Vysoká škola ekonomická v Praze

Národohospodářská fakulta

Hlavní specializace: Národní hospodářství



KOMPARACE REFORMY ZDRAVOTNICTVÍ PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT S NÁVRHEM AMERICAN HEALTH CARE ACT VE SPOJENÝCH STÁTECH AMERICKÝCH

bakalářská práce

Autor: Jakub Neužil

Vedoucí práce: Ing. et Ing. Martin Zeman

Rok: 2017

Prohlašuji na svou čest, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a s použitím uvedené literatury.

Jakub Neužil

V Praze, dne 21. 8. 2017

Poděkování

Rád bych touto cestou poděkoval vedoucímu práce Ing. et Ing. Martinu Zemanovi za vstřícný přístup, cenné připomínky, trpělivost a pomoc při zpracování bakalářské práce. Dále bych rád poděkoval celé své rodině za podporu během studia.

Vysoká škola ekonomická v Praze
Katedra hospodářské a sociální politiky

Národohospodářská fakulta
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Zpracovatel : **Jakub Neužil**

Studijní program: Ekonomie a hospodářská správa

Obor: Národní hospodářství

Název tématu: **Komparace reformy zdravotnictví Patient Protection and Affordable Care Act s návrhem American Health Care Act ve Spojených státech amerických**

Zásady pro vypracování:

1. Cíl práce:
   - Cílem práce bude analyzovat zdravotní reformu ve Spojených státech amerických z roku 2010 (Patient Protection and Affordable Care Act), známou jako Obamacare a komparovat ji s návrhem republikánské strany a prezidenta Donalda Trumpa z března 2017 (American Health Care Act). Hlavní hypotézou bude, že při případném přijetí American Health Care Act se sníží celkový počet pojištěných amerických občanů a pro určité skupiny občanů prohibitivně zdraží pojistné.
2. Význam, aktuálnost nebo očekávaný přínos zvoleného tématu:
   - Problematika veřejného zdravotnictví ve Spojených státech amerických je v současné době velmi diskutovaným tématem. Významnou reformu provedl předchůdce Donalda Trumpa, demokratický prezident Barack Obama, v roce 2010. Patient Protection and Affordable Care Act byl jedním z hlavních bodů jeho prezidentské kampaně v roce 2008. Po zvolení Donalda Trumpa, v roce 2016, přichází republikánská strana s novým návrhem, který má za cíl zrušení a nahrazení zavedeného systému. To přímo ovlivní desítky milionů občanů Spojených států amerických a je očekáváno, že se výrazně změní struktura skupin pojištěnců.
3. Charakteristika teoretické části práce:
   V úvodu teoretické části budou představeny hlavní výhody a nevýhody státního paternalismu v oblasti zdravotnictví a komparovány se svobodnou volbou každého člověka na pojištění. V následujících kapitolách budou popsány pojmy související se zdravotním systémem v USA, jako např. Medicare, Medicaid a další.
   V teoretické části budou dále vysvětleny důvody zavedení Patient Protection and Affordable Care Act s důrazem na jeho hlavní body. Primární metodou zde bude literární rešerše.
4. Charakteristika praktické části práce:
   V praktické části bude provedena analýza nového plánu, budou vytvořeny modelové případy pro agenty s různými příjmy, věkem, zaměstnáním a dalšími charakteristikami, které budou komparované s agenty v rámci American Health Care Act. Poslední část bakalářské práce přiblíží rozdíly mezi návrhem American Health Care Act z března 2017, v té době nejaktuálnější verzí v rámci politických reálií v USA, a Patient Protection and Affordable Care Act, zavedeným návrhem předešlého prezidenta Baracka Obamy. Hlavní metodou praktické části práce bude analýza a komparace.
5. Klíčová slova:
   Zdravotnictví, pojištění, Affordable Care Act, American Health Care Act

Rozsah práce: min. 45 normostran

Seznam odborné literatury:

1. American Health Care Act [online]. In: . Spojené státy americké, 2017 [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: https://housegop.leadpages.co/healthcare/
2. Kaestner, Robert, and Darren Lubotsky. “Health Insurance and Income Inequality.” The Journal of Economic Perspectives, vol. 30, no. 2, 2016, pp. 53–77., www.jstor.org/stable/43783707.
3. McCaughey, Betsy. Decoding the Obama Health Law: What You Need To Know. Paperless Publishing, 2012. ISBN 978-0-9846586-6-4
4. Mulligan, Casey B. Side effects and complications: the economic consequences of health-care reform. Chicago: University of Chicago Press, [2015], ©2015. xi, 333 stran. ISBN 978-0-226-28560-3.
5. Patient protection and affordable care act 42 u.s.c. § 18001 et seq. (2010)
6. Rosenbaum, Sara. “The Patient Protection And Affordable Care Act: Implications for Public Health Policy and Practice.” Public Health Reports (1974-), vol. 126, no. 1, 2011, pp. 130–135., www.jstor.org/stable/41639332.

Datum zadání bakalářské práce: březen 2017

Termín odevzdání bakalářské práce: květen 2017

Jakub Neužil
Řešitel

Ing. et Ing. Martin Zeman
Vedoucí práce

doc. Ing. Miroslav Ševčík, CSc.
Vedoucí katedry

doc. Ing. Miroslav Ševčík, CSc.
Děkan NF VŠE

Abstrakt

Cílem bakalářské práce je zanalyzovat reformu amerického zdravotnictví Patient Protection and Affordable Care Act z roku 2010 a komparovat ji s návrhem zákona American Health Care Act z března roku 2017. V teoretické části je obsaženo srovnání hlavních modelů zdravotnictví ve světě a detailněji popsán systém zdravotní péče v USA. V praktické části je obsažena podrobnější analýza a komparace obou legislativ za pomoci fiktivních agentů získávající zdravotní pojištění na neskupinovém trhu. Hlavním výstupem práce je potvrzení hypotézy, že v případě přijetí studovaného návrhu zákona by určitým skupinám obyvatel prohibitivně zdražilo pojistné a celkový počet nepojištěných osob by vzrostl.

Klíčová slova: zdravotnictví, pojištění, Affordable Care Act, American Health Care Act

JEL klasifikace: I13, I18, H51

Abstract

The aim of the bachelor thesis is to analyze the Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 and to compare it with the American Health Care Act of March 2017. The theoretical part contains a comparison of the main healthcare models in the world and a more detailed description of the healthcare system in the USA. The practical part contains a more detailed analysis and comparison of both legislations with the help of fictitious agents who receive health insurance on the non-group market. The main output of the thesis is the confirmation of the hypothesis that, if the studied bill was adopted, certain groups of citizens would face higher premiums and the total number of uninsured persons would increase.

Key words: Healthcare, Insurance, Affordable Care Act, American Healthcare Act

JEL classification: I13, I18, H51

Obsah

Úvod **10**

1 Teorie zdravotnických systémů **12**

1.1 Veřejné zdravotnictví **12**

1.2 Zdravotnické systémy ve světě a jeho modely **13**

1.2.1 Liberální model 14

1.2.2 Bismarckův model 16

1.2.3 Beveridgův model 17

1.2.4 Semaškův model 18

1.3 Zdravotnický systém USA **19**

1.3.1 Zdravotní pojištění 20

1.3.2 Pojištění poskytované zaměstnavatelem 21

1.3.3 Medicare 21

1.3.4 Medicaid 23

1.3.5 Children's Health Insurance Program (CHIP) 24

1.3.6 Veteran Health Administration 25

1.3.7 Struktura zdravotního pojištění 26

2 Komparace zdravotnických reforem **27**

2.1 Patient Protection and Affordable Care Act **27**

2.1.1 Individual Mandate 28

2.1.2 Employer mandate 28

2.1.3 Dotace na zdravotní pojištění 29

2.1.4 Deset vyžadovaných zdravotních služeb ve všech pojistných plánech 29

2.1.5 Rozšíření Medicaid a CHIP 29

2.1.6 Daňové reformy ... 31
2.1.7 Kategorizace pojistných plánů ... 32
2.1.8 Struktura hlavních příčin nepojištěných v roce 2015 ... 33
2.1.9 Dopad reformy PPACA na míru osob bez zdravotního pojištění ... 34
2.1.10 Cesta k American Health Care Act ... 35
2.2 American Health Care Act ... 36
2.2.1 Zásadní změny AHCA oproti PPACA ... 36
2.2.2 Patient and State Stability Fund ... 38
2.2.3 Zrušení Medicare daní pro osoby s vysokým příjmem ... 40
2.2.4 Dopady na federální rozpočet ... 41
2.2.5 Dopady na pokrytí zdravotním pojištěním ... 43
2.2.6 Hlavní změny v programu Medicaid ... 44
2.2.7 Dopady na výše pojistného ... 45
2.3 Porovnání částek pojistného na příkladech fiktivních agentů ... 46
2.4 Shrnutí a názor autora ... 48
Závěr ... 51
Seznam grafů a tabulek ... 53
Citovaná literatura ... 54

Úvod

Předmětem bakalářské práce je zdravotnický systém Spojených států amerických. Jde o velmi aktuální téma, kterým se aktivně zabývají různé vědní disciplíny od sociologie, přes medicínu, až po ekonomii. Nejvýznamněji však ovlivňuje americkou veřejnost. Od práce je očekáváno, že čtenáři nastíní a přiblíží zdravotnický systém ve Spojených státech amerických a zpřehlední politické dění v oblasti zdravotnictví mezi lety 2008 a 2017.

Na začátku teoretické části je definováno veřejné zdravotnictví, stručně komparovány státní zásahy do zdravotnictví a rozsáhleji představeny hlavní zdravotnické systémy a jejich kombinace ve vyspělém světě. V daných systémech jsou vždy vyzdvihnuta pozitiva, ale i diskutovány negativa. To je velmi důležité pro vytvoření si vlastního názoru a pro schopnost kriticky myslet nad daným tématem. Dále je v této části detailněji popsán zdravotnický systém právě ve Spojených státech, kde je stručně uvedena historie, slovník pojmů, díky kterému se zpřehlední orientace v následující praktické části, a také je vysvětleno, proč jsou největší objemy zdravotního pojištění poskytovány skrze zaměstnavatele. Ke konci kapitoly jsou představeny a důkladněji popsány hlavní vládní programy, které pomáhají občanům získat zdravotní péči. V závěru teoretické části je ještě přehledně zobrazena struktura zdravotního pojištění na americkém trhu. Primární metodou teoretické části práce je literární rešerše.

Praktická část je pro lepší orientaci rozdělena na 3 části. Začátek navazuje na teoretickou část představením a zanalyzováním reformy Patient Protection and Affordable Care Act tehdejšího amerického prezidenta Baracka Obamy. Jsou zde vysvětleny veškeré důležité změny zdravotnického systému a zobrazen vývoj výdajů do vládního programu Medicaid, který byl danou reformou výrazně ovlivněn. V další části kapitoly jsou představeny její důsledky a v jejím závěru jsou zmíněny základní daňové reformy společně se strukturou hlavních příčin nepojištěných osob. Přemostění mezi první a druhou částí představují hlavní důvody republikánské strany pro vytvoření alternativy k tomuto zdravotnickému systému. V druhé části je pak zanalyzován republikánský návrh zákona s názvem American Health Care Act a zároveň je komparován se zavedeným systémem. Důležité segmenty kapitoly pak představují očekávané dopady návrhu zákona na federální rozpočet a očekávané dopady na míru pokrytí zdravotním pojištěním. Třetí a zároveň poslední část představuje praktický přehled obou zkoumaných legislativ na příkladech fiktivních agentů, kteří získávají zdravotní pojištění na neskupinovém trhu.

Je obecně známo, že lékařská péče je v USA velmi kvalitní, ale nesmírně drahá, tím se stává stále nedostupnější pro širokou veřejnost. Tento problém se tradičně snažili řešit mnozí američtí prezidenti. První pokusy o reformu provedl na začátku 20. století Theodore Roosevelt, později Franklin Delano Roosevelt, v 60. letech Harry Truman a v 90. letech Bill Clinton. Významnou a úspěšně prosazenou reformu představil v roce 2010 čtyřiačtyřicátý americký prezident, Barack Obama. Reforma Patient Protection and Affordable Care Act, také lidově označována jako Obamacare, rozpoutala ve Spojených státech značnou kontroverzi. Již před jejím schválením se ji republikánská strana snažila zrušit, částečně z toho důvodu, že se jednalo o velmi významnou změnu v daňové politice celé země, a také proto, že po amerických občanech bylo poprvé v historii vyžadováno, aby si zajistili zdravotní pojištění. První velkou šanci na zrušení a nahrazení legislativy dostali republikáni po zvolení Donalda Trumpa americkým prezidentem v roce 2016. Již v březnu roku 2017 přišli s výše zmíněným návrhem American Health Care Act. Hlavní hypotézou práce je tvrzení, že pokud by tento návrh zákona skutečně vešel v platnost, pro určité skupiny lidí by prohibitivně zdražilo pojistné a celkový počet lidí bez zdravotního pojištění by významně narostl. Cílem práce tedy bude zanalyzovat a komparovat obě reformy a vyhodnotit jejich dopady na americkou společnost.

1 Teorie zdravotnických systémů

Teoretická část bakalářské práci obsahuje základní typologii zdravotnických systémů používaných ve světě, včetně jejich výhod a nevýhod. Jsou zde uvedeny i konkrétní země, které zavedené systémy používají jako svojí národní zdravotní politiku. Dále v teoretické části je podrobněji uveden zdravotní systém ve Spojených státech, počínaje vysvětlením základních pojmů, které se v americkém zdravotnictví používají. Tyto pojmy jsou klíčové k pochopení celého systému a jsou hojně používány i v praktické části práce. Následně je v kapitole krátce představena historie zdravotního pojištění a podrobněji jsou rozebrány federální a státní programy pro určité skupiny amerického obyvatelstva. Témata uvedená v teoretické části jsou nezbytná k plynulému navázání na praktickou část bakalářské práce.

1.1 Veřejné zdravotnictví

Pojmem veřejné zdravotnictví (v angličtině používáno ‘‘public health‘‘) se chápe obor, který zahrnuje veškeré společenské úsilí mající za cíl ochranu, udržení a zlepšení zdraví obyvatelstva. Veřejné zdravotnictví se zaobírá zdravím celé populace, na rozdíl od medicíny, která se zaměřuje na léčení jedinců s konkrétními problémy. Středem zájmu se v dnešní době stávají hlavně rizikové skupiny populace (senioři, tělesně postižení, děti z dysfunkčních rodin, přistěhovalci, etnické minority, dlouhodobě nezaměstnaní a další). (Hnilicová, 2009)

Regionální úřad Světové zdravotnické organizace pro Evropu definuje veřejné zdravotnictví jako *,,umění a vědu předcházet nemocem, prodlužovat život a podporovat zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti‘‘*. (WHO Regional Office for Europe)

Veřejné zdravotnictví jako multidisciplinární vědecký obor využívá poznatkové základny v mnoha společenských i přírodních vědách. Jeho podstatou je tvorba a realizace státní zdravotní politiky, opírající se o zdravotní stav populace a širší sociálně-ekonomické podmínky života lidí v dané zemi. Klíčový problém nastává v situaci určení míry státní ingerence v otázce poskytování zdravotní péče. Je to rozhodnutí, co pro zdraví svých obyvatel bude zajišťovat stát a co bude ponecháno na individuální odpovědnosti jedince. (Hnilicová, 2009) Hlavní výhodou paternalistického vztahu státu k občanům v oblasti poskytování zdravotní péče je bezesporu její dostupnost. V zemích s vyšším působením státu je zdraví chápáno jako právo, které musí stát zajistit bez rozdílu všem občanům. Tato péče je však financována většinou z daní, nebo z povinného pojištění, které je strhávané přímo ze mzdy. V daných státech se objevuje velká míra přerozdělování, která je nevýhodná pro lidi, kteří jsou povětšinou zdraví a jimi financovanou péči nevyužijí. Ekonomicky

efektivnější je právě individuální volba občanů, zda se sami pojistí, nebo ponesou vyšší osobní riziko. Stát díky tomu bude moci snížit daňové zatížení, které bylo využíváno na hrazení státního zdravotnictví a zvýšené disponibilní důchody domácností se buďto uspoří, nebo investují do jiných statků a odvětví. Při rozhodování o míře zapojení se státu do oblasti zdravotnictví vyvstávají však i otázky etické.

