůstanou bez jakéhokoliv zdravotního pojištění.
- Každý rok bude směřovat na 125 milionů USD na podporu školních zdravotních center a programů, které se věnují osvětě zaměřené na prevenci před nechtěným otěhotněním u mladistvých. Odpůrcům reformy je trnem v oku, že by měli ze svých daní platit umělá přerušení nechtěných těhotenství u dospívajících.
- Je v pořádku, že na farmaceutické firmy budou uvaleny vyšší daně, což by do federální pokladny mělo přinést přibližně 47 miliard USD. Ale zároveň obava z toho, že tyto peníze nepůjdou ve skutečnosti z kapes výrobců léků, ale z kapes příjemců zdravotní péče.
- Téměř dvě třetiny lékařů zvažují, že vypoví ty pojistné smlouvy, které je zavazují k poskytování zdravotní péče na základě nějakého federální vládou financovaného zdravotního pojištění. Důvodem je příliš vysoká regulace poskytovaných služeb a velice nízké proplácení těchto výkonů.
- I přesto, že v průběhu let 2010 až 2019 by mělo být na nově zavedených daních vybráno na 410 miliard USD, jsou odpůrci reformy přesvědčeni, že plánované změny ve zdravotnictví navýší deficit federálního rozpočtu o stejnou sumu.

18. ZÁVĚR

Otázka lepší dostupnosti zdravotní péče pro ty, kteří z nějakého důvodu nedosáhnou na zdravotní pojištění poskytované zaměstnavatelem, byla aktuální a často diskutovanou ještě před zahájením předvolební prezidentské kampaně Baracka Obamy v roce 2008. Barackova kampaň byla zaměřena především na rozšíření programu založeném na principu Medicare pro všechny, kteří jej potřebují či jej budou potřebovat. Snížení vládních výdajů na program Medicare by mohlo zajistit jeho zpřístupnění mladším, a tedy potenciálně zdravějším, pojištěncům, kteří by do programu přispívali formou přiměřeného pojistného a zároveň by díky relativně dobrému zdravotnímu stavu z programu čerpali méně. Opět se nám zde opakuje princip solidárního systému zdravotního pojištění. Avšak obavy před „zestátněným zdravotnictvím", tzv. „*socialized medicine*", přiměla tvůrce této myšlenky k tomu, aby svou představu pozměnili. Výsledkem je zřízení státem spravované elektronické burzy zdravotního pojištění. Závěrečná jednání o podobě zdravotní reformy dále znemožnila, aby státem hrazené zdravotní pojištění bylo přístupné také nelegálním přistěhovalcům.

Jednou z prvních změn, které reformní zákon PPACA přinesl již v roce 2010, bylo zrušení dovětku z pojistného plánu rodičů o tom, že zdravotní pojištění nezahrnuje zdravotní péči a léčbu jejich dětí, pokud se u nich vyskytují tzv. „*pre-existing conditions*". Navíc tento zákon umožnil poskytovat finanční příspěvky malým firmám na zdravotní pojištění svých zaměstnanců, dále pak seniorům, jejichž výdaje za léky přesahovaly dříve stanovený limit a stejně tak lékařům a zdravotním sestrám, aby se vyvarovali omezení zdravotní péče z důvodu nedostatku finančních prostředků. Tyto náklady budou kompenzovány vyššími odvody z daní z příjmů, vyššími poplatky uvalenými na farmaceutické firmy a nižšími platbami nemocnicím.

Je zřejmé, že reformní zákon PPACA pocházející z dílny demokratických politiků má mnoho odpůrců především z řad Republikánů. Některé z jejich námitek jsou jistě opodstatněné, ale historicko-politický vývoj na půdě Spojených států již více jak dvacet let jasně ukazuje, že zdravotní systém Spojených států amerických potřebuje změnu, nutnou změnu. Změnu, která by umožnila narovnání nejen samotného financování zdravotnictví, ale také kvality a dostupnosti v poskytování zdravotní péče občanům Spojených států. Významné je zpřístupnění zdravotního pojištění přibližně 32 milionům obyvatel USA, kteří před rokem 2010 měli jen minimální či téměř žádnou šanci na získání zdravotního pojištění.

Bez ohledu na skutečnost, zda patříte mezi příznivce či odpůrce zdravotní reformy ve Spojených státech amerických, bude velmi zajímavé porovnat současné odhady, předpovědi či argumenty pro i proti reformě s výsledky zveřejněnými po zhodnocení první dekády zdravotní reformy v roce 2019, kdy všechna klíčová opatření již budou v platnosti a projeví se jejich dopad nejen na oblast zdravotnictví, ale i na celkovou ekonomiku Spojených států amerických. Bude tak možné získat zprávu nejen o finanční situaci v americkém zdravotnictví, jeho kvalitě a dostupnosti, ale také o umístění Spojených států v celkovém hodnocení v porovnání s ostatními vyspělými státy světa či o celkovém zdravotním stavu obyvatel Spojených států. Jistě to bude zajímavé čtení.