1.2 Zdravotnické systémy ve světě a jeho modely

V této kapitole bude vysvětleno, co je to zdravotní systém, jak se dělí podle způsobu hrazení zdravotní péče, jakými je tvořen subjekty a na jakých mechanismech jsou vztahy mezi subjekty formovány

Eva Křížová (1998) chápe zdravotnický systém jako souhrn formalizovaného úsilí, závazků, institucí, personálních a ekonomických zdrojů a výzkumných aktivit, které společnost věnuje problematice nemoci, předčasných úmrtí, neschopnosti, prevenci, rehabilitaci a jiným problémům spjatým se zdravotním stavem populace.

V každé vyspělé ekonomice si všímáme třech základních subjektů v oblasti zdravotnictví. Tím prvním jsou sami pacienti, jakožto příjemci zdravotní péče. Druhým subjektem jsou poskytovatelé zdravotní péče, tedy zdravotní centra, doktoři a ostatní zdravotníci. Subjektem třetím jsou instituce, které danou péči financují. (Durdisová, a další, 2001)

Zdravotnické systémy jsou výsledkem složitého a dlouhodobého společenského úsilí. Vzhledem k různým podmínkám (sociálním, kulturním, ekonomickým…) vývoje jednotlivých zemí, jsou jejich výsledné systémy značně odlišné. Touto problematikou se zabývá typologie zdravotnických systémů. Pro realizaci zdravotní politiky je zdravotnický systém nejdůležitější a nejtěžší složkou, jelikož zprostředkovává zabezpečení jejích cílů. To má různorodé formy. V socialistickém období byly cíle zaručovány direktivními ukazateli a rozpisem plánů (přímé nástroje). V sociálně – tržních ekonomikách je pak nastavení zdravotnického systému přizpůsobeno souladu společenských, skupinových, individuálních a lokálních zájmů. Nástroje jsou v tomto případě nepřímé a nedirektivní, musí být utvořena legislativa zabezpečující prostředí, ve kterém si subjekty hledají svůj prostor a přizpůsobují mu své chování. (Durdisová, 2005)

Dle způsobu hrazení zdravotní péče můžeme vyčlenit 2 základní modely – zdravotní systémy založené na pojištění a národní zdravotní službu. V prvním typu záleží na tom, jestli je pojištění financováno ze soukromých zdrojů (liberální model), nebo je financování

veřejné (Bismarckův model). Druhý model se dělí na Beveridgův a Semaškův model. (Janečková, a další, 2009) Všechny tyto modely jsou vysvětleny v následujících podkapitolách.

1.2.1 Liberální model

Základními charakteristikami zdravotnictví na volném trhu je (i) dobrovolnost, (ii) existence volné konkurence poskytovatelů a plátců, (iii) nezasahování státu do cen zdravotních služeb, (iv) výběr lékařské péče, zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny na základě preferencí pacienta, který více hledí na kvalitu, (v) lékaři jsou soukromě podnikajícími subjekty a (vi) zdravotní péče je hrazena ze soukromých zdrojů. (Křížová, 1998)

V rámci rozvinutých zemí světa využívají tržního modelu zdravotnictví de facto jako jediní ve Spojených státech amerických. (Janečková, a další, 2009)

,,*Zdravotní péče je zbožím a má tržní cenu.‘‘* (Křížová, 1998)

Výhody tržního systému

Jednou z největších výhod tržního systému je kvalita poskytované péče. Jako na kterémkoliv jiném trhu, kde působí konkurence, vedou inovace k vylepšení poskytovaných služeb. (Janečková, a další, 2009) Může jít např. o maličkosti, jako osobní přístup personálu k pacientovi, příjemnost nemocničního prostředí, čistota čekárny atd., nebo o mnohem zásadnější okolnosti, jako nejmodernější vyšetřovací nástroje a špičkově vyškolení lékaři a jejich personál. To jsou obvykle nejvíce vnímané faktory z pohledu pacientů.

Vysoké mzdy, zapříčiněné tržním systémem zdravotní péče, přitahují kvalifikované specialisty z cizích zemí, což má za důsledek zvýšení kvality poskytované péče. (Křížová, 1998) Velmi zásadní výhodou je i zvýšení výběru finančních prostředků pro vědu a výzkum, a s tím související i rychlejší uplatňování nových technologií v praxi. (Durdisová, 2005)

Nevýhody tržního systému

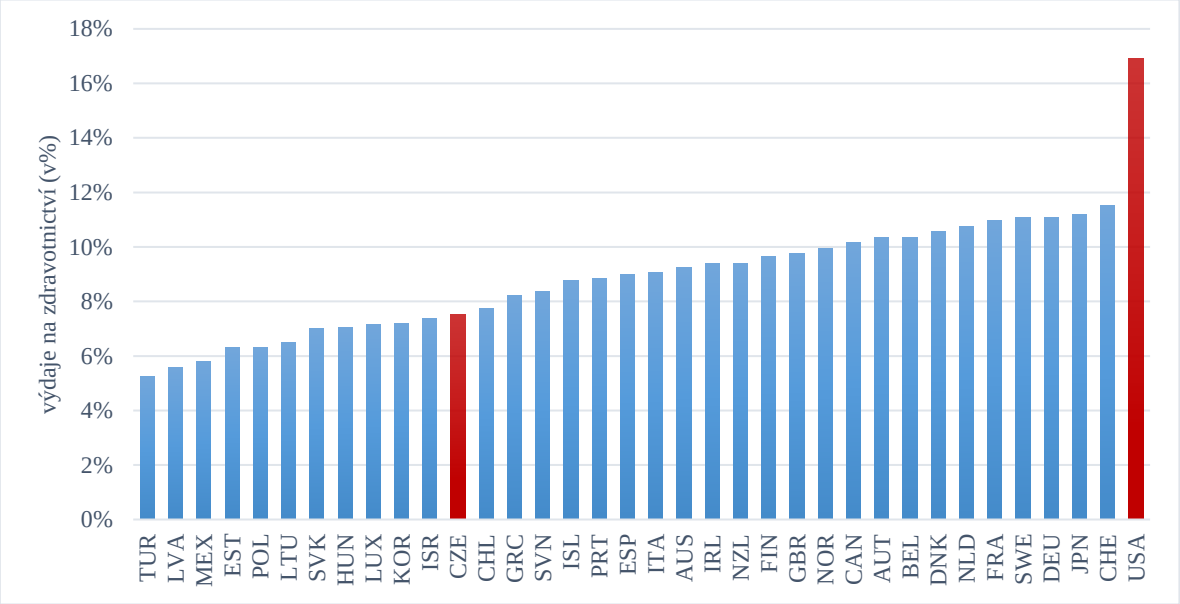
Jako první námitku vůči volně tržnímu systému můžeme uvést eticko-politické výhrady. Po zhoršení zdravotního stavu často přichází i ztráta zaměstnání a snížení disponibilního důchodu. V režimu soukromého pojištění se výše příspěvků odvíjí od předpokládaného čerpání péče, které se stávají neúměrně vysoké pro případného pojištěnce, a je tedy pro něj nezaplatitelné. Tento jev se nazývá negativní výběr (adverse selection) a vyjadřuje, že nejvíce nemocní jedinci musí za zdravotní pojištění vynakládat největší finanční prostředky, nebo nedosáhnou na pojištění vůbec. (Křížová, 1998) Na volném trhu se tedy pohybuje velké množství nepojistitelných nebo nedostatečně pojištěných jedinců. Závažná nemoc nebo zranění je tedy bráno jako ekonomické ohrožení jednotlivce a považováno za nejčastější příčinu osobních bankrotů. Nejlepší postavení na volném trhu má mladá, zdravá a ekonomicky aktivní část populace. (Westbrook, a další, 2000)

Druhou námitkou je velká míra informační asymetrie, daná neidentickým vztahem mezi pacientem a lékařem, kdy lékař má vysoký stupeň kvalifikace a pacient nemá možnost posoudit, zda doporučené zákroky opravdu potřebuje a jakou mají cenu. V takovémto případě se setkáváme se stavem, kde lékař je schopen vyvolat poptávku po svých službách. Tomuto jevu se říká poptávka vyvolaná nabídkou (supplier-induced demand). V jiných odvětvích jde např. o profese, které vyžadují vysokou míru kvalifikace, např. automechanik, elektrikář nebo právník. Lékař tedy rozhoduje o objemu a ceně poskytnuté péče. (Křížová, 1998)

Dalším problémem je nadměrnost poskytované péče pacientům, kteří lékařský zákrok nepotřebují. Důvodem je snaha vyhnout se žalobám pro neposkytnutí dostatečné péče. Lékaři shromažďují argumenty ve svůj prospěch pro případ, že by došlo k soudnímu sporu. Tento jev se nazývá defenzivní medicína a negativně ovlivňuje náklady. (Studdert, a další, 2005) Tržní systém selhává v oblasti rovnoměrného poskytování zdravotní péče, jelikož se lékaři specializují do oblastí, kde je zvýšená koncentrace obyvatelstva a lidé ze vzdálenějších a méně osídlených regionů musí překonávat větší vzdálenosti při cestě za svým lékařem. (Křížová, 1998)

Tržní model je zároveň nejnákladnějším modelem zdravotnictví vůbec, proto Spojené státy vydávají na zdravotnictví nejvíce finančních prostředků ze všech zemí OECD.

Graf 1: Výdaje na zdravotnictví zemí OECD v % HDP v roce 2016



Zdroj: OECD (2017), vlastní úprava.

1.2.2 Bismarckův model

Bismarckův model je historicky nejstarším systémem zdravotnictví. Vznikl v Německu ke konci devatenáctého století, zakladatelem byl tehdejší německý kancléř Otto von Bismarck, ten chtěl získat na svoji stranu dělníky, na které začínala působit sociálnědemokratická propaganda, a přiblížit je státu. Několik let přesvědčoval konzervativní většinu říšského sněmu, aby podpořila návrh zákona o invalidním a starobním pojištění, až se mu to v roce 1889 povedlo a zákon vstoupil v platnost. (Musil, 1996) Bismarckův model je založen na myšlence všeobecné dostupnosti zdravotní péče, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Toto pojištění je povinné a hradí ho společně zaměstnavatelé se svými zaměstnanci. Funguje zde princip solidarity, kde každý občan přispívá určité procento ze mzdy do společného fondu, ze kterého všichni občané čerpají dle své potřeby. Mluvíme zde o solidaritě bohatých s chudými, zdravých s nemocnými, mladých se staršími, jedinců s rodinami a ekonomicky aktivních s ekonomicky neaktivními. (Křížová, 1998) Zdravotní péče je tedy hrazená, ale pojištěnec má nárok na navrácení části zaplacené částky, právě z uvedeného fondu. Pacient může veřejné pojištění doplnit i soukromým, které mu zajistí stoprocentní pokrytí jeho léčebných výdajů.

Výhody Bismarckova modelu

Hlavní výhodou Bismarckova modelu je široká dostupnost zdravotních služeb, které pokryjí potřeby i nemajetných jedinců. Pojištěnec má zároveň jistotu, že mu péče bude poskytnuta a je mu zaručena možnost výběru poskytovatele zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny si navíc nemohou vybírat, koho pojistí, mají povinnost pojistit kohokoliv a v jakémkoliv zdravotním stavu. V systému je dosaženo velké rozmanitosti a nabídky zdravotních služeb, to vše za dosažení husté sítě zdravotnických zařízení. Nákladnost se snižuje i z důvodu tlaku pojišťoven na prevenci. (Křížová, 1998)

Nevýhody Bismarckova modelu

Systém je nákladný, může přesahovat až 10% hrubého domácího produktu spousty zemí (např. Německo 11% (2015)), avšak je stále levnější, než americký model, kde je na zdravotnictví vydáváno až 17% HDP. Nezanedbatelnou část vybraných příspěvků spotřebují administrativní náklady, spojené s vyšší byrokratickou zátěží, kterou zdůrazňuje složitost vztahů, mezi třemi, výše zmíněnými, subjekty. (Janečková, a další, 2009)

Bismarckův model prosazuje většina středoevropských a západoevropských států, např. Česká republika, Slovensko, Polsko, Holandsko, Švýcarsko, Belgie, Francie, Německo, Rakousko, Estonsko, Lichtenštejnsko a Lucembursko. Mimo Evropu pak Izrael a Japonsko.

1.2.3 Beveridgův model

V roce 1940 se Velká Británie nacházela na hranici zničení. Prohrávala bitvy s wehrmachtem a její města byla ničena nálety Luftwaffe. Britská vláda přesto musela myslet na budoucnost, ekonomicky aktivní muži střední třídy, kteří sloužili své vlasti, a ostatní občané budou potřebovat po skončení druhé světové války pomoc s regenerací. Proto Winston Churchill, tehdejší premiér, pověřil Sira Williama Beveridge, ekonoma a sociálního reformátora, aby formuloval návrh na poválečné řešení zdravotnictví. William Beveridge přišel v roce 1942 s návrhem Social Insurance and Allied Service, též znám jako Beveridge Report, který se posléze stal předlohou pro poválečný Britský stát blahobytu (Welfare state). (HealthMatters)

Beveridgův model je typem národní zdravotní služby, kde je zdravotnictví financováno z daní prostřednictvím státního rozpočtu. Obecně je chápáno jako určitá povinnost státu vůči občanům, velkou roli zde hraje solidarita. Lékaři, specialisté a ostatní zdravotní personál jsou bráni jako státní zaměstnanci, stejně jako např. policisté. Většina nemocnic a

zdravotnických zařízení patří státu. V Británii se NHS (National Health Service) velmi osvědčil, je podporován i neustále vylepšován jak ze strany labouristů (plánování a integrace péče, partnerství mezi poskytovateli, omezování nerovností ve zdraví), tak i ze strany konzervativců (zavádění tržních prvků, posilování autonomie poskytovatelů). (Janečková, a další, 2009) V Beveridgově modelu existuje také soukromé zdravotní služby, ty však mají pouze minoritní roli.

Výhody Beveridgova modelu

Občané využívají kvalitní zdravotní péče, která je jim v rámci systému poskytována zdarma. Přístup ke všem občanům je rovný. Lidé mohou využívat i soukromých zdravotních služeb, které však mají spíše doplňkový charakter (tvoří přibližně 15-20% poskytované zdravotní péče). Výhodou je i úspornost a menší administrativní náročnost, než systémy založené na pojištění

Nevýhody Beveridgova modelu

Zásadní nevýhodou jsou však dlouhé čekací doby na vyšetření a na drahé výkony. Financování je často poddimenzované, což má vliv na úroveň komfortu poskytované pacientům. Lidé mají také omezený výběr služeb.

Národního modelu zdravotnické služby v podobě Beveridgova modelu využívají země jako Bulharsko, Chorvatsko, Kypr, Dánsko, Finsko, Maďarsko, Island, Irsko, Itálie, Litva, Lotyšsko, Malta, Norsko, Polsko, Portugalsko, Rumunsko, Slovinsko, Španělsko, Švédsko a samozřejmě Spojené království.

1.2.4 Semaškův model[1]

Spolutvůrce tohoto modelu je Nikolai Aleksandrovich Semashko – první lidový komisař pro zdravotnictví v sovětském Rusku po roce 1917, zároveň první profesor sociální hygieny na Moskevské státní univerzitě (v roce 1940 byla přejmenována na Lomonosovovu univerzitu). Semaškův model funguje na stejném principu, jako model Beveridgův, ale schází mu existence soukromého sektoru. Dříve byl využíván v bývalém Sovětském svazu a zemích sovětského bloku. Nyní existuje pouze na Kubě. (Hnilicová, 2009)

[1] Vzhledem k jeho aktuálnímu využití ve světě, je v této práci zmíněn pouze okrajově.

1.3 Zdravotnický systém USA

Americký systém zdravotnictví je charakteristický zejména vzájemným doplňováním tržního modelu s veřejným financováním. Jedná se o pluralitní systém s paralelně existujícími modely, kde převažuje vliv soukromého sektoru. Spojené státy nedisponují univerzálním systémem zdravotní péče pro celou populaci, zajištění zdravotní péče je chápáno jako individuální odpovědnost každého jedince. Pro přesně definované skupiny občanů však existují veřejné zdravotní programy, jako jsou například Medicare a Veteran's Health Administration, zajišťované a financované federální vládou, a Medicaid, který je spolufinancován i daněmi z jednotlivých států unie. (Janečková, a další, 2009) Nemocnice jsou děleny na dvě kategorie, tou první jsou federální nemocnice, které jsou zřizovány pro potřeby zvláštních skupin obyvatel (veteráni, původní obyvatelé), a druhou kategorií jsou nemocnice komunitní. Přibližně ¾ komunitních nemocnic jsou soukromé, z čehož menší část jsou ziskové organizace (přibližně 23% mezi soukromými nemocnicemi). Asi 27% komunitních nemocnic je v držení veřejných zřizovatelů. (Křížová, 1998)

Abychom mohli plně porozumět americkému zdravotnictví, je nutné nejprve představit základní pojmy a stanovit k nim české ekvivalenty. Tyto informace poslouží pro lepší orientaci v praktické části práce.

- **Pojistně matematická hodnota** (actuarial value) – procentuální hodnota celkových průměrných nákladů, které kryje pojišťovna. Pokud pojistný plán má pojistně matematickou hodnotu 70 %, pojištěnému zbývá zaplatit zbylých 30 % nákladů na zdravotní služby. Celková zaplacená částka vždy závisí na pojistné smlouvě.
- **Pojistné** (premium) – pravidelný měsíční poplatek zdravotní pojišťovně. Společně s pojistným musí pojistitel platit další poplatky při využívání zdravotních služeb. Při výběru pojistného plánu se často nevyplatí hledět na ten s nejnižší sazbou pojistného, neboť takovéto plány mají většinou vyšší odpočty.
- **Odpočet** (deductible) – částka, která musí být zaplacena z vlastních zdrojů, než začne hradit výdaje zdravotní pojišťovna. Pro představu – s odpočtem 2000 USD, musí pojištěný za svou péči zaplatit prvních 2000 USD ze svých zdrojů a částku nad 2000 USD hradí již pojišťovna. Po zaplacení odpočtu, pojištěnému většinou zbývá zaplatit jen fixní platbu nebo soupojištění.
- **Fixní platba** (copayment) – fixní částka, např. 20 USD, kterou pojištěnec zaplatí po uhrazení odpočtu za každé vyšetření nebo návštěvu lékaře. Tyto částky se většinou

liší v závislosti na poskytnuté službě (laboratorní testy, předepsané léky, návštěvy specialistů...) Znovu platí, že pojistné plány s nižšími sazbami pojistného mají vyšší spoluúčast a vice versa plány s vyššími sazbami mají spoluúčast nižší.

- **Soupojištění** (coinsurance) – procento nákladů na poskytnutou péči, například 20 % , hrazené po zaplacení odpočtu. Pro představu – při vážnějším úrazu s fakturou za 12000 USD, s plánem s odpočty 3000 USD a soupojištěním 20 % , by pojištěnec platil 3000 USD za odpočet + 20 % ze zbývajících 9000 USD, tedy 3000 USD + 1800 USD = 4800 USD. Soupojištění je v tomto případě právě 1800 USD.
- **Out-of-pocket maximum** – maximální částka, kterou pojištěnec zaplatí v pojistném roce. Po zaplacení tohoto maxima v odpočtech, spoluúčasti a soupojištění, pojišťovna hradí 100 % všech nákladů na zdravotní péči. Do tohoto limitu se však nezapočítávají náklady jako pojistné, nebo zákroky a služby nekryté plánem. Pro rok 2016 bylo toto maximum pro jednotlivce 6850 USD a 13700 USD pro rodinný plán. V roce 2017 se částky zvýšily na 7150 USD, respektive 14300 USD.
- **Federální úroveň chudoby** (Federal Poverty Level) – měřítko pro výpočet způsobilosti pro účast na federálních programech, dále také označováno jako FPL. (U.S. Centers for Medicare&Medicaid services, 2017)

1.3.1 Zdravotní pojištění

První zmínky o pojištění ve Spojených státech se vyskytují kolem doby války Severu proti Jihu, jednalo se ale spíše o pojistky proti zraněním, např. při cestování vlakem, nebo parníkem. Trh se zdravotním pojištěním téměř neexistoval, protože nebyl ve svém smyslu potřeba, neboť na trhu neexistovalo mnoho zdravotních služeb. Lékařství bylo ve svých počátcích a dovednosti doktorů velmi omezené, tzn. pokud člověk závažně onemocněl, bylo velmi pravděpodobné, že zemře. (Health Insurance Association of America, 1997) Později, v roce 1929 vzniklo partnerství mezi místními nemocnicemi a jejich finančně slabšími pacienty, s názvem Blue Cross, které vzniklo na základě prototypu vytvořeného Justinem Ford Kimballem z Baylor University v Dallasu. Jeho univerzitní plán poskytoval učitelům pojištění, za které platili 50 centů měsíčně, a poskytoval jim ročně možnost využít 21 dnů hospitalizace. (Blue Cross Blue Shield, 2017) V roce 1939 vznikl Blue Shield, který se zrodil jako důsledek snahy zaměstnavatelů důlních a lesnických společností na poskytování zdravotních služeb pro své zaměstnance skrze smlouvy s jednotlivými lékaři. Pojistné se

platilo měsíčně. Obě společnosti dlouhá léta spolupracovaly a v roce 1982 utvořily jednotné sdružení Blue Cross Blue Shield. (Lichtenstein, 2012).

1.3.2 Pojištění poskytované zaměstnavatelem[2]

Největší objem zdravotního pojištění ve Spojených státech je tradičně poskytováno skrze zaměstnavatele. Tento jev vychází z období druhé světové války, kdy poptávka po pracovní síle výrazně převyšovala nabídku, a firmy, z důvodu zavedených fixních mezd v rámci 1942 Stabilization Act, nemohly lákat nové pracovníky na vyšší mzdy. V roce 1943 však War Labor Board[3] rozhodl, že omezení se netýká případných benefitů, jako např. zdravotního pojištění. Proto firmy navyšovaly počty svých zaměstnanců, které lákaly právě na zdravotní pojištění v rámci zaměstnaneckých benefitů. (Buchmueller, a další, 2009). Pojištění je financováno přímo zaměstnavatelem nebo ze společných fondů zaměstnanců se zaměstnavateli.

1.3.3 Medicare

Medicare je národní zdravotní program Spojených států amerických, vedený, financovaný a spravovaný federální vládou. Byl uzákoněn v roce 1965 v rámci článku XVIII a článku XIX Social Security Administration Amendments, společně s Medicaid. Oba programy vešly v platnost v roce 1966. Hlavním cílem Medicare je poskytnout zdravotní péči občanům starším 65 let a určitým skupinám lidí s postižením[4]. Přibližně 16 % Američanů využívá systému Medicare, z čehož naprostou většinu tvoří právě senioři. (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2016) Američané si programu velmi cení a považují ho za jeden ze základních pilířů jejich sociálních jistot. (Janečková, a další, 2009) Medicare se dělí na 4 základní části.

Medicare Part A – nemocniční pojištění

Je poskytováno zdarma oprávněným občanům Spojených států nebo lidem, kteří na daném území žijí alespoň 5 let. Tento druh pojištění pokrývá základní hospitalizaci, krátkodobé pečovatelské služby, péči v hospici a domácí zdravotní péči. Stále je však nutné hradit určité náklady. Například při hospitalizaci pacient platí prvních 60 dnů odpočet 1316 USD bez dalších nákladů. Mezi 61. až 90. dnem je fixní poplatek 329 USD/den. Při hospitalizaci delší

[2] V angličtině používané employer-provided insurance / employer-sponsored coverage.

[3] Agentura vlády Spojených států, která měla za cíl zabránit stávkám v době války.

[4] Stanovené správou sociálního zabezpečení, např. ledvinové choroby, amyotrofická laterální skleróza a další.

než 90 dnů je účtován poplatek 658 USD za každý započatý ‘‘lifetime reserve day‘‘[5]. Po vyčerpání všech ‘‘lifetime reserve‘‘ dnů pacient platí veškeré náklady.

Medicare Part B – zdravotní pojištění

Chápáno jako doplněk k Medicare Part A, není možno být registrován pouze v části B. Pokud pacient nemá zdravotní pojištění poskytnuté přes svého zaměstnavatele nebo zaměstnavatele manželky/manžela je účast v tomto programu povinná. Ceny pojistného se pohybují od 134 USD do 429 USD v závislosti na výši hrubých ročních příjmů uvedeném v daňovém přiznání z předloňského roku. Uvedené částky jsou většinou strhávány přímo z dávek sociálního zabezpečení.

Tabulka 1: Výše pojistného Medicare B

Příjem v roce 2015		*Pojistné v roce 2017*
Daňové přiznání jednotlivce	*Daňové přiznání domácnosti*	
do $85 000	do $170 000	$134
$85 001 - $107 000	$170 001 - $214 000	$187,50
$107 001 - $160 000	$214 001 - $320 000	$267,90
$106 001 - $214 000	$320 001 - $428 000	$348,30
nad $214 000	nad $428 000	$428,60

Zdroj: Medicare & You 2017

Toto pojištění pokrývá všechny výše uvedené případy z Medicare Part A, a k tomu navíc ambulantní péči, domácí zdravotní služby, zdravotní pomůcky (berle, ortézy atd.), prevenci a další služby. Medicare B má pro rok 2017 stanoven fixní odpočet 183 USD a soupojištění 20 % .

Medicare A a Medicare B jsou programy federální vlády, souhrnně také označované jako ‘‘Original Medicare‘‘. Lidé mají dále možnost využít ‘‘Medigap‘‘ programy, které jsou nabízeny soukromými subjekty a pomáhají hradit náklady na odpočty a soupojištění nebo přidávají další benefity.

[5] Dodatečné dny, které pokryje Medicare při hospitalizaci delší jak 90 dnů. Těchto dnů může pacient za život použít maximálně 60.

Medicare Advantage

Neboli Medicare Part C je příležitost pro soukromé zdravotní pojišťovny[6] na poskytnutí zdravotního pojištění, splňující nebo převyšující výhody a služby z Original Medicare. Pojistka však nemusí splňovat všechny služby na stejné úrovni, pokud se podaří uspořit část nákladů, pojišťovna může tuto úsporu přenést na pojištěnce. Medicare Advantage může nabízet krytí navíc, například pro oddělení oční, ušní, dentální, wellness a další. Zdravotní péče není poskytována centrálně, nýbrž skrze soukromé pojišťovny, to znamená, že pojištěnec si musí vybírat zdravotní služby z participujících lékařů a zdravotnických center ve smluvní síti, nebo musí počítat s dalšími příplatky. Platby za Medicare Advantage se liší v závislosti na poskytovateli.

Medicare Part D

Zahrnuje krytí léků na předpis. Jednotlivci musí být součástí Medicare A nebo B a mohou si vybrat pojistku dle vlastního uvážení. Tyto pojistky jsou utvářeny a spravovány soukromými pojišťovnami, ale schvalovány a financovány federální vládou. Všechny pojistné plány musí krýt alespoň 2 léky z 148 kategorií. Účast v programu není povinná, avšak pokud se pacient rozhodne vstoupit do systému později, může mu být udělen dodatečný poplatek. (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2016)

1.3.4 Medicaid

Jedná se o formu zdravotního pojištění pro nízkopříjmové a jiné rizikové skupiny obyvatel. Na rozdíl od Medicare, který je financován i spravován federální vládou, je Medicaid financován federálním rozpočtem společně se státními rozpočty, ale je spravován na státní úrovni. Určujícím kritériem pro zapojení se do programu je příjem. Pokud je příjem nižší, než životní minimum, označované jako federální úroveň chudoby (Federal Poverty Level), má žadatel nárok na účast v programu. Jednotlivé státy si mohou míru FPL, při které mají občané nárok na zapojení se do Medicaid, stanovit sami. (Hnilicová, 2009) Pro představu, hranice chudoby pro čtyřčlennou rodinu v roce 2017 byla stanovena na ročním příjmu 24 600 amerických dolarů. V roce 2015 žilo v USA 13,5 % obyvatel s příjmem pod hranicí chudoby (v roce 2015 byla pro čtyřčlennou rodinu FPL 24 250 USD) (Proctor, a další, 2016)

[6] Schválené federálním U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services.

Tabulka 2: Federální úroveň chudoby pro rok 2017

Velikost domácnosti	***18%***	***50%***	***100%***	***138%***	***155%***	***221%***	***300%***
1	$2 171	$6 030	$12 060	$16 643	$18 693	$26 653	$36 180
2	$2 923	$8 120	$16 240	$22 411	$25 172	$35 890	$48 720
3	$3 676	$10 210	$20 420	$28 180	$31 651	$45 128	$61 260
4	$4 428	$12 300	$24 600	$33 948	$38 130	$54 366	$73 800
5	$5 180	$14 390	$28 780	$39 716	$44 609	$63 604	$86 340
6	$5 933	$16 480	$32 960	$45 485	$51 088	$72 842	$98 880
7	$6 685	$18 570	$37 140	$51 253	$57 567	$82 079	$111 420
8	$7 438	$20 660	$41 320	$57 022	$64 046	$91 317	$123 960

Zdroj: Healthcare.gov, vlastní úprava.

Jednotlivé státy zvyšují úroveň příjmů pro zařaditelnost do programu Medicaid v závislosti na výši svých daňových příjmů, některé státy dokonce až na více jak 1,5 násobek FPL (například Connecticut – 155 % FPL) a jiné státy považují za chudobu pouze zlomek ročních příjmů v porovnání s ostatními státy (například Alabama – 18 % FPL). Pro představu, pokud čtyřčlenná rodina žijící ve státě Connecticut má kombinovaný roční příjem 38 129 USD, stává se oprávněnou pro využívání programu Medicaid. Ve státě Alabama je tato hranice mnohem nižší, stejně početná rodina je považována za ‘‘dostatečně chudou‘‘ k využívání programu, jen pokud kombinované roční příjmy domácnosti nepřesahují 4 428 USD. Programu Medicaid využívají především tyto skupiny občanů: nemajetní lidé s nižším příjmem než je hranice chudoby, těhotné ženy, samoživitelky, práce neschopní občané, slepci a další. (Hnilicová, 2009) (Kaiser Family Foundation)

1.3.5 Children’s Health Insurance Program (CHIP)

CHIP poskytuje zdravotní péči s nízkými náklady dětem v rodinách, které vydělávají příliš mnoho peněz na získání nároku na Medicaid, ale zároveň nemají dostatečné finanční prostředky na zajištění soukromého pojištění. V některých státech CHIP zahrnuje i těhotné ženy. Každý stát nabízí pokrytí CHIP a úzce spolupracuje se svým státním programem Medicaid za dodržování federálních kritérií. Při jeho založení v roce 1997 byl SCHIP[7] největší expanzí zdravotního pojištění financovaného daňovými poplatníky pro děti v USA od doby, kdy Lyndon Johnson zřídil Medicaid v roce 1965. Poskytované benefity CHIP se v jednotlivých státech liší. Všechny státy však poskytují komplexní pokrytí, včetně:

[7] V době založení byl oficiální název State Children’s Health Insurance Program neboli SCHIP. Nyní se používá pouze označení CHIP.