19. INTERNETOVÉ ODKAZY A POUŽITÉ ZDROJE

1. http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/incpovhlth/2009/tab8.pdf
2. http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/incpovhlth/2009/fig07.pdf
3. http://www.census.gov/hhes/www/cpstables/032010/health/h05_000.htm
4. http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db09.pdf
5. https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html
6. https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2091rank.html
7. http://www.visualeconomics.com/wp-content/uploads/2010/02/worldhealthcare.jpg
8. http://pnhp.org/excessdeaths/health-insurance-and-mortality-in-US-adults.pdf
9. http://en.wikipedia.org/wiki/Barack_Obama
10. http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_Presidents_of_the_United_States
11. http://en.wikipedia.org/wiki/Social_Security_Act_of_1965
12. http://en.wikipedia.org/wiki/Consolidated_Omnibus_Budget_Reconciliation_Act_of_1985
13. http://en.wikipedia.org/wiki/Clinton_health_care_plan
14. http://en.wikipedia.org/wiki/George_W._Bush
15. http://www.oecd.org/document/51/0,3343,en_2649_34117_41809843_1_1_1_1,00.html
16. http://money.cnn.com/2009/08/10/news/economy/healthcare_money_wasters/index.htm
17. http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2007/May/Mirror--Mirror-on-the-Wall--An-International-Update-on-the-Comparative-Performance-of-American-Healt.aspx
18. http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html
19. http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/downloads/proj2008.pdf
20. http://usliberals.about.com/od/healthcare/i/MassHealthIns.htm
21. http://www.massresources.org/hsn.html
22. http://journalistsresource.org/studies/society/health/health-reform-medical-bankruptcy-massachusetts/
23. http://www.mass.gov/Eeohhs2/docs/dhcfp/r/pubs/10/mhis_report_12-2010.pdf
24. http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_system#Cross-country_comparisons
25. http://www.fas.org/sgp/crs/misc/RL32701.pdf
26. http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11396.pdf
27. http://www.healthcare.gov/law/provisions/rebate/index.html
28. http://www.gao.gov/new.items/d08452.pdf
29. http://www.naturalnews.com/032452_Medicare_bankruptcy.html
30. http://www.independent.org/newsroom/article.asp?id=1294
31. http://cs.wikipedia.org/wiki/Ponziho_schéma
32. http://en.wikipedia.org/wiki/Health_maintenance_organization
33. http://www.q1medicare.com/PartD-MoreOnTheDonutHolesOrCoverageGap.php
34. http://aspe.hhs.gov/poverty/11fedreg.pdf
35. http://en.wikipedia.org/wiki/Health_insurance_exchange
36. http://my.barackobama.com/page/community/post/obamaforamerica/gGGGpK
37. www.csmonitor.com/USA/Politics/2010/0322/Health-care-reform-bill-101
38. http://www.charlierose.com/view/interview/10496
39. http://www.factcheck.org/2009/03/uninsured-us-citizens/
40. http://www.census.gov/newsroom/releases/archives/income_wealth/cb10-144.html
41. http://www.mesec.cz/clanky/dane-v-usa-jedny-z-nejnizsich/