- rutinních prohlídek,
- imunizací,
- lékařských návštěv,
- léků na předpis,
- zubní a vizuální péče,
- ústavní a ambulantní péče v nemocnicích,
- laboratorních a rentgenových služeb,
- nouzových služeb.

Náklady na CHIP jsou následující: rutinní lékařské prohlídky a zubní návštěvy jsou v rámci programu zdarma, mohou se však vyskytovat fixní platby (copayments) za jiné služby. Některé státy vyžadují měsíční placení pojistného. Náklady se v jednotlivých státech liší, ale nikdy nesmí převýšit 5 % příjmů domácnosti. (HealthCare.gov)

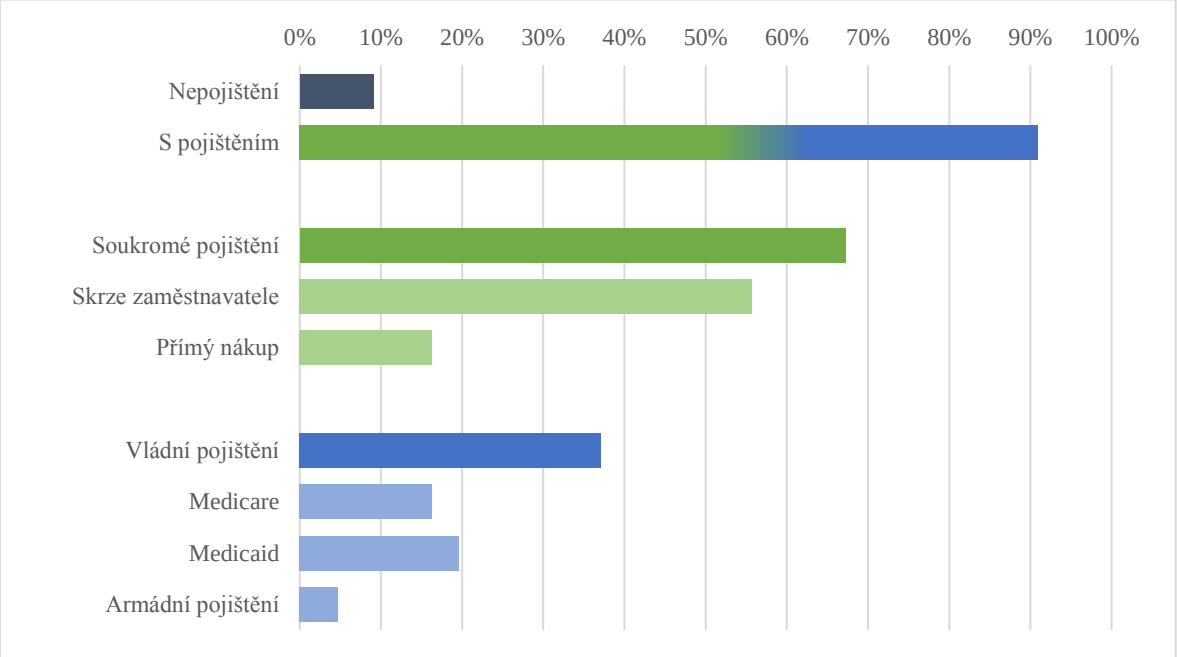
1.3.6 Veteran Health Administration

Veteran Health Administration je vládní program financovaný federální vládou pro podporu vojenských veteránů, aktivních vojáků a jejich rodin. Jedná se o největší integrovaný systém zdravotní péče ve Spojených státech, poskytující zdravotní péči ve více než 1700 zdravotnických zařízeních sloužících více než 8,9 milionům veteránů ročně. VHA se řadí mezi nejlepší poskytovatele zdravotní péče v zemi. (U.S. Department of Veteran Affairs) Pro veteránskou kvalifikaci je zapotřebí odsloužit minimálně 24 měsíců aktivní vojenské služby nebo celou dobu, po kterou byl voják povolán. Zároveň s danou osobou musí být rozvázán vztah z jiných důvodů, než nečestných.

1.3.7 Struktura zdravotního pojištění

Níže uvedený graf zobrazuje rozdělení trhu se zdravotním pojištěním. Zelená barva představuje zdravotní pojištění zakoupené na soukromém trhu, z čehož největší část tvoří pojištění získané skrze zaměstnání. Jen menší část tvoří lidé, kteří si pojištění pořizují na trhu sami. Modrá barva zastupuje podíl vládních programů na celém trhu. Zde největší podíl tvoří program Medicaid, trochu menší podíl je připsán programu Medicare. Armádní zdravotní pojištění představuje nejmenší část celého trhu. Přestože se zdravotnictví Spojených států řadí do tržního modelu, vládní podíl je značný.

Graf 2: Struktura zdravotního pojištění v USA k roku 2015



Zdroj: US Census Bureau

2 Komparace zdravotnických reforem

V praktické části bakalářské práce bude nejprve zanalyzována reforma Patient Protection and Affordable Care Act z roku 2010. Budou představeny její výsledky společně s dopady na občany Spojených států a na americký státní rozpočet. Dále bude vytvořena analýza republikánského návrhu zákona American Health Care Act z března 2017. Ke konci práce budou tyto legislativy komparovány na modelových případech s agenty využívajících těchto dvou zdravotnických systémů.

2.1 Patient Protection and Affordable Care Act

Při prezidentských volbách v roce 2008 ve Spojených státech amerických patřilo vyřešení otázky zdravotnického systému mezi klíčové volební témata obou kandidátů (senátor Barack Obama za demokraty na jedné straně a senátor John McCain za republikány na straně druhé). John McCain navrhoval ‘‘tax credits‘‘ na zdravotní pojištění zakoupené na jednotlivých trzích, což mělo podle odhadů snížit počet nepojištěných o 2 miliony lidí do roku 2018. Barack Obama navrhoval soukromé a veřejné skupinové pojištění, dotace na základě příjmů, ochranu spotřebitelů a rozšíření Medicaid a CHIP změny měly mít za následek snížení počtu nepojištěných osob o 33,9 milionů lidí. (Collins, a další, 2008) Dva roky po zvolení Baracka Obamy prezidentem, v roce 2010, byl 111. kongresem Spojených států amerických přijat federální zákon Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA, také lidově přezdívaný Obamacare). Prezidentem byl podepsán 23. března téhož roku. Jednalo se o největší regulatorní změnu amerického zdravotnictví od zavedení Medicare a Medicaid v roce 1965.

Reformou bylo zavedeno několik nových regulací. Jednou z hlavních je tzv. Guaranteed Issue, který přikazuje poskytovatelům pojistit kohokoliv, bez ohledu na zdravotní stav, pohlaví, věk nebo jiné faktory, které by mohly determinovat využívání zdravotních služeb. Další z regulací je Community Rating – pravidlo, které zabraňuje pojišťovnám účtovat různé výše pojistného v rámci zeměpisné oblasti na základě věku, pohlaví, zdravotního stavu nebo jiných faktorů. V tomto bodě však nastává problém. Pokud nikomu nemůže být odepřeno zdravotní pojištění a zároveň pokud nikdo není nucen platit více onemocní-li, zdraví lidé nemají důvod se pojistit. Zdraví lidé by tedy teoreticky mohli žít bez pojištění a pojistit se pouze v případě, že náhle onemocní, a to za stejnou cenu, kterou by platili před onemocněním. Pokud by si pojištění platili pouze nemocní lidé, průměrné ceny pojistného by rostly, a to by vedlo k dalšímu odlivu zdravých lidí ze systému, což by nadále vedlo k dalšímu růstu pojistného a vytvořila by se tzv. spirála smrti pro soukromé pojišťovny.

Z tohoto důvodu je nutné přesvědčit lidi k nákupu zdravotního pojištění. Řešení bylo nalezeno v Individual Mandate, neboli individuální povinnosti mít zdravotní pojištění. Pokud občan tuto podmínku nesplní, bude platit pokutu. Tato povinnost povede k přílivu zdravých lidí do systému, což bude držet ceny pojistného na nižších hodnotách. Vyvstává však otázka, jak donutit lidi platit za něco, co si nemohou dovolit? Reforma PPACA na tuto otázku odpovídá dotacemi, na které mají nárok lidé, jejichž příjmy se pohybují pod 400% hranicí chudoby. Výše zmíněné faktory (regulace, individuální povinnost a dotace) tvoří základní pilíře celé reformy, bez kterých by zákon nemohl fungovat. (Carroll, 2013)

2.1.1 Individual Mandate

V rámci zajištění správného fungování systému je nezbytné, aby co nejvíce lidí do systému přispívalo. Pokud si občan odmítne zajistit zdravotní pojištění na své náklady, musí uhradit pokutu. Toto opatření vešlo v platnost 1. října 2014. Výše pokuty se odvíjí buďto od ročního příjmu domácnosti, nebo se jedná o pevně stanovenou částku, podle toho, která z těchto plateb je vyšší. Výše pokut se vyvíjí a mění v čase.

Tabulka 3: Výše pokut při nesplnění povinnosti získat pojištění

rok	*procento z příjmů*	*pokuta pro jednotlivce*	*maximální pokuta pro domácnost*
2014	1,0%	$95	$285
2015	2,0%	$325	$975
2016	2,5%	$695	$2 085
2017	2,5%	$695	$2 085

Zdroj: Healthcare.gov/fees

2.1.2 Employer mandate

Zákon Affordable Care Act přímo nevyžaduje, aby podniky poskytovaly zdravotní pojištění svým zaměstnancům, ale příslušní velcí zaměstnavatelé mohou čelit pokutám, pokud nenabídnou svým zaměstnancům volbu zdravotního pojištění splňující určitá kritéria. Employer Shared Responsibility Provision of the Affordable Care Act, neboli zákon o sdílené odpovědnosti zaměstnavatele, penalizuje takové zaměstnavatele, kteří buď nenabízejí pokrytí, nebo nenabízejí pokrytí zajišťující minimální zdravotnické výhody a cenovou dostupnost. Tyto sankce se vztahují na podniky s 50 nebo více zaměstnanci na plný úvazek.

2.1.3 Dotace na zdravotní pojištění

Dotování zdravotního pojištění jednotlivců je důležitým pilířem PPACA. Existují dva druhy dotací od federální vlády pro individuální plány zdravotního pojištění:

- The Advanced Premium Tax Credit – snižuje měsíční platbu zdravotního pojištění
- Cost Sharing Reduction – snižuje ‘‘out-of-pocket‘‘ náklady, které byly zaplaceny za období (obvykle rok) za obdrženou zdravotní péči. To zahrnuje odpočty, soupojištění a fixní platby, které dohromady tvoří ‘‘out-of-pocket maximum‘‘

Nárok na dotace se určuje v závislosti na ročním příjmu ve vztahu k FPL, velikosti domácnosti a ceně zdravotního pojištění v místě bydliště. Hlavním faktorem je však příjem. Pokud roční příjem žádajícího o dotaci je až čtyřnásobek federální úrovně chudoby, což je až 47 000 USD pro jednotlivce nebo 97 000 USD pro čtyřčlennou rodinu, může být dotace přidělena. O příjem dotace se žádá při vyplňování daňového přiznání.

2.1.4 Deset vyžadovaných zdravotních služeb ve všech pojistných plánech

V rámci zákona je po poskytovatelích zdravotního pojištění na trhu jednotlivců a malých skupin nově vyžadováno zajištění krytí následujících deseti služeb ve všech nabízených pojistných plánech:

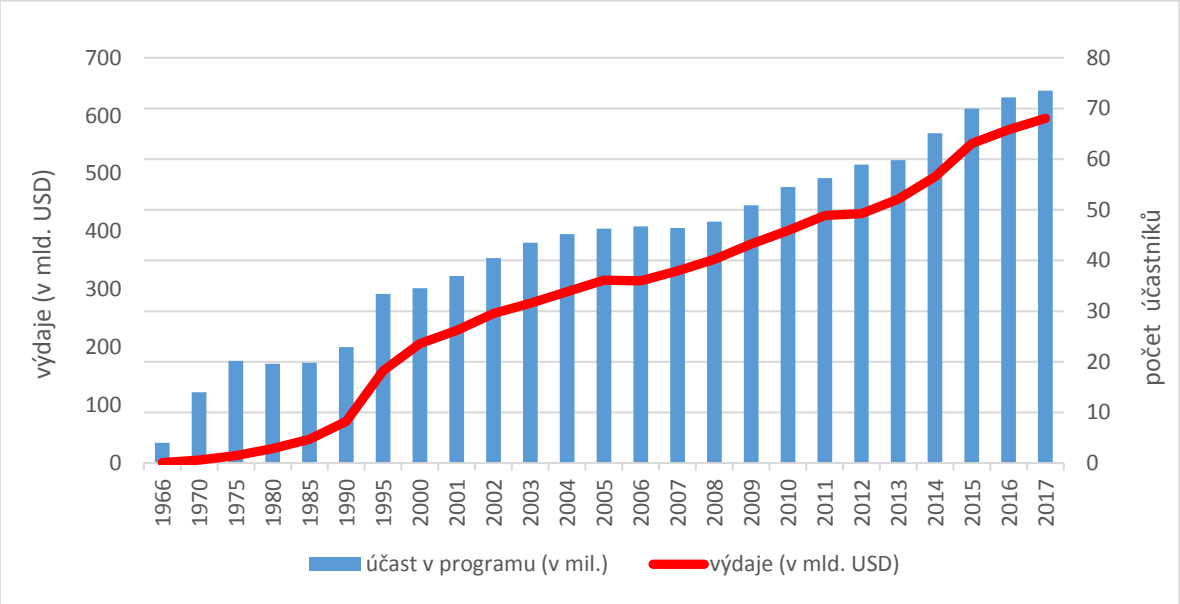
- ambulantní péče,
- pohotovost,
- lůžková péče (hospitalizace),
- mateřská a novorozenecká péče,
- služby duševního zdraví a poruchy užívání návykových látek,
- léky na předpis,
- rehabilitační a habilitační služby a pomůcky,
- laboratorní služby,
- preventivní a wellness služby a léčba chronických nemocí,
- pediatrické služby a péče o ústní dutinu a zrak.

2.1.5 Rozšíření Medicaid a CHIP

Přestože byl zákon přijat v roce 2010, hlavní změny ve zdravotnictví začaly platit až k 1. říjnu 2014. Mezi nejdůležitější změny ve zdravotnictví, které vešly v platnost v roce 2014, patří rozšíření Medicaid a CHIP. Nově byla rozšířena pravomoc jednotlivých států na

poskytování zdravotního pojištění i lidem, kteří nedosáhli věku 65 let a nemají vyšší příjmy než 133 % federální úrovně chudoby. Následující graf zobrazuje vývoj počtu účastníků v programu od vzniku Medicaid až do roku 2016[8] společně s celkovými náklady na program. Zvyšování počtu osob zařazených do programu je převážně financováno z federálního rozpočtu. Jen mezi lety 2014 a 2016 se zvýšily výdaje na financování Medicaid o 81,2 mld. amerických dolarů

Graf 3:Vývoj výdajů a počtu účastníků v programu Medicaid



Zdroj: (Statista, 2017a), (Statista, 2017b)

[8] za rok 2017 je zobrazena predikce

2.1.6 Daňové reformy

Zákon PPACA stanovil několik poplatků a daní určených k vytváření příjmů, které pomáhají financovat výdaje vyplývající z daného zákona. Mezi ně například patří:

- ***Comparative effectiveness research fee (CERF)*** – zákon PPACA založil *Výzkumný institut zaměřený na výsledky pacientů*[9], který financuje a provádí výzkum určující efektivitu různých forem zdravotnických služeb, které léčí, řídí, diagnostikují nebo předcházejí nemocem a zraněním. Činnost institutu je částečně financována z poplatků zdravotních pojišťoven a částečně ze skupinových zdravotních pojištění.
- ***Health insurance industry fee*** – pomáhá financovat PPACA poplatkem uvaleným na zdravotní pojišťovny. Pro rok 2014 tento poplatek představoval 8 miliard USD a ročně se zvyšuje, než dosáhne v roce 2018 14,3 miliard USD. Poplatek je založen na podílu každého pojistitele (všechny pojišťovny zdravotních rizik v USA) na základě celkového objemu zdanitelného zdravotního pojištění[10]. Po roce 2018 se poplatek bude proporcionálně zvyšovat spolu s růstem cen pojistného.
- ***Reinsurance fee*** – poplatek na zdravotní plány činící 25 miliard USD, který bude vybrán během tříletého období mezi lety 2014 – 2016. Většina vybraných prostředků bude určena k financování zajišťovacího programu, který má snížit dopad negativního výběru na jednotlivé trhy. Poplatek se vztahuje přímo na pojištěné a na velké zdravotnické plány, platné k 1. lednu 2014. Pro rok 2014 činí suma poplatků 12 mld. USD, v roce 2015 se jedná o 8 mld. USD a v roce 2016 zbylých 5 mld. USD.
- ***Excise ‘‘Cadillac‘‘ Tax*** – trvalá každoroční daň na vysoko nákladové zdravotní pojištění sponzorované zaměstnavatelem. Jejím účelem je snížení nadměrných výdajů zaměstnanců a zaměstnavatelů na zdravotní péči. Zároveň pomáhá s financováním rozšiřování zdravotního krytí. Výše daně je 40 % z nákladů na zdravotní pojištění, které přesahují předem stanovené částky[11]. Původním plánem bylo zavést daň v roce 2018, ale 18. prosince 2015 byl Kongresem schválen dvouletý odklad na rok 2020. (Cigna)

[9] Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI)

[10] V roce 2015 byl tento poplatek pozastaven pro rok 2017

[11] 10 000 USD pro jednotlivce / 27 500 USD pro domácnosti

2.1.7 Kategorizace pojistných plánů

Při výběru pojistného plánu má zákazník možnost vybrat si na základě svého zdravotního stavu a finanční situace z několika kategorií. Plány jsou pojmenovány podle typů drahých kovů od bronzového po platinový a jsou založeny na tom, jak plán rozděluje náklady mezi zdravotní pojišťovnu a pojištěnce. Následující tabulka zobrazuje toto rozdělení.

Tabulka 4: Kategorizace pojistných plánů

Kategorie plánu	*Náklady hrazené pojišťovnou*	*Náklady hrazené pacientem*
Bronzový	60 %	40 %
Stříbrný	70 %	30 %
Zlatý	80 %	20 %
Platinový	90 %	10 %

Zdroj: (Healthcare.gov, 2017)

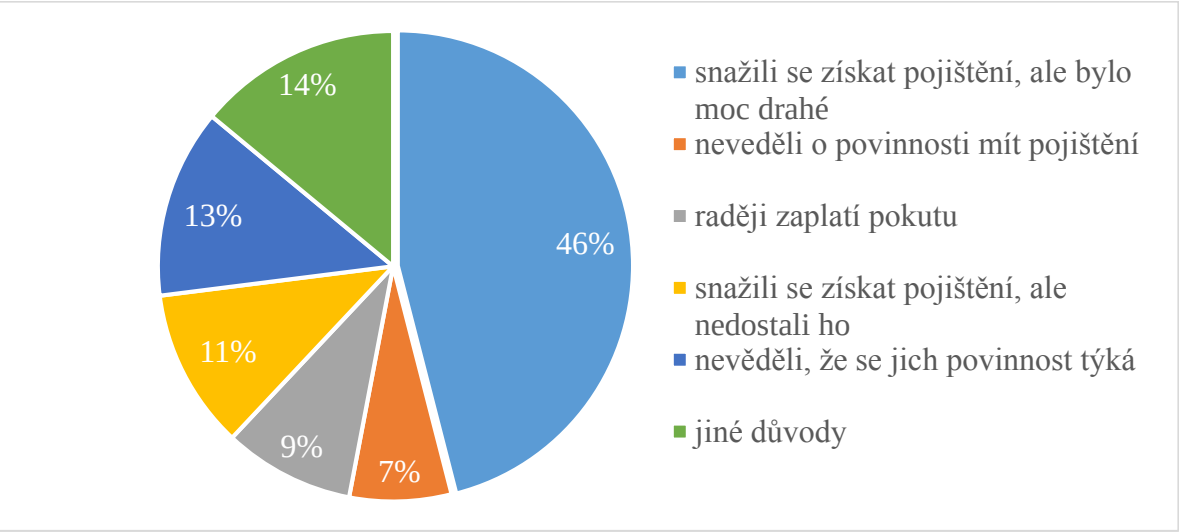
Plány nemají nic společného s kvalitou poskytované péče, všechny musí pokrývat daný balíček služeb, mezi které patří např. lékařské kontroly, porod dítěte, nouzovou péči nebo léky na předpis. Bronzové plány mají nízké měsíční platby (premiums), ale vysoké odpočty (deductibles). Jsou výhodné pro zdravé lidi, kteří obvykle využívají zdravotnických zařízení méně. Stříbrné plány mají již vyšší účast pojišťoven při hrazení nákladů a zlaté a platinové plány stojí nejvíce na měsíčních platbách, ale odpočty jsou již mnohem nižší. Zlatých a platinových plánů tedy logicky nejvíce využívají lidé, kteří vlivem svých zdravotních problémů navštěvují často lékaře. Speciální skupinu představují takzvané Catastrophic health plans. Mohou jich využívat pouze lidé pod 30 let nebo lidé s určitými výjimkami (většinou z důvodu nedostupnosti). Tyto plány mají nízké měsíční platby, ale velmi vysoké odpočty - pro rok 2017 platí jednotná částka 7150 USD. Po zaplacení této sumy jsou veškeré náklady hrazeny pojišťovnou.

2.1.8 Struktura hlavních příčin nepojištěných v roce 2015

Přestože nejčastější forma získání pojištění je prostřednictvím zaměstnavatele, ne každý zaměstnanec má tuto možnost. Jeho zaměstnavatel pojištění nenabízí nebo si nemůže dovolit platit svou část měsíčních poplatků. Medicaid chrání nízkopříjmové osoby, ale některé státy tuto možnost značně omezují a málo lidí si může dovolit zdravotní pojištění bez dodatečné finanční pomoci. Náklady představují hlavní překážku pro pojištění nezajištěných. V roce 2015, dle údajů z Kaiser Family Foundation, 46 % nezajištěných dospělých uvedlo, že primárním důvodem, proč nebyli pojištěni, bylo to, že pojištění bylo příliš nákladné. Ačkoli je finanční pomoc k dispozici mnoha zbylým nepojištěným v rámci PPACA, ne každý má nárok na bezplatné nebo dotované krytí.

Někteří jednotlivci zůstávají nepojištění, protože nevěděli o požadavku na zdravotní pojištění (7 %) nebo si mysleli, že se na ně požadavek nevztahuje (13 %). Přibližně 11 % respondentů uvedlo, že se pojištění snažili získat, ale nebyli schopni. Pro přibližně 9 % Američanů je výhodnějším řešením zaplatit pokutu a 14 % lidí uvedlo různé odpovědi, mezi které patří *''pro jiný důvod''*, *''nevím''* nebo *''jsem v procesu získávání pojištění''*. (Kaiser Family Foundation, 2016) Z výsledku průzkumu vyplývá, že až 1/5 respondentů buďto zcela nevěděla o povinnosti, nebo že se jich povinnost týká. Zde se nabízí otázka, jak kvalitní práci provedl státní byrokratický aparát v oblasti informovanosti občanů a zda zvolený styl kampaně dostatečně oslovil cílovou skupinu, pro kterou byla kampaň určená.

Graf 4:Hlavní důvody nebýt pojištěn

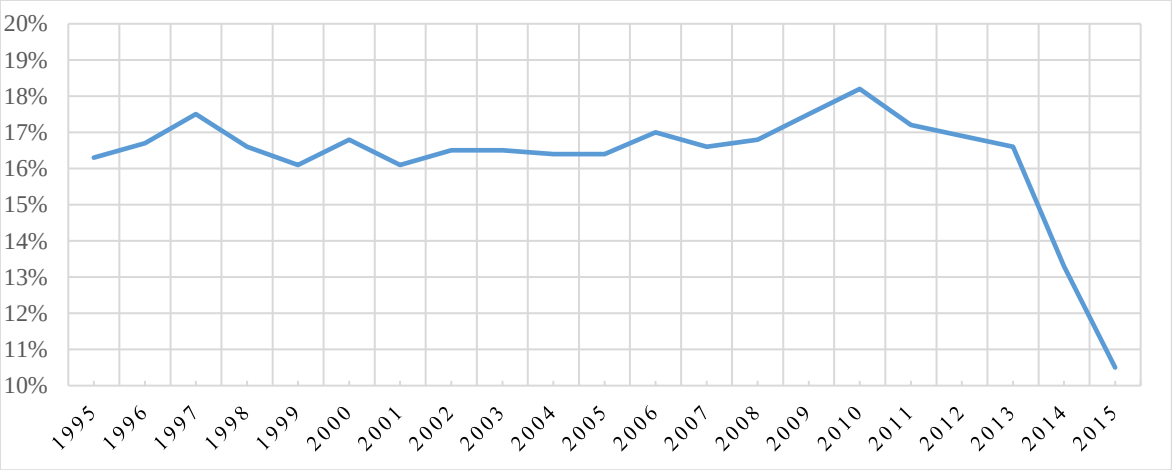


zdroj: Kaiser Family Foundation

2.1.9 Dopad reformy PPACA na míru osob bez zdravotního pojištění

Hlavním cílem reformy PPACA bylo zvýšení dostupnosti zdravotní péče pro chudší Američany a celkové snížení počtu nepojištěných osob ve zdravotnickém systému. Z části i z důvodu masivního nárůstu celkových výdajů do programu Medicaid se míra nepojištěných osob snížila z tradičních hodnot okolo 15 % na své historické minimum pod deseti procenty.

Graf 5: Vývoj míry počtu osob bez zdravotního pojištění mezi lety 1995 a 2015



Zdroj: Kaiser Family Foundation, vlastní úprava.

2.1.10 Cesta k American Health Care Act

Reforma PPACA je již od svého vzniku jedním z nejkontroverznějších politických témat Spojených států amerických. I přes svou krátkou historii proběhlo více jak 60 pokusů o její zrušení ze strany republikánů. Po prezidentských volbách z roku 2016 však dostali republikáni větší moc a již začátkem roku 2017 se snaží o nahrazení tohoto zdravotnického systému. Problémy zavedeného zákona vidí v oblasti ideologické, ekonomické i historické.

Začněme těmi ideologickými. Základním mechanismem Obamacare je, že Američanům, kteří si mohou dovolit zaplatit si zdravotní pojištění přímo od poskytovatele, jsou účtovány vyšší měsíční platby, aby pomohli platit na dotace poskytované těm, kteří si kupují pokrytí z vládních trhů. Jedná se tedy o typ redistributivní ekonomiky, který je neslučitelný s hodnotami republikánské strany. Konservativci dále vidí snahu zavést universální pojištění jako důkaz toho, že vláda zbytečně zasahuje do soukromého vztahu mezi lékařem a pacientem.

Dále tvrdí, že ekonomika Obamacare je nestálá. Měsíční platby podle nich stoupnou až o 22 %, protože mnoho pojistitelů přišlo o peníze tím, že jejich pojištěnci byli starší a nemocnější než očekávali. Tyto zvýšené náklady pak přenášejí na bohatší Američany. Republikáni tvrdí, že to představuje počátky selhání trhu: vyšší ceny odlákají zdravé lidi od registrace, což vyústí v další peněžní ztráty a ceny pojištění vzrostou, což povede ke zhroucení celého systému.

A konečně, mnozí pravicoví politikové považují PPACA za poslední kolo multigeneračního boje proti státní zdravotní péči. Na počátku svého prezidentského mandátu v roce 1945 vyzval prezident Harry Truman k rozšíření stávajícího systému povinného sociálního pojištění o zdravotní péči pro každého Američana. Americká lékařská asociace proti tomu vedla kampaň a vytvořila pro tento návrh perfektní frázi na její potopení – ‘‘sociální medicína‘‘. Fráze fungovala v době silných antikomunistických nálad jako politický dynamit. Když republikáni ovládli Kongres v roce 1946, politika byla zrušena. Vláda využila daňových úlev k povzbuzení firem, aby nabízely soukromé pojistné plány. Tím se de facto stalo zdravotní pojištění součástí zaměstnanosti. Následující demokratičtí prezidenti se při prosazování universálního zdravotnictví potýkali se silným odporem. Nálepka ‘‘sociální medicíny‘‘ se na PPACA uchytila téměř stejně tak rychle, jako na návrh prezidenta Trumana. (Johnson, 2016)

2.2 American Health Care Act

American Health Care Act (dále AHCA) je návrh zákona Spojených států amerických z března roku 2017 s cílem zrušit a nahradit zavedený PPACA. Návrh zákona prošel Sněmovnou reprezentantů Spojených států amerických 4. března 2017 a v polovině téhož roku mířil do Senátu, kde se střetl s opozicí.

2.2.1 Zásadní změny AHCA oproti PPACA

Asi nejcitelnější změnou nového návrhu AHCA je zrušení individuální povinnosti být pojištěn a zrušení pokut pro zaměstnavatele, kteří neposkytují svým zaměstnancům zdravotní pojištění. Toto opatření bude platit retroaktivně i za rok 2016. Dle projekcí Congressional Budget Office[12] (dále CBO) by tato změna měla za následek zvýšení počtu nepojištěných osob o 14 milionů v roce 2018. Mnoho lidí by také zrušilo své pojištění z důvodu zvýšení jejich měsíčních poplatků. Později, po dodatečných změnách v dotacích na trhu neskupinového pojištění a v programu Medicaid, by nárůst počtu nezajištěných osob v porovnání s PPACA vzrostl na 21 milionů do roku 2020 a dále na 24 milionů do roku 2026. Roční pokuty pro jednotlivce budou nahrazeny třicetiprocentním navýšením měsíčních poplatků po dobu 12 měsíců, pokud měl jednotlivec mezeru v pojištění delší jak 62 dní za poslední rok. To může nadále prohloubit negativní výběr, jelikož zdraví jedinci, kteří jsou již bez pojištění delší dobu jak 62 dnů, se nevrátí do systému dokud neonemocní – pokuta zůstává stejná, bez ohledu na dobu bez pojištění.

Zvýšení počtu nepojištěných osob mezi roky 2018 a 2026 by do značné míry vyplývalo ze změn v programu Medicaid. Nově by jednotlivé státy byly zbaveny možnosti rozšířit způsobilost pro zápis lidí do Medicaid vydělávající méně než 133 % FPL na 100 % FPL. Další zásadní změnou v programu Medicaid je požadavek zpětného krytí. Dle zákonu PPACA musí státní program Medicaid poskytovat až 3 měsíce zpětného krytí, pokud měl pacient během tohoto období na Medicaid nárok. Nově je navrhováno zkrátit retroaktivitu na měsíc, ve kterém se příjemce do programu zapsal. Navíc státy musí kontrolovat způsobilost jednotlivců pro účast v programu, ne později, jak každých 6 měsíců.