42. http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/earlyrelease201106.pdf
43. http://en.wikipedia.org/wiki/History_of_insurance
44. http://www.cahi.org/article.asp?id=415
45. http://www.pwc.com/us/en/health-industries/publications/behind-the-numbers-medical-cost-trends-2012.jhtml
46. http://en.wikipedia.org/wiki/Food_and_Drug_Administration
47. http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_Part_D_coverage_gap
48. http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2011/02/28/AR2011022806535.html
49. http://governor.vermont.gov/http%3A/%252Fgovernor.vermont.gov/node/add/media-federal-rules
50. http://www.reuters.com/article/2011/02/18/us-usa-healthcare-cbo-idUSTRE71H77N20110218
51. http://www.ppaca.com/
52. https://www.cms.gov/ActuarialStudies/Downloads/S_PPACA_2009-12-10.pdf
53. http://useconomy.about.com/od/fiscalpolicy/a/healthcare_reform.htm
54. http://www.fightchronicdisease.org/
55. http://www.medicare.gov/fraudabuse/howtoreport.asp
56. https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html
57. http://en.wikipedia.org/wiki/U.S._Patients'_Bill_of_Rights
58. http://en.wikipedia.org/wiki/Philosophy_of_healthcare
59. http://www.cbo.gov/ftpdocs/113xx/doc11379/amendreconProp.pdf
60. http://www.reuters.com/article/2011/02/18/us-usa-healthcare-cbo-idUSTRE71H77N20110218
61. "Sustainable Growth Rates & Conversion Factors". CMS. Retrieved 2010-03-02.
62. Jacob Goldstein (July 10, 2008). "Why Medicare Pay Cuts for Doctors Will Be Back". Wall Street Journal Health Blog.
63. "Joint Committee On Taxation, March 20, 2010 (JCX-17-10)"". Retrieved 2012-01-09.
64. Himmelstein, D, E., et al, Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study, American Journal of Medicine, May 2009
65. Fundamentals of Health Insurance: Part A, Health Insurance Association of America, 1997, ISBN 1-879143-36-4
66. "Key Points Of The Health Care Reform Bil". The Kentucky Post. http://www.kypost.com/mostpopular/story/Key-Points-Of-The-Health-Care-Reform-Bill/GYwbvispwEy36LI05K_9Cg.cspx. Retrieved 2010-03-22
67. Leonard J. Weber, Business Ethics in Healthcare: Beyond Compliance (Bloomington: Indiana University Press, 2001), 30.

20. PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Graf: Federální výdaje na zdravotní péči v letech 1960 až 2006 (v milionech UDS)

Příloha č. 2

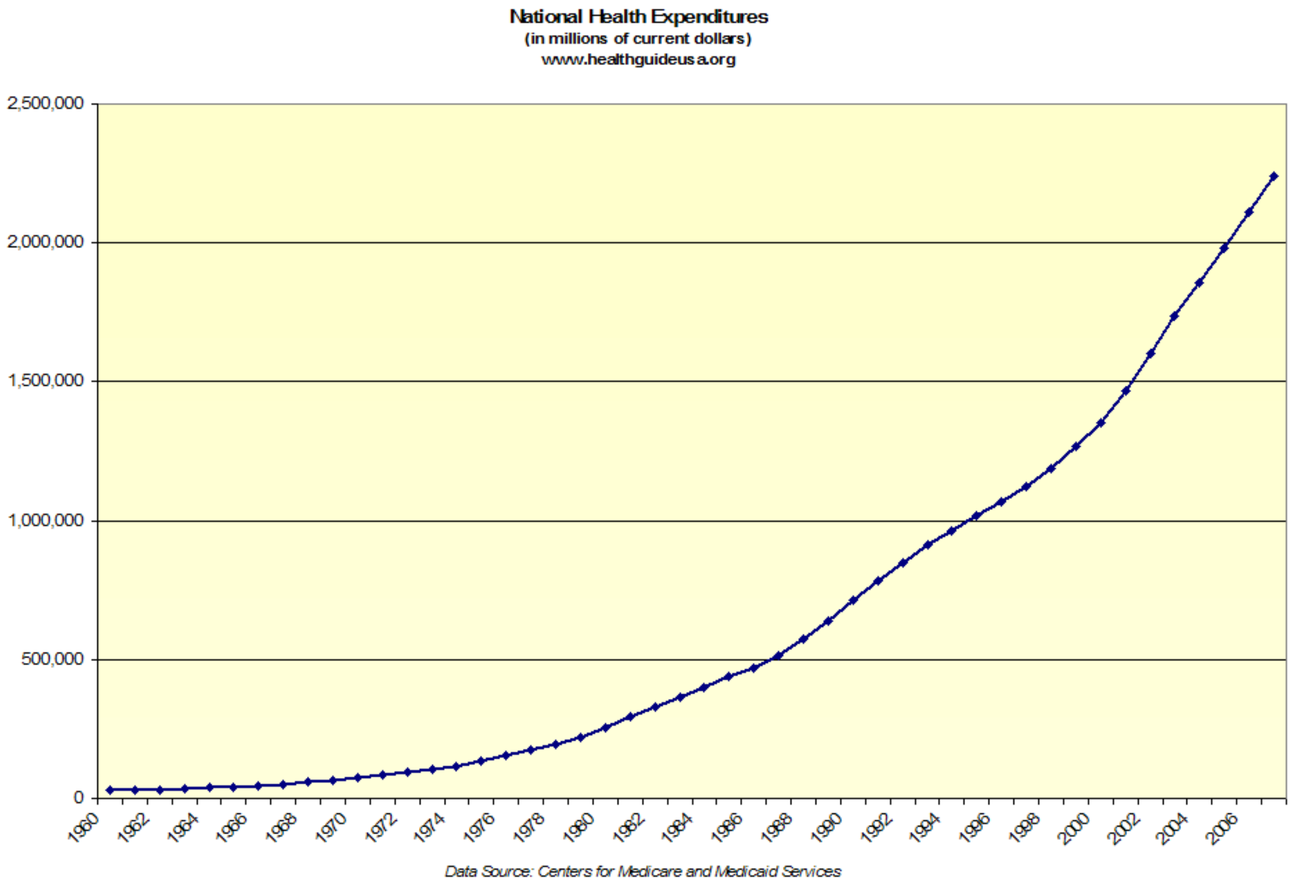
Tabulka: Přehled zdravotního pojištění občanů USA v roce 2009 podle typu pojištění a věku pojištěnců