Další zásadní navrhovanou změnou jsou dotace na pojištění. Jak bylo výše zmíněno, v zákoně PPACA jsou podpory přidělovány na základě ročních příjmů. Nový návrh by

[12] Kongresový rozpočtový úřad (CBO) je nestranná federální agentura zajišťující rozpočtové a ekonomické informace Kongresu Spojených států.

vypočítával přidělovanou částku na základě věku žadatele. Tabulka 5 zobrazuje projekci rozdílů přidělených dotací na zdravotní pojištění v rámci PPACA a AHCA v roce 2026:

Tabulka 5: Ilustrativní ukázka dotací v rámci PPACA a AHCA na neskupinovém trhu v roce 2026

(Dollars)

	Premium[a]	Premium Tax Credit[b]	Net Premium Paid	Actuarial Value of Plan After Cost-Sharing Subsidies (Percent)[c]
Single Individual With Annual Income of $26,500 (175 percent of FPL)[d]				
Current Law				
21 years old	5,100	3,400	1,700	
40 years old	6,500	4,800	1,700	87
64 years old	15,300	13,600	1,700	
AHCA				
21 years old	3,900	2,450	1,450	
40 years old	6,050	3,650	2,400	65
64 years old	19,500	4,900	14,600	
Single Individual With Annual Income of $68,200 (450 percent of FPL)[d]				
Current Law				
21 years old	5,100	0	5,100	
40 years old	6,500	0	6,500	70
64 years old	15,300	0	15,300	
AHCA				
21 years old	3,900	2,450	1,450	
40 years old	6,050	3,650	2,400	65
64 years old	19,500	4,900	14,600	

Sources: Congressional Budget Office; staff of the Joint Committee on Taxation.

All dollar figures have been rounded to the nearest $50; AHCA = American Health Care Act; FPL = federal poverty level.

Větší rozdíl mezi cenami pojistného mladších a starších jednotlivců je dán změnou federální metodologie pro hodnocení věkových kategorií. Pod PPACA je rozdílné účtování pojistného na základě věku omezeno na poměr 3:1, tedy že starším občanům nemůže být účtováno na pojistném více jak trojnásobek pojistného nejmladšího. V návrhu AHCA je tento poměr zvýšen na 5:1. Zároveň dotace[13] přidělované na základě věku nereflektují příjmovou situaci jednotlivce. Pojištění se tedy stane levnějším pro mladší jednotlivce a dražším pro starší.

[13] Pod AHCA přejmenováno na Premium Tax Credits, neboli sleva na dani.

2.2.2 Patient and State Stability Fund

Mluvčí republikánů Paul Ryan, při prezentaci návrhu zákona 9. března 2017, uvádí jako jeden z problémů zavedeného zdravotnického systému Obamacare vysokou míru přerozdělování. Ve své prezentaci uvedl, že zdravá část populace platí vyšší pojistné, protože musí uhradit zvýšené náklady nemocné menšiny. To je prý hlavním důvodem, proč se PPACA dostává do spirály smrti a krachuje. Pro tyto zvýšené náklady je v AHCA určen takzvaný Patient and State Stability Fund. Tento fond je určen pro jednotlivé státy, které si samy mohou, určit kam a kolik finančních prostředků budou alokovat. Z federálního rozpočtu je plánováno ročně odvést jednotlivým státům celkem 15 miliard USD v letech 2018 a 2019 a dále pak 10 miliard USD každý rok počínaje rokem 2020 a rokem 2026 konče. Hlavní charakteristiky tohoto fondu jsou:

- státy mají značnou flexibilitu ve využívání přijatých prostředků,
- k získání finančních prostředků musí státy poskytnout odpovídající příspěvek,
- státům, které si nezažádaly o příspěvek, vytvoří federální vláda standardizovaný program zajištění,
- částka, kterou každý stát obdrží, bude založena na vzorci, který bere v úvahu vzniklé nároky státu, počet osob bez zdravotního pojištění a podíl pojišťoven na jednotlivých trzích.

Jak státy mohou využívat fondu

V navrhované legislativě mají státy patrnou volnost v rozhodování o využití získaných prostředků. Fond může být využit například v následujících situacích:

- k pomoci vysoko rizikovým osobám (bez přístupu ke zdravotnímu krytí skrze zaměstnavatele) k získání pojištění na trhu jednotlivců,
- poskytování pobídek pro vhodné subjekty, které by pomohly státu stabilizovat výši pojistného,
- snížení nákladů na poskytování zdravotního pojištění na trhu jednotlivců a trhu malých skupin,
- podpora přístupu k preventivním zdravotním a dentálním službám, péči o zrak nebo prevenci, léčbě a rehabilitaci osob s mentálním postižením a drogově závislým,
- podpora poskytovatelům zdravotní péče při snižování sdílených nákladů pacientů (např. odpočty a soupojištění).

Jak státy mohou získat prostředky

Aby měly státy nárok na prostředky z fondu už v roce 2018, musí si o ně zažádat nejpozději do 45 dní od možného zavedení zákona. Pro čerpání financí pro rok 2019 a následující roky, státy musí žádat vždy do 31. března předešlého roku. Žádost musí obsahovat návrh, k čemu budou prostředky využity, a dále také potvrzení o tom, že daný stát bude do fondu také přispívat. Pokud první žádost bude schválena, automaticky budou schváleny žádosti na následující roky.

Příspěvky pro státy, které si o prostředky nezažádaly

Součástí Patient and State Stability Fund je i případné řešení pro ty státy, které si o finance nezažádají. V takovém případě federální vláda zajistí standardizované zajištění na neskupinovém trhu a nahradí zdravotním pojišťovnám 75 % nároků fyzických osob v rozmezí 50 000 USD – 350 000 USD

Jak se vypočítávají příspěvky

Přidělené finance každého státu pro roky 2018 a 2019 budou založeny na celkových částkách vzniklých nároků pacientů a počtu celkového počtu osob bez zdravotního pojištění společně s tržním podílem participace jednotlivých pojistitelů v daném státě.

Osmdesát pět procent přidělených financí bude alokováno na základě celkových vzniklých nároků pacientů v daném státě v poměru s národní úrovní před třemi lety. Například částka, kterou by měl stát získat v roce 2018, by byla vypočítána na základě celkových vzniklých nároků v daném státě v roce 2015 v poměru k celkovým vzniklým nárokům pacientů na celonárodní úrovni v roce 2015.

Zbylých patnáct procent by bylo alokováno těm státům, ve kterých se mezi lety 2013 až 2015 zvednul počet nezajištěných osob s příjmy nižšími než 100 % federální úrovně chudoby, nebo těm státům, kde v roce 2017 bylo méně jak tři poskytovatelé zdravotního pojištění nabízející neskupinové krytí v rámci PPACA. V roce 2017 bylo v zemi 18 států, které měly méně jak 3 poskytovatele zdravotního krytí v rámci PPACA a 33 států by získalo nárok na finance z Patient and State Stability Fund. (Oliver Wyman Group, 2017)

2.2.3 Zrušení Medicare daní pro osoby s vysokým příjmem

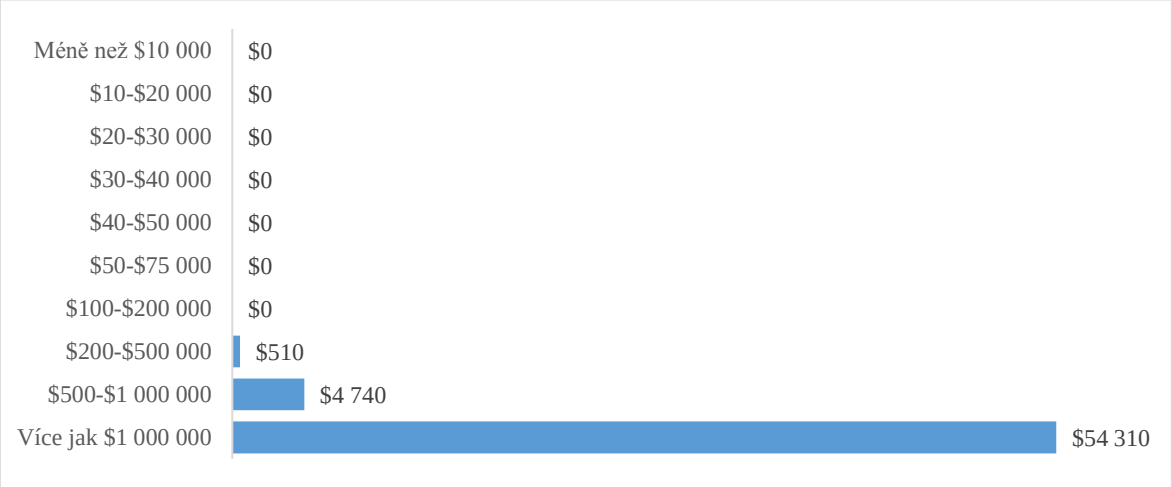
V návrhu zákona AHCA je, počínaje rokem 2018, plánováno zrušit dvě základní daně, které pomáhají financovat program Medicare. První ze zrušených by byla dodatečná ‘‘*Hospital Insurance*‘‘ daň, která zatěžuje vysoko příjmové skupiny obyvatel, konkrétně jednotlivce vydělávající více jak 200 000 USD[14] ročně, nebo páry společně vydělávající více než 250 000 USD ročně. Původní sazba byla 2,9 %, přičemž polovinu hradí zaměstnavatel a polovinu zaměstnanec. Následně reforma PPACA zvýšila sazby placené zaměstnancem o 0,9 % na 2,35 % (1,45 % + 0,9 %). Zvýšení daně platí až na částku překračující zmíněné příjmy. Například člověk vydělávající 300 000 USD ročně zaplatí 1,45 % z 200 000 USD a 2,35 % ze zbylých 100 000 USD. Právě toto dodatečné navýšení daně o 0,9 % je určeno ke zrušení.

Druhou daní, která je určena ke zrušení, je takzvaná ‘‘*Medicare tax on investment income*‘‘. Jedná se o daň z příjmů z investic jako jsou kapitálové zisky, dividendy, úroky a příjmy z pronájmu. Sazba této daně je 3,8 % z příjmů nad 200 000 USD pro jednotlivce a 250 000 USD pro páry vyplňující daňové přiznání dohromady.

Nejvíce by z těchto opatření těžily právě osoby s vysokým příjmem. Dle odhadů Tax Policy Center by největší podíl (79 %) z daňových slev v roce 2025 získali jedinci vydělávající více jak 1 milion USD ročně. Osoby vydělávající mezi 200 000 a 500 000 USD by ročně ušetřily v průměrů 510 USD. Graf 6 zobrazuje, kolik v průměru ušetří určité příjmové skupiny obyvatel. Osoby vydělávající mezi půl a jedním milionem by v průměru ušetřily 4 740 USD a průměrné úlevy ve výši 54 310 USD by získaly osoby s příjmy přesahující milion dolarů. Nejvíce si však polepší vrchních 0,1 % plátců s příjmy nad 5,9 milionů USD. Každý z těchto jedinců v průměru ročně ušetří až 250 000 USD a každý z vrchních 400 daňových poplatníků, kteří mají příjmy vyšší jak 300 milionů USD, ušetří v průměru přibližně 7 milionů dolarů.

[14] což je přibližně 1650 % FPL roku 2017

Graf 6: Průměrné slevy na dani dle příjmových skupin v roce 2025



Zdroj: Center on Budget and Policy Priorities, 2017.

Dle odhadů JCT by zrušení těchto daní celkem přišlo na 278 miliard USD mezi lety 2018 a 2028. Výpadek těchto příjmů by byl kompenzován snížením federálního financování programu Medicaid a výrazným snížením dotací pro nízko a středně příjmové skupiny obyvatel na zajištění zdravotního pojištění a zdravotní péče. (Center on Budget and Policy Priorities, 2017)

2.2.4 Dopady na federální rozpočet

CBO a JCT[15] odhadují, že přijetí legislativy by snížilo federální deficity o 337 mld. USD mezi lety 2017 a 2026. Výdaje by se během tohoto období snížily o 1,2 bilionu USD a příjmy by se snížily o 883 miliard USD.

Největší dopad na snížení schodku by vyplýval z rezerv na pojistné krytí. Tyto rezervy by dohromady představovaly částku 935 miliard dolarů v období 2017-2026. K tomuto číslu dospějeme odečtením nákladů od výnosů. Výnosy jsou tedy:

- snížení federálních výdajů na Medicaid o 880 miliard USD,
- úspory ve výši 673 miliard dolarů, které by byly důsledkem zrušení příspěvků PPACA na zdravotní pojištění zahrnující vratné daňové úlevy na podporu pojistného a dotace na snížení nákladů na sdílení nákladů v roce 2020.
- Úspory ve výši 70 miliard USD převážně ve spojení se změnami ve složení zdanitelných a nezdanitelných náhrad vyplývajících z čistého poklesu počtu osob, u

[15] The Joint Committee on Taxation (JCT) je nezávislým výborem Kongresu Spojených států amerických. JCT kooperuje s ekonomy, právníky a účetními, kteří pomáhají členům většinové i menšinové strany obou komor Kongresu v oblasti daňové legislativy.

kterých se odhadovalo, že se zaregistrují do zdravotních plánů poskytovaných zaměstnavatelem a

- úspory ve výši 6 miliard USD ze zrušení daňových náhrad malým zaměstnavatelům, kteří poskytují zdravotní pojištění svým zaměstnancům

Náklady pak představují:

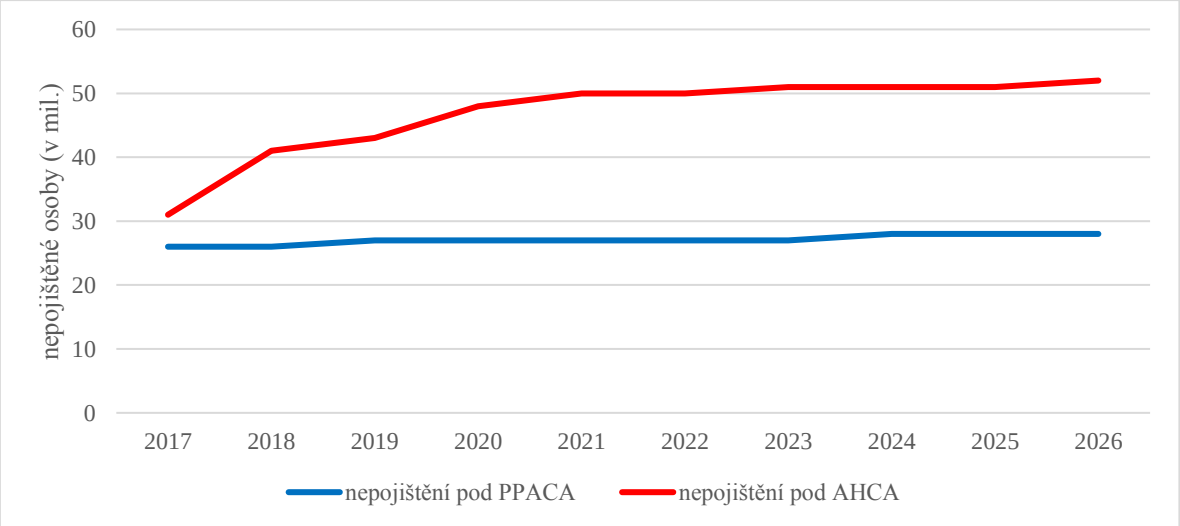
- daňové náhrady pro zdravotní pojištění stanovené legislativou v roce 2020 ve výši 361 miliard dolarů,
- snížení příjmů o 210 miliard dolarů odstraněním sankcí placených nepojištěnými osobami a zaměstnavateli,
- zvýšení výdajů vyplývající z nového programu Patient and State Stability Fund – 80 miliard USD.
- čistý nárůst výdajů v částce 43 miliard USD, vyplývající ze změn v platbách nemocnicím (v rámci programu Medicaid), které ošetřují zvýšený podíl pacientů s nízkými příjmy

2.2.5 Dopady na pokrytí zdravotním pojištěním

K odhadu rozpočtových dopadů CBO a JCT predikovala, jak by nová legislativa ovlivnila počet lidí, kteří pobírají federálně dotované pojištění skrze Medicaid prostřednictvím zaměstnavatele a neskupinovém trhu, jakož i na základě mnoha dalších faktorů. CBO a JCT předpokládá, že v roce 2018 by se počet pojištěných osob pod novou legislativou snížil o 14 milionů lidí proti zavedenému zákonu. Většina tohoto zvýšení by vyplývala ze zrušení sankcí spojených s individuální povinností být pojištěn. Někteří z těchto lidí by zrušili své stávající pojištění, protože pojištěni byli jen z důvodu vyhnutí se sankcím. Další část lidí by zrušila své pojištění z důvodu nárůstu jejich měsíčního pojistného, které by bylo nad jejich příjmové možnosti

Později, po dodatečných změnách v dotacích na neskupinovém trhu a po změnách v Medicaid, by počet nepojištěných osob narostl na 21 milionů v roce 2020 a dále na 24 milionů v roce 2026. Snížení pojistného krytí mezi lety 2018 a 2016 by do značné míry vyplývalo ze změn provedených do programu Medicaid. Některé státy by přestaly rozšiřovat způsobilost pro zápis do programu a ty státy, které rozšíření plánovaly, by se nakonec rozhodly způsobilost nerozšiřovat. Celkem by tedy v roce 2026 zůstalo nepojištěných 52 milionů lidí v porovnání s 28 miliony, kteří by byli nepojištění pod stávajícím zákonem v ten samý rok. Absolutní změny vyjadřuje následující graf.

Graf 7: Predikce vývoj počtu osob bez zdravotního pojištění – absolutní vyjádření



Zdroj: CBO

Následující tabulka zobrazuje zmiňované rozdíly dopadů obou zákonů na pojištění osob v procentuálním vyjádření.

Tabulka 6: Predikce vývoje počtu osob bez zdravotního pojištění

Rok	*2017*	*2018*	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	*2023*	*2024*	*2025*	*2026*
PPACA	9,52	9,49	9,82	9,78	9,78	9,75	9,71	10,04	10,04	10,00
AHCA	11,34	14,96	15,64	17,39	18,12	18,05	18,35	18,28	18,28	18,57

Uvedené hodnoty jsou v %

Zdroj: CBO

2.2.6 Hlavní změny v programu Medicaid

Dle odhadů CBO by všechny změny v programu Medicaid, snížily přímé vládní výdaje o 880 miliard USD během období 2017-2026. Toto snížení by primárně vyplývalo ze snížení počtu lidí v programu až o 14 milionů, což je přibližně sedmnácti procentní zvýšení ve srovnání se stávajícími právními předpisy. Některé změny by nastaly okamžitě po přijetí zákona a některé by začaly platit až v roce 2020. Celkové výdaje na Medicaid by se měly snížit o 25 % v roce 2026

Ukončení rozšířených federálních fondů pro nové účastníky z rozšíření způsobilosti pro Medicaid

Podle stávajícího zákona je státům povoleno rozšířit způsobilost pro účast v Medicaid dospělým jedincům mladším 65 let, jejichž příjem se rovná nebo je nižší jak 138 % FPL (dále také ‘‘nově způsobilí‘‘). Federální vláda hradí za tyto jednotlivce větší část nákladů na zdravotní péči než hradí za ty, kteří byli způsobilí již dříve. Počínaje rokem 2020 by legislativa snížila tuto část hrazených nákladů nově způsobilým, ze stávajících 90 %, na stejnou sazbu, kterou získávají ostatní účastníci v daném státě. Tato sazba se pohybuje mezi 50 a 75 procenty v závislosti na politice daného státu. Průměr pak přestavuje 57 % hrazených zdravotních nákladů. Nová pravidla by se vztahovala pouze na jednotlivce zapsané po 31. prosinci 2019.

Omezení federálních příspěvků státům na Medicaid

Dle stávajících právních předpisů si náklady na Medicaid dělí mezi sebe federální vláda a vlády jednotlivých států. Obecně platí, že poskytnuté zdravotní služby jsou hrazeny ze

státních rozpočtů a tyto náklady jsou nadále částečně[16] kryty z federálních rozpočtů. Všechny tyto náhrady jsou neomezeny, což znamená, že pokud stát utratí více z důvodu zvýšení počtu účastníků v programu nebo se zvedne průměr jejich nákladů, federální vláda automaticky kryje tyto dodatečné výdaje.

Pod novou legislativou, počínaje rokem 2020 by byly zavedeny limity na dané náhrady, které by se vypočítávaly z průměru zdravotních nákladů přepočtených na jednotlivce, kteří využili služeb Medicaid v plné výši. K tomuto číslu by navíc by připočten index spotřebitelských cen zdravotních služeb (CPI-M) pro každý stát zvlášť. Konečný limit na federální příspěvky by tedy po roce 2020 by byl průměr nákladů na jednotlivce z pěti specifických skupin obyvatel (důchodci, osoby se zdravotním postižením, děti, nově způsobilí dospělí a všichni ostatní dospělí), který odráží růst CPI-M od roku 2016 vynásobený počtem zapsaných osob v programu v každé kategorii daného roku. Pokud by stát utratil nad limit federálních náhrad, nebyly by federální vládou vydány žádné další finanční prostředky.

Limit na federální příspěvky by snížil federální rozpočtové výdaje, protože výdaje na Medicaid by rostly rychleji než index spotřebitelských cen zdravotních služeb. Dle projekcí Kongresového rozpočtového úřadu by průměrná roční míra růstu činila 4,4 % pro Medicaid a 3,7 % pro CPI-M v období 2017-2026. S tímto omezením by státy čelily rozhodnutí, zda pokračovat s financováním Medicaid na stejné úrovni jako pod současným zákonem, nebo zda sníží své výdaje omezením plateb poskytovatelům zdravotní péče, odstraněním volitelných služeb, zpřísněním podmínek pro vstup do programu nebo zda zavedou jiná opatření.

2.2.7 Dopady na výše pojistného

Nová legislativa by zpočátku vedla spíše ke zvyšování průměru celkového objemu měsíčních poplatků na trhu jednotlivců, ale po roce 2020 by tendence byla spíše klesající v porovnání se zavedenými právními normami[17].

V letech 2018 a 2019 dle odhadů CBO a JCT by se výše pojistného pro jednotlivce zvýšily o 15 % až 20 % v porovnání se zavedeným zákonem. Hlavním důvodem by bylo zrušení pokut z porušení povinnosti být pojištěn. Zrušení těchto pokut by vedlo k odlivu zdravějších

[16] Různé státy mají s federální vládou dohodnuté jiné podíly placení nákladů.

[17] V potaz nejsou brány slevy na daních a případné třicetiprocentní doplatky při selhání dodržování nepřetržitého pojištění pod AHCA

jedinců ze systému, a tím pádem ke zvyšování pojistného. V roce 2018 je předvídáno, že by zavedení zákona mělo na výši pojistného relativně malý efekt, a to z důvodu malého časového intervalu mezi nabytím právní moci zákona a lhůtami pojišťovatelů na stanovení nových sazeb pojistného. V roce 2019 by se tyto sazby zvyšovaly jen mírně,

2.3 Porovnání částek pojistného na příkladech fiktivních agentů

Tato kapitola má za cíl představit plánované změny v reformě na případech fiktivních agentů, kteří představují široké spektrum populace ovlivněné změnami ve zdravotnickém systému Spojených států amerických. Toto srovnání povede k praktickému přehledu, kdo by z nové legislativy amerických republikánů profitoval nejvíce a kdo by naopak byl ovlivněn negativně. Pro výpočet výše průměrného měsíčního pojistného v obou systémech bude použita internetová kalkulačka vytvořená žurnalisty z Vox.com za pomoci Lindy Blumberg z Urban Institute. Ta se zakládá na datech a predikcích získaných ze závěrečné zprávy Kongresového rozpočtového úřadu, která byla použita i v této práci. Za pomoci zmíněného nástroje budeme moci určit přibližné částky, které by námi zvolení agenti platili v roce 2020, kdyby si z nabízených možností zvolili bronzový plán zajištění. Částky průměrného měsíčního pojistného jsou vypočítávány pro rok 2020 proto, že v tomto roce by v případě přijetí AHCA vešla v platnost většina důležitých legislativních změn. (Chang, 2017)

Příjem našich agentů bude udáván v částce, která odpovídá určitým hranicím federální úrovně chudoby. První stupeň (skupina A) budou zastupovat agenti představující obyvatelstvo s velmi nízkými ročními příjmy, a to až na hranici 50 % FPL, jedná se o částku 6 030 USD, která se po započtení předpokládané inflace zvýší v roce 2020 přibližně na 6 494 USD.

Druhá skupina (B) agentů dosahuje svým příjmem přesně na stoprocentní hranici federální úrovně chudoby. Jak již bylo zmíněno v teoretické části práce, tato částka je 12 060 USD, což při započtení inflace a dalších vlivů, bude v roce 2020 představovat přibližně 12 987 USD.

Třetí skupina (C) agentů pobírá příjem na úrovni 221 % FPL, což pro rok 2017 představuje částku 26 653 USD a pro rok 2020 již 28 702 USD.

Čtvrtou a zároveň poslední skupinou (D) agentů jsou jedinci, kteří mají poměrně vysoké příjmy, a to až na úrovni 500 % FPL. Jedná se tedy o částky 60 300 USD v roce 2017 a přibližně 64 937 USD pro rok 2020.

Tabulka 7: Porovnání předpokládaných výší pojistného pod oběma legislativami v roce 2020

Agent	*Věk*	*Příjem 2017*		*Cena pojistného plánu*		*Cena v procentech příjmu*	
		FPL	*USD*	*PPACA*	*AHCA*	*PPACA*	*AHCA*
A1	20	50%	$6 030	$0	$45	0%	8%
A2	30			$0	$61	0%	11%
A3	40			$0	$80	0%	15%
A4	50			$0	$254	0%	47%
A5	60			$0	$605	0%	112%
A6	64			$0	$727	0%	134%
B1	20	100%	$12 060	$0	$45	0%	4%
B2	30			$0	$61	0%	6%
B3	40			$0	$80	0%	7%
B4	50			$0	$254	0%	23%
B5	60			$0	$605	0%	56%
B6	64			$0	$727	0%	67%
C1	20	221%	$26 653	$152	$45	6%	2%
C2	30			$178	$61	7%	3%
C3	40			$152	$80	6%	3%
C4	50			$178	$254	7%	11%
C5	60			$178	$605	7%	25%
C6	64			$152	$727	6%	30%
D1	20	500%	$60 300	$276	$45	5%	1%
D2	30			$290	$61	5%	1%
D3	40			$343	$80	6%	1%
D4	50			$433	$254	8%	5%
D5	60			$676	$605	12%	11%
D6	64			$832	$727	15%	13%

Zdroj: Vox.com, vlastní úprava.

Z uvedených dat pozorujeme, že první dvě skupiny agentů A a B mají pod platnou legislativou PPACA natolik nízké příjmy, že by ve většině států byly způsobilé pro zápis do vládního programu Medicaid, proto by nečelily žádným měsíčním poplatkům. V případě, že by v platnost vešel republikánský návrh zákona, bylo by významně omezeno federální financování programu Medicaid. V důsledku toho se očekává, že většina států nebude v rozšiřování způsobilosti pokračovat a program zpětně omezí. To se velmi negativně projeví na výši pojistného agentů, kteří zastávají pozici starších občanů. Ti v rámci AHCA sice dostanou dotaci, ale zároveň jim poskytovatelé zdravotního pojištění mohou účtovat až pětkrát vyšší sazby v porovnání s nejmladšími občany. Z toho vyplývá, že pokud by například agent A3 chtěl získat zdravotní krytí, musel by vynaložit až 15 % svých celkových

příjmů. Navíc by se jednalo o bronzový plán, který obecně hradí pouze 60 % veškerých vynaložených zdravotních nákladů. U starších agentů ze skupiny A je situace ještě podstatně horší. Jejich náklady na získání zdravotního pojištění by ve dvou případech (A5, A6) dokonce převyšovaly jejich celkové příjmy. Ve skupině B se jedná o podobnou situaci, ale poměrně vyšší příjmy těchto osob relativně snižují jejich náklady, vyjádřené jako procento z celkových příjmů. Právě tyto osoby – starší a chudší jedinci – mají největší pravděpodobnost, že v rámci AHCA ztratí své zdravotní pojištění.

Agenti ve skupině C mají ve většině státech již příjem převyšující horní hranici pro způsobilost k získání dotace nebo je dotace nižší. V rámci PPACA však platí, že náklady na měsíční pojistné se stabilně pohybují mezi šesti a sedmi procenty celkových příjmů agentů po celou dobu setrvání na trhu se soukromým pojištěním. V rámci AHCA jsou však rozdíly násobně větší. Mladí lidé, u kterých je předpokládána nižší míra využívání zdravotních služeb, mají výrazně nižší pojistné oproti starším občanům ve stejné příjmové kategorii. I přes zvýšené dotace starším lidem mohou jejich náklady na pojistné činit až 30 % celkových příjmů. Pojišťovny si mohou dovolit účtovat velmi nízké poplatky mladým lidem, jelikož si nižší příjmy mohou vynahradit zvýšením cen těm starším.

Ve skupině D je situace odlišná. Vysoké příjmy těchto agentů zabraňují získání jakýchkoliv dotací na zdravotní pojištění. V důsledku toho čelí agenti pod zákonem PPACA vyšším cenám, které se však až do přibližně 55 let věku drží pod hranicí 10 % celkových příjmů. Zvýšené náklady však pocítí tato příjmová skupina s přibývajícím věkem, nepřekročí však hranici patnácti procent. V případě AHCA je situace podobná jako pod zavedenou legislativou. Nejlépe dopadne agent D1, jelikož výše jeho pojistného je zanedbatelná v porovnání s jeho příjmem. V celé skupině však nejsou rozdíly mezi legislativami tak velké, jako ve skupinách předešlých. Dáno je to primárně chybějícími dotacemi.

2.4 Shrnutí a názor autora

Vzhledem k přidělování dotací v závislosti na příjmech jsou v rámci PPACA rozdíly, vyjádřené jako procento příjmu, mezi námi zvolenými příjmovými skupinami relativně nízké. V případě našich agentů se jedná o rozmezí od 0 % do 15 % . V zákonu je znát jistá míra solidarity, kde větší částky pojistného hradí osoby s příjmy vyššími než 400 % FPL. Vybrané prostředky tak mohou být alokovány na zajištění zdravotního pojištění osobám ve složitější finanční situaci. Vzhledem k jisté univerzálnosti dostupných plánů a požadavku v každém z nich poskytnout balíček deseti základních zdravotních služeb se pojistné plány

často mohou stát nevýhodnými a nadbytečnými pro určité skupiny obyvatel. Například ženy nad 50 let pravděpodobně nebudou potřebovat mateřskou a novorozeneckou péči, přesto ji bude jejich plán zahrnovat. Tím se pojistné stává zbytečně nákladným.

V rámci návrhu zákona American Health Care Act je přidělení dotace determinováno na základě dosaženého věku, přičemž příjem nehraje roli, získají ji proto i vysoko příjmové osoby, přestože ji nepotřebují. Celkový objem dotací pro alokaci osobám s nižšími příjmy bude logicky menší. Rozdíly v částkách pojistného, vyjádřené jako procento příjmu mladších a starších osob ve všech příjmových skupinách, jsou tedy mnohonásobně vyšší než v zavedené legislativě. Z vypočtených údajů se jedná dokonce o rozdíly pohybující se v rozmezí 1 % až 134 % . Z navrhovaného zákona je patrná snaha o liberalizaci trhu se zdravotním pojištěním. Pojišťovatelé získají volnost v rozhodování o cenách pro své zákazníky a dokáží nabídnout nižší ceny klientům, u kterých budou předpokládat nižší míru potřebované zdravotní péče. Zároveň tím ale cenově znevýhodní ty zákazníky, u kterých budou předpokládat zvýšené zdravotní nároky.