Příloha č. 3

Tabulka: Přehled příjmů a výdajů spojených s reformou zdravotní péče v USA v letech 2010 až 2019

Příloha č. 1

Graf: Federální výdaje na zdravotní péči v letech 1960 až 2006 (v milionech UDS)



Zdroj: Centers for Medicare and Medicaid Services

Příloha č. 2

Tabulka: Přehled zdravotního pojištění občanů USA v roce 2009 podle typu pojištění a věku pojištěnců

Pol.	Typ pojištění		Obyvatel celkem	Lidé do 65 let	Z toho děti do 18 let	Lidé nad 65 let včetně
			304,280	**265,667**	**75,040**	**38,613**
1.	Mající nějaké zdravotní pojištění	absolutně	253,606	215,669	67,527	37,937
		relativně	83,30%	81,20%	90,00%	98,20%
1.1.	Soukromé zdravotní pojištění	absolutně	194,545	172,131	45,288	22,414
		relativně	63,90%	64,80%	60,40%	58,00%
1.1.1	Poskytované zaměstnavatelem	absolutně	169,689	156,543	41,892	13,146
		relativně	55,80%	58,90%	55,80%	34,00%
1.1.2	Samoplátci	absolutně	89,696	79,491	0,192	10,205
		relativně	29,50%	29,90%	0,30%	26,40%
1.1.3	Přímá platba	absolutně	27,219	16,761	3,819	10,457
		relativně	8,90%	6,30%	5,10%	27,10%
1.2	Státem poskytované zdravotní pojištění	absolutně	93,167	56,912	27,605	36,255
		relativně	30,60%	21,40%	36,80%	93,90%
1.2.1	Poskytované v rámci programu Medicaid	absolutně	47,758	44,109	25,331	3,649
		relativně	15,70%	16,60%	33,80%	9,40%
1.2.2	Poskytované v rámci programu Medicare	absolutně	43,440	7,339	0,543	36,102
		relativně	14,30%	2,80%	0,70%	93,50%
1.2.3	Poskytované v rámci vojenské zdravotní péče	absolutně	12,412	9,200	2,365	3,213
		relativně	4,10%	3,50%	3,20%	8,30%
2.	Bez zdravotního pojištění (nepojištění)	absolutně	50,674	49,998	7,513	0,676
		relativně	16,70%	18,80%	10,00%	1,80%

Zdroj: The U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2010 Annual Social and Economic Supplement.

Příloha č. 3

Tabulka: Přehled příjmů a výdajů spojených s reformou zdravotní péče v USA v letech 2010 až 2019

	By Fiscal Year , in Billions of Dollars											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2010-2014	2010-2019
NET CHANGES IN THE DEFICIT FROM INSURANCE COVERAGE PROVISIONS												
Effects on the Deficit	3	7	9	10	49	88	132	154	164	172	78	788
NET CHANGES IN THE DEFICIT FROM OTHER PROVISIONS AFFECTING DIRECT SPENDING												
Effects on the Deficit of Changes in Outlays	3	3	-7	-28	-50	-60	-70	-86	-100	-116	-79	-511
NET CHANGES IN THE DEFICIT FROM OTHER PROVISIONS AFFECTING REVENUES												
Effects on the Deficit of Changes in Revenues	*	-9	-12	-38	-50	-48	-59	-65	-69	-70	-109	-420
NET CHANGES IN THE DEFICIT												
Net Increase or Decrease (-) in the Budget Deficit	6	1	-10	-56	-51	-20	3	4	-5	-15	-109	-143
On-Budget	6	1	-10	-55	-50	-18	8	10	2	-6	-108	-114
Off-Budget	*	*	1	-1	-1	-2	-5	-6	-7	-9	-1	-29

Zdroj: http://www.cbo.gov/ftpdocs/113xx/doc11379/amendreconProp.pdf