Autor této práce zastává názor, že snaha o liberalizaci zmiňovaného trhu je vítanou změnou, která je však v aktuálním nastavení amerického systému neproveditelná. Zdravotní služby a nemocniční poplatky jsou v porovnání s ostatními vyspělými zeměmi výrazně dražší. To může být kombinací několika faktorů – pacient často předem neví, kolik bude daný zákrok stát, jelikož faktura bývá zaslána se zpožděním nebo ji obdrží rovnou pojišťovna; lékaři se bojí právních sankcí v případě zanedbání péče, proto poskytují i nadbytečná vyšetření[18]; náklady na lobbying celého zdravotnického průmyslu jsou ve Spojených státech téměř dvakrát větší, než náklady na lobbying obranného a ropného průmyslu dohromady. (Brill, 2013) Příkladem vysokých cen může být případ z nemocnice v Kalifornii, do které v roce 2013 přišli 2 pacienti, první s tržnou ránou na koleni a druhý s tržnou ránou na čele. Oba pacienti byli ošetřeni během jedné hodiny. Výsledná cena za 3 stehy na koleni prvního pacienta byla 2 229 USD a rána druhého pacienta byla ošetřena kožním lepidlem za 1 696 USD. (Rosenthal, 2013)

Reforma celého zdravotnického systému je ve Spojených státech zajisté potřeba, neměla by však být používána pro politický boj, nýbrž by měla být výsledkem celospolečenského konsensu. Časté změny systému vedou k velké míře nejistoty celého obyvatelstva a názorově

[18] Tento jev se nazývá defenzivní medicína a je zmíněna v teoretické části práce.

vyhraňují společnost. Dle názoru autora je americké zdravotnictví přebytečně komplikované a potřebovalo by zjednodušit, pokud by se to nepovedlo na celonárodní úrovni, mohlo by se to uskutečnit alespoň na úrovni jednotlivých států. Řešením by mohlo být například univerzální pojištění na federální nebo státní úrovni, kterého by se automaticky zúčastňovali všichni obyvatelé. Vzhledem k tomu, že někteří Američané jsou citliví na omezování osobní svobody, mohli by se z daného systému jednoduše vyvázat. Vláda by měla značnou moc při ovlivňování cen u veřejných i soukromoprávních lékařských center a obecně poskytovatelů zdravotní péče. Konkurenčním bojem poskytovatelů péče by se ceny postupně snižovaly a celkové náklady na zdravotnictví celé země klesaly. Občané by měli v rámci pojištění nárok na základní balík služeb a tržní prvky by byly zachovány prostřednictvím dobrovolných příplatků za nadstandartní péči.

Ve stávajícím systému jsou výdaje na zdravotnictví velmi vysoké a neustále rostou, proto by se americká vláda neměla tolik soustředit na otázku *''z čeho zaplatit zdravotní účty''*, ale spíše by se měla zaměřit na řešení otázky *''proč jsou ceny zdravotních služeb tak vysoké''* a hledat k ní odpovídající řešení.

Závěr

Autor zvolil téma, které je v době psaní práce velmi aktuální a významné, jelikož plánované změny zdravotnického systému Spojených států amerických by případně ovlivnily téměř každého obyvatele této země. Prosazovaný návrh zákona amerických republikánů American Health Care Act výrazně ovlivní počet osob se zdravotním pojištěním a federální a státní rozpočty. Také díky tomu, že Spojené státy vydávají na zdravotnictví relativně nejvíce financí ze všech zemí OECD, je toto téma z národohospodářského pohledu velmi významné. Vzhledem ke krátké existenci návrhu zákona není vytvořeno mnoho akademických prací pojednávající o daném tématu, proto je tato práce přínosná pro pochopení aktuálního dění ve světě.

Úvodní kapitola teoretické části práce se zabývá definováním pojmu veřejného zdravotnictví. Jsou zde představeny hlavní zdravotnické modely využívané ve světě, včetně liberálního, Bismarckova, Beveridgova a Semaškova. Důraz je kladen na jejich silné a slabé stránky. Zvláštní pozornost je pak věnována zdravotnickému systému Spojených států. Je zmíněna také krátká historie zdravotního pojištění. Obsahem je ještě slovník důležitých pojmů s definicemi, které jsou využity v empirické části práce. V dalších podkapitolách jsou důkladněji představeny a popsány základní vládní programy jako je Medicare, Medicaid, Children's Health Insurace Program a Veteran Health Administration. Na těchto pilířích je postaven vládní vliv na zdravotní pojištění. V poslední podkapitole je pak shrnuta struktura celého zdravotnického trhu.

Praktická část je pro lepší přehlednost rozdělena na 3 kapitoly. První z nich se týká reformy bývalého prezidenta Baracka Obamy Patient Protection and Affordable Care Act a jsou zde analyzována veškerá zavedená opatření. Nejkontroverznější změnou oproti původnímu systému před rokem 2010 je povinnost všech lidí pod 65 let zajistit si zdravotní pojištění, která nově musí splňovat určitá kritéria. Při případném porušení této povinnosti hrozí sankce. Dále je zobrazen vývoj počtu pojištěných osob v rámci programu Medicaid společně s růstem výdajů na tentýž program. Ze získaných údajů jsme zjistili, že výdaje rostou v čase přibližně stejným tempem jako počet účastníků v programu. V další podkapitole je prezentována struktura hlavních příčin, proč nepojištění lidé nemají zdravotní pojištění. Ze získaných údajů vyplývá, že téměř polovina nepojištěných si pojištění nemůže dovolit. Druhou největší skupinu (13 %) představují lidé, kteří nevěděli, že se jich povinnost týká. Hlavním cílem reformy PPACA bylo snížení podílu nepojištěných osob. Tohoto cíle se

prokazatelně podařilo dosáhnout, jelikož poté, co v roce 2014 vstoupily v platnost opatření zavedené reformou, začal podíl nepojištěných osob strmě klesat. Přestože reforma měla v mnoha oblastech kladné výsledky, republikánské straně stále vadila určitá opatření, která byla v rozporu s jejich politickým přesvědčením. Problémy PPACA vidí v oblasti ideologické, ekonomické a historické.

Zásadními změnami návrhu American Health Care Act oproti Patient Protection and Affordable Care Act je zrušení individuální povinnosti být pojištěn a omezení federálního financování programu Medicaid. Tyto změny budou mít za následek zvýšení počtu osob bez zdravotního pojištění o 24 milionů do roku 2026, což by odpovídalo přibližně osmi procentnímu nárůstu v porovnání s PPACA. Zároveň je předpokládáno snížení výdajů z federálního rozpočtu přibližně o 337 miliard USD během let 2017-2026.

Obě reformy byly komparovány za pomocí fiktivních agentů, kteří získávali pojištění na neskupinovém trhu v roce 2020. Agenti byli rozděleni do 4 skupin na základě ročních příjmů a uvnitř skupin podle věku. Výsledkem šetření bylo zjištění, že podle návrhu zákona AHCA starší lidé s nižšími příjmy pravděpodobně přijdou o své pojištění, které získali v rámci PPACA.

Cílem práce bylo analyzovat reformu PPACA a následně ji komparovat s návrhem zákona AHCA za pomoci fiktivních agentů. Vytyčeného cíle se podařilo dosáhnout, a zároveň na základě analýzy byla potvrzena hypotéza, že očekávaným důsledkem případného přijetí AHCA by došlo k poklesu celkového počtu osob s pojištěním a pro určité skupiny obyvatel by prohibitivně zdražilo pojistné.

Závěrem je možné polemizovat o případném rozšíření rozsahu práce a prohloubení šetření v oblasti výpočtu částek pojistného pro celé domácnosti s možným doplněním o výpočet dalších plateb, jakými jsou například odpočty, soupojištění nebo fixní platby.

Seznam grafů a tabulek

Seznam grafů

Graf 1: Výdaje na zdravotnictví zemí OECD v % HDP v roce 2016 16

Graf 2: Struktura zdravotního pojištění v USA k roku 2015..... 26

Graf 3:Vývoj výdajů a počtu účastníků v programu Medicaid 30

Graf 4:Hlavní důvody nebýt pojištěn 33

Graf 5: Vývoj míry počtu osob bez zdravotního pojištění mezi lety 1995 a 2015..... 34

Graf 6: Průměrné slevy na dani dle příjmových skupin v roce 2025 41

Graf 7: Predikce vývoj počtu osob bez zdravotního pojištění – absolutní vyjádření..... 43

Seznam tabulek

Tabulka 1: Výše pojistného Medicare B 22

Tabulka 2: Federální úroveň chudoby pro rok 2017 24

Tabulka 3: Výše pokut při nesplnění povinnosti získat pojištění..... 28

Tabulka 4: Kategorizace pojistných plánů 32

Tabulka 5: Ilustrativní ukázka dotací v rámci PPACA a AHCA na neskupinovém trhu v roce 2026 37

Tabulka 6: Predikce vývoje počtu osob bez zdravotního pojištění 44

Tabulka 7: Porovnání předpokládaných výší pojistného pod oběma legislativami v roce 2020 47

Citovaná literatura

Chang, Alvin. 2017. How would the Republican health care plan affect you? *Vox.com.* [Online] 20. 3 2017. [Citace: 25. 6 2017.] https://www.vox.com/policy-and-politics/2017/3/20/14950990/republican-replacement-plan-calculator.

Carroll, Aaron. 2013. *The Incidental Economist.* [Online] 29. 9 2013. [Citace: 1. 5 2017.] http://theincidentaleconomist.com/wordpress/obamacare-and-october-1st-healthcare-triage-1/.

Center on Budget and Policy Priorities. 2017. House GOP Health Plan Eliminates Two Medicare Taxes, Giving Very Large Tax Cuts to the Wealthy. *Center on Budget and Policy Priorities.* [Online] 20. 3 2017. [Citace: 15. 6 2017.] https://www.cbpp.org/research/federal-tax/house-gop-health-plan-eliminates-two-medicare-taxes-giving-very-large-tax-cuts.

Centers for Medicare & Medicaid Services. 2016. *Medicare&You2017.* Baltimore : autor neznámý, Listopad 2016. official U.S. government Medicare handbook.

Cigna. Fees and Taxes. *cigna.com.* [Online] [Citace: 6. 15 2017.] https://www.cigna.com/health-care-reform/fees-and-taxes.

Collins, Sara R., a další. 2008. *The Commonwealth Fund.* [Online] 1. 10 2008. [Citace: 1. 5 2017.] http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2008/oct/the-2008-presidential-candidates-health-reform-proposals--choices-for-america.

Blue Cross Blue Shield. 2017. About us: An Industry Pioneer. [Online] 2. Duben 2017. https://www.bcbs.com/about-us/industry-pioneer.

Brill, Steven. 2013. Bitter Pill: Why Medical Bills Are Killing Us. *Time.* 3. 4 2013.

Buchmueller, Thomas C a Monheit, Alan C. 2009. The National Bureau of Economic Research. [Online] Duben 2009. doi: 10.3386/w14839.

Durdisová, Jaroslava a Langhamerová, Jitka. 2001. *Úvod do teorie zdravotní politiky.* První vydání. Praha : Vysoká škola ekonomocká v Praze, 2001. 80-245-0217-8.

Durdisová, Jaroslava. 2005. *Ekonomika zdraví.* Praha : Oeconomica, 2005. 80-245-0998-9.

HealthCare.gov. Children's Health Insurance Program (CHIP) Eligibility Requirements. *HealthCare.gov.* [Online] [Citace: 4. květen 2017.] https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/childrens-health-insurance-program/.

Healthcare.gov. 2017. How to pick a health insurance plan. *Healthcare.gov.* [Online] 2017. [Citace: 25. 6 2017.] https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plans-categories/.

Health Insurance Association of America. 1997. *Fundamentals of health insurance.* Washington, DC : autor neznámý, 1997. Sv. A. 1-879143-36-4.

HealthMatters. HealthMatters: The Beveridge Model. [Online] [Citace: 20. 4 2017.] http://healthmatters4.blogspot.com/2010/12/beveridge-model.html.

Hnilicová, Helena. 2009. *Úvod do studia zdravotnických systémů.* 2009. Dostupné také z: http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00175155.

Janečková, Hana a Hnilicová, Helena. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví.* Praha : Portál, s.r.o., 2009. 978-80-7367-592-9.

Johnson, Mark. 2016. The Economist explains. *The Economist.* [Online] 11. 12 2016. [Citace: 15. 6 2017.] https://www.economist.com/blogs/economist-explains/2016/12/economist-explains-1.

Kaiser Family Foundation. 2016. Key Facts about the Uninsured Population. *kff.org.* [Online] 29. 9 2016. [Citace: 17. 6 2017.] http://www.kff.org/uninsured/fact-sheet/key-facts-about-the-uninsured-population/.

—. Medicaid Income Eligibility Limits for Adults as a Percent of the Federal Poverty Level. *KFF.org.* [Online] [Citace: 5. 5 2017.] http://kff.org/health-reform/state-indicator/medicaid-income-eligibility-limits-for-adults-as-a-percent-of-the-federal-poverty-level/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Parents%20(in%20a%20family%20of%20three)%22,%22sort%22:%22desc%22%7D.

Křížová, Eva. 1998. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání.* Praha : 3. Lékařská fakulta UK, 1998. ISBN 80-238-0937-7.

Lichtenstein, Marc. 2012. Blue Cross Blue Shield. [Online] 11. Listopad 2012. https://www.bcbs.com/learn/bcbs-blog/health-insurance-invention-innovation-history-blue-cross-and-blue-shield-companies#.U3-J2vldU7U.

Musil, Libor. 1996. *Vývoj sociálního státu v Evropě: čítanka z historie moderní evropské sociální politiky.* Brno : Doplňek, 1996. 80-85765-62-4.

OECD. 2017. Health spending. *OECD.* [Online] 25. 6 2017. [Citace: 25. 6 2017.] https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm. doi: 10.1787/8643de7e-en .

Oliver Wyman Group. 2017. Estimating State Allocations Under the AHCA's Patient and State Stability Fund. *Oliver Wyman Health.* [Online] 4. 5 2017. [Citace: 15. 6 2017.] http://health.oliverwyman.com/transform-care/2017/03/estimating_stateall.html.

Proctor, Bernadette D., Semega, Jessica L. a Kollar, Melissa A. 2016. *Income and Poverty in the United States: 2015.* [Population report] místo neznámé : U.S. Census Bureau, 9 2016.

Rosenthal, Elisabeth. 2013. As Hospital Prices Soar, a Stitch Tops $500. *The New York Times.* 2. 12 2013.

Statista. 2017a. Total Medicaid enrollment from 1966 to 2017 (in millions). *Statista.* [Online] 2017a. [Citace: 28. 6 2017.] https://www.statista.com/statistics/245347/total-medicaid-enrollment-since-1966/.

—. 2017b. Total Medicaid federal and state expenditures in the United States from 1966 to 2017 (in billion U.S. dollars). *Statista.* [Online] 2017b. [Citace: 28. 6 2017.] https://www.statista.com/statistics/245350/total-medicaid-federal-and-state-expenditure-in-the-us-since-1966/.

Studdert, David M., Mello, Michelle M. a Sage, William M. 2005. *Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment.* 2005. Dostupné z: http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/200994.

U.S. Centers for Medicare&Medicaid services. 2017. Healthcare.gov. *Healthcare.gov.* [Online] 11. April 2017. https://www.healthcare.gov/glossary/.

U.S. Department of Veteran Affairs. va.gov. *U.S. Department of Veteran Affairs.* [Online] [Citace: 4. 5 2017.] https://www.va.gov/health/aboutVHA.asp.

US Congress. 2017. *Congress.gov.* [Online] 2017. [Citace: 15. 6 2017.] https://www.congress.gov/bill/115th-congress/house-bill/1628/all-info#summary.

Westbrook, Jay Lawrence, Warren, Elizabeth a Sullivan, Teresa A. 2000. *The Fragile Middle Class: Americans in Debt.* místo neznámé : Yale University Press, 2000. https://ebookcentral.proquest.com/lib/vsep/detail.action?docID=3419929. 9780300128147.

WHO Regional Office for Europe. [Online] [Citace: 15. 4 2017.] http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/public-health-services